



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 3
PUBLICACION CUATRIMESTRAL
SETIEMBRE - DICIEMBRE
2023



La laguna de Huacachina - Ica -Perú

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° 2 - Mayo - Agosto 2023 - Publicación cuatrimestral
p-ISSN 2223-2893 | e-ISSN 2225-6989

La Revista Médica Panacea Impresa es editada y producida por el Vicerrectorado de Investigación de la Universidad Nacional San Luis Gonzaga.

EDITOR JEFE

Jorge Ybaseta Medina
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

Bladimir Becerra Canales
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA
DE ICA SAC

Juan Echevarria Zarate
UNIVERSIDAD PERUANA CAYETANO
HEREDIA

Cesar Munayco Escate
CENTRO NACIONAL DE EPIDEMIOLOGIA,
PREVENCIÓN Y CONTROL DE
ENFERMEDADES MINISTERIO DE SALUD

Alfredo Oyola García
CENTRO NACIONAL DE EPIDEMIOLOGIA,
PREVENCIÓN Y CONTROL DE
ENFERMEDADES MINISTERIO DE SALUD

Gabriela Soto Cabezas
CENTRO NACIONAL DE EPIDEMIOLOGIA,
PREVENCIÓN Y CONTROL DE
ENFERMEDADES MINISTERIO DE SALUD

J. Jhonnell Alarco
INSTITUTO NACIONAL DE SALUD

Edgar Hernández Huaripaucar
UNIVERSIDAD NACIONAL SAN LUIS
GONZAGA

COMITÉ CONSULTIVO

Sergio Alvarado Menacho. UNMSM
Fernando Ardito Saenz. UPCH
José Almeida Galindo. UNSLG
Gualberto Segovia Meza. INS-MINSA

Segundo Acho Mego. UPCH
Domingo Cabel Moscoso. UNSLG

Andrés Castañeda Vásquez. UNSLG
Luz Consuelo Figari Sánchez. UNSLG
Julio Hector Torres Chang. UNSLG

EDITORES ASISTENTES

Joaldo Torres Abanto. UNSLG
Luciana Ybaseta Soto. UNSLG

SOPORTE TÉCNICO

Ebed Guerra Borda. UNSLG

FACULTAD DE MEDICINA DANIEL ALCIDES CARRIÓN

José Santiago Almeida Galindo
DECANO

José Alberto Melgar Salcedo
OFICINA ADMINISTRATIVA

Ísabel Massironi Palomino
DIRECTOR ACADÉMICO

José Hernández Anchante
UNIDAD DE INVESTIGACIÓN

José Almeida Galindo
DIRECTOR DE LA REVISTA MÉDICA PANACEA

Nancy Rivadeneyra Bautista
UNIDAD DE POST GRADO

Roberto Munive Bendezú
JEFE DE DEPARTAMENTO DE CLÍNICAS QUIRÚRGICAS

Ángel Antonio Anicama Hernández
JEFE DE DEPARTAMENTO DE CLÍNICAS MÉDICAS

José Jiménez Aparcana
JEFE DE DEPARTAMENTO DE CIENCIAS BÁSICAS

Luis Tolmos Regal
DOCENTE RESPONSABLE DE TUTORIA DE LA FMH-UNICA

José Jiménez Aparcana
**COORDINADOR RESPONSABILIDAD SOCIAL Y
PROYECCIÓN, EXTENSIÓN CULTURAL- FMH-UNICA**



UNIVERSIDAD NACIONAL SAN LUIS GONZAGA DE ICA

Cecilia Paquita Uribe Quiroz
RECTOR

Manuel Antonio Acasiete Aparcana
VICE RECTOR ACADÉMICO

Dante Fermín Calderón Huamaní
VICE RECTOR DE INVESTIGACIÓN

Jorge García Ceccarelli
DIRECTOR DEL INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN

Magdalena Martínez Contreras
**DIRECTORA DE LA OFICINA DE INNOVACIÓN Y
TRANSFERENCIA TECNOLÓGICA**

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

Gino Mora Castillo
DIRECTOR DE INCUBADORAS DE EMPRESAS

Domingo Jesús Cabel Moscoso
ASESOR VRID



VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN

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 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 LATINDEX, LILACS, JOURNALS TOCS, IMBIOMED, DRJI, INDEX COPERNICUS, GOOGLE SCHOLAR Y CROSSREF.

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 +51 956 747 941 ó escribanos a nuestro correo electrónico: vrid@unica.edu.pe, jorgeybaseta@gmail.com, panacea@unica.edu.pe. La información a los autores e instrucciones para la presentación de manuscritos, donde se detallan las normas de formato y contenido de los artículos que se presentarán a la Revista Médica Panacea, se pueden obtener de la página electrónica: www.revpanacea.unica.edu.pe y en los números impresos de la Revista.

Depósito Legal en BNP N° 2011-07139
ISSN Versión electrónica: ISSN 2225-6989
ISSN Versión impresa: 22232893

ÍNDICE 93

EDITORIAL

La evaluación formativa en la formación médica: un enfoque integral
Almeida Galindo José, Ybaseta Medina Jorge. 94

ARTÍCULOS ORIGINALES

Autoconcepto académico relacionado al funcionamiento y comunicación familiar en tiempos de Covid19 en estudiantes de una universidad pública / Academic self-concept related to family functioning and communication in times of Covid19 in students of a public university
Cordova Delgado Margarita, Curro Urbano Olga, Pastor Ramírez Norma, Lizarbe Alache Lazaro, Puza Mendoza Gladys, Guevara Saravia Monica, Oyola García Alfredo. 96

Factores de riesgo asociado a fístula enterocutánea en colostomía en un Hospital General de Ica, Perú / Risk factors associated with enterocutaneous fistula in colostomy in a General Hospital in Ica, Peru
Aroni Allcca Martín, Cáceres Bellido Fermín, Ybaseta Soto Luciana. 105

Depresión, Ansiedad y Estrés según características socio-académicas y sanitarias-espirituales en estudiantes de una universidad pública peruana / Depression, Anxiety and Stress according to socio-academic and health-spiritual characteristics in students from a Peruvian public university
Dr. Hernández Huaripaucar Edgar, Dr. Becerra Canales Bladimir, Dra. Chauca Carmen, Dra. Solano Garcia Cecilia Giuliana, Dra. Curro Urbano Olga María, Mg. Huamán Cayo Alex Martín. 114

Estudio comparativo de factores asociados a infección del sitio quirúrgico tras cirugía de fractura de cadera en hospitales de Ica y Trujillo / Comparative study of factors associated with surgical site infection after hip fracture surgery in hospitals in Ica and Trujillo
Dr. Barrientos Ramos Víctor Hugo, Dr. Vargas Morales Renán Estuardo, Dr. Barrientos Salazar Paolo Francesco. 121

CARTA AL EDITOR

Importancia de redactar una carta al editor / Importance of writing a letter to the editor
Luciana Ybaseta Soto, Martin Aroni Allcca. 131

La retroalimentación del docente en el estudiante de medicina / Teacher feedback to the medical student
Chalco Barrientos Guadalupe. 133

INSTRUCCIONES PARA AUTORES



La evaluación formativa en la formación médica: un enfoque integral

Almeida-Galindo José^{1,2}, Ybaseta-Medina Jorge³.

1. Docente Renacyt

2. Editor Jefe de la Revista Médica Panacea

3. 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>

DOI: <https://doi.org/10.35563/rmp.v12i3.549>

La formación médica es un proceso dinámico y complejo que requiere una evaluación continua y reflexiva para garantizar que los futuros profesionales de la salud adquieran las habilidades y conocimientos necesarios (1). En este contexto, la evaluación formativa emerge como un componente esencial para optimizar la calidad de la educación médica en nuestras facultades.

La evaluación formativa va más allá de la simple medición del rendimiento académico; se centra en el desarrollo integral de los estudiantes, identificando fortalezas y áreas de mejora. En nuestra Facultad de Medicina Humana, reconocemos la importancia de este enfoque y trabajamos arduamente para implementar estrategias de evaluación que promuevan el aprendizaje significativo.

La literatura médica respalda la idea que la evaluación formativa contribuye al crecimiento académico y personal de los estudiantes (Smith et al., 2018; Jones y Brown, 2020) (2). Al proporcionar retroalimentación oportuna y específica, los educadores pueden guiar a los estudiantes hacia la excelencia, fomentando una cultura de mejora continua (3).

En nuestra institución, estamos adoptando enfoques innovadores, como la evaluación por competencias, la evaluación basada en portafolios y la utilización de tecnologías educativas para mejorar la retroalimentación (3,4). Estas iniciativas no solo fortalecen la conexión entre la teoría y la práctica, sino que también preparan a nuestros estudiantes para desafíos de la atención médica moderna.

La evaluación formativa no solo beneficia a los estudiantes, sino que también impulsa la mejora institucional. Al monitorear constantemente nuestros métodos de evaluación, podemos adaptarnos a las necesidades cambiantes de la educación médica y garantizar la alineación de los estándares internacionales.

En conclusión, la evaluación formativa en la formación médica es un pilar fundamental para el éxito de nuestros estudiantes y el avance de nuestra facultad. Al comprometernos con prácticas evaluativas innovadoras y centradas en el estudiante, continuaremos cultivando médicos competentes, éticos y preparados para enfrentar los retos del siglo XXI.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Epstein R, Hunder E. Defining and assessing professional competence. JAMA. 2002;278(2): 226-235.
2. Shute V. Focus on formative feedback, review of educational research. 2008; 78(1): 153-189.
3. Frank R, Snell L, Cate Q. Competency-based medical education: theory to practice. Medical teacher. 2010; 32(8):638-645.
4. Cook A, Ellaway R. Evaluating technology-enhanced learning: a comprehensive framework. Medical teacher. 2016; 38(8): 841-848.



Cómo citar
Almeida-Galindo José, Jorge Ybaseta-Medina. La evaluación formativa en la formación médica: un enfoque integral. Rev méd panacea 2023;12(3): 94-95.
DOI: <https://doi.org/10.35563/rmp.v12i3.549>



Autoconcepto académico relacionado al funcionamiento y comunicación familiar en tiempos de Covid19 en estudiantes de una universidad pública

Academic self-concept related to family functioning and communication in times of Covid19 in students of a public university

Cordova-Delgado Margarita^{1,2,a}, Curro-Urbano Olga, Pastor-Ramírez Norma^{1,2,b}, Lizarbe-Alache Lazaro^{1,3,c}, Puza-Mendoza Gladys^{1,2,d}, Guevara-Saravia Monica^{1,4,e}, Oyola-García Alfredo^{1,5,f}.

- | | |
|---|-----------------------------------|
| 1. Universidad Nacional "San Luis Gonzaga. | a. Doctor en Ciencias de la Salud |
| 2. Docente Principal de la Facultad de Enfermería, Universidad "San Luis Gonzaga" | b. Doctor en Salud Pública. |
| 3. Docente auxiliar de la Facultad de Agronomía, Universidad "San Luis Gonzaga" | c. Magister Producción Agrícola |
| 4. Docente auxiliar de la Facultad de Agronomía, Universidad "San Luis Gonzaga" | d. Maestría en Educación |
| 5. Docente r de la Facultad de Medicina Humana, Universidad "San Luis Gonzaga" | d. Doctorado en Gestión Ambiental |
| | e. Magister en Epidemiología |

DOI: <https://doi.org/10.35563/rmp.v12i3.550>

Correspondencia:

Nombre: Margarita Córdova Delgado
Dirección: Calle Apurímac 148.
Teléfono: 981987830
Correo electrónico:
margarita.cordova@unica.edu.pe

Contribuciones de autoría:

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

Financiamiento:
Autofinanciado.

Cómo citar:

Cordova-Delgado Margarita, Curro-Urbano Olga, Pastor-Ramírez Norma, Lizarbe-Alache Lazaro, Puza-Mendoza Gladys, Guevara-Saravia Monica, Oyola-García Alfredo. Autoconcepto académico relacionado al funcionamiento y comunicación familiar en tiempos de Covid19 en estudiantes de una universidad pública. Rev méd panacea 2023;12(3):96-104. DOI: <https://doi.org/10.35563/rmp.v12i3.550>

Recibido: 24 - 09 - 2023
Aceptado: 08 - 10 - 2023
Publicado: 12 - 12 - 2023

RESUMEN

Autoconcepto es un constructo de categoría macro y polifacético construido cíclicamente desde el nacimiento y principalmente en la adolescencia y permiten los procesos de adecuación del ser humano. El presente trabajo de investigación de tipo observacional, descriptivo de corte transversal,

para la recolección de datos se utilizó la ficha de recolección de datos y las escalas se aplicaron al estudiante seleccionado. Los resultados indican que la edad promedio de los estudiantes fue 22,04 años, la mitad de ellos con edades por debajo de 22 años. El puntaje promedio del funcionamiento familiar fue 16,63 puntos, con una mediana de 22 puntos. El promedio de puntos obtenidos en la prueba de comunicación familiar fue 36,02, mientras que la mediana alcanzó 38 puntos. En el autoconcepto académico, el promedio fue 39,75; la mitad con puntaje de 39 a más. La edad, el funcionamiento familiar, la comunicación familiar y el autoconcepto académico tuvieron distribución atípica. El autoconcepto académico no se relacionó con la edad, el funcionamiento ni la comunicación familiares del estudiante ($p > 0,05$). Tampoco se halló relación con el sexo, el estado civil, la religión ni el ciclo académico del alumno ($p > 0,05$).

Conclusión: El nivel de Autoconcepto académico no se relaciona con el funcionamiento y comunicación familiar en tiempos de COVID19 en estudiantes de una universidad pública.

Palabras Claves: Autoconcepto, funcionamiento, comunicación, familiar, COVID19.

ABSTRACT

Self-concept is a macro and multifaceted category construct built cyclically from birth and mainly in adolescence and allow the adaptation processes of the human being. This research work is observational, descriptive, cross-sectional,

For data collection, the data collection form was used and the scales were applied to the selected student. The results indicate that the average age of the Nursing students was 22.04 years, half of them under 22 years of age. The average family functioning score was 16.63 points, with a median of 22 points. The average number of points obtained in the family communication test was 36.02, while the median reached 38 points. In academic self-concept, the average was 39.75; half with a score of 39 or more. Age, family functioning, family communication and academic self-concept had an atypical distribution. Academic self-concept was not related to the student's age, family functioning, or communication ($p > 0.05$). There was also no relationship found with the student's sex, marital status, religion, or academic year ($p > 0.05$).

Conclusion: The level of academic Self-concept is not related to family functioning and communication in times of COVID19 in students of a public university.

Key words: Self-concept, functioning, communication, family, COVID19.

INTRODUCCIÓN

Planteamiento del problema

En el mundo se evidencia múltiples variaciones en el ámbito de la educación principalmente con el uso de la Tecnología de la información y la comunicación (TIC). Ellas son una opción que faculta cambiar las competencias tradicionales y manejar un conglomerado estudiantil. La actual situación de pandemia del virus SARS: CoV-2 que trae como consecuencia el COVID-19 que permite una ruptura histórica en todos los contextos, pero este fue un impulso para el avance de las tecnologías con todas sus diversidades que estimula el éxodo y génesis de nuevas formas de comunicación principalmente online, "virtual" o digital con el uso del internet. Al mismo tiempo esta nueva enfermedad conlleva a nuevas formas de enseñanza aprendizaje fomentando la investigación con revisión sistemática y responsable de la pedagogía y a la reformación de la propuesta formativa en la Educación Superior¹.

Autoconcepto es un constructo de categoría macro y polifacético, construido cíclicamente desde el nacimiento y principalmente en la adolescencia y permiten los procesos de adecuación del ser humano. Desde el 2020 hasta la actualidad las situaciones traumáticas como la pandemia por COVID-19 permitió cambios traumáticos de la comunicación presencial a una virtual, este hecho modificó las competencias y modos de vida diferente, prevaleciendo las situaciones que modificaron el comportamiento como las adicciones (al uso de Internet, redes sociales y pornografía), acentuándose los índices de estrés y ansiedad y problemas con el aprendizaje, conductas autolíticas y destrucción etc. Estos hechos tuvieron relación con nuevas y a veces inadecuadas estrategias de afrontamiento frente a sucesos negativos. El autoconcepto es la conciencia de sí mismo una construcción teórica psicológica remarcado por factores funcionales referente a interacciones con el entorno de la persona. Durante la adolescencia, la creación de un buen autoconcepto que es un "proceso complejo debido a la presencia de influencias internas y externas que motivan la formación de nuevas habilidades e interacciones sociales y la identificación temprana de factores de riesgo que amenacen su satisfactorio desarrollo en los aspectos tanto familiar", sociocultural y académica que posibilita la toma de medidas correctas.²

1.2. Antecedentes de la investigación.

Cancino y otros en el 2022 indican que los estudiantes que realizan actividades físicas mayormente tienen mejor autoconcepto académico con relación a los que no lo practican. El Objetivo del trabajo de investigación fue "comparar la autoestima con el autoconcepto académico en escolares chilenos según sexo y hábito de actividad física. Secundariamente, asociar la autoestima con el autoconcepto académico de los escolares. Estudio transversal que evaluó a 108 escolares con edad media de 13,96" La recolección de datos se realizó usando la escala de Rosenberg, la escala de autoconcepto académico hubo diferencias significativas en los de sexo masculino referente a autoestima ($p= 0,007$), en las otras variables no hubo diferencias. Se halló una asociación estadística significativa entre la autoestima y la autoeficacia académica ($p < 0,05$). Concluyendo que hay asociación de la autoestima con la autoeficacia académica y el puntaje total de la escala de autoconcepto académico en escolares chilenos³.

Cahuana en el 2020 presenta un artículo científico cuyo objetivo fue "determinar la relación entre las variables autoconcepto y motivación académicos en talento. Puno-Perú. Estudio de tipo correlacional, no experimental y corte transversal; con 80 universitarios (programa beca 18) de una universidad de Puno", a ellos se les aplicó instrumentos: la subescala de autoconcepto académico AF5 y una escala de motivación académica, validados. Concluyendo que, a mayor autoconcepto académico, mayor será la motivación académica⁴.

Moronta presenta un artículo científico en el 2019 en el que indica que esta "investigación examina las diferencias en el autoconcepto académico, la motivación y la implicación de los escolares en función del sexo y el país en universitarios de República Dominicana y España, así como la dirección de la relación de estas variables en estos países". Se tomó en cuenta una muestra de 1101 alumnos de Instituciones superiores públicas y privadas de Santo Domingo y País Vasco. Para la recolección de datos se utilizó los instrumentos el (AUDIM) referente a autoconcepto. Cuyos resultados indican que las personas de sexo femenino tienen mayor autoconcepto en académica verbal y los de sexo masculino en los aspectos matemáticos en República Dominicana y España⁵.

Taborda y otros en el 2021 presentan un trabajo de investigación con el siguiente objetivo "Establecer la asociación entre el estilo cognitivo y el autoconcepto en estudiantes universitarios, como variables que pueden influir potencialmente en el aprendizaje. Una investigación descriptiva correlacional, de corte transversal, que vinculó estudiantes que estuvieran matriculados en la Universidad de Caldas". Se aplicó un instrumento el Test de Figuras Enmascaradas (EFT) con 547 dicentes y el Test de Autoconcepto Forma 5 (AF5) para hallar el autoconcepto académico. Los Resultados indican que el aspecto cognitivo no se asocia con ninguna de las dimensiones del autoconcepto. En el caso de personas del sexo masculino el estilo cognitivo tuvo asociación directa con las dimensiones del autoconcepto académico-laboral y físico⁶.

Rebolledo y otros en el 2021 publican una investigación cuyo objetivo es "establecer la relación entre el auto concepto y el rendimiento académico de estudiantes de los grados noveno, décimo y undécimo de la institución educativa Bello Horizonte de Valledupar, con una población de 687 estudiantes con una muestra de 293 estudiantes", un trabajo de investigación de paradigma cuantitativo correlacional de corte transversal, con un muestreo no probabilístico estratificado en quienes se usó el cuestionario AF-5, los datos sobre rendimiento académico se recolectó del registro de notas de la citada institución educativa. Los resultados demuestran que el autoconcepto académico presenta distribuciones en los deciles altos y autoconcepto emocional en los deciles bajos, lo que se ve reflejado en el ciclo vital que están los estudiantes⁷.

Mansilla en el 2020 presenta un artículo científico que se trata sobre una revisión de investigaciones centrada en determinar la relación entre autoconcepto y desempeño académico. "Los resultados indican que los estudios evidencian relaciones entre autoconcepto y rendimiento académico, donde el autoconcepto sería uno de los múltiples factores que inciden en el desempeño y existen condiciones que modulan estas relaciones: género, contexto educativo, situación de discapacidad" y otros 8.

MATERIALES Y MÉTODOS

Trabajo de investigación observacional, descriptivo de corte transversal

Participantes: La población objetivo estuvo conformada por todos los estudiantes de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional San Luis Gonzaga, departamento de Ica. La población accesible estuvo conformada por todos los estudiantes matriculados en el año académico 2022 II.

La muestra se calculó para un máximo poder muestral ($p=50\%$), error de 5% y significancia de 95%, teniendo en consideración la población estudiantil asciende a 434 estudiantes. La muestra calculada es igual a 205 estudiantes a los que se adicionó 22 alumnos por posible pérdida de muestra, quedando finalmente en 227 estudiantes.

Criterios de inclusión y exclusión:

Se incluyeron a estudiantes universitarios de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional San Luis Gonzaga, matriculados en el año académico 2020 II, de ambos sexos, menores de 30 años y que aceptaron participar en el estudio a través del consentimiento informado.

Se excluyeron a aquellos estudiantes que se encuentren con descanso médico, que solicitaron reserva de matrícula o que no deseen continuar participando en el estudio.

Instrumento

En el estudio se utilizaron los siguientes instrumentos:

- Ficha de recolección de datos del estudiante (Anexo 1). Incluye las variables de estudio referidas a las características generales, académicas y de salud mental del estudiante.
- Escala de autoconcepto académico (Anexo 2). Desarrollada por Schmidt et al. (2008), adaptada por Méndez y Gálvez (2018). Esta ficha está compuesta de 12 enunciados con escala tipo Likert de cinco puntos (1 = totalmente en desacuerdo, 5 = totalmente de acuerdo), los que se encuentran organizados en dos factores: "Rendimiento Percibido, el cual se refiere a la percepción de rendimiento actual y posibles dificultades para el aprendizaje (ítems: 6, 7, 8, 9, 12) y Autoeficacia Académica, referido a la percepción de las propias capacidades académicas" (ítems: 1, 2, 3, 4, 5, 10, 11). A mayor puntuación mejor autoconcepto académico por parte del entrevistado 9.
- APGAR – Escala de funcionamiento familiar (Anexo 3). Esta escala tiene la propiedad evaluar cinco funciones básicas de la familia: adaptación, participación, gradiente de recurso personal, afecto, y recursos (36). Presenta cinco enunciados calificados a través de una escala de Lickert (0=nunca; 1=casi nunca; 2=algunas veces; 3=casi siempre; 4=siempre). La puntuación obtenida califica el funcionamiento familiar en: familia funcional (18-20 puntos), familia con disfunción leve (15-17 puntos), familia con disfunción moderada (12-14 puntos) y familia con disfunción moderada (11 puntos o menos)10

Escala de comunicación familiar (Anexo 4). Conformada por "diez enunciados valorados mediante una escala de tipo Likert de cinco alternativas (1=extremadamente insatisfecho, 2=generalmente insatisfecho, 3=indeciso, 4=generalmente satisfecho y 5=extremadamente satisfecho), con una puntuación máxima posible de 50 y mínima de 10. Esta escala fue validada en universitarios peruanos"11.

Los datos fueron recolectados a través de un formulario elaborado con el aplicativo GoogleForms®. Los instrumentos fueron aplicados mediante una encuesta virtual y por vía telefónica, según la viabilidad de comunicación entre el entrevistador y el estudiante, así como con el jefe del hogar.

La ficha de recolección de datos y las escalas se aplicaron al estudiante seleccionado.

Los datos fueron descargados en un archivo MS Excel® para su control de calidad y codificación; luego se etiquetaron y analizaron con el programa IBM SPSS®. Las variables que tienen un porcentaje de no respuesta mayor del 10% no fueron incluidas en el análisis.

Análisis de datos

Se realizó la descripción de las variables mediante el cálculo de las medidas de distribución y tendencia central en las variables numéricas y el cálculo de porcentajes en variables categóricas.

Asimismo, se realizó la comparación de los promedios de las variables según las categorías de la variable de interés. La significancia de la diferencia de los promedios fue evaluada mediante las pruebas T de Student y ANOVA, así como U de Mann Whitney y Kruskal Wallis cuando los datos tuvieron distribuciones normal o atípica, bajo la prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov. La comparación de los valores relativos de las variables categóricas -según la variable de interés- fueron contrastados con la prueba de Chi cuadrado. La asociación entre las variables numéricas se determinó mediante el coeficiente de correlación de Spearman. Valores de p menores a 0,05 y considerados significativos.

Para las sesiones de aprendizaje tuvimos tres profesionales expertos: Un médico, una psicóloga especialista en la materia y una nutricionista. Invitamos además a dos estudiantes de medicina de los últimos años de estudio a dictar charlas en los talleres. Se realizó las pruebas de normalidad Kolmogorov- Smirnov para la diferencia del Pre y post test para las respuestas correctas e incorrectas.

Aspectos Éticos y Legales

La investigación forma parte del deber de producción científica anual de los docentes investigadores de la Universidad Nacional San Luis Gonzaga, al amparo del Reglamento General de Investigación (Resolución Rectoral N°2928-R-UNICA-2021) Los estudiantes incluidos en el estudio fueron convocados durante las actividades lectivas programadas en el semestre académico, previa coordinación con el docente responsable.

La participación en el estudio se realizó después que los estudiantes seleccionados otorguen su consentimiento informado. La encuesta fue anónima, por lo que no se solicitaron datos que permitan la identificación del estudiante. Finalmente, se mantuvo la confidencialidad de los datos obtenidos durante la ejecución de la investigación

RESULTADOS

Los estudiantes fueron principalmente de sexo femenino (197; 86,78%), de estado civil no unidas (206; 90,75%), de religión católica (179; 78,85%), del sexto y octavo ciclo (58,15%) (Tabla 1).

La edad promedio de los estudiantes fue 22,04 años, la mitad de ellos con edades por debajo de 22 años. El puntaje promedio del funcionamiento familiar fue 16,63 puntos, con una mediana de 22 puntos. El promedio de puntos obtenidos en la prueba de comunicación familiar fue 36,02, mientras que la mediana alcanzó 38 puntos. En el autoconcepto académico, el promedio fue 39,75; la mitad con puntaje de 39 a más (Tabla 2). La edad, el funcionamiento familiar, la comunicación familiar y el autoconcepto académico tuvieron distribución atípica.

Tabla 1. Características de los estudiantes según sexo, religión y ciclo académico. UNSLG, 2022.

Característica	n	%
Sexo		
Masculino	30	13,22
Femenino	197	85,78
Estado civil		
Unido	21	9,25
No unido	206	90,75
Religión		
Católico	179	78,85
No católico	21	9,25
Ninguno	27	11,89
Ciclo académico		
4	31	13,66
6	71	31,28
8	61	26,87
9	38	16,74
10	26	11,45

Tabla 2. Características de los estudiantes según edad, funcionamiento familiar, comunicación familiar y autoconcepto académico. UNSLG, 2022.

Variable	Media	EE	P25	Mediana	P75
Edad (años)	22,04	0,12	21,00	22,00	23,00
Funcionamiento familiar (puntos)	16,63	0,31	10,00	14,00	17,00
Comunicación familiar (puntos)	36,02	0,57	31,00	38,00	40,00
Autoconcepto académico (puntos)	39,75	0,35	36,00	39,00	43,00

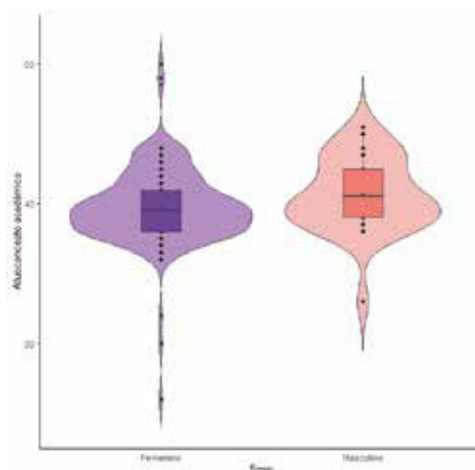
El autoconcepto académico no se relacionó con la edad, el funcionamiento ni la comunicación familiares del estudiante ($p > 0,05$) (Tabla 3).

Tabla 3. Asociación del autoconcepto académico con la edad, funcionamiento y comunicación familiar de los estudiantes de enfermería. UNSLG, 2022.

Variable	Autoconcepto académico (puntos)	
	rho	p
Edad (años)	0,02	> 0,05
Funcionamiento familiar (puntos)	0,02	> 0,05
Comunicación familiar (puntos)	0,03	> 0,05

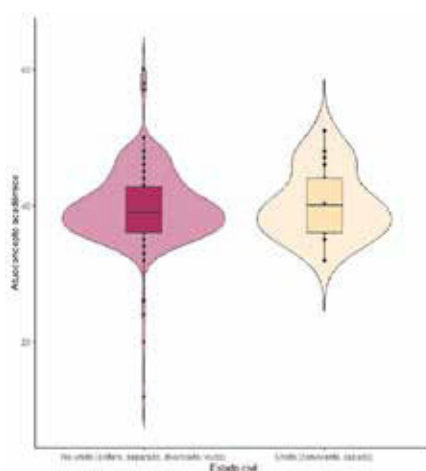
No se halló relación con el sexo, el estado civil, la religión, el ciclo académico ni la actividad laboral del alumno ($p > 0,05$) (Gráficos 1, 2, 3, 4 y 5).

Gráfico 1: Autoconcepto académico según sexo de los estudiantes de enfermería. UNSLG, 2022



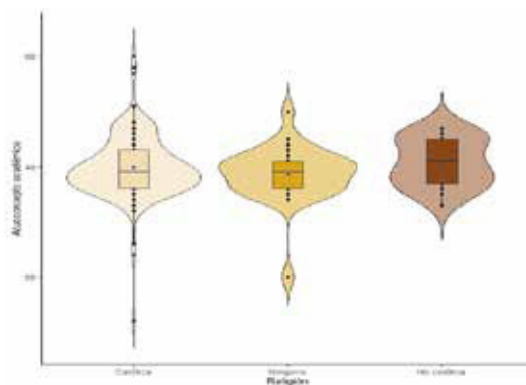
Prueba de Kolmogorov-Smirnov: $p = 0,07948$
 Prueba de Levene: $p = 0,6467$
 Prueba t de Student: $t = -1,6149$; $gl = 38,356$; $p = 0,1145$

Gráfico 2: Autoconcepto académico según estado civil de los estudiantes de enfermería. UNSLG, 2022



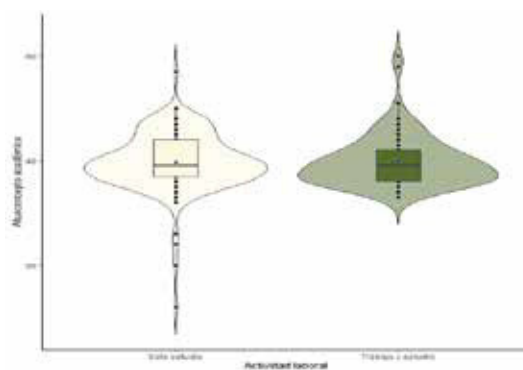
Prueba de Kolmogorov-Smirnov: $p = 0,1591$
 Prueba de Levene: $p = 0,8021$ Prueba t de Student: $t = -0,52544$; $gl = 24,754$; $p = 0,604$

Gráfico 3: Autoconcepto académico según religión de los estudiantes de enfermería. UNSLG, 2022



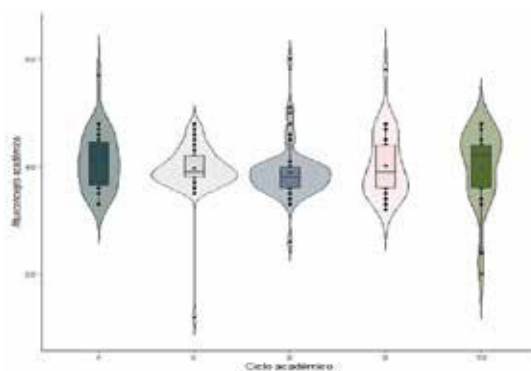
Prueba de Kolmogorov-Smirnov: $p = 0,21$, Prueba de Levene: $p = 0,8738$
Prueba ANOVA: $F=1,0077$; $p=0,3667$

Gráfico 4: Autoconcepto académico según actividad laboral de los estudiantes de enfermería. UNSLG, 2022



Prueba de Kolmogorov-Smirnov: $p = 0,0002$
Prueba de Wilcoxon: $W = 6329$; $p = 0,4181$

Gráfico 5: Autoconcepto académico según ciclo académico de los estudiantes. UNSLG, 2022



Prueba de Kolmogorov-Smirnov: $p = 0,1079$
Prueba de Levene: $p = 0,003369$
Prueba de Kruskal-Wallis: ji -cuadrada = $5,5253$; $gl = 4$; $p = 0,2375$

DISCUSIÓN

Los estudiantes fueron principalmente de sexo femenino (197; 86,78%), de estado civil no unidas (206; 90,75%), de religión católica (179; 78,85%), del sexto y octavo ciclo (58,15%).

Los estudiantes que intervinieron en la encuesta fueron principalmente de 22,04 media de edad, con funcionalidad familiar de media 16,63, comunicación familiar de una mediana de 38, autoconcepto académico de 39,75 de media. Espinoza M. en un trabajo de investigación realizado en el 2023 refiere que la familia es el núcleo importante de la comunidad y sociedad, indican que es un "sistema formado por personas unidas por lazos de sangre, de afinidad como el matrimonio y la adopción, se guían de reglas de comportamiento, transmitiéndose la cultura, los valores y se da inicio al desarrollo de la identidad de sus miembros" y en el trabajo de investigación publicado precisa que la variable funcionalidad familiar está asociada positiva y significativamente con la variable autoconcepto académico¹⁴. Según Vásquez C. en el artículo publicado en Portugal en el año 2022, indica que las diferencias en la "puntuación de autoconcepto global: el alumnado de Artes y Humanidades mostró mayor autoconcepto global, que el de Ciencias de la Salud y que el de Ciencias Sociales y Jurídicas, mientras que el de Ingeniería y Arquitectura tuvo puntuaciones superiores" que el de Ciencias de la Salud¹⁵.

El autoconcepto académico no se relacionó con la edad, el funcionamiento ni la comunicación familiares del estudiante ($p > 0,05$). Se contraponen a este resultado el trabajo de investigación realizado por Vicent M et. al. 2015 cuyo objetivo consistió en analizar las diferencias de género y edad en las distintas dimensiones del autoconcepto en una muestra de 1414 estudiantes chilenos de entre 13 y 22 años. "También se observó una tendencia en los alumnos de mayor edad a puntuar más alto en Autoconcepto Académico General, Habilidades Físicas, Apariencia Física, Relaciones con el Sexo Opuesto y Autoestima, que sus iguales de menor edad"¹⁶.

Tampoco se halló relación con el sexo del alumno ($p > 0,05$), coincide esta aseveración con el trabajo de Moronta I. et. al. 2019 los resultados señalan que: (a) que "las mujeres muestran mejor autoconcepto académico verbal y los hombres en el matemático en ambos países. (b) en motivación general existe diferencia a favor de las mujeres en España. (c) existe diferencia a favor de las mujeres en ambos países"¹⁷.

Chávez M. et. al 2023 en su trabajo de investigación publicado en México "reconoce un importante porcentaje de universitarios con un bajo autoconcepto: 22,9% en 2019-2 y 26,7% en 2018-2. En ambas generaciones se encuentran relaciones significativas ($p < 0,05$) entre autoconcepto académico y rendimiento escolar"¹⁸.

Estibaliz Ramos-Díaz et. al. en el 2017 Este artículo evalúa la relación del autoconcepto con bienestar subjetivo (satisfacción con la vida, afecto positivo y afecto negativo). Con la participación de 1.250 alumnos (media de edad=13,72, DT=1,09) que fueron escogidos en forma aleatoria. Se recolectaron los datos con el "Cuestionario de Autoconcepto Dimensional (AUDIM), la Escala de Satisfacción con la Vida (SWLS) y la Escala de Balance Afectivo (EBA). Cuyos resultados precisan que los adolescentes con autoconcepto alto tienen el puntaje significativo altas que los otros adolescentes con autoconcepto bajo" en satisfacción con la vida y afecto positivo y puntuaciones más bajas en afecto negativo¹⁹.

Sánchez Y. et. al. en un artículo publicado en el 2020 cuya revisión nos indica que se trata de un trabajo de investigación de método mixto, cuasiexperimental, descriptivo. Los instrumentos de recolección de datos fueron el Kardex de calificaciones, AF-5, Inventario de Autoestima y la entrevista. Las conclusiones abordadas por los autores indica que el autoconcepto y la autoestima poseen una influencia "bidireccional sobre el rendimiento académico y se considera pertinente impulsar estrategias que fortalezcan la parte socioafectiva del estudiante en contextos educativos, para promover el logro académico desde los cuatro pilares de la educación; saber, saber hacer, saber convivir y saber ser"²⁰.

En los centros de educación superior, el autoconcepto es un constructo relevante porque influye en el bienestar psicosocial, en el afianzamiento de la personalidad, el rendimiento académico y el desarrollo de las emociones. Conceptualizar el autoconcepto es valorar individualmente sobre su imagen que conlleva a la mejor realización de sus de sus acciones cotidianas, principalmente las actividades educativas, cuando autoconcepto disminuye, el docente reduce la opinión que tiene de sí mismo, el que conlleva a la débil predisposición para enfrentar las tareas y actividades científicas disminuyendo de alcanzar el "éxito en el cumplimiento de las principales tareas universitarias. El autoconcepto se define como la opinión que una persona tiene sobre sí misma, lo cual lleva asociado un juicio de valor e incluye la percepción de sus capacidades y flaquezas" ²¹.

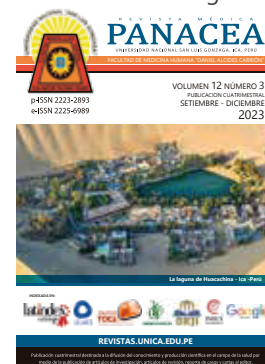
Otra investigación llevada a cabo bajo la temática del autoconcepto fue la denominada "Percepción del autoconcepto físico en estudiantes universitarios en tiempos de confinamiento por COVID-19" de Duarte & Cardozo (2021), que son docentes en la Facultad de Ciencias de la Salud y del Deporte de la Fundación Universitaria del Área Andina de Colombia. Se analizó la percepción del autoconcepto físico en estudiantes universitarios en tiempos de confinamiento por COVID-19 para lo que aplicaron el cuestionario de autoconcepto "Physical Self Questionnaire" o "Cuestionario físico propio". Se trabajó con una muestra de 499 universitarios y se detectó que los estudiantes de estratos socioeconómicos más altos presentaban menores puntuaciones que los de estratos más bajos, así como que los universitarios de mayor edad presentaron menores puntuaciones en autoestima y autoconcepto físico

CONCLUSIONES

1. En el autoconcepto académico, el promedio fue 39,75; la mitad con puntaje de 39 a más. El puntaje promedio del funcionamiento familiar fue 16,63 puntos, con una mediana de 22 puntos. El promedio de puntos obtenidos en la prueba de comunicación familiar fue 36,02, mientras que la mediana alcanzó 38 puntos.
2. La edad, el funcionamiento familiar, la comunicación familiar y el autoconcepto académico tuvieron distribución atípica.
3. El autoconcepto académico no se relacionó con la edad, el funcionamiento ni la comunicación familiares del estudiante ($p > 0,05$). Tampoco se halló relación con el sexo, el estado civil, la religión ni el ciclo académico del alumno ($p > 0,05$). La frecuencia del síndrome de Burnout fue bajo, aunque en las dimensiones cansancio emocional si hubo diferencias significativas según sexo y profesión, además las dificultades que podrían tener fueron jefatura y encargaturas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Merino, M., El uso del foro virtual y su relación con el autoconcepto académico en estudiantes de Posgrado. *Revista de Investigación de la Universidad Norbert Wiener*. 2021; 10(2); 103–118. <https://doi.org/10.37768/unw.rinv.10.02.009>
- Montalvo, E., Jaramillo, A. Habilidades sociales y autoconcepto en adolescentes durante el aislamiento social por pandemia de COVID-19. *Rev Eug Esp [Internet]*. 2022; 16(3): 47-57. <https://doi.org/10.37135/ee.04.15.06>.
- Cancino, A., Gedda, R., Herrera, T., Magnani, B., Guzmán, E., López, A., Valdés, P. Autoestima y autoconcepto académico en escolares durante la pandemia por la COVID-19. *Revista Cubana de Medicina Militar [Internet]*. 2022; 51 (3) Disponible en: <https://revmedmilitar.sld.cu/index.php/mil/article/view/2012>
- Cahuana, M., Carranza, E., Renzo, F. Autoconcepto académico y motivación académica en jóvenes talento del departamento de Puno, Perú. *Propósitos y Representaciones*, 2020. 8(3), e788. <https://dx.doi.org/10.20511/pyr2020.v8n3.788>
- Moronta, I., Rodríguez, A., y Fernández, O. Autoconcepto académico, motivación escolar e implicación escolar del alumnado universitario de República Dominicana y España. *Aula Abierta*. 2019; 48(3), 271–278. <https://doi.org/10.17811/rifie.48.3.2019.271-278>
- Taborda, J., Montoya, D., Dussán, C., y Nieto, L. Estilo cognitivo y autoconcepto en una muestra de estudiantes universitarios de la ciudad de Manizales. *Tempus Psicológico*, 2021; 4(2). <https://doi.org/10.30554/tempuspsi.4.2.4064.2021>
- Rebolledo, M., Tirado, M., Mahecha, D., & Villalobos, J. del C. (2021). Incidencia del autoconcepto en el rendimiento académico de los estudiantes de educación secundaria. *Encuentros*, 19(01). <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7778058>
- Mansilla, D., Cheuquián, M., Pillancari, L., Espinoza, L. Autoconcepto y rendimiento académico: una revisión de la Literatura Hispana. *Rev. INTEREDU*. 2021;1(2): 109-131.
- Méndez J, Gálvez JL. Propiedades psicométricas de la Escala de Autoconcepto Académico (EAA) en estudiantes universitarios chilenos. *Liberabit Revista Peruana de Psicología*. 2018; 24(1):131–45. Disponible en: <http://ojs3.revistaliberabit.com/index.php/Liberabit/article/view/7>
- Castilla HA, Caycho TP, Shimabukuro M, Valdivia AA. Percepción del funcionamiento familiar: Análisis psicométrico de la Escala APGAR-familiar en adolescentes de Lima. *Propósitos y Representaciones [Internet]*. 2014;2(1):49–78. Disponible en: <https://revistas.usil.edu.pe/index.php/pyr/article/view/53>
- Copez-Lonzoy A, Villarreal-Zegarra D, Paz-Jesús Á, Copez-Lonzoy A, Villarreal-Zegarra D, Paz-Jesús Á. Propiedades psicométricas de la Escala de Comunicación Familiar en estudiantes universitarios. *Revista Costarricense de Psicología*. 2016;35(1):37–52. Disponible en: <https://www.scielo.sa.cr/pdf/rcp/v35n1/1659-2913-rcp-35-01-37.pdf>
- Bolaños L. Analisis Factorial. https://rstudio-pubs-static.s3.amazonaws.com/584396_130454ceaaf946d786f35df57bdf659.html
- Castilla HA, Caycho TP, Shimabukuro M, Valdivia AA. Percepción del funcionamiento familiar: Análisis psicométrico de la Escala APGAR-familiar en adolescentes de Lima. *Propósitos y Representaciones*. 2014;2(1):49–78. Disponible en: <https://revistas.usil.edu.pe/index.php/pyr/article/view/53>
- Espinoza Gastulo, M. Y. Funcionalidad familiar y autoconcepto académico en adolescentes de una Institución Educativa Nacional de provincia.2020. <http://hdl.handle.net/10757/652195>
- Vasquez C. Autoconcepto del alumnado universitario. *Revista De Estudios E Investigación en Psicología Y Educación*. 2022, 9(0), 220-232 <https://doi.org/10.17979/reipe.2022.9.0.8905>.
- Vicent M, Lagos-San Martín N, González C, Inglés CJ, García-Fernández JM, Gomis N. Diferencias de género y edad en autoconcepto en estudiantes adolescentes chilenos. *RevPsicología*. 2015 ;24(1). Disponible en: <https://revistapsicologia.uchile.cl/index.php/RDP/article/view/36752>
- Moronta IDJ, Rodríguez A, Fernández O. Autoconcepto académico, motivación escolar e implicación escolar del alumnado universitario de República Dominicana y España. *AULA_ABIERTA [Internet]*. 8 de agosto de 2019 [citado 20 de octubre de 2023];48(3):271-8. Disponible en: <https://reunido.uniovi.es/index.php/AA/article/view/13703>
- Chávez M, Flores M, Castillo P. Caracterización del autoconcepto y su relación con rendimiento escolar en dos generaciones de universitarios. *Psicología Iztacala*. 2023;25(3). Disponible en: <https://www.revistas.unam.mx/index.php/rep/article/view/84734>
- Ramos-Díaz E. et. al. El autoconcepto y el bienestar subjetivo en función del sexo y del nivel educativo en la adolescencia, *Psicología Educativa*. 2017; 23(2), 89-94, <https://doi.org/10.1016/j.pse.2017.05.005>.
- Sanchez Y. El autoconcepto y la autoestima en el rendimiento académico de estudiantes de Medicina: caso UAS.2020. https://www.researchgate.net/publication/341670045_El_autoconcepto_y_la_autoestima_en_el_rendimiento_academico_de_estudiantes_de_Medicina_caso_UAS
- Mato-Medina, O. E., Matos-Ceballos, J. J., Prieto-Noa, J., Hernández-Acal, F. R., & Yocupicio-Cámara, F. R. Autoconcepto y rendimiento académico de los estudiantes de la Facultad Ciencias de la Salud. *Revista Metropolitana de Ciencias Aplicadas*.2023; 6(S2), 172-184.
- Duarte, L. L., & Cardozo, L. A. Percepción del autoconcepto físico en estudiantes universitarios en tiempos de confinamiento por COVID-19. *Cuadernos de Psicología del Deporte*, 2021; 21(3), 48-61.





Factores de riesgo asociado a fístula enterocutánea en colostomía en un Hospital General de Ica, Perú

Risk factors associated with enterocutaneous fistula in colostomy in a General Hospital in Ica, Peru

Aroni-Allcca Martín¹, Cáceres-Bellido Fermín², Ybaseta-Soto Luciana³.

1. Bachiller de Medicina Humana de la Universidad Nacional San Luis Gonzaga. <https://orcid.org/0009-0001-0203-0057>
2. Docente Asociado de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional San Luis Gonzaga. <https://orcid.org/0000-0002-2849-3260>
3. Estudiante de Medicina Humana de la Universidad Nacional San Luis Gonzaga. <https://orcid.org/0009-0003-6398-967X>

DOI: <https://doi.org/10.35563/rmp.v12i3.551>

Correspondencia:

Nombre: Martín Aroni Allcca
Dirección: Calle Luis Valcárcel B-15 San Joaquín Ica, Perú
Teléfono: (+51) 966217689
Correo electrónico:
aronimartin.5390@gmail.com

Contribuciones de autoría:

MAA: Diseño del estudio, análisis, redacción, revisión crítica del manuscrito y aprobación final del manuscrito.
FCB: Participó en análisis, revisión crítica del manuscrito y aprobación final del manuscrito.
LYS: Recolección de datos, revisión del manuscrito.

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

Financiamiento:

Autofinanciado.

Cómo citar:

Aroni-Allcca Martín, Cáceres-Bellido Fermín, Ybaseta-Soto Luciana. Factores de riesgo asociado a fístula enterocutánea en colostomía en un Hospital General de Ica, Perú. Rev méd panacea 2023;12(3):105-113. DOI: <https://doi.org/10.35563/rmp.v12i3.551>

RESUMEN

Objetivo: Determinar cuáles son los factores de riesgo asociados a fístula enterocutánea en colostomía, Hospital Santa María del Socorro 2020-2022. **Metodología:** Diseño de tipo cuantitativo observacional analítico correlacional transversal y retrospectiva. **Resultados:** Establecemos que, de los 115 pacientes estudiados, 15 presentaron fístula enterocutánea en colostomía, considerando ambos sexos y todas las edades. La frecuencia de fístula enterocutánea en colostomía, fue del 13,00% del total de pacientes estudiados. El 46,67% presentó Hipoalbuminemia, el 40,00 % presentó ASA IV, el 93,33% presentó Sepsis, el 60,00% presentó uso de drenaje, el 80,00 % presentó Cáncer, el 80,00% presentó Enfermedad Intestinal y el 20,00% presentó tuberculosis. Las características antropométricas de los pacientes según la edad, el 4,35% fueron menores de 18 años, el 9,57% fueron de 18 a 40 años, el 27,83% fueron de 41 a 60 años, el 40,87% fueron de 61 a 80 años y el 17,39% fue representado por personas mayores de 80 años. Y según el sexo, el 40,00% fue representado por el sexo masculino mientras que el sexo femenino representó el 60,00%. Según el IMC se observó que el 11,30% de los pacientes padecieron de obesidad, el 44,35% tuvieron un Peso normal y el 44,35% padecieron de sobrepeso. Los factores de riesgo de alto flujo de los pacientes con fístula enterocutánea en colostomía se identificó la hipoalbuminemia OR=10,063; ASA IV OR=8,857; sepsis OR=73,500; uso de drenaje OR=15,167; y el cáncer OR=24,750. **Conclusión:** Los principales resultados de los factores de riesgo asociados a fístula enterocutánea en colostomía establecieron que la hipoalbuminemia OR= 10,063; ASA IV OR=8,857; sepsis OR=73,500; uso de drenaje OR=15,167; el cáncer OR=24,750 la tuberculosis OR=6,000; y la enfermedad intestinal OR=6,000, como resultados ideales. Además de la edad mayor a 61 años y el sobrepeso. **Palabras clave:** Fístula, factores de riesgo, cirugía general, Perú.

Recibido: 24 - 09 - 2023
Aceptado: 08 - 10 - 2023
Publicado: 12 - 12 - 2023

INTRODUCCIÓN

Las complicaciones en cirugías pueden incluir la formación de fístulas enterocutáneas, lo que puede requerir que el paciente permanezca en el hospital durante dos o tres meses. En los años 60, la tasa de mortalidad por este problema era del 40 al 65%, pero los datos actuales muestran una tasa del 6 al 21%. En países como México, la incidencia de fístulas del sistema digestivo varía del 20 al 30% en diferentes grupos de edad (1).

En nuestro país, hay pocos estudios sobre las causas y factores de riesgo de las fístulas enterocutáneas. Sin embargo, un estudio realizado en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins registró 284 casos de fístulas externas postoperatorias del tracto gastrointestinal de un total de 5561 pacientes, lo que representa el 5.1% (2,3).

La presencia de fístulas enterocutáneas es un problema físico y emocional para el paciente y su familia, y debe considerarse como una posible complicación en el 75-90% de las intervenciones abdominales, con una incidencia del 0.8-2% (4).

A medida que la esperanza de vida ha aumentado, las cirugías se han vuelto más complejas, lo que ha llevado a un aumento en la incidencia de fístulas enterocutáneas, con tasas de mortalidad del 15 al 37%, e incluso hasta el 60% en casos relacionados con sepsis, desnutrición y trastornos hidroelectrolíticos. También se reportan tasas de mortalidad del 62% para fístulas gastroduodenales, del 54% para fístulas de intestino delgado y del 16% para fístulas de intestino grueso y colón (5,6).

Las fístulas enterocutáneas se presentan en el 10% de los pacientes sometidos a colostomía terminal, y la ubicación de la fístula y las características del paciente influyen en el pronóstico. Se estima que del 75% al 90% de las fístulas enterocutáneas son el resultado de errores en procedimientos quirúrgicos, lo que se refleja en tasas de mortalidad del 15 al 37% a nivel mundial (7).

A pesar de los avances, las fístulas enterocutáneas siguen siendo una complicación común en cirugías, con una tasa de mortalidad del 5 al 20%, especialmente cuando están relacionadas con sepsis, cambios nutricionales y desequilibrios electrolíticos (8).

El manejo adecuado de las fístulas enterocutáneas es crucial debido a su impacto en la salud del paciente. Identificar los factores de riesgo es fundamental para iniciar un tratamiento oportuno. La tomografía computarizada es una herramienta útil para este propósito. Las fístulas enterocutáneas pueden estar asociadas con malignidades, exposición a radiación y enfermedades inflamatorias del tracto gastrointestinal. El reconocimiento temprano y el manejo adecuado de las fístulas enterocutáneas por parte del cirujano son fundamentales para minimizar las complicaciones, como la sepsis y los trastornos hidroelectrolíticos (9).

El desarrollo de la fístula enterocutánea parte de la identificación de un trayecto anormal dentro del sistema gastrointestinal y a nivel de la piel, la presencia de estas fístulas pueden tener condiciones directas como la malignidad, exposición algún tipo de radiación, presencia de condiciones inflamatorias como la enfermedad gastrointestinal que son una de las alteraciones más comunes en intervenciones quirúrgicas, que debe ser manejada por el cirujano (10-12).

A pesar de los cuidados, esta complicación es frecuente. Por ello, nuestro objetivo es determinar los factores de riesgo de las fístulas enterocutáneas en el Hospital Santa María del Socorro para mejorar la calidad del tratamiento de pacientes propensos a esta complicación.

METODOLOGÍA

Para el desarrollo de la presente investigación se estableció un diseño de tipo cuantitativo observacional analítico correlacional transversal y retrospectiva.

Cuantitativo porque se va a establecer la recolección de los datos de las historias clínicas las cuales ya cuentan con sus reportes de laboratorio y de las intervenciones quirúrgicas con relación a las características de cada paciente.

Analítico correlacional ya que se van a asociar las características de la variable dependiente con cada una de las variables independientes, parte de un modelo observacional ya que no vamos a intervenir en ninguno de los fenómenos que se pretende estudiar y transversal ya que todo va a ser medido en un momento determinado.

Población

Fueron 115 pacientes operados de cirugías abdominales del Hospital Santa María del Socorro durante el 2020-2022.

Muestra

El tamaño muestral se incluyó a la totalidad de pacientes operados de cirugías abdominales del Hospital Santa María del Socorro durante el 2020-2022.

Criterios inclusión:

Pacientes que acudieron al Hospital Santa María del Socorro durante el 2020-2022 y que fueron atendidos en el Servicio de Cirugía.

Pacientes cuyos datos dentro de la historia clínica se encuentren completos, legibles y cumplan con todas las características requeridas.

Pacientes sometidos a intervención quirúrgica abdominal.

Pacientes con fistula enterocutánea.

Criterios exclusión:

Pacientes con las historias clínicas que tengan información incompleta.

Pacientes sometidos a otro tipo de cirugía como pélvica, torácica.

Pacientes que no presentaron fistula enterocutánea.

Técnicas de recolección de datos.

En este estudio, se empleó la técnica de recolección de datos mediante la documentación, utilizando información extraída de los historiales clínicos, incluyendo resultados de laboratorio, informes operatorios y datos de pacientes sometidos a cirugía abdominal para diagnosticar la presencia de fistula enterocutánea. Se utilizó una ficha de recolección de datos para recopilar la información de los historiales clínicos de cada paciente incluido en el estudio, la cual fue posteriormente procesada en una base de datos creada en el programa MS Excel 2019, específicamente diseñada para este trabajo. Esta base de datos fue revisada y ordenada para identificar datos inconsistentes que pudieran afectar el análisis posterior. Una vez completada esta tarea, se procedió al análisis de los datos.

Se obtuvo acceso a los datos a través del personal de archivo del Hospital Santa María del Socorro, tras la aprobación del trabajo de investigación. Una vez seleccionados los historiales clínicos que se analizarían, se registró la información en las fichas de recolección de datos para su posterior ingreso en la base de datos diseñada en MS Excel, con el fin de realizar un análisis posterior.

El análisis de los datos se llevó a cabo utilizando el programa estadístico SPSS v. 26. Se inició con un análisis descriptivo para examinar la frecuencia y porcentaje de las variables cualitativas, así como las medidas de tendencia central y dispersión de las variables cuantitativas. Posteriormente, se realizó un análisis estadístico para buscar asociaciones entre la variable dependiente y cada variable independiente, utilizando la prueba de chi cuadrado y considerando un valor p menor a 0.05 como estadísticamente significativo. Además, se realizó un análisis multivariado a través de regresión logística, utilizando odds ratios (OR) y sus respectivos intervalos de confianza al 95%.

RESULTADOS

Después de haber establecido los resultados de la investigación con la recolección de los datos se establece la respuesta a cada uno de los objetivos planteados en el estudio como se detalla en cada una de las tablas:

En la tabla 1 La frecuencia que presentó fistula enterocutánea en colostomía, Hospital Santa María del Socorro 2020-2022 fue del 13,00% mientras que los que no presentaron Fistula entero cutánea en colostomía fue del 87,00%.

Tabla 1. Frecuencia de la fistula enterocutánea en colostomía.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Fistula entero cutánea en colostomía	Presente	15	13,00%	13,00%
	Ausente	100	87,00%	100%
	Total	115	100%	

Fuente: propia

En la tabla 2 Las características antropométricas de los pacientes con fistula enterocutánea en colostomía, Hospital Santa María del Socorro 2020-2022, según la edad, el 4,35% fueron menores de 18 años, el 9,57% fueron de 18 a 40 años, el 27,83% fueron de 41 a 60 años, el 40,87% fueron de 61 a 80 años y el 17,39% fu representado por personas mayores de 80 años; según la el sexo, el 40,87% fue representado por el sexo masculino mientras que el sexo femenino represento el 59,13%; según el IMC, el 11,30% de los pacientes presentaron obesidad, mientras que los pacientes con sobrepeso y peso normal fue de 44,35% en cada una de estas categorías.

Tabla 2. Características antropométricas de los pacientes operados.

Características		
Antropométricas	Frecuencia	Porcentaje
Edad		
Menores de 18 años	5	4,35%
De 18 a 40 años	11	9,57%
De 41 a 60 años	32	27,83%
De 61 a 80 años	47	40,87%
Mayores de 80 años	20	17,39%
Total	115	100%
Sexo		
Masculino	47	40,87%
Femenino	68	59,13%
Total	115	100%
IMC		
Obesidad	13	11,30%
Peso normal	51	44,35%
Sobrepeso	51	44,35%
Total	115	100%

Fuente: propia

En la tabla 3 Las características antropométricas de los pacientes identificados con fistula enterocutánea en colostomía, Hospital Santa María del Socorro 2020-2022, según la edad, el 6,67% fue menor de 18 años, el 20,00% fueron de 18 a 40 años, el 20,00% fueron de 41 a 60 años, el 33,33% fueron de 61 a 80 años y el 20,00% fue representado por personas mayores de 80 años; según el sexo, el 40,00% fue representado por el sexo masculino mientras que el sexo femenino represento el 60,00% ; según el IMC , el 20 % de los pacientes presentaron obesidad, mientras que los pacientes con peso normal fue de 53.33% y los que presentaron obesidad fue de 26.66%.

Tabla 3. Características antropométricas de los pacientes con fistula enterocutánea en colostomía.

Características		
Antropométricas	Frecuencia	Porcentaje
Edad		
Menores de 18 años	1	6,67%
De 18 a 40 años	3	20,00%
De 41 a 60 años	3	20,00%
De 61 a 80 años	5	33,33%
Mayores de 80 años	3	20,00%
Total	15	100%
Sexo		
Masculino	6	40,00%
Femenino	9	60,00%
Total	15	100%
IMC		
Obesidad	3	20,00%
Peso normal	8	53,33%
Sobrepeso	4	26,66%
Total	15	

Fuente: Propia

En la tabla 04 la frecuencia de los factores de riesgo de los pacientes identificados con fistula entero cutánea en colostomía, Hospital Santa María del Socorro 2020-2022, el 46,67% presentó Hipoalbuminemia, el 40,00 % presentó ASA IV, el 93,33% presentó Sepsis, el 60,00% presentó uso de drenaje, el 80,00 % presentó Cáncer, el 80,00% presentó Enfermedad Intestinal y el 20,00% presentó tuberculosis.

Tabla 4. Factores de riesgo asociados a fistula enterocutánea en colostomía en los pacientes identificados.

FACTORES DE RIESGO	Frecuencia	Porcentaje
Hipoalbuminemia		
Si	7	46,67%
No	8	53,33%
Total	15	100%
ASA IV		
Si	6	40,00%
No	9	60,00%
Total	15	100%
Sepsis		
Si	14	93.33%
No	1	6,67%
Total	15	100%
Uso de drenaje		
Si	9	60,00%
No	6	40,00%
Total	15	100%
Cáncer		
Si	12	80,00%
No	3	20,00%
Total	15	100%
Enfermedad Intestinal		
Si	12	80,00%
No	3	20,00%
Total	15	100%
Tuberculosis		
Si	3	20,00%
No	12	80,00%
Total	15	100%

Fuente: Propia

En la tabla 5 las variables como hipoalbuminemia tiene 10 veces más la probabilidad de estar asociado a fistula, el riesgo quirúrgico ASA IV tiene 9 veces más la probabilidad de estar asociado a fistula, la transfusión sanguínea tiene 4 veces más la probabilidad de estar asociado a fistula, la sepsis tiene 74 veces más la probabilidad de estar asociado a fistula, el uso de drenaje tiene 15 veces más la probabilidad de estar asociado a fistula, la hipertensión arterial tiene 3 veces más la probabilidad de estar asociado a fistula, el cáncer tiene 25 veces más la probabilidad de estar asociado a fistula, la diverticulitis tiene 2 veces más la probabilidad de estar asociado a fistula, la tuberculosis tiene 6 veces más la probabilidad de estar asociado a fistula, y por último la enfermedad intestinal tiene 9 veces más la probabilidad de estar asociado a fistula.

Tabla 5. Factores de riesgo asociados a fistula enterocutánea en colostomía.

Factores de riesgo	fistula entero cutánea en colostomía		OR	IC95%		p-valor
	Si (n=15)	No (n=100)		Lim s.	Lim I.	
Hipoalbuminemia						
Si	7 (6,09%)	8 (6,96%)	10,063	2,896 - 34,959		0,000
No	8 (6,96%)	92 (80,00%)				
ASA III						
Si	1 (0,87%)	82 (71,30%)	0,016	0,002 - 0,127		0,000
No	14 (12,17%)	18 (15,65%)				
ASA IV						
Si	6 (5,22%)	7 (6,09%)	8,857	2,445 - 32,090		0,000
No	9 (7,83%)	93 (80,87%)				
Transfusión Sanguínea						
Si	2 (1,74%)	4 (3,48%)	3,692	0,614 - 22,192		0,130
No	13 (11,30%)	96 (83,48%)				
Tipo de Cirugía						
Programada	8 (6,96%)	52 (45,22%)	1,078	0,678 - 1,714		0,923
Emergencia	7 (6,09%)	48 (41,74%)				
Sepsis						
Si	14 (12,17%)	16 (13,91%)	73,500	9,018 - 599,024		0,000
No	1 (0,87%)	84 (73,04%)				
Uso de drenaje						
Si	9 (7,83%)	9 (7,83%)	15,167	4,392 - 52,379		0,000
No	6 (5,22%)	91 (79,13%)				
HTA						
Si		10 (8,70%)	2,833	0,849 - 9,461		0,081
No	15 (13,04%)	90 (78,26%)				
Diabetes						
Si	1 (0,87%)	6 (5,22%)	1,119	0,125 - 10,001		0,920
No	14 (12,17%)	94 (81,74%)				
Cáncer						
Si	12 (10,43%)	1 (0,87%)	24,750	2,381 - 257,225		0,000
No	3 (2,61%)	99 (86,09%)				
Diverticulitis						
Si	2 (1,74%)	7 (6,09%)	2,044	0,383 - 10,915		0,394
No	13 (11,30%)	93 (80,87%)				
Tuberculosis						
Si	3 (2,61%)	4 (3,48%)	6,000	1,196 - 30,100		0,016
No	12 (10,43%)	96 (83,48%)				
Enfermedad Intestinal						
Si	12 (10,43%)	4 (3,48%)	6,000	1,196 - 30,100		0,016
No	3 (2,61%)	96 (83,48%)				

Fuente: propia

En la tabla 6 Los factores de riesgo de alto flujo de los pacientes con fistula enterocutánea en colostomía, Hospital Santa María del Socorro 2020-2022 fueron la Hipoalbuminemia (OR=10,063; IC95%:2,896 - 34,959, p=0,000), ASA IV (OR=8,857; IC95%:2,445 - 32,090, p=0,000), Sepsis (OR=73,500; IC95%:9,018 - 599,024, p=0,000), Uso de drenaje (OR=15,167; IC95%:4,392 - 52,379, p=0,000) y el cáncer (OR=24,750 ; IC95%:2,381 - 257,225, p=0,000), así mismo esto se ratifica al presentar un valor de (P<0,05); con lo que indica que existe una relación significativa.

Tabla 6. Factores de riesgo de alto flujo de los pacientes con fistula enterocutánea en colostomía.

Factores de riesgo de alto flujo	fistula entero cutánea en colostomía		OR	IC95%		p-valor
	Si (n=15)	No (n=100)		Lim s.	Lim l.	
Hipoalbuminemia						
Si	7 (6,09%)	8 (6,96%)	10,063	2,896 - 34,959	0,000	
No	8 (6,96%)	92 (80,00%)				
ASA IV						
Si	6 (5,22%)	7 (6,09%)	8,857	2,445 - 32,090	0,000	
No	9 (7,83%)	93 (80,87%)				
Sepsis						
Si	14 (12,17%)	16 (13,91%)	73,500	9,018 - 599,024	0,000	
No	1 (0,87%)	84 (73,04%)				
Uso de drenaje						
Si	9 (7,83%)	9 (7,83%)	15,167	4,392 - 52,379	0,000	
No	6 (5,22%)	91 (79,13%)				
Cáncer						
Si	12 (10,43%)	1 (0,87%)	24,750	2,381 - 257,225	0,000	
No	3 (2,61%)	99 (86,09%)				

Fuente: propia

DISCUSIÓN

Después de haber establecido el análisis de los diferentes resultados que se han obtenido se procede a realizar el contraste con otras investigaciones nacionales como internacionales de relación directa e indirecta debido a la poca cantidad de casos que se presentan.

La valoración del objetivo general en lo que se planteo determinar cuáles son los factores de riesgo asociados a fistula enterocutánea en colostomía, Hospital Santa María del Socorro 2020-2022, en donde nuestros resultados establecieron que la hipoalbuminemia (OR=10,063; IC95%:2,896 - 34,959, p=0,000), ASA IV (OR=8,857; IC95%:2,445 - 32,090, p=0,000), sepsis (OR=73,500; IC95%:9,018 - 599,024, p=0,000), uso de drenaje (OR=15,167; IC95%:4,392 - 52,379, p=0,000); el cáncer (OR=24,750 ; IC95%:2,381 - 257,225, p=0,000), la tuberculosis (OR=6,000; IC95%:1,196 - 30,100, p=0,016) y la enfermedad intestinal (OR=6,000; IC95%:1,196 - 30,100, p=0,016), son factores de riesgo asociados a fistula enterocutánea en colostomía.

Al establecer el contraste con el estudio de Roherich y Armado, México, 2022, (15), en donde sus resultados establecieron los factores que se relacionan con el desarrollo de fistulas enterocutáneas son edad superior a los 47.87 años, presencia de antecedentes de neoplasia en el 20%, presencia de inmunosupresión 27.5%, el establecimiento de cirugías de emergencia 65%, el desarrollo de sepsis abdominal 47.5%, el desarrollo de fístulas enterocutáneas de alto gasto 40%, y las fistulas enterocutáneas de bajo gasto con el 60% de los cuales todos presentaron un valor de $p < 0.005$, con lo que se establece las relaciones directas como factores que se asocian al riesgo, este estudio comparado con nuestra investigación plantea de manera directa que los factores de riesgo se asemejan a nuestros resultados en donde se evidencia que los factores de riesgo que se presentan de manera directa en los establecimientos de salud con factores que se relacionan con las características del paciente de manera que se pueden establecer controles.

En cuanto al desarrollo de los objetivos específicos se estableció identificar cual es la frecuencia de la fistula entero cutánea en colostomía según el tipo de paciente, Hospital Santa María del Socorro 2020-2022, en donde nuestros resultados establecieron que de la totalidad de los pacientes que son intervenidos de cirugías abdominales el 13% de ellos resultaron con fistula enterocutánea en colostomía.

Así tenemos el estudio de Cruz y Cedeño, Ecuador, 2022, (14), en donde dentro de sus resultados estableció que la frecuencia de los pacientes que presentan fistula enterocutánea en colostomía, se presenta del 15 a 20% de los pacientes que son intervenidos que se van a manejar de manera directa y que se establecen conceptos claros de las formas en cómo se van establecer los diagnósticos y en comparación con las características de nuestro estudio asemejan la tendencia de un porcentaje mínimo que pueden estar establecidos en pequeños porcentajes en la investigación.

En cuanto a la valoración del objetivo identificar cuáles son las características antropométricas de los pacientes con fistula enterocutánea en colostomía, Hospital Santa María del Socorro 2020-2022, donde nuestros resultados identificaron según la edad, el 4,35% fueron menores de 18 años, el 9,57% fueron de 18 a 40 años, el 27,83% fueron de 41 a 60 años, el 40,87% fueron de 61 a 80 años y el 17,39% fueron personas mayores de 80 años; según el sexo, el 40,87% fue representado por el sexo masculino mientras que el sexo femenino representó el 59,13%; según el IMC, el 11,30% de los pacientes presentaron obesidad, mientras que el peso normal y el sobrepeso, fue de 44,35% en cada una de estas categorías.

En cuanto a este proceso de valoración el estudio de Vargas A, México, 2022, (16), en donde sus resultados establecieron el rango de la edad fue en promedio de los 41.16 años, estableciendo la población masculina como la principal afectada con 52.4% de todos los pacientes, en cuanto a las enfermedades que se identificaron la hipertensión arterial 10.3%, de lo que no considero el IMC que se valora, en comparación de nuestros estudios identifican las principales características en donde identifican las mismas tendencias pero que no se consideran los datos como el IMC que es un factor considerable para la valoración de las características clínicas como herramienta general de control y manejo, lo cual contrasta de manera directa con nuestro estudio pero dejando considerable la mejora de las valoraciones en futuras investigaciones.

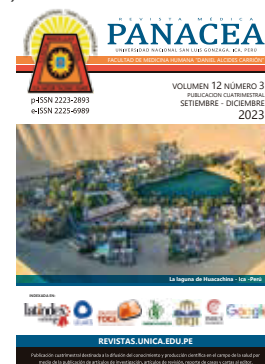
La valoración del objetivo identificar cuáles son los factores de riesgo de alto flujo de los pacientes con fistula enterocutánea en colostomía, Hospital Santa María del Socorro 2020-2022, donde nuestros resultados identificaron que fueron la Hipoalbuminemia (OR=10,063; IC95%:2,896 - 34,959, p=0,000), ASA IV (OR=8,857; IC95%:2,445 - 32,090, p=0,000), sepsis (OR=73,500; IC95%:9,018 - 599,024, p=0,000), uso de drenaje (OR=15,167; IC95%:4,392 - 52,379, p=0,000) y el cáncer (OR=24,750; IC95%:2,381 - 257,225, p=0,000). En donde el estudio de Ticse L, 2019, (3), en donde establecieron de manera directa la albumina <3 gr con un valor OR=1.96 con un p<0.05, ASA >2 con un valor OR=1.56, la presentación de un antecedente oncológico por quimioterapia con OR=0.59, con un valor de p<0.005, manejo con drenaje postquirúrgico con un OR=0.69 con un valor de p<0.05, lo cual contrasta con los datos de relevancia para lo que se desea establecer sobre los sistemas de control de las patologías directas que pueden alterar las combinaciones que pueden seguir siendo mejorados en las instituciones.

CONCLUSIONES

Los principales resultados de los factores de riesgo asociados a fistula enterocutánea en colostomía establecieron que la hipoalbuminemia OR=10,063; ASA IV OR=8,857; sepsis OR=73,500; uso de drenaje OR=15,167; el cáncer OR=24,750 la tuberculosis OR=6,000; y la enfermedad intestinal OR=6,000, como resultados ideales. Además de la edad mayor a 61 años y el sobrepeso.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Camargo Hernández K del C, Villafrade Guerrero MA, Zapata Orejarena PA, Triana Miranda JS, Amador Jaimes JP, Duarte Carrillo KA, et al. Cuidados de enfermería en pacientes con abdomen abierto y fistulas enterocutáneas. *MedUNAB*. 2022;25(2):264-78.
- Cancharis Calixto AM. Factores de riesgo asociados a fístula enterocutánea en colostomía Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins 2018-2019. Repositorio Académico USMP [Internet]. 2021 [citado 17 de mayo de 2023]; Disponible en: <https://repositorio.usmp.edu.pe/handle/20.500.12727/9371>
- Ticse León TM. Factores de riesgo asociados a fistulas enterocutáneas postquirúrgicas de alto flujo en pacientes operados en el Hospital Nacional María Auxiliadora en el periodo 2012-2018. Universidad Nacional Federico Villarreal [Internet]. 2019 [citado 17 de mayo de 2023]; Disponible en: <https://repositorio.unfv.edu.pe/handle/20.500.13084/2932>
- Yzet C, Brazier F, Sabbagh C, Le Mouel JP, Hakim S, Nguyen-Khac E, et al. Endoscopic Treatment of Enterocutaneous Fistulas in Crohn's Disease. *Diseases of the Colon & Rectum*. 6 de abril de 2022;65(5):721-6.
- Nazario Dolz AM, Castillo Toledo L, Fernández ZR. Fístula enterocutánea en una hernia incisional. *Revista Habanera de Ciencias Médicas* [Internet]. diciembre de 2021 [citado 17 de mayo de 2023];20(6). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1729-519X2021000600012&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Arizabal ERL, Ramos AA. Fístula enterocutánea espontánea como complicación de una hernia inguinal incarcerada. *Cirujano*. 15 de diciembre de 2022;19(2):28-30.
- Casanova Suarez A, Roig Altaba S. Cuidados de la herida con fístula enterocutánea postoperatoria. *Rev Rol enferm*. 2019;69-74.
- Brito-Sosa G, Iraizoz-Barrios AM, Brito-Sosa G, Iraizoz-Barrios AM. Colo-umbilical enterocutaneous fistula as a rare complication of diverticulitis of the sigmoid colon. *Revista colombiana de Gastroenterología*. junio de 2022;37(2):201-5.
- Romero Sánchez JA, Rivas JF, Molina APRF, Romero Sánchez JA, Rivas JF, Molina APRF. Fístula enteroentérica y enterocutánea asociada a recurrencia de adenocarcinoma de colon. *Revista Cirugía del Uruguay* [Internet]. julio de 2022 [citado 17 de mayo de 2023];6(1). Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1688-12812022000101401&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Porbén SS. Sobre la influencia de las características de la fístula gastrointestinal en la evolución del paciente. *Revista Cubana de Alimentación y Nutrición*. 28 de noviembre de 2022;32(1):8.
- Zapata CM, Sierra DFL. Estándar clínico basado en la evidencia: diagnóstico, tratamiento y seguimiento del paciente adulto con fístula intestinal enterocutánea o enteroatmosférica en el Hospital Universitario Nacional de Colombia. Facultad de Medicina. Universidad Nacional de Colombia; 125 p.
- Abellán Alfocea P, Salvador Rodríguez L. Fístulas enterocutáneas perianales en enfermedad de Crohn y su tratamiento con células madre mesenquimales. En: *Avances de investigación en salud y bienestar: cambiando la realidad de los pacientes*, 2020, ISBN 978-84-09-23579-7, págs 489-496 [Internet]. Asociación Universitaria de Educación y Psicología (ASUNIVEP); 2020 [citado 17 de mayo de 2023]. p. 489-96. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7776335>
- Moreno EMS. Intervenciones para el automanejo de estomas de alto débito y fistulas enterocutáneas concomitantes. *Paraninfo Digital*. 3 de noviembre de 2022;oebe22m3v3-oebe22m3v3.
- Cruz NADL, Cedeño WG. FÍSTULAS ENTEROCUTÁNEAS POSTQUIRÚRGICAS, FACTORES DE RIESGO Y COMPLICACIONES EN EL HOSPITAL GUAYAQUIL. ENERO 2010 A DICIEMBRE DEL 2014. *REVISTA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS*. 18 de noviembre de 2022;3(2):15-25.
- Roehrich CV, Armando O. Factores asociados a fístulas entero-cutáneas postquirúrgicas en el hospital de alta especialidad de Veracruz [Internet]. Universidad Veracruzana. Facultad de Medicina. Región Veracruz.; 2022 [citado 17 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://cdigital.uv.mx/>
- Vargas Aguilera Y. Factores pronósticos asociados al cierre espontáneo mediante manejo conservador de fístulas enterocutáneas en un hospital de segundo nivel de atención en el periodo comprendido de 2018 a 2021. 2022 [citado 17 de mayo de 2023]; Disponible en: <https://repositorioinstitucional.buap.mx/handle/20.500.12371/16802>
- Martínez Santiago NY. Relación entre la puntuación de control nutricional (CONUT) y duración de fístulas enterocutáneas posquirúrgicas. febrero de 2021 [citado 17 de mayo de 2023]; Disponible en: <https://repositorioinstitucional.buap.mx/handle/20.500.12371/11837>
- Díaz-Pizarro Graf JI, Kumpf VJ, Aguilar-Nascimento JE de, Amber Hall M, McKeever L, Steiger E, et al. Guías Clínicas ASPEN-FELANPE: Terapia Nutricional en Pacientes Adultos con Fístulas Enterocutáneas. *Nutrición Hospitalaria*. agosto de 2020;37(4):875-85.
- Díaz Díaz E, Bravo Tovar LE, Piñeros O (Director de T o T de G. Evaluación costo efectividad en el tratamiento de las fistulas entero cutáneas en dos instituciones de salud en la ciudad de Cali [recurso electrónico] [Internet] [Thesis]. 2019 [citado 17 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://bibliotecadigital.univalle.edu.co/handle/10893/13780>
- Durán Muñoz-Cruzado V, Tallón Aguilar L, Tinoco González J, Sánchez Arteaga A, Tamayo López M, Pareja Ciuró F, et al. Update on the management of enterocutaneous fistula and enteroatmospheric fistula. *Cir Andal*. 8 de febrero de 2019;30(1):40-7.





Depresión, Ansiedad y Estrés según características socio-académicas y sanitarias-espirituales en estudiantes de una universidad pública peruana

Depression, Anxiety and Stress according to socio-academic and health-spiritual characteristics in students from a Peruvian public university

Dr. Hernández-Huaripaucar Edgar^{1,2}, Dr. Becerra-Canales Bladimir^{1,2}, Dra. Chauca Carmen^{1,2}, Dra. Solano-García Cecilia Giuliana^{1,2}, Dra. Curro-Urbano Olga María^{1,3}, Mg. Huamán-Cayo Alex Martín^{1,4}.

1. Docente investigador RENACYT. Universidad Nacional San Luis Gonzaga, Ica, Perú.
2. Facultad de Odontología, Universidad Nacional San Luis Gonzaga.
3. Facultad de Enfermería. Universidad Nacional San Luis Gonzaga.
4. Facultad de Psicología. Universidad Nacional San Luis Gonzaga.

DOI: <https://doi.org/10.35563/rmp.v12i3.552>

Correspondencia:

Nombre: Edgar Hernández-Huaripaucar
Dirección: CC. HH La Angostura I Etapa K'-3,
Distrito de Subtanjalla. Ica, Perú
Teléfono: (+51) 956017238
Correo electrónico:
edgar.hernandez@unica.edu.pe

Contribuciones de autoría:

EMH: diseño del estudio, análisis, redacción, revisión crítica del manuscrito y aprobación final del manuscrito.
BBC: participó en análisis, revisión crítica del manuscrito y aprobación final del manuscrito.
CCH: recolección de datos.
CSG: recolección de datos y revisión del manuscrito.
OCU: aprobación final del manuscrito.
AHC: recolección de datos y revisión del manuscrito.

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

Financiamiento:

Autofinanciado.

Cómo citar:

Dr. Hernández-Huaripaucar Edgar, Dr. Becerra-Canales Bladimir, Dra. Chauca Carmen, Dra. Solano-García Cecilia Giuliana, Dra. Curro-Urbano Olga María, Mg. Huamán-Cayo Alex Martín. Depresión, Ansiedad y Estrés según características socio-académicas y sanitarias-espirituales en estudiantes de una universidad pública peruana. Rev méd panacea 2023;12(3):114-120. DOI: <https://doi.org/10.35563/rmp.v12i3.552>

Recibido: 24 - 09 - 2023
Aceptado: 08 - 10 - 2023
Publicado: 12 - 12 - 2023

RESUMEN

Objetivo: Conocer los niveles de depresión, ansiedad y estrés según características socio-académicas y sanitarias-espirituales en estudiantes de una universidad pública peruana.

Metodología: Estudio prospectivo y transversal, realizado en una muestra de 106 estudiantes universitarios, durante noviembre-diciembre del 2023. Se aplicó un cuestionario con características socio-académicas y sanitarias-espirituales; la variable principal fue valorada con la "Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés" (DASS-21). Se aplicó un análisis estadístico descriptivo y se evaluaron diferencias con el Chi-cuadrado, considerando un nivel de significancia de $p < 0,05$. **Resultados:** De los participantes el 53,8% tenía depresión leve, 26,4% ansiedad moderada y 21,7% estrés moderado. Los niveles de depresión, ansiedad y estrés fueron diferentes según edad, relación con su entorno amical y social, situación económica, estado físico, estado emocional-afectivo, presencia de problemas frecuentes para dormir, presencia de problemas frecuentes de salud, en quienes se consideran personas espirituales, respuesta a cargas académicas, entre otros. **Conclusión:** Los niveles de depresión, ansiedad y estrés, presentan variaciones, según características socio-académicas y sanitarias-espirituales en los estudiantes universitarios.

Palabras clave: Psicopatologías, salud mental, salud afectiva y emocional, psicología, estudiantes universitarios.

ABSTRACT

Objective: To determine the levels of depression, anxiety and stress according to socio-academic and health-spiritual characteristics in students of a Peruvian public university.

Methods: Prospective and cross-sectional study, conducted in a sample of 106 university students, during November-December 2023. A questionnaire with socio-academic and health-spiritual characteristics was applied; the main variable was assessed with the "Depression, Anxiety and Stress Scales" (DASS-21). A descriptive statistical analysis was applied and differences were evaluated with Chi-square, considering a significance level of $p < 0.05$.

Results: Of the participants, 53.8% had mild depression, 26.4% had moderate anxiety and 21.7% had moderate stress. The levels of depression, anxiety and stress were different according to age, relationship with their friends and social environment, economic situation, physical condition, emotional-affective state, presence of frequent sleeping problems, presence of frequent health problems, in those who consider themselves spiritual persons, response to academic burdens, among others.

Conclusions: The levels of depression, anxiety and stress vary according to the socio-academic and health-spiritual characteristics of university students.

Keywords: Psychopathologies, mental health, affective and emotional health, psychology, university students.

INTRODUCCIÓN

En épocas pospandemia COVID-19 a nivel latinoamericano y mundial, se ha elevado el interés por investigar temas que abordan la ansiedad, depresión y estrés en contextos sociales, educativos y sanitarios. Las evidencias demuestran que los padecimientos anímicos, afectivos y emocionales de los estudiantes impactan desfavorablemente en la consecución de las metas educacionales y en el logro académico estudiantil. (1,2,3,4) El aval investigativo plantea que, en el entorno estudiantil universitario en especial en el área sanitaria, el impacto psicológico de la pandemia COVID-19 mermó la salud mental, con cuadros significativos de ansiedad, depresión y estrés, cuyas secuelas pospandemia al día de hoy, aún persisten. (2,5,6)

La ansiedad es un estado psico-emocional con la persona en una actitud de aprehensión anticipada respecto a futuros hechos, con síntomas de "intranquilidad, tensión muscular, fatiga, problemas de concentración, irritabilidad, problemas de sueño y preocupación exacerbada"; la depresión es un trastorno del estado anímico, con sentimientos de tristeza, desesperanza, pérdida de interés o placer, pérdida o aumento de peso, insomnio o hipersomnia, fatiga o pérdida de energía, sentimientos de culpa o inutilidad, problemas de concentración y pensamientos de muerte o suicidio; mientras que el estrés es una respuesta fisiológica y psicológica a situaciones que un individuo percibe como amenazantes, con presencia de irritabilidad, problemas de sueño, tensión muscular, dolores corporales, problemas gastrointestinales, cambios en el apetito, fatiga, y problemas de concentración. (7,8,9)

Epidemiológicamente, la ansiedad y la depresión son las psicopatologías más prevalentes en centros de salud, tanto en población general como en población universitaria. (9,10,11) Tras la pandemia COVID-19, la depresión, ansiedad y estrés se incrementó en el mundo (11,12, 13) y en el Perú dejó secuelas severas, e impactó a 8 de cada 10 estudiantes de ciencias de la salud con altos niveles de estas afecciones. (11)

Basado en la evidencia científica, esta investigación se justifica teóricamente por el alto impacto de la depresión, ansiedad y estrés, en estudiantes universitarios, especialmente en carreras de la salud como es Odontología; la justificación práctica se respalda en los aportes de este estudio, que han identificado fortalezas y debilidades en el perfil y prevalencia de la depresión, ansiedad y estrés en contextos de formación universitaria, que a su vez contribuirá a brindar información basal de utilidad para la planificación y promoción de la salud mental estudiantil universitaria. Los resultados de este estudio tienen una relevancia científica contextual, que permitirá aumentar el acervo documentario científico regional sobre esta temática estudiada, en entornos estudiantiles universitarios.

La literatura y evidencia investigativa mundial ha revelado que tras la pandemia COVID-19, existen niveles significativos de estrés, ansiedad y depresión en variadas poblaciones y medios geográficos (12,13,14), por lo que potencialmente cualquier persona tiene probabilidades de desarrollar alguna de estas tres psicopatologías, sin importar su condición social, económica, cultural, ideológica o religiosa (15,16,17,18); asimismo, pueden expresarse en diferentes grados o niveles de gravedad por efecto de la interacción de ciertos factores biológicos, psicológicos, sociales o ambientales (14,18,19,20); por consiguiente, es posible que estas tres psicopatologías, también, se desarrollen en estudiantes universitarios, especialmente del área sanitaria. Por tales razones, esta investigación tuvo como propósito: encontrar las diferencias de presentación de la depresión, ansiedad y estrés según las características socio-académicas y sanitarias-espirituales en estudiantes universitarios de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional "San Luis Gonzaga" de Ica-Perú.

METODOLOGÍA

Investigación de corte transversal, realizado en una muestra de 106 estudiantes de ambos sexos de la carrera de Odontología de una Universidad Nacional peruana. El estudio se ejecutó durante los meses de noviembre a diciembre del año 2023. La Muestra fue de tipo probabilística-aleatoria y la estimación o cálculo del tamaño muestral se ejecutó con un 95% de nivel de confianza. La muestra incluyó estudiantes que aceptaron participar del estudio y dieron su consentimiento informado, excluyéndose los que no aceptaron participar y no completaron alguna pregunta del cuestionario. Los instrumentos aplicados fueron: "Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés" (DASS-21) validado internacionalmente y un Cuestionario ad hoc de características socio-académicas y sanitarias-espirituales. La escala DASS-21 consta de 21 ítems pertenecientes a tres dimensiones o subescalas: Depresión, Ansiedad, y Estrés, cada una con un puntaje máximo de 21, donde los ítems corresponden a preguntas cerradas de opción múltiple con valoración tipo Lickert.

El Cuestionario ad hoc de preguntas cerradas de opción múltiple, analizó variables socio-académicas como: edad, sexo, ocupación, relación con su entorno amical y social, situación económica, respuesta a cargas académicas, etc; y también variables sanitarias-espirituales como: estado físico, estado emocional-afectivo, problemas frecuentes para dormir, problemas frecuentes de salud, autoconsiderados personas espirituales, participación en actividades religiosas, autoconsiderados persona religiosa, frecuencia de práctica de la oración, etc. El cuestionario ad hoc fue sometido a validación por juicio de expertos, integrado por cinco investigadores sanitarios con grado de doctor, quienes validaron los ítems o preguntas según los criterios de relevancia, coherencia, claridad y suficiencia. El recojo de datos se realizó mediante una encuesta presencial en los mismos ambientes universitarios en horarios previamente coordinados.

Se aplicaron los criterios de inclusión y exclusión pertinentes y los principios éticos investigativos correspondientes (respeto personal, beneficencia, autonomía y justicia); así como la Declaración de Helsinki, que regula los principios éticos elementales para la investigación en seres humanos. Los instrumentos fueron aplicados en condiciones de confidencialidad y anonimato, con el consentimiento informado transcrito en versión sintetizado en la parte preliminar de los cuestionarios.

Se realizó un análisis estadístico descriptivo e inferencial que evaluó diferencias en las proporciones de la variable principal mediante el Chi-cuadrado (X^2), es decir se pudo acreditar diferencias significativas entre las valoraciones de las variables depresión, ansiedad y estrés, según las variables secundarias (socio-académicas y sanitarias-espirituales), con lo cual se demostró la aceptabilidad de las hipótesis planteadas. El procesamiento estadístico de los datos se ejecutó con el programa SPSS Statistics, versión 25 y se consideró un valor de $p < 0,05$ como significativo.

RESULTADOS

Los hallazgos respecto a los niveles o prevalencia de depresión, ansiedad y estrés en los participantes encuestados, reportan que la depresión alcanzó el 70,8% y proporcionalmente mayor en la intensidad leve (53,8%); la ansiedad llegó al 72,6% y fue numéricamente mayor en la intensidad moderada (26,4%); mientras que el estrés se situó en 51,8% con preponderancia en el nivel de intensidad moderada (21,7%) (tabla 1).

Tabla 1. Niveles de depresión, ansiedad y estrés en estudiantes universitarios.

	Características	Frecuencia	Porcentaje
Depresión			
	Sin depresión	31	29,2
	Con depresión	75	70,8
	Leve	57	53,8
	Grave	10	9,4
	Extremadamente grave	8	7,5
Ansiedad			
	Sin ansiedad	29	27,4
	Con ansiedad	77	72,6
	Leve	7	6,6
	Moderada	28	26,4
	Grave	18	17,0
	Extremadamente grave	24	22,6
Estrés			
	Sin estrés	51	48,1
	Con estrés	55	51,8
	Leve	18	17,0
	Moderado	23	21,7
	Grave	8	7,5
	Extremadamente grave	6	5,7

El análisis de los niveles de depresión, según las variables socio-académicas y sanitarias-espirituales (SA-SE), revelaron valores diferenciales de presentación de esta psicopatología, con diferencias estadísticamente significativas (X^2 , $p < 0,05$); como ejemplo hubo diferencias en las variables: edad ($p = 0,045$), relación con su entorno amical y social ($p = 0,030$), estado emocional-afectivo ($p = 0,030$), situación material o económica ($p = 0,006$), y problemas frecuentes para dormir ($p = 0,004$). (ver tabla 2 y 3).

Asimismo, el análisis inferencial de los niveles de ansiedad, según las variables SA-SE, también revelaron diferencias significantes ($p < 0,05$) de presentación de la ansiedad, según las variables: edad ($p = 0,050$), ubicación de nacimiento entre sus hermanos ($p = 0,00$), estado emocional-afectivo ($p = 0,03$), problemas frecuentes de salud ($p = 0,029$), problemas frecuentes para dormir ($p = 0,007$) y en autoconsiderados personas espirituales ($p = 0,035$) (tabla 2 y 3).

Igualmente el análisis inferencial de los niveles de estrés, según las variables SA-SE, evidenciaron diferencias de presentación de las mediciones del estrés, según las variables: edad ($p = 0,003$), ubicación de nacimiento entre sus hermanos ($p = 0,027$), situación material o económica ($p = 0,019$), relación con su entorno amical y social ($p = 0,019$), respuesta a su carga de tareas académicas ($p = 0,001$), número de asignaturas que cursa ($p = 0,027$), tuvieron familiar con síntomas de COVID-19 ($p = 0,005$), estado físico ($p = 0,008$), problemas frecuentes para dormir ($p = 0,040$), problemas frecuentes de salud ($p = 0,029$) y en autoconsiderados personas espirituales ($p = 0,055$), con diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,05$) (tabla 2 y 3).

Tabla 2. Depresión, ansiedad y estrés, según variables socio-académicas en estudiantes universitarios.

Variables	Depresión		Ansiedad		Estrés	
	n (%)	p*	n (%)	p*	n (%)	p*
Sexo						
Femenino	52(72,2)	0,629	50(69,4)	0,283	37(51,4)	0,881
Masculino	23(67,6)		27(79,4)		18(52,9)	
Edad (años)						
18-20	53(79,1)	0,045	54(80,6)	0,050	43(64,2)	0,003
21-25	20(57,1)		21(60,0)		10(28,6)	
26-30	2(50,0)		2(50,0)		2(50,0)	
Ocupación						
Estudia y trabaja	16(64,0)	0,396	19(76,0)	0,667	11(44,0)	0,367
Solo estudia	59(72,8)		58(71,6)		44(54,3)	
Estado civil						
Soltero	73(71,6)	0,352	75(73,5)	0,300	53(52,0)	0,939
Casado- Conviviente	2(50,0)		2(50,0)		2(50,0)	
Cuántas personas integran el hogar donde vive						
2-3	15(65,2)	0,065	15(65,2)	0,288	9(39,1)	0,076
3-4	20(69,0)		19(65,5)		15(51,7)	
5-6	16(57,1)		20(71,4)		16(57,1)	
Mas de 7	20(90,9)		19(86,4)		15(68,2)	
Vive solo	4(100)		4(100)		0(0,0)	
En que ubicación de nacimiento esta entre sus hermanos de su hogar						
Entre los mayores	43(78,2)	0,236	42(76,4)	0,00	32(58,2)	0,027
Entre los menores	11(73,3)		15(100)		11(73,3)	
Entre los intermedios	16(59,3)		18(66,7)		10(37,0)	
hijo(a) único(a)	5(55,6)		2(22,2)		2(22,2)	
Como cree que es su relación con su entorno amical y social						
Deficiente	2(100)	0,030	2(100)	0,222	2(100,0)	0,019
Un poco mala	6(100)		3(50,0)		6(100,0)	
Regular	25(82,6)		25(86,2)		18(62,1)	
Buena	36(63,2)		39(68,4)		25(43,9)	
Excelente	6(50)		8(66,7)		4(33,3)	
Como considera que es su situación material o económica						
Un poco mala	4(66,7)	0,006	4(66,7)	0,930	4(66,7)	0,019
Regular	55(80,9)		50(73,5)		41(60,3)	
Buena	16(50,0)		23(71,9)		10(31,3)	
Como considera que responde a su carga de tareas académicas que le dejan sus profesores						
Deficiente	5(100)	0,118	5(100,0)	0,106	5(100,0)	0,001
Un poco mala	7(100)		7(100,0)		7(100,0)	
Regular	32(69,6)		34(73,9)		26(56,5)	
Buena	31(64,6)		31(64,6)		17(35,4)	
Como considera el número de asignaturas que cursa						
No sabe no opina	2(100)	0,373	2(100)	0,443	0(0,0)	0,027
Son adecuadas	63(68,5)		65(70,7)		45(48,9)	
Son excesivas	10(83,3)		10(83,3)		10(83,3)	

*Valores p calculados con la prueba ji cuadrado.

Tabla 3. Depresión, ansiedad y estrés, según variables sanitarias-espirituales en estudiantes universitarios.

Variables	Depresión		Ansiedad		Estrés	
	n (%)	p*	n (%)	p*	n (%)	p*
Como cree que esta su estado físico						
Deficiente	6(100,0)	0,062	6(100,0)	0,119	6(100,0)	0,008
Un poco malo	8(80,0)		8(80,0)		8(80,0)	
Regular	43(70,5)		43(70,5)		29(47,5)	
Buena	16(72,7)		13(59,1)		7(31,8)	
Excelente	2(28,6)		7(100,0)		5(71,4)	
Como cree que esta su estado emocional-afectivo						
Deficiente	7(77,8)	0,030	7(77,8)	0,03	7(77,8)	0,488
Un poco mala	17(100,0)		17(100,0)		10(58,8)	
Regular	38(67,9)		33(58,9)		27(48,2)	
Buena	11(55,0)		18(90,0)		9(45,0)	
Excelente	2(50,0)		2(50,0)		2(50,0)	
Durante la pandemia tuvo síntomas COVID-19						
Si	34(69,4)	0,330	34(69,4)	0,411	21(42,9)	0,185
No	28(66,7)		30(71,4)		24(57,1)	
puede ser	13(86,7)		13(86,7)		10(66,7)	
En la pandemia tuvo familiar con síntomas de COVID-19						
Si	66(71,0)	0,264	69(74,2)	0,074	53(57,0)	0,005
No	5(55,6)		4(44,4)		0(0,0)	
puede ser	4(100)		4(100)		2(50,0)	
Tiene frecuentemente problemas para dormir						
Si	22(68,8)	0,004	23(71,9)	0,007	20(62,5)	0,040
No	20(54,1)		21(56,8)		13(35,1)	
A veces	33(89,2)		33(89,2)		22(59,5)	
Tiene frecuentemente problemas de salud						
Si	12(75,0)	0,856	12(75,0)	0,029	8(50,0)	0,364
No	40(71,4)		35(62,5)		26(46,4)	
A veces	23(67,6)		30(88,2)		21(61,8)	
Religión						
Católica	47(65,3)	0,386	49(68,1)	0,119	33(45,8)	0,180
Cristiana	8(80,0)		10(100,0)		5(55,6)	
Evangélica	7(77,8)		7(77,8)		6(60,0)	
Testigo de Jehová	8(80,0)		6(60,0)		6(60,0)	
Agnóstica	5(100)		5(100,0)		5(100,0)	
Participa en actividades religiosas						
No	23(60,5)	0,084	26(68,4)	0,466	19(50,0)	0,771
Si	52(76,5)		51(75,0)		36(52,9)	
Se considera una persona religiosa						
No	45(71,4)	0,854	43(68,3)	0,220	31(49,2)	0,504
Si	30(69,8)		34(79,1)		24(55,8)	
Se considera una persona espiritual						
No	46(68,7)	0,534	44(65,7)	0,035	30(44,8)	0,055
Si	29(74,4)		33(84,6)		25(64,1)	
Con que frecuencia practica la oración						
Nunca	27(71,1)	0,545	32(84,2)	0,090	28(73,7)	0,009
Diario	11(68,8)		13(81,3)		7(43,8)	
Semanal	19(63,3)		19(63,3)		12(40,0)	
Mensual	18(81,8)		13(59,1)		8(36,4)	

*Valores p calculados con la prueba ji cuadrado.

DISCUSIÓN

En esta investigación los niveles de depresión, ansiedad y estrés en la muestra de estudiantes encuestados globalmente fue de moderada a alta; observándose que el 53,8% tenía depresión leve, 26,4% ansiedad moderada y 21,7% estrés moderado; por otro lado el análisis inferencial de los niveles de depresión, según las variables socio-académicas y sanitarias-espirituales (SA-SE), revelaron valores diferenciales de presentación de esta psicopatología según algunos indicadores, con diferencias estadísticamente significativas (X^2 , $p < 0,05$); por consiguiente, en esta investigación se identificó un elevado impacto psicológico (expresado por las tres psicopatologías estudiadas) en los estudiantes universitarios encuestados; lo cual es respaldado por diversos trabajos como los de Savitsky y col. (7), Majrashi y col. (9), Martínez-Otero y col. (10), Pérez-Pérez y col. (11), García-Espinosa y col. (19), Hamaideh y col. (22), Cao y col. (23), Maia y Dias (24), y otros más, quienes también detectaron un elevado impacto psicológico en estudiantes universitarios del área de la salud, expresado en elevadas prevalencias de sintomatología de depresión, estrés y ansiedad, agregando que los estudiantes del área de la salud desarrollan mayores riesgos de afecciones mentales que estudiantes de otras áreas académicas.

Los niveles de depresión, según variables SA-SE, mostraron diferencias significativas (X^2 , $p < 0,05$) según: edad de 18-20 años, regular relación con su entorno amical y social, regular situación económica, presencia de problemas frecuentes para dormir y deficiente estado emocional-afectivo; resultados que se explicarían en razón de que esa edad está asociada a los ciclos inferiores e intermedios que suelen ser de elevada exigencia académica; así mismo, la regular relación amical, social y estado económico, son condicionantes que agravan la depresión de los estudiantes, como afirma Del Cid (16) al afirmar que la depresión es causada por diversos factores económicos, sociales y psicosociales, con un impacto mayor en adolescentes, jóvenes y adultos jóvenes; complementariamente Serrano y col. (17), revelaron una significativa asociación entre la depresión elevada y el sentimiento de que el dinero no es suficiente, y avalaron que las carreras de la salud poseen las mayores tasas de ansiedad y estrés por los niveles altos de exigencia académica a diferencia de otras carreras universitarias. Por otro lado, la identificación de estados emocional-afectivos deficientes y los frecuentes problemas para dormir, señales del impacto de la salud mental, son vinculantes con la condición depresiva por la interdependencia de estos factores; que son respaldados por Maia y Dias (24), Kaparounaki y col. (25), Hernández-Huaripaucar y col. (11), García-Espinosa y col. (19), Del Cid y col. (16), Serrano y col. (17).

Los niveles de ansiedad según variables SA-SE, mostraron diferencias significativas (X^2 , $p < 0,05$) según: edad de 18-20 años, deficiente estado emocional-afectivo, presencia de problemas frecuentes de salud y de insomnio, en quienes no se consideran personas espirituales, etc.; asumiéndose que la alta ansiedad concentrada en los grupos más jóvenes, se explicaría por la correspondencia con los ciclos académicos de mayor exigencia; así mismo, el deficiente estado emocional-afectivo, afecciones de la salud y presencia de insomnio, son factores asociados con la condición de ansiedad de los estudiantes, confirmado por Baños-Chaparro y col. (18), quienes reconocen la existencia de una comorbilidad psicopatológica entre las manifestaciones de ansiedad e insomnio. Por otro lado, Savitsky y col. (7), Pérez-Pérez y col. (9), y Martínez-Otero y col. (10), investigaron los niveles de ansiedad en estudiantes universitarios y demostraron altas prevalencias. El resultado de elevados niveles de ansiedad, en quienes no se consideran personas espirituales, resulta congruente, puesto que existe una correlación inversa entre la espiritualidad y la ansiedad, es decir a mayor ansiedad menor espiritualidad; asimismo, la espiritualidad brinda un efecto protector o preventivo contra la ansiedad y mejora la salud mental y emocional, tal como lo avalan Awasthi (26); Pishghadam (27) y col., quienes afirmaron que desarrollar la espiritualidad sirve para prevenir o contrarrestar el agotamiento y la ansiedad, así como garantizar el éxito personal y profesional.

Los niveles de estrés según variables SA-SE también mostraron diferencias significativas (X^2 , $p < 0,05$), según: edad de 18-20 años, regular relación con su entorno amical y social, regular situación económica, regular respuesta a cargas académicas, presencia de problemas frecuentes para dormir, estado físico un poco malo, tener familiar con síntomas de COVID-19, no se considera una persona espiritual, etc. Algunas diferencias observadas con la edad, se explicarían por las mismas razones ocurridas en los casos de depresión y ansiedad. Sobre el predominio de niveles regulares de los rasgos socio-académicos en los participantes con tasas altas de estrés, se asume que estos rasgos son factores inductores de estrés, pues, Del Cid (16) informó que "en el desarrollo de la depresión y estrés interactúan factores económicos, sociales y psicosociales, con un alto impacto en adolescentes y jóvenes" (16); similarmente Serrano y col. (17), evidenciaron "una alta asociación entre la prevalencia de psicopatologías como ansiedad y estrés con los problemas económicos estudiantiles" (17), y también revelaron que "los estudiantes del área de la salud poseen las mayores tasas de ansiedad y estrés por el elevado nivel de exigencia académica que vivencian" (17). La preponderancia de bajos niveles de los factores socio-sanitarios, en los participantes con altas tasas de estrés, se explicarían porque estos factores y el estrés son interdependientes, de tal manera que los niveles socio-sanitarios deficientes pueden producir estados de estrés y esto agravar el estado físico, emocional y el sueño (11, 18, 19, 24, 25); en consecuencia, el estrés puede potencialmente producir disturbios físicos, denominados enfermedades psicosomáticas (20).

Algunas limitaciones del estudio, constituyen las reducidas investigaciones en contextos similares que impidieron hacer mejores comparaciones, así como el diseño investigativo que no estableció una relación de causalidad; pero a pesar de esto, los aportes de caracterización y relación de las variables principales de estudio son relevantes, por sus implicancias en el diagnóstico y mejora continua de la calidad de los servicios de bienestar estudiantil universitario.

En conclusión, las psicopatologías depresión, ansiedad y estrés presentaron diferencias significativas ($p < 0,05$) en sus niveles de presentación según algunas variables socio-académicas y sanitarias-espirituales en los estudiantes universitarios de la muestra. Se sugiere realizar estudios multicéntricos regionales sobre la interrelación de las variables investigadas, que podrían aportar nuevos datos y explicaciones a esta problemática investigativa y tributar a los propósitos institucionales universitarios.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Armas EEE, Morocho EIC. Impacto de la Pandemia por COVID 19 en la Educación Universitaria mediante la Modalidad Virtual. Conocimiento, Investigación y Educación CIE. 2021; 3(13):1-17.
- Figallo F, González M, Diestra V. Perú: Educación Superior en el contexto de la pandemia por el COVID-19. ESAL Revista de Educación Superior en América Latina. julio-diciembre 2020; 8:20-28.
- Altbach P, de Wit H. Post-pandemic outlook for higher education is bleakest for the poorest. International Higher Education Special Issue. 2020; 102.
- Amemado, D. COVID-19: An Unexpected and Unusual Driver to Online Education, International Higher Education. Special Issue. 2020; 102.
- SUNEDU. II Informe bienal sobre la realidad universitaria en el Perú. Lima: Superintendencia Nacional de Educación Superior Universitaria. 2020.
- Watermeyer R, Crick T, Knight C, Goodall J. COVID-19 and digital disruption in UK universities: afflictions and affordances of emergency online migration. Higher Education. 2020; 1.
- Savitsky B, Findling Y, Erel A, Hendel T. Anxiety and coping strategies among nursing students during the covid-19 pandemic. Nurse Education in Practice. 2020; 46:102809. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2020.102809>.
- Majrashi A, Khalil A, Nagshabandi EA, Majrashi A. Factores estresantes y estrategias de afrontamiento entre estudiantes de enfermería durante la pandemia de COVID-19: revisión del alcance. Enfermeras. Rep. 2021; 11:444-59. <https://doi.org/10.3390/nursrep11020042>
- Peréz-Pérez M, Fernández-Sánchez H, Enríquez-Hernández CB, López-Orozco G, Ortiz-Vargas I, Gómez-Calles TJ. Estrés, ansiedad, depresión y apoyo familiar en universitarios mexicanos durante la pandemia de COVID-19. Revista Salud Uninorte. 2021; 37(3):553-68. <https://doi.org/10.14482/sun.37.3.616.98>
- Martínez-Otero V. Ansiedad en estudiantes universitarios: estudio de una muestra de alumnos de la Facultad de Educación. Ensayos, Revista de la Facultad de Educación de Albacete. 2014; 29(2):63-78. <https://doi.org/10.18239/ensayos.v29i2.384>
- Hernández-Huaripaucar E, Becerra-Canales B, Becerra-Huamán D, Chauca C, Solano-García C, Huamán-Espinoza R. Impacto psicológico de la cuarta ola pandémica en estudiantes de ciencias de la salud. Revista Cubana de Medicina; 52(4). Disponible en: <https://revmedmilitar.sld.cu/index.php/mil/article/view/9350>
- Heredía EBC, Chávez RH, Ortiz PSR, Yahuarshungo CN. Depresión, Ansiedad, estrés en estudiantes y docentes: Análisis a partir del Covid-19. Revista Venezolana de Gerencia: RVG. 2021; 26(94):603-22. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8890448>
- Reyes N, Trujillo P. Ansiedad, estrés e ira: el impacto del COVID-19 en la salud mental de estudiantes universitarios. Investigación y Desarrollo. 2021; 13(1):6-14. <https://doi.org/10.31243/id.v13.2020.999>
- Ali AS, Çerkez Y. The Impact of Anxiety, Depression, and Stress on Emotional Stability among the University Students from the view of educational aspects. Propósitos y Representaciones. 2020; 8(3):e520. <http://dx.doi.org/10.20511/pyr2020.v8n3.520>
- Sanchis-Soler G, García-Jaén M, Sebastia-Amat S, Diana-Sotos C, Tortosa-Martínez J. Acciones para una universidad saludable: Impacto sobre la salud mental y física de los jóvenes. Retos. 2022; 44:1045-52. <https://doi.org/10.47197/retos.v44i0.91940>
- Del Cid MTC. La depresión y su impacto en la salud pública. Revista médica hondureña, 89(Supl. 1). 2021; 46-52. <https://doi.org/10.5377/rmh.v89iSupl.1.12047>
- Serrano FT, Nossa LTC, Frías CAG, Mogollón JD, Mejía CR. Síndrome de burnout y depresión en estudiantes de una escuela médica colombiana, 2018. Revista Colombiana de Psiquiatría. 2023; 52(4):345-51. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2021.09.001>
- Baños-Chaparro J, Lamas DF, Ynquillay-Lima P, Jacobi-Romero DJ, Fuster GFG. Análisis de red de la comorbilidad entre síntomas de ansiedad e insomnio en adultos. Rev Cub Med Mil. 2022 Jun; 51(2):e1891. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572022000200006&lng=es.
- García-Espinosa P, Ortiz-Jiménez X, Botello-Hernández E, Aguayo-Samaniego R, Leija-Herrera J, & Góngora-Rivera F. Psychosocial impact on health-related and non-health related university students during the COVID-19 pandemic. Results of an electronic survey. Revista Colombiana de Psiquiatría. 2021; 50(3), 214-24. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2021.04.008>
- Ruiz EA. El estrés y las manifestaciones psicósomáticas en la adolescencia. Revista de Psicoterapia y Psicósomática. 2023; 43(108):73-90.
- Yang R. China's higher education during the COVID-19 pandemic: some preliminary observations. Higher Education Research & Development. 2020; 39(7):1317-21. <https://doi.org/10.1080/07294360.2020.1824212>
- Hamaideh SH, Al-Modalla H, Hamdan-Mansour A, Tanash M. Depression, anxiety and stress among undergraduate students during COVID-19 outbreak and "home-quarantine". Nursing open. 2022; 9:1423-31. <https://doi.org/10.1002/nop2.918>
- Cao W, Fang Z, Hou G, Han M, Xu X, Dong J, et al. The psychological impact of the COVID-19 epidemic on college students in China. Psychiatry research. 2020; 287:1-7. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112934>
- Maia BR & Dias PC. Ansiedade, depressão e estresse em estudantes universitários: o impacto da COVID-19. Estudos de Psicologia. 2020; 37, e200067. <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0275202037e200067>
- Kaparounaki CK, Patsali, ME, Mousa DPV, Papadopoulou EV, Papadopoulou KK & Fountoulakis KN. University students' mental health amidst the COVID-19 quarantine in Greece. Psychiatry research. 2020; 290:113111. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113111>
- Awasthi T. Enhancing spiritual intelligence in teachers: Effect on self-efficacy [doctoral dissertation]. The Maharaja Sayajirao University of Baroda. 2020. <http://hdl.handle.net/10603/289200>.
- Pishghadam R, Yousofi N, Amini A, Tabatabayeyan MS. Interacción de reactancia psicológica, agotamiento e inteligencia espiritual: Un caso de profesorado iraní de inglés como lengua extranjera. Revista de Psicodidáctica. 2022; 27(1):76-85. <https://doi.org/10.1016/j.psicod.2021.06.001>



Estudio comparativo de factores asociados a infección del sitio quirúrgico tras cirugía de fractura de cadera en hospitales de Ica y Trujillo

Comparative study of factors associated with surgical site infection after hip fracture surgery in hospitals in Ica and Trujillo

Dr. Barrientos-Ramos Víctor Hugo^{1,a}, Dr. Vargas-Morales Renán Estuardo², Dr. Barrientos-Salazar Paolo Francesco³.

1. Traumatólogo Hospital Regional de Ica.
2. Traumatólogo Hospital Víctor Lazarte Echegaray. Essalud - Trujillo.
3. Médico Puesto de Salud Bellavista - Otuzco.

a. Docente nombrado Universidad Nacional San Luis Gonzaga de Ica.

DOI: <https://doi.org/10.35563/rmp.v12i3.553>

Correspondencia:

Nombre: Barrientos Ramos Víctor Hugo
Dirección: Calle La Mar 789. Altos ICA – PERU
Teléfono: (+51) 955823795
Correo Electrónico:
victorbarrientosramos@gmail.com
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, REVM, PFBS Participaron en la elaboración del proyecto y digitación del mismo.
PFBS, REVM: 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:

Dr. Barrientos-Ramos Víctor Hugo, Dr. Vargas-Morales Renán Estuardo, Dr. Barrientos-Salazar Paolo Francesco. Estudio comparativo de factores asociados a infección del sitio quirúrgico tras cirugía de fractura de cadera en hospitales de Ica y Trujillo. Rev méd panacea 2023;12(3):121-130. DOI: <https://doi.org/10.35563/rmp.v12i3.553>

Recibido: 24 - 09 - 2023
Aceptado: 08 - 10 - 2023
Publicado: 12 - 12 - 2023

RESUMEN

Objetivo: Comparar los factores asociados a infección de sitio operatorio (ISO) en cirugía de fractura de cadera, en los Hospitales, Regional de Ica y Víctor Lazarte Echegaray de Trujillo, en el período 2015-2022. **Metodología:** Se realizó un estudio observacional, retrospectivo, comparativo y transversal en el período de enero del 2015 a enero del 2021, en el Hospital Regional de Ica – Minsa y en el Hospital Víctor Lazarte Echegaray de Trujillo. Se estudiaron las historias clínicas de 122 pacientes intervenidos de cirugía de cadera en el Hospital Regional de Ica, y 114 del Hospital Lazarte. De los del Regional de Ica, sólo 46 cumplieron con los criterios de inclusión, mientras que los de Trujillo todos fueron incluidos. Se almacenaron las informaciones en Excel y se trasladaron al programa estadísticos SPSS v, 27.0, procediendo a realizar el análisis de frecuencias, correlación y análisis multivariado de regresión logística.

Resultados: De los pacientes de Ica, 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 ISO con un $p = 0.006$. Mientras que en los pacientes de Trujillo, el tipo de Fijación, muestra que el 61.4% de la muestra presentó tratamiento de Osteosíntesis, en tanto que el 38.6% restante fue tratamiento con Artroplastia. En este grupo de Trujillo, hubo infección en 16 pacientes. Sí hubo significancia estadística con un valor $p = 0,009$ para las variables tiempo operatorio con transfusión sanguínea. Además de un valor $p = 0.000$ para la variable IMC (índice de masa corporal). **Conclusión:** En los pacientes de Ica, la incidencia de ISO fue de 15.2% en cirugía de fractura de cadera en el adulto mayor. En los pacientes de Trujillo, la incidencia de ISO fue de 14.03%. La desnutrición fue el factor asociado a ISO en Ica. Con respecto a los pacientes de Trujillo, se concluye que el tiempo operatorio con transfusión sanguínea y el índice de masa corporal (IMC), son los factores asociados a ISO.

Nivel de evidencia: 2B

Palabras clave: Infección de sitio operatorio, fractura de cadera, factores asociados, comparación, hospitales.

ABSTRACT

Objective: Compare the factors associated with surgical site infection (SSI) in hip fracture surgery, in the Regional Hospitals of Ica and Víctor Lazarte Echegaray of Trujillo, in the period 2015-2022. **Methods:** An observational, retrospective, comparative and cross-sectional study was carried out in the period from January 2015 to January 2021, at the Regional Hospital of Ica - Minsa and at the Víctor Lazarte Echegaray Hospital in Trujillo. The medical records of 122 patients undergoing hip surgery at the Regional Hospital of Ica, and 114 at the Lazarte Hospital, were studied. Of those from the Ica Regional, only 46 met the inclusion criteria, while those from Trujillo were all included. The information was stored in Excel and transferred to the SPSS v.27.0



statistical program, proceeding to perform the frequency analysis, correlation and multivariate logistic regression analysis.

Results: Of the Ica patients, 43.5% (20) were treated with osteosynthesis; 34.8% (16) with total arthroplasty; 19.6% (09) with partial arthroplasty; and 2.2% (01) with intramedullary nailing. Of the 46 patients studied, 07 cases of SSI were found (15.2%). In the morbid history, malnutrition was found to be the variable as a factor associated with ISO with a $p = 0.006$. While in the patients from Trujillo, the type of Fixation shows that 61.4% of the sample presented Osteosynthesis treatment, while the remaining 38.6% was treated with Arthroplasty. In this group from Trujillo, there was infection in 16 patients. There was statistical significance with a p value = 0.009 for the variables operating time with blood transfusion. In addition to a p value = 0.000 for the BMI (body mass index) variable. **Conclusions:** In Ica patients, the incidence of SSI was 15.2% in hip fracture surgery in the elderly. In patients from Trujillo, the incidence of SSI was 14.03%. Malnutrition was the factor associated with ISO in Ica. With respect to the Trujillo patients, it is concluded that. Operating time with blood transfusion and body mass index (BMI) are the factors associated with ISO.

Evidence level: 2B

Keywords: surgical site infection, hip fracture, associated factors, comparison, hospitals.

INTRODUCCIÓN

La fractura de cadera (FC) es una de las causas de morbimortalidad más importantes en pacientes ancianos, siendo un reto para los sistemas de salud mundial, tanto por el número como por su alto costo económico (1) (2).

La FC engloba a las que acontecen en el extremo proximal del fémur. Suelen ser personas mayores con una edad media de 80 años y una frecuencia mayor en el sexo femenino con 3 a 4 casos por cada caso masculino (1). En el mundo, 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 estancias hospitalarias por año en los servicios de Traumatología y Ortopedia (3). 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 (4).

Dentro de las fracturas osteoporóticas, la fractura de cadera (FC) es la que ocasiona la mayor mortalidad. Estas se encuentran entre el 2 y el 7% de los pacientes durante la fase hospitalaria, entre el 6 y el 12% durante el mes posterior y entre el 17 y el 33% al cabo del segundo mes. Incluso, a los 6 meses, puede llegar al 50 % . (5).

Por tanto, en los pacientes que han sufrido una FC se produce un marcado incremento de mortalidad respecto al resto de la población durante los meses y años siguientes al evento. Este exceso de mortalidad ha sido expresado mediante distintos indicadores: mortalidad relativa, supervivencia relativa, riesgo relativo de muerte, cociente de mortalidad estandarizada, probabilidad relativa de supervivencia, exceso de probabilidad de muerte y mortalidad absoluta,. Posteriormente el exceso de mortalidad disminuye, aunque persiste durante el primer año y probablemente se prolongue durante los 5 o incluso 10 años posteriores (5).

En los primeros 30 días tras la fractura las causas de muerte más frecuentes son los problemas del aparato respiratorio (neumonía e insuficiencia respiratoria), del sistema cardiovascular (insuficiencia cardiaca, infarto de miocardio e ictus) y el cáncer. Otras causas menos frecuentes son la sepsis, la insuficiencia renal y las hemorragias digestivas. Antes del uso generalizado de la profilaxis antitrombótica, la tromboembolia pulmonar era una causa destacada (5).

Las FC ocurren en un subgrupo de la población anciana caracterizado por un peor estado de salud previo, mayor precariedad social y mayor frecuencia de deterioro funcional y mental . (5).

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 (6).

Así, comparados con los controles poblacionales de su misma edad y sexo, los pacientes que padecen una FC con más frecuencia habitan en una residencia, carecen de pareja o viven solos en el momento de la fractura, y son portadores de mayor deterioro en la movilidad y en la capacidad para realizar las actividades (5).

Hasta tres cuartas partes de los pacientes presentan enfermedades coexistentes en el momento del ingreso Se trata de enfermedades crónicas correspondientes al área cardiovascular, EPOC, demencia, anemia e incluso malnutrición. Son aún más frecuentes las enfermedades o problemas de salud menos graves (5).

Entre los factores socio-demográficos, el sexo masculino es un claro factor de mal pronóstico, sin que se conozca la razón. En España, la mortalidad durante la hospitalización en los varones es casi el doble que en las mujeres (8,9 frente al 4,8%). Aunque la mortalidad entre los varones de esta edad sin FC también es mayor que en las mujeres. (5).

Durante los últimos 20 años, la asociación entre el retraso quirúrgico y la mortalidad tras la FC ha sido un tema muy controvertido. De los trabajos publicados, muchos relacionan la cirugía tardía con un peor pronóstico vital, pero muchos otros no confirman esta relación. Se trata de estudios observacionales, con diferente metodología, lo que dificulta las comparaciones entre ellos. Aunque se obtendría mayor calidad de información a partir de ensayos clínicos aleatorizados. (5).

Entre el 15 y el 30% de los pacientes presentan complicaciones graves durante la fase aguda de una FC, aunque la frecuencia y tipo de las mismas presentan una amplia variabilidad entre diferentes hospitales. Las complicaciones menores como la anemia leve, el estreñimiento o las formas leves de delirium pueden alcanzar cifras mucho más elevadas, pues se ha cuantificado una media de 2 complicaciones por paciente (5).

El tratamiento recomendado para la gran mayoría de fracturas de cadera es el quirúrgico, siendo avalado por revisiones sistemáticas como la realizada por Turesson (7) donde encuentra más adecuado el tratamiento quirúrgico que el conservador, sobretudo por el riesgo de muerte al año aquellos sometidos a cirugía. En la actualidad las opciones quirúrgicas disponibles comprenden la fijación interna por osteosíntesis (8) (9) (10) o la fijación , y en la que el riesgo de muerte es 4 veces más elevado en aquellos pacientes que fueron tratados conservadoramente frente a la unión de prótesis artificiales (hemiartroplastia o artroplastia total de cadera) (11) (12) (13) (14) (15) (16) (17) (18) (19) (20) (21) (22). La selección se realiza de acuerdo a la clasificación anatómica del trazo de fractura en el fémur, teniendo como tratamiento quirúrgico de elección, según la 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. Para una fractura extracapsular, la reducción abierta con fijación interna (RAFI) a cualquier edad (23).

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 (24) 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 salud. (25) (26).

La infección del sitio quirúrgico (ISQ) tiene una prevalencia global del 5 - 10 %, la que varía según el tipo de herida quirúrgica realizada como indica López Tagle (27). 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 ISO toras Cirugía de cadera puede comprender al plano superficial y/o al plano profundo, definiéndose (28) 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 ISO tras Cirugía de Cadera varía según el tipo de fijación usada, siendo entre un 0.2% a 0.8% luego de una artroplastia total (29); de un 1,3% luego de una hemiartroplastia (30) 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 ISO profundas microbiológicamente confirmadas, como reporta el estudio de Prattingerová J. (31).

La investigación sobre la ISO y sus factores de riesgo asociados permiten determinar su participación dentro del desarrollo de esta complicación infecciosa, y también elaborar y establecer estrategias de intervención que contribuyan a disminuir la incidencia y prevalencia de esta entidad dentro de los servicios de Traumatología y Ortopedia. Es por ello que el objetivo de este estudio es comparar y precisar si los factores estudiados están o no asociados a ISO. Por tales motivos, hay la necesidad de conocer las diferencias de los factores asociados a infección de sitio quirúrgico (ISQ) en hospitales del Perú, en este caso los Hospitales de Ica y Trujillo.

METODOLOGÍA

La metodología utilizada fue la cuantitativa. Se realizó un estudio observacional, retrospectivo comparativo y transversal en el período de enero del 2015 al 2021, en el Hospital Regional de Ica – Minsa y en el Hospital Víctor Lazarte Echegaray de Essalud Trujillo. Se recolectaron las historias clínicas de 122 pacientes intervenidos de cirugía de cadera en el Hospital Regional de Ica, y 114 del Hospital Lazarte . De los del Regional de Ica, sólo 46 cumplieron con los criterios de inclusión, mientras que los de Trujillo todos fueron incluidos- Se almacenaron las informaciones en Excel y se trasladaron al programa estadísticos SPSS v, 27.0, procediendo a realizar el análisis de frecuencias, correlación y análisis multivariado de regresión logística. Para cada variable independiente se realizó un análisis univariable. Se utilizó la prueba T Student para las variables cuantitativas, relacionando sus medias; y el Test exacto de Fisher o prueba χ^2 para aquellas variables cualitativas. Siendo significativa la asociación entre factores y el evento de Infección de Sitio Operatorio (ISO), si mide un valor de $p < 0.05$. También, se usó la Regresión Logística para realizar el análisis multivariado de los factores, siendo significativa la asociación con un valor de $p < 0.05$.

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 y del Hospital Víctor Lazarte Echegaray.

RESULTADOS

De los pacientes de Ica, 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 ISO con un $p = 0.006$. (Tablas 1, 2, 3, 4 , 5).

Mientras que en los pacientes de Trujillo, el tipo de Fijación (Grafico 1,2,3,4), muestra que el 61.4% de la muestra presentó tratamiento de Osteosíntesis, en tanto que el 38.6% restante fue tratamiento con Artroplastia. En este grupo de Trujillo, hubo infección en 16 pacientes . Sí hubo significancia estadística con un valor $p = 0,009$ para las variables tiempo operatorio con transfusión sanguínea . Además de un valor $p = 0.000$ para la variable IMC (índice de masa corporal). (Tabla 06,07,08).

Tabla 1. Infección del sitio quirúrgico en el Hospital Regional de Ica.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No	39	84,8	84,8	84,8
	Si	7	15,2	15,2	100,0
	Total	46	100,0	100,0	

Tabla 2. Infección del sitio quirúrgico según tipo de fijación en el Hospital Regional de Ica.

	Razón	Si	No	Total
Osteosíntesis	Frecuencia	2	18	20
	Porcentaje	4,3%	39,1%	43,5%
Astroplastía parcial	Frecuencia	1	8	9
	Porcentaje	2,2%	17,4%	19,6%
Artroplastía total	Frecuencia	4	12	16
	Porcentaje	8,7%	26,1%	34,8%
Clavo endomedular	Frecuencia	0	1	1
	Porcentaje	0,0%	2,2%	2,2%
Total	Frecuencia	7	39	46
	Porcentaje	15,2%	84,8%	100,0%

Fuente: elaboración propia

Tabla 3. Infección del sitio quirúrgico según tipo de fractura en el Hospital Regional de Ica.

	Razon	Si	No	Total
Cabeza de femur	Frecuencia	0	2	2
	Porcentaje	0,0%	4,3%	4,3%
Cuello de femur	Frecuencia	3	20	25
	Porcentaje	6,5%	43,5%	54,3%
Petrocanterea	Frecuencia	1	13	14
	Porcentaje	2,2%	28,3%	30,4%
Subtrocanterea	Frecuencia	1	4	5
	Porcentaje	2,2%	8,7%	10,9%
Total	Frecuencia	7	39	46
	Porcentaje	15,2%	84,8%	100,0%

Fuente: elaboración propia

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)	2/7	5/46	7/46	0.598++
ªIMC	28.204 ± 1.749	25.124 ± 1.224	26,912 ± 1,485	0.514*
Tabaquismo (Si/No)	7/14	7/46	14/46	0.544**

*T student; **Test exacto de Fisher o X2
Fuente: 202 historias clínicas. Servicio de Archivos
al índice de Masa Corporal

Análisis Multivariado

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)	1,850	,058		21,862	,000		
	HEMOVAC	-,017	,161	-,016	,104	,918	1,000	1,000
2	(Intercepto)	1,885	,061		27,739	,000		
	HEMOVAC	-,027	,156	-,025	,230	,866	,984	1,016
	DESNUTRICION	-,763	,399	-,310	1,231	,006	,803	1,246
	CORTICOTERAPIA	-,121	,187	-,105	,667	,521	,800	1,251
	DIABETES MELLITUS	-,027	,156	-,025	,220	,866	,984	1,016

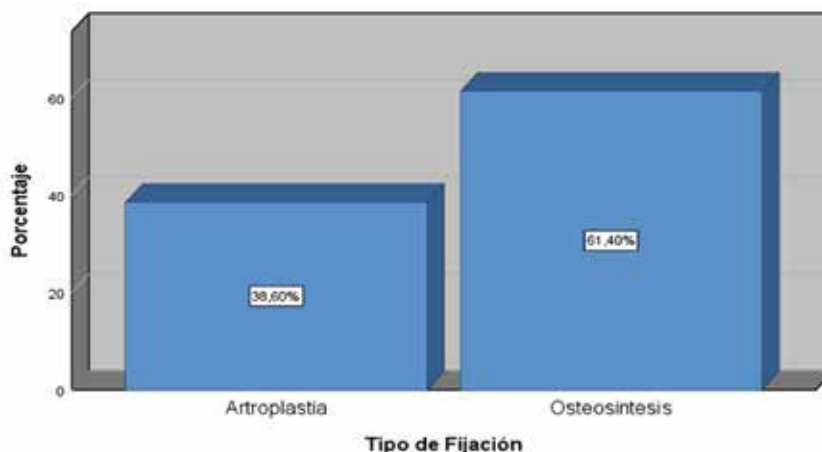


Gráfico 1. Tipo de Fijación, Hospital Víctor Lazarte Echegaray - Trujillo.



Gráfico 2. Tiempo Operatorio, Hospital Víctor Lazarte Echegaray - Trujillo.

En lo relacionado a la evaluación del Grafico 02: Tiempo Operatorio, nos da cuenta de que el 70.2% de la muestra considera que este tiempo operatorio es inferior a las 2 horas, en tanto que el 29.8% restante considera un tiempo igual o mayor a las 2 horas.

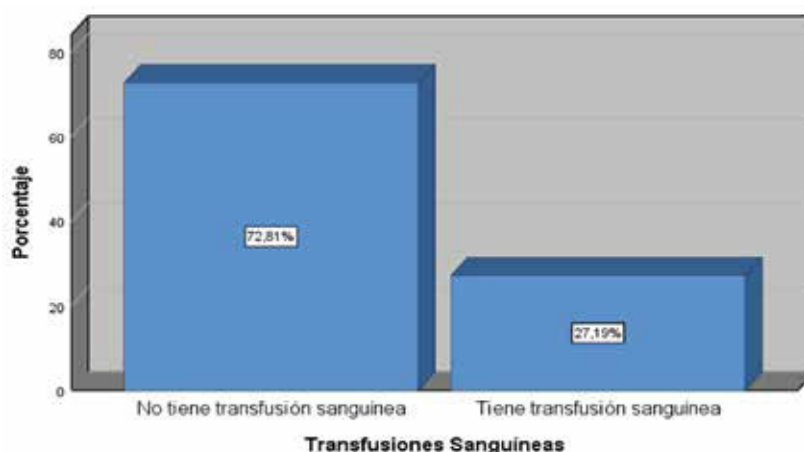


Gráfico 3. Transfusiones Sanguíneas, Hospital Víctor Lazarte Echegaray- Trujillo.

En la evaluación del Gráfico 03 Transfusiones Sanguíneas, se observa que el 72.8% de esta muestra no tiene transfusión sanguínea, mientras que el 27.2% de esta muestra si ha tenido transfusión sanguínea.

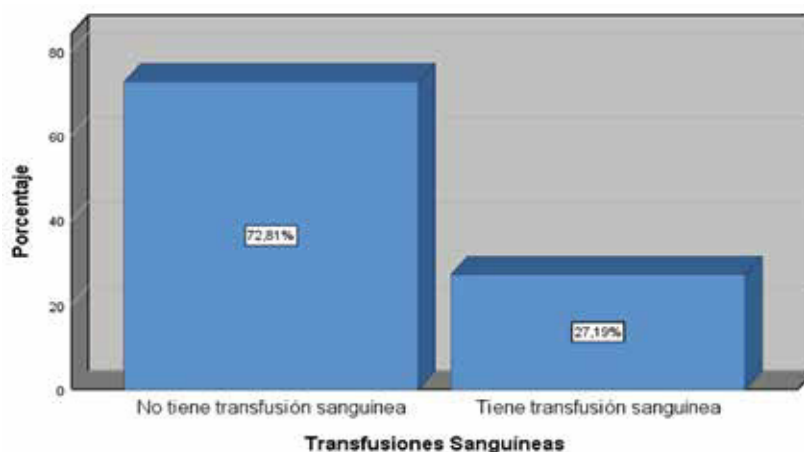


Gráfico 4. Estancia Post-operatoria, Hospital Víctor Lazarte Echegaray- Trujillo.

En relación a la evaluación del Gráfico 04: Estancia Post-operatoria, nos muestra que el 97.4% de la muestra no tienen alguna estancia post operatoria, mientras que el 2.6% restante si ha tenido alguna estancia post operatoria.

Tabla 6. Tabla Cruzada Tiempo operatorio y Transfusiones Sanguíneas.

Tiempo Operatorio*Transfusiones Sanguíneas

Recuento

		Transfusiones Sanguíneas		Total
		No tiene transfusión sanguínea	Tiene transfusión sanguínea	
Tiempo Operatorio	Es menor a 2 horas	64	16	80
	Es mayor o igual a 2 horas	19	15	34
Total		83	31	114

Tabla 7.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	7,010 ^a	1	,008		
Corrección de continuidad ^b	5,845	1	,016		
Razón de verosimilitud	6,692	1	,010		
Prueba exacta de Fisher				,011	,009
Asociación lineal por lineal	6,948	1	,008		
N de casos válidos	114				

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 9,25.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Tabla 8. Prueba de muestras emparejadas.

Prueba de muestras emparejadas

		Diferencias emparejadas							Sig. (bilateral)
		Media	Desv. Desviación	Desv. Error promedio	95% de intervalo de confianza de la diferencia		t	gl	
					Inferior	Superior			
P	IMC ('Índice de Masa Corporal) - 1	4,447	,777	,073	4,303	4,592	61,130	113	,000
	Infección Concomitante								

CONCLUSIONES

En los pacientes del Hospital Regional de Ica, su incidencia de ISO fue de 15.2% en cirugía de fractura de cadera en el adulto mayor. En los pacientes del Hospital Essalud "Víctor Lazarte Echegaray" de Trujillo, la incidencia de ISO fue de 14.03%. La desnutrición fue el factor asociado a ISO en Ica. Con respecto a los pacientes de Trujillo, se concluye que el tiempo operatorio con transfusión sanguínea y el índice de masa corporal (IMC), son los factores asociados a ISO.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Negrete-Corona J, Alvarado-Soriano JC, Reyes-Santiago LA. Fractura de cadera como factor de riesgo en la mortalidad en pacientes mayores de 65 años. Estudio de casos y controles. *Acta Ortopédica Mexicana*. 2014
2. Lazaros A, Poultsides MD, MSc, PhD, Lycurgus L, Liaropoulos, PhD, and Konstantinos N. Malizos MD, PhD, The Socioeconomic Impact of Musculoskeletal Infections, *The journal of bone & joint surgery djbj s.org* volume 92-a d number 11 d september 1, 2010.
3. Palomino L, Ramírez R, Vejarano J, Ticse R. Fractura de cadera en el adulto mayor: la epidemia ignorada en el Perú. *Acta méd. Peruana*. 2016.
4. Mears, Simon C., and Stephen L. Kates. *A Guide to Improving the Care of Patients with Fragility Fractures. Geriatric Orthopaedic Surgery & Rehabilitation*. 2nd Edition. 2015
5. González-Montalvo J, Alarcón T, Hormigo-Sánchez A, ¿Por qué fallecen los pacientes con fractura de cadera? *Medicina Clínica*, Volume 137, Issue 8, 2011, Pages355-360,ISSN0025-7753.
6. Izaguirre A, Delgado I, Mateo-Troncoso C, Sánchez-Nuncio HR, Sánchez-Márquez W, Luque-Ramos A. Rehabilitación de las fracturas de cadera. Revisión sistemática. *Acta Ortopédica Mexicana*. 2018
7. Turesson E, Ivarsson K, Thorngren K-G, Hommel A. Hip fractures - Treatment and functional outcome. The development over 25 years. *Injury*. 2018. Pp 156-158.
8. Andrade R, Villarroel H, et al. Infecciones en el sitio quirúrgico en ortopedia y traumatología. *Hospital Alcívar. Revista Actas Médicas*. 2013. No. 23: 29-34.
9. Calin S. Moucha, MD, Terry Clyburn, MD, Modifiable Risk Factors for Surgical Site Infection, *The journal of bone & joint surgery*, volume 93-a d number 4 d february 16, 2011.
10. Epidemiology and risk factors for surgical site infections in patients requiring orthopedic surgery. *European Journal of Orthopaedic Surgery & Traumatology* February 2015, Volume 25, Issue 2, pp 251-254.
11. Ilizaliturri V, Mangino G, Tratamiento quirúrgico de la osteoartritis en la cadera: actualidades en artroplastia total de cadera. *Reumatol Clin*. 2007;3 Supl 3:S57-62
12. Hernández O, Marrero L, et al. Tratamiento de la infección de la artroplastia total de cadera. *Revista Cubana de Ortopedia y Traumatología*. 2009; 23(1).
13. Iribarren O, Álvarez A. et al. Costo y desenlace de la infección de artroplastia de cadera. Estudio de caso y control. *Rev Chil Infect* 2007; 24 (2): 125-130.
14. Robert W. Indicaciones, Técnicas Y Resultados de Reemplazo Total de Cadera en Estados Unidos. *Rev. Med. Clin. Condes - 2014; 25(5) 760-764.*
15. Howard JL, Kremers HM, Loechler YA, et al. Comparative survival of uncemented acetabular components following primary total hip arthroplasty. *J Bone Joint Surg Am*. 2011 Sep 7; 93(17): 1597-1604.
16. Kim YH, Kim JS, Park JW, Joo JH. Comparison of total hip replacement with and without cement in patients younger than 50 years of age: the results at 18 years. *J Bone Joint Surg Br*. 2011 Apr; 93(4):449-455.
17. Stefansdottir A, Kärrholm J, Robertson O. Update from the Swedish Arthroplasty Registers with special reference to infections. In: Kienapfel H, Kühn KD, eds. *The infected implant*. Würzburg: Springer; 2009, Pag. 7-12.
18. Jahoda D. Clinical strategy for the treatment of deep infection of hip arthroplasty In: Kienapfel H, Kühn KD, eds. *The infected implant*. Würzburg: Springer; 2009. P 27-42.
19. Pérez M. Factores de Riesgo en Infección de Artroplastias: Estudio Comparativo Caso-Control. Tesis Doctoral. 2010. Universidad Autónoma de Madrid.
20. Ridgeway S, Wilson J, et al. Infection of the surgical site after arthroplasty of the hip. *J Bone Joint Surg [Br]* 2005;87-B:844-50.
21. Jover A, Barcenilla F, Torres J, et al. Factores de riesgo de infección de prótesis total articular: estudio de casos y controles. *Med Clin (Barc)*. 2009;128 (13):493-4.
22. Jafari SM, Coyle C, Mortazavi SM, Sharkey PF, Parvizi J. Revision hip arthroplasty: infection is the most common cause of failure. *Clin Orthop Relat Res* 2010;468:2046-205
23. Bhandari M, Swiontkowski M. Management of Acute Hip Fracture. *New England Journal of Medicine* . 2017, 101(10):87-2.
24. Barrios-Moyano A, Contreras-Mendoza EG. Frecuencia de complicaciones en pacientes mayores de 60 años con fractura de cadera. *Acta Ortopédica Mexicana* . 2018
25. Guren E, Figved W, Frihagen F, Watne LO, Westberg M. Prosthetic joint infection-a devastating complication of hemiarthroplasty for hip fracture. *Acta Orthopaedica* . 2017
26. Mok WQ, Ullal MJ, Su S, Yiap PL, Yu LH, Lim SMM, et al. An integrative care bundle to prevent surgical site infections among surgical hip patients: A retrospective cohort study. *American Journal Of Infection Control*. 2019.
27. López Tagle Daimilé, Hernández Ferrer María, Saldivar Arias Tamara, Sotolongo Hernández Teresa, Valdés Dupeyrón Osvaldo. Infección de la herida quirúrgica: Aspectos epidemiológicos. *Rev Cub Med Mil*. 2007
28. Surveillance atlas of infectious diseases. European Center for Disease Control website. <https://ecdc.europa.eu/en/surveillance-atlas-infectiousdiseases>. Published 2018.
29. Calderwood MS, Ma A, Khan YM, et al. 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*. 2012
30. Rogmark C, Fenstad AM, Leonardsson O, et al. Posterior approach and uncemented stems increases the risk of reoperation after hemiarthroplasties in elderly hip fracture patients. *Acta Orthop*. 2014
31. Pratteringerová J, Sarvikivi E, Huotari K, Ollgren J, Lyytikäinen O. Surgical site infections following hip and knee arthroplastic surgery: Trends and risk factors of Staphylococcus aureus infections. *Infection Control And Hospital Epidemiology*. 2019
32. Vargas Morales, Renán & Ruiz Lo, Isabel & Caballero, Jose. Análisis multivariado de los factores de riesgo asociados a infección de sitio operatorio tras artroplastia total de rodilla. *Hampi Runa*. Perú. 2016
33. Noailles T, Brulefert K, Chalopin A, Longis PM, Gouin F. What are the risk factors for post-operative infection after hip hemiarthroplasty? Systematic review of literature. *International Orthopaedics*. 2016
34. Ji C, Zhu Y, Liu S, Li J, Zhang F, Chen W, et al. Incidence and risk of surgical site infection after adult femoral neck fractures treated by surgery: A retrospective case-control study. *Medicine*. 2019

- 35. Ren M, Liang W, Wu Z, Zhao H, Wang J. Risk factors of surgical site infection in geriatric orthopedic surgery: A retrospective multicenter cohort study. *Geriatrics & Gerontology International*. 2019
- 36. Ma T, Lu K, Song L, Wang D, Ning S, Chen Z, et al. 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*. 2019
- 37. Hinde YR, Pennington R, Nott ML. Time to surgery for hip fracture patients in a rural orthopaedic referral hospital. *The Australian Journal Of Rural Health*. 2017
- 38. Aggarwal A, Harris IA, Naylor JM. Patient preferences for emergency or planned hip fracture surgery: a cross-sectional study. *Journal Of Orthopaedic Surgery And Research*. 2016
- 39. Rai SK, Varma R, Wani SS. 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 Traumatologia*. 2018
- 40. Flávia Falci Ercole, Lúcia Maciel Castro Franco, Tamara Gonçalves Rezende Macieira, Riesgo para infección de sitio quirúrgico en pacientes sometidos a cirugías ortopédicas, *Rev. Latino-Am. Enfermagem*] nov.-dic. 2011.
- 41. Moucha C, Richard E, et al. Orthopaedic Infection Prevention and Control: An Emerging New Paradigm. *American Academy of Orthopaedic Surgeons*. New Orleans, Louisiana. 2010. 77th Annual Meeting March 9 – 12.





Importancia de redactar una carta al editor

Importance of writing a letter to the editor

Luciana Ybaseta-Soto¹, Martin Aroni-Allcca².

1. Estudiante de Medicina Humana De la Universidad Nacional San Luis Gonzaga <https://orcid.org/0009-0003-6398-967X>
2. Bachiller de Medicina Humana de la Universidad Nacional San Luis Gonzaga. <https://orcid.org/0009-0001-0203-0057>

DOI: <https://doi.org/10.35563/rmp.v12i3.554>

Estimado Editor,

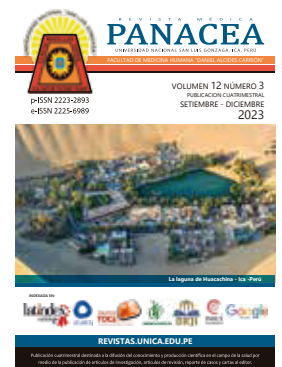
Como estudiante de medicina humana, me gustaría expresar la importancia de redactar una carta al editor en el ámbito académico y profesional de la medicina. Las cartas al editor ofrecen una plataforma valiosa para compartir opiniones, discutir temas relevantes y contribuir al debate académico (1). Esta oportunidad de participar en discusiones académicas puede enriquecer el conocimiento colectivo y promover la conciencia sobre problemas de salud pública y avances médicos (2).

Además, redactar una carta al editor puede ser beneficioso para el desarrollo profesional de los estudiantes de medicina. No solo les brinda la oportunidad de mejorar sus habilidades de redacción, argumentación y comunicación efectiva, sino que también les permite establecer contactos con otros profesionales y académicos en la comunidad médica (3).

Es crucial abordar temas relevantes y respaldar los argumentos con evidencia sólida al redactar una carta al editor. Seguir las pautas específicas de la revista a la que se enviará la carta es fundamental para asegurar su relevancia y contribución al campo de la medicina (4).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Smith J, Jones R. "Contribuir al debate académico". Revista de Medicina. 2023; 10(3): 45-50.
2. Rodríguez Roura Sandra Cecilia, Cabrera Reyes Lourdes de la C, Calero Yera Esmeralda. La comunicación social en salud para la prevención de enfermedades en la comunidad. Rev Hum Med. 2018 ; 18(2): 384-404
3. Castro-Rodríguez Yuri. La carta al editor en la publicación científica. Consideraciones para su elaboración. Odontoestomatología. 2021; 23(37): e205. <https://doi.org/10.22592/ode2021n37a5>.
4. González E, Rodríguez F. "Conectar con la comunidad académica". Revista de Investigación Médica. 2024; 12(1): 30-35.



Correspondencia:

Nombre: Luciana Ybaseta-Soto
Correo electrónico: .

Cómo citar

Luciana Ybaseta-Soto, Martín Aroni-Allicca. Importancia de redactar una carta al editor. Rev méd panacea 2023;12(3): 131-132.

DOI: <https://doi.org/10.35563/rmp.v12i3.554>



La retroalimentación del docente en el estudiante de medicina

Teacher feedback to the medical student

Chalco-Barrientos Guadalupe¹

1. Estudiante de Medicina Humana de la Universidad Nacional San Luis Gonzaga.

DOI: <https://doi.org/10.35563/rmp.v12i3.555>

Estimado Editor:

Me dirijo a usted para expresar mi opinión sobre la importancia de la retroalimentación del docente en el estudiante de medicina humana. La retroalimentación del instructor desempeña un papel crucial en la educación y el desarrollo de los estudiantes de medicina, proporcionando información valiosa, orientación y apoyo que mejora su experiencia de aprendizaje y los prepara para sus futuras carreras como profesionales de la salud.

La retroalimentación del docente contribuye significativamente al desarrollo académico y profesional de los estudiantes de medicina. Como señalan Smith y Jones (1), "la retroalimentación efectiva permite a los estudiantes identificar áreas de mejora y desarrollar habilidades críticas necesarias para su futura práctica médica". Esta afirmación resalta la importancia de la retroalimentación en el fortalecimiento de las habilidades clínicas y el pensamiento crítico de los estudiantes.

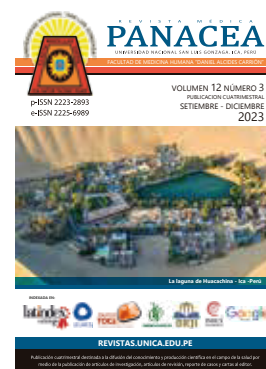
Además, como mencionan García et al. (2), "la retroalimentación del instructor fomenta el desarrollo de habilidades profesionales, como la comunicación efectiva y la empatía, que son fundamentales en la práctica médica". Este punto subraya cómo la retroalimentación contribuye al desarrollo integral de los estudiantes, preparándolos para enfrentar los desafíos éticos y emocionales que encontrarán en su futura labor como profesionales de la salud.

En resumen, la retroalimentación del docente es un componente esencial en la formación de estudiantes de medicina, ya que no solo mejora su aprendizaje y desarrollo profesional, sino que también los prepara para brindar una atención médica de alta calidad a sus pacientes.

Agradezco su atención a este tema y espero que mi perspectiva pueda ser considerada para su publicación en la revista.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Smith A, Jones B. The impact of effective feedback on medical students. Med Educ J. 2018;25(3):45-56.
2. García C, et al. Enhancing professional skills through instructor feedback. Med Pract. 2020;12(2):78-84.



Correspondencia:

Nombre: Guadalupe Chalco-Barrientos
Correo electrónico: .

Cómo citar

Chalco-Barrientos Guadalupe. La retroalimentación del docente en el estudiante de medicina. Hospital General de Perú. Rev méd panacea 2023;12(3): 133-134.
DOI: <https://doi.org/10.35563/rmp.v12i3.555>

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

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: jorgeybaseta@gmail.com

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), serán únicamente las que han sido citadas en el artículo, se ordenarán correlativamente según su aparición. Estas llamadas de cita precedidas de un espacio, se colocan entre paréntesis antes del punto, coma u otro signo de puntuación, ejemplo: (1) o (2, 5).

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

Artículos de revistas:

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

Libro:

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

Capítulo de libro:

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

Tesis:

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

Página web:

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

3.4 RESPONSABILIDADES ÉTICAS

3.4.1 Publicación redundante o duplicada

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

3.4.2 Consentimiento informado

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

3.4.3 Sobre los conflicto de intereses

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

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

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

3.4.4 Sobre los autores

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

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

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

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

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

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

Haber aprobado la versión que finalmente va a ser publicada

4. PROCESO EDITORIAL

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

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

Los trabajos admitidos para publicación quedan en propiedad de la revista y su reproducción total o parcial deberá ser convenientemente autorizada.

Todos los autores de las aportaciones originales deberán enviar por escrito la carta de cesión de estos derechos una vez que el artículo haya sido aceptado.

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

4.1 POLÍTICA EDITORIAL

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

4.2 AGRADECIMIENTO A REVISORES

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

4.3 PRUEBA DE IMPRENTA

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

Se enviara al autor 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.



La laguna de Huacachina Ica - Perú

La esmeralda líquida del desierto.

"Huacachina significa 'mujer que llora' en quechua. Cuenta la leyenda que esta laguna nace de las lágrimas de una hermosa mujer de ojos verdes, que lloraba la muerte de su amado.

Pero la laguna está llena de vida: desde sus palmeras y huarangos, hasta las aves que descansan en sus aguas, sus peces y las discretas criaturas de las dunas que la rodean. Una biodiversidad riquísima y ahora protegida, al declararse la Huacachina y el desierto subtropical a su alrededor como Área de Conservación Regional."

Fuente:
<https://www.peru.travel/es/atractivos/area-de-conservacion-laguna-huacachina>



ÍNDICE	93
--------	----

EDITORIAL	
La evaluación formativa en la formación médica: un enfoque integral Almeida Galindo José, Ybaseta Medina Jorge.	94

ARTÍCULOS ORIGINALES	
Autoconcepto académico relacionado al funcionamiento y comunicación familiar en tiempos de Covid19 en estudiantes de una universidad pública / Academic self-concept related to family functioning and communication in times of Covid19 in students of a public university Cordova Delgado Margarita, Curro Urbano Olga, Pastor Ramírez Norma, Lizarbe Alache Lazaro, Puza Mendoza Gladys, Guevara Saravia Monica, Oyola García Alfredo.	96

Factores de riesgo asociado a fístula enterocutánea en colostomía en un Hospital General de Ica, Perú / Risk factors associated with enterocutaneous fistula in colostomy in a General Hospital in Ica, Peru Aroni Allcca Martín, Cáceres Bellido Fermín, Ybaseta Soto Luciana.	105
--	-----

Depresión, Ansiedad y Estrés según características socio-académicas y sanitarias-espirituales en estudiantes de una universidad pública peruana / Depression, Anxiety and Stress according to socio-academic and health-spiritual characteristics in students from a Peruvian public university Dr. Hernández Huaripaucar Edgar, Dr. Becerra Canales Bladimir, Dra. Chauca Carmen, Dra. Solano Garcia Cecilia Giuliana, Dra. Curro Urbano Olga María, Mg. Huamán Cayo Alex Martín.	114
---	-----

Estudio comparativo de factores asociados a infección del sitio quirúrgico tras cirugía de fractura de cadera en hospitales de Ica y Trujillo / Comparative study of factors associated with surgical site infection after hip fracture surgery in hospitals in Ica and Trujillo Dr. Barrientos Ramos Víctor Hugo, Dr. Vargas Morales Renán Estuardo, Dr. Barrientos Salazar Paolo Francesco.	121
--	-----

CARTA AL EDITOR	
Importancia de redactar una carta al editor / Importance of writing a letter to the editor Luciana Ybaseta Soto, Martin Aroni Allcca.	131

La retroalimentación del docente en el estudiante de medicina / Teacher feedback to the medical student Chalco Barrientos Guadalupe.	133
---	-----

INSTRUCCIONES PARA AUTORES

Vicerrectorado de Investigación de la Universidad Nacional San Luis Gonzaga
 Dirección: Calle Bolivar N° 232. Ica, Perú
 Correo electrónico: vrid@unica.edu.pe
 Teléfono: 056 - 284 401