

R E V I S T A M É D I C A

PANACEA

UNIVERSIDAD NACIONAL SAN LUIS GONZAGA. ICA, PERÚ

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA "DANIEL ALCIDES CARRIÓN"



p-ISSN 2223-2893

e-ISSN 2225-6989



Volumen 7 Número 2 Mayo - Agosto 2018

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

REVISTA MÉDICA
PANACEA

Vol. 7 - N° 2 - Mayo 2018 - Publicación cuatrimestral ISSN 2 223-2893

DIRECTOR

Jorge Ybaseta Medina
UNIVERSIDAD NACIONAL SAN
LUIS GONZAGA

EDITOR GENERAL

Manuel Injante Injante
UNIVERSIDAD NACIONAL SAN
LUIS GONZAGA

COMITÉ EDITORIAL

Juan Miyahira Arakaki
UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA

Pedro Bustios Rivera
UNIVERSIDAD DE SAN MARTÍN
DE PORRES

Raul Ishiyama Cervantes
UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA

Hugo Arroyo Hernández
INSTITUTO NACIONAL DE
SALUD

Gabriela Soto Cabezas
DIRECCIÓN GENERAL DE
EPIDEMIOLOGÍA

Juan Echevarria Zarate
UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA

J. Jhonnell Alarco
INSTITUTO NACIONAL DE
SALUD

Juan Soria Quijaite
UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS
FILIAL ICA

Gualberto Segovia Meza
INSTITUTO NACIONAL DE
SALUD

COMITÉ CONSULTIVO

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

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

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

EDITOR ASISTENTE

Joaldo Torres Abanto.UNSLG

SOPORTE TÉCNICO

Ebed Guerra Borda.UNSLG

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

UNIVERSIDAD NACIONAL SAN LUIS GONZAGA



**FACULTAD DE MEDICINA
DANIEL ALCIDES CARRIÓN**

Benito Díaz López
DECANO

Beatriz Vega Kleyman
DIRECTOR ADMINISTRATIVO

José Hernández Anchante
DIRECTOR ACADÉMICO

Luis Curotto Palomino
SECRETARIO ACADÉMICO

Fermín Cáceres Bellido
PRESIDENTE DE LA COMISIÓN GRADOS y TÍTULOS

Jorge Moreno Legua
DIRECTOR DE SEGUNDA ESPECIALIZACIÓN

Carmen Vera Cáceres
DIRECTORA DE LA UNIDAD DE INVESTIGACIÓN

Hilda Guerrero Ortiz
DIRECTORA DE PLANIFICACIÓN

Ubaldo Miranda Soberón
DIRECTOR DE PRODUCCIÓN Y BIENES

Marcos Ariza Oblitas
DIRECTOR DE ACREDITACIÓN y LICENCIAMIENTO

Jorge Chanllo Lavarello
DIRECTOR DE PROYECCIÓN SOCIAL

León Llacsá Soto
OFICINA DE SERVICIOS ACADÉMICOS

José Antonio Vílchez Reynoso
JEFE DE DEPARTAMENTO DE CLÍNICAS MÉDICAS

Nancy Brizuela Pow Sang
JEFE DE DEPARTAMENTO DE CIENCIAS BÁSICAS

Luis Silva Laos
JEFE DE DEPARTAMENTO DE CLÍNICAS QUIRÚRGICAS

**UNIVERSIDAD NACIONAL
SAN LUIS GONZAGA DE ICA**

Anselmo Magallanes Carrillo
RECTOR

Asela Saravia Alviar
VICE RECTOR ACADÉMICO

Martin Alarcón Quispe
VICE RECTOR DE INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO



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

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

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

Presentación / PRESENTATION

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Depósito Legal en BNP N° 2011-07139

ISSN Versión electrónica: ISSN 2225-6989

ISSN Versión impresa: 22232893

INDICE 38

EDITORIAL

CESÁREA ELECTIVA: PREFERENCIA MATERNA. / elective cesarean section by maternal decision.
Jorge Ybaseta Medina. 39

ARTÍCULOS ORIGINALES

ANTICONCEPCIÓN HORMONAL, ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS Y DE LA CONDUCTA COMO FACTORES DE RIESGO PARA CÁNCER DE CUELLO UTERINO EN UN HOSPITAL EN ICA, PERÚ. / Hormonal contraception, sociodemographic and behavioral aspects as risk factors for cervical cancer in a hospital in Ica, Perú.
Kuroki Yshii Ana, Franco Kuroki Alejandra, Alaba tucto Karina. 41

DETERMINANTES SOCIALES ESTRUCTURALES RELACIONADOS CON LA EPIDEMIA DE DENGUE EN LA CIUDAD DE ICA, 2017. / Social structural determinants of dengue epidemics in Ica city, 2017.
Aguado-Moquillaza Raúl, Alvites Junes Antony, Ceccarelli Flores Juan. 50

CREENCIAS RELACIONADAS CON LA VIOLENCIA DE PAREJA. / Beliefs related to partner violence.
Ccecarelli Flores Juan, Quijandria Angulo Jackeline Estela, Quintanilla Bernaola Paul Newman, Requejo Torres Jhon Edwin. 56

ARTÍCULO DE REVISIÓN

PREVALENCIA DE ICTERICIA NEONATAL Y FACTORES ASOCIADOS EN RECIÉN NACIDOS A TÉRMINO. / Prevalence of Neonatal Jaundice and risk factors associated in full-term newborns.
Ñacari Vera Miguel 63

INDICACIONES DE CESÁREA. / Indications of Cesarea.
Oncoy Rosales Ariana. 69

ABORTO TERAPEUTICO EN EL PERU: UNA REVISION SOBRE EL ENFOQUE ACTUAL / Therapeutic abortion in Peru: A review about the current focus
Cámara Reyes Ramón, Obregón Gavilán Danilo, Tipiani Mallma Miguel. 74

SECCIÓN ESPECIAL

Palabras de homenaje y despedida de la Dra. Ana Kuroki con motivo de su jubilación y entrega de placa recordatoria.
Jorge Ybaseta Medina. 78

INSTRUCCIONES PARA AUTORES



CESÁREA ELECTIVA: PREFERENCIA MATERNA

ELECTIVE CESAREAN SECTION BY MATERNAL DECISION

Jorge Ybaseta - Medina^{1,a}

1. Universidad Nacional San Luis Gonzaga de Ica, Perú.
- a. Director de la Revista Médica Panacea.

La vía fisiológica de finalización de un embarazo es la vaginal. El parto no es un proceso patológico, por lo que en principio no requiere de intervención quirúrgica generalmente, debiendo evolucionar espontáneamente según las leyes de la naturaleza (1).

La operación cesárea se sigue incrementada a nivel mundial y se asocia a una mayor morbilidad materna, generalmente con beneficios no cuantificados para el producto de la gestación (1). Sin embargo, dado el incremento del riesgo al que madre e hijo están sometidos, y paralelamente al desarrollo científico y tecnológico, la obstetricia ha ido incrementando el número de acciones tanto de control del bienestar como de finalización del embarazo, con el fin de mejorar de forma progresiva los resultados perinatales (1,2).

La cesárea electiva es otra opción hoy en día preferida sobre el parto vaginal, por existir ventajas médicas así también es posible por conveniencias, el fenómeno de las cesáreas sin indicación obstétrica, médica o fetal, resalta la importancia de establecer protocolos basados en evidencias que permitan homogeneizar el juicio clínico en cada tipo de nacimiento en base a sus riesgos y beneficios particulares (3).

La controversia en torno a la operación cesárea se deriva de la existencia de dos vías por las cuales se puede resolver un parto, y el especialista debe juzgar en cada caso particular cuál de estas dos vías representa lo mejor para sus dos pacientes, la madre y el feto. Cuando el cálculo riesgo-beneficio se encuentra en un estado de equilibrio dinámico, surgen los dilemas éticos relativos a la indicación de la cesárea electiva (2).

Resulta contrario a la razón que una mujer pueda decidir en algunas realidades si quedarse o no embarazada, si interrumpir o no ese embarazo, pero sin embargo se le niega la elección informada sobre el método del parto (2).

Actualmente al compararse los indicadores negativos materno perinatales de las dos vías del parto sus resultados no tienen diferencias significativas, con esto se entiende que resulta igual de riesgo cualquier vía de nacimiento para el binomio, este hallazgo llama a reflexión si es aceptable tomar en cuenta la preferencia materna. El principio de autonomía del paciente está llevando a muchas unidades de obstetricia a experimentar la demanda de las cesáreas por petición materna, indicación por supuesto que sería formal si hubiese un consentimiento informado con respeto a los riesgos y beneficios del procedimiento, si se respetara la autonomía del Gineco-Obstetra para ejercer de acuerdo a prácticas médicas estándares y aceptados (2,3).

La discusión del respeto ilimitado que corresponde al principio de autonomía de la paciente sobre la solicitud de la cesárea programada en un embarazo con condiciones para ser un parto vaginal y como el ginecólogo debe responder a la paciente que lo solicita son situaciones que constituyen dilemas éticos que crean perplejidad en el médico.

Considerando la información disponible hoy en día, las cesáreas sin indicación médica u obstétrica no deberían ser ofrecidas a la mujer, en instituciones públicas no se contempla que la gestante elija la vía del parto, en el futuro es seguro que se siga revisando sobre cesárea a petición del paciente la misma que debe estar guiada por los principios éticos de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia.

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICAS

1. Urquiza Vilca Y. Frecuencia del parto vaginal en pacientes con cesárea previa y sus principales complicaciones materno-perinatales en el Hospital III Goyeneche entre los años 2008 al 2013. [Tesis para optar el título profesional de médico cirujano]. Universidad Nacional de San Agustín Arequipa. Facultad de Medicina Humana; 2014. 50 p.
<http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/4310/MDurviyg.pdf?sequence=1&isAlloved=y>
2. Fernando Conde Fernández. La cesárea una perspectiva bioética. Academia de Ciencias e Ingenierías de Lanzarote: España; 2009
<https://int.search.myway.com/search/GGmain.jhtml>
3. Besio R Mauricio. Cesárea versus parto vaginal.: Una perspectiva ética. Rev. méd. Chile [Internet]. 1999 Sep [citado 2018 Ago 30]; 127(9): 1121-1125. Disponible en:
https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98871999000900014&lng=es.
<http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98871999000900014>.

CITAR COMO

Jorge Ybaseta-Medina. Cesárea electiva: preferencia materna. Rev méd panacea.2018; 7(2): 39-40



Anticoncepción hormonal, aspectos sociodemográficos y de la conducta como factores de riesgo para cáncer de cuello uterino en un hospital en Ica, Perú.

Hormonal contraception, sociodemographic and behavioral aspects as risk factors for cervical cancer in a hospital in Ica, Perú.

Kuroki-Yshii Ana^{1,a}, Franco-Kuroki Alejandra^{2,b}, Alaba-Tucto Karina^{3,b}.

1. Facultad de Medicina, Universidad Nacional "San Luis Gonzaga" de Ica.
2. Dirección Regional de Salud de Ica
3. Dirección Regional de Salud de Ayacucho
 - a. Médico Gineco-obstetra.
 - b. Médico cirujano

Correspondencia:

Ana María Kuroki.
Número de celular: 985 566 837
Correo Electrónico:
anakuroki15@hotmail.com
Domicilio: Calle girasoles G-12
Residencial la angostura, Ica, Perú.

Contribuciones De Autoría:

KYA, FKA y ATK: Contribuciones en la concepción y diseño del manuscrito, recolección, análisis e interpretación de los datos, redacción y revisión crítica del contenido del manuscrito y aprobación final del artículo.

Conflicto De Intereses: No declarados.

Financiamiento: Autofinanciado.

Como Citar

Kuroki-Yshii Ana, Franco-Kuroki Alejandra, Alaba-Tucto Karina. Anticoncepción hormonal, aspectos sociodemográficos y de la conducta como factores de riesgo para cáncer de cuello uterino en un Hospital de Ica. Rev méd panacea 2018; (2): 41-49

Recibido: 17 - 04 - 2018
Aceptado: 17 - 05 - 2018
Publicado: 15 - 08 - 2018

RESUMEN

Objetivo: Demostrar que la anticoncepción hormonal, los factores sociodemográficos y de la conducta constituyen factores de riesgo para cáncer de cuello uterino en las pacientes atendidas en consultorio externo de Ginecología y Prevención del Cáncer en el Hospital Santa María del Socorro de Ica entre enero 2015 y diciembre 2017. **Materiales y métodos:** Estudio observacional, retrospectivo, transversal, descriptivo, analítico. **Resultados:** La prevalencia de cáncer de cuello uterino fue de 13.7% (13 pacientes de cada 100 atendidas tuvieron cáncer de cuello uterino). Los resultados muestran que hubo mayor prevalencia en las mujeres mayores de 35 años, casadas o convivientes, sin estudios o con primaria completa, multíparas, con inicio de vida sexual después de los 14 años y no usuarias de anticonceptivos hormonales. No se encontró significancia estadística en ninguno de los factores mencionados. **Conclusiones:** No se demostró asociación entre anticoncepción hormonal y cáncer de cuello uterino. Los factores sociodemográficos y de la conducta algunos con mayor prevalencia no fueron estadísticamente significativos.

Palabras clave: Neoplasias del cuello uterino, Anticoncepción, Factores de riesgo. (Fuente: DeCS BIREME)

ABSTRACT

Objective: To demonstrate that hormonal contraception, sociodemographic and behavioral factors constitute risk factors for cervical cancer in patients treated at the gynecology and cancer prevention clinic at the Santa Maria del Socorro Hospital in Ica between January 2015 and December 2017. **Materials and methods:** Observational, retrospective, cross-sectional, analytical descriptive study in a sample of 190 patients chosen at random for convenience in the outpatient gynecology and cancer prevention strategy of the Santa Maria del Socorro Hospital, who underwent an examination of PAP and presumptive cervical cancer colposcopy and biopsy. **Results:** The prevalence of cervical cancer was 13.7% (13 patients out of 100 attended had cervical cancer). The results show that there was a higher prevalence in women older than 35 years, married or cohabiting, without studies or with complete primary, multiparous, with sexual life beginning after 14 years and non-users of hormonal contraceptives. No statistical significance was found in any of the mentioned cases. **Conclusions:** There was no statistically significant association between hormonal contraception and cervical cancer. Sociodemographic and behavioral factors, although with a higher proportion, were not statistically significant.

Keywords: Uterine cervical neoplasms, contraception, Risk factors. (Source: MeSH NLM).

INTRODUCCIÓN

El cáncer de cuello uterino (CCU) es un serio problema de salud pública a nivel mundial. Según la OMS, en el mundo se presentan alrededor de 500.000 nuevos casos por año y se producen alrededor de 250.000 muertes por esta causa (1). En América Latina y el Caribe, es la tercera neoplasia maligna más frecuente considerando estadísticamente ambos sexos, y la segunda en las mujeres, con una tasa estandarizada por edad (TEE) de 24 casos por 100,000 mujeres; ubicándose también en segundo lugar en importancia en mortalidad (2).

Según la Liga Contra el Cáncer, los últimos estudios a nivel nacional reportan al cáncer de cuello uterino como la primera causa de muerte en el Perú; con una incidencia de 16 mil casos y ubicándose como la primera causa de morbilidad por cáncer en la mujer peruana y la segunda en Lima³. Cada día entre 12 y 14 mujeres son diagnosticadas con cáncer de cuello uterino y 6 o 7 mueren por la falta de una detección oportuna (3).

Es por ello que durante la última década aumentó la investigación mundial en torno a la mejor comprensión de la historia natural de la enfermedad, su relación con la infección por Virus Papiloma Humano (VPH) y los factores condicionantes de la misma. Los estudios al respecto incluyen la determinación de la prevalencia de la infección según genotipos y estudios de seguimiento de la asociación con diversos factores, como: métodos anticonceptivos, comportamiento sexual, dieta, tabaquismo, genéticos e inmunosupresión (4). Sin embargo, la naturaleza exacta de esta relación no está clara todavía.

En nuestra Región no existen una casuística sincerada ni actualizada al respecto (5,6) y la información de probable causalidad, se establece en relación a los antecedentes de otras latitudes.

El aumento considerable de casos de cáncer de cuello uterino a nivel mundial, nacional y regional fue el motivo por el cual se eligió este trabajo de investigación y siendo el método hormonal una de las formas más utilizadas de anticoncepción consideramos importante conocer la relación existente entre anticoncepción hormonal un método de planificación familiar de gran uso en nuestra población y el riesgo de padecer cáncer de cuello uterino. De igual forma, se buscó identificar qué factores sociodemográficos y de la conducta representan factores de riesgo para la enfermedad. A la luz de los resultados obtenidos se intenta brindar un aporte a la prevención mediante el conocimiento de la relación que existe entre anticoncepción hormonal, factores socio demográficos y de la conducta (edad de inicio de las relaciones sexuales, promiscuidad, edad, pobreza) y el cáncer de cuello uterino, de tal manera que podamos contribuir a que los organismos responsables del sector salud diseñen escenarios que mejoren la estrategia de prevención y control de esta enfermedad.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó una investigación de tipo observacional, descriptiva, retrospectiva, analítica y de corte transversal.

La población accesible, estuvo constituida por las mujeres que acudieron al consultorio de Ginecología o al Centro de Despistaje y Prevención de Cáncer del Hospital Santa María del Socorro de Ica, con sospecha de cáncer de cuello uterino y a quienes se les practicó examen de Papanicolaou, colposcopia y biopsia para confirmación del diagnóstico, desde enero del 2015 hasta diciembre del 2017.

La muestra conformada inicialmente por 212 pacientes, cuyos datos se encontraban en la unidad de análisis representada por sus propias historias clínicas o sus fichas de recolección del Programa de Prevención de Cáncer, las que sometidas a los criterios de inclusión y exclusión y, debido a falta de datos o incongruencia en los diagnósticos, se realizó la exclusión de 22 de ellas, quedando constituida la muestra finalmente por 190 pacientes, que es la que se depositó en nuestra base de datos.

CRITERIOS DE INCLUSION:

- Todas las historias clínicas de pacientes atendidas en la consulta externa de Ginecología o al Centro de Despistaje y Prevención de Cáncer del Hospital Santa María del Socorro de Ica, con sospecha de cáncer de cuello uterino, que cuenten con los datos sobre aspectos sociodemográficos, de la conducta y uso de anticoncepción hormonal al ser sometidas a los criterios de calidad.

- Todas las historias clínicas de pacientes atendidas en la consulta externa de Ginecología o al Centro de Despistaje y Prevención de Cáncer del Hospital Santa María del Socorro de Ica, con sospecha de cáncer de cuello uterino y a quienes se les practicó examen de Papanicolaou, colposcopia o biopsia para confirmación del diagnóstico, debidamente confeccionadas, contando con los resultados de los exámenes solicitados.

CRITERIOS DE EXCLUSION:

- Pacientes cuyas historias clínicas o fichas de recolección de datos estén incompletas o incongruentes con la clasificación de la patología.

- Pacientes con diagnóstico de cáncer de otra localización y/o no pertenezcan al área de estudio.

Los datos obtenidos de las unidades de análisis, fueron llevados a una ficha Ad-hoc, confeccionada por los investigadores, cuya base de datos se depositó en una hoja de cálculo en el programa Microsoft Excel 2010, dicha información conservó el anonimato de los pacientes, utilizando un código de identificación conocido sólo por los investigadores.

Se verificó que a los pacientes se les hubiera practicado un examen de Papanicolaou, con uniformización de los criterios de diagnóstico citológico a la clasificación de Bethesda: Lesión intraepitelial de bajo grado (SIL 1) y Lesión intraepitelial de alto grado (SIL 2); a los pacientes con lesión sospechosa se sometieron a colposcopia y biopsia, se verificó el informe del resultado para cáncer de cuello uterino.

La información recolectada incluyó variables referidas a anticoncepción hormonal, características sociodemográficas y de la conducta, donde se consignaron los datos obtenidos teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión, establecidos con antelación y consignados en la ficha de recolección.

Haciendo uso del programa SPSS 23.0 para MS Windows, se procedió a la elaboración de la base y transferencia de la información recolectada, previo

control de calidad. Con la ayuda del programa se hizo el análisis descriptivo de todas las variables obteniendo frecuencias simples y proporciones. El análisis bivariado se realizó mediante el test del Chi cuadrado para las variables categóricas y la prueba de t de student para las variables numéricas según correspondía. Se asumió una relación significativa si $p < 0.05$.

Asimismo, se empleó el Odds ratio (OR) –calculado mediante la razón de productos cruzados con los datos de la tabla de contingencia de 2 x 2 para determinar la relación de riesgo.

En la prueba Chi cuadrado se rechazará la hipótesis nula si el valor esperado de chi cuadrado es igual o mayor que el valor crítico, mientras que el OR será calculado mediante el cálculo de la razón de productos cruzados con los datos de la tabla de contingencia.

RESULTADOS

Tabla 1: La edad y su asociación con la aparición de cáncer de cuello uterino.

		CCU			
		Presenta	No presenta	Total	
Edad	Mayor de 35 años	f	26	144	170
		%	15,30%	84,70%	100,00%
	Menor o igual a 35 años	f	0	20	20
		%	0,00%	100,00%	100,00%
Total	f	26	164	190	
	%	13,70%	86,30%	100,00%	

Fuente: Datos de la hoja de recolección de información (p valor: 0,060)

La prevalencia de cáncer de cuello uterino es mayor en las mujeres cuya edad sobrepasa los 35 años (15.3%) en comparación con las mujeres cuyas edades son iguales o menores a 35 años (0.0%), rubro en el cual no se halló ningún caso. Sin embargo, la prueba chi cuadrado indica que no hay diferencia estadísticamente significativa entre ambas proporciones.

Tabla 2: Análisis descriptivo del tiempo de inmovilidad en la prueba de nado forzado

		CCU			
		Presenta	No presenta	Total	
Estado Civil	Soltera - Viuda	f	6	49	55
		%	10,90%	89,10%	100,00%
	Casada - Conviviente	f	20	115	135
		%	14,80%	85,20%	100,00%
Total	f	26	164	190	
	%	13,70%	86,30%	100,00%	

Fuente: Datos de la hoja de recolección de información (p-valor: 0,477)

Las mujeres casadas o convivientes presentan una prevalencia de 14.8% de cáncer de cuello uterino, cifra mayor al 10.9% hallado en las mujeres solteras o viudas. No se halló significancia estadística para la diferencia de proporciones al aplicar la prueba del chi cuadrado.

Tabla 3: El grado de instrucción y su asociación con la aparición de cáncer de cuello uterino

		CCU		
		Presenta	No presenta	Total
Grado de instrucción	Sin estudios o Primaria completa	f 11	40	51
		% 21,60%	78,40%	100,00%
	Secundaria completa o Superior	f 15	124	139
		% 10,80%	89,20%	100,00%
Total		f 26	164	190
		% 13,70%	86,30%	100,00%

Fuente: Datos de la hoja de recolección de información (p-valor: 0,055)

Se observa que las mujeres sin estudios o con primaria completa (21.6%) presentan mayor prevalencia de cáncer de cuello uterino que las mujeres con secundaria completa o superior (10.8%). La prueba chi cuadrado indica que no hay diferencia estadísticamente entre estas proporciones.

Tabla 4: El número de parejas y su asociación con la presencia de cáncer de cuello uterino.

		CCU		
		Presenta	No presenta	Total
Nº Parejas	Dos o más parejas	f 16	101	117
		% 13,70%	86,30%	100,00%
	Una pareja	f 10	63	73
		% 13,70%	86,30%	100,00%
Total		f 26	164	190
		% 13,70%	86,30%	100,00%

Fuente: Datos de la hoja de recolección de información (p-valor: 0,996)

Los resultados del presente estudio muestran que la prevalencia de cáncer de cuello uterino en la muestra analizada fue similar tanto en las mujeres con dos o más parejas como en aquellas que indicaron haber tenido una pareja (13.7%). La prueba chi cuadrado indica que no hay diferencia estadísticamente significativa entre ambas proporciones.

Tabla 5: La edad de inicio de las relaciones sexuales y su asociación con cáncer de cuello uterino.

		CCU		
		Presenta	No presenta	Total
Edad de inicio de las RS	14 años o menos	f 2	16	18
		% 11,10%	88,90%	100,00%
	Más de 14 años	f 24	148	172
		% 14,00%	86,00%	100,00%
Total		f 26	164	190
		% 13,70%	86,30%	100,00%

Fuente: Datos de la hoja de recolección de información (p-valor: 0,738)

Las mujeres que refieren haber iniciado su vida sexual a los 14 años o menos (11.1%) presentan menor prevalencia de cáncer de cuello uterino que aquellas que lo hicieron más allá de los 14 años (14%) respectivamente; sin embargo, la prueba chi cuadrado indica que no hay significancia estadística entre estas proporciones.

Tabla 6: La multiparidad y su asociación con la presencia de cáncer de cuello uterino.

		CCU			
		Presenta	No presenta	Total	
Multiparidad	Múltipara	f	21	114	135
		%	15,60%	84,40%	100,00%
	No múltipara	f	5	50	55
		%	9,10%	90,90%	100,00%
Total	f	26	164	190	
	%	13,70%	86,30%	100,00%	

Fuente: Datos de la hoja de recolección de información (p-valor: 0,240)

Se observa que las mujeres múltiparas (15.6%) presentan mayor prevalencia de cáncer de cuello uterino que las mujeres que no presentan multiparidad (9.1%); sin embargo, la prueba chi cuadrado indica que no hay diferencia estadísticamente significativa entre ambas proporciones.

Tabla 7: El uso de anticonceptivos hormonales y su asociación con la presencia de cáncer de cuello uterino.

		CCU			
		Presenta	No presenta	Total	
Uso de anticoncepción hormonal	Usa	f	13	102	115
		%	11,30%	88,70%	100,00%
	No usa	f	13	62	75
		%	17,30%	82,70%	100,00%
Total	f	26	164	190	
	%	13,70%	86,30%	100,00%	

Fuente: Datos de la hoja de recolección de información (p-valor: 0,237)

En la muestra del estudio las mujeres que no usan anticonceptivos hormonales presentan mayor prevalencia de cáncer de cuello uterino (17.7%) que las mujeres que usan estos anticonceptivos hormonales (11.3%); sin embargo, la prueba chi cuadrado indica que no hay diferencia estadísticamente significativa entre estas dos proporciones.

DISCUSIÓN

Nuestra investigación trató de uniformizar los diferentes resultados a la clasificación de Bethesda, actualmente recomendada en los programas de Ginecología y Prevención de Cáncer (7,8). Luego se hizo la separación de los casos estrictos de cáncer in situ de las lesiones pre-malignas restantes para unirlos a los casos de cáncer invasor y confrontar los resultados con el resto de lesiones pre-malignas y aquellos casos sospechosos que resultaron normales tras la toma de Papanicolaou para establecer la diferencia de proporciones entre pacientes con cáncer y pacientes que no tenían cáncer, asociados a cada factor de riesgo.

La etiología del cáncer de cuello uterino se relaciona con múltiples causas. El VPH es una causa necesaria, pero no suficiente, para desarrollar cáncer de cuello uterino (1, 2, 7, 9,10). De acuerdo a lo reportado por diversos estudios se estima que los factores de riesgo asociados a

esta enfermedad pueden ser: edad, consumo de alcohol y tabaco, uso de anticonceptivos, inicio temprano de vida sexual, número de parejas sexuales, factores genéticos, edad del primer embarazo, hábitos sexuales, condiciones socioeconómicas, analfabetismo, deficiencias nutricionales, ausencia de antecedentes en la citología vaginal(1,2,7,9,10). Nuestro trabajo de tesis recogió algunas de las variables mencionadas y analiza la posible asociación entre el uso de anticonceptivos hormonales, factores sociodemográficos y de la conducta como factores de riesgo para el cáncer de cuello uterino.

Referente a los factores sociodemográficos asociados a la presencia de cáncer de cuello uterino, nuestra investigación halló que la prevalencia de esta enfermedad fue mayor en aquellas mujeres que tenían más de 35 años de edad, sin significancia estadística (p: 0,060). Esta tendencia coincide con las observaciones

hechas por otros investigadores (5, 6, 11, 12, 13, 14,15), quienes refieren que a mayor edad existe un mayor riesgo de padecer la enfermedad. Es el caso de Vega, D. en México (2004), quien en su estudio titulado "Factores de riesgo para cáncer cervicouterino en mujeres de Matamoros, Tamaulipas" uno de los factores con mayor prevalencia fue la edad mayor de 35 años (53.4%)(9). En nuestro estudio, 15 de cada 100 pacientes con cáncer de cuello uterino tenían una edad mayor a los 35 años.

En cuanto al estado civil, debemos señalar que algunas investigaciones como la de García Minaya (16) entre otras (12), revelan que las mujeres solteras, viudas o divorciadas tienen más riesgo de infectarse con el VPH dado que tienen un mayor número de compañeros sexuales, ya sean permanentes u ocasionales (16,17). Se conoce la fuerte asociación que tiene la presencia de esta infección con el cáncer de cérvix, lo cual contrasta con nuestra investigación donde la presencia de cáncer de cuello uterino se dio en mayor proporción en las mujeres casadas o convivientes. Nuestros resultados coinciden con algunos otros estudios (5, 6, 11,13), esto probablemente revela la promiscuidad existente de parte de uno o ambos componentes de la pareja, lo que se convierte en una alternativa para las oportunidades de contagio para el VPH. No se halló significancia estadística ($p: 0,477$).

Existen datos controvertidos acerca de la asociación que se da entre cáncer de cuello uterino y condición social, económica o educativa. Se acepta sin embargo que las mujeres de más bajo nivel social, cultural y educativo, así como los inmigrantes extranjeros y con menores conocimientos generales en salud, tienen mayor incidencia de cáncer de cuello uterino (13, 17, 18,19). Hay autores que incluso manifiestan que la asociación entre nivel educativo y la neoplasia de cérvix se presenta con mayor frecuencia en pacientes analfabetas o que tienen sólo primaria (18). Nuestro estudio coincide con estas investigaciones y nuestro hallazgo fue que en las pacientes sin estudios o con primaria completa, la prevalencia de cáncer de cuello uterino es mayor que en aquellas que tienen estudios de secundaria completa o superior. Ya refería esto Thulaseedharan y asociados (20), quienes observaron que las mujeres sin estudios resultaron tener un riesgo significativamente mayor de cáncer de cuello uterino. En nuestro trabajo, la diferencia de proporciones no resultó estadísticamente significativa según la prueba del Chi cuadrado (0,055).

La presencia de múltiples compañeros sexuales se relaciona en diversos estudios con la aparición de cáncer de cuello uterino (5, 5, 9, 13, 16, 19, 21, 23,24). Según Sotomayor Y. (24) en su investigación: "Conocimiento y actitudes respecto al cáncer cervicouterino en las mujeres atendidas en el Hospital Sabogal", refiere que el 83.9% de mujeres reportó dos compañeros sexuales. Nuestros hallazgos encuentran similar prevalencia en pacientes que aceptaron haber tenido dos o más parejas,

así como en las que refirieron haber tenido una sola pareja (13.7%). Esto orientaría a una modificación del comportamiento epidemiológico de la enfermedad que habría que demostrar.

Otro factor que resulta importante por su relación con la aparición de cáncer de cuello uterino es la edad de inicio de las relaciones sexuales. Al respecto, Raychaudhuri y Mandal (25) hallaron que en la prevalencia de factores de riesgo fue importante la edad temprana de la primera relación sexual en un 65,6%. Ortiz R. y asociados (9) refieren que el riesgo de lesión intraepitelial cuando el primer coito se tiene a los 17 años o menos es 2,4 veces mayor que cuando este se tiene a los 21 años. Al respecto, García Minaya¹⁶ explica que el inicio temprano de las relaciones implica la aparición de múltiples compañeros sexuales, con el consiguiente riesgo dado por éstos. Se ha demostrado también que en la adolescencia los tejidos cervicouterinos son más susceptibles a la acción de los carcinógenos, y, de hecho, si existe un agente infeccioso relacionado, el tiempo de exposición a este será mucho mayor (14,26). Nuestros resultados no coinciden con estas investigaciones que informan la asociación entre aparición de cáncer con un inicio a edad temprana de las relaciones sexuales (5,12, 14, 21, 22, 27,29). Nuestro hallazgo revela que la prevalencia de cáncer de cuello uterino en pacientes que refieren haber iniciado su actividad sexual a los 14 o menos años fue menor que en las pacientes que refieren haber iniciado su actividad sexual más allá de los 14 años; las diferencias pueden deberse al punto de corte escogido en las diversas investigaciones.

Respecto a la paridad, la presencia de cáncer de cuello uterino en pacientes multíparas fue mayor que en las mujeres no multíparas, a pesar de no ser estadísticamente significativo, lo cual coincide con los resultados de otros investigadores, quienes señalan a la multiparidad como un factor de riesgo asociado a la presencia de lesiones LPM y CCU (11,13,14,18,22,26,27,28,29,30-32).

La utilización de la anticoncepción hormonal en sus diversas formas, ha sido motivo de opiniones divididas y controversiales, toda vez que algunos afirman que existe relación entre la administración de anticoncepción hormonal asociado a no a la presencia del virus del papiloma humano (VPH) y la aparición de lesión pre maligna y cáncer de cuello uterino. Diversas investigaciones realizadas desde hace más de 15 años sostienen que las hormonas esteroides pueden funcionar como facilitadoras de la replicación y persistencia del virus del papiloma humano, factor determinante para el desarrollo de cáncer de cuello uterino³³. Sin embargo, considerar el uso de anticonceptivos hormonales como factor de riesgo para cáncer de cuello uterino es controversial. Los diversos estudios realizados a nivel mundial presentan resultados que difieren entre sí (11, 19, 21, 26, 27, 28, 33,34).

Nuestros hallazgos a pesar de no tener significancia estadística señalan que la proporción de aparición de cáncer de cuello uterino fue mayor en mujeres que no usaban anticoncepción hormonal que en las que sí lo hacían, lo cual aleja la posibilidad para este estudio de poder relacionar la utilización de anticoncepción hormonal y cáncer de cuello uterino tal como lo refieren algunas investigaciones. De otro lado nuestros resultados coinciden con los expuestos en el estudio de Mollinedo y colaboradores (35), donde no se encuentra relación directa entre el empleo de anticonceptivos hormonales y cáncer de cuello uterino. (22.6%). Shapiro y colaboradores¹⁴ reportan un riesgo nulo al asociar anticonceptivos inyectables (acetato de medroxiprogesterona) con cáncer cervicouterino

invasivo (RR 1.0; IC 95%: 0.8-1.3). Raychaudhuri y Mandal (25) hallaron que la prevalencia de uso de preservativos y de píldoras como factor de riesgo fue de sólo un 5,4%. Se plantea que la posible asociación anticonceptivos hormonales y cáncer de cuello uterino hallada en otros estudios tiene probablemente más una relación con el comportamiento sexual y la infección por el virus del papiloma humano (VPH) que por efecto directo; Sasiene hace hincapié en que las mujeres que utilizan la píldora para evitar un embarazo son menos propensas a emplear otros métodos, como el preservativo, que impide en gran medida el contagio de VPH; factor determinante para la aparición de cáncer de cuello uterino(14,26).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Nueva guía de la oms para la prevención y el control del cáncer cervicouterino [En línea]. Centro de Prensa de la Organización Mundial de la Salud. Melbourne (Australia), 2014. [Consultado el 05 de marzo de 2018] URL disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/preventing-cervical-cancer/es/>.
2. Guía de práctica clínica, cáncer de cuello uterino [En línea]. INEN. Lima (Perú), 2011. [Consultado 29 de noviembre de 2016] URL disponible en: http://www.inen.sld.pe/portal/documentos/pdf/normas_tecnicas/2011/25042011_cancer_cuello_uterino_19_04_11.pdf.
3. Cáncer de cuello uterino [En línea]. Liga Contra el Cáncer. Lima (Perú), 2016. [Consultado el 05 de marzo de 2018] URL disponible en: <http://www.ligacancer.org.pe/tiposdecancer.html>
4. Castro Romero J.I., Hernández Girón C., Madrid Marín V. La anticoncepción hormonal como factor de riesgo para cáncer cervicouterino: evidencias biológicas, inmunológicas y epidemiológicas [En línea]. México, 2011. [Consultado 29 de noviembre de 2016] URL disponible en: <http://docplayer.es/4128604-La-anticoncepcion-hor-monal-como-factor-de-riesgo-para-cancer-cervicouterino-evidencias-biologicas-inmunologicas-y-epidem-iologicas.html>.
5. Aguilar Melgar J.A., Chacaltana Espino L.M., Mujica Gré R.M. Perfil epidemiológico del cáncer de cérvix. hospital Augusto Hernández Mendoza-Ica 2010-2012 [Tesis de grado]. Ica (Perú): Facultad de Medicina Humana de la Universidad Nacional "San Luis Gonzaga" de Ica. 2013.
6. Pacori Rodrigo F., Anicama Matta J.G., Vilca Yange A. Factores clínico epidemiológicos asociados a cáncer de cuello uterino en el hospital Santa María del Socorro de Ica, 2001-2010 [Tesis de grado]. Ica (Perú): Facultad de Medicina Humana de la Universidad Nacional "San Luis Gonzaga" de Ica. 2012.
7. Guía técnica: Guía de práctica clínica para la prevención y manejo del cáncer de cuello uterino [En línea]. Despacho Viceministerial de Salud Pública. Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública. Dirección de Prevención y control del Cáncer. MINSA. Lima (Perú), 2017. [Consultado el 05 de marzo de 2018]. URL disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4146.pdf>.
8. De La Torre Rendón, F. Lesión premaligna escamosa del cuello uterino, un enfoque actualizado [Revista en línea]. Patología – Revista Latinoamericana. 2008;46(4):332-42. [Consultado el 05 de marzo de 2018]. URL disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/patrevlat/rlp-2008/rlp084g.pdf>
9. Vega A, María. Factores de riesgo para cáncer cervicouterino en mujeres de Matamoros, Tamaulipas. Universidad Autónoma de Nuevo León [Sede Web]. México 2004. [Consultado el 05 de marzo de 2018]. Disponible en: <http://eprints.uanl.mx/5407/1/1020149340.PDF>
10. Análisis de la situación del cáncer en el Perú [En línea]. Dirección General de Epidemiología. Lima (Perú), 2013. [Consultado 29 de noviembre de 2016] URL disponible en: http://www.dge.gob.pe/portal/docs/asis_cancer.pdf.
11. Henríquez Handrea M., Ortega Bonilla R. Factores de riesgos en mujeres diagnosticadas con en el hospital José Nieborowski, Boaco. enero 2013-diciembre 2014 lesiones pre malignas de cuello uterino a través de PAP, atendidas [Tesis doctoral en línea]. Boaco, Nicaragua: Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua. 2015. [Consultado el 05 de marzo de 2018]. URL disponible en: <http://repositorio.unan.edu.ni/1485/1/41998.pdf>
12. Aguilar Palomino G.R. Factores de riesgo asociados a cáncer de cérvix en pacientes atendidas en el hospital Vitarte durante el año 2015 [Tesis de grado en línea]. Lima (Perú): Facultad de Medicina Humana de la Universidad Ricardo Palma. 2017. [Consultado el 05 de marzo de 2018]. URL disponible en:

- http://cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/932/1/Aguliar%20Palomino%20Gabriela%20Raquel_2017.pdf
13. Bonilla Tello K.A., Montalvo De La Torre Y.I. Factores de riesgo relacionados a lesiones pre malignas de cáncer del cuello uterino. hospital Víctor Ramos Guardia Huaraz 2008 – 2012 [Tesis de grado en línea]. Huaraz (Perú): Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional "Santiago Antúnez De Mayolo". 2015. [Consultado el 05 de marzo de 2018].
 14. Smith J.S., Green J., Berrington A., Appleby P., Peto J., Plummer M., Franceschi S., Beral V., Cervical cancer and use of hormonal contraceptives: a systematic review [Revista en línea]. *Lancet*. Estados Unidos, abril 2003. 361(9364):1159-67. [Consultado 29 de noviembre de 2016] URL disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12686037>.
 15. Rodríguez G., Barrios E., Vasallo J. Características epidemiológicas de una población que accedió al programa de prevención del cáncer de cuello uterino en Uruguay. *Rev Med Uruguay* 2005; 21: 200-206
 16. García Minaya, O. Principales factores de riesgo del cáncer de cuello uterino main risk factors of uterine cervical cancer". In *Crescendo Ciencias de la salud*, [S.l.], v. 4, n. 2, p. 609-616, ene. 2018. [Consultado el 28 de febrero de 2018]. URL disponible en: <<http://revistas.uladech.edu.pe/index.php/increscendo->
 17. Ortiz Serrano R., Uribe Pérez C.J., Díaz Martínez L.A., Dangond Romero R.Y., Factores de riesgo para cáncer de cuello uterino [En línea]. Scielo. 2004. [Consultado 30 jun 2018]; 55(2) Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74342004000200007
 18. Fernández Velásquez C.C., Izaguirre Villanueva E. Factores de riesgo socioeconómicos y gineco obstétricos que predisponen a cáncer de cuello uterino [Tesis de grado en línea]. Nuevo Chimbote (Perú). Facultad de Ciencias de la Universidad Nacional de Santa. 2014. [Consultado el 05 de marzo de 2018]. URL disponible en: <http://repositorio.uns.edu.pe/bitstream/handle/UNS/1917/26307.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
 19. Gómez Sifuentes J.L. Factores de riesgo para cáncer de cuello uterino. hospital Regional docente de Trujillo (HRDT) 2007-2012 [Tesis de grado en línea]. Trujillo (Perú): Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Trujillo. 2013. [Consultado el 05 de marzo de 2018]. URL disponible en: http://dspace.unitru.edu.pe/bitstream/handle/UNITRU/627/GomesSifuentes_J.pdf?sequence=1&isAllowed=y
 20. Thulaseedharan J, Malila N, Hakama M, Esmey P, Cheriyian M, Swaminathan R, et al. Socio demographic and reproductive risk factors for cervical cancer - a large prospective cohort study from rural India. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2012;13(6):2991-5.
 21. Cabrera Guerra I., Ortiz-Sánchez Y., Suárez Gómez Y., Socarrás Rodríguez R., Vázquez-Rosales N. Factores de riesgo asociados al cáncer cérvico-uterino en el área de salud de Santa Rita [En línea]. *MULTIMED - Revista Médica Granma*. Granma (Cuba), 2017. [Consultado el 05 de marzo de 2018]. URL disponible en: <http://www.revmultimed.sld.cu/index.php/mtm/artic/view/392>
 22. Salazar Rodríguez S.K. Relación entre el nivel de conocimiento sobre cáncer cervical y la exposición a sus factores de riesgo en usuarias atendidas en los consultorios externos del Instituto Nacional Materno perinatal, febrero – marzo del 2016 [Tesis de grado en línea]. Lima (Perú): Facultad de Medicina de la Universidad Mayor de San Marcos. 2016. [Consultado el 05 de marzo de 2018]. URL disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/4760/Salazar_rs.pdf?jsessionid=40B44D1D801D9A42858C00466281300A?sequence=1
 23. Domínguez E. Factores de riesgo para cáncer cérvico uterino en pacientes atendidas en el Centro Estatal de cancerología dr. miguel dorantes mesa. méxico. 2012.
 24. Sotomayor Y. Conocimiento y actitudes respecto al cáncer cervicouterino en las mujeres atendidas en el Hospital Sabogal. Lima.2008.
 25. Raychaudhuri S, Mandal S. Socio-demographic and behavioural risk factors for cervical cancer and knowledge, attitude and practice in rural and urban areas of north Bengal, India. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2012;13(4):1093-6.
 26. Appleby P., Beral V., Berrington A., Colin D., Franceschi S., Goodhill A., Green J., Peto J., Plummer M. cervical cancer and hormonal contraceptives: collaborative reanalysis of individual data for 16,573 women with cervical cancer and 35,509 women without cervical cancer from 24 epidemiological studies [Revista en línea]. *Lancet*. Estados Unidos, nov 2007. 370(9599):1609-21. [Consultado 29 de noviembre de 2016] URL disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17993361>.
 27. Dunán Cruz L.K., Cala Calviño L., Infante Tabío N.I., Hernández Lin T. Factores de riesgo ginecoobstétricos para el cáncer cervicouterino en la atención primaria de salud [en línea]. *Medisan*. Cuba, mayo 2011. 15(5): 573-579. [Consultado 29 de noviembre de 2016] URL disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192011000500002.
 28. Conde Félix A.M. Factores de riesgo, asociados a lesiones en el cuello uterino, en mujeres en edad fértil Hospital María Auxiliadora [Tesis de grado en línea]. Lima (Perú): Facultad de Obstetricia y Enfermería de la Universidad Mayor de San Marcos. 2014. [Consultado el 05 de marzo de 2018]. URL disponible en: <http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/bitst>

- ream/usmp/1509/1/Conde_fa.pdf
29. Coaquira Galindo M.P., Curitomay Yanqui, R. Factores de riesgo de las neoplasias cervicales intraepiteliales estudiadas en la dirección regional de salud de Ayacucho y hospital "Victor Ramos Guardia" de Huaráz en el año 2001 [Tesis de grado]. Ica (Perú): Facultad de Medicina Humana de la Universidad Nacional "San Luis Gonzaga" de Ica. 2002
 30. Cabrera Arenas, J.C. Distribución de los factores de riesgo en el cáncer de cuello uterino en pacientes del Hospital Nacional Sergio e. Bernales, 2006-2011 [Tesis de grado en línea]. Lima (Perú): Facultad de Medicina Humana de la Universidad Mayor de San Marcos. 2012. [Consultado el 05 de marzo de 2018]. URL disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/452/Cabrera_aj.pdf?sequence=1
 31. Factores de riesgo de cáncer cervicouterino: indicios hasta la fecha [Sede en línea]. Nueva York: Alliance for Cervical Cancer Prevention; 2004 [Consultado 28 de febrero de 2018]. URL disponible en: http://screening.iarc.fr/doc/RH_risk_factors_fs_sp.pdf
 32. Píldoras anticonceptivas y el riesgo de cáncer [En línea] Estados Unidos: Instituto Nacional del Cáncer; 2007 [Actualizado 2014, Consultado 30 ene 2018]. URL disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/causas-prevencion/riesgo/hormonas/hoja-informativa-pildoras-anticonceptivas#r15>
 33. Salinas Tomalá J.A., Villarroel Peña G.E. Factores de riesgo y prevención del cáncer cérvico uterino en las usuarias de la "clínica granados". salinas. 2011-2012 [Tesis de grado en línea]. La Libertad (Ecuador): Facultad de Ciencias Sociales y de la Salud de la Universidad Estatal Península de Santa Elena. 2012. [Consultado el 05 de marzo de 2018]. URL disponible en: <http://repositorio.upse.edu.ec/bitstream/46000/618/1/SALINAS%20TOMALA%20JANETH.pdf>
 34. Lobo Abascal P. Anticoncepción hormonal y riesgos de cáncer de mama, ovario, endometrio, cérvix y otros [En línea]. Hospital Universitario Infanta Sofía. Madrid (España), 2011. [Consultado 29 de noviembre de 2016] URL disponible en: http://sec.es/descargas/PS_Anticoncepcion_hormonal_y_riesgo_de_cancer.pdf.
 35. Bosch F.X., Manos M.M., Muñoz M., Sherman M., Jansen A.M., Peto J., et al. Prevalence of human papillomavirus in cervical cancer: a worldwide perspective. International Biological Study on Cervical Cancer (I BSCC) Study Group. J Natl Cancer Inst 1995;87:796-802.

Las ediciones anteriores de revista médica PANACEA
están disponibles en:

www.revpanacea.unica.edu.pe

R E V I S T A M É D I C A
PANACEA
UNIVERSIDAD NACIONAL SA LUIS GONZAGA ICA, PERÚ



DETERMINANTES SOCIALES ESTRUCTURALES RELACIONADOS CON LA EPIDEMIA DE DENGUE EN LA CIUDAD DE ICA, 2017.

SOCIAL STRUCTURAL DETERMINANTS OF DENGUE EPIDEMICS IN ICA CITY, 2017.

Aguado-Moquillaza Raúl^{1,a}, Alvites-Junes Antony^{1,a}, Ceccarelli-Flores Juan^{2,b}

1. Dirección Regional de Salud de Ica
 2. Facultad de Medicina, Universidad Nacional "San Luis Gonzaga" de Ica.
- a. Médico cirujano b. Médico Internista

Correspondencia:

Aguado Moquillaza Raúl Rafael.
Número de celular: 986 529 279
Correo Electrónico:
raulag40@hotmail.com
Domicilio: Jirón Cuzco 312,
Parcona- Ica, Perú.

Contribuciones De Autoría:

AMR, AJA y CFJ: Contribuciones en la concepción y diseño del manuscrito, recolección, análisis e interpretación de los datos, redacción y revisión crítica del contenido del manuscrito y aprobación final del artículo.

Conflicto De Intereses: No declarados.

Financiamiento: Autofinanciado.

Como Citar

Aguado-Moquillaza Raúl, Alvites-Junes Antony, Ceccarelli-Flores Juan. Determinantes sociales estructurales relacionados con la epidemia de dengue en la ciudad de Ica, 2017. Rev méd panacea 2018; (2): 50-55

Recibido: 26 - 04 - 2018
Aceptado: 30 - 05 - 2018
Publicado: 25 - 08 - 2018

RESUMEN

Objetivo: Describir los determinantes sociales estructurales y las características clínicas que presentaron los pacientes con diagnóstico confirmado de dengue en la provincia de Ica, durante el año 2017. **Materiales y métodos:** Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo, no experimental, de la revisión de la base de datos del sistema de notificación de vigilancia epidemiológica, de 133 casos confirmados de Dengue, del año 2017. **Resultados:** El 56.4% eran hombres y un 43.6% mujeres, siendo la razón hombre/mujer de 1.22. La edad promedio fue de 34.5 años y el grupo más afectado fue el de 41-50 años (18.1%) seguido de los grupos 15-20 años y 31-40 años con un 14.3%. Según la ocupación en grupo mayoritario fue el de estudiantes (26.3%), en el ámbito de la vivienda, el urbano fue el mayor con un 60.0% de casos; en la epidemia de Dengue en Ica el 96.58% correspondió a Dengue no grave, de los cuales el 9.40% presentaron señales de alarma con evolución clínica favorable y el (87.18%) fueron notificados como Dengue sin señales de alarma. Se registraron 4 casos de dengue grave (3.42%) fallecidos; el 81.95% presentó fiebre, dolor de cabeza, el 84.21%, dolor de cuerpo: artralgias 83.46% y mialgias 78.19%, malestar general un 79.70%. En los casos de Dengue con señales de alarma, se presentó dolor abdominal, vómitos y diarreas. **Conclusiones:** Con el presente estudio se evaluó los determinantes sociales estructurales y las características clínicas que presentaron los pacientes con diagnóstico confirmado, en la epidemia del Dengue en Ica en el año 2017, que ayudará a tomar las medidas preventivas en el medio ambiente y efectuar el diagnóstico oportuno conociendo la sintomatología variada de la enfermedad.

Palabras clave: Dengue, monitoreo epidemiológico, epidemia (fuente: DECS BIREME)

ABSTRACT

Objective: To describe the structural social determinants and the clinical characteristics presented by patients with a confirmed diagnosis of dengue in the province of Ica, during the year 2017. **Materials and methods:** A descriptive, retrospective, non-experimental study was conducted of the review of the epidemiological surveillance notification system database of 133 confirmed cases of Dengue, of the year 2017. **Results:** 56.4% were men and 43.6% were women, with a male / female ratio of 1.22. The average age was 34.5 years and the most affected group was 41-50 years (18.1%) followed by the groups 15-20 years and 31-40 years with 14.3%. According to the occupation in the majority group was that of students (26.3%), in the field of housing, urban was the largest with 60.0% of cases; In the Dengue epidemic in Ica, 96.58% corresponded to non-severe Dengue, of which 9.40% had alarm signals with favorable clinical evolution and (87.18%) were notified as Dengue without warning signs. There were 4 cases of severe dengue (3.42%) deceased; 81.95% presented fever, headache, 84.21%, body pain: 83.46% arthralgia and 78.19% myalgia, 79.70% general malaise. In cases of Dengue with alarm signals, abdominal pain, vomiting and diarrhea occurred. **Conclusions:** The present study evaluated the structural social determinants and clinical characteristics of patients with confirmed diagnosis in the Dengue epidemic in Ica in 2017, which will help to take preventive measures in the environment and make the appropriate diagnosis knowing the varied symptomatology of the disease.

Keywords: Dengue, epidemiological monitoring. (Source: MeSH NLM).

INTRODUCCIÓN

El dengue es una infección vírica transmitida por la picadura de las hembras infectadas de mosquitos del género *Aedes*. Hay cuatro serotipos de virus del dengue (DEN 1, DEN 2, DEN 3 y DEN 4). El dengue se presenta en los climas tropicales y subtropicales de todo el planeta, sobre todo en las zonas urbanas y semiurbanas. Los síntomas aparecen 3–14 días (promedio de 4–7 días) después de la picadura infectiva. El dengue es una enfermedad similar a la gripe que afecta a lactantes, niños pequeños y adultos. (1)

Los síntomas son una fiebre elevada (40C°) acompañada de dos de los síntomas siguientes: dolor de cabeza muy intenso, dolor detrás de los globos oculares, dolores musculares y articulares, náuseas, vómitos, agrandamiento de ganglios linfáticos o sarpullido. (1)

El dengue grave es una complicación potencialmente mortal porque cursa con extravasación de plasma, acumulación de líquidos, dificultad respiratoria, hemorragias graves o falla orgánica.

No hay tratamiento específico para el caso dengue, pero la detección oportuna y el acceso a la asistencia médica adecuada disminuyen las tasas de mortalidad por debajo del 1%

Teniendo en consideración lo que señala Mastrangelo, la persistencia de criaderos de mosquitos en el barrio está más relacionada con deficiencias en el aprovisionamiento regular de agua por red, que con la voluntad individual o familiar de tapar los recipientes. Este hecho obliga a las familias a acumular agua en los más variados depósitos, que brindan mayores oportunidades de supervivencia al mosquito. (2)

La experiencia de la epidemia de dengue en las ciudades amazónicas de nuestro país ha demostrado que el crecimiento urbano, periurbano y rural desordenado, incrementa las carencias de los servicios básicos de agua/desagüe; asimismo, la falta diaria de agua potable en los hogares, propicia que usen recipientes para coleccionar agua, que conduce a la formación de criaderos intradomiciliarios.

Aunque fue eliminado de grandes áreas de América del Sur en los años cincuenta y sesenta como parte de una campaña de "erradicación" iniciada por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), reapareció en las zonas urbanas a finales de los años ochenta, influenciado por la enorme afluencia de personas de las zonas rurales a las urbanas que a menudo fue acompañada por el hacinamiento y el saneamiento deficiente. (3)

Luego de esta re-introducción en los años 80's, el virus se ha establecido generando ciclos epidémicos-endémicos para los cuales los esfuerzos de control vectorial han sido en general poco exitosos.

La desigualdad social, la urbanización descontrolada, la inequidad en el acceso al aprovisionamiento de agua potable en países en vías de desarrollo y las migraciones humanas han sido factores determinantes en la persistencia tanto del mosquito como del virus.

Asimismo, se prevé que la temperatura, las precipitaciones y la frecuencia de los desastres naturales, así como las tendencias no climáticas que implican el crecimiento demográfico y la migración, la urbanización, así como el comercio y los viajes internacionales, aumenten la prevalencia de los criaderos de mosquitos, la supervivencia de los mosquitos, la velocidad de la incubación viral, la distribución del virus del dengue y sus vectores, los patrones de migración humana hacia las zonas urbanas y el desplazamiento tras los desastres naturales. (4)

Ha sido nuestro interés realizar un estudio que nos permita conocer los determinantes sociales estructurales relacionados con la epidemia de dengue en la ciudad de Ica, de los casos producidos de Enero a Diciembre del 2017.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo, no experimental, de la revisión de la base de datos del sistema de notificación de vigilancia epidemiológica, de una muestra de 133 casos confirmados de Dengue, del año 2017. Los datos fueron proporcionados por la DIRESA Ica.

La investigación se realizó tomando como Fuente: La Ficha de Investigación epidemiológica de Dengue Oficina de Epidemiología GERESA de las que se obtuvo los casos confirmados.

RESULTADOS

Se presentan los resultados teniendo como marco a los objetivos del estudio, obtenidos en la revisión de una muestra de 133 historias clínicas, obtenidas de los Hospitales de EsSalud y Hospital Regional MINSA de Ica, que tuvieron diagnóstico confirmado de Dengue, en el año 2017.

Tabla 1: Prevalencia de la enfermedad del dengue según el sexo - Ica año 2017.

SEXO	CASOS	PORCENTAJE
MASCULINO	73	56.4%
FEMENINO	60	43.6%
TOTAL	133	100.0%

Fuente: DIRESA ICA

Tabla 2: Prevalencia de la enfermedad del dengue según la edad - Ica año 2017.

EDAD	CASOS	PORCENTAJE
De 0 a 10 años	9	6.8 %
11 a 20 años	26	19.6 %
21 a 30 años	21	15.8 %
31 a 40 años	16	12.0 %
41 a 50 años	24	18.0 %
51 a 60 años	18	13.5 %
61 a 70 años	10	7.5 %
Mas de 70 años	9	6.8 %
Total	133	100.0 %

Fuente: DIRESA ICA

Tabla 3: Prevalencia de la enfermedad del dengue según la ocupación – Ica, año 2017.

OCUPACIÓN	CASOS	PORCENTAJE
Estudiantes	34	26.3%
Empleados	21	16.3%
Profesionales	19	14.7%
Obreros	18	14.0%
Amas de Casa	16	12.4%
Profesionales Salud	13	10.1%
Jubilados	8	6.2%
Menos de 5 años	4	0.0%
Total	133	100%

Fuente: DIRESA ICA

Tabla 4: Prevalencia de la enfermedad del dengue según la Procedencia - Ica año 2017.

PROCEDENCIA	CASOS	PORCENTAJE
Provincia Ica	133	100.0 %
Distrito: Tinguíña	10	7.2 %
Parcona	9	6.8 %
Pueblo Nuevo	9	6.8 %
Subtanjalla	8	6.2 %
Guadalupe	6	4.6 %
Pachacutec	3	2.4 %
Ocucaje	3	2.4 %
Santiago	5	3.6 %
Los Aquijes	5	3.6 %
Ica	75	56.4 %

Fuente: DIRESA ICA

Tabla 5: Prevalencia de la enfermedad del dengue según el ámbito de la vivienda – Ica, año 2017.

VIVIENDA	CASOS	PORCENTAJE
Urbano	70	60%
Rural	47	40%
Total	117	100%

Fuente: DIRESA ICA

Tabla 6: Prevalencia de los síntomas de la enfermedad del dengue según evaluación clínica – Ica año 2017.

SINTOMATOLOGÍA	CASOS	PORCENTAJE
Cefalea	112	84.21%
Artralgias	111	83.46%
Fiebre	109	81.95%
Malestar General	106	79.70%
Mialgias	104	78.19%
Erupción Cutánea	92	69.17%
Dolor Lumbar	49	36.84%
Nauseas	47	35.34%
Conjuntivitis	38	28.57%
Plaquetopenia	34	25.56%
Diarreas	25	18.80%
Vómitos	19	14.29%
Poliartralgias	18	13.53%
Dolor Retro Ocular	12	9.02%
Sangrado	5	3.76%

Fuente: DIRESA ICA

Tabla 7: Tipos de dengue según diagnóstico Según el cuadro clínico - Ica año 2017.

DIAGNOSTICO	CASOS	PORCENTAJE
Dengue Con Signos de Alarma	11	9.40%
Dengue Sin Signos de Alarma	102	87.18%
Dengue Grave	4	3.42%
TOTAL	117	100%

Fuente: DIRESA ICA

DISCUSIÓN

El brote de dengue del presente estudio se encuentra localizado en los Distritos de la Provincia de Ica, por lo que los pacientes fueron atendidos en el Hospital Augusto Hernández Mendoza (EsSalud) y Hospital Regional de Ica (Minsa), adonde también fueron referidos algunos casos de las Provincias de Chíncha (8 casos) y Pisco (4 casos)

La población en general es bastante joven, sobre todo en los distritos mencionados, siendo el 70% menor de 35 años. En relación a la procedencia de los jefes/as del hogar, éstos son migrantes, principalmente de otras provincias de la región.

La población económicamente activa (PEA) en Ica, la constituye casi el 80% de la población total, que según rama de actividad se dedican a: Servicios (estables, eventuales), con un 85% de la PEA con actividades correspondientes al comercio (predominio de informales: ambulantes, bodegas, venta alimentos, entre otros), oficios (chóferes, mecánicos, empleadas del hogar) y empleados/as de nivel profesional en un mínimo porcentaje (técnicos/as de contabilidad, farmacéuticos/as, profesoras/es, entre otros/as), Agricultura, con un 5% de la PEA

El transporte urbano en Ica, es el principal medio de desplazamiento ante la masiva movilización de carácter público y actualmente se realiza a través de 3 medios: taxi-motos, colectivos, camionetas rurales (combis)

Los servicios Básicos, de agua y alcantarillado se dan de forma provisional. Para cubrir la demanda de agua, se han instalado pozos comunales, construidos por diversas Instituciones públicas y privadas: Municipalidad Provincial de Ica, Gobierno Regional, diversas ONG que actúan en la zona, y la población; localizados en lugares estratégicos con el objetivo de cubrir la necesidad del líquido vital; y se ha establecido sistemas de administración de los pozos comunales: colectiva o individual según la organización de cada lugar

Dada estas deficiencias en el servicio básico de agua potable se incrementa el riesgo de proliferación del vector del dengue por la gran cantidad de recipientes en los que la población almacena agua, que sin la conservación adecuada se conviertan en criaderos potenciales para la reproducción del vector transmisor del dengue.

La presencia de casos de Dengue hallados estarían relacionados con las actividades independientes que realizan la población económicamente activa del sexo masculino, dentro de diversos ambientes.

La edad promedio de la población afectada fue de 34.5 años que corresponde a la población económicamente activa, lo trae implicancias socio- económicas, estos hallazgos son semejantes a lo observado por Ramírez en

el distrito de Pavas, San José, Costa Rica. El dengue puede presentarse en niños en forma asintomática en nuestro estudio se halló en menor porcentaje siendo congruente con lo observado por Ramírez, sin embargo se debe de considerar que es posible que este grupo poblacional puede presentar señales de alarma de dengue grave (5).

Según la ocupación en grupo mayoritario fue el de estudiantes seguido del grupos de empleados lo que indicaría que los estudiantes fueron más afectados al dividir sus tiempos de permanencia entre sus domicilios y su centros de estudios e igualmente las amas de casa; el resultado obtenido nos indica igualmente que el *Aedes aegypti* que tiene un hábitat peri-doméstico, encuentra en la mayoría de los centros de trabajo (locales de ventas, fábricas de calzado, restaurantes, etc.) características similares al de los hogares y el mismo tipo de almacenamiento de agua, ya que en muchas ocasiones, son ignoradas en estos lugares, reservando su cumplimiento por lo general solo para los hogares y áreas aledañas al mismo.

Se señala que este comportamiento es fundamentalmente conductual, pues ni el mosquito ni el virus tendrían preferencia por el nivel de escolaridad de las personas, pero sí por el hábitat en que son capaces de sobrevivir y desarrollarse de acuerdo a su nivel. Resultados similares fueron encontrados por Gubler (6).

Según lo observado por el ámbito de la vivienda, un mayor porcentaje se encontró en los medios urbanos en relación al medio rural como se sabe el *Aedes aegypti* es una especie "doméstica", raramente se encuentra a más de 100 metros de una casa, que busca lugares oscuros y tranquilos para reposar. Para ello, los lugares preferidos son el interior de las casas, los dormitorios, los baños y las cocinas, y solo ocasionalmente se los encuentra al aire libre, en la vegetación del exterior (7).

Según lo observado en la tabla 6 el 81.95% de los casos estudiados presentó fiebre, dolor de cabeza, el 84.21%, dolor de cuerpo: artralgias 83.46% y mialgias 78.19%, malestar general un 79.70%, síntomas compatibles con la definición de caso probable de dengue (8).

Otros signos y síntomas de casos presentados durante el Brote de dengue más frecuentes fueron: erupción cutánea, conjuntivitis, dolor lumbar, náuseas y Plaquetopenia.

En los casos catalogados como Dengue con señales de alarma, se presentaron síntomas de dolor abdominal, vómitos y diarreas, semejantes a los síntomas presentados durante el brote de dengue en Iquitos reportado por Suárez Ognio y col (9), en el año 2010 - 2011 en el que predominó el dolor abdominal y los vómitos persistentes estos mismos signos y síntomas fueron encontrados en nuestro estudio.

La literatura reporta al dengue como una enfermedad

de espectro clínico variable, pudiendo presentarse infecciones asintomáticas e inaparentes, cuadros clásicos leves y severos, y cuadros hemorrágicos ocasionalmente fatales, dependiendo del ambiente epidemiológico en el cual el virus específico circula en un vector adecuado y en una población susceptible. (10)

Las manifestaciones clínicas del dengue presentadas por los pacientes confirmados virológicamente por el INS en el 2001, son similares a las encontradas en las descripciones clínicas en la mayoría de revisiones de esta enfermedad con cuadros caracterizados por una variedad de signos y síntomas inespecíficos con predominio de fiebre, cefalea, dolores osteo-mioarticulares y dolores retro culares, el rash maculopapular descrito frecuentemente en las epidemias de dengue (sobre todo en niños) alcanzó un alto porcentaje de presentación dentro de nuestros pacientes

En la tabla N° 07 se observa que los casos presentados en el brote de dengue en Ica 2017 corresponden el 96.58% a Dengue no grave, de los cuales el 9.40%

presentaron señales de alarma con evolución clínica favorable y el (87.18%) fueron notificados como Dengue sin señales de alarma. Se registraron 4 casos de dengue grave (3.42%) fallecidos.

Según la nueva clasificación del dengue sugerida por la Organización Mundial de la Salud (OMS), basada en la consideración del dengue como una sola enfermedad con un variado espectro clínico, se clasifica los casos según la presentación de los signos y síntomas de los pacientes, observándose dos categorías de formas clínicas: dengue grave y dengue no grave: La categoría dengue no grave se subdivide en dos grupos: un grupo sin signos de alarma y otro con signos de alarma. En esta nueva clasificación las formas graves no solo incluyen al dengue hemorrágico y al shock por dengue, sino también las formas clínicas que se presentan con compromiso grave de órgano.

CONCLUSIÓN

La mayoría de casos se presentaron en las zonas urbanas y el nivel de educación no fue trascendente en evitar la enfermedad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Espinoza CA, Jhusey MM. Dengue serotipo 1, en Tablada de Lurín. Lima-Perú marzo-abril, 2013. Revista Médica Carrionica. 2016; 3(2):101-118
2. Tapia-Conyer R, Méndez-Galván JF, Gallardo-Rincón H. The growing burden of dengue in Latin America. J Clin Virol. 2009; 46: S3-S6.
3. Cabezas C, Fiestas V, García-Mendoza M, Palomino M, Mamani E, Donaires F. Dengue en el Perú: a un cuarto de siglo de su reemergencia. Rev Peru Med Exp Salud Pública. 2015; 32(1):146-56.
4. Alfonso-Sierra E, Basso C, Beltrán-Ayala E, Mitchell-Foster K, Quintero J, Cortés S, et al. Innovative dengue vector control interventions in Latin America: what do they cost?, Pathogens and Global Health. 2016; 110(1):14-24.
5. Kienberger S, Hagenlocher M, Delmelle E, Casas I. A WebGIS tool for visualizing and exploring socioeconomic vulnerability to dengue fever in Cali, Colombia. Geospatial Health. 2013; 8(1):313-316.
6. Chang AY, Fuller DO, Carrasquillo O, Beier JC. Social justice, climate change, and dengue. Health Hum Rights. 2014; 16(1):93-104.
7. Tissera H, Amarasinghe A, Gunasena S, DeSilva AD, Yee LW, Sessions O, et al. Laboratory enhanced dengue sentinel surveillance in Colombo district, Sri Lanka: 2012-2014. PLoS Negl Trop Dis 2016; 10(2): e0004477.
8. Suarez-Ognio L, Arrasco J, Casapia M, Sihuncha M, Ávila J, Doto G, y Rodríguez C. Factores asociados a dengue grave durante la epidemia de dengue en la ciudad de Iquitos, 2010-2011 Rev. Peru Epidemiol 2011; 15(1): 17-23
9. Cabezas C, Fiestas V, García-Mendoza M, Palomino M, Mamani E, Donaires F. Dengue en el Perú: a un cuarto de siglo de su reemergencia. Rev. Peru Med Exp Salud Pública. 2015; 32(1):146-56.
10. Basurto-Zambrano J. Algunas consideraciones generales clínicas epidemiológicas del dengue. Dom. Cien. 2016; 2:247-258.

Las ediciones anteriores de revista médica PANACEA
están disponibles en:

www.revpanacea.unica.edu.pe

REVISTA MÉDICA
PANACEA
UNIVERSIDAD NACIONAL SA LUIS GONZAGA ICA, PERÚ



CREENCIAS RELACIONADAS CON LA VIOLENCIA DE PAREJA.

BELIEFS RELATED TO PARTNER VIOLENCE.

Ccecarelli Flores Juan^{1,a}, Quijandria Angulo Jackeline Estela^{1,b},
Quintanilla Bernaola Paul Newman^{1,b}, Requejo Torres Jhon Edwin^{1,b}

1. Universidad Nacional San Luis Gonzaga de Ica, Perú.
2. Dirección Regional de Salud de Ica, Perú
3. Dirección Regional de Salud de Ayacucho, Perú.
 - a. Médico Reumatólogo
 - b. Médico Cirujano

Correspondencia:

Requejo Torres Jhon Edwin.
Número de celular: 978 060 448
Correo Electrónico:
dildiwana_@hotmail.com
Domicilio: CAsoc. Santa Elvira Mz 1
– lote 7, Ica, Perú.

Contribuciones De Autoría:

CFJ, QAJ, QBP y RTJ: Contribuciones en la concepción y diseño del manuscrito, recolección, análisis e interpretación de los datos, redacción y revisión crítica del contenido del manuscrito y aprobación final del artículo.

Conflicto De Intereses: No declarados.

Financiamiento: Autofinanciado.

Como Citar

Ccecarelli-Flores Juan, Quijandria-Angulo Jackeline Estela, Quintanilla-Bernaola Paul Newman, Requejo-Torres Jhon Edwin, Creencias relacionadas con la violencia de parejaA. Rev méd panacea 2018; (2): 56-62

Recibido: 17 - 04 - 2018
Aceptado: 17 - 05 - 2018
Publicado: 15 - 08 - 2018

RESUMEN

Objetivo: Determinar las creencias relacionadas con la violencia de pareja en los pobladores del Centro Poblado "La Tierra Prometida" (Ica). **Materiales y métodos:** Se realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal en el Centro Poblado "La Tierra Prometida" (Ica), que alberga aproximadamente 1800 familias y 3600 pobladores de 19 a 59 años de edad. La muestra de 361 pobladores se seleccionó mediante muestreo aleatorio multietápico. **Resultados:** La violencia de pareja fue reportada por 350 (97,0%) entrevistados, en 345 (95,6%) de ellos fue de tipo psicológico y en 271 (75,1%) de tipo físico. Se observó mayor aceptación (de acuerdo o muy de acuerdo) con el enunciado "la mujer no se da cuenta cuando maltrata a su pareja" (75,1%), "el hombre que maltrata a una mujer tiene problemas psicológicos" (73,4%) y "el hombre que se deja maltratar por una mujer tiene problemas psicológicos" (73,2%). La violencia psicológica se asoció con la actividad laboral y el antecedente de violencia infantil ($p < 0,5$); la violencia física se asoció al grado de instrucción ($p < 0,05$). **Conclusiones:** Las creencias de la población denotan la presencia de patrones culturales que estigmatizan al hombre frente a este problema y que podrían limitar su reconocimiento y denuncia.

Palabras clave: Palabras clave: Violencia de pareja, adaptación psicológica, conflicto (sicología). (Fuente Decs Bireme)

ABSTRACT

Objective: To determine the beliefs related to intimate partner violence in the settlers of the "Promised Land" Populated Center (Ica). **Materials and methods:** An observational, descriptive and cross-sectional study was carried out in the "Promised Land" Town, which houses approximately 1,800 families and 3,600 residents aged 19 to 59 years. The sample of 361 inhabitants was selected by multistage random sampling. **Results:** Partner violence was reported by 350 (97.0%) interviewed persons, it was psychological one in 345 (95.6%) of them and physical type in 271 (75.1%). Greater acceptance was made according to the statement "the woman does not realize when she mistreats her partner" (75.1%), "the man who mistreats a woman has psychological problems" (73, 4%) and "the man who lets himself be mistreated by a woman has psychological problems" (73.2%). Psychological violence was associated with work activity and a history of childhood violence ($p < 0.5$); physical violence was associated with the level of education ($p < 0.05$). **Conclusions:** The beliefs of the population denote the presence of cultural patterns that are stigmatizing the man and that can be limiting its recognition and denunciation.

Keywords: Intimate partner violence, adaptation psychological, conflicto (psychology). (Source: MeSH NLM)

INTRODUCCIÓN

La violencia es una conducta intencional, cuyo objetivo es dañar, imponer, vulnerar, reprimir o anular. Posee direccionalidad, ya que siempre va dirigida hacia una persona específica. Puede ser un medio de resolución de conflictos, imponiendo una solución sin utilizar diálogo o negociación; una forma de ejercicio de poder; o una reacción a situaciones irritantes, frustrantes, conflictivas, de peligro o agresión¹. Es un instrumento de dominio que tiene doble efecto; por un lado, instala la subordinación por medio de la fuerza y, por otro lado, mantiene la subordinación porque la pérdida de recursos y capacidades la facilita, al crear relaciones de dependencia. Así, la violencia se constituye en un instrumento para restringir la libertad y cualquier forma de restricción de la libertad es contraria al desarrollo².

En el mundo, los hombres tienen mayores probabilidades que las mujeres de sufrir violencia en el contexto de conflictos armados y actividades delictivas, mientras que las mujeres tienen mayores probabilidades que los hombres de sufrir violencia y lesiones provocadas por personas cercanas, como esposos y compañeros. Las consecuencias de esa violencia pueden ser duraderas y de amplio alcance, por lo que es una causa importante de lesiones, de enfermedad y, en algunos casos, de muerte³.

Las mujeres son objeto de violencia en varios ámbitos (hogar, comunidad, instituciones gubernamentales, ámbito productivo y educativo), en distintas etapas de su vida (infancia, adolescencia, edad adulta y vejez) y en diferentes relaciones (de noviazgo y conyugales). Son además objeto de múltiples tipos de violencia (física, sexual, emocional, psicológica, socio-económica, prácticas tradicionales en su contra)^{7,8}.

La violencia contra las mujeres en relaciones de parejas es un grave problema de salud pública y un importante obstáculo para el desarrollo socioeconómico de muchos países, principalmente en vías de desarrollo debido a que ocasiona alta carga de morbilidad y mortalidad evitable, requiere un elevado valor presupuestal para atender sus consecuencias en la salud, afecta no solo a las víctimas sino también a la sociedad y genera grandes pérdidas de costo-oportunidad¹⁹. Es una causa significativa de discapacidad y muerte, entre mujeres de edad reproductiva, tanto en el mundo industrializado como en desarrollo¹⁴.

El estudio publicado el año 2013 por la Organización Mundial de la Salud⁴ reveló que la violencia de pareja es el tipo más común de violencia contra la mujer, debido a que afecta al 30% de las mujeres en todo el mundo, llegando al 38% en algunas regiones; la tercera parte de los feminicidios se debe a la violencia conyugal y -en las Américas- el 29,8% de las mujeres han sido víctimas de violencia física y/o sexual ejercida por parte de su pareja. En América Latina, la violencia doméstica contra la mujer ha ido en aumento en los últimos años. Estamos asistiendo a un problema que hoy en día es catalogado de salud pública^{20,21}, de violación de derechos humanos

y una barrera para el desarrollo económico²⁰. Es un problema muy frecuente que ha llevado a una serie de organismos de la sociedad civil y gobiernos a promover políticas públicas para reducir su frecuencia e impacto sobre la sociedad^{22, 23}. A pesar que son muchas las campañas que se han realizado en torno al tema, en muchos países latinoamericanos todavía estamos lejos de encontrar una solución²⁰.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal en el Centro Poblado "La Tierra Prometida" (Ica), que alberga aproximadamente 1800 familias y 3600 pobladores de 19 a 59 años de edad. La muestra se estimó al máximo poder muestral para población conocida (361 pobladores) y mediante muestreo aleatorio multietápico se eligió a los pobladores que participaron en el estudio.

El centro poblado se dividió en dos sectores (norte y sur) usando como delimitación la vía principal que cruza el centro poblado. Cada uno, a su vez, fue dividido en tres subsectores. En estos subsectores se organizaban las viviendas en 250 manzanas (bloques) con un promedio de 13 viviendas por bloque y una mediana de 11. Debido a que el número esperado de pobladores de 19 a 59 años fue 2, se seleccionaron 192 viviendas, adicionando 20 viviendas por posible pérdida de muestra durante la ejecución del estudio. Mediante muestreo aleatorio estratificado se seleccionaron los 16 bloques que albergaban todas las viviendas requeridas en las que se entrevistaron a los 384 pobladores.

Se incluyeron a varones o mujeres de 19 a 59 años de edad, con relación de pareja solteros o casados, independientemente de la convivencia, residentes del Centro Poblado "La Tierra Prometida" que aceptaron participar en el estudio mediante firma del consentimiento informado.

Se excluyeron a los varones o mujeres de 19 a 59 años de edad, casados o convivientes, separados de la pareja por decisión mutua o judicial, a aquellos que no firmaron el consentimiento informado y a quienes tomaron la decisión de no continuar participando en el estudio.

La recolección de datos se realizará a través de una entrevista realizada por los investigadores y profesionales de enfermería calibrados en la aplicación del instrumento. Cada par de entrevistadores tuvo a cargo una manzana para optimizar el uso del tiempo. La duración aproximada de la entrevista fue de 20 minutos. Al visitar cada vivienda, el entrevistador saludó y se identificó con la persona que respondía o abría la puerta. Luego se le explicó que se estaba realizando un estudio de salud y se le preguntó ¿cuántas personas de 19 a 59 años de edad habitan en la vivienda? Si la persona tenía 19 a 59 años de edad se le solicitó permiso para hacerle algunas preguntas, caso contrario se le pidió que llame a una persona de ese grupo etario.

Si accedió a continuar, se le preguntó si era residente del Centro Poblado "La Tierra Prometida. Si la respuesta es

afirmativa se le preguntará si tiene una relación de pareja (esposa o compañero(a)) independientemente de la situación de convivencia.

Se utilizó una ficha ad hoc (ver Anexo N° 1) que constaba de cuatro áreas, correspondientes a: violencia en relaciones de pareja (psicológica o física), creencias relacionadas a violencia en relaciones de pareja, características individuales (edad, sexo, estado civil, grado de instrucción, ocupación, número de parejas previas, tipo de aseguramiento) y antecedente de violencia familiar (en la niñez, contra la madre y contra el padre). Su fiabilidad se constató mediante un estudio piloto con el fin de comprobar si los entrevistados comprenden las preguntas, la terminología y el vocabulario.

Al culminar se verificó que todas las preguntas estén respondidas. No obstante, al finalizar la aplicación de los instrumentos de la investigación se realizó el control de calidad previo a la digitación a fin de identificar posibles errores o vacíos.

Los datos obtenidos, previo control de calidad, fueron ingresados a una base de datos utilizando el software IBM SPSS® (Statistical Package of the Social Science) en su versión 19.0. El procesamiento y análisis de los datos se realizó mediante este programa estadístico.

Se usó la estadística descriptiva a través de la determinación de proporciones de las variables categóricas, así como las medidas de tendencia central para las variables numéricas. El análisis bivariado se realizó usando las pruebas: test T de Student y test de ANOVA para evaluar las diferencias entre dos y tres o más medias, cuando fueron variables numéricas; asimismo, se usó la prueba estadística de Chi² para asociar proporciones con respecto a las variables categóricas. Se aceptó como relación estadísticamente significativa si el valor p fue menor de 0,05.

En concordancia con la declaración de Helsinki y al reporte de Belmont, se solicitó el consentimiento informado específico (Anexo 2) y se mantuvo la plena confidencialidad. Así mismo se respetó el anonimato de las y los participantes en el estudio, otorgando un código que defina su identidad, que solo fue conocido por el investigador, además de limitar el acceso a los datos. Para la realización del presente estudio, se comunicó y solicitó la autorización a la Dirección Regional de Salud de Ica.

RESULTADOS

Tabla 1: Características generales de los entrevistados. Centro Poblado "La Tierra Prometida", 2017.

CARACTERÍSTICAS GENERALES	n	%
Sexo		
Masculino	129	35,7
Femenino	232	64,3
Grupo etario		
19 a 29 años	134	37,1
30 a 59 años	227	62,9

Grado de instrucción aprobado

Ninguno	3	0,8
Primaria	69	19,1
Secundaria	180	49,9
Superior	102	28,3
Sin dato	7	1,9

Ocupación principal

Desocupado/a, nunca ha trabajado	8	2,2
Desocupado/a, ha trabajado alguna vez	87	24,1
Trabajador/a independiente	185	51,2
Trabajador/a dependiente	81	22,4

Aseguramiento de salud

Ninguno	65	18
SIS	197	54,6
EsSalud	89	24,7
Otro público	8	2,2
Privado	2	0,6

Tipo de vínculo

Enamorado/a	36	10
Novio/a	37	10,2
Conviviente	239	66,2
Casado/a	49	13,6

Antecedente de violencia infantil

Sí	222	61,5
No	139	38,5

Dos de cada tres entrevistados eran de sexo femenino (64,3%), 62,9% de 30 a 59 años de edad, 78,2% con instrucción secundaria o superior, las tres cuartas partes contaba con aseguramiento en salud (54,6% asegurados por el SIS y 24,7% por la seguridad social), 66,2% eran convivientes y 61,5% con antecedente de violencia infantil.

Tabla 2: Violencia de pareja reportada por los entrevistados. Centro Poblado "La Tierra Prometida", 2017.

PRESENCIA DE VIOLENCIA DE PAREJA	n	%
Violencia de pareja		
Sí	350	97
No	11	3
Violencia psicológica de pareja		
Sí	345	95,6
No	16	4,4
Violencia física de pareja		
Sí	271	75,1
No	90	24,9

La violencia de pareja fue reportada por 350 (97,0%) de los entrevistados, de los cuales 345 (95,6%) manifestó que sufrió violencia psicológica de pareja y 271 (75,1%) violencia física

Tabla 3: Creencias sobre la violencia de pareja de los entrevistados. Centro Poblado "La Tierra Prometida", 2017

CREENCIAS	Muy en desacuerdo		En desacuerdo		Indiferente		De acuerdo		Muy de acuerdo	
	N	%	n	%	n	%	n	%	n	%
El hombre que maltrata a una mujer tiene problemas psicológicos.	10	2,8	51	14,1	34	9,4	225	62,3	41	11,4
La mujer no se da cuenta cuando maltrata a su pareja.	1	0,3	53	14,7	36	10	226	62,6	45	12,5
El maltrato psicológico no deja secuelas.	10	2,8	54	15	88	24,4	163	45,2	46	12,7
La mujer que maltrata a un hombre tiene problemas psicológicos.	47	13	50	13,9	48	13,3	166	46	50	13,9
Sólo el maltrato físico deja secuelas.	9	2,5	65	18	45	12,5	195	54	47	13
El hombre que se deja maltratar por una mujer tiene problemas psicológicos.	7	1,9	57	15,8	33	9,1	202	56	62	17,2
Las mujeres que agreden a sus parejas se sienten avergonzadas y culpables por ello.	10	2,8	69	19,1	53	14,7	187	51,8	42	11,6
Los hombres provocan a sus parejas para que pierdan el control.	9	2,5	121	33,5	45	12,5	140	38,8	46	12,7
El castigo físico es necesario en los niños.	57	15,8	66	18,3	45	12,5	149	41,3	44	12,2
Cuando la mujer maltrata a su pareja es porque se preocupa por él.	56	15,5	57	15,8	58	16,1	132	36,6	58	16,1
Los hombres que agreden a sus parejas se sienten avergonzados y culpables por ello.	12	3,3	72	19,9	53	14,7	167	46,3	57	15,8
Cuando el hombre maltrata a su pareja es porque se preocupa por ella.	28	7,8	59	16,3	46	12,7	167	46,3	61	16,9
Las mujeres que maltratan a sus parejas o hijos(as) han sido maltratadas por sus padres.	33	9,1	60	16,6	40	11,1	167	46,3	61	16,9
La mujer que se deja maltratar por un hombre tiene problemas psicológicos.	9	2,5	51	14,1	45	12,5	175	48,5	81	22,4
Las mujeres provocan a sus parejas para que pierdan el control.	24	6,6	48	13,3	33	9,1	169	46,8	87	24,1
El hombre no se da cuenta cuando maltrata a su pareja.	62	17,2	40	11,1	41	11,4	160	44,3	58	16,1

La violencia en la pareja ocurre solo cuando existen problemas económicos en la familia.	38	10,5	83	23	36	10	146	40,4	58	16,1
Los hombres que maltratan a sus parejas o hijos(as) han sido maltratados por sus padres.	9	2,5	115	31,9	31	8,6	141	39,1	65	18
La persona que maltrata a su pareja es porque ha consumido alcohol y/o drogas.	17	4,7	112	31	44	12,2	146	40,4	42	11,6
Los celos son la causa de la violencia en la pareja.	14	3,9	91	25,2	49	13,6	153	42,4	54	15
Las mujeres sólo pueden agredir a sus hijos.	39	10,8	55	15,2	32	8,9	161	44,6	74	20,5
Los hombres sólo pueden ser agredidos cuando son niños o adolescentes.	64	17,7	74	20,5	30	8,3	129	35,7	64	17,7

Con relación a las creencias se observó mayor aceptación (de acuerdo o muy de acuerdo) con el enunciado "la mujer no se da cuenta cuando maltrata a su pareja" (75,1%), "el hombre que maltrata a una mujer tiene problemas psicológicos" (73,4%) y "el hombre que se deja maltratar por una mujer tiene problemas psicológicos" (73,2%). Asimismo, aquellas que mostraron mayor desaprobación fueron "los hombres provocan a sus parejas para que pierdan el control" (36,0%), "el castigo físico es necesario en los niños" (34,1%) y "cuando la mujer maltrata a su pareja es porque se preocupa por él" (31,3%) (Tabla 3).

Tabla 4: Características asociadas a la violencia psicológica en relaciones de pareja. Centro Poblado "La Tierra Prometida", 2017.

Características	Violencia psicológica de pareja				Chi cuadrado	Valor de p
	Sí		No			
	n	%	n	%		
Sexo						
Masculino	122	94,6	7	5,4	0,468	0,494
Femenino	223	96,1	9	3,9		
Grupo etario						
19 a 29 años	125	93,3	9	6,7	2,625	0,105
30 a 59 años	220	96,9	7	3,1		
Grado de instrucción						
Primaria o menos	68	94,44	4	5,56	0,225	0,636
Secundaria o más	270	95,74	12	4,26		
Actividad laboral						
No trabaja	86	90,53	9	9,47	7,737	0,005
Sí trabaja	259	97,37	7	2,63		
Aseguramiento en salud						
Sí	285	96,28	11	3,72	1,989	0,159
No	60	92,31	5	7,69		
Tipo de vínculo de pareja						
Enamorado(a)/novio(a)	68	93,15	5	6,85	1,262	0,262
Conviviente/Casado(a)	277	96,18	11	3,82		
Antecedente de violencia infantil						
Sí	218	98,2	4	1,8	9,418	0,002
No	127	91,4	12	8,6		

Al analizar las características asociadas a la violencia psicológica de pareja, se observó que 259 (97,37%) de los que trabajaban y 86 (90,53%) de los que no trabajaban reportaron ser víctimas de violencia psicológica de pareja ($p=0,005$); de igual forma 218 (98,20%) de los que tenían antecedente de violencia infantil, y 127 (91,40%) de aquellos que no reportaron este antecedente, fueron víctimas de violencia psicológica en su relación de pareja ($p=0,002$). El sexo del entrevistado, el grado de instrucción, el aseguramiento en salud y el tipo de vínculo con la pareja actual no se asociaron significativamente con la violencia psicológica ($p>0,05$).

Tabla 5: Características asociadas a la violencia física en relaciones de pareja. Centro Poblado "La Tierra Prometida", 2017.

Características	Violencia física de pareja				Chi cuadrado	Valor de p
	Sí		No			
	n	%	n	%		
Sexo						
Masculino	102	79,1	27	20,9	1,716	0,19
Femenino	169	72,8	63	27,2		
Grupo etario						
19 a 29 años	95	70,9	39	29,1	1,984	0,159
30 a 59 años	176	77,5	51	22,5		
Grado de instrucción						
Primaria o menos	67	93,06	5	6,94	15,9	0
Secundaria o más	198	70,21	84	29,79		
Actividad laboral						
No trabaja	74	77,89	21	22,11	0,55	0,458
Sí trabaja	197	74,06	69	25,94		
Aseguramiento en salud						
Sí	48	73,85	17	26,15	0,154	0,695
No	233	76,14	73	23,86		
Tipo de vínculo de pareja						
Enamorado(a)/novio(a)	54	73,97	19	26,03	0,059	0,808
Conviviente/Casado(a)	217	75,35	71	24,65		
Antecedente de violencia infantil						
Sí	174	78,4	48	21,6	3,373	0,066
No	97	69,8	42	30,2		

La violencia física se observó en 67 (93,06%) de los entrevistados con instrucción primaria o menos y en 198 (70,21%) de los que tenían instrucción secundaria o superior hubo violencia física de pareja ($p=0,000$). El sexo masculino, el grado de instrucción, la actividad laboral, el aseguramiento en salud, el tipo de vínculo de pareja y el antecedente de violencia infantil no se asociaron con el reporte de violencia física en la actual relación de pareja ($p>0,05$).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Burton JP, Hoobler JM. Aggressive reactions to abusive supervision: The role of interactional justice and narcissism. *Scandinavian Journal of Psychology*. 2011; 52:389-398.
2. Vara-Horna AA, et al. Modelo de gestión para prevenir la violencia contra las mujeres: Una propuesta integral para involucrar a las empresas en la prevención de la violencia contra las mujeres en relaciones de pareja. Lima: ComVoMujer & Universidad de San Martín de Porres. 2015. pp 168.
3. Guedes A, García-Moreno C, Bott S. Violencia contra las mujeres en Latinoamérica y el Caribe. *Foreign Affairs Latinoamérica*. 2014; 14(1):41-48.
4. García-Moreno C, Pallitto C, Devries K, Stockl H, Watts Ch, Abrahams N. Estimaciones mundiales y regionales de la violencia contra la mujer: prevalencia y efectos de la violencia conyugal y de la violencia sexual no conyugal en la salud. Resumen de orientación. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. 2013.
5. Godoy RM, Ramos AM, Bagueira AE, Skubs T, Núñez R, Yoshikawa E. Violencia doméstica contra la mujer en la visión del agente comunitario de salud. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2009; 17(6):1-13.
6. Miranda MP, de Paula CS, Bordin IA. Violência conjugal física contra a mulher na vida: prevalência e impacto imediato na saúde, trabalho e família. *Rev Panam Salud Publica*. 2010;27(4):300-8.
7. Butchart A, García-Moreno C, Mikton C. Prevención de la violencia sexual y violencia infligida por la pareja contra las mujeres: qué hacer y cómo obtener evidencias. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud. 2011.
8. *and Clinical Psychopharmacology*. 2009; 17:154-164.
9. Organización Mundial de la Salud. Preventing intimate partner and sexual violence against women: Taking action and generating evidence. Ginebra, 2010.
10. Watkins L, Jaffe A, Hoffman L, Gratz K, Messman-Moore T, DiLillo D. The longitudinal impact of intimate partner aggression and relationship status on women's physical health and depression symptoms. *Journal of Family Psychology*. 2014; 28(5):655-665.
11. Bott B, Guedes A, Goodwin M, Adams J. Violencia contra las mujeres en América Latina y el Caribe: análisis comparativo de datos poblacionales de 12 países. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud. 2014.
12. Adelman M, Hea-Kil S. Dating conflicts: rethinking dating violence and youth conflict. *Violence Against Women*. 2007;13:1296-318.
13. Pontón J. Femicidio en el Ecuador: realidad latente e ignorada. *Ciudad Segura*. 2009;31:4-9.
14. Fannin JL, Williams RM. La neurociencia de vanguardia revela correlaciones importantes entre las creencias, el estado global del cerebro, y la psicoterapia. Programa Lince. Madrid, España. 2012.
15. López-Angulo L, Fundora-Quintero Y, Valladares-González A, Ramos-Rangel Y, Blanco-Fleites Y. Prevalencia de la violencia física y psicológica en relaciones de pareja heterosexuales. *Revista Finlay*. 2015; 5(3):161-168.
16. INEI. El 68,2% de las mujeres fueron víctimas de violencia psicológica, física y/o sexual, alguna vez por el esposo o compañero. 2017. Disponible en: <https://www.inei.gob.pe/prensa/noticias/el-682-de-las-mujeres-fueron-victimas-de-violencia-psicologica-fisica-yo-sexual-alguna-vez-por-el-esposo-o-companero-9772/>
17. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Evolución de la pobreza monetaria 2009-2015. Informe Técnico (internet). Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1347/libro.pdf

Las ediciones anteriores de revista médica PANACEA
están disponibles en:

www.revpanacea.unica.edu.pe

R E V I S T A M É D I C A
PANACEA
UNIVERSIDAD NACIONAL SA LUIS GONZAGA ICA, PERÚ



Prevalencia de ictericia neonatal y factores asociados en recién nacidos a término.

Prevalence of Neonatal Jaundice and risk factors associated in full-term newborns.

Ñacari Vera Miguel ^{1,a,b}

1. Universidad Nacional San Luis Gonzaga de Ica, Perú
- a. Médico Residente Pediatría
- b. Médico Cirujano

Correspondencia:

Miguel Giovanni Ñacari Vera.
Número de celular: 949 146 111
Correo Electrónico:
miguelnacari@hotmail.com
Domicilio: Urb San Joaquin Mza B
lote 28 - Ica, Perú.

Contribuciones De Autoría:

MNV: Contribuciones en la concepción y diseño del manuscrito, recolección, análisis e interpretación de los datos, redacción y revisión crítica del contenido del manuscrito y aprobación final del artículo.

Conflicto De Intereses: No declarados.

Financiamiento: Autofinanciado.

Como Citar

Ñacari-Vera Miguel. Prevalencia de ictericia neonatal y factores asociados en recién nacidos a término. Rev méd panacea 2018; (2): 63-68

Recibido: 26 - 04 - 2018
Aceptado: 30 - 05 - 2018
Publicado: 25 - 08 - 2018

RESUMEN

Objetivo: Describir la prevalencia y factores asociados a la ictericia neonatal en recién nacidos. **Materiales y métodos:** Estudio de revisión, descriptivo transversal. Las bases de datos de revistas médicas científicas empleadas principalmente fueron PubMed y Scielo. **Resultados:** Hasta la actualidad a nivel mundial se reportan casos de hiperbilirrubinemia neonatal. Las últimas prevalencias encontradas en la literatura son 55,2% en Estados Unidos, 29 % en Nepal, 6,7% en Nigeria y en Europa valores que van del 6% al 59%. Mientras que en América del Sur Bolivia y Chile han reportado altas prevalencias de 76,3% y 69,2%, y en Perú alrededor de 7%. Entre los factores de riesgo asociados principalmente se detallan bebé de sexo masculino, grupo sanguíneo del sistema ABO o de factor Rh, defectos de la membrana del eritrocito (esferocitosis hereditaria), deficiencias enzimáticas (deficiencia de glucosa 6 fosfato deshidrogenasa) y hemoglobinopatías. **Conclusiones:** La prevalencia de ictericia neonatal es variable a nivel mundial. Los pocos estudios realizados en Perú reportan prevalencia alrededor del 7%. Es necesario que se realicen más estudios para tener datos a nivel nacional que permitan establecer estrategias de control y tratamiento según las necesidades de la región.

Palabras clave: Hiperbilirrubinemia neonatal, prevalencia, factores de riesgo

ABSTRACT

Objective: To describe the prevalence and problems associated with neonatal jaundice. **Materials and methods:** Review study, cross-sectional descriptive. PubMed and Scielo were used as data bases. **Results:** Up to now, cases of neonatal hyperbilirubinemia are reported worldwide. The last prevalences found in the literature were 55.2 in the United States, 29% in Nepal, 6.7 in Nigeria, in Europe values ranging from 6% to 59%. While in South America Bolivia and Chile have reported high prevalences of 76.3% and 69.2%, and in Peru around 7%. Among the associated risk factors are mainly male baby, blood group of the ABO system or of the Rh factor, defects of the erythrocyte membrane (hereditary spherocytosis), enzymatic deficiencies (deficiency of glucose 6 phosphate dehydrogenase) and hemoglobinopathies **Conclusions:** The prevalence of neonatal jaundice is variable worldwide. The few studies conducted in Peru report a prevalence around 7%. It is necessary to carry out more studies in order to have data at the national level that allow establishing control and treatment strategies according to the needs of the region.

Keywords: Neonatal jaundice, prevalence, risk factors.

INTRODUCCIÓN

La ictericia neonatal se caracteriza por una elevación de los niveles de bilirrubina sérica en los recién nacidos, produciéndose una acumulación del pigmento amarillo-naranja de la bilirrubina en la piel, las escleróticas, y otros tejidos, sin que ello implique ninguna causalidad en particular. (1,2)

La hiperbilirrubinemia neonatal se debe principalmente a la acumulación de bilirrubina, como resultado de alteraciones metabólicas causadas por diversos factores. Los recién nacidos, especialmente los pretérminos, tienen una conjugación y excreción de bilirrubina a través del hígado inmaduras. Normalmente, los niveles de bilirrubina sérica aumentan entre el tercer y quinto día de vida, y luego comenzarán a disminuir. (2,3)

La ictericia en los neonatos a término y más aún en los neonatos pretérmino muestra características clínicas que hay que considerar, así, depende de su temprano reconocimiento y la instauración de una terapéutica adecuada, las cuales son tareas habituales para el neonatólogo y el pediatra. Los procedimientos diagnósticos tienden a diferenciar las Ictericias Fisiológicas de las Ictericias no Fisiológicas. (4,5)

Existe controversia en relación a las posibles consecuencias de la ictericia neonatal y sobre el momento en que se debe iniciar su tratamiento, el dilema está en definir los niveles de bilirrubina para intervenir, la decisión está influenciada por la edad gestacional del niño, presencia de patologías o factores hematológicos predisponentes. En todo caso, la toma de decisiones en la conducción de un paciente neonatal con ictericia será más acertadas si cada situación se considerase individualmente, valorando en profundidad toda la información disponible y canalizando el cuadro clínico adecuadamente. (2,6)

Debido a su frecuencia y por el impacto que puede causar a nivel poblacional y a nivel cognitivo y por las complicaciones potenciales que podrían aparecer si no se conoce acerca de esta entidad clínica y debido a la poca información a nivel regional con la que se cuenta, se decidió investigar esta patología en nuestro medio.

MATERIALES Y MÉTODOS

La presente revisión representa un estudio descriptivo y transversal en el cual se detalla literatura relevante concerniente a la prevalencia de la ictericia neonatal y los factores asociados descritos hasta la actualidad. Se empleó el navegador Chrome y la búsqueda fue realizado usando base de datos que cuenten con revistas científicas indizadas tales como PubMed y Scielo principalmente.

Otros criterios de búsqueda y selección de artículos científicos incluyeron la fecha de publicación (dentro de los últimos cinco años), el empleo de los términos "ictericia neonatal", "prevalencia de ictericia neonatal y factores de riesgo" y "neonatal jaundice" principalmente.

DESARROLLO Y DISCUSION

Definición: La ictericia neonatal es la coloración amarillenta de la piel y/o escleras en los recién nacidos causada por el depósito de bilirrubina en los tejidos y es una de las causas más frecuentes de internamientos de bebés después del nacimiento (7). La bilirrubina es producto del catabolismo del grupo heme. Aproximadamente el 80 a 90 por ciento de la bilirrubina es producida durante la destrucción de la hemoglobina procedente de células de la serie roja viejas o de la eritropoyesis ineficaz. El otro 10 a 20 por ciento proviene de otras proteínas que contienen al grupo heme como los citocromos, las catalasas, entre otras. (8,9). Cuando ocurren variaciones en el metabolismo de la bilirrubina se produce la ictericia neonatal, y, dependiendo de estas variaciones la ictericia puede ser fisiológica o patológica (10). Altos niveles de bilirrubina acumulada en la piel y en la sangre del bebé producen la ictericia neonatal y según el CDC el 60% de los bebés a término y el 80% de los bebés pre término presentarán esta condición (11).

Tipos de ictericia neonatal: La literatura describe dos tipos de ictericia: la fisiológica y la patológica. La **ictericia fisiológica** es aquella relacionada a hiperbilirrubinemia no conjugada leve y afecta casi a un gran porcentaje de recién nacidos y que se resuelve en pocas semanas luego del nacimiento. Esta condición es causada por aumento en la producción de la bilirrubina, disminución en su excreción e incremento de su circulación enterohepática. El pico de bilirrubina sérica total en la ictericia fisiológica es típicamente 5 a 6 mg/dl (86 a 103 $\mu\text{mol/L}$) ocurre entre las 72 y 96 horas de vida, y no debe exceder de 17 a 18 mg/dl (291 a 308 $\mu\text{mol/L}$). Niveles mayores de bilirrubinemia no conjugada son patológicos y pueden ocurrir en varias condiciones anormales. (12, 8). La producción de bilirrubina en los recién nacidos es 2 a 3 veces mayor que en los adultos, debido al rápido recambio de células rojas. La excreción de bilirrubina está disminuida en los recién nacidos por deficiencia de la enzima glucoroniltransferasa (UGT) cuya actividad en los neonatos es aproximadamente el 1 por ciento de la de los adultos. (13). Los recién nacidos tienen menor colonización bacteriana intestinal que los adultos, lo que reduce su capacidad para reducir la bilirrubina a urobilinógeno generando altas concentraciones de bilirrubina en el intestino. Además, la actividad de la betaglucuronidasa está aumentada en los recién nacidos, aumentando la hidrólisis de la bilirrubina conjugada y su conversión a no conjugada. La bilirrubina no conjugada es reabsorbida en el proceso conocido como circulación enterohepática. (3). Otros factores como las variaciones genéticas específicas en la habilidad para la conjugación incrementan la circulación entero-hepática, y pueden contribuir a la severidad de la ictericia fisiológica en algunos recién nacidos. Variaciones o polimorfismos en el gen codificador de UGT (UGT1A1) contribuye a las diferencias raciales. Es causa de ictericia la mutación común del gen UGT

(Gly71Arg) lo que ocurre en asiáticos e incrementa la incidencia de ictericia severa en más o menos un 20%. (4). La mayoría de los casos de ictericia patológica son causados por una exageración de los mecanismos que producen la **ictericia fisiológica**, por tal motivo, es necesario diferenciarla. Los siguientes hallazgos sugieren ictericia patológica: Ictericia en las primeras 24 hrs (usualmente causada por incremento en la producción), niveles de bilirrubina total (BT) por encima del 95 percentil para la edad, bilirrubina conjugada > 1.0 mg/dL (17.1 µmol/L) si la BT es 5.0 mg/dL (85.5 µmol/L) y velocidad de incremento de la BT mayor 0.2 mg/dL (3.4 µmol/L) por hora (14).

La causa más común de hiperbilirrubinemia indirecta patológica es el incremento en la producción (14,15). Los trastornos hemolíticos resultan de desórdenes inmunológicos (como la incompatibilidad ABO o Rh) o defectos inherentes a la membrana del glóbulo rojo (como la esferocitosis hereditaria), deficiencias enzimáticas (como la deficiencia de glucosa 6 fosfato deshidrogenasa [G6PD]), o hemoglobinopatías (2, 6,4). Otras causas de producción incrementada incluyen policitemia, hemorragias cerradas (como cefalohematoma), y algunas infecciones. Infantes macrosómicos de madres diabéticas también tienen incremento en la producción de bilirrubina (9,14).

Adicionalmente una significativa disminución en la excreción de bilirrubina por el hígado es causada primariamente por defectos inherentes a la enzima UGT en los que se produce disminución en la conjugación de la bilirrubina. Estos desordenes incluyen el Síndrome de Crigler-Najjar tipo I y II y el Síndrome de Gilbert. (3, 8,14).

Aproximación clínica al niño de término con ictericia

(15), objetivo de las consideraciones siguientes es saber cuándo sospechar que una hiperbilirrubinemia puede tener una causa patológica. Frente a todo recién nacido a término con ictericia debe seguirse las siguientes pautas para descartar en primer lugar una posible causa anormal de hiperbilirrubinemia: 1. Evaluar antecedentes perinatales en los casos de ictericia es importante preguntar en forma dirigida por niños anteriores con enfermedad hemolítica, por incompatibilidad RH, de grupo clásico o de subgrupo; niños anteriores con hiperbilirrubinemia que requirieron tratamiento; antecedentes étnicos y geográficos que orienten a algunas causas genéticas de hiperbilirrubinemia como la deficiencia de glucosa 6 fosfato dehidrogenasa, síndrome de Crigler-Najjar, Talasemia, Esferocitosis familiar; antecedente de parto traumático (16, 8,4).

2. Precisar el momento de aparición de la ictericia y velocidad de ascenso de la bilirrubina. Toda ictericia de aparición precoz, antes de las 24 horas, debe considerarse patológica hasta no probarse lo contrario. Mientras más precoz, es más urgente evaluar la ictericia y considerar una eventual intervención, de acuerdo a su etiología. La hiperbilirrubinemia severa temprana, generalmente se asocia a una producción incrementada

por factores hemolíticos y presentes antes de las 72 hrs de vida. Los niveles séricos de bilirrubina se encuentran por encima del percentil 75 en nomograma horario y representan un alto riesgo para el recién nacido. La hiperbilirrubinemia severa tardía, generalmente asociada a una eliminación disminuida, puede o no asociarse a incremento de su producción y presente luego de las 72 hrs vida. Generalmente, se debe a problemas de lactancia o leche materna, estreñimiento, mayor circulación enterohepática, etc. El cribado de bilirrubina al alta, la reconoce y de acuerdo a sus percentiles en el nomograma horario, se instituye el manejo correspondiente. (3,4).

Por otro lado, la ictericia prolongada e ictericia de aparición tardía, se trata de dos situaciones que plantean la posibilidad de una ictericia patológica. De especial importancia es descartar una ictericia colestásica, ésta es siempre patológica. Se diagnostica por el ascenso de la bilirrubina directa sobre 2mg/dl. Se requiere de una acuciosa investigación etiológica y tratamiento específico. En el caso de la atresia de vías biliares, el resultado del tratamiento quirúrgico depende de que este se efectúe antes de las 8 semanas de vida. Alrededor de un 20 a 30% de los niños alimentados al pecho presentan ictericia al 10º día de vida, por lo que este hecho no puede ser considerado anormal. Si en este momento o antes el recién nacido presenta coluria o acolia, se debe medir la bilirrubina directa. Igual conducta se debe tener si la ictericia dura más de 15 días (2, 14, 4).

Exámenes de laboratorio:

Grupo RH y Coombs directo, son los exámenes de mayor rendimiento para diagnosticar una enfermedad hemolítica por isoimmunización Rh o sub grupo. El Coombs directo tiene menor sensibilidad y valor predictivo para el caso de la enfermedad hemolítica por incompatibilidad de grupo clásico (2, 15,8).

Bilirrubinemia total. La decisión de tomar un examen de bilirrubina depende del momento de aparición y de la evolución de esta. Siempre debe hacerse si la ictericia aparece en las primeras 24 hrs. La intensidad se apreciará por el progreso céfalocaudal de ésta. En general, en toda ictericia que alcance a muslos y piernas se debe efectuar una bilirrubina total. La experiencia clínica es muy importante en estos casos. Ante la duda es mejor pedir el examen (14, 4).

La bilirrubinemia total es, junto al grupo Rh y Coombs el examen más útil para la evaluación de una ictericia. Nos informa sobre el nivel, la evolución, y es indispensable para decidir la necesidad de tratamiento. Es fundamental estar realizando controles de calidad y las calibraciones recomendadas para el método que se use. Es necesario repetirlo en casos que haya discordancia con la clínica (3, 8,6).

Análisis de sangre. Hemoglobina, hematocrito, recuento de reticulocitos, características del frotis y Coombs indirecto son exámenes que pueden ayudar.

Todos tienen poca sensibilidad y especificidad para hacer el diagnóstico de un síndrome hemolítico. No es útil hacerlos de rutina en niños con hiperbilirrubinemia, sino que dejarlos como una ayuda para hiperbilirrubinemias importantes en que se sospecha hemólisis, que no son detectadas por el Coombs directo. El caso más frecuente, es el de la enfermedad hemolítica por incompatibilidad de grupo clásico para la cual no hay ningún examen con buena sensibilidad y especificidad para diagnosticarla. La presencia de anemia, la precocidad de la ictericia y la velocidad de ascenso de la bilirrubina es lo más importante para el diagnóstico y la decisión de tratamiento. El Coombs directo ayuda, pero es poco sensible y con limitado valor predictivo. El valor del Coombs indirecto positivo se considera de escasa utilidad para la toma de decisiones (16,15,8).

Tratamiento, actualmente se dispone de tres métodos de tratamiento, descritos brevemente a continuación

c.1 Exanguinotransfusión, empleado para la excreción de la bilirrubina vía mecánica.

c.2 Terapia farmacológica, con el objetivo de mejorar e incrementar las vías metabólicas de excreción de la bilirrubina.

c.3 Fototerapia, también tiene objetivo la excreción de la bilirrubina disminuyendo el trabajo a nivel del hígado permitiendo que la vía metabólica renal se encargue de la eliminación de la bilirrubina. Este mecanismo emplea la luz para la destrucción física de la bilirrubina transformándola en un producto más pequeños (lumirrubina) que puede ser excretado fácilmente a través de la orina (16, 8,17).

Esta decisión debe considerar además de las condiciones clínicas del recién nacido, su situación social, geográfica y posibilidades de seguimiento (8,16). La indicación de fototerapia o de seguimiento al alta con bilirrubinas la hará el médico de acuerdo a la prudente consideración de estos factores (17,18).

Epidemiología

Diversas investigaciones se han publicado sobre la ictericia neonatal, un reciente estudio publicado en Estados Unidos en el año 2018, encontró que la prevalencia de ictericia neonatal fue de 55.2%. Se reportó que hubo un 10% de bebés de raza negra, siendo diagnosticados con ictericia, no presentaron ictericia clínica. A nivel mundial se tiene reportado que el 10% de nacidos vivos requerirá fototerapia como tratamiento para la hiperbilirrubinemia neonatal, situación que se dificulta en zonas de bajos recursos económicos (como en el centro y sur de Asia) donde el acceso a un centro de salud, incluso en el momento del parto, es complicado o inexistente (20,21). Bajo esta premisa se ha reportado que en Nepal hay una incidencia de ictericia neonatal de 29.3 por mil nacimientos vivos. Y dentro de los factores de riesgo con estadística significativa reportaron el peso al nacimiento, sexo del recién nacido, la dificultad de la alimentación, una prolongada labor de parto y ser primeriza, principalmente (21).

Una investigación descriptiva concluyó que en Nigeria fue el 6,7%. En Europa, la hiperbilirrubinemia neonatal varía desde el 59% hallado en Suecia hasta el 28'5% en Roma, el 11% encontrado en Portugal, o el 6% de Grecia. Concluyendo que existe una elevada variabilidad debido al origen multicausal de la enfermedad. España presenta una baja incidencia de hiperbilirrubinemia neonatal, aunque la menor incidencia encontrada corresponde a Dinamarca. (22).

A nivel de América Latina, en México se ha reportado una prevalencia de hiperbilirrubinemia indirecta neonatal de 17% identificando como factores de riesgo asociados la edad gestacional menos de 35 semanas, la lactancia exclusiva y la sepsis (23). Mientras que entre los factores promotores de esta condición se menciona a la sepsis y el ayuno (24). Por otro lado, en La Habana, Cuba, encuentran como factores de riesgo principales a la prematuridad y el bajo peso al nacer. Estudios de prevalencia hiperbilirrubinemia neonatal en Bolivia y Chile mencionan valores similares, que van de 76.3% y 69,2% respectivamente, además hallaron que los nacidos de sexo masculino tuvieron una mayor frecuencia de esta condición, 61,9% en Bolivia y 58,18% en Chile de En Bolivia se presenta una prevalencia de 76.3%, siendo más frecuente en bebés del sexo masculino (61.9%).

Investigadores a nivel nacional han realizado investigaciones retrospectivas en Huancayo y Lima principalmente, hallando valores de prevalencia de 4,2% en Huancayo y 6,03% en Lima (26,30). Los casos de hiperbilirrubinemia neonatal fueron más frecuentes en bebés del sexo masculino, lo cual coincide con lo reportado en los países de Bolivia y Chile, como se mencionó en el párrafo anterior. (26, 27,28). La incidencia global de ictericia neonatal en el hospital San Bartolomé de Lima fue de 4.6% en el año 2002 (30); sin embargo, esta no hace diferenciación entre el tiempo de aparición ni la intensidad. Los factores de riesgo que han sido relacionados a la aparición de ictericia temprana son incompatibilidad de grupo sanguíneo del sistema ABO o de factor Rh, defectos de la membrana del eritrocito (esferocitosis hereditaria), deficiencias enzimáticas (deficiencia de glucosa 6 fosfato deshidrogenasa) y hemoglobinopatías (29).

CONCLUSIONES

La casuística de hiperbilirrubinemia neonatal es frecuente a nivel mundial reportándose diversos valores de prevalencia. En nuestro país, las pocas investigaciones realizadas en dos ciudades grandes como Huancayo y Lima muestran una prevalencia baja, sin embargo, es necesario realizar estudios que nos permiten recopilar mayor información en diferentes regiones de nuestro país ya que los principales factores de riesgo podrían ser otros en zonas más alejadas, de mayor pobreza y con limitados accesos a los recursos hospitalarios. Con mayor investigación nacional sobre los casos de hiperbilirrubinemia neonatal y sus factores de riesgo, las autoridades pertinentes podrán diseñar estrategias que permitan el control y tratamiento de esta enfermedad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Fernández Rodríguez M, Martín Muñoz P. La valoración clínica de la ictericia no es buen método para el cribado de hiperbilirrubinemia neonatal. *EvidPediatr*. 2008; 4: 7
- Cohen RS, Ronald JW, Stevenson DK. Understanding Neonatal Jaundice: A Perspective on Causation. *PediatrNeonatal*. 2010; 51(3):143-48
- Omeñaca Teres, F- González Gallardo, M. Servicio de neonatología. Hospital universitario la paz. Madrid. <https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2014/xviii06/03/367-374.pdf>
- Dr. Gonzales Jose, Dra Hernandez S, Dr. Ruiz Cr Jaime Guía de Practica clínica Detección Oportuna, Diagnóstico y Tratamiento de la Hiperbilirrubinemia en Niños mayores de 35 semanas de gestación hasta las 2 semanas de vida extrauterina, México, Secretaría de Salud, 2009. Disponible en: <http://www.cenetec.salud.gob.mx/interior/gpc.html>.
- Quesada Cali, D – Arbulú Maurtua, P. Frecuencia de hiperbilirrubinemia neonatal en el Hospital José Carrasco Artega de Julio 2010 a Junio 2011. Cuenca – Ecuador.
- Vásquez de Kartzow R, Martínez Orozco MX, Acosta Argoti F, Velasco López D. Ictericia Neonatal. Guías de Práctica Clínica basada en la Evidencia. *Postgraduate Medicine* 2009, 38(5): 233-50
- Maamouri G, Boskabadi H, Mafinejad S, Bozorgnia Y, khakshur A. Efficacy of Oral Zinc Sulfate Intake in Prevention of Neonatal Jaundice *Iranian Journal of neonatology*. 2014;4(4):11–6
- Chavez M, Hiperbilirrubinemia en recién nacidos, causas, diagnóstico y tratamiento: estudio retrospectivo en 155 casos atendidos en el Hospital General Cayetano Heredia (2002). Tesis Br. Med. TB_UPCH; 2004, 105420, CH31
- Jaundice May 2010, Funded to produce guidelines for the NHS by NICE. Disponible en: www.rcog.org.uk
- Centro nacional de Excelencia Tecnológica en Salud. Guía de Práctica Clínica Detección Oportuna, Diagnóstico y Tratamiento de la Hiperbilirrubinemia en Niños Mayores de 35 Semanas de Gestación Hasta las 2 Semanas de Vida Extrauterina, México; Secretaría de Salud, 2010. ISBN 978-607-8270-85-9
- CDC. Jaundice. Breastfeeding. 2018. <https://cdc.gov/breastfeeding/breastfeeding-special-circumstances/maternal-or-infant-illnesses/jaundice.html>
- Reina Abrigo Raúl. Prevalencia y factores de riesgo para ictericia neonatal en el servicio de pediatría del hospital vitarte de enero 2013 a diciembre 2013. Asociación Universidad Privada San Juan Bautista Facultad de Ciencias de la Salud Escuela de Medicina Humana. Lima Perú de 2014
- Cajamarca Berrezueta, C – Rojas Quito, S. Frecuencia de hiperbilirrubinemia por incompatibilidad ABO en recién nacidos. Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca- Periodo 2014-2015
- Gomella TL, Cunningham D. Manual de Neonatología. Ed. 3 Panamericana. 2008.
- Galván G. Incompatibilidad ABO en neonatos sometidos a exanguineotransfusión en el Hospital San Bartolomé (Enero a Diciembre 2004) T.E. *Pediatría Facultad de Med. UNFV*. 44 pp., tablas, gráficas.
- Birembaum HJ. Prophylactic Phototherapy in ABO incompatibility. *J. Perinatol*; 2005, 25(9): 590-594.
- Bhutáni VK, Brown AK. System-based approach to management of neonatal jaundice and prevention of kernicterus. *J Pediatr* 2002; 140(4): 396-403
- Campo González Ana, Alonso Uría Rosa María, Amador Morán Rafael, Ballesté López Irka. Comparación de dos métodos diagnósticos de ictericia neonatal. *Rev Cubana Pediatr [revista en la Internet]*. 2012 Mar [citado 2015 Sep 20]; 84(1): 67-72.
- Brits H, Adendorff J, Huisamen D, Beukes D, Botha K, Herbst H, et al. The prevalence of neonatal jaundice and risk factors in healthy term neonates at National District Hospital in Bloemfontein. *Afr J Prim Health Care Fam Med*. 2018;10(1):e1-e6.
- Bhutani VK. Editorial: building evidence to manage newborn jaundice worldwide. *Indian J Pediatr*. 2012 Feb;79(2):253–255
- Scrafford CG, Mullany LC, Katz J, Khatry SK, LeClerq SC, Darmstadt GL, et al. Incidence of and risk factors for neonatal jaundice among newborns in southern Nepal. *Trop Med Int Health*. 2013;18(11):1317-28.
- Castano P, Sanchez M. Hiperbilirrubinemia Neonatal revisión de la situación actual. *Revista científica de enfermería. Argentina* 2011. Pág. 1 - 11
- Villalobos – Acazar G, Guzman-Barcelona J, Gonzales Perez V, Rojas Hernandez A, factores promotores de la hiperbilirrubinemia neonatal no hemolítica en una unidad de cuidados intensivos del recién nacido; *Rev Perinatol Reprod Hum* 2009; 15(3): 181 – 187.
- Gallegos Dávila JA, Rodríguez Balderrama I, Rogelio Rodríguez B, Abrego Moya V, Rodríguez Camelo G; Prevalencia y factores de riesgo para hiperbilirrubinemia indirecta neonatal en un hospital universitario; *Medicina Universitaria* 2009; 11(45): 226-230
- Calvimontes, C; Pinto S.; Rodas M.;SUarez L; Tapia M.2014. Prevalencia de ictericia neonatal (hiperbilirrubinemia) en el Hospital Universitario, gestión 2013. ECOFARM. Bolivia-Sucre. <https://ecorfan.org/bolivia/handbooks/ciencias%20de%20la%20salud%20I/Articulo%206.pdf>
- De la Cruz C. Prevalencia y factores de riesgo de ictericia en el Hospital Huancayo. Tesis para obtener el título de Médico cirujano. Universidad Peruana los Andes de Huancayo. Perú 2015
- Carrasco S. Prevalencia de Ictericia Neonatal, (Hiperbilirrubinemia intermedia) y factores asociados en Recién nacidos a término en el Hospital

- Il Ramón Castilla - EsSalud durante el año 2014. Tesis para optar el grado de Médico Cirujano. Universidad Ricardo Palma. Perú 2016.
28. Gonzales – Tipiana I. Macrosomía Fetal, prevalencia, factores de riesgo asociados y complicaciones en el Hospital Regional de Ica, Perú. Tesis Med UNSLG; 2012
29. Baltazar T, Prevalencia y causas de ictericia neonatal en el hospital Nacional Ramiro Priale. Priale Huancayo en periodo 2014
30. Cabrera K. Factores perinatales asociados a la presencia de ictericia patológica neonatal Hospital Vitarte 2014. Tesis para optar el título de especialista en pediatría. Universidad San Martín de Porres. Perú 2014.



Fig 1. Recien nacido con ictericia en fototerapia. Hospital Santa Maria del Socorro. Ica

Las ediciones anteriores de revista médica PANACEA
están disponibles en:

www.revpanacea.unica.edu.pe

REVISTA MÉDICA
PANACEA
UNIVERSIDAD NACIONAL SA LUIS GONZAGA ICA, PERÚ



INDICACIONES DE CESÁREA.

Indications of Cesarea.

Oncoy Rosales Ariana^{1,2}

1. Residente de Ginecología y Obstetricia – Hospital Regional de Ica.
2. Segunda Especialidad Facultad de Medicina “San Luis Gonzaga”

Correspondencia:

Oncoy Rosales Ariana.
Número de celular: 933 074 585
Correo Electrónico:
afor_15@hotmail.com
Domicilio: Urb. Los Huarangos D15
- Ica, Perú.

Contribuciones De Autoría:

ORA: Contribuciones en la concepción y diseño del manuscrito, recolección, análisis e interpretación de los datos, redacción y revisión crítica del contenido del manuscrito y aprobación final del artículo.

Conflicto De Intereses: No declarados.

Financiamiento: Autofinanciado.

Como Citar

Oncoy-Rosales A. Indicaciones de cesárea. Rev méd panacea 2018; (2): 69-73

Recibido: 26 - 04 - 2018
Aceptado: 30 - 05 - 2018
Publicado: 25 - 08 - 2018

RESUMEN

Objetivo: Aportar a la calidad de atención y seguridad del paciente, mediante la correcta indicación de operación cesárea, basada en la mejor evidencia científica disponible, definiendo criterios de indicación de esta intervención quirúrgica. **Materiales y métodos:** Se realiza una estrategia de búsqueda para el desarrollo de la revisión de artículo, donde se revisa sitios web como; aNational Guideline Clearinghouse (NGC), Hinari, PubMed. Se valoran la Guía Nacional de práctica clínica: Guías de práctica clínica y de procedimientos en obstetricia y perinatología. Minist Salud Perú INMP. **Conclusiones:** La cesárea es el procedimiento quirúrgico más realizado en el mundo en mujeres en edad reproductiva, es motivo de preocupación en salud pública que su indicación sea la correcta, evitando consecuencias en morbilidad y mortalidad que pudiesen resultar de su sobre indicación. Reportándose elevadas tasas de prevalencia de realización de cesáreas en países en vías de desarrollo como nuestro país que supera las tasas indicadas por la OMS que recomiendan un total de 15% del total de nacimientos. Su real posicionamiento en la práctica obstétrica se comprenderá una vez se entiendan las reales ventajas y desventajas de su ejecución, no sólo en lo referente al embarazo en curso sino respecto de la historia reproductiva final de la paciente. Por ello se hace necesario que los criterios, sean precisos para la indicación de una cesárea, realizar protocolos, unificar conocimientos y actitudes hacia la cesárea, y que no sea un procedimiento habitual.

Palabras clave: Cesárea, Usos terapéuticos, Clasificación, Complicaciones Post-Operatorias. (Fuente DeCS)

ABSTRACT

Objective: : To contribute to the quality of care and patient safety, by means of the correct indication of cesarean section, based on the best available scientific evidence, defining criteria for the indication of this surgical intervention. **Materials and methods:** A search strategy is developed for the development of the article review, where websites such as; aNational Guideline Clearinghouse (NGC), Hinari, PubMed. The National Guide of clinical practice is valued: Clinical practice guides and procedures in obstetrics and perinatology. Minist Salud Perú INMP.

Conclusions: Caesarean section is the most performed surgical procedure in the world in women of reproductive age, it is a cause of concern in public health that its indication is correct, avoiding consequences in morbidity and mortality that could result from its over indication. There are high prevalence rates of cesarean sections in developing countries, such as our country that exceeds the rates indicated by the WHO, which recommend a total of 15% of all births. Its real positioning in obstetric practice will be understood once the real advantages and disadvantages of its execution are understood, not only in relation to the current pregnancy but also in relation to the final reproductive history of the patient.

For this reason, it is necessary that the criteria are precise for the indication of a cesarean section, to carry out protocols, to unify knowledge and attitudes towards cesarean section, and that it is not a usual procedure

Keywords: Caesarean section, therapeutic uses, classification, post-operative complications. (Fuente MeSH)

INTRODUCCIÓN

En la Roma Imperial a los recién nacidos por corte de las paredes abdominales se les llamaba caesares, pero el verdadero origen de su nombre ha sido objeto de múltiples y discutibles versiones. La mayoría de los autores consideran que el verdadero creador del nombre de la operación cesárea fue el médico francés Francois Rousset (1530-1603) quien menciona una section césarienne en su monografía publicada en 1581 sobre dicha intervención titulada *Traite Nouveau de L' hysterotomotokie ou enfantement cesarien* (Nuevo tratado de la histerotomía o parto por cesárea), donde se recomienda por primera vez como procedimiento médico en una mujer viva (1).

La cesárea es una intervención quirúrgica que tiene la finalidad de terminar un embarazo, cuando hay causas maternas, fetales u ovulares que desaconsejan el parto vaginal, en la cual se extrae el feto, la placenta y los anexos ovulares a través de una incisión en la pared abdominal y la pared uterina. En sus inicios, fue indicada cuando el parto por vía vaginal era imposible y con el fin último de proteger la vida de la madre aun cuando su mortalidad era cercana al 100%. En la medida que su morbimortalidad ha disminuido sus indicaciones han aumentado, tanto en el manejo de patología materna así como fetal (2).

En todos los países del mundo en los últimos años se ha observado un aumento en el número de partos por cesárea y en ocasiones sin que haya una indicación médica clara, sin tener en cuenta los riesgos, tanto para la madre como para el recién nacido. La frecuencia de realización de cesáreas se presenta, tanto en el ámbito público como en el privado, aunque es más marcado en estos últimos. La Organización Mundial de la Salud señala que en una institución (pública, privada) el porcentaje de cesáreas debe ser de un 15 %, mientras que el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos lo fija en 15,5 % (3).

La Organización Mundial de la Salud recomienda que la frecuencia de cesáreas no debiera sobrepasar el 15% del total de partos, incluso este es un indicador de la calidad de gestión hospitalaria. Sin embargo, hoy en día la prevalencia de la misma se encuentra por encima de ese rango en la mayor parte del mundo. Según ENDES 2016, la prevalencia de cesáreas en el Perú se incrementó de 22,9% a 31,6% entre los años 2011 y 2016. El fenómeno es complejo y puede tener varias explicaciones. Se describe el concepto de "cesáreas injustificadas". Se esgrimen 2 posibilidades que podrían explicar el aumento en la frecuencia: 1) Programación por los especialistas para asegurarse un parto corto y programarse en el trabajo con anterioridad; 2) Pedido directo de la gestante que desea un parto sin dolor. 3) Planteamos como tercera motivación la necesidad del entrenamiento de médicos residentes. (4)

El objetivo de estudio es: Determinar la indicación de cesárea.

METODOLOGÍA

Se realiza una estrategia de búsqueda para el desarrollo

de la revisión de artículo, donde se revisa sitios web como; aNational Guideline Clearinghouse (NGC), Hinari, PubMed.

OBJETIVOS

Objetivo General: Aportar a la calidad de atención y seguridad del paciente, mediante la correcta indicación de operación cesárea, basada en la mejor evidencia científica disponible, definiendo criterios de indicación de esta intervención quirúrgica.

Objetivo Específicos: - Identificar las indicaciones absolutas o específicas de operación cesárea.

-Reconocer indicaciones de causas maternas, fetales y ovulares, así como el deterioro de la unidad feto-placentaria.

-Determinar aquellas situaciones controversiales específicas, que ameritan su resolución mediante esta intervención quirúrgica.

-Evaluar los riesgos y beneficios de la operación cesárea.

DEFINICIÓN: La cesárea es un procedimiento que permite el nacimiento del feto a través de la pared abdominal (laparotomía) y del útero (histerotomía), cuando este se dificulta por vía vaginal. Etimológicamente, proviene del latín *secare*, que significa cortar. Anteriormente se consideraba una intervención temible porque producía elevadas tasas de morbimortalidad materno-fetal, mismas que han disminuido con el uso de antibióticos, mejores técnicas quirúrgicas, anestesia-analgésia y creación de bancos de sangre, por lo que es una cirugía útil y muy apreciada. De este modo se ha propiciado su abuso y estadísticamente es considerada la cirugía mayor más practicada en la actualidad (5,6).

EPIDEMIOLOGÍA: La cesárea es la operación abdominal más frecuente que suele realizarse en mujeres en todo el mundo; el porcentaje de dicha práctica varía considerablemente dependiendo del país donde se realice. La Organización Mundial de la Salud recomienda que la frecuencia de cesáreas no debiera sobrepasar el 15% del total de partos. Incluso este es un indicador de la calidad de gestión hospitalaria (3).

Durante el 2013, la Organización Mundial de la Salud reportó para el periodo que comprende de 2005 a 2011, cifras cercanas a lo establecido en Suecia (17%), Francia (21%) y Argentina (23%); en el otro extremo, se reportaron Alemania (32 %), Australia (32%), Estados Unidos de América (33%), Portugal (36%), Corea (37%), Chile (37%), México (39%), Irán (40%), Mauricio (44%) y Brasil (52%) (7).

CLASIFICACIÓN DE LAS CESÁREAS: Desde el punto de vista asistencial, las cesáreas se pueden dividir en electivas, en curso de parto y urgentes; a su vez, las cesáreas de urgencia pueden dividirse en dos grupos muy distintos (urgentes, muy urgentes o emergentes). Algunos autores las clasifican en absolutas y relativas (8):

-Absolutas: Sufrimiento fetal, pérdida del bienestar fetal desproporción feto pélvica, desprendimiento prematuro

de placenta severo, placenta previa sangrante, prolapso del cordón, cesárea previa y presentación podálica.

-Relativos: trastornos hipertensivos del embarazo, distocias de rotación, detención de la dilatación, descenso de la cabeza y fracaso de la inducción.

El Instituto Nacional de Excelencia Clínica del Servicio Nacional de Salud del Reino Unido publicó en abril del 2004, ésta la clasifica en 4 puntos con base en el bienestar del producto (9).

-Categoría I. Amenaza inmediata para la vida de la mujer o el feto. Se debe realizar la operación cesárea por bradicardia fetal severa, prolapso de cordón, ruptura uterina y pH fetal menor de 7.2.

-Categoría II. Compromiso materno o fetal que no es una amenaza inminente para la vida. Hay un grado de urgencia para la finalización del embarazo a fin de evitar un mayor deterioro futuro de las condiciones ya sea de la madre o del feto. Por ejemplo, la hemorragia previa al parto, la falta en el progreso de trabajo de parto con compromiso materno o fetal.

-Categoría III. No hay compromiso materno o fetal pero se requiere interrumpir el embarazo. Ruptura prematura de membranas y cesárea programada con trabajo de parto.

-Categoría IV. Interrupción programada del embarazo adaptándose a la paciente y al personal. Cesárea electiva.

INDICACIONES DE CESAREA: Las indicaciones para una cesárea de urgencia varían desde un estado fetal comprometido a situaciones menos urgentes como la desproporción céfalo-pélvica o falta de progresión del trabajo de parto. Tanto la salud de la madre como la del feto son importantes cuando se administra una anestesia para cesárea de urgencia (10).

-Desprendimiento prematuro de placenta: Se conoce como desprendimiento abrupto y prematuro de la placenta de la pared uterina antes del nacimiento del feto, que puede generar hipoxia fetal grave, hemorragia materna significativa, trastornos en la coagulación e incluso la muerte fetal y/o materna (10).

-Placenta Previa: Se define como la inserción placentaria próxima o sobre el orificio cervical interno, siendo éste uno de los diagnósticos diferenciales más importantes en las hemorragias de la segunda mitad de la gestación. La cesárea está indicada cuando el sangrado genital es incoercible independiente de la edad gestacional (11).

- Pre-eclampsia severa, eclampsia y síndrome HELLP: Descritas como las complicaciones más severas de los trastornos hipertensivos del embarazo, se presentan por encima de la semana 20 de gestación. La eclampsia se presenta en pacientes con los síntomas de una pre-eclampsia pero con la presencia además de convulsiones y alteración del estado de consciencia. El síndrome HELLP hace referencia a las alteraciones a nivel hematológico y hepático más graves que pueden presentarse en las pacientes que cursan con pre-eclampsia (12).

-Infección por VIH: La cesárea electiva es una de las medidas por medio de las cuales se ha logrado disminuir

en forma significativa, casi hasta un 1%, la tasa de transmisión vertical, de la mano con el uso de terapia antirretroviral, alimentación suplementaria, el uso de azitromicina durante el parto y al recién nacido (12).

-Cardiopatías: Gestantes con antecedente de alteración estructural a nivel cardíaco deben ser sometidas a una evaluación rigurosa previa a la terminación de la gestación. Solo en circunstancias en las cuales se pueda esperar descompensación de la cardiopatía, es aconsejable la extracción del feto por vía abdominal (13).

-Malformaciones fetales mayores: Cada vez con mayor frecuencia y precisión el diagnóstico de malformaciones fetales se puede establecer a edades tempranas del embarazo. En la actualidad, siendo las malformaciones fetales incompatibles con la vida uno de las condiciones por las cuales las parejas gestantes podrían solicitar la terminación de la gestación (13).

-Desproporción céfalo-pélvica: Incongruencia entre el tamaño de la cabeza fetal y el canal de parto. La detención en la dilatación o en el descenso de la presentación está relacionados con esta distocia, en cuyo caso la realización de cesárea se hace necesaria (14).

-Distocias de presentación: Pacientes con presentación de pelvis son llevadas a cirugía con el fin de evitar el desencadenamiento del trabajo de parto y las complicaciones secundarias y severas que pueden presentarse a partir de éste. En la presentación de frente en la cual los diámetros fetales son mayores que los del estrecho superior y en la mento posterior, la presencia de un parto obstruido puede ser posible en cuyo caso la realización de cesárea se hace indiscutible (14).

-Prolapso y prociencia del cordón umbilical: Prolapso se le conoce cuando se localiza por delante de la presentación con membranas rotas y prociencia a la situación de similares características pero con las membranas íntegras. Por la compresión de esta estructura vascular durante el trabajo de parto, con la consecuente hipoxemia y riesgo de muerte fetal (14).

CAUSAS DE AUMENTO: Según algunos autores el aumento de frecuencia de la cesárea se debe a (3):

- 1) Utilización de la cesárea en presentaciones podálicas, hasta un 92,5 %.
- 2) Factores socioeconómicos, clases media alta y alta piden la cesárea, se les ha vendido como lo mejor.
- 3) Baja paridad; casi la mitad de las mujeres embarazadas son nulíparas que tienen más riesgo de cesárea.
- 4) Edad materna en promedio está elevada y la frecuencia de la cesárea aumenta con el avance de la edad.
- 5) Vigilancia fetal por medios electrónicos que a veces no son bien interpretados por falta de preparación o experiencia.
- 6) Falta de entrenamiento obstétrico, es más fácil hacer una cesárea.
- 7) Escasos partos vaginales en cesáreas previas.
- 8) Inducción del parto, esto aumenta el riesgo de cesárea.
- 9) Disminución de partos instrumentales.

- 10) Obesidad y ganancia excesiva de peso.
- 11) Solicitud de la mujer o familiares, para no tener dolores de parto o por estética.
- 12) Partos pre término.
- 13) Herpes genital activo.
- 14) Con el empleo de antibióticos se han disminuido las complicaciones.
- 15) Esterilización quirúrgica (los seguros no pagan la intervención) y por tanto se recurre a la cesárea para realizarla.
- 16) Los médicos quieren disminuir el estrés, no de la mujer, sino el propio.
- 17) Preocupación por litigios por mala praxis (en otros países)

TECNICA DE OPERACIÓN CESAREA: Paciente en posición supina con ligera lateralización uterina hacia izquierda que permite mejor retorno venoso. Esto se logra por desplazamiento uterino por compresión manual lateral o uso de cuña en región lumbar derecha que habitualmente se retira al inicio de la cirugía (15).

-Laparotomía de Pfannenstiel: Se realiza incisión transversa de 10-12 cm de longitud por sobre el pubis. Sección del celular subcutáneo y aponeurosis también en forma transversa. Disección del plano muscular sub-aponeurótico partiendo por la línea media, teniendo especial cuidado con la hemostasia de vasos perforantes. Se separan en sentido vertical los rectos abdominales hasta identificar el peritoneo parietal y se penetra a la cavidad peritoneal identificándose la zona del segmento uterino (15).

-Histerotomía: La incisión uterina más frecuentemente utilizada es la transversa baja, que tiene dentro de sus ventajas una menor pérdida de sangre así como un menor riesgo de ruptura en embarazos posteriores. Se identifica el segmento uterino (de menor grosor y con adherencia laxa al peritoneo visceral), se abre transversalmente el peritoneo visceral y se desciende la vejiga. La incisión uterina se realiza de manera transversa y arciforme para evitar la lesión de los vasos del ligamento ancho. Una vez expuesto, el amnios se secciona y se procede con la extracción fetal, siendo las maniobras de extracción dependientes del tipo de presentación (15).

COMPLICACIONES Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADAS A LA CESAREA: Las principales causas de muerte materna son los trastornos hipertensivos asociados al embarazo, parto y puerperio, hemorragia, trastornos trombo-embólicos y sepsis.

Controversialmente, las evidencias sustentadas con rigor metodológico establecen que el nacimiento por cesárea está asociado a complicaciones, entre las más frecuentes se encuentran las mismas causas de muerte señaladas, excepto por los trastornos hipertensivos, es decir: infecciones, hemorragia, fenómenos trombo-embólicos y se agregan lesiones viscerales (8).

Las complicaciones oscilan entre 12-15%. La incidencia de morbilidad obstétrica severa oscila entre 0.05-1.09%; también se ha demostrado que la mortalidad materna

posterior a cesárea es seis veces mayor que después de un nacimiento vía vaginal, aunque en cesárea electiva dicho incremento se reduce a la mitad. Así, las complicaciones trans-operatorias y posquirúrgicas de la cesárea son potencialmente graves y aumentan tanto el riesgo de mortalidad materna, fetal y neonatal, como los días de estancia hospitalaria. Por su frecuencia, el desarrollo de infecciones constituye uno de los principales motivos de re-hospitalización, principalmente por afecciones de la herida quirúrgica (8).

DISCUSION

Autores como Muños y cols. (16), menciona que deben elaborarse protocolos de tratamiento por parte del personal de cada hospital que tengan como piedra angular la prueba de trabajo de parto y solicitar una segunda opinión ante una cesárea programada. Porque son diversas indicaciones que tienen para determinar una cesárea, Dávila H. (17), muestra que hay diversas indicaciones, entre ellas: Cesárea anterior con 20.35%, macrosomía fetal 13.27%, desproporción cefalopélvica 9.73%, sufrimiento fetal agudo 9.20%, feto podálico 6.37%, preeclampsia 4.16%, entre los más importantes, lo que es similar para González M. (18), Cesárea Anterior con 24.26%; Desproporción Céfalopélvica con 16.57%; Pre-eclampsia o Eclampsia con un 10.95%; Macrosomía Fetal con 9.47% y Ruptura Prematura de Membranas con 8.87% y en el estudio de Medina J. (19), la principal indicación materna es placenta previa.

La prevalencia oscila de acuerdo a la realidad de la zona, cultura de las personas, manejo médicos o quirúrgicos no universales, Patiño G. (20), refiere que en un hospital como el Essalud hasta 58%, y el MINSA llega a 49%, que al igual del estudio por Palacios L. (7), donde menciona que las cifras reportadas en Hospital como Essalud, supera lo normado por la OMS.

La situación es muy diferente a realidades anteriores, tanto que las cesáreas se han ido incrementando tanto en el ámbito público como en el privado, por lo que debe priorizar es una valoración clínica de la madre, a fin de evitar una cesárea innecesaria (21).

CONCLUSIONES

La cesárea es el procedimiento quirúrgico más realizado en el mundo en mujeres en edad reproductiva, es motivo de preocupación en salud pública que su indicación sea la correcta, evitando consecuencias en morbilidad y mortalidad que pudiesen resultar de su sobre indicación. Reportándose elevadas tasas de prevalencia de realización de cesáreas en países en vías de desarrollo como nuestro país que supera las tasas indicadas por la OMS que recomiendan un total de 15% del total de nacimientos. Su real posicionamiento en la práctica obstétrica se comprenderá una vez se entiendan las reales ventajas y desventajas de su ejecución, no sólo en lo referente al embarazo en curso sino respecto de la historia reproductiva final de la paciente.

Por ello se hace necesario que los criterios, sean precisos para la indicación de una cesárea, realizar protocolos, unificar conocimientos y actitudes hacia la cesárea, y que no sea un procedimiento habitual.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Carlos Schnapp S, Eduardo Sepúlveda S, Jorge Andrés Robert S. Operación cesárea. Revista Médica Clínica Las Condes. 1 de noviembre de 2014;25(6):987-92.
2. Vélez-Pérez E, Tovar-Guzmán VJ, Méndez-Velarde F, López-López CR, Ruiz-Bustos E. Incidencia, Indicaciones y Complicaciones de la Operación Cesárea en el Hospital de Ginecopediatría del IMSS de Hermosillo, Sonora. Bol Clin Hosp Infant Edo Son. 2012;29(2):58-64.
3. Ofelia Uzcátegui U, Carlos Cabrera. Aspectos bioéticos de la cesárea y consentimiento informado. Rev Obstet Ginecol Venez. 2010;70(1):47-52.
4. Ubillús LEB, Jimenez FL. En torno a las cesáreas en el Perú: ¿solo un problema de cifras? Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. 2017;63(4):659-60.
5. Nieto T, Cañete M, Valero F, Melchor Marcos J. La Cesárea. En: Fundamentos de Obstetricia (SEGO). Madrid: Gráficas Marte, S.L.; 2007. p. 793-807. (Capítulo 92).
6. Vallejos-Parás Alfonso, Espino-y-Sosa Salvador, Ruiz-Sánchez Joaquín, Durán-Arenas Luis. Tendencias y factores asociados a cesáreas en México: validación de un instrumento. Perinatol Reprod Hum. diciembre de 2011;25(4):212-8.
7. Palacios Alcantara Lenin Alfredo. Tasa de cesáreas por modelo de clasificación de robson en el Hospital II Cañete - Essalud, 2013 – 2014. [Lima - Perú]: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2016.
8. Martínez-Salazar GJ, Grimaldo-Valenzuela PM, Vázquez-Peña GG, Reyes-Segovia C, Torres-Luna G, Escudero-Lourdes GV. Operación cesárea. Una visión histórica, epidemiológica y ética para disminuir su incidencia. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 15 de octubre de 2015;53(5):608-15.
9. Wee MYK, Brown H, Reynolds F. The National Institute of Clinical Excellence (NICE) guidelines for caesarean sections: implications for the anaesthetist. International Journal of Obstetric Anesthesia. 1 de abril de 2005;14(2):147-58.
10. Sánchez López, D. L. Impacto de la cesárea sobre la salud materna y perinatal: revisión sistemática. [Bogota - Colombia]: Universidad del Rosario - Bogota; 2012.
11. Patricio Gayán B, Jorge Varas C, Ana María Demetrio R, José Lattus O. Protocolo de indicación operación cesárea. 2009;4(2):113-8.
12. Nápoles Méndez D, Piloto Padrón M. Consideraciones actuales sobre la operación cesárea. MEDISAN. octubre de 2012;16(10):1579-95.
13. Usandizaga M. El iceberg de las cesáreas sin indicación. Gac Sanit. 1 de marzo de 2014;28(2):178.
14. Ruiz-Sánchez J, Espino y Sosa S, Vallejos-Parés A, Durán-Arenas L. Cesárea: Tendencias y resultados. Perinatología y reproducción humana. marzo de 2014;28(1):33-40.
15. CORONIS Collaborative Group, Abalos E, Addo V, Brocklehurst P, El Sheikh M, Farrell B, et al. Caesarean section surgical techniques (CORONIS): a fractional, factorial, unmasked, randomised controlled trial. Lancet. 20 de julio de 2013;382(9888):234-48.
16. Muñoz-Enciso JM, Rosales-Aujang E, Domínguez-Ponce G, Serrano-Díaz CL. Operación cesárea: ¿indicación justificante o preocupación justificada? Ginecol Obstet Mex. 2011;79(02):67-74.
17. Dávila Ayvar H. Prevalencia y principales indicaciones de cesárea en el "Hospital Vitarte" de Ate, durante el periodo enero-diciembre 2014. Universidad Ricardo Palma. 2016
18. Gonzales Valdivia M. Indicaciones de cesárea en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales durante el periodo 2014. Universidad Ricardo Palma. 2016
19. Medina Huiza J. Factores asociados a la indicación de cesárea en el Hospital Nacional Dos de Mayo de Enero a Diciembre del 2015. Universidad Ricardo Palma. 2016
20. Patiño G. Factores determinantes de la cesárea en los hospitales de Tumbes (2011). Ciencia y Desarrollo. 1 de diciembre de 2012;15(2):31-7.
21. Patiño D, Pineda A, Polo D. Estudio descriptivo de prevalencia y correlación clínico-quirúrgico de cesáreas en el Hospital "José Carrasco Arteaga" año 2010. [Ecuador]: Universidad de Cuenca; 2011.

Las ediciones anteriores de revista médica PANACEA
están disponibles en:

www.revpanacea.unica.edu.pe

R E V I S T A M É D I C A
PANACEA
UNIVERSIDAD NACIONAL SA LUIS GONZAGA ICA, PERÚ



ABORTO TERAPEUTICO EN EL PERU: UNA REVISION SOBRE EL ENFOQUE ACTUAL

Therapeutic abortion in Peru: A review about the current focus

Cámara Reyes Ramón^{1,2,a}, Obregón Gavilán Danilo^{1,2,a}, Tipiani Mallma Miguel^{1,2,a}

1. Facultad de medicina, Universidad Nacional San Luis Gonzaga de Ica, Perú.
2. Sociedad Científica de Estudiantes de Medicina de Ica
- a. Estudiante de medicina

Correspondencia:

Ramón Cámara Reyes.
Número de celular: 942 016 661
Correo Electrónico:
ramon.camara.03@gmail.com
Domicilio: Calle Azahares L-10
Urbanización San Isidro, Ica, Perú.

Contribuciones De Autoría:

CRR, OGD y TMM: Contribuciones en la concepción y diseño del manuscrito, recolección, análisis e interpretación de los datos, redacción y revisión crítica del contenido del manuscrito y aprobación final del artículo.

Conflicto De Intereses: No declarados.

Financiamiento: Autofinanciado.

Como Citar

Cámara-Reyes Ramón,
Obregón-Gavilán Danilo,
Tipiani-Mallma Miguel. Aborto terapéutico en el Perú: una revisión sobre el enfoque actual. Rev méd panacea 2018; (2): 74-77

Recibido: 26 - 04 - 2018
Aceptado: 30 - 05 - 2018
Publicado: 25 - 08 - 2018

RESUMEN

La práctica del aborto tiene muchos años de emplearse en todas las partes del mundo, teniendo diferentes connotaciones en diferentes culturas, regiones, países, etc. Entre los años 2010 a 2014, la tasa de abortos de mujeres jóvenes y de edad media fue de 35 por cada 1000 mujeres en todo el mundo. En el Perú, ocurren 400 000 abortos inducidos anualmente, con diversas causas y junto con ello sus complicaciones. El artículo 119 del Código Penal Peruano entiende al aborto terapéutico como el acto realizado y permitido siempre y cuando sea decisión de la gestante o de un representante para salvaguardar la vida de ella. La protección de la salud de las mujeres proporcionada por los instrumentos que garantizan el acceso al aborto por indicación terapéutica debe incluir la protección de la salud mental, indispensable para asegurar un adecuado nivel de bienestar que permita a la persona vivir con dignidad.

Palabras clave: Aborto; Aborto Terapéutico; ética; Perú; Salud Mental (fuente: DeCS BIREME)

ABSTRACT

The practice of abortion has many years of use in all parts of the world, having different connotations in different cultures, regions, countries, etc. Between the years 2010 to 2014, the rate of abortions of young and middle-aged women was 35 per 1000 women around the world. In Peru, 400 000 induced abortions occur annually, with various causes and along with it their complications. Article 119 of the Peruvian Penal code refers to therapeutic abortion as the act carried out and allowed as long as it is the decision of the pregnant woman or a representative to safeguard her life. The protection of the health of women provided by the instruments that guarantee access to abortion by therapeutic indication should include the protection of mental health, indispensable to ensure an adequate level of well-being that allows the person Living with dignity.

Keywords: Abortion; Therapeutic abortion; Ethics; Mental Health, Peru (source: MeSH NLM)

INTRODUCCIÓN

La práctica del aborto tiene muchos años de emplearse en todas las partes del mundo, teniendo diferentes connotaciones en las diferentes culturas, regiones, países, etc. Actualmente toma importancia como un problema de salud pública, de derechos humanos y de las legislaciones presentes mundialmente, teniendo en cuenta que no en todos los países es igual.

Entre los años 2010 a 2014, la tasa de abortos de mujeres jóvenes y de edad media (15 a 40 años) fue de 35 por cada 1000 mujeres en todo el mundo. (1) A lo largo de los últimos 30 años el número de abortos se ha incrementado 10 veces más. (1) La población de los países de bajos ingresos o en vías de desarrollo presenta con más frecuencia este fenómeno y así como también un crecimiento demográfico mayor. (1)

En países como Perú, el interés por saber más sobre el aborto y temas relacionados ha ido aumentando de la mano con la globalización en los últimos años. (2)

En el Perú, ocurren 400 000 abortos inducidos anualmente (3), con diversas causas y junto con ello sus complicaciones. En la región Ica, el aborto corresponde al 41.2% de los factores de riesgo directos relacionados con mortalidad materna. (4) El autor iqueño recomienda la aplicación de una atención integral en salud y el desarrollo de estrategias regionales. Cabe mencionar al aborto terapéutico dentro estas estrategias.

Por la definición según el artículo 119 del Código Penal Peruano se entiende al aborto terapéutico como el acto realizado y permitido siempre y cuando sea decisión de la gestante o de un representante para salvaguardar la vida de ella. (5) Lo que es aceptable a nivel social como por los especialistas gineco-obstetras y realizado por razones obviamente médicas, por lo tanto, no punible.(5)

El Instituto Nacional Materno Perinatal (MATERNO-PERINATAL) presentó dentro de las causas más frecuentes para la interrupción terapéutica del embarazo a las siguientes (5):

1. Riesgo de la vida de la gestante (13%).
2. Riesgo de salud física y mental (87%), incluyendo malformaciones congénitas fetales incompatibles con la vida.

Desde el año 2010 utiliza la Guía de Práctica Clínica y de Procedimientos en Obstetricia, en la que esta incluido el Aborto terapéutico (CIE 10: O034) actualizada en el año 2013. A pesar de que el éxito de la guía (aproximadamente 100% de los casos donde es usada) y el mayor requerimiento de las mujeres del aborto terapéutico, aun existen estigmatizaciones y falta de servicios por parte de los hospitales públicos, con un lento cambio de actitud en los profesionales médicos. (5)

MARCO ÉTICO – LEGAL DEL ABORTO

Anteriormente se generaba mucha controversia con lo dispuesto en el artículo 119° del Código Penal Peruano, ya que al tener una gestación con un producto que tenga una malformación congénita grave que condicione la vida del feto en el futuro inmediato, esta no pueda ser interrumpida por dicho artículo. (6)

En el 2001 el caso de una adolescente de 17 años que quedó embarazada y mediante exámenes médicos se determinó que el producto tenía una malformación congénita grave llamada en términos médicos "feto anencefálico", en el cual su médico tratante recomienda el aborto terapéutico al cual ella accede, pero el director del hospital se negó a realizar dicha práctica resaltando el artículo 119° del Código penal. (6)

Según la Doctora Marta B. Rendón, médico psiquiatra adscrita al Colegio Médico del Perú, afirma que "el presunto principio de la beneficencia para el feto ha dado lugar a maleficencia grave para la madre, pues se le ha sometido innecesariamente a llevar a término un embarazo cuyo desenlace fatal se conocía de antemano y se ha contribuido significativamente a desencadenar un cuadro de depresión con las severas repercusiones que esta enfermedad tiene para el desarrollo de una adolescente y para la futura salud mental de la paciente". (6)

Al conocerse el caso, este fue llevado ante el Comité de Derechos Humanos de las Naciones Unidas evidenciándose la violación de varios artículos del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos. (6)

El 28 de junio del 2014 se establece la "Guía Técnica Nacional para la estandarización del procedimiento de la Atención Integral de la gestante en la Interrupción Voluntaria por Indicación Terapéutica del Embarazo menor de 22 semanas con consentimiento informado en el marco de lo dispuesto en el artículo 119° del Código Penal" para regular la aplicación del artículo 119° del Código Penal Peruano. (7)

Siendo las primeras dos indicaciones de esta guía señalan como indicación al embarazo ectópico y a la enfermedad del trofoblasto sin requerimiento de junta médica (7), ya que estos tipos de embarazos comprometen la vida de la gestante por lo cual debe ser interrumpido.

La interrupción médica del embarazo solo se justifica en casos poco frecuentes, por lo que deben ser evaluados mediante una junta médica y no requiere una norma técnica como la que ha publicado el Ministerio de Salud. (7)

La sociedad peruana en una encuesta realizada por Ipsos Apoyo en el 2014 estuvo de acuerdo con la aprobación de la guía en un 64%, mientras un 30% estuvo en desacuerdo y un 6% no precisó su respuesta. (8)

En el Perú, en cuanto a cuestiones bioéticas, en el "Seminario taller Bioética y Salud Sexual y Reproductiva" (9) se concluyó que en la atención a una mujer que aborta se deberá respetar la confidencialidad. También, se deberá respetar la objeción de conciencia en términos individuales, salvo condiciones de emergencia. Se define como objeción de conciencia a la "resistencia que el individuo ofrece al cumplimiento de una norma cuando entra en conflicto con sus propias convicciones. (10)

EL ABORTO Y SALUD MENTAL

La OMS define la salud como un estado que integra aspectos biológicos, psicológicos y sociales del bienestar y que afianza la idea de la Convención para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra las Mujeres, que las mujeres tienen el derecho a gozar del más alto nivel disponible de salud física y mental. (11) La protección de la salud de las mujeres proporcionada por los instrumentos que garantizan el acceso al aborto por indicación terapéutica debe incluir la protección de la salud mental, indispensable para asegurar un adecuado nivel de bienestar que permita a la persona vivir con dignidad. (11)

El embarazo no deseado y el aborto son estresores que amenazan la salud mental de la mujer, al interferir con el proyecto de vida y sus expectativas. Perpetuando la pobreza al disminuir las oportunidades de educación y trabajo, generando estigmatización y violencia. (11)

Estudios realizados en materia de salud mental como el de Munk Olsen de 86 420 adolescentes y mujeres que tuvieron un aborto provocado de primer trimestre y 280 950 que llevaron un embarazo a término, analizó el riesgo para la salud mental en las mujeres que abortan en comparación con aquellas que llevan el embarazo a término. (12) Concluye que las personas que continuaron

continuaron el embarazo tuvieron que recibir tratamiento psicológico durante el primer año a diferencia de aquellos que decidieron interrumpir su embarazo. (12)

En nuestro medio, Luna Matos concluyeron que la depresión es más prevalente en las mujeres que reportaron embarazo no deseado (46 %) en comparación con las mujeres que planificaron su embarazo (41 %) en el Instituto Materno Perinatal. (13) El acceso al aborto terapéutico a las mujeres con gestación no deseada, que tengan factores de riesgo adicionales para depresión abre un camino a la consolidación de este en la sociedad. (13)

CONCLUSIONES

1. El aborto terapéutico es un problema de salud pública que se presenta en la mayoría de los países de América del Sur, razón por la cual el mismo ha sido reglamentado en alguno de ellos.
2. El aborto es una de las causas más frecuentes de muerte materna en el Perú, se espera solucionar con la contribución de la guía.
3. La guía técnica contribuye a garantizar el derecho de las mujeres gestantes que lo deseen, a acceder a este procedimiento que permite salvar su vida y proteger su salud. También regula y estandariza el aborto terapéutico en concordancia con la legislación peruana y en cumplimiento con los estándares internacionales de los derechos humanos suscritos por el Estado peruano.
4. La reducción de las conductas abortivas debe continuar el objetivo de incrementar el conocimiento sobre todos los aspectos éticos y sociales relacionados con la salud sexual y reproductiva, mediante una política que los relacione y tenga en cuenta los riesgos que el aborto acarrea.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sedgh G, Bearak J, Singh S, Bankole A, Popinchalk A, Ganatra B et al. Abortion incidence between 1990 and 2014: global, regional and subregional levels and trends. *Lancet*. 2016;388(10041):258-67.
2. Tejada-Llacsa P. ¿Qué se busca sobre el aborto en Internet? Una evaluación con Google Trends en Perú. *Gac Sanit*. 2016;30(4):318-21.
3. Ferrando D. El aborto clandestino en el Perú. Revisión. Lima: Pathfinder-Flora Tristan. 2006; 40.
4. Ybaseta-Medina J. Factores de riesgo asociados a mortalidad materna en la región de Ica, Perú 2001-2005. *Rev. méd. panacea* 2011; 1(1): 9-13.
5. Guevara E. Interrupción terapéutica del embarazo en el Instituto Nacional Materno Perinatal, Perú, 2009-2013. *Rev peru ginecol obstet*. 2016;62(1):19-30.
6. Pinto Zapata J. Una necesaria reforma al delito de aborto terapéutico en el Perú. *Revista Médica Peruana*. 2017(2): 38-41
7. Pacora-Portella P. Aborto terapéutico. ¿realmente existe? *Acta Med Per*. 2014;31(4):234-239.
8. Encuesta Nacional Urbana, Ipsos Apoyo, El Comercio, publicada el lunes 21 de julio de 2014.
9. Colegio Médico del Perú, "Seminario taller Bioética y Salud Sexual y Reproductiva". Lima Perú 2009.
10. Montenegro-Díaz B, Tafur-Ramírez R, Yacarini-Martínez A. Guía de aborto terapéutico en el Perú: ¿Considera la objeción de conciencia médica?. *An Fac med*. 2015;76(1):77-8
11. Marta B RMD,MS. Salud mental y aborto terapéutico. *Anales de la Facultad de Medicina*. 2015 diciembre; 76(4).
12. Munk-Olsen T, Laursen TM, Pedersen CB, Lidegaard, Mortensen PB. Induced first trimester abortion and risk of mental disorder. *N Engl J Med*. 2011;364:332-9.
13. Luna Matos ML, Salinas Piélago J, Luna Figueroa A. Depresión mayor en embarazadas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima, Perú. *Rev Panam Salud Publica*. 2009;26(4):310-4.

Las ediciones anteriores de revista médica PANACEA
están disponibles en:

www.revpanacea.unica.edu.pe

R E V I S T A M É D I C A
PANACEA
UNIVERSIDAD NACIONAL SA LUIS GONZAGA ICA, PERÚ



PALABRAS DE HOMENAJE Y DESPEDIDA DE LA DRA. ANA KUROKI CON MOTIVO DE SU JUBILACIÓN Y ENTREGA DE PLACA RECORDATORIA.

Señores amigos, compañeros y colegas: Nos reunimos hoy aquí para rendir homenaje de despedida de su vida activa asistencial en nuestro hospital a nuestro colega que ha alcanzado su situación de retiro.

Hoy que me veo con una gran responsabilidad de dirigirme a ustedes estimados colegas para dar algunas palabras alusivas del adiós administrativo a la colega Ana María Kuroki Ishii.

Esta noche quiero iniciar agradeciendo a todos los presentes por participar en esta reunión, sin embargo se me hace difícil encontrar palabras suficientes y adecuadas, pero lo que puedo identificar es que nos apena ya no tener que ver a la Dra Kuroki, trabajando con nosotros en el cuidado de la mujer peruana, ya no la veremos llegar temprano y verla en el marcador antes de las 8 de la mañana y más allá de las 8 de la noche, ya no la veremos coordinando actividades, como siempre la hemos visto donde ha trabajado en los Hospitales, Universidad, Colegio Médico, también no olvidamos también su participación en desfiles en nuestra ciudad y de buscar como colaborar con el enfermo. Hay buenas historias de ella con nosotros y con los que no están trabajando me refiero al Dr. SOLORZANO, PONCE y GARAMENDI, estamos muy agradecidos por su tiempo y trabajo realizado brindado salud a los pacientes de nuestro hospital,.

En el repaso de su vida profesional y haciendo un balance de ella, deja en evidencia o de manifiesto la personalidad de docente, de excelente participación como ginecóloga sentimos para nuestro servicio que estamos perdiendo una gran profesional, también por la dimensión humana. Como persona Ana Kuroki deja entre nosotros un gran vacío, nostalgia pero esta despedida la hacemos con mucha emoción.

Con gran energía ANA KUROKI culmina una gran etapa en su vida de servicio en el Hospital Santa María del Socorro de Ica, Perú. Esta noche queremos despedirla con todo el afecto y gratitud por su compañerismo, su esfuerzo y por las enseñanzas que de una u otra forma nos deja a su paso.

Este presente es un recuerdo que le brindamos sus compañeros al culminar su actividad asistencial y como demostración a una vida transcurrida bajo el signo de responsabilidad y gran trabajo. Todos sus colegas le deseamos sinceramente y de corazón que siga disfrutando largos años de salud, vitalidad y juventud espiritual con la que ahora la vida la recompensa y que constituirá la verdadera envidia para muchos de nosotros.

Ica, 17 junio de 2018

Dr. Jorge Ybaseta Medina
Jefe de Departamento de Gineco-obstetricia



Figura 1. Homenaje de despedida a la Dra. Ana María Kuroki Ishii tras el cese de sus funciones asistenciales en el Hospital Santa María del Socorro de Ica, Perú.

1. PRESENTACION

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

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

1.1 TIPOS DE ARTÍCULOS

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

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

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

2.2 ARTÍCULOS ORIGINALES

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

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

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

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

tesis y en orden de aparición.

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

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

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

Referencias bibliográficas: En número no mayor de 40 referencias.

2.3 ORIGINALES BREVES

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

2.4 ARTÍCULOS DE REVISIÓN

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

2.5 FÓRUM

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

2.6 PERSONAJES DE LA MEDICINA PERUANA

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

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

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

2.7 GALERIA FOTOGRAFICA

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

2.8 REPORTE DE CASOS

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

2.9 CARTAS AL EDITOR

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

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

2.10 NOTAS INFORMATIVAS

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

2.11 IN MEMORIAM

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

2.12 FE DE ERRATAS /RETRACTACIONES

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

2.13 FOTOGRAFÍA DE PORTADA

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

3. ASPECTOS FORMALES PARA LA REDACCIÓN DEL ARTÍCULO

3.1 ENVÍO DE ARTÍCULOS

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

Adjuntando obligatoriamente:

Carta de Presentación (Formato 1).

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

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

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

Instrumento de recolección de datos

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

Base de datos

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

3.2 PREPARACIÓN DE LOS ARTÍCULOS

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

Doble espacio en letra Arial 12.

Formato A4

Con márgenes de 3 cm.

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

La Primera página debe incluir:

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

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

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

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

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

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

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

Para el resto de páginas debe considerarse los

siguientes aspectos.

Cada sección del artículo empieza en una nueva página.

3.3 REQUISITOS A CONSIDERAR

3.3.1 Sobre las Tablas

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

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

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

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

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

3.3.2 Sobre las Figuras

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

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

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

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

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

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

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

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

3.3.3 Sobre los porcentajes, unidades de medida y abreviaturas

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

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

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

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

3.3.4 Sobre el sistema de citación

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

No utilice superíndices ni subíndices para escribir la cita respectiva.

EXTENSION ORIENTATIVA DE LOS MANUSCRITOS

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

No utilizar subrayado de ningún tipo.

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

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

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

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

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

3.3.5 Sobre los Agradecimientos

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

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

b) el agradecimiento por ayuda técnica.

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

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

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

3.3.6 Sobre los resultados

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

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

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

3.3.7 Sobre las referencias bibliográficas

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

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

Artículos de revistas:

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

Libro:

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

Capítulo de libro:

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

Tesis:

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

Página web:

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

3.4 RESPONSABILIDADES ÉTICAS

3.4.1 Publicación redundante o duplicada

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

3.4.2 Consentimiento informado

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

3.4.3 Sobre los conflicto de intereses

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

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

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

3.4.4 Sobre los autores

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

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

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

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

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

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

Haber aprobado la versión que finalmente va a ser publicada

4. PROCESO EDITORIAL

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

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

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

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

4.1 POLÍTICA EDITORIAL

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

4.2 AGRADECIMIENTO A REVISORES

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

4.3 PRUEBA DE IMPRENTA

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

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

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



PORTADA:

Clausura del I CURSO REGIONAL PARA ASESORES Y JURADOS DE TESIS, actividad teórico y práctico realizado del 29 de junio al 01 julio del 2018 en el auditorio de la Facultad de Medicina Humana Daniel Alcides Carrión de la Universidad Nacional San Luis Gonzaga de Ica, Perú. El desarrollo de esta exitosa actividad académica fue desarrollada por los profesores de la UPCH: Dr. Juan Miyahira, Dr. Juan Echevarría y el Dr. Leandro Huayanay.



INDICE

38

EDITORIAL

CESÁREA ELECTIVA: PREFERENCIA MATERNA. / elective cesarean section by maternal decision.

Jorge Ybaseta Medina.

39

ARTÍCULOS ORIGINALES

ANTICONCEPCIÓN HORMONAL, ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS Y DE LA CONDUCTA COMO FACTORES DE RIESGO PARA CÁNCER DE CUELLO UTERINO EN UN HOSPITAL EN ICA, PERÚ. / Hormonal contraception, sociodemographic and behavioral aspects as risk factors for cervical cancer in a hospital in Ica, Perú.

Kuroki Yshii Ana, Franco Kuroki Alejandra, Alaba tucto Karina.

41

DETERMINANTES SOCIALES ESTRUCTURALES RELACIONADOS CON LA EPIDEMIA DE DENGUE EN LA CIUDAD DE ICA, 2017. / Social structural determinants of dengue epidemics in Ica city, 2017.

Aguado-Moquillaza Raúl, Alvites Junes Antony, Ceccarelli Flores Juan.

50

CREENCIAS RELACIONADAS CON LA VIOLENCIA DE PAREJA. / Beliefs related to partner violence.

Ccecarelli Flores Juan, Quijandria Angulo Jackeline Estela, Quintanilla Bernaola Paul Newman, Requejo Torres Jhon Edwin.

56

ARTÍCULO DE REVISIÓN

PREVALENCIA DE ICTERICIA NEONATAL Y FACTORES ASOCIADOS EN RECIÉN NACIDOS A TÉRMINO. / Prevalence of Neonatal Jaundice and risk factors associated in full-term newborns.

Ñacari Vera Miguel

63

INDICACIONES DE CESÁREA. / Indications of Cesarea.

Oncoy Rosales Ariana.

69

ABORTO TERAPEUTICO EN EL PERU: UNA REVISION SOBRE EL ENFOQUE ACTUAL / Therapeutic abortion in Peru: A review about the current focus

Cámara Reyes Ramón, Obregón Gavilán Danilo, Tipiani Mallma Miguel.

74

SECCIÓN ESPECIAL

Palabras de homenaje y despedida de la Dra. Ana Kuroki con motivo de su jubilación y entrega de placa recordatoria.

Jorge Ybaseta Medina.

78

INSTRUCCIONES PARA AUTORES

Facultad de Medicina Daniel Alcides Carrión

Prolongación Ayabaca s/n. Ica, Perú

Teléfono: 056 - 225262

Correo electronico: jybaseta@revpanacea.unica.edu.pe

Pagina web: www.revpanacea.unica.edu.pe