



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

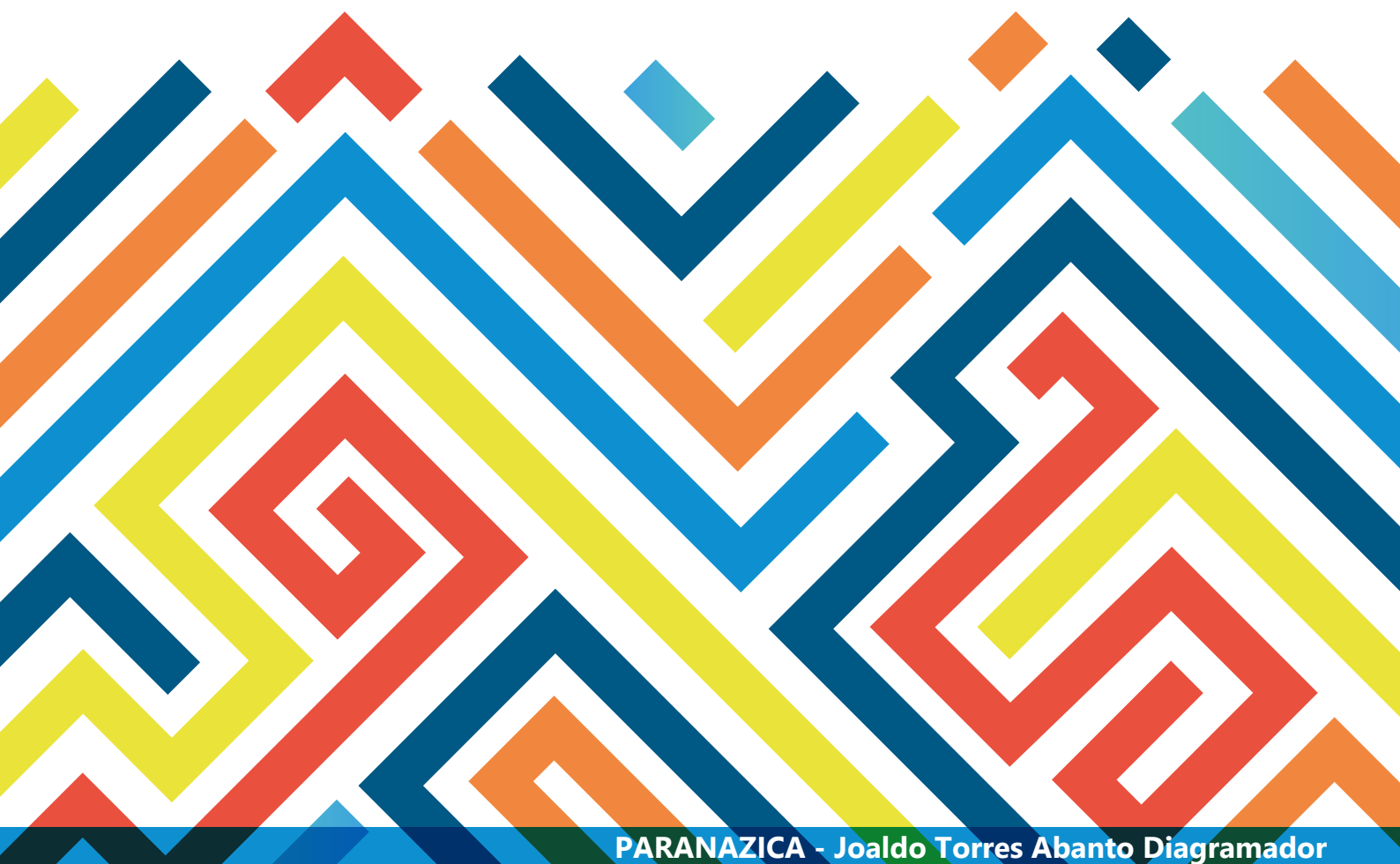
e-ISSN 2225-6989

VOLUMEN 12 NÚMERO 1

PUBLICACION CUATRIMESTRAL

ENERO - ABRIL

2023



PARANAZICA - Joaldo Torres Abanto Diagramador

INDEXADA EN:



**REVISTAS.UNICA.EDU.PE**

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.

R E V I S T A M É D I C A

# PANACEA

Vol. 12- N° 1 - Enero 2023 - 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**



## FACULTAD DE MEDICINA DANIEL ALCIDES CARRIÓN

Nancy Brizuela Pow Sang  
**DECANO**

José Alberto Melgar Salcedo  
**OFICINA ADMINISTRATIVA**

Noemí Flores Hernández  
**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**

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**

Juan Pisconte Vilca  
**DIRECTOR DEL INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN**  
Magdalena Martínez Contreras  
**DIRECTORA DE LA OFICINA DE INNOVACIÓN Y  
TRANSFERENCIA TECNOLÓGICA**

Arístides Lara Pujaico  
**DIRECTOR DE LA OFICINA DE PRODUCCIÓN DE  
BIENES Y SERVICIOS**

Gino Mora Castillo  
**DIRECTOR DE INCUBADORAS DE EMPRESAS**



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

## 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](mailto: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](http://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

<b>INDICE</b>	<b>1</b>
<b>EDITORIAL</b>	
Principales barreras en la elaboración de la tesis Ybaseta Medina Jorge, Niño de Guzmán Solange.	2
<b>ARTICULOS ORIGINALES</b>	
Factores asociados a infección del sitio operatorio en cirugía de fractura de cadera / Factors associated with operative site infection in hip fracture surgery Barrientos Ramos Víctor Hugo, Barrientos Salazar Paolo Francesco.	4
Prevalencia de pediculosis capitis en escolares de primaria en una institución educativa pública de Comas / Prevalence of pediculosis capitis in elementary school children in a public educational institution in Comas Candia Sulca Elena, Lizarme Navarro Thiara, Saldaña Tello Ruth, Rufino Mendoza Thalía, Rodríguez Gallardo Milagros, Torres Luque Elizabeth.	12
Autopercepción de la calidad de vida y valoración de la fragilidad del adulto mayor provincia de Huancasancos Departamento Ayacucho – Perú, año 2021 / Self-perception of the quality of life and assessment of frailty in older adults in the province of Huanca Sancos, Department of Ayacucho - Peru, year 2021 Oscoco Torres Olinda, Sauñe Oscoco Wilson, Coronado Yarihuaman Ybhet, Espinoza Almora Marita, Espino Moquillaza Paola, Bendezú Sarcines Carmen Emilia.	17
<b>CARTA AL EDITOR</b>	
Avances terapéuticos en el manejo de la hepatitis alcohólica: hallazgos prometedores / Therapeutic improvements in the handling of alcoholic hepatitis: encouraging findings Serna Trejos Juan Santiago, Bermudez Moyano Stefanya Geraldine, Lenis González Juan Pablo.	23
Asociación entre el hábito de masticar hojas de Erythroxylum coca con menor índice de caries / Association between the habit of chewing Erythroxylum coca leaves with a lower rate of caries Canales Sermeño Gustavo U., Valenzuela Ramos Marisel R., Huamán Espinoza Gladys R..	26
<b>INSTRUCCIONES PARA AUTORES</b>	



## Principales barreras en la elaboración de la tesis

**Ybaseta-Medina Jorge<sup>1</sup>, Niño de Guzmán Solange<sup>2</sup>.**

1. Docente de la Universidad Nacional San Luis Gonzaga, Médico Ginecólogo-Obstetra del Hospital Santa María del Socorro de Ica, Perú. Doctor en Medicina Humana.  
<https://orcid.org/0000-0003-1224-1357>

2. Editora invitada de la Revista Médica Panacea, Universidad Nacional San Luis Gonzaga. Ica, Perú.  
<https://orcid.org/0000-0002-2614-354X>

DOI: <https://doi.org/10.35563/rmp.v12i1.512>

La Oxford Dictionary define a la tesis de grado como “un largo ensayo o disertación que implica una investigación personal, escrito por el candidato a un título universitario” (1,2), la que a su vez requiere de una investigación original, un trabajo arduo, tiempo y de afrontar otras barreras de conocimiento (1); convirtiéndose así en el principal aporte a la producción científica que realiza en universitario (3).

Sin embargo, la mayoría de los estudiantes consideran que escribir una tesis es desalentador, que durante el proceso se enfrentan a múltiples barreras que limitan su elaboración (1), problemas que se presentan desde antes, durante y después de iniciada la redacción, las que pueden ser propios del alumno que van desde la concepción y delimitación del problema que desean abordar hasta llegar a los que no son dependientes del alumno como la carencia de ejes orientadores (4). Dentro de las principales barreras se ha observado la demora en la elección del tema, es importante que el estudiante haya elegido con anticipación su problemática para que cuando llegue el momento este se haya convertido en un tema de su dominio, de su agrado y que logre contar con todas las bases teóricas para su fundamentación (5).

Aunque el estudiante universitario o bachiller puede tener una actitud positiva hacia la investigación, puede existir una deficiencia significativa de conocimientos y habilidades en el área de investigación que hace difícil la realización de la tesis, puesto que el candidato no tiene práctica o experiencia previa su realización (6), y más aún desconoce o desea ignorar la posibilidad de publicar su aporte en revistas científicas que le puedan brindar la oportunidad de ser observado por la comunidad científica (3).

Otro obstáculo importante es que la facultad no tenga un equipo completo de docentes a tiempo completo con experiencia en investigación y publicación. El asesor de tesis tiene responsabilidad de brindar orientación técnica y metodológica al asesorado en el desarrollo de tesis y trabajar para garantizar la calidad académica de la investigación. Sin embargo, no se cumple con el ideal en la mayoría de instituciones universitarias (5,7).

La falta de tiempo se considera como una de las principales barreras debido a un plan de estudio con carga horaria excesiva, se menciona también: a la escasez de instalaciones de investigación, a la falta de planes y estrategias importantes para la investigación de pregrado, a la falta de motivación y financiación para que los estudiantes universitarios participen investigando y no se detengan o demoren el proceso de elaboración de tesis (7).

La participación de los estudiantes de pregrado en la investigación debe ir más allá de la tesis obligatoria del último año, realizar investigación es una forma importante de mejorar la capacidad de los estudiantes para pensar críticamente y resolver problemas, los cuales son esenciales a lo largo de su carrera como profesionales (1,8). Es así que los estudios han demostrado, como ejemplo, que el desarrollo de estas habilidades de pensamiento crítico en profesionales de la salud se han relacionado con mejores resultados para los pacientes, una mayor calidad de la atención al paciente y sienta las bases para desarrollar habilidades que se traducen en beneficios para toda la vida (1,6,8).

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cuschieri S, Grech V, Savona-Ventura C. WASP (Write a Scientific Paper): How to write a scientific thesis. *Early Hum Dev.* 2018;127(127):101–5. doi: 10.1016/j.earlhumdev.2018.07.012
2. Adebisi YA. Undergraduate students' involvement in research: Values, benefits, barriers and recommendations. *Ann Med Surg [Internet].* 2022;81(August):104384. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.amsu.2022.104384>
3. Mamani Benito O. Calidad metodológica y características de las tesis de pregrado de Psicología de una universidad privada del Perú. *Propósitos y Representaciones.* 2018; 6(2), 301-338. Doi: <http://dx.doi.org/10.20511/pyr2018.v6n2.224>
4. Rodríguez Hernández B, García Valero L. Escritura de textos académicos: dificultades experimentadas por escritores noveles y sugerencias de apoyo. *cpue.* 2015; 20: 249-265. 10.25009/cpue.v0i20.1332
5. Domínguez S, Sánchez EE, Sánchez de Aparicio y Benítez GA. Guía para elaborar una tesis. Vol. 1, The effects of brief mindfulness intervention on acute pain experience: An examination of individual difference. 2015. 1689–1699 p.
6. Perdomo B, Morales OA. Errors and Difficulties Faced During the Elaboration of Undergraduate and Graduate Thesis by Peruvian Students: Pedagogical Implications. *Rev Electron Educ.* 2022;26(1):1–21.
7. Razo CM. Cómo elaborar y asesorar una investigación de TESIS. Segunda. Mexico: Pearson educación; 2011. 320 p.
8. Wnttaker HT, Skerritfi L, Dankner M, Eisenberg MJ. An exercise in scientific writing physicians in training. *Clin Investig Med.* 2020;43(1):E35–8.



### Cómo citar

Ybaseta-Medina Jorge, Niño de Guzmán Solange. Principales barreras en la elaboración de la tesis. *Rev méd panacea* 2022;12(1): 2-3.

DOI: <https://doi.org/10.35563/rmp.v12i1.512>



# Factores asociados a infección del sitio operatorio en cirugía de fractura de cadera

## Factors associated with operative site infection in hip fracture surgery

Barrientos-Ramos Víctor Hugo<sup>1</sup>, Barrientos-Salazar Paolo Francesco<sup>2</sup>.

1. Traumatólogo Hospital Regional de Ica, Perú. Docente nombrado Universidad Nacional San Luis Gonzaga de Ica, Perú.  
<https://orcid.org/0000-0002-8320-5794>
2. Médico Puesto de Salud Bellavista, Otuzco, La Libertad, Perú.  
<https://orcid.org/0000-0003-1647-6970>

DOI: <https://doi.org/10.35563/rmp.v12i1.514>

### Correspondencia:

Nombre: Barrientos Ramos Víctor Hugo  
Dirección: Calle La Mar 789. Altos, Ica, Perú  
Teléfono: (+51) 955823795  
Correo Electrónico:  
Victor.barrientos@unica.edu.pe

### Contribuciones de autoría:

VHBR Participó en la concepción del estudio, en el diseño, análisis e interpretación de resultados y redacción del mismo  
VHBR y PFBS Participaron en la elaboración del proyecto y digitación del mismo.  
PFBS: En la digitación del artículo.

**Conflicto de intereses:** no existen conflictos de intereses del autor o autores de orden económico, institucional, laboral o personal.

### Financiamiento:

Autofinanciado.

### Cómo citar:

Barrientos-Ramos Víctor Hugo, Barrientos-Salazar Paolo Francesco. Factores asociados a infección del sitio operatorio en cirugía de fractura de cadera. Rev méd panacea 2022;12(1):4-11. DOI: <https://doi.org/10.35563/rmp.v12i1.514>

**Recibido:** 24 - 01 - 2023  
**Aceptado:** 08 - 02 - 2023  
**Publicado:** 12 - 04 - 2023

### RESUMEN

**Objetivo:** Determinar los factores asociados a infección de sitio operatorio (ISO) en cirugía de fractura de cadera, en el Hospital Regional de Ica en el período 2015-2022. **Material y método:** Se realizó un estudio observacional, retrospectivo y transversal en el Hospital Regional de Ica – Minsa. Se estudiaron las historias clínicas de 122 pacientes intervenidos de cirugía de cadera; 46 cumplieron con los criterios de inclusión. Mediante programa estadísticos SPSS v, 27.0. Se realizó análisis multivariado de regresión logística. **Resultados:** Se obtuvo un 43.5 % (20) con tratamiento con osteosíntesis; un 34,8 % (16) con artroplastia total; un 19.6 % (09) con artroplastia parcial; y un 2.2 % (01) con clavo endomedular. De los 46 pacientes estudiados, se encontraron 07 casos de ISO (15.2%). En los antecedentes mórbidos, la desnutrición se encontró a la variable como factor asociado a infección del sitio operatorio (ISO) con un  $p = 0.006$ . Esta variable obtuvo un OR de 1.231. De los factores perioperatorios, el índice de masa corporal (IMC) si es significativo en el índice de hemoglobina en la muestra analizada (modelo de predicción en regresión logística). Sin embargo, la edad (con  $p = 0.200$ ), no es significativa para hemoglobina. **Conclusiones:** La incidencia de ISO fue de 15.2% en cirugía de fractura de cadera en el adulto mayor. La desnutrición fue el factor asociado a ISO. La anemia (valor de la hemoglobina), tiene una potencia de predicción para ISO en cirugía de fractura de cadera en el adulto mayor. **Palabras clave:** infección de sitio operatorio, cirugía de fractura de cadera, factores asociados, regresión logística, desnutrición.

### ABSTRACT

**Objective:** To determine the factors associated with operative site infection (OSI) in hip fracture surgery at the Regional Hospital of Ica in the period 2015-2022. **Material and Method:** An observational, retrospective and cross-sectional study was conducted at the Hospital Regional de Ica - Minsa. The medical records of 122 patients who underwent hip surgery were studied; 46 met the inclusion criteria. SPSS v, 27.0 statistical software was used. Multivariate logistic regression analysis was performed. **Results:** 43.5 % (20) were treated with osteosynthesis; 34.8 % (16) with total arthroplasty; 19.6 % (09) with partial arthroplasty; and 2.2 % (01) with endomedullary nail. Of the 46 patients studied, 07 cases of ISO (15.2%) were found. In the morbid antecedents, malnutrition was found to be the variable factor associated with operative site infection (ISO) with a  $p = 0.006$ . This variable had an OR of 1.231. Of the perioperative factors, body mass index (BMI) was significant in the haemoglobin index in the sample analysed (logistic regression prediction model). However, age (with  $p = 0.200$ ), is not significant for haemoglobin. **Conclusions:** The incidence of ISO was 15.2% in hip fracture surgery in the elderly. Malnutrition was the factor associated with ISO. Anaemia (haemoglobin value), has a predictive power for ISO in hip fracture surgery in the elderly.

**Keywords:** surgical site infection, hip fracture surgery, associated factors, logistic regression, malnutrition.



## INTRODUCCIÓN

La Fractura de cadera (FC) describe esencialmente a las fracturas que acontecen en el extremo proximal del fémur. Los casos típicos suelen ser personas mayores con una edad media de 80 años y una frecuencia superior en el sexo femenino con 3 a 4 casos por cada caso masculino (1). A nivel mundial, la FC está dentro de las primeras causas de discapacidad con grandes costos a futuro y es en nuestro medio, la causa con mayor número de hospitalizaciones por año en los servicios de Traumatología y Ortopedia, utilizándose el término de Epidemia para catalogar al aumento en incidencia de las fracturas de cadera (2). Esto sustentado por el paulatino envejecimiento general de la población que incrementa el número de casos de FC anualmente, siendo la incidencia para el año 2006 de 78.6 por cada 10.000 habitantes (3). Esta patología conlleva, además del daño intrínseco a la estructura ósea necesaria para la bipedestación y marcha, a muchos más inconvenientes que el daño ortopédico mismo, las cuales incluyen riesgos operatorios, complicaciones postoperatorias y la necesidad absoluta de rehabilitación física para poder alcanzar un estado de movilidad similar o equiparable al que poseía el paciente previo a la fractura. (4)

El tratamiento recomendado para la gran mayoría de fracturas de cadera es el quirúrgico, siendo avalado por revisiones sistemáticas como la realizada por Turesson (5) donde encuentra más adecuado el tratamiento quirúrgico que el conservador, sobre todo por el riesgo de muerte al año 4 veces más elevado en aquellos pacientes que fueron tratados conservadoramente frente a aquellos sometidos a cirugía. En la actualidad las opciones quirúrgicas disponibles comprenden la fijación interna por osteosíntesis o la fijación por unión de prótesis artificiales (hemiartroplastia o artroplastia total de cadera). La selección se realiza de concorde a la clasificación anatómica del trazo de fractura en el fémur, teniendo como tratamiento quirúrgico de elección en edad avanzada para una fractura de cuello femoral no desplazada, la fijación con tornillos múltiples; para una fractura desplazada del cuello femoral, la Artroplastia Total y/o Hemiartroplastia de cadera; y para una fractura extracapsular, la reducción abierta con fijación interna (RAFI) a cualquier edad. (6)

A pesar del éxito del tratamiento quirúrgico corrector, la cirugía puede desarrollar complicaciones, sobre todo durante el intraoperatorio y periodo postoperatorio inmediato, donde se han registrado el mayor número de casos, que según Barrios-Moyano (7) lleva al paciente anciano postoperado a una tasa de mortalidad a un año de un 21.1%. La Infección postoperatoria de la FC es por ello una complicación potencialmente devastadora no solo para el paciente sino también para los servicios de cuidado de salud. (8), (9), (10)

La ISQ tiene una prevalencia global del 5 - 10%, la cual varía según el tipo de herida quirúrgica realizada como indica López Tagle (11). La Cirugía de cadera es una cirugía limpia y el riesgo de infección sin profilaxis antibiótica asciende hasta el 5% de los casos. No obstante, la ISQ tras Cirugía de cadera puede comprender al plano superficial y/o al plano profundo, definiéndose según la CDC (12) como una Infección Incisional Superficial si ocurre dentro de los primeros 30 días postoperatorio abarcando únicamente piel y tejido celular subcutáneo de la incisión, o una Infección Incisional Profunda, si ocurre hasta el año postoperatorio, puesto que existe implante protésico relacionado, abarcando tejidos blandos profundos como fascia y músculos. Sin embargo, la incidencia de ISQ tras Cirugía de Cadera varía según el tipo de fijación usada, siendo entre un 0.2% a 0.8% luego de una artroplastia total (13); de un 1,3% luego de una hemiartroplastia (14), (15); y se acepta la incidencia similar a las cirugías limpias para la RAFI. El principal agente causal en este tipo de heridas quirúrgicas limpias es el *Staphylococcus aureus*, hallándose hasta en el 39% de las ISQ profundas microbiológicamente confirmadas, como reporta el estudio de Pratteringová J. (16).

La Infección del Sitio Quirúrgico (ISQ) no solo es objeto de prevención postoperatoria, sino también de prevención preoperatoria y perioperatoria, y su aparición está en relación a factores asociados que favorecen la colonización de microorganismos dentro de la herida quirúrgica. Estos factores pueden clasificarse ( 17 ), ( 18 ); como aquellos derivados de las características generales del paciente, como aquellos derivados de las comorbilidades y como aquellos derivados del acto quirúrgico. Entre los factores asociados con el paciente encontramos a la Edad, Sexo, Índice de Masa Corporal y al Tabaquismo ( 19 ), ( 20 ). Con respecto a los factores derivados del paciente, según varios estudios como los de Ji C ( 21 ), Ren M. ( 22 ) y Ma T ( 23 ), ( 24 ), podemos decir que los pacientes con Diabetes Mellitus, Desnutrición, Anemia, Artritis Reumatoide, Artrosis, Enfermedad Renal Crónica, Antibiótico Profilaxis de Segunda Línea, el tipo de Fractura, el tratamiento con Corticoesteroides y la Infección concomitante, han sido estudiados como más susceptibles a desarrollar una ISQ luego de la cirugía de cadera. Por último, entre los factores que se asocian con el acto quirúrgico, encontramos que el retraso operatorio, el tipo de fijación quirúrgica, el tiempo operatorio, el número de transfusiones sanguíneas, el uso de drenaje Hemovac y la estancia postoperatoria han mostrado relevancia en la aparición de infección ( 25 ), ( 26 ).

La investigación sobre la ISQ y sus factores de riesgo asociados permiten no solo determinar su participación dentro del desarrollo de esta complicación infecciosa, sino que también permiten elaborar y establecer estrategias de intervención que contribuyan a disminuir tanto incidencia como prevalencia de esta entidad dentro de los servicios de Traumatología y Ortopedia. Es por ello que el objetivo de este estudio es precisar si los factores estudiados están o no asociados a ISQ y a partir de ello, elaborar un modelo predictivo para ISQ en pacientes postoperados de fractura de cadera, permitiendo así manejar esta complicación con un mayor nivel científico y de calidad asistencial desde el punto de vista social, económico y humano ( 27 ), ( 28 ).

## MATERIALES Y MÉTODOS

El diseño del estudio fue observacional, retrospectivo y transversal. La población fueron pacientes con intervención quirúrgica terapéutica tras el diagnóstico de Fractura de Cadera en el Hospital Regional de Ica, desde el 2015 al 2021. Se estudiaron 122 pacientes, pero solo 46 cumplieron con los criterios de inclusión. Estos fueron pacientes adultos mayores de ambos sexos con edad mayor igual a 50 años, con diagnóstico de Fractura de cadera tratados quirúrgicamente con osteosíntesis , artroplastia o enclavado endomedular, que cuenten con seguimiento postoperatorio e historia clínica completa. Se utilizó todas las historias clínicas de aquellos pacientes que

hayan sido atendidos en el servicio de Traumatología y Ortopedia del Hospital Regional de Ica.

Se recogió los datos correspondientes con los objetivos del estudio en una hoja de recolección diseñada por el autor. Con la información recolectada se diseñó la base de datos requerida para el análisis correspondiente

Las variables presentes en las Historias Clínicas de los pacientes incluidos en este estudio fueron registradas en la hoja de recolección para luego ser almacenado en una base de datos utilizando el programa Excel. Posteriormente, se exportó al programa estadístico IBM SPSS STATISTICS v.27.0 para su respectivo procesamiento y análisis estadístico.

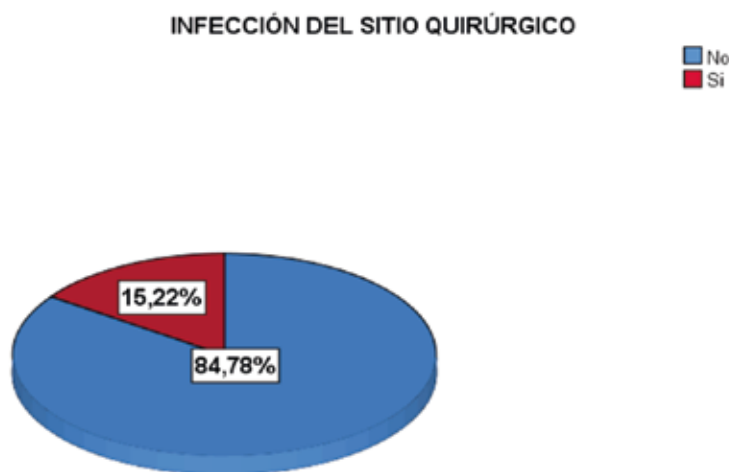
Para cada variable independiente en estudio se realizó un análisis univariable, las cuales se agruparon en tres categorías: Datos Demográficos, Antecedentes mórbidos y Factores relacionados con el Acto Quirúrgico. Se utilizó la prueba T Student para las variables cuantitativas, relacionando sus medias; y el Test exacto de Fisher o prueba  $\chi^2$  para aquellas variables cualitativas. Siendo significativa la asociación entre factores y evento estudiados, si arroja un valor de  $p < 0.05$ . Además, se utilizó la Regresión Logística para realizar el análisis multivariable de los factores, siendo significativa la asociación con un valor de  $p < 0.05$ .

## RESULTADOS

De los 46 pacientes estudiados, se encontraron 07 casos de ISO (15.2%) ( Ver Tabla 1 , Gráfico 1 ). Se obtuvo un 43.5 % ( 20 ) con tratamiento con osteosíntesis; un 34,8 % ( 16 ) con artroplastia total; un 19.6 % ( 09 ) con artroplastia parcial ; y un 2.2 % ( 01 ) con clavo endomedular ( Ver Tabla 2 , Gráfico 2 , Ver Tabla 3, G. En los antecedentes mórbidos, la desnutrición se encontró a la variable como factor asociado a ISO con un  $p = 0.006$  ( Ver Tabla 4 y Tabla 5 ). Esta variable obtuvo un OR de 1.231. De los factores perioperatorios, el índice de masa corporal ( IMC ) si es significativa en el índice de hemoglobina en la muestra analizada ( modelo de predicción en regresión logística ). Sin embargo , la edad ( con  $p = 0.200$  ), no es significativa para hemoglobina ( Ver Gráficos 4 y 5 ).

**Tabla 1.** Infección del sitio quirúrgico

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No	39	84,8	84,8	84,8
	Si	7	15,2	15,2	100
	Total	46	100	100	

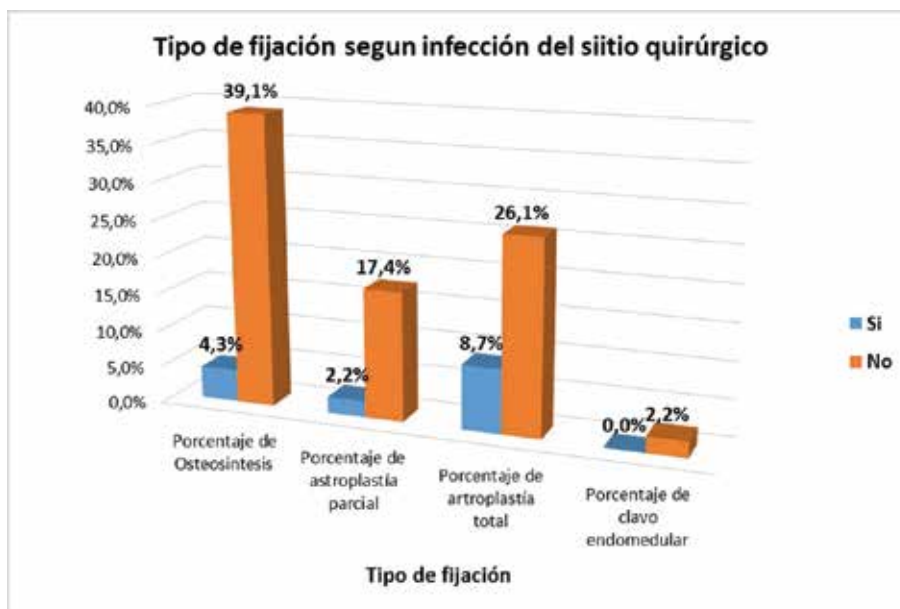


**Gráfico 2.** Infección del sitio quirúrgico

**Tabla 2.** Infección del sitio quirúrgico según tipo de fijación.

	Razón	Si	No	Total
<b>Osteosintesis</b>	Frecuencia	2	18	20
	Porcentaje	4,30%	39,10%	43,50%
<b>Astroplastía parcial</b>	Frecuencia	1	8	9
	Porcentaje	2,20%	17,40%	19,60%
<b>Artroplastía total</b>	Frecuencia	4	12	16
	Porcentaje	8,70%	26,10%	34,80%
<b>Clavo endomedular</b>	Frecuencia	0	1	1
	Porcentaje	0,00%	2,20%	2,20%
<b>Total</b>	Frecuencia	7	39	46
	Porcentaje	15,20%	84,80%	100,00%

Fuente: elaboración propia



**Gráfico 2.** Infección del sitio quirúrgico

**Tabla 3.** Infección del sitio quirúrgico según tipo de fractura.

	Razon	Si	No	Total
<b>Cabeza de femur</b>	Frecuencia	0	2	2
	Porcentaje	0,00%	4,30%	4,30%
<b>Cuello de femur</b>	Frecuencia	3	20	25
	Porcentaje	6,50%	43,50%	54,30%
<b>Petrocanterea</b>	Frecuencia	1	13	14
	Porcentaje	2,20%	28,30%	30,40%
<b>Subtrocanterea</b>	Frecuencia	1	4	5
	Porcentaje	2,20%	8,70%	10,90%
<b>Total</b>	Frecuencia	7	39	46
	Porcentaje	15,20%	84,80%	100,00%

Fuente: elaboración propia



**Grafico 3.** Infección del sitio quirúrgico según tipo de fractura

Análisis univariado

**Tabla 4.** Características generales de los pacientes con intervención quirúrgica terapéutica tras el diagnóstico de fractura de cadera atendido en el Hospital regional de Ica, desde el 2015 al 2021, mayores a los 50 años.

Variables	Infección del sitio quirúrgico			Valor P (sig,)
	Si	No	Total	
Edad	67.00 ± 4.665	74.08 ± 2.033	70.54 ± 4,3655	0.200*
Sexo (M/F)	02-jul	may-46	jul-46	0.598++
<sup>a</sup> IMC	28.204 ± 1.749	25.124 ± 1.224	26,912 ± 1,485	0.514*
Tabaquismo (Si/No)	jul-14	jul-46	14/46	0.544**

\*T student; \*\*Test exacto de Fisher o X2

**Fuente:** elaboración propia

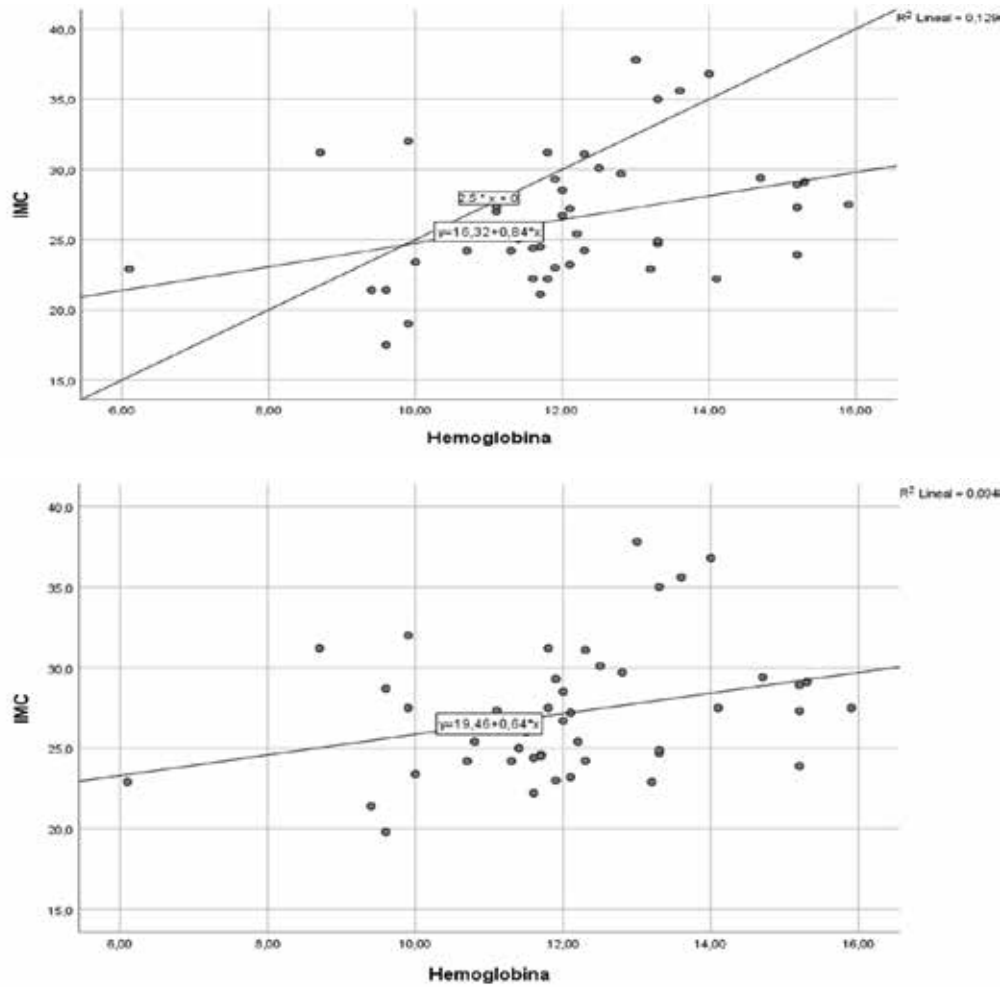
<sup>a</sup>Índice de Masa Corporal

Análisis univariado

**Tabla 5.** Análisis multivariado de factores asociados a intervención quirúrgica terapéutica tras el diagnóstico de fractura de cadera atendido en el Hospital regional de Ica, desde el 2015 al 2021, mayores a los 50 años+.

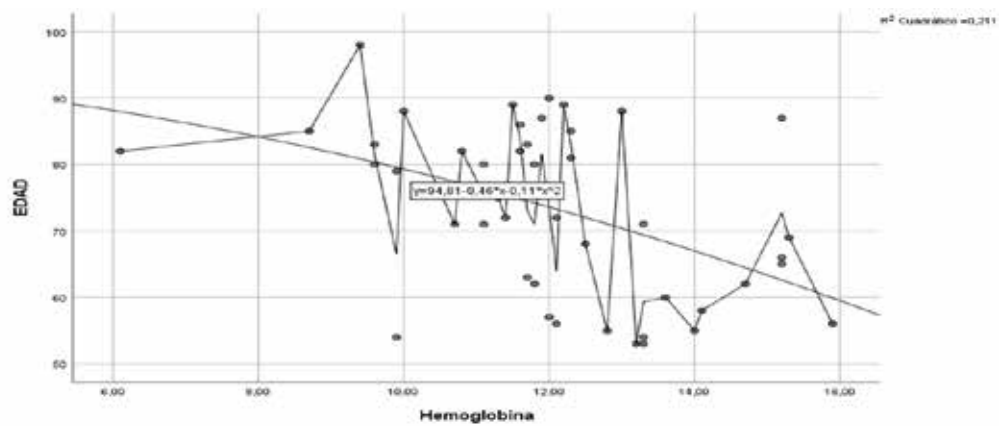
Modelo		Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	ORa	Sig. p	Estadísticas de colinealidad – 95%	
		B	Desv. Error	Beta			Tolerancia	VIF
1	(Intercepto)	1,85	0,058		21,862	0		
	HEMOVAC	-0,017	0,161	-0,016	0,104	0,918	1	1
2	(Intercepto)	1,885	0,061		27,739	0		
	HEMOVAC	-0,027	0,156	-0,025	0,23	0,866	0,984	1,016
	DESNUTRICION	-0,763	0,399	-0,31	1,231	0,006	0,803	1,246
	CORTICOTERAP	-0,121	0,187	-0,105	0,667	0,521	0,8	1,251
	DIABETES	-0,027	0,156	-0,025	0,22	0,866	0,984	1,016

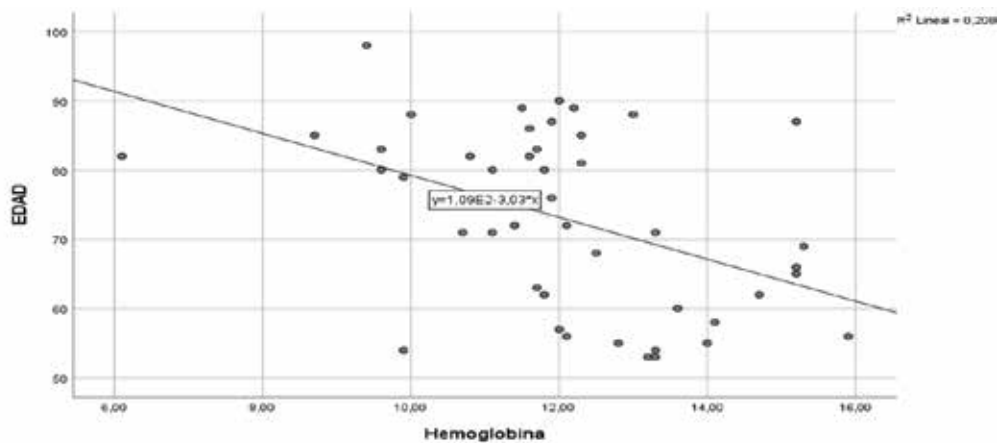
Regresión logística.  
Modelo de Predicción



**Grafico 4.** Análisis multivariado de índice de masa corporal por nivel de hemoglobina en intervención quirúrgica terapéutica tras el diagnóstico de fractura de cadera atendido en el Hospital regional de Ica, desde el 2015 al 2021, mayores a los 50 años+

Área bajo la curva: 0,094 (siendo significativa), LO CUAL ESTABLECE QUE EL IMC SI ES SIGNIFICANTE EN EL ÍNDICE DE HEMOGLOBINA EN LA MUESTRA ANALIZADA





**Gráfico 5:** análisis multivariado de edad por nivel de hemoglobina en intervención quirúrgica terapéutica tras el diagnóstico de fractura de cadera atendido en el hospital regional de ica, desde el 2015 al 2021, mayores a los 50 años+

Área bajo la curva: 0,208 (no significativa), LO QUE SIGNIFICARÍA QUE LA EDAD NO ES SIGNIFICANTE EN EL ÍNDICE DE HEMOGLOBINA EN ESTA MUESTRA

### CONCLUSIÓN

Este hallazgo, en el que la desnutrición es el factor estadísticamente significativo (  $p = 0.006$  ), causante de las ISQ ( infecciones del sitio quirúrgico ) , en el hospital regional de ica; difiere a los de otros hospitales, en los que los factores asociados con el paciente como la Edad, Sexo, Índice de Masa Corporal y al Tabaquismo ( 19 ), ( 20 ); y los factores derivados del paciente, como los de Ji C ( 21 ), Ren M. ( 22 ) y Ma T ( 23 ), ( 24 ) son los causantes de la ISQ. Así también factores como Diabetes Mellitus, Anemia, Artritis Reumatoide, Artrosis, Enfermedad Renal Crónica, Antibiótico Profilaxis de Segunda Línea, el tipo de Fractura, el tratamiento con Corticoesteroides y la Infección concomitante, han sido reporta como más susceptibles a desarrollar una ISQ luego de la cirugía de cadera. Difiere también a los factores que se asocian con el acto quirúrgico, como el retraso operatorio, el tipo de fijación quirúrgica, el tiempo operatorio, el número de transfusiones sanguíneas, el uso de drenaje Hemovac y la estancia postoperatoria en la aparición de infección ( 25 ), ( 26 ).

En resumen ,la incidencia de ISO fue de 15.2% en cirugía de fractura de cadera; la desnutrición fue el factor asociado a ISO, y la anemia ( valor de la hemoglobina ), tiene una potencia de predicción para ISO en cirugía de fractura de cadera en el adulto mayor. Se realiza un modelo de proyección.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Negrete-Corona J, Alvarado-Soriano JC, Reyes-Santiago LA. (2014) Fractura de cadera como factor de riesgo en la mortalidad en pacientes mayores de 65 años. Estudio de casos y controles. Acta Ortopédica mexicana.
- Palomino Lourdes, Ramírez Rubén, Vejarano Julio, Ticse Ray. (2016) Fractura de cadera en el adulto mayor: la epidemia ignorada en el Perú. Acta méd. Peruana.
- Mears, Simon C., and Stephen L. Kates. (2015) "A Guide to Improving the Care of Patients with Fragility Fractures, Edition 2." Geriatric Orthopaedic Surgery & Rehabilitation,
- Izaguirre A, Delgado I, Mateo-Troncoso C, Sánchez-Nuncio HR, Sánchez-Márquez W, Luque-Ramos A. (2018). Rehabilitación de las fracturas de cadera. Revisión sistemática. Acta Ortopédica Mexicana.
- Turesson E, Ivarsson K, Thorngren K-G, Hommel A. (2018) Hip fractures - Treatment and functional outcome. The development over 25 years. Injry.
- Bhandari M, Swionkowski M. (2017) Management of Acute Hip Fracture. New England Journal of Medicine
- Barrios-Moyano A, Contreras-Mendoza EG. (2018) Frecuencia de complicaciones en pacientes mayores de 60 años con fractura de cadera. Acta Ortopédica mexicana
- Novoa-Parra CD, Hurtado-Cerezo J, Morales-Rodríguez J, Sanjuan-Cerveró R, Rodrigo-Pérez JL, Lizaur-Utrilla A. (2019) Factors predicting one-year mortality of patients over 80 years operated after femoral neck fracture. Revista Española De Cirugía Ortopédica Y Traumatología
- Guren E, Figved W, Frihagen F, Watne LO, Westberg M. (2017) Prosthetic joint infection-a devastating complication of hemiarthroplasty for hip fracture. Acta Orthopaedica
- Mok WQ, Ullal MJ, Su S, Yiap PL, Yu LH, Lim SMM, et al. (2019) An integrative care bundle to prevent surgical site infections among surgical hip patients: A retrospective cohort study. American Journal Of Infection Control
- López Tagle Daimilé, Hernández Ferrer María, Saldívar Arias Tamara, Sotolongo Hernández Teresa, Valdés Dupeyrón Osvaldo. (2007) Infección de la herida quirúrgica: Aspectos epidemiológicos. Rev Cub Med Mil
- Santalla A, López-Criado MS, Ruiz MD, Fernández-Parra J, Gallo JL, Montoya. (2007) Infección de la herida quirúrgica. Prevención y tratamiento. Clin Invest Gin Obst.
- Surveillance atlas of infectious diseases. European Center for Disease Control website. <https://ecdc.europa.eu/en/surveillance-atlas-infectiousdiseases>. Published 2018.
- Calderwood MS, Ma A, Khan YM, et al. (2012) Use of Medicare diagnosis and procedure codes to improve detection of surgical site infections following hip arthroplasty, knee arthroplasty, and vascular surgery. Infect Control Hosp Epidemiol.
- Rogmark C, Fenstad AM, Leonardsson O, et al. (2014) Posterior approach and uncemented stems increases the risk of reoperation after hemiarthroplasties in elderly hip fracture patients. Acta Orthop.
- Prattingerová J, Sarvikivi E, Huotari K, Ollgren J, Lyytikäinen O. (2019) Surgical site infections following hip and knee arthroplastic surgery: Trends and risk factors of Staphylococcus aureus infections. Infection Control And Hospital Epidemiology
- Vargas Morales, Renán & Ruiz Lo, Isabel & Caballero, Jose. (2016). Análisis multivariado de los factores de riesgo asociados a infección de sitio operatorio tras artroplastia total de rodilla. Hampi Runa. Perú
- González , Judith Cabrera, Viera , Osvaldo Barrios, Arencibia FB, Pérez OÁ. (2015) Caracterización de pacientes sometidos a cirugía ortopédica con infección del sitio quirúrgico. Revista de Ciencias Médicas de La Habana
- Noailles T, Brulefert K, Chalopin A, Longis PM, Gouin F. (2016) What are the risk factors for post-operative infection after hip hemiarthroplasty? Systematic review of literature. International Orthopaedics
- Maria Barbero J, Montero E, Vallés A, Ángel Plasencia M, Romanyk J, López J. (2016) Infección de prótesis articular en el paciente con fractura de cadera. Diferencias frente a la infección de prótesis electiva. Revista Española de Quimioterapia
- Ji C, Zhu Y, Liu S, Li J, Zhang F, Chen W, et al. (2019) Incidence and risk of surgical site infection after adult femoral neck fractures treated by surgery: A retrospective case-control study. Medicine
- Ren M, Liang W, Wu Z, Zhao H, Wang J. (2019) Risk factors of surgical site infection in geriatric orthopedic surgery: A retrospective multicenter cohort study. Geriatrics & Gerontology International.
- Ma T, Lu K, Song L, Wang D, Ning S, Chen Z, et al. (2019) Modifiable Factors as Current Smoking, Hypoalbumin, and Elevated Fasting Blood Glucose Level Increased the SSI Risk Following Elderly Hip Fracture Surgery. Journal Of Investigative Surgery: The Official Journal Of The Academy Of Surgical Research
- Folbert EC, Hegeman JH, Gierveld R, van Netten JJ, Velde D van der, Ten Duis HJ, et al. (2017) Complications during hospitalization and risk factors in elderly patients with hip fracture following integrated orthogeriatric treatment. Archives Of Orthopaedic And Trauma Surgery
- Hinde YR, Pennington R, Nott ML. (2017) Time to surgery for hip fracture patients in a rural orthopaedic referral hospital. The Australian Journal Of Rural Health
- Aggarwal A, Harris IA, Naylor JM. (2016) Patient preferences for emergency or planned hip fracture surgery: a cross-sectional study. Journal Of Orthopaedic Surgery And Research
- Rai SK, Varma R, Wani SS. (2018) Does time of surgery and complication have any correlation in the management of hip fracture in elderly and can early surgery affect the outcome? European Journal Of Orthopaedic Surgery & Traumatology: Orthopedie Traumatologie
- KDIGO 2012 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease. Kidney Suppl 2013





# Prevalencia de pediculosis capitis en escolares de primaria en una institución educativa pública de Comas

Prevalence of pediculosis capitis in elementary school children in a public educational institution in Comas

Candia-Sulca Elena<sup>2,a</sup>, Lizarme-Navarro Thiara<sup>1,b</sup>, Saldaña-Tello Ruth<sup>1,b</sup>, Rufino-Mendoza Thalía<sup>1,b</sup>, Rodríguez-Gallardo Milagros<sup>1,b</sup>, Torres-Luque Elizabeth<sup>1,b</sup>.

1. Facultad de Medicina Humana, Universidad Privada San Juan Bautista. Lima, Perú.
  2. Facultad de Ciencias Naturales y Matemática, Universidad Nacional Federico Villarreal. Lima, Perú.
- a. Licenciada en Biología.  
b. Estudiante de Medicina Humana.

DOI: <https://doi.org/10.35563/rmp.v12i1.516>

## Correspondencia:

Nombre: Elena Candia Sulca  
Dirección: Jr. Rebeca Oquendo N° 409. Urb. Garden City. Breña. Lima.  
Correo electrónico:  
helennecandia@hotmail.com,  
ecandia@imarpe.gob.pe  
Teléfono: +51 997 977 810

## Contribuciones de autoría:

ECS, TLN, RST, TRM, MRG y ETL participaron en la concepción, diseño y ejecución de la investigación; ECS realizó la redacción del artículo y TLN, RST, TRM, MRG y ETL realizaron la revisión crítica de la versión final del artículo y la aprobación del mismo.

**Conflicto de intereses:** no existen conflictos de intereses del autor o autores de orden económico, institucional, laboral o personal.

## Financiamiento:

Autofinanciado.

## Cómo citar:

Candia-Sulca Elena, Lizarme-Navarro Thiara, Saldaña-Tello Ruth, Rufino-Mendoza Thalía, Rodríguez-Gallardo Milagros, Torres-Luque Elizabeth. Prevalencia de pediculosis capitis en escolares de primaria en una institución educativa pública de Comas. Rev méd panacea 2022;12(1):12-16. DOI: <https://doi.org/10.35563/rmp.v12i1.516>

**Recibido:** 24 - 01 - 2023  
**Aceptado:** 08 - 02 - 2023  
**Publicado:** 12 - 04 - 2023

## RESUMEN

**Objetivo:** Determinar la prevalencia de *P. humanus* var. *capitis* en escolares de primaria de una Institución Educativa Pública de Comas (Lima Metropolitana). **Material y método:** La investigación se realizó auscultando a 61 escolares entre niños y niñas del nivel primaria de una Institución Educativa, para ello cada escolar fue llevado a un ambiente separado del aula de clases y se les revisó la cabeza, especialmente la zona retroauricular, los piojos en estadios adultos, ninfas o huevos fueron recogidos y depositados en viales de vidrio con alcohol a 70° y rotulados con un código para identificar a cada estudiante. Las muestras colectadas fueron transportadas al laboratorio donde fueron observados a través del estereoscopio para confirmar la infección con el parásito. **Resultados:** De los escolares examinados 20 dieron positivos a ésta infección, lo que equivale a una prevalencia de 32,8% y del análisis inferencial se obtuvo un Chi-cuadrado = 25,25 con un p-valor = 0,000 < 0,05, con lo que se determinó que existe relación entre la infección con piojos y el sexo de los escolares. **Conclusiones:** La prevalencia de infección por piojos es alta en población escolar del nivel primaria en las zonas urbanas periféricas de la ciudad de Lima y puede acrecentarse en las provincias de nuestro país, además, la pediculosis capitis tiene relación significativa con el sexo de los escolares, siendo el sexo femenino la población vulnerable para esta infección, debido a que las mujeres llevan el cabello largo lo que facilitaría la infección.

**Palabras clave:** Piojos de la cabeza; prevalencia; escolares.

## ABSTRACT

**Objective:** To determine the prevalence of *P. humanus* var. *capitis* in primary school children of a public educational institution in Comas (Metropolitan Lima). **Material and Method:** The research was carried out by auscultating 61 primary school boys and girls of an educational institution. Each student was taken to an environment separate from the classroom and their heads were checked, especially the retroauricular area, the lice in adult stages, nymphs or eggs were collected and deposited in glass vials with alcohol at 70° and labeled with a code to identify each student. The collected samples were transported to laboratory where they were observed through a stereoscope to confirm infection with the parasite. **Results:** Of the schoolchildren examined 20 were positive for this infection, which is equivalent to a prevalence of 32,8% and from the inferential analysis a Chi-square = 25,25 with a p-value = 0,000 < 0,05 was obtained, thus determining that there is a relationship between infection with head lice and the sex of the schoolchildren. **Conclusions:** The prevalence of head lice infection is high in the primary school population in the peripheral urban areas of the city of Lima and may increase in the provinces of our country, in addition, pediculosis capitis has a significant relationship with the sex of the schoolchildren, being the female sex the vulnerable population for this infection, due to the fact that women wear their hair long which would facilitate infection.

**Keywords:** Head lice; prevalence; schoolchild.



## INTRODUCCIÓN

*Pediculus humanus var. capitis* comúnmente conocido como piojo de la cabeza, es un insecto parasítico chupa sangre estricto, especializado para infestar la cabeza tanto de hombres como de mujeres, con mayor predilección por este último y en sus etapas infantiles, y que gracias a los garfios de sus patas se aferra a las hebras de la cabellera donde prospera hábilmente (1,2). Presenta metamorfosis incompleta, con huevos que pegan a pocos milímetros de la raíz del cabello, de los cuales emergen ninfas hematófagas que se alimentan por 2 a 3 semanas hasta convertirse en adultos y así completan su ciclo biológico (1). Este ectoparásito es conocido desde tiempos remotos donde prosperó debido al hacinamiento, bajos recursos económicos y por la falta de conocimiento de su biología, pero hoy en día a pesar del avance de la ciencia y mejoras de los estándares en la calidad de vida del ser humano, está parasitosis aún es prevalente a nivel mundial, tanto en países desarrollados como en aquellos en vía de desarrollo, en estos últimos, debido al desconocimiento del daño que provocan, la pobreza y el hacinamiento, pueden llegar a producir infestaciones que pueden ser concebidas por quienes la padecen como un castigo de proporciones bíblicas (3-7).

La importancia de esta parasitosis radica en la inflamación dermatológica provocada en el huésped, conocido como pediculosis, el cual se desata por la reacción alérgica del huésped a la saliva del bicho, cuando este se alimenta, lo que puede provocar y dependiendo del grado de infestación, desde una simple comezón, fatiga mental y lesiones leves, hasta estados de irritabilidad, dificultad para dormir, deserción escolar, infecciones secundarias graves, anemia y graves lesiones en la zona de la cabeza, especialmente en la nuca, la zona occipital y retroauricular (8,9). El modo de transmisión más probable es el contacto directo cabeza con cabeza y el menos probable es compartir prendas de vestir. Por lo señalado, *P. humanus var. capitis* es de importancia sanitaria por el daño que pueden provocar y por su capacidad de infestación, especialmente en la población pre-escolar y escolar de 3 a 13 años de edad aproximadamente. Sin embargo, como el parásito no es exclusivo a este grupo etéreo, cuando un niño es diagnosticado con piojos se debe evaluar a toda la familia (5-7,10).

No existen cifras exactas del número de personas que a nivel mundial adquieren diariamente este parásito, pero se calcula que anualmente de 6 a 12 millones de niños pueden estar contagiándose solo en los Estados Unidos de Norteamérica (10), mientras en España se estima una prevalencia entre el 5% al 15% en escolares (2). Estudios a nivel internacional han reportado infecciones con este parásito, podemos citar a: Valle et al. (2020) quienes mediante cuestionarios previamente validados evaluaron una muestra de 720 estudiantes entre niños y niñas de las escuelas primarias de cuatro municipios de Guadalajara (México), donde se determinó una prevalencia total de pediculosis de 7,55% en niñas y 1,72% en niños, siendo Zapopan la zona de con mayor número de casos de pediculosis, con 34 infecciones y mayor prevalencia (14,63% en niñas y 2,04% en niños), mientras que Guadalajara fue la zona con menor prevalencia (7,55% en niñas y de 1,72% en niños); Así mismo, Obaid (2018) estableció una prevalencia de pediculosis del 14,2% a partir de 1 791 escolares evaluados directamente entre hombres (3,2%) y mujeres (23,6%) de cinco escuelas de la provincia de Kirkut (Irak); Por otro lado, Molina-Garza & Galaviz-Silva (2017) determinaron una prevalencia de 28% de esta infección, en una población de 840 estudiantes de nivel primaria, entre niños de 6 a 12 años de edad, en escuelas públicas de seis municipios metropolitanos ubicados en el estado de Nuevo León (México), se observó además que la prevalencia fue mayor en niñas (33,7%) con respecto a niños (22,3%); En otro contexto, Valle-Barbosa et al. (2017) empleando cuestionarios previamente validados, determinaron una prevalencia de pediculosis de 4,87% en una muestra de 451 estudiantes de tres escuelas primarias de Zapopan (México), con los que además se pudo determinar que el 58,9% aseguraron haber padecido alguna vez esta infección, siendo las niñas las que mayor prevalencia reportaron; Por otro lado, Moemenbellah-Fard et al. (2016) determinaron una prevalencia de pediculosis del 3,93% a partir de la examinación a 2 084 estudiantes entre 7 a 12 años edad, estudio realizado en 13 escuelas primarias para niñas de la ciudad de Lar (Irán); Motevalli-Haghi et al. (2014) en su estudio descriptivo, determinaron una prevalencia de infección con pediculosis de 1,8% (823) de los 45 237 estudiantes de nivel primaria evaluados en Mazandaran (Irán); También, De Villalobos et al. (2003) determinaron que el 40% de los escolares evaluados estaban infectados con piojos (21,63% en niñas y 17,67% en niños), de un total de 42 693 escolares y preescolares evaluados en la ciudad de La Plata en Buenos Aires (Argentina).

A nivel nacional, Martínez et al. (s. f.) evaluaron una población de 124 escolares del colegio N° 40631 del distrito de Paucarpata (Arequipa), determinando una prevalencia de 29,0% (36) de escolares infectados con piojos (26 niñas y 10 niños), estadísticamente se pudo probar que existía una relación de esta parasitosis con el sexo, con un Chi-cuadrado de 9,50 ; además, Leveau-Bartra et al. (2020) en su estudio realizado en una escuela primaria en Pachacútec (Ica) determinaron una prevalencia de 58,7% (108) escolares infectados con piojos (70 niñas y 38 niños) de una muestra de 184 estudiantes, estableciendo también significancia estadística entre la pediculosis con el sexo con un Chi-cuadrado de 15,35, siendo más prevalente en niñas. En este contexto y debido al escaso número de investigaciones realizadas en nuestro país sobre esta parasitosis, lo cual dificulta a las autoridades sanitarias, a los director(a)s de los colegios e incluso que los padres de familia, que puedan tomar medidas adecuadas no solo para combatir o controlar esta infección, sino para su prevención. Es por ello, que la presente investigación tuvo como objetivo general: Determinar la prevalencia de pediculosis capitis en escolares de primaria de una Institución Educativa Pública de Comas (Lima Metropolitana) y como objetivo específico: Determinar la relación entre la pediculosis y el sexo de los escolares de primaria de una Institución Educativa Pública de Comas (Lima Metropolitana).

## MATERIALES Y MÉTODOS

El estudio de tipo básico, pues buscó ampliar la información existente (17), diseño no experimental y corte transversal, pues nos limitamos a describir el suceso evaluado y la recolección de muestras e información, se tomaron en un tiempo predefinido (18), se realizó en la Institución Educativa (I.E.) N° 2085 San Agustín, ubicado en el Jirón Pumacahua S/N cuadra 3 del distrito de Comas,

provincia y departamento de Lima. Este centro de Educación Básica Regular (EBR) fue creado con R.D. Z. N. 01076 el 25 de abril de 1974, brinda servicios a estudiantes tanto del nivel primaria como secundaria (19), actualmente cuenta con adecuada infraestructura, canchas deportivas y servicios básicos como: agua potable, electricidad, teléfono e internet. Los estudiantes matriculados en el nivel primaria para el año 2017 fueron 698 estudiantes entre mujeres y hombres y su población está conformada básicamente por escolares que proceden de la zona (información proporcionada por el colegio). El Distrito de Comas cuenta con una superficie de 48,72 Km<sup>2</sup> y una densidad poblacional de aproximadamente 525 000 habitantes, se ubica en la Latitud Sur: 11°56'00" y la Longitud Oeste: 77°04'00" de Lima Metropolitana. En sus inicios el distrito se caracterizó principalmente por las invasiones de los terrenos, por migrantes de bajos recursos económicos, los que conformaron los barrios marginales, pueblos jóvenes y asentamientos humanos, los cuales carecían de servicios públicos básicos, como agua potable, desagüe y electricidad (20), actualmente el distrito está en crecimiento pero se puede observar aún carencias, especialmente en los barrios marginales.

La investigación se realizó el año 2017, durante los meses de setiembre a octubre, como parte de la proyección social que deben desarrollar los estudiantes de medicina humana de la Universidad Privada San Juan Bautista (UPSJB), para ello, a través de una carta remitida por la universidad, donde se resaltó el objetivo y alcance de la investigación, los estudiantes bajo la supervisión del docente encargado del curso de Parasitología Humana, tramitaron ante las autoridades de la I.E. el permiso correspondiente para realizar dicha investigación. Se accedió a una muestra por conveniencia pues solo se trabajó con los estudiantes del 5to grado de nivel primaria de las secciones A y D conformándose una muestra de 61 estudiantes de ambos sexos de dichas secciones (32 y 29 estudiantes respectivamente). Los padres de familia fueron convocados a una charla de sensibilización, a través de comunicados entregados a los estudiantes, la cual consistió en advertir a los padres de familia sobre las causas y los daños que provocan los piojos a los niños, además de brindar alcances generales sobre la prevención y eliminación de estos ectoparásitos, una vez resaltada la importancia de realizar estudios sobre esta parasitosis, se solicitó el consentimiento a los padres de familia para evaluar a los niños, con lo cual se dio inicio a la investigación, seguido se les entrevistó a través de una encuesta que recogió información sociodemográfica del núcleo familiar.

Se coordinó con los tutores de cada sección la fecha y hora para evaluar a cada estudiante de las secciones señaladas y estudiante por estudiante fueron llevados a un ambiente separado del aula de clase, donde se les revisó la cabeza, especialmente en la zona retroauricular y nuca, los piojos fueron recogidos y depositados en viales debidamente rotulados, se preservaron con alcohol de 70°, y se transportaron al laboratorio N° 1 sede Lima Norte de la UPSB para su confirmación. Cada muestra colectada fue colocada en placas petri debidamente rotulada y se observaron al estereoscopio, se consideraron como caso positivo a la confirmación de piojo en estado adulto o ninfa y huevo que contengan ninfas, los resultados fueron registrados en un cuaderno de trabajo y para el análisis estadístico se aplicó el Chi-cuadrado X<sup>2</sup> empleando el SPSS v. 25.

## RESULTADOS

De los 61 escolares examinados entre niños y niñas del 5° grado de primaria, 20 fueron positivos a la infección con *P. humanus* var. *capitis*, lo que equivale a una prevalencia de 32,8%, mientras que 41 (67,2%) escolares resultaron negativos a la infección con esta parasitosis.

En la tabla 1 se puede observar que al realizar la comparación de infección por piojos con el sexo de los escolares, está se conformó básicamente por el sexo femenino, con 20 escolares positivos a dicha infección, mientras que en el sexo masculino no se presentaron casos positivos para esta parasitosis (tabla 1). Del análisis inferencial (tabla 2) se pudo establecer que existe relación significativa entre la infección por pediculosis y el sexo de los escolares (Chi-cuadrado = 25,25; p-valor = 0,000 < 0,05).

**Tabla 1.** Prevalencia de pediculosis en escolares de primaria de una I.E. 2085

		Frecuencia				Total	
		Sin pediculus		Con pediculus		N	%
		N	%	N	%		
Sexo	Femenino	13	21,3	20	32,8	33	54,1
	Masculino	28	45,8	0	0	28	45,9
	Total	41	67,2	20	32,8	61	100

**Tabla 2.** Relación entre la pediculosis y el sexo de los escolares evaluados.

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	25,248 <sup>a</sup>	1	0
N de casos válidos	61		

## DISCUSIÓN

Nuestros resultados establecen una alta prevalencia de 32,8% en escolares del nivel primaria infectados con *P. humanus* var. *capitis*. Resultados concordantes con lo hallado por Martínez et al. (s. f.) quienes determinaron una prevalencia de 29,03% en escolares en Arequipa; por Molina-Garza & Galaviz-Silva (2017) que también determinaron una prevalencia de 28% en escolares en México; por De Villalobos et al. (2003) quienes determinaron una prevalencia del 40% en escolares en Argentina y por Leveau-Bartra et al. (2020) quienes determinaron una prevalencia de 58,7% en escolares en Ica, estos dos últimos autores reportaron prevalencias superiores al reportado en nuestro estudio pero esto reafirma que esta infección es prevalente en esta población y incluso podemos señalar que la prevalencia aumenta en zonas rurales o en las provincias de nuestro país como lo mostrado por Leveau-Bartra et al. (2020). Otros resultados como los de Valle et al. (2020); Obaid (2018); Valle-Barbosa et al. (2017); Moemenbellah-Fard et al. (2016) y Motevalli-Haghi et al. (2014), también determinaron prevalencia de pediculosis en escolares de nivel primaria pero con una tasa relativamente baja de 14,2% en Irak a 1,8% en Irán.

Además con nuestra investigación se pudo establecer que existe relación significativa entre la pediculosis y el sexo de los evaluados, siendo las niñas las que muestran una mayor ocurrencia con esta infección. Estos resultados son concordantes con todos los antecedentes citados en la presente investigación, los cuales determinaron prevalencia superiores en niñas respecto a los niños. Esto puede deberse a la condición de las niñas de llevar la cabellera larga, siendo este un factor que puede dificultar la erradicación de los piojos una vez que invaden la cabellera. Además, los niños pueden eliminar fácilmente a los piojos cuando se encuentran infectados, por el hecho de llevar cabello corto, y pudo ser este el factor por el cual ningún niño evaluado en el presente estudio haya estado infectado.

## CONCLUSIONES

La prevalencia de la infección por *P. humanus* var. *capitis* en escolares de nivel primaria de una Institución Educativa Pública de Comas fue de índice alto en los escolares evaluados de una zona urbana periférica de la ciudad de Lima y esta condición puede acrecentarse en las provincias de nuestro país.

Existe relación significativa ( $p$ -valor = 0.000) entre la pediculosis y el sexo de los escolares infectados, siendo el sexo femenino la población más vulnerable con esta infección, evidenciado en la presente investigación que solo las mujeres presentaron infección con este parásito, debido a que son las mujeres las que llevan el cabello largo, lo cual facilitaría la proliferación de estos ectoparásitos especializados en infestar la cabellera del ser humano.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Mendo Rubio M. Parasitología médica. Primera. Lima; 2002. 1-279 p.
- Prieto M. Plan de prevención y control de la pediculosis en Navarra. Plan «Cabezas Despejadas» [Internet]. [Navarra]: Universidad Pública de Navarra; 2015 [citado 14 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://core.ac.uk/download/pdf/33748022.pdf>
- Valle-Barbosa MA, Muñoz-de la Torre A, González-Pérez Guillermo Julián, Flores-Villavicencio ME, Vega-López MG. Prevalencia y recidiva de pediculosis en tres escuelas primarias públicas de Zapopan, Jalisco, durante el Ciclo Escolar 2015-2016. *Salud y Adm*. 2017;4(10):9-15.
- Valle MA, Muñoz A, Vega MG, Flores ME, Robles R. La pediculosis capitis en escolares y el índice de marginalidad de la zona metropolitana de Guadalajara, México. *Univ Médica* [Internet]. 2020 [citado 5 de septiembre de 2021];61(3):1-8. Disponible en: <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/vnimedica/artic/view/27506>
- Moshki M, Zamani-Alavijeh F, Mojadam M. Efficacy of peer education for adopting preventive behaviors against head lice infestation in female elementary school students: A randomised controlled trial. *PLoS One*. 1 de enero de 2017;12(1):1-12.
- Mumcuoglu KY, Gilead L, Ingber A. New insights in pediculosis and scabies. *Expert Rev Dermatol*. 2009;4(3):285-302.
- Pontius DJ. Demystifying pediculosis: School nurses taking the lead. *Pediatr Nurs*. 2014;40(5):226-35.
- Chang P, Solares A. Pediculosis. *Dermatología Rev Mex*. 2013;57(6):485-90.
- Obaid HM. Home remedies for *Pediculus humanus capitis* infection among schoolchildren. *Our Dermatology Online*. 2018;9(2):131-6.
- Centro para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC). Hoja informativa ¿Qué son los piojos de la cabeza? [Internet]. 2016 [citado 23 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/parasites/lice/head/es/informativa/informativa.html>
- Molina-Garza ZJ, Galaviz-Silva L. *Pediculus capitis* en niños de escuelas de la zona urbana de Nuevo León, México y análisis de factores asociados. *Biomedica*. 2017;37(3):333-40.
- Moemenbellah-Fard MD, Nasiri Z, Azizi K, Fakoorziba MR. Head lice treatment with two interventions: Pediculosis capitis profile in female schoolchildren of a rural setting in the south of Iran. *Ann Trop Med Public Heal*. 1 de julio de 2016;9(4):245-50.
- Motevalli-Haghi S, Rafinejad J, Hosseini M, Yazdani-Charati J, Parsi B. Prevalence pediculosis and associated risk factors in primary-school children of Mazandaran Province, Iran, 2012-2013. *J Maz Univ Med Sci* [Internet]. 2014 [citado 15 de agosto de 2022];23(110):82-91. Disponible en: <http://jmums.mazums.ac.ir/article-1-3402-en.html>
- De Villalobos C, Ranalletta M, Sarandón R, González A. La pediculosis de ayer y hoy. Un estudio epidemiológico sobre la infestación de *Pediculus capitis* en niños de La Plata, Buenos Aires, Argentina. *Entomol Vect*. 2003;10(4):567-77.
- Martínez E, Delgado M, Liu M. Prevalencia y factores condicionantes de la pediculosis capitis en escolares de Arequipa. [citado 5 de septiembre de 2021];65-7. Disponible en: [https://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/parasitologia/v11\\_n1/pdf/a17v11n1.pdf](https://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/parasitologia/v11_n1/pdf/a17v11n1.pdf)
- Leveau-Bartra H, Ausejo-Galarza J, Córdova-Tello J, Córdova-Tello J, Chavez-Navarro J, Geng-Olaechea L. Pediculosis asociada a variables socio-nutricionales en los alumnos del 1o y 2o de primaria de la Escuela 22318 Pampa Tate en Pachacútec, Ica - Octubre 2019. *Rev Médica Panacea* [Internet]. 2020 [citado 14 de abril de 2022];9(2):108-12. Disponible en: Pediculosis asociada a variables socio-nutricionales en los alumnos del 1o y 2o de primaria de la escuela 22318 Pampa Tate en Pachacútec, Ica - Octubre 2019
- OECD/Eurostat. Oslo Manual 2018: Guidelines for Collecting, Reporting and Using Data on Innovation, The Measurement of Scientific, Technological and Innovation Activities [Internet]. 4th ed. Paris/Eurostat, Luxembourg: OECD; 2018. (The Measurement of Scientific, Technological and Innovation Activities). Disponible en: [https://www.oecd-ilibrary.org/science-and-technology/oslo-manual-2018\\_9789264304604-en](https://www.oecd-ilibrary.org/science-and-technology/oslo-manual-2018_9789264304604-en)
- Hernández R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la Investigación. 6ta Ed. México: McGraw-Hill Interamericana Editores; 2014. 1-634 p.
- I.E. 2085 San Agustín [Internet]. [citado 9 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://www.2085sanagustin.edu.pe/inicio>
- Municipalidad Distrital de Comas [Internet]. [citado 11 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://www.municomas.gob.pe/>





# Autopercepción de la calidad de vida y valoración de la fragilidad del adulto mayor provincia de Huancasancos Departamento Ayacucho – Perú, año 2021

Self-perception of the quality of life and assessment of frailty in older adults in the province of Huanca Sancos, Department of Ayacucho - Peru, year 2021

Oscoco-Torres Olinda<sup>1</sup>, Sauñe-Oscoco Wilson<sup>2</sup>, Coronado-Yarihuaman Ybhet<sup>3</sup>, Espinoza-Almora Marita<sup>4</sup>, Espino-Moquillaza Paola<sup>5</sup>, Bendezú-Sarcines Carmen Emilia<sup>6</sup>.

- Licenciada en enfermería del Hospital Santa María del Socorro de Ica Perú. Docente de la Universidad Privada San Juan Bautista - Filial Ica, Perú. <https://orcid.org/orcid=0000-0001-8525-6846>
- Licenciada en enfermería del Hospital Santa María del Socorro de Ica Perú. Docente de la Universidad Privada San Juan Bautista - Filial Ica, Perú. <https://orcid.org/0000-0003-1802-4927>
- Licenciada en enfermería. Universidad Privada San Juan Bautista
- Licenciada en enfermería del Hospital Augusto Hernández Mendoza. Docente de la Universidad Privada San Juan Bautista - Filial Ica, Perú. <https://orcid.org/0009-0006-1508-4915>
- Estudiante de Enfermería. Universidad Privada San Juan Bautista Filial Ica. <https://orcid.org/0000-0001-8767-7900>
- Licenciada en enfermería del Hospital Regional de Ica Perú. Docente de la Universidad Privada San Juan Bautista-Filial Ica, Perú. <http://orcid.org/0000-0002-9901-8459>

DOI: <https://doi.org/10.35563/rmp.v12i1.517>

## RESUMEN

**Objetivo:** Determinar la autopercepción de la calidad de vida y valoración de la fragilidad del adulto mayor, Provincia de Huanca Sancos Departamento Ayacucho año 2021. **Material y método:** Se ejecutó un estudio no experimental, cuantitativo, descriptivo y de corte transversal, con una muestra constituida por 77 adultos mayores. Se utilizó como técnica la encuesta, como instrumentos el Cuestionario FUMAT y la escala FRAIL, se aplicaron medidas de tendencia central, uso de frecuencias y análisis porcentual. **Resultados:** Se encuestó a 77 adultos mayores, la mayoría de 69 a 79 años (n= 42; 55%), con predominio del sexo femenino (n=53; 69%), casados (n=48; 62%), con instrucción primaria (n=48; 62%), tienen hijos (n=70; 91%), actualmente viven solos y sin ocupación (n=42; 55%). Respecto a la calidad de vida es regular en las dimensiones: bienestar emocional (n=38; 49%), relaciones interpersonales (n=40; 52%), bienestar material (n=42; 55%), inclusión social (n=38; 49%), derechos (n=34; 44%) y según consolidado global es regular (n=45; 58%), alta (n=20; 26%) y baja (n=12; 16%). La fragilidad en los adultos mayores según la escala de Frail es de no frágil (n=46; 60%), pre frágil en (n=17; 22%) y frágil en (n=14; 18%). **Conclusiones:** La autopercepción de la calidad de vida es regular y la fragilidad es de estado no frágil del adulto mayor de la Provincia de Huanca Sancos Departamento Ayacucho.

**Palabras clave:** Autopercepción, calidad de vida, adulto mayor, (Fuente: DeCS BIREME).

## ABSTRACT

**Objective:** To determine the self-perception of the quality of life and assessment of the frailty of the elderly, Huancasancos Province, Ayacucho Department, year 2021. **Material and Method:** A non-experimental, quantitative, descriptive and cross-sectional study was carried out, with a sample made up of 77 older adults. The survey was used as a technique, as instruments the FUMAT Questionnaire and the FRAIL scale, measures of central tendency, use of frequencies and percentage analysis were applied. **Results:** 77 older adults were surveyed, the majority from 69 to 79 years old (n= 42; 55%), female predominance (n=53; 69%), married (n=48; 62%), with education primary school (n=48; 62%), have children (n=70; 91%), currently live alone and without occupation (n=42; 55%). The quality of life is regular in the following dimensions: emotional well-being (n=38; 49%), interpersonal relationships (n=40; 52%), material well-being (n=42; 55%), social inclusion (n=38; 49%), rights (n=34; 44%) and according to global consolidation it is regular (n=45; 58%), high (n=20; 26%) and low (n=12; 16%). Frailty according to the Frail scale in older adults is non-frail (n=46; 60%), pre-frail (n=17; 22%) and frail (n=14; 18%). **Conclusions:** The self-perception of the quality of life is regular and the frailty is of a non-frail state of the elderly in the Province of Huanca Sancos, Department of Ayacucho.

**Keywords:** Self-perception, quality of life, older adults, (Source: MeSH NLM).

## Correspondencia:

Nombre: Olinda Oscoco Torres  
Dirección: Residencial San Carlos J-25, Ica Perú.  
Correo electrónico:  
Olinda.oscco@upsjb.edu.pe  
Celular: 995020950

## Contribuciones de autoría:

OOT y CEBS: participaron en la elaboración del estudio, diseño metodológico, redacción, análisis, revisión, aprobación del manuscrito y en el análisis estadístico de datos.

WSO y MEA: participaron en la elaboración de la base de datos y en el análisis estadístico de datos.

YCY y PEM: participaron en la elaboración del estudio y recolección de datos.

**Conflicto de intereses:** no existen conflictos de intereses del autor o autores de orden económico, institucional, laboral o personal.

## Financiamiento:

Autofinanciado.

## Cómo citar:

Oscoco-Torres Olinda, Sauñe-Oscoco Wilson, Coronado-Yarihuaman Ybhet, Espinoza-Almora Marita, Espino-Moquillaza Paola, Bendezú-Sarcines Carmen Emilia. Autopercepción de la calidad de vida y valoración de la fragilidad del adulto mayor provincia de Huancasancos Departamento Ayacucho – Perú, año 2021. Rev méd panacea 2022;12(1):17-22. DOI: <https://doi.org/10.35563/rmp.v12i1.517>

Recibido:	24	-	01	-	2023
Aceptado:	08	-	02	-	2023
Publicado:	12	-	04	-	2023

## INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) (1), en sus estimaciones del 2018 menciona que hay 125 millones de personas mayores de 80 años. Para 2050, solo China tendrá la misma población de este grupo de edad (120 millones), y el 80% de los ancianos del mundo vivirán en países de ingresos bajos y medianos.

Para Galván (2), el concepto de calidad de vida según la OMS, dice que es la percepción que tiene un individuo de su existencia en el contexto de la cultura y el sistema de valores en el que vive, y en relación con sus metas, expectativas, normas y preocupaciones. En el mismo orden de ideas Vinaccia y Orozco (3), consideran que la calidad de vida se puede transformar en bienestar subjetivo y en un indicador objetivo.

A juicio de Fried et al. (4), la fragilidad es un estado asociado al envejecimiento, que se caracteriza por una disminución de la reserva fisiológica o lo que se ha llamado un estado de homeostenosis. Este estado se traduciría en el individuo en un aumento del riesgo de incapacidad, una pérdida de la resistencia y una mayor vulnerabilidad a eventos adversos manifestada por mayor morbilidad y mortalidad.

Flores et al. (5), en México reportan que el 45,5% de los ancianos percibe la calidad de vida en el 44,4% como aceptable y solo el 10,1% es alta. Por otro lado, Carrasco et al. (6), en México en el mismo año 2018 estudiaron a 400 ancianos (272 mujeres y 128 hombres) con una edad promedio de  $71.6 \pm 8.2$  años, según el estado de fragilidad se encontraron 44 por ciento en estado frágil, estado pre frágil en 37,7% y no frágil en 18,3%, evidenciándose las consecuencias físicas del proceso de envejecimiento.

Alvarado (7), en Perú, advirtió que la fragilidad se está convirtiendo en una epidemia silenciosa que afecta a las personas mayores en todo el mundo, lo que se evidencia en la pérdida de peso de al menos un 5% en el último año, cansancio, marcha lenta y debilidad muscular.

Schalock y Verdugo (8), aseveran que la Escala Fumat está dirigida a la evaluación de la calidad de vida de las personas mayores para obtener datos objetivos referentes a la calidad de vida de los usuarios y de las condiciones que influyen en su funcionamiento; valorar con el mismo instrumento todos los servicios proporcionados; rehabilitación, servicio de orientación gerontológica, consultas externas, atención al usuario; y obtener datos de todos ellos en relación con cada una de las ocho dimensiones de calidad de vida.

Teniendo en cuenta a Morley et al. (9), la Escala de Frail es un instrumento de fácil aplicación, compuesta por 5 ítems (fatigabilidad, resistencia, deambulación, comorbilidad y pérdida de peso) en la que cada respuesta afirmativa es valorada con 1 punto, se considera fragilidad puntuaciones  $\geq 3$  y pre fragilidad 1 o 2 puntos.

El aumento de la esperanza de vida indica una mejora de la calidad de vida en las etapas finales de la vida, por tanto, es necesario buscar estrategias que ayuden a mejorarla en las personas mayores. El envejecimiento es heterogéneo y es necesario determinar las personas mayores más débiles o vulnerables. Actualmente, los profesionales de la salud tienen que asistir a la población de edad cada vez más avanzada y con comorbilidades y/o discapacidades, por lo que es necesario entender la fragilidad para brindar el cuidado según las características específicas e individuales del adulto mayor; la fragilidad puede ser un método de pronóstico, es decir, ayuda a la toma de decisiones. En tal sentido la investigación tiene como objetivo Identificar la autopercepción de la calidad de vida y valoración de la fragilidad en el adulto mayor del centro de salud Sancos, Provincia de Huanca Sancos Departamento Ayacucho año 2021.

## MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio de enfoque cuantitativo, diseño no experimental de alcance descriptivo y transversal. El estudio se realizó en el Centro de Salud de Huanca Sancos, distrito y provincia de Huanca Sancos departamento de Ayacucho-Perú. La muestra estuvo compuesta por 77 adultos mayores, el muestreo fue no probabilístico censal cumpliendo con los siguientes criterios de inclusión:

1. Adultos mayores de 60 años que acuden al Centro de Salud Sancos.
2. Adultos mayores que acepten participar del estudio, previo consentimiento informado.
3. Adultos mayores lúcidos, orientados en tiempo, espacio y persona.

Se utilizó la técnica de la encuesta en la recolección de datos, para la primera variable el instrumento fue el cuestionario FUMAT y para la segunda se utilizó la escala FRAIL, creada por Morley et al. (9); el procesamiento y análisis de datos se realizó en el software Excel 2016 (16.0), aplicando medidas de tendencia central, uso de frecuencias y análisis porcentual.

Se tuvo en cuenta los principios bioéticos de la investigación considerados en la Declaración de Helsinki y el Informe Belmont, protegiendo la identidad de los participantes y resguardando la integridad y salud física y mental de los adultos mayores. El estudio fue aprobado por el Comité Institucional de Ética en Investigación de la Universidad Privada San Juan Bautista de Perú.

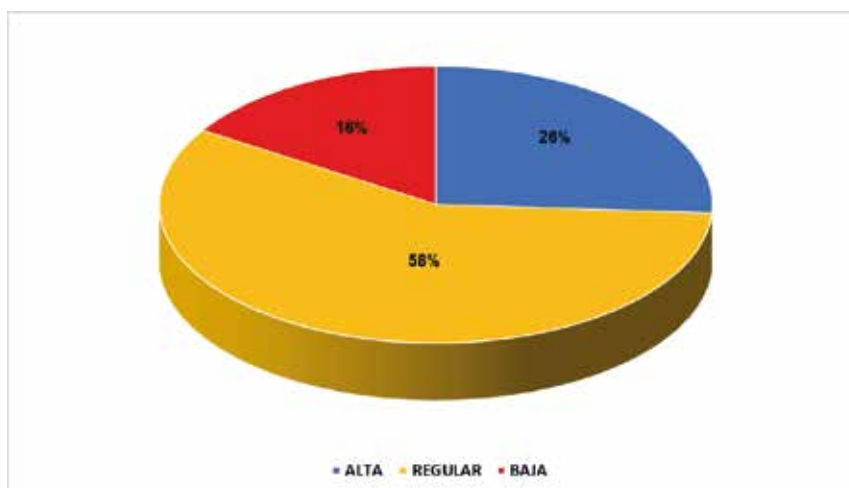
## RESULTADOS

Se estudiaron a 77 adultos mayores; de ellos el 55% (n=42) tienen entre 69 y 79 años, el 69% (n=53) son de sexo femenino, el 48% (n=37) son casados, el 62% (n=48) tienen instrucción primaria, el 91% (n=70) tienen hijos y el 55% (n=42) viven solos y no tienen ocupación.

**Tabla 1.** Datos sociodemográficos de los adultos mayores del centro de Salud Sancos, provincia de Huanca Sancos Departamento Ayacucho, Perú.

Datos sociodemográficos	n=43	100%
<b>Edad</b>		
De 60 a 68 años	10	13
De 69 a 79 años	42	55
De 80 años a más	25	32
<b>Sexo</b>		
Femenino	53	69
Masculino	24	31
<b>Estado civil</b>		
Casado(a)	37	48
Divorciado(a)	2	3
Viudo(a)	10	13
Conviviente	28	32
<b>Grado de instrucción</b>		
Secundaria	11	14
Primaria	48	62
Sin estudios	18	24
<b>Tiene hijos</b>		
Si	70	91
No	7	9
<b>Actualmente con quien vive</b>		
Cónyuge	26	34
Cónyuge e hijos	3	4
Solo	42	55
Hijos	6	8
<b>Ocupación</b>		
Trabajo activo	8	10
Jubilado	10	13
Eventual	17	22
Sin ocupación	42	55

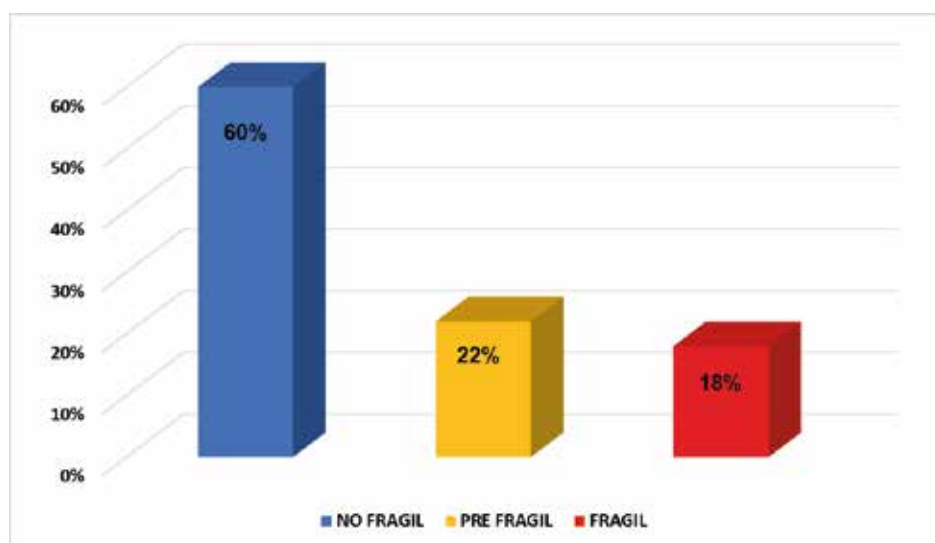
Fuente: Cuestionario de recolección de datos.



**Gráfico 1.** Autopercepción de la calidad de vida según el cuestionario Fumat en el adulto mayor del Centro de Salud Sancos, Provincia de Huanca Sancos - Departamento Ayacucho-Perú año 2021.

**Fuente:** Cuestionario de recolección de datos.

La autopercepción de la calidad de vida según el cuestionario Fumat en el adulto mayor es regular en 58% (n=45), alta en 26% (n=20) y baja en 16% (n=12).



**Gráfico 2.** Valoración de la fragilidad según escala de Frail en el adulto mayor del Centro de Salud Sancos, Provincia de Huanca Sancos - Departamento Ayacucho-Perú año 2021

**Fuente:** Cuestionario de recolección de datos.

La valoración de la fragilidad según escala de Frail de los adultos mayores es no frágil en 60% (n=46), pre frágil en 22% (n=17) y frágil en 18% (n=14).

## DISCUSIÓN

Vinaccia y Orozco (3), consideran que la calidad de vida se puede transformar en bienestar subjetivo y se puede transformar en un indicador objetivo. Rockwood y Fraily (10), traducen la fragilidad como una disminución en la capacidad del cuerpo para hacer frente al estrés.

El estudio muestra que el 55% de los adultos mayores tienen entre 69 y 79 años, el 69% son de sexo femenino, el 48% son casados, el



62% tienen instrucción primaria, el 91% tienen hijos y el 55% viven solos y no tienen ocupación; resultados similares muestra Silva (11) mencionando que el 44% tenían entre 70 y 79 años, 62% eran mujeres, 74% no tenían nivel de escolaridad.

Estos resultados confirman la existencia de más adultos mayores de sexo femenino el que también se sustenta en datos demográficos a nivel nacional, el grado de educación primaria de la mayoría de los adultos mayores puede conllevar a problemas de salud debido a la escasez de conocimientos que tengan respecto a los cuidados que deben practicar para tener una mejor calidad de vida, la soledad en la que viven las personas mayores es otro problema que conlleva a un deterioro de su salud.

En lo referente a la autopercepción de la calidad de vida según el cuestionario Fumat en el adulto mayor, los hallazgos muestran que es regular en 58%, alta en 26% y baja en 16%. Resultados similares muestra Silva (11) encontrando una calidad de vida regular en los adultos mayores, así también Medina (12) obtuvo un consolidado global de regular en 56%, mala en 36% y buena en 8%.

Los resultados encontrados permiten concluir que las dimensiones que conforman la calidad de vida del adulto mayor se configuran de una manera regular, se debe considerar que, entre mayor satisfacción de sus necesidades personales, mejor será su proceso de envejecimiento y si goza de una buena calidad de vida, tendrán más probabilidades de tener un estado anímico estable, es decir, una buena calidad de vida que aumentará su satisfacción. La calidad de vida adecuada conlleva a un envejecimiento saludable, exitoso, activo por lo que debe ser abordada de una manera integral, en la que, además del enfoque del aspecto de salud, se considere el bienestar personal, su funcionalidad y el entorno familiar propicio y favorable que le permita continuar su desarrollo personal en donde la persona adulta mayor debe ser el actor principal.

En lo concerniente a la valoración de la fragilidad según escala de Frail de los adultos mayores los hallazgos indican que es no frágil en 60%, pre frágil en 22% y frágil en 18%, resultados que se contraponen a los de Rodríguez y Rodríguez (13), donde aproximadamente el 50% de la muestra se encuentran en la etapa frágil y pre-frágil, al respecto Mólés (14) en su estudio muestra una prevalencia de caídas del 26% y la tasa de miedo a caer es del 46%, la fragilidad de los ancianos que cayeron el último año fue del 70,5%, y un 77,8% de fragilidad en las personas con miedo a caer.

Autores como Rockwood y Fraily (10), traducen la fragilidad como una disminución en la capacidad del cuerpo para hacer frente al estrés. Los aspectos de la fragilidad valorados en los adultos mayores a través de la Escala de Frail son: fatigabilidad, consecuencia de factores como anemia, problemas cardíacos y enfermedades metabólicas (15).

Refiere Bonino (16), que a causa de los problemas naturales que conlleva el envejecimiento, en su mayoría necesitan ayuda para llevar a cabo sus actividades cotidianas y deambulación, como dice Tamayo (17), caminar es un buen ejercicio anti envejecimiento, los ancianos pueden caminar 10 minutos al día durante el primer mes de su rutina, y aumentará gradualmente; comorbilidad, desde el punto de vista de Abizanda et al. (18), es un problema común para los ancianos, lo que se suma a la complejidad de esta población y es un evento adverso para la salud; y pérdida de peso, Baez (19) asevera que una pérdida de peso significativa, sin una razón válida, siempre requiere un examen médico completo para descartar cualquier patología. Teniendo en cuenta que el mayor porcentaje de la población estudiada es no frágil, resalta la importancia de la labor del profesional de enfermería en la promoción y desarrollo de educación en salud, por lo que según lo demanda el Ministerio de Salud del Perú (MINSA), la atención del al adulto mayor debe ser integral considerando las dimensiones física, social, emocional y psicológica.

En el presente estudio la autopercepción de la calidad de vida global en el adulto mayor es regular y la valoración de la fragilidad según escala de Frail aplicada a los adultos mayores determina el estado No frágil.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud [Página de Internet]. c2022. Envejecimiento y salud. [Citado 15 de julio de 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/env-ejecimiento-y-salud>.
2. Galván M. ¿Qué es calidad de vida? [Artículo de internet] Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo. [Citado 15 de julio de 2020]. Disponible en: <https://www.uaeh.edu.mx/scige/boletin/prepa2/n2/m2.html>
3. Vera M. Significado de la calidad de vida del adulto mayor para sí mismo y para su familia: Centro de Salud Clas Laura Caller Ibérico, 2004-2006. [Tesis doctoral de Internet]. Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina. Unidad de Posgrado, 2007. [Citado 16 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/20.500.12672/1331>
4. Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, Seeman T, Tracy R, Kop WJ, Burke G, McBurnie MA; Cardiovascular Health Study Collaborative Research Group. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* [Internet]. 2001 [citado 16 de mayo 2023]; 56 (3); 146-56. Disponible de: doi: 10.1093/gerona/56.3.m146
5. Flores B, Castillo Y, Ponce D, et al. Percepción de los adultos mayores acerca de su calidad de vida. Una perspectiva desde el contexto familiar. *Rev Enferm IMSS*. 2018; 26 (2): 83-88.
6. Carrazco K, Farías K, Trujillo B, Delgado I, Baltazar L, Aguilar Z. et al. Frecuencia de fragilidad y comorbilidad en adultos mayores. [Trabajo original]. México: Facultad de Medicina, 2019. [citado 16 de mayo de 2023]. 7 p. Disponible de: [https://www.researchgate.net/profile/BenjamiTrujilloHernandez/publication/344340515\\_FRECUENCIA\\_DE\\_FRAGILIDAD\\_Y\\_COMORBILIDAD\\_EN\\_ADULTOS\\_MAYORES/links/5f6a0af292851c14bc8e1329/FRECUENCIA-DEFRAGILIDAD-Y-COMORBILIDAD-EN-ADULTOS-MAYORES.pdf](https://www.researchgate.net/profile/BenjamiTrujilloHernandez/publication/344340515_FRECUENCIA_DE_FRAGILIDAD_Y_COMORBILIDAD_EN_ADULTOS_MAYORES/links/5f6a0af292851c14bc8e1329/FRECUENCIA-DEFRAGILIDAD-Y-COMORBILIDAD-EN-ADULTOS-MAYORES.pdf)
7. Alvarado C. Fragilidad se convierte en una epidemia silenciosa que afecta a los adultos mayores. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*. El firme de la salud Instituto Nacional de Salud. Perú; 2018 ene. Disponible en: [https://web.ins.gob.pe/sites/default/files/Archivos/authenticated%2C%20administrator%2C%20editor/publicaciones/2018-006/El\\_Firme\\_de\\_la\\_Salud\\_Enero\\_2018.pdf](https://web.ins.gob.pe/sites/default/files/Archivos/authenticated%2C%20administrator%2C%20editor/publicaciones/2018-006/El_Firme_de_la_Salud_Enero_2018.pdf)
8. Schalock y Verdugo. Evaluación de la calidad de vida en personas mayores: La Escala FUMAT. Publicaciones del INICO Salamanca, 2009. Disponible en: [https://sid.usal.es/idocs/F8/FDO23248/herramientas\\_4.pdf](https://sid.usal.es/idocs/F8/FDO23248/herramientas_4.pdf)
9. Morley J, Malmstrom T, Miller D. Un cuestionario de fragilidad (FRAIL) predice los resultados en afroamericanos de mediana edad. *Revista de nutrición, salud y envejecimiento* [revista en Internet] 2012 [acceso 9 de mayo de 2020]; 16 (7): 601-608. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC451511>
10. Rockwood K. Frailty: un desafío digno. *J Am Geriatr Soc* 2005; 53 (6): 1069.
11. Silva Ortiz Calidad de vida de los integrantes de la asociación adulto mayor la Tulpuna Cajamarca 2016 [Tesis licenciatura en internet]. Cajamarca: Universidad Nacional de Cajamarca, 2017 [citado 16 de mayo 2023]. 62p. Disponible en: <https://repositorio.unc.edu.pe/handle/20.500.14074/922>
12. Medina Huarcaya L. Apoyo Social Funcional Y Calidad De Vida De Los Adultos Mayores Del Asentamiento Humano Las Flores La Tinguiña Ica diciembre 2018. [Tesis licenciatura en internet]. Ica. 2020. [citado 16 de mayo 2023] 101p. Disponible en: <https://repositorio.upsjb.edu.pe/handle/20.500.14308/2774>
13. Rodríguez R, Rodríguez A. Asociación entre grado de fragilidad, riesgo de caídas y funcionalidad de los adultos mayores que asisten a un centro del adulto mayor. [Tesis especialidad en internet] Lima: Universidad Norbert Wiener, Facultad de Ciencias de la Salud; 2017. Disponible en: <http://repositorio.uwiener.edu.pe/xmlui/bitstream/handle/123456789/3776/TESIS-RODRIGUEZRODRIGUEZ.pdf?sequence=1&isAllowed=y> 14. 15. 16. 17. 18. 19.
14. Móles M. Análisis de la fragilidad en la población mayor de Castellón de La Plana. [Tesis doctoral en internet] Castellón-España: Universitat Jaume, Facultad de ciencias de la salud; 2016. Disponible en: [https://www.tesisenred.net/bitstream/handle/10803/387307/2016\\_Tesis\\_MolesJulioMPilar.pdf%3Fsequence%3D1%26isAllowed%3Dy+%cd=1&hl=es-419&cln&gl=pe](https://www.tesisenred.net/bitstream/handle/10803/387307/2016_Tesis_MolesJulioMPilar.pdf%3Fsequence%3D1%26isAllowed%3Dy+%cd=1&hl=es-419&cln&gl=pe) Cigna. Healthwise. Cigna. Healthwise.
15. Debilidad y fatiga. Generalidades. [Internet] Arizona EE. UU; 2021. Disponible en: <https://www.cigna.com/individuals-families/health-wellness/hw-en-espanol/temas-de-salud/debilidad-y-fatiga-wkfat>
16. Bonito T. Aprender a subir mejor las escaleras para personas mayores. [video en internet]. Youtube. 7 de abril de 2020. [citado en 2020]. Recuperado a partir de: <https://www.youtube.com/watch?v=C-U5Lt3kcuw>
17. Tamayo T. Beneficios de caminar en la tercera edad. [Internet]. Portal de atención primaria en salud del ISSS. Instituto Salvadoreño del Seguro social; c2016. Disponible en: <http://aps.issv.gob.sv/familia/adulto%20mayor/Beneficios%20de%20caminar%20en%20la%20tercera%20edad>
18. Abizanda P, Paterna G, Martínez E, López E. Evaluación de la comorbilidad en la población anciana: utilidad y validez de los instrumentos de medida. *Elsevier*. 2010; 45 (4): 219-228.
19. Báez M. Pérdida de peso en personas mayores, ¿cuándo hay que preocuparse? [Internet] 65 y más.com. 2019. Disponible en: [https://www.65ymas.com/salud/cuidate/perdida-de-peso-en-personas-mayores-cuando-preocuparse\\_3207\\_102.html](https://www.65ymas.com/salud/cuidate/perdida-de-peso-en-personas-mayores-cuando-preocuparse_3207_102.html)





## Avances terapéuticos en el manejo de la hepatitis alcohólica: hallazgos prometedores

### Therapeutic improvements in the handling of alcoholic hepatitis: encouraging findings

Serna-Trejos Juan Santiago<sup>1,a</sup>, Bermudez-Moyano Stefanya Geraldine<sup>2,b</sup>, Lenis-González Juan Pablo<sup>3,c</sup>.

1. Departamento de Epidemiología, Universidad Libre – Seccional Cali. Cali, Colombia; Departamento de Docencia Universitaria, Universidad Piloto - Bogotá, Colombia; Grupo interdisciplinario de investigación en epidemiología y salud pública, Cali, Colombia, Hospital Universitario del Valle, Unidad de Cuidado Intensivo, Cali- Colombia.
2. Hospital Universitario del Valle, Unidad de Cuidado Intensivo, Cali- Colombia.

3. Hospital Carlos Holmes Trujillo, Programa de riesgo cardiovascular, Cali- Colombia.
  - a. <https://orcid.org/0000-0002-3140-8995>
  - b. <https://orcid.org/0000-0002-2259-6517>
  - c. <https://orcid.org/0000-0001-9004-475X>

DOI: <https://doi.org/10.35563/rmp.v12i1.518>

Sr. editor:

La hepatitis alcohólica (HA) supone un síndrome clínico, cuya presentación está relacionada a insuficiencia hepática aguda y crónica, condicionando altas tasas de mortalidad a corto y mediano plazo de aproximadamente el 40% de los pacientes que son diagnosticados dentro del primer mes de su primera presentación clínica de HA(1). En el manejo del paciente con HA, es necesario establecer previamente un diagnóstico oportuno, sobre todo en aquellos pacientes que tengan o estén en condición de cirrosis hepática. Dado lo anterior se precisa de biopsia de forma oportuna para confirmar el diagnóstico asociado a criterios clínicos relacionados a signos y síntomas claros como: ictericia de aparición reciente o empeoramiento de la misma asociado a un consumo excesivo crónico de alcohol de hasta al menos 6 semanas antes de la presentación, elevación de las enzimas hepáticas hasta 1.5 veces el valor basal y en ausencia de otras condiciones hepáticas que expliquen un cuadro de hepatitis aguda( infeccioso , medicamentosos, entre otras) (2)

El alcohol es reconocido como una hepatotóxina, responsable de generar daño directo a la mucosa intestinal mediante mecanismo como: necro-apoptosis de hepatocitos y macrófagos dando como resultado disfunción mitocondrial y estrés oxidativo, que son características clásicas de la fisiopatología de las enfermedades hepáticas asociadas con el alcohol. Lo anterior es mediado por múltiples citoquinas que se han estudiado en el eje intestino-hígado, cuya respuesta inmune induce daño tisular, explicando así el uso de esteroides como primera línea de tratamiento en la HA. Sobre los mecanismos influyentes se ha centrado la realización de ensayos clínicos aleatorizados (ECA) para proponer estrategias de manejo alternas y novedosas que busquen nuevas tasas de efectividad y seguridad en el manejo de la HA (3). De esta manera se constituyen en función de su mecanismo de acción, los siguientes mecanismos terapéuticos en el manejo de la HA: Acción sobre el eje intestino-hígado; agentes antiinflamatorios, antioxidantes y fármacos regenerativos (figura 1).

El primer grupo de fármacos probados se relacionan con el eje intestino-hígado, su creación se encamina en la disminución de la translocación bacteriana dada por la acción de lipopolisacáridos (LPS) bacterianos. El bloqueo de acción de LPS esta se encuentra en ECA mediante la utilización de agentes como el calostro bovino hiperinmune purificado (IMM-124E), los cuales ejercen su acción mediante respuesta inmune humoral con la activación de anticuerpos IgG en contra de los diferentes LPS. Otro sustento del avance significativo en el manejo de la HA, es la relacionada con el uso de probióticos como agentes terapéuticos en estadios graves, como *Lactobacillus rhamnosus*, el cual se encuentra en seguimiento de sus desenlaces en etapa de ECA(4,5).

La acción antiinflamatoria de nuevos fármacos para HA está dada por diversos mecanismos de señalización mediante receptores TLR4, buscando antagonizar la acción inflamatoria de la interleucina-1 (IL-1). Tal es el caso de la Anakinra, empleado en la HA, dicho medicamento también tiene acción en estados como la artritis reumatoide y sepsis (6). Otra vía interesante de bloqueo de inflamación es la que se relaciona con el bloqueo de la apoptosis y necrosis, a través de la inhibición de la acción de las enzimas "caspasa", Emricasan es un inhibidor de caspasas, sin embargo, en la ejecución de su ECA no se ha logrado determinar su dosificación exacta en condiciones de HA (7).

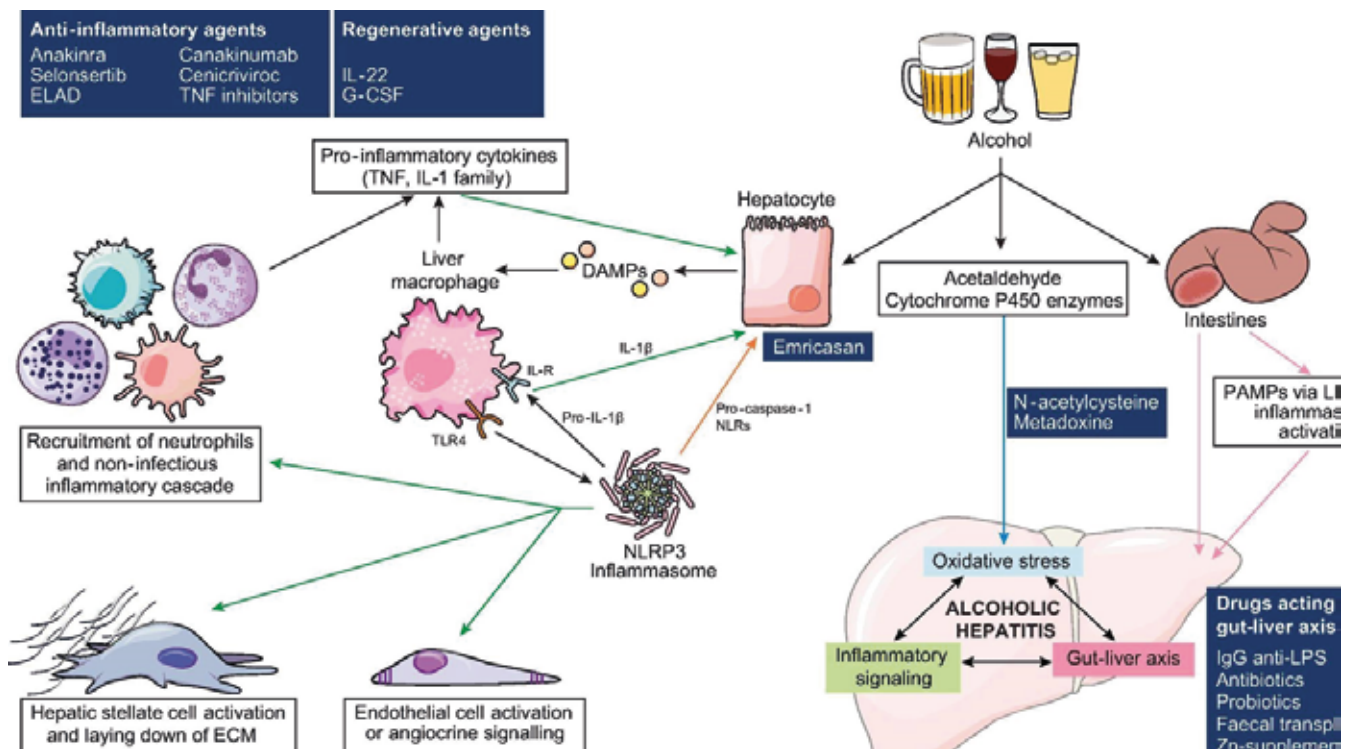
Los mecanismos regenerativos están encaminados en potencializar la acción regenerativa propia del hígado. Lo anterior está

apoyado en el uso de medicamentos que se encuentran en ECA que buscan la neutralización del factor de necrosis tumoral (TNF), como lo son: Infliximab y Etanercept. Estos fármacos coadyuvan en la acción antiinflamatoria, dada la acción antagonista del TNF que pueden llegar a tener, lo que hacen este tipo de mecanismos propicio en el manejo de la HA (8,9).

El mecanismo de oxidación en la HA está dado por la inflamación crónica y generación de especies reactivas del oxígeno, asociados a un alto estrés oxidativo, lo cual deriva en un importante daño hepatocelular. La inhibición de esta acción aún carece de validez, dado que fármacos como la Silimarina y Vitamina E, no han mostrado beneficio clínico alguno. Por lo anterior se requiere de más ECA que indaguen de beneficios planteados sobre modelos de hipótesis del beneficio clínico de antioxidante en la HA (10). Fármacos como la Metadoxina se asociaron solamente a beneficios a corto plazo relacionados con mayor tasa de supervivencia a 3-6 meses(11).

En el manejo de la HA constituyen conductas basadas inicialmente en el empleo de agentes esteroideos, sin embargo el uso de nuevas terapias para la HA, como el uso de las mismas de forma combinada, como el trasplante hepático a corto plazo, son necesarios a considerar. Los avances suponen hallazgos alentadores en el manejo de esta patología dados los hallazgos parciales en ECA, por lo que resulta imprescindible la generación de más ECA para la vigilancia de perfiles de vigilancia y eficacia de estos.

**Figura 1.** Principales blancos de acción de los nuevos fármacos para el tratamiento de la hepatitis alcohólica.



Tomada y adaptada de: Singal AK, Shah VH. Current trials and novel therapeutic targets for alcoholic hepatitis. J Hepatol [Internet]. 2019;70(2):305–13. Available from: doi:10.1016/j.jhep.2018.10.026 (12).

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Singal AK, Kodali S, Vucovich LA, Darley-USmar V, Schiano TD. Diagnosis and Treatment of Alcoholic Hepatitis: A Systematic Review. *Alcohol Clin Exp Res* [Internet]. 2016;40(7):1390–402. Available from: doi:10.1111/acer.13108
2. Crabb DW, Bataller R, Chalasani NP, Kamath PS, Lucey M, Mathurin P, et al. Standard Definitions and Common Data Elements for Clinical Trials in Patients with Alcoholic Hepatitis: Recommendation from the NIAAA Alcoholic Hepatitis Consortia. *Gastroenterology* [Internet]. 2016;150(4):785–90. Available from: doi:10.1053/j.gastro.2016.02.042
3. Singal AK, Louvet A, Shah VH, Kamath PS. Grand Rounds: Alcoholic Hepatitis. *J Hepatol* [Internet]. 2018;69(2):534–43. Available from: doi:10.1016/j.jhep.2018.05.001
4. University Virginia Commonwealth. Safety and Efficacy of IMM 124-E for Patients With Severe Alcoholic Hepatitis (TREAT). *Clin Trials* [Internet]. 2016; Available from: <https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT01968382?term=NCT01968382&rank=1>
5. Bull-Otterson L, Feng W, Kirpich I, Wang Y, Qin X, Liu Y, et al. Metagenomic Analyses of Alcohol Induced Pathogenic Alterations in the Intestinal Microbiome and the Effect of *Lactobacillus rhamnosus* GG Treatment. *PLoS One* [Internet]. 2013;8(1):4–13. Available from: doi:10.1371/journal.pone.0053028
6. Opal SM, Fisher CJ, Dhainaut JFA, Vincent JL, Brase R, Lowry SF, et al. Confirmatory interleukin-1 receptor antagonist trial in severe sepsis: A phase III, randomized, double-blind, placebo-controlled, multicenter trial. *Crit Care Med* [Internet]. 1997;25(7):1115–24. Available from: doi:10.1097/00003246-199707000-00010
7. Frenette CT, Morelli G, Shiffman ML, Frederick RT, Rubin RA, Fallon MB, et al. Emerican Improves Liver Function in Patients With Cirrhosis and High Model for End-Stage Liver Disease Scores Compared With Placebo. *Clin Gastroenterol Hepatol* [Internet]. 2019;17(4):774–783.e4. Available from: doi:10.1016/j.cgh.2018.06.012
8. Boetticher NC, Peine CJ, Kwo P, Abrams GA, Patel T, Aqel B, et al. A Randomized, Double-Blinded, Placebo-Controlled Multicenter Trial of Etanercept in the Treatment of Alcoholic Hepatitis. *Gastroenterology* [Internet]. 2008;135(6):1953–60. Available from: doi:10.1053/j.gastro.2008.08.057
9. Naveau S, Chollet-Martin S, Dharancy S, Mathurin P, Jouet P, Piquet MA, et al. A Double-Blind Randomized Controlled Trial of Infliximab Associated with Prednisolone in Acute Alcoholic Hepatitis. *Hepatology* [Internet]. 2004;39(5):1390–7. Available from: doi:10.1002/hep.20206
10. Singal AK, Jampana SC, Weinman SA. Antioxidants as therapeutic agents for liver disease. *Liver Int* [Internet]. 2011;31(10):1432–48. Available from: doi:10.1111/j.1478-3231.2011.02604.x
11. Higuera-De la Tijera F, Servín-Caamaño AI, Cruz-Herrera J, Serralde-Zúñiga AE, Abdo-Francis JM, Gutiérrez-Reyes G, et al. Treatment with metadoxine and its impact on early mortality in patients with severe alcoholic Hepatitis. *Ann Hepatol* [Internet]. 2014;13(3):343–52. Available from: doi:10.1016/s1665-2681(19)30863-4
12. Singal AK, Shah VH. Current trials and novel therapeutic targets for alcoholic hepatitis. *J Hepatol* [Internet]. 2019;70(2):305–13. Available from: doi:10.1016/j.jhep.2018.10.026



### Correspondencia:

Nombre: Juan Santiago Serna - Trejos  
Correo electrónico: juansantiagosernatrejos@gmail.com

### Cómo citar

Serna-Trejos Juan Santiago, Bermudez-Moyano Stefanya Geraldine, Lenis-González Juan Pablo. Avances terapéuticos en el manejo de la hepatitis alcohólica: hallazgos prometedores. *Rev méd panacea* 2023;12(1): 23-25.

DOI: <https://doi.org/10.35563/rmp.v12i1.518>



## Asociación entre el hábito de masticar hojas de *Erythroxylum coca* con menor índice de caries

Association between the habit of chewing *Erythroxylum coca* leaves with a lower rate of caries

Canales-Sermeño Gustavo U.<sup>1</sup>, Valenzuela-Ramos Marisel R.<sup>2</sup>, Huamán-Espinoza Gladys R.<sup>3</sup>.

1. Estudiante de la Facultad de Odontología. Universidad Nacional "San Luis Gonzaga". Ica, Perú. <https://orcid.org/0000-0001-7296-814X>

2. Docente de la Facultad de Odontología. Universidad Nacional "San Luis Gonzaga". Ica, Perú. <https://orcid.org/0000-0002-1857-3937>

3. Docente de la Facultad de Odontología. Universidad Nacional "San Luis Gonzaga". Ica, Perú. <https://orcid.org/0000-0001-9476-3268>

DOI: <https://doi.org/10.35563/rmp.v12i1.520>

Sr. editor:

El hábito de masticar hojas de coca (*Erythroxylum oca*) también se denomina chacchar, picchar o acullicar; esta es una actividad que aún se practica en algunas regiones peruanas (1). A esta planta se le ha atribuido múltiples beneficios para el organismo, tales como incentivar y fortalecer la actividad física, disminuir el dolor, el cansancio y también neutralizar el apetito (2). No obstante, en las personas que realizan esta actividad con frecuencia se observó desgaste y pigmentaciones de las piezas dentales, así como enfermedad periodontal; sin embargo, en muchos casos se ha reportado un menor índice de caries dental (3). Por tal motivo, la presente carta aborda los probables beneficios del hábito de masticar hojas de coca como un posible medio para disminuir la prevalencia de infección por caries dental.

La planta de la coca forma parte de la flora andina peruana y boliviana (3). Entre sus componentes tiene el salicilato de metilo, flavonoides, alcaloides y taninos, además de lípidos, carbohidratos y proteínas. Los betacarotenos y polifenoles de la coca le atribuyen características antioxidantes de gran potencialidad, también contiene cocaína que forma parte en un 30 % a 50 % de su composición (1,2). La masticación de las hojas de coca inicia con la trituración de las mismas previamente seleccionadas, lo cual se realiza lentamente con la ayuda de la lengua colocando la masa de hojas entre el carrillo y los dientes posteriores, formando un bolo, al cual se añade un compuesto alcalino denominado: Llipta o tocca, lo que es el resultado del agregado de cal viva y polvo de conchas marinas o ceniza del tallo de la quinua, cuya función es incrementar la liberación del alcaloide (1,2,3).

Los probables efectos beneficios de este hábito de masticar hojas de coca han sido corroborados por estudios realizados en poblaciones andinas del Perú y Bolivia, tales como la investigación de Gómez-Carrión et al (2) en donde se demostró que los pacientes con el hábito de masticar la hoja de coca presentaron un índice CPOD levemente elevado ( $10.14 \pm 3.89$ ), en comparación con los que no presentaron el hábito ( $10.03 \pm 0.37$ ); en estos grupos no se halló diferencias significativas. Sin embargo, se evidenció que aquellos que realizaban esta actividad 2 a 3 veces por semana presentaron un índice CPOD muy alto ( $11.73 \pm 4.45$ ) y los que chacchaban 6 a 7 veces por semana arrojaron un índice menor ( $5 \pm 0.89$ ), en este caso sí se encontraron diferencias significativas.

Por otro lado, Torres y Cisneros (1), obtuvieron un índice CPOD total menor (7.56) al estudio previamente mencionado. Los pacientes entre los 50 a 60 años presentaron un CPOD de 10.22, en los que tenían entre 40 a 49 años se halló 7.96, en aquellos de 30 a 39 años se obtuvo 6.38 y el índice más bajo se ubicó en el grupo de 20 a 29 años con un 5.62.

Por lo tanto, estos resultados indican que no se puede percibir una diferencia significativa en los pacientes que no presentan el hábito de chacchar debido a que los valores del CPOD se encuentran incrementados. Sin embargo, la situación se tornó distinta cuando se evaluaron a los pacientes que sí presentaban la rutina de masticar hojas de coca, debido a esto, sus niveles de CPOD se evidenciaron disminuidos. Está claro que la edad es uno de los sesgos a considerar en los estudios y el tipo de sustancia estimulante también.

En la actualidad son contados los artículos que se enfocan en esta relación, despertando el interés científico ya que la hoja de coca tiene propiedades muy prometedoras que pueden inhibir la proliferación y acción del *Streptococcus mutans*, el agente causal de las infecciones cariosas. Se precisa de más evidencia empírica para afianzar un poco más todo lo hallado y poder demostrar que una de las patologías más frecuentes en el mundo pueda tener un control más riguroso a partir de una planta autóctona y típica del Perú.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Torrez Portuguez CG, Cisneros del Aguila M. Prevalencia de caries dental según el índice CPOD en pacientes adultos chacchadores de hojas de coca. Revista Científica Alas Peruanas. 2017;3(2). Doi: <http://dx.doi.org/10.21503/sd.v3i2.1336>
2. Gómez-Carrión CE, Alor-Cabanillas VE, Saravia-Alviar RA, Hernández-Vergara CM, Barzola-Loayza MG. Evaluación de la experiencia de caries dental y el hábito de masticar hoja de coca en los pobladores de Llacuash, Región Ancash-2018. Revista Científica Visión Dental. 2021;24(1):e003-e003. Disponible en: <https://www.visiondental.pe/index.php/vision/article/view/96>
3. Lucas Espeza LP, Lam Figueroa N, Aguirre Siancas EE. Efecto de la masticación de la hoja de coca sobre las estructuras de la cavidad oral. Odontol Sanmarquina. 2019; 22(4):283-6. Doi: <https://doi.org/10.15381/os.v22i4.17050>



### Correspondencia:

Nombre: Gustavo Canales Sermeño.  
Correo: 20186827@unica.edu.pe  
Dirección: Urb. Villas del Sol, H7. Los Portales, Ica, Perú.

### Contribución de autoría:

GUCS: Concepción y diseño del trabajo, redacción del manuscrito, revisión crítica del manuscrito y aprobación de su versión final.

MRVR: Concepción y diseño del trabajo, redacción del manuscrito, revisión crítica del manuscrito y aprobación

de su versión final.

GRHE: Concepción y diseño del trabajo, redacción del manuscrito, revisión crítica del manuscrito y aprobación de su versión final.

### Cómo citar

Canales-Sermeño Gustavo U., Valenzuela-Ramos Marisel R., Huamán-Espinoza Gladys R.. Asociación entre el hábito de masticar hojas de *Erythroxylum coca* con menor índice de caries. Rev méd panacea 2023;12(1): 26-28.

DOI: <https://doi.org/10.35563/rmp.v12i1.520>



**INSTRUCCIONES PARA AUTORES**  
**REVISTA MÉDICA PANACEA**

**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](http://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 GALERÍA 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 de evitar la identificación de personas mediante la colocación de una franja oscura en los ojos, además de contar con el respectivo consentimiento por escrito (formato 1)

**2.8 REPORTE DE CASOS**

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

**2.9 CARTAS AL EDITOR**

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

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

**2.10 NOTAS INFORMATIVAS**

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

**2.11 IN MEMORIAM**

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

**2.12 FE DE ERRATAS /RETRACTACIONES**

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

2.13 FOTOGRAFÍA DE PORTADA

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

3. ASPECTOS FORMALES PARA LA REDACCIÓN DEL ARTÍCULO

3.1 ENVÍO DE ARTÍCULOS

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

Adjuntando obligatoriamente:

Carta de Presentación (Formato 1).

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

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

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

Instrumento de recolección de datos

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

Base de datos

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

3.2 PREPARACIÓN DE LOS ARTÍCULOS

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

Doble espacio en letra Arial 12.

Formato A4

Con márgenes de 3 cm.

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

La Primera página debe incluir:

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

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

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

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

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

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

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

Para el resto de páginas debe considerarse los

siguientes aspectos.

Cada sección del artículo empieza en una nueva página.

3.3 REQUISITOS A CONSIDERAR

3.3.1 Sobre las Tablas

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

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

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

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

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

3.3.2 Sobre las Figuras

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

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

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

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

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

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

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

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

3.3.3 Sobre los porcentajes, unidades de medida y abreviaturas

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

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

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

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

3.3.4 Sobre el sistema de citación

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

No utilice superíndices ni subíndices para escribir la cita respectiva.

EXTENSION ORIENTATIVA DE LOS MANUSCRITOS

Tipo de artículo	Resumen	Palabras clave	Texto	Tablas y figuras	Referencias
Editorial	No	No	2000 palabras	1 figura	Max. 6
Original	Estructurado	Min. 3	Estructurado	Max. 7	Max. 40
	250 palabras	Max. 8	4000 palabras		
Original breve	Estructurado	Min. 3	Estructurado	Max. 4	Max. 15
	150 palabras	Max. 5	2000 palabras		
Artículo de revisión	No estructurado	Min. 3	No estructurado	Max. 10	Max. 100
	250 palabras	Max.8	4500 palabras		
Forum	No estructurado	Min. 3	No estructurado	Max. 8	Max. 40
	300 palabras	Max. 8	4000 palabras		
Reporte de caso	No estructurado	Min. 3	Estructurado	Max. 4	Max.15
	150 palabras	Max.5	2000 palabras		
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 utilizará 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 utilizará 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](http://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](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

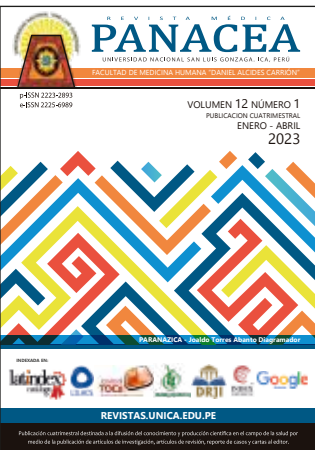
Todos los revisores que colaboran en la evaluación de manuscritos serán agradecidos públicamente por su trabajo en un listado completo que aparecerá en la RMP a fin de cada año. Reconocemos que la calidad de la revista depende en gran medida de la calidad del trabajo realizado por estas personas. Se 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 correspondiente 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.



**PARANAZICA**  
 Patrones de inspiración en la cultura Paracas - Nazca - Ica

En Honor a nuestra Región, se diseñó patrones tomando figuras, formas y colores, inspirados en las maravillosas culturas preincas desarrolladas en las zonas de Paracas, Nazca e Ica. Culturas con mucho arte los cuales son considerados como uno de los más finos, increíbles y sofisticados del mundo por su diseño y técnica el cual tiene la fuerza de ser el primero, el que no tuvo maestros ni pudo copiar a ninguno.

Diagramador:  
 Joaldo Torres Abanto - Ubika Perú

<b>INDICE</b>	<b>1</b>
---------------	----------

<b>EDITORIAL</b>	
Principales barreras en la elaboración de la tesis Ybaseta Medina Jorge, Niño de Guzmán Solange.	<b>2</b>

<b>ARTICULOS ORIGINALES</b>	
Factores asociados a infección del sitio operatorio en cirugía de fractura de cadera / Factors associated with operative site infection in hip fracture surgery Barrientos Ramos Víctor Hugo, Barrientos Salazar Paolo Francesco.	<b>4</b>

Prevalencia de pediculosis capitis en escolares de primaria en una institución educativa pública de Comas / Prevalence of pediculosis capitis in elementary school children in a public educational institution in Comas Candia Sulca Elena, Lizarme Navarro Thiara, Saldaña Tello Ruth, Rufino Mendoza Thalía, Rodríguez Gallardo Milagros, Torres Luque Elizabeth.	<b>12</b>
---	-----------

Autopercepción de la calidad de vida y valoración de la fragilidad del adulto mayor provincia de Huancasancos Departamento Ayacucho – Perú, año 2021 / Self-perception of the quality of life and assessment of frailty in older adults in the province of Huanca Sancos, Department of Ayacucho - Peru, year 2021 Oscoco Torres Olinda, Sauñe Oscoco Wilson, Coronado Yarihuaman Ybhet, Espinoza Almora Marita, Espino Moquillaza Paola, Bendezú Sarcines Carmen Emilia.	<b>17</b>
--	-----------

<b>CARTA AL EDITOR</b>	
Avances terapéuticos en el manejo de la hepatitis alcohólica: hallazgos prometedores / Therapeutic improvements in the handling of alcoholic hepatitis: encouraging findings Serna Trejos Juan Santiago, Bermudez Moyano Stefanya Geraldine, Lenis González Juan Pablo.	<b>23</b>

Asociación entre el hábito de masticar hojas de Erythroxylum coca con menor índice de caries / Association between the habit of chewing Erythroxylum coca leaves with a lower rate of caries Canales Sermeño Gustavo U., Valenzuela Ramos Marisel R., Huamán Espinoza Gladys R..	<b>26</b>
---	-----------

**INSTRUCCIONES PARA AUTORES**

Facultad de Medicina Daniel Alcides Carrión  
 Prolongación Ayabaca s/n. Ica, Perú  
 Teléfono: 056 - 225262  
 Correo electrónico: panacea@unica.edu.pe / jorgeybaseta@gmail.com  
 Pagina web: <https://revistas.unica.edu.pe/index.php/panacea>

