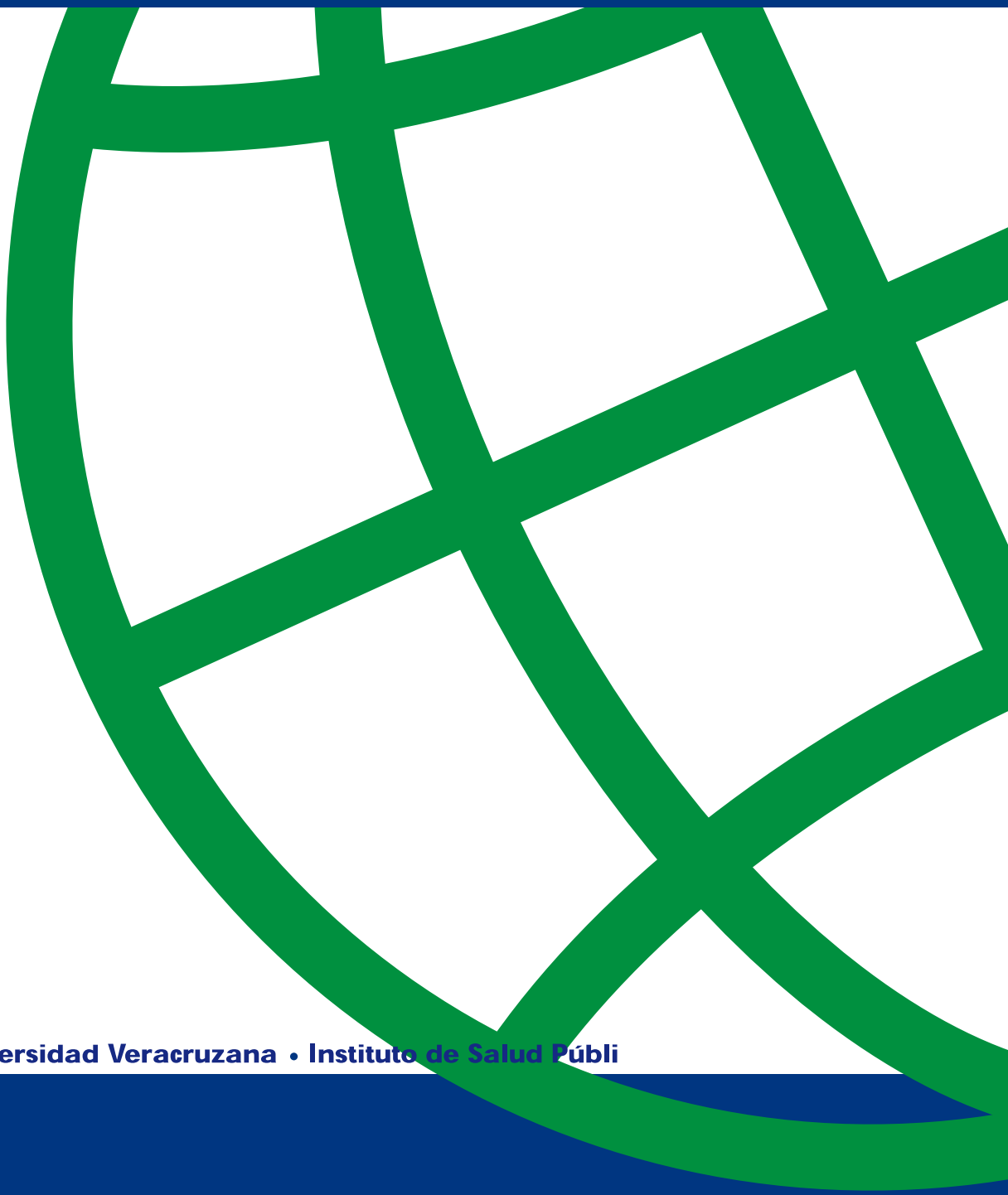
Altepepaktli

Salud de la comunidad

Volumen 5, No. 9, marzo 2009



Universidad Veracruzana • Instituto de Salud Públi

Universidad Veracruzana

Dr. Raúl Arias Lovillo
Rector
Dr. Ricardo Corzo Ramírez
Secretario Académico
Lic. Víctor Aguilar Pizarro
Secretario de Administración y Finanzas
Dr. Jesús Samuel Cruz Sánchez
Director General de Investigaciones
Dr. Agustín Aguirre Pitalúa
Director General del Área Académica de Ciencias de la Salud
Dr. Porfirio Carrillo Castilla
Director General de la Unidad de Estudios de Posgrado
Mtra. Ma. Cristina Ortiz León
Encargada de la Dirección del Instituto de Salud Pública

Comité Editorial

Dra. Dulce María Cinta Loaiza
Editor

Dr. Jaime Morales Romero
Coeditor

Dra. Elsa Ladrón de Guevara Morales
Dra. Edit Rodríguez Romero
Dra. Elizabeth Bonilla Loyo
Mtro. Manuel Salvador Luzanía Valerio
Comité Editorial

C.P. Angélica Tapia Vázquez
Coordinación Administrativa

Ma. Elena López Vázquez
Diseño y edición Digital

Rosa Linda Martínez González
Corrección de estilo

Altepepaktli es una publicación semestral del Instituto de Salud Pública
de la Universidad Veracruzana. http://www.uv.mx/isp/

Se encuentra indexada en IMBIOMED.
http://www.imbiomed.com.mx/index3.html
El contenido de los trabajos es responsabilidad exclusiva de los autores.
Se autoriza la reproducción parcial o total del material si se cita la fuente.

ISSN 1870-2759, Volumen 5, Nº 9, marzo 2009
Se imprimió en los talleres de
DOCUMASTER S.A de C.V
Av. Coyoacán 1450 Bis Col. Del Valle CP. 03220 México DF.
Sobre papel bond de 36 kg. en interiores y cartulina couché en portada. Tiraje de 500 ejemplares.

Contenido

Editorial 2

Artículos originales

Personal de salud e interculturalidad 3
F. Domingo Vázquez Martínez

Evaluadores de competencias en el campo de la Salud Pública 13
Elsa Ladrón de Guevara Morales

Ensayos y artículos de revisión

Tecnologías de la Información y de la Comunicación en Salud Pública 21
Alberto Rubí García, Galo Romeo Berzain Varela, Maria de Lourdes Mota Morales

Reflexiones sobre Género, Salud y Medios de Comunicación 25
Dulce María Cinta Loaiza, Alicia Iraís Portillo Cancino

Interferencia de RNA, una posible estrategia terapéutica en infecciones por virus sincitial respiratorio 31
Hilda Montero, Everthlyn Mani

Enfermedades crónico-degenerativas del estado de veracruz: el ambiente oxidativo como un enfoque causal 36
Rebeca García Román, Alejandro Escobar Mesa, Roberto Zenteno Cuevas

Reseña

Encuentro Internacional en Enfermedades Emergentes y Vigilancia. Una breve reseña 44
Roberto Zenteno Cuevas

Trabajos Intraforo de Salud 2008 46

Editorial

El presente número de la revista Altepepaktli se destaca por estar conformado por múltiples artículos con diversos enfoques y disciplinas como lo social, lo tecnológico y lo biológico, entre otras, y que contribuyen a la generación y aplicación del conocimiento en atención a la Salud Pública, además hay que subrayar la participación de estudiantes, investigadores y personal del sistema de salud, también todos ellos con diferentes perfiles disciplinares.

Toda esta información multi e interdisciplinaria de eventos y de lo investigado que nos ofrece este número, muestra como la salud pública no está sola inmersa en el área de la salud, sino que en ella están involucradas otras muchas disciplinas, por lo cual este ejemplar lleva a comprender mejor y ensanchar los horizontes acerca de la salud pública.

En esta ocasión se tiene el honor de presentar el producto de una vasta gama de trabajos que fincan sus investigaciones bordando diversos tópicos de interés sobre salud y relacionados con la misma y desde distintas miradas como la interculturalidad; género y medios de comunicación; tecnologías de la información y de la comunicación; modelos educativos basados en competencias en programas de estudios; nuevos diagnósticos sobre enfermedades emergentes y vigilancia. También el lector encontrará resúmenes de los trabajos del Intraforo 2008, tales como estudios de prevalencia, de correlación, de vigilancia epidemiológica, de prevención, comparativos, de factores de riesgo, de calidad de vida, de violencia, socioeconómicos, de estilos de vida y sus consecuencias. Algunos estudios se realizaron con enfoque cualitativo y otros con cuantitativo; los cuales se llevaron a cabo con diferentes poblaciones, grupos de edad y género.

Esperamos que los trabajos que se ofrecen en este número sean de utilidad no sólo como información, sino también motive a conocer más sobre lo que se está haciendo en el campo de la salud pública y guíe a tomar acciones que beneficien a la sociedad.

Personal de salud e interculturalidad*

(Health staff and interculturality)

F. Domingo Vázquez Martínez**

Había una vez tres ciegos que se toparon con un elefante.
Uno se acercó a él por la trompa, otro por una pata y otro por la panza.
El primero dijo: este animal es como una víbora, sólo que más fuerte, y arrugado.
El segundo repeló: ¿qué dices?, más bien parece como el tronco de un árbol;
a lo que el tercero rebatió: los dos están locos, este animal es muy grande y asemeja a una pared.

Fábula de la India

Resumen

Existen pocos trabajos sobre la conducta del personal de salud tradicional hacia el personal del sistema alopático y viceversa. En consideración a la coexistencia en México, y sobre todo en el estado de Veracruz, de los sistemas de atención tradicional y de atención alopática resulta relevante conocer las relaciones entre ambos personales de salud. De ahí que este trabajo tenga como objetivo conocer la conducta del personal de salud tradicional hacia el personal de salud alopático y viceversa. Se realizaron entrevistas a 14 personas del sistema de atención tradicional y 16 del alopático, residentes en nueve comunidades del estado de Veracruz. Entre los entrevistados hay parteras, hueseros, culebreros, ensalmadores y curanderos; así como médicos generales y especialistas, enfermeros y pasantes.

En general, en el personal de salud tradicional predominan las conductas de acomodación y evitación hacia el personal de salud alopático; y en éste, las conductas de competencia y compromiso hacia aquél. Los resultados del trabajo resultan relevantes si se busca la integración de un sistema de salud multicultural, como corresponde a la población mexicana.

Abstract

Few works exist on the conduct that exists of the personnel of traditional health towards the personnel of the allopathic system and viceversa. Considering coexistence in Mexico, and mainly in the state of Veracruz, the system of traditional attention and the allopathic system of attention it turns out excellent to know the relations between the personnel health that integrate these systems. For that reason this work must like objective know the conduct that has the personnel of traditional health towards the allopathic personnel of health and vice versa. Interviews to 14 people of the system of traditional attention and 16 of the allopathic system, resident of nine communities of the state of Veracruz were realised. Between the interviewed people there are midwives, hueseros, culebreros, quacks and healers; as well as general and specialistic doctors, nurses and pasantes. Generally, in the personnel of traditional health the conducts of accomodation and avoidance predominate towards the allopathic personnel of health; and in this one, the conducts of competition and commitment towards that one. The results of the work are excellent if the integration of a system of multicultural health looks for, as it corresponds to the Mexican population.

Palabras claves: personal de servicios de salud, salud intercultural, educación

Key words: personal of health services, intercultural health, education

Introducción

Todos los grupos humanos han desarrollado ideas sobre la salud-enfermedad, así como expuesto y practicado respuestas para atender a su población. Así, desde hace ya muchos años se reconoce que las ideas y prácticas sobre la salud y la enfermedad son parte de la cultura[1,2]. En este sentido, el sistema de salud (conceptos y prácticas sobre la atención a la salud de la población) es una construcción cultural y en él el personal de salud tiene un papel fundamental por ser quien atiende directamente a la población que lo requiera.

En un contexto intercultural coexisten dos o más conceptos sobre enfermedad y dos o más respuestas a ella; hay por lo menos dos tipos de población y dos tipos de personal de salud. El estudio de la interacción entre los diferentes tipos de poblaciones, entre el personal de salud de las diversas culturas y entre éstos y las poblaciones es fundamental para conocer y entender cómo se resuelven los problemas de salud en situaciones

** El trabajo se desarrolló durante una estancia sabática en la Universidad Veracruzana Intercultural y una versión previa del mismo se presentó en el Foro Veracruzano de Estudios Interculturales, 2008.*

** Investigador del Instituto de Salud Pública. Universidad Veracruzana.

interculturales. Cuando dos culturas conviven, las interacciones básicas son, además de las que se dan en el interior de la propia cultura, las de la población de la cultura A con la de la B; las del personal de salud de la cultura A con el de la B; las de la población de la cultura A con el personal de salud de la cultura B y las de la población de la cultura B con el personal de salud de la cultura A.

En las relaciones interculturales se presentan, de manera frecuente, contraposición de intereses que provocan desacuerdos[3], esto es, hay conflicto. Para el caso de salud es común encontrar explicaciones heterogéneas sobre las causas de enfermedad y muerte y, en consecuencia, propuestas de acción diferentes para enfrentarlas, así como normas y valores distintos para evaluar los resultados.

México es un país multicultural y plurilingüe, en consecuencia, en él coexiste un gran número de conceptos sobre salud y enfermedad y de respuestas a la enfermedad. De todas éstas, predomina la correspondiente a la medicina científica o alopática; las propias de las culturas prehispánicas, y calificadas en conjunto como "tradicionales", coexisten e interaccionan con aquélla en condiciones poco estudiadas.

Existen trabajos ya clásicos[4] en los que se describen las concepciones y prácticas de la medicina "tradicional", otros dan cuenta de los esfuerzos realizados por erradicar dichas concepciones y prácticas[5,6], y algunos más sobre la posibilidad de interacción o de complemento entre ellas[7,8,9]. El tema se ha abordado desde diversas perspectivas teóricas y disciplinarias[10,11]; sin embargo, la convivencia que hay entre los personales de salud pertenecientes a diferentes sistemas de salud ha sido poco explorada. Los escasos trabajos al respecto nos revelan cambios importantes en las actividades que desarrolla el personal de salud tradicional, inducidos por el del sistema alopático[12,13].

La necesidad de una mayor investigación en la conducta del personal de la medicina alopática hacia el de la medicina tradicional y viceversa resulta ineludible, sobre todo si se consideran los esfuerzos que se realizan actualmente desde aquélla para ponerse en contacto con ésta y aprovechar sus recursos. En México, por ejemplo, tanto la Secretaría de Salud a través de la Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural, como el Programa de Desarrollo Humano Oportunidades operado por el Instituto Mexicano del Seguro Social y algunos gobiernos estatales como el de Veracruz, plantean, para el logro de sus objetivos de ofrecer más y mejores servicios de salud a la población, el contacto y la vinculación con la medicina tradicional. Sin embargo, no hacen explícito el tipo de relación que se desea y se debe establecer entre el personal de ambos sistemas de salud, ni la manera en que hay que resolver los conflictos que inevitablemente han de surgir entre ellos. En este sentido, hay antecedentes de que solamente con una comunicación real, en la que exista reconocimiento, respeto y corresponsabilidad en la toma de decisiones se avanzará en la resolución de los problemas de salud que tienen las comunidades[14].

El objetivo de este trabajo es aproximarse al conocimiento de la convivencia entre los personales de salud tradicional y alopático del estado de Veracruz, así como a la opinión que tienen uno del otro.

Marco teórico

El conflicto como objeto de estudio ha sido abordado desde diversas disciplinas y perspectivas. El resultado es un conjunto de enfoques que más que contraponerse se complementan entre sí. Para los propósitos de este trabajo se parte de la perspectiva del Modelo general del conflicto de Kenneth Thomas[15].

Para Thomas el conflicto es el proceso que comienza cuando una parte percibe que la otra afecta negativamente o está próxima a afectar negativamente a algo que le concierne. El conflicto ocurre como un proceso o secuencia de eventos que se dan en episodios conflictivos entre las partes y que incluyen experiencias internas (cómo los participantes en un proceso conflictivo lo piensan, lo construyen y lo interpretan) y comportamientos visibles externos. De manera obvia, el conflicto surge dentro de un contexto económico y social particular, lo que determina los resultados específicos del conflicto y sus consecuencias para el mantenimiento del sistema social.

La unidad de análisis del conflicto es el episodio. El número de episodios que tiene un conflicto es variable (en un conflicto en escalada son innumerables) y, de manera evidente, éstos no son independientes unos de otros. Cada episodio consta de una secuencia de eventos[a], a saber: conciencia del conflicto, pensamientos y emociones, intenciones, conductas y resultados.

La conciencia del conflicto aparece cuando una o ambas partes se dan cuenta de que la otra le afecta o le afecta negativamente. La afectación puede ser a los intereses u objetivos, a los juicios (controversias) o a las normas. En los conflictos de intereses las partes tienen fines incompatibles; en los cognitivos, o sobre juicios, se percibe que la

[a] *Una de las críticas a este modelo es que la secuencia de eventos no es necesariamente unidireccional y ordenada. Con esta aclaración en mente, el modelo sigue siendo útil.*

otra parte ha sacado conclusiones erróneas sobre un hecho; en los normativos hay una evaluación de la conducta de la otra parte desde las propias normas.

Los pensamientos y las emociones son elementos básicos en los conflictos. De hecho, preceden a la toma de conciencia sobre el conflicto.

Las intenciones se generan en los pensamientos y las emociones que se forman durante el proceso conflictivo, además de estar en la conducta manifiesta. Se construyen sobre dos dimensiones: importancia de satisfacer los intereses de la otra parte o de la relación con la parte en conflicto (cooperador-no cooperador) e importancia de satisfacer los propios intereses (asertivo-no asertivo). De acuerdo con la importancia que se le otorgue a la relación (los intereses del otro) o a los resultados (los propios intereses) las intenciones y, en consecuencia, las conductas hacia la parte en conflicto son: de colaboración (asertivo y colaborador), de competición (asertivo y no colaborador), de acomodación (no asertivo y cooperador), de evitación (no asertivo y no cooperador) y, por último, de compromiso (medianamente asertivo y medianamente colaborador).

Las conductas de las partes en conflicto se refieren a los comportamientos observables y, de acuerdo con las intenciones, son también: de colaboración, de competición, de acomodación, de evitación o de compromiso.

Los resultados del proceso conflictivo dependen de las intenciones y conductas de las partes y, en general, tienden a disminuirlo cuando predominan las intenciones y conductas de colaboración y compromiso; a aumentarlo, en caso de que prevalezcan las de competencia; o a posponerlo, cuando en alguna de las partes o en ambas sobresalen las intenciones y conductas de evitación.

Material y método

A través de la Coordinación de Salud de la Licenciatura en Gestión Intercultural para el Desarrollo, de la Universidad Veracruzana Intercultural (UVI), se estableció contacto con los personales de salud tradicional y alopático identificados por la Coordinación en tres de las cuatro zonas donde tiene presencia la UVI: Altas Montañas, Selvas y Huasteca. Además, mediante la ayuda del Grupo de Apoyo a los Médicos Indígenas Tradicionales del Centro del estado de Veracruz (GRAMIT-Centro) se identificó y logró el acceso a otros médicos tradicionales.

El único criterio para la selección del personal fue que realizaran prácticas de salud en alguno de los dos sistemas. Una vez establecido el contacto con los personales de salud se les pidió su colaboración para conocer sus puntos de vista sobre el tipo de relación profesional que tiene con el personal de salud del sistema al que no pertenece.

Se realizaron entrevistas y grupos focales; todos, excepto dos entrevistas en las que no se autorizó, se grabaron para su posterior reproducción. Los grupos focales se organizaron de manera natural, con personas que se conocían previamente y que trabajan juntos en una misma institución u organización. Excepto dos entrevistas que se realizaron en náhuatl con la ayuda de una traductora, el resto se efectuaron en español, al igual que todos los grupos focales.

En el Anexo 1 se aprecia lugar y técnica de obtención de información, así como número de participantes. En total se obtuvo información de 19 mujeres y de 11 hombres. El trabajo de campo se realizó entre enero y junio de 2008.

Se utilizó una guía de preguntas con tres apartados: 1) Trabajo en salud, 2) Formación y 3) Relaciones interculturales con el otro personal de salud. En relación con Trabajo en salud se exploraron los siguientes temas: a) Incorporación de elementos de otros sistemas de salud a la práctica propia, b) Referencia y contrarreferencia de pacientes entre los diversos sistemas de salud y c) Práctica en salud conjunta con personal de otros sistemas de salud.

Para el análisis de la información obtenida se utilizaron, en cada uno de los tres apartados, las cinco categorías de intención o conducta del Modelo general de conflicto de Thomas: de colaboración, de competición, de acomodación, de evitación y de compromiso.

Resultados

Trabajo en salud

En general, las respuestas al trabajo en salud confirmaron la pertenencia de todos los informantes a alguno de los sistema de salud. En el Cuadro 1 se observan sus características generales.

Cuadro 1. Características generales de los informantes de los sistemas de salud tradicional y alopático. Veracruz, 2008.

Características	Informantes del sistema tradicional (n = 14)	Informantes del sistema alopático (n = 16)
Edad promedio	55 años (máxima 67, mínima 47)	38 años (máxima 60, mínima 29)

Continúa siguiente página

Promedio de años con el trabajo en salud	30 años (máxima 50, mínima 12)	17 años (máxima 40, mínima 29)
Número de pacientes que ven a la semana	Las parteras tenían en control de una a seis embarazadas en el momento de la entrevista. El resto del personal tiene aproximadamente un promedio de 15 consultas a la semana	Un promedio de 50 consultas a la semana
Lugar más frecuente de consulta	Casa del personal de salud	Consultorio
Otras actividades con remuneración pecuniaria, además de la de salud	Generalmente sí: campesinos, carpinteros, albañiles	Generalmente no
Escolaridad	Por lo general no mayor a 6 años (primaria)	Mayor de 10 años (técnica y universitaria)
Enfermedades o procesos por los que los consultan con mayor frecuencia	Empacho, susto, mal aire, torceduras, caídas, limpias, tendones, desgarres, luxaciones, tlazole, mordeduras y picaduras de animales ponzoñosos, control de embarazo y atención de partos	Infectocontagiosas, diabetes, hipertensión, control de embarazo y atención de partos

Incorporación de elementos del otro sistema

En general, el personal de salud tradicional está más dispuesto a incorporar a su saber y a su práctica profesional los elementos de la medicina alopática, que el personal de salud alopático a integrar elementos de la medicina tradicional.

En el caso de algunas parteras la incorporación de los elementos de la medicina alopática a su práctica profesional ha sido el resultado de un proceso de capacitación planeado y ejecutado por las instituciones oficiales de salud. Muchas parteras no sólo han incorporado elementos de la medicina alopática a su práctica en salud, en muchos casos esta misma ha cambiado. Este fenómeno ya ha sido documentado previamente en otros estados de México[12,13], y en este trabajo se constata que en Veracruz muchas de las parteras han dejado de atender partos y han incursionado en actividades de planificación familiar. Esto indica que han renunciado a sus prácticas propias y asumido las que les asignan las instituciones de salud alopáticas, se convierten en personal con remuneración pecuniaria de las instituciones de salud, cuyo trabajo es canalizar a las embarazadas al sistema alopático de salud y en promotoras de los programas de planificación familiar.

...Pos ahorita ya no es como antes, ahora todo se va a los hospitales y allá se van a aliviar..., uno nomás las lleva (GF2)

Las parteras informan al centro de salud (GF3).

...Las parteras no sabían, no sabían (GF2)

Desde la perspectiva utilizada para interpretar estas declaraciones, es evidente que en los conflictos de atención a la mujer embarazada y a la atención del parto, que han surgido y surgen actualmente entre los personales de salud tradicional y alopático, las parteras han sido muy colaboradoras y poco asertivas, lo que ha dado como resultado un cambio sustantivo en su práctica en salud. Por otra parte, hay un reconocimiento de algunos miembros del personal de salud alopático de que en la relación con el personal de salud tradicional lo importante son los propios intereses y no los de ellos (asertivo-no colaborador).

...El médico, sobre todo nosotros los médicos estamos acostumbrados a llegar e imponer nuestra cultura..., haz esto, haz aquello, haz lo otro... (A2)

Ante esta situación es natural que haya personal de salud tradicional, parteras en este caso, que en un esfuerzo por afirmar su saber y su práctica opten por no cooperar, manifestándose entonces intenciones y conductas de evitación, tanto en las parteras como en las embarazadas que controla.

Con la partera no hay esa comunicación... (A2)

Las embarazadas ... prefieren venir conmigo y no quieren ir a los servicios de salud porque les cortan y las obligan a utilizar una posición incómoda (T1)

Por parte del personal de salud del sistema alopático también hay incorporación a su práctica profesional de elementos propios del personal de salud tradicional. Pero esta incorporación no se realiza directamente a través del personal tradicional, sino en los laboratorios farmacéuticos mediante los fitofármacos. Existen casos en que se han construido jardines botánicos en algunos centros de salud o en unidades médicas rurales y se perciben intenciones claras de colaboración con el personal de salud tradicional para que incorpore sus prácticas al quehacer alopático.

En este hospital no hay un área, que debería haber un área de medicina tradicional..., yo pienso que si nosotros tuviésemos un área de medicina tradicional como hay en otros

paises iba a ser un éxito. La gente nos iba a querer (A2)

También se encontraron faltas de cooperación y de reconocimiento al personal de salud tradicional. Algunas personas del sistema de salud alopático consideran que no tienen nada que aprender, en cuanto a la atención a la salud, del personal tradicional.

... Es magia..., pensamiento mágico ¿no?..., cuando se supera la pobreza... la ignorancia y se educa a la gente desaparece eso (A3)

Referencia-Contrarreferencia

En el caso de las parteras que han modificado su práctica profesional es común la referencia al sistema de salud alopático. En el resto del personal tradicional no es algo cotidiano, a pesar del establecimiento de compromisos oficiales al respecto.

Con los médicos de bata blanca tenemos un acuerdo y compromiso. Cuando nos reunimos y platicamos y este..., van los de la universidad..., hicimos un acuerdo, Acuerdos y compromisos[b] *se llama, porque si un médico tradicional tiene un enfermo que no puede atender se lo pasamos al de bata blanca o viceversa, si el de bata blanca tiene un paciente que no le encuentra se lo pasa a ustedes... (T9)*

Ciertamente, estos *Acuerdos y compromisos* no siempre se han cumplido. Sin embargo, la intención que tienen suponen una gestión del conflicto en la que haya colaboración. En la realidad, como hemos visto con las parteras, la colaboración se traduce en acomodación de una de las partes a la otra. A pesar de lo anterior, sí hubo personal de salud alopático que refiere pacientes al sistema tradicional y recibe pacientes referidos del sistema tradicional.

...Doña Reina en Atlahuilco me refiere y le refiero..., casi diario. Yo la conocí hace varios años, le tengo mucho cariño y mucho respeto. Ella me refiere pacientes y al revés. Uno no puede luchar ni meterse en cosas que no. Aquí somos muy respetuosos con cualquier paciente..., yo voy a ver en el aspecto médico patológico cómo lo puedo ayudar, pero si yo veo que trae una cuestión de ese tipo y que él atribuye que su enfermedad tiene que ver con lo que le hicieron o no le hicieron, entonces yo lo recomiendo con el médico tradicional y le digo: sabes qué, ves allá y que te hagan una limpiadita..., aquí curamos de una forma, allá de otra forma. ¡Y sabes qué resultados tan maravillosos! (A1)

Existen muchas razones para no referir pacientes al otro sistema de atención a la salud, algunas de las identificadas en este trabajo tienen que ver con la competencia que hay entre ambos sistemas.

—¿Por qué dice que las parteras son celosas?
—Por que no quieren traer bien..., así..., porque piensan que ya no les van a pagar lo mismo..., o sea, ellas atienden a la paciente desde que está embarazada, la van viendo, la van sobando y hay veces que no la querían traer..., hay algunas..., pues el esposo les decía: yo ya te dije a ti, tú la tienes que atender...
...Es más económico para ellas que la atienda la partera (A4)

En el testimonio que se acaba de leer es evidente que sí hay competencia entre los sistemas de atención alopático y tradicional. Es también revelador del conflicto en el que están las parteras, no sólo ante el personal alopático, sino ante su propia comunidad. Ésta les sigue solicitando que desempeñen sus funciones tradicionales, al contrario de lo que les exige el sistema alopático.

Práctica conjunta en salud

En general no hay una práctica conjunta en salud. Se reconoce, tanto por el personal de salud tradicional como el alopático, que se trabaja de manera aislada. Esto indica que hay evitación del otro personal de salud y que los personales de ambos sistemas saben de la existencia del otro y de su influencia en la comunidad. Sin embargo, no se puede hablar de una práctica conjunta.

No se desconocen los esfuerzos realizados en los hospitales mixtos, tanto en México como en otras partes del mundo[16]. En las comunidades visitadas y en el momento presente no se identificaron prácticas de este tipo. En algún momento del pasado reciente, las parteras llevaban a las embarazadas a término a un centro de salud o unidad médica rural, y allí junto con el médico o la enfermera atendían el parto de manera conjunta.

Se traía a la embarazada y aquí se atendía el parto. Era una buena forma de atender el parto. Una aprendía mucho, porque el médico le iba diciendo y una aprendía..., cualquier complicación se tenía lo necesario para resolverla. ¿Quién sabe por qué ya no se hace? (T5)

[b] *Se hace referencia al Convenio de Colaboración Interinstitucional, para el Fortalecimiento de la Medicina Tradicional Veracruzana, celebrado en Xalapa-Enriquez, Veracruz en mayo de 2006*

Otro de los esfuerzos por realizar prácticas en salud conjuntas son los jardines botánicos que de acuerdo con el *Convenio de Colaboración Interinstitucional para el Fortalecimiento de la Medicina Tradicional Veracruzana* se deben establecer en las unidades médicas rurales.

La formación en salud

La formación profesional del personal de salud es, por lo general, excluyente en cuanto a la planta docente, aunque no en cuanto a los temas. Esto es, los miembros del sistema de salud tradicional no participan en la formación del personal de salud alopático y el personal docente de éste tampoco participa en la formación del personal de salud tradicional. En este sentido hay una interrelación muy circunscrita a determinado personal de salud (con las parteras como alumnas y el personal del sistema de salud alopático como profesores) y circunstancias como el Servicio Social (aquí los alumnos son del sistema alopático y, frecuentemente, los profesores del sistema tradicional).

Entre el personal participante en este estudio, el pasante de medicina recibió pláticas sobre medicina tradicional y uno de los médicos tradicionales ha participado como docente de medicina tradicional a los pasantes. Es importante mencionar que la cooperación y colaboración entre el personal de salud alopático y el tradicional en procesos de formación es coordinada básicamente por los servicios de salud y no por las universidades. En el caso de las parteras la capacitación se refiere a temas técnicos y en el caso de los pasantes a una introducción a la medicina tradicional del lugar donde desarrollarán su Servicio Social.

Excepto los casos mencionados, el personal de salud del sistema alopático recibe nula o escasa formación profesional en el sistema de salud tradicional, y el personal del sistema tradicional, sobre todo si no son parteras, no recibe capacitación en el sistema de salud alopático.

Fuera de los compromisos institucionales y en un nivel más interpersonal, hay resistencia a compartir conocimientos y técnicas entre el personal de salud de los diferentes sistemas, sobre todo del alopático hacia el tradicional.

> *— ...Una vez le dije que me enseñara a poner yeso para las fracturas, porque yo no pongo yeso, les pongo un parche de urea, de ocote...*
>
> *— ¿Y no le enseño a poner el yeso?*
>
> *— No. Me dijo que sí, cuando llegue un paciente te voy a mandar traer..., no..., nunca..., la envidia... (T8)*

Se encontraron conductas de acercamiento del personal tradicional hacia el alopático con la intención de aprender. Casos en los que se reconoce explícitamente que hay mucho que aprender de la medicina alopática

> *...Por eso le digo que un médico que estudia debe de saber más, él ve cómo está el hueso ese, cómo se desacomoda, porque ven al cuerpo humano.., entonces..., yo nomás la pura idea, el tacto... Yo siempre me encomiendo a Dios.*
>
> *Yo lo único es que me arrimo a los doctores para sacarles algo, preguntarles..., pero no, no le dicen a uno (T8)*

En estas situaciones, en las que surge un conflicto entre enseñar o no enseñar al personal de salud tradicional, los médicos alópatas reaccionan de diferente manera, algunos optan por colaborar y otros no.

> *...Había un doctor, sí que me daba la anestesia... No todos los médicos son así, a veces son egoístas. Con ese médico sí aprendí algo (T8)*

Como se puede ver, la intención y la conducta de colaboración del personal de salud alopático hacia el personal tradicional no está ausente. Sin embargo, la buena relación con curanderos y parteras no es resultado de un proceso educativo formal, sino de la experiencia en el trabajo de campo.

> *— ....¿Pero esto no se lo enseñaron en la Facultad?*
>
> *— Por supuesto que no. Es la experiencia en campo..., yo fui médico del Instituto Nacional Indigenista (A1)*

Por otro lado, el personal de salud tradicional, de manera independiente a que encuentre apoyo e información en el personal de salud alopático, tiene acceso a otras fuentes de información.

> *—Además de lo que le enseñaron sus abuelitos y su papá ¿de qué otra parte ha aprendido sobre su trabajo en salud?*
>
> *—Libros e Internet. Ahora encuentra uno mucho en Internet..., además de los intercambios en las reuniones con médicos tradicionales (T4)*

Las relaciones interculturales

Probablemente, en las relaciones entre el personal de salud tradicional y el alopático lo que prevalezca son los compromisos. Los compromisos que otros han establecido y que ellos deben concretar. El compromiso obliga al reconocimiento del otro, aunque no siempre al respeto. El personal de salud institucional tiene el compromiso de cumplir con programas de salud y de entregar informes

y metas cumplidas. Por parte de éste existe una competencia por imponer sus puntos de vista y acciones, y por parte del personal tradicional, sujeto a estos programas, una conducta de acomodación. Así, se instrumentan acciones, siempre sujetas a la disponibilidad de recursos, que no siempre son eficaces, pero sirven para cumplir programas y metas. Por ejemplo, respecto de los cursos de capacitación de parteras no siempre se tienen los recursos o las previsiones necesarias para lograr una verdadera colaboración.

> *...Todas las parteras hablaban náhuatl entonces..., resulta que todo estaba muy bonito, pero ¿qué cree? Que el curso era en español y ellas no hablaban español (A2)*

> *La colaboración con parteras se distorsionó por la falta de recursos. Si uno les da el apoyo sí vienen (GF3)*

Entre el personal de salud tradicional y el alopático existen también casos de colaboración y de evitación. Hay reconocimiento o no al trabajo del otro, que facilita o impide la colaboración.

> *Acá me ha tocado ver fracturas..., reducir fracturas inmediatamente por medio de encino, con cartón, mejor que cualquier yeso..., y lo saben hacer..., ¡sí, y estamos hablando de fracturas! (A1)*

La competencia también está presente en ambos personales de salud.

> *—¿Por qué vienen con usted, si ya hay hospitales, centros de salud, médicos particulares?*
> *—Pues, es como le digo, que eso no lo curan los doctores. No sé por qué estudiaron y no lo hacen..., será porque no quieren trabajar..., nomás ven al paciente, medio le checan la presión, expiden la receta y a cobrar. Y aquí hay que trabajar..., tal vez por eso (T8)*

> *La gente no sigue nuestras indicaciones y sigue las otras indicaciones de acuerdo a lo que le dicen los médicos tradicionales y..., a veces no son las acciones más adecuadas y las más indicadas para cierto tipo de padecimiento... (GF1)*

Se identifican buenas intenciones de colaboración tanto del personal de salud tradicional como del alopático. Sin embargo, esas intenciones no rebasan, en la mayoría de las ocasiones, la disposición y la voluntad personal y no se concretan en programas y acciones que sumen y mejoren la salud de la población.

> *...A lo mejor nos están subutilizando, que seguramente es así, pero porque no nos perciben como perciben a su medicina tradicional. El día que logremos que nos perciban de la misma manera..., que nos vean... Pero a lo mejor..., hay que cambiar nuestra manera de verlos y tratarlos también..., ¿no?, para que ellos también la suya puedan modificarla y que nos puedan incorporar a ese..., equipaje tan bueno que traen... (GF3).*

Discusión

En síntesis, se plantea que en el personal de salud tradicional predominan las conductas de acomodación y evitación para resolver conflictos con el personal de salud alopático; y en éste, conductas de competencia y compromiso.

Las conductas de acomodación en los médicos tradicionales están caracterizadas porque le dan una importancia mayor al estar relacionados con el otro sistema, que al resultado específico de las negociaciones que emprendan. Es más, por mantener la relación al personal de salud tradicional con esta tendencia no les importa ceder ante las exigencias que el sistema de salud occidental les haga. En este sentido, los médicos tradicionales dan un gran valor a la relación con el sistema de salud alopático, porque dicha relación los legitima ante su propia comunidad y ante el sistema oficial, de manera independiente a las negociaciones concretas que lleven a cabo y de los resultados que se obtengan.

A los médicos tradicionales que evitan la relación con el sistema de salud alopático no les importa ésta, principalmente porque no les interesa negociar sus posturas y principios. Lo que caracteriza la conducta de evitación es la falta de respuesta a las convocatorias que reciben del sector salud oficial (alopático y público) y de sus propios colegas.

Las conductas de competencia en el personal de salud alopático se caracterizan por la baja importancia que dan a la relación con el personal del sistema tradicional y la importancia alta otorgada a los resultados de los programas de salud. Resulta notoria la competencia del sistema de salud alopático por ganar la atención que requiere la población, que actualmente corresponde y acude al sistema tradicional.

El compromiso surge porque el personal de salud del sistema tradicional es esencial para el desarrollo de algún programa de salud determinado, como el de capacitación de las parteras.

En relación concreta con los resultados de la conducta de competencia por el personal alopático y de acomodación por el personal tradicional, específicamente las parteras, podría suponerse

que la situación actual a la que se ha llevado a las parteras beneficia a la población y que ahora la mayoría de los partos se atienden en mejores condiciones, lo que ha favorecido la salud de la población y de la mujer en especial. Así se justificaría la competencia como la mejor conducta para resolver los conflictos entre el personal de salud tradicional y alopático. Ello sería así únicamente bajo el supuesto de que las prácticas de la medicina alopática son superiores en todo momento para atender la salud de la población, pero por lo menos para el caso de la atención del parto, no hay evidencias que sustenten dicha afirmación. Méndez González[17] encontró que no hay diferencias estadísticamente significativas entre la atención del parto que brinda el sistema alopático y la del tradicional.

Por otra parte, una gestión competitiva del conflicto lleva necesariamente a la falta de colaboración y a la segregación de algunos de los miembros de la medicina tradicional que rehúsan renunciar a sus saberes y prácticas. Lo que para la construcción de un sistema de salud intercultural, que aproveche lo mejor de ambos sistemas, es un obstáculo mayúsculo. Además, hay ejemplos de colaboración, como el de la atención conjunta del parto, en que se aprovecha lo mejor que ofrecen los miembros de cada uno de los sistemas, con resultados satisfactorios para la salud de la población y la calidad de los servicios de salud, tanto desde la valoración alopática como tradicional.

Aunque el objetivo de este trabajo no fue el estudio del conflicto en sí, es importante mencionar dos observaciones relacionadas con éste.

Primera, en la relación entre personal de salud del sistema tradicional y el alopático se encontraron conflictos de intereses (competencia por pacientes), cognitivos (explicaciones sobre el mejor tratamiento) y normativos (evaluación del trabajo realizado). Esto es relevante dado que la forma en que se enfrenta el conflicto está relacionada con las características del mismo.

Segunda, no toda la actividad del personal de salud resulta igualmente conflictiva. Es evidente que entre mejor delimitados estén los ámbitos de competencia entre el personal de salud tradicional y el alopático menor posibilidad de conflicto de intereses, cognitivo o normativo habrá. Por ejemplo, el "susto" o una "limpia" no genera competencia por pacientes, ni controversia por explicarlo, entre el personal del sistema tradicional y el alopático.

En el otro extremo tenemos las entidades que son atendidas por los personales tradicional y alopático; por ejemplo, la atención del parto y las fracturas. Entre estos dos extremos, el de la competencia específica o excluyente y el de la incluyente, hay una serie de padecimientos y procedimientos para cuidar y mejorar la salud que generan más o menos conflicto entre ambos personales. Estos dos aspectos se señalan como temas de investigaciones futuras.

Por último, las relaciones entre el personal de salud tradicional y el alopático, en general, son calificadas como insuficientes para lograr que cada uno de ellos haga su mejor aportación a la salud de la población y sumen esfuerzos en pro de la misma. Es importante transitar hacia una relación de colaboración plena, proceso que llevaría al surgimiento de un verdadero sistema intercultural de atención a la salud, como corresponde al México pluriétnico y multicultural en el que vivimos.

> *Todos somos salud, tratándose de salud no se trata de que si es el doctor, que si es la doctora, que si es el curandero, si es el sobador, si es el rezandero, si es el..., pues es salud y todos contribuyen (A1)*

Agradecimientos

A la Universidad Veracruzana Intercultural, en particular a Sergio Téllez Galván, Gilberto Domínguez Estrada y al personal del Departamento de Salud: Andrea Isunza Vera, Nancy Villegas García, Francisco Javier Pancardo Escudero, Norma Edith Loeza García y Aimé López González; a Arcelia Apale Palacios por su apoyo en la realización y traducción de las entrevistas.

Al Grupo de Apoyo a los Médicos Indígenas Tradicionales del Centro del estado de Veracruz (GRAMIT-Centro).

A Maya Lorena Pérez y Luisa Paré por sus valiosos comentarios a la versión presentada en el Foro Veracruzano de Estudios Interculturales celebrado en Xalapa, Ver., en julio de 2008.

A los personales de salud tradicional y alopático que colaboraron.

Referencias bibliográficas

1. Aguirre Beltrán G. Programas de salud en situación intercultural. México: Fondo de Cultura Económica; 1994.
2. Menéndez E. Hacia una práctica médica alternativa. Hegemonía y autoatención en salud. Méxic: Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social. (Cuadernos de la Casa Chata); 1983; 86.
3. Boueiri S. Salazar M. Aportaciones teóricas para el abordaje del conflicto y los medios alternativos de resolución con especial énfasis en la mediación. Revista CENIPEC. Enero-diciembre 2004; 23: 159-191.

4. Martínez Cortés F. (coordinador general). Historia General de la Medicina en México en Alfredo López Austin y Carlos Bisecas Treviño (coordinadores Tomo 1). México Antiguo. México: Universidad Nacional Autónoma de México; 1984.
5. Holland W. Medicina maya en Los Altos de Chiapas. Un estudio de cambio sociocultural. México: Instituto Nacional Indigenista (Serie Antropología Social 2); 1963.
6. Aguirre Beltrán G. Nace la antropología médica. En: Roberto Campos (compilador). La antropología médica en México. Tomo 1. México: Instituto Mora, Universidad Autónoma Metropolitana; 1992. 39-77.
7. Aparicio Mena AJ. Idea de salud intercultural. Una aproximación antropológica a la idea de salud intercultural, derivada de la medicina tradicional china, en contacto con diferentes culturas. Gaceta de Antropología. 2004; 20.
8. Duarte Gómez MB. Medicina occidental y otras alternativas: ¿es posible su complementariedad? Reflexiones conceptuales. Cad Saude Pública. 2003; 9(2): 635-643.
9. Alarcón MA. Vidal HA. Neira Rozas J. Salud intercultural: elementos para la construcción de sus bases conceptuales. Rev. Méd. Chile. 2003; 131(9): 1061-1065.
10. Campos R. (compilador). La Antropología Médica en México. México: Instituto Mora y Universidad Autónoma Metropolitana; 1992.
11. Fernández Juárez G. (coordinador). Salud e interculturalidad en América Latina. Antropología de la salud y crítica intercultural. Quito, Ecuador: Ediciones Abya-Yala; 2006.
12. Güémez Pineda M. De comadronas a promotoras de salud y planificación familiar. Proceso de incorporación de las parteras empíricas al sistema institucional de salud. En: Esteban Krotz, (coordinador). Cambio cultural y resocialización en Yucatán. Mérida, Yucatán: Universidad Autónoma de Yucatán; 1997. 117-147.
13. Güemez Pineda M. De la hegemonía a la subordinación obligatoria: visiones del pasado y el futuro de la partería en Yucatán, México. Temas Antropológicos Revista Científica de Estudios Regionales. Facultad de Ciencias Antropológicas de la Universidad Autónoma de Yucatán. 2003; 24 (2): 117-143.
14. Barragán Flores J. Desarrollo de programas de salud en comunidades indígenas. Aportaciones desde la comunicación intercultural. Tesis para obtener el grado de Maestro en Comunicación. Universidad Veracruzana. 2003.
15. Domínguez Bilbao R. García Duarte D. Introducción a la teoría del conflicto en las organizaciones. Universidad Rey Juan Carlos. Servicio de Publicaciones. Working Papers 48. (Consultado: marzo 2008). Disponible en: http://www.fcjs.urjc.es/departamentos/areas/profesores/descarga/vrvwzrzuz/WP%202002-48%20Introducci%C3%B3n%20a%20la%20T%20del%20Conflicto.pdf.
16. Duarte Gómez MB. Brachet Marquez V. Campos Navarro R, et al. Políticas nacionales de salud y decisiones locales en México: el caso del Hospital Mixto de Cuetzalan, Puebla. Salud Pública Méx. 2004; 46 (5): 388-398.
17. Méndez González RM. Cervera Montejano MD. Comparación de la atención del parto normal en los sistemas hospitalario y tradicional. Salud Pública Méx. 2002; 44 (2): 129-136.

Anexo 1. Número y tipo de personal de salud participante, según técnica de obtención de información, sistema de salud al que pertenece y lugar de entrevista. Veracruz, enero-junio 2008

Lugar donde se obtuvo la información	Técnica de obtención de información	Personal del sistema de salud tradicional	Personal del sistema de salud alopático	Total de informantes
Tequila, Ver.	Entrevista focalizada	Una partera (T1)*, una curandera de niños (T2). Las dos fueron realizadas en náhuatl	Un médico particular (A1)	3
Tequila, Ver.	Grupo focal		Una médica, un médico, tres enfermeras y un odontólogo del centro de salud (GF1)	6
Tlaquilpa, Ver.	Entrevista focalizada		Una médica del hospital integral (A2)	1
Campanario, Ver.	Entrevista focalizada	Un partero y curandero (T3)		1
Atzacan, Ver.	Entrevista focalizada	Un médico tradicional (T4)		1
Huazuntlán, Ver.	Entrevista focalizada	Una partera (T5)	Un pasante de medicina de la unidad médica rural del IMSS (A3)	2
Huazuntlán, Ver.	Grupo focal	Cinco parteras (GF2)		5
Chacalapa, Ver.	Entrevista focalizada	Una curandera (T6), una culebrera y ensalmadora (T7)		2

Continua siguiente página

Tonalapa, Ver.	Grupo focal		Una médica y un médico del hospital integral (GF3)	2
Ixhuatlán de Madero, Ver.	Entrevista focalizada	Un huesero (T8), un médico tradicional (T9)		2
Ixhuatlán de Madero, Ver.	Grupo focal		Un médico, dos enfermeras y un promotor de salud del centro de salud (GF4)	4
Llano Enmedio, Ver.	Entrevista focalizada		Una enfermera de la unidad médica rural (A4)	1
Total		14	16	30

* Las letras y el número entre paréntesis identifican los testimonios transcritos en el texto

Evaluadores de competencias en el campo de la Salud Pública

(Assessors of competitions in the field of the public health)

Elsa Ladrón de Guevara Morales*

Resumen

En agosto de 2005 el Instituto de Salud Pública de la Universidad Veracruzana (ISPUV) puso en marcha el programa de maestría, con un nuevo plan de estudios basado en competencias para el ejercicio de las funciones esenciales en salud pública. La planeación e instrumentación de este nuevo programa requirió la capacitación y formación de profesores en el desarrollo de competencias, en las funciones esenciales en salud pública y en la evaluación de competencias.

El contexto de esta investigación son las evaluaciones que realizan los profesores sobre las competencias que los alumnos deben desarrollar durante el segundo semestre del programa, para formular y ejecutar un proyecto de intervención tendiente a mejorar la prestación de servicios en las instituciones de salud donde realizan sus prácticas profesionales. Se desarrollaron seis proyectos colectivos en dependencias del sector salud, donde participaron los 30 alumnos de la maestría y 16 profesores evaluadores. El objetivo de la investigación fue explorar la capacidad para evaluar competencias en el personal docente del Instituto de Salud Pública de la Universidad Veracruzana.

Las evaluaciones realizadas a los alumnos sobre la adquisición de competencias se desarrolló en cinco etapas; para ello se establecieron parámetros, se elaboraron los descriptores de las competencias y se les diseñaron instrumentos de evaluación. Cada equipo de alumnos era evaluado simultáneamente por tres profesores. En cada una de las etapas de evaluación se exploró la discrepancia entre las calificaciones de los tres evaluadores de cada equipo y los elementos que generaron estas discrepancias.

Los resultados mostraron que a lo largo de las cinco etapas de evaluación hubo marcadas discrepancias entre los evaluadores de cada trabajo. Las diferencias observadas entre los evaluadores se explican a través de varios factores.

Abstract

In August, 2005 Public Health Institute of the Universidad Veracruzana (ISPUV) started a master's program by applying a new curriculum, which is based on competences for essential public health functions. In order to plan and implement the new curriculum, our faculty took an assessing- competence training and a developing – competence training in essential public health functions.

The context of this research, are the evaluations done by the teachers. They evaluate the competences students must develop during the second semester to create and implement an intervention project in order to improve health care services in health institutes where they realize their professional practices. Six collective projects were developed in health institutes. 30 master students and 16 assessing teachers took part in these projects. The aim of the research was to explore the aptitude for assessing competences in the faculty of the Public Health Institute of Universidad Veracruzana.

The evaluations were done in five stages, so parameters and describers for competences and assessing tools were designed. Every team of students was evaluated simultaneously by three assessing teachers. In each stage of evaluation the discrepancies of every teacher of each team were explored, as well as the reasons that generated such discrepancies.

The results showed that along five stages of evaluation discrepancies among assessing teachers were very marked. Such differences can be explained by several factors.

Palabras claves: competencias, evaluación, salud pública, evaluadores.

Key words: competences, evaluation, public health, and assessors.

* *Investigadora del Instituto de Salud Pública de la Universidad Veracruzana. elsaladron@uv.mx*

Introducción

Las tendencias actuales en el desarrollo de modelos educativos basados en competencias han exigido transformaciones fundamentales en las instituciones de educación superior y en las formas tradicionales de enseñar. La implantación de este tipo de modelos exige a los implicados -profesores y alumnos- el desarrollo de nuevas habilidades; para los primeros el reto no se circunscribe a su papel de facilitador en los procesos de aprendizaje, exige también apropiarse de conceptos, modelos y habilidades que permitan su participación adecuada en las nuevas estrategias de formación, acordes con el modelo de competencias[1].

Una de las habilidades de los profesores que poco se ha explorado, para la operación adecuada de este tipo de modelos, es precisamente la capacidad para evaluar el desarrollo de las competencias; a este respecto Worthen[2], propone once habilidades que debe dominar el evaluador, de las cuales se enuncian a continuación las más pertinentes para este trabajo.

El evaluador debe ser capaz de describir el objeto de la evaluación, en este caso de comprender, representar y explicar las competencias que se están tratando de desarrollar durante el proceso de enseñanza-aprendizaje y que es el objeto de la evaluación.

Un segundo elemento que debe dominar el evaluador es el contexto en el que se desarrollan las competencias objeto de la evaluación; es decir, se reconoce que el desarrollo de las competencias es facilitado o bien obstaculizado por los factores que prevalecen en el ámbito en el que se desarrollan éstas. Por ejemplo, cuando se trata de que los alumnos desarrollen e instrumenten propuestas de solución a problemáticas encontradas en las instituciones de salud, estas actividades están favorecidas o entorpecidas por las características que asumen los marcos normativos de cada institución, por el ambiente laboral que prevalezca, por la disponibilidad de recursos, por el interés de los funcionarios de cada institución, etc. El conocimiento de estos elementos por parte de los evaluadores es fundamental, determinan en gran medida la posibilidad del desarrollo de las competencias.

Por otro lado, el evaluador debe tener claridad del marco referencial de la evaluación, es decir, ¿qué es lo que persigue el proceso de formación?, ya que éste tiene diversas orientaciones como: el cumplimiento de objetivos y metas, la puesta en práctica de conocimientos y habilidades ante situaciones reales que impliquen la toma de decisiones, la capacidad de respuesta individual o grupal, etc. Es indudable que la falta de claridad desde el punto de vista del marco referencial en el cual se da la evaluación conduce a distorsiones en la evaluación y a generar resultados que no son los esperados ni deseables.

Un atributo más que debe poseer el evaluador es la capacidad para seleccionar adecuadamente los instrumentos de evaluación, así como para identificar la información y las fuentes idóneas; en otras palabras, es necesario establecer lo que se desea conocer del objeto de evaluación (en este caso el desarrollo de las competencias profesionales), así como los criterios de evaluación y los estándares bajo los cuales se va a evaluar; además, en procesos de esta naturaleza es posible que no todos los elementos de la evaluación sean medibles, por lo que se debe garantizar la sistematización en los juicios de valor que se emitan.

En este tipo de procesos de evaluación resulta imprescindible la capacidad de los evaluadores para comunicar los resultados obtenidos, mediante informes técnicos claramente detallados y oportunos.

De manera deliberada se espera la conducta ética de los evaluadores, sin embargo, este comportamiento ético no implica sólo el manejo reservado de la información y de los resultados de la misma, sino también la actitud comprometida con el propio proceso de evaluación, por lo que se espera que el evaluador realice su mejor esfuerzo y se comprometa obtener resultados de calidad y útiles para el proceso de formación académica.

El evaluador no asume una postura dogmática, pues las circunstancias en las que se dan los procesos de formación de competencias son afectadas por condiciones de orden político, administrativo, metodológico, legal y logístico; circunstancias que deben ser consideradas en el proceso de evaluación y que necesariamente implican cierto grado de flexibilidad durante el mismo.

Por último, el evaluador debe asumir una postura abierta para aprender de los propios procesos de evaluación a través de la meta-evaluación, es decir, debe permitir la revisión y crítica de su propio trabajo evaluador y estar dispuesto a aprender de este proceso; esto implica que la tarea de evaluación más que una actividad individual y solitaria, es una actividad colectiva que requiere de la disposición para trabajar de cerca con otros y de seguir aprendiendo colectivamente.

Como se observa la evaluación de competencias es un proceso complejo, que requiere no sólo la definición de perfiles sino también de los instrumentos de medición que permitan la demostración de estas competencias[3]. Además, es necesario considerar que estas condiciones no se logran de manera espontánea, la posibilidad de cerrar un ciclo de aprendizaje con una buena evaluación de las competencias desarrolladas requiere un esfuerzo de formación de evaluadores bajo la concepción de este tipo de programas[4].

Existen diversas propuestas para evaluar las competencias de los alumnos, desafortunadamente poco se ha explorado sobre las capacidades que deben tener los evaluadores de estas competencias[5].

Por otro lado, es importante señalar que la adquisición de competencias se concibe como un proceso continuo, es decir la adquisición de competencias no se observa como un momento, el desarrollo de las mismas es un proceso gradual y dentro de los planes curriculares debe considerarse desde esta perspectiva, cada momento académico y de evaluación sólo contribuye al continuo de un proceso más amplio en el que finalmente se logra el desarrollo de las competencias[6].

Es necesario también considerar que la evaluación de competencias es un proceso que se basa en percepciones psicofísicas, por lo cual es preciso considerar que éstas inducen a apreciaciones diferenciadas; por lo anterior cuando se trata de este tipo de evaluación es necesario establecer un rango que considere el umbral de percepción. Si se aplica el principio de Weber-Fechtner como factor de corrección del error de apreciación, se consideraría que una competencia se ha adquirido cuando su evaluación se encuentra en el rango de 90 a 100%, es decir la persona que evalúa tiene una desviación derivada de la apreciación diferenciada de hasta 10%. Este enfoque, un tanto lineal, es válido para el diseño curricular o la certificación de la competencia, donde ésta se concibe como una meta a alcanzar[7]. De igual manera, cuando se evalúa el trabajo del evaluador es necesario considerar esta posibilidad de apreciación diferenciada.

En los últimos años se comenzó a observar la profesionalización de evaluadores; generalmente están orientados a procesos de certificación en áreas específicas como laboratorios, servicios de salud e incluso programas académicos. Las características que presentan estos evaluadores profesionales son: ciertos atributos personales, compromiso, competencia específica en calidad, áreas de competencia general y áreas de competencia técnica específica; sin embargo, poco o nada se ha realizado para evaluar las capacidades de los evaluadores de competencias en el interior de los propios programas formativos[8].

En 2005 el Instituto de Salud Pública de la Universidad Veracruzana (ISPUV) puso en marcha el programa de Maestría en Salud Pública, con un nuevo plan de estudios basado en competencias para el ejercicio de las funciones esenciales en salud pública. La instrumentación de este programa requirió la capacitación y formación de profesores en el desarrollo de competencias, en las funciones esenciales en salud pública y en la evaluación de competencias[9].

El planteamiento que subyace en esta propuesta académica es que se debe propiciar, además de las competencias específicas que requieren las funciones esenciales en salud pública, el desarrollo de otras competencias genéricas como trabajo en equipo, pensamiento crítico articulado con la solución creativa de problemas, habilidades de comunicación y para manejar información y tecnología, así como fortalecimiento de algunas competencias transversales como autoestima y autoconfianzal, entre otras.

Actualmente cursa la segunda generación de estudiantes bajo este plan de estudios. El plan es monitoreado desde varias perspectivas, una de ellas es la exploración y el análisis de la capacidad del personal docente para la evaluación de competencias.

El objetivo de este trabajo fue explorar la capacidad para evaluar competencias en el personal docente del Instituto de Salud Pública de la Universidad Veracruzana.

Método

El contexto de esta exploración es el proceso de evaluación que realizan los profesores sobre las competencias que los alumnos deben desarrollar durante el segundo semestre del programa, en relación con las competencias específicas para formular y ejecutar un proyecto de intervención tendiente a mejorar la prestación de servicios en las instituciones de salud donde realizan sus prácticas profesionales. Se desarrollaron seis proyectos colectivos donde participaron los 30 alumnos de la maestría y 16 profesores evaluadores. Cada equipo se constituyó por cinco alumnos y los evaluadores se integraron en equipos de tres académicos.

El diseño fue exploratorio pues no se cuenta con algún antecedente sobre el tema. Los 16 profesores evaluadores se incluyeron en este proceso de manera voluntaria, todos tienen tiempo completo en la Universidad Veracruzana, con actividades de investigación y gestión académica, todos tienen estudios de maestría o doctorado y la mayoría participó en los cursos de formación para la instrumentación del programa de maestría.

La evaluación que realizaron los profesores a los alumnos sobre la adquisición de competencias profesionales se desarrolló en cinco etapas, para ello se establecieron a través de las Coordinaciones Académicas diferentes parámetros y estándares acordes con las etapas de avances esperados; con base en ellos se diseñaron los instrumentos que identificaban en cada etapa los descriptores de dichas competencias.

Los instrumentos utilizados para evaluar a los alumnos fueron cédulas de cotejo diseñadas de tal manera que en cada etapa de evaluación se atendieran determinados aspectos que permitieran el desarrollo paulatino del proyecto, así como su instrumentación, por esta razón, las escalas de puntuación se modificaban en cada etapa, enfatizando con mayor puntuación aquellos aspectos que correspondían al avance programado de cada una de ellas, pero sin dejar de evaluar el mejoramiento de los aspectos evaluados en las etapas anteriores (esta situación derivada de la postura de que el desarrollo de competencias es un proceso y no un momento). Por lo anterior el conjunto de instrumentos de evaluación parcial constituyó el instrumento de evaluación final, el cual se presenta a continuación, además de los criterios de evaluación

Cédula de evaluación para el trabajo final de la Práctica Profesional de la Maestría en Salud Pública de la Universidad Veracruzana.

Parámetro	Descriptor	Puntuación máxima	Puntuación obtenida	Observ.
Datos de identificación	1. Área temática en la que se inserta el proyecto	1 Si están completos		
	2. Título del trabajo de intervención (utiliza máximo diez términos)			
	3. Identificación de la sede de práctica profesional			
	4. Identificación de los miembros del equipo			
	5. Identificación del asesor externo e internos			
	6. Fecha de presentación del trabajo			
Índices, abreviaturas y resumen	1. Índice general	1		
	2. Índice de cuadros	1		
	3. Índice de figuras	1		
	4. Índice de anexos	1		
	5. Listado de abreviaturas	1		
	6. Resumen de 300 palabras	3		
I. Marco contextual de la intervención	1. Ubicación física de la sede de práctica profesional	1		
	2. Origen de la sede de práctica profesional (¿Cuándo se constituyó o inició operaciones? ¿Para qué se creó? ¿Cómo se nombró?, ¿Por qué se nombró así,?)	1		
	3. Desarrollo de la sede de práctica profesional (¿Cambió o conservó su función inicial?)	1		
	4. Situación actual de la sede de práctica profesional (valores, principios, misión, visión, marco jurídico, organigrama, explicación de la organización y de las funciones que se realizan en la sede relacionadas con el proyecto, población beneficiaria)	2		
II. Fundamento teórico y argumentación empírica del problema	1. El planteamiento teórico es suficiente y pertinente para fundamentar el problema a intervenir	4		
	2. La revisión de resultados de otras investigaciones (incluyendo casos en que se hayan establecido alguna(s) solución(es) a problemas similares) es pertinente y suficiente para sustentar el problema a intervenir	4		

III. Planteamiento del problema	1. El problema identificado está claramente planteado y fundamentado en el marco teórico y la revisión empírica	2		
	2. Se presentan evidencias de la existencia del problema (diagnóstico del problema y la justificación del mismo a partir de su magnitud o trascendencia o vulnerabilidad u otros criterios)	3		
	3. Para quién o quiénes es un problema. Si existen diferentes actores que perciben el problema ¿tienen la misma o distintas perspectivas sobre el mismo? ¿Cuáles?	2		
	4. Se presentan y analizan las principales causas del problema	3		
	5. Se establece una argumentación para justificar la selección de la(s) causa(s) sobre las que se va a intervenir	2		
	6. La definición operacional de las variables o dimensiones del problema y de las causas son correctas y tienen fundamento en el planteamiento teórico y empírico	4		
	7. Formulación de la pregunta que guía la intervención (establece la aportación del proyecto a la resolución de la problemática identificada)	3		
	8. Clasificación de la pregunta	1		
	9. Respuesta tentativa	1		
IV. Diseño del proyecto de intervención	1. Objetivo general (formularlo con base en la aportación a la solución del problema a través de la intervención)	3		
	2. Objetivos específicos. Identifican de forma precisa y clara lo que se va a modificar para alcanzar el objetivo general	3		
	3. Metas. Establecen las metas de proceso y de resultados y son acordes con los objetivos del proyecto	3		
	4. Plan de intervención, establece: ¿Qué se va a hacer? ¿Dónde?, ¿A quiénes? ¿Cómo? ¿Con qué? ¿Con quiénes? y ¿Cuándo se ejecutará el proyecto?	3		
	5. Se establecen los elementos que garantizan la viabilidad del proyecto	2		
	6. Se establecen los elementos que garantizan factibilidad del proyecto	2		
	7. Se describe el plan e instrumentos de evaluación de la intervención	3		
V. Ejecución del proyecto de intervención	1. Se describen las actividades realizadas y los resultados obtenidos	3		
	2. Se describen los mecanismos de control instrumentados durante la ejecución del proyecto para evitar o corregir desviaciones	2		
	3. Describen y explican los ajustes al proyecto como consecuencia del control realizado durante la ejecución del mismo	2		
	4. Plantea los resultados de la evaluación respecto del alcance de objetivos y metas (de proceso y de resultados), así como, la eficiencia en el uso de los recursos, la pertinencia y la sustentabilidad del proyecto	3		
VI. Conclusiones y recomendaciones	1. Plantea las principales conclusiones derivadas del proyecto de intervención (contrasta los resultados obtenidos con los planteamientos teóricos y empíricos del problema)	4		
	2. Plantea las recomendaciones derivadas de la experiencia obtenida a través de la ejecución y los resultados del proyecto de intervención	4		
VII. Competencias	1. Describe las competencias profesionales que el equipo fortaleció a través del desarrollo del proyecto de intervención (Competencias establecidas en los programas de Gestión del Conocimiento II y Salud Pública II)	2		
	2. Describe las competencias transversales que el equipo desarrolló o fortaleció a través del desarrollo del proyecto	2		
Calidad del documento	1. Las referencias están *construidas* con base en las Normas de Vancouver	3		
	2. El documento se presenta con base en las normas establecidas por el ISP (Márgenes 3 cm por lado, ínter espaciado 1.5, tamaño y tipo de letra: arial 12, tipo de papel: Bond carta, inicio de capítulo en hoja nueva, y demás establecidas en la Guía de Proyectos)	2		
	3. En el documento no hay faltas de ortografía y mecanografía	3		
	4. Los cuadros y gráficas presentan una construcción correcta	3		
	5. La redacción es clara y correcta	2		
	6. El manejo de las citas textuales es correcto	3		
Puntuación total		100		

La calificación se asignará de acuerdo con los siguientes criterios:

Puntuación de 100%: Cuando los elementos de los descriptores estén completos y sean precisos.

Puntuación de 50%: Cuando los elementos de los descriptores estén incompletos o poco precisos.

Puntuación nula: Cuando los elementos de los descriptores estén ausentes (0%).

La construcción de las cédulas de evaluación se derivó del Manual para la elaboración de informe final de tesis y proyectos de intervención[10]; documento que presenta en buena medida la descripción de los elementos que deben contener los proyectos de intervención, por lo cual se considera que la cédula de evaluación tiene validez de contenido y de constructo; la confiabilidad de dichos instrumentos no fue medida, pero fueron sometidos a la consideración de los profesores participantes en el proceso con la finalidad de obtener los consensos sobre el contenido de los mismos.

La fuente de información para la evaluación del desarrollo de las competencias en cada etapa fue el informe escrito de avances del proyecto de intervención que cada equipo de alumnos estructuraba[a]. Cada uno de éstos era evaluado simultáneamente por tres profesores (con la cédula antes presentada) quienes se rotaron en cada una de las cinco etapas de tal manera que todos evaluaron en alguna etapa todos los trabajos. Las evaluaciones del desarrollo de las competencias se expresaban en porcentajes y tenían como referencia los descriptores de las mismas.

Para la evaluación de los evaluadores en cada una de las etapas se tomó como base la calificación numérica que ellos emitieron y a partir de ésta se exploró la discrepancia entre los porcentajes emitidos por cada uno de los tres evaluadores de cada equipo, para ello se calculó la desviación estándar (para muestras), considerándose que desviaciones superiores a 10% eran indicativas de problemas en la forma de evaluar.

Es importante señalar que además de la calificación numérica que asignaban los evaluadores, se emitía también una serie de recomendaciones derivadas tanto de aspectos cuantitativos como cualitativos desprendidos de la revisión de los informes de avances de los proyectos.

Resultados

Los resultados de las evaluaciones se muestran en el cuadro uno, ahí es posible observar las calificaciones que cada evaluador emitió en cada una de las etapas a cada equipo de alumnos; como se muestra, las calificaciones y sus promedios no muestran tendencias uniformes: en la segunda etapa, respecto a la primera, hay una caída en las calificaciones, después de ésta etapa la mayoría de los equipos mejoró su calificación.

Se observa también que las discrepancias entre los evaluadores se mantienen durante todo el proceso, ello a pesar de que a partir de la tercera etapa se incorporó la discusión de los resultados de las evaluaciones en el interior de cada equipo de evaluadores; esta estrategia tenía varias finalidades: por un lado, obtener observaciones consistentes que permitieran a los alumnos incorporar mejoras a los procesos y, por otro, lograr la retroalimentación de los evaluadores respecto a los criterios de evaluación, lo cual se consideró necesario por la diversidad de perfiles profesionales de los evaluadores.

[a] *Si bien la evaluación incluía también la capacidad de comunicación oral y el desarrollo de competencias transversales, el resultado de estas evaluaciones no forman parte de este trabajo.*

Cuadro 1. Concentrado de evaluaciones de competencias por equipo, evaluador y etapa

EQUIPO		PRIMERA ETAPA			SEGUNDA ETAPA			TERCERA ETAPA			CUARTA ETAPA			QUINTA ETAPA		
		Ev. 1	Ev. 2	Ev. 3	Ev. 1	Ev. 2	Ev. 3	Ev. 1	Ev. 2	Ev. 3	Ev. 1	Ev. 2	Ev. 3	Ev. 1	Ev. 2	Ev. 3
1	Calificación	97.8%	78.8%	94.6%	85.2%	88.0%	61.5%	73.0%	85.0%	64.5%	84.9%	72.1%	78.5%	88.0%	88.0%	98.0%
	Promedio		90.4%			78.2%			74.2%			78.5%			91.3%	
2	Calificación	93.5%	76.1%	87.0%	93.3%	60.0%	93.3%	79.5%	83.0%	76.0%	89.0%	81.7%	69.5%	76.5%	67.0%	96.0%
	Promedio		85.5%			82.2%			79.5%			80.1%			79.8%	
3	Calificación	93.5%	100.0%	91.3%	75.3%	50.0%	66.3%	89.0%	89.0%	89.0%	93.2%	97.9%	92.1%	94.0%	86.5%	97.5%
	Promedio		94.9%			63.9%			89.0%			94.4%			92.7%	
4	Calificación	91.3%	98.7%	98.9%	96.3%	97.3%	94.1%	89.5%	78.0%	83.5%	86.0%	84.5%	70.5%	97.5%	97.0%	91.0%
	Promedio		96.3%			95.9%			83.7%			80.3%			95.2%	
5	Calificación	84.1%	69.6%	69.6%	56.9%	72.5%	76.5%	84.5%	100.0%	77.0%	77.0%	72.5%	77.0%	94.0%	97.5%	71.5%
	Promedio		74.4%			68.6%			87.2%			75.5%			87.7%	
6	Calificación	98.3%	91.3%	s/e	95.3%	96.5%	84.1%	95.0%	83.0%	89.0%	88.5%	82.5%	92.0%	95.0%	69.0%	95.0%
	Promedio		94.8%			92.0%			89.0%			87.7%			86.3%	

Fuente: Concentrados de calificaciones. Coordinación Académica del Área de Administración de Servicios de Salud. MSP/UV

Como se observa también, tres de los equipos no alcanzaron en la etapa final un porcentaje igual o superior a 90%, que hubiese sido lo deseable en función del desarrollo de las competencias; este porcentaje no es sólo producto del desarrollo de las mismas, sino también de las capacidades de los evaluadores.

Al estimar la desviación estándar de cada equipo de evaluación en las diferentes etapas del proceso, se observa en el cuadro dos que al menos en 11 de los 30 eventos, la desviación estándar es superior a 10%, así como que la etapa en la que hubo la mayor desviación fue la segunda y que en la calificación total de las evaluaciones del equipo 2 hubo una desviación superior a la esperada (de 10%).

Cuadro 2. Desviación estándar de las evaluaciones de competencias por equipo y etapa

	Etapa 1	Etapa 2	Etapa 3	Etapa 4	Etapa 5	Total
Equipo 1	10.2%	14.5%	10.3%	6.4%	5.8%	9.4%
Equipo 2	8.8%	19.2%	3.5%	9.9%	14.8%	11.2%
Equipo 3	4.5%	12.8%	0.0%	3.1%	5.6%	5.2%
Equipo 4	4.3%	1.6%	5.8%	8.5%	3.6%	4.8%
Equipo 5	8.4%	10.4%	11.7%	2.6%	14.1%	9.4%
Equipo 6	4.9%	6.8%	6.0%	4.8%	15.0%	7.5%
Total	6.9%	10.9%	6.2%	5.9%	9.8%	7.9%

Las diferencias observadas entre los evaluadores se explican a través de varios factores: aunque los descriptores y los parámetros de evaluación fueron establecidos para cada etapa de la evaluación, los evaluadores no siempre los respetaron; en otros casos la discrepancia se derivó de diferencias conceptuales entre los evaluadores, explicadas en parte por sus formaciones disciplinares heterogéneas; otro factor encontrado en la explicación de las discrepancias fue el corto tiempo del que disponía cada evaluador para emitir su evaluación (cuatro días) y por último la dificultad misma que implica pasar de un sistema que evalúa conocimientos a otro que evalúa competencias.

Por otro lado, es innegable la influencia que tuvo en el avance de los proyectos el ámbito institucional en el que se desarrollaron, específicamente la importancia y trascendencia que cada uno de los actores sociales institucionales articulados con el proyecto les concedió, desafortunadamente, este elemento no se consideró parámetro de evaluación; de igual manera, tampoco se incluyó en el análisis del comportamiento de los evaluadores la posibilidad de presentarse dilemas éticos en la evaluación.

Discusión

La evaluación de competencias es uno de los principales retos a vencer cuando se pone en marcha un programa basado en competencias, sobre todo el romper con las prácticas de evaluación derivadas de los programas tradicionales no es una tarea que se logre fácilmente. Es evidente que la capacitación para la evaluación de competencias es necesaria pero no suficiente, se requiere además de un esfuerzo colegiado y permanente para poner en común entre los profesores que tienen esta responsabilidad criterios, parámetros y procesos de evaluación de competencias. De la misma manera que se adquieren las competencias para el trabajo en el campo de la salud pública, el desarrollo de las competencias para evaluar competencias se

debe reforzar con procesos deliberados durante el mismo proceso de evaluación.

Como señala Worthen, la formación de evaluadores implica también un proceso mediante el cual se van adquiriendo las competencias que él señala como indispensables para realizar una tarea de evaluación adecuada. A este respecto, cabe señalar que no todos los evaluadores tenían experiencia previa en torno al objeto de evaluación, es decir, el evaluar un proyecto de intervención para mejorar o dar respuesta a una problemática compleja identificada dentro de una institución de salud requiere cierto dominio de procesos y técnicas mediante los cuales se concreta el objeto de estudio y plantean las posibles soluciones para su instrumentación. Para varios de los evaluadores ésta era su primera experiencia en el manejo y evaluación de este tipo de proyectos, de igual manera para varios de ellos fue la primera experiencia de acercamiento a una institución de salud desde la óptica de un proyecto de intervención.

Respecto a la claridad del marco referencial de evaluación, si bien el discurso sobre las competencias a desarrollar y a evaluar es ampliamente compartido, es innegable que este marco referencial es tamizado por cada evaluador a partir de su posicionamiento derivado no sólo de su propia formación, sino también por su experiencia, valores e intencionalidades que definen a cada persona como única y que de una u otra manera determinan o inciden en el proceso de evaluación.

Un elemento más que se observó en los evaluadores fue las diferentes capacidades para trasmitir a los evaluados los resultados del proceso, algo que incluso obligó a establecer lineamientos generales para la comunicación de los resultados cualitativos de la evaluación.

A pesar de las dificultades enfrentadas durante la incursión en este tipo de evaluación, es necesario reconocer que todos los profesores que participaron en este proceso mostraron una postura abierta hacia el aprendizaje a través del propio proceso de meta-evaluación, lo cual sin duda incrementó la riqueza de conocimientos que ya poseía cada uno de los participantes.

Es necesario considerar también la dificultad de traducir la adquisición de competencias en una calificación numérica para cumplir el requerimiento que establece el marco jurídico de la Universidad.

Los programas basados en el desarrollo de competencias tienen muchas bondades y ventajas sobre los programas tradicionales, pero su adecuada instrumentación y desarrollo requieren de una actitud comprometida del personal académico que participa en este tipo de programas.

Referencias bibliográficas

1. Halpern F. Outcome assessment. En: Dunn Dana S. Mehrota, Chandra M. Halonen Jane S. (editores). Measuring Up: Educational assessment challenges and practices for American Psychological. Psychology. Washington: Association. 2002.
2. Worthen B. Sanders J. Fitzpatrick J. Program Evaluation: Alternative Approaches and Practical. Guidelines. Allyn & Bacon. Columbus, Ohio. 2003.
3. Gordillo H. Evaluación de competencias. INACAP. Santiago de Chile. 2003.
4. Eurydice. Las competencias clave: Un concepto de expansión dentro de la educación general obligatoria. Unión Europea. Madrid. 2002.
5. Sanders R. The technology and art of evaluation. A review of seven evaluation primers. Evaluation News; 12: 2–7.
6. Vargas F. La evaluación basada en normas de competencias. Una breve guía ilustrada con un caso de aplicación práctica. CINTERFOR/OIT. 2001.
7. Benítez J. Medición, evaluación y diagnóstico de competencias. Geopolis.Com. Pagina Web. Bogotá. Consultadode el 15 de octubre de 2007. Disponible en: http://www.gestiopolis.com/canales5/rrhh/medivay.htm.
8. Entidad Mexicana de Acreditación. EMA. Página Web (Internet). México.Consultado el 12 de septiembre de 2008. Disponible en: http://www.ema.org.mx/ema/ema/index.php?option=com_frontpage&Itemid=1.
9. Instituto de Salud Pública. Programa de Maestría en Salud Pública. Universidad Veracruzana/ISP. Xalapa. 2005.
10. Instituto de Salud Pública. Manual para la elaboración de informe final de tesis y proyectos de intervención. Universidad Veracruzana-ISP. Xalapa. 2007.

Tecnologías de la Información y de la Comunicación en Salud Pública

(Information Technology and Communication for Public Health)

Alberto Rubí García*
Galo Romeo Berzain Varela**
Maria de Lourdes Mota Morales***

Resumen

El ensayo pretende analizar y reflexionar acerca del impacto que supone la incorporación y el uso de las Tecnologías de la Información y de la Comunicación (TICS) en los sistemas sanitarios, tomando como base que su incorporación supone ser un motor de cambio con impacto y mejora de la calidad de vida de los ciudadanos y que favorece el desarrollo de herramientas dirigidas a procesos de planificación, información, investigación, prevención, promoción y en el diagnóstico o tratamiento.

Se mencionará sobre la trascendencia de las telecomunicaciones fundamentales para la instrumentación de sistemas telemédicos, telesalud y de e-salud, considerando que su existencia marca la diferencia entre países desarrollados y en desarrollo, lo que se conoce como brecha digital.

Finalmente se considera que son un instrumento que favorece la formación a distancia de recursos humanos a través de la de educación continua en salud y herramienta fundamental para el desarrollo de nuevas aplicaciones como la epidemiología.

Abstract

This paper aims to analyze and reflect on the impact caused by incorporating and using new information technology and communication (NTICS as it is a Spanish acronym) in the health services. As a basis we consider that incorporating NTICS is supposed to play a key role when improving citizen`s quality of life and promoting the development of tools addressed to planning, information, research and prevention processes on both diagnosis and treatment.

This paper deals with the importance of telecommunications as an essential key when implementing telemedicine systems, telehealth and e- health, considering that their mere existence establishes the difference between developed and underdeveloped countries. That difference is known as a digital gap.

Finally, We also consider NTICS to be a tool that promotes human resources training through distance learning health. It is essential when developing new applications in such areas as epidemiology.

Palabras claves: telemedicina, teleformación, telesalud, brecha digital, e-salud.

Key words: telemedicine, teletraining, telehealth, digital gap, e-health.

Introducción

Todos aquellos que somos profesionales de la salud —médicos, enfermeros, químicos, entre otros— vemos que con frecuencia se incorporan nuevas tecnologías diagnósticas, terapéuticas y preventivas a los procesos asistenciales en salud, con las cuales nos beneficiamos ya sea en nuestra actividad institucional o como usuarios de los servicios; siendo entonces otro pilar de la sociedad de la información la incorporación de las TICS al mundo de la salud[1].

El Impacto de las (TICS) en los sistemas sanitarios

El incremento en la esperanza de vida es finalmente una consecuencia de este proceso de incorporación de nuevas tecnologías que favorecen el desarrollo de herramientas dirigidas a procesos de planificación, información, investigación, prevención, promoción y en el diagnóstico o tratamiento2. En México la esperanza de vida en 1930 era cercana a los 34 años, para 1970 era de 61 y en el 2000 aumentó a 75, la cual se mantiene a la fecha[3].

La incorporación de las TICS en la operación del sistema sanitario no se da con la misma celeridad, ejemplo de ello es que la salud pública se ha quedado atrás en la incorporación suficiente de dichas tecnologías en sus aplicaciones[4]; con marcada lentitud ocurre el que los medios

*Químico Farmacéutico Biólogo. Alumno de la Maestría en Salud Pública. Área disciplinar Epidemiología. Instituto de Salud Pública. Universidad Veracruzana, México. rugass1978@gmail.com.

**Médico, especialista en Salud Pública. Titular de la Materia Tecnologías de la Información y Comunicación en Salud Pública. Instituto de Salud Pública. Universidad Veracruzana. Alumno del Master en Telemedicina. Universidad Oberta de Catalunya. logaedededmty@hotmail.com.mx.

***Maestra en Salud Pública. Área disciplinar Informática Aplicada a la Salud. Instituto de Salud Pública. Universidad Veracruzana, México. lmota@uv.mx.

informáticos formen parte del quehacer de las actividades de rutina del profesional de la salud en los países latinoamericanos (al menos en el sector público) y México no es la excepción. Las causas que originan esta situación son múltiples y requieren de transformar paradigmas en términos de reingeniería organizacional y de financiamiento de las instituciones de salud, a la par de que se dé una amplia participación del sector telecomunicaciones en términos de facilitar el acceso a las TICS, como el Internet de banda ancha[5].

En este contexto cabe resaltar que, como ocurre con frecuencia, la sociedad evoluciona más pronto que las instituciones, pues actualmente una buena parte de la población (básicamente urbana) aprovecha las TICS como el Internet y la telefonía móvil no sólo para comunicarse, también para mantenerse informado acerca de aspectos que tienen que ver con su salud, lo que está dando como resultado un nuevo modelo de gestión entre el paciente y el prestador de servicios de salud[6].

En este escenario hay una realidad que no soslayamos y que tiene prioridad en términos de las obligaciones contraídas por los gobiernos y las instituciones de salud para con la sociedad. Coexisten a la par de los polos de desarrollo en todos y cada uno de los países Latinoamericanos un gran número de comunidades con elevada marginación, bajo desarrollo humano, limitado acceso a servicios de salud, aislamiento geográfico y prácticamente nulo acceso a las TICS, ubicando a la población que habita en ellas en una situación de total inequidad.

En términos de acceso a los servicios de salud, la cobertura universal impulsada por los compromisos contraídos en la reunión de Alma Ata[7] ha cumplido hasta hoy de manera parcial con su cometido, de una u otra forma el aislamiento sigue siendo el principal obstáculo para la atención médica, con énfasis en la hospitalización (especialidad). Los habitantes de estas comunidades continúan erogando cantidades importantes en traslados (a veces innecesarios) hacia las ciudades donde se encuentran los centros hospitalarios para recibir la atención a sus problemas de salud.

Con base en lo anterior, en los países desarrollados y en algunos en desarrollo se ha optado por un proceso de modernización del modelo asistencial a través del uso de las TICS. Como ejemplo citamos los sistemas de telemedicina y tele epidemiología que opera el gobierno de Francia para brindar asistencia en salud a la Guyana Francesa[8]. De manera que a través de su uso se prevengan y en su caso combatan enfermedades del "pasado" re-emergentes como la tuberculosis, el cólera y el dengue, especialmente en zonas aisladas y con menor cobertura en salud; y padecimientos del presente relacionados con los nuevos estilos de vida: diabetes, obesidad, VIH/SIDA. En este sentido cabe recordar que aprovechar los beneficios de las nuevas tecnologías es una prioridad de los objetivos de la Cumbre del Milenio del año 2000[9].

Las Nuevas TICS en los sistemas telemédicos, telesalud y de e-salud

En México se está haciendo un esfuerzo por incorporar las TICS dentro de la estrategia de e-salud[a], con aplicaciones en telemedicina[b] y educación a distancia (teleformación), liderando este esfuerzo el Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud (CENETEC) al cual se han sumado estados como Nuevo León, Guanajuato, Chiapas, Oaxaca, Nayarit, Tamaulipas, entre otros[10].

En Veracruz, los esfuerzos antes mencionados se ven reflejados dentro de su Programa de Salud 2005-2010 y en el que se menciona como línea estratégica la innovación con sistemas tecnológicos y como una acción prioritaria la instrumentación de una gestión tecnológica, siendo estos puntos los que permitan instrumentar sistemas para una mejor capacidad profesional y de servicios que den mejores condiciones de salud de la población veracruzana.

A pesar de existir un programa nacional de telesalud, consideramos que no se canalizan los recursos financieros, humanos y materiales, necesarios para su desarrollo, y en consecuencia los estados que han logrado ponerlo en marcha hasta hoy lo han hecho con sus propios recursos.

En nuestra opinión la importancia de instrumentar estos sistemas de telesalud o telemedicina en nuestro país queda manifiesta cuando vemos aún a numerosas comunidades con aislamiento geográfico, falta de acceso a telecomunicaciones (brecha digital)[6], bajo índice de desarrollo humano, etc., con difícil acceso a los servicios de salud y sobre todo a la atención médica de especialidad. Los pobladores de estas comunidades tienen que recorrer grandes distancias dejando sus actividades cotidianas que merman su economía, ya de por sí precaria, y sin la garantía de una atención oportuna.

La existencia de un sistema telemédico permitiría entonces evitar traslados innecesarios, atendiendo al paciente en su centro de salud o en el hospital más cercano a su localidad con todos los beneficios que esto implica para el paciente, su familia e incluso para el mismo sistema de salud. La experiencia europea en Latinoamérica e

[a] *Infraestructuras y aplicaciones sanitarias utilizando fundamentalmente Internet.*

[b] *Práctica médica realizada a distancia, por intermedio del uso de las TICS.*

incluso en estados como Nuevo León en México ha demostrado, a través de estudios de costo beneficio, que la inversión inicial en toda la infraestructura que requiere un sistema telemédico es "recuperada" en poco tiempo a partir de los ahorros sociales e institucionales[10].

Cabe señalar que mucha de la atención sólo requiere opinión por el experto (especialista en un área de la salud), sin embargo al no contar con un sistema telemédico se hace la referencia de pacientes a los saturados y distantes hospitales de alta especialidad; la gran mayoría de las veces sin considerar los altos costos que esto implica para las familias (traslado, hospedaje, alimentación), muchas de las cuales tienen empleos precarios o trabajan en la economía sumergida[c].

Un sistema telemédico también modificaría las formas de registro y archivo del historial clínico, permitiendo la homogenización a través de la informática con el expediente clínico electrónico, con todas las ventajas que implica: accesibilidad, seguridad de la información, disponibilidad, eliminación del papel, evitar extravío, legibilidad, acceso a estudios radiológicos y de laboratorio, etc. Actualmente el depender aún del expediente en papel limita la posibilidad de una adecuada atención cuando el paciente no es atendido en su unidad de adscripción.

Cabe hacer la aclaración que el uso de las TICS mediante un sistema telemédico con un uso adecuado es sólo una herramienta de apoyo y de fortalecimiento al sistema de atención y no la panacea a toda la problemática del mismo.

Sin duda dar respuesta a los grupos sociales menos favorecidos de una economía como la nuestra, implica adoptar una idea joven que se convierta en fuerza impulsora en la formación de profesionales de la salud, dotados de sólidos conocimientos científico-tecnológicos y sólidas convicciones en la aplicación de las Tecnologías de la Información y de la Comunicación, especialmente en la incorporación a la vida diaria, transformando antiguos paradigmas e incorporando nuevos, que nos permitan el ingreso de innovadoras metodologías de planeación para la solución de viejos problemas de escasez de recursos en salud, de cobertura y desarrollo humano. Para dar cauce a lo anterior es necesario gestionar la inversión privada de organismos serios interesados en invertir, instrumentar y explotar las nuevas tecnologías en pro de la salud pública, y de igual modo presentar proyectos bien sustentados a las entidades públicas en salud, que estimulen la asignación de recursos.

Las ideas anteriores nos hacen ver que es urgente que quienes formamos parte o pretendemos involucrarnos en los aspectos sanitarios tengamos una visión real del impacto que logramos en el sector salud cuando son aplicadas las Tecnologías de la Información y de la Comunicación y dicha visión muy particular se logrará si como profesionales de la salud contamos con la formación de gestión de las nuevas tecnologías como herramientas para responder a las exigencias actuales de salud en México.

Las TICS y la formación de recursos humanos en salud

Llegado a este punto consideramos que la clave para garantizar que en un futuro próximo exista una actitud de apertura a la incorporación de las TICS en el sector salud como oportunidad única de dar un salto en el desarrollo[4] de nuestro país está en la formación de recursos humanos del campo de la salud y disciplinas de apoyo a éste. Una nueva generación de profesionales del campo de la salud en cuya currícula académica se incluyan las TICS que permitan desarrollar competencias (resolución de problemas, pensamiento crítico, trabajo en equipo, entre otras) demandadas por el proceso de modernización del modelo asistencial en el presente siglo[4], como lo ha realizado el ISP-UV[d] a partir del 2005 en el área de informática aplicada a la salud con su modelo basado en competencias de la Maestría en Salud Pública; haciéndose necesario que sin importar la línea de especialización de los que nos formamos en salud incorporemos a nuestro bagaje de conocimientos estos contenidos que se vuelven hoy indispensables, cuando sabemos que en países como Argentina, Paraguay, Brasil y otros más de Sudamérica, aplicaciones de telemedicina, teleepidemiología y teleformación son ya rutina en la salud pública[11].

Conclusión

Insistimos entonces en que al romper con la barrera del tradicionalismo heredado, que debilita la atención médica a los grupos sociales más vulnerables y aprovechar las propiedades de complementariedad y sinergia las universidades e institutos deberían incluir en los programas de estudio temas relacionados con las TICS como un instrumento estratégico fundamental en la formación de recursos humanos en salud además de aprovechar el mundo globalizado en las distintas formas tecnológicas para intercambiar información, pues serán estos últimos quienes al concluir su formación académica sean gestores de conocimientos ya sea en las aulas o en los recintos donde se toman las decisiones sobre temas de salud.

[c] *Se utiliza este término para hacer referencia a aquella que se basa en una actividad económica al margen de la ley o que no atenta contra ella pero en su desarrollo vulnera alguna norma.*

[d] *Instituto de Salud Pública de la Universidad Veracruzana (ISP-UV).*

Referencias bibliográficas

1. Las TIC en la Sanidad. La Sociedad de la Información y las Telecomunicaciones en Navarra. Observatorio de la Sociedad de la Información en Navarra. 2003. Disponible en: http://www.cfnavarra.es/Observatoriosi/pdf/0503_SI_y_Telecomunicaciones_en_Navarra_9las%20TIC%20en%20la%20Sanidad.pdf.
2. Ramos V. Las TIC en el Sector Salud. Las TIC en la Sanidad. 2007. Disponible en: http://www.coit.es/publicaciones/bit/bit163/41-45.pdf.
3. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. XII Censo General de Población y Vivienda 2000. México. 2008. Disponible en: http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/espanol/rutinas/ept.asp?t=mpob52&c=5652; http://cuentame.inegi.gob.mx/poblacion/esperanza.aspx?tema=P.
4. Guerra M. Hilbert M. Jordán V. Nicolai C. Panorama Digital 2007 de América Latina y El Caribe. Avances y desafíos de las políticas para el desarrollo con las Tecnologías de Información y Comunicaciones. Disponible en: http://www.cepal.org/SocInfo y http://www.dirsi.net.
5. Alonso A. Nuevos Modelos de Salud en la Sociedad de la Información. Editorial EdiUOC. 2007:16.
6. Katz J. Hilbert M. Los caminos hacia una sociedad de la información en América Latina y El Caribe. Naciones Unidas 2003: 21-55. Disponible en: http://www.eclac.org/publicaciones/xml/9/12899/lcg2195e2.pdf.
7. Organización Panamericana de la Salud. Declaración de Alma-Ata. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Alma-Ata. URSS. 1978. Disponible en: http://www.paho.org/Spanish/dd/pin/alma-ata_declaracion.htm.
8. Organización de Estados Americanos. Telesalud en las Américas. CITEL-OEA; 2003: 17-32. Disponible en: http://www.citel.oas.org/sp/publicaciones/TELESALUD-FINAL-r1_e.pdf.
9. Objetivos del desarrollo del milenio. ODM. 2006. Disponible en: http://spanish.millenniumcampaign.org/site/pp.asp?c=8nJBLNNnGhF&b=308303; http://www.un.org/spanish/millenniumgoals/reports.shtml.
10. Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud. Telemedicina. Secretaría de Salud. 1ª Ed. Serie Tecnologías en Salud. 2001; 3: 11-22. Disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/TecnologiasSaludV3.pdf.
11. Organización de Estados Americanos. Telesalud en las Américas. CITEL-OEA. 2003: 17-32. Disponible en: http://www.google.com.mx/search?hl=es&q=Organizaci%C3%B3n+de+Estados+Americanos+(OEA).+Telesalud+en+las+Am%C3%A9ricas.+CITEL-OEA%3B+2003.&start=0&sa=N.

Reflexiones sobre Género, Salud y Medios de Comunicación

(Reflections on gender, health and mass media)

Dulce María Cinta Loaiza*
Alicia Iraís Portillo Cancino**

Resumen

El presente ensayo tiene como objetivo profundizar en las relaciones que se establecen entre la problemática de género, la salud y los medios de comunicación. La salud en general y la salud pública en específico poco o casi nada toman en cuenta la perspectiva de género en sus programas y proyectos contribuyendo con esto a una mirada inequitativa sobre la salud de las mujeres. Este panorama se vuelve más complicado cuando la salud de las mujeres es tratada por los medios de comunicación, los cuales apuntalan una forma estereotipada de representarlas. Junto a ello, las mujeres sufren el impacto mediático de los grandes consorcios de la belleza y de la industria farmacéutica, entre otros, que sólo las conciben como consumidoras.

Abstract

This essay focuses on problems related to gender, health and mass media. It gives a general view of health and public health and specifically, on programs or projects which give little or no consideration at all, to the gender problem, provoking an inequity view of women's health. This fact is even more complicated when women's health is an issue in the mass media, since they use stereotypes to represent them. In addition, women are victims of the media mass, through big corporations which advertise beauty and pharmaceutical products, considering them only as consumers.

Palabras claves: género, salud, medios de comunicación.

Key words: gender, health, mass media.

El objetivo del presente ensayo es abundar sobre las relaciones que se establecen entre tres grandes áreas que de manera independiente son complejas y difíciles de estudiar: género, salud y medios de comunicación. Los y las estudiosas de la problemática de género de forma sistemática abundan sobre el sesgo que tanto el sector salud como los medios de comunicación presentan al tratar cuestiones relacionadas con las mujeres. El presente trabajo profundiza sobre las complejidades que este trato desigual genera en las mujeres.

La interacción entre género, salud y medios de comunicación es de gran complejidad y con repercusiones sociales de magnitud. La salud constituye uno de los bienes más importantes que poseen las personas y por tanto uno de los aspectos más sensibles en lo que atañe a la vida de los seres humanos. A nadie le gusta sentirse enfermo y mucho menos pensar en morir.

La visión de lo que debe ser o es la salud-enfermedad y la muerte, se ve y se entiende de forma muy diferente cuando se le enfoca desde la perspectiva de género[1].

Reconocido por todos, es que tanto la salud individual como la colectiva se construyen a través de procesos complejos que interrelacionan tanto factores biológicos como socioeconómicos y culturales, articulándose éstos últimos vía elementos sociales, psicológicos y conductuales[1]. Esta relación multicausal de la trilogía salud, enfermedad y muerte, se encuentra ampliamente sesgada cuando se analiza su distribución y efecto entre las personas, pues al atender la caracterización que del género realicen las sociedades, será la forma en que hombres y mujeres enfrenten estos procesos tan sensibles de la problemática humana.

Es indispensable que el concepto género quede debidamente entendido como las construcciones sociales y culturales, de tipo simbólico, que se hacen sobre los cuerpos sexuados así como las relaciones sociales que de esta construcción emanan. En este sentido, cuando se habla de género se parte de los sexos biológicos de los cuerpos de hombres y de mujeres, a los cuales las sociedades les atribuyen las más de las veces comportamientos sociales diferenciados. La mayor parte de las investigaciones sobre estas asignaciones diferenciadas y sus relaciones concuerdan en ver que el hombre se ha apropiado de manera sistemática la capacidad de imponer lo que deben ser los roles sociales de cada sexo. A esta capacidad de dominación se le reconoce con el término de patriarcado y la lucha feminista se ha dirigido a combatirla, de ahí que el concepto género tiende a veces de manera equivocada a identificarse con la situación de las mujeres respecto al estatus que guardan los hombres.

* *Investigadora tiempo completo. ISP, UV. dcinta@uv.mx*
** *Alumna de la Maestría en Salud Pública. ISP, UV. airais_83@yahoo.com.mx*

La relación entre género y salud y lo que ello implica ha estado presente en las conferencias internacionales que sobre la condición de las mujeres se han realizado. En todos estos foros de forma recurrente se destaca la situación vulnerable de las mujeres en cuestiones de salud[2]. Entre las problemáticas analizadas en estos eventos se distinguen de manera tradicional los aspectos sobre la salud reproductiva, de la salud nutricional de las mujeres y de manera especial, en tiempos recientes, se discute el fenómeno creciente de la violencia hacia las mujeres, que deja una huella ineludible en su salud física y mental[3], lo cual se ve desde hace tiempo como un grave problema de salud pública.

Aunque el discurso de los organismos internacionales enfoca la problemática de la salud de las mujeres desde la perspectiva de los derechos humanos, la atención a su salud al ser tratada en los niveles de cada estado tiende a centrarse en las cuestiones de orden reproductivo, dejando de lado la idea de enfocar la salud de las mujeres de forma integral, completa.

De acuerdo con Cardaci[2], la mayor parte de los estudios que abordan la relación entre género y salud, se centran en cinco grandes áreas. En primer lugar hay investigaciones que se centran en el riesgo biológico, es decir, aquellas diferencias genéticas o de fisiología que presentan el aparato reproductivo femenino y el masculino; otra vertiente aborda lo que se llama los riesgos adquiridos y se refieren a los estudios relacionados con los estilos de vida que los hombres y las mujeres desarrollan a lo largo de su vida y que se enmarcan en los contextos sociales donde se desenvuelven sus vidas; en tercer lugar, se encuentran las investigaciones sobre la diferencia de género en relación con cuestiones psicosociales que se adentran en la forma en que los dos sexos perciben y atienden los síntomas de las enfermedades; la cuarta vertiente está relacionada con la forma en que hombre y mujeres reportan su estado de salud, pues la información proporcionada por cada uno de ellos es sustancialmente diferente; finalmente, la última área de investigación entre género y salud considera el trato y la atención que el personal médico de las instituciones de salud brinda a los hombres y las mujeres.

En el caso de México es necesario destacar que aún en la atención de la salud reproductiva los servicios de salud tienden a no prestar atención, con programas parciales, las necesidades reales de la salud sexual y reproductiva de los/las adolescentes, sobre todo lo referente a embarazos no deseados, abortos realizados en malas condiciones y enfermedades de transmisión sexual incluido el VIH-SIDA; todos estos temas reciben una mirada en dicho sector cargada del sesgo conservador patriarcal que predomina en la sociedad mexicana[4].

Los múltiples estudios[1] realizados sobre la problemática de género y salud, de forma sistemática indican que la mayoría de los perfiles epidemiológicos se elaboran con base en una visión que no problematiza la diferencia entre los sexos, pues se piensa que con decir cuántos son hombres y cuántas son mujeres en el sentido físico del sexo, ya se habla de género. De manera formal las estudiosas han señalado que las estadísticas en las que se apoya la vigilancia epidemiológica al centrarse en el simple registro por sexo no reflejan las condiciones de salud tanto individual como colectiva prevalecientes entre hombres y mujeres, lo que en última instancia conduce a la elaboración de políticas de salud que en realidad no aportan medidas de corrección de desigualdades entre hombres y mujeres[5,6].

Se ha establecido claramente por diferentes autoras[1] que si el análisis de la mortalidad y morbilidad se apoyará más en una perspectiva de género, que en las explicaciones provenientes del campo de la biología, los resultados interpretativos serían de mayor envergadura, toda vez que la perspectiva de género se adentra en el papel central que los factores socioeconómicos, culturales y psicológicos asignan a las cuestiones de salud. Probado está que las desigualdades en salud analizadas con una perspectiva de género expresan de manera concreta la forma en que ambos sexos acceden a los recursos en salud, a los grados de autonomía para decidir sobre los cuerpos así como el asignar a las mujeres como únicas responsables de los cuidados relativos a la salud en el hogar, ya que ellas de forma desproporcionada asumen el cuidado de la salud de los niños/as y familiares cuando estos enferman[4].

Es por demás notorio que las relaciones sociales que se establecen entre los géneros son primordiales para entender los grados de autonomía personal que las personas disponen. Aunque se reconoce que dicha autonomía está fuertemente condicionada por los procesos de socialización, las personas y la autonomía de que disponen son las que finalmente construyen activamente su identidad de género. En los aspectos de salud, las condiciones históricas derivadas del papel que las mujeres desempeñan –y que han interiorizado– en la reproducción y en la familia, la valoración y retribución social que del trabajo ellas reciben, así como una valoración impuesta de la preeminencia masculina sobre la femenina, resultan factores claves para entender las tensiones que se generan en la atención de la salud de las mujeres[4].

Si la relación entre los géneros y la salud aún no ha sido debidamente visualizada, la situación se agrava cuando entran en consideración los medios masivos de comunicación, por su gran impacto en la reproducción de pautas culturales que afectan el comportamiento de las personas. Diferentes teóricos[7] concuerdan en señalar de forma muy precisa que la influencia de los medios de comunicación en la construcción de las

representaciones sociales de lo que somos, de cómo nos vemos a nosotros mismos y cómo vemos a los "otros", son las más de las veces, contundentes para moldear la forma en que actuamos.

Wolf[8] de manera categórica señala que los medios de comunicación tienen una sobrecarga de influencia en la sociedad al ser la principal fuente de información sobre todos los aspectos de la vida colectiva (por tanto son también los principales informantes sobre cuestiones de salud). De esta forma, los medios al tener un alto impacto en la creación de las representaciones sociales de la realidad que rodea a las personas se han constituido por excelencia en el agente socializador de mayor impacto en el medio social, pues la familia, la escuela, antes considerados los agentes socializadores por excelencia, se han debilitado, entre otras cosas, por la penetración de ellos en el ámbito social.

Aunado a ello son los medios los que las más de las veces definen lo que entra en la agenda pública y como tal ejercen diferentes formas de poder[9]. El primer poder que ejercen se refiere a decidir qué hechos, datos o ángulos de la realidad van a transmitir, por tanto pueden o no hablar de aspectos relacionados con salud. En segunda instancia tienen en sus manos el poder de contextualizar dichos datos, de manera que si la salud es un tema que ponen en la agenda pública, ellos también deciden de qué manera lo hacen, es decir, pueden o no utilizar una perspectiva de género. Finalmente, tienen el poder para jerarquizar la información que presentan, lo cual implica dos opciones, una es resaltar lo que dicen, mediante repeticiones continuas o dedicándoles grandes espacios al aire para que se mantenga en la mente de las personas, o la minimizan para que pase por alto y no dé tiempo a una reflexión al respecto.

Los estudios sobre las funciones y los efectos de los medios en el ámbito social han demostrado que la metáfora del espejo, en la cual se suponía que las representaciones de los medios reflejaban o debían reflejar la realidad, ya no es aceptable, pues más que reflejar la realidad los medios construyen discursos de ésta[8].

En principio es reconocido que la comunicación de masas crea y transmite elementos de carácter normativo y de alguna forma homogeiniza valores al transmitir mensajes cargados de connotaciones simbólicas. Al efectuar estos procesos de comunicación los medios, al mismo tiempo que construyen conocimientos compartidos, tienden a reproducir determinadas valoraciones, las cuales responden a intereses muy particulares, convirtiéndose de esta forma en controladores sociales por excelencia, al marcar lo que se debe hacer y lo que no.

Maza[10] refiere que los medios erigen una jerarquía de valores que dan sentido a las elecciones libres que promueven, donde queda claro que prevalece la jerarquía de poder, tener y ganar. Además los medios tienen la capacidad de ambientar las conductas humanas, ya sea en la familia, la escuela o el trabajo; así, por ejemplo, se ha encontrado que la violencia hacia las mujeres generalmente la representan en un ambiente hogareño, lo que contribuye a reforzar el simbolismo de violencia en el hogar.

Un ejemplo claro del sesgo manejado por los medios es ver cómo se trata la violencia hacia las mujeres. En la televisión generalmente no se presentan consecuencias, dolor, trastornos psicológicos, emocionales o perjuicios financieros de las víctimas de la violencia. Lo que se hace es explotar la situación y se presentan más y más casos de violencia, mostrando la mayor parte de las veces cuerpos de mujeres semidesnudas, sumisas, vulnerables, maltratadas; esto por supuesto no puede pensarse que se hace de manera inocente, por el contrario los medios tienden intencionadamente a reproducir comportamientos humanos de acuerdo con un plan, sea político, económico, cultural o social[9], que responde a los intereses de quienes son los dueños de dichos medios. Por supuesto, que a esta "homogeneización" de la violencia de los medios, se opone la acción de medios alternativos de comunicación como grupos de apoyo, de redes sociales, radios comunitarias, etc., que intentan revertir los efectos antes descritos.

Notorio es que los medios pasan durante todo el día programas que presentan cuerpos de mujeres esbeltas y jóvenes y posteriormente el mismo medio oferta una serie de productos que ofrecen bajar de peso, reducir tallas, eliminar grasa y que tiene detrás a los grupos industriales que viven de este juego; poco o nada se dice sobre los efectos que tienen a mediano o largo plazo en la salud de las consumidoras aunque a veces en un claro contradiscurso ponen al aire campañas contra la anorexia y la bulimia.

Si algo caracteriza a los medios de comunicación es la reproducción estereotipada de los roles masculinos y femeninos. Los estereotipos, especialmente los referidos a las cuestiones de género, son las creencias de las características de lo que deben ser los hombres y las mujeres en cuanto a sus comportamientos y actitudes se refieren, encontrándose anclados las más de las veces en visiones altamente conservadoras del debe ser.

De manera clara el interaccionismo simbólico, al analizar la connotación que socialmente representan los estereotipos, hace ver que estos son representaciones mentales que indican lo que una persona es para otra en un grupo social. Destaca en este análisis que la mayoría de las personas utilizan los estereotipos como referentes de verdad, pero raramente se llega a constatar la veracidad de estas representaciones. Característica indiscutible de los

estereotipos es que una vez construidos y puestos en el imaginario social son muy resistentes al cambio y normalmente predisponen a las personas a actuar de manera rígida y conservadora.

Al manipular los roles de hombres y mujeres, los medios como televisión, radio, periódicos, revistas, e internet, tienden a asignar un papel e imagen altamente conservadores y degradantes hacia las mujeres. Es decir, los medios presentan a la mujer como "una mujer-objeto-para el uso-del otro[11]." Así, la mujer es para algunas cosas vista como un objeto erótico, o es puesta en situaciones de abnegación, romanticismo y sacrificio que a veces raya en lo absurdo. Por ejemplo, la televisión normalmente las ubica en actividades secundarias para la sociedad como enfermeras, secretarias, presentadoras, amas de casa, criadas o modelos y en este último caso siempre las asocia con estar muy delgadas, lindas, perfectas en medidas corporales y jóvenes. Dado el gran impacto visual que este medio posee, parece que sólo les interesa proyectar a las mujeres ya sea en función de unos muy cuestionables parámetros de belleza física o como objeto ornamental.

Se sabe que la historia ha sido escrita por los varones y las mujeres están ausentes como protagonistas en la mayor parte del acontecer social. Los hombres al escribir sobre las mujeres normalmente se centran en aspectos biológicos, como responsables de la reproducción de la especie y cuidadoras de los hijos e hijas; esto en última instancia asociaba el intercambio entre grupos masculinos, reflejando el poderío de ellos, así como un espíritu, altamente cuestionable, de supremacía masculina[12]. Este dominio patriarcal, cuando es referido a los medios masivos de comunicación hace que ellos controlen todo lo relacionado con la promoción de salud y la prevención de las enfermedades de las mujeres.

Los problemas de las mujeres en los medios se traducen en los problemas de los hijos, del esposo, del hogar, los problemas incluso de los amigos o del novio. En realidad a los medios poco les importa tratar con justicia y equidad el problema de igualdad entre los sexos, pues desde la perspectiva funcionalista a ellos lo que les interesa es reproducir roles repetidos, rígidos, conservadores, que en muchas ocasiones ya no responden a una realidad social. Piénsese sino el cambio sobre la jefatura del hogar en la vida real y la que promueve los medios; de hecho, la figura de madre soltera hoy en día ya se ha convertido en un estereotipo mediático.

Una revisión de los diferentes medios demuestra que la cobertura sobre cuestiones de salud es abundante en revistas, suplementos, radio, televisión e internet, pero todos ellos lo hacen de manera muy superficial o mandan mensajes sobreestimados de la imagen corporal de las mujeres, especialmente los relacionados con la apariencia física que en última instancia lleva subyacente el aspecto erótico sexual de agradar a los hombre, o las ubican como las abnegadas madres/esposas responsables del cuidado de la familia, al margen de sus propias necesidades.

En las campañas de vacunación, el sector salud a través de los medios exhorta a las madres a cuidar que sus hijos/as las reciben pero no consideran la responsabilidad del varón en estos aspectos. En la difusión de medidas sobre la planificación familiar desde los setenta, poco énfasis se hace para concientizar que el embarazo es un compromiso de dos, por el contrario se deja a las mujeres todo el peso de las responsabilidades sobre cómo evitar el quedar embarazada.

Una revisión detallada de cómo son tratados por los medios de comunicación[13] las cuestiones relacionadas con la salud de las mujeres, como los aspectos sobre las diferentes etapas de su vida, sus derechos sexuales, reproductivos o la violencia hacia ellas, no hace más que mostrar que en la mayor parte de las situaciones o se responde con actitudes moralistas como en el caso de los derechos sexuales en que se evade discutir la preferencia sexual de ellas (aunque en estricto sentido del concepto género, la sexualidad de los hombres tampoco la abordan o cuando lo hacen reflejan valores altamente conservadores); o en los derechos reproductivos donde se niega el derecho a decidir sobre su propio cuerpo; o se permean en los mensajes los intereses de grupos como los relacionados con las industrias de la moda, la belleza y la farmacéutica, que sólo ven a las mujeres como clientes para sus productos sin importar el impacto que éstos tengan en su salud.

Es indiscutible que no sólo las mujeres pierden en este manejo sesgado de la salud en los medios de comunicación. Los hombres también se encuentran inmersos en este marasmo controlador de la decisiones individuales, que los hace asumir comportamientos de no cuidados hacia su salud reflejando con ello por un lado, una concepción de cómo "deben" comportarse los hombres, que poco los ubica como seres llenos de necesidades; por otra parte, reafirma la posición de que cuando se habla de género es un acercamiento a la situación de las mujeres, toda vez que ellas se encuentran mucho más vulnerables ya que se les trata como "objeto para otros", es decir, los hombres.

En suma, la salud integral de las mujeres no se promueve a través de los medios de comunicación y cuando los ministerios o secretarías de salud tratan de intervenir para modificar este manipuleo se enfrentan, entre otras cosas, a sus propias visiones conservadoras como las que los medios representan. Las presiones hacia las mujeres por un determinado estilo de salud no hacen más que evidenciar que si bien las mujeres han accedido aunque con limitantes a los mundos públicos del trabajo y la política, antes

vedados a ellas, la sociedad, en parte a través de los medios de comunicación, continúa manteniendo los controles de dominación patriarcal que prevalecen desde hace varios siglos.

No pueden cerrarse estas reflexiones sin plasmar algunas consideraciones de lo que debiera hacerse para corregir la situación que se ha venido exponiendo. Es innegable que el punto de partida es la concientización de lo que es la problemática de género. Tratar de convencer al sector salud y a los medios de comunicación de que cambien su mentalidad se asemeja a la batalla de David contra Goliat, pero a diferencia de este último el modelo patriarcal no puede cambiarse de una pedrada.

Cambiar valores, actitudes y comportamientos de los grupos sociales es tarea difícil mas no imposible. La lucha feminista así lo demuestra, pero aún se requiere hacer mucho más y para lograrlo se hace necesario convocar a todos los actores sociales que intervienen en los cambios sociales. Si bien existen grupos de mujeres y hombres que están conscientes de la situación de desigualdad entre los sexos, es urgente incorporar e involucrar a un mayor número de organizaciones civiles, de grupos feministas, de legisladoras/es, de funcionarias/os, pues en este proceso de cambio es tarea impostergable.

En el plano de la salud se hace necesario llevar la lucha a la búsqueda de políticas públicas con una visión de equidad. Los agentes de salud no sólo intervienen en acciones colectivas y públicas de una sociedad, también lo hacen en esferas muy íntimas de la decisión personal como la reproducción. En este sentido, la salud debería entenderse, por estos agentes, con una perspectiva de género y las políticas públicas para enfrentar los problemas colectivos de salud deberían orientarse en este sentido y verse de forma transversal en todos los sectores del sistema social. No es posible pensar en una política de salud que pretenda abordar problemáticas como obesidad, anorexia, bulimia, alcoholismo, de transmisión sexual, VIH/SIDA, embarazos no deseados, sin una perspectiva en que se reconozca que los perfiles sociales entre hombres y mujeres son diferentes, pero sobre todo que se admita el derecho de ellas a decidir por sí mismas.

En esta lógica de argumentación, si dentro del sector salud existe una insuficiencia notable de conciencia sobre la problemática de género, poco es de esperarse que al utilizar los medios de comunicación para algunos programas preventivos, los mismos no vayan sesgados con la visión patriarcal que predomina en el sector. Para modificar esta situación se hace necesaria la intervención de las feministas y de los hombres comprometidos con esta problemática –grupos de la sociedad civil, legisladoras, funcionarias, médicas– que impulsen una concientización sobre la problemática y busquen replantear la actuación del sector.

Combatir la forma sesgada que de la salud de las mujeres hacen los medios de comunicación es enfrentarse a una problemática doble. Por una parte, la participación femenina dentro de la estructura de los medios es relativamente pequeña. Como todas las estadísticas lo demuestran el mundo de la comunicación es uno masculino, especialmente en las áreas donde se toman decisiones. No es de esperarse que este mundo tenga una perspectiva de género en su actuación.

Por otra parte, los grandes intereses que se encuentran detrás de ellos, como las industrias de la moda, la belleza y la farmacéutica, no buscan la protección de ellas; a estos grupos poco les importan los riesgos, así como las contraindicaciones y limitaciones que los productos que venden tienen sobre la salud de las mujeres. Lo que les interesa es vender y para ello, sin importar el costo, utilizan de manera abrumadora todas las técnicas disponibles de la publicidad. ¿No debería el sector salud sentirse responsable por estas acciones dañinas hacia la salud de las mujeres? ¿No deberían actuar en favor de ellas?

Modificar la forma manipuladora que de las mujeres realizan los medios de comunicación es complejo. Por un lado, se requeriría una enérgica intervención de las legisladoras para crear la normatividad que controle la situación antes descrita; por otra parte, la Secretaría de Salud tendría que asumir el compromiso de hacer efectiva la normatividad establecida.

Aunque desde 1980 la ONU reconoció que los medios de comunicación frenaban el avance de las mujeres debido a la reproducción de actitudes basadas en patrones culturales que para entonces ya resultaban obsoletos. Para ello instaba a los gobiernos a regular la práctica de éstos y monitorearlos, con la finalidad de que fueran agentes integradores que permitieran avanzar en la participación de las mujeres, lo cierto es que diez años después esta misma organización volvió a recalcar que la perpetuación en los medios de comunicación de las imágenes estereotipadas, en particular, la glorificación de los roles tradicionales masculinos y femeninos, retrasaban el avance de las mujeres al proporcionar justificación para un statu quo desigual.

Hacia 1995 seguía viéndose que las imágenes de las mujeres, construidas y transmitidas por los medios de comunicación, continuaban limitadas a los papeles que el patriarcado les ha asignado a través del tiempo, como madres, esposas y objetos sexuales, y las recomendaciones hechas a los gobiernos para modificar los significados culturales de subordinación de las mujeres no habían sido tomadas en cuenta[14].

Precisamente en la Conferencia de Beijing de 1995 se consideraron dos objetivos estratégicos

en el Plan para la Acción, que atendían a la necesidad, por una parte, de conseguir un mayor acceso y participación de las mujeres en los puestos de expresión y decisión de los medios de comunicación y, en segundo lugar, de promover una representación equilibrada y no estereotipada de las mujeres. México firmó y adoptó los compromisos que le obligaban a combatir la discriminación por razones de género. Los acuerdos firmados respondían de manera amplia a lo señalado por la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer y a Erradicar la Violencia contra las Mujeres (Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer, mejor conocida como la Convención de Belem-Do-Pará).

Este compromiso que condujo a la expedición de la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia enmarca de manera clara el papel que debiera jugar el sector salud en estos aspectos. Por otra parte, se reconoce que existen avances en materia de salud sexual y reproductiva como el acceso de las mujeres a la interrupción legal del embarazo dentro de las primeras doce semanas de gestación en el DF y varias campañas para respetar las preferencias sexuales de las personas, pero esto no es una generalidad en el país. Notable sigue siendo el desempeño sesgado de los medios, ya que sus campañas están más orientadas a manipular las decisiones de las mujeres, con aspectos moralistas que las señalan, las cuestionan o incluso las estigmatizan, cuando ellas deciden tomar el control sobre su cuerpo.

Si bien parecería una lucha de titanes el pensar en la modificación de la actuación de los medios de comunicación, lo cierto es que la existencia de las redes Nacional, Latinoamericana e Internacional de periodistas con perspectiva de género es un claro ejemplo de cómo se intentó modificar la visión de editores, directivos y compañeros, que piensan que al desagregar los datos por sexo ya están hablando de género.

En este sentido, la Red Nacional de Periodistas (1995) nació en la Ciudad de México por la falta de difusión de los asuntos y las realidades de las mujeres a través de los medios de comunicación. Desde sus inicios la Red ha buscado impulsar que en los medios masivos las mujeres sean vistas no como objetivos, sino como personas poseedoras de los mismos derechos humanos y, por tanto, capaces de tomar decisiones sobre su vida de una forma integral. Una de las cosas importantes a lograr dentro de los profesionales de la comunicación sería que el código deontológico de los medios de comunicación integrara la perspectiva de género, ya que permitiría corregir el abordaje sesgado, estereotipado, que de ellas hacen la mayoría de estos profesionales.

¿Difícil y controvertida la situación explorada en este ensayo? Indiscutiblemente que sí, pero si no se asume el reto de cambiar estas interrelaciones complejas entre el género, la salud y los medios de comunicación, se corre el riesgo de agravar los problemas de salud colectiva, lo que implicaría en el mediano y corto plazos un deterioro social que no puede ser permitido en términos de una justicia social.

Referencias bibliográficas

1. Langer A. Lozano R. Condición de la mujer y salud. El Colegio de México. México. 1998.
2. Cardaci D. Salud, género y programas de estudios de la mujer en México. México: UNAM; 2004.
3. Szas I. La condición social de la mujer y la salud. El Colegio de México. México. 1995.
4. Standing H. El género y la reforma del sector salud. Washington: OPS; 2000.
5. Martínez C. Cinco notas en torno a la investigación “Condición de la mujer y salud”. En: Figueroa JG (compilador). La condición de la mujer en el espacio de la salud. México: El Colegio de México; 1998.
6. Hanson K. La medición del estado de la salud. Género, carga de morbilidad y establecimiento de prioridades en el sector salud. Washington: OPS; 2000.
7. Bálaguer Callejón ML. La mujer y los medios de comunicación de masas: el caso de la publicidad en televisión. Málaga, España: Ed. Arguval; 1985.
8. Wolf M. Los efectos sociales de los medios. Barcelona: Paidós; 1994.
9. Carreño J. Para entender los medios de comunicación. México: Nostra Ediciones; 2007.
10. Maza E. Medios de comunicación: realidades y búsquedas. México: Universidad de la Ciudad de México; 2003.
11. Herrero C. Mujer y medios de comunicación: riesgos para la salud. En: Trastornos de la Conducta Alimentaria. 2005; Vol. I: 55-75.
12. Chaher S. Santoro S. Las palabras tienen sexo: Introducción a un periodismo con perspectiva de género. Argentina: Artemisa Comunicación Ediciones; 2007.
13. Cebrian M. Información televisiva. Mediciones, contenidos, expresión y programación. Madrid: Síntesis;1998.
14. López P. Protocolo de actuación periodística y publicitaria sobre igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres y tratamiento informativo de la violencia de género [Internet]. Cantabria. Gobierno de Cantabria. 2007. [Citado 2008, Nov 17]: 9-39. Disponible en: http://www.pilarlopezdiez.eu/documents/protocolo_Cantabria.pdf.

Interferencia de RNA, una posible estrategia terapéutica en infecciones por Virus Sincitial Respiratorio

(RNA Interference, a Possible Therapeutic Strategy in Respiratory Syncytial Virus Infections)

Hilda Montero*
Everthlyn Mani**

Resumen

El Virus Sincitial Respiratorio (VSR) es la principal causa de enfermedad respiratoria ocasionada por virus en la población pediátrica. A los dos años de edad, casi todos los niños habrán sido infectados con este virus. Nacimiento prematuro, enfermedad pulmonar crónica, enfermedad cardiaca congénica e inmunodeficiencia son factores de riesgo que predisponen una infección severa por VSR que requiere hospitalización, ventilación asistida mecánicamente o muerte. Actualmente no hay una vacuna contra VSR, sin embargo, existe un tratamiento profiláctico con un anticuerpo monoclonal llamado palivizumab. Esta revisión provee una breve descripción del RNA de interferencia como un posible tratamiento terapéutico en infecciones por VSR.

Abstract

Respiratory Syncytial Virus (RSV) is the most important cause of viral respiratory tract illness in pediatric population. By 2 years of age, almost all children will have been infected with this virus. Premature birth, children with chronic lung disease, congenital heart disease and immunodeficiency are risk factors that predispose to severe RSV infection leading hospitalization, mechanically assisted ventilation or death. Nowadays, there is not RSV vaccine. However, there is a prophylaxis treatment with a monoclonal antibody named palivizumab. This review provides a brief description of the mechanisms of RNA interference used like possible treatment for RSV infections.

Palabras claves: virus sincitial respiratorio, interferencia de RNA.

Key words: respiratory syncytial virus, interferencia de RNA.

Introducción

Las enfermedades infecciosas representan un gran riesgo para la población. Dentro de estas enfermedades infecciosas, las infecciones respiratorias agudas (IRAs) son la principal causa de morbilidad y una de las primeras causas de mortalidad independientemente del género y la edad[1]. El costo en consultas médicas, hospitalizaciones y tratamiento de estas enfermedades es alto, tanto para las familias como para los servicios de salud. Uno de los grandes retos para las instituciones de salud es su prevención y control. La mayoría de las veces, una infección respiratoria no presenta complicaciones. Sin embargo, existen grupos poblacionales como los niños, en que la infección con algunos patógenos llega a ser severa, e incluso fatal en caso de no recibir un tratamiento adecuado y oportuno[1, 2].

Los virus son los agentes etiológicos más frecuentes de las IRAs[3]. Existen aproximadamente 200 virus causantes de IRAs, los cuales se encuentran en diversas familias como *Paramyxoviridae, Orthomyxoviridae, Coronaviridae, Adenoviridae*, entre otras[4]. Todos estos virus entran por vía respiratoria y presentan un tropismo (especificidad por cierto tejido) por el aparato respiratorio ocasionando diversas enfermedades que, de manera general, se agrupan en IRAs de vías superiores o altas: rinitis, faringitis y laringitis; e IRAs de vías inferiores o bajas: bronquitis, bronquiolitis y neumonía[5]. A pesar de que el tropismo sea sobre el aparato respiratorio, algunos virus son diseminados en el organismo produciendo una enfermedad más generalizada (VSR [6] y bocavirus[7]).

Gracias a diversos estudios epidemiológicos es posible tener información sobre la frecuencia de infección por virus respiratorios, así como, de su patogenicidad. Así, el virus influenza y el VSR son de especial interés para los responsables de la salud, al ser dos de los virus que más muertes han provocado y actualmente se consideran emergentes por el aumento de su incidencia[8-10]. Otros virus respiratorios reportados como virus frecuentes en la población infantil son: parainfluenza, rinovirus, adenovirus, coronavirus, y los recientemente identificados metapneumovirus y bocavirus[3,11-14]. Estos virus generalmente ocasionan infecciones de vías respiratorias altas. En algunas ocasiones provocan complicaciones, por lo que se les considera de gran importancia clínica [5].

* *Investigador tiempo completo. Instituto de Salud Pública. Universidad Veracruzana. hmontero@uv.mx*
** *Estudiante de Biología. Facultad de Biología. Universidad Veracruzana*

VSR como agente causal de IRAs. Clasificación del virus

El VSR es un virus envuelto que pertenece a la familia *Paramixoviridae* y está clasificado dentro del género *Pneumovirus*. Su genoma es de RNA de cadena sencilla, no segmentado, polaridad negativa y dicho genoma codifica para un total de 11 proteínas[15, 16]. Todas las proteínas virales tienen alguna función durante el ciclo replicativo. Desde el punto de vista inmunológico, la proteína G es la más importante por participar en la unión del virus a la célula huésped y representar la mayor parte antigénica del virus[16]. Con base en las características antigénicas, el VSR se clasifica en dos grupos denominados A y B[17]. Estos dos grupos presentan diferencia en su virulencia, siendo el tipo A el más virulento[18].

Importancia clínica

El VSR tiene importancia en Salud Pública por ser el principal patógeno en enfermedades respiratorias en niños menores de cinco años[2, 11, 12,19]. Este virus es altamente infeccioso y la mayoría de los niños lo han contraído antes de los dos años de edad[20, 21]. A pesar de que generalmente el VSR ocasiona infecciones respiratorias de vías altas, algunos niños desarrollan infecciones severas como la bronquiolitis[22]. En relación con esto, se ha encontrado que el VSR es responsable de hasta 80% de las bronquiolitis en infantes[23]. En México, las IRAs tienen gran importancia como causa de morbilidad y mortalidad. Los niños de entre uno y cuatro años son los más afectados por este tipo de enfermedades, siendo la primera causa de mortalidad en este grupo de edad[1].

En los estados de México y San Luis Potosí se han realizados diversos estudios para determinar el patógeno causal de las IRAs en infantes, encontrándose que el VSR ocupa el primer lugar como agente etiológico de estas enfermedades[3,12,24]. En países desarrollados como Estados Unidos se ha determinado que el VSR es responsable de 3% de las hospitalizaciones en niños menores de dos años que presentaban infecciones de vías respiratorias bajas. Sin embargo, en Europa la cifra es diferente, siendo el VSR responsable de 42 a 45% de las hospitalizaciones en el mismo grupo poblacional[25].

Es importante mencionar que la infección por VSR no se limita a la población pediátrica, este virus infecta a seres humanos en cualquier edad[26] y su diseminación aumenta por personas inmunocomprometidas, en quienes el virus alcanza su máxima replicación, provocando complicaciones en personas con VIH o cáncer y después de transplantes de médula ósea[27-29].

Manifestaciones clínicas

El VSR tiene un tropismo por las células del aparato respiratorio originando síntomas muy similares a los ocasionados por otros patógenos de vías respiratorias como fiebre, rinorrea y congestión nasal. Cuando la infección avanza y el virus alcanza las vías respiratorias bajas ocasiona la bronquiolitis, en este momento, se presentan signos como sibilancias, apnea y cianosis requiriendo de hospitalización y de ventilación asistida mecánicamente[20,30,31].

Existen reportes que muestran que VSR o su genoma se encuentran en ojos, sangre, hígado, fluido cerebro espinal y miocardio, sugiriendo que este virus podría replicarse en otros órganos, a su vez implica que el cuadro clínico sería diferente, en caso de que esto sucediera en el paciente[32,33]. Además, la diseminación de este virus, severidad, prolongación o fatalidad de la infección están relacionados con la presencia de factores de riesgo como ser prematuro, padecer enfermedades pulmonares, cardiopatías, inmunosupresión, exposición a humo de cigarro, historia familiar de asma o atopía y bajo nivel socioeconómico[34-38]. El modo de transmisión de este virus se da a través del contacto directo con secreciones nasales y saliva proveniente de una persona enferma. No obstante, el VSR puede ser excretado en sudor y heces fecales[39], lo que constituye un extenso modo de transmisión ocasionando grandes epidemias y elevando la tasa de morbilidad y mortalidad si no se cuenta con medidas de control adecuadas.

La infección por VSR asociada al desarrollo de asma

Una de las características que distingue a este virus es que las infecciones son recurrentes y algunos grupos de investigación proponen que ocasiona infecciones persistentes[19,40,41]. En relación con esto, diversos estudios muestran una asociación entre la infección a edad temprana con recurrentes infecciones y desarrollo de asma[42,19,30], la cual también es una enfermedad de importancia en Salud Pública. El asma es caracterizada por una obstrucción bronquial, inflamación e hiperrespuesta de las vías respiratorias[30]. Esta enfermedad es muy frecuente estimándose que afecta a aproximadamente 155 millones de personas en todo el mundo, afectando la calidad de vida del enfermo y repercutiendo en la economía familiar[30]. A pesar de la importancia de VSR como un agente que favorece el desarrollo de asma, en México no se han realizado estudios que nos permitan conocer la asociación del virus con esta enfermedad.

Tratamiento

A pesar del alto impacto de la infección por VSR durante la infancia, las opciones de tratamiento terapéutico e inmunoprofiláctico son limitadas.

Actualmente no existe alguna vacuna contra VSR debido a diversos problemas inherentes a su desarrollo, por ejemplo la edad en la que se presenta la severidad de la enfermedad y mortalidad es en menores de tres meses; a esta corta edad,

el recién nacido no respondería adecuadamente a la vacuna por la inmadurez inmunológica, además de originarse una respuesta por la presencia de anticuerpos maternos contra VSR[43,44].

Actualmente se cuenta con un tratamiento llamado palivizumab, aprobado por la FDA (Food and Drug Administration)[45,46]; es un anticuerpo monoclonal que se une a la proteína viral de fusión (F) neutralizando al virus y evitando su infección, por lo que este anticuerpo es de uso inmunoprofiláctico[47]. El uso de palivizumab ha mostrado una reducción en el número de hospitalizaciones ocasionadas por VSR[31-46]. A pesar de la ventaja que ofrece su administración, existen desventajas como elevado costo y corto tiempo de protección (sólo protege por un mes)[45]. Por lo anterior, su administración se recomienda sólo en grupos de alto riesgo y en la temporada de aumento de la prevalencia de VSR[45], pues las infecciones por este virus se presentan mayoritariamente por temporadas del año, invierno y primavera, aunque en algunas regiones de clima tropical se presentan durante el periodo de lluvias[21,43,46].

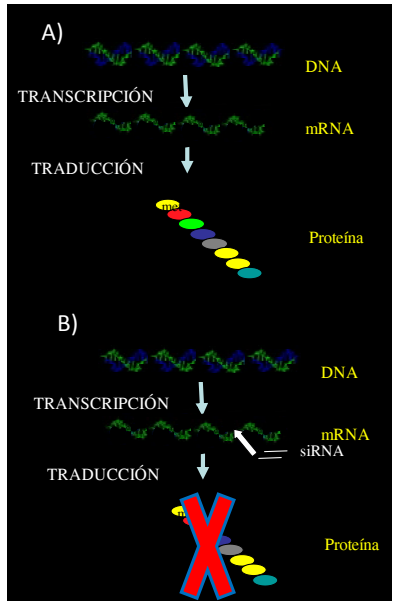
Interferencia de RNA

Uno de los descubrimientos más importantes en el campo de la Biología es el sistema de interferencia de RNA (RNAi), en el cual moléculas de RNA regulan la expresión de genes[48-51]. De manera general, el proceso se basa en la acción de RNA de doble cadena (dcRNA) sobre el RNA mensajero (mRNA) blanco[49,52]. Este mecanismo fue evidenciado en 1998 por Andrew Fire y colaboradores, quienes observaron que la introducción de moléculas de dcRNA en *Caenorhabditis elegans* produce una interferencia específica y potente contra el gene que posee una secuencia complementaria, fenómeno denominado RNAi[53]. Actualmente, el sistema se ha denominado de diversas maneras según el organismo; en plantas se le conoce como silenciamiento genético post transcripcional, en hongos quelling y en animales RNAi. En estos organismos, el mecanismo es similar proponiendo que este sistema es antiguo y que estuvo presente en un ancestro común a dichos organismos[52].

En células de mamífero, la presencia del dcRNA dentro de la célula favorece la activación de interferón[54]. Sin embargo, si el dcRNA es menor a 30 pares de bases (pb), este sistema no es activado y el mecanismo de interferencia se lleva a cabo[55]. Así, el intenso estudio del RNAi ha evidenciado que se lleva a cabo a través de diferentes RNAs pequeños, algunos de éstos se han denominado pequeños interferentes de RNA (siRNA). Los siRNAs son pequeños RNA de doble cadena de 21 pb con los extremos 5' fosfatados y un nucleótido sobresaliente en cada extremo 3'[55]. El diseño de estas pequeñas moléculas se basa en buscar una secuencia que se una al mRNA blanco, así el silenciamiento del gene se da a un nivel post transcripcional, es decir, el mRNA sintetizado es unido al siRNA y consecuentemente no se llevará el proceso de traducción (síntesis de la proteína) (figura 1)[49].

Los siRNAs han sido ampliamente usados para conocer la función de genes y actualmente han ganado importancia como una alternativa para el tratamiento de infecciones virales[56-59]. La estrategia se basa en que estas moléculas son utilizadas para inhibir la expresión de algún gene viral que participe en la replicación del virus y que, como consecuencia de su silenciamiento, se afecte negativamente a la replicación viral[51]. En este contexto, existe evidencia que en ratones infectados por VSR y tratados por vía intranasal con siRNAs (específicos a VSR), se ha logrado inhibir la replicación de este virus con la consecuente reversión de la enfermedad[59]. Sin duda es una estrategia que ayudaría a curar muchas enfermedades de etiología viral, y en el caso específico de VSR, ofrece una alternativa terapéutica que evite muchas complicaciones fatales a un bajo costo.

Figura 1. Interferencia de RNA. A) Flujo de información genética y B) Flujo de información genética bloqueado a nivel post transcripcional por un siRNA con el consecuente silenciamiento genético.



Conclusiones

Para las instituciones de salud, un reto preponderante es disminuir la tasa de morbilidad y mortalidad, para lograrlo es importante iniciar conociendo las causas de éstas. En relación a las enfermedades infecciosas, es fundamental la identificación y el estudio biológico del agente causal de la enfermedad, estos conocimientos derivarán en el desarrollo de planes para tomar las medidas en el control adecuadas.

El VSR es un virus de gran importancia en Salud Pública y debe ser un blanco de control debido a los problemas asociados a su infección, sobre todo en niños menores de cinco años. A pesar de que existe un tratamiento inmunoprofiláctico contra la infección por VSR, en México no es empleado y además tiene un elevado costo. Para evitar la complicación de enfermedades asociadas a la infección por VSR, es importante desarrollar nuevas estrategias que ayuden a reducir el número de hospitalizaciones y la tasa de mortalidad en los seres humanos.

Actualmente, una prometedora alternativa es el uso de RNAi, esta estrategia puede evitar que los virus se repliquen y en el caso de VSR ya ha sido probada con gran éxito en el ratón (por vía intranasal), sugiriendo que funcionaría también en humanos y que ofrecerá un efecto terapéutico de manera rápida, potente, económica y de fácil administración.

Finalmente, la mejor manera de controlar epidemias o brotes ocasionados por este virus es prevenir la infección sobre todo en los grupos de niños de alto riesgo. Un aspecto crítico en la prevención de este virus es taparse con las manos al toser o estornudar e inmediatamente lavárselas, esto evitaría el contagio a otras personas. También es importante que los recién nacidos sean alimentados con leche materna y evitar la exposición al humo del cigarro. A pesar de que son medidas de control simples, existe poca educación en este sentido.

Referencias bibliográficas

1. Diez principales causas de mortalidad en hombres y mujeres por grupos de edad. 2007. (Consultado el 20 de enero de 2009, en http://sinais.salud.gob.mx/mortalidad/index.html).
2. Van Woensel JB, Van Aalderen WM, Kimpen JL. Viral lower respiratory tract infection in infants and young children. BMJ. 2003;327:36-40.
3. Cabello C, Manjarrez ME, Olvera R, Villalba J, Valle L, Páramo I. Frequency of viruses associated with acute respiratory infections in children younger than five years of age at a locality of Mexico City. Mem Inst Oswaldo Cruz. 2006;101:21-4.
4. Arie J, Zuckerman JEB, Pattison John R, Griffiths Paul D. Principles and practice of clinical virology. Fifth ed. England. 2004.
5. Monto AS. Epidemiology of viral respiratory infections. Am J Med. 2002;112 Suppl 6A:4S-12S.
6. Eisenhut M. Extrapulmonary manifestations of severe respiratory syncytial virus infection. A systematic review. Crit Care. 2006;10:R107.
7. Vicente D, Cilla G, Montes M, Pérez Yarza EG, Pérez Trallero E. Human bocavirus, a respiratory and enteric virus. Emerg Infect Dis. 2007;13:636-7.
8. Jansen AG, Sanders EA, Hoes AW, Van Loon AM, Hak E. Influenza and respiratory syncytial virus associated mortality and hospitalizations. Eur Respir J. 2007;30:1158-66.
9. Elliot AJ, Fleming DM. Influenza and respiratory syncytial virus in the elderly. Expert Rev Vaccines. 2008;7:249-58.
10. De Wit E, Fouchier RA. Emerging influenza. J Clin Virol. 2008;41:1-6.
11. Noyola DE, Alpuche Solís AG, Herrera Díaz A, Soria Guerra RE, Sánchez Alvarado J, López Revilla R. Human metapneumovirus infections in Mexico: epidemiological and clinical characteristics. J Med Microbiol. 2005;54:969-74.
12. Manjarrez ME, Rosete DP, Rincón M, Villalba J, Cravioto A, Cabrera R. Comparative viral frequency in Mexican children under 5 years of age with and without upper respiratory symptoms. J Med Microbiol. 2003;52:579-83.
13. García García ML, Calvo Rey C, Pozo Sánchez F, et al. [Human bocavirus infections in Spanish 0-14 year-old: clinical and epidemiological characteristics of an emerging respiratory virus]. An Pediatr Barc. 2007;67:212.
14. Mahony JB. Detection of respiratory viruses by molecular methods. Clin Microbiol Rev 2008;21:716-47.
15. Cowton VM, McGivern DR, Fearns R. Unravelling the complexities of respiratory syncytial virus RNA synthesis. J Gen Virol. 2006;87:1805-21.
16. M. David Knipe PMH. Virology. Fifth edition ed. 2007.
17. Mufson MA, Orvell C, Rafnar B, Norrby E. Two distinct subtypes of human respiratory syncytial virus. J Gen Virol. 1985;66 (Pt 10):2111-24.
18. Walsh EE, McConnochie KM, Long CE, Hall CB. Severity of respiratory syncytial virus infection is related to virus strain. J Infect Dis. 1997;175:814-20.
19. Mohapatra SS, Boyapalle S. Epidemiologic, experimental and clinical links between respiratory syncytial virus infection and asthma. Clin Microbiol Rev. 2008;21:495-504.
20. O. David, White F, J Fenner. Medical Virology. Fourth ed.
21. Cane PA. Molecular epidemiology of respiratory syncytial virus. Rev Med Virol. 2001;11:103-16.
22. Leung AK, Kellner JD, Davies HD. Respiratory syncytial virus bronchiolitis. J Natl Med Assoc. 2005;97:1708-13.
23. Smyth RL, Openshaw PJ. Bronchiolitis. Lancet. 2006;368:312-22.
24. Noyola DE, Rodríguez Moreno G, Sánchez Alvarado J, Martínez Wagner R, Ochoa Zavala JR. Viral etiology of lower respiratory tract infections in hospitalized children in Mexico. Pediatr Infect Dis J. 2004;23:118-23.
25. Simoes EA, Carbonell-Estrany X. Impact of severe disease caused by respiratory syncytial virus in children living in developed countries. Pediatr Infect Dis J. 2003;22:S13-8; discussion S8-20.

26. Falsey AR, Hennessey PA, Formica MA, Cox C, Walsh EE. Respiratory syncytial virus infection in elderly and high-risk adults. N Engl J Med. 2005;352:1749-59.
27. Andrade R. Today's Microbiology in emergent and re-emergent infectious diseases. Part II VITAE. Academia Biomédica Digital. 2005;24.
28. Boeckh M. The challenge of respiratory virus infections in hematopoietic cell transplant recipients. Br J Haematol. 2008;143:455-67.
29. Ebbert JO, Limper AH. Respiratory syncytial virus pneumonitis in immunocompromised adults: clinical features and outcome. Respiration. 2005;72:263-9.
30. Mejías A, Chávez Bueno S, Ríos AM et al. [Asthma and respiratory syncytial virus. New opportunities for therapeutic intervention]. An Pediatr (Barc) 2004;61:252-60.
31. Kimpen JL. Prevention and treatment of respiratory syncytial virus bronchiolitis and postbronchiolitic wheezing. Respir Res. 2002;3 Suppl 1:S40-5.
32. Eisenhut M. Extrapulmonary manifestations of severe RSV bronchiolitis. Lancet. 2006;368:988.
33. Bitko V, Musiyenko A, Barik S. Viral infection of the lungs through the eye. J Virol. 2007;81:783-90.
34. Cabalka AK. Physiologic risk factors for respiratory viral infections and immunoprophylaxis for respiratory syncytial virus in young children with congenital heart disease. Pediatr Infect Dis J. 2004;23:S41-5.
35. Makari D. Impact of RSV: Implications for Managed Care. Managed Care. 2009;18:2-7.
36. Carbonell Estrany X, Bont L, Doering G, Gouyon JB, Lanari M. Clinical relevance of prevention of respiratory syncytial virus lower respiratory tract infection in preterm infants born between 33 and 35 weeks gestational age. Eur J Clin Microbiol Infect Dis. 2008;27:891-9.
37. Welliver RC. Review of epidemiology and clinical risk factors for severe respiratory syncytial virus (RSV) infection. J Pediatr. 2003;143:S112-7.
38. Bradley JP, Bacharier LB, Bonfiglio J, et al. Severity of respiratory syncytial virus bronchiolitis is affected by cigarette smoke exposure and atopy. Pediatrics. 2005;115:e7-14.
39. Von Linstow ML, Eugen Olsen J Koch A, Winther TN, Westh H, Hogh B. Excretion patterns of human metapneumovirus and respiratory syncytial virus among young children. Eur J Med Res. 2006;11:329-35.
40. Sarmiento RE, Tirado R, Gómez B. Characteristics of a respiratory syncytial virus persistently infected macrophage-like culture. Virus Res. 2002;84:45-58.
41. Sarmiento RE, Arias CF, Méndez E, Gómez B. Characterization of a persistent respiratory syncytial virus showing a low-fusogenic activity associated to an impaired F protein. Virus Res. 2008.
42. Singleton RJ, Redding GJ, Lewis TC et al. Sequelae of severe respiratory syncytial virus infection in infancy and early childhood among Alaska Native children. Pediatrics. 2003;112:285-90.
43. Dudas RA, Karron RA. Respiratory syncytial virus vaccines. Clin Microbiol Rev. 1998;11:430-9.
44. Glezen WP, Paredes A, Allison JE, Taber LH, Frank AL. Risk of respiratory syncytial virus infection for infants from low-income families in relationship to age, sex, ethnic group and maternal antibody level. J Pediatr. 1981;98:708-15.
45. Revised indications for the use of palivizumab and respiratory syncytial virus immune globulin intravenous for the prevention of respiratory syncytial virus infections. Pediatrics. 2003;112:1442-6.
46. Forbes M. Strategies for preventing respiratory syncytial virus. Am J Health Syst Pharm. 2008;65:S13-9.
47. Groothuis JR, Nishida H. Prevention of respiratory syncytial virus infections in high-risk infants by monoclonal antibody (palivizumab). Pediatr Int. 2002;44:235-41.
48. Novina CD, Sharp PA. The RNAi revolution. Nature. 2004;430:161-4.
49. Meister G, Tuschl T. Mechanisms of gene silencing by double-stranded RNA. Nature. 2004;431:343-9.
50. Naqvi AR, Islam MN, Choudhury NR, Haq QM. The fascinating world of RNA interference. Int J Biol Sci. 2009;5:97-117.
51. Mahmood ur R, Ali I, Husnain T, Riazuddin S. RNA interference: the story of gene silencing in plants and humans. Biotechnol Adv. 2008;26:202-9.
52. Mello CC, Conte D, Jr. Revealing the world of RNA interference. Nature. 2004;431:338-42.
53. Fire A, Xu S, Montgomery MK, Kostas SA, Driver SE, Mello CC. Potent and specific genetic interference by double-stranded RNA in Caenorhabditis elegans. Nature. 1998;391:806-11.
54. Caplen NJ, Parrish S, Imani F, Fire A, Morgan RA. Specific inhibition of gene expression by small double-stranded RNAs in invertebrate and vertebrate systems. Proc Natl Acad Sci. USA 2001;98:9742-7.
55. Elbashir SM, Harborth J, Lendeckel W, Yalcin A, Weber K, Tuschl T. Duplexes of 21-nucleotide RNAs mediate RNA interference in cultured mammalian cells. Nature. 2001;411:494-8.
56. Martínez MA. Progress in the therapeutic applications of siRNAs against HIV-1. Methods Mol Biol. 2009;487:343-68.
57. Chen Y, Cheng G, Mahato RI. RNAi for treating hepatitis B viral infection. Pharm Res. 2008;25:72-86.
58. Volarevic M, Smolic R, Wu CH, Wu GY. Potential role of RNAi in the treatment of HCV infection. Expert Rev Anti Infect Ther. 2007;5:823-31.
59. Bitko V, Musiyenko A, Shulyayeva O, Barik S. Inhibition of respiratory viruses by nasally administered siRNA. Nat Med. 2005;11:50-5.

Enfermedades crónico degenerativas del estado de Veracruz: el ambiente oxidativo como un enfoque causal

(Chronic Degenerative Diseases of Veracruz: the Oxidative Environment as a Causal Approach)

Rebeca García Román*
Alejandro Escobar Mesa**
Roberto Zenteno Cuevas***

Resumen

El gran problema de salud pública del siglo veinte ha sido sin lugar a dudas la obesidad, a la cual se le relacionan muchas enfermedades como las crónico degenerativas (ECD). Las tres ECDs que se mantienen en los primeros lugares de mortalidad mundial y en el estado de Veracruz son las enfermedades cardiovasculares, la diabetes mellitus y el cáncer. Evidencia experimental sobre el origen común de estas tres patologías hacen suponer que el ambiente oxidativo juega un papel crucial en su génesis. El estrés oxidativo causado por un aumento de las Especies Reactivas de Oxígeno (ERO) está involucrado en el daño a las principales biomoléculas de la célula, lo que genera una inestabilidad biológica de todo el organismo. De las fuentes endógenas y exógenas de ERO, las últimas son consideradas como las principales inductoras de la pérdida de la homeostasis óxido-reducción (redox). Estas ERO exógenas provienen del medio ambiente y del estilo de vida, por ejemplo: la radiación ionizante (luz ultravioleta solar), el humo del cigarrillo, la ingesta excesiva de ácidos grasos. Por ende, el uso de antioxidantes como terapia alternativa en la prevención de las ECDs disminuiría la morbilidad de estas patologías. Esta revisión tiene como objetivos exponer un panorama general de la relación entre las principales ECD de nuestro estado y su origen común generado por un ambiente pro-oxidante, así como sugerir que la alimentación con antioxidantes y adoptar un estilo de vida saludable, el cual incluya una dieta rica en vegetales y frutas, la abstinencia del consumo de tabaco, bebidas alcohólicas y eliminación del sedentarismo, disminuirían la aparición de las ECD e incrementarían la expectativa de vida.

Abstract

The major 20th Century epidemic has been, with no doubt, obesity, from whom many diseases as chronic degenerative disease (CDD) arise. The three conditions that stay in the first places of the mortality worldwide ranks and in the state of Veracruz are: cardiovascular diseases, diabetes mellitus and cancer. Experimental evidence on the common origin of these three pathologies suggests that oxidative stress plays a key role in their genesis. The oxidative stress caused by the increase of the reactive oxygen species (ROS) is involved in the damage to the cell main biomolecules, which provokes a biological instability in the entire organism. Between the ROS endogen and exogen sources, the last are considered the main inducers for the homeostasis oxide-reduction (redox) loss. This exogen ROS come from the environment and are strongly related to the lifestyle, for example: ionizing radiation (UV light), cigarettes smoke, fat ingest. Hence, the use of antioxidants as an alternative therapy in the prevention of (CDD) may lower the morbidity of these pathologies. The aim of this review is to show a general view of the relation between the main CDD in our state and their common beginning in a pro-oxidant environment, and to suggest the antioxidants ingest besides the adoption of a healthy lifestyle that involves: vegetables and fruit diet, alcohol and tobacco abstinences, and avoiding inactivity; to decrease the change of CDD to come up and to increase life expectancy.

Palabras clave: crónico degenerativas, estrés oxidativo, diabetes mellitus, enfermedades cardiovasculares, cáncer.

Key words: chronic degenerative, oxidative stress, diabetes mellitus, cardiovascular diseases, cancer.

Introducción

La enfermedad crónico degenerativa es una condición caracterizada por su largo plazo, la cual requiere preparación mental tanto del enfermo como de las personas involucradas en su cuidado para ajustar y adoptar medidas de precaución en el estilo de vida, las relaciones sociales y la inclusión de los servicios hospitalarios[1]. Las Enfermedades Crónico Degenerativas (ECDs) aparecen como un evento que causa cambios significativos en la vida familiar, que a menudo son permanentes e irreversibles. La mayoría de ellas son causantes de pérdidas económicas, personales, sociales, psicológicas, y

*Investigadora Tiempo Completo. Instituto de Salud Pública. Universidad Veracruzana. rebgarcia@uv.mx. Autor de correspondencia.
**Subdirector de Prevención y Control de Enfermedades, SSAVER. aescobar@ssaver.gob.mx.
***Investigador Tiempo Completo. Instituto de Salud Pública. Universidad Veracruzana. rzenteno@uv.mx.

culturales. Aunado a los problemas internos en el seno familiar también se debe considerar el estigma social causado por la morbilidad, la imagen corporal y la sexualidad. El impacto psicológico es severo debido a que produce pérdida de la autoestima, ansiedad, aislamiento y en casos extremos pensamientos y/o actitudes suicidas.

Senescencia y envejecimiento

Las ECDs están fielmente asociadas con personas en edad adulta, comúnmente denominados como adultos mayores (+65 años). Generalmente estas enfermedades se desarrollan durante el transcurso de la vida, pues se necesita mucho tiempo para la acumulación de cambios celulares y moleculares (inestabilidad biológica) que den origen a tales padecimientos. Muchos de estos cambios son favorecidos por la senescencia y el envejecimiento, resultando en complejos estados fisiológicos que conllevan a la enfermedad. Es muy importante distinguir la diferencia entre la senescencia y el envejecimiento; la primera se entiende como la acumulación de bioproductos metabólicos y la probabilidad de disminución de la reproducción y la sobrevivencia, desde la madurez hasta la muerte[2]. La diferencia entre la senescencia y el envejecimiento es que éste se mide a través del paso del tiempo y la senescencia depende o no de él, y se mide con marcadores moleculares como la hemoglobina glucosilada[3]. Las ECDs son eventos secundarios al proceso de la senescencia celular, pero la coexistencia de las ECDs y de la senescencia favorece e incrementa la probabilidad de muerte. Esta interacción indica que los cambios relacionados con la senescencia en el nivel celular producen cambios en el organismo completo[4]. En sí, el factor estrechamente relacionado al desarrollo de las ECDs es el proceso de la senescencia que es acumulativo, progresivo, intrínseco y deletéreo.

Factores de riesgo

El problema con el control de las ECDs es que no son causadas por agentes etiológicos específicos, sino que existe una red intrincada que conecta varias enfermedades con numerosos factores de riesgo y por ende con múltiples factores de protección[5]. Cabe señalar que muchas ECDs comparten factores de riesgo comunes como obesidad, altos niveles de colesterol/lípidos en suero e hiperglicemia, entre otros (cuadro 1).

Cuadro 1. Antecedentes frecuentes para el desarrollo de la Enfermedad Crónico Degenerativa (Adaptado de 1)

Antecedentes
Estilo de vida no saludable (tabaquismo, alcoholismo, comida grasa…)
Herencia genética
No apego a los tratamientos
Medioambiente, factores psico-sociales y económicos
Niveles elevados de estrés
Causas congénitas
Edad avanzada
Accidentes
Avances tecnológicos

Los mecanismos celulares y moleculares que desencadenan los factores antes mencionados están integrados por cambios patogenéticos, inflamación crónica y el estrés oxidativo, al cual nos referiremos posteriormente.

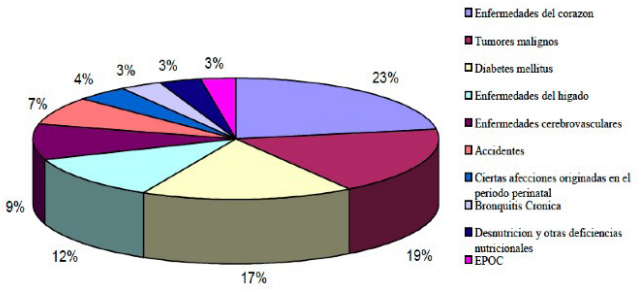
Incidencia y mortalidad

Curiosamente más de 90% de las causas de muerte en el mundo en la edad adulta son clasificadas como crónicas o degenerativas[6], y tres cuartas partes de ellas engloban a las categorías de enfermedades vasculares, tumores malignos y diabetes[7]. En México, según el boletín del Sistema Único de información para la Vigilancia Epidemiológica (SUIVE) de la semana 21 del 2002, las enfermedades crónico degenerativas son las siguientes: edema; úlceras, gastritis y duodenitis; enfermedad alcohólica del hígado, cirrosis hepática no alcohólica; displasia cervical leve y moderada, severa e in situ; tumor maligno de mama, de cuello del útero, de estómago, de bronquios y pulmón;diabetes mellitus insulinodependiente (tipo 1) y diabetes mellitus tipo 2; hipertensión arterial; bocio endémico; enfermedades isquémicas del corazón; enfermedades cerebrovasculares y asma. Este boletín hace nota la incidencia de las ECDs por entidad federativa donde cabe resaltar que Veracruz es uno de los estados con una de las incidencias más altas que comparte con los de Oaxaca, Guerrero, Michoacán, Chiapas y Tabasco. La tasa de incidencia de ECDs para Veracruz en el 2001 fue de 1 730-2 649 por cada 100 000 habitantes.

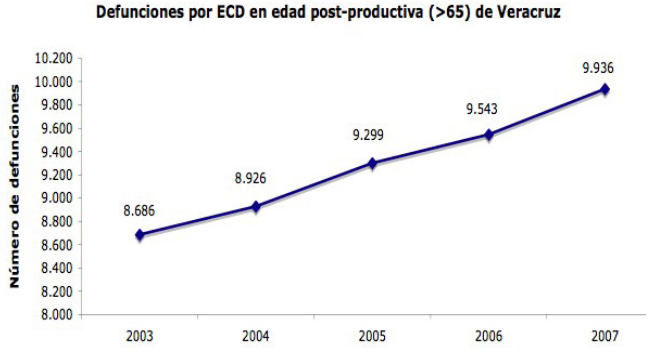
Según registros del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) y del Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS), las tres principales causas de muerte en nuestro país hasta el 2007 de manera general y en edad post productiva (+65 años) son las enfermedades isquémicas del corazón, los tumores malignos o cáncer y la diabetes mellitus. Es interesante que las enfermedades isquémicas del corazón, los tumores malignos y la diabetes mellitus converjan tanto en la incidencia de las ECDs como en la mortalidad general y en edad post productiva en nuestro país. En el estado de Veracruz las estadísticas sobre defunciones relacionadas con ECDs no varían respecto de los datos mundiales y nacionales. Tanto las principales causas de muerte como las tres principales ECDs en edad post productiva se han mantenido constantes y son las enfermedades isquémicas del corazón, la diabetes mellitus y tumores malignos. De hecho es un dato muy alarmante que del 2003 al 2007 el porcentaje de las defunciones por las tres principales ECDs haya aumentado casi 13%. La gráfica 1 muestra la mortalidad general y las gráficas 2 y 3 la mortalidad de las principales ECDs en edad post productiva para el estado de Veracruz (datos obtenidos de los sistemas de salud en vigilancia epidemiológica:

SUIVE, SEED, SIVEA y SIVEPAB[a]).

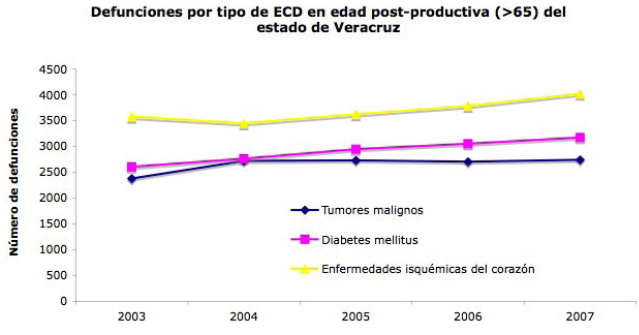
Gráfica1. Mortalidad general por casos del estado de Veracruz. Fuente: Programa Sectorial de Salud 2005-2010 y SEED 2003



Gráfica 2. Mortalidad de las tres principales ECDs en edad post productiva (+65 años) del estado de Veracruz



Gráfica 3. Mortalidad por los tres tipos principales ECDs en edad post productiva (+65 años) del estado de Veracruz



Como se observa en la gráfica 3, la ECD con mayor índice de mortalidad desde el año 2003 sigue siendo la categoría de las enfermedades isquémicas del corazón (hipertensión, enfermedad cardiaca hipertensiva, enfermedad cardiorrenal hipertensiva, angina de pecho, infarto agudo al miocardio, infarto subsecuente del miocardio, enfermedad isquémica crónica del corazón, otras enfermedades isquémicas agudas del corazón), seguida de la diabetes mellitus (diabetes mellitus insulinodependiente, diabetes mellitus no insulinodependiente, diabetes mellitus asociada con desnutrición y diabetes mellitus no especificada) y finalmente los tumores malignos.

Esto indica que se debe estudiar el origen de las ECDs con la finalidad de desarrollar estrategias de atención prioritaria de carácter mundial, nacional y regional, con el objetivo de disminuir o eliminar la morbilidad/mortalidad general. El análisis causal de las ECDs con un enfoque interdisciplinario potencia las oportunidades de la utilización de la medicina preventiva en las etapas iniciales de estos padecimientos. La recomendación en este ámbito es consolidar la investigación básica sobre el origen de las ECDs y fomentar el desarrollo de las biotecnologías que resolverán nuestras problemáticas estatales de salud poblacional.

Estrés oxidativo y las enfermedades degenerativas

La participación de las Especies Reactivas de Oxígeno (ERO) como el radical hidroxilo (OH), el anión superóxido (O_2) y el peróxido de hidrógeno (H_2O_2) en la senescencia celular, no es un evento sin precedente[8-10]. Es un hecho bien documentado que las ERO producidas durante el metabolismo celular causan daños acumulativos resultando en la senescencia[11]. Una de las principales fuentes intracelulares de las ERO es la cadena de transporte de electrones de la mitocondria. La mayor parte de estos radicales libres son producidos por la transferencia incompleta de electrones del O_2. De hecho, cerca de tres por ciento del oxígeno total en la mitocondria formaría al radical superóxido[12]. En condiciones normales se ha estimado que una célula humana se expone aproximadamente a 1.5 X 105 eventos oxidativos al día, derivados de radicales hidroxilo (OH) entre otras especies[13]. Otra fuente intracelular de ERO se genera por la respuesta inmune, pues los macrófagos son uno de los principales productores de óxido nítrico (NO)[14]. Aunado al hecho de que nuestro organismo es capaz de producir ERO de manera significativa, la simple exposición al ambiente genera oxidación adicional. La exposición a los rayos ultravioleta del sol, la contaminación ambiental, el humo del cigarrillo, entre otros, son considerados fuentes exógenas de ERO[15].

Bajo condiciones ideales el organismo es capaz de equilibrar la producción de ERO mediante la activación de mecanismos de defensa antioxidante. Cuando se produce un aumento de las ERO y el sistema de defensa antioxidante no es capaz de restaurar los niveles normales de oxidantes, se produce un desequilibrio conocido como estrés

a Comunicación personal con el Dr. Alejandro Escobar, Subdirector de Prevención y Control de Enfermedades de la Secretaría de Salud del Estado de Veracruz.
SUIVE: Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica.
SEED: Sistema Epidemiológico, Estadístico de Defunciones.
SIVEA: Sistema de Vigilancia Epidemiológica.
SIVEPAB: Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Patologías Bucales.

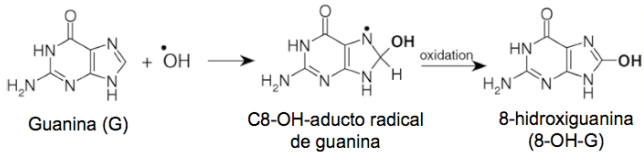
oxidativo. El estrés oxidativo produce daño celular debido a la oxidación de las biomoléculas como el acido desoxirribonucleico (ADN), proteínas y lípidos, el cual ha sido asociado con muchas enfermedades degenerativas[15].

Mientras algunas enfermedades degenerativas son causadas por el daño oxidativo a biomoléculas, el estrés oxidativo es una consecuencia y no una causa del proceso primario en muchas otras. Pero aun como un evento secundario, el estrés oxidativo juega un papel importante en promover el daño a los tejidos. El daño tisular por infección, trauma, toxinas, temperaturas extremas y otras causas, usualmente conducen a la formación de cantidades incrementadas de ERO que contribuyen al desarrollo de la enfermedad[16]. El desequilibrio de la homeostasis óxido-reducción (redox) parece ser uno de los procesos que regula la expresión genética en muchas condiciones patológicas[17].

Daño oxidativo al ADN

El radical OH. tiene la capacidad de reaccionar con los principales componentes de la molécula de ADN. Las modificaciones oxidativas son permanentes en el material genético y representan el primer paso en la mutagénesis, la carcinogénesis y el envejecimiento. Actualmente se han identificado más de 100 productos generados de la oxidación del ADN, entre los que destacan los OH-aductos como el 8-oxo-7,8-dihidro-2'-deoxyguanosina (8-oxodG)[18]. En la figura 1 se observa la reacción molecular entre la guanina y el OH.

Figura 1. Oxidación de la guanina por el radical hidroxilo (Adaptado de 18)



Daño oxidativo a los lípidos (lipoperoxidación)

Adicionalmente al daño producido por las ERO al ADN, los ácidos grasos polinsaturados que componen las membranas celulares son extremadamente sensibles a la oxidación. Los productos principales de la lipoperoxidación son el malondialdehído (MDA) y el 4-hidroxi-2-nonenal (HNE). El MDA es mutagénico y carcinogénico en ratas y el HNE es un mutágeno débil pero es el mayor producto tóxico de la lipoperoxidación. El MDA reacciona con las bases guanina, adenina y citosina del ADN para formar aductos M1G, M1A y M1C. La lipoperoxidación parece ser la fuente principal de daño endógeno al ADN en seres humanos y contribuiría significativamente al desarrollo del cáncer y de otras ECDs[19, 20].

Daño oxidativo en proteínas

En comparación con el ADN y los lípidos, las proteínas son los blancos más abundantes para las ERO (68% del total de la oxidación celular)[21]. La oxidación proteica rápidamente contribuye al estrés oxidativo, afectando directamente la señalización celular, la estructura celular y los procesos enzimáticos y del metabolismo. Existen muchas formas diferentes de inducir la oxidación proteica incluyendo oxidación catalizada por metales, oxidación de los aminoácidos y conjugación de los productos de lipoperoxidación. Los aminoácidos más susceptibles a la oxidación por ROS son lisina, arginina, prolina y treonina, los cuales son oxidativamente convertidos a aldehídos o cetonas, lo que generalmente se conoce como carbonilación. La oxidación de los polipéptidos causa inactivación, entrecruzamiento y ruptura de proteínas que fungen como enzimas destoxificantes, muy importantes porque tienen la capacidad de biotransformar compuestos xenobióticos, haciéndolos más solubles y menos reactivos. Otra oxidación muy importante que sufren los aminoácidos cisteína y metionina es la oxidación de sus grupos thiol a puentes disulfuro. Otras proteínas sensibles a cambios redox ampliamente estudiadas en las últimas décadas son las proteínas involucradas en la señalización celular y ciertos factores de transcripción participantes en la proliferación celular de muchos tumores malignos (cuadro 2).

Cuadro 2. Proteínas blanco modificadas durante la señalización redox

Proteína de señalización	ROS/RNS	Blanco
PTP1B	H_2O_2 ·NO	Cys^{215}
SHP-2	H_2O_2	Cys^{463}
LMW-PTP	H_2O_2·NO	$Cys^{12, 17}$
PTEN	H_2O_2	Cys^{124}, Cys^{71}
Trx	H_2O_2·NO	Oxidación tiol
Src	H_2O_2	Diferentes Cys
Ras	·NO, H_2O_2	Cys^{118}
GSTp/JNK	H_2O_2	Oxidación tiol
Gi/Go	H_2O_2	$Cys^{287,}$ Cys^{326}
NMDA	·NO	Diferentes pares de Cys

Enfermedades isquémicas del corazón y el estrés oxidativo

Dentro de las enfermedades isquémicas del corazón, la hipertensión arterial es una de las más frecuentes en nuestro estado. Esta enfermedad es caracterizada por un aumento en la presión sanguínea en cifras mayores a 140/90 mmHg. Este estado patológico produce cambios hemodinámicos y restructuración del epitelio vascular, interrumpiendo el balance de los productos derivados del endotelio y resultando en una red de señales pro constrictoras, pro inflamatorias y pro trombóticas que conducen a la disfunción vascular[22]. La vasodilatación producida en el endotelio vascular se efectúa por tres principales agentes: el NO. que es considerada una ERO, la

prostaciclina (PGI2) y el factor hiperpolarizante derivado del endotelio[23]. Existe evidencia creciente sobre el papel del estrés oxidativo como agente mediador del daño vascular en la patogénesis de la hipertensión. Se conoce que el estrés oxidativo promueve la proliferación e hipertrofia de las células del músculo liso y la deposición de colágeno, conduciendo al engrosamiento del lumen vascular[24]. Sin embargo, aún hay mucha controversia sobre si el estrés oxidativo es una causa o es el resultado de la hipertensión. Una de las hipótesis al respecto sugiere que las ERO productoras de un ambiente oxidativo inducirían la permeabilidad del endotelio con extravasación de las proteínas plasmáticas y otras macromoléculas y reclutar proteínas inflamatorias, las cuales perjudicarían la función endotelial y agravar el daño vascular[25].

El NO. considerado como un potente vasodilatador en condiciones fisiológicas normales disminuye su biodisponibilidad en condiciones patológicas de hipertensión. Esto se debe a que el NO. interacciona con el O.2 para formar peroxinitrito (OONO.). La síntesis del NO. en las células endoteliales es mediada por la óxido nítrico sintasa endotelial (eNOS) en respuesta a un gran número de estímulos. El NO. generado en el endotelio se difunde a las células del músculo vascular liso, orquestando eventos que conducen a la relajación de estas células[26]. La adición de O.2 o inhibición de la enzima antioxidante superoxido dismutasa (SOD) perjudica la dilatación mediada por NO. de arterias aisladas, mientras la suplementación con antioxidantes protege al NO. contra el O.2 exógeno o endógeno y restaura la función endotelial[27]. Aunque niveles bajos de ERO celular contribuyen a la homeostasis vascular, la disminución de la biodisponibilidad de NO. provocada por O.2 se observa en seres humanos y en modelos animales de hipertensión. Aunado al efecto provocado por el O.2 también se ha establecido que otras ERO se encuentran incrementadas en las células del músculo liso vascular de arterias de pacientes hipertensivos y que está asociado a una sobrerregulación de la oxidasa vascular NADPH[28]. La importancia de esta oxidasa en la enfermedad cardiovascular se observó en estudios anteriores donde polimorfismos en las subunidades de la NADPH están asociados con la hipertensión y la aterosclerosis, en particular el polimorfismo en el promotor del gen p22phox[29].

Además de estudios en seres humanos, también se ha demostrado que el estrés oxidativo promueve el daño vascular en modelos experimentales de hipertensión en roedores, como la hipertensión mediada por angiotensina; la hipertensión sensible a sal, producida por plomo, asociada a la obesidad; la provocada por aldosterona y la inducida por el inhibidor de la eNOS[25]. Si el apoyo experimental a la hipótesis de la asociación del estrés oxidativo como causante de la hipertensión es factible, entonces la reducción del daño oxidativo mediante antioxidantes debiera resultar en una reducción de la presión sanguínea. Al respecto se sabe que una dieta basada en vegetales y frutas que contienen antioxidantes redujeron la presión sanguínea clínica y ambulatoria en sujetos hipertensivos[30]. Este estudio demostró que este tipo de dieta incrementa la capacidad antioxidante sérica y disminuye el MDA, sugiriendo una reducción del estrés oxidativo. Finalmente, debe considerarse el estudio de los mecanismos que regulan las ERO y que promueven el estrés oxidativo para tener un mejor entendimiento del origen de las enfermedades cardiovasculares. Esto permitirá el uso de terapias más efectivas que disminuyan la morbilidad de las enfermedades cardiovasculares como la hipertensión.

Diabetes Mellitus (DM) y el estrés oxidativo

La DM tipo 2 o DM no insulinodependiente, es el tipo de diabetes más frecuente en todo el mundo (de 90-95% de todos los casos diagnosticados) que se presenta en individuos por arriba de los 40 años de edad. Esta enfermedad se caracteriza por una excesiva producción de glucosa hepática, una disminución en la secreción de la insulina, una disfunción de las células pancreáticas y por la resistencia a la insulina (RI)[31]. Muchos autores sugieren que el exceso de alimentación combinado con una vida sedentaria, resulta en un exceso de glucosa y una acumulación de ácidos grasos dentro de las células musculares, adiposas y pancreáticas[32]. De manera normal, la insulina disminuye los niveles de glucosa en sangre a través de la supresión de la producción de glucosa hepática y de la estimulación de la captación de glucosa periférica; pero una disfunción en alguna etapa de este proceso desencadena en la RI[33]. La RI muy a menudo precede y predice el comienzo de la DM tipo 2, la cual se desarrolla durante mucho tiempo y se encuentra presente en gran parte de la población general[34]. En su fase temprana, la RI es compensada por una hiper-insulinemia, preservando así la tolerancia normal a la glucosa. En las fases tempranas de la DM tipo 2, las concentraciones elevadas de glucosa alteran el metabolismo, generando estrés oxidativo debido a la producción incrementada de ERO en las mitocondrias, daño oxidativo a las células pancreáticas, y/o apoptosis[35]. El incremento en la producción de ERO en las mitocondrias se debe al flujo de glucosa que estimula la activación del receptor de insulina, lo que conduce a un aumento del metabolismo celular a través del transporte de electrones de la cadena respiratoria.

Estudios experimentales revelan que el estrés oxidativo debido a la hiperglicemia ocurre antes que el daño se vuelva clínicamente evidente, indicando que el estrés oxidativo juega un papel crucial en la patogénesis de las complicaciones diabéticas[36]. También se observó que la incubación con concentraciones crecientes de glucosa, incrementaban significativamente el nivel de ERO en

adipositos de ratón y que cuando fueron tratados adicionalmente con el antioxidante N-acetilcisteina (NAC), los niveles de ERO disminuían[37].

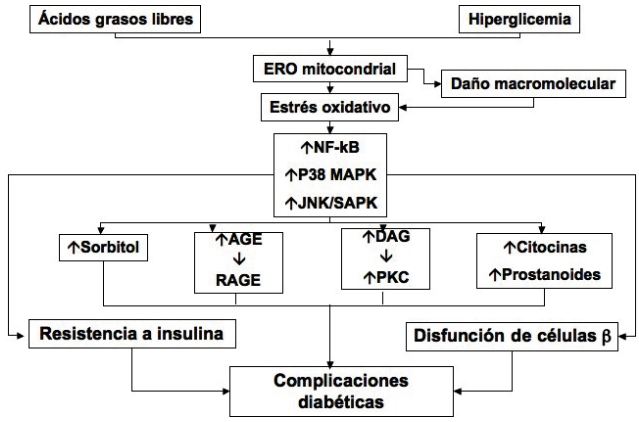
Otra fuente adicional de estrés oxidativo es la acumulación excesiva de ácidos grasos libres, los cuales conducen a la activación de vías de señalización sensibles a estrés oxidativo que incluyen a NF-kB, MAPKs y la vía de JNK (figura 2)[38]. En estudios previos se observó que existe una correlación positiva entre la activación del factor transcripcional NF-kB en células mononucleares de sangre periférica respecto al control de calidad de la hiperglicemia (indicado por la hemoglobina A1c). Estos hechos justificaron la idea que las complicaciones diabéticas producidas por la hiperglicemia y la RI resultan de un ciclo de daño celular el cual posteriormente exacerba la condición de estrés oxidativo[39].

El hecho de que tanto la RI como la DM tipo 2 tengan un origen común generado por estrés oxidativo permite proponer y descubrir blancos farmacéuticos para el desarrollo terapias basadas en antioxidantes que prevengan, reviertan o retarden el comienzo de la DM.

Cáncer y el estrés oxidativo

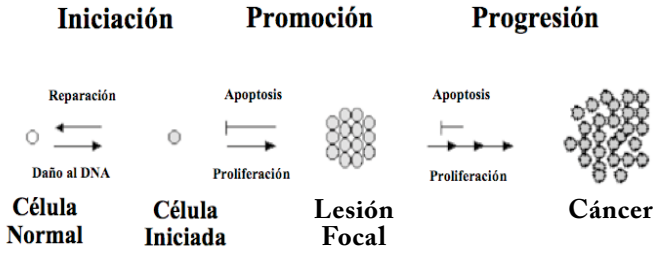
De manera muy general describimos al cáncer como una enfermedad multifactorial caracterizada por el incremento en la proliferación celular y la invasión de estas células hacia tejidos periféricos. Su origen se ha establecido como clonal, es decir, se deriva a partir de una sola célula transformada y es suficiente para generar el tumor. La carcinogénesis es el origen del cáncer y comprende tres etapas conceptuales distintivas: iniciación, promoción y progresión (figura 3)[40, 41]. La primera etapa o iniciación se caracteriza por mutaciones iniciales o primarias en algún gen crítico (incluyendo deleciones cromosómicas, rearreglos, aneuploidias, amplificaciones y mutaciones) ocasionadas por carcinógenos o genotóxicos. En esta etapa se fijan alteraciones en el ADN que son permanentes en el genoma y, por ende, heredables a otras células sucesoras[42]. Incluso se han propuesto dos maneras alternas del origen celular o clonal del cáncer de hígado, ya sea por desdiferenciación de los hepatocitos o por diferenciación aberrante de las células madres ("stem cells")[43].

Figura 2. Teoría propuesta sobre cómo los elevados ácidos grasos libres y la hiperglicemia resultan en la pato fisiología de la diabetes vía generación de ERO (Adaptado de 38)



Una vez que la célula ha sido iniciada, si ésta recibe un estímulo de promoción, comienza la segunda etapa que se caracteriza por la expansión clonal de las células iniciadas. La proliferación de las células iniciadas precede a mecanismos neoplásicos epigenéticos, provocados por la alteración de la homeostasis celular. Esta etapa de promoción es un proceso esencial en las múltiples etapas del desarrollo del cáncer, proporcionando las condiciones de expansión clonal y de inestabilidad genética de las células premalignas. La etapa de promoción es causada por un disturbio continuo de las vías de transducción de señales que resulta en una sobreestimulación de vías metabólicas relacionadas con la inflamación[44]. El incremento en la proliferación celular origina la acumulación de células alteradas que heredan el mismo daño genético y epigenético, formando así focos de células preneoplásicas. En la etapa final o de progresión, se considera que su causa principal son las mutaciones genéticas derivadas de la inestabilidad genómica. En esta etapa se adquieren las características de malignidad tumoral de la trasvasación y metástasis.

Figura 3. Etapas de la carcinogénesis: Iniciación, Promoción y Progresión



Desde hace ya varias décadas se han propuesto factores predominantes en el desarrollo de la carcinogénesis y de manera particular mencionaremos los relacionados con el cáncer de

hígado, el cual ha cobrado relevancia debido al aumento en la mortalidad. En México, la mortalidad por tumores malignos del hígado, en especial el CHC, ocupa la tercera posición en cuanto a muertes por cáncer (Fuente: Registro histopatológico de neoplasias malignas, RHNM). En el estado de Veracruz, este tipo de cáncer tiene la más alta tasa de mortalidad con un promedio de 399.4 muertes al año (Fuente: SUIVE, SEED, SIVEA y SIVEPAB), incluso muy por arriba del cáncer cérvico uterino.

En la hepatocarcinogénesis se han considerado los siguientes factores etiológicos: infección con el virus de la hepatitis B/C (VHB/C), cirrosis, aflatoxinas, humo de cigarrillo y alcoholismo. Coincidentemente la mayoría de ellos converge en promover la inflamación sistémica crónica en el hígado. Se han descrito mecanismos moleculares promovidos por la inflamación como alteración de factores de crecimiento, expresión de genes supresores de tumores, desregulación de la apoptosis e incremento sostenido de las especies reactivas de oxígeno (ROS). Un ejemplo bien establecido es la infección con VHC, en que la replicación viral induce e incremento de las ROS originando el desequilibrio en la homeostasis redox y finalmente estrés oxidativo, uno de los factores fundamentales de la inflamación, pues las especies reactivas de nitrógeno (RNS) funcionan como moléculas señal en la activación de las células del sistema inmune (macrófagos, neutrófilos)[45]. La inflamación crónica interviene en procesos de fibrosis que finalmente conducen a la cirrosis y al CHC. El estrés oxidativo/nitrosativo induce procesos de inflamación y causa acumulación progresiva de daño al ADN, resultando en cambios genéticos que actúan como fuerza motriz en la patogénesis humana ligada a la inflamación[46]. La respuesta inflamatoria es mediada por oxidantes que activan a los neutrófilos, macrófagos, eosinófilos y células epiteliales conduciendo a la producción de RNS. La activación de la transcripción de citocinas proinflamatorias está involucrada en la respuesta inflamatoria en pacientes con enfermedades crónicas como el cáncer de hígado[47].

Conclusión

El estrés oxidativo posee un papel muy importante en el desarrollo de las enfermedades crónico degenerativas que aquejan a la población del estado de Veracruz. Esto nos permite sugerir que estrategias de investigación enfocadas en atender las causas del aumento de ERO en las ECD fomentarán la identificación de procesos que promuevan el estrés oxidativo y posibilitarán el uso de terapias antioxidantes más efectivas para la disminución de las ERO. Finalmente, sugerimos que la ingesta de una dieta rica en vegetales que contienen antioxidantes, así como el adoptar un estilo de vida saludable, el cual incluye abstinencia de tabaco y bebidas alcohólicas, y la eliminación del sedentarismo, incrementaría la expectativa de vida y disminuirían los riesgos de la aparición de las ECD.

Referencias bibliográficas

1.De Freitas MC, Mendes MM. Chronic health conditions in adults: concept analysis. Rev Lat Am Enfermagem. 2007;15(4):590-597.
2.Crews DE. Senescence, aging, and disease. J Physiol Anthropol. 2007;26(3):365-372.
3.Karasik D, Demissie S, Cupples LA, Kiel DP. Disentangling the genetic determinants of human aging: biological age as an alternative to the use of survival measures. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2005;60(5):574-587.
4.Toussaint O, Remacle J, Clark BF, Gonos ES, Franceschi C, Kirkwood TB. Biology of ageing. Bioessays. 2000;22(10):954-956.
5.De Flora S, Quaglia A, Bennicelli C, Vercelli M. The epidemiological revolution of the 20th century. Faseb J. 2005;19(8):892-897.
6.Doll R. Chronic and degenerative disease: major causes of morbidity and death. Am J Clin Nutr. 1995;62(6 Suppl):1301S-1305S.
7.Becker R, Silvi J, Ma Fat D, L'Hours A, Laurenti R. A method for deriving leading causes of death. Bull World Health Organ. 2006;84(4):297-304.
8.Chen J, Patschan S, Goligorsky MS. Stress-induced premature senescence of endothelial cells. J Nephrol. 2008;21(3):337-344.
9.Ungvari Z, Buffenstein R, Austad SN, Podlutsky A, Kaley G, Csiszar A. Oxidative stress in vascular senescence: lessons from successfully aging species. Front Biosci. 2008;13:5056-5070.
10. Kiyokawa H. Senescence and cell cycle control. Results Probl Cell Differ. 2006;42:257-270.
11. Ho HY, Cheng ML, Chiu DT. Glucose-6-phosphate dehydrogenase from-oxidative stress to cellular functions and degenerative diseases. Redox Rep. 2007;12(3):109-118.
12. Heyno E, Klose C, Krieger-Liszkay A. Origin of cadmium-induced reactive oxygen species production: mitochondrial electron transfer versus plasma membrane NADPH oxidase. New Phytol. 2008;179(3):687-699.
13. Beckman KB, Ames BN. Oxidative decay of DNA. J Biol Chem. 1997;272(32):19633-19636.
14. Heo SK, Yun HJ, Noh EK, Park WH, Park SD. LPS induces inflammatory responses in human aortic vascular smooth muscle cells via Toll-like receptor 4 expression and nitric oxide production. Immunol Lett. 2008;120(1-2):57-64.
15. Valko M, Leibfritz D, Moncol J, Cronin MT, Mazur M, Telser J. Free radicals and antioxidants in normal physiological functions and human disease. Int J Biochem Cell Biol. 2007;39(1):44-84.
16. Willcox JK, Ash SL, Catignani GL. Antioxidants and prevention of chronic disease. Crit Rev Food Sci Nutr. 2004;44(4):275-295.

17. Haddad JJ. Antioxidant and prooxidant mechanisms in the regulation of redox(y)-sensitive transcription factors. Cell Signal. 2002;14(11):879-897.
18. Olinski R, Siomek A, Rozalski R, et al. Oxidative damage to DNA and antioxidant status in aging and age-related diseases. Acta Biochim Pol. 2007;54(1):11-26.
19. Marnett LJ. Oxy radicals, lipid peroxidation and DNA damage. Toxicology. 2002;181-182:219-222.
20. Marnett LJ. Lipid peroxidation-DNA damage by malondialdehyde. Mutat Res. 1999;424(1-2):83-95.
21. Davies MJ. The oxidative environment and protein damage. Biochim Biophys Acta. 2005;1703(2):93-109.
22. Rush JW, Denniss SG, Graham DA. Vascular nitric oxide and oxidative stress: determinants of endothelial adaptations to cardiovascular disease and to physical activity. Can J Appl Physiol. 2005;30(4):442-474.
23. Verma S, Buchanan MR, Anderson TJ. Endothelial function testing as a biomarker of vascular disease. Circulation. 2003;108(17):2054-2059.
24. Grossman E, Messerli FH. Hypertension and diabetes. Adv Cardiol. 2008;45:82-106.
25. Grossman E. Does increased oxidative stress cause hypertension? Diabetes Care. 2008;31 Suppl 2:S185-189.
26. Rush JW, Ford RJ. Nitric oxide, oxidative stress and vascular endothelium in health and hypertension. Clin Hemorheol Microcirc. 2007;37(1-2):185-192.
27. Schnackenberg CG, Welch WJ, Wilcox CS. Normalization of blood pressure and renal vascular resistance in SHR with a membrane-permeable superoxide dismutase mimetic: role of nitric oxide. Hypertension. 1998;32(1):59-64.
28. Touyz RM, Schiffrin EL. Increased generation of superoxide by angiotensin II in smooth muscle cells from resistance arteries of hypertensive patients: role of phospholipase D-dependent NAD(P)H oxidase-sensitive pathways. J Hypertens. 2001;19(7):1245-1254.
29. Zalba G, San José G, Moreno MU, Fortuno A, Diez J. NADPH oxidase-mediated oxidative stress: genetic studies of the p22(phox) gene in hypertension. Antioxid Redox Signal. 2005;7(9-10):1327-1336.
30. Appel LJ, Moore TJ, Obarzanek E, et al. A clinical trial of the effects of dietary patterns on blood pressure. DASH Collaborative Research Group. N Engl J Med. 1997;336(16):1117-1124.
31. Porte D, Jr. Clinical importance of insulin secretion and its interaction with insulin resistance in the treatment of type 2 diabetes mellitus and its complications. Diabetes Metab Res Rev. 2001;17(3):181-188.
32. Wright E, Jr., Scism-Bacon JL, Glass LC. Oxidative stress in type 2 diabetes: the role of fasting and postprandial glycaemia. Int J Clin Pract. 2006;60(3):308-314.
33. Maiese K, Morhan SD, Chong ZZ. Oxidative stress biology and cell injury during type 1 and type 2 diabetes mellitus. Curr Neurovasc Res. 2007;4(1):63-71.
34. DeFronzo RA. Pathogenesis of type 2 diabetes mellitus. Med Clin North Am. 2004;88(4):787-835, ix.
35. Eriksson JW. Metabolic stress in insulin's target cells leads to ROS accumulation-a hypothetical common pathway causing insulin resistance. FEBS Lett. 2007;581(19):3734-3742.
36. West IC. Radicals and oxidative stress in diabetes. Diabet Med. 2000;17(3):171-180.
37. Fridlyand LE, Philipson LH. Oxidative reactive species in cell injury: Mechanisms in diabetes mellitus and therapeutic approaches. Ann N Y Acad Sci. 2005;1066:136-151.
38. Evans JL, Goldfine ID, Maddux BA, Grodsky GM. Oxidative stress and stress-activated signaling pathways: a unifying hypothesis of type 2 diabetes. Endocr Rev. 2002;23(5):599-622.
39. Kaneto H, Matsuoka TA, Katakami N, et al. Oxidative stress and the JNK pathway are involved in the development of type 1 and type 2 diabetes. Curr Mol Med. 2007;7(7):674-686.
40. Dragan YP, Sargent L, Xu YD, Xu YH, Pitot HC. The initiation-promotion-progression model of rat hepatocarcinogenesis. Proc Soc Exp Biol Med. 1993;202(1):16-24.
41. Pitot HC, Dragan YP, Teeguarden J, Hsia S, Campbell H. Quantitation of multistage carcinogenesis in rat liver. Toxicol Pathol. 1996;24(1):119-128.
42. Bignold LP. Initiation of genetic instability and tumour formation: a review and hypothesis of a nongenotoxic mechanism. Cell Mol Life Sci. 2003;60(6):1107-1117.
43. Sell S. Cellular origin of cancer: dedifferentiation or stem cell maturation arrest? Environ Health Perspect. 1993;101 Suppl 5:15-26.
44. Marks F, Furstenberger G, Muller-Decker K. Tumor promotion as a target of cancer prevention. Recent Results Cancer Res. 2007;174:37-47.
45. Wallace JL. Nitric oxide as a regulator of inflammatory processes. Mem Inst Oswaldo Cruz. 2005;100 Suppl 1:5-9.
46. Bartsch H, Nair J. Chronic inflammation and oxidative stress in the genesis and perpetuation of cancer: role of lipid peroxidation, DNA damage, and repair. Langenbecks Arch Surg. 2006;391(5):499-510.
47. Rahman I. Oxidative stress, chromatin remodeling and gene transcription in inflammation and chronic lung diseases. J Biochem Mol Biol. 2003;36(1):95-109.

Encuentro Internacional en Enfermedades Emergentes y Vigilancia. Una breve reseña

(Internacional Meeting of Emerging Deseases and surveillanue. Brief review)

Roberto Zenteno Cuevas*

Del 13 al 16 de febrero de 2009, se realizó en Viena, Austria, el Encuentro Internacional en Enfermedades Emergentes y Vigilancia, organizado por la Sociedad Internacional de Enfermedades Infecciosas. A pesar de ser un evento de corta duración se presentaron cinco lecturas plenarias, dos simposios plenarios, más de 70 presentaciones orales y cerca de 400 carteles, con temas de gran diversidad tales como descubrimientos de nuevos virus, diagnóstico y caracterización molecular de cepas de neumococo, evaluación clínica en más de tres mil sujetos de nuevas vacunas en contra de influenza y sistemas de vigilancia epidemiológica en animales de consumo, entre muchos otros. Si bien se registró la participación de más de 75 países, predominaron trabajos de naciones europeas; por cierto fuimos la única representación mexicana.

Desde mi perspectiva la mejor lectura plenaria la realizó el doctor H. Rosling, del Instituto Karolinska de Estocolomo, Suecia, quien por medio del programa Gapminder, alimentado con diversas variables de numerosos países, tales como educación, economía, expectativas de vida, entre otras, demuestra como los investigadores realizan, almacenan y comunican la investigación y la información en salud fundamentados en un modelo del mundo originado desde tiempos coloniales, en donde los países del norte son los ricos y sanos y los del sur los pobres y enfermos, pero la realidad es aún más divertida, mostrando a "países pobres", más "sanos" que algunos "países ricos". Les recomiendo que para mayor detalle revisen la página de internet http://www.gapminder.org/, si activan las demostraciones se llevaran varias sorpresas, en verdad vale la pena.

Dentro de las sesiones orales hubo diversas temáticas de estudio, con predominio de la tan llevada y traída futura pandemia de influenza. La mayoría de los ponentes coincidió en afirmar que seguimos sin estar preparados para enfrentarla y la dinámica actual de transportación de la población influirá de manera decisiva en la magnitud de la dispersión de la enfermedad.

Se presentó la mesa redonda "Virus generados por vectores y su impacto en el siglo XXI", en que por supuesto no faltó el dengue; se describieron brotes europeos de virus asiáticos de reciente descubrimiento como el virus de Chikungunya, responsable de una infección respiratoria, caracterizado por una alta virulencia y fatalidad en cortos periodos de tiempo. También se presentó información que pronostica una futura epidemia de fiebre amarilla y un nuevo virus asiático denominado Zika.

En otra sesión relacionada con enfermedades zoonoticas emergentes se mencionaron experiencias en brotes de virus de la fiebre del Valle del Rift, nuevos desarrollos y controversias sobre la rabia y la fiebre hemorrágica de Crimea-Congo. En una sesión sobre enfermedades transmitidas por alimentos hubo un trabajo epidemiológico que confirmó el primer brote de chagas transmitido oralmente, causado por la ingesta de "agua de coco" contaminada por una cocinera, en una escuela primaria en Venezuela. También se presentaron investigaciones relacionadas con la transmisión por alimentos de virus Nipha y de la Hepatitis E.

Otra de las mesas de trabajo estuvo relacionada con la presentación de nuevas estrategias en la vigilancia de enfermedades emergentes, causadas por zoonosis o vectores, como la creación de nuevos sistemas de vigilancia e inteligencia epidemiológica de humanos y animales de consumo, organizados por la sociedad civil (http://healthmap.org/es y http://www.promedmail.org/pls/otn/f?p=2400:1000:); hasta la conformación de consorcios y redes internacionales de laboratorios y comités de respuesta contra brotes locales, regionales y globales; también se describieron esfuerzos europeos y mundiales para la contención de enfermedades nuevas y viejas.

No dejó de considerarse el cambio climático y de qué manera influirá en el desarrollo de enfermedades infecciosas, principalmente aquellas relacionadas por vectores, y también cómo la alteración climática modifica los patrones de consumo de alimentos y obliga a la adaptación de especies silvestres a habitar nuevos nichos ecológicos, propiciando un mayor contacto con humanos y el riesgo subsecuente de transmitir nuevas enfermedades.

Finalmente la conferencia de clausura mostró las estrategias científicas y tecnológicas que al parecer regirán la "caza de los microbios para el siglo XXI", mostrando como diversas técnicas fundamentadas en el análisis del ADN, permitirán entender la dinámica

* *Laboratorio de Ecología y Salud, Instituto de Salud Pública, Universidad Veracruzana. E-mail: rzenteno@uv.mx.*

de las enfermedades. Así tenemos técnicas tales como Mass-Tag, Microarreglos y Chips de ADN, Secuenciación masiva de secuencias pequeñas de ADN, Pirosecuenciación, PCR en tiempo real cuantitativo, metagenómica y otras más. Estas nuevas técnicas actualmente están replanteando mucho de lo que se sabe sobre la transmisión de enfermedades y como es que varias enfermedades crónicas tales como algunos tipos de cáncer, artritis, afecciones cardiovasculares, diabetes y más recientemente desórdenes psiquiátricos (PANDAS, Shulman ST. Curr Opin Pediatr. 2009 Feb;21(1):127-30), están originados por un proceso infeccioso viral o bacteriano.

Me llamó fuertemente la atención la sana combinación existente entre investigación básica y su aplicación en la investigación epidemiológica y de vigilancia en salud. Una gran cantidad de trabajos en cartel proponían el desarrollo y utilización de nuevos procedimientos diagnósticos de enfermedades infecciosas y su aplicación a la vigilancia o sugerían nuevas propuestas de abordaje para enfermedades, así se observaban títulos como:

1) Papel del diagnóstico molecular en el control de enfermedades zoonoticas en Sudán.
2) Una base de datos en internet para la caracterización de *Clostridium difficile*, aislada por PCR-Ribotiping en electroforesis capilar en gel en muestras de Europa.
3) ¿Puede la vigilancia en la mortalidad de vida salvaje ayudar a detectar enfermedades emergentes? (Francia).
4) Sistema de advertencia automática temprana de enfermedades infecciosas en China.
5) Seroprevalencia de virus de La Toscana humana en humanos de Cataluña (España).
6) Asia y el desarrollo de una nueva generación de vacunas para rabia (Irán).
7) Impacto de una intervención basada en un video sobre el conocimiento y las actitudes de prevención y cuidado para la viruela de mono en la Republica del Congo (región de Likouala). Noviembre 2008.

En conclusión verdaderamente fue gratificante ver esta diversidad de temas y su sana interacción, lo que me permite sugerir que, al mismo tiempo que desarrollamos una definición y acuerdos sobre límites, alcances y restricciones de la salud pública, sería más importante y fundamental establecer nichos de oportunidad para realizar investigación multi y transdiciplinaria, de manera sana y equilibrada, que nos permita realmente aportar y proponer, desde nuestra trinchera de batalla, soluciones concretas, tangibles y medibles en la salud de nuestra población.

Agradecimientos

La asistencia a este evento fue financiada parcialmente con recursos CONACYT-SALUD, 2005-02-14380 e Instituto de Salud Pública POA-2009.

Identificación de factores y marcadores moleculares de riesgo para cáncer oral

Autor: Betzaida Cuevas Córdoba
Coautores: Roberto Zenteno Cuevas, Clara Luz Sampieri Ramírez

Área de Investigación: Salud Pública
Número de Registro:022
Tipo de Autor: Estudiante de Doctorado
Institución: Centro Estatal de Cancerología "Miguel Dorantes Meza"
Dependencia: Secretaría de Salud de Veracruz
Año Residencia: 2008
Hospital:
Matrícula/Número Personal: S07016880
Teléfono Laboral: 8418900
Extensión: 13321
Teléfono Particular: 2288143848
Teléfono Celular: 0442281181671
Email: betsaida_20@hotmail.com
Email Alternativo: betcuevas@uv.mx

Argumentación teórica:

El cáncer es una de las enfermedades que ha irrumpido con mayor fuerza en el panorama epidemiológico del país desde finales del siglo XX, convirtiéndose en un problema de salud pública en el mundo por sus graves manifestaciones clínicas, costos, alta letalidad y gran variedad de factores de riesgo con los que se asocia[1].

Argumentación empírica:

En México, el cáncer oral es una enfermedad que pese a no tener una morbilidad alarmante (tasa de 1.26 y 2.5 estatal, por 100 mil habitantes[2]), sí tiene una gran letalidad, ya que de 65 a 75% de los casos se diagnostican en etapas tardías[3], ocasionando que la supervivencia a cinco años del diagnóstico sea de 40% en los pacientes con afectación regional, y menos de 20% en los pacientes con metástasis a distancia[4]. Existen trabajos de investigación en otros países sobre factores de riesgo para el desarrollo de cáncer oral[3,4,5]; recientemente también se han descubierto marcadores moleculares (Metaloproteasas de Matriz, especialmente 2 y 96,7,8) que relacionan su alta expresión con el desarrollo, la diseminación y metástasis de cáncer. Sin embargo, como razas presentamos características genéticas y estilos de vida distintos, que nos hacen responder de manera diferente ante riesgos y factores que generan enfermedad[9].

Planteamiento del problema:

Con datos locales sobre cáncer oral es posible dirigir acciones de prevención, al encontrarse en factores de riesgo mayor asociación; de diagnóstico oportuno, al identificar grupos de riesgo y mantenerlos en seguimiento; así como de tratamiento oportuno, al asociar la presencia de marcadores de riesgo (MMP2 y MMP9) con el progreso de la enfermedad.

Objetivo general:

Identificar los factores de riesgo que contribuyen al desarrollo de cáncer oral, evaluando su fuerza de asociación y determinar la efectividad de Metaloproteasas de Matriz 2 y 9 como marcadores de progresión, presentes en la población local atendida en el Centro Estatal de Cancerología "Dr. Miguel Dorantes Meza" (CECAN).

Metodología:

Mediante un estudio de casos y controles, se identificaron factores de riesgo al aplicar un cuestionario y una revisión odontológica, a pacientes con diagnósticos histopatológicos positivos y negativos de cáncer oral, en el periodo febrero-junio del 2007 (21 casos, 12 controles). A partir del ARN presente en las biopsias fijadas en formol y embebidas en parafina (Departamento de Patología del CECAN, del 2005 al 2007) se cuantificó la expresión génica de Metaloproteasas de Matriz 2 y 9 mediante PCR en tiempo real, para evaluarlas como marcadores moleculares de progresión para cáncer oral (11 casos, 10 controles). La variable dependiente fue cáncer oral y las variables indepedientes fueron factores de riesgo (edad >40; sexo masculino; hábitos tabáquico y alcohólico; mala higiene bucal; dientes cariados, perdidos y obturados; uso de prótesis dentales y dientes fracturados o en malposición) y marcadores moleculares (Metaloproteasas de Matriz 2 y 9). La información se capturó en Epi-Info versión 3.2; para el análisis se utilizó Epi-Info, Excel, Epi-Dat, Stat View y SAS. Se realizó estadística descriptiva y se obtuvo la razón de momios (OR) de cada factor de riesgo, con un intervalo de confianza de 95%; el valor de p se obtuvo mediante prueba exacta de Fisher. También se realizaron diferencias de medias con pruebas T de Student y prueba de X2 de homogeneidad para comparar variables nominales de grupos independientes. Las diferencias de expresión de genes entre los casos y los controles se evaluaron a partir de los resultados obtenidos del PCR en Tiempo Real, mediante cuantificación relativa por el método comparativo ∆CT; utilizando como gen endógeno 18S. Para identificar diferencias significativas entre casos y controles, así como grados de diferenciación celular se realizó la prueba Anova Bifactorial.

Resultados:

Los sitios anatómicos más frecuentes de cáncer oral fueron: glándulas salivales, encía, lengua y amígdala. El tipo histológico, carcinoma epidermoide, representó 57% de los casos, mientras los adenocarcinomas 33%. El 90% de los casos presentó un estadio III-IV. La razón de masculinidad fue de 1.6:1. Como factores de riesgo se encontró, tener 40 años o más (OR=19, p=<0.01), tabaquismo (OR=19.2, p=0.01), alcoholismo (OR=8.5, p=<0.01), pérdida de órganos dentarios (OR=17.9, p=<0.01), periodontitis (OR=12.1,

p=0.01) y abscesos dentales (OR=7.5, p=0.01). El tiempo transcurrido desde la última visita al odontólogo también presentó diferencias, en promedio casi 10 años en los casos contra un año de los controles. En cuanto a la parte biológico-molecular se estandarizaron técnicas y procedimientos para cuantificar la expresión de MMP2 y MMP9, sin embargo los resultados no fueron concluyentes por diferencias en el proceso de fijación y conservación de las biopsias.

Discusión:

Se encontró un alto número de adenocarcinomas (33%) en relación con lo reportado en otros países[10], por lo cual es importante realizar estudios dirigidos específicamente a encontrar las causas de este incremento. El cáncer en estadios finales (90%) fue 20 a 25% más alto que el porcentaje nacional, y 51% más alto que lo encontrado en Cuba (38.9%) en el 2006[10]. La razón de masculinidad fue menor a lo reportado en Cuba[11] o en Chile[12], lo cual significa que un mayor número de mujeres veracruzanas están padeciendo CO, en comparación con otros países, por lo que habría que analizar si este incremento se debe a causas conductuales o genéticas. La edad promedio de los casos fue de 61 años, similar a lo encontrado en España[13] y Hungría[14]. El riesgo por tabaquismo y alcoholismo fue mayor que el reportado en India[15] y Francia[16]. La falta de educación para la salud en el ámbito dental se relaciona con las etapas tan tardías del mismo diagnóstico, tomando en cuenta los altos OR encontrados para periodontitis y abscesos dentales mayores que los encontrados en Suecia[17] y EU[18]. Además, el hecho de que ambas enfermedades sean de origen infeccioso amplía la puerta para futuras investigaciones que relacionen la flora bacteriana de estas enfermedades, las toxinas que producen y los efectos inflamatorios en relación con la presencia de CO. Finalmente, pese a no haber obtenido resultados satisfactorios acerca de los marcadores moleculares, es importante insistir en este tipo de estudios que en otros países[19-23] han generado datos importantes y que pudieran aplicarse en población veracruzana.

Referencias bibliográficas:

1. Kuri MP. Vargas CM. López SZ., Rizo RP. La situación Epidemiológica del Cáncer en México. Dirección General de Epidemiología. Dirección de Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades No Transmisibles. Disponible en http://www.dgepi.salud.gob.mx/diveent/RHNM.htm#situacion. (Consultado el 15 noviembre, 2006).
2. Secretaría de Salud. Registro Histopatológico de Neoplasias Malignas. Compendio de Cáncer/2000. Mortalidad y Morbilidad. SSA. México. 2002.
3. De la Rosa E. Manual para la detección de alteraciones de la mucosa bucal y lesiones premalignas, 1er ed., Secretaría de Salud. 2003; 1:15-23.
4. Diniz M. García-García A. Crespo-Abelleira A. Martins-Carneiro JL. Gándara-Rey JM. Aplicaciones de la citología exfoliativa en el diagnóstico del cáncer oral. Med Oral 2004; 9:355-61.
5. Gallegos F. Generalidades del cáncer de cabeza y cuello. Sociedad Mexicana de Oncología. 2001. Disponible desde: http://www.smeo.org.mx/cabezaycuello.htm. (Consultado el 24 enero 2007).
6. Chimenos E. Font I. López J. Riesgo de cáncer oral y marcadores moleculares. Med Oral Patol Oral Cir Bucal 2004;9:377-84.
7. Kato K. Kuno T. Kitaori N. Huilan Z. Mori H. et al. Matrix metalloproteinases 2 and 9 in oral squamous cell carcinomas: manifestation and localization of their activity. J Cancer Res Clin Oncol. 2005;131(6):340-6.
8. Arvelo F. Cotte C. Metaloproteasas en la progresión tumoral. Revisión. Invest Clín. Junio 2006;47(2):185-205. Disponible en http://www 2.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0535-51332006000200009&lng=pt&nrm =iso. (Consultado el 22 noviembre 2006).
9. Tapia R. El Manual de Salud Pública. Capítulo 6 Epidemiología Molecular. 2ªed. Editorial Intersistemas. México: 2006. 223-250.
10. Peña A. Arredondo M. Vila L. Clinical and epidemiologic behavior of oral cancer. Rev Cubana Estomatol. 2006;43(1)0-0. Disponible en http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072006000100003&lng=en&nrm=iso. (Consultado el 15 noviembre 2006).
11. León ME. Romero SM. Ferrer HI. Fatjó CM. Pesquisaje de lesiones premalignas y malignas en la cavidad bucal. Rev Cubana Med Gen Integr. 1996;12(3): 216-221.
12. Goñi I. Manual de patología quirúrgica de cabeza y cuello. Cáncer escamoso de cabeza y cuello. Universidad Católica de Chile. Disponible en http://escuela.med.puc.cl/publ/ManualCabezaCuello/Cancer Escamoso. html. (Consultado el 2 febrero 2007).
13. Mallo L. Rodríguez G. Lafuente P. Lesiones precancerosas en los ancianos. Situación en España. RCOE. 2002; 7(2): 153-162.
14. Döbrossy L. Epidemiology of oral cancer. Fogorv Sz. Hungría. 2007;100(2):47-52.
15. Subapriya R. Thangavelu A. Mathavan B. et al. Assessment of risk factors for oral squamous cell carcinoma in Chidambaram, Southern India: a case-control study. Eur J Cancer Prev. 2007;16(3):251-6.
16. Hashibe M. Brennan P. Benhamou S et al. Alcohol drinking in never users of tobacco, cigarette smoking in never drinkers, and the risk of head and neck cancer: pooled analysis in the International Head and Neck Cancer Epidemiology Consortium. J Natl Cancer Inst. 2007;99(10):777-89.
17. Rosenquist K. Risk factors in oral and oropharyngeal squamous cell carcinoma: a population-based case-control study in southern Sweden. Swed Dent J Suppl. 2005;(179):1-66.

18. Tezal M. Sullivan MA. Reid ME. Marshall JR. Hyland A. Loree T. et al. Chronic periodontitis and the risk of tongue cancer. Arch Otolaryngol Head Neck Surg. USA. 2007; 133(5):450-4.
19. O-Charoenrat P. Rhys-Evans PH. Eccles SA. Expression of matrix metalloproteinases and their inhibitors correlates with invasion and metastasis in squamous cell carcinoma of the head and neck. Arch Otolaryngol Head Neck Surg. 2007;127(7):813-20.
20. Jordan RC. Macabeo-Ong M. Shiboski CH. Dekker N. Ginzinger DG. Wong DT. Schmidt BL. Over expression of Matrix Metalloproteinase-1 and -9 mRNA is associated with progression of oral dysplasia to cancer. Clinical Cancer Research. 2004;10:6460-6465.

Diagnóstico de salud de la comunidad de El Conejo, municipio de Perote, Veracruz: Casa de la Universidad, 2007

Autor: Elizabeth Evelia Hernández Padilla
Coautores: Rocío López Lara, Nancy Ramírez Aburto

Área de Investigación: Salud Pública
Número de Registro: S/N
Tipo de Autor: Estudiante de Maestría
Institución: Universidad Veracruzana
Dependencia: Instituto de Salud Pública
Año Residencia: 2008
Hospital:
Matrícula/Número Personal: S07016845
Teléfono Laboral: 8418933
Teléfono Particular: 8906017
Teléfono Celular: 2281266257
Email: elyteen@hotmail.com
Email Alternativo: elyteen@gmail.com

Argumentación teórica:

El diagnóstico de salud es un proceso de identificación de los factores que interactúan en la generación de las condiciones de vida, salud y enfermedad de una población[1]. Se han descrito tres tipos de diagnósticos de salud: administrativo (enfoque funcional), estratégico (enfoque social/ epidemiológico) e ideológico (enfoque sociocrítico)[2]. Frente al predominio del enfoque epidemiológico, a finales de los setenta surgieron estudios con una perspectiva comprensiva-interpretativa, que recuperaron el papel de las percepciones, las representaciones sociales, las experiencias de las personas y las relaciones que todos estos elementos mantienen con el contexto histórico-social que viven los grupos[3]. Estos estudios se centran en las preguntas del "cómo" y el "por qué", más que en el "qué" y en el "cuánto"[3,4], las que han sido fundamentales para el desarrollo de una salud pública social, que contribuyan de forma precisa al estudio de los determinantes de la salud, así como a la planificación y evaluación sanitaria[5]. Los estudios mixtos o bimétodo, enriquecen la perspectiva del fenómeno, clarifican el planteamiento del problema, producen datos más ricos y amplían las dimensiones del proyecto de investigación[6,7].

Argumentación empírica:

La salud de poblaciones rurales del estado de Veracruz ha sido abordada tradicionalmente desde un enfoque epidemiológico; tal es el caso de los estudios microbiológicos realizados en la comunidad de El Conejo, municipio de Perote, Veracruz[8,9,10]. Por otra parte, el auge de lo cualitativo en el estudio de la salud ha profundizado en las representaciones sociales asociadas a la enfermedad y, especialmente, probar la capacidad de esta metodología para aportar información útil para reorientar programas de salud de acuerdo con las preocupaciones de los usuarios[11,12]. Investigaciones de la salud con diseños mixtos reportan que la complementariedad de métodos, ya sea en paralelo o en etapas secuenciales, han permitido profundizar en la identificación de los factores socioculturales que intervienen en la percepción e interpretación de la información recibida por los servicios de salud[13], así como en los factores que alimentan la distancia percibida entre los usuarios y los propios servicios[14].

Planteamiento del problema:

En la salud de los individuos y de las poblaciones intervienen factores biológicos, medioambientales, económicos y de estilo de vida. Por ello las prácticas de diagnóstico impulsadas desde la salud pública deben abrirse a estudios mixtos, integrales y que recuperen la voz de los sujetos involucrados en la situación. Se planteó como pregunta de investigación cuál fue la situación del proceso salud-enfermedad en El Conejo, municipio de Perote, Veracruz, durante el periodo agosto-diciembre de 2007. Se complementó con la búsqueda de la valoración que hacen los actores sociales de El Conejo sobre la salud y el servicio que presta la Casa de la Universidad.

Objetivo general:

Determinar los daños a la salud de la población de El Conejo (Perote, Veracruz), así como algunos de sus factores condicionantes y los recursos con que cuentan para su atención; además, explorar la valoración que hacen los actores sociales sobre la salud y los servicios que presta la Casa de la Universidad, para proponer recomendaciones relacionadas con la protección de la salud de la comunidad y la prestación del servicio de la Casa.

Metodología:

Estudio bimétodo, realizado de octubre del 2007 a enero del 2008. Transversal y descriptivo, por su parte cuantitativa; interpretativo, por su parte

cualitativa. Para el estudio cuanti se definió una muestra de 120 viviendas, mediante muestreo aleatorio simple. Para éste se realizó muestreo teórico por estratos sociales, resultando un grupo de 11 mujeres usuarias del servicio de la Casa de la Universidad, 3 prestadores del servicio y 2 directivos del proyecto. Se definieron variables demográficas (edad, sexo y lugar de residencia); epidemiológicas (morbilidad, mortalidad y factores de riesgo para los principales daños a la salud) y de servicios de salud (derechohabiencia, utilización de servicios y percepción de calidad de los servicios). Se definieron conceptos relacionados con cada tipo social: valoración del servicio, preocupaciones, significado de la práctica, calidad, motivación y retos. Se aplicó un cuestionario de 150 reactivos mediante encuesta, además de realizarse grupo focal con las usuarias y entrevistas en profundidad con los prestadores y directivos. Para el análisis, se capturó la información de la encuesta en una base de datos SPSS 12.0. Se obtuvieron frecuencias absolutas y relativas. Para los factores de riesgo se hizo análisis de riesgo relativo. Para el análisis cualitativo de los datos, se realizó análisis del contenido del discurso.

Resultados:

Los daños a la salud con mayor incidencia fueron las infecciones respiratorias agudas, la diabetes mellitus y las infecciones de vías urinarias. Los factores de riesgo que presentaron asociación significativa fueron edad y obesidad para diabetes, consumo de refresco para infecciones. Más del 90 por ciento de la población encuestada vive en condiciones desfavorables para la salud; el nivel económico bajo, no lavarse las manos antes de comer y el consumo de agua potable resultaron factores de riesgo estadísticamente significativos para enfermedad diarreica aguda en niños menores de 5 años. Según el análisis cualitativo, las principales preocupaciones de la población son la falta de empleo y la carga económica de las enfermedades; parecen haberse acostumbrado a vivir con un cierto nivel de enfermedad, en tanto no rebase sus facultades para trabajar. La valoración que hacen de la Casa de la Universidad es variable y no la asocian con la prevención de enfermedades; mientras los brigadistas centran su interés en la gestión de apoyos para la población. Los directivos señalan como retos la promoción de una cultura de salud, el fortalecimiento de una metodología de trabajo participativa y la obtención de financiamiento para las actividades en comunidad.

Discusión:

El perfil epidemiológico de la localidad resulta similar al estatal y nacional, fuertemente asociado con las necesidades socioeconómicas de las familias. El estudio indica que el enfoque, la metodología de trabajo y práctica cotidiana del proyecto universitario no están vinculados con las necesidades de salud de la población, por lo que se sugiere profundizar en futuros estudios este aspecto, a fin de potenciar la labor de las Casas de la Universidad.

Referencias bibliográficas:

1. Cordera A. Administración de sistemas de salud. Tomo I. México: Manuel Bobenrieth, 1983.
2. Testa M. Pensamiento estratégico y lógica de programación. El caso de salud. Buenos Aires: Lugar Editorial,1989.
3. Ulin PR. Robinson ET. Tolley EE. Investigación aplicada en salud pública. Métodos cualitativos. Publicación científica y técnica No. 614. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud. 2006.
4. Mercado FJ. Villaseñor M. Lizardi A. Situación actual de la investigación cualitativa en salud. Un campo en consolidación. Revista Universidad de Guadalajara. Invierno 1999-2000; 17 Dossier. (Consultado en 2007 Dic 6) : (14 páginas en pantalla). Disponible en: http://www.cge.udg.mx/revistaudg/rug17/1situacion.html.
5. Conde F. Pérez C. La investigación cualitativa en salud pública. Revista Española de Salud Pública. Marzo-abril 1995. 69(2):145-9.
6. Mercado MF. Torres LT. (Compiladores). Análisis cualitativo en salud. Teoría, método y práctica. México: Plaza y Valdés Editores. 2000.
7. Hernández SR. Fernández CC. Baptista LP. Metodología de la investigación. 4 ed. México: McGraw-Hill. 2006.
8. Lobato GB. Rodríguez MP. Prevalencia de hipercolesterolemia e hiperglicemia en la población que asiste a la casa de la UV El Conejo. Tesis. Xalapa: Facultad de Bioanálisis, Universidad Veracruzana, 2007.
9. Castro ML. Ordaz GG. Análisis microbiológico del agua en la comunidad de El Conejo, municipio de Perote y El Chico, municipio de Emiliano Zapata, Veracruz. Tesis. Xalapa: Facultad de Bioanálisis, Universidad Veracruzana. 2007.
10. Lara LL. Evaluación de la calidad microbiológica de los quesos producidos en la comunidad de El Conejo, municipio de Perote. Tesis. Xalapa: Facultad de Bioanálisis, Universidad Veracruzana. 2007.
11. Conde F, Gabriel C. La evolución de las representaciones sociales sobre la salud de las mujeres madrileñas, 1993-2000. Rev Esp Salud Pública. Septiembre-octubre 2002 ; 76(5):493-507 (15 páginas en pantalla). Disponible en : http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/170/17076511.pdf.
12. Ludueña AC. Olson JK. Pasco AC. Promoción de la salud y calidad de vida entre madres de preadolescentes. Una etnografía enfocada. Revista Latinoamericana Enfermagem. Novembro-dezembro. 2005; 13(número especial):1127-34. (8 páginas en pantalla). Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13nspe2/v13nspe2a05.pdf.
13. Castañeda X. Brindis C. Castañeda I. Renombrando la adolescencia: percepciones sobre el cuerpo y la sexualidad en comunidades rurales de México. En: Mercado FJ, Gastaldo D, Calderón C. (Compiladores). Paradigmas y diseños de la investigación cualitativa en salud. Una antología iberoamericana. Guadalajara Universidad de Guadalajara. 2002: 527-49.

14. Bronfman M. Castro R. Zúñiga E. Miranda C. Oviedo J. Del "cuánto"al "por qué": la utilización de los servicios de salud desde la perspectiva de los usuarios. Salud Pública de México. Septiembre-octubre 1997; 39(5):442-50.

Prevalencia de sobrepeso y obesidad infantil en la ciudad de Veracruz. Factores asociados

Autor: Amyra Ali Azamar-Jácome
Coautores: Nallely Fuentes, José Rubio, Mario Ataxca, Francisco Vásquez, Joaquín Valerio y Gpo. Investigación*

Área de Investigación: Salud Pública
Número de Registro: S/N
Tipo de Autor: Estudiante de Licenciatura
Institución: Universidad Veracruzana
Dependencia: Facultad de Medicina
Año Residencia: 2008
Hospital:
Matrícula/Número Personal: S04009221
Teléfono Laboral: 9348058
Email: fvasquez84@hotmail.com

Argumentación teórica:

Los cambios en el estilo de vida ocurridos en las últimas décadas han propiciado un incremento significativo en la prevalencia de obesidad mundial[1], afectando a hombres, mujeres y niños por igual[2,3]. Por ello la Organización Mundial de la Salud la catalogó como la "epidemia del siglo XXI".

Argumentación empírica:

La obesidad infantil se asocia con una gran variedad de problemas de salud (alteraciones metabólicas, asma, anormalidades ortopédicas, entre otras)[4-6] que deterioran el desempeño de los infantes; asimismo, constituye un factor de riesgo temprano para el desarrollo de diabetes mellitus tipo 2, enfermedades isquémicas del corazón, cirrosis hepática y enfermedad cerebrovascular, las cuales constituyen las cuatro principales causas de muerte en nuestro país[7]. En resumen, la epidemia de obesidad tiene como consecuencia un deterioro sustancial en la calidad y expectativa de vida. Debido a la dificultad y altos costos de su tratamiento en edad adulta, se reconoce la importancia de su prevención en la infancia.

Planteamiento del problema:

Veracruz ha sido señalado recientemente como el estado con el mayor número de casos reportados de diabetes mellitus, y observaciones clínicas señalan un incremento importante en la prevalencia de obesidad infantil.

Objetivo general:

Determinar la magnitud del problema en nuestro medio, así como sus factores asociados.

Metodología:

Estudio transversal y descriptivo, en el cual se seleccionaron de forma aleatoria 14/59 escuelas primarias públicas de la ciudad de Veracruz. El estudio fue aprobado por el comité de ética de la Facultad de Medicina y se obtuvo el consentimiento informado de al menos uno de los padres, a quienes se les realizó un cuestionario para estimar el sedentarismo y la actividad física de los menores. Se incluyeron de forma sistemática todos los niños de 8-11 años de edad de las escuelas participantes. El peso corporal fue estimado en kilogramos y redondeado a 0.10 kg, medición realizada sin zapatos y con ropa ligera. La talla fue estimada en metros y redondeada a 0.5 cm. La circunferencia de la cintura fue medida en el punto medio entre el borde inferior de la última costilla y el borde superior de la cresta iliaca; la cadera fue medida en el punto más prominente en el nivel glúteo. Ambas mediciones fueron redondeadas a 0.1 cm próximo. La presión arterial fue evaluada con baumanómetros pediátricos y consideramos hipertensos aquellos niños con valores; 95 percentil[8]. El Índice de Masa Corporal (IMC) fue definido como el cociente del peso (kg) dividido por la talla (m) al cuadrado; definimos sobrepeso a aquellos niños con un IMC; 75 percentil, obesidad; 85 percentil y obesidad grave; 97[9] percentil.Se realizó un análisis descriptivo, utilizando medidas de tendencia central y dispersión. Obtuvimos la prevalencia de sobrepeso y obesidad por grupos de edad y sexo. El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS/PC versión 13.0 (SPSS Inc., Chicago, IL).

Resultados:

Se estudió un total de 604 escolares (298 masculinos, 306 femeninos). La distribución de acuerdo con el IMC fue peso normal 180 (29.8%), sobrepeso 67 (11.1%) y obesidad 357 (59.1%), de los cuales 150 (24.8%) presentaron obesidad grave. Por sexo, 190 (63.75%) de los escolares masculinos y 167 (54.5%) de los escolares femeninos fueron diagnosticados con obesidad. También se obtuvieron como resultados el porcentaje de niños que observan; 3 horas televisión o están frente a la computadora al día, y el porcentaje de niños que realizan; 1 hora de ejercicio al día, de acuerdo con su estatus de IMC, para mostrar el papel que tiene el sedentarismo y la actividad física en el desarrollo de sobrepeso y obesidad. Finalmente, 62 escolares (10.3%) del total de muestra estudiada fueron diagnosticados con hipertensión arterial, de los cuales 4 tenían problemas de sobrepeso y 44 de obesidad.

Discusión:

La obesidad infantil es reconocida como un problema de salud cuya prevalencia se ha incrementado dramáticamente en los últimos años. Datos de los Estados Unidos muestran que en el periodo de 1980-2002 la tasa de obesidad infantil se triplicó[10]; México no ha sido la excepción, al

observar en el periodo 1999-2006 un incremento de 39.7% en la prevalencia nacional de obesidad en niños de 5-11 años y el sexo masculino mostró el incremento más importante (77%)[11]. Los resultados obtenidos en la población estudiada (59.1% de obesidad) muestran que la magnitud del problema en nuestro medio es mucho mayor. Estudios realizados en otras ciudades del país muestran también grandes divergencias con lo publicado en las encuestas nacionales[12-14], sugiriendo la necesidad de identificar los factores que influyen para que ciertas poblaciones tengan una prevalencia de obesidad tan elevada. Especulamos que las diferencias observadas en nuestra población se deben al grupo de edad estudiado (8-11años vs. 5-11 años de ENSANUT), rango de edad que comprende la prepubertad, asociada con el incremento de peso corporal en los individuos. El impacto del problema se estimarsi consideramos que hasta 70% de los niños con obesidad serán adultos obesos. Enfermedades clásicamente consideradas de la etapa adulta como aterosclerosis, hígado graso no alcohólico y diabetes mellitus, son observados cada vez con mayor frecuencia en población pediátrica. Lo anterior señala que el panorama no es alentador en nuestro estado si consideramos que somos el primer lugar nacional en casos de diabetes mellitus; mientras las cuatro principales causas de mortalidad general en nuestro país están directamente relacionadas con la obesidad, por lo que se requieren estrategias inmediatas para la prevención y el control de este grave problema. Reflejo de lo anterior es el hecho que 12.3% de los escolares obesos ya presentan hipertensión arterial. En conclusión, la prevalencia de sobrepeso y obesidad encontrada en nuestro estudio es mucho mayor a la reportada en las encuestas nacionales; estudios posteriores deberán determinar las causas y se sugiere instrumentar medidas sanitarias para evadir el riesgo potencial que tienen estos pacientes de desarrollar comorbilidades en el futuro.

Referencias bibliográficas:

1. Dehghan M. A khtar Danesh N. and Merchant Anwar T. Childhood obesity, prevalence and prevention. Heart Views. September-november 2005. 6(3): 74-82.
2. Ogden C. Flegal K. Carrol M. Johnson C. Prevalence and trends in overweight among US children and adolescents. JAMA. 2002; 288:1728-32.
3. Maziak W. Ward KD; Stockton B. Childhood obesity: are we missing the big picture? Obesity Reviews. January 2008; 9(1):35-42.
4. Rodríguez MA. Winkleby MA. Ahn D. Sundquist J. Kraemer HC. Identification of population subgroups of children and adolescents with high asthma prevalence: findings from the Third National Health and Nutrition Examination Survey. Arch Pediatr Adolesc Med.2002; 156: 269 –275.
5. Weiss. Ram. Kaufman. Ratner Francine. Metabolic Complications of Childhood Obesity: Identifying and mitigating the risk. Source Diabetes Care. February 2008; 31 (Supplement 2):S310-S316.
6. Rodríguez MA. Winkleby MA. Ahn D. Sundquist J. Kraemer HC. Identification of population subgroups of children and adolescents with high asthma prevalence: findings from the Third National Health and Nutrition Examination Survey. Arch Pediatr Adolesc Med. 2002; 156: 269 –275.
7. Principales causas de mortalidad general 2005. http://sinais.salud.gob.mx/mortalidad/tabs/m_005.xls.
8. http://www.cdc.gov/growthcharts. Acceso en junio 2008.
9. The Fourth Report on the Diagnosis, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure in Children and Adolescents. Pediatrics. August 2004; 114 (2).
10. Ogden. Carroll. Curtin. McDowell. Tabak. Fegal. Prevalence of overweight and obesity in the United States. 1999-2004.
11. Instituto Nacional de Salud Pública. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006. Resultados por entidad federativa, Veracruz. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública-Secretaría de Salud, 2007.
12. Ríos T. Romero D. Olivares N. Osante G. Prevalencia de obesidad infantil en un grupo de población escolar de 6 a 13 años en la Ciudad de México. Revista Hospital Juarez México 2008;75:106-116.
13. Menchaca P. Zonana A. Obesidad en niños mexicanos de la frontera norte. Salud Pública, México 2006;48:1.
14. Bacardi Gascón M. Jiménez-Cruz A. Jones E. Guzmán González V. Alta prevalencia de obesidad y obesidad abdominal en niños escolares entre 6 y 12 años de edad. Boletín Médico Hospital Infantil. México. 2007:362-69.

*Grupo de Investigación de la Facultad de Medicina: Colen Trujillo A. García Sánchez I. Reyes Amoroso SE. Carballo Leo MF. Aragón A. Antonio KA. Sánchez R. Rivera MA. Hernández E. Vázquez J. Ziga A. Sola AM. Gutiérrez AA. Huesca K. Jiménez A. Gavilanes JG. Torres M. Del Castillo IA. Cadeza JD. Ruz RE. Ruvalcaba OA. Álvarez. Constantino LA.

Causas y prevalencia de depresión en adultos mayores hospitalizados de la Clínica Hospital ISSSTE Orizaba

Autor: Anel Álfaro Alvarado
Coautores: Ramón C. Rocha Manilla, Lorenzo Pozos Guzmán, Nora Valderrama Ábrego

Área de Investigación: Salud Pública
Número de Registro:ISSSTE/ORV/TI-0119
Tipo de Autor: Estudiante de Licenciatura
Institución: UV/ISSSTE
Dependencia: Fac. Sociología SEA/Clínica Hospital ISSSTE Orizaba
Año Residencia: 2008
Hospital:
Matrícula/Número Personal: S07003447
Teléfono Laboral: (272) 7259002 Extensión: 245
Teléfono Celular: 272 11 7 21 22
Email: anelalfaro@live.com.mx

Argumentación teórica:

La población de México está envejeciendo a ritmo acelerado. Las tasas de fecundidad, combinadas con las mejoras constantes en la esperanza de vida, han propiciado a un notable aumento del envejecimiento de la población, acompañado de la depresión como problema más frecuente de salud. La depresión es un trastorno emocional y la discapacidad mental de mayor ocurrencia en los adultos mayores (Bello 2005:11). El término médico hace referencia a un síndrome que ataca principalmente la esfera afectiva, disminuye el rendimiento en el trabajo o limita la actividad vital habitual (Martínez, 2002). Según datos de la OMS la depresión en el 2020 será el mayor problema de salud en el mundo, por encima de los padecimientos de este grupo de edad (Varela, 2004:38). El inicio clínico de la depresión en el anciano aparece enmascarado con otros síntomas principales; a veces su depresión se considera erróneamente un aspecto natural de esa etapa de la vida. La Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (EDGY) es el cuestionario estandarizado de mayor sensibilidad y especificidad para este grupo de edad.

Argumentación empírica:

Se encontró muy poca información sobre estudios dirigidos a adultos mayores hospitalizados y su prevalencia de depresión, pues este grupo de edad se incluye en los estudios realizados para medir la prevalencia de depresión en la población en general (Márquez, 2005:345). Algunos estudios consideran la prevalencia de depresión en adultos mayores en 15% y hasta 26% en pacientes hospitalizados (Flores 2005). Se ha considerado en 41% la prevalencia de depresión en adultos mayores expuestos a bajo apoyo social, económicamente improductivos e inasistencia a asociaciones de convivencia (Castro 2006:133). El interés por este estudio surge ante la experiencia de tres de los autores durante el internado como Médico de Pregrado en la Clínica Hospital ISSSTE Orizaba, observando que los adultos mayores hospitalizados cursaban con ciertos grados de depresión: estado de ánimo decaído, duelo social y cultural. Asimismo fue notorio el hecho de que el expediente clínico no contaba con el diagnóstico de depresión, por lo que surgió la inquietud de esclarecer si la depresión en la Clínica Hospital estaba subdiagnosticada y si era así determinar la prevalencia y la causa de depresión en adultos mayores hospitalizados.

Planteamiento del problema:

¿Es posible que el espacio intrahospitalario incida en la depresión de los adultos mayores y cursen este cuadro clínico en su hospitalización sin que sea diagnosticado?

Objetivo general:

Determinar la prevalencia, el tipo más frecuente y los factores sociales y culturales que promueven la depresión en adultos mayores hospitalizados en la Clínica Hospital ISSSTE 300700 de Orizaba, durante el periodo comprendido entre el 1 de marzo y el 30 de junio del año 2007.

Metodología:

Es un estudio observacional, descriptivo y prospectivo, realizado en la Clínica Hospital ISSSTE 300700, durante el primer semestre del año 2007. Se realizó barrido bibliográfico para conocer los trabajos relacionados con el tema. Se tomó una muestra de 153 adultos mayores hospitalizados, tomados aleatoriamente y considerando como criterios de inclusión los siguientes:1. Ser pacientes mayores de 65 años o más que ingresaron al hospital durante el tiempo de estudio. 2. Ser voluntarios. 3. Que su estado de conciencia le permitiera responder al test. Previo consentimiento informado y aceptado se aplicó la encuesta de la EDGY, que consta de 30 ítems de respuesta dicotómica. Se consideró una muestra mínima de 138 personas, con base en la fórmula $n=(z^2 \bullet p \bullet q)/d^2$. Se entrevistó a los pacientes siguiendo como eje temático los significados de la enfermedad, la relación de la familia, los capitales simbólicos, sociales y económicos que representa el estar hospitalizado y parte de la historia de vida. El análisis y la organización de los resultados se realizó mediante pruebas de estadística descriptiva, a través de relaciones porcentuales de las variables a investigar. Primero se hizo un análisis comparativo entre la población deprimida y la que no lo estaba; posteriormente se analizaron únicamente los datos de la población deprimida, mediante medidas de frecuencia y de tendencia central, estimador ORP, IC 95%, X^2 y $P<0.05$.

Resultados:

De los 153 adultos mayores evaluados, se encontró que 50% cursaba un problema de depresión. El grupo de edad con mayor porcentaje de depresión (25%) oscilaba entre los 65 y 69 años. La población femenina es más afectada con 54%. El tipo más frecuente de depresión fue el Trastorno Depresivo Mayor con 54%. Los datos obtenidos nos revelan que los adultos mayores hospitalizados se encuentran subdiagnosticados y con una prevalencia de depresión mayor (50%) que lo reportado por la literatura nacional (10-20%). Se encontró que el ambiente hospitalario confiere varios factores socioculturales que deprimen al adulto mayor hospitalizado, como el trato del médico; además de los modos de organización intrahospitalaria que generan el rompimiento de la dinámica social establecida rutinariamente, el encerramiento y los diferimientos tanto quirúrgicos como de auxiliares diagnósticos contribuyen de manera significativa a la depresión del adulto mayor.

Discusión:

La depresión repercute directamente en la calidad de vida de los adultos mayores, así como en la respuesta al tratamiento de enfermedades concomitantes y la resolución satisfactoria de las mismas. Las causas directas que se relacionaron con la depresión en pacientes con diabetes mellitus 2, hospitalizados en proceso de diálisis peritoneal, fue la desnutrición e inmunodepresión y finalmente la muerte. Los servicios de salud deben poner mayor énfasis en la difusión de información acerca de la depresión para realizar una profilaxis efectiva, detectando y tratando oportunamente esta enfermedad que al parecer aún no se le da la importancia debida en los primeros niveles de atención.

Referencias bibliográficas:

1. Bello. M. Prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta en México. Salud Pública de México.2005: 4-11.
2. Castro Lizárraga M. Ramírez Zamora S. Aguilar Morales LV. Díaz de Anda VM. Factores de riesgo asociados a la depresión del adulto mayor. Revista Neurología, Neurociencias y Psiquiatría, 2006; 39 (4): Oct.-Dic. 132-137.
3. Flores Valenzuela IG. Cura VA. Prevalencia de la depresión en pacientes geriátricos derivados a la consulta externa de psiquiatría. Nuevo Leon. México. 2005.: Departamento de Medicina Interna y Psiquiatría, Hospital General de Zona No. 17. IMSS.
4. Martínez María J. Depresión y estado de salud en el adulto mayor en el servicio de geriatría.2002.
5. Márquez Cardozo E. Soriano SS. García HA. Falcón GMP.Depresión en el adulto mayor: frecuencia y factores de riesgo asociados. Rev Aten Primaria Esp 2005; 36(6): 345-6.
6. Varela L. Características del deterioro cognitivo en el adulto mayor hospitalizado a nivel nacional. Rev.Soc Per Med Inter. 2004: 37-42.

Prevalencia de ansiedad en universitarios

Autor: Roberto Ortiz García
Coautores: Janeth Rodríguez B, María De Jesús Rodríguez I , Araceli Torres Z, José Ubaldo Trujillo García

Área de Investigación: Salud Pública
Número de Registro: S/N
Tipo de Autor: Estudiante de Licenciatura
Institución: Universidad Veracruzana
Dependencia: Facultad de Medicina Cd. Mendoza
Año Residencia: 2008
Hospital:
Matrícula/ Número Personal: S05008928
Teléfono Laboral: 2727267309
Teléfono Particular: 2727248518
Email: uvavi2007@hotmail.com

Argumentación teórica:

La ansiedad es una vivencia universal; una reacción emocional normal implicada en los procesos de adaptación ante eventos aversivos y peligrosos; un estado complejo que incluye reacciones cognitivas, emocionales, de comportamiento y fisiológicas. Se produce por situaciones que vivimos o evocadas por la mente. La ansiedad normal es aquella que todos los seres humanos necesitamos en una dosis moderada. Un joven ansioso experimenta una sensación general de aprehensión afectiva de la que se desconoce el origen preciso. Las respuestas de ansiedad están integradas en forma de reacciones defensivas innatas en el repertorio de conductas de los jóvenes y, en general, de todas las personas. Suele ser transitoria y percibida como nerviosismo y desasosiego; ocasionalmente como terror o pánico. Estos estados de ansiedad se expresan en términos de conductas ansiosas intranquilidad y cambios en su conducta habitual, inadecuación y rebeldía. Si se hace persistente, intensa, autónoma, desproporcionada a los estímulos que la causan y genera conductas evasivas o retraimiento, se la incluye entre los trastornos mentales.

Argumentación empírica:

En los tipos de trastornos en que la ansiedad aparece como un principal componente es importante distinguir entre ansiedad y medio adaptativo por un lado y ansiedad patológica por otro lado. La diferencia básica entre la ansiedad normal y la patológica, es que ésta última se basa en una valoración irreal o distorsionada de la amenaza. Miedo y ansiedad tienen tres componentes: físico (sensaciones físicas), cognitivo (creencias temerosas, predicciones, interpretaciones) y conductual. Estudios sobre la relación de distintas variables con el rendimiento académico muestran que los alumnos con autoestima positiva, altas expectativas y con motivación intrínseca para aprender, obtienen mejores logros escolares que aquellos con autoestima baja, expectativas escasas y una motivación extrínseca para el

estudio. La autopercepción positiva se vincula con la salud mental a largo plazo y con el equilibrio emocional. Aquellos individuos cuya autoestima no se ha desarrollado lo suficiente muestran signos somáticos de ansiedad. Los estudiantes ansiosos a menudo presentan problemas en su socialización, porque su dependencia en figuras de autoridad y sus propias aprehensiones los hacen aparecer disminuidos ante compañeros. La ansiedad tiene implicaciones negativas en el ámbito psicosocial, ya que está asociada con significativos deterioros en sus relaciones con sus pares y en su competencia social. El fracaso es fuente de frustración en una escuela que estimula la competitividad en sus estudiantes, factor que puede llevar a la conducta agresivaal generar y fomentar la hostilidad entre los estudiantes. La competencia por las calificaciones académicas aumenta la tensión emocional, y está vinculada con la agresión, de tal manera que cuando los estudiantes compiten por el rendimiento académico la violencia intraescolar y la ansiedad aumentan. Por lo tanto el estudiante que sufre de ansiedad superior a la normal está en alto riesgo de trastornos conductuales asociados a su inestabilidad emocional. Evidencias empíricas muestran que, independientemente de los antecedentes familiares y de las características de la institución, se observan cambios positivos en el rendimiento, conducta y relaciones personales en los alumnos de profesores organizadores y mediadores en el encuentro del estudiante con el conocimiento.

Planteamiento del problema:

¿Cuál es la prevalencia de ansiedad en estudiantes universitarios?

Objetivo general:

Identificar la prevalencia de ansiedad como rasgo en estudiantes universitarios.

Metodología:

Estudio transversal. Población: 191 estudiantes universitarios de ambos sexos. Lugar: Facultad de Ciencias Químicas, Orizaba, Ver. Facultad de Odontología, Río Blanco, Ver. Facultad de Medicina, Cd. Mendoza, Ver., de la Universidad Veracruzana. Periodo de estudio: octubre–diciembre 2006. Previa información se aplicó el Inventario de Ansiedad Estado – Rasgo (STAI), diseñado para evaluar dos niveles independientes de la ansiedad: como estado (condición emocional transitoria) y como rasgo (propensión ansiosa relativamente estable). Análisis: medidas de frecuencia, tendencia central y dispersión.

Resultados:

Los estudiantes de la Facultad de Odontología fueron 36 (65%) estudiantes sin ansiedad y 19(35%) con ansiedad: 6 (36%) hombres, 13 (64%) mujeres; la cual se presentó en tres niveles de ansiedad como rasgo: 11 (57%) estudiantes con ansiedad normal, 4 (36%) hombres, 7 (64%) mujeres; 3 (16%) con ansiedad leve, 1(33%) hombre, 3 (66%) mujeres y 5 (26%) con ansiedad moderada, 1 (20%) hombre, 4 (80%) mujeres. De Medicina fueron 40 (56%) sin ansiedad y 32 (44%) con ansiedad: 18 (56%) hombres, 14 (44%) mujeres; 15 (47%) con ansiedad normal, 8 (53%) hombres, 7 (47%) mujeres; 8 (25%) con ansiedad leve, 4 (50%) hombres, 4 (50%) mujeres; 9 (28%) con ansiedad moderada, 6 (67%) hombres, 3 (33%) mujeres. De Ciencias Químicas fueron 34 (53%) sin ansiedad y 30 (47%) con ansiedad: 24(80%) hombres y 6 (20%) mujeres; 10 (33%) con ansiedad normal, 8 (80%) hombres y 2 (20%) mujeres; 7 (23%) con ansiedad leve, 5 (71%) hombres y 2 (29%) mujeres; 13 (43%) con ansiedad moderada, 11 (85%) hombres y 2 (15%) mujeres.

Discusión:

Se pudo encontró que un número considerable de estudiantes universitarios de las distintas facultades encuestadas tienen cierto grado de ansiedad como rasgo, con una mayor frecuencia en el género masculino, aun cuando la literatura señalaba al femenino como género en el que con mayor frecuencia se presentaba la ansiedad.

Referencias bibliográficas:

1. González Torrecillas J L. García Rubio M J. Tristante Martínez Z G. Montero Abad J A. Fobia social: estudio comparativo entre dos grupos de población adulta joven. www.psiquiatria.com. 2002; 6(2).
2. Pérez Álvarez M. Fernández Hermida J R. Fobias y Regresión Psíquica. Revista Psicothema. 2001; 3: 523 – 529
3. Rodríguez L A. Fobias. Artículo especial Revista Médica Chile. 1996; 58 – 63
4. Gallardo A R. Rozados C R. Bertoni M R. Agorafobia, acerca de un caso clínico, Interpsiquis. 2005.
5. Lopes F. Nardi A. Nascimento I. Valen¬ ¬ca A. Zin W. Ataques de pánico nocturnos.
6. Virúes Aurora Elizondo Rosa. Estudio sobre ansiedad. Universidad Autónoma de Nuevo León. Monterrey, Nuevo León – México. www.psicologiacientifica.com
7. Polo A. Hernández J M. Poza C. Evaluación del estrés académico en Estudiantes universitarios. Universidad Autónoma de Madrid. www.unileon.es
8. Iruarrizaga I. Manzano Salvador M E. Intervención cognitivo conductual en los problemas de ansiedad de evaluación. Tratamiento de un caso. Revista Electrónica de Psicología. 1999: 1(3). ISSN 1137-8492. www.psiquiatria.com

Vigilancia epidemiológica de riesgos laborales en trabajadores de la industria eléctrica en México, 2008

Autor: Mauricio Fidel Mendoza González
Coautores: Ingrid Montserrat Cardeña Bozziere

Área de Investigación: Salud Pública
Número de Registro: S/N
Tipo de Autor: Investigador
Institución: Universidad Veracruzana
Dependencia: Instituto de Salud Pública
Año Residencia: 2008
Hospital:
Matrícula/ Número Personal: 15089
Teléfono Laboral: 8418934 Extensión: 13324
Teléfono Particular: 8418935 T
Teléfono Celular: 2288304857
Email: mmendoza@uv.mx

Argumentación teórica:

La vigilancia en salud pública con un enfoque epidemiológico permite el monitoreo, análisis y control de daños poblacionales, lo cual aporta criterios predictivos y de anticipación que cobran especial relevancia; especialmente en el ámbito laboral donde orienta hacia una población altamente expuesta, restringida-cautiva y frecuentemente desvinculada de los servicios de salud, por que: a) los factores de riesgo, la enfermedad y los accidentes son más frecuentes de lo que se supone; b) la salud generalmente no es motivo de atención y entonces la medicina preventiva deja de ser la alternativa de mayor rendimiento; c) la vigilancia en el trabajo nació por una necesidad de productividad sentada en la economía de mercado; d) la seguridad social retomó ese espacio de competencia y definió reglas de operación que no siempre están al alcance del trabajador promedio; e) la atención a la salud más bien está confinada a la enfermedad y ésta última se encuentra polarizada y lejana del trabajador y del trabajo mismo, de esta forma la prevención secundaria no tiene el rendimiento esperado desde el ámbito de la salud pública; f) si bien hay alternativas modernas, éstas se encuentran fuera de la realidad y cotidianidad del trabajador.

Argumentación empírica:

El presente trabajo constituye una evaluación indirecta y paralela a la estrategia institucional de Vigilancia y Control de Riesgos a la Salud y Accidentes de Trabajo (VICORSAT) desarrollada por el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y la Comisión Federal de Electricidad (CFE) en México, que tiene como base tecnológica un software orientado fundamentalmente a evaluar el estado de salud de los trabajadores, por medio de indicadores fisiológicos y antropométricos.

Planteamiento del problema:

En el año 2007 se implementó el programa en una subdirección de transmisión de la CFE en el estado de Veracruz, México, desarrollando el diagnóstico basal; se aplicaron 77 encuestas epidemiológicas y de indicadores de salud, dando como resultado un producto guía en el que se proyectó canalizar recursos destinados para la estrategia en el centro de trabajo. No obstante, la empresa no contaba con un panorama del estado de enfermedad y la posible mejora a los indicadores medidos, existiendo la incertidumbre del probable impacto que esto haya tenido en la población laboral evaluada. Para el año 2008 se consideró necesario realizar una valoración clínicoepidemiológica, la cual operará como un mecanismo de auditoría directa e indirecta de lo realizado hasta el momento.

Objetivo general:

Desarrollar una evaluación epidemiológica para determinar el estado de salud-enfermedad de la población laboral blanco, conocer la evolución de la enfermedad y evaluar el estado actual, comparado con la medición basal.

Metodología:

Se realizó un estudio observacional descriptivo de corte transversal a la población blanco intervenida en el año 2007. Incluyó la aplicación de una cédula epidemiológica y la construcción de indicadores de salud-enfermedad, así como una valoración médica y antropométrica. Se realizaron las mediciones al 100% de trabajadores adscritos a una unidad de transmisiones de la CFE. Éstas consistieron en pruebas de laboratorio y gabinete, evaluaciones médico-epidemiológicas y nutricionales. En esta etapa del proyecto se analizaron variables demográficas, clínicas y antropométricas. A partir de la codificación de variables, éstas fueron capturadas y analizadas en el programa informático de evaluación epidemiológica Epi Info versión 6.04 (CDC/USA). El tratamiento de las variables se realizó en dos etapas: la primera fue un análisis univariado que consistió en la obtención de medias, frecuencias y porcentajes; en la segunda, un análisis de riesgos y el cálculo de la medida de asociación odds ratio para determinar diferencias de exposición. En este trabajo, un valor de p menor o igual a 0.05 fue considerado estadísticamente significativo.

Resultados:

Ochenta y seis trabajadores fueron incluidos en el estudio; 78% correspondió a hombres y 22% a mujeres; la edad promedio fue de 41 años con un rango (R) de 19 a 66 años. En los hombres la edad promedio fue de 42 años (R=19-65) y en las mujeres la edad promedio de 38 años (R=24-66). El 43.8% refirió tener algún antecedente familiar de enfermedad con importancia clínica, siendo los más sobresalientes diabetes mellitus (25%), hipertensión

arterial (19%) y cáncer (14%). Cuatro de cada diez, manifestaron ser portadores de alguna enfermedad de importancia; con mayor frecuencia hipertensión arterial (15%), alcoholismo (12.5%), tabaquismo (10%), enfermedades metabólicas (6.3%), diabetes (3.8%), enfermedades gástricas diversas (3.8%). En la exploración clínica 15% fue diagnosticado como hipertensos y 12% adicional en condición de riesgo para su desarrollo potencial. La interpretación del índice de a para Colesterol/HDL y para LDL/HDL mostró un valor promedio poblacional por arriba del esperado. Las Pruebas de Función Hepática (PFH) resultaron alteradas en 39.15%; y por lo menos uno de cada dos presentó datos de riesgo compatibles a hiperglucemia en ayunas. Con base en el Índice de Masa Corporal 47.5% se ubicó en sobrepeso, 26.3% en obesidad clase I y 2.5% en obesidad clase II. Sólo dos de cada diez tuvo peso normal. Los índices de cintura y de cintura cadera presentaron un promedio colectivo superior al promedio esperado; el indicador de porcentaje de grasa corporal permitió ubicar a esta población como obesa. Ocho de cada diez presentó una alternación manifiesta en la radiografía de columna y 94% de las mujeres una alteración en la colposcopia que requiere atención.

Discusión:

El presente trabajo pone de manifiesto una posible condición del trabajador promedio de la industria eléctrica en nuestro país, con una población que tiende al envejecimiento y con múltiples factores de riesgo causales de enfermedades crónico degenerativas no atendidas, a pesar de ser "beneficiarios" de estrategias destinadas a mejorar dichas condiciones, tanto por la empresa, como por la institución de derechohabiencia a la seguridad social. El estudio puede verse como un elemento necesario de auditoria (tercería) del estado de salud-enfermedad de una población laboral blanco de suma importancia, de vigilancia y seguimiento de una medición basal y de las acciones que se supone debieron haberse aplicado, pero que al observar valores clave de algunas constantes fisiológicas y antropométricas pareciera que no tuvieron gran impacto.

Referencias bibliográficas:

1. Aguilar Salinas CA. Adiposidad abdominal como factor de riesgo para enfermedades crónicas. Congreso de Investigación en Salud Pública. Salud Pública de México. 2007; vol. 49, edición especial, XII.
2. Carroll D. Phillips AC. Der G. Body mass Index, Abdominal Adiposity, Obesity, and cardiovascular Reactions to Psychological Stree in an Large Community Sample. Psychosomatic Medicine. 2008; 70:653-660.
3. Diagnóstico situacional de los trabajadores de la Comisión Federal de Electricidad del Programa VICORSAT-PREVENIMSS. Instituto Mexicano del Seguro Social. Delegación Veracruz Norte. Jefatura de Prestaciones Médicas. Hospital General de Zona 11. AMGD 117. (Presentación de resultados).
4. Jensen MK. Chiuve SE. Rimm EB. Dethlefsen C et al. Obesity, behavioral Lifestyle Factors, and Risk of Acute Coronary Events. 2008; 117:3062-3069.
5. Olaiz FG. Rivera DJ. Shamah LT. Rojas R et al. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006. Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública, 2006.
6. Seminario Permanente de Salud en el Trabajo. VICORSAT, software orientado a evaluar el estado de salud de los trabajadores. Gaceta.(Facultad de Medicina UNAM). 2005. No. 537.
7. Hung L. Kuan Yin P. Wei Shiung Y. Vin-Cent W et al. Waist-to-hip-ratio correlates with homocysteine levels in male patients with coronary artery disease. Clinical Chemistry & Laboratory Medicine. 2008; 46(1):125-130.
8. Zeller M. Steg PG. Ravisy J. Lorgis L et al. Relation Between Body Mass Index, Waist Circumference, an Death Alter Acute Myocardial Infarction. Circulation. 2008;118.

Complicaciones asociadas a obesidad en niños y adolescentes

Autor: Eva Xóchitl Mondragón Sandoval
Coautores:Santa Leticia Hernández Cruz

Área de Investigación: Salud Pública
Número de Registro: R-2007-3101-6
Tipo de Autor: Especialidad Médica: Medicina Familiar
Institución: IMSS
Dependencia:Unidad de Medicina Familiar 1, Delegación Veracruz Sur
Año Residencia: 2008
Hospital:
Matrícula/ Número Personal: SO5020789
Teléfono Laboral: 012727259622
Teléfono Particular: 015559753094
Teléfono Celular: 2721261680
Email: xoomose@hotmail.com

Argumentación teórica:

La obesidad resulta de un desequilibrio crónico de la energía de tal modo que el índice del consumo de energía excede el índice de los gastos energéticos. La relación entre obesidad, patrones de inactividad, número de horas de televisión y la ingesta de grasas saturadas es evidente; las consecuencias: dislipidemias en etapas tempranas de la vida que tienen cambios cardiovasculares en etapas ulteriores han sido documentadas en diversos países. Sin embargo, los factores genéticos predisponen a un individuo a la obesidad y lo principal será el ambiente en el que se desarrolle y el estilo de vida. En la mayoría de los niños y jóvenes la alteración principal

es psicosocial; ambos, hombres y mujeres con sobrepeso a tempranas edades es razón suficiente para no encajar en los patrones sociales y los estereotipos que ahora se imponen originando descontento consigo mismos sintiéndose diferentes, a esto seguirá ansiedad y estrés emocional que invariablemente terminarán en algún grado de depresión.

Argumentación empírica:

Más de 300 000 muertes cada año están ligadas a obesidad y múltiples causas de complicaciones médicas. La prevalencia de obesidad y sobrepeso en niños se ha duplicado en Norteamérica durante las últimas dos décadas; actualmente, uno de cada cuatro niños en los Estados Unidos es obeso o con sobrepeso. En Canadá, la prevalencia de jóvenes de 7 a 13 años de edad con sobrepeso u obesidad era de 12% en 1981 e incrementó a 30% en 1996. En América Latina la prevalencia de obesidad se ha incrementado en todos los grupos poblacionales, particularmente en el nivel socioeconómico bajo. En México, a principio de los noventa se estimaba que la obesidad en niños era de 5 a 10 %; de acuerdo con resultados de la Encuesta Nacional de Nutrición de la República en 1999, se aprecia un notable incremento en niños entre 5 y 11 años de edad. Las mayores complicaciones y riesgos asociados con la obesidad infantil incluyen principalmente trastornos psicosociales, depresión, hipertensión, hiperlipidemia, trastornos respiratorios, deslizamiento de la cabeza femoral y diabetes mellitus; un IMC>27 kg/m2 representa un incremento marcado en el riesgo de desarrollar estas complicaciones.

Planteamiento del problema:

¿Cuál es la frecuencia de las complicaciones metabólicas, músculoesqueléticas y psicoemocionales asociadas con obesidad en niños y adolescentes.

Objetivo general:

Identificar la frecuencia de complicaciones metabólicas, músculo-esqueléticas y psicoemocionales asociadas con la obesidad en niños y adolescentes.

Metodología:

Diseño del estudio: transversal, observacional, comparativo. Población de estudio: niños y adolescentes obesos de 8 a 18 años de edad. Tiempo y lugar: Unidad de Medicina Familiar No.1 del Instituto Mexicano del Seguro Social, delegación Veracruz Sur. Muestra: prevalencia de obesidad en niños y adolescentes se estima en 30%, con nivel de confianza de 95% y poder de 80%. La muestra fue de 310 niños y adolescentes con una pérdida de 30% en la tasa de respuesta; el tamaño de la muestra se redondeó a 400. Análisis: frecuencias simples y relativas; para estimar diferencias se utilizó X2 con significancia estadística $P<0.05$. Procedimiento: previa autorización del protocolo de estudio. La selección de pacientes se hizo diariamente en la sala de espera de la UMF No.1, los pacientes fueron pesados y medidos para obtener su Índice de Masa Corporal y determinar el grado de obesidad. A todos los obesos se les invitó al estudio previa explicación a ellos y padre o padres responsable que en ese momento los acompañaban. Una vez leído y firmado el consentimiento informado por el padre, se aplicó una encuesta que incluía datos generales del paciente: edad, sexo y escolaridad. Se les tomó la tensión arterial (TA) con baumanómetro; se consideró hipertensión cifras mayores a 120/75 mmHg en niños de 8 a 12 años de edad y mayor de 135/85 mmHg en mayores de 12 años.Se interrogó la presencia de sintomatología de carácter músculoesquelético (rodilla, columna, cadera y pie). Para detectar alteraciones metabólicas se solicitó determinación de glucosa, colesterol y triglicéridos en sangre con un ayuno de 12 horas. Se consideró hiperglicemia un resultado por arriba de 126mg/dl; dislipidemias con un colesterol por arriba de 200mg y/o triglicéridos mayor o igual a 150mg/dl o mixta cuando haya elevación de ambos. También se aplicó un cuestionario de los principales alimentos ingeridos durante la semana y su frecuencia.

Resultados:

La mayor frecuencia de obesidad fue grado I (69.5%) y en menor proporción grado IV (0.5%). Se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($P<0.05$) al comparar tiempo de evolución de la obesidad (más de 12 meses vs menos de 12 meses), edad de los adolescentes (<14 años vs>14), sexo, escolaridad y ocupación del tiempo libre de acuerdo con el grado de obesidad; de igual manera, al comparar las cifras de presión arterial sistólica y diastólica y la edad de la madre. El 73% de los adolescentes no presentó depresión; leve 20.25%, moderada a grave 6.25% y crónica 0.5%. De los que presentaron depresión leve, 74.6% tenían obesidad grado I. La complicación metabólica más frecuente fue elevación de triglicéridos (26.75%), seguida de colesterol elevado (16.75%) e hiperglicemia (3.75%). Siendo más evidente esta última en obesidad grado II (53.3%-8/15) y colesterol y triglicéridos en obesidad grado I (64.1 y 58.87%). La principal complicación musculoesquelética fue en la rodilla en la obesidad grado I,II y III (44.5, 33.3 y 22.3% respectivamente), en la columna en los cuatro grados de obesidad (40 y 20% en los tres últimos) todos caracterizados por dolor. Respecto de los alimentos consumidos fue mayor la frecuencia de consumo de res, huevo y leche, sobre todo en obesidad grados II y IV.

Discusión:

Fue más frecuente la obesidad grado I. En todos los grados de obesidad se encontró mayor frecuencia de inactividad, siendo el mayor factor asociado así como la edad <15 años, pues los niños permanecen más tiempo frente a la TV o

computadora en comparación con los mayores. Las rodillas y columnas son las más afectadas por el sobrepeso y las alteraciones metabólicas son factores prevenibles.

Referencias bibliográficas:

1. Sotelo Cruz N. Vázquez Pizaña E. Fera Fragoso S. Sobrepeso-obesidad, concentración elevada de colesterol y triglicéridos, su relación con riesgo coronario en adolescentes. Bol Med Hosp Infant Méx. 2004; 61: 372-82.
2. Rodríguez Ventura A. Coyote Estrada N. Dorantes Álvarez L. Yamamoto Furusho J. Manifestaciones clínicas y la importancia de obesidad en la presentación de diabetes mellitus tipo 2 en niños. Bol Med Hosp Infant Méx. 2003; 60: 468-72.
3. Salbe AD. Wayer C. Lindsay RS. Ravussin E. Tataranni PA. Assessing risk factors for obesity between childhood and adolescence: I birth weigh, childhood adiposity, parental obesity, insulin and leptin. Pediatrics. 2002; 110 (2): 299-306.
4. Goodman E. Whitaker R. A prospective study of the role of depression in the development and persistence of adolescent obesity. Pediatrics. 2002; 110 (3): 497-504.
5. Hernández B. et al. Factors associated with overweight and obesity in Mexican school-age children: Results from the National Nutrition Survey 1999. Salud Pública de México. 2003; 45: 551-57
6. Saar K. et al. Genome scan for childhood and adolescent obesity in German families. Pediatrics. 2003; 111 (2): 321-27.
7. Sjöberg RL. Nilsson KW. Leppert J. Obesity, shame, and depression in school-aged children: a population-based study. 2005; 116 (3): 389-92.
8. Harvey S. Holubkov R. Cohen E. Identification, evaluation, and management of obesity in an Academic Primary Care Center. 2004: 114 (2): 154-59.
9. Philip R et al. Identifying risk for obesity in early childhood. 2006: 118 (3): 594-601.
10. Janssen I. Craig WM. Boyce WF. Pickett W. Associations between overweight and obesity with bulling behaviors in school-aged children. Pediatrics. 2004; 113 (5): 1187-94.
11. Boyd GS. Koenigsberg J. Falkner B. Gidding S. Hassink S. Effect of obesity and high blood pressure on plasma lipid levels in children and adolescents. 2005; 116 (2): 442-46.
12. Salbe AD. Weyer C. Harper I. Lindsay RS. Ravussin E, Tataranni PA. Assessing risk factors for obesity between childhood and adolescence: II. Energy metabolism and physical activity. 2002; 110 (2): 307-14.
13. Stettler N. Zemel BS. Kumanyika S. Stallings VA. Infant weight gain and childhood overweight status in a multicenter, cohort study. 2002; 109 (2): 194-99.
14. Story MT et al. Management of child and adolescent obesity: attitudes, barriers, skills, and training needs among health care professionals. 2002; 110 (1): 210-14.
15. Jonides L. Buschbacher V. Barlow S. Management of Child and Adolescent Obesity: Psychological, Emotional, and Behavioral Assessment. Pediatrics. 2002; 110 (1) 215-221.
16. Trowbridge FL. Sofka D. Holt K. Barlow S. Management of Child and Adolescent Obesity: Study Design and Practitioner Characteristics. Pediatrics. 2002; 110(1): 205-209.
17. Barlow SE. Dietz WH. Klish WJ. Trowbridge FL. Medical evaluation of overweight children and adolescents: reports from pediatricians, pediatric nurse practitioners, and registered dietitians. 2002; 110 (1): 222-228.
18. Mustillo S. Worthman C. Erkanli A. Keelers G. Angold A, Costello EJ. Obesity and psychiatric disorder: developmental trajectories. 2003; 111 (4): 851-859.
19. Ball SD. Keller KR. Moyer Mileur LJ. Ding YW, Donaldson D. Jackson D. Prolongation of satiety after low versus moderately high glycemic index meals in obese adolescents. 2003; 111 (3): 488-494.
20. Barlow S. Trowbridge FL. Klish WJ. Dietz WH. Treatment of child and adolescent obesity: reports from pediatricians, pediatric Nurse practitioners, and registered dietitians. Pediatrics. 2002; 110(1): 229-35.
21. Ortiz-Hernández L. Estado nutricio en adolescentes de una población suburbana de la Ciudad de México. Rev Mex Pediatr. 2003; 70 (3): 109-117.
22. Vázquez Pizaña E. Sotelo Cruz N. Celaya Celaya K. Medición de la masa grasa en adolescentes eutróficos y con sobrepeso-obesidad. Rev Mex Pediatr. 2003; 70 (4): 162-166.
23. Violante Ortiz RM. Obesidad y diabetes tipo 2 en el niño. Una nueva epidemia. Revista de Endocrinología y Nutrición. 2001; 9 (2): 103-106.24.

Correlación del estado de salud y la carga del cuidador de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Terminal

Autor: Santa Leticia Hernández Cruz
Coautores: Bernabé Márquez Domínguez, Jorge Martínez Torres

Área de Investigación: Salud Pública
Número de Registro: R-2006-3101-2
Tipo de Autor: Docente y Profesional de la salud
Institución: IMSS
Dependencia: IMSS
Año Residencia: 2008
Hospital:
Matrícula/ Número Personal: 5068398
Teléfono Laboral: 0127272515111 *Extensión: 1206*
Teléfono Particular: 012727271086
Email: leticia.hernandezc@imss.gmail.com
Email Alternativo: investigacion@walla.com

Argumentación teórica:

La Insuficiencia Renal Crónica Terminal (IRCT) es una enfermedad crónica degenerativa, incapacitante. Aunque toda la familia se ve afectada por esta enfermedad, en la mayoría de los casos sólo uno de ellos se involucra en el cuidado del paciente, por lo general es un integrante primario y en su mayoría mujer, tales como hijas y madres en

primer lugar y en segundo lugar hijos y padres, quienes asumen el rol como cuidadores. Durante los últimos 15 o 20 años ha habido una extensa producción científica acerca de los efectos que tiene en los cuidadores el hecho de atender a familiares y se han desarrollado escalas para medir objetivamente esa carga. Entre las más conocidas están el Índice de Esfuerzo del Cuidador y la Escala de Sobrecarga del Cuidador. El cuidador informal es aquella persona que procede del círculo familiar (en más de 80% de los casos). Las condiciones en las que se desarrollan estos cuidados no son, en muchas ocasiones, las más adecuadas, y cuando se trata de analizar las consecuencias que tiene el hecho de ser cuidadores principal de una persona dependiente, una de las palabras clave es la de sobrecarga. El concepto de sobrecarga utilizado principalmente en la bibliografía dedicada al cuidado informal. Pearlin habla de sobrecarga en relación con el conjunto de situaciones estresantes que resultan de cuidar a alguien; mientras Zarit la define como el grado en que las cuidadoras perciben que su salud, su vida social, personal y su situación económica cambia por el hecho de cuidar a alguien.

Argumentación empírica:

En países como Canadá se estima que entre 85 y 90% del total de cuidados prestados es de tipo informal. En Estados Unidos hay 52 millones de cuidadores/as informales de personas adultas enfermas o discapacitadas y 25.8 millones prestan cuidados de asistencia personal. Diversas investigaciones realizadas en nuestro país durante los noventa confirman consistentemente que la familia es la principal proveedora de cuidados de salud (80-88%); mientras los servicios formales proveen 3%. Aproximadamente en 12% de las viviendas familiares se proporciona algún tipo de ayuda a personas mayores y un 5% de los adultos se define como “Cuidador(a)”D. Otros estudios han revelado que 84.3% de los cuidadores son del sexo femenino; y el promedio de tiempo como cuidador es de siete años. La carga que supone el cuidado es económica, emocional y físicamente muy importante y se traduce en aumento de la morbilidad física y psíquica y más de 40% de los cuidadores presentan síntomas clínicos de depresión. Esta sobrecarga aumenta a medida que aumenta la edad de cuidado.

Planteamiento del problema:

¿Cuál es la correlación del estado de salud y la carga del cuidador en los familiares que cuidan pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Terminal?

Objetivo general:

Determinar la correlación entre el estado de salud y la carga del cuidador en cuidadores de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Terminal (IRCT).

Metodología:

Estudio observacional, prolectivo, comparativo, de agosto 2005 a diciembre 2007. Se incluyeron 105 personas que cuidaban pacientes con IRCT atendidos en el HGRO, muestra por conveniencia. Análisis estadístico: se estimaron frecuencias simples y relativas para las variables numéricas; coeficiente de correlación de Pearson para valorar la relación entre estado de salud y sobrecarga. Para determinar diferencias se aplicó X2, con valores de $P<0.05$.Metodología: previo consentimiento informado se aplicaron tres cuestionarios: socioeconómico, que evalúa aspectos sociodemográficos; Zarit que evalúa la carga del cuidador y Darmouth Coop que evalúa el estado de salud.

Resultados:

El 60% de cuidadores no presentó sobrecarga, 21.9% sobrecarga intensa y el resto sobrecarga leve. El estado de salud más frecuente fue malo o muy malo en 38.4% y se relacionó con sobrecarga intensa. Los cuidadores con mayor sobrecarga fueron la madre (38.4%), seguida por la nuera (28.5%) y la hija (20.5%). Así también los que tienen de 7-12 meses (30%), que cuidan de cuatro a seis días (22.2%) y los que están las 24>horas (30.3%), también se encontró sobrecarga intensa en los cuidadores con escolaridad básica y secundaria, ocupación campesino, segundo hijo/hija y si vive con el paciente ($p<0.05$). Se encontró correlación positiva estadísticamente significativa (r de Pearson) en las esferas: sentimientos 0.246, actividades sociales 0.310, cambios en la salud 0.313, salud global 0.368, calidad 0.504 y dolor 0.396. En cuanto a la estructura familiar, la nuclear y la familia extensa presentan sobrecarga intensa (26.2% y 18.4%) en comparación con la familia extensa compuesta que tuvo sobrecarga en el 100 por ciento.

Discusión:

Los cuidadores que tienen mayor tiempo de cuidar a sus familiares, con mal estado de salud y la madre son los que mayor sobrecarga tienen. La correlación es positiva: peor estado de salud, peor sobrecarga. Es necesario llevar a cabo programas educacionales para los cuidadores de este tipo de pacientes pues a la larga la salud de éstos se verá deteriorada. Entre más personas apoyen al cuidador, menor es la sobrecarga.

Referencias bibliográficas:

1. Mones J. ¿Se puede medir la calidad de vida? ¿Cuál es su importancia? Cir Esp. 2004; 76 (2): 71-7.
2. Velarde Jurado. MC. Ávila Figueroa C. Evaluación de la calidad de vida. Salud Pública de Méx. 2002; 44 (4): 349-61.
3. Martínez A. Nadal S. Beperet M. Mendioroz P. The schizophrenic and his/her relatives in a process of deep change. Ann. Navarra. 1997; 23(1): 1-8.

4. Jocik Hung Georgina. Rivero Sánchez Bárbara. Ramírez Bello AM. et al. Percepción de sobrecarga en cuidadores de pacientes con demencia. RLG. 2004.
5. Rodríguez MI. Millán Carrasco A. García Calvente MM. Gutiérrez Cuadra P. Gonzalo Jiménez E. López Fernández LA. Cuidadores familiares de personas con enfermedad neurodegenerativa: perfil, aportaciones e impactos de cuidar. Rev Aten Primaria. 2000; 26 (3): 25-34.
6. Muñoz Cobos F. Espinosa Almendro JM. Portillo Strempell J. Benítez Rosario MA. Cuidados paliativos: Atención a la familia. Rev Aten Primaria. 2002; 30 (9): 576-80.
7. Losada A. Knight B. Márquez M. Barreras cognitivas para el cuidado de personas mayores dependientes. Influencia de las variables socioculturales. Rev Esp Geriatr y Gerontol. 2003; 38 (2): 116-23.
8. Argimon JM. Limón E. Abos T. Sobrecarga y calidad de vida de los cuidadores informales de pacientes discapacitados: Rev Aten Primaria. 2003; 32 (2): 77-87.
9. García Calvente MM. Mateo Rodríguez I. Maroto Navarro G. El impacto de cuidar en la salud y calidad de vida de las mujeres. Gac Sanit. 2004; 18 (2): 83-92.
10. Roca Roger M. Úbeda Bonet I. Fuentelsaz Gallego C. López Pisa R. Pont Rivas A. García Viñets L. et al. Impacto del hecho de cuidar en la salud de los cuidadores familiares. Aten Primaria. 2000; 6 (4): 53-67.
11. Flores Lozano JA. Flores Villaverde I. Rodríguez Suárez J. Familia y enfermedad de alzheimer, nuevos horizontes de convivencia. Med Integral. 2003; 41 (13)178-82.
12. Juan C. Los cuidados del enfermo en el final de la vida. Rev Aten Primaria 2003; 65 (1); 1472-7.
13. Vidal Gutiérrez D. Zavala Gutiérrez M. Castro Salas M. Quiroga López Pilar. Klaasen Pinto. G. El significado del paciente con demencia para el cuidador, en una comunidad urbana y rural. Rev Aten Primaria. 1998-1999; 1 (2): 1-9.
14. Argimo Pallas J. ¿Son eficaces las intervenciones de apoyo a los cuidadores con demencia?. Rev Aten Primaria.2004; 33 (2): 67-8.
15. Alonso Babarro A. Garrido Barral A. Díaz Ponce A. Casquero Ruiz R. Riela Pastor M. Perfil y sobrecarga de los cuidadores de los pacientes con demencia incluidos en el programa ALOIS. Rev Aten Primaria. 2004; 33 (2): 61-8.
16. Moral Serrano MS. Juan Ortega J. López Matoses MJ. Pellicer Magraner P. Perfil y riesgo de morbilidad psíquica en cuidadores de pacientes ingresados en su domicilio. Rev Aten Primaria. 2003; 32 (7): 77-83.
17. Artaso B. Gon A. Biurrun A. Cuidados informales en la demencia: predicción de sobrecarga en cuidadoras familiares. Rev Esp Geriatr y Gerontol. 2003; 38 (4): 212-8.
18. Gallart Fernández A. Factores de riesgo del cansancio en el cuidador formal no profesional inmigrante en Barcelona. Rev Administración Sanitaria siglo XXI. 2004; 2 (2): 299-316.
19. González Ortiz MA. Terán Trillo M. Ponce Rosas ER. Sánchez Escobar LE. Salud del cuidador y sus redes de apoyo en una clínica de Medicina Familiar de la Ciudad de México. Arch Med Fam 2003; 5 (2): 47-52.
20. Montorio Cerrato I. Fernández Troconiz MI. López López A. Sánchez Colodron M. La entrevista de carga del cuidador. Utilidad y validez del concepto de carga. Ann Psicología. 1998; 14 (2): 229-48.
21. Seira Lledos MP. Aller Blanco A. Calvo Gascón A. Morbilidad sentida y diagnosticada en cuidadores de pacientes inmovilizados de una zona de salud rural. Rev Esp Salud Pública. 2002; 76 (6): 1135-57.
22. López García GA. Valois Figueroa L. Arias Gomes J. Alonzo Vázquez F. Cárdenas Navarrete R. Villasis Keever MA. et al. Validación del cuestionario Coop-Darmouth para evaluar el estado funcional.

Universitarios sedentarios, un cómodo peligro

Autor: Gloria Luz Noriega Riande
Coautores: Anel Navarrete Villamil, María del Carmen Hernández García

Área de Investigación: Salud Pública
Número de Registro: 2008/21
Tipo de Autor: Docente y Profesional de la salud
Institución: Universidad Veracruzana
Dependencia: Facultad de Nutrición, Veracruz
Año Residencia: 2008
Hospital:
Matrícula/Número Personal: 4099
Teléfono Laboral: (229) 9312003
Email: gnoriega@uv.mx
Email Alternativo: cybermaestra@gmail.com

Argumentación teórica:

Los términos de sobrepeso y obesidad se usan recíprocamente. El primero se refiere a un exceso de peso corporal comparado con la talla el segundo es un exceso de grasa corporal en relación con la talla[1]. Tanto en adultos como en niños, el sobrepeso y la obesidad están asociados con numerosos efectos psicosociales y fisiológicos negativos, que tienen impacto sobre la salud pública. La Organización Mundial de la Salud ha reportado que más de mil millones de adultos tienen sobrepeso y más de 300 millones padecen obesidad[2]. Las tasas de sobrepeso y obesidad han alcanzado proporciones epidémicas en todo el mundo[3]. En México, la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006[4] describió que la prevalencia de sobrepeso fue más alta en hombres (42.5%) que en mujeres (37.4%, 5 pp mayor); en cambio, la prevalencia de obesidad fue mayor en mujeres (34.5%) que en hombres (24.2%, 10 pp mayor). La prevalencia de sobrepeso más obesidad en Veracruz fue de 67% en los adultos mayores de 20 años de edad (66.6% para mujeres y 67.6% para hombres)[5]. La vida sedentaria, la modificación acelerada en patrones de dieta y estilo de vida, junto con una probable susceptibilidad genética propia de poblaciones con origen amerindio, han impactado de forma importante en este aumento en la población mexicana[6].En definitiva, la obesidad y el sobrepeso resultan del desequilibrio crónico

entre la ingesta y el gasto de energía[7]. Entre mayor sea la ingesta calórica en comparación con el gasto de energía, el resultado será un balance positivo de energía y un aumento de peso corporal[8].

Argumentación empírica:

Claude Bouchard, una autoridad mundial en obesidad y control de peso, observó que en este momento no existe un acuerdo común sobre los determinantes específicos de la obesidad y hace énfasis en que numerosos factores están correlacionados con el contenido de grasa corporal[9]. Aunque la herencia predispone a la obesidad, los factores ambientales también están fuertemente involucrados. Wadden y otros, indicaron que el aumento en la obesidad en el mundo entero es atribuible a un ambiente tóxico de alimentos con alto contenido de grasas y azúcares[10].Con el exceso de calorías dietéticas, Melby y Hill indican que es posible que una persona se vuelva obesa con una dieta baja en grasa debido a que el cuerpo se ajusta rápidamente a oxidar el exceso de carbohidratos y proteínas de la dieta para satisfacer sus necesidades energéticas y así economiza el uso de las reservas de grasa. Jacobs y otros también indican que cantidades significativas de grasa corporal se generan por el exceso en el consumo de carbohidratos en la dieta. DiPietro y otros revisores, como Saris, observaron que la actividad física y el ejercicio es un factor importante en la prevención del sobrepeso y la obesidad. Además, De Groot y Van Staveren indican que cuando una persona se vuelve obesa, disminuye su actividad física, lo que establece un círculo vicioso de peso corporal creciente y menos actividad física[11]. Hipócrates dijo: "Todas aquellas partes del cuerpo que tienen una función, si se usan con moderación y se ejercitan en el trabajo para el que están hechas, se conservan sanas, bien desarrolladas y envejecen lentamente, pero si no se usan y se dejan holgazanear, se convierten en enfermizas, defectuosas en su crecimiento y envejecen antes de hora". Platón afirmó: "La falta de actividad física destruye la buena condición de cada humano mientras que el movimiento y el ejercicio físico metódico la salva y la conserva".

Planteamiento del problema:

La problemática creciente del sobrepeso y la obesidad que estamos viviendo día a día afecta a nuestra población y recae en dos factores principales: los malos hábitos alimentarios y el sedentarismo. Dichos factores se encuentran relacionados con el deterioro de la calidad de vida de quienes forman parte y en conjunto cobran un gran número de vidas.

Objetivo general:

Relacionar el Índice de Masa Corporal con el Nivel de Actividad Física en estudiantes de la Facultad de Nutrición, Campus Veracruz, UV.

Metodología:

Tipo de estudio: transversal descriptivo. Universo de estudio: alumnos que presentaron IMC superior a 25. Variables, IMC (Índice de Masa Corporal) y el NAF (Nivel de Actividad Física): Definiciones operacionales. El IMC se obtuvo mediante la fórmula IMC=peso/talla (metros) elevada al cuadrado. Los puntos de corte fueron de 25 a 29.99 para el sobrepeso y mayor de 30 obesidad[12]. El NAF fue estimado a través del Índice Metabólico Equivalente (MET), asignando un múltiplo de la tasa metabólica a cada actividad realizada durante una semana[13]. Recolección de información: los datos de peso y talla fueron obtenidos por exploración física y el NAF a través de la aplicación de un cuestionario[14]. Análisis de la información: con los datos antropométricos se obtuvo el IMC y se clasificó de acuerdo con los puntos de corte sugeridos por la OMS, en el caso de la actividad física, la interpretación de los datos de los cuestionarios se basó en la estimación del índice de actividad física, establecido por la sumatoria de las horas / semana empleadas en cada una de las actividades relacionadas en el Anexo 2 y el índice de sedentarismo, por la sumatoria de las horas / semana de las actividades consignadas en el anexo 3[15].

Resultados:

Se estudiaron 35 estudiantes, 22 mujeres y 13 hombres. La media del IMC fue de 28.70 kg/m^2, La prevalencia de obesidad fue de 17%, mientras de sobrepeso fue de 83%. El 60% de la población reportó sedentarismo. El promedio del NAF en cuanto a la inactividad física, se obtuvieron los siguientes valores promedio: 101.32 hrs/METs/semanales para el índice de actividad y de 116.89hrs/semanales para el índice de sedentarismo.

Discusión:

El sedentarismo se relaciona positivamente con la presencia de IMC por arriba de la normal. La baja participación en actividades deportivas y un gran número de horas sentado a la semana en el trabajo o escuela, son predictores significativos de sobrepeso y obesidad[16].

Referencias bibliográficas:

1. Sánchez Castillo CP et al. Epidemiología de la Obesidad, Gac Med Mex 2004: 40(2).
2. Obesidad: previniendo y manejando la epidemia global. OMS Geneva: WHO. 1998.
3. Obesidad, alimentación y actividad física. Organización Panamericana de la Salud. 2003.
4. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006. Disponible en: http://www.insp.mx/ensanut/
5. Obesidad: previniendo y manejando la epidemia global. OMS.Geneva: WHO, 1998.
6. H.Williams Melvin. Nutrición para la salud, la condición física y el deporte. Mc Graw Hill: 59. 2005.

7. Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud. OMS. Genova: WHO: 55.23. 2004.
8. Martínez González MA. Martínez JA. Hu FB. Gibney MJ. Kearney J. Physical inactivity, sedentary lifestyle and obesity in the European Union. Int J Obes. 1999. 23:1.
9. Chasan Taber S. Rimm EB.Stampfer MJ. Spiegelman D. Colditz GA. Giovannucci E. Ascherio A., Willett WC. Reproducibility and validity of a self-administered physical activity questionnaire for male health professionals. Epidemiology.1996; 7: 81-86.
10. Paffenbarger RS. Wing AL. Hyde RT. Physical activity as an index of heart attack risk in college alumni. Am J Epidemiol.1978:108:161-175.
11. Martínez JA. Kearney JM. Kafatos A. Paquet, S. Martinez González MA. Variables independently associated with self reported obesity in the European Union. Public Health Nutr.1999; 2: 125- 133.

Desarrollo de la aptitud clínica del médico en la atención domiciliaria al paciente diabético durante el servicio social

Autor: Edmon Nayen Fernández
Coautores: Cristina Sabido Sighler, Luis Pereda Torales, Aída Blanco Cornejo, Elizabeth Soler Huerta

Área de Investigación: Salud Pública
Número de Registro: R-2007-3007-10
Tipo de Autor: Docente y Profesional de la salud
Institución: IMSS
Dependencia: Hospital General de Zona UMF 36 IMSS, Veracruz Norte
Año Residencia: 2008
Hospital:
Matrícula/Número Personal: 9798501
Teléfono Laboral: 296 9620393 Extensión: 119
Teléfono Particular: 296 0714897
Teléfono Celular: 2961000753
Email: edmonnf@prodigy.net.mx

Argumentación teórica:

El ciclo de internado de pregrado no es el curso inductor para el desarrollo de un conocimiento en salud de nuestra población; es donde la estrategia educativa continúa privilegiando la memoria y no la reflexión, al llevarse a cabo en un ambiente hospitalario donde el estudiante copia actitudes y conductas de sus tutores sin cuestionarlas, volviéndose rutinarias, desvinculando la teoría de la práctica e ignorando el respaldo de la investigación en la construcción de su propio conocimiento[1-4].

Argumentación empírica:

En el ciclo de internado de pregrado el enfoque que se le da al alumno es de tipo hospitalario, ignora el ambiente comunitario y ademas exige habilidades propias de la especialización. El médico interno se enfrenta a nuevos escenarios en su servicio social, donde existen nuevos problemas qué resolver y los que nunca se plantearon durante su año de práctica en el internado de pregrado, los cuales debe enfrentar sin la tutoría de los profesores[5-10]. Ante el impacto que la diabetes mellitus tiene en la salud de nuestro país, como la enfermedad más incapacitante y ser una de las patologías que con mayor frecuencia enfrentarán los médicos en la comunidad[11-16], en este estudio se propone evaluar la aptitud clínica de los médicos en la atención al paciente diabético bajo la perspectiva de la educación participativa y desde un enfoque comunitario, al inicio y al final de su servicio social, con la premisa de que al enfrentar los problemas comunitarios de los pacientes se desarrollará una aptitud clínica en el manejo de estos problemas de salud.

Planteamiento del problema:

¿Cuál es el nivel de aptitud clínica de los médicos en la atención domiciliaria al paciente diabético antes y después del servicio social en la delegación Veracruz Norte del IMSS?

Objetivo general:

Identificar y comparar el nivel de aptitud clínica de los médicos en la atención domiciliaria al paciente diabético antes y después del servicio social en la delegación Veracruz Norte del IMSS.

Metodología:

Estudio prospectivo, longitudinal y comparativo. Aplicación de un cuestionario validado en un estudio previo que evalúa la aptitud clínica del médico en la atención domiciliaria al paciente diabético con complicaciones crónicas en cinco casos clínicos reales y evaluando siete indicadores (identificación de factores de riesgo, integración de diagnóstico clínico, reconocimiento de datos clínicos y paraclínicos de enfermedad, uso de recursos de diagnóstico, uso de recursos terapéuticos y preventivos, omisión iatropatogénica y comisión iatropatogénica) a través de 175 enunciados. Selección de todos los médicos que realizaron su internado y servicio social en sedes del IMSS durante el 2005-2006. Se utilizó estadística descriptiva con medianas y rangos para el nivel de aptitud en general y por indicador; para la comparación entre sedes se empleó la prueba de Kruskall–Wallis y Wilcoxon para el análisis antes y después de cada sede.

Resultados:

Se incluyeron 45 médicos, 24 (53%) de sexo masculino y 21 (47%) femenino. El promedio de edad resultó de 25.8 años. 17 (37.7%) fueron egresados de la Universidad Veracruzana (UV) campus Veracruz, 14 (31.1%) Campus Xalapa y 14 (31.1%) Campus Poza Rica. Las medianas de la calificación total al inicio fueron de 48 (-3 a 99) y al final de 35 (-4 a 90) con ($p=0.000$). En

cinco de los indicadores también existió diferencias significativas con calificaciones más bajas al final, excepto en los indicadores de uso de recursos de diagnóstico y omisión iatropatogénica existiendo diferencias significativas. Comparando antes y después intrasede, existió mejoría en la sede 1 en el indicador de factores de riesgo y de diagnóstico, y en la sede 4 en el de recursos de diagnóstico; en los demás indicadores todas las sedes bajaron las calificaciones o no existió diferencias significativas. Hubo diferencias significativas al comparar las sedes en la calificación global y en casi todos los indicadores tanto antes como después; con las calificaciones más bajas la sede 1 y la sede 4 con las más altas. En cuanto al nivel de calificación, tanto antes como después, la sede 1 tuvo mayor porcentaje de médicos en nivel azar y la sede 4 fue la única con calificaciones nivel regular y sin calificaciones en nivel azar.

Discusión:

Las calificaciones bajaron o no existió diferencias significativas en la calificación global y por indicador, lo cual se relaciona con la falta de asesoría y supervisión en el aspecto técnico médico, pues en este ciclo se da prioridad a las situaciones administrativas. El nivel de aptitud clínica más bajo resultó en los médicos que realizaron su internado de pregrado en una unidad de tercer nivel de atención, donde tienen menos contacto directo con la atención del paciente y los campos clínicos están orientados a subespecialidades. Los niveles de aptitud más altos los obtuvieron los médicos que realizaron su ciclo de internado en la única unidad con rotación domiciliaria durante dos semanas al año. Esta diferencia de calificaciones se mantiene después del ciclo de servicio social. La mejoría en los indicadores de factores de riesgo y de diagnóstico en la sede 1 y en el de recursos de diagnóstico en la sede 4, se debe a que los médicos se enfrentaron a situaciones clínicas reales con la necesidad de hacerse responsables de las mismas e intentar la resolución empírica de estos problemas con los limitados recursos de las clínicas rurales, ganando en experiencia del conocimiento al enterarse de lo que corresponde a la enfermedad, al padecimiento, a la calidad de vida y por último a las secuelas de los tratamientos[17]; sin embargo, la falta de tutoría sigue siendo preponderante para el desarrollo de la aptitud en este ciclo. Es indispensable encausar desde el ciclo de internado de pregrado a los médicos hacia el enfoque comunitario y el servicio social; no perder de vista la atención del primer nivel y evitar la disgregación de la medicina en las subespecialidades; fomentar una asesoría y supervisión en lo referente a lo médico y no sólo a lo administrativo, para cumplir así con una tutoría médica eficiente en las comunidades rurales.

Referencias bibliográficas:

1. Viniegra Velázquez L. Hacia una redefinición del papel de la universidad en la sociedad actual. Omnid.1990:6(19):49-61.
2. Consejo Chapela C. Viesca Treviño C. Ética y poder: formación de residentes e internos. Rev Med IMSS. 2005; 43(1):1-3.
3. Viniegra Velázquez L. Las gestiones de las instituciones privadas y públicas de salud. ¿Por qué deben ser distintas? Rev Med IMSS 2004; 42 (1): 37-53.
4. Valadez Figueroa IA. Aldrete Rodríguez MG. Alfaro-Alfaro N. Influencia de la familia en el control metabólico del paciente diabético tipo II. Salud Pública Méx. 1993; 35(5):464-470.
5. La vigilancia en salud al nivel de la atención primaria (editorial). Rev Cubana Med Gen Integr. 1995; 11(2):109-11.
6. Rodríguez J. Gerardo E. Pérez P. La atención ambulatoria. El policlínico y el médico de la familia. En: Ramos Domínguez N, Aldereguía Henriques J. Higiene social y organización de la salud pública. La Habana: Editorial Pueblo y Educación. 1987:234-60.
7. Roos NP. Shapino E. Using the information system to assess change: the impact of downsizing the acute sector. Med Care. 1995; 33(12):109-26.
8. Bartel JC. Revised orientation program for ambulatory care. Nurs Manag. 1996; 27(1):40-1.
9. Santacruz Varela J. La familia como unidad de análisis. Rev Med IMSS 1983;21(4):348-357.
10. Sauceda García JM, Foncerrada MM. La exploración de la familia. Aspectos médicos, psicológicos y sociales. Rev Med IMSS. 1981; 19(2):155-163.
11. Sauceda García JM. Psicología de la vida en familia: una visión estructural. Rev Med IMSS. 1991; 29(1):61-68.
12. Rodríguez Morán M. Guerrero Romero JF. Importancia del apoyo familiar en el control de la glucemia en pacientes con diabetes mellitus no insulinodependiente. Salud Pública Méx. 1997; 39(1):44-47.
13. Robles Silva L. Mercado Martínez FJ. Ramos Herrera IM. Alcántara Hernández E. Moreno Leal-NC. Las fuentes de apoyo de los individuos con diabetes en una zona marginal de Guadalajara. México. Salud Pública Méx. 1995; 37(3):187-196.
14. Escobedo De la Peña J. Santos Burgoa C. La diabetes mellitus y la transición de la atención a la salud. Salud Pública Méx. 1995; 37(1):37-46.
15. Viniegra Velázquez L. Los intereses académicos en la educación médica. México. Rev Invest Clín.1987; 39:281-290.
16. Kuri Morales P. Vargas Cortés M. Zárate Herrenan M. Juárez Vergara P. La diabetes en México. Periodismo de ciencia y tecnología. Investigación y desarrollo. Junio 2001.
17. Moreno Altamirano L. Epidemiología y Diabetes. Rev Fac Med UNAM. Ene-Feb 2001:44(2).
18. Viniegra Velásquez L. Qué significa la resolución de un problema clínico. La crítica: aptitud olvidada por la educación. IMSS. México. 2003: 55-79.

Calidad de vida en pacientes con leucemia

Autor: Gloria Mendoza López
Coautores: Santa Leticia Hernández Cruz, Miguel Ángel Villasis Keever

Área de Investigación: Salud Pública
Número de Registro: R-2007-3101-1
Tipo de Autor: Especialidad Médica: Medicina Familiar
Institución: IMSS
Dependencia: Hospital General Regional Orizaba
Año Residencia: 2008
Hospital:
Matrícula/ Número Personal: 99324224
Teléfono Laboral: 012727255465
Teléfono Particular: 015557882710
Email: gloria.mendoza34@yahoo.com.mx

Argumentación teórica:

La calidad de vida es la percepción adecuada y correcta que tiene de sí misma una persona o su familia en el contexto cultural y de valores en que está inmersa, en relación con sus objetivos, normas, esperanzas e inquietudes. Su percepción está influida por su salud física, psíquica, su nivel de independencia y sus relaciones sociales, sobre todo cuando presentan enfermedades crónicas y graves como la leucemia, este padecimiento afecta con mayor frecuencia a niños que a niñas, sus causas son mutaciones genéticas, cambios anormales en los genes de las células sanguíneas. No es contagiosa ni hereditaria. La mayoría de los casos (75 a 80%) son linfoides y el resto mieloides con una proporción de casos de tipo mixto.

Argumentación empírica:

La leucemia es la enfermedad pediátrica maligna más común, afecta aproximadamente a siete millones de niños menores de 15 años de edad en los Estados Unidos, tiene una prevalencia que va de 30 a 39.2% con respecto a los otros cánceres en niños. La leucemia linfoblástica aguda es la más común en los niños, el índice es de tres a cuatro por 100,000 niños con un límite de dos a cinco años (11). Comprende 30% de todas las neoplasias a esta edad, con una incidencia anual de 3.5 pacientes nuevos por cada 100 000 niños. Hasta hace unos años era considerada necesariamente fatal; con los avances en el tratamiento, la sobrevida actual a los cinco años es mayor de 50%, ante esto uno de los aspectos que más preocupa al médico es el bienestar biopsicosocial del niño y su familia. Por lo cual es importante valorar la calidad de vida en estos niños, los cuales experimentan grave sintomatología asociada al tratamiento y además cambios en la dinámica familiar así como deserción escolar. Existen pocos estudios enfocados a este tema, la escala de Karnofsky ha sido utilizada desde 1940, pero tiene serios problemas para aplicarla en niños; Shafer propuso una escala parecida a la anterior, pero sólo mide la disfunción psicopatológica. La escala de Lasky se basa en juegos de acuerdo con la edad, pero tiene el inconveniente de las diferencias socioculturales, por lo cual no se aplica a niños de diferentes paises. En el Hospital de Pediatría del CMNS XXI del IMSS se realizó un instrumento que evalúa el estado funcional de pacientes pediátricos con leucemia y que indirectamente es un indicador de calidad de vida, el cual ya está validado. El APGAR es un instrumento diseñado para evaluar el funcionamiento sistémico de la familia y es útil en la identificación de familias en riesgo como las que tienen un miembro con leucemia. Su empleo en la práctica clínica del médico de familia en México no es generalizada, argumentándose que es un instrumento breve y que la información obtenida para evaluar la funcionalidad familiar es escasa; por ello es necesario utilizar, además del APGAR, otros instrumentos, entre los cuales el más importante se considera el Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales (FACES III). Otro aspecto a evaluar en estos casos son las crisis por las que atraviesa y que se mide con el instrumento de Holmes.

Planteamiento del problema:

¿Cuál es la calidad de vida de niños y adolescentes con leucemia atendidos en el servicio de Hematología del Hospital General de Orizaba (HGRO)? ¿Cuál es la funcionalidad familiar de estos pacientes?

Objetivo General:

1. Determinar la calidad de vida de niños y adolescentes con leucemia. 2. Determinar la funcionalidad familiar.

Metodología:

Prolectivo, transversal, comparativo. Lugar de estudio: Hospital General Regional de Orizaba. Población: pacientes menores de 20 años de edad, adscritos al IMSS con diagnóstico de leucemia que acuden a control al servicio de Hematología. Tamaño de muestra: alfa=95%. Poder: 80%. Prevalencia: 30%. Estimando calidad de vida es menor: 40%. Análisis estadístico: se estimaron frecuencias simples y relativas. Correlación de Spearman entre desempeño y las variables a estudiar. Las diferencias se estimaron a través de x2 y valor de $P < 0.05$ para significancia estadística. Para valorar la calidad de vida se aplicó un cuestionario validado para niños mexicanos en el Hospital de Pediatría de CMNS XXI, mide cinco esferas se califica del 1-4 y se considera buen desempeño con puntaje >35. Los padres de los pacientes fueron encuestados en la CE de Hospitalización previo consentimiento informado; los pacientes que sabían leer y escribircontestaron directamente el instrumento.

Resultados:

La muestra fue de 32 pacientes, todos con leucemia linfoblástica, media edad 9 años (+5), 53% hombres y 47% mujeres. El tiempo de evolución fue de 1-7 años (X 3 +2). El 68% cursaba algún grado escolar, 56% en el NSE medio-bajo de acuerdo con Graffar. En cuanto a la escolaridad de

los padres, 28 y 50% secundaria (padre y madre respectivamente) y a la ocupación 68.8% amas de casa y 34.4% empleado de gobierno. El 100 % tuvo buen desempeño con puntaje medio de 53 (+11), sin embargo hubo diferencias al evaluar cada una de las áreas, vislumbrando modificación en el área escolar como consecuencia de la enfermedad en 28.12% de los pacientes (9/32), en la familiar 18.75% (6/32), en la social 15.62% (5/32), en la médica 12.5% (4/32) y en independencia 6.25% (2/32). Se encontraron diferencias al evaluar edad del niño y escolaridad (P=0.000000), escolaridad del padre y funcionalidad familiar (FACES III) P= 0.06, ocupación de la madre y APGAR (P= 0.0003), estado civil y Holmes (crisis) (p=0.00000).No se evaluó correlación porque todos tuvieron buen desempeño

Discusión:

De acuerdo con el desempeño en las cinco esferas evaluadas, los niños con leucemia cuentan con buena calidad de vida, sin embargo la esfera más afectada es la escolar, pues la mayoría deja de estudiar o se ve mermada por las complicaciones inherentes a la leucemia. El otro aspecto importante es la familia, la cual se ve afectada sobre todo en la adaptabilidad y cohesión al evaluar la escolaridad del padre. El estado civil es importante, sobre todo en los momentos de crisis y la ocupación de la madre en relación con el apoyo de su pareja (APGAR). Sería conveniente utilizarlo de manera cotidiana para conocer en qué esfera está siendo afectado el paciente por la enfermedad.

Referencias Bibliográficas:

1. Parnet S. Childhood Leukemia. JAMA. 2004; 291 (4): 514-6.
2. Juárez Sierra J. Torres Arreola L. Osorio Guzmán M. Calidad de vida del niño leucémico en fase terminal. Bol Med Hosp Infant Méx. 2002; 59 (7): 403-11.
3. Fajardo Gutierrez A. Mejía Arangure J. Hernández Cruz L. Epidemiología descriptiva de las neoplasias malignas en niños. Rev Panam Pública/Pan Am J. Pub Health. 1999; 6 (2): 7588.
4. Mullighan C. Flotho C. Downing J. Genomic Assessment of Pediatric Acute Leukemia. The Cancer Journal. 2005; 11(4): 268-82.
5. Baillargeon J. Langevin A. Lewis M. Obesity and Survival in a Cohort of Predominantly Hispanic Children With Acute Lymphoblastic Leukemia. Journal of Pediatric Hematology. 2006; 28 (9): 575-8.
6. Pacheco M. Madero L. Oncología Pediátrica. Psicooncología. 2003 0 (1):107-16.
7. Becker A. Pronóstico de la vida y secuelas del tratamiento del cáncer en los niños. Rev. Chil Pediatr. 2003; 74 (5): 520-3.
8. Vergara Domínguez B. Cedre Hernández T. Martínez Cárdenas L. Supervivencia y calidad de vida de pacientes con leucemia linfoide aguda. Resultados del Hospital Pediátrico José Luis Miranda. Rev Cubana Pediatr. 2005; 77 (3): 12-4.
9. Kohler J. Radford M. Hospital Topics Terminal care for children dying of cancer: quantity and quality of life. British Medical Journal. 1985; 291(7): 115-6.
10. Rapador. Introducción a la Hematología. Segunda edición: 286-95. Woodliff R. Hermann; Hematología clínica, 133-41.
11. Wright M. Galea V. Barr R. Proficiency of Balance in Children and Youth Who Have Had Acute Lymphoblastic Leukemia. Physical Therapy. 2005; 85(8): 782-90.
12. González Barón M. Matín Jiménez M. El dolor en el paciente oncológico. En: Díaz-Rubio E, Duque Amuso A, García Conde J et al. Tratamiento sintomático del paciente canceroso. Publisalud, S.A. Madrid:1999. 83-103.
13. Navarro S. Calidad de vida: Parámetros de las ciencias de la salud. NFT. 1994; 7:11-2.
14. Contreras J. Definición y áreas de la calidad de vida en Oncología. Oncología. 2005; 28 (3).
15. Schwartzmann L. Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. Cienc Enferm. 2003; 9 (2): 77-93.
16. Velarde Jurado E. Ávila Figueroa C. Evaluación de la calidad de vida. Salud Pública Méx. 2002; 44 (4): 349-361.
17. Velarde Jurado E. Ávila Figueroa C. Consideraciones metodológicas para evaluar la calidad de vida. Salud Pública Méx. 2002; 44 (5): 448-463.
18. Morse E. A review of measures of quality of life for children illness. Arch Dis Chile. 2001; 84: 205-11.
19. Mones J. ¿Se puede medir la calidad de vida? ¿Cuál es su importancia? Cir Esp 2004; 76(2): 71-7.
20. Arraras I. Martinez M. Manterota A. La Evaluación de la calidad de vida del paciente oncológico. El grupo de calidad de vida de la Eortc. Psicooncologia. 2004; 1 (1): 87-98.
21. Lozano-Cortijo L. ¿Qué es calidad total? Rev Med Hered. 1998; 9 (1): 10-21.
22. Salas M. Gabaldon O. Mayoral J. Evaluación y control de síntomas en Oncologia Pediátrica: una necesidad que cubrir y un mundo por descubrir. Psicooncologia. 2004; 1(3-4): 231-50
23. Ladas Elena J. Hawks Ría RN. Taromina K. Evidence for Symptom Management in the Child With Cancer. Journal of Pediatric Hematology. 2006; 28 (9): 601-15.
24. Palma C. Sepúlveda F. Atención de enfermería en el niño con cáncer. Revista Pediatría Electrónica. 2005; 2 (2): 37-43.
25. Vargas L. Cáncer en pediatría. Aspectos generales. Rev Chil Pediatr. 2007; 71 (4): 205-22.
26. Agra Varela Y. Sacristán Rodea A. Pelayo Álvarez M. Relación de la calidad de vida con diferentes modelos de atención domiciliaria en enfermos oncológicos terminales de un área sanitaria de Madrid. 2003; 77 (5): 21-0.
27. Becker A. Pronóstico de vida y secuelas del tratamiento del cáncer en los niños. Rev Chil Pediatr. 2003; 74 (5): 520-329.
28. Battaglini C. Battaglini B. Botaro M. Los efectos del ejercicio físico sobre el cáncer: una revisión. Ef Deportes. 2003; 6130.

Platícame, para decir no a la diabetes en México

Autor: Ma. de Lourdes Malpica Carlín
Coautores: Diana Marquínez Tress,Christian Meredith Hernández Velasco,Guadalupe del Pil

Área de Investigación: Salud Pública
Número de Registro:21404
Tipo de Autor: Docente y Profesional de la salud
Institución: Universidad Veracruzana
Dependencia: Facultad de Nutrición
Año Residencia: 2008
Hospital:
Matrícula/Número Personal: 5578
Teléfono Laboral: 2299312003
Email: lmalpica@uv.mx
Email Alternativo: dianamarquinez@yahoo.com

Argumentación teórica:

En los países en transición como el nuestro, la obesidad está alcanzando proporciones significativas en la población adulta y se asocia con un aumento en la morbilidad de enfermedades crónicas no transmisibles como la diabetes mellitus y las dislipidemias[1,2]. La Encuesta de Salud 2000 (ENSA) reveló que 24% de los adultos padecía obesidad y para el 2006 la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) registró obesidad de cerca de 30% en la población mayor de 20 años (mujeres 34.5%, hombres 24.2%)[3]. El sobrepeso y la obesidad son problemas que afectan aproximadamente a 70% de la población (mujeres 71.9%, hombres 66.7%) entre los 30 y 60 años en ambos sexos. No obstante, entre las mujeres existe un mayor porcentaje de obesidad –Índice de Masa Corporal igual o mayor a 30– que entre los hombres[4,5]. La presencia de obesidad exacerba las anormalidades metabólicas de la diabetes mellitus tipo 2, incluyendo hiperglicemia, hiperinsulinemia y dislipidemia. Aumenta la resistencia a la insulina y la intolerancia a la glucosa. La obesidad contribuye a una elevada morbilidad y mortalidad en los diabéticos[6-8]. En este contexto epidemiológico nacional, la nutrición juega un papel fundamental para incidir en las políticas gubernamentales de prevención y control de la obesidad y sus factores de riesgo, a través de la participación de organismos, instituciones y asociaciones enfocadas al abordaje de este problema de salud pública.

Argumentación empírica:

La Fundación Platícame nace en el año 2000 como una iniciativa del joven Emilio Fernández quien desde entonces ocupa el cargo de presidente al encabezar todas sus acciones. Su objetivo principal es concientizar y educar a la población para decir No a la Diabetes en México, difundiendo contenidos éticos de educación, prevención y control que permitan a las personas alcanzar una mejor calidad de vida. En la medida posible procura apoyar a personas que viven con diabetes y no cuentan con recursos económicos suficientes para su atención médica, para ello se vincula con instituciones de salud públicas y privadas del país. Emilio hizo del reto de vivir con diabetes una gran oportunidad no solamente para el crecimiento propio sino para el servicio a los demás. A la fecha Fundación Platícame ha apoyado a miles de personas con educación y atención médica[12].

Planteamiento del problema:

La obesidad condiciona un riesgo para desarrollar diabetes mellitus, por lo que en este estudio se relaciona el Índice de Masa Corporal con los niveles plasmáticos de glucosa, colesterol y triglicéridos.

Objetivo general:

Determinar la relación existente entre el Índice de Masa Corporal y los niveles plasmáticos de glucosa, colesterol y triglicéridos.

Metodología:

Tipo de estudio: descriptivo, transeccional. Universo de estudio: grupos de población participante durante la campaña 2008 Platícame: vamos por el control, no a la obesidad, no a la diabetes en Veracruz, Veracruz. Variables: IMC y los niveles plasmáticos en ayunas de glucosa, colesterol, triglicéridos. Definiciones operacionales: IMC=peso/talla (metros) elevada al cuadrado. Los puntos de corte fueron de 18.5 a 24.9 normal, de 25 a 29.9 para sobrepeso y mayor de 30 para obesidad.Glucosa: 80–110 mg/dl. Colesterol: menos de 200 mg/dl. Triglicéridos: menos de 150 mg/dl. Procedimientos para la recolección de la información: el peso y la talla fueron obtenidos por exploración física; las pruebas plasmáticas se tomaron con equipo especializado de Bayer Shering. Procedimientos para el análisis de la información: con los datos antropométricos se obtuvo el IMC y se clasificó con los puntos de corte establecidos por la OMS; posteriormente se analizaron los datos plasmáticos y se compararon estadísticamente con el programa SPSS 16.0[13].

Resultados:

La muestra se conformó de 144 mujeres y 13 hombres con un IMC de 3% bajo peso, 16% normal, 37% sobrepeso, 28% obesidad grado I y 16% obesidad grado II. Con respecto a los niveles plasmáticos de colesterol, triglicéridos y glucosa se presentó de la siguiente manera: colesterol normal 27%, en riesgo 15% y alto 55%; triglicéridos normal 32%, en riesgo 22% y alto 46%; y glucosa normal 48% y elevada 52%, destacando que 41% mencionó tener un diagnóstico previo de diabetes mellitus.

Discusión:

La obesidad diagnosticada por medio de IMC condiciona un aumento en la probabilidad de desarrollar DM tipo 2 y dislipidemias (hipercolesterolemia e hipertriglicéridemia)[14]. A la vez que el tejido adiposo es útil para el almacenamiento y liberación de energía produce sustancias activas conocidas como hormonas. Una gran cantidad de la grasa abdominal de "alto riesgo", aumentada en la obesidad, es responsable de niveles anormales de estas sustancias, que interfieren con la función metabólica normal y conducen a un incremento de la glucosa sanguínea y a niveles de colesterol perjudiciales, los cuales aumentan el riesgo de enfermedad cardiaca y diabetes[15]. En este estudio se observa claramente que la obesidad condiciona un factor de riesgo para ocasionar alteraciones metabólicas incluyendo diabetes mellitus así como la síntesis y utilización alterada del colesterol y triglicéridos, considerando también la resistencia a la insulina. Esta intervención académica en el marco de campañas de salud resultan de gran interés para la comunidad médica y el gremio de la Nutriología pues es claro que los problemas de salud pública que se viven actualmente se han convertido en una epidemia de trascendencia mundial y nacional, por ello es necesario abordarlos desde una perspectiva multidisciplinaria y multisectorial.

Referencias bibliográficas:

1. Tapia, R. Obesidad, (capítulo 3). En: el Manual de Salud Pública, 2ª. Edición. México:643 -686. 2006.
2. Casanueva E. Kauffer Horwitz M. Pérez A. Arroyo P. Nutriología Médica. México. Fundación Mexicana para la Salud. 2001: 284.
3. Instituto Nacional de Salud Pública. (2006). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. México. Consultado el 1 de febrero 2007 http://www.insp.mx/ensanut/ensanut2006.pdf
4. Russolillo G. Astiasarán I. Martinez J. Intervención dietética en la obesidad. España. Valoración nutricional en el paciente obeso. 2003: 29-41.
5. Prevalencia de la obesidad en América Latina. En: Obesidad I. 25. (Supl.1). Anales del Sistema Sanitario de Navarra. España. 2002:109-115.
6. Tan CE. Ma S. Wai D. Chew SK. Tai ES. Can we apply the National Cholesterol Education Program Adult Treatment Panel definition of the metabolic syndrome to Asians? Diabetes Care. 2004; 27:1182–6.
7. Ariza, R. El síndrome metabólico cardiovascular y sus otros componentes. Libro de Conferencias Plenarias VI Jornadas Internacionales de Medicina Interna - X Jornadas de Medicina Interna del Litoral Argentino Rosario, Argentina. 2003:17-26.
8. Case C. Palma A. Brito S. Lares M. Pérez E. Factores de riesgo asociados a Diabetes Mellitus tipo 2 en indios Waraos del Delta Amacuro. Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal. Venezuela.2006.
9. Scarsella C. Después J. Tratamiento de la obesidad: necesidad de centrar la atención en los pacientes de alto riesgo caracterizados por la obesidad abdominal. Cuadernos de Salud Pública. RÍo de Janeiro.2003;19(1).
10. Gema Fru¨ Hbeck,1,2 Javier Go´ Mez-ambrosi,2, Francisco Jose´ Muruza´ Bal,3 And Mari´a Angela Burrell "The adipocyte: a model for integration of endocrine and metabolic signaling in energy metabolism regulation". Metabolic Research Laboratory and Department of Histology and Pathology. University of Navarra. Pamplona, Spain.
11. National Center for Health Statistical (NCHS) - Center for Disease Control and Prevention (CDC) 2002 y 2000. Disponible en: http://www.cdc.gov/growthcharts. Consultado el 28 de febrero de 2007.
12. Fundación Platícame. Disponible en: http://www.platicameconemilio.org.mx
13. Programa estadístico SPSS 16.0
14. Salvador R. Caballero E. Fruhbeck G. Honorato JO. Complicaciones de la obesidad. Clínica universitaria de Navarra. España. 2002:41-54.
15. Kershaw EE. Flier JS. Adipose Tissue as an Endocrine Organ. J. Clin Endocrinol Metabol. 2004; 89; 2548 – 2556.

Influencia de la información en el consumo de tabaco

Autor: Nadia Eloisa Dominguez Martinez
Coautores: Irma Gonzalez Prado, María del Carmen Rodríguez Ramirez,Vázquez Brito, Hugo González Ateca

Área de Investigación: Salud Pública
Número de Registro: 1
Tipo de Autor: Estudiante de Licenciatura
Institución: Universidad Veracruzana.
Dependencia: Facultad de Medicina, Cd. Mendoza
Año Residencia: 2008
Hospital:
Matrícula/Número Personal: 0000000
Teléfono Laboral: 01 272 72 6 73 09
Email: joaquin1935@hotmail.com

Argumentación teórica:

En México, casi 68 de cada 100 personas de 18 a 29 años de edad consumió alguna vez tabaco en su vida; 13 millones de personas entre 18 y 65 años de edad que viven en zonas urbanas son fumadoras. El hábito de fumar es un problema de salud pública y causa principal del cáncer broncopulmonar, enfermedades degenerativas de las vías aéreas, además de ser sumamene aditivo. En México, la edad más frecuente que los jóvenes empizan a fumar es entre los 13 y 14 años, y 61% de la población adulta fumadora inicia el hábito antes de alcanzar la mayoría de edad (18 años), de acuerdo con estos datos, en el ámbito universitario ya existe el tabaquismo en muchos estudiantes, por lo que nuestro estudio se basa

en esta fracción de población. En total, 27.7% de la población urbana entre 12 y 65 años fuma y 14.8% es ex fumadora y en particular 27% de los adolescentes varones de entre 12 y 17 años y 17% de las mujeres ha fumado, y 15% fuman diario o casi diario.

Argumentación empírica:

El arma más fuerte para combatir el consumo de tabaco es la información desde el hogar, escuelas y medios de información masiva. Algunos países del primer mundo han logrado tener menos fumadores a causa de este factor.

Planteamiento del problema:

El tabaquismo entre los jóvenes es un gran problema de salud, a pesar de la información disponible. Este conocimiento es sabido entre estudiantes universitarios, quienes aun así ponen en riesgo su vida y de las personas en su entorno. Aquí entra la participación de la información y los factores asociados a ella para analizar la prevalencia que hay entre ésta y el consumo y no consumo del tabaco.

Objetivo general:

Demostrar cómo influye la información para el consumo del tabaco en los estudiantes universitarios.

Metodología:

Transversal, descriptivo y retrospectivo, aleatorio simple de 217 personas en el periodo febrero 2008/agosto 2008 en la Facultad de Medicina de Ciudad Mendoza, Ver. Se aplicó un cuestionario cuyas preguntas tuvieron un determinado valor central de 16 puntos para graficarse de modo que supimos de qué manera influye la información en la vida de un fumador o un no-fumador. Tomamos parámetros que tienen validez para nuestro trabajo, relacionados con el ambiente social, del cual obtenemos la información y vinculándola con algunos otros factores sociales relevantes para su propagación. Recursos humanos: cinco investigadores incluyendo al asesor Dr. Hugo González Ateca. Recursos materiales: lápiz, goma, impresora, fotocopiadora, computadora, juego de reglas, calculadora. Universo de estudio: alumnos inscritos en la Facultad de Medicina de Ciudad Mendoza, Ver. que sean o no fumadoras. No se incluyeron personas no inscritas en la Facultad. Se excluyeron a las personas que no contestaron todas las preguntas del cuestionario así como a quienes respondieron en forma incorrecta. Fueron 217 personas elegidas de un modo aleatorio simple, aportando de cada semestre una cantidad similar de individuos para llevar a cabo el estudio. Variables dependientes: consumo del tabaco; independiente; edad y sexo, de primera información a la que recibió información. Tipo de información: consumo y no consumo. Situación con relación al consumo de tabaco: influencia de familiares fumadores, influencia de medios de comunicación masiva, grado de conciencia, prevalencia del consumo. Relación social: la influencia del círculo social en el que se mueve el individuo. Procedimiento de recolección de datos: fue necesario el uso de Microsoft Excel, el cual a través del conteo automático recopila los datos obtenidos de las encuestas aplicadas, así como elaborar tablas y gráficas. Las encuestas fueron repartidas de una forma aleatoria simple para cada semestre, con un número similar de encuestados para cada semestre.

Resultados:

De 217 estudiantes 87 fueron ex fumadores: 50 hombres (23.04%) y 37 mujeres (17.05%); y 130 (59.91%) resultaron no-fumadores. La prevalencia fue de ($p=0.05$), mayor frecuencia en el sexo masculino en fumadores y sexo femenino en no-fumadores. Todos poseen un grado de información pero en diferente nivel. Los que tenían más información fueron los no fumadores.

Discusión:

De los resultados se infiere que la información anticonsumo influye positivamente en el consumo de tabaco entre universitarios. Más que la familia, los amigos son los que influyen más en las decisiones del individuo tanto en el consumo como en el no consumo. La mayoría de fumadores lo hace por relajación, adicción e imitación. A pesar de que la población tiene conocimiento de los riesgos de fumar, observamos que 35.94% le es irrelevante y fuma o fumaría, lo cual nos muestra una parte de la personalidad de los inviduos en cuanto a tomar decisiones acerca del consumo, es decir una decisión subjetiva. Una propuesta para incrementar el índice de no fumadores es la realización programas destinados a la sensibilización de la población en cuanto a este tópico.

Referencias bibliográficas:

1. Ponciano Rodríguez G. et al. Evaluación del Progrma de Tratamiento para la cesación del Tabaquismo en la clínica de la Facultad de Medicina de la UNAM. Salud Pública Méx. 2007; 49 (2): S247-56.
2. Ponciano Rodríguez G. et al. La escritura emocional como una herramienta para el tratamiento psicológico del tabaquismo. Salud Pública Méx. 2007; 49: 281-288.
3. Arenas Monreal L. et al. Prevalencia de tabaquismo de médicos y enfermeras en los estados de Morelos y Guanajuato. 2002;15:261-5 y 13 referncias más.

Prevalencia y factores de riesgo de depresión en adultos mayores

Autor: Claudia Alicia Vigil Pérez
Coautores: Leoncio Miguel Rodríguez Guzmán, María Isabel Hess Moreno, Santa Leticia Hernández Cruz

Área de Investigación: Salud Pública
Número de registro: R-2008-3105-2
Tipo de Autor: Docente y Profesional de la salud
Institución: Hospital General de Zona No.36. Coatzacoalcos, Ver.
Dependencia: Instituto Mexicano del Seguro Social
Año Residencia: 2008
Hospital:
Matrícula/Número Personal: 11597887
Teléfono Laboral: 019212147520 *Extensión: 124*
Teléfono Particualr: 019222231500
Teléfono Celular: 0449221041777
Email: claudia.vigil@imss.gob.mx
Email Alternativo: cavigil@hotmail.com

Argumentación teórica:

La depresión es el trastorno afectivo y mental más frecuente en personas mayores de 60 años, con una prevalencia de 15 a 20% en la población ambulatoria, pero se incrementa de 25 a 40% en la hospitalizada; predomina en el sexo femenino y la incidencia de casos nuevos es de 13% al año. Se manifiesta generalmente como tristeza, llanto fácil, aislamiento, falta de concentración, trastornos del sueño, labilidad emocional, agitación e ideas suicidas; aproximadamente en 60% de los pacientes la depresión coexiste con ansiedad. El diagnóstico de depresión es básicamente clínico, de acuerdo con los criterios establecidos en la Cuarta Revisión del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM-IV) y la Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10). Existen varias pruebas de escrutinio o tamizaje; entre las más utilizadas en población mayor de 65 años se encuentra la escala de Yesavage, única diseñada exclusivamente para este grupo de edad y traducida al castellano y validada. Su versión está integrada por 30 ítems, tiene sensibilidad de 84 a 86% y especificidad de 95 a 100%, existen versiones acortadas de 15 e incluso cinco ítems, traducidos al español3. La depresión menor y la distimia comportan unos niveles de invalidez y de malestar similares4,5. Al ser la depresión es un padecimiento frecuente en los adultos mayores en el mundol, es importante determinar los factores de riesgo para desarrollar estrategias efectivas de diagnóstico y tratamiento6-8.

Argumentación empírica:

En México, al igual que en otros países, en los últimos años hay un proceso demográfico de envejecimiento, en el cual los ancianos representan cada vez más un porcentaje importante en la composición de la pirámide poblacional. La depresión es uno de los trastornos mentales más frecuentes de la vejez. Sin embargo, una de las características más constantes en el plano mental del hombre que envejece es la pérdida de la alegría. El viejo es un ser triste, pero su tristeza es muy profunda, al menos en la mayoría de los casos, y muchas veces dicho sentimiento no es provocado por un acontecimiento particular o un hecho que aparezca como el detonante, sino por otros sentimientos, difíciles de quitar o de tratar, por ejemplo: un tedio que domine todos los momentos de su existencia; un amargo sentimiento de inutilidad; o esa abrumadora y desesperante soledad, motivada quizá por una sociedad que sólo siente y muestra indiferencia hacia el anciano, pero también por la pobre y corta esperanza de vida que tiene1. En Estados Unidos y en otros países occidentales, los adultos en edad avanzada constituyen el segmento de la población que crece a mayor velocidad. Las enfermedades depresivas contribuyen a desarrollar las enfermedades médicas y la discapacidad en las fases tardías de la vida, además aumentan el riesgo de institucionalización y el riesgo de mortalidad general y de suicidio2.

Planteamiento del problema:

¿Cuál es la prevalencia y los factores de riesgo para depresión en adultos mayores en la consulta externa de medicina familiar del Hospital General de Zona 36?

Objetivo general:

Describir la prevalencia y factores de riesgo para depresión en adultos mayores.

Metodología:

Material y métodos. Estudio transversal realizado en una unidad del primer nivel de atención de consulta externa de Medicina Familiar del Hospital General de zona No. 36 de Coatzacoalcos, Veracruz durante el 2008. Se incluyeron a derechohabientes mayores de 60 años que acudieron por algún motivo a la consulta de medicina familiar, que supieran leer, escribir y no tuvieran algún impedimento. Se aplico la escala de Yesavage y Brink para evaluar depresión y un instrumento diseñado ex profeso para identificar características familiares, actividades recreativas, antecedente de actividad física y comorbilidad con enfermedades crónicas no transmisibles. El análisis se realizó con frecuencias simples, media y desviación estándar.

Nuestras variables de estudio fueron prevalencia y factores de riesgo para depresión en el adulto mayor. El instrumento estuvo conformado por la Escala de Yesavage- Brink en su versión original de 30 ítems teniendo como escala de medición 0-10 puntos No depresión, 11-20 puntos Depresión leve-moderada, >20 puntos Depresión severa; y un instrumento diseñado exprofeso para identificar tipo de familiar con quien convive, actividades cotidianas, antecedente de actividad física y tipo

de enfermedad que presentaba (crónicas no transmisibles). El análisis se realizó con frecuencias simples, media y desviación estándar.

Resultados:

Se incluyeron 94 derechohabientes, predominando el sexo femenino con 52 (55.3%). La media de edad fue de 71.5 y 7.4 años. Un total de 39 (41.5%) se sostenían económicamente ellos mismos y 37.2% vive con hijos. El 52.1% presentaró diabetes mellitus y 45.7% hipertensión arterial. Sólo 5% requiere ayuda de algún familiar para las actividades cotidianas. La prevalencia de depresión leve-moderada fue de 29.8% y severa de 2.1%. Las actividades recreativas más frecuentes fueron de carácter ocupacional como tejer e ir al cine y en tercer lugar, ver television.

Discusión:

La prevalencia de depresión es baja comparada con otros estudios y existe una baja frecuencia de actividad física. Las actividades recreativas que se realizan con mayor frecuencia son de tipo sedentario. Se realizará una intervención ocupacional para quienes presentaron depresión.

Referencias Bibliográficas:

1. Reyes Zubirìa LA. Acercamientos tanatològicos al enfermo terminal y su familia. Primera edición. México. 1996.117-118.
2. Pinquart, Martín. "Tratamientos para las enfermedades depresivas en la vejez: comparación metanalítica de la farmacoterapia y la psicoterapia". Rev Am J Psychiatry (Ed Esp.). Noviembre-diciembre, 2006:9(10).
3. Martinez-Mendoza Verónica Araceli. "Prevalencia de depresión y factores de riesgo en el adulto mayor hospitalizado". Rev Med IMSS. México. 2007; Vol.45 (1): 21-28.
4. Wagner HR. Burns BJ. Brodhead WE. Yarnall KS. Minor depression in family practice: functional morbidity, co-morbidity, service utilization and outcomes.Psychol Med. 2000; 30: 13177-1390.
5. Waern M. Runeson BS. Allebeck P. Beskow J. Rubenowitz E. Skoog I. Wilhelmsson K: Mental disorder in elderly suicides: a case- control study. Am J Psychiatry 2002; 159: 450-455.
6. Castro. Lizárraga. "Factores asociados a la depresión del adulto mayor". Rev Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría. Octubre-diciembre. 2006: 39(4):132-137.
7. Hernández ZZ. Ocurrencia de trastornos depresivos en una población de jubilados. Veracruz, México: Instituto de investigaciones Psicológicas de la Universidad Veracruzana; 2002.
8. -Bello Mariana. "Prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta en México". Rev Salud pública de México.2005.47(1).

Prevalencia de Infección de Vías Urinarias en mujeres embarazadas

Autor: Denisse Alor Montiel
Coautores: Claudia Olivia Hernández Jacinto, Mateo Sebastián Ruíz González

Área de Investigación: Salud Pública
Número de Registro:Rev. por Dep. de Investigación
Tipo de Autor: Estudiante de Licenciatura
Institución: Universidad Veracruzana
Dependencia: Minatitlán
Año Residencia: 2008
Hospital:
Matrícula/Número Personal: S6009212
Teléfono Laboral: 9221311380
Teléfono Particualr: 9221311380 Teléfono Celular: 9221370668
Email: babycrazy696@hotmail.com
Email Alternativo: oli_chivis@hotmail.com

Argumentación teórica:

La Infección de las Vías Urinarias (IVU) es considerada un importante problema de Salud Pública, ubicándose como la segunda causa de infección en los humanos. Las IVU son la complicación más frecuente durante el embarazo constituyendo un riesgo para la madre y el feto, pues predisponen al parto prematuro y rotura prematura de membranas.

Argumentación empírica:

La prevalencia de IVU no es igual en los tres trimestres del embarazo. La prevalencia de IVU es igual en los tres trimestres del embarazo.

Planteamiento del problema:

¿Cuál es la prevalencia de IVU en mujeres embarazadas, en un primer nivel de atención?

Objetivo general:

Conocer la prevalencia de IVU en el embarazo.

Metodología:

Se realizó estudio transversal, observacional, descriptivo; utilizando como universo de estudio a mujeres embarazadas que acuden a la Clínica 18 de octubre de Minatitlán, Ver. en un periodo del 21 de abril al 23 de mayo. Se analizaron expedientes clínicos y exámenes de laboratorio de mujeres embarazadas en cualquier trimestre de gestación que acudieron a la clínica en el periodo establecido. Los datos obtenidos se registraron en una base de datos que posteriormente fueron vaciados al programa Epi Info 6, analizando frecuencias simples y relativas para las variables cualitativas y medidas de tendencia central para las variables cuantitativas; además de un análisis bivariado con las pruebas estadísticas T de Student y Chi Square (Chi2).

Resultados:

Los resultados obtenidos aportaron que de un total de 360 mujeres embarazadas la prevalencia de IVU fue de 15.83%. La media de edad de la población estudiada fue de 23.16 + 5.85 años; de igual modo, la media de semanas de gestación se estableció en el segundo trimestre de embarazo, de manera más concreta 23.7 + 9.53. En relación con el control prenatal de la Clínica 18 de octubre se encontró que del total, sólo 76 mujeres asistían a éste representando 21.1%, y mayoritariamente las mujeres que no asisten son 284 (78.8%). De las 360 mujeres, 84.2% (303) de la muestra no tiene infección de vías urinarias, y 15.8% (57) mujeres sí tienen leucocituria. En lo concerniente a los objetivos del estudio, el trimestre que reportó mayor prevalencia de IVU fue el segundo con una media de semanas de gestación (SDG) de 24.1+8.2; mientras las mujeres que no presentaron IVU tenían una media de SDG de 23.5+9.7. Se reportó una P sin significancia estadística. Por consiguiente la relación existente entre la IVU y edad de las mujeres que la padecían reportó una media de edad de 22. 0+5.6; de la misma manera las mujeres que no presentaron IVU reportaron una media de edad de 23.38+5.8. En cuanto a la presencia de IVU y la relación de asistencia al control prenatal se obtuvo que del total de 360 mujeres embarazadas, 76 asistieron a control prenatal y de las cuales sólo 2 mujeres presentaron IVU y, 74 aparentemente sanas. Por el contrario, las mujeres que no asistieron a control prenatal fueron 284, de las cuales 55 presentaron IVU y 229 sanas. Al analizar los datos, se obtuvo una P=0.003, es decir inferior a lo estipulado para que sea significativo (P=0.005).

Discusión:

Durante un mes, del 21 de abril al 23 de mayo se realizó un estudio de tipo transversal, observacional y descriptivo que incluyó a las embarazadas pertenecientes a la clínica de primer nivel del SSA de la colonia Santa Clara, de Minatitlán, Veracruz. Durante este periodo hubo un registro total de 360 embarazadas, de las cuales se obtuvo una prevalencia de mujeres embarazadas con IUV de 15.83%, la cual supera la prevalencia de 12% que nos señala la bibliografía. Según la distribución de las pacientes portadoras de IVU en el embarazo, se demostró que hay una relación poco significativa entre la edad materna y ésta, pues no corresponde con la literatura encontrada, la cual reporta que la mayor incidencia es entre los 26 y 30 años. Respecto al trimestre al cual se asocia una mayor incidencia de IVU se observó que no existe una correlación marcada con el tercer trimestre de gestación como refieren algunos autores, pues se obtuvieron resultados donde la población estudiada con IVU mayoritariamente pertenecía al segundo trimestre de gestación. En cuanto al control prenatal se encontró que éste ejerce un amplio espectro en cuanto a la reducción de la aparición de IVU en las embarazadas, pues sólo 2 mujeres de un total de 76 embarazadas que asistián a control prenatal presentaron IVU; en comparación con las 55 mujeres que no iban a control prenatal y que presentaron IVU. Es decir, el control prenatal confiere a la mujer en gestación 12.66% menos probabilidades de padecer IVU, pues su mayor incidencia se encontró en las mujeres que no llevaron un control prenatal. Se concluye que la prevalencia de IVU de mujeres embarazadas fue de 15.83%. Siendo en el segundo trimestre en que se encontró una mayor frecuencia de IVU con una media de 24.1+8.2 SDG.

Referencias bibliográficas:

1. Echevarría Zárate Juan. Sarmiento Aguilar Elsa. Osores Plenge Fernando. Infección del tracto urinario y manejo antibiótico. Acta Médica Peruana. Enero-abril 2006; 23 (1) 14.
2. Coronel Carvajal Carlos. Infecciones urinarias recurrentes: Algunos factores de riesgo. Revista Mexicana de Pediatría. Marzo-abril 2003;70 (7).
3. Pastor Sánchez Raimundo. Infección del tracto urinario. El farmacéutico. Enero 2007; 368 (72).
4. Delzell John E . Lefevre Michael L. (February 2000). Urinary Tract Infections During Pregnancy. American Family Physician.February 2000;1(10).
5. Yero Alos Isís.Calvo Dulce. García Milián Ana Julia. Manejo de la infección del tracto urinario . Revista Cubana de Farmacia ISSN 0034-7515.Abril 2005; 1 (7).
6. Lander Gilberto.Venegas Carolina. Essa Hely. Sensibilidad Terapéutica de los agentes etiológicos más frecuentes en Infecciones Urinarias durante el embarazo. Informe médico. 2005; 7(8) 7.
7. Greenberg Nathaniel. Stamler Jeremiah. Zackler Jack. Andelman Samuel . Detection of Urinary Tract Infections in pregnant Women. Comparison of methods. September 1965; 80 (9,7).
8. Quiroga Feuchter Germán. Robles Torres Evangelina. Ruelas Morán Andrés. Gómez Alcalá Alejandro. Bacteriuria asintomática en mujeres embarazadas: Una amenaza subestimada. Rev. Med Inst Mex Seguro Soc , Medigraphic.IMSS. 2007;5 (2): 169-172.
9. Vega Marrero Neité Iris. Saldaña Morales Lizeth D. López Lezcano Leisy.Ventura Combarro Erlys. Castillo Nápoles Telvys.Sardiñas Morejón Zahily . Repercusión materno fetal de la Infección Urinaria asociada al embarazo. Revista de los estudiantes de Ciencias Médicas de Cuba. 2003;16 (21,4)10.
10. Aldama Magnet. Beltrán David.Crespo Garzón E. Ana.Infecciones urinarias en el embarazo, diagnóstico y tratamiento. Obstetricia y Ginecología Hospital Clínico San Carlos. 1997;5:2003-208.
11. Ernesto Ferreira Fidel. Olaya Sandra Ximena. Zúñiga Pedro. Ángulo Mónica. Infección urinaria durante el embarazo, perfil de resistencia bacteriana al tratamiento en el Hospital General de Neiva, Colombia. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología ISSN. Julio-septiembre 2005; 56 (3) 7.

12. Herráiza Miguel Ángel. Hernández Antonio . Asenjo Eloy. Herráiz Ignacio. Infección del tracto urinario en la embarazada. Infección del tracto urinario en la comunidad. 2005; 23 (40):40-46.
13. Mittal Pooja. Wing Deborah A. Urinary Tract Infections in Pregnancy. Clinics in Perinatology. 2005;32:749-764.
14. Robert Berkow. El Manual de Merk de Diagnóstico y Terapéutica. Novena Edición. Grupo editorial Océano 1994.
15. Conde Agudelo Agustín. Villar José. Lindheimer Marshall. Maternal infection and risk of preeclampsia: Systematic review and metaanalysis. Perinatology Research Branch. December 2007:59.
16. Percepción de sintomatología común durante embarazo, puerperio y lactancia. Rev Salud Pública Méx. 1991;33(3):248-258.

Tiempos de respuesta en la Cruz Roja de Minatitlán, Veracruz

Autor: Rogelio Domínguez Moreno
Coautores: Angélica del Rosario Jiménez Domínguez

Área de Investigación: Salud Pública
Número de registro: S06009221
Tipo de Autor: Estudiante de Licenciatura
Institución: Universidad Veracruzana
Dependencia: Facultad de Medicina Minatitlán
Año Residencia: 2008
Hospital:
Matrícula/Número Personal: S06009221
Teléfono Laboral: 9222258641
Teléfono Particular: 9222258641
Teléfono Celular: 9221243471
Email: rogelio_dm@hotmail.com

Argumentación teórica:

Los accidentes representan un problema de salud mundial y constituyen la primera causa de muerte de niños y adultos jóvenes en casi todos los países. Por ello se consideran un problema creciente en términos de años de vida potencialmente perdidos, pues afectan en mayor proporción a las poblaciones de menor edad, aunque los otros grupos también se ven perjudicados.

Argumentación empírica:

En México los accidentes también constituyen una de las principales causas de discapacidad y muerte. El Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, en 1999 informó 35 690 defunciones por accidentes y una tasa de 36.4 por 100 mil habitantes, destacando en el informe las discapacidades que se presentaron en mayores de 20 años y que constituyeron 9.4 %. En un estudio realizado en Cuernavaca, Morelos, el tiempo de espera para recibir atención en los servicios de urgencias tuvo una media de 7.1 minutos.

Planteamiento del problema:

La hora dorada es el tiempo óptimo para atender un paciente traumatizado y asegurarle una mejor sobrevida; inicia desde el momento en que se presenta el trauma hasta la llegada al hospital donde se proporcionará atención definitiva. ¿Cuál es el tiempo de respuesta de los servicios prehospitalarios de la Cruz Roja en Minatitlán, Veracruz?

Objetivo general:

Conocer los tiempos de respuesta de los servicios prehospitalarios de la Cruz Roja en Minatitlán, Veracruz.

Metodología:

Tipo de estudio: observacional, transversal y analítico. Universo:personas que fueron objeto de servicio prehospitalario por parte de la Cruz Roja de Minatitlán, Veracruz. No se incluyeron los que no aceptaron participar en el estudio.Periodo:1 de diciembre 2007 al 30 de enero 2008.Se recopilaron los datos de la hojas FRAP y los datos se analizaron en el programa de análisis estadístico Epi Info, obteniendo frecuencias, medias, T de student y ANOVA. Operacionalización de variables: sexo y edad del paciente (independientes); tiempo de respuesta: minutos en los que la ambulancia llega a determinado lugar (dependiente).

Resultados:

Prevaleció el grupo etáreo de 31-59 años con 42 pacientes (42%), seguido de los grupos de 19-30 años (30%) y de 60-84 años (9%) y por ultimo en menor proporción el de 6-12 años con 6 casos, y una media de 35.41(±18.66). De 100 sujetos, predominó el sexo masculino con 62%, obteniéndose que por cada mujer existen 1.16 hombres. Entre los motivos de atención 85% correspondió a causas traumáticas. En cuanto a los lugares de ocurrencia de las urgencias, 69% fue en la vía pública, 22% en el hogar, 8% en el trabajo y sólo 1% en sitios de recreación y deporte. Los días de la semana los dividimos en fin de semana y entre semana, de los cuales cada uno ocupó 44 y 56% de la atención respectivamente. El momento de llamada se agrupó en mañana (1-8hrs), tarde (9-16hrs) y noche (17-24hrs), de los cuales la mayoría de los servicios fueron requeridos en la noche (55%). En cuanto a los minutos que tardó la ambulancia en salir de la base, la media fue de 3.6±3.35, con una mediana de 2 y un rango de 1 a 20. Asimismo, 87% de las salidas de ambulancias de la base al lugar de los hechos fue de un rango de 1 a 5 minutos. Los minutos que tardó en llegar la ambulancia a la escena tuvo una media de 11.38 ±6.65. En cuanto al tiempo ocupado en la escena por parte del equipo prehospitalario para atender al paciente, obtuvimos una media de 12 minutos±7.19. En cuanto a los minutos ocupados en arribar al hospital desde el lugar de la escena, se encontró una media de 13.15±10. El 95% de los servicios cumplieron con los requerimientos de la hora dorada, con una media de 36.35±15.44 minutos.

El 7% de los pacientes quedó inconsciente, 1% tuvo problemas de la vía aérea y 10% fue catalogado como crítico. Los resultados al cruzar la variable hora de llamada con los minutos utilizados en llegada, escena, hospital y hora dorada, utilizando la prueba estadística Análisis de Varianza (ANOVA), fueron significativos sólo los minutos de escena y el momento de llamada (p=0.024).

Discusión:

Según nuestro estudio encontramos que el rango de 19-59 años fue el más afectado, correspondiendo a 72% de la población, al igual que lo reportado por Adauta y colaboradores. La población más afectada según el sexo fue el masculino con 62%, lo cual se corrobora con los resultados de Illescas, quien reportó 61.29%. Nosotros encontramos que la mayor demanda de servicios entre semana (56%), contra 57.3% de los servicios de fin de semana reportado por Adauta y colaboradores en su estudio. Por último, hacemos una observación al correcto llenado de las hojas FRAP por su importancia legal, médica y epidemiológica. Asimismo, la Cruz Roja debe contar con personal capacitado y asalariado, pues permitirá tener mejores resultados en la atención y la esperanza de vida aumentará.

Referencias bibliográficas:

1. Pinet, Luis. Atención prehospitalaria de urgencias en el Distrito Federal: las oportunidades del sistema de salud. BSc, TUM-P, MSc. http://www.scielosp.org/pdf/spm/v47n1/a10v47n1.pdf
2. Juárez Adauta Salvador. Ávila Burgos Leticia.Atención en servicios de urgencias a pacientes lesionados en vía pública
3. Aguirre Giraldo Mauricio Andrés. Manejo prehospitalario del paciente con infarto agudo de miocardio, archivos de medicina. Facultad de Medicina - Universidad de Manizales
4. Hernández Sanchez Mariela. Garcia Roche René. Valdes Lazo Francisco. et al. Mortalidad por accidentes en Cuba.1987-2002. Rev Cubana Hig Epidemiol. ISSNN 1561-3003. Enero-abril 2003;41(1).
5. Rivera A Estela. El manejo prehospitalario de la crisis hipertensiva. Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica. 2002;10 (1): 27-32
6. Meneses-González. Accidentes y lesiones en cuatro hospitales del Distrito Federal.Salud Pública de México. Septiembre-octubre 1993; 35(5).

Grado de conocimiento y su correlación con la realización de la técnica de lavado de manos en personal de enfermería

Autor: Silvia Nájera Borjas
Coautores: Carolina López Guzmán, Lilibet Ortiz Ramón

Área de Investigación: Salud Pública
Número de Registro: 2007-3104-2
Tipo de Autor: Docente y Profesional de la salud
Institución: Instituto Mexicano del Seguro Social
Dependencia: IMSS
Año Residencia: 2008
Hospital:
Matrícula/Número Personal: 2851695
Teléfono Laboral: 288 88 2 02 88 *Extensión: 1053*
Teléfono Particular: 288 88 2 82 78
Teléfono Celular: 288 88 9 06 19
Email: silnajboj@hotmail.com.mx

Argumentación teórica:

Según investigaciones científicas de los últimos 100 años, se ha probado que lavarse las manos es el modo más eficaz de disminuir las infecciones en las instituciones de cuidado de salud. Sin embargo, en la práctica cotidiana los profesionales de la salud generalmente se lavan las manos con mucho menos frecuencia de lo que deberían[1], como consecuencia de falta de supervisión, carencia de insumos y desapego a procedimientos y técnicas correctas, situación que favorece la transmisión de enfermedades[3]. La mayoría de procedimientos invasivos que se efectúan en los pacientes hospitalizados son realizados por el personal de enfermería, ejemplos: instalación vía venosa periférica y de catéter venoso central, curación de catéter venoso central, aspiración bronquial e instalación de sonda foley[3]. Es imprescindible que todo personal que tenga contacto con los usuarios entienda la importancia de lavarse las manos correctamente[4] al hacerlo.Al lavarse las manos: • Reduce el número de microorganismos infecciosos que están en las manos • Reduce la frecuencia con que los usuarios enferman o mueren por haberse infectado[4]. Es importante mencionar que las personas que no se lavan correctamente las manos, corren el riesgo que durante su jornada laboral se infecten, pues cotidianamente tienen contacto con sangre y líquidos corporales, además de contaminar a sus colegas tocándolos o tocando objetos compartidos que todos utilizan[5].

Argumentación empírica:

Las manos son un medio que recoge microorganismos y transmitirlos generando así infecciones. En general el primero paso para la prevención de infecciones radica en una buena higiene, que incluye el lavado de manos. La mayoría de los trabajadores de la salud no nos percatamos de la necesidad que existe de

un lavado de manos antes y después de cada procedimiento que realizamos.

Planteamiento del problema:

¿Cual es el conocimiento de la enfermera y su correlación con la realización de la técnica del lavado de manos?

Objetivo general:

Determinar el grado de conocimiento y su correlación con la realización correcta de la técnica de lavado de manos en el personal de enfermería. Objetivos especificos: 1.Medir el nivel de conocimientos que posee y emplea la enfermera al realizar la técnica del lavado de manos. 2. Evaluar la habilidad y destreza con que efectúa la enfermera el lavado de manos. 3. Medir la efectividad de la técnica del lavado de manos que realiza la enfermera.

Metodología:

Se realizó un estudio observacional, transversal, y de correlación, siendo la población de estudio enfermeras generales adscritas al HGZ 35 de Cosamaloapan, Veracruz. La muestra se seleccionó con criterios de inclusión de que fueran sólo enfermeras generales y con criterios de exclusión a quienes no quisieran contestar el cuestionario de conocimiento. La muestra estuvo constituida por 37 enfermeras generales. Las variables medidas fueron: nivel de conocimiento, a través de un cuestionario estructurado por ítems de respuesta de opción múltiple. Otra variable fue la realización de la técnica de lavado de manos que se midió a través de una guía de observación, con 12 puntos en total. Además se midió la frecuencia o los momentos en que debería realizarlo. Al final se quiso observar qué tan eficaz era la realización de la técnica del lavado de manos y se tomaron cultivos al personal para verificar bacteria o germen encontrado.

Resultados:

El conocimiento más alto fue de 78% y un minimo de 75%. En la realización de la técnica el máximo porcentaje observado fue de 59% en el turno nocturno y el mínimo es 39%, observado en el turno matutino (técnica inadecuada). En los momentos de realización el mayor porcentaje lo obtuvo el turno vespertino con 52% y el menor el turno matutino con 44%. En la toma de cultivos sólo 5.8% no presentó desarrollo de hongos.

Discusión:

Continúa siendo imprescindible que todo personal que tenga contacto con los usuarios entienda la importancia de lavarse las manos correctamente pues como lo hemos mencionado es el principal procedimiento que se realiza para evitar la diseminación de infecciones de un paciente a otro. Asi mismo la enfermera ejerce diferentes roles fuera del área laboral, con la familia, los hijos, padres, esposos etc., por lo que debe estar conciente que realizar este procedimiento de manera correcta y cuantas veces sea necesario le ayudara a disminuir muchos problemas de salud. Otro punto fundamental que debe mencionarse es la necesidad de mantener uñas cortas, sin esmalte y lubricar las manos de manera continua para evitar resequedad y escoriaciones. La aptitud clínica de la enfermera ante el lavado de manos nos muestra que el conocimiento no determina su realización correcta, pues observamos un buen nivel de conocimientos, con una realización de técnica inadecuada. La habilidad clínica de la enfermera no condiciona la efectividad de la técnica, ya que sólo una enfermera (5.8%) no desarrolló bacterias ni hongos.

Referencias Bibliográficas:

1. Baily Raffensperger Ellen. Lloyd Zusy Mary. Lynn Claire Marchesseault. Neeson Jean D. Enciclopedia de la Enfermería, volumen 1 Ed. Océano Grupo, editorial España 1997.
2. MMWR CDC, Guideline for Guidelines for the Prevention of Intravascular Catheter-Related Infections. August 9, 2002;51(10).
3. B. Palmer Mónica. Manual de Control de Infecciones. Nueva Editorial Interamericana, S.A. de CV. México, DF. 1987.
4. Ponce de León R Samuel. Manual de Prevención y Control de Infecciones Hospitalarias. Volumen 4. Ed. Obsidiana. México, DF. 1997.
5. Revista Desarrollo Científico de Enfermería. México 2002. Enero-febrero 2002; 10 (1).
6. Revista de Enfermería en Pediatría. México 2001; 14 (56): 115-116.
7. Peña Viveros R et al. Conocimientos y conductas del personal de salud sobre el lavado de manos. Revista Mexicana de Medicina de Urgencias 2002; 1 (2): 43-47 .

Relación de sobrepeso y obesidad con el consumo de bebidas edulcorantes y sedentarismo en adolescentes

Autor: Alfredo Martínez Cuevas
Coautores: Leoncio Miguel Rodríguez Guzmán

Área de Investigación: Salud Pública
Número de Registro: 2008-3104-1
Tipo de Autor: Especialidad Médica: Medicina Familiar
Institución: Instituto Mexicano del Seguro Social
Dependencia: HGZ 35, Cosamaloapan, Veracruz
Año Residencia: 2008
Hospital:
Matrícula/Número Personal: 11420707
Teléfono Laboral: 012888870309
Teléfono Particular: 012717122478
Teléfono Celular:711249212
Email: Dr.alfredo_martinezdesan@

Argumentación teórica:

La obesidad es actualmente uno de los principales problemas que enfrenta nuestra población y por ende el sistema de salud mexicano. Es una enfermedad crónica no transmisible que afecta a todos los grupos poblacionales y está íntimamente ligada a las principales causas de morbimortalidad[1], asi como al síndrome metabólico. La Organización Mundial de la Salud (OMS), reconoce al sobrepeso y la obesidad como un problema de salud pública mundial, estimando la existencia de alrededor de 300 millones de adultos obesos en el mundo.

Argumentación empírica:

En la Unidad de Medicina Familiar de Tuxtilla delegación regional Veracruz-Sur, la consulta por parte de los adolescentes es baja, aunque se observada un porcentaje importante de pubertos con sobrepeso y obesidad de acuerdo con Índice de Masa Corporal; asimismo se empieza a otorgar consulta a niños y adolescentes con cifras elevadas de presión arterial. Por tal motivo es necesario realizar ambas mediciones para establecer programas de prevención y control de la obesidad.

Planteamiento del problema:

¿Cuál es la prevalencia de obesidad y su relación con el consumo de refrescos y sedentarismo en estudiantes de secundaria de Tuxtilla, Veracruz?

Objetivo general:

Determinar la relación de la prevalencia de obesidad y el consumo de refrescos y sedentarismo en estudiantes de secundaria.

Metodología:

Se realizó un estudio observacional, transversal de correlación en la Unidad de Medicina Familiar 44, de Tuxtilla, Veracruz, población que por definición sociodemográfica pertenece al área urbana, ya que cuenta con aproximadamente 3 000 habitantes. Periodo del estudio: Septiembre a noviembre del 2007. Universo:estudiantes de la Escuela Secundaria General 4 de Tuxtilla, Veracruz, derechohabiente y no derechohabiente de la UMF mencionada. Criterios de selección/inclusión: aceptaron mediante consentimiento informado por escrito participar en el estudio, ambos sexos, edad entre 12 y 17 años. No inclusión: tuvieron otros tipos de capacidades diferentes (2 adolescentes)no aceptaron participar (1 adolescente)no se encontraron en las visitas realizadas a la Unidad (2 adolescentes) adolescentes con algún trastorno endocrino metabólico (1 adolescente). Criterios de eliminación: se eliminaron de la muestra en la fase del análisis a 2 adolescentes debido a que los cuestionarios de autoaplicación no estaban adecuadamente requisitados. Tamaño y tipo de muestreo: el muestreo fue a conveniencia y se identificó a los 135 estudiantes del plantel escolar, seleccionándose para el estudio 115 alumnos que conformaron 85% del universo poblacional. Operacionalización de variables: Variable dependiente: Índice de Masa Corporal Categoría: 16, 16.5, 20, 30, 40 kg/m2. Escala de medición: originalmente se expresó en escala de razón y posteriormente en escala ordinal como sigue: <18.5 kg/m2=delgadez; 18.5 a 24.99 normalidad; 25 a 29.99 kg/m2=sobrepeso y 30 kg/m2 como obesidad. Variables independientes: consumo de refrescos definición: antecedente semanal de consumo de refrescos de cada adolescente, evaluado en un cuestionario estructurado. Categorías: se determinaron dos situaciones, el antecedente positivo o negativo en los últimos 7 días y el número de refrescos consumidos en dicho lapso. Escala de medición: cualitativa nominal y cuantitativa de razón. Sedentarismo definición: evaluación de la ausencia de ejercicio físico en menos de 3 días en la última semana por un tiempo menor de 30 minutos en cada sesión. Categorías: activo o sedentario. Escala de medición: cualitativa nominal. Edad definición: número de años que refiera el adolescente en un cuestionario autoadministrado. Categoría: 12, 13, 14, 15, 16 o 17 años. Escala de medición: cuantitativa de razón. Sexo definición: característica fenotípica que presenta el adolescente o se identifique en el cuestionario. Categorías: masculino o femenino. Escala de medición: cualitativa nominal. Análisis estadístico: el análisis descriptivo se realizó con medidas de tendencia central (media o mediana) y de dispersión (desviación estándar y rangos) para variables cuantitativas. Para variables categóricas como sexo, lugar de residencia se realizará con frecuencias simples (números absolutos) y frecuencias relativas (porcentajes). En esta misma categorización de variables se utilizó la prevalencia para sobrepeso y obesidad, así como una categorización de la presión arterial para determinar hipertensión arterial. El análisis

bivariado se realizo con t de student de muestras independientes (comparación de medias) y chi cuadrada. La base de datos se realizó en el programa Excell y el análisis en el programa Epi Info versión 6.02. El nivel de significancia aceptado fue menor o igual a 0.05.

Resultados:

Se estudiaron 115 adolescentes. La media de edad de la población evaluada fue de 13.4 ± 1.02 años (rangos 12 a 16 años). La distribución por género fue similar, ya que hubo 58 (50.4%) hombres y 57 (49.6%) mujeres. La media de peso corporal en la población general fue de 54.5 ± 13.2 kilogramos. No hubo diferencias estadísticamente significativas del peso corporal con relación al sexo, pues la media de peso en hombres fue de 55 ± 14.9 Kg, y en las mujeres de 54 ± 11.4 Kg (p=0.6). La media de estatura fue de 1.58 ± 0.08, siendo mayor en hombres 1.6 ± 0.08 y en mujeres 1.55 ± 0.05 metros, (p=0.0001). El antecedente de sedentarismo en los adolescentes fue positivo en 52 (45.2%) y 63 (54.8%) realizaban algún tipo de actividad física como lo reporta la OMS. El antecedente de sedentarismo estuvo presente en 9 (42.9%) del grupo con obesidad y en 43 (45.7%) del grupo sin obesidad.

Discusión:

La muestra del presente estudio es representativa de la mayoría de los adolescentes de la comunidad suburbana de Tuxtilla Veracruz, pues representó a 85% del total de la población adolescente de esta comunidad. Este fenómeno que afecta la salud es prevalente en algunas poblaciones, pero se ha determinado que en China afecta a menos del 5% de la población de áreas rurales. Un estudio realizado en universitarios mexicanos reporta una prevalencia de 18% de obesidad; particularmente un estudio realizado a alumnos de ingreso a la Universidad Veracruzana, región Coatzacoalcos y Minatitlán, reportó una prevalencia de obesidad de 8% y de sobrepeso de 21%[15-17].

Referencias bibliográficas:

1. Rojas Escalante Elio. Problema de salud emergente: La obesidad. Gac Med Méx. 2005; 141:133–139.
2. Comité de estudio Pediátricos. Combatamos la obesidad Infantil para ayudar a prevenir la diabetes. Archivos de Pediatría. 2004; 2:247– 249.
3. Valenzuela Fuenzalida P. El azúcar en la nutrición: obesidad, nutrición y salud. Instituto del estudio del Azúcar y la Remolacha. 2005; 3:178–185.
4. Chávez Laurel A. Flores Nava G. Fisiopatología de la Obesidad en el niño. Hospital General Dr. Manuel Gea González. División de Pediatría. México DF. 2005: 157 –162.
5. Omegaña Teres Francisco. Muro Brussi Manuel . Obesidad, Fisiopatología y tratamiento. Protocolos diagnósticos y terapéuticos en Pediatría. Hospital de neonatología Brasil 2006: 27 – 36.
6. Hoffman R. Benz EJ. Prevención de la obesidad infantil. Hospital Infantil de Livingstone New York. 2004; 414: 1267-1278.
7. Factores etiológicos de la obesidad. En: Tratado de Pediatría Nellson. Ed. Océano. EU. 2003:1730 – 1738.
8. Molina M, Corral Terrazas M. La obesidad hoy, develando ciertos enigmas, revelando otros. Sal Pub Méx 2003;43:135-142.
9. Benítez Aranda Herminia. Prevención del sobrepeso y la obesidad. Hospital de Pediatría, Centro Médico Nacional Siglo XXI. Programa de Actualización Continua en Pediatría.
10. Villalpando S. Shamah Levy T. Mundo V. Las causas de la obesidad en adolescentes. Sal Púb Méx 2007;49:270-272.
11. Vázquez Molina ME. Corral Terraza M. El consumo saludable de bebidas: una herramienta para combatir la obesidad. Sal Púb Méx. 2003;43:402-407.
12. Baptista González Héctor A. Barrera Reyes René. Fisiopatología de la Obesidad. Bol Méd Hosp Infantil Méx. 2004; 61:9-18.
13. Lovella Blanco Adriana. Rodríguez Sara. Obesidad en el adolescente. Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Nutrición y Salud. ALAN 2003; 5:1-10.
14. Serra Majem Lluis et al. Obesidad Infantil y juvenil en España. Depto. de Ciencias Clínicas. Universidad de las Palmas de Gran Canarias. España 2003.
15. Informe estadístico. Sal Pública Méx. 2003;45:676-678.
16. Moreno San Pedro E et al. Estudio piloto sobre la prevalencia de obesidad en universitarios mexicanos y hábitos de salud relacionados. Int J Psych and Psic Therapy. 2004;4:623-638.
17. Prevalencia de sobrepeso y obesidad en universitarios. Documento interno. Facultad de Medicina, Universidad Veracruzana, Campus Minatitlán. México 2006.
18. Romero Velarde E. Campollo Rivas A et al. Hábitos de alimentación e ingestión de calorías en un grupo de niños y adolescentes obesos. Bol Méd Hosp. Infan Méx. 2006;63:
19. Flores HS. Acosta CB. Rendón MME. Klünder KM. Gutiérrez. Consumo de alimentos saludables o con riesgo para la salud. Rev Med IMSS. 2006; 44 (1).
20. Carr DB. Utzschneider KM. Boyko EJ. Asberry PJ. Hull RL. Kodama K et al. A reduced-fat diet and aerobic exercise in japanese americans with impaired glucosa tolerante decreases intra-abdominal fat and improves insulin sensitivity but not cell function. Diabetes 2005; 54:340-347.
21. Katzel LI. Bleecker ER. Colman EG. Rogué EM. Sorkin JD. Goldberg AP. Efectos de la pérdida de peso y del ejercicio aerobio sobre los factores de coronariopatía en varones sanos y obesos de edad media y avanzada. JAMA. 1995;274:1915-1921.
22. Ross R. Janssen I. Dawson J. Kungl AM. Kuk JL. Wong SL et al. Exercise-induced reduction in obesity and insulin resistance in women: a randomized controlled trial. Obes Res. 2004;12:789-798.
23. Seclén Palacín JA. Jacoby ER. Factores sociodemográficos y ambientales asociados con la actividad física deportiva en la población urbana del Perú. Rev Panam Salud Pública. 2003;14:255-264.

24. Hernández B. De Haene J. Barquera S. Monterrubio E. Rivera J. Shamah T. Factores asociados con la actividad física en mujeres mexicanas en edad reproductiva. Rev Panam Salud Pública. 2003;14:235-245.
25. Duttom GR. Johnson J. Whitehead D. Bodenlos JS. Brantley PJ. Barriers to physical activity among predominantly lo.

Participación social para una educación saludable

Autor: Alicia Iraís Portillo Cancino
Coautores: Issa Ramírez González, Óscar Takahashi Velásquez, Silvia López Hernández, Tlalli Saavedra Álvarez

Área de Investigación: Salud Pública
Número de Registro:004
Tipo de Autor: Estudiante de Maestría
Institución: Instituto de Salud Pública
Dependencia: Universidad Veracruzana
Año Residencia: 2008
Hospital:
Matrícula/Número Personal: S07016854
Teléfono Laboral: 8418933
Teléfono Celular: 2281289240
Email: airais_83@yahoo.com.mx

Argumentación teórica:

El Programa Intersectorial de Educación Saludable (PIES) busca mejorar las condiciones de salud y entorno de los escolares a través de la coordinación intersectorial del Sector Salud y Educativo, con apoyo de otros organismos y la participación social. Dicho programa considera cuatro líneas de acción: educación para la salud; prevención, detección y referencia de casos; promoción de ambientes escolares saludables y seguros; y participación social. Esta última es un elemento central en el desarrollo de estrategias para alcanzar el bienestar. Ello se constata en documentos rectores que explicitan la importancia de la participación social en la promoción de la salud, estableciendo que en ésta no se debe nignorar las necesidades de las comunidades, sino promover la participación en las decisiones que afectan su vida. Ante la importancia y necesidad de participación social, autores como Paulo Freire expresan que "el educando debe entender su propia realidad como parte de su actividad de aprendizaje, pensar una realidad y actuar sobre ella". Rodríguez Gabarrón, reconocido en el desarrollo de la metodología Investigación Acción Participativa (IAP), dice que su finalidad es producir conocimiento con base en reflexiones de experiencias colectivas dadas por la comunidad. El sustento teórico de la participación social converge con el fortalecimiento de las Funciones Esenciales de la Salud Pública, específicamente: promoción de la salud, participación social y empoderamiento de los ciudadanos.

Argumentación empírica:

Se han empleado metodologías participativas en la promoción de la salud en diferentes ámbitos comunitarios. Carvajal presenta una estrategia metodológica para desarrollar la promoción de la salud en las escuelas cubanas desde el proceso pedagógico. Sus resultados reportaron que las personas de la comunidad escolar "no participan activamente en el proceso de identificación de necesidades y la elaboración de los planes de acción para satisfacerlas". Abrantes-Pêgo estudia "la complejidad de la articulación entre poder público y población usuaria de los servicios de salud en Brasil" con metodología cualitativa de los Grupos Ejecutivos Locales. Los resultados expresan que visualizar la salud como un "problema social posibilita la movilización de diferentes grupos sociales". Rodríguez L., usando metodología IAP, reporta el trabajo "Educación participativa y desarrollo humano pluricultural" realizado en el municipio de Chicontepec Veracruz; sus conclusiones arrojan que se necesita diseñar y crear espacios para la relación y el intercambio de experiencias entre diferentes comunidades, para fortalecer el conocimiento como práctica permanente.

Planteamiento del problema:

Se detectó que en algunas escuelas del área de responsabilidad de la Jurisdicción Sanitaria V, el PIES no involucra a la comunidad escolar, pese a que la participación social es un eje importante para su funcionamiento y una de sus cuatro líneas de acción.

Objetivo general:

Implementar la metodología IAP para promover la participación social en el proceso de aplicación del PIES.

Metodología:

Tipo de estudio: cualitativo, porque trabaja con la voz de los sujetos respecto del fenómeno. Universo de estudio: escuela primaria 1º de Mayo de la localidad de El Tronconal, municipio de Xalapa, Ver., que se encontraba en proceso de certificación, lo cual permitió conocer la participación social de la comunidad escolar durante dicho proceso. Variables o categorías: nivel de participación social, definiéndola como el proceso social en el cual grupos específicos, que comparten alguna necesidad, problema y viven en una misma comunidad, tratan de identificar esas necesidades o problemas y adoptan decisiones para atenderlas. Categorizada de acuerdo con López de Ceballos P. en nivel periférico cuando la comunidad escolar participa porque se les ha designado; por decisión cuando la comunidad participa porque decide hacerlo y por sentido de la acción cuando comprenden el porqué de su participación y lo hacen convencidos. Procedimientos para recolectar información y de análisis:a través de la IAP y el uso de entrevistas y observación se exploraron

e identificaron las necesidades y problemas de salud de la comunidad y se reconocieron los niveles de participación. Se siguieron las etapas propuestas por López de Ceballos y Hernández Landa L.: conocimiento del medio o elección del tema de investigación acción. Estructuración de la metodología: se partió de las experiencias de las personas que integran la comunidad escolar (docentes, madres de familia y estudiantes). Elaboración de instrumentos: se diseñaron guías de temas, de observación y se apoyó el registro de las actividades con cámaras de video y fotográfica. Totalización y análisis: se realizó el análisis de los resultados obtenidos en cada fase del proceso. El plan de evaluación se realizó siguiendo los puntos que establecen Cohen y Franco de temporalidad permanente, interna, participativa y cualitativa.

Resultados:

Poner en marcha la IAP para promover la participación social en la aplicación del PIES. Los participantes expresaron sus problemas y necesidades, los analizaron y buscaron soluciones. Conformar grupos de trabajo (docentes, madres de familia y estudiantes). Cambios en los niveles de participación; de periférico a por decisión en cada grupo.

Discusión:

Se alcanzó la participación social con la comunidad escolar porque identificaron sus problemas y necesidades; definieron prioridades y formularon propuestas para trabajar en cada una de las líneas de acción establecidas en el PIES. Antes de este proyecto la comunidad escolar no participaba activamente en el proceso de identificación de necesidades ni en la elaboración de los planes de acción para satisfacerlas, como lo muestra Carvajal en la experiencia de las escuelas cubanas. Como sucedió con la experiencia brasileña, se comprobó que en la participación social en salud es posible recuperar la historia social y cotidiana, el conjunto de demandas y necesidades en salud, así como conocer las dificultades y contradicciones presentes. Se comprobó que al aplicar la IAP, con sus principios básicos, se logra una visión crítica y totalizadora que lleva al fortalecimiento de las diferentes líneas de acción del PIES.

Referencias bibliográficas:

1. Freire P. Pedagogía de la Autonomía. Brasil; Paz e Terra. 2004. ISBN 85-219-0243-3.
2. Rodríguez L. Educación participativa y desarrollo humano pluricultural. 1ª ed. México: Editora de Gobierno del Estado de Veracruz. 2007: 26.
3. Muñoz F. López Acuña D. Halverson P. Guerra C.Hanna W. Larrieu M et al. Las funciones esenciales de la salud pública: un tema emergente en las reformas del sector de la salud. Rev. Panamericana de Salud Pública.
4. Carvajal CA. Estrategia metodológica para desarrollar la promoción de la salud en las escuelas cubanas. Rev Cub De Salud Pública. 2007; 33(2). [Citado 2008 mayo 24]Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662007000200010&lng=es&nrm=iso. doi: 10.1590/S0864-34662007000200010.
5. Abrantes R. Participación social en salud: Un estudio de caso de Brasil. Salud Pública Méx.1999. 466-74p. [Citado 2008 mayo 07]. Disponible http://bvs.insp.mx/harticulo.php?id_art=657&id_programa=6&id_seccion=20 .
6. Cohen E. Franco R. Evaluación de proyectos sociales.1ª ed. México,D.F.; Editorial Siglo XXI.1992: 109-15.

Grado de estrés en adolescentes con embarazo no planeado

Autor: Francisco Javier Carrasco Arreola

Área de Investigación: Salud Pública
Número de Registro: R-2006-3104-7
Tipo de Autor: Especialidad Médica: Medicina Familiar
Institución: Instituto Mexicano del Seguro Social, HGZ. C/MF. 3
Dependencia: Veracruz Sur
Año Residencia: 2008
Hospital:
Matrícula/Número Personal: 11287624
Teléfono Laboral: 2878764025
Teléfono Celular: 2881040519
Email: franjca@hotmail.com

Argumentación teórica:

Según cifras provenientes del Fondo para la Población de las Naciones Unidas, el embarazo en la adolescencia representa poco más de 10 % de todos los nacimientos en el mundo. En Estados Unidos se presentan anualmente más de medio millón de embarazos en adolescentes; para 1996, en Canadá se embarazaron alrededor de 40 mil adolescentes; en Europa las cifras corresponden a Alemania y Gran Bretaña. Para 1989, en México se reportó una proporción de adolescentes de 15 a 19 años, casi la cuarta parte de la población nacional, con cerca de medio millón de embarazos anuales[37].Durante el 2006, en el Hospital General de Zona 35, de Cosamaloapan Ver., se atendieron en consulta un total de 235 mujeres embarazadas de las cuales fueron 71 adolescentes (30.2%), en edad de 10-19 años y representaron 3.7% de las 1501 mujeres adolescentes adscritas a esta unidad; cifras que nos indican que ocurre dicho evento en esta zona de manera activa y con un porcentaje que sobrepasa la tendencia en que ocurre en la República Mexicana (12.5%), o en el mismo estado de Veracruz (18.9%). Existen múltiples formas y métodos de identificar el estrés en el embarazo en estudios transversales, uno de ellos es la "Escala de Reajuste Social" de Holmes-Rahe, con una lista

de 43 situaciones cotidianas, valoradas durante los últimos 12 meses de vida de cada paciente y que servirán para diferenciar el grado de estrés en nuestro grupo de estudio.

Argumentación empírica:

El embarazo comprende un suceso vital mayor, puesto que lleva un cambio muy significativo en el contexto individual, familiar y social, con abandono y/o creación de redes sociales; provocando sentimientos de ansiedad, incertidumbre, pérdida de control y de estatus social, reducción del apoyo social percibido y desafíos diversos que crean diversas estrategias de afrontamiento. Además se asocia a quejas psicosomáticas y malestar interpersonal y relacionándose con el desarrollo de diferentes estados psicopatológicos y la aparición de sucesos menores. Sumándole a esto, la difícil edad de la adolescencia y el resto de sucesos vitales que ocurren durante 12 meses previos a un embarazo no planeado, hacen necesario el conocimiento del grado de estrés de una adolescente. El análisis completo por parte del medico familiar de un paciente, tanto en estado aparente de salud, enfermedad o de forma pronóstica, es indispensable para entender de manera verdadera el porqué de su situación actual de salud.

Planteamiento del problema:

¿Cuál es el grado de estrés en adolescentes con embarazo no planeado adscritas al Hospital General de Zona/UMF 35 del IMSS de Cosamaloapan, Veracruz?

Objetivo general:

Determinar el grado de estrés, utilizando la escala de Holmes y Rahe, en las adolescentes con embarazo no planeado, adscritas al Hospital General de Zona/UMF 35 del IMSS de Cosamaloapan, Veracruz.

Metodología:

Se realizó un diseño de estudio transversal, descriptivo, prospectivo y observacional. El universo de trabajo fue el total de mujeres embarazadas en la adolescencia (por definición operacional entre los 10 a los 19 años de edad) y derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social. Fueron detectadas al acudir a consulta médica de primera vez, en los turnos matutino y vespertino de medicina familiar, y consultorio de enfermera materno infantil y obstetricia, adscritas al Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar 35 (HGZ C/UMF 35) del IMSS de Cosamaloapan, Veracruz. Periodo del estudio: enero a diciembre del 2006. No se excluyó a ninguna de las mujeres seleccionadas. Edad: intervalos de 10 a 13 años, 14 a 16 años y de 17 a 19 años. Nivel socioeconómico: bajo, medio y alto. Estado civil: soltera, unión libre, casada, viuda y divorciada. Escolaridad: analfabeta, primaria, secundaria, bachillerato, licenciatura o carrera técnica. Ocupación: ama de casa, empleada o estudiante. Religión: católica, cristiana, testigo de Jehová, mormón, pentecostés y otros.Semanas de gestación: 1er. trimestre (de la 1ª a la 13ª semana de embarazo), 2o. trimestre (de la 14ª a la 27ª semana de embarazo) y 3er. trimestre (de la 28ª a la 42ª semana de embarazo). La presente investigación está clasificada como riesgo leve; se ajustó a las normas éticas de la Ley General de Salud en la República Mexicana, en materia de investigación en su artículo 117 fracción 2da., para estudios de investigación en seres humanos. Normas éticas del Instituto Mexicano del Seguro Social: carta de consentimiento informado de las adolescentes participantes y de sus familiares como testigos para ser encuestados; normas internacionales de investigación plasmada en la Declaración de Helsinki, con modificación en el congreso de Tokio, Japón en 1983, como de bajo riesgo ya que sólo se limita a estudio observacional. La información se capturó en el programa de computación Excel. Se consideró variable dependiente el grado de estrés según los valores establecidos por los autores de Holmes y Rahe con una escala ordinal clasificada de: A) o-149: no existen problemas importantes; B) 150-199: grado de estrés leve; C) 200-299: grado de estrés moderado; D) 300: grado de estrés grave. El análisis se realizó en una etapa descriptiva con frecuencias simples (números absolutos) y frecuencias relativas (porcentajes).

Resultados:

Con un porcentaje de frecuencia por su grado de estrés: grave 25% (18 adolescentes); moderada en 34% (24 adolescentes); intensidad leve en 23% (16 adolescentes); y sin ningún grado de estrés en 18% (13 adolescentes).

Discusión:

El grado de estrés con mayor grado de ocurrencia en las adolescentes, pertenecientes a nuestra investigación, resultó ser el moderado. El grupo etáreo identificado se encuentra en los linderos de la etapa adulta. El predominio en el nivel socioeconómico fue el medio. El grado de escolaridad en que se presentaron más embarazos correspondió a los años del bachiller. Las labores predominantes fueron las del hogar. La religión, con mayor número de adolescentes, resultó ser la católica. El trimestre del embarazo en que acudieron a consulta médica de control de primera vez, con un mayor porcentaje de ocurrencia, correspondió al tercer trimestre.

Referencias bibliográficas:

1. Huerta GJL. Programa de actualización continua en Medicina Familiar. Colegio Mexicano de Medicina Familiar. Sistema Inter. 1999; 1(4): 5- 30.
2. Irigoyen CA. Diagnóstico Familiar. México. Medicina Familiar Mexicana. 2000: 185-188

3. Taylor R. Family Medicine. Principles and Practice. 5th edition Springer-Verlag. Ibérica Barcelona. 1999; 5: 29-34
4. Doherty WA, Campbell TL. Families and health. Beverly Hills, CA: Sage. 1988: 125-132
5. Doherty WJ, et all. Family medicine: the maturing of a discipline. New York: Haworth. 1987: 160-178
6. Zervanos N. A century of medical educational reform: family practice, a specialty whose time has come. Fam Med. 1996; 28: 144-146.
7. Stern C. El embarazo en la adolescencia como problema público: una visión crítica. Salud Pública México. 1997; 39:137-143.
8. Muñoz Chereau B et al. Una perspectiva integradora del embarazo adolescente: la visita domiciliaria como estrategia de intervención. Revista de Psicología, Universidad de Chile. 2001; 10 (1): 21-34.
9. Frenk Mora J. Prevención del embarazo no planeado en los adolescentes. Secretaría de Salud. México 2002; 2: 33-38.
10. Núñez Rivas H. Rojas Chavarría A. Prevención y atención del embarazo en la adolescencia en Costa Rica, con énfasis en comunidades urbanas pobres.1998.
11. Santos Preciado JI. La transición epidemiológica de las y los adolescentes en México. Salud Pública México. 2003; 45: 140-15.
12. Jacobo Yamada D. Salud sexual y reproductiva en adolescentes del área rural. Revista Médica del IMSS. México. 2002; 40 (2):137-143.
13. Stern C. Vulnerabilidad social y embarazo adolescente en México. Universidad Autónoma del Estado de México. 2004; 39: 129-158.
14. Alatorre Rico et al. El embarazo adolescente y la pobreza en mujeres pobres. Salud y Trabajo. México. 1998: 13-30.
15. Díaz Sánchez V. El embarazo de las adolescentes en México. Gaceta Médica. México. 2003; 139: 23-28.
16. González Garza C. Perfil del comportamiento sexual en adolescentes mexicanos de 12 a 19 años de edad. Resultados de la ENSA 2000. Salud Pública México. 2005; 47: 209-218.
17. Zúñiga D. Tendencias recientes del embarazo adolescente en México. Embarazo en adolescentes. Avances y Retos. CONMUJER/SEGOB. 2000: 18–23.
18. Pérez Palacios G. El modelo universitario de salud sexual y reproductiva: ¿Quo Vadis México?. Gaceta Méd Méx. 2003; 139: 27-31.
19. Gans GE. McManus MA. Newacheck PW. Adolescent health care: use, costs and problems of access. Chicago. America Medical Association Profiles of Adolescent Health. 1991. 6: 9-21.
20. Millstein SG. A view of health from the adolescent's perspective. In: Millstein SG. Peterson AC. Nightingale EO0. (editors). Promoting the health of adolescents: new directions for the twenty-first century. New York. Oxford University Press. 1993: 97-118.
21. Perea Martínez A. Medicina para adolescentes: razones, necesidades y propuestas para desarrollarla. Acta Pediatría. México. 2006; 27:213-222.
22. Díaz-Sánchez V. El embarazo de las adolescentes en México, Academia Nacional de Medicina de México. A.C. Gaceta Médica de México. Julio-agosto 2003; 139 (1): 23-32.
23. Cegarra A. Características socioeconómicas familiares y psicosociales de la embarazada adolescente. Medicina Familiar. Caracas. Julio-diciembre 2001; 9 (2):112-116.
24. Brindis C. et al. Las comunidades responden al desafío de la prevención del embarazo de adolescentes. Mejora del acceso de los adolescentes a los métodos anticonceptivos. Serie de Advocates for Youth. 2001; 4: 1-16.
25. Moya C. Los hechos, la salud sexual y reproductiva de los jóvenes en América Latina y El Caribe. Advocates for Youth. Abril 2002: 43-52.
26. Langer A. El embarazo no deseado: impacto sobre la salud y la sociedad en Amér.

Aptitud clínica del médico interno de pregrado en la atención de pacientes con dengue

Autor: Leoncio Miguel Rodríguez Guzmán
Coautores: Armando Molina De la O, Aarón Galán Cobos, Arturo Aguilar Ye

Área de Investigación: Salud Pública
Número de Registro: 3503-4
Tipo de Autor: Docente y Profesional de la salud
Institución: Instituto Mexicano del Seguro Social
Dependencia: Hospital General de Zona 35
Año Residencia: 2008
Hospital:
Matrícula/Número Personal: 7210167
Teléfono Laboral: 288 88 2 02 88
Teléfono Particular: 922 22 1 29 19
Teléfono Celular: 922 11 3 24 04
Email: leonciomigue@hotmail.com
Email Alternativo: rleoncio_miguel@hotmail.com

Argumentación teórica:

El dengue es una enfermedad aguda, transmitida por el mosquito del género Aedes y causada por alguno de los cuatro serotipos existentes; se considera un problema de salud pública por su magnitud y trascendencia[1,2]. Entre el 2005 y 2007 en Veracruz hubo epidemias de la enfermedad, donde se aislaron varios serotipos. La complejidad de los casos clínicos, las características de los brotes epidémicos de la enfermedad, patogenicidad del virus, serotipo circulante y susceptibilidad de la población, aunado a la estructura en salud existente constituyen un reto para el profesional de la salud en la atención de pacientes con dengue. La aptitud clínica es definida como la actuación del médico ante situaciones clínicas problematizadas incluye reflexión, discriminación entre alternativas, elección y decisión entre las opciones involucrando el criterio propio del médico. Sin embargo, se observa una baja participación y habilidades de profesionales

de la salud sobre todo en etapas de formación, identificándose un enfoque pasivo y receptivo para la obtención del conocimiento[3,4]. Por otra parte, el ejercicio de la medicina se encuentra en una situación en la cual los educadores sólo responden parcial o improvisadamente ante una realidad determinada, así se ha favorecido lo que se denomina fragmentaciónde la actividad médica[5].

Argumentación empírica:

No se identifican estudios publicados de investigación educativa que hayan evaluado las habilidades de los médicos internos de pregrado en la atención de pacientes con dengue y sus diferentes variantes clínicas.

Planteamiento del problema:

¿Cuál es el grado de aptitud clínica y factores asociados de médicos internos de pregrado en la atención de pacientes con dengue?

Objetivo general:

Evaluar la aptitud clínica y factores asociados de médicos internos de pregrado en la atención de pacientes con dengue.

Metodología:

Se realizó un estudio transversal, comparativo y prolectivo en Médicos Internos de Pregrado (MIPS) de unidades de segundo nivel ubicadas en Cosamaloapan, Minatitlán y Coatzacoalcos, Veracruz. La muestra inicial fue de 61 MIPS y se eliminaron cuatro debido a que no completaron la evaluación. Se incluyó a quienes aceptaron, mediante consentimiento informado, participar. Para estimar la aptitud clínica se construyó un instrumento con cinco casos clínicos reales con los siguientes indicadores clínicos: a) reconocimiento de factores de riesgo; b) reconocimiento de signos y síntomas; c) indicador de recursos diagnósticos; d) indicador de recursos terapéuticos; e) indicador de vigilancia epidemiológica; y f) interpretación fisiopatológica. El instrumento fue validado mediante ronda de cuatro expertos. La versión final constó de 159 preguntas. Para fines comparativos se agrupó a los MIPS en dos zonas de servicios médicos, identificada como A para quienes rotaron en sedes de Minatitlán o Coatzacoalcos y B a quienes rotaron en sedes hospitalarias de Cosamaloapan. Otra comparación se realizó de acuerdo con la institución, promedio escolar, número promedio de pacientes con dengue observados y autopercepción de competencia para atender pacientes con dengue, con opciones de respuesta: desde nada competente a muy competente. El análisis se realizó con la prueba Kuder-Richardson. Se utilizó media, medianas, desviación estándar y rangos). Las pruebas de U de Mann-Whitney y Kruskall-Wallis se utilizaron para la comparación de medianas de la aptitud clínica. El proyecto fue evaluado por un comité de investigación en Cosamaloapan, Veracruz.

Resultados:

La consistencia del instrumento fue de 0.81. La media de edad de los 57 alumnos evaluados fue de 24.4-1.0 años. Hubo una distribución similar con relación al sexo. La mayoría 44 (77.2%) de los MIPS realizaron su curso en unidades del IMSS y 13 (22.8%) en unidades de la SSA. La media del promedio escolar fue de 8.2-0.7 y la mediana del número de pacientes atendidos por dengue fue de 25 (3 a 150). Hubo 41 (71.9%) que se autopercibieron como competentes; 5 (8.8%) como muy competentes y 11 (19.3%) como moderadamente competentes. La mediana de aptitud clínica en dengue fue de 46 (rangos 11 a 76). El indicador que tuvo mayor calificación fue evaluación de factores de riesgo y el más bajo fue fisiopatología. De acuerdo con las zonas de servicios médicos el indicador que mostró diferencias fue el de pruebas de diagnóstico a favor de la zona A. No hubo diferencias estadísticamente significativas con relación a la institución de rotación, pero sí con la autopercepción de competencia. La mayoría se encontró en la categoría de “muy bajo” y 18 (31.5%) en aptitudes bajas. Ninguno alcanzó la categoría intermedia, alta o muy alta.

Discusión:

Los resultados obtenidos coinciden con lo reportado en otros estudios que identifican nivel de aptitud clínica en categorías “bajo” o “muy bajo”, independientemente del grado académico o profesional[10-17]. Hubo una mayor aptitud clínica en MIPS que rotaron en unidades de salud de la zona A, a expensas del indicador de pruebas de diagnóstico pues dicha zona cuenta con mayores recursos profesionales y de diagnóstico, aunado a que existen acciones incipientes de realizar intervenciones educativas de tipo activo participativo. Otra característica que influyó en los resultados obtenidos fue el promedio escolar, pues hubo una correlación positiva con esta variable en favor de un incremento de la aptitud clínica y los MIPS de las sedes de la zona A presentaban mayor promedio que los de la zona B; lo anterior difiere con otros autores. El mayor número de pacientes atendidos por dengue no correlacionó con la aptitud clínica, lo cual reafirma un proceso práctico pero no teórico del ejercicio de la medicina[18]. De alguna forma los médicos internos en el presente estudio perciben su nivel de competencia como alto, esto correlacionó con una mayor mediana de aptitud clínica. Aunque esta característica no ha sido evaluada en otros estudios, consideramos que era importante pues se relaciona con la experiencia del alumno. El presente estudio es importante en nuestra región, debido a la problemática que representa la atención médica del dengue y establece las líneas para realizar intervenciones educativas.

Referencias Bibliográficas:

1. World Health Oganization. In: Dengue hemorrhagic fever: diagnosis, treatment, prevention and control. WHO. Geneve. 1997.
2. Martínez Torres E. Dengue y dengue hemorrágico: aspectos clínicos. Salud PÚblica Méx. 1995; 37 (1):29-44.
3. Viniegra Velázquez L. Los intereses académicos en la educación médica. Rev Invest Clín. 1987;39:281-290.
4. Viniegra VL. Replanteamiento de la función de la escuela. En: Educación y crítica. El proceso de elaboración del conocimiento. México: Piados Educador; 2002, p. 105-154.
5. Viniegra Velázquez L. La perspectiva epistemológica. En: Hacía otra concepción del currículo. México. IMSS.1999: 3-7.
6. Viniegra Velázquez L. Jiménez JL. Pérez-Padilla R. El desafío de la evaluación de la competencia clínica. Rev Invest Clín. 1991; 43:87-95.
7. Lifshitz A. La enseñanza de la competencia clínica. Gac Med Méx. 2004;140:312-313.
8. Viniegra Velázquez L. Evaluación de la competencia clínica: ¿describir o reconstruir? Rev Invest Clín. 2000; 52:109-110.
9. Pérez Campos JP. Aguilar Mejía E. Viniegra Velázquez L. La aptitud para la interpretación de imágenes gamagráficas en residentes de medicina nuclear. Rev Invest Clín. 2002; 54:29-35.
10. Cobos Aguilar H. Insfrán Sánchez MD. Pérez Cortés P. Elizaldi Lozano NE. Hernández Dávila E. Barrera Monita J. Aptitud clínica durante el internado de pregrado en hospitales generales. Rev Méd IMSS. 2004; 42: 469-476.
11. Tun Queb MC. Aguilar Mejía E. Viniegra Velázquez L. Desarrollo de la aptitud clínica en estudiantes de segundo año de la carrera de Medicina. Rev Méd IMSS. 1999; 37:141-146.
12. Rodríguez Velasco A. González R. Aptitud para la correlación anatomoclínica de neumopatología en alumnos de pregrado. Rev Invest Clín. 2005; 57:540-547.
13. Trujillo Galván FD. González Cobos R. Munguía Miranda C. Competencia clínica en diabetes mellitus. Rev Méd IMSS. 2002; 40:467-472.
14. García Mangas JA. Viniegra Velázquez L. Evaluación de la aptitud clínica en residentes de medicina familiar. Rev Méd IMSS. 2003; 41:487-494.
15. Loria Castellanos J. Rivera Ibarra DB. Aptitudes clínicas de residentes de urgencias médicas en el manejo de patología traumática. Rev Méd IMSS. 2005; 43:17-24.
16. Pérez Campos JP. Aguilar Mejía E. Viniegra Velázquez L. La aptitud para la interpretación de imágenes gamagráficas en residentes de medicina nuclear. Rev Invest Clín. 2002; 54:29-35.
17. García Hernández A. Viniegra Velázquez L. Competencia clínica del médico familiar en hipertensión arterial sistémica. Rev Invest Clín. 1999;51:93-98.
18. García Mangas JA. Viniegra Velázquez L. Arellano López J. García Moreno J. Evaluación de la aptitud clínica en médicos de primer nivel de atención. Rev Méd IMSS. 2005; 43:465-472.

Prevalencia de Bajo Peso al Nacimiento en dos unidades de segundo nivel del Instituto Mexicano del Seguro Social

Autor: Carmen García Cruz
Coautores: Martha Alfonso F, Ángel Puig, Roberto Rodríguez, Arturo Aguilar, Leoncio Miguel Rodríguez

Área de Investigación: Salud Pública
Número de Registro: 3502-07
Tipo de Autor: Docente y Profesional de la salud
Institución: Instituto Mexicano del Seguro Social
Dependencia: HOSP. GENERAL DE ZONA No. 32
Año Residencia: 2008
Hospital:
Matrícula/Número Personal: 5596289
Teléfono Laboral: 922 22 3 76 79
Teléfono Particular: 922 22 1 29 19
Teléfono Celular: 922 11 3 24 04
Email: leonciomigue@hotmail.com
Email Alternativo: rleoncio_miguel@hotmail.com

Argumentación teórica:

Se identifica como Bajo Peso al Nacimiento (BPN) cuando el producto de la concepción presenta al nacer un peso menor a 2,500 gr. La importancia del BPN se relaciona con su trascendencia, ya que es considerado un indicador predictivo de mortalidad infantil y del desarrollo del recién nacido. Por otra parte, en la última década ha sido estudiado como un marcador de riesgo para el desarrollo de diabetes mellitus tipo 2 en los individuos[1,2].

Argumentación empírica:

Los factores asociados para BPN son los extremos reproductivos de la vida (< de 20 años y > de 40 años), estado civil soltera, tabaquismo, desnutrición, antecedente de BPN en embarazos anteriores y trabajo materno. Un componente fuertemente asociado con la presencia de BPN, es la baja participación u oportunidad en la atención prenatal[3-5]. La prevalencia de BPN varía de acuerdo con el país y universo poblacional evaluado y oscila entre 4 y 10.3%. Se ha descrito una posible paradoja, al establecer que los recién nacidos México-Americanos a pesar de tener un nivel socioeconómico más bajo, presentan una prevalencia más baja de BPN[3-7]en comparación con otros países.

Planteamiento del problema:

¿Cuál es la prevalencia de bajo peso al nacer en dos unidades de segundo nivel?

Objetivo general:

Describir la prevalencia de BPN en dos unidades de segundo nivel.

Metodología:

Se realizó un estudio transversal descriptivo en dos periodos: el primero, de enero a diciembre del 2005 y el segundo, de enero a septiembre del 2006, en los Hospitales Generales de Zona 32 y 33, segundo nivel, del Instituto Mexicano del Seguro Social, ubicados en Minatitlán y Coatzacoalcos, Veracruz. Se revisaron los expedientes y la información mensual de recién nacidos, registrados en el Sistema de Información Médico Operativo de ambas unidades. Se clasificó como BPN a los niños que presentaron < de 2.500 gr. Se identificaron tres periodos gestacionales: pretérmino (<37 semanas de gestación), de término (37 a 41 semanas de gestación) y postérmino (42 semanas de gestación). Para el cálculo de la prevalencia, se tomó como numerador el total de niños con BPN y como denominador el total de nacidos vivos, asimismo se describieron los datos por etapa gestacional.

Resultados:

En el hospital de Minatitlán se incluyeron 1514 nacidos vivos durante el 2005 y 1153 durante el 2006. En ambos periodos 180 (6.7%) fueron pretérmino, 2395 (89.8%) de término y 92 (3.5%) postérmino. La prevalencia de BPN ocurrió en 74 (4.9%) niños nacidos durante el 2005 y en 65 (5.6%) durante el 2006. En el hospital de Coatzacoalcos se incluyeron 2158 nacidos vivos durante el 2005 y 1704 durante el 2006. En ambos periodos de estudio 296 (7.7%) fueron pretérmino, 3488 (90.3%) de término y 78 (2.0%) postérmino. La prevalencia de BPN ocurrió en 84 (3.9%) durante el 2005 y en 62 (3.6%) durante el 2006. La prevalencia de BPN fue más elevada en septiembre en el hospital de Minatitlán; sin embargo en el hospital de Coatzacoalcos fue más elevada en abril del 2005 y en julio del 2006. Hubo una distribución similar del BPN por periodo gestacional en el hospital de Minatitlán (alrededor de 5%); sin embargo, en el hospital de Coatzacoalcos la mayor prevalencia de BPN ocurrió en el grupo de postérmino (10.3%).

Discusión:

En el presente estudio se describe una baja prevalencia de BPN en comparación con lo reportado en otros estudios de carácter internacional. En Cuba se han descrito las mayores prevalencias de BPN en comparación con lo reportado en otros países. La prevalencia más baja de BPN fue descrita en un hospital de segundo nivel en Villahermosa, Tabasco, con 4.8%[5,8]. En la prevalencia global de BPN fue de 4.4%. Con la cifra anterior se establece que se trata de la prevalencia más baja publicada en los últimos diez años en unidades de segundo nivel en México y América Latina[3-6]. Buekens y colaboradores, reportan una prevalencia de 5.8%, en recién nacidos México-Americanos en comparación con 6.1% en niños blancos no hispanos y establecen la paradoja de que a pesar de las bajas condiciones socioeconómicas, la prevalencia de BPN es menor en el primer grupo[7]. Se ha descrito una posible explicación relacionada con una mayor prevalencia de BPN conforme aumenta la altura sobre el nivel del mar. Dos estudios de la región central y occidente de la República Mexicana reportan una prevalencia de 6.3 y 6.9% respectivamente. En éste hubo una mayor prevalencia de BPN en el hospital de Minatitlán, ciudad que se encuentra aproximadamente a 64 metros sobre el nivel del mar[9,10]. Una característica asociada con el BPN es el momento de la primera consulta y el número de consultas prenatales. En el estudio transversal realizado por Bortman en Neuquén, Argentina, reporta que haber tenido de una a cuatro consultas prenatales presentó un exceso de riesgo de 1.89 y no haber tenido alguna fue de 8.78; mientras el haber tenido la primera consulta a partir del cuarto mes de embarazo presentó una razón de prevalencias de dos[3,11,12]. Se establece por tanto la hipótesis del posible factor protector de programas de atención materno infantil que aplican en el ámbito de la institución de salud, donde se realizó el estudio. En el Instituto Mexicano del Seguro Social se lleva a cabo el proceso de atención integrada a la salud identificado como PREVENIMSS, con acciones estratégicas hacia cinco grupos etáreos, entre los que se encuentra la mujer embarazada. Dicho programa surge en su aplicación hacia el primer nivel de atención, con acciones específicas: detección temprana de embarazadas para iniciar control prenatal, subsecuencia de atención integral mensual alrededor de las 30 semanas de gestación y posteriormente cada 15 días, para culminar en frecuencia semanal en las últimas etapas del embarazo en condiciones normales.

Referencias bibliográficas:

1. McCormick MC. The contribution of low birth weight to infant mortality and chilhood mortality. N Engl J Med. 1985;312:82-90.
2. Pons Calderón O. Rivera Peña AL. Díaz Alonso G. Bacallao Gallesty J. Jiménez García R. Valoración antropométrica en el recién nacido de bajo peso. Rev Cubana Med Gen Integr. 2000;16:18-24.
3. Bortman M. Factores de riesgo de bajo peso al nacer. Rev Panam Salud Pública. 1998;3:314-321.
4. Santos Pereira Solla JJ. Quino Guimaraes Pereira R. Medina MG. Pinto LL. Mota E. Análisis multifactorial de los factores de riesgo de bajo peso al nacer en Salvador, Bahía. Rev Panam Salud Pública 1997;2:1-6.
5. González Hernández A. Alonso Uría RM. Gutiérrez Rojas AR. Campo González A. Estudio de gestantes adolescentes y su repercusión en el recién nacido en un área de la salud. Rev Cubana Pediatr. 2000;72:54-59.
6. Rodríguez Guzmán LM. Romero Tinoco P. Andrade García M. Velázquez Luna M. Rodríguez García R. Prevalencia de bajo peso al nacer y factores asociados. Ginecol Obstet Méx. 2005;73:132-136.
7. Buekens P. Notzon F. Kotelchuck M. Wilcox A. Why do Mexican Americans give birth to few low-birth-weight infants? Am J Epidemiol. 2000;152:347-351.

8. Lezama Hernández MP. Díaz Gómez JM. Rodríguez Zetina R. Prevalencia de bajo peso al nacimiento en un hospital general de segundo nivel. Salud en Tabasco 2001;7:401-403.
9. Padilla N. Buekens P. Un método alternativo en el análisis de la distribución del peso al nacer en una población. Rev Mex Pediatr. 2005;72:287-291.
10. Frank R. Pelcastre B. Salgado de Zinder N. Frisbie WP. Potter JE. Bronfman-Pertzovsky M. Low birth weight in Mexico: new evidence from a multi-site postpartum hospital survey. Salud Pública Méx. 2004;46:23-31.
11. Grau Espinosa MA. Saenz Darias L. Cabrales Escobar JA. Factores de riesgo del bajo peso al nacer, Hospital Gineco-Obstétrico Provincial de Sancti Spíritus, Cuba. Rev Panam Salud Pública. 1999;6:95-98.
12. Cabrales Escobar JA. Saenz Darías L. Grau Espinosa MA. De Rojas Castañeda L. González Herrera Y. Pina García N. Lizano Rabelo M. Factores de riesgo de bajo peso al nacer en un hospital cubano, 1997-200. Rev Panam Salud Pública. 2002;12:180-184
13. Gutiérrez Trujillo G. Flores Huerta S. Fernández Gárate I. Martínez Montañez OG. Velasco Murillo V. Fernández Cantón S et al. Estrategias de prestación y evaluación de servicios preventivos. Rev Méd IMSS. 2006;44 (1):S3-S21.

Sensibilidad y especificidad de un instrumento de autopercepción de la imagen corporal en mujeres

Autor: Leoncio Miguel Rodríguez Guzmán
Coautores: Belinda García, Pedro Puig, Patricia Márquez, Arturo Aguilar

Área de Investigación: Salud Pública
Número de Registro: 3502-04
Tipo de Autor: Docente y Profesional de la salud
Institución: Instituto Mexicano del Seguro Social
Dependencia: Hospital General de Zona 32
Año Residencia: 2008
Hospital:
Matrícula/Número Personal: 7210167 / 23409
Teléfono Laboral: 922 22 3 76 79
Teléfono Particular: 922 22 1 29 19
Teléfono Celular: 922 11 3 24 04
Email: leonciomigue@hotmail.com
Email Alternativo: rleoncio_miguel@hotmail.com

Argumentación teórica:

El sobrepeso y la obesidad son identificadas como categorías de riesgo para el desarrollo de enfermedades cardiovasculares y trastornos metabólicos como la diabetes mellitus tipo 2 o el síndrome metabólico. En México la prevalencia de sobrepeso oscila entre 14.6% en la zona centro del país y hasta 18.84% en la zona norte; aunque otros estudios reportan cifras alrededor 45%[1-5]. No obstante la existencia de múltiples métodos y técnicas para identificar la obesidad, en algunos casos no es posible contar con instrumentos para su mejor evaluación, por tal motivo se ha utilizado la autopercepción de la imagen corporal (PIC), la cual consiste en una dimensión actitudinal con componentes de satisfacción corporal y atractividad, así como de percepción propiamente dicha, se da relaciona con la veracidad de la estimación del tamaño corporal y clasificación del peso corporal de acuerdo con estándares clínicos[6]. Los instrumentos utilizados para evaluar la PIC varían en el número de siluetas, contornos corporales, características propias de cada grupo étnico y en la construcción del mismo[6,7-11].

Argumentación empírica:

La PIC evaluada con siluetas corporales ha sido correlacionada con el IMC evaluado o referido por las personas, observándose una asociación positiva alrededor de 64%. En otro sentido, el grado de sensibilidad establecido con dichos instrumentos oscila entre 40 y 100%, esto mismo sucede con la especificidad de acuerdo con los puntos de corte y población evaluada[12-15]. La importancia de la PIC es que permite de alguna forma evaluar el grado de satisfacción que cada persona tiene de su cuerpo[16]. Sin embargo, no se observan estudios en México que utilicen una propuesta de realización de pictogramas con siluetas corporales

Planteamiento del problema:

¿Cuál es grado de correlación y validez de un instrumento de 11 siluetas corporales en relación con el IMC en mujeres del área rural?

Objetivo general:

Evaluar el grado de correlación y validez de un instrumento de 11 siluetas corporales en relación con el IMC en mujeres del área rural.

Metodología:

Se realizó un estudio de tipo observacional, transversal y de correlación durante el 2007 en mujeres indígenas que residen en la población de Santa Rosa Loma Larga, municipio de Hueyapan de Ocampo, Veracruz. Se incluyeron mujeres que aceptaron, mediante consentimiento informado, participar en el estudio, que se encontraban entre los 15 y 65 años de edad. A cada mujer se le aplicó una entrevista que contenía características sociodemográficas; se realizaron mediciones antropométricas, donde se evaluó peso corporal y estatura para conformar el Indice de Masa Corporal. Otras mediciones fueron circunferencia de cintura y cadera. Posteriormente se aplicó un instrumento con 11 siluetas corporales diseñado por los autores u se requirió la ayuda de una enfermera bilingüe que labora en la unidad de salud. Las evaluaciones se realizaron en forma individualizada por un médico pasante en servicio social (MPSS. BGA) y una enfermera capacitados ambos para la toma de mediciones antropométricas. En esta fase se aplicó un cuestionario para determinar el grado de aceptación de participar en intervenciones para reducir el peso o mejorar la silueta corporal. Se

categorizó con delgadez (silueta 1 y 2), normalidad (siluetas 3 a 5), sobrepeso (siluetas 6 a 8) y obesidad (siluetas 9 a 11). El análisis estadístico se realizó con el cálculo de sensibilidad, especificidad y correlación de Pearson.

Resultados:

Se incluyeron un total de 85 mujeres, de las cuales la media de edad fue de 37.4 ± 12.5 años. En relación con el IMC, la media fue de 26.28 ± 4.7 kg/m2. La prevalencia de sobrepeso ocurrió en 31 (36.5%) y de obesidad en 17 (20%). De acuerdo con la PIC, la mediana encontrada en las siluetas de frente fue de 6 (límites 3 a 10), donde se observó una prevalencia de sobrepeso y obesidad de 36.5 y 29.4% en forma respectiva. De acuerdo a la circunferencia de cintura 60 (70.6%) se encontraban en cifras de riesgo cardiovascular, asimismo 38 (44.7%) presentaban riesgo cardiovascular de acuerdo con el índice cintura-cadera. El grado de correlación entre el IMC y las siluetas de frente fue de 71% (r=0.71 IC95%; 0.59 – 0.80). La validez que presentó el pictograma con siluetas de frente en relación con el IMC fue de 93.8% en sensibilidad y 70.3% en especificidad. Por su parte el grado de sensibilidad de las siluetas de perfil fue de 93.8% y de especificidad de 64.9 por ciento.

Discusión:

En este estudio más de 55% de las mujeres presentaron sobrepeso u obesidad de acuerdo con el IMC, estas cifras son más elevadas a lo reportado en estudios realizados en las últimas dos décadas y similares a lo reportado por Arroyo y colaboradores, en mujeres adultas. Con relación en cómo se perciben las mujeres, la silueta promedio se encuentra dentro de la categoría de sobrepeso, similar a lo que reportan otros estudios[6,7]. La correlación entre la PIC y el IMC es fue de 69% cuando se utilizó el recordatorio de peso y estatura corporal en mujeres; asimismo, dos estudios realizados en México reportaron una asociación alrededor de 64% en estudiantes universitarios cuando se comparó la PIC con el IMC medido; otro estudio más reciente reportó correlación mayor de 70% entre estas dos mediciones[12,13,15,19]. La sensibilidad del uso de siluetas corporales varía según la población evaluada, Osuna y colaboradores, reportan una alta sensibilidad (87.6%) para la evaluación conjunta de sobrepeso y obesidad, pero baja especificidad (48.9%) al evaluar la PIC con el IMC. Madrigal y colaboradores, reportan variaciones importantes en los porcentajes de sensibilidad y especificidad según la PIC conjuntamente con el IMC (autorreferencia de peso y estatura corporal). En este estudio cuando se comparó la categoría de sobrepeso versus normal la sensibilidad fue de 69% y la especificidad de 83% en mujeres; asimismo al comparar la categoría de obesidad con normalidad los valores fueron de 79 y 99% en forma respectiva[13,14].

Referencias bibliográficas:

1. Ríos Oliveros LA. Legorreta Soberanis J. Distribución de grasa corporal en diabéticos tipo 2, como factor de riesgo cardiovascular. Rev Méd IMSS. 2005;43:199-204.
2. Martorell R. Kettel Khan L. Hughes ML. Grummer Strawn LM. Obesity in Latin American women and children. J Nutr. 1998;128:1464-1473.
3. Balas Nakash M. Perichart Perera O. Pantoja de Anda L. Rodríguez Cano A. Ortíz Luna G. Evaluación nutricional em mujeres mexicanas posmenopaúsicas con síndrome metabólico. Ginecol Obstet Méx. 2007;75:515-526.
4. Hernández B. Peterson K. Sobol A. Rivera J. Sepúlveda J. Lezana MA. Sobrepeso en mujeres de 12 a 49 años y niños menores de cinco años en México. Salud Pública Méx. 1996;38:178-188.
5. Arroyo P. Loria A. Fernández V. Flegal KM. Kuri Morales P. Olaiz G et al. Prevalence of pre-obesity and obesity in urban adult mexicans in comparison with other large survey. Obes Res. 2000;8:179-185.
6. Pulvers KM. Lee RE. Kaur H. Mayo M. Fitzgibbon ML. Jeffries SK et al. Development of a culturally relevant body image instrument among urban African Americans. Obes Res. 2004;12:1641-1651.
7. Shiraishi Kakeshita I. De Sousa Almeida S. Relationship between body mass index and self-perception among university students. Rev Salud Pública. 2006;40:1-7.
8. White L, Ballew C, Gilbert T, Mendlein J, Mokdad A, Strauss K. Weight, body image, and weight control practices of Navajo Indians: findings from The Navajo Health and nutrition survey. J Nutr. 1997;127:2094S-2098S.
9. Fitzgibbon M. Blackman L. Avellone M. The relationship between body image discrepancy and body mass index across ethnic groups. Obes Res. 2000;8:582-589.
10. Rinderknecht K. Smith C. Body-image perceptions among urban native American youth. Obes Res. 2002;10:315-326.
11. Williamson DA. Womble LG. Zucker NL. Reas DL. White MA. Blouin DC et al. Body-image assessment for obesity (BIA-O): development of a new procedure. Inter J Obes. 2000;24:1326-1332.
12. Rodríguez Guzmán LM. Rodríguez García R. Percepción de la imagen corporal, índice de masa corporal y sobrepeso en estudiantes universitarios del sureste. Rev Mex Pediatr. 2001;68:135-138.
13. Madrigal Fritsch H. De Irala Estévez J. Martínez González MA. Kearney J. Gibmey M. Martínez Hernández JA. Percepción de la imagen corporal como aproximación cualitativa al estado de nutrición. Salud Pública Méx. 1999;41:479-486.
14. Osuna Ramírez I. Hernández Prado B. Campuzano JC. Salmerón J. Índice de masa corporal y percepción de la imagen corporal en una población adulta mexicana: la precisión del autorreporte. Salud Pública Méx. 2006;48:94-103.
15. Morán Álvarez IC. Cruz Licea V. Iñarritú Pérez MC. El índice de masa corporal y la imagen corporal percibida como indicadores del estado nutricional en universitarios. Rev Fac Med UNAM. 2007;50:76-79.

16. Barnes J. Stein A. Smith T. Pollock JI. Extreme attitudes to body shape, social and psychological factors and a reluctance to breast feed. ALSPAC Study Team. Avon Longitudinal Study of Pregnancy and Childhood. J R Soc Med. 1997;90:551-559.
17. Arroyo P. Fernández V. Loria A. Pardío J. Laviada H. Vargas Azcona L. Obesidad, morfología corporal y presión arterial en grupos urbanos y rurales de Yucatán. Salud Pública Méx. 2007;49:274-285.
18. Ysunza Ogazón A. Espinosa Cortés LM. Diez Urdanivia Coria S. Montes Estrada M. Prevalencia de desnutrición en preescolares de Ixhuapan y Ocozotepec de la Sierra de Santa Marta, Veracruz. Nutrición Clínica. 2004;7:42-51.
19. Tehard B. Van Liere M. Com Nougué C. Clavel Chapelon F. Anthropometric measurements and body silhouette of women: validity and perception. J Am Diet Assoc. 2002:102:1779-1784.

El consumo de productos light en la alimentación actual

Autor: Hilda Selene Cisneros Gutiérrez, Marcela Rosas Nex
Coautores: Catalina Cervantes Ortega

Área de Investigación: Salud Pública
Número de Registro: S/N
Tipo de Autor: Docente y Profesional de la salud
Institución: Universidad Veracruzana
Dependencia: Facultad de Nutrición, Xalapa
Año Residencia: 2008
Hospital:
Matrícula/Número Personal: 19844 y 1090
Teléfono Laboral: 2288 15 3421 Extensión: 16650
Teléfono Particular: 2288 14 41 79
Teléfono Celular: 2281 04 73 01 y 2281 58 64 82
Email: idaliaillescas@hotmail.co
Email Alternativo: mrosas@uv.mx

Argumentación teórica:

La alimentación es un conjunto de procesos biológicos, psicológicos y sociológicos relacionados con la ingestión de la dieta, mediante la cual el organismo obtiene del medio los nutrimentos que necesita, así como satisfacciones intelectuales, emocionales, estéticas y socioculturales indispensables para un desarrollo humano pleno. (Salas L. 2003). Actualmente, la alimentación se ha rodeado de mitos, lo cual ha llevado a muchas personas a presentar problemas en sus hábitos alimenticios, originando así enfermedades. El incremento de población con trastornos en la salud, ha hecho que el individuo modifique su dieta y la elección de sus alimentos naturales o procesados, ya sea por el desconocimiento sobre el requerimiento nutricio o por el de las propiedades de los alimentos. Como resultado de la globalización, la industrialización y el procesamiento de alimentos, así como sus estrategias en mercadotecnia, han influenciado a la población mexicana en sus hábitos alimenticios pues, de ser una población mayormente desnutrida, pasó a convertirse en obesa. De manera estratégica, se fueron trasformando los productos alimenticios tradicionales al surgir los nuevos productos denominados light, creados para satisfacer las "nuevas necesidades de los consumidores". La Unión Europea, en su reglamento sobre los productos light especifica que "un producto alimentario puede ser clasificado como light siempre y cuando éste tenga una versión de referencia en el mercado, y se le haya reducido en un 30% su valor o contenido energético". En México, se conocen como ligeros porque son presentados al mercado como bajos en calorías o porque han sido desgrasados o se les ha reducido, eliminada o bien sustituida, una cantidad de azúcares.

Argumentación empírica:

Con base en la observación realizada, nos percatamos que los alumnos de la Facultad de Nutrición, Campus Xalapa, han sustituido el consumo de alimentos tradicionales, base de su dieta diaria, por alimentos llamados comida rápida y productos light. Es importante conocer los motivos del cambio en su elección por lo que respecta al consumo de este tipo de productos.

Planteamiento del problema:

En la actualidad al acto de comer se le ha dado otra perspectiva, habitualmente ya no se le ve como un evento necesario para que se lleve a cabo la alimentación, ahora el comer significa "comer hasta satisfacerse" o "comer lo que sea o que esté de moda", dando como resultado trastornos como el sobrepeso y la obesidad, considerados principales problemas de salud pública en México. A este respecto, los productos procesados denominados light son productos alimenticios alternativos a los que la población recurre en esta época, en la mayoría de los casos sin conocimiento ni alguna indicación médica, además que culturalmente no se acostumbra leer en la etiqueta la información nutrimental de los productos que ingerimos. Por tanto, entre las preferencias alimenticias de diversos grupos de población se recurre al consumo de los productos light, por considerarlos alimentos alternativos que solucionan ciertas problemáticas de salud. Este trabajo pretende conocer los motivos y frecuencia del consumo de los productos light, en los estudiantes de la Licenciatura en Nutrición.

Objetivo general:

Identificar los motivos y frecuencia de consumo de productos light, así como los tipos de productos de su preferencia, en los estudiantes de la Facultad de Nutrición, Campus Xalapa, de la Universidad Veracruzana.

Metodología:

Se trata de un estudio no experimental, de corte transversal, descriptivo, correlacional/causal explicativo, pues describe un conjunto de unidades

de estudio. Este diseño nos proporciona la situación o simplemente para obtener información relevante o de interés que recogemos de la muestra para la toma de decisiones. El estudio se llevo a cabo entre los meses de agosto de 2007 a julio de 2008 con estudiantes de licenciatura en la Facultad de Nutrición, Campus Xalapa, del Área de Ciencias de la Salud de la Universidad Veracruzana, del estado de Veracruz. Variables o categorías: alimentación y productos light. Para este estudio se diseñó una encuesta compuesta de tres apartados: la primera corresponde a la sección de datos de identificación del alumno, en la segunda se enlistan 12 preguntas de respuesta alterna y un cuadro de frecuencia de consumo de productos light de su preferencia correspondió al tercer apartado. La herramienta de trabajo para la obtención de la información consistió en un cuestionario diseñado especialmente para la investigación; se tomó como muestra a 70 alumnos que representaron 10% del total de la matrícula de la Facultad de Nutrición, Campus Xalapa, sin importar el género y edad de los participantes. Posteriormente se realizó un análisis estadístico no paramétrico.

Resultados:

El motivo principal observado en el consumo de los alimentos de los alumnos encuestados está relacionado con el mantenimiento de su peso, prevenir enfermedades y mejorar su salud. Por medio de este estudio se conoció que de los 70 alumnos encuestados 59% cambió su alimentación tradicional por productos light a partir de que son estudiantes de la Facultad de Nutrición y que los alimentos de mayor frecuencia de consumo son leche, yogurt, cereales para desayunar, bebidas con gas, productos de panificación y los sustitutos de azúcar, en menor proporción bebidas sin gas. Algunos alumnos de periodos avanzados demostraron mayor interés por este tipo de alimentos, pues refirieron contar con mayor conocimiento sobre las propiedades de estos productos y por congruencia profesional.

Discusión:

A partir de los resultados obtenidos, se observó que los motivos principales por los que alumnos de la Facultad de Nutrición consumen alimentos light están relacionados con el mantenimiento de su peso, prevención de enfermedades y mejora de su salud. Está comprobado científicamente que la base para la salud, consiste en adoptar buenos estilos de vida, realizar actividad física y llevar una dieta adecuada, con buenos hábitos de alimentación, ya que los productos light solamente son una alternativa de consumo para casos específicos, tanto en salud como en enfermedad. Una observación importante es que la mayoría de la población encuestada menciona que consideran que los cereales para desayunar son alimentos light, aunque éstos son sólo alimentos funcionales con otras características diferentes a un producto light.

Referencias bibliográficas:

1. Badui D S. Química de los Alimentos. Ed. Pearson. 4ª. Edición. México. 2006.
2. Bowman A. Russell R. Conocimientos actuales sobre nutrición. Organización Panamericana de la Salud. 8ª. Edición. Washington, DC. 2003.
3. Casanueva Esther y Colaboradores. Nutriología Médica. Ed. Médica Panamericana. 2ª. Edición, México. 2001.
4. Norma Oficial Mexicana NOM-086-SSA1- 1994. Bienes y Servicios. Alimentos y Bebidas no Alcohólicas con Modificaciones en su Composición. Especificaciones Nutrimentales. 1994.
5. Norma Oficial Mexicana NOM-051-SCFI, 1994, Especificaciones Generales de Etiquetado para Alimentos y Bebidas no Alcohólicas Preenvasados.
6. Salas G L. Educación Alimentaria. Ed. Trillas. 1ª. Edición. México. 2004: 28-3.
7. Salinas R. Alimentos y Nutrición. Editorial El Ateneo. 3ª. Edición. Buenos Aires, Argentina.2009.Web-Grafía1. http://www.profeco.gob.mx. Fecha de consulta 15 de marzo de 20082. http://www.sagarpa.gob.mx. Fecha de consulta 25 de marzo de 2008

Evaluación del apego a la Guía Clínica de Diabetes en la UMF No. 66 del IMSS

Autor: Lucía Monserrat Pérez Navarro
Coautores: F Contreras , M Verdalet, G Martínez, C Suárez, L Saínz , M Figueroa-Saavedra, E Ladrón de Guevara

Área de Investigación: Salud Pública
Número de Registro:002
Tipo de Autor: Estudiante de Maestría
Institución: Instituto de Salud Pública
Dependencia: Universidad Veracruzana
Año Residencia: 2008
Hospital:
Matrícula/Número Personal: S07016863
Teléfono Laboral: 841 89 33
Teléfono Particular: 8424776
Teléfono Celular: 044228195349
Email: lucymonsepn@hotmail.com
Email Alternativo: lucymonsepn@yahoo.com.mx

Argumentación teórica:

La evaluación de la calidad es un juicio para determinar si la atención médica tiene dicha propiedad y, de ser así, en qué medida[1]. Las Guías de Práctica Clínica (GPC) surgen ante la necesidad de reducir la variabilidad injustificada en la práctica clínica y mejorar la calidad del proceso de atención médica; se les define como "declaraciones desarrolladas de forma sistemática para ayudar a los médicos y pacientes en la toma de decisiones apropiadas en circunstancias clínicas concretas"[2]. Se considera que las GPC elaboradas con fundamento en la metodología de Medicina Basada en Evidencia (MBE) cumplen con los requisitos base para este cometido, pero esto no es suficiente pues requieren

también un abordaje sistematizado que considere las fases de desarrollo, implantación y evaluación-actualización[3]. Desafortunadamente la fase de evaluación-actualización ha sido descuidada en las experiencias mexicanas, encontrándose únicamente algunos esfuerzos aislados no sistematizados de evaluación.

Argumentación empírica:

A mediados de los noventa, un grupo de investigadores de 13 países desarrolló un instrumento llamado Appraisal of Guidelines Research and Evaluation (AGREE), con el fin de evaluar los componentes clave que determinan la calidad de las Guías de Práctica Clínica[4]. En México se han desarrollado estudios sobre la eficacia de la GPC en la atención a diabéticos en el Centro Médico Nacional Siglo XXI, en el año 2005[5] y sobre si el llenado del expediente clínico de pacientes diabéticos en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) Colima se apegaban a la Norma Oficial Mexicana 015-SSA2-2000, en el 2006[6].

Planteamiento del problema:

Es necesario impulsar y desarrollar esfuerzos de evaluación que permitan de forma oportuna detectar problemas no previstos. En el 2003 la Dirección del IMSS instrumentó 12 GPC para la atención de las patologías más frecuentes en la consulta de las Unidades de Medicina Familiar (UMF), pero hasta la fecha no se ha realizado un proceso de evaluación para verificar el apego de los médicos familiares a ellas.

Objetivo general:

Evaluar el apego de los médicos familiares de la UMF 66 del IMSS a la Guía Práctica Clínica para el diagnóstico y tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2.

Metodología:

Estudio con diseño mixto, usando dos abordajes complementarios: cuantitativo para evaluar el nivel de apego del personal médico a la Guía de diabetes y cualitativo para identificar la perspectiva del personal médico sobre el uso de dicha guía. A partir de un universo de 4 347 expedientes clínicos electrónicos de pacientes diabéticos, se obtuvo una muestra de 168 expedientes, seleccionados a través de un muestreo aleatorio simple de 17 de los 28 consultorios del turno matutino, de los cuales diez contaban con nota inicial en que se les diagnosticaba como diabéticos. Las variables consideradas durante la evaluación fueron: apego, paciente controlado, ítem, ítem evaluable e ítem obtenido. Los indicadores analizados fueron los porcentajes de: apego general, pacientes controlados, apego general a la guía por consultorio, apego general a la guía por apartado de la cédula de evaluación, apego por cada ítem contenido en las cédulas global y por consultorio. Los parámetros de evaluación fueron apego satisfactorio igual a 80% o más de registro de los ítems considerados, de 60–79% aceptable y menor a 60% no aceptable. Para la evaluación de los expedientes, se elaboraron dos cédulas de cotejo de la información registrada en ellos, basadas en las acciones planteadas por la guía: una para evaluar el apego a la guía durante la consulta de primera vez y otra para consulta subsecuente. Buscando garantizar la validez de dichos instrumentos, se solicitó su revisión y validación a expertos en el tema; además, previo a su aplicación y con la finalidad de disminuir la probabilidad de sesgo entre los observadores, se realizó una correlación de Kappa entre los responsables de su aplicación. Una vez recolectada la información, para su procesamiento y análisis se diseñó para cada cédula una base de datos con el programa estadístico SPSS versión 15, probada previamente para descartar problemas. Para el abordaje cualitativo y con la finalidad de identificar las causas del problema desde la perspectiva del personal médico, se llevó a cabo una entrevista con los médicos del turno matutino de la Unidad, mediante la técnica de grupo focal.

Resultados:

Se encontró que en los expedientes evaluados con notas de primera vez, más de la mitad presentaron apego no aceptable (menor a 60%), y para los de consultas subsecuentes 54.2% presentaron apego no aceptable (menor 60%), siendo los apartados de registros de interrogatorio y de plan de tratamiento en los que se encontró mayor problemática. En relación con el control metabólico, sólo 27% de los pacientes estaba controlado. Los médicos refirieron durante la realización del diagnóstico participativo, que las GPC resultan prácticas y que su contenido es completo, pero que requieren actualización continua. Resaltaron la dificultad de aplicar todos los puntos que en ellas se proponen por la brevedad de los tiempos de consulta y la complejidad del expediente clínico electrónico empleado en la institución. Además de mencionar que regularmente realizan las acciones, pero al no considerar sus resultados relevantes, no las registran en el expediente.

Discusión:

El mayor porcentaje de las acciones realizadas durante la atención a pacientes diabéticos no es apegado a las GPC. De esta evaluación se desprende que las oportunidades de mejora se encuentran en concientizar a los médicos sobre los beneficios del uso de las GPC y resaltar que no basta con implantarlas, se debe evaluar su uso y actualizarlas constantemente. También es necesario posicionar la importancia del registro de las acciones realizadas por el personal de salud durante la consulta, ya que de lo contrario no es posible evaluarlas y en el ámbito de la calidad: acción no registrada es acción no realizada. Es notorio el bajo impacto de las guías, el cual se refleja en un deficiente control metabólico de los pacientes, por lo que se sugiere como importante la introducción de acciones de mejora continua en la búsqueda de un mayor apego y con ello un mejor control metabólico de los pacientes.

Referencias bibliográficas:

1. Donabedian A. La calidad de la atención médica, definición y métodos de evaluación. México: Ediciones Copilco. 1996.
2. Ochoa Z. Diseño y evaluación de Guías de Práctica Clínica. Zamora. Septiembre 2007:1-25.
3. Oviedo M. Trejo J. Reyes H. Flores S. Pérez R. Lineamientos para la construcción y vigencia de las guías clínicas. [Internet]. México. IMSS. [Actualizado 2008 Abr; citado 2008 Jul]. Disponible en:http://www.imss.gob.mx/dpmedicas/guiasclinicas/marcoConceptual.html.
4. Archivo en línea de The Agree Collaboration [Internet]. London: St George's Hospital Medical School. June 2001. [Citado 2008 Jul]. Disponible en: http://www.agreecollaboration.org.
5. Pérez R. Reyes H. Flores S. Wacher N. Efecto de una Guía de Práctica Clínica para el manejo de la diabetes tipo 2. Centro Médico Nacional Siglo XXI. 2006. Noviembre: 14.
6. Urueta F. Leticia del M. Evaluación del manejo de los expedientes clínicos de los pacientes diagnosticados con diabetes mellitus en el HGZ y MF No. 1. [Internet]. Colima: Instituto Mexicano del Seguro Social. 2006. [Actualizado 2008 May; citado 2008 Jul]. Disponible en:http://digeset.ucol.mx/tesis_posgrado/Pdf/Leticia%20_del_Mar_Urueta_Ferraez.pdf.

Eficacia de una intervención educativa en el incremento de la competencia en bioestadística en alumnos de medicina

Autor: Leoncio Miguel Rodríguez Guzmán
Coautores: Leticia Hernández, Pedro Sánchez, Adán Falcón, Briseida Zaragoza, Cirilo Rosas

Área de Investigación: Salud Pública
Número de Registro: 6
Tipo de Autor: Docente y Profesional de la salud
Institución: Universidad Veracruzana
Dependencia: Falcultad de Medicina, Minatitlan
Año Residencia: 2008
Hospital:
Matrícula/Número Personal: 23409
Teléfono Laboral: 922 22 5 07 02
Teléfono Particular: 922 22 1 29 19
Teléfono Celular: 922 11 3 24 04
Email: leonciomigue@hotmail.com
Email Alternativo: rleoncio_miguel@hotmail

Argumentación teórica:

La estadística y su adaptación a las ciencias biológicas se encarga de la recopilación, organización, resumen e inferencia acerca de un conjunto de datos cuando se observa la totalidad o una parte de ellos. Se trata de una ciencia de aplicación universal y que en el área de las Ciencias de la Salud se ha posicionado hegemónicamente para la obtención del conocimiento[1-3]. Desde el siglo XVIII se estableció el paradigma, de que los fenómenos en el proceso salud-enfermedad podían ser explicados o estudiados tomando como base el azar. Con el advenimiento de la epidemiología existe un incremento de estudios poblacionales y sus hipótesis de relaciones causales entre las causas y sus efectos, reforzando la transversalización de las ciencias. Siegel establece que las variables utilizadas y las asignaciones que les demos a sus categorías en forma numérica deberán presentar una estructura isomórfica a las de la aritmética, situación ocurre en las Ciencias de la Salud[4-6].

Argumentación empírica:

No obstante que existe predominio en el uso de métodos cuantitativos de investigación y con ello el uso de pruebas estadísticas, se identifica un bajo conocimiento de ellas por parte del personal de salud[7-9]. Asimismo, algunos estudios en México demuestran que el personal de salud presenta un bajo grado de aptitud para interpretar cuadros, gráficas y pruebas estadísticas. No se identifican en forma específica intervenciones para el desarrollo de habilidades en estadística en el personal de salud[10]. La problemática de la utilización y conclusiones inherentes a la aplicación de pruebas estadísticas en el área de la salud se circunscribe a sus principales condicionantes: tipo de teoría del aprendizaje, estrategia educativa, métodos y técnicas para la enseñanza[11-13].

Planteamiento del problema:

¿Cuál es la efectividad de una intervención educativa en la competencia estadística en estudiantes de Medicina?

Objetivo general:

Evaluar la efectividad de una intervención educativa en la competencia estadística en estudiantes de Medicina.

Metodología:

Se realizó un estudio cuasiexperimental en alumnos del segundo semestre de la Licenciatura en Medicina. El periodo de estudio comprendió de febrero a junio del 2006. El estudio se realizó, tomando en cuenta el curso de Bioestadística que aplica para alumnos del Modelo Educativo Integral Flexible. Para tal motivo se revisó el programa de estudio para alumnos y se tomaron en cuenta elementos de estadística descriptiva (media, mediana, moda, desviación estándar, varianza, distribución normal) y estadística inferencial (T de student, Chi cuadrada, análisis de varianza, correlación de Pearson y regresión lineal). Se realizó una intervención educativa en forma específica para las pruebas estadísticas antes mencionadas, con las siguientes estrategias: exposición del profesor, talleres de trabajo, discusión de trabajos de investigación médica y se tomó en cuenta información de bases de datos de investigaciones provenientes de la misma Facultad de Medicina.

Asimismo se consideraron temas de otras materias como Bioquímica, Demografía y Metodología de la Investigación para los ejercicios. La variable dependiente principal se refirió a la evaluación del nivel de competencia hacia las pruebas estadísticas antes seleccionadas; para tal motivo se construyó un instrumento que evaluó los siguientes aspectos: memoria, identificación de fórmulas estadísticas y solución de casos específicos donde aplican algunas pruebas estadísticas. El instrumento estuvo compuesto por reactivos que evaluaban competencia y memoria. La aplicación de este instrumento se realizó al inicio del curso y al final (30 días posteriores al último tema presentado, para fines del estudio). El análisis estadístico utilizado en este estudio en su fase descriptiva se realizó con media, mediana, desviación estándar, frecuencias simples y porcentajes. Asimismo se utilizó t de student pareada en la evaluación basal y final del nivel de competencia estadística. El nivel de significancia estadística aceptado fue 0.05. El análisis estadístico se realizó con el programa STATA.

Resultados:

Se incluyeron 14 estudiantes, de los cuales 9 (64%) pertenecen al sexo femenino y 5 (36%) al masculino. La media de la evaluación basal en la competencia estadística fue de 2.68 ± 1.21, ninguno de los alumnos tuvo una calificación aprobatoria de acuerdo con una escala de 0 a 10. En la evaluación final la media fue de 7.45 ± 1.72, en esta fase 3 (21%) continuaron con una calificación menor de seis; 4 (29%) presentaron un grado de competencia "regular" (calificación entre seis y siete); y 7 (50%) tuvieron una alta competencia (mayor o igual a ocho). En la aplicación de la prueba de chi cuadrada 10 (71.4%) tuvieron una alta competencia; 2 (14.3%) una parcial competencia y 2 (14.3%) nula competencia. En la competencia para desarrollar la fórmula del coeficiente b de la regresión lineal 8 (57.1%) de los alumnos calificaron adecuadamente; 2 (14.3%) parcialmente adecuada y 4 (28.6%) en nula competencia.

Discusión:

La presente muestra de estudiantes se circunscribió a 30% del total de alumnos del segundo semestre de la Facultad de Medicina donde se realizó el estudio. Al igual que múltiples estudios hechos en el nivel internacional, la media de calificación en la evaluación basal representó un bajo conocimiento y competencia para aplicar pruebas estadísticas, esto es importante ya que la mayoría de los médicos se enfrentará a una estrategia educativa denominada Medicina Basada en Evidencias. Se observó que en la evaluación basal el nivel de competencia estadística fue baja, coincidente con la mayoría de los estudios transversales realizados en el tema, dónde la mayor parte de los profesionales de la salud se autoperciben como poco competentes en el tema y logran incrementarlo en grados de maestría o doctorado. Las intervenciones de tipo constructivista basadas en problemas se ligan a lo que los profesionales de la salud denominan "Medicina Basada en Problemas" o "Medicina Basada en Evidencias"e incrementan el grado de competencia a cualquier nivel. En el presente estudio se logró incrementar el grado de competencia aun en una prueba estadística que los estudiantes no habían abordado transversalizando con temas de medicina para motivar e incentivar el propio conocimiento. No se identifican estudios realizados en México sobre dicho tema.

Referencias bibliográficas:

1. Organización y resumen de los datos. En: Bioestadística. Base para el análisis de las Ciencias de la Salud. Ed. Uteha. México. 1993:17-59.
2. Tenorio R. Hernández MN. Panorama de la investigación del trabajo social en el ámbito de la salud mental (1970-2000). Salud Mental. 2005;28:18-32.
3. Sarria Castro M. Silva Ayçaguer LC. Las pruebas de significación estadística en tres revistas biomédicas: una revisión crítica. Rev Panam Salud Pública 2004;15:300-306.
4. De Micheli Serra A. Por una síntesis de la evolución conceptual hacia la medicina científica. Gac Méd Méx. 1999;135:67-72.
5. Moreno Altamirano A. López Moreno S. Corcho Berdugo A. Principales medidas en epidemiología. Salud Pública Méx. 2000;42:337-348.
6. Elección de la prueba estadística adecuada. En: Estadística no paramétrica. Ed: Siegel S. Castellán NJ. Ed. Trillas. México. 1995:39-58.
7. Aguilar Rebolledo F. Varela Rueda CE. Rendón Macías ME. Mejía Aranguré JM. Conocimientos de estadística en el personal médico de un hospital general de tercer nivel. Rev Méd IMSS. 1996;34:509-513.
8. McNally P. Loftus BG. Knowledge of statistical methods and their implications for clinical practice: a survey of paediatricians. Ir Med J. 2005;98:240-242.
9. Wolf M. Knowledge of physicians and dentists about biomathematical-epidemiologic methods. Gesundheitswesen. 1998;60:342-347.
10. Espinosa Huerta E. Robles Páramo A. Viniegra Velázquez L. Lectura crítica de artículos de investigación por grupos de residentes pediatras. Rev Invest Clín. 1997;49:649-474.
11. Carretero M. Constructivismo y educación. Ed. Progreso. México 1997.
12. Constructivismo y aprendizaje significativo. En: Estrategias docentes para un aprendizaje significativo. Ed: Díaz Barriga Arceo F. Hernández Rojas G. Ed. McGraw-Hill. México 2002:23-62.
13. Estrategias de enseñanza para la promoción de aprendizajes significativos. En: Estrategias docentes para un aprendizaje significativo. Ed: Díaz Barriga Arceo F. Hernández Rojas G. Ed. McGraw-Hill. México. 2002:137-229.

Detección temprana y atención farmacéutica de enfermedades crónico-degenerativas en habitantes de Ixtaczoquitlán

Autor: Maritza Balderas Betanzos
Coautores: Y Martínez Ocampo, S Rodríguez Votte, J.G López López, J Gutiérrez Godínez, E.V Herrera Huerta

Área de Investigación: Salud Pública
Número de Registro: S/N
Tipo de Autor: Estudiante de Licenciatura
Institución: Universidad Veracruzana
Dependencia: Facultad de Ciencias Químicas
Año Residencia: 2008
Hospital:
Matrícula/Número Personal: S03011383
Teléfono Laboral: 01 272 72 4-01-20
Teléfono Celular: 0452721350666
Email: emherrera@uv.mx
Email Alternativo: emma_vhh@hotmail.com

Argumentación teórica:

La Diabetes Mellitus (DM) y la Hipertensión Arterial (HTA) son enfermedades crónico degenerativas con periodos de latencia prolongados, esto representa un grave problema económico para los servicios de salud y un gran desafío para la sociedad. Por otra parte la hipertensión arterial (HTA) es un importante factor de riesgo en la cardiopatía isquémica, la enfermedad cerebrovascular y las nefropatías; la mortalidad por estas enfermedades ha mostrado una tendencia ascendente durante las últimas décadas y se encuentran actualmente entre las primeras causas de muerte[2]. En cuanto a las dislipidemias, en México, aproximadamente 7% de las personas adultas presentan niveles altos de colesterol, que al asociarse con la obesidad y la HTA constituye lo que se conoce como Síndrome Metabólico, el factor más importante que determina la muerte por enfermedadescardiovasculares[4].

Argumentación empírica:

La prevalencia del país de DM en la población de 20 a 69 años es de 8.2% de acuerdo con la Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas (ENEC93)[1]. Se estima que en 1999 existián alrededor de 4.3 millones de diabéticos, de los cuales 29.2% (alrededor de 1.25 millones) no había sido diagnosticado; 70.8% (más de 3 millones) se sabía enfermo y de éstos en los Servicios Estatales de Salud (SSA) sólo 11% (473 mil) acudía de manera regular a su tratamiento[2]. Además es una de las enfermedades más devastadoras por sus efectos en la disminución en la calidad de vida de las personas que la padecen y por los costos que implica la atención de las complicaciones a raíz de la misma. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que para el año 2020, cerca de 300 millones de personas padecerán esta enfermedad y la mayor parte de los casos (80%) se originarán en países en vías de desarrollo[3].

Planteamiento del problema:

El propósito fundamental de este estudio es la detección temprana y la atención farmacéutica en la prevención de estas patologías, así como proveer acciones de salud a través del uso racional de los medicamentos.

Objetivo general:

Detectar a los habitantes de las comunidades de Ixtaczoquitlán (cabecera) y Cuesta del Mexicano que presenten valores alterados de glucosa, presión arterial, colesterol y triglicéridos para la detección temprana de DM, HTA y dislipidemias, así como brindar atención farmacéutica en cada una de las enfermedades crónico degenerativas.

Metodología:

Se realizó un estudio prolectivo, descriptivo, prospectivo, longitudinal y observacional, en dichas comunidades del municipio de Ixtaczoquitlán. Para ello se estableció un acuerdo de colaboración entre la Facultad de Ciencias Químicas (FCQ) y las autoridades del municipio. Los pacientes participantes en esta investigación proporcionaron su consentimiento informado para integrar la población de estudio, comunicándoseles todas las actividades a realizar, derechos, beneficios y ética profesional en el uso y manejo de los resultados obtenidos. Para la toma de especímenes sanguíneos se organizaron campañas de salud, con la participación del personal del Laboratorio de de Docencia, Investigación y Servicios (LADISER) Clínicos de la FCQ, en las comunidades respectivas de acuerdo con una calendarización prestablecida. El análisis de las muestras se realizó en el LADISER Clínicos mediante los siguientes métodos: Método enzimático calorimétrico GODPOD, para la determinación de alteraciones en el metabolismo de carbohidratos (glucemia), Método Enzimático Calorimétrico, para niveles de triglicéridos y Método Enzimático Calorimétrico CHODPAD, para niveles de colesterol. Respecto de la determinación de existencia de HTA, el protocolo estuvo regido según la Norma Oficial Mexicana NOM030SSA21999, Para la prevención, tratamiento y control de la hipertensión arterial[5]. El diagnóstico de las tres patologías fue emitido por personal médico, el cual prescribió el tratamiento más adecuado para cada uno de los pacientes. La atención farmacéutica se llevó a cabo en el LADISER Ciencias Farmacéuticas y consistió en la dispensación de los medicamentos prescritos. Actualmente realiza el seguimiento farmacoterapéutico (SF) y la farmacovigilancia (FV) de acuerdo con la Norma Oficial Mexicana NOM220SSA12002[6] y educación sobre la salud y uso racional de los medicamentos.

Resultados:

La población que aceptó participar mediante consentimiento informado fue de 84 pacientes, de los cuales 86% (62) fueron del género femenino y 14% (10) del masculino. Los pacientes del género

femenino presentaron niveles alterados de glucosa en 20% (19 voluntarios); 40% (25) dislipidemias y 11% (7) HTA. En cuanto al género masculino presentaron niveles alterados de glucosa 30% (3), 50% (5) dislipidemia y 20% (2) HTA. Se les dispensó a los pacientes diagnosticados por el médico con DM tipo II hipoglucemiantes orales (Glibenclamida y Metformina) y a los pacientes con dislipidemias se les prescribió Benzofibrato y Pravastatina. Finalmente a los diagnosticados con HTA se les prescribió Captopril. En algunos casos la prescripción medicamentosa estuvo indicada con ejercicio y dieta. La dispensación activa fue de 100% en las dos comunidades.

Discusión:

Se observó que la enfermedad crónico degenerativa de mayor incidencia en estas dos comunidades fueron las dislipidemias con 36% de frecuencia y la segunda con mayor incidencia fue la DM (26%), ambas son de las principales causas de muerte en nuestro país. En este estudio se propuso como estrategia importante la detección temprana de la(s) patología(s), así como el diagnóstico oportuno y tratamiento, en este último hicimos énfasis en la administración de farmacéuticos para incrementar la adherencia farmacoterapéutica y con ello obtener mejores resultados. Además de fomentar en ellos la salud mediante la promoción de un estilo de vida saludable, con la finalidad de prevenir o retrasar la aparición de estas enfermedades y establecer el tratamiento adecuado. Cabe mencionar que los medicamentos fueron dispensados totalmente gratuitos gracias al apoyo de la Farmacia piloto de la FCQ. Actualmente se lleva a cabo el SF, la FV y la educación sobre la salud, a todos los pacientes por un periodo de 3-6 meses, según cada caso.

Referencias bibliográficas:

1. Tapia Conyer R et al. Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas. INNSZ-Secretaría de Salud. México 1993.
2. Principales causas de defunción por entidad federativa y grupos de edad. Dirección General de Estadística e Informática. 1997.
3. King H. Rewers M. Who and ad hoc diabetes reporting group. Global estimates for prevalence of Diabetes Mellitus and impaired glucose tolerance in adults. Diabetes Care. 1993; 16: 157-177.
4. Aguilar Salinas C. Rojas A. Gómez Pérez. F et al. Características de los casos de dislipidemías mixtas en estudio de población: resultados de la Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas. Salud Pública México. 2002;44:546-553.
5. Norma Oficial Mexicana NOM030SSA21999, Para la prevención, tratamiento y control de la hipertensión arterial.
6. Norma Oficial Mexicana NOM-220-SSA1-2002, Instalación y operación de la farmacovigilancia.

Prevalencia del Síndrome de Burnout y factores asociados en médicos docentes de una facultad de medicina

Autor: Ana Itzel Elizondo Bocanegra
Coautores: Daniel Gómez Rojas, Miguel Rodríguez Cruz, Angel Juventivo Valdez Hernandez, Hugo Gonzalez Ateca

Área de Investigación: Salud Pública
Número de Registro: 2
Tipo de Autor: Estudiante de Licenciatura
Institución: Universidad Veracruzana
Dependencia: Facultad de Medicina, Cd. Mendoza
Año Residencia: 2008
Hospital:
Matrícula/Número Personal: 0000000
Teléfono Laboral: 01 272 72 6 73 09
Email: joaquin1935@hotmail.com

Argumentación teórica:

La satisfacción laboral es motivo de interés para los profesionales sanitarios desde hace 40 años. El Síndrome clínico de Burnout fue descrito por primera vez en 1974 por el psiquiatra americano Herbert Freudenberg quien lo definió como un estado de fatiga o frustración originado por la dedicación a una causa, forma de vida o relación que no produce el esperado refuerzo. En 1981 Maslasch y Jackson definieron el Síndrome de Burnout como un trastorno adaptativo o respuesta inapropiada a un estrés crónico caracterizado por un marcado cansancio físico y psicológico. Se manifiesta en tres dimensiones: agotamiento emocional, caracterizado por pérdia progresiva de energía, desgaste, fatiga y despersonalización manifestada por un cambio negativo de actitudes y respuesta hacia la irritabilidad y pérdida de la motivación hacia el trabajo y por último, falta de realización personal como respuestas negativas hacia sí mismo y el trabajo.

Argumentación empírica:

El Síndrome de Burnout aparece principalmente en el personal que trabaja en íntimo contacto con otros seres humanos, relación que le exige una respuesta emocional continua. El personal sanitario es el más vulnerable, principalmete los médicos en formación que durante un perido variable de 3 a 5 años según la especialidad elegida, vive un estrés constante principalmente en el servicio de urgencias, donde debe soportar varias presiones y encarar numerosas responsabilidades.

Planteamiento del problema:

La motivación del presente trabajo es saber la prevalencia del Síndrome de Burnout y sus factores asociados entre médicos docentes de la Facultad de Medicina, basados en el deterioro que representa la exigencia en el cumplimiento de sus labores.

Objetivo general:

Se plantearon como objetivos identificar la prevalencia del Síndrome de Burnout y los factores asociados en los médicos que laboran en la Facultad de Medicina de Ciudad Mendoza; así como determinar rango de edad, sexo, estado civil, número de hijos, jornada diaria, antigüedad laboral, estímulos económicos y relaciones laborales que desencadenan el Síndrome de Burnout en médicos de una institución pública.

Metodología:

Se realizó un estudio prospectivo, descriptivo y transversal. Se incluyeron 47 médicos: 40 del sexo masculino y 7 del femenino entre 40 y 72 años que laboraban en el ciclo escolar febrero-agosto 2008. Las variables empleadas fueron: grupos de edad, sexo, situación conyugal y años de ejercicio de la profesión, número de hijos, número de empleos, estímulo económico, relaciones laborales y jornada diaria. Se utilizó el cuestionario de Maslach Burnout Inventory (MBI) autoadministrado que mide el desgaste profesional y se completa en 10 a 15 minutos. Está constituido por 22 ítems en forma de afirmaciones sobre sentimientos y actitudes del profesional hacia el trabajo y hacia sus pacientes. El cuestionario evalúa tres dimensiones: cansancio emocional, despersonalización y realización profesional. Congrados de intensidad Alta puntuaciones en las dos primeras es clas y bjas eb la tercera definen el sindrome.

Resultados:

El Síndrome de Burnout predominó en el sexo masculino con un total de 4 profesionales (8.5%) en la categoría de agotamiento emocional y despersonalización; respecto de edades, el grupo 1 (40-55) resultó el más afectado, con untotal de 3 profesionales (6.38%), también en la variable de agotamiento emocional y despersonalización. Según el estado civil, el más afectado fue el de los casados 4 (8.51%). En cuanto a la antigüedad laboral, los profesionales de 11 a 25 años de ejercicio fueron los de mayor índice de Burnout con un total de 3 (6.38%). En cuanto a la jornada diaria el mayor índice se observó en los que trabajan entre 11 y 20 horas diarias en una frecuencia de 4 (8.51%). Se observó que las dimensiones más afectadas en la mayoría de las variables fueron agotamiento emocional y despersonalización, seguida por baja realización.

Discusión:

Como se desprende de los resultados de los diversos grupos no existe una elevada prevalencia de desgaste profesional. La bibliografía consultada establece que el Síndrome de Burnout afecta a personas de cualquier edad, aunque existe un predominio en edades donde se alcanza la madurez y en los prefesionales con más años de labores, lo cual coincide con los resultados que obtuvimos. Debemos considerar que la muestra está representada en mayor parte por profesionales maduros pertenecientes al grupo 1 (40-55 años) y que representa 6.38% del total. La mayoría de los trabajos de investigación encontrados mostraron que la categoría cansancio emocional concentra el mayor porcentaje de personal afectado tanto en el sector médico como en enfermería, lo cual coincide claramente con los resultados del presente trabajo. Esta categoría refleja la relación establecida con los pacientes y ante la sobrecarga que siente el profesional, instala esta defensa como medida protectora. Diversos estudios han demostrado que las mujeres son más susceptibles de sufrir el Síndrome, aunque otros no encuentran esta asociación y muestran al sexo masculino con mayor incidencia, lo cual también coincide con el presente trabajo. En cuanto a la situación conyugal, los valores obtenidos en la actual muestra fueron con mayor índice los varones casados; no se ha observado en la bibliografía una clara asociación del Burnout con la situación conyugal, aunque algunos estudios predominio muestran un leve aumento en personas con pareja estable. Conclusión: se ha observado que el Síndrome de Burnout está presente en una baja incidencia en los médicos de la Facultad de Medicina de Ciudad Mendoza, Ver observándose un amplio predominio en la categoría agotamiento emocional; en cuanto al sexo, estado civil,y años de ejercicio de la profesión donde hubo mayor incidencia en los médicos más jovenes y con menor experiencia laboral.

Referencias bibliográficas:

1. Méndez de Guerrero L. Moreno Altamirano C. Sosa Martínez. El protocolo de investigación,lineamiento s para su elaboración y análisis. México, Edit Trillas 2006.
2. Jesús Montesanos Delfin. Manual del Protocolo de Investigación. Edit Auroch. México. 2001.
3. Pando Moreno, Manuel. Arano Beltrán, Carolina. Aldrete Rodriguez, Maria Guadalupe. Flores Salinas, Eduardo E. Pozos Radillo, Elizabeth. Factores psicosociales y Burnout en docentes del Centro Universitario de Ciencias de la Salud. Vol 1 VIII. Núm. 3. Diciembre 2006. 19 citas más.

Estudio comparativo sobre el impacto en el control glucémico del Seguro Popular y del IMSS

Autor: Arturo Aguilar Ye
Coautores: Indira Judith Hernández Pérez, José Yusuf Toledo Cabrera, Edwin Octavio Muciño Cebada

Área de Investigación: Salud Pública
Número de Registro: JEI-108/13
Tipo de Autor: Docente y Profesional de la salud
Institución: Univerisidad Veracruzana
Dependencia: Facultad de Medicina, Minatitlán
Año Residencia: 2008
Hospital:
Matrícula/Número Personal: 32550
Teléfono Laboral: 9222250702 Extensión: 52203
Teléfono Particular: 9212185046
Teléfono Celular: 9211312116
Email: aguilarye@hotmail.com
Email Alternativo: artuaguilar@uv.mx

Argumentación teórica:

La diabetes es una enfermedad metabólica crónica caracterizada por alteraciones en el manejo de carbohidratos, grasas y proteínas derivadas de las deficiencias en la secreción o la acción de la insulina. Es una enfermedad discapacitante por los daños micro y macrovasculares provocados en diferentes niveles del organismo, que finalmente se expresan en formas tan diferentes como ceguera, daño renal o amputaciones de miembros inferiores. La relevancia directa de dicha patología está definida por la magnitud de las poblaciones afectadas en todo el mundo y el incremento en el riesgo de muerte prematura por asociarse con otros problemas igual de importantes como la obesidad, la hipertensión y enfermedades cerebrovasculares[1]. La Organización Mundial de la Salud (OMS) calcula que en el mundo hay más de 180 millones de personas con diabetes y es probable que esta cifra aumente a más del doble en 2030.

Argumentación empírica:

La Encuesta Nacional de Salud (ENSA-2000) registró una prevalencia general de diabetes mellitus de 7.5% en la población mayor de 20 años. Como causa de morbilidad, la diabetes mellitus tipo 2 produjo 287 180 casos nuevos en el año 2000, ocupando el décimo segundo lugar de las veinte principales enfermedades en el país. En cuanto a la demanda de servicios hospitalarios, es de los principales motivos de demanda en el segundo y tercer nivel de artención. La mortalidad por diabetes mellitus en México se elevó de 39 a 49 por cada 100 mil habitantes entre 1985 y el 2000; hoy ocupa los primeros lugares como causa de muerte tanto en hombres como mujeres, y provoca una cantidad muy importante de años de vida saludables perdidos.

Planteamiento del problema:

Dentro de los diversos programas de atención a las enfermedades crónico-degenerativas, es necesario determinar en qué institución de salud el logro de las metas se realiza con mejor efectividad

Objetivo general:

Determinar en qué institución de salud los pacientes con Diabetes Mellirus tipo 2, tienen un mejor control glucémico.

Metodología:

Se realizó un estudio transversal, retrospectivo en 40 pacientes con una media de edad de 57.82 ± 9.308: 16 pacientes de la UMF 52 del IMSS y 24 pacientes del CSU Teresa Morales. A ellos se les aplicó un cuestionario en el que se tomaron en cuenta diversos factores que influyen en su control glucémico como: tiempo que lleva de padecer diabetes; los aspectos que le revisan al asistir a consulta médica (T.A, pies, ojos, corazón, pulmones, somatometría, análisis de laboratorio, glucemia capilar); también se les encuestó sobre su alimentación, actividad física, tipo de tratamiento, medicamento que usa, si está sometido con frecuencia a situaciones de estrés y periodicidad con la que son canalizados a alguna especialidad. También se revisaron los expedientes médicos de dichos pacientes encuestados, tanto en la UMF 52 del IMSS como en el CSU Teresa Morales, esto para corroborar la fecha de los últimos estudios de laboratorio realizados a los pacientes.

Resultados:

La mayoría de los pacientes encuestados son del sexo femenino, en la UMF 52 75% mujeres y en el CSU 79%. Pocas personas en ambas unidades médicas dijeron haber tomado algún remedio casero para su control. En la UMF 52 del IMSS del total de pacientes, 68% presentó descontrol en sus niveles de glucosa y en la canalización de los pacientes a una especialidad (cardiología, oftalmología, nutriología, nefrología) se obtuvo que 88% de los pacientes jamás fueron enviados. En el CSU Teresa Morales, 79% presentó descontrol glucémico, mientras 55% de los pacientes jamás fueron enviados a una especialidad, aunque en esta unidad, en menor medida, 33%,8% y el 4% de los pacientes frecuentan cada mes, cada 3 meses y cada 4 meses o más, alguna especialidad respectivamente.

Discusión:

Se observó en este estudio comparativo que ambas instituciones de salud no presentan un adecuado control glucémico en los pacientes diabéticos, no así en la atención brindada .En el Seguro Popular se documentó que la totalidad de pacientes encuestados presentan análisis recientes, son canalizados con el médico especialista (internista, oftalmólogo y nutriólogo) y cada ocasión que asisten a consulta se les hace una revisión adecuada respecto de su enfermedad y padecimientos más

recientes. Sin embargo, pese a que la atención de su seguro médico es la correcta, no se observan mejorías en su control glucémico. Respecto de los derechohabientes del IMSS al igual que en el Seguro Popular, no tuvieron un adecuado control glucémico, pero a diferencia de este último no prestan atención a la salud del paciente y se olvidan de aspectos importantes como chequeo de pies y de ojos, cuando los pacientes, de acuerdo con su evolución y control, pueden presentar retinopatía diabética y pie diabético. Analizando ambos seguros médicos, se observa un nivel elevado de descontrol glucémico, aunque hay diferencias en cuanto a la atención que refieren los pacientes sobre su seguro, dejando al IMSS en cierta desventaja en cuanto atención frente al Seguro Popular. No existe una diferencia significativa que nos diga el impacto que tuvieron ambas instituciones en el control de glucosa de los pacientes, ni el envío de pacientes a alguna especialidad.

Referencias bibliográficas:

1. Diabetes mellitus en población adulta del IMSS. Disponible en: http://edumed.imss.gob.mx:8080/srv_ims_bsq/enefeb06/ef_dm06/vol44_enfeb_ap_dm_in.html.
2. Resultados de la Encuesta Nacional de Salud 2000. Disponible en: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/index.html.
3. Morbilidad, Secretaría de Salud. 2000. México. 2003: 25-51.
4. Atlas de la Salud. Instituto Nacional de Salud Pública. Cuernavaca, Morelos. 2002.
5. Instituto Nacional de Salud Pública: 2001. 31, 52.
6. Barquera S. Tovar Guzmán V. Campos Nonato I. González Villalpando C. Rivera Dommarco J. Geography of diabetes mellitus mortality in Mexico: An epidemiologic transition analysis. Arch Med Res. 2003; 34(5):407-414.

Características clínico epidemiológicas de un brote de dengue en Cosamaloapan, Veracruz

Autor: Leoncio Miguel Rodríguez Guzmán
Coautores: Dina Marín, Concepción Grajales, Roberto Rodríguez, Concepción del Paz, Arturo Aguilar

Área de Investigación: Salud pública
Número de Registro: 3503-5
Tipo de Autor: Docente y Profesional de la salud
Institución: Instituto Mexicano del Seguro Social
Dependencia: Hospital General de Zona 35
Año Residencia: 2008
Hospital:
Matrícula/Número Personal: 7210167 /23409
Teléfono Laboral: 288 88 2 02 88
Teléfono Particular: 922 22 1 29 19
Teléfono Celular: 922 11 3 24 04
Email: leonciomigue@hotmail.com
Email Alternativo: rleoncio_miguel@hotmail.c

Argumentación teórica:

El dengue es una enfermedad aguda, transmitida principalmente por el mosquito del género Aedes; sus manifestaciones clínicas y severidad dependen de cualquiera de los cuatro serotipos circulantes: DEN-1, DEN-2, DEN-3 o DEN-4[1]. El dengue se clasifica en dengue clásico (DC) y dengue hemorrágico (DH), con variaciones en cada país o situación epidémica. De manera global se identifican manifestaciones generales, gastrointestinales, hemorrágicas y neurológicas[2-7]. Aunado a las manifestaciones clínicas, también se utilizan marcadores de laboratorio como el conteo de plaquetas para determinar grado de severidad, evolución y clasificación de los casos de dengue[8].

Argumentación empírica:

En la región de la Cuenca del Papaloapan se han presentado brotes de la enfermedad a partir del 2004 con una gran variedad de manifestaciones clínicas.

Planteamiento del problema:

¿Cuáles son las características clínicas y epidemiológicas de casos confirmados de dengue en un brote epidémico?

Objetivo general:

Describir las características clínico-epidemiológicas de casos confirmados de dengue en una epidemia.

Metodología:

Se realizó un estudio transversal en la consulta externa y área hospitalaria del HGZ 35 del IMSS en Cosamaloapan, Veracruz. Se definió como caso de dengue y su clasificación de acuerdo con los criterios recomendados por la OMS. Se incluyeron 55 pacientes confirmados serológicamente para infección aguda por dengue (IgM) y se eliminaron

cinco pacientes porque no se pudo realizó el seguimiento y a más por presentar elevación térmica corporal recurrente. Se incluyeron quienes tuvieran menos de cuatro días de haber iniciado el cuadro clínico y posteriormente se les realizó un seguimiento a las 24, 72 horas y entre el sexto y octavo días siguientes. A cada paciente se le realizó una entrevista para evaluar características sociodemográficas, antecedentes heredofamiliares de dengue actual, antecedente de cuadros similares anteriores durante su vida y en forma específica durante los últimos 12 meses a la fecha de evaluación y comorbilidad con otras enfermedades. Asimismo se evaluó el consumo de fármacos. Los pacientes y padres de menores de 18 años otorgaron su consentimiento informado.Se realizaron medidas de tendencia central, dispersión, frecuencias simples y relativas.

Resultados:

La mayor parte de la muestra correspondió al sexo femenino con 37 (67.3%) casos. La media de edad fue de 37.8 a 15.8 años (8 a 75 años). La mayoría 27 (49.1%) de los casos correspondió al grupo con DC, siguiendo en frecuencia quienes presentaron DCMH 17 (30.9%) y 11 (20%) tuvieron DH. No hubo diferencias en relación con la edad, sexo, antecedente de dengue anterior y consumo de antiinflamatorios no esteroideos, pero sí con la comorbilidad de enfermedades crónico degenerativas y hospitalización asociadas al grupo con DH. La mayoría de los pacientes de las tres categorías clínicas de dengue presentó manifestaciones generales y hubo más distribución de exantema en pacientes con DCMH y DH. Ninguno de los pacientes con DH presentó adenomegalias. La mediana de aparición de los síntomas varió de 0 (día basal) para la mayoría de las manifestaciones generales, hasta 3.5 días en relación con la aparición del exantema. Respecto de las manifestaciones gastrointestinales, la más frecuente fue la náusea (80%), seguida del dolor abdominal (67.3%) y los grupos de DCMH y DH tuvieron mayor probabilidad de presentar vómito ($p=0.003$). En el grupo de DCMH, 15 (88.2%) pacientes presentaron prueba de torniquete positiva. De todos los pacientes 13 (23.6%) presentaron algún tipo de manifestación clínica con afección en el sistema nervioso o estado de ánimo. Los pacientes con DC hospitalizados tuvieron un máximo de dos días de estancia intrahospitalaria, similar a los casos de DCMH. La mediana del conteo de plaquetas en el grupo de DCMH fue de 162 500 y en el grupo con DH de 75 000 por milímetro cúbico.

Discusión:

El número de casos de DH que se reportan en el presente trabajo, coincidente con lo reportado en la ciudad de Veracruz, permitió establecer la presencia de un brote (epidemia) de dengue hemorrágico[9]. No se presentaron diferencias según las categorías clínicas de dengue en relación con la edad. Un estudio describe que el cuadro clínico de dengue no demostró diferencias en grupos etáreos. Se ha reportado en América que la edad de afectación más frecuente es de los 30 a 50 años[2,4]. En cuanto a enfermedades crónicas no transmisibles las personas con diabetes mellitus, hipertensión e insuficiencia renal tuvieron una mayor probabilidad de presentar DH o síndrome de choque por dengue[10]. En el presente estudio cuatro pacientes del grupo con DH presentaron algún tipo de enfermedad no transmisible. Una de las manifestaciones generales asociada como predictor de sangrado o de desarrollo de DH es el exantema; en la muestra evaluada fue más frecuente en el grupo de DCMH, así como en niños y adolescentes; se liga serotipo 3[10-12]. El dolor abdominal es descrito como un factor predictor de sangrado y los grados de severidad del dengue, aunque existen diferencias al respecto. La única manifestación gastrointestinal que estuvo más asociada con DH fue el antecedente de vómito similar a lo reportado en otro estudio. La diarrea tuvo una frecuencia menor y coincide con la mayoría de los estudios internacionales[11-17]. La prueba de torniquete positiva presenta una variación de referencia entre 22.7% hasta 55% dependiendo del grupo etáreo y cuadro clínico de dengue; en nuestra muestra se presentó de manera general en 27.3% de la población y rebasó 80% en los grupos de DCMH y DH. De acuerdo con los criterios de gravedad del DH en nuestra muestra 6 (54.5%) correspondieron al grado I y 5 (45.5%) al grado II. La manifestación neurológica con mayor frecuencia fue el vértigo y en un caso se presentó debilidad muscular[13,14]. Los resultados del estudio abundan sobre las manifestaciones clínicas del dengue en relación con las definiciones operacionales de la Vigilancia Epidemiológica en México.

Referencias bibliográficas:

1. Kautner I. Robinson MJ. Kuhnle U. Dengue and dengue hemorrhagic fever. J Pediatr. 1997;131:516-524.
2. Valdés L. Guzmán MG. Kouri G. Delgado J. Carbonell I. Cabrera MV et al. La epidemiología del dengue y del dengue hemorrágico en Santiago de Cuba, 1997. Rev Panam Salud Pública. 1999;6:16-25.
3. Guzmán MG. Vázquez S. Martínez E. Álvarez M. Rodríguez R. Kourí G et al. Dengue in Nicaragua, 1994: reintroduction of serotype in the Ameritas. Rev Panam Salud Pública. 1997;1:193-199.
4. Rigau Pérez JG. Asociación de epidemiólogos de Puerto Rico. Manifestaciones clínicas del dengue hemorrágico en Puerto Rico, 1990-1991. Rev Panam Salud Pública. 1997;1:435-443.
5. García Rivera EJ. Rigau Pérez JG. Dengue severity in the elderly in Puerto Rico. Rev Panam Salud Pública. 2003;13:362-368.
6. Navarrete Espinosa J. Gómez Dantes H. Celis Quintal JG. Vázquez Martínez JL. Clinical profile of dengue hemorrhagic fever cases in Mexico. Salud Pública Méx. 2005;47:193-200.

7. Rivas Llamas R. Chaín Castro RA. Murillo Llanes J. Ramírez Zepeda MG. Gadea Álvarez T. López López E. Manifestaciones hemorrágicas en el dengue. Rev Bioméd. 2005;16:87-94.
8. Clinical diagnosis. En: World Health Organization: Dengue hemorrhagic fever. Geneve 1997:1-11.
9. Enfermedades transmisibles por vector. Dirección General de Epidemiología. Secretaría de Salud de México. Epidemiología. 2005;21:16.
10. Lee MS. Hwang KP. Chen TCh. Lu PL. Chen TP. Clinical characteristics of dengue and dengue hemorrhagic fever in a medical center of southern Taiwan during the 2002 epidemic. J Microbiol Inmunol Infect. 2006;39:121-129.
11. Lai PCh. Lee SS. Kao ChH. Chen YS. Huang ChK. Lin WR et al. Characteristics of a dengue hemorrhagic fever outbreak in 2001 in Kaohsiung. J Microbiol Inmunol Infect. 2004;37:266-270.
12. Passos MN. Garcia Santos LM. Reis Pereira MR. Guimarães Casali C. Drumond Fortes B. Ortiz Valencia LI et al. Diferentas clínicas observadas em pacientes com dengue causadas por diferentes sorotipos na epidemia de 2001/2002, ocorrida no municipio do Rio de Janeiro. Rev Soc Brasileira Med Trop. 2004;37:293-295.
13. Misra UK. Kalita J. Syam UK. Dhole TN. Neurological manifestations of dengue virus infection. J Neurol Sci. 2006;244:117-122.
14. Ferreira ML. Cavalcanti CG. Coelho CA. Mesquita SD. Neurological manifestations of dengue: study of 41 cases. Arq Neuropsiquiatr. 2005;63:488-493.

Nivel de autoestima en mujeres con sobrepeso y obesidad

Autor: Ángel Puig Nolasco
Coautores: Sonia Verónica Borrego Castellanos, Dulce María Ruiz Sánchez, Jessica Joseline González Vidal

Área de Investigación: Salud Pública
Número de Registro: JEI-108/05
Tipo de Autor: Docente y Profesional de la salud
Institución: Universidad Veracruzana
Dependencia: Facultad de Medicina, Minatitlan
Año Residencia: 2008
Hospital:
Matrícula/Número Personal: 17648
Teléfono Laboral: 9222250702
Teléfono Particular: 9222234504
Teléfono Celular: 9221093179
Email: apuign@hotmail.com

Argumentación teórica:

La autoestima se define, en términos de autoevaluación, como el sentir que de sí misma hace una persona expresándola con una actitud de aprobación o de rechazo; este sentimiento expresa el grado en que la persona se siente capaz, exitosa, significativa y valiosa. Dividida en baja, aquellas personas que se muestran inseguras, desconfiadas de sus facultades, que necesitan aprobación de los demás, puessuelen tener diversos complejos, todo lo cual ocasiona sentimientos de inferioridad y de timidez en sus relaciones interpersonales, además de depresión; y alta, característica de quienes tienen una buena aceptación de sí mismos y un buen equilibrio emocional, capaces de disfrutar situaciones sociales pero también de la soledad, con buena autoconfianza, menor temor ante los fracasos, pensamientos positivos y buena motivación. La obesidad es un problema de desequilibrio de nutrientes, que se traduce en un mayor almacenamiento de alimentos en forma de grasa, que los requeridos para satisfacer las necesidades energéticas y metabólicas del individuo. Se define por un Índice de Masa Corporal (IMC) una circunferencia de cintura mayor de 102 centímetros en hombres y de 88 centímetros en mujeres, ésta también es indicativa de obesidad. México es uno de los tres países donde existe mayor población con sobrepeso y obesidad en todo el mundo. Suele acompañarse de problemas sociales que van desde pérdida de autoestima, vergüenza por su composición corporal, dificultad de atracción por el sexo opuesto, hasta pérdida de oportunidades laborales y deportivas pueden llegan al aislamiento social con la consiguiente depresión.

Argumentación empírica:

Según la Encuesta Nacional de Nutrición, realizada en 1999, la tasa de sobrepeso en mujeres entre 12 y 45 años fue de 31%; mientras 22% se clasificó como obesa. Villaseñor y colaboradores refieren que 30% de los pacientes (en su mayoría mujeres) con desorden atracón están deprimidos y presentan autoestima baja y mayor insatisfacción corporal, en comparación con los controles no obesos sin atracones.

Planteamiento del problema:

¿Cuál es el nivel de autoestima en mujeres obesas de la UMF 52 en Cosoleacaque, Veracruz?

Objetivo general:

Conocer el nivel de autoestima y algunas variables sociodemográficas en mujeres con sobrepeso y obesidad y la asociación que existe entre ellas.

Metodología:

Se realizó un estudio observacional, descriptivo y analítico del nivel de autoestima de 125 mujeres derechohabientes de la UMF 52 en la ciudad de Cosoleacaque, Ver.. que presentaron obesidad o sobrepeso. El estudio se realizó del 1 de marzo al 15 de junio de 2008. Una de las variables de estudio fue el IMC. El grado de autoestima fue evaluado mediante el instrumento escala de autoestima de Rosemberg que consta de 10 ítems, de los cuales cinco están enunciados en forma positiva y cinco en forma negativa, calificando de 30 a 40 puntos autoestima elevada; autoestima normal de 26 a 29 puntos; autoestima baja menos de 25 puntos: existen problemas significativos

de autoestima. Para la obtención del peso se utilizó una báscula de marca BAME modelo AUT. DGN 2412 de capacidad de 140 Kg. El cuestionario fue aplicado en la sala de espera de la clínica correspondiente. Se realizó un análisis estadístico mediante el cálculo de frecuencias, porcentajes, medias, desviación estándar y X2; se discutieron los resultados y se hicieron conclusiones del estudio.

Resultados:

De los 125 sujetos de investigación se obtuvo una edad media de 37.7±4.8 años con un rango de 30-45. De acuerdo con el estado civil 91(72.8%) son casadas, 11(8.8%) solteras, 11(8.8%) en unión libre y 9.6% son el resto de la población que agrupa a divorciadas, viudas y separadas. En ocupación 62.4% (78) son amas de casa, 25.6% (32) son empleadas, 8.8% profesionistas y 3.2% agrupa a desempleadas y obreras. El 32% (40) correspondió a sobrepeso y el 68%(85) obesidad. De acuerdo con la autoestima sólo 8 mujeres (6.4%) tuvieron una autoestima baja. Al relacionar variables se encontró que Autoestima vs IMC y Autoestima vs Peso tuvieron valores de P=0.05, por tanto no existe relación estadística entre estas variables. Al cruzar la variable ocupación y nivel de autoestima se encontró una P=0.001 que indica relación estadística entre la labor realizada y los niveles de autoestima, específicamente con el grupo de otros (obrera, empleada, profesionista y desempleada).

Discusión:

En referencia con los datos obtenidos en esta investigación, los niveles de autoestima no tienen valor significativo en su correlación con el Índice de Masa Corporal; pero sí refleja que el nivel de autoestima presenta significancia estadística con la ocupación, es decir la muestra correspondiente al grupo de otros (obreras, profesionistas, desempleadas, etcétera). Encontramos que la mala autoestima (baja y media) es de 36.8% de la población y el restante 63.2% tiene un nivel de autoestima normal. Comparando con el estudio realizado de Aguilar Ye se encontró que su población no presentó autoestima baja y media, siendo 100% de su población con autoestima muy alta y alta. En contraste Alvarado, Guzmán y González (2005) refirieren que en su población aumentaba la autoestima conforme disminuía el peso. A diferencia, en el estudio realizado por Rodríguez, Fernández y Martínez Sánchez, se concluyó que la alteración de la imagen corporal tiene que ver con los trastornos de conducta de las personas debido a que utilizaron la escala de valoración de la imagen corporal de Gardner, Strak, Jackson y Friedman. En otros estudios como el de Casillas y colaboradores se encontró que el IMC tiene una correlación significativa con el grado de insatisfacción de la imagen corporal.

Referencias bibliográficas:

1. Aguilar Y A . Puig S P.J. Luna M L. A. Sánchez Z P. Rodríguez GR. Rodríguez G L.M. La autoestima y su relación con el índice de masa corporal al culminar la adolescencia. Revista Mexicana de Pediatría. 2002. Disponible en: http://www.medigraphic.com/pdfs/pediat/sp-2002/sp025c.pdf.
2. Alvarado S AM. Guzmán B E. González R M.T. Obesidad: ¿Baja autoestima? Intervención psicológica en pacientes con obesidad. Enseñanza e investigación en psicología. 2005. Disponible en: http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/292/29210214.pdf..
3. S, S.B Emilio. Relación entre la autoestima personal, la autoestima colectiva y la participación en la comunidad. Anales de psicología.1999. Disponible en: http://www.um.es/analesps/v15/v15_2pdf/11v98_08aut.pdf .
4. Baumeister R.F. Campbell J.D. Krueger J.I. Vohs K.D. Does High Self-Esteem cause better performance, interpersonal success, happiness, or healthier lifestyles?. American Phychological. 2003.
5. Hernán D C. La obesidad: Un desorden metabólico del alto riesgo para la salud. Colombia Médica.2002. Disponible en: http://colombiamedica.univalle.edu.co/Vol33No2/obesidad.pdf.
6. Bastos A A. González B R. Molinero G O. Salguero del V, A. Obesidad, nutrición y actividad física.Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y el Deporte. 2005.
7. Bersh S. La obesidad: aspectos psicológicos y conductuales. Revista Colombiana de Psiquiatría.2006. Disponible en: http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v35n4/v35n4a07.pdf.
8. Casillas E M. Montaño C N. Reyes V V. Bacardí G M. Jiménez C A. A mayor IMC mayor grado de insatisfacción de la imagen corporal. Rev Biomedid.2006.
9. Navarro N C. Venegas O U. Navarro S J.C. Corbalá S J. Cárdenas V.M. Campos A. Sobrepeso y obesidad entre mujeres profesionales de la salud. Medigraphic Artemisa en línea. 2005. Disponible en: http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2005/gom058b.pdf.
10. González F. Fernández B J.E. Evaluación de una dieta de muy bajas calorías en obesos asociados con hipertensión, diabetes o dislipidemias. Rev. Cubana Invest Biomed. 2000.
11. Villaseñor B S.J. Ontiveros E.C. Cárdenas C K.V. Salud mental y obesidad. Medigraphic Artemisa en línea.2006. Disponible en: http://www.medigraphic.com/pdfs/invsal/isg-2006/isg062e.pdf.
12. Actas Españolas de Psiquiatría /2003/02/111020300590064.pdf.
13. Sepúlveda AR. Botella J. León JA. La alteración de la imagen corporal en los trastornos de la. Psicothema. 2001. Disponible en: http://www.psicothema.com/pdf/407.pdf.
14. VA Bento. Lopes S. Faerstein C. Sichieri E R. Body mass index, body weight perception and common mental disorders among university employees in Rio de Janeiro. Rev Bras Psiquiatr.2004. Disponible en: www.scielo.br/pdf/rbp/v26n4/en_a07v26n4.pdf.
15. Martín AJ. Núñez JL. Navarro G J. Grijalvo F. (2007). The Rosenberg Self-Esteem Scale: Translation and Validation in University Students. The Spanish Journal of

Prevalencia de adicciones en alumnos de preparatoria

Autor: Ángel Puig Nolasco
Coautores: Leidy Selene García Bautista, Ángel de Jesús Real Martínez, Eleazar Ambros Chapan

Área de Investigación: Salud Pública
Número de Registro: JEI1-08/14
Tipo de Autor: Docente y Profesional de la salud
Institución: Universidad Veracruzana
Dependencia: Facultad de Medicina, Minatitlán
Año Residencia: 2008
Hospital:
Matrícula/Número Personal: 17648
Teléfono Laboral: 9222250702
Teléfono Particular: 9222234504
Teléfono Celular: 9221093179
Email: apuign@hotmail.com

Argumentación teórica:

La adicción es una dependencia física o psíquica originada por el abuso compulsivo de sustancias que afectan el estado de ánimo y la conciencia del individuo[1,2]. El consumo de sustancias adictivas parece remontarse a los albores de la humanidad cuando el hombre primitivo en su etapa de recolector comenzó a interesarse por el efecto de plantaslas y logró, mediante ensayo y error, acumular rudimentarios conocimientos que pronto se hicieron exclusivos de una élite de chamanes, brujos, hechiceros y sacerdotes, cuyos poderes en gran parte se basaban en la supuesta comunicación con fuerzas sobrenaturales durante sus viajes alucinantes, experiencias generalmente transmitidas a sus descendientes en forma directa, miles de años antes de que apareciera la escritura[3]. En la literatura hay distintas clases de adicciones: sustancias psicotrópicas (nicotina y cocaína) o también comportamientos específicos (juegos de azar, videojuegos, etcétera). Estudios científicos han revelado que la sensación de bienestar o placer que produce el consumo de algunas sustancias es provocada por transformaciones bioquímicas en el cerebro, de tal manera que la ausencia de consumo provoca el efecto contrario[4]. Las adicciones afectan a los individuos en los diferentes ambientes en los que se desenvuelve: en el laboral es a través de tres vías: 1) Disminución del rendimiento; 2) Disminución de la disponibilidad: ausentismo; 3) Disminución de la seguridad: accidentes[5]. Para su estudio se han clasificado tres etapas de evolución hacia la adicción: 1) Uso: consume los fines de semana y en oportunidades casuales; la droga es regalada o compartida. 2) Abuso: uso regular durante la semana; existen episodios de intoxicación. 3) Adicción: ha desaparecido toda relación con su familia, pareja, escolaridad o trabajo; busca obsesiva y compulsivamente la droga[6].

Argumentación empírica:

Muestra de la influencia de la mercadotecnia, respecto de la venta de sustancias adictivas, llamándose de diferentes formas y no sólo del cigarrillo. En las encuestas realizadas en los años 1998 y 2002 se revela que incrementó el índice de consumo de alcohol entre los adolescentes, de 27% en 1998 a 35% en 2002 entre los varones, y de 18% a 25% respectivamente entre las mujeres[13].

Planteamiento del problema:

¿Cuál es la prevalencia de adicciones en el nivel medio superior en el sur de Veracruz?

Objetivo general:

Conocer la prevalencia y las principales adicciones presentes en estudiantes del CETIS 79 de Coatzacoalcos, Veracruz.

Metodología:

Estudio descriptivo, transversal, realizado en estudiantes del nivel medio superior, con una muestra no probabilística a conveniencia, a los que se les aplicó un cuestionario similar al aplicado en la Encuesta Nacional sobre Adicciones durante los meses de mayo y junio del 2008. Se utilizaron medidas de tendencia central y de dispersión para describir las variables cuantitativas, así como frecuencias simples y relativas para variables cualitativas.

Resultados:

De los 98 alumnos encuestados la media de edad fue de 16.643± 1.096 años; 37.7% de la población está representado por 37 hombres y 62.3% restante corresponde a las 60 mujeres encuestadas. El 41.8%, correspondientes a 41 estudiantes mencionó haber fumado tabaco alguna vez en su vida, de los cuales 14 de ellos han fumado más de 100 cigarros y 2 estudiantes (2%) fuman con el consentimiento de sus padres. El 5.1%, referente a 5 jóvenes , dijo haber probado anfetaminas sin consentimiento de un médico; 2 mencionaron haberlas usado en los últimos 12 meses y lo más alarmante es que 2 personas (2%) han usado estas sustancias más de 50 veces. El 10.2% (10 alumnos) mencionó haber tomado alguna vez en su vida tranquilizantes; 6 alumnos mencionaron haberlas usado por primera vez entre los 14 y 16 años. De mariguana 4% (4 alumnos) aseguró haberla probado; 3 alumnos dijeron haberlo hecho en los últimos 12 meses y 2 personas que fue en el último mes. En su mayoría afirman haberlas usado entre los 17 y 19 años de edad. En cuanto a cocaína, 2% (2 estudiantes) dicen ya haberla usado; en la cocaína, crack 5 (5.1%) alumnos señalaron ya haberla usado de 2 a 6 meses atrás. El 2% de los estudiantes mencionó haber probado alguna sustancia inhalable en el último mes; igualmente aseguró haberlas aspirado por primera vez hace más de un año. Observamos que la cerveza es

la bebida alcohólica más ingerida por los jóvenes, representada por 50% (referente a 49 alumnos). En 20.4% (20 alumnos) los jóvenes que afirmaron consumir bebidas alcohólicas dijeron haber tomado de 5 a más copas completas en el último año; 23 estudiantes (23.5%) consumieron de una a mas copas en el último año de una a dos veces. En general los jóvenes consideraron que consumir heroína, mariguana, cocaína, inhalantes y alcohol es muy peligroso (teniendo así el 84.7%). La mayoría considera muy peligroso fumar 1 o más cajetillas de cigarros al día (siendo así el 78.6%) referente a 77 de los 98 alumnos encuestados.

Discusión:

Datos obtenidos por ETJ demuestran que 19.95% de los estudiantes son fumadores, siendo el consumo de cigarros en hombres del 19.6% y mujeres de 19.1%. Nuestras encuestas arrojaron que la cifra de consumo de tabaco en 100% de la muestra fue de 14.3% de la cual 23.4% corresponde a mujeres y 18.3% equivale al porcentaje de consumo en hombres. Parece increíble que actualmente sea tan fácil el acceso a los cigarrillos, lo cual constatamos en la investigación pues 34.7% de los alumnos aseguraró que este dato es real. Para esta práctica 27.6% de los jóvenes asegura que generalmente consigue los cigarros que fuma en las tiendas, lo cual llama la atención debido a que nuestra población en su mayoría es menor de edad y no debería tener acceso a estos productos. En las encuesta realizadas en 1998 se revela que el consumo de alcohol entre los adolescentes es de 22.5% y aumenta en el 2002 a 30%; en nuestra investigación es de 59.2%, con esto comprobamos que cada día aumenta el número de estudiantes de nivel medio superior que ingiere bebidas alcohólicas.

Referencias bibliográficas:

1. The Center, A Place of Hope (2008). Adicciones. Consultado en mayo 5 del 2008 en http://www.thecenter.com.ec/Adiccion.html.
2. S/A (2008). Adicciones. Consultado en mayo 5 del 2008 en http://www.diccionario-web.com.ar/largo/adicci%F3n.html.
3. Fernández Portelles Alexander (2005). Adicciones. Consultado en mayo 5 del 2008 en http://www.monografias.com/trabajos24/adicciones-adolescencia/adicciones-adolescencia.shtml.
4. S/A (2008). Adicciones. Consultado en mayo 5 del 2008 en http://es.wikipedia.org/wiki/Adicci%C3%B3n.
5. S/A (2005). Adicciones. Consultado en mayo 5 del 2008 en http://www.monografias.com/trabajos12/amla/amla.shtml.
6. S/A (2008). Adicciones. Consultado en mayo 5 del 2008 en http://www.elalmendro.org.ar/metodologia.htm.
7. Medina Mora María Elena (2005). Adicciones. Consultado en mayo 5 del 2008 en http://www.inprf.org.mx/avisos/srid/Principal.html.
8. S/A (2008). Adicciones. Consultado en mayo 5 del 2008 en http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/CDM1-2.htm.
9. S/N (2008). Adicciones. Consultado en mayo 5 del 2008 en http://www.insp.mx/tabaco/libro/M%C9XICO_ETJ_2003_Resumen.pdf.
10. Peña Corona Marco Polo (2008). Adicciones. Consultado en mayo 5 del 2008 en http://scielo.unam.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342002000700016&lng=es&nrm=iso.
11. S/A (2006). Adicciones. Consultado en mayo 5 del 2008 en http://sesver.ssaver.gob.mx/pls/portal/docs/PAGE/INICIO/ADICCIONES/CURSOS/PROGRAMADEADICCIONES2007.PDF.
12. Meneses González Fernando (2002). Adicciones. Consultado en mayo 5 del 2008 en http://redalyc.uaemex.mx/pdf/106/10644521.pdf.
13. S/A (2008). Adicciones. Consultado en mayo 5 del 2008 en http://www.consulta.com.mx/interiores/15_otros_estudios/enc_adicc02.html.
14. S/A (2002). Adicciones. Consultado en Mayo 5 del 2008 en http://www.inegi.gob.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/continuas/sociales/salud/2004/Ena02.pdf.
15. S/A (2002). Adicciones. Consultado en mayo 5 del 2008 en http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/pie/etj2003.pdf.
16. Medina Mora María Elena (2008). Adicciones. Consultado en mayo 5 del 2008 en http://www.adolec.org.mx/saludpublica/45s1_5.pdf.

Prevalencia de anticuerpos IgG de Helicobacter Pylori en voluntarios de comunidades rurales de Ixtaczoquitlán

Autor: Jesús Ortíz Martínez
Coautores: A Hernández, JF Velázquez Hernández, LM Juárez Castro, A Aquino Arteaga, EV.Herrera Huerta

Área de Investigación: Salud Pública
Número de Registro: S/N
Tipo de Autor: Estudiante de Licenciatura
Institución: Universidad Veracruzana
Dependencia: Facultad de Ciencias Químicas
Año Residencia: 2008
Hospital:
Matrícula/Número Personal: S00013898
Teléfono Laboral: 01 272 72 4-01-20
Teléfono Celular: 2721350666
Email: emherrera@uv.mx
Email Alternativo: emma_vhh@hotmail.com

Argumentación teórica:

La Helicobacter Pylori (H. Pylori) es un microorganismo que afecta las glándulas mucosas del tejido epitelial del estómago en el ser humano. Muchas úlceras, algunos tipos de gastritis y el cáncer de estomago están relacionadas con infecciones por H. Pylori. La afección por H. Pylori es sintomática: los pacientes presentan anorexia, sensación de plenitud gástrica, dolor epigástrico que se intensifica con la alimentación o se asocia

con malestar abdominal, pirosis, náusea o vómito, hematemesis y melena, dolor abdominal, diarrea crónica o bien asintomática[1].

Argumentación empírica:

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha declarado recientemente a la H. Pylori como carcinógeno clase 1, factor altamente riesgoso en el desarrollo de cáncer de estómago. La infección por H. Pylori afecta aproximadamente a 50% de la población mundial, en promedio, sin importar género, edad, raza, país, ocupación o nivel socioeconómico. En nuestro país la infección por H. Pylori representa un problema de salud pública, pues se estima que afecta en promedio a 76 % de la población, con una prevalencia variable de acuerdo con la región estudiada; investigaciones recientes han encontrado que en el norte del país la frecuencia es de 67.5% mientras en el estado de Chiapas es del 78% y en el Distrito Federal de 85.7%[4].El propósito de este estudio fue determinar de manera cualitativa la prevalencia de anticuerpos IgG de H. Pylori en suero humano, empleando el método de flujo lateral, cromatográfico de inmunoensayo en voluntarios de comunidades rurales de Ixtaczoquitlán. Para alcanzar dicho propósito, se plantearon otros objetivos intermedios como la prevención de la enfermedad y por la parte farmacéutica la dispensación activa, la medición de la Adherencia Farmacoterapéutica (ADHF), el Seguimiento Farmacoterapéutico (SF) y la Farmacovigilancia (FV)[5]. Para lograrlo se propusieron estrategias en los cambios de estilo de vida (tratamiento no farmacológico) y del tratamiento farmacológico o medicamentoso.

Planteamiento del problema:

La infección se encuentra distribuida universalmente, afectando más a los países en vías de desarrollo (comunidades rurales)[2,3]. Por ello su prevalencia varía de acuerdo país y tipo de población que se estudie, estimándose que en países desarrollados es de 15 a 40% y en países en vías de desarrollo oscila entre 50 y 80 por ciento.

Objetivo general:

Determinar la prevalencia de anticuerpos IgG de Helicobacter Pylori en voluntarios de comunidades rurales del municipio de Ixtaczoquitlán, Veracruz.

Metodología:

Se realizó un estudio prolectivo, descriptivo, prospectivo, longitudinal y experimental, inicialmente en 100 pacientes con edades comprendidas entre 20 y 70 años, atendidos en las instalaciones del DIF Ixtaczoquitlán, Ver., de junio a julio de 2008. Se solicitó la firma de consentimiento informado a cada paciente. Todos los que aceptaron participar se les abrió un expediente farmacoterapéutico. La obtención de especímenes sanguíneos se realizó por venopunción con el sistema de extracción al vacío en tubo sin aditivo. La identificación de H. Pylori se realizó mediante el método en tira para la detección rápida cualitativa de anticuerpos específicos de H. Pylori (IgG) en suero humano (kit comercial) se empleo el método de flujo lateral, cromatográfico de inmunoensayo. Las muestras fueron procesadas en el Laboratorio de Docencia, Investigación y Servicios (LADISER) Clínicos de la Facultad de Ciencias Químicas (FCQ) de la Universidad Veracruzana (UV). El diagnóstico y el tratamiento a cargo del médico del DIF; la dispensación activa, la ADHF, el SF, la FV y la educación sobre la salud estuvieron a cargo del LADISER Ciencias Farmacéuticas.

Resultados:

Se realizó el estudio en 81 mujeres (81%) y 19 hombres (19%). La mayoría de las mujeres se dedican al hogar y los hombres a la agricultura. El 98% respondió en la primera entrevista realizada no conocer esta bacteria ni las enfermedades que ocasiona si no es detectada a tiempo. El 47% no tiene acceso a algún centro de salud. Los resultados finales mostraron que 23% (23) de los voluntarios resultaron positivos (+) a la prueba y el resto negativos (-). El 30% (7) fueron del género masculino y el 70% (16) del femenino. El promedio de edad con resultado positivo fue de 40 años. El tratamiento farmacológico fue principalmente una combinación de un antibiótico (amoxicilina) con un antiulceroso (ranitidina), según cada caso. Cabe hacer mención que se volverá a muestrear a los pacientes que hayan salido positivos en un periodo de 3 a 6 meses, según el caso (infección primaria, reinfección o erradicación), para confirmar la erradicación de la bacteria. Así mismo durante el SF se les aconsejó cómo evitar la reinfección y con ello mejorar su calidad de salud.

Discusión:

En esta investigación de prevalencia contra anticuerpos IgG de H. Pylori por el método de cromatografía en flujo lateral se obtuvo 23% de resultados positivos, porcentaje similar al obtenido por Román Román A y colaboradores (2005)[6], quienes obtuvieron 20.9%; por tanto los valores arrojados en nuestro estudio están dentro de la cifra de resultados reportados en otros trabajos relacionados con el mismo tema en la República Mexicana. Los padecimientos gástricos fueron más prevalentes en el género femenino, esta diferencia significativa se debe probablemente a que la mayoría realiza labores del hogar, situación que les permite participar en estas campañas. Finalmente se brindó tratamiento farmacoterapéutico y dispensación activa a 100% de los pacientes que resultaron positivos en el estudio. A los pacientes con H. Pylori se les proporcionó información sobre tratamientos farmacológico y no farmacológico abarcándo los siguientes aspectos: uso racional de medicamentos, acción de los fármacos sobre el organismo de manera clara ilustrativa y sencilla, así como una breve explicación de las causas de la

infección. La información también se les brindó en formatos impresos como trípticos y folletos, en los cuales se explicaban los síntomas de la patología, factores de riesgo y medidas preventivas. Cabe señalar que los medicamentos fueron donados en gran parte por la farmacia piloto de la Facultad de Ciencias Químicas.

Referencias bibliográficas:

1. Sociedad Médica del Hospital General de México, AC.Helicobacter Pylori. Revista Médica del Hospital General de México. 2001;64 (4): 199-200.
2. Muerte cardiovascular, El riesgo de las dislipidemias. http://www.salud.gob.mx/docprog/estrategia_3/enfermedades_cardiovasculares.pdf. Fecha de consulta: agosto 2008.
3. Calva Rodríguez Roberto. Luna Alcántara Juan José. Lagunes Yannelli Bernardette. Rivera Domínguez María Eugenia, Calva Cerqueira Daniel. Santos Murcias Edgar. Prevalencia del Helicobacter Pylori en tres poblaciones de niños de la ciudad de Puebla, México y sus factores de riesgo. Revista Gastroenterología. México. 2006; 71 (4): 440-445.
4. Revista de Investigación en Ciencias de la Salud. Órgano Oficial del Área de Ciencias de la Salud Universidad Veracruzana. Región Veracruz. 2007. Volumen 2, Julio-diciembre.
5. Martínez F R, Fernández Limós F et al. Programa DÁDER de Seguimiento del Tratamiento Farmacológico. Resultados de la fase piloto. Ars Pharmaceutica. 2001; (42): 53-65.
6. http://www.respyn.uanl.mx/especiales/2007/documentos/trabajos_libres/86_roman. Fecha de consulta: junio 2008.

Prevalencia de obesidad y sobrepeso en escolares de entre 6 y 8 años de edad

Autor: Ángel Puig Nolasco

Coautores: Ana Victoria Arano Reyna, Nabill Cartas Reyes, Daniel de Jesús Lasserre Alfonso

Área de Investigación: Salud Pública
Número de Registro:JEI-108/12
Tipo de Autor: Docente y Profesional de la salud
Institución: Universidad Veracruzana
Dependencia: Facultad de Medicina, Minatitlán
Año Residencia: 2008
Hospital:
Matrícula/Número Personal: 17648
Teléfono Laboral: 9222250702
Teléfono Particular: 9222234504
Teléfono Celular: 9221093179
Email: apuign@hotmail.com

Argumentación teórica:

La obesidad es una enfermedad crónica, compleja y multifactorial que se puede prevenir y corregir de forma simple en un estadio temprano. Es un proceso que suele iniciarse en la infancia o la adolescencia. Se debe principalmente por una desproporción en la ingesta y el gasto energético; dicho de otra manera la obesidad es la consecuencia de un consumo calórico mayor al que el cuerpo necesita. En su origen se involucran también factores genéticos y ambientales, los cuales determinan un trastorno metabólico y ocasionan un exceso de grasa corporal. La obesidad no respeta color de la piel, edad, nivel socioeconómico, sexo o situación geográfica. Sin embargo, en las últimas dos décadas estudios han revelado un notable incremento en la prevalencia de obesidad en infantes, particularmente en los países de mayor desarrollo económico. Lo anterior se explica por la vida sedentaria que la ciudad puede implicar, siendo la tecnología un factor determinante para evadir la actividad física, que va de la mano con una alimentación rica en calorías y pobre en valor nutrimental.

Argumentación empírica:

Estudios recientes señalan un aumento alarmante en la prevalencia de dicho estado físico en la población general. Marcando los infantes como una situación de riesgo y ocupación para los sistemas nacionales de salud. De acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud (ENSA) 2006 se encontró que el incremento más llamativo lo arrojaron las estadísticas referentes a la prevalencia de obesidad en los niños (77%) comparados con las niñas (47%). Los resultados señalan la urgencia de aplicar medidas preventivas para controlar la obesidad en los escolares.

Planteamiento del problema:

México es el primer lugar mundial en sobrepeso y obesidad; sin embargo, es necesario determinar la prevalencia de sobrepeso y obesidad en la población infantil en nuestro medio.

Objetivo general:

Determinar la prevalencia de sobrepeso y obesidad en la población infantil en nuestro medio.

Metodología:

Pacientes y universo: escolares de 6 a 8 años, de las escuelas primarias Úrsulo Galván y Francisco Javier Mina, del municipio de Minatitlán, Veracruz. Metodología: estudio descriptivo con una muestra de 65 alumnos, elegidos de acuerdo su edad. Se les tomó peso y talla, se les clasificó por sexo y se les preguntó su edad, para conocer prevalencia y factores de riesgo de sobrepeso y obesidad infantil de acuerdo con la Norma Oficial Mexicana para el Control de Nutrición, Crecimiento y Desarrollo del Niño y del Adolescente 1994. Al obtener los datos, se procedió a la captura de los mismos en una base de datos con el software de Microsoft Office Excel y se analizaron con el programa Epi Info, para interpretar nuestros datos y agregar gráficos a la investigación. Consideraciones éticas: los procedimientos se apegaron a lo establecido en la Ley General de Salud en la República Mexicana, en el capítulo de investigación en sus artículos 1, 3, 14 (I, IV) y 16.

Resultados:

De la muestra total de 65 escolares: 35 niños corresponden a 53.8% y 30 niñas corresponden a 46.2%. Con una media de edad de 7.123 ± .740 años, talla de 124.908 ± 7.834 cm y una media de peso de 29.617 ± 11.129 kgs. Diagnóstico Frecuencia %Desnutrición Moderada 2 3,1Desnutrición Leve 13 20Normal 20 30,8Sobrepeso 10 15,4Obesidad 1 10 15,4Obesidad 2 10 15,4Como resultado observamos que la prevalencia de obesidad y sobrepeso en infantes es más común en los niños (51%) que en las niñas (40%). Sexo / Diagnóstico Desnutrición Normal Obesidad TotalHombres 8 9 18 35Mujeres 7 11 12 30Total 15 20 30 65Respecto a las edades, los escolares de 7 y 8 años son los que presentaron mayor índice de obesidad.Edad / Diagnóstico Desnutrición Normal Obesidad Total6 2 4 8 147 10 8 11 298 3 8 11 22Total 15 20 30 65 También hubo una pequeña variación en la comparación de las dos escuelas primarias, siendo la Úrsulo Galván matutina y la Francisco Javier Mina vespertina; la primera presentó 14 niños con obesidad y la segunda 16 niños. Escuela / Diagnóstico Desnutrición Normal Obesidad TotalÚrsulo Galván 3 10 14 27Francisco Javier Mina 12 10 16 38Total 15 20 30 65

Discusión:

Se observó que en la población de infantes de 6 a 8 años sólo 31% tiene un peso normal de acuerdo con las normas utilizadas. De 70% restante encontramos 46% con sobrepeso y obesidad. En años anteriores era muy difícil encontrar estos parámetros en la población infante, muchas de las razones de este hecho era la actividad física de los niños pero sobre todo la alimentación.En comparación con la investigación de Rossana Tazza Matta, quien también evaluó obesidad y sobrepeso en niños de 6 a 8 años, los resultados no tuvieron gran variación. Agregamos que los estratos sociales así como el género no intervienen en el desarrollo de estas enfermedades. La prevalencia de obesidad y sobrepeso en infantes de 6 a 8 años que cursan en las escuelas primarias Úrsulo Galván y Francisco Javier Mina del municipio de Minatitlán, Veracruz es mayor a la media nacional; comprobando una vez más que la vida diaria urbanizada se refleja en los hábitos alimenticios. Anexamos que se deben implantar en las escuelas programas de prevención enfocados hacia los infantes, como medida que busque la salud del menor.

Referencias bibliográficas:

1. Fernández Segura ME. Manejo práctico del niño obeso y con sobrepeso en pediatría de atención primaria. Rev Foro Pediátrico. 2005; 2 (1):61-69.
2. Instituto Nacional de Salud Pública. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. México. 2006.

Prevalencia de lesiones de la mucosa bucal en personas de la tercera edad

Autor: Alberto Rivera Castañeda, Dante González
Coautores: Inés Iraís Silva Campos, Diana Ortega Arriaga, Gustavo Pacheco Rubio, Gerson Orlando Martínez

Área de Investigación: Salud Pública
Número de Registro:0
Tipo de Autor: Docente y Profesional de la salud
Institución: Universidad Veracruzana
Dependencia: Facultad de Odontología, Río Blanco
Año Residencia: 2008
Hospital:
Matrícula/Número Personal: 16466
Teléfono Laboral: 72-7-53-50
Email: albertorc36@hotmail.com
Email Alternativo: albertorc@uv.mx

Argumentación teórica:

En las primeras décadas del siglo XX, los esfuerzos de sanidad pública se destinaron a combatir las enfermedades de la infancia y las contagiosas del adulto, como tuberculosis, tifus, viruela y enfermedades venéreas. Cuando la salud pública mejoró, con el desarrollo de vacunas y antibióticos para prevenir o tratar muchas enfermedades infecciosas, además del impacto de las medidas de salud pública (regulación del destino de las aguas negras y aumento al acceso a los servicios sanitarios), los problemas

de salud cambiaron de carácter. Actualmente, la gente vive más años y las causas de muerte son independientes de procesos crónicos tales como enfermedades del aparato circulatorio, de las glándulas endocrinas, de la nutrición, del metabolismo y además de trastornos de la inmunidad. Como consecuencia del aumento en la esperanza de vida, la gente experimenta un número mayor de problemas bucales, debido a que la mayoría de las personas en edad avanzada no tienen los cuidados necesarios para mantener una buena condición bucal. El aumento observado en las últimas decadas en la proporción de adultos y ancianos en nuestro país se traduce en un incremento de necesidades y demandas de atención estomatológica a este grupo poblacional, a la vez que hace necesario para el estomatólogo conocer con precisión los factores etiológicos, así como la patogenia y factores que determinan la especificidad de las alteraciones bucales en esta etapa de la vida. Los datos arrojados por el INEGI en 1970 y en 1997 conforme a su composición por edad, la población mexicana es joven, no obstante la tendencia de disminución de peso relativo de los grupos de edad más baja. Así, en 1997, la proporción de menores de 15 años era de 34.9%, en tanto que en 1970 la cifra fue de 46.2%. Asimismo, la edad media en 1997 fue de 22 años, frente a 16 en 1970. Por el contrario, la proporción de personas de 65 años y más es reducida, del orden de 4.9% en 1997; sin embargo, la cifra era superior a la de 1970, cuando fue de 3.7% (la OMS para fines estadísticos define los 60 años como la edad límite inferior de la vejez). El proceso de envejecimiento produce en los tejidos una serie de cambios graduales, irreversibles y acumulativos. El componente celular del tejido conectivo disminuye con la edad en tanto que el tejido fibrilar aumenta. La colágena por lo general tiene un patrón de recambio en el que se depositan nuevas fibras colágenas y se desechan las ya caducas. La acumulación de fibras se debe a una reducción de la remoción de colágena más que al aumento de su producción. El efecto de estos cambios hace mucho menos elásticos los tejidos, a medida que se reduce el volumen de líquido intersticial. Se reduce la vascularidad y por tanto afectarse la cicatrización de las lesiones. La piel “incluso” muestra los cambios de la edad más que otros tejidos debido simplemente a que está expuesta. Arrugas, pigmentaciones, pérdida de elasticidad y adelgazamiento aparecen con la edad, pero el grado de avance de estos cambios varía considerablemente de un individuo a otro y de acuerdo con el grupo racial. Entre los factores que determinan la velocidad de dichos cambios se incluye el grado de lesión ambiental, ya sea por la exposición al sol, el calor, la contaminación, etc. También este proceso se relaciona con factores genéticos y la salud general del individuo.

Argumentación empírica:

En países como Estados Unidos, India, Colombia, España y Cuba existen estudios epidemiológicos sobre lesiones y entidades de la mucosa bucal que permiten conocer su prevalencia y la magnitud del problema en cada poblaciòn. En México hay pocos estudios que ayuden a comprender la importancia de valorar a los pacientes de la tercera edad en forma integral para analizar la cavidad bucal como parte de un todo.

Planteamiento del problema:

Debido al aumento en la perspectiva de vida de las personas de la tercera edad y a los escasos estudios realizados en este grupo y más específicamente en los ancianos habitantes de asilos, existe la necesidad de investigar más sobre la condición de su mucosa oral. Esto es necesario, para tener un conocimiento más profundo de la condición estomatológica de este grupo y así determinar la necesidad de atención y establecer las actividades de servicio necesarias.

Objetivo general:

Determinar la prevalencia de lesiones de la mucosa bucal en las personas de la tercera edad de dos asilos de la ciudad de Orizaba, Ver. Establecer la asociación entre la prevalencia de lesiones de la mucosa bucal con factores predisponentes tales como tabaco, alcohol y uso de prótesis.

Metodología:

Se realizó un estudio, transversal, descriptivo y prospectivo, el cual tiene por objeto conocer la prevalencia de diversas alteraciones de la mucosa bucal en adultos mayores de 60 años de edad, residentes de dos asilos de la ciudad de Orizaba, Ver., el cual constituyó el universo de trabajo, en el periodo comprendido de mayo a noviembre de 2008. Previa realización de una ficha de recolección de datos, se indagó sobre la posible presencia de factores de riesgo como hábito de fumar, alcoholismo y uso de prótesis.

Resultados:

Los resultados aún están en proceso del análisis final.

Discusión:

De acuerdo con el análisis final se realizará la discusión correspondiente.

Referencias Bibliográficas:

1. Valentina Mujica , Helen Rivera , Maria Carrero., 2008)

Prevalencia de la desnutrición infantil en el ejido Ocotal Chico, Veracruz

Autor: Concepción de la Paz y Paz
Coautores: Yoshimayra Martínez Lira, Raquel Osorio Pérez, Wendy Carolina Montoya Chuc, Arturo Aguilar Ye

Área de Investigación: Salud Pública
Número de Registro: JEI-108/15
Tipo de Autor: Docente y Profesional de la salud
Institución: Universidad Veracruza
Dependencia: Facultad de Medicina, Minatitlán
Año Residencia: 2008
Hospital:
Matrícula/Número Personal: 2839
Teléfono Laboral: 9222250702 Extensión: 50704
Teléfono Celular: 9211124724
Email: pazypaz30@hotmail.com

Argumentación teórica:

La desnutrición es definida como la asimilación deficiente de alimentos por el organismo, el cual conduce a un estado patológico de distintos grados de seriedad y manifestaciones clínicas, señalado como la pérdida anormal de peso del organismo. Los primeros síntomas de cualquier tipo de desnutrición son generales e incluyen fatiga, irritabilidad y letargo. A medida que continúa la privación de proteínas, se observa retraso en el crecimiento, pérdida de masa muscular y disminución de inmunidad.

Argumentación empírica:

Los estudios realizados por la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición en Veracruz en el año 2006 demostraron que 15 de cada 100 niños(a) menores de 5 años tienen talla baja y una cuarta parte está en edad escolar. El alto índice de desnutrición infantil en México ha ido en aumento por diversos factores: alza de precios en la canasta básica aunado al no aumento salarial, ocasionando la disminución en el consumo de ésta en el hogar.

Planteamiento del problema:

En Ocotal Chico se ha observado informalmente una alta prevalencia de desnutrición; ahora es necesario determinar la manera formal.

Objetivo general:

Conocer la prevalencia así como el grado de desnutrición que presentan los infantes en el ejido Ocotal Chico, Veracruz.

Metodología:

Se presentó un estudio observacional, transversal, prospectivo y descriptivo, en el cual se realizó la somatometría de 251 alumnos de los planteles correspondientes a dicho ejido, de acuerdo con la NOM-031 de la OMS y las condiciones y equipo de medición. Fueron pesados en una báscula con estadiómetro, descalzos y con ropa muy ligera en la Casa de Salud del Ejido en un día de clases, previa información a los padres para llevarse a cabo esta condición. Participaron niños con edades comprendidas entre 3 y 14 años, inscritos en las instituciones educativas y que pertenecieran exclusivamente al ejido; de igual manera que asistieran a clases el día que se llevó a cabo la actividad. Dentro de los criterios de exclusión del estudio tomamos en cuenta la renuencia de padres o alumnos a proporcionar los datos, situación que afortunadamente no se suscitó. Otro de los criterios fue haber presentado alguna enfermedad tres meses anteriores de la fecha programada para la realización del estudio. Para la clasificación del estado nutricional se revisaron las tablas somatométricas de referencia internacional (OMS) que incluye 13 centilas (3, 5, 10, 20, 30, 40, 50, 60, 70, 80, 90, 95 y 97). Las variables somatométricas revisadas fueron P/T, P/E y T/E por considerarlas esenciales para la evaluación del estado nutricional en individuos y poblaciones. Se calcularon los valores mediante el paquete estadístico Epi Info 6.0, de lo cual se consideró significativo un valor de $P=0.05$.

Resultados:

Se observó que 55.4% de nuestro universo fueron hombres: 139 infantes con una media de 8.849 ± 2.76, con un mínimo de 3 y un máximo de 14 años de un total de 251. Se dividió a los alumnos de acuerdo con su grado de estudio, obteniendo 9 grupos; los primeros tres eran de preescolar con 16.8% y 42 individuos: de estos 1.6% perteneció al grupo más pequeño correspondiente al primer grado de preescolar con 4 individuos y 18.7 % fue el grupo más grande con 47 alumnos cursando el quinto grado de primaria, en orden descendente a este grupo lo precedió el sexto grado de primaria con 15.5% y 39 infantes. El estado nutricio de los pequeños se agruparon por valores: 1º desnutrición; 2º un estado nutricio normal y 3º pacientes con sobrepeso. En cada grupo se analizaron los parámetros peso por edad, talla por edad y talla por peso, respectivamente. Se describe que 64.1% de la población total se encuentra en estado de desnutrición, lo que equivale a 161 sujetos, esto de acuerdo con el parámetro peso por edad (tomando en cuenta el parámetro). El 77.7% de los infantes no tiene la talla adecuada para su edad y 2.4% tiene una talla por encima de lo normal para su edad. Con respecto a la variable somatométrica T/E obtuvimos una muestra de 220 menores; debido a un criterio de exclusión en el que la talla de 31 de ellos sobrepasó el límite del instrumento utilizado, se obtuvo que 70% de los menores estudiados tienen el peso adecuado para la talla presentada y que sólo 12.7% presentó un peso por debajo de lo requerido. De acuerdo con la clasificación peso/edad se obtuvo un resultado de 108 menores varones en estado de desnutrición, a diferencia de las 87 mujeres en ese mismo estado.

Se examinó la relación talla/edad con el sexo lo que nos dio como resultado que también el grupo masculino abarcó la mayoría con 92 niños en algún nivel de desnutrición, en comparación con 69 niñas con deficiencia de asimilación alimentaria. Considerando el grado de estudios de los menores, se discurrieron los parámetros peso/edad/grado y se obtuvo que el grupo con más niños en algún estado nutricional deficiente fue el número 8, con 38 estudiantes, seguido de los grupos 7 y 9. El grupo más afectado nutricionalmente fue el número 5 con 70 alumnos que presentaron bajo desarrollo en talla/peso.

Discusión:

En este estudio nos enfrentamos a un problema de enorme repercusión y fundamental para conocer qué tipo de pacientes malnutridos son los más prevalentes en la comunidad. Por tanto, se determinó la prevalencia de desnutrición en niños de la zona rural obteniéndose datos de niños no menores de 3 años y no mayores de 14. Además se discurrió que del total de los niños preescolares 49.20% se encuentra en un estado nutricio deficiente en comparación con 58.59% de educación primaria.

Referencias bibliográficas:

1. Gómez Federico. La desnutrición. Revista Salud Pública de Mexico. 2003; 45.
2. INSP. Encuesta Nacional de Alimentación en el Medio Rural (ENAL); 2006. Veracruz, México.
3. Tazza Rossana et al. ¿Obesidad o desnutrición? Problema actual de los niños peruanos menores de 5 años. 2006. Revista Anales de la Facultad de Medicina. Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
4. Blössner Monika, De Onis Mercedes. Malnutrition: Quantifying the health impact at national and local levels. Environmental Burden of Disease Series. 2005.(12).
5. Measuring change in nutritional status. Organización Mundial de la Salud (OMS) Ginebra, Suiza.1983.
6. Martínez y Martínez Roberto. La salud del niño y del adolescente. Salvat. México. 1981.
7. Norma Oficial Mexicana Para la atención a la salud del niño, NOM-031- SSA2-(OMS). 1999.
8. Norma Oficial Mexicana Control de la nutrición, crecimiento y desarrollo del niño y del adolescente. Criterios y procedimientos para la prestación de servicios, NOM-008-SSA2-(OMS). 1993.

Prevalencia de Infección de las Vías Urinarias en mujeres embarazadas

Autor: Ángel Puig Nolasco
Coautores: D Alor Montiel, CO Hernández Jacinto, MS Ruiz González

Área de Investigación: Salud Pública
Número de Registro: JEI-108/08
Tipo de Autor: Docente y Profesional de la salud
Institución: Universidad Veracruzana
Dependencia: Facultad de Medicina, Minatitlán
Año Residencia: 2008
Hospital:
Matrícula/Número Personal: 17648
Teléfono Laboral: 9222250702
Teléfono Particular: 9222234504
Teléfono Celular: 9221093179
Email: apuign@hotmail.com

Argumentación teórica:

La infección de las vías urinarias (IVU) es considerada como la existencia de microorganismos patógenos en el tracto urinario con o sin presencia de síntomas. Además es un importante problema de Salud Pública y se estima que globalmente ocurren al menos 150 millones de casos de IVU al año, constituyendo la segunda causa de infección más frecuente en los humanos después de las respiratorias. Esta invasión microbiana del aparato urinario sobrepasa los mecanismos de defensa del huésped, produce una reacción inflamatoria y eventualmente alteraciones morfológicas y funcionales, que ordinariamente se presentan en personas de ambos sexos de diferentes grupos poblacionales. Su comportamiento clínico epidemiológico depende de la edad y el sexo. La distribución de la infección urinaria según edad materna está asociada con una mayor incidencia entre los 26-30 años y el menor predominio abarca de 36-40 años. El embarazo no induce a la génesis de la bacteriuria, pero los cambios anatómicos y fisiológicos que conlleva en las vías urinarias desarrollan trastornos en la porción superior del tracto urinario. Al crecer el útero cambia relativamente la posición de la vejiga que se vuelve un órgano abdominal y no pélvico.

Argumentación empírica:

En 49 estudios consistentes realizados durante 40 años y en diversas poblaciones de todo el mundo, estuvo presente la relación entre la Infección de las Vías Urinarias y la preeclampsia. Se concluyó que el riesgo de preeclampsia se incrementó en las mujeres embarazadas con IVU. En general los resultados obtenidos en mujeres durante el embarazo fueron 57% (95% CI, 45-70) más probabilidades de desarrollar preeclampsia que las mujeres sin IVU.

Planteamiento del problema:

¿Cuál es la prevalencia de IVU en mujeres embarazadas, en un primer nivel de atención?

Objetivo General:

Conocer la prevalencia de IVU en mujeres embarazadas que acuden a la clínica 18 de octubre en Minatitlán,Veracruz.

Metodología:

Se realizó estudio transversal, observacional descriptivo; utilizando como universo de estudio a mujeres embarazadas que acuden a la clínica 18 de Octubre en Minatitlán, Ver. del 21 de abril al 23 de mayo de 2008. Se analizaron expedientes clínicos y exámenes de laboratorio realizados a mujeres embarazadas en cualquier trimestre de gestación que acudieran a la clínica en el periodo establecido. Los datos obtenidos se registraron en una base de datos que posteriormente fueron vaciados al programa Epi info 6, analizando frecuencias simples y relativas para las variables cualitativas y medidas de tendencia central para las variables cuantitativas; además de un análisis bivariado con las pruebas estadísticas T de Student y Chi Square

Resultados:

Los resultados obtenidos aportaron que de un total de 360 mujeres embarazadas la prevalencia de IVU fue de 15.83%. se obtuvo una media de edad de 23.16 + 5.85 años; de igual modo la media de semanas de gestación se estableció en el segundo trimestre de embarazo, de manera más concreta 23.7 + 9.53. En relación con el control prenatal se encontró que del total, sólo 76 (21.1%) mujeres asistían a control prenatal y mayoritariamente las mujeres que no iban a control prenatal fueron 284 (78.8%). De las 360 mujeres, 84.2% (303) no tuvo IVU y 15.8% (57) sí presentaron leucocituria. El trimestre que reportó mayor prevalencia de IVU fue el segundo con una media de semanas de gestación de 24.1+8.2; mientras las mujeres que no presentaron IVU tenían una media de SDG de 23.5+9.7. La relación existente entre la IVU y la edad de las mujeres que la padecían reportó una media de edad de 22. 0 + 5.6; de la misma manera las mujeres que no presentaron IVU reportaron una media de edad de 23.38 + 5.8.En cuanto a la presencia de infección de vías urinarias y la relación de asistencia al control prenatal se obtuvieron resultados que del total de 360 mujeres embarazadas, 76 asistieron a control prenatal y de las cuales sólo 2 mujeres presentaron IVU y 74 estuvieron aparentemente sanas. Por el contrario, las mujeres que no asistián a control prenatal fueron 284, de las cuales 55 mujeres presentaron IVU y 229 resultaron sanas.

Discusión:

Según la distribución de las pacientes portadoras de IVU en el embarazo, se demostró que hay una relación poco significativa entre la edad materna y la presencia de IVU, ya que ésta no corresponde con la literatura encontrada, que según un estudio realizado la mayor incidencia es entre los 26 y los 30 años. Con respecto al trimestre al que se asocia una mayor incidencia de IVU se observó que no existe una correlación marcada con el tercer trimestre de gestación como refieren algunos autores, pues se obtuvieron resultados donde la población estudiada con IVU mayoritariamente pertenecían al segundo trimestre de gestación. En cuanto al control prenatal se encontró que ejerce un amplio espectro en cuanto a la reducción de la aparición de IVU en las embarazadas, pues sólo 2 mujeres de un total de 76 embarazadas que asistían a control prenatal, presentaron IVU; en comparación con las 55 mujeres que no asistieron a control prenatal y que presentaron IVU. Es decir, el control prenatal confiere a la mujer en gestación 12.66% menos probabilidades de padecer IVU, ya que la mayor incidencia de IVU se encontró en las mujeres que no llevaban un control prenatal.

Referencias bibliográficas:

1. Echevarría Zárate Juan. Sarmiento Aguilar Elsa. Osores Plenge Fernando. Infección del tracto urinario y manejo antibiótico. Acta Médica Peruana. Enero-abril 2006; 23 (1) 14.
2. Coronel Carvajal Carlos. Infecciones urinarias recurrentes: Algunos factores de riesgo. Revista Mexicana de Pediatría. Marzo-abril 2003;70 (7).
3. Pastor Sánchez Raimundo. Infección del tracto urinario. El farmacéutico. Enero 2007; 368 (72).
4. Delzell John E . Lefevre Michael L. (February 2000). Urinary Tract Infections During Pregnancy. American Family Physician.February 2000;1(10).
5. Yero Alos Isís.Calvo Dulce. García Milián Ana Julia. Manejo de la infección del tracto urinario . Revista Cubana de Farmacia ISSN 0034-7515.Abril 2005; 1 (7).
6. Lander Gilberto.Venegas Carolina. Essa Hely. Sensibilidad Terapéutica de los agentes etiológicos más frecuentes en Infecciones Urinarias durante el embarazo. Informe médico. 2005; 7(8) 7.
7. Greenberg Nathaniel. Stamler Jeremiah. Zackler Jack. Andelman Samuel . Detection of Urinary Tract Infections in pregnant Women. Comparison of methods. September 1965; 80 (9,7).
8. Quiroga Feuchter Germán. Robles Torres Evangelina. Ruelas Morán Andrés. Gómez Alcalá Alejandro. Bacteriuria asintomática en mujeres embarazadas: Una amenaza subestimada. Rev. Med Inst Mex Seguro Soc , Medigraphic.IMSS. 2007;5 (2): 169-172.
9. Vega Marrero Neité Iris. Saldaña Morales Lizeth D. López Lezcano Leisy.Ventura Combarro Erlys. Castillo Nápoles Telvys.Sardiñas Morejón Zahily . Repercusión materno fetal de la Infección Urinaria asociada al embarazo. Revista de los estudiantes de Ciencias Médicas de Cuba. 2003;16 (21,4)10.
10. Aldama Magnet. Beltrán David.Crespo Garzón E. Ana.Infecciones urinarias en el embarazo, diagnóstico y tratamiento. Obstetricia y Ginecología Hospital Clínico San Carlos. 1997;5:2003-208.
11. Ernesto Ferreira Fidel. Olaya Sandra Ximena. Zúñiga Pedro. Ángulo Mónica. Infección urinaria durante el embarazo, perfil de resistencia bacteriana al tratamiento en el Hospital General de Neiva, Colombia. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología ISSN. Julio-septiembre 2005; 56 (3) 7.

12. Herráiza Miguel Ángel. Hernández Antonio . Asenjo Eloy. Herráiz Ignacio. Infección del tracto urinario en la embarazada. Infección del tracto urinario en la comunidad. 2005; 23 (40):40-46.
13. Mittal Pooja. Wing Deborah A. Urinary Tract Infections in Pregnancy. Clinics in Perinatology. 2005;32:749-764.
14. Robert Berkow. El Manual de Merk de Diagnóstico y Terapéutica. Novena Edición. Grupo editorial Océano 1994.
15. Conde Agudelo Agustín. Villar José. Lindheimer Marshall. Maternal infection and risk of preeclampsia: Systematic review and metaanalysis. Perinatology Research Branch. December 2007:59.
16. Percepción de sintomatología común durante embarazo, puerperio y lactancia. Rev Salud Pública Méx. 1991;33(3):248-258.

Modelos de competencias educativas utilizadas en la formación del estudiante de medicina

Autor: Ángel Puig Nolasco
Coautores: Ghiovanny Aparicio Martínez, Maritza Alejandra Godínez Cortaza

Área de Investigación: Salud Pública
Número de Registro: JEI-108/09
Tipo de Autor: Docente y Profesional de la salud
Institución: Universidad Veracruzana
Dependencia: Facultad de Medicina, Minatitlan
Año Residencia: 2008
Hospital:
Matrícula/Número Personal: 17648
Teléfono Laboral: 9222250702
Teléfono Particular: 9222234504
Teléfono Celular: 9221093179
Email: apuign@hotmail.com

Argumentación teórica:

La educación basada en competencias cobró un auge inusitado en todo el mundo, particularmente en los países que se propusieron ofrecer a los jóvenes una formación profesional pertinente, eficaz y eficiente, con la finalidad de responder a los cambios en la organización del aprendizaje. Los cambios continuos sucesivos en los sistemas productivos, financieros, en la tecnología y la ciencia, propician nuevas formas de vida, de producción y de trabajo, lo cual demanda que las Instituciones de Educación Superior (IES) orienten sus propósitos educativos a la formación de sujetos integralmente desarrollados. Una de las maneras de asegurar el aprendizaje es mediante la integración del estudiante en los procesos de aprendizaje, lo cual se logra mediante actividades que le permitan a éste aplicar, emplear y consultar los contenidos que les son presentados dentro de situaciones controladas, es decir, se impulsa al estudiante a desarrollar y emplear diversas habilidades y capacidades que para el contexto educativo son llamadas competencias

Argumentación empírica:

Actualmente, el paradigma del proceso de enseñanza-aprendizaje sufre una transformación radical al integrar las nuevas tecnologías de la información, más concretamente Tecnologías Educativas (TE), en las que convergen aspectos técnicos y pedagógicos, cuya principal función es dar soporte a los modelos educativos tradicionales, fomentando el trabajo de los estudiantes. Dentro de estas nuevas tecnologías se encuentran los Objetos de Aprendizaje (OA); un OA puede considerarse una pieza digital de material educativo, cuyo tema y contenido son claramente identificables y direccionables. Su principal potencial es la reutilización dentro de distintos contextos aplicables a la educación virtual, por esto deben considerarse aspectos que fomenten el trabajo activo de los estudiantes en el proceso de aprendizaje.

Planteamiento del problema:

¿Cuáles son los modelos de competencias educativas utilizadas según el autoconcepto de los profesores en la formación del estudiante de Medicina?

Objetivo general:

Describir la autopercepción en el proceso de enseñanza de profesores de Medicina.

Metodología:

Se realizó un estudio transversal descriptivo en profesores de la Facultad de Medicina, Universidad Veracruzana, Campus Minatitlán, de abril a mayo del 2008. De 53 profesores se incluyeron a quienes aceptaron contestar un cuestionario autoadministrado que evaluó datos generales, autopercepción sobre la capacidad de preparación de temas, manejo de técnicas didácticas, formas de evaluación, relación con los alumnos y elaboración de guías para fomentar la participación del estudiante. El análisis estadístico se realizo con frecuencias simples, media y desviación estándar en el programa Epi Info.

Resultados:

Se evaluaron 31 profesores con un predominio (74.4%) del sexo masculino. La media de edad fue de 51.8 y 11.3 años, siendo la mayoría con contrato de base (75.9%) y 38.7% tiene un grado de especialista. El promedio de tiempo en la experiencia educativa es de 2 años. El 61% se siente lo suficientemente capaz de diseñar planes educativos. Para la elaboración de programas operativos 64.5% es lo suficientemente capaz. Un 55% lo es en la elaboración de guías para las técnicas didácticas y sólo 50% se considera con capacidad de elaborar guías para métodos participativos Aproximadamente 50% suele actuar

como informador y 60% lleva acabo una estrecha relación profesor-alumno. El material educativo más utilizado son las presentaciones en Power Point con 50%. El evaluador tiene sufiente capacidad en la elaboración de instrumentos de evaluación de conocimientos, habilidades y actitudes profesionales. El 65.5% de los encuestados indicó que prefiere aplicar exámenes de opción múltiple de 5 ítems.

Discusión:

La Facultad de Medicina de la Universidad Veracruzana, Campus Minatitlán, ofrece también una educación basada en competencias, con la cual busca mejorar la formación de los estudiantes. Para ello utiliza estrategias didácticas que fomenten el aprendizaje colaborativo e integra las ciencias básicas y clínicas dando a los alumnos una exposición clínica temprana, entre otras capacidades usadas por los docentes. La principal característica y ventaja observada al utilizar este método, analizado, al igual que en diversos estudios es su carácter cooperativo: el profesor al desarrollar estas estrategias logra que el alumno proyecte la diversidad de aprendizajes. En este modelo se detectan los aprendizajes positivos y las situaciones problema, pues al haber una estrecha comunicación docente-alumno, el profesor identifica de manera más fácil lo que esté causando problema en la educación del alumno así como los aspectos positivos. También se comparten los resultados con otros compañeros y con otros profesores. Promociona autonomía al estudiante y le proporciona el pensamiento crítico reflexivo que, por una parte, asegura el aprendizaje mínimo y, por otra, aquél que cada uno desea adquirir y profundizar. Proporciona buenos hábitos cognitivos y sociales en el alumno. Tiene un gran componente motivador y de estímulo por parte del docente para los estudiantes, al tratarse de un modelo de aprendizaje continuado, en el que se van comprobando rápidamente los esfuerzos y resultados conseguidos. El profesor proporciona desde el principio los criterios con los que serán evaluados los estudiantes.

Referencias bibliográficas:

1. Delgado Moya Arturo. Competencias educativas. El Provenir.Com. 2008. Consultado el 04, 19, 2008. Disponible en: www.elporvenir.com.mx/notas.asp?nota_id=59543 - 42k.
2. Parra Acosta Haydee. Congreso Internacional, Retos y Expectativas de la Universidad. Consultado el 04,15, 2008. Disponibleen: www.congresoretosyexpectativas.udg.mx/Congreso%206/Eje%202/Ponencia_212.pdf.
3. Ruiz R et al. Herramientas colaborativas. Gaceta de la Universidad Autónoma de Aguascalientes. Aguascalientes, México. 2006; 8(72).
4. Ruiz González Roberto. Álvarez Francisco.Muñoz Jaim. Cardona Pedro. Modelo de Integración de Competencias en Objetos de Aprendizaje. 2006. Consultado en 04, 18, 2008. Disponible en: ingsw.ccbas.uaa.mx/pagSER/ObjAprend/investigaciones/2TEModelodecompetencias.pdf - .
5. Ruiz González Roberto Eduardo. Muñoz Arteaga Jaime. Álvarez Rodríguez Francisco Javier. Evaluación de Objetos de Aprendizaje a través del Aseguramiento de Competencias Educativas. Consultado en 04, 18, 2008. 2007. Disponible en: ihm.ccadet.unam.mx/virtualeduca2007/pdf/211-RRG.pdf.
6. Parra Acosta Haydee. El modelo educativo por competencias.2006. Consultado en 04, 19, 2008. Disponible en: www.congresoretosyexpectativas.udg.mx.
7. Aguilar Castillo Gildardo. Apuntes para el THPCyC", Facultad de Estadística e Informática. Universidad Veracruzana. Xalapa, Ver. México.2002.

Prevalencia de Trastornos Temporomandibulares en alumnos de la UV de la facultad de odontología en Río Blanco

Autor: Diana Ortega Arriaga, Inés Iraís Silva Campos

Área de Investigación: Salud Pública
Número de Registro:0
Tipo de Autor: Estudiante de Licenciatura
Institución: Universidad Veracruzana
Dependencia: Facultad de Odontología, Río Blanco
Año Residencia: 2008
Hospital:
Matrícula/Número Personal: S04003796
Teléfono Laboral: 01 (272)7270668
Teléfono Particular: 01 (272)1069399
Teléfono Celular: 0442721171001
Email: senisiari_1@hotmail.com
Email Alternativo: belle_petitte@hotmail.com

Argumentación teórica:

Los antecedentes de los Trastornos Temporomandivulares se remontan a 1934 cuando James Costen describió el síndrome que lleva su nombre; Zimmerman en 1951 se encargó de desmentir esta hipótesis. Posteriormente Shores introdujo la denominación Síndrome de la Disfunción de la Articulación Temporomandibular; luego Ramford y Ahs lo llamaron Alteraciones Funcionales de la Articulación Temporomandibular. Mas tarde se tuvo varios nombres: oclusomandibular, mioartropatía de la articulación temporomandibular, síndrome de dolor disfunción, síndrome de dolor disfunción miofacial, síndrome de dolor disfunción temporomandibular. Posteriormente fue denominada como Disfunción Craneomandibular por la Academia Iberolatinoamericana. La American Academy of Orofacial Pain (AAOP) define los TTM como "un término genérico en el que engloba una serie de problemas clínicos que afectan a la musculatura masticatoria, la articulación temporomandibular (ATM) y las estructuras asociadas o ambas".

Argumentación empírica:

En la práctica odontológica se atienden muchos pacientes, ya sea de manera particular o pública, quienes acuden para encontrar una solución a sus diferentes problemas de salud bucal ya sean funcionales, estéticos o ambos. Algunos de los problemas son más complejos como los Trastornos Temporomandibulares (TTM) debido a que posee una etiología múltiple, alta frecuencia y comprenden una serie de alteraciones funcionales que pueden afectar la articulación temporomandibular (ATM), musculatura masticatoria o ambas simultáneamente; por tanto es de vital importancia la evaluación rutinaria del sistema Estomatognático para determinar su presencia.

Planteamiento del problema:

¿Cuál es la prevalencia de los trastornos de ATM en los estudiantes de la Facultad de Odontologìa?

Objetivo general:

Identificar la prevalencia de los trastornos de ATM en estudiantes de ambos sexos de la Facultad de Odontología en Río Blanco cuyas edades van de los 18 a los 26 años.

Metodología:

Tipo de investigación: transversal, descriptivo y cuantitativo. Universo: estudiantes de la Facultad de Odontología de la Universidad Veracruza campus Río Blanco, en un rango de edad de 18 a 26 años. Muestra: 100 estudiantes que cumplieron los criterios de inclusión, de un universo conformado por 300 alumnos. Tipo de muestra: no probabilístico de la modalidad intencional o por conveniencia. Variables: prevalencia de TTM, edad, sexo, hábitos perniciosos, estrés, dolor, signo con mayor presencia. Procedimientos y técnicas de recolección de datos: los datos obtenidos del interrogatorio y el examen clínico se consignaron en la ficha confeccionada para los propósitos de la investigación. Procedimiento: para la recolección de datos se contó con el investigador que hizo la función de entrevistador–examinador. Reunidas las fichas, se revisó cada una para verificar la consignación de todos los datos que fueron clasificados según el indicador y tabulados por computadora. Análisis de datos: el análisis estadístico y los gráficos se realizaron en el programa Excel.

Resultados:

De los 100 alumnos estudiados encontramos una frecuencia de 69% con algún daño en la ATM. Del porcentaje mencionado, 30 fueron hombres (43.47%) y 39 mujeres (56.52%); los más afectados fueron los estudiantes de 19 años (24.6%). En cuanto a dolor en la articulación temporomandibular y estructuras anatómicas adyacentes, 30 personas refirieron tenerlo (43.4%), de los cuales 15.9% fueron hombres y 27.5% mujeres. El 89.85% de los estudiantes afectados en el de ATM presentaban algún tipo de hábito pernicioso.

Discusión:

El presente trabajo de investigación halló 69% de TTM. Prevalencia menor de lo encontrado por Arroyo quien al resumir los trabajos de Helkimo, Agerberg, Carlsson, Kayser y otros encontró una frecuencia en la población mundial que varía desde 77% hasta 88%; cuyas metodologías incluyeron una muestra con individuos jóvenes. Según Alonzo, las estadísticas internacionales arrojan que sólo 17% de la población está libre de problemas en el nivel articular, 43% presenta manifestaciones leves de TTM y 40% restante se considera con alteraciones entre moderadas y graves. De acuerdo con todos los trabajos epidemiológicos realizados se concluye que la prevalencia de los TTM es elevada. Al relacionar los TTM y la edad se encontró que los pacientes ubicados en el rango etáreo de 19 años tenían una incidencia de 24.6% de TTM. Al relacionar los TTM con el sexo, en el grupo femenino se encontró una mayor incidencia de TTM con 56.52%, mientras en el masculino hubo una menor incidencia de TTM con 43.47%, existiendo relación estadísticamente significativa. Este resultado coincide con los obtenidos por otros trabajos en los que es común encontrar una mayor incidencia en el grupo femenino, como lo hallado por la Dra. Zuilen Jiménez Quintana quien realizó un estudio en 1201 personas de 15 años y más de ciudad de La Habana. Presentaron disfunción 31.89% de los examinados según índice anamnésico y 47.33 % según índice clínico, lo que evidenció que el porcentaje de encuestados con signos clínicos de disfunción fue mayor que los que refirieron algún síntoma, con predominio del sexo femenino y proporcional con la edad, con mayor frecuencia de la disfunción leve tanto en el índice clínico como anamnésico.

Referencias bibliográficas:

1. Díaz Fernández JM. Velásquez Bleg R. Reyes Alfonso H. Efecto del tratamiento quirúrgico de los terceros molares inferiores sobre el Síndrome de Disfunción Temporomandibular. Rev Cubana Estomatol. 2000.
2. Rodríguez Recio O. Aspectos epidemiológicos de la disfunción craneomandibular [en línea] <http://www.rodriguerecio.com/dcm.html>. (Consulta: 23 may 2008).
3. Hirschhaut M. Desórdenes temporomandibulares y dolor facial crónico. Acta Odontol Venez. 2001;36(3):85-90.
4. Pankhurst CL. Controversies in the etiology of temporomandibular disorders. Part 1. Prim Dent Care. 1997;4(1):25-30.
5. Carvajal Bello L. Protocolos de diagnóstico y tratamiento quirúrgico de la disfunción interna de la ATM. ADM. 1999;LVI(5):196-203.
6. Martínez de Victoria A. Patología de la Articulación Temporomandibular [enlínea]<www.ortoinfo.com/profesionales/articulos/articulos/ortopedia/TemporoMandibular.pdf>(consulta 14 Jul 2005).

7. Consejo General de Colegios de Odontólogos y Estomatólogos de España. Posibilidades de predicción de resultados en odontología basados en la evidencia científica [en línea] <http://www.coelp.net/v2/noticias/posibilidades.pdf> (Consulta:25 julio 2005).
8. Magnusson T, Egermark I, Carlsoon GE. A longitudinal epidemiologic study of signs and symptoms of temporomandibular disorder from 15 to 35 years of age. J Orofac Pain. 2000;14(4):310-9.
9. Gamboa Reyes JR. Dolor muscular como síntoma principal en pacientes adultos que presentan Trastornos Temporomandibulares [en línea] <http://www.sisibib.unmsm.edu.pel/bibvirtualdata/Tesis/Salud/gamboa_rj/T_completo.PDF>(Consulta:5 julio 2005).
10. Arroyo C. Relación entre signos y síntomas de Desordenes Temporomandibulares y Desarmonias Oclusales en estudiantes de Odontología. Tesis para optar el grado de magíster. UNMSM, Lima-Perú. 2004.
11. Okeson J. Oclusión y afecciones tempóromandibulares. Ed. Mosby. 2000.
12. Nugent A. Frecuencia de la disfunción del sistema estomatológico en la comunidad nativa de Alto Puñizas anexo del distrito de San Luis de Shuaro, provincia de Chanchamayo, Departamento de Junín. Tesis de Bachiller UPCH. 2001.
13. Alonzo A. Albertiniu J. Bchellia A. Oclusión y diagnóstico en rehabilitación oral. Primera edición. Editorial Médica Panamericana S.A. Buenos Aires. 1999: 547-574.
14. Dos SantosJosé. Oclusión principios y conceptos. Editorial Actualidades Médico Odontologicas Latinoamericana. C.A. 2000: 36-40.
15. Quiroz Gutiérrez Fernando. Anatomía Humana. Editorial Porrua. Trigésimooctava ediciòn. 2004: tomo II;107-122.
16. Witzing John W. Spahl Terrance J. Ortopedia Máxilofacial Clínica y A paratorlogìa ATM. Editorial Masson- Salvat Odontología. 2003;III:78-95
17. Velayos Santana. Anatomía de la cabeza. Tercera edición. Editorial Médica Panamericana. 2004:56-34
18. Larrucea V Carlos. Estudio de prevalencía de signos y síntomas de Trastornos Temporomandibulares (TTM) en grupos de adultos de Talca, Chile. Revista Dental. Chile. 2002;93 (3): 28-36.
19. Okeson PP. Temporomandibular disorders in children. Pediatr Dent. 1989; II: 325-329.
20. Ávila Pizarro Daniela Paz. Prevalencia y factores de riesgo para trastornos temporomandibulares en población estudiantil de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas. Med Oral. 2006; 8(3) : 121-128
21. Disfunciòn temporomandibularen población de 7 a 25 años.Municipio de Matanzas.Revista Médica Electrónica 2006;28 (6) 21. Revista Estomatologica . Herediana v.17 n.1 Lima jan./jun 2005
22. Holguín. Prevalencia de los trastornos temporomandibulares en adolescentes con maloclusiones. ESBU "Juan José Fornet". Revista Estomatológica. Herediana. Lima. Enero-junio. 2005; 17 (19.
23. Rodriguéz Carracedo Elizabeta Migdalia. Prevalencia de los trastornos Temporomandibulares en la población de 15 años y más de la ciudad de La Habana. Rev Cubana estomatol. Julio-Septiembre. 2007; 44 (3).
24. Jiménez Quintanaa Zuilen. De los Santos Solana Lourdes. Sáez Carriera Rolando. García Martínez Indira. Prevalencia de Trastornos Temporomandibulares Articulares y su relación con la pérdida de soporte oclusa/posterior unilateral en adultos. Acta Odontológica Venezolana. Universidad de Venezuela. 2008.

Grado de aptitud clínica en dengue en estudiantes de medicina y factores asociados

Autor: Leoncio Miguel Rodríguez Guzmán
Coautores: René Garza Asencio, Concepción de la Paz y Paz, Adán Falcón Coria, Elia Martínez

Área de Investigación: Salud Pública
Número de Registro: 5
Tipo de Autor: Docente y Profesional de la salud
Institución: Universidad Veracruzana
Dependencia: Facultad de Medicina, Minatitlan
Año Residencia: 2008
Hospital:
Matrícula/Número Personal: 23409
Teléfono Laboral: 922 22 5 07 02
Teléfono Particular: 922 22 1 29 19
Email: leonciomigue@hotmail.com
Email Alternativo: rleoncio_miguel@hotmail.com

Argumentación teórica:

La Organización Mundial de la Salud reconoce tres formas clínicas de dengue y los patrones clínicos varían de acuerdo con las características del vector, virus circulante y susceptibilidad en el ser humano y representan un reto clínico y epidemiológico para el profesional de la salud[1]. Durante el 2007 en el sureste veracruzano se presentó una epidemia de las diferentes formas clínicas del dengue, con más de 1000 casos probables reportados, lo que implicó una gran movilización de recursos y procesos para mitigar el daño. La OPS ha recomendado incentivar las acciones educativas dirigidas preferentemente a la población y se han aplicado una gran gama de cursos y pláticas sobre la enfermedad y la vigilancia epidemiológica a profesionales de la salud[2].

Argumentación empírica:

La evaluación del profesional de la medicina ligada a su quehacer clínico es un fenómeno complejo, con objetivos que se dirigen en mayor medida a identificar el recuerdo de su práctica profesional. Estas formas de evaluación se ligan preferentemente con objetivos relacionados con la productividad, eficacia y eficiencia de los procesos educativos y se encuentran inmersos en una perspectiva pasiva en la obtención del conocimiento[3,4].

Planteamiento del problema:

¿Cuál es el grado de aptitud clínica en la atención de pacientes con dengue y su relación con características académicas en estudiantes de Medicina?

Objetivo general:

Determinar el grado de aptitud clínica en la atención de pacientes con dengue y su relación con características académicas.

Metodología:

Se realizó un estudio transversal comparativo en estudiantes de noveno semestre de la Facultad de Medicina de la Universidad Veracruzana, Campus Minatitlán. El universo de estudio estuvo compuesto por 37 alumnos, de los cuales se eliminaron 2, debido a que no contestaron al 100%. Se utilizó un instrumento de cinco casos clínicos y 159 reactivos, validado mediante ronda de expertos y con una consistencia del 0.81 (Kuder-Richardson). Se incluyeron seis indicadores en la evaluación: a) reconocimiento de factores de riesgo; b) reconocimiento de signos y síntomas; c) indicador de recursos diagnósticos; d) indicador de recursos terapéuticos; e) indicador de vigilancia epidemiológica; y f) indicador de fisiopatología. Para fines comparativos se solicitó sexo, grupo académico al que pertenece (denominados para este estudio como A, B y C), antecedente de haber recibido cursos sobre dengue en forma independiente al programa educativo de la facultad, antecedente de haber recibido clases sobre dengue en el semestre actual, contacto positivo con casos de dengue en los campos clínicos y antecedente de haber revisado el tema de dengue en los últimos tres meses a la fecha de la evaluación. Este instrumento fue el primero en aplicarse y posteriormente se otorgó el que evaluó la aptitud clínica. Para el análisis estadístico se utilizó U de Mann-Whitney y Kruskal-Wallis. El proyecto fue evaluado por el comité de investigación de la Facultad de Medicina de la Universidad Veracruzana, Campus Minatitlán.

Resultados:

La muestra final fue de 35 estudiantes de Medicina, de los cuales la media de edad fue de 22.6 y 1.3 años. Con relación a las características académicas, hubo una distribución similar de acuerdo con el grupo académico. La mayoría de los alumnos 26 (74.3%) mencionaron haber recibido cursos formales sobre dengue; 18 (51.4%) recibieron clases sobre la enfermedad; 14 (40%) refirieron haber revisado el tema y 30 (85.7%) tuvieron contacto positivo de casos de dengue en campos clínicos. La mediana de aptitud clínica global fue de 41 (14 – 70). La mayoría 26 (73.3%) se encontró en la categoría de "muy bajo". El grupo académico denominado como "A" tuvo la mayor mediana de aptitud clínica 50 en comparación con los otros dos grupos, ($p = 0.0009$). El antecedente positivo de cursos sobre dengue, clases sobre la enfermedad, contacto positivo con pacientes en el campo clínico o haber preparado el tema sobre dengue no estuvieron asociados con una mayor mediana de aptitud clínica.

Discusión:

En estudiantes y médicos de pregrado la aptitud clínica hacia diversas enfermedades varía proporcionalmente entre 30% y 44% de acuerdo la mediana y con el número de preguntas en cada caso. Diversos estudios han demostrado que la mayoría de los alumnos se encuentran en la categoría "baja" o "muy baja" de aptitud clínica[5-11]. En el contexto, los alumnos evaluados pertenecen a un plan educativo basado en asignaturas, acudiendo a campos clínicos a partir del séptimo semestre de la licenciatura, situación que reduce en cierto grado la posibilidad de evaluar casos clínicos de dengue. Además, con el presente instrumento de evaluación estuvieron expuestos a un método que no ha sido aplicado en ellos, en el que prevalecen evaluaciones con respuesta de opción múltiple (1 de 5) tanto en exámenes parciales como departamentales[11]. La segunda cuestión que consideramos importante, ligada con los resultados, presenta también dos situaciones: la primera es que los procesos de vigilancia epidemiológica en México están circunscritos para ser aplicados por personal de salud pública o epidemiología; la otra situación en cuestión es que no se aplican en forma adecuada los procesos de diagnóstico para el dengue de acuerdo con pruebas serológicas, por ejemplo. Todo lo anterior repercute en las bases de explicación fisiopatológica de la enfermedad que debe conocer el alumno. La única característica que demostró asociación con una mayor aptitud clínica, fue pertenecer al grupo "A". Históricamente los alumnos que rotan en dicho grupo presentan los mejores promedios escolares, ligado con las características de los profesores y actitud académica de los propios alumnos. Las propuestas académicas ligadas con la crítica de la experiencia y el Modelo Educativo Integral Flexible, como el que se está dando actualmente en la Universidad, permitirán que cada individuo logre un conocimiento en forma holística para él mismo y su sociedad[11].

Referencias bibliográficas:

1. World Health Oganization. In: Dengue haemorrhagic fever: diagnosis, treatment, prevention and control. WHO, Geneve. 1997.(2. 11).
2. Kourí G. El dengue, un problema creciente de salud en las Américas. Rev Panam Salud Pública. 2006;19:143-145.(3. 1).
3. Viniegra Velázquez L. Los intereses académicos en la educación médica. Rev Invest Clín. 1987;39:281-290.(4. 1).
4. Viniegra Velázquez L. Replanteamiento de la función de la escuela. En: Educación y crítica. El proceso de elaboración del conocimiento. México. Píados Educador. 2002: 105-154.(1).
5. Viniegra Velázquez L. Jiménez JL. Pérez Padilla R. El desafío de la evaluación de la competencia clínica. Rev Invest Clín. 1991;43:87-95.(1).
6. Lifshitz A. La enseñanza de la competencia clínica. Gac Med Méx 2004;140:312-313. (1).

7. Viniegra Velázquez L. Evaluación de la competencia clínica: ¿describir o reconstruir?. Rev Invest Clín 2000;52:109-110. (1).
8. Pérez-Campos JP, Aguilar-Mejía E, Viniegra-Velázquez L. La aptitud para la interpretación de imágenes gamagráficas en residentes de medicina nuclear. Rev Invest Clín. 2002;54:29-35.
9. Cobos-Aguilar H, Insfrán-Sánchez MD, Pérez-Cortés P, Elizaldi-Lozano NE, Hernández-Dávila E, Barrera-Monita J. Aptitud clínica durante el internado de pregrado en hospitales generales. Rev Med IMSS. 2004;42:469-476.
10. Tun-Queb MC, Aguilar-Mejía E, Viniegra-Velázquez L. Desarrollo de la aptitud clínica en estudiantes de segundo año de la carrera de Medicina. Rev Med IMSS. 1999;37:141-146.
11. Rodríguez Velasco A, González R. Aptitud para la correlación anatomoclínica de neumopatología en alumnos de pregrado. Rev Invest Clín. 2005;57:540-547.
12. Trujillo Galván FD. González Cobos R. Munguía Miranda C. Competencia clínica en diabetes mellitus. Rev Med IMSS. 2002;40:467-472.(9).
13. Pérez Padilla J. Viniegra L. Método para calcular la distribución de las calificaciones esperadas por azar en un examen de tipo falso, verdadero y no sé. Rev Invest Clín. 1989;41:375-379.
14. Ramírez Bautista CD. Espinosa Alarcón P. Competencia clínica en hipertensión arterial sistémica de alumnos de pregrado de dos escuelas de Medicina. Rev Invest Clín. 2000;52:132-139.

Atención primaria clínico-farmacéutica de las dislipidemias en voluntarios de la comunidad de Santa Rosa, Ixtaczoquitlán

Autor: Karen Elizabeth Ramón Rodríguez
Coautores: A González Castro, M Texcahua Molohua, O Valenzuela, E García Montalvo, E Herrera-Huerta

Área de Investigación: Salud Pública
Número de Registro: S/N
Tipo de Autor: Estudiante de Licenciatura
Institución: Universidad Veracruzana
Dependencia: Facultad de Ciencias Químicas
Año Residencia: 2008
Hospital:
Matrícula/Número Personal: S04011430
Teléfono Laboral: 01 272 72 4-01-20
Teléfono Celular: 0452721350666
Email: emherrera@uv.mx
Email Alternativo: emma_vhh@hotmail.com

Argumentación teórica:

El término dislipidemia indica una concentración elevada de lípidos en sangre. Hay varias categorías de ese trastorno según los lípidos que están alterados. Las dos formas más importantes son la hipercolesterolemia y la hipertrigliceridemia, aunque hay otras alteraciones que son frecuentes como la hiperquilomicronemia o la disminución de colesterol HDL (c-HDL)[1]. Su aterogenicidad se debe, principalmente, a dos mecanismos: primero, al acumulo en el plasma de partículas (como las lipoproteínas que contienen la apoproteína B) y tienen la capacidad de alterar la función del endotelio y depositarse en las placas de ateroma; y segundo, a una concentración insuficiente de partículas (como las lipoproteínas de alta densidad) que protegen contra el desarrollo de la aterosclerosis.

Argumentación empírica:

En nuestro país, las dislipidemias son uno de los factores determinantes de la aterosclerosis más frecuente. El 48.4% de los adultos con edades entre 20 y 69 años que viven en zonas urbanas tienen concentraciones bajas (< 35 mg/dL) de colesterol-HDL (marcador clínico usado para estimar la concentración de las lipoproteínas de alta densidad). Además, 42.3% tiene concentraciones altas de triglicéridos (>150 mg/dL) y 27.1% niveles altos de colesterol (>200 mg/dL). Su prevalencia es aun mayor en sujetos con diabetes, hipertensión arterial (HTA) o sobrepeso. Por ello, todo médico de primer contacto debe ser capaz de diagnosticar y tratar las dislipidemias más frecuentes[2].En México la prevalencia de esta enfermedad ha aumentado considerablemente con un incremento en el 2006 de 8.5% de la población de 20 años en adelante[3] y en el estado de Veracruz tiene una prevalencia de 7.7, encontrándose en el número 8 en el país[4].

Planteamiento del problema:

Las dislipidemias además, son el factor de riesgo cardiovascular más frecuente, es por ello que es importante detectar este padecimiento a tiempo, así como brindar la atención farmacéutica necesaria a comunidades rurales donde los servicios de salud se encuentran infortunadamente deficientes. El propósito de este proyecto fue brindar atención primaria tanto clínica como farmacéutica a los habitantes que presentaron niveles alterados de colesterol y triglicéridos de la comunidad de Santa Rosa, comunidad que pertenece al municipio de Ixtaczoquitlán.

Objetivo general:

Brindar atención primaria clínico-farmacéutica de las dislipidemias a voluntarios de la comunidad de Santa Rosa, Ixtaczoquitlán.

Metodología:

El proyecto fue prolectivo, prospectivo, longitudinal, descriptivo y experimental, dirigido por el Laboratorio de Docencia, Investigación y Servicios (LADISER) Ciencias Farmacéuticas de la Universidad Veracruzana (UV), Campus Orizaba, en conjunto con el servicio médico del DIF de Ixtaczoquitlán, Ver. Se realizaron campañas de salud en las que se tomaron muestras sanguíneas a los habitantes de la comunidad de Santa Rosa que asistieron a dichas campañas, previa firma del consentimiento informado. Las muestras fueron

trasladadas al LADISER Clínicos de la Facultad de Ciencias Químicas (FCQ), para su procesamiento y determinación de las concentraciones de colesterol y triglicéridos. Posteriormente los resultados de los análisis del laboratorio fueron entregados al médico del DIF, para que determinara el diagnóstico y el tratamiento farmacológico y no farmacológico de acuerdo con la Norma Oficial Mexicana NOM-037-SSA2-2002, Para la prevención, tratamiento y control de las dislipidemias[5]. La atención farmacéutica (Dispensación activa, Seguimiento Farmacoterapéutico (SF), Farmacovigilancia (FV) y Educación sobre la salud) fue realizada por los responsables del LADISER Ciencias Farmacéuticas.

Resultados:

La primera fase del estudio comprendió un periodo de mayo-julio del 2008. Del total de voluntarios (59) que participaron en el estudio 37 (62.71%) son del género femenino y 22 (37.28%) son del género masculino. Las edades comprendidas fueron de 22 años a 77 años con una media de 40 años. La mayoría de la población en estudio se dedica a labores del hogar en el caso de las mujeres y a la agricultura en el caso de los hombres; la mayor parte no cuenta con un servicio sanitario. De acuerdo con la Norma Oficial Mexicana NOM-037-SSA2-2002, 18.42% de los participantes presentaron niveles de colesterol limítrofe (>200-239mg/dL) de los cuales 5.26% fueron hombres y 13.15% mujeres. El 2.63% de las personas corresponde a los niveles de colesterol alterado (>240mg/dL). Con respecto a triglicéridos 28.94% de los participantes presentó niveles alterados (valores de referencia: hombres 60-165 mg/dL y mujeres 40-140 mg/dL), del cual el género femenino fue el de mayor frecuencia.

Discusión:

La hipertrigliceridemia fue el tipo de dislipidemia que se presentó con mayor frecuencia con 28.94% respecto de la hipercolesterolemia (2.63%). El género femenino fue quien presentó mayor frecuencia, en parte lo atribuimos a la gran participación por parte de las mujeres quienes se preocupan más por la salud y tienen más disponibilidad de tiempo al dedicarse a las labores del hogar. A pesar de haber contestado comer verduras y poca cantidad de carne en una entrevista personalizada como parte del SF, suponemos que incluyen comida enlatada, procesada, refrescos y frituras, por ello dichos resultados. El diagnóstico fue emitido por el médico así como el tratamiento y los medicamentos más prescritos fueron benzafibrato y pravastatina según cada caso, en algunos se recomendó además dieta y ejercicio. Actualmente se está realizando el SF y FV por un periodo de 3-6 meses, según cada caso, y se volverá a muestrear, también se les aconseja cómo mejorar su calidad de salud. Cabe mencionar que los medicamentos fueron dispensados en 100% y totalmente gratuitos gracias al apoyo de la Farmacia Piloto de la FCQ.

Referencias bibliográficas:

1. Tuneu i Valls Laura. Fernández Llimós Somoza Fernando. Gastelurrutia Garralda Miguel Ángel. Guía de seguimiento farmacoterapéutico sobre dislipidemias. Editora María José Faus Dáder. 5-72
2. Instituto Mexicano del Seguro Social. Diagnóstico y tratamiento de las dislipidemias: posición de la sociedad mexicana de nutrición y endocrinología. Revista de endocrinología y nutrición. (2004):12 (1) 8-123.
3. http://www.insp.mx/ensanut/ (Fecha de consulta 11 de agosto de 2008).
4. http://www.insp.mx/ensa/ (Fecha de consulta 11 de julio de 2008).
5. Norma Oficial Mexicana NOM-037-SSA2-2002, Para la prevención, tratamiento y control de las dislipidemias.

Estado de ánimo en mujeres de la tercera edad residentes de dos asilos

Autor: Ángel Puig Nolasco
Coautores: Jorge Aquino García, Claudia Bertylle Gutiérrez López, Iracema Santizo Nanduca

Área de Investigación: Salud Pública
Número de Registro:JEI-108-02
Tipo de Autor: Docente y Profesional de la salud
Institución: Universidad Veracruzana
Dependencia: Facultad de Medicina, Minatitlan
Año Residencia: 2008
Hospital:
Matrícula/Número Personal: 17648
Teléfono Laboral: 9222250702
Teléfono Particular: 9222234504
Teléfono Celular: 9221093179
Email: apuign@hotmail.com

Argumentación teórica:

La depresión es una enfermedad que afecta la función cerebral, modificando el estado de ánimo y el pensamiento de quien lo padece. Existen diversos tipos de depresión. Depresión severa o trastorno depresivo mayor: combinación de síntomas que interfieren con la capacidad para realizar actividades cotidianas.Distimia: incluye síntomas crónicos a largo plazo, no incapacitante, pero impiden el buen funcionamiento de la persona. Por último, el trastorno bipolar: una enfermedad maniaco depresiva. En la vejez existen un sinnúmero de factores determinantes para el desarrollo del trastorno depresivo mayor, entre ellos: pérdida de salud que acontece con la edad, presencia de enfermedades crónicas, pérdidas de familiares y amigos, merma económica, pérdida de roles familiares, jubilación. La sintomatología relacionada con este padecimiento comprende: tristeza patológica, desgano, alteraciones del pensamiento, somáticas, del comportamiento, modificaciones del apetito y del peso, pérdida del placer, culpa excesiva, pensamiento suicida, disminución de la energía. La

Escala geriátrica de depresión de Yesavage es uno de los instrumentos de elección en la exploración, para valorar la depresión en pacientes ancianos; su ventaja radica en que no se centra en molestias físicas, sino en aspectos directamente relacionados con el estado de ánimo.

Argumentación empírica:

En los Estados Unidos, cada año 9.5% de la población padece enfermedades depresivas[3]. En nuestro país, la cifra oscila entre 10 y 40%, siendo los más afectados la población adolescente y la perteneciente a la tercera edad[4]. Este último grupo comprende a los adultos mayores de 65 años y se calcula que, al menos, 30% de la población presenta o presentará alguna forma de depresión. Si se analiza la frecuencia del trastorno depresivo en ancianos hospitalizados o institucionalizados en asilos, los porcentajes son mayores, llegando hasta 10 por ciento.

Planteamiento del problema:

¿Cuál es el estado de ánimo en las mujeres mayores de 65 años que habitan en el Asilo de Jesús y en el Asilo del Perpetuo Socorro, ubicados en Minatitlán y en Coatzacoalcos, Veracruz.?

Objetivo general:

Comparar el estado de ánimo de mujeres mayores de 65 años residentes de dos asilos; determinar los factores asociados al desarrollo de depresión.

Metodología:

Se realizó un estudio comparativo y transversal, determinando la presencia y los factores que inducen al estado depresivo en mujeres mayores de 65 años en los asilos De Jesús, Minatitlán, Veracruz y Perpetuo Socorro, Coatzacoalcos, Veracruz, del 1 de marzo al 15 de junio del 2008. Se incluyeron 14 féminas mayores de 65 años que aceptaron participar en el estudio, excluyendo mujeres bajo tratamiento de antidepresivos e/o incapacidad mental. Se aplicó el instrumento de medición de estado de ánimo en adultos mayores Yesavage, que cuenta con 30 ítems, con el que se califica no depresión (0 a 10 puntos), depresión leve-moderada (11 a 20 puntos) y depresión severa (>20puntos); y un cuestionario de variables socio demográficas (nombre del paciente, edad, escolaridad, religión, lugar de residencia, estado civil y comorbilidad), siendo la depresión la única variable dependiente. Se analizaron los resultados en el programa Epi Info versión 6, describiendo frecuencias simples y relativas, medidas de tendencia central y desviación estándar y Chi Cuadrada.

Resultados:

Se incluyeron 14 mujeres con una media de edad de 76.78 años±10.475. De la población general se obtuvo que una persona (7.1%) fue diagnosticada con depresión severa, 7 (50%) con depresión leve-moderada y 6 (42.9%) sin depresión. De la totalidad de la población deprimida: 62.3% habita en el asilo del Perpetuo Socorro y 37.7% en el De Jesús. Sociodemográficamente se encontró que 6 (75%) de las mujeres deprimidas son viudas, 1 (12.5%) divorciada y 1 (12.5%) soltera. En contraste con las mujeres sin depresión, se obtuvo que 1 (16.6%) es viuda, 2 (33.2%) solteras, 2(33.2%) divorciadas y 1 (16.6%) casada. De la variable empleo se obtuvo que 4 (66.6%) están deprimidas y 2 (33,4%) no; amas de casa, 4 (50%) están deprimidas y 4 (50%) no. Del cuestionario de Yesavage se obtuvo: de la población deprimida 4 (50%) no tiene esperanza en el futuro, 7 (87.5%) ha renunciado a muchas de sus actividades, 6 (75%) se sienten inútiles, 5 (62.5%) prefieren evitar reuniones sociales, 7 (87.5%) no encuentran la vida estimulante y 5 (62.5%) se sienten abandonadas.

Discusión:

En el presente estudio el porcentaje de depresión severa es bajo, en comparación con los porcentajes presentados en pacientes hospitalizados. Debe considerarse que los sujetos incluidos en el estudio carecen de enfermedades crónicas, se encuentran en un medio de convivencia afectivo y reciben motivación espiritual. Por otro lado, la mayoría de la población deprimida recibió nivel educativo menor a secundaria, lo cual concuerda con datos revelados en otros estudios demostrando en ambos casos que la depresión se asocia con un nivel educativo bajo, debido a que esta situación influye en el nivel económico y la adquisición de bienes mejorando su calidad de vida. En el análisis bivariado existió asociación entre depresión y viudez, en contraste con la información obtenida de otros estudios en que el porcentaje de mujeres deprimidas está asociado con el matrimonio; esta situación podría estar relacionada con la edad y el entorno: por un lado. aquellas mujeres que continúan casadas sienten que el envejecimiento está relacionado con un posible abandono de su pareja, mientras las viudas residentes de asilos, aunado al abandono de sus hijos, han perdido a su pareja. Además, se reveló que los antecedentes laborales influyen en el estado de ánimo, lo cual probablemente se deba a que esta actividad se haya relacionada con el rol clásico de la mujer inculcado desde la infancia, además de fomentar una relación estrecha con su núcleo familiar en comparación con las mujeres que laboran.

Referencias bibliográficas:

1. Beck T A. Depression causes and treatment. University of Pennsylvania Press. 1972: 7-9.
2. Vallejo R J. Tipos de depresión y tratamiento. Psiquiatría y Atención Primaria. 2001: 26-30.
3. Steffens D. Norton M. Hart A. Tschanz J. Plassman B. Breitner J et al. Prevalence of depression and its treatment in an elderly population. Arch Gen Psychiatry. 2000; 57: 601-607.

4.Bello M. Puentes E. Medina ME. Lozano R. Prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta en México. Salud Pública Méx. 2005; 47 (1):4-11.
5. Alvarado MFP. Ormeño CLP. Martínez HLE. Martínez ALE et al. Medición del nivel de detección de trastornos afectivos como ansiedad, depresión y delirium en las unidades de terapia intensiva y cuidados intensivos. Act Med Gpo Ang. 2003; 1 (2): 93-96.
6.Martínez JA. Martínez VA. Esquivel CG. Velasco VM. Prevalencia de depresión y factores de riesgo en el adulto mayor hospitalizado. Rev Med IMSS. 2007; 45 (1): 21-28.
7.Guadarrama L. Escobar A. Zhang L. Bases neuroquímicas y neuroanatómicas de la depresión. Rev Fac Med. Méx. 2006; 49 (2): 66-72.
8.Hervás A. Arizcuren MA. García E. Tiberio G. Forcén T. Influencia de variables socio-sanitarias en la situación del estado cognitivo y de ánimo en los pacientes geriátricos de un centro de salud. An Sis Sanit. Navar. 2003; 26 (2): 211-223.
9. Urbina JR. Flores JM. García MP. Torres L. Torrubias RM. Síntomas depresivos en personas mayores. Prevalencia y factores asociados. Gac Sanit 2007; 21 (1):37-42.
10. Vargas BE. Heinze G. García J. Fernández MA. Dickinsson ME. La capacitación del médico general del primer nivel de atención en el manejo de la depresión. Rev Fac Med. Méx. 2004; 47 (5): 187-191.
11. Berlanga C. Caballero A. Apiquián R. Respuestas temprana e intermedia como factores de predicción de la eficacia de los antidepresivos. Gac Med. Méx 2001; 137 (6): 521-528.
12. Martínez J. Onís MC. Dueñas R et al. Version española del cuestionario de Yesavage abreviado (GDS) para el despistaje de depresión en mayores de 65 años: adaptación y validación. MEDIFAM. 2002; 12 (10): 620-630.
13. Tuesca R. Fierro N. Molinares A et al. Los grupos de socialización como factor protector contra la depresión en personas ancianas. Barranquillas, Colombia. Rev Esp Salud Pública. 2003; 77 (5): 595-604.
14. Mejía S. Jaimes M. Villa A. Gutiérrez LM. Ruiz L. Deterioro cognoscitivo y factores asociados en adultos mayores en México. Salud Pública Méx. 2007;49 (4):475-481.
15. Wagner F. Gallo J. Delva J. Depression in late life: a hidden public health problem for Mexico? Salud Pública Méx. 1999;41: 189-202.
16. Lebowitz, BD. Depression in elderly. Dialogues in clinical neuroscience. 1999; 1(2):56-65.
17. Boschetti F B. La depresión y su manejo en el ámbito de la medicina familiar. Archivos en Medicina Familiar. 2004;6 (3): 61-63.

Los dos extremos: obesidad y desnutrición infantil

Autor: Arturo Aguilar Ye
Coautores: Sergio Salinas Valencia, Juan Carlos Torrecilla Aguirre, Agustín Martínez Revilla

Área de Investigación: Salud Pública
Número de Registro:JEI-108/16
Tipo de Autor: Docente y Profesional de la salud
Institución: Universidada Veracruzana
Dependencia: Facultad de Medicina, Minatitlán
Año Residencia: 2008
Hospital:
Matrícula/Número Personal: 32550
Teléfono Laboral: 9222250702 Extension: 52203
Teléfono Particular: 9212185046
Teléfono Celular: 9211312116
Email: aguilarye@hotmail.com

Argumentación teórica:

La nutrición humana es el aporte y aprovechamiento de nutrimentos que en el niño se manifiesta por crecimiento y desarrollo. El desarrollo es la diferenciación sucesiva de órganos y sistemas. De acuerdo con la 57ª Asamblea Mundial de la Salud "La alimentación poco saludable y la falta de actividad física son, pues, las principales causas de las enfermedades no transmisibles más importantes, como las cardiovasculares, la diabetes de tipo 2 y determinados tipos de cáncer, y contribuyen sustancialmente a la carga mundial de morbilidad, mortalidad y discapacidad"[8]. Partiendo de los datos de la Encuesta Nacional de Salud 2000, se calcula que en México 28.6% de los niños varones y 30.1% de las niñas en edad escolar sufren de obesidad y sobrepeso; siendo la capital y el norte del país las zonas más afectadas con 28.6 % y 29.6% de población infantil obesa, respectivamente.

Argumentación empírica:

Cada vez aumenta más la preocupación acerca del vínculo entre la publicidad de alimentos y refrescos dirigida a niños y el aumento de la obesidad infantil en todo el mundo. Esto apenas resulta sorprendente: muchos de los productos alimenticios y las bebidas que se fabrican para vender al mercado infantil se consideran insanos, con un alto contenido energético y un bajo contenido en nutrientes. La prevalencia de la obesidad se ha incrementado en las últimas décadas, llamándose la "epidemia emergente"[3]. La obesidad se define como el exceso e grasa corporal, secundario de una alteración de la ecuación de la ingesta energéticamente incrementada y gasto energético disminuido.La mayor parte de los niños son obesos debido a la ingesta energética excesiva y/o un gasto calórico reducido.La reducción en la actividad física habitual aparecería como una causa común en el mundo.

Planteamiento del problema:

La prevención de la obesidad durante la infancia debe considerarse una prioridad, dado el alto riesgo de persistencia de la misma durante la vida adulta, cuando se asocia con amplio espectro de enfermedades. El incremento de peso conduce a un aumento de los riesgos de la salud[5]. De ahí la importancia de conocer su dimensión epidemiológica para iniciar cuanto antes, en la práctica diaria, labores efectivas de prevención y tratamiento.

Objetivo general:

Conocer la situación nutricional de la población infantil de niños de 9 a 12 años, de una escuela rural y otra urbana, pertenecientes al municipio de Minatitlán, comparándola con la situación previa y localizando las zonas más afectadas

Metodología:

Diseño del estudio: transversal, prospectivo y comparativo. Se utilizó la antropometría como forma de y para evaluar el estado nutricional de los niños, al tener en cuenta que este método permite la realización de estudios transversales para identificar desnutrición y hacer un diagnóstico de situación de la comunidad. Universo: estudiantes de una primaria rural y otra primaria urbana, pertenecientes al municipio de Minatitlán; que cursen de cuarto a sexto año y con edades entre 9 y 12 años, del 20 de febrero al 15 junio de 2008. Se usaron medidas de tendencia central y de dispersión para describir las variables cuantitativas y las frecuencias simples y relativas para las cualitativas.

Resultados:

Se encuestaron 150 niños: 84 (56%) masculinos y 66 (44%) femeninos, con una media de edad de 10.913 años (±0.9). La media del peso equivale a 35.120kg (±7.227) y una talla media de 133.873cm (±5.677). Basándonos en la tabla de nutrición de peso y talla de la OMS, encontramos que en relación Peso/Talla hay 118 (78%) niños en estado de desnutrición, 29 (19%) en niveles adecuados y 3 (2%) con obesidad; en relación Peso/Edad, 79 (53%) en estado de desnutrición, 51 (34%) en niveles normales y 20 (13%) con obesidad; finalmente en relación Talla/Edad 24 (16%) presentan desnutrición, 72 (48%) son normales y 54 (36%) presentan obesidad. P= 0.0009.

Discusión:

Los niños de las zonas urbanas son más propensos a sufrir diversos tipos de obesidad, pues están en mayor contacto con el comercio mundial representado por alimentos con bajo aporte nutricio y bebidas altamente calóricas, asi mismo las actividades físicas se ven disminuidas con el avance tecnológico, es decir, los niños actuales pasan más tiempo frente a un monitor que realizando alguna actividad física. En contraste, los niños del medio rural, son más activos que los urbanos, pues estos realizan labores en el campo para ayudar con el sustento de la familia, sin tomar en cuenta que es muy difícil que algunos de estos niños rurales tengan acceso a videojuegos o computadoras. Por tanto, los niños de la zona rural presentan menos niveles de obesidad, pero los índices de desnutrición llegan a ser elevados por las malas comidas y la falta de nutrientes en sus alimentos. En este estudio, los resultados nos demuestran que existen variables de acuerdo con el estado nutricio del menor, los cuales nos dicen que actualmente ya no existe mucha diferencia entre el rural y el medio urbano en cuanto al estado nutricional de los niños; probablemente estos datos se deban a que ambas escuelas se encuentran dentro de un mismo municipio y en el cual las oportunidades son similares para ambas zonas. Por tanto, distribuyendo a nuestra población de acuerdo con la relación Talla/Edad, ambas escuelas se encuentran en niveles normales, aunque la escuela urbana tiene un índice de sobrepeso mayor a la rural así como en desnutrición. Tomando en cuenta Peso/Talla, la desnutrición es mayor en la escuela rural, abrumadoramente hay más niños urbanos en peso ideal que los rurales pero también hay más sobrepeso. Por último, en relación Peso/Edad, la escuela urbana tiene mayores niveles en desnutrición y obesidad; sin embargo, la desnutrición en la escuela rural es también de llamar la atención pues hay muy poca diferencia entre estas escuelas y los niños rurales manifiestan mayor población en peso ideal que los urbanos.

Referencias bibliográficas:

1.Vásquez VV. López ACJ. Psicología y la obesidad. Revista de endocrinología y nutrición. 2001.

2.Jiménez Cruz A. Alta prevalecía de obesidad y obesidad abdominal en niños escolares entre 6 y 12 años de edad. México DF. 2007.

3.Violarte Ortiz Rafael M. Obesidad y diabetes tipo 2 en el niño. Una nueva epidemia. Revista de Endocrinología y Nutrición. 2001.

4. Bueno M. Sarrió A. Pérez González JM . Nutrición en Pediatría. Ed. Ergon, Madrid. 1999: 297-307.

5. Shills Maurice. Olson James A. H. Moshe Shike. Ross Catharine. Nutrición en salud y enfermedad

6. Hernández Franco Daniel. Ríoseco Cristina B. Camacho Prudente José Á. Vera Llamas Hadid. Desnutrición infantil y pobreza en México. Consultado en 06/09/2008 en:http://sedesol2006.sedesol.gob.mx/publicaciones/CuadernosyDoctos/PDFs%20SEDESOL/PDFs%20Cuadernos/12%20Cuad.pdf. 2006.

7. Patiño Bonilla Michelle. Desnutrición Infantil. 2006 Consultado en 05/07/2008 en: http://www.telemedicina.buap.mx/PaginaNueva/Archivos/desnutricioninfantil.pdf.-

8. Rodríguez Rossi Rubén. La obesidad infantil, y los efectos de los medios electrónicos. 2006. Consultado en 04/04/2008 en: http://www.medigraphic.com/pdfs/invsal/isg-2006/isg062g.pdf.

9. Islas Ortega Laura, Peguero García Mónica. Obesidad Infantil. 2006. Consultado en 05/05/2007 en http://www.insp.mx/Portal/Centros/ciss/nls/boletines/PME_14.pdf.

10. Avila Curiel Abelardo. Galindo Gómez Carlos.Shamah Levy Teresa. La desnutrición infantil en el medio rural mexicano. 2006. Consultado en 04/05/2008 en http://www1.edomexico.gob.mx/pv_obj_cache/pv_obj_id_114594E16A0E16D75E2106693238AFAC38490600/filename/desnutricion-SEDESOL.pdf.
11. Parra Gómez Leticia. Reyes Téllez Girón. Escobar Briones . La desnutrición y sus consecuencias sobre el metabolismo. 2006. Consultado en 01/05/2008 en http://www.ejournal.unam.mx/rfm/no46-1/RFM46108.pdf.
12. Svedberg, P. (2006). Child Malnutrition. Consultado en 03/05/2008 en: http://siteresources.worldbank.org/INTINDIA/Resources/ChildMalnutrition.pdf.
13. Svedberg Peter. Child Malnutrition in India and China .2007. Consultado en 07/06/2008 en: http://www.ifpri.org/2020Chinaconference/pdf/beijingbrief_Svedberg.pdf.
14. Chang S Y. Ge K-y. Definition and Measurement of child Malnutrition. 2001. Consultado en 07/06/2008 en: http://www.litbang.depkes.go.id/download/artikel/malnutrition.pdf.
15. Styne D. The Role Of Media in Childhood Obesity. 2004. Consultado en 07/06/2008 en http://www.kff.org/entmedia/upload/The-Role-Of-Media-in-Childhood-Obesity.pdf.
16. Roberts D. Tackling Child Obesity. 2006. Consultado en 07/06/2008 en http://www.kff.org/entmedia/upload/The-Role-Of-Media-in-Childhood-Obesity.pdf.
17. Parlamentary Office of Science and Technology. Childhood Obesity. 2004. Consultado en 07/06/2008 en http://www.parliament.uk/post/pn205.pdf.
18. Fitzgerald Sam. Pensando en Soluciones para la Obesidad en los Niños. 2004. Consultado en 07/06/2008 en: http://www.voices4kids.org/issues/files/mantensalud.pdf.
19. Martínez y Martínez, Roberto. La salud del niño y del adolescente.México: Salvat. 1989.

Estado de ánimo en pacientes embarazadas en el primer nivel de atención

Autor: Ángel Puig Nolasco
Coautores: Julio de Jesús Pérez López, Ana Karen Castillejos Maldonado, Ángel Alberto Monrroy Martínez

Área de Investigación: Salud Pública
Número de Registro:JEI-108/04
Tipo de Autor: Docente y Profesional de la salud
Institución: Universidad Veracruzana
Dependencia: Facultad de Medicina, Minatitlan
Año Residencia: 2008
Hospital:
Matrícula/Número Personal: 17648
Teléfono Laboral: 9222250702
Teléfono Particular: 9222234504
Teléfono Celular: 9221093179
Email: apuign@hotmail.com

Argumentación teórica:

La depresión es uno de los trastornos mentales más frecuentes en la patología psiquiátrica y probablemente uno de los más importantes tanto por la incapacidad como el dolor que causan al ser humano; por otra parte genera un alto riesgo de suicidio. Un episodio depresivo mayor es aquel que presenta cinco o más de los siguientes síntomas durante dos semanas: estado depresivo la mayor parte del día; disminución acusada del interés o la capacidad para el placer; pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso; insomnio o hipersomnia casi cada día; agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día; fatiga o pérdida de energía casi cada día; sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados; disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día; pensamientos recurrentes de muerte, ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse. La etiología de la depresión aun no es bien conocida pero se piensa que en su desarrollo confluyen factores neurobiológicos, ambientales, biológicos intrínsecos, hormonales y reproductivos combinados con una predisposición genética. Al analizar las variables psicosociales, se ha concluido que la evolución del embarazo está influenciado por un problema psicosocial más que un riesgo biológico verdadero. El embarazo es un periodo especial para la mujer en el cual se manifiesta un gran número de emociones como ansiedad, depresión e inestabilidad emocional que influyen en que la mujer tenga partos más largos y complicados.

Argumentación empírica:

La Organización Mundial de la Salud (OMS), informa que la depresión ocupa el cuarto lugar como causa de discapacidad en el mundo; se indica que el sexo femenino duplica la prevalencia en relación con el masculino, (1.9% en hombres y 3.2% en mujeres). Desde el punto de vista

económico la depresión tiene una prevalencia de 7-15% en países ricos, mientras los países pobres presentan una incidencia del 19-25%. Estimaciones de las tasas de depresión durante el embarazo indican un porcentaje que va desde 9.1% hasta 70%. De las cuales de 40 a 56% están relacionadas con bajo riesgo obstétrico y de 26.47 al 64% con alto riesgo obstétrico. También 59% de las pacientes embarazadas indica haber presentado síntomas depresivos antes del embarazo y de 77% a 85% también presentaba comorbilidad con la ansiedad.

Planteamiento del problema:

¿Cuál es la prevalencia del estado de ánimo en las pacientes embarazadas de una unidad de primer nivel de atención?

Objetivo general:

Conocer la prevalencia del estado de ánimo y algunas variables sociodemográficas de las pacientes embarazadas en la Unidad de Medicina Familiar 52, IMSS, Cosoleacaque, Veracruz.

Metodología:

Se realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal en pacientes embarazadas que acuden a la consulta externa y al servicio Materno infantil en la Unidad de Medicina Familiar (UMF) 52 del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) de Cosoleacaque, Veracruz. En el periodo del 1 de marzo al 15 de junio del 2008. No se tomaron en cuenta los pacientes en tratamiento con antidepresivos. Se les aplicó el cuestionario de Beck, asimismo se evaluaron características sociodemográficas (edad, escolaridad, lugar de residencia, estado civil, religión, ocupación, ingreso personal y familiar y antecedentes gineco obstétricos). Se analizaron los resultados en el programna Epi Info, utilizando frecuencias simples y relativas, medidas de tendencia central y dispersión y un análisis bivariado.

Resultados:

De las 90 pacientes que se sometieron al estudio, se encontró que 23.3% cursan un cuadro depresivo, con una media de edad 25.1 ± 5.4; de las cuales 17.8% corresponde a un grado depresivo leve, mientras el porcentaje sobrante a un estado depresivo moderado. De las pacientes que se encuentran deprimidas, 21.2% tienen pareja con un valor, 13.3% cursa por el tercer trimestre, 14.4% no labora y 27.7% son católicas. En cuanto a los valores de P obtenidos, ninguno demostró significancia estadística.

Discusión:

Durante la investigación, los datos arrojaron que sí existe un porcentaje de depresión en las pacientes embarazadas, lo cual coincide con los trabajos realizados en otros países; también se observan ciertas similitudes en los porcentajes y en algunas de las variables utilizadas. Al comparar con los dos estudios coincidentes, se observa que en los tres estudios sólo se busca la existencia de depresión en el embarazo y aunque existe una diferencia en el instrumento de medida utilizado, los resultados son similares. En cuanto a las investigaciones que difirieron mucho de nuestros resultados, se observó que las otras buscaban comorbilidad depresiva de otros padecimientos como riesgo obstétrico bajo y alto, ansiedad y disfunción familiar. Al relacionar cada variable independiente, la depresión se refleja en mayor medida en las mujeres que no laboran, quizá se deba que al haber un menor sustento económico, no es posible mantener a la familia. Otra de las variables importantes fue el estado civil, en la cual encontramos una mayor prevalencia en las mujeres con pareja, intuyendo que se deban a problemas de tipo marital, disfunción familiar o violencia intrafamiliar. En cuanto al trimestre, se obtuvo un mayor porcentaje de depresión durante los últimos dos trimestres, esto coincide con dos estudios realizados lo cual se deba a que durante el primer trimestre el estado de gestación es apenas perceptible, llegando incluso, en la mayoría de los casos, al segundo y tercer trimestre cuando la mujer es informada de su nuevo estado. Por otra parte, es en este periodo cuando comienzan a tener lugar los cambios físicos como consecuencia del embarazo y la futura madre debe aceptarlos y afrontar la nueva situación; lo que la lleva a presentar ansiedad y conductas depresivas.

Referencias bibliográficas:

1. Boschetti F. La depresión y su manejo en el ámbito de la medicina familiar. Medigraphic. 2004; 6: 61-63.
2. American Psychiatric Association. Criterios diagnósticos de enfermedades psiquiátricas comunes. Intermedicina. 2003; 1: 1-5.
3. Silva, H. Nuevas perspectivas en la biología de la depresión. Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría. 2002; 40: 9-20.
4. World Health Organization. Mental Health: New Understanding, New Hope. The World Health Report. 2001; 1: 1-178.
5. O´Keane. Marsh, M. Depression during pregnancy. British Medical Journal. 2007; 334: 1003-1005.
6. Peralta ML. Mercado E. Cruz A. Sánchez O. Lemus R. Martínez MC. Prevalencia de depresión y factores de riesgo en mujeres atendidas en medicina familiar. Revista Médica IMSS. 2006; 44: 409-414.
7. World Health Organization. Women's Mental Health: An evidence based review. WHO, MSD, MDP. 2000; 1: 1-121.
8. Luna M. Gutiérrez F. Jaramillo M. Jara L. Chuquizuta C. La depresión no respeta la gestación. Revista de Psiquiatría y Salud Mental Hermilio Valdizan. 2006; 7: 41-47.
9. Díaz A. Sanhueza P. Yaksic N. Riesgos obstétricos en el embarazo adolescente: Estudio comparativo de resultados obstétricos y perinatales con pacientes embarazadas adultas. Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología. 2002; 67: 481-487.

10. Sánchez A. Bermúdez M. Buela Casal G. Efectos del estado de gestación sobre el estado de ánimo. Revista Electrónica de Motivación y Emoción. 2000; 2: 1-8
11. Gobbi S. Detención de síntomas depresivos y ansiosos en el servicio de tocoginecología del Hospital Dr. Alejandro Korn. Psic Med. 2006; 1-6.
12. Lara MA. Navarro C. Navarrete L. CAbrera A. Almanza J. Morales F. Juarez F. Síntomas de presivos en el embarazo y factores asociados en pacientes de tres instituciones de salud de la ciudad de México. Red de Revistas Científicas de América Latina y El Caribe, España y Portugal, 29, 55-62.
13. Evans, J, Heron, J, Francomb, H, Oke, S, Golding, J: (2001). Cohort study of depressed mood during pregnancy and after childbirth. British Medical Journal. 2006; 323: 257-260.
14. Picech A. Flores L. Lanser R. Cremonte M. Depresión y Embarazo. Revista de Posgrado de la Cátedra de Medicina. 2005; 145: 5-8.
15. Pimentel B. Ansiedad, depresión y funcionalidad familiar en embarazo de alto riesgo obstétrico en el hospital materno infantil de la CNC, Revista Paceña de Medicina Familiar. La Paz, Bolivia.2007; 4: 15-19.
16. Lara Muñoz MC. Ortega Soto HA. ¿La clinimetría o la psiquiatría? Medición en la practica psiquiátrica . Salud menta. 1995;18,(4):33-40.
17. Torres Castillo M. Hernández Malpica E. Ortega Soto HA. Validez y reproducibilidad del inventario para depresión de Beck en un hospital de cardiología. Salud mental.1991;14(2):1-6.
18. Nielsen A. Williams T. Depression in ambulatory medical patients. Arch Gen Psychiatry. 1980; 37:999-1004.
19. Beck AT. Ward CH. Mendelson M. Mock J. Erbaugh J. An Inventory for Mesuring Depression. Arch Gen Psychiatry. 1961; (4): 53-63.
20. Beck AT. Beck RW. Screening Depressed Patients in Family Practice, a Rapid Technic. Posgraduate Medicine. 1972; 81-85.
21. Kendall PC. Hollon SD. Beck AT et al. Issues and recomendations regarding use of the Beck Depression Inventory. Cogn Ther Res. 1987; 11: 289-299.
22. Beck AT. Steer RA. Garbin MG. Psychometric properties of the Beck Depression Inventory. Twenty-five years of evaluation. Clin Psychol Rev. 1988; 8: 77-100.

Prevalencia de disfunción eréctil en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en un primer nivel de atención

Autor: Ángel Puig Nolasco
Coautores: Oswald Arturo González Vidal, César Virgilio, Juan Vázquez

Área de Investigación: Salud Pública
Número de Registro:JEI-108/11
Tipo de Autor: Docente y Profesional de la salud
Institución: Universidad Veracruzana
Dependencia: Facultad de Medicina, Minatitlán
Año Residencia: 2008
Hospital:
Matrícula/Número Personal: 17648
Teléfono Laboral: 9222250702
Teléfono Particular: 9222234504
Teléfono Celular: 9221093179
Email: apuign@hotmail.com

Argumentación teórica:

La disfunción eréctil (DE), definida por la Conferencia de Desarrollo de Consenso de los Institutos Nacionales de Salud (NIH) de Estados Unidos como la incapacidad de lograr o mantener una erección suficiente para un desempeño sexual satisfactorio, afecta a no menos de 30 millones de varones en los Estados Unidos. La alta prevalencia de disfunción eréctil en pacientes diabéticos se debe a un problema orgánico, asociado a neuropatía autonómica y periférica, que en un primer nivel ocurre bioquímicamente al encontrar un desbalance entre los factores que regulan la flacidez y la erección, donde la relajación de la musculatura lisa de los cuerpos cavernosos, que es dependiente de óxido nítrico, es deficiente. La DE tiene un impacto negativo en la salud, relacionado con la calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 (DM2). La prevalencia de la DE se espera se duplique para el año 2025 y el crecimiento global de la diabetes contribuye a este hecho. La primera información sobre la aparición de impotencia sexual como efecto colateral de la diabetes mellitus fue dada a conocer a la publicidad en Inglaterra en 1798. En los casi 200 años decursados desde entonces, el mecanismo fisiopatológico de esta disfunción y de otras que se producen con frecuencia en el diabético, continúan siendo de difícil explicación, aunque se han señalado reiteradamente como causas la neuropatía, la oclusión vascular y, como factor secundario asociado, el psicógeno. La prevalencia de DE en pacientes con DM2 es de aproximadamente 50%, independientemente del tipo con rango entre 35 y 75 por ciento.

Argumentación empírica:

Aunque la prevalencia en nuestro país parece ser inferior a la detectada en EE.UU., es importante considerar que más de una cuarta parte de los varones mayores de 40 años padece algún grado

de disfunción eréctil. Para hombres de 50 años, la asociación de la diabetes con el riesgo de DE es más elevada que en sujetos no diabéticos.

Planteamiento del problema:

Los problemas de salud sexual en el diabético son muy frecuentes, pero en la región sur de Veracruz aún no se determina cuál es el verdadero impacto de este trastorno en pacientes diabéticos.

Objetivo general:

Conocer la prevalencia de disfunción eréctil en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 del Instituto Mexicano del Seguro Social número 52, Colonia de Naranjito, municipio de Cosoleacaque.

Metodología:

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, transversal, no comparativo, prolectivo y prospectivo, en pacientes con DM2 derechohabientes de la UMF 52 del IMSS en la ciudad de Cosoleacaque, Ver., del 1 de marzo al 15 de junio de 2008. El instrumento que se utilizó fue un test de cinco preguntas basadas en la disfunción eréctil; asimismo se evaluaron características sociodemográficas. No se incluyeron los pacientes que no contestaron al 100% el cuestionario ni aquellas que no quisieron participar.

Resultados:

Se estudiaron 120 pacientes con DM2 de los cuales hubo una media de edad de 57.325±9.738. De ellos, 104 pacientes (86.7%) son casados y 8 (6.7%) solteros. En el ingreso mensual se encontró una mediana de 3000 con un máximo de 27000 y un mínimo de 500. Se obtuvo una media de escolaridad de 8.858±4.011 años estudiados. De acuerdo con la variable ocupación 50 pacientes (42%) se dedican a actividades primarias. El 99.2% (119) pacientes refirió no tener otra pareja.Del total de pacientes estudiados 101 (84.2%) negaron tabaquismo, 90 (75%) alcoholismo. De estos pacientes 119 (99.2%) dijeron tener pareja. La media de edad de la pareja fue de 52.842±9.951 años. Los resultados indicaron una media de 9.833±7.090 años como diabéticos de los pacientes encuestados y una mediana de 8.5 con un mínimo de 1 y un máximo de 2. La media de glucosa fue de 308.033±96.903 mg/dl. La última cifra de glucosa obtenida tuvo una media de 165.542±76.266 mg/dl. Encontramos 64 pacientes con una confianza de erección baja (53.3%), 46 pacientes (38%) tuvieron frecuencia moderada para lograr la penetración y 54 (45%) tuvieron una capacidad moderada para mantener una erección. Del total de los pacientes, 56 tuvieron una dificultad para mantener la erección muy alta (46.7%.) y la frecuencia de satisfacción fue moderada en 41 pacientes (34.2%).

Discusión:

La prevalencia de disfunción eréctil no varía mucho de acuerdo con los artículos ya publicados. En este proyecto constatamos que gran parte de los pacientes presentan problemas.Los resultados señalan que en España, 18.9% de los varones de entre 25 y 70 años presenta algún grado de disfunción eréctil y que ésta aumenta con la edad. Diferimos con ellos ya que nuestro estudio demostró una gran prevalencia de disfunción eréctil en pacientes mayores de los 40 años. Investigaciones antes publicadas tomaban distintos factores de riesgo que sí afectan para presentar DE; en este caso los pacientes encuestados no presentaron dichos factores pues la glucosa fue el principal factor para presentar DE. En lo que sí hubo concordancia es que en nuestro estudio, junto con las investigaciones publicadas tomadas como antecedentes, se presentó disfunción eréctil en más de 50% de la población; en nuestra investigación 116 (96.66%) presentaron DE. En este estudio se observó que la mayoría de los pacientes estudiados presentó características similares en cuanto a problemas de erección y se identificó que las variables de tabaquismo y alcoholismo no son factores de riesgo para esta enfermedad. La prevalencia de disfunción eréctil fue de 96.6% en pacientes diabéticos. Se encontró que de los 120 sujetos estudiados sólo 54 (45.6%) lograron mantener una erección asociándose ésta con el bajo nivel de satisfacción sexual. Se concluye que la diabetes mellitus tipo 2 está asociada significativamente a los problemas de erección e insatisfacción sexual.

Referencias bibliográficas:

1. Manrique Hurtado H. Cornejo Arenas P. Neyra Arismendiz L. Pamo Reyna OG. Características Clínicas y Prevalencia de Disfunción Eréctil. Revista de la Sociedad Peruana de Medicina Interna.2002. Consultado en marzo 25 del 2008 en http://sisbib.unmsm.edu.pe/bVrevistas/spmi/v15n2/carac_clini.htm
2. De Berardis, Mscpharmchem Giorgia, Pellegrimi Mscstat Fabio, Franciosi Mscbiols Mónica, et .al. November. Longitudinal Assessment of Quality of Life in Patients With Type 2 Diabetes and Self-Reported Erectile Dysfunction. Diabetes Care.2005. Consultado en marzo 23 del 2008 en http://care.diabetesjournals.org/cgi/content/abstract/28/11/2637
3. Kalter Ofra Leibovici Ofra, Wainstein Julio, MD,Ziv Arnona,,Harman-Bohem Ilana ,Murad Havi , MA6, Raz Itamar. Clinical, Socioeconomic, and Lifestyle Parameters Associated With Erectile Dysfunction Among Diabetic Men. Diabetes care. 2005. Consultado en Mayo 6 del 2008 en http://care.diabetesjournals.org/cgi/content/abstract/28/7/1739
4. Quesada Vázquez.AJ. Trastornos del funcionamiento sexual en pacientes diabéticos Revista Cubana de Medicina General Integral. Julio-agosto 2002. Consultado en Marzo 30 del 2008 en http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252002000400005.
5. Camacho JH. Disfunción Eréctil: abordaje y manejo del paciente. Revista de la Facultad de Medicina 2002.. Consultado en marzo 25 del 2008 en http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S079804692002000200006&script=sci_arttext&tlng=es .

6. Guirao Sánchez L. García-Giralda Ruiz L. Sandoval Martínez C. Mocciaro Loveccio A. Disfunción eréctil en atención primaria como posible marcador del estado de salud: factores asociados y respuesta al sildenafilo. Publicación Oficial de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. Consultado en marzo 23 del 2008 en http://www.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista.fulltext?pident=1303745
7. Bancon Constance G. Hu Frank B. Giovannucci Edward. Glasser Dale B. Murray A. Mittleman. Rim Eric B. Association of Type and Duration of Diabetes With Erectile Dysfunction in a Large Cohort. Diabetes Care. August 2002. Consulta en marzo 22 del 2008 en http://care.diabetesjournals.org/cgi/content/abstract/25/8/1458 .
8. Olalde JA. Magarici M. Amendola F. Efectividad del Máximus en pacientes con disfunción eréctil medicina Sistémica. Consultado en marzo 24 del 2008 en http://www.adaptogeno.com/estudios_clinicos/ec33.asp.
9. Fedele Domenico. Bortolotti Angela. Coscelli Carlo. Santeusanio Fausto. Chatenoudb Lilian. Collie Enrico. Lavezzari Maurizio. Landonf Marina. Parazzini Fabio. and on behalf of Gruppo Italiano Studio Deficit Erettile. Erectile dysfunction in Type 1 and Type 2 diabetics in Italy. International Journal of Epidemiology. 2000. Consultado en marzo 30 del 2008 http://ije.oxfordjournals.org/cgi/content/full/29/3/524.
10. Fedele Domenico. Bortolotti Angela. Coscelli Carlo. Santeusanio Fausto. Chatenoudb Lilian. Collie Enrico. Lavezzari Maurizio. Landonf Marina. Parazzini Fabio. Erectile Dysfunction in Diabetic Subjectsin Italy. Pathophysiology/ComplicationS .1998. Consultado en marzo 31 del 2008 en http://care.diabetesjournals.org/cgi/reprint/21/11/1973 .
11. Tomás R. Tárraga López PJ. Álvarez MC. Cerdán Oliver M. Celada Rodríguez A. Solera Albero J. Disfunciones sexuales en Atención Primaria. Medicina general. Febrero 2007.Consultado en Marzo 29 del 2008 en http://www.medicinageneral.org/revista_92/pdf/13-23.pdf .
12. Ardila Jaimes JE. Disfunción eréctil. MEDUNAB.2002. Consultado en marzo 27 del 2008 en http://web.unab.edu.co/editorialunab/revistas/medunab/pdfs/r515_ae_r1.pdf.
13. Pomerol MJ. Enfoque actual de la Disfunción Eréctil. Acta urológica. 2006. Consultado en marzo 27 del 2008 en http://www.apurologia.pt/acta/2-2006/enf-act-disf-erec.pdf .
14. Acuña Cañas A. Aponte Varón HA. Delgado García M. De los Ríos Osorio Soledad. Ferrer Montoya J. Silva Herrera JM. (2002). Disfunción eréctil. Sociedad Colombiana de Urología. 2002. Consultado en marzo 28 del 2008.

Evaluación cualitativa del funcionamiento de un Sistema de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria

Autor: María Cristina Montejo Briceño
Coautores: Alicia Martínez Flores, Nancy Ramírez Aburto, Aurelio Rojas Rodríguez, Rubí García Alberto

Área de Investigación: Salud Pública
Número de Registro: 06
Tipo de Autor: Docente y Profesional de la salud
Institución: Universidad Veracruzana
Dependencia: Instituto de Salud Pública
Año Residencia: 2008
Hospital:
Matrícula/Número Personal: ZS07016861
Teléfono Laboral: 8418933
Teléfono Particular: 8210599
Teléfono Celular: 2281345681
Email: shandy_3000@hotmail.com
Email Alternativo: aoi_tsuki_ran@hotmail.com

Argumentación teórica:

La Organización Mundial de la Salud define la infección nosocomial como "aquella que se presenta en un paciente, internado en un hospital o en otro establecimiento de atención de salud, en quien la infección no se había manifestado ni estaba en periodo de incubación en el momento del internado". Por otro lado, la Norma Oficial Mexicana NOM-045-SSA2-1998 Para la Vigilancia Epidemiológica, Prevención y Control de las Infecciones Nosocomiales, la define como "la multiplicación de un organismo parasitario dentro del cuerpo y que puede o no dar sintomatología y que fue adquirido durante la hospitalización de un paciente". El Sistema de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria de las Infecciones Nosocomiales comprende la detección oportuna de casos nuevos a través de la búsqueda activa de los mismos, la instalación del tratamiento, la notificación, la instrumentación de medidas de control pertinentes y el seguimiento de los casos hasta su resolución. Por ello, el equipo que realiza estas actividades deberá contar con el apoyo de todos los servicios del hospital y de las autoridades del mismo. El Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE) considera que aquellos hospitales que reportan tasas iguales o mayores a 6% realizan una vigilancia satisfactoria. En cambio, si la tasa de infecciones reportada es menor a 6% se considera como no satisfactoria. La evaluación es un tipo de investigación aplicada, sistemática, planificada y dirigida, cuyos fines son identificar, obtener y proporcionar datos e información válida, fiable, suficiente y relevante. Busca comprender los factores asociados al éxito o fracaso de los resultados que se esperan obtener.

Argumentación empírica:

Existe la necesidad de un mayor conocimiento de las infecciones nosocomiales para su prevención y control. Rivera y colaboradores, en el Hospital de Tacna en el Perú, utilizaron reuniones de problematización sobre el control de las infecciones nosocomiales en cada uno de los servicios. Por otro lado, Casillas realizó un plan de intervención de la Unidad de Vigilancia Epidemiológica en el Hospital del IMSS Siglo XXI, de octubre 2006 a julio 2007, donde encontraron problemas tales como: falta de consistencia del comité, la vigilancia, el registro e informe mensual, así como también un desconocimiento del personal operativo de la NOM 045 y del Procedimiento Institucional para la Vigilancia, Prevención y Control de Infecciones Nosocomiales y una tasa baja con subregistro. Morales y colaboradores encontraron que la calidad de la notificación fue considerada como deficiente, pues 68% de los pacientes con infecciones nosocomiales notificados durante los estudios no habían sido informados previamente.

Planteamiento del problema:

Las tasas de infección nosocomial reportadas en los últimos años en el hospital estudiado son mucho menores a 6%, por lo que de acuerdo con el SINAVE el sistema de vigilancia no es satisfactorio, existiendo la sospecha de subregistro y deficiencias en el funcionamiento de los organismos encargados de llevar la vigilancia epidemiológica de las infecciones nosocomiales. Para evaluar las condiciones del Sistema de Vigilancia las preguntas a contestar fueron las siguientes: ¿Cómo percibe el personal de salud que funciona el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Infecciones Nosocomiales en la Clínica Hospital ISSSTE Xalapa? ¿Cómo se relaciona esta percepción con la tasa de infección nosocomial que se registra en el hospital?

Objetivo general:

Evaluar el funcionamiento del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Infecciones Nosocomiales en la Clínica Hospital ISSSTE Xalapa.

Metodología:

El diseño del presente estudio fue interpretativo, basado en la fenomenología y de investigación aplicada. Se aplicó una pregunta exploratoria aproximadamente a 90% del personal del área de hospitalización. Se realizaron entrevistas semiestructuradas a cinco integrantes del CODECIN y de la UVEH. Se analizó el contenido por medio de códigos abiertos. Las respuestas se agruparon en siete categorías: aplicación de medidas preventivas, insumos, personal de limpieza, capacitación, comunicación y actitud, infraestructura y la participación de directivos.

Resultados:

La categoría con mayor presencia en personal operativo fue respecto a los insumos, se comentó que no son suficientes y su provisión inconstante. Las medidas preventivas fueron la segunda categoría con mayor importancia, se consideró que no se llevaban a cabo o se realizaban de manera inadecuada. Referente al personal de limpieza y de mantenimiento, se percibieron sus labores como deficientes, de alta rotación e insuficiente, sin capacitación necesaria para realizar sus actividades satisfactoriamente. La capacitación fue concebida como prerrequisito para notificar, aplicación de medidas preventivas y control de infecciones nosocomiales. La infraestructura fue reportada con problemas y carencias, tanto en el personal como en el diseño del edificio. Asímismo, el personal percibe que directivos y administradores no se involucran todo lo necesario en esta problemática, lo que impacta en la administración de insumos. Sobre todo, se le demanda al departamento de Medicina Preventiva encargarse de realizar la revisión cama por cama de los pacientes, recibir las distintas notificaciones, además de la necesidad de trabajar con el departamento de Enseñanza para llevar a cabo capacitaciones en esta temática. Respecto de la búsqueda de los casos de infección nosocomial hay diferencias importantes en el proceso de detección y notificación. Los servicios de alto riesgo para desarrollar infecciones nosocomiales identificados por todo el personal, fueron medicina interna, cirugía y gineco obstetricia. Asimismo, se dijo que este problema impacta directamente en la asignación de insumos, personal e infraestructura, pues al no registrarse información verídica no permite respaldar las solicitudes de los recursos. Otros problemas mencionados fue la necesidad de que las personas se comprometan con el comité, asuman responsabilidades, asistan a todas las reuniones y que lo hagan puntualmente; así como falta de claridad en los procesos y funciones que deben realizar el personal operativo y cada integrante del CODECIN y de la UVEH.

Discusión:

A partir de la información obtenida es posible determinar y caracterizar las deficiencias del Sistema de Vigilancia Epidemiológica. Es necesario, a partir de estos datos, tomar acciones inmediatas que permitan tener información fiable y oportuna, a la par de medidas de prevención y control de las infecciones nosocomiales. Es posible resaltar la utilidad de la investigación cualitativa con la finalidad de obtener información para la toma de decisiones.

Referencias bibliográficas:

1. OMS. Prevención de las Infecciones Nosocomiales. Guía práctica. 2a ed. Malta:
2. OMS. Secretaría de Salud. Proyecto de Norma Oficial Mexicana NOM-045-SSA2-2005 Para la Vigilancia Epidemiológica, Prevención y Control de las Infecciones Nosocomiales. Diario Oficial de la Federación (07 ago 2006).

3. Peredo M. Guía para la prevención y control de las infecciones intrahospitalarias. México: Bristol-Myer Squibb de México. Secretaría Nacional de Salud. Programa de Acción. Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica. 2a ed: SSA. 2001.
4. Aguilar M. Ander-Egg E. Evaluación de servicios y programas sociales. España: Siglo XXI. 1992.
5. Rivera R. Castillo G. Astete M. Linares V. Huanco D. Eficacia de un programa de capacitación en medidas básicas de prevención de infecciones intrahospitalarias. Rev Perú Med Exp Sal Pub. 2005; 22(2): 88-95.
6. Casillas J. Cerrano E. Del Rio A. Mata P. Hernández G. Chacon G Altagracia. Historia de Éxito de Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria. Situación actual de las Infecciones Nosocomiales. [Presentación en diapositivas]. Secretaría de Salud. 2007.
7. Morales C. Fresneda G. Guanche H. Prevalencia puntual de infección nosocomial. Rev Cubana Enfermer. 2001; 17(2):84-89. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864031920010002000 03&lng=es&nrm=iso.
8. Álvarez Gayou J. Cómo hacer investigación cualitativa. Fundamentos y metodología. México: Paidós.2003.

Factores de riesgo del cáncer de mama en pacientes de un segundo nivel de atención

Autor: Ángel Puig Nolasco
Coautores: Ricardo Fernández Ferreira, Wilbert Domínguez García

Área de Investigación: Salud Pública
Número de Registro:JEI-108/03
Tipo de Autor: Docente y Profesional de la salud
Institución: Universidad Veracruzana
Dependencia: Facultad de Medicina, Minatitlan
Año Residencia: 2008
Hospital:
Matrícula/Número Personal: 17648
Teléfono Laboral: 9222250702
Teléfono Particular: 9222234504
Teléfono Celular: 9221093179
Email: apuign@hotmail.com

Argumentación teórica:

Un factor de riesgo es toda circunstancia o situación que aumenta las probabilidades de una persona de contraer una enfermedad como el cáncer. Los factores que han mostrado aumentar el riesgo de desarrollar cáncer de mama en la mujer son menarca temprana, menopausia tardía, edad mayor (50 años de edad o más) al nacimiento del primer hijo vivo, periodos de amamantamiento menores a 12 meses en mujeres menores de 50 años de edad, nuliparidad, sobrepeso y obesidad con Índice de Masa Corporal de 27.7 Kg/m^2 y consumo del alcohol. También se incluye el uso de terapia hormonal de reemplazo, edad entre 65 y 74 años, siendo este el factor de riesgo más importante para el cáncer de mama.

Argumentación empírica:

El cáncer de mama es un importante problema de salud pública, pues cada año cerca de 400 000 mujeres en el mundo mueren por esta causa, y su incidencia es de 72x100 000, aunque en los últimos años las tasas de incidencia aumentan anualmente en 5% en los países de bajos recursos y se estima que 12.5% de las mujeres padecerá este cáncer en algún momento de su vida, del cual 3.5% fallece anualmente. De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud, en América Latina se registraron cerca de 90 000 casos de cáncer de mama en el año 2000. En México, la frecuencia del cáncer de mama representa la segunda neoplasia en las mujeres. La incidencia es de 18.3x100 000 mujeres y la edad promedio de presentación es de 48 años. Las mujeres asiáticas, comparadas con las norteamericanas o de Europa Occidental, tienen un riesgo muy bajo de desarrollar la enfermedad

Planteamiento del problema:

¿Cuáles son los factores de riesgo que favorecen la aparición del cáncer de mama en un primer nivel de atención?

Objetivo general:

Conocer los factores de riesgo de las pacientes con cáncer de mama que del Hospital General de Zona 32 del IMSS en Minatitlán, Veracruz

Metodología:

Se realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal en pacientes con cáncer de mama incorporados al Hospital General de Zona 32 del IMSS, Minatitlán, Ver. El estudio se llevó a cabo del 1 de marzo al 15 de junio del 2008. Se revisaron los expedientes clínicos de las personas que presentaron cáncer de mama en el transcurso del 2007, obteniendo posibles factores de riesgo para el cáncer de mama como edad, edad de menarca, de la presentación de la menopausia, nuligestas, edad al primer embarazo, antecedentes de uso de hormonales, familiares con antecedentes de cáncer mamario, antecedente personal de cáncer de mama. Se capturaron los resultados en una base de datos y se analizaron en el programa Epi Info versión 6, se realizó el análisis estadístico mediante el cálculo de frecuencias, porcentajes, medias, desviación estándar y X2.

Resultados:

De un total de 4437 exploraciones físicas de mama a mujeres derechohabientes, se encontró que sólo 11 mujeres presentaron cáncer de mama. Los factores de riesgo encontrados fueron: promedio de edad: 49.5 años ± 17.8; promedio de edad de la menarca: 11.9 ± 0.9 años; media de edad del primer embarazo a término: 16±5.6 años. En relación con la autoexploración de mama se encontró que 2 (18.2%) pacientes se la realizan cada semana, el 100% se realizó

el examen clínico y la mamografía, 10 (91%) se realizaron la mamografía 8 semanas después de haberse autoexplorado, 9 (81.8%) acudieron a la consulta por autodetección de anormalidad en la mama, 2 (18.3%) fueron por seguimiento por anormalidad y diez (90.9%) presentaron signos clínicos de 1 a 2 meses. En relación con el sitio de localización de la tumoración: 7 (63.6%) presentaron en la mama derecha, 3 (27.3%) en la mama izquierda y 1 (9.1%) lo presentó en ambas mamas. Considerando la atención médica, 100% de pacientes fueron vistas por el médico familiar. En la referencia a segundo nivel: 2 (18.2%) fueron referidos por el médico familiar por tumoración palpable y 1 (9.1%) fue referida por mamografía anormal; 3 (27.3%) referidos por tumoración palpable, signos sugestivos y mamografía anormal; y 5 (45.5%) referidos por tumoración palpable y signos sugestivos.

Discusión:

La prevalencia del cáncer de mama en nuestro estudio fue de 0.24%, cifra diferente a la reportada en el estudio de Hernández y colaboradores de 0.05%. El promedio de edad coincide con el reportado en diversos estudios. Dentro de los factores de riesgo, la edad de la menarca fue semejante a la de estudios previos con rangos de entre 11 y 13 años; la media de edad al primer embarazo a término y nuligestas fueron de igual manera semejante a la reportada en otro estudio con una media de edad de 23.3±5; sin embargo, el síndrome climatérico, el antecedente de uso de hormonales, antecedentes familiares y antecedentes personales de cáncer mamario fueron diferentes a los reportados en estudios previos. Por la localización del tumor se encontraron datos diferentes en este estudio a lo reportado en Hernández y colaboradores en cuanto a la mama derecha y similar en la mama izquierda. Asimismo la consulta con médico familiar fue factor presente en artículos ya antes publicados.

Referencias bibliográficas:

1. López RO. Lazcano PEC. Tovar GV. Hernández A M. La epidemia de cáncer de mama en México. ¿Consecuencia de la transición demográfica? Salud Pública Méx. 1997. Consultado en abril, 26, 2008 en http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36341997000400003&lng=e&nrm=iso&tlng=es.
2. Molano M, (2007). Prognosis Factors of Breast Cancer. A look Towards Future. Colomb Cancerol. Consultado en abril, 06, 2008 en http://www.incancerologia.gov.co/documentos/1_22_2008_2_44_13_PM_rccv11n1a01.pdf.
3. Calderón-Garcidueñas AL. Parás-Barrientos FU. Cárdenas-Ibarra L. González-Guerrero JF. Villarreal-Ríos E. Staines-Boone T. Barrera-Saldaña HA. Risk factors of breast cancer in Mexican women. Salud Pública Méx. 2000;42:26-33.
4. Atalah SE. Urteaga RC. Rebolledo AA. Medina LE. Csendes J A. Breast cancer risk factors in women from Santiago, Chile. Rev Méd. Chile Febreo 2000;128 (2).
5. Luján IJE. García RF. Figueroa PG. Hernández MI. Menarquía temprana como factor de riesgo de cáncer da mama. Ginecol Obstet Méx.2006. Consultado en mayo, 06, 2008 en http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumen.cgi?IDREVISTA=78&IDARTICULO=14628&IDPUBLICACION=1501&NOMBRE=Ginecolog%C3%83%C2%ADa%20y%20Obstetricia%20de%20M%C3%83%C2%A9xico.
6. Fragoso DJ. Mainero RF. Cáncer de mama en usuarias de terapia hormonal de reemplazo estratificadas con la clasificación de Mainero. Ginecol Obstet Méx. 2006. Consultado en mayo, 06,2008 en http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=ip,url,uid,cookie&db=lth&AN=26597188&site=ehost-live.
7. Ortiz MCM. Elsa AGM. Factores de riesgos reproductivos para cáncer de mama en pacientes atendidas en un hospital urbano de segundo nivel. Ginecol Obstet Méx.2007 . Consultado en mayo, 06, 2008 en http://www.infodoctor.org:8080/uid=17542263.
8. Rodríguez L R. Soriano G JL. Díaz M O. Cáncer de mama y embarazo. Obstet Ginecol. 2007. Consultado en mayo, 06,2008 en http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=ip,url,uid,cookie&db=lth&AN=28772738&site=ehost-live.
9. Hernández D E. Ramírez Z MG. Murillo LJ. Prevalencia de factores asociados al cáncer de mama. salud de Sinaloa. 2007. Consultado en mayo, 06, 2008 en http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_revista=178&id_seccion=2998&id_ejemplar=4765&id_articulo=47049.
10. Longnecker MP, Newcombe PA, Mittendorf R. Risk of breast cancer in relation to lifetime alcohol consumption. J Natl Cancer Inst. 1995. Consultado en mayo, 06, 2008 en http://translate.google.com.mx/translate?hl=es&sl=en&u=http://cat.inist.fr%3FaModele%3DafficheN%26cpsidt%3D3615417&sa=X&oi=translate&resnum=2&ct=result&prev=/search%3Fq%3D.%2BRisk%2Bof%2Bbreast%2Bcancer%2Bin%2Brelation%2Bto%2Blifetime%2Balcohol%2Bconsumption.%26hl%3Des%26sa%3DG.
11. Colditz GA. Hankison SE. Hunter DJ. The use of estrogens and progestins and the risk of breast cancer in postmenopausal women. N Engl J Med. 1995. Consultado en mayo, 06, 2008 en http://translate.google.com.mx/translate?hl=es&sl=en&u=http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed7753136&sa=X&oi=translate&resnum=1&ct=result&prev=/search%3Fq%3DThe%2Buse%2Bof%2Bestrogens%2Band%2Bprogestins%2Band%2Bthe%2Brisk%2Bof%2Bbreast%2Bcancer%2Bin%2Bpostmenopausal%2Bwomen.%26hl%3Des%26sa%3DG.
12. Shah T. Shrestha Ma. Prevalence of Breast Lump and Risk Factors of Breast Cancer among Reproductive Aged Women of Jabalpur VDC of Sunsari District, Nepal. Journal of Nepal Health Research Council. April 2004; 2 (1).

13. Ortiz R SP. Torres M G. Mainero R F. Ángeles L A. López C AE. Lazcano P E. Romieu I. Actividad física y riesgo de cáncer de mama en mujeres s mexicanas. Salud Pública Méx. 2008. Consultado en mayo, 06, 2008 en http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=ip,url,uid,cookie&db=lth&AN=31380832&lang=es&site=ehost-live.
14. Davanso C C. Astorgan A M. Pineda D G. Cáceres A S. León F F. Pineda D R. Díaz N C. Gómez T D. Lesiones no palpables de mama.Consultado en Abril.

Prevalencia de Síndrome Metabólico y principales asociaciones de factores de riesgo en derechohabientes de la UMF10-IMSS

Autor: José Arnold González Garrido
Coautores: Á Ramos Ligonio, A López Monteón, A Rodríguez Hernández, G Ceballos Reyes G, E Méndez Bolaina

Área de Investigación: Salud Pública
Número de Registro: s07016888
Tipo de Autor: Estudiante de Doctorado
Institución: Universidad Veracruzana
Dependencia: Instituto de Ciencias de la Salud
Año Residencia: 2008
Hospital:
Matrícula/Número Personal: S07016888
Teléfono Laboral: 01 272 72 40120
Teléfono Particular: 2717161301
Teléfono Celular: 2711099587
Email: arngonzalez@uv.mx.
Email Alternativo: 2717161301@prodigy.net.mx

Argumentación teórica:

El Síndrome Metabólico (SM) es un trastorno caracterizado por la presencia de al menos tres factores de riesgo "tríadas" en un individuo, como obesidad (enfermedad crónica caracterizada por el almacenamiento en exceso de tejido adiposo en el organismo), diabetes mellitus (DM) (presencia de hiperglucemia en sangre), hipertensión arterial (HTA) (aumento de la presión sanguínea), dislipidemias (hipercolesterolemia o hipertrigliceridemia) y sedentarismo (carencia de ejercicio). La obesidad es una enfermedad en aumento en nuestro país con un incremento estimado de 167% en los últimos 11 años, por sí sola es un factor de riesgo para desarrollar enfermedades tales como DM y dislipidemias. La DM es la causa más importante de amputación de miembros inferiores, de origen no traumático, retinopatía e insuficiencia renal, además, es uno de los factores de riesgo más importantes para desarrollar enfermedades cardiovasculares; alrededor de 8.2% de la población entre 20 a 69 años padece DM y cerca de 30% de los individuos afectados desconocen que la padecen[1-7].

Argumentación empírica:

El padecer alguna de las enfermedades mencionadas es un riesgo cardiovascular, pero el hecho de presentar SM incrementa al doble la posibilidad de presentar un Infarto Agudo de Miocardio (IAM), a diferencia de sólo padecer alguno de los factores de riesgo que la definen. Estudios de prevalencia pretenden describir la evolución del SM en poblaciones específicas y al mismo tiempo evitar eventos cardiovasculares lamentables, correlacionando el SM con el incremento de la edad, complicaciones de salud asociada a la presencia de SM y el análisis de los principales factores por su importancia en número para conducir al SM[8-13].

Planteamiento del problema:

Con el incremento de las enfermedades crónico-degenerativas en nuestro país es importante conocer la prevalencia del SM, el cual es un detonante a considerar en el impacto de la salud de la población al afectar la calidad de vida, disminuir los años de vida o provocar la muerte, además de los costos económicos originados por el tratamiento y sus complicaciones, representando una grave carga para los servicios de salud y para los pacientes. Observar el desarrollo del SM y sus principales asociaciones contribuirá al estudio de este síndrome y permitirá aumentar el énfasis en la prevención de las enfermedades que lo definen.

Objetivo general:

Determinar la presencia del SM en derechohabientes que acuden al laboratorio de análisis clínicos de la UMF10-IMSS Xalapa, Veracruz, con la finalidad de describir las asociaciones presentadas por los factores predisponentes para el desarrollo del SM.

Metodología:

Se realizó un estudio experimental-descriptivo-transversal, del 3 de marzo al 26 de mayo del 2008, a pacientes que aceptaron participar mediante la firma de un consentimiento informado y que acudieron en ayunas de 12 horas al laboratorio de la UMF10-IMSS. Se les determinó como SM al menos tres de los siguientes factores: glucosa en sangre >100 mg/dL (método glucosa-oxidasa); Índice de Masa Corporal (IMC) 27 Kg/m2; Presión Arterial (PA) tomando como referencia los valores de PA 130 mm de Hg (sistólica), y/o 85 mm de Hg (diastólica) (Criterios de la Asociación Americana del Corazón) y dislipidemia tomando en consideración de valores de colesterol >200 mg/dL y/o de triglicéridos >150 mg/dL. Posteriormente, se realizó el análisis de las correlaciones de los factores de riesgo que definen el SM.

Resultados:

El número total de participantes fue de 3583 personas, de las cuales 400 (11.1%) presentaron SM y de éstas fueron 302 (75.5%) mujeres y 98 (24.5%) hombres. De los pacientes con SM el

promedio de edad fue de 60 años. Las principales asociaciones de tres factores encontramos para las 302 mujeres: DM-dislipidemia-obesidad 151 (50%), HTA-DM-dislipidemias 39 (12.9%), HTA-DM-obesidad 3 (1%), HTA-dislipidemia-obesidad 26 (8.6%); además, hubo mujeres con la presencia de cuatro factores: HTA-DM-dislipidemia-obesidad 83 (27.5%). Las principales asociaciones de tres factores para los 98 hombres con SM, encontramos: DM-dislipidemia-obesidad 48 (43.7%), HTA-DM-dislipidemia 11 (11.2%), HTA-DM-obesidad 1 (1.02%), HTA-dislipidemia-obesidad 9 (8.6%); también hubo hombres con la presencia de cuatro factores: HTA-DM-dislipidemia-obesidad 29 (29.6%).

Discusión:

Los resultados encontrados marcan un avance en forma silenciosa del SM, presentándose en 75.5% de las mujeres y en 24.5% en hombres, respectivamente. Por otra parte, los resultados obtenidos nos indican que el principal factor de riesgo en ambos géneros atribuida a la "triada" formada por DM-HTA-obesidad, es esta última, observándose de forma importante su presencia como un factor predisponente para desarrollar enfermedades como DM, HTA y dislipidemias. Sin embargo, es importante destacar la presencia de más de cuatro factores en ambos géneros con SM, elevando aún más la probabilidad de sufrir un IAM, siendo importante observar las características del SM a través de las asociaciones de los factores de riesgo que lo definen y no sólo como un grupo de factores que lo conforman, para proponer acciones que nos permitan colaborar en la prevención, identificando sus principales factores y monitoreando la prevalencia de SM que al mismo tiempo nos describa el estado de las enfermedades crónico degenerativas relacionadas[14-16]. Hemos dejado atrás la etapa en la que ignorábamos estas enfermedades, estamos en una etapa de pagar las consecuencias como sociedad, de hábitos alimenticios poco saludables, así como de nuestro estilo de vida en el cual cada vez todo es más automatizado, "ahorrándonos" esfuerzo y tiempo en nuestras tareas diarias. En este trabajo se evidencia la necesidad de nuevas estrategias por parte de los organismos nacionales de salud para detectar los factores de riesgo asociados al SM, sí, pero es imperante como individuos hacer cambios en nuestros hábitos alimenticios y estilo de vida, pues de lo contrario se agudizará la carga como individuos enfermos, tanto familiar como gubernamentalmente[17-19].

Referencias bibliográficas:

1. Sánchez Castillo CP. Pichardo Ontiveros E. The epidemiology of obesity. Gac Méd Méx. 2004; 140 (2): 3-20.
2. Boden G. Obesity and free Fatty acids. Endocrinol Metab Clin North Am. 2008; 37(3):635-46.
3. Dalacorte RR. Reichert C. and Vieira JL. Metabolic syndrome and physical activity in southern brazilian community-dwelling elderly people. J Am Geriatr Soc. 2008; 56(7):1372-3.
4. Lerman Garber I. Ramirez Ruvalcaba JC. Garcia Rubi E. Luna Ortiz K. Posadas Romero C. Non-insulin-dependent diabetes mellitus increases early mortality due to acute myocardial infarct. Arch Inst Cardiol Méx. 1993; 63(4):317-23.
5. Sánchez Castillo CP. Velásquez Monroy O. Lara-Esqueda A. Berber A. Sepulveda J. Tapia Conyer R. James WP. Diabetes and hypertension increases in a society with abdominal obesity: results of the Mexican National Health Survey. 2000. Public Health Nutr. 2005; 8(1):53-60.
6. Rull J A. Aguilar Salinas CA. Rojas R. Ríos Torres JM. Gomez Perez FJ. Olaiz G. Epidemiology of type 2 diabetes in Mexico. Arch Med Res. 2005; 36(3):188-96.
7. Schweiger C. Cirrincione V. Ignone G. Metabolic syndrome: a true syndrome or only a cluster of risk factors?. G Ital Cardiol. Rome. 2008; 9(4):67-73.
8. Calbo Mayo JM. Terrancle de Juan I. Fernández Jiménez P. Rodríguez Martín MJ. Martínez Díaz V. Santisteban López et al. Prevalence of metabolic syndrome in the province of Albacete, Spain. Rev Clín Esp. 2007; 207(2):64-8.
9. Palma Gamiz JL. Conget Donlo I. Bertomeu González V. Ascaso Gimilio JF. González Juanatey JR. Alegría Ezquerra E et al. Prevalence of the metabolic syndrome in Spanish patients with established cardiovascular disease: CLYDIA study. Med Clín. Barcelona. 2007; 128(11):407-13.
10. Segura MN. Murillo GE. Rojas Dotor S. Rico G. Martínez HL. Sandoval SC. Inflammatory markers associated with asthma and body mass index. Rev Alerg Méx. 2007; 54(6):196-200.
11. Téllez Avila FI. Sánchez Ávila F. García Sáenz de Sicilia M. Chávez Tapia NC. Franco Guzmán AM et al. Prevalence of metabolic syndrome, obesity and diabetes type 2 in cryptogenic cirrhosis. World J Gastroenterol. 2008; 14(30):4771-5.
12. Gallagher EJ. Leroith D. Karnieli E. The Metabolic Syndrome-from Insulin Resistance to Obesity and Diabetes. Endocrinol Metab Clin North Am. 2008; 37(3):559-79.
13. Castillo Arriága A. Delgado Sánchez V. Carmona Suazo JA. Family risk perception to diabetes mellitus. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2006:505-10.
14. Lennie TA. Cardiology patient page. The metabolic syndrome. Circulation. 2006; 114(15):528-9.
15. Flores Álfaro E. Parra Rojas I. Salgado Bernabé AB. Chávez Maldonado JP. Salazar Martínez E. Cardiovascular risk evaluated by C-reactive protein levels in diabetic and obese Mexican subjects. Circ J. 2008; 72(7): 1170-4.
16. González Ortiz M. Martínez Abundis E. Hernández Salazar E. Robles Cervantes JA. Obesity and dyslipidaemia in primary care physicians. Acta Cardiol. 2008; 63(3):331-4.
17. Miranda Garduno LM. Reza Albarran A. Obesity, inflammation and diabetes]. Gac Méd Méx. 2008; 144(1):39-46.

18. Salinas JJ. Eschbach KA. Markides KS. The prevalence of hypertension in older Mexicans and Mexican Americans. Ethn Dis. 2008; 18(3):294-8.
19. Jiménez Sánchez G. Silva Zolezzi I. Hidalgo A. March, S. Genomic medicine in Mexico: initial steps and the road ahead. Genome Res. 2008; 18(8):1191-8.

Vigilancia, Prevención y Control de Infecciones Nosocomiales: Clínica Hospital ISSSTE Xalapa

Autor: Nancy Ramírez Aburto
Coautores: Alicia Martínez Flores, María Cristina Montejo Briceño, Aurelio Rojas Rodríguez, Alberto Rubí García

Área de Investigación: Salud Pública
Número de Registro: N/S
Tipo de Autor: Estudiante de Maestría
Institución: Instituto de Salud Pública
Dependencia: Universidad Veracruzana
Año Residencia: 2008
Hospital:
Matrícula/Número Personal: S07016849
Teléfono Laboral: 2288151169
Teléfono Particular: 2288151169
Teléfono Celular: 2281111074
Email: nanramab@hotmail.com

Argumentación teórica:

La Norma Oficial Mexicana NOM-045-SSA2-1998, Para la Vigilancia Epidemiológica, Prevención y Control de las Infecciones Nosocomiales refiere que una infección nosocomial es "la multiplicación de un organismo parasitario dentro del cuerpo y que puede o no dar sintomatología y que fue adquirido durante la hospitalización de un paciente"[1]. Este trabajo se basó en la teoría de la multicausalidad, la cual postula que la relación causal en epidemiología implica que los sujetos sobre los que actúa el factor de riesgo, tienen una mayor probabilidad de desarrollar la enfermedad. La presencia del agente microbiano (causa necesaria) no se acompaña siempre de los síntomas o signos característicos de la enfermedad y, por tanto, no es causa suficiente, por lo que se requieren otros factores[2].

Argumentación empírica:

Peña y colaboradores en el HGR 72 del IMSS determinaron el nivel de conocimientos, de contaminación y conductas sobre el lavado de manos del personal en un servicio de urgencias. Concluyeron que la práctica del lavado de manos es bajo y se asocia a cultivos de las manos altamente positivos con gérmenes patógenos[3] Ambota y Caldera realizaron un estudio para identificar, describir y analizar conocimientos, actitudes y prácticas que posee el personal de salud en el control de las infecciones nosocomiales en un hospital de Managua, Nicaragua. Encontraron que existe una falta de conocimientos sobre estas infecciones en el personal médico principalmente[4] Herrera y colaboradores realizaron un estudio en el Centro de Investigaciones Médico Quirúrgicas de Ciudad de La Habana. Observaron que entre 33 y 63% del personal mostró un dominio adecuado de los conceptos básicos[5].

Planteamiento del problema:

Los factores asociados con la aparición de las infecciones nosocomiales tienen un impacto en la calidad de la atención médica dentro del hospital e incrementan la mortalidad y los costos, además de ser un producto de procesos deficientes. Se detectó que uno de los problemas fue la deficiente vigilancia, prevención y control de estas infecciones. Sus causas son varias:desconocimiento de medidas de vigilancia, prevención y control por parte del personal operativo de la clínica; capacitación no sistemática del personal operativo; proceso no sistemático de la vigilancia epidemiológica; desconocimiento de funciones de los integrantes del Comité de Detección y Control de Infecciones Nosocomiales. Todas estas causas conllevan a que exista una aplicación inadecuada de las medidas de prevención y control, además de una baja frecuencia de notificación de casos de infecciones nosocomiales, presentándose un subregistro que reporta una tasa menor de 6 por ciento.

Objetivo general:

Identificar el grado de conocimiento sobre las infecciones nosocomiales, en el personal de la Clínica Hospital ISSSTE Xalapa.

Metodología:

Se realizó un estudio de tipo descriptivo e interpretativo. Se aplicó un cuestionario a un total de 75 personas, correspondientes a tres servicios del área de hospitalización (enfermería, medicina y de laboratorio), distribuidos en cuatro turnos (matutino, vespertino, nocturno y jornada acumulada). El cuestionario fue de respuesta directa, con preguntas precodificadas y post codificadas. Su validación se realizó a través de expertos en el tema de infecciones nosocomiales. Para las preguntas exploratorias del Cuestionario de Conocimientos Generales de las infecciones, el tipo de muestreo fue de variación máxima[6]. El instrumento consistió en tres secciones: 1. Datos socioeducativos. 2. Preguntas con calificación cuantitativa: a. Elementos de la definición de la infección nosocomial. b. Sensibilidad diagnóstica del personal sobre las infecciones nosocomiales más frecuentes. c. Factores de riesgo de infección nosocomial. d. Medidas de prevención y control de las mismas. e. Aspectos sobre la técnica adecuada del lavado de manos. 3. Preguntas exploratorias: a. Proceso de notificación. b. Debilidades y amenazas para la prevención de las infecciones nosocomiales en el servicio. c. Observaciones. La base de datos del cuestionario se realizó con el software Excel y

los resultados se analizaron mediante estadística descriptiva (frecuencias absolutas, porcentajes, promedios, máximo/mínimo).

Resultados:

Preguntas de conocimiento. En las 75 encuestas aplicadas que se analizaron por servicio, se obtuvo que el personal de enfermería alcanzó un promedio de calificación de 68.5%, el personal médico 74% y el personal de laboratorio 67.1%. Se hace notar que el servicio médico presentó una calificación mayor, sin embargo este resultado estuvo influido por la inclusión de médicos pasantes e internos, quienes obtuvieron calificaciones elevadas que el resto del personal médico. Con respecto a las calificaciones obtenidas en el cuestionario, se consideró satisfactoria una calificación mayor de 76 puntos y no satisfactoria 75 puntos o menos; así 31% obtuvo una calificación satisfactoria y 69% no satisfactoria. El mayor promedio de calificaciones fue el vespertino con 73.7%, el turno nocturno con 73.4%, el personal de jornada acumulada con 71.2% y por último el turno matutino con 66.1%. Preguntas exploratorias. En lo referente al proceso de notificación sólo 65% de los encuestados contestó sobre las debilidades y amenazas de la institución respondió 81%; mientras las observaciones sólo fueron hechas por 39% del personal operativo. Por último, sólo 25% de las personas encuestadas contestaron en su totalidad todo el apartado.

Discusión:

Los resultados obtenidos concuerdan con los estudios realizados por Peña y colaboradores, así como el de Ambota y Caldera, en cuanto a la falta de conocimientos en general respecto de vigilancia, prevención y control de las infecciones nosocomiales. Asimismo se halló que el personal de enfermería fue el que presentó una mayor deficiencia del dominio de los conceptos básicos, en comparación con el estudio realizado por Ambota y Caldera en que el personal médico fue el que presentó mayor deficiencia de estos conocimientos.

Referencias bibliograficas:

1. Secretaría de Salud. Proyecto de Norma Oficial Mexicana NOM-045-SSA2-2005 Para la Vigilancia Epidemiológica, Prevención y Control de las Infecciones Nosocomiales. Diario Oficial de la Federación. 07 agosto 2006.
2. Gálvez Vargas R. Rodríguez Contreras P. Teorías de la causalidad en epidemiología. En: Piédrola Gil (editor). Medicina Preventiva y Salud Pública. 8a ed. Barcelona: Editorial Salvat. 1988: 89-95.
3. Hernández E. Saldaña A. Guía básica para desarrollo de investigaciones. Guía práctica para su realización desde una perspectiva cualitativa. México. 2001.
4. Peña R. Rodríguez J. López J et. al. Conocimientos y conductas del personal de salud sobre el lavado de manos en un servicio de emergencias. Soc Mex Ped AC. 2002; 1(2):84-91.
5. Ambota E. Caldera M. Conocimientos, actitudes y prácticas del personal de salud en el control de las infecciones intrahospitalarias. Hospital Gaspar García Laviana, Rivas. Tesis. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua. Nicaragua. 2004.
6. Herrera O. Castellanos R. Izquierdo M. Prendes E. Casanueva M. Carballo G. ¿Son las infecciones intrahospitalarias un diagnóstico pensado? Rev Esp Méd Quir. 2003; 8(2):30-35. Disponible en: http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=32343&id_seccion=2123&id_ejemplar=3326&id_revista=131.

Género, medios de comunicación y salud pública: una relación compleja

Autor: Dulce Ma. Cinta Loaiza

Área de Investigación: Salud Pública
Número de Registro: S/N
Tipo de Autor: Investigador
Institución: Universidad Veracruzana
Dependencia: Instituto de Salud Pública
Año Residencia: 2008
Hospital:
Matrícula/Número Personal: 2972
Teléfono Laboral: 8418900 Extensión: 13318
Teléfono Particular: 8126477
Teléfono Celular: 2281469559
Email: dcinta@uv.mx

Argumentación teórica:

La teoría feminista desarrolló a partir de los sesenta la conceptualización del término género como una forma de significar realmente lo que implica la subordinación de las mujeres. Aunque los diferentes tipos de feminismo como el de la igualdad, la diferencia o el institucional siempre han señalado las diferentes formas en que las mujeres han luchado por lograr su igualdad y libertad, es la armazón del concepto género lo que permite articular una clara idea de las construcciones culturales y sociales en las cuales se encuentran inmersas las mujeres, las que determinan su subordinación. En este esquema patriarcal la función de los medios de comunicación -principalmente la televisión y la prensa- se ha dirigido de manera consciente y deliberada a reproducir imágenes estereotipada de lo que deben y pueden hacer las mujeres. Así la reproducción social de valores, actitudes y costumbres que subordinan a las mujeres es fuertemente reproducida por estos medios. Dada su importancia en los contextos sociales y culturales de reproducción, las feministas han encontrado que los programas que debieran hacer un uso de ellos de manera diferenciada para combatir estas desigualdades no lo hacen. De manera específica en el sector salud no existe una política coherente de aprovechamiento de los medios en favor de la salud de las mujeres. De hecho cuando se llegan

a emplearlos, generalmente el alcance de sus mensajes también se ve sesgado por estos patrones de subordinación que tanto han combatido las feministas. La postura de las feministas es que tanto lenguaje como actitudes y valores manejados por los medios de comunicación, así como el acercamiento entre los medios y los programas del sector salud deben ser ampliamente transformados, pues el impacto socializante tan fuerte de los medios es desperdiciado al sustentarse en una visión patriarcal del papel de las mujeres en la sociedad.

Argumentación empírica:

La literatura muestra que la relación entre género, medios de comunicación y salud esta fuertemente segada hacia una visión muy misógina de parte de los medios hacia las cuestiones de aspectos relacionados con la salud femenina. En este sentido, las investigaciones muestran que la mayor parte del tiempo los medios hacen un uso amarillista de lo que acontece en la salud de las mujeres como el caso de la violencia hacia ellas, sólo destacan el hecho de haber sido violada, golpeada o asesinada, pero no profundizan ni combaten estas situaciones. Otro aspecto que resalta la literatura es el poco alcance que los gobiernos hacen del uso de los medios de comunicación para promover la salud de las mujeres. En países como España y los Nórdicos la abundacia de las investigaciones demuestra que los programas de salud cuando llegan a apoyarse en los medios de comunicación todavía lo hacen con un lenguaje altamente androcéntrico, que no apoyan un cambio de mentalidad en la audiencia a la que van dirigidos: las mujeres.

Planteamiento del problema:

La relación entre género, medios de comunicación y salud no se ha realizado de manera sistemática para documentar el sesgo hacia las mujeres entre los medios y los programas de salud. Una revisión al Programa Nacional de Salud y el Programa Estatal de Salud de Veracruz permite vislumbrar las áreas prioritarias de atención de la salud de las mujeres, pero de manera consistente omite el papel y uso que se haría en favor de ellas con los medios de comunicación, si éstos fueran enfocados con la perspectiva de género.

Objetivo general:

Analizar para el caso de Veracruz, como la prensa escrita trata, los problemas de salud de las mujeres, relacionando al mismo tiempo esta información producida por la prensa escrita con el Programa Estatal de Salud, para identificar la congruencia entre ellos.

Metodología:

Documental y de contenido. Se utilizará la información de salud producida por los tres periódicos más importantes del estado, durante un periodo de dos meses. Para recolectar la información se diseñó una ficha de registro en la cual se tomarán los datos diarios, en primer lugar el sexo de la persona que escribe la nota, después el ámbito al que haga referencia la nota (ambito estatal, municipal, localidad); a continuación vendrá el título de la nota periodística y finalmente se hará una muy breve síntesis del contenido. Se tomarán también en consideración todos los comunicados oficiales que aparezcan en la prensa sobre cuestiones de salud. Junto a ello se analizará el Programa Estatal de Salud para ver las problemáticas y estrategias que establece sobre la salud de las mujeres. Esta información será registrada en una cédula diseñada exprofeso, en la cual se marque de manera clara lo que debiera servir de base para información sobre la salud hacia las mujeres. Posteriormente se cruzarán en una matriz lo registrado en ambas cédulas para ver la pertinencia entre lo que la prensa dice sobre la salud de las mujeres y lo que el Programa Estatal de Salud establece como acciones prioritarias de atención a las mujeres.

Resultados:

Mostrarán que en realidad la prensa se dedica a explotar el lado amarillista sobre la salud de las mujeres, como el caso de la violencia hacia ellas la poca relación con los programas estratégicos marcados en el Programa Estatal de Salud

Discusión:

Dado los resultados que se esperan encontrar, se hace más que necesario replantear cómo se apoyará la Secretaría de Salud en los medios de comunicación, caso concreto de la prensa, para dar a conocer a la población y en particular a las mujeres, las acciones de tipo preventivo que deberán realizarse en benefico de su salud.

Referencias bibliográficas:

1. Caardacine J. Los probelmas de salud de las mujeres. México: UNAM. 2000.
2. Szans I. La salud de las mujeres en el contexto social. México: UAM.1999.
3. OPS. Guía práctica para atender la salud de las mujeres. Washington. 2006.

Participación de enfermería en la promoción de lactancia materna en pacientes puérperas hospitalizadas de la Clínica Hospital ISSSTE, Orizaba

Autor: Yuriana Arenas Vázquez
Coautores: Ramón C. Rocha Manilla

Área de Investigación: Salud Pública
Número de Registro: ISSSTE/ORTV/T.I.0147
Tipo de Autor: Estudiante de Licenciatura
Institución: Universidad Veracruzana/ISSSTE
Dependencia: Facultad de Enfermería/ Clínica Hospital ISSSTE Orizaba
Año Residencia: 2008
Hospital:
Matrícula/Número Personal: S04005790
Teléfono Laboral: 72 59002 Extensión:245
Teléfono Particular: 72 5 63 56
Teléfono Celular: 044 272 10 7 74 20
Email: anny_chic@hotmail.com

Argumentación teórica:

Los cuidados y las técnicas apropiadas de enfermería durante el postparto minimizan numerosos problemas para la madre y el bebé. Dos prácticas que optimizan la oportunidad de enseñanza son escuchar las preocupaciones de los padres y mantener al bebé en la misma habitación con la madre. La mejor aportación por parte de la enfermera es empoderar a los padres con el conocimiento. Cuando incorpora las explicaciones en cada encuentro con los padres, ellos tienen oportunidad de formular preguntas, de tal manera que en lugar de hacer un proceso educativo teórico hacia los padres, es más conveniente modelar el papel apropiado afectivo del cuidado del bebé a todo lo largo de la estancia hospitalaria[1].

Argumentación empírica:

Estudios recientes demuestran que la alimentación al seno materno salva 1.3 millones de vidas al año[2]. La estadística de lactancia materna en la Clínica Hospital ISSSTE Orizaba refieren que 90% la lleva a cabo. Por ello es trascendente estudiar la eficacia que tiene la participación de enfermería en la promoción de lactancia materna en las pacientes hospitalizadas puérperas, debido a que la mayoría de ellas son personas económicamente activas tienden al abandono de la lactancia a causa de la falta de tiempo; es en este punto que la enfermera como primer contacto coadyuvará con la facilitación de la información oportuna y el aporte de sus conocimientos y técnicas para el seguimiento y continuación de dicha alimentación[3].

Planteamiento del problema:

¿Cómo influye la promoción del personal de enfermería en el empleo de la lactancia materna en las derechohabientes puérperas hospitalizadas de la Clínica Hospital ISSSTE Orizaba en el periodo abril–junio 2008?

Objetivo general:

Evaluar la eficacia de la participación de enfermería en la promoción de lactancia materna en las pacientes puérperas hospitalizadas de la Clínica Hospital ISSSTE Orizaba.

Metodología:

El presente estudio es prospectivo porque la información fue recopilada a través de cuestionarios para obtener información de hechos ocurridos en el periodo abril-junio 2008. A su vez es descriptivo porque está dirigido a determinar cómo influyen las variables participación de enfermería y promoción para llevar a cabo una lactancia materna eficaz en las pacientes derechohabientes puérperas hospitalizadas en la Clínica Hospital ISSSTE Orizaba. El universo está conformado por las derechohabientes puérperas de la Clínica Hospital ISSSTE Orizaba, hospitalizadas en el periodo abril-junio del 2008, del cual se tomó una muestra representativa de 59 madres lo que correspondió a 60% del universo total en dicho periodo. En la Identificación de variables, la independiente correspondió a la participación de enfermería en la promoción y educación; la dependiente fue lactancia materna eficaz. En cuanto a la operacionalización de variables, la abstracta se convierte en operacional, el objetivo es definir la variable participación de enfermería en la promoción y educación para que sea medible y manejable, de forma que sean susceptibles de observación y cuantificación de acuerdo con Hempel (1952). La función básica de este proceso es precisar o concretar al máximo el significado de los conceptos para su medición o alcance. El instrumento de recolección de datos fue un cuestionario integrado por preguntas múltiples y dicotómicas; cuenta con 14 preguntas. La tabulación de datos fue a través de paloteo simple, se integró al programa Excel con la finalidad de elaborar cuadros estadísticos y obtener graficas para su interpretación e integración en el informe final.

Resultados:

Según el análisis de las gráficas y cuadros obtenidos de las encuestas aplicadas y que se encuentran en el trabajo en extenso, se determinó que en la Clínica Hospital ISSSTE 71% de las puérperas encuestadas correspondieron a puerperio quirúrgico y 29% a puerperio fisiológico. En cuanto a la primera tetada, 71% de las puérperas la llevaron a cabo en la sala de recuperación lo cual indica que fue dentro de los primeros 30 minutos después del nacimiento, dando 15% lo que afirma la participación de enfermería en 98% y solo 2% mencionó no recibirla. Se preguntó el turno al que correspondió la enfermera que capacitó sobre lactancia materna, del cual 49% fue el turno matutino, 19% turno vespertino, 17% turno nocturno, 12% jornada acumulada diurna y

3% la jornada acumulada nocturna. De igual forma, las pacientes puérperas hospitalizadas calificaron la participación de enfermería en la promoción de lactancia materna, del cual 78% refirió que fue buena y 22% regular. Otra de las preguntas del cuestionario fue la continuación de la lactancia materna en casa, la cual concluyó que 100% la lleva a cabo; en cuanto a la participación de la clínica de la lactancia materna, 86% refirió que sí asistirá y 19% no, debido a la distancia.

Discusión:

Esta investigación prospectiva demosttró que la participación de enfermería en la promoción coadyuvó a que la lactancia materna fuera el único método de alimentación que proporcionaron a sus bebés las pacientes derechohabientes puérperas hospitalizadas de la Clínica Hospital ISSSTE Orizaba en el periodo abril-junio 2008. El 71% de la madres correspondió a un puerperio quirúrgico, por lo que las pacientes están hospitalizadas 36 horas y la enfermera tiene mayor tiempo para capacitar. Cabe destacar que 42 pacientes lactaron en la primera media hora en la sala de recuperación, dando como resultado participación eficaz de enfermería. El 98% coincidió que es importante la lactancia materna y que la enfermera sí capacita. El turno matutino con 49% destacó su participación en apoyo a la lactancia, ya que este horario es más accesible para la enseñanza. La mayoría de las pacientes calificó la participación de la enfermera como buena, lo cual indicó que el personal de enfermería está llevando a cabo la promoción de la lactancia materna. En cuanto al rubro del seguimiento de lactancia en casa, las 59 pacientes puérperas encuestadas refirieron darle seguimiento, aunque sólo 51 asistieron a la Clínica de Lactancia debido a la distancia de su hogar a la Clínica Hospital ISSSTE Orizaba.

Referencias bibliográficas:

1. Deitra Leonard. Perry Shanon. Bobak Irene. Enfermería materno infantil. Editorial Harcourt Océano. 6ta edición. 1998: 20.
2. Gorleri Morales. Boletín de noticias que se relacionan con la promoción y defensa de la vida humana y la familia. 2008. http://www.notivida.org/
3. Olds Rally. London María. Ladewig Patricia. Enfermería materno infantil. Editorial interamericana Mc Graw Hil. 2000: 64.

Sistema para el Procesamiento de Indicadores de Salud. SiProIS: Adulto y Adulto Mayor

Autor: María de Lourdes Mota Morales
Coautores: María Silvia de los Ángeles Xolocostli Munguía, María Cristina Ortiz León

Área de Investigación: Salud Pública
Número de Registro: S/N
Tipo de Autor: Docente y Profesional de la salud
Institución: Universidad Veracruzana
Dependencia: Instituto de Salud Pública
Año Residencia: 2008
Hospital:
Matrícula/Número Personal: 3762
Teléfono Laboral: 8421700 Extension: 13303
Teléfono Particular: 8103008
Teléfono Celular: 2281392141
Email: lmota@uv.mx
Email Alternativo: cortiz@uv.mx

Argumentación teórica:

La información sobre la salud de la población es crucial para la elaboración de políticas públicas, por ello México desde los cincuenta ha centrado sus esfuerzos en recolectar información de mortalidad, casos nuevos de enfermedades transmisibles y no transmisibles y el número de distribución de los recursos humanos y físicos de las instituciones. La captación de dicha información, se ha venido incorporando en por lo menos diez sistemas de información en salud.

Argumentación empírica:

En los Servicios de Salud de Veracruz (SESVER), la evaluación de los programas prioritarios se realiza de acuerdo con lo establecido en el manual metodológico de la estrategia Caminando a la Excelencia, para ello se requiere consultar información de los sistemas de información en salud como el Sistema de Información en Salud (SIS), el Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica (SUIVE) y las proyecciones poblacionales del Consejo Nacional de Población (CONAPO), entre otros, los cuales forman parte del SINAIS. Además, algunos programas prioritarios requieren información que proviene de formatos alternos que envían las jurisdicciones sanitarias, de los cuales no se cuenta con un sistema para captar de manera automatizada esta información. En SESVER, el programa prioritario de Atención a la Salud del Adulto y Adulto Mayor es el que considera el mayor número de indicadores para su evaluación, por lo que fue el programa seleccionado para realizar el presente proyecto de intervención. En la revisión bibliográfica hecha para desarrollar este proyecto, si bien se encontraron sistemas que permiten el monitoreo de indicadores, no hubo un sistema que permitiera calcular los indicadores de salud de la estrategia Caminando a la Excelencia, los cuales demandan diversas fuentes de información.

El diagnóstico llevado a cabo en SESVER para la elaboración de este proyecto, permitió identificar los problemas que se tienen al realizar las actividades implicadas en el procesamiento manual de los indicadores requeridos.

Planteamiento del problema:

En SESVER, el programa prioritario de Atención a la Salud del Adulto y Adulto Mayor es el que considera el mayor número de indicadores para su evaluación, por lo que fue el programa seleccionado para realizar el presente proyecto de intervención.

Objetivo general:

Desarrollar una herramienta Informática titulada: Sistema para el Procesamiento de Indicadores, SiProIS: Adulto y Adulto Mayor, que permite el procesamiento de los indicadores del programa prioritario de Atención a la Salud del Adulto y Adulto Mayor.

Metodología:

El presente proyecto de intervención es de tipo aplicativo. Su desarrollo se dividió en cuatro etapas: diagnóstico del problema, planeación, construcción de viabilidad y factibilidad, y evaluación. La etapa de Diagnóstico consistió en detectar la problemática que existía para la evaluación de los programas de acción que conforman el programa prioritario de Atención a la Salud del Adulto y Adulto Mayor, para ello se realizaron entrevistas a los involucrados en este proceso. Como se ha mencionado estos programas se evalúan mediante la estrategia Caminando a la Excelencia, iniciativa de la Secretaría de Salud desde el 2001. Para llevar a cabo la evaluación de los programas se requieren fuentes de información almacenadas en sistemas convencionales tales como SIS, SUIVE y proyecciones del CONAPO, entre otros.

Resultados:

El principal resultado de este proyecto fue SiProIS, actualmente en operación y a disposición de la coordinadora del Programa de Atención a la Salud del Adulto y Adulto Mayor, de los Servicios de Salud de Veracruz. Una vez que SiProIS se puso en operación, se evaluó su impacto para el cálculo de los indicadores del programa de dos formas diferentes. En la primera se compararon las actividades identificadas en el diagnóstico con las realizadas mediante la operación del sistema; todas las actividades que se realizaban para el procesamiento de los indicadores mejoraron en gran medida después de SiProIS. En la segunda forma, se aplicó un instrumento que permitió conocer la opinión de los usuarios sobre la comparación de las actividades que se deben realizar para el cálculo manual de los indicadores del Programa de Atención del Adulto y Adulto Mayor y las que se realizan con el SiProIS. Se pudo apreció que los usuarios están altamente satisfechos con el desempeño del sistema.

Discusión:

Es importante señalar que la información generada con los sistemas convencionales de información en salud, como SIS y SUIVE, no está aprovechada en su totalidad, pues sólo almacenan los datos pero no proporciona información de utilidad para los coordinadores de programas. Con la implantación del sistema no se deben gestionar fuentes de información por diferentes vías, pues los datos se obtienen de manera automatizada, lo cual es transparente para el usuario, al igual que la concentración y captura de datos requeridos para el cálculo de los indicadores. Dicha implantación favoreció la precisión y confiabilidad de los resultados del cálculo de los indicadores, así como la optimización del tiempo que se invertía, pues de una semana que en promedio se requería para un programa de acción, mediante el sistema se invierte en promedio 30 minutos. También es posible conocer la opinión de los usuarios respecto la funcionalidad del mismo, los resultados arrojados fueron satisfactorios y en general los usuarios opinan que el sistema apoya la toma de decisiones. Con base en estos resultados, se considera que en trabajos futuros SiProIS sirva como prototipo para los demás programas de acción tanto en los niveles estatal como jurisdiccional y nacional, ya que estos programas utilizan la misma metodología para su evaluación. Por tal razón es importante darle seguimiento al proyecto de intervención para que esto se convierta en realidad.

Referencias bibliográficas:

1. Norma Oficial Mexicana: NOM-040-SSA2-2004: En Materia de Información en Salud. Diario Oficial de la Federación. 2005: 18, 32, 34.38. [Serie de internet]. [Citado 29 junio 2006]. Disponible desde: URL: http://sinais.salud.gob.mx/normatividad/NOM-040-SSA2-2004_DOF28-09-2005.pdf.
2. Secretaría de Salud. Manual metodológico Caminando a la Excelencia. Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud. 2006: 15-16,50, 55.
3. Dirección General de Información en Salud (DGIS). Manual del usuario SGI/PSS. 2006: 3, 4
4. Secretaría de Salud. Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE).Dirección General de Epidemiología. [Citado 06 junio 2007]. Disponible desde URL: http://www.dgepi.salud.gob.mx/sinave/sinave5.htm.
5. Piattini MG. Calvo Manazano JA. Cervera J. Fernández L. Análisis y diseño detallado de Aplicaciones Informáticas de Gestión. México: Alfaomega. 2000: 62, 64, 82, 84, 86.
6. Larman C. UML y patrones. Una introducción al análisis y diseño orientado a objetos y al proceso unificado. 2da. edición. Madrid: Pearson Educación. 2003: 20-21
7. Jacobson I. Booch G. Rumbaugh J. El proceso unificado de desarrollo de software. Madrid: Addison-Wesley. 2000: p.1-3.

Estudio de nutrición en trabajadores de la Clínica Hospital ISSSTE Orizaba, Veracruz

Autor: Ramón C. Rocha Manilla
Coautores: Ma. Olivia de la Rosa R, Marisol Martínez Flores, Anel Álfaro A, Wendy Borromeo C, Mario Juárez R.

Área de Investigación: Salud Pública
Número de Registro: ISSSTE/ORV/T.I.2008/148
Tipo de Autor: Docente y Profesional de la salud
Institución: Universidad Veracruzana/ISSSTE
Dependencia: UVI/Clínica Hospital ISSSTE Orizaba
Año Residencia: 2008
Hospital:
Matriícula/Número Personal: 26307
Teléfono Laboral: (272) 59002 Extension: 245
Teléfono Particualr: (272) 1063974
Email: ramonrocha72@yahoo.com.mx

Argumentación teórica:

El sobrepeso y la obesidad son entidades crónicas caracterizadas por almacenamiento excesivo de tejido graso en el organismo (Servín, 2005:187), acompañadas de alteraciones metabólicas, asociadas a múltiples patologías degenerativas, cuyo patrón etiológico es poligénico. Los estilos de vida urbanos vinculados con la falta de actividad física y dietas hipercalóricas son elementos fundamentales comunes de la vida contemporánea. Afuera de los centros de aglomeración urbana abundan comercios de alimentos ricos en grasas y carbohidratos, a precios accesibles lo que contribuye a la distribución desmedida de comidas desproporcionadas con el modelo de plato del buen comer (PrevenISSSTE 2008). El sobrepeso y la obesidad se clasifican de acuerdo con el Índice de Masa Corporal (IMC) y es calculado conforme a los criterios NOM-174-1SSA-1998 (Fajardo, 2000:398): IMC entre 18.5 y 24.9 es normal, IMC de 25 y 26.9 es sobrepeso, IMC mayor a 27 es obeso. La NOM para la prevención de la diabetes indica que el límite saludable para la mujer en el perímetro de la cintura debe ser hasta 80 cms. y en hombres hasta 94 cms. (IMSS 2006).

Argumentación empírica:

Existen estudios que confirman la obesidad como un problema que afecta a todas las clases, por lo que la OMS la considera como una epidemia mundial (Flores, 2007:102). En la costa-norte del Pacífico mexicano, la prevalencia de sobrepeso en trabajadores de salud se estimó en 18% y obesidad en 37% (Fong-Mata 2006: 81-84). En el área del DF los trabajadores de la salud presentaron 54% IMC normal, 15% sobrepeso y 31% obesidad; el sexo masculino presentó 17% con sobrepeso y 37% obesidad; médicos familiares y estomatólogos revelaron mayor sobrepeso, seguidos de los laboratoristas quienes mostraron más obesidad, seguidos de médicos-familiares y estomatólogos (Palacios-Rodríguez 2006: 451). La Encuesta Nacional de Salud para Veracruz mostró que 77.9% de mujeres y 66.7% de hombres mayores de 20 años tienen sobrepeso (Rodríguez 2007:76). Un estudio realizado en trabajadores del Hospital General de México considera que el sobrepeso-obesidad desarrollan enfermedad cardiaca similar al resto del país (Fanghanel, 2001: 52).

Planteamiento del problema:

Nuestro estudio busca descubrir el estado nutricional de trabajadores de la Clínica-Hospital ISSSTE Orizaba, tomando como referencia sus perímetros corporales, peso, talla e IMC y compararlos con sus estilos de vida intrahospitalarios en relación con la dieta y el ejercicio.

Objetivo general:

Estudiar el estado de nutrición de los trabajadores de salud de la Clínica Hospital ISSSTE Orizaba de acuerdo con su antropometría y sus hábitos alimenticios intrahospitalarios.

Metodología:

Es un estudio observacional tomando como muestra aleatoria un aproximado de 50% del universo laboral (N:310) de la Clínica Hospital Orizaba, considerando 58 enfermeras, 25 médicos y 68 administrativos (N:151), tomados aleatoriamente en las visitas a los diversos servicios midiendo peso, estatura, cintura y calculando IMC. Se les pidió consentimiento informado. Se calculó IMC; la estatura se midió en centímetros y el peso en gramos. Los criterios de inclusión tomaron en cuenta a trabajadores de ambos sexos, contratados de base o confianza, con más de un año de servicio y de todos los turnos. Se realizaron entrevistas a trabajadores de todas las áreas y vendedores de comida alrededor del hospital. Se consultó la NOM-174-1SSA-1998 para el manejo integral de la obesidad y se hizo barrido bibliográfico de estudios relacionados. El análisis de los resultados se hizo de manera cualitativa en el programa estadístico Excel. Los resultados de las entrevistas se clasificaron en una matriz que separaron los datos en categorías relacionadas con la alimentación y el ejercicio dentro y fuera del hospital. Las ideas más frecuentes de los entrevistados se representaron en el formato códigos en vivo.

Resultados:

Los más obesos fueron los administrativos con IMC de 29.73, después las enfermeras con 29.4 y en tercer término los médicos con 27.62. El IMC promedio en mujeres fue de 29.32, para hombres 28.72. Las enfermeras presentaron IMC normal en 14%, 21% con sobrepeso y 65% obesidad. Los médicos, 16% fue normal, 32% con sobrepeso y 52% obesos. El 16% del personal administrativo fue normal, 32% con sobrepeso y 52% obeso. En relación con el diámetro de la cintura, el promedio en mujeres fue 92.2 cms, en hombres 96.8 cms. Estos límites sobrepasan lo considerado en la NOM para

la prevención de la diabetes; además dichas cifras tan elevadas están relacionadas con las prácticas culturales alimentarias: 85% de los trabajadores de esta comunidad consumen alimentos provenientes de la calle, encontrándose en mayor frecuencia aquellos con altos contenidos grasos y carbohidratos. En las entrevistas los participantes informaron que consumen los alimentos que se ofrecen afuera de la clínica. El personal administrativo desconoce los valores nutritivos de los alimentos y piensa que el jugo de naranja no tiene aportes calóricos. El personal de enfermería y el médico conocen mejor estas características alimenticias pero no las llevan a cabo. Hay poca costumbre de llevar al hospital alimentos preparados en casa, y en la mayoría éstos no tienen lógica nutricional. En algunos servicios las reuniones comunitarias para desayunar sólo se consumen alimentos hipercalóricos. Los hábitos relacionados con el ejercicio son poco frecuentes tanto dentro como fuera del hospital. Así como la mayoría no desayuna en sus domicilios ni se ejercita por los horarios laborales, el hospital no ofrece oportunidad de ejercitarse y sólo hacen actividad física anualmente en las vísperas de los juegos sindicales. El ejercicio se realiza de acuerdo con las diferencias profesionales: los médicos muestran más oportunidad de ejercicio en clubes, mientras las enfermeras y los administrativos en parques públicos.

Discusión:

Según la comparación con estudios previos, es más impactante el sobrepeso y la obesidad en trabajadores de esta unidad médica, por los estilos de vida ajenos al ejercicio y el acceso fácil a alimentos hipercalóricos. Los datos encontrados en este estudio superan los generales del estado de Veracruz. Es urgente poner atención en la alimentación y la dieta en trabajadores de salud y extender este tipo de estudios en otras instituciones que mantienen condiciones similares.

Referencias bibliográficas:

1. Fajardo RA. Gónzalez AG. Bello VH. Identificación, evaluación y tratamiento del sobrepeso y obesidad en adultos. Rev Med IMSS. 2000; 38(5):397-403.
2. Fanghanel G. Sánchez Reyes L. Gómez Santos R. Torres Acosta E. Berber A. Obesidad como factor de riesgo de cardiopatía coronaria en trabajadores del Hospital General de México. Estudio PRIT. Rev Endocrinol Nutr. 2001;9:51-59.
3. Flores García Araceli. Obesidad en niños atendidos en una institución de seguridad social. Revista Mexicana de Pediatría. Mayo-junio, 2007; 74 (3) : 101-105.
4. Fong Mata. Efrén Ricardo. Zazueta Castañeda Mónica. Fletes González Dalia. Pérez Hernández Cristina. Prevalencia de sobrepeso y obesidad en el personal de enfermería. Med Int Méx. 2006; 22 (2): 81-84.
5. Palacios Rodríguez Raúl Gabriel et al. Sobrepeso y obesidad en personal de salud. Rev Méd Inst Mex Seguro Soc. 2006; 44 (5): 449-453.
6. Rodríguez Mario H. et al. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición por estado (Veracruz). Instituto Nacional de Salud Pública. 2007: 76.
7. Servín Rodas María del Carmen. Nutrición básica y aplicada. Universidad Nacional Autónoma de México.2005: 187.
8. Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994 Para la Prevención, Tratamiento y Control de la Diabetes Mellitus. Disponible en: www.issste.gob.mx/aconseja/nutricion.htmlwww.imsss.gob.mx/salud/nutricion/circunferencia_cintura.htm.

Factores que influyen en el desinterés de enfermeras de la Clínica Hospital ISSSTE Orizaba, en la educación y capacitación continua

Autor: Dulce María Bandala Ramírez
Coautores: Patricia Rossainz Bustos, Ramón C. Rocha Manilla

Área de Investigación: Salud Pública
Número de Registro:ISSSTE/ORV/T.I.-0125
Tipo de Autor: Estudiante de Licenciatura
Institución: Universidad Veracruzana/ISSSTE
Dependencia: Facultad de Enfermería/Clínica Hospital Orizaba
Año Residencia: 2008
Hospital:
Matrícula/Número Personal: S04005758
Teléfono Laboral: (272) 7259002 Extensión: 254
Teléfono Particular: (272) 72 71889
Teléfono Celular: 044 272 134 83 67
Email: dulcebandala@hotmail.com

Argumentación teórica:

La enfermería es una profesión de carácter social, cuyos sujetos de atención son la persona, la familia y la comunidad, con sus características socioculturales, sus necesidades y derechos, así como el ambiente físico y social que influyen en la salud y en el bienestar. Dicho personal ejerce su práctica dentro de una dinámica interdisciplinaria, multiprofesional y transdisciplinaria, aporta al trabajo sectorial e intersectorial sus conocimientos y habilidades adquiridas en su formación universitaria y la actualización mediante la experiencia, investigación y la educación continua (Medina, 2004: 20). Con la firme convicción de que la formación es un proceso que dura toda la vida, habrá que considerar para su buen desarrollo la presencia de algunos factores inherentes a los individuos y a la accesibilidad de organización al que dificulta la instrumentación de los programas de educación continua y, por ende, el cumplimiento de objetivos prioritarios para la institución, repercutiendo en la disminución de iniciativas y proyectos de mejora por parte de quien realiza la operación de los procesos, sistematizando su realización y reduciendo a rutinas una gran cantidad de procedimientos (Fernández, 2003:

122). Estudios realizados encontraron que los individuos que participan en educación continua se diferenciaban en los tipos de motivación que tenían para participar y fueron clasificados en tres grupos: el primero, orientado a metas; el segundo, los orientados a la actividad y el tercer grupo, orientados al aprendizaje (Bartels, 2005:221). Basándose en la clasificación anterior, se identificaron cinco razones por las que los individuos participan en la educación continua: 1. Desarrollo y mejora profesional. 2. Servicio profesional. 3. Aprendizaje e interacción con colegas y 4. Compromiso y reflexión profesional.

Argumentación empírica:

La enfermería es una disciplina compleja del área de la salud, con un gran impacto social que constantemente aumenta sus funciones para satisfacer las necesidades que impone la gestión del cuidado de la salud en un mundo en cambio constante. Actualmente el personal de enfermería se ve rodeado por diversos factores que interactúan con su entorno laboral y social, los cuales influyen directamente para evitar que este personal tenga un desarrollo profesional constante (Sánchez, 2008:06). Por tal motivo es importante que el personal de enfermería reciba educación continua con el objetivo de actualizarse y adiestrarse para la práctica profesional diaria, mostrando disposición y constancia para participar en los programas institucionales (Canales, 1999).

Planteamiento del problema:

¿Existen factores que influyen en el desinterés del personal de enfermería de la Clínica Hospital ISSSTE Orizaba, Veracruz, para participar en la educación y capacitación continua?

Objetivo general:

Identificar y describir los principales factores que influyen en el desinterés del personal de enfermería de la Clínica Hospital ISSSTE Orizaba, Veracruz, para participar en la educación y capacitación continua durante el periodo de agosto 2006- julio 2007.

Metodología:

Investigación de tipo transversal y descriptivo. El universo de estudio fue el personal de enfermería de base de todas las categorías adscritas a la Clínica Hospita ISSSTE Orizaba, Veracruz, conformado por 80 enfermeras. La muestra representativa fue de 40 enfermeras, seleccionadas al azar en todos los turnos, lo que correspondió a 50 % del universo total. Como criterio de inclusión fueron consideradas las enfermeras de contratación por base, siendo excluidas de contratación suplente. Se aplicó un instrumento de recolección de datos (encuesta) con el que se obtuvo la información de los factores que influyen en el desinterés del personal de enfermería por la educación y capacitación continua. Posteriormente, se tabularon los datos obtenidos para localizar las variables, se analizaron, se graficaron y se sugirieron alternativas de solución que favorezcan la educación del personal de enfermería coadyuvando al logro de brindar atención con calidad.

Resultados:

La estadística demuestra que en la institución, el perfil del personal participante pertenece predominantemente al sexo femenino, de 30 a 50 años (75%), con pareja (69.50%), más de 10 años de antigüedad en la institución y con 1 a 2 hijos o dependientes económicos. Se identificaron los factores profesionales de los participantes, entre los que destacó: el nivel académico, que en su mayoría correspondió a Enfermera General. Algunos objetivos del personal de salud fueron la capacitación constante e incrementar habilidad, destreza y criterios clínicos en el medio hospitalario con base en una fundamentación científica. Se determinó como es de suma importancia que exista una mejor difusión de las capacitaciones y que el personal asista para que así se brinde una atención de calidad al usuario bajo un sustento teórico sustancial y se presente una mejor satisfacción profesional en el personal de enfermería.

Discusión:

Los personajes de salud participantes, poseen habilidades y destrezas proporcionando cuidado integral de enfermería con eficiencia, eficacia y trato digno al usuario. Ante los resultados se aprueba la siguente hipótesis: las faltas de tiempo para la superación personal y de disponibilidad son los factores que influyen en el desinterés del personal de enfermería para participar en los programas de educación y capacitación continua de la Clínica Hospital ISSSTE Orizaba, Veracruz.

Referencias Bibliográficas:

1. Bartels JE. Education nurses for the 21st century. Nurs Health Sci. December 2005. 7(4):221-5
2. Canales Francisca. Metodología en Investigación en Enfermería. Editorial Limusa México.1999.
3. Hernández M. García A. Instrumento de factores motivacionales para la asistencia a cursos de educación continua. 2006.
4. Medina Rocha Luz María. Desarrollo científico de enfermería. Editorial. Noviembre-diciempbre 2004;12 (10).
5. Panza Margarita. El estudiante, técnicas de estudio y aprendizaje. editorial Trillas. Junio 1990: 141.
6. Sánchez Ortiz Alicia. Manual de organización y procedimientos. Jefatura de Enseñanza para Enfermería. Clínica Hospital ISSSTE Orizaba. 2008: 6.

Nivel de conocimiento sobre salud bucal en embarazadas de la Clínica Hospital ISSSTE Orizaba

Autor: Alma Iris Santiago Tiel
Coautores: Ramón C. Rocha Manilla

Área de Investigación: Salud Pública
Número deRegistro: ISSSTE/ORV/P.I.-0150
Tipo de Autor: Estudiante de Licenciatura
Institución: UV/ISSSTE
Dependencia: Facultad de Odontología/Clínica Hospital ISSSTE Orizaba
Año Residencia: 2008
Hospital:
Matrícula/Número Personal: S04013775
Teléfono Laboral: 272 72 5 9002 Extensión: 245
Teléfono Particular: 72 6 20 80
Teléfono Celular: 044 272 129 74 63
Email: alma_iris19@hotmail.com

Argumentación teórica:

La boca, al igual que el resto del cuerpo, está habitada por microorganismos, mismos que representan grave amenaza para la salud bucal si no se tiene adecuada higiene, pues junto con los restos de alimento originan la formación de compuestos que afectan encías y dientes. El embarazo es un periodo muy especial en el cual se presentan necesidades específicas que obligan a tomar algunos cuidados importantes para el mantenimiento de la salud bucal (Garbero, 2005:135). Durante el embarazo se producen grandes cambios en las estructuras de todo el organismo de la mujer y, entre ellas, especialmente en los tejidos de la boca, debido a un aumento de las hormonas llamadas prolactina y estrógenos (Puleva Salud, salud.com). Esto hace que la cavidad bucal de la embarazada sea más susceptible a padecer gingivitis y caries (Gelfo, 2008).

Argumentación empírica:

La mayoría de las pacientes embarazadas durante su estado de gestación tienen menos visitas con el odontólogo, de diez pacientes sólo una acude, la cual no sabe sobre la higiene bucal que debe tener durante su estado ni los cambios que sufre su cavidad oral y su organismo en general. En estos casos, se ha comprobado que tienen conocimientos básicos y el lavado dental lo hacen de manera incorrecta, esto refleja una importancia a la higiene bucal. Con el propósito de indagar acerca de los conocimientos de las embarazadas en la esfera de la salud bucal, se realizó un estudio en 45 gestantes de menos de 14 semanas, pertenecientes al Policlínico Carlos J. Finlay en Santiago de Cuba, entre enero y marzo del 2002. Para el estudio se formaron dos grupos de edades teniendo en cuenta la madurez físico mental de las embarazadas: menores de 20 años y mayores de 20 años. Para la recopilación de la información se elaboró un cuestionario con el objetivo de facilitar los resultados. Se observó que el nivel de conocimientos sobre los temas evaluados fue incorrecto en ambos grupos de estudio, pero las embarazadas pertenecientes al grupo menores de 20 años mostraron menor nivel de conocimientos, por lo que se recomendó una intervención educativa, así como llevar a cabo estudios similares en las diferentes entidades del municipio (González, 2007: 5).

Planteamiento del problema:

¿Cuál es el nivel de conocimientos sobre salud bucal en personas embarazadas de la Clínica Hospital ISSSTE Orizaba? Hipótesis: ante bajo nivel de conocimiento sobre salud bucal en mujeres embarazadas, mayor frecuencia de enfermedad periodontal; por tanto, ante alto nivel de conocimiento sobre salud bucal en mujeres embarazadas, menor frecuencia de enfermedad periodontal.

Objetivo general:

Estudiar el nivel de conocimiento y aplicación del mismo en cuanto a salud bucal en pacientes embarazadas derechohabientes de la Clínica Hospital ISSSTE Orizaba.

Metodología:

Estudio descriptivo, prospectivo y observacional, realizado por medio de recolección de datos de las pacientes embarazadas que acudieron al servicio de odontología ISSSTE Orizaba; a través de formatos de historia clínica y de encuesta, bolígrafo, unidad dental, abatelenguas, campos, guantes, cubrebocas, cepillo e hilo dentales, enjuague bucal, computadora. Universo de estudio: todas las derechohabientes embarazadas que acudieron a consulta de control del embarazo durante tres meses. La muestra estuvo conformada por 30% del total anual de embarazadas controladas en la unidad médica, lo que correspondió a 100 mujeres durante su periodo de gestación. El periodo de estudio fue de junio-agosto 2008. Procedimientos para recolectar la información: revisión dental y encuesta escrita. La variable independiente se evaluó en las encuestas. La evaluación de la variable dependiente por medio del examen dental.

Resultados:

El nivel de conocimiento de la muestra se categorizó en tres: el primero referido a conocimiento bajo (sólo conoce como preventivo el cepillado dental); el segundo, conocimiento medio (reconoce la técnica y periodicidad del cepillado dental como preventivo y el uso del hilo dental); y el tercero, alto (reconoce como preventivo lo referido en la NOM 013-SSA2-1994, Para la prevención y control de las enfermedades bucales). Aunque los resultados aún están en proceso de medición, es clara la tendencia de mayor frecuencia de conocimiento bajo en 70%, el medio corresponde a 25% y para el conocimiento alto en 5% de la

muestra estudiada. El nivel de conocimiento total hasta el momento fue bajo, por lo que la higiene bucal de las pacientes es ineficiente encontrando alguna de las enfermedades periodontales como gingivitis del embarazo.

Discusión:

Todas las embarazadas están propensas a padecer cambios en su cavidad oral pero no todas tendrían las mismas alteraciones si conocieran y aplicaran los niveles básicos de una higiene bucal. A menor educación en salud bucal, mayor frecuencia de enfermedad periodontal ocasionada durante el embarazo.

Referencias bibliográficas:

1. Garbero Irene; Delgado. Disponible en: http://www.saludymedicinas.com.mx/nota.asp?id=971 http://www.salud.com/secciones/salud_dental.http://www.stayinginshape.com/3osfcorp/libv_espanol/p51s.shtmlhttp://odonto-red.com/parapacientes.htm.
2. Benito de Cárdenas Ana María. Ida Laura. Salud oral en embarazadas, conocimientos y actitudes.2005: 135-140.
3. Gelfo Flores María Judith. Embarazo y salud bucal. Centro de Odontología Holística. Madrid. 2008. Disponible en: http://www.odontologia-holistica.com/embarazo/embarazo.htm
4. Secretaría de Salud. NOM 013-SSA2-1994. Para la Prevención y Control de las Enfermedades Bucales. México. 1994.
4. González Walkria del Carmen; Corona Marcia. Pineda Ana María. Conocimientos de las embarazadas del área de salud "Carlos J. Finlay" sobre salud bucal. Rev Cubana Estomatol. Ciudad de La Habana. Octubre-diciembre 2007.

Factores psicológicos que afectan el desempeño escolar en estudiantes universitarios

Autor: LA Anguiano González
Coautores: , GSRuiz Luna, G Sagastume Carrera, NE Juárez de Rosas, H González Ateca

Área de Investigación: Salud Pública
Número de Registro: 4
Tipo de Autor: Estudiante de Licenciatura
Institución: Universidad Veracruzana
Dependencia: Facultad de Medicina, Cd. Mendoza
Año Residencia: 2008
Hospital:
Matrícula/Número Personal: 0000000
Teléfono Laboral: 01 271 72 6 73 09
Email: joaquin1935@hotmail.com

Argumentación teórica:

El desempeño escolar de un alumno universitario resulta su carta de presentación y es de gran importancia para su perfecto desarrollo posterior; sin embargo, existen factores que provocan que éste se altere. Así existen alumnos que tienen buen coeficiente y potencial pero no son explotados por completo. Esto depende de su autoestima, su seguridad y metas que se fija a lo largo de la vida, que resultan afectadas por su ánimo, apatía general, conducta antisocial, estrés, baja actividad general, agotamiento, alteraciones del sueño, déficit de atención, sentimientos de inutilidad pérdida de la capacidad de concentrarse y pensar.

Argumentación empírica:

Diversos factores psicológicos afectan el rendimiento escolar, a saber: baja autoestima y falta de seguridad en el cumplimiento de las metas fijas a lo largo de la vida. Las consecuencias no son menores, afectados por ánimo, apatía general, conducta antisocial, estrés, baja actividad general, agotamiento, alteraciones del sueño, déficit de atención, sentimientos de inutilidad pérdida de la capacidad de concentrarse y pensar.

Planteamiento del problema:

La baja autoestima y la falta de seguridad en el logro de las metas tiene un impacto importante en el desempeño escolar y sus consecuencias se instalan progresiva y gradualmente. Cuando es posible identificar en forma temprana las manifestaciones que advierten el deterioro progresivo del estudiante, su descubrimiento permitiría establecer medidas adecuadas para su prevención y tratamiento oportuno.

Objetivo general:

¿Cuáles son los factores psicológicos que afectan el desempeño escolar en estudiantes universitarios? Obetivo general: determinar la correlación de los factores psicológicos que afectan el desempeño escolar en estudiantes universitarios.

Metodología:

Observacional, retrospectivo y descriptivo. Muestreo aleatorio simple de 195 personas de ambos sexos. Considerando nivel de confianza del 95%; variabilidad positiva (porcentaje con el que se aceptó la hipótesis, p) del 0.05. El tamaño de la muestra se obtuvo con la fórmula para población infinitiva (no conocemos el número de sujetos). Número (total de población)=(z2pq)/ d2 z=1.96; p, se busca en el marco teórico; q, es el complemento del porcentaje de donde q es igual a 1-p; d, es el nivel de significancia; sin conocer el tamaño de la población. Tiempo y lugar: Facultad de Medicina, Cd. Mendoza, de la UV durante el periodo escolar febrero-agosto 2008. Criterios de inclusión: alumnos inscritos en la Facultad de Medicina en todos los semestres de la carrera. No inclusión: alumnos no inscritos en dicha Facultad. Criterios de exclusión: alumnos que no contestaron correctamente el cuestionario. Instrumento: la prueba utilizada para medir los factores psicológicos que afectan el desempeño escolar en los universitarios fue el Inventario de Depresión en la Adolescencia IDA de 40 reactivos, de los cuales cinco fueron adaptados del Inventario de Depresión Kovacs, ocho reactivos se adaptaron del Cuestionario de Depresión de Lang y Tisher, y 27 reactivos se construyeron tomando como base las respuestas emitidas por una muestra de sujetos en un cuestionario de preguntas abiertas (Aranda, 1999). El inventario incluyó las cuatro categorías establecidas por Beck: Cognitivos: baja autoestima, indecisión, autocrítica e ideas suicidas; Emocionales: periodos de llanto, pérdida de la alegría y desinterés; Motivacionales: deseos de evitación, sentimientos de culpa y pérdida de energía; Neurovegetativos: pérdida del apetito, insomnio, fatiga. Las categorías de respuesta son del tipo Licker cuya puntuación va del 1 al 5: nunca, raras veces, algunas veces, frecuentemente y siempre. La puntuación fluctúa de 40 a 200; donde 40 indica un grado nulo de depresión y 400 un índice de depresión clínicamente significativa. Variable independiente: factores psicológicos. Variable dependiente: desempeño escolar. Otras variables: nombre, sexo, edad, semestre, promedio de calificaciones y depresión. Se seleccionaron diferentes grupos por semestre obteniendo 39 alumnos por semestre. Se utilizó estadística descriptiva con frecuencias y porcentajes para comparar las variables; con el programa Excel se obtuvo la X2 como prueba diagnóstica para evaluar la fuerza de la asociación entre las variables para comprobar la veracidad de nuestra hipótesis nula.

Resultados:

La muestra exacta fue de 195 estudientes rango de 18 a 38 años, Se identificó un grado de depresión en 116 estudiantes (59%) y el resto sin depresión. Se encontró depresión leve en 100 (51%); el sexo femenino fue el más deprimido. Los alumnos de cuarto y sexto semestre tuvieron el índice más alto. Las categorías Emocional y Motivacional fueron las más frecuentes, que nos da una idea de los presuntos síntomas que afectan a estudiantes: pérdida de energía y desinterés, que denotan la relación de bajo desempeño escolar.

Discusión:

Durante el proceso del trabajo encontramos diferentes factores psicológicos como predisposición, falta de interés, desafío hacia la figura de autoridad, apatía y falta de coperación. Consideramos que es posible que estos factores hayan sesgado en cierta medida los resultados del instrumento de medición. Proponemos instrumentar, con ayuda del Departamento Psicopedagógico, la realización de evaluaciones continuas (tres veces en el semestre) a los estudiantes siguiendo el esquema de tutorías y con la creacxión de expedientes y de esta forma brindar terapia si ésta se vuelve necesaria para mejorar la condición psicológica de los factores citados.

Referencias bibliográficas:

1. Estévez López E et. al. El rol de la comunicación familiar y el ajuste escolar en la salud mental del adolescente. Salud Mental. 2005; 28:81-9 y 19 citas bibliográficas más.

Relación de pacientes diabéticos que ignoran profilaxis, relacionada con prevención de complicaciones del pie diabético

Autor: Francisco Saíd Ramírez Alvarado
Coautores: Víctor Manuel Vallejo Luna, Ramón C. Rocha Manilla

Área de Investigación: Salud Pública
Número de Registro:ISSSTE/ORV/PI.-0130
Tipo de Autor: Estudiante de Licenciatura
Institución: ISSSTE/UV
Dependencia: Clínica Hospital ISSSTE, Orizaba
Año Residencia: 2008
Hospital:
Matrícula/Número Personal: S00008695
Teléfono Laboral: (272) 7259002 Extension: 245
Teléfono Particular: (272) 7288952
Email: ralselfoco@hotmail.com

Argumentación teórica:

El pie diabético constituye una de las principales causas de morbilidad y discapacidad en los pacientes con diabetes mellitus. Un rápido reconocimiento y adecuado manejo de sus factores de riesgo previenen o retardan la aparición de úlceras, amputaciones y otras complicaciones. Sus causas se dividen en neuropáticas, angiopáticas, infecciosas y traumáticas. Un detallado interrogatorio y un exhaustivo examen físico ofrecen hasta 90% del diagnóstico etiológico, lo cual se corroborará con los exámenes complementarios que incluyen tanto los indispensables como los más específicos estudios imagenológicos. Durante las dos últimas décadas, hay avances importantes en la comprensión de su fisiopatología y nuevas estrategias terapéuticas se han puesto en marcha. El enfoque actual para su tratamiento implica una atención individualizada y

multidisciplinaria para cada paciente; la profilaxis, desempeña un papel fundamental y unida a los adelantos terapéuticos especializados garantiza un mejoramiento en la calidad de vida de estos enfermos (Sell, 2001:188). Se calcula que al menos 15% de los diabéticos padecerá durante su vida ulceraciones en el pie, igualmente se estima alrededor de 85% de los diabéticos que tienen amputaciones previamente padecieron una úlcera. El abordaje de un problema de salud tan importante, frecuente y de difícil solución como el pie diabético, mejora cuando se constituye un equipo multidisciplinar, pues en general son varios los profesionales sanitarios implicados en el diagnóstico y tratamiento de este síndrome (Aguiló, 2003:2). Según el Instituto Nacional de Salud Pública (Hernández, 2006:4), los pies de las personas que padecen diabetes deben recibir especial atención como: revisar diariamente los pies en busca de cambios, revisar diariamente los zapatos, aseo y secado diario de los pies, corte y cuidado correcto de uñas, no caminar sin zapatos.

Argumentación empírica:

Según la Sociedad Española de Diabetes (SED), se estima que por lo menos 15% de pacientes con DM presentan lesiones y/o ulceraciones en sus pies a lo largo de su vida con una incidencia de ulceración de hasta 7.9%, lo cual pone en peligro la viabilidad de la extremidad. El 85% de los amputados tuvieron ulceración previa del pie. En la evolución posterior de estos pacientes, 1/3 de ellos requirieron amputación contralateral en los tres años siguientes y la supervivencia tras la amputación es sólo de 50% a los tres años (Sociedad Española de Diabetes. 1997:1). La prevalencia de lesiones en el pie diabético está asociada a diversos factores: edad del paciente, tiempo de evolución de la enfermedad, presencia de neuroangiopatía, género masculino y control metabólico de la diabetes. De todos ellos, la neuropatía asociada a la arteriopatía es el principal factor etiopatogénico del pie diabético en 69% de casos que requieren ingreso hospitalario, (Roldán, 2001:2). Tras el barrido electrónico no se encontraron investigaciones que estudien el nivel de conocimientos sobre la profilaxis para pie diabético.

Planteamiento del problema:

Todo pie de persona diabética implica un riesgo, de acuerdo con la literatura citada y la experiencia en la Clínica Hospital ISSSTE Orizaba, lo más importante es la profilaxis, por tanto saber el nivel de conocimiento de ésta es un elemento básico para el control de las complicaciones en los pacientes diabéticos.

Objetivo general:

El objetivo general es conocer la relación de conocimiento/ignorancia en pacientes diabéticos sobre el cuidado de sus pies en la Clínica Hospital ISSSTE Orizaba.

Metodología:

Estudio observacional, transversal, prospectivo, descriptivo inferencial. El universo total fueron pacientes diabéticos en general que acuden a servicio médico en la Clínica Hospital ISSSTE Orizaba en un periodo de 6 meses, para lo cual se seleccionó una muestra aleatoria de 200 pacientes diabéticos lo que corresponde a 20% de la población total diabética, considerando que en este universo sólo 5% tiene complicación por pie diabético. Se aplicó encuesta descriptiva y cuestionarios, con preguntas abiertas y dicotómicas. Los datos se analizaron cuantitativamente en programa estadístico, los cualitativos a través de matrices.

Resultados:

Los problemas y las complicaciones del pie diabético, así como la incapacidad por amputaciones se debe en gran parte por el alto índice de ignorancia acerca de la profilaxis, pero también se observó que influye el desinterés de llevar a cabo las medidas profilácticas. De acuerdo con los resultados, para comprender la relación de pacientes que ignoran profilaxis para no padecer pie diabético, se conformó un patrón de cuatro grados relacionados con cinco aspectos indicativos, basados en los criterios ya citados según el Instituto Nacional de Salud Pública; siendo los grados 0 y 1 los más ignorantes y los grados 2 y 3 los menos ignorantes. Grado 0: pacientes que refieren ignorar los cinco aspectos. Grado: pacientes que conocen al menos dos aspectos. Grado 2: pacientes que conocen al menos tres aspectos. Grado 3: pacientes que conocen los cinco aspectos. El 17% se ubicó en el grado 0, 35% en el grado 1, 33% en el grado 2 y 15% en el grado 3. Estos resultados se continuaran analizando de acuerdo con otros métodos estadísticos complementarios.

Discusión:

Efectivamente como lo demuestra la literatura utilizada en el marco teórico, a pesar de los adelantos médicos, la ignorancia juega un papel importante para que se presenten con más frecuencia las complicaciones del pie diabético por la falta de profilaxis. Si se le diera más importancia a este tipo de estudios y se promoviera la educación, se disminuiría la ignorancia de los pacientes; así reduciríamos gastos tan elevados como los terapéuticos en comparación con los de profilaxis que son menores, por ello es de suma importancia la profilaxis de éste y de cualquier otra enfermedad.

Referencias bibliográficas:

1. Sell Ihosvani. Guía practica para el diagnóstico, prevención y tratamiento del pie diabético. Revista Cubana de Endocrinología. Cuba: ABC.200;188-197.
2. Sociedad Española de Diabetes. El pie diabético. 1997:1-2.
3. Roldán Valenzuela. Cuidados del pie diabético. Sevilla. aroldan@supercable.esulceras.net. 200: 2-3.

4. Aguiló Alba. Profilaxis y tratamiento Del pié diabético. The Pharmaceutical Setter. Barcelona. Gráficas Gispert. 2003: 1-2.
5. Hernández. El cuidado de la persona que padece diabetes tipo 2. INSP. México. Grupo Impresor profesional. 2006: 4.

Factores ambientales que influyen en el sobrepeso y obesidad en pacientes pediátricos de la Clínica Hospital ISSSTE Orizaba

Autor: Siomara Yave Rodríguez Romero

Área de Investigación: Salud Pública
Número de Registro: ISSSTE/ORV/PI.-0133
Tipo de Autor: Docente y Profesional de la salud
Institución: UV/ISSSTE
Dependencia: Clínica Hospital ISSSTE Orizaba
Año Residencia: 2008
Hospital:
Matrícula/Número Personal: 552256
Teléfono Laboral: (272) 7259002 Extensión: 245
Teléfono Celular: 0442721295308
Email: mikey_25_83@hotmail.com

Argumentación teórica:

CONTENIDOMarco teóricoArgumentación teórica: Obesidad es una enfermedad caracterizada por el exceso de tejido adiposo en el organismo. En esencia, la obesidad se debe a la ingestión de energía en cantidades mayores a las que se gestan, produciendo acumulación en forma de grasa (Servín, 2005:187). La Organización Mundial de la Salud (OMS) anuncia que más de 22 millones de menores de cinco años en el mundo son obesos o padecen sobrepeso; de ellos más de 17 millones viven en países en vías de desarrollo. Este fenómeno se ha visto impulsado por los nuevos estilos de vida sedentarios de los niños y sus hábitos dietéticos hipércalóricos (Gutiérrez, 2007:8). La obesidad en México ha aumentado a una velocidad alarmante en los últimos años, según se informa en la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSA) de 2006. El informe de esta encuesta indicó que el sobrepeso y la obesidad en niños de 5 a 11 años fue de alrededor de 26% para ambos sexos, cifra que comparada con la de 1999 (18.6%) traduce un incremento de 39.7% en tan sólo 7 años. Por otra parte, en una reunión para analizar los resultados de la ENSA con un Grupo de Trabajo de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de los Estados Unidos de América, la National Health and Nutrition Survey (NHANES), se estimó que entre la encuesta del 2000 en México y la anterior a ésta la prevalencia de obesidad en niños de 12 a 17 años aumentó de 9.2 a 11.8% y en niñas de la misma edad fue de 6.8 a 10.6%. Tales estimaciones van de acuerdo con los cambios observados en el mundo: se calcula que 3% de los niños preescolares y 10% de niños en edad escolar tienen sobrepeso. Cerca de 60% de niños y adolescentes con sobrepeso tienen, al menos, un factor de riesgo y éste es para enfermedad cardiovascular, y más de 25% tiene dos o más factores de riesgo. Así, pues, la obesidad es un grave peligro para la salud, y en los últimos 50 años ha incrementado su prevalencia en adultos y niños, a tal grado que la Organización Mundial de la Salud (OMS) considera este padecimiento en términos de una epidemia mundial (Flores, 2007:102).

Argumentación empírica:

En esta Clínica Hospital ISSSTE hemos observado una prevalencia de niños con sobre peso y obesos, según los informes de las consultas de pediatría y de medicina familiar. Con base en el barrido bibliográfico electrónico, encontramos un trabajo sobre la prevalencia de obesidad en niños y niñas escolares entre 6 y 12 años de edad, de escuelas públicas y privadas, con frecuencias de 21% con obesidad, 24% con sobrepeso y 5.1% con obesidad extrema (Bacardi, 2007:367). No se observó una asociación entre la distribución de las categorías de IMC-edad y del hecho de asistir a escuelas públicas o privadas. Se encontró mayor obesidad en niños. Otros estudios relacionados demuestran alta frecuencia de obesidad en niños refiriendo factores incidentes en la inactividad física y las horas dedicadas frente al televisor (Flores, 2007:103).

Planteamiento del problema:

La obesidad y el sobrepeso son problemas de salud pública de niños por estar asociados a la evolución en las edades joven y adulta de padecimientos crónico degenerativos. El trabajo buscó registrar aquellos factores que influyen en la obesidad en niños derechohabientes de la Clínica Hospital ISSSTE Orizaba. ¿Cuáles son los factores ambientales específicos que influyen en el sobrepeso y la obesidad de los niños derechohabiente de la Clínica Hospital ISSSTE Orizaba?

Objetivo general:

Conocer los factores que influyen en el desarrollo de sobrepeso y obesidad en pacientes pediátricos de esta Clínica Hospital ISSSTE.

Metodología:

Estudio transversal, retrospectivo, para el cual se utilizaron como instrumentos: báscula, tira métrica y tablas de percentilas, así como un cuestionario (encuesta dietética) que se aplicó a la muestra. El peso se midió en gramos y la estatura en centímetros. Las fuentes consultadas fueron bibliográficas y electrónicas. El universo consistió en todos los niños derechohabientes de la Clínica Hospital ISSSTE Orizaba y la muestra representó 10% del universo correspondiente a 100 niños elegidos aleatoriamente en el servicio

de urgencias. Criterio de selección: todos los pacientes pediátricos deben ser derechohabientes de la Clínica Hospital ISSSTE Orizaba. Se escogió el grupo de edad de 1 mes a 12 años durante septiembre y octubre del 2008. Partiendo de la hipótesis de que los factores ambientales propios de la cultura de los niños derechohabientes de la Clínica Hospital ISSSTE Orizaba fomentan su sobrepeso y obesidad, distinguimos como variables independientes los productos chatarra, refrigerios excesivos y la casi nula actividad física recreativa. Como variables dependientes consideramos el sobrepeso y la obesidad.

Resultados:

Las frecuencias de factores ambientales para el sobrepeso y la obesidad fueron la inactividad física y las horas dedicadas a ver televisión. El 100% de las familias de los niños encuestados cuentan con televisor en su domicilio, 73% posee con videojuegos, estimulando estos dos factores un promedio de 3 horas al día por niño de televisor-videojuegos. Se observó mediante la encuesta dietética que los niños, en comparación de las niñas, presentan el mayor número de factores ambientales para sobrepeso y obesidad, lo cual se relaciona con el mayor alcance que tienen los niños a los videojuegos, asignados por cultura y tradición a los varones.

Discusión:

Hay aspectos importantes en la literatura que coinciden en este trabajo de investigación, pues los factores que influyen en sobrepeso y obesidad se deben a malos hábitos alimentarios y de recreación, lo que impacta que ambas entidades se manifiesten durante la etapa infantil. Si se diera importancia a ambas categorías nosológicas desde la niñez, muchos adultos no padecerán los estragos de enfermedades crónico degenerativas que se dejarán venir.

Referencias bibliográficas:

1. Bacardi G. Monserrat. Alta prevalecía de obesidad y obesidad abdominal en niños escolares entre 6 y 12 años de edad. Medigraphic. Noviembre-diciembre 2007; 64:362-369.
2. Flores García Araceli. Obesidad en niños atendidos en una institución de seguridad social. Revista Mexicana de Pediatria. Mayo-junio 2007; 74(3): 101-105.
3. Gutiérrez Anguiano Blanca O.et al. Prevención, diagnóstico oportuno y manejo del niño obeso. Confederación Nacional de Pediatría de México. 2007: 8-11.
4. Norma Oficial Mexicana NOM-031-SSA2-1999, Para la atención a la salud del niño.
5. Servín Rodas María del Carmen. Nutrición básica y aplicada. Universidad Nacional Autónoma de México. 2005: 187.

Factores de riesgo para preeclampsia en embarazadas de la consulta de medicina familiar del Hospital General Zona 35

Autor: Elsa Cabrera Diaz
Coautores: Leoncio Miguel Rodríguez, Arnulfo Hernández Mennier

Área de Investigación: Salud Pública
Número de Registro: 24322OO66619
Tipo de Autor: Especialidad Médica: Medicina Familiar
Institución: Instituto Mexicano del Seguro Social
Dependencia: Hospital General Zona 35, Cosamaloapan, Ver.
Año Residencia: 2008
Hospital:
Matrícula/Número Personal: 10428607
Teléfono Laboral: 288 20774
Teléfono Particular: 88 21728
Teléfono Celular: 288 88 36886
Email: dra_elsi63@ hotmail.com

Argumentación teórica:

Aunque la preeclampsia y eclampsia han sido ampliamente estudiadas en el mundo, sus causa permanecen desconocidas. Diversas están han enfocadas en numerosos factores etiológicos, incluyendo el papel de las hormonas, endógenos, nutrición, inmunológicos e historia familiar de estas condiciones. Los trastornos hipertensivos del embarazo son complicaciones comunes durante la gestación y constituyen causas primordiales de las mortalidades materna y perinatal. Cuando la paciente ha estado bajo vigilancia prenatal y se detecta la presencia de hipertensión y/o proteinuria después de la semana 20, es alta la posibilidad de encontrarse; ante un proceso hipertensivo agudo pero cuando a edades relativamente avanzadas del embarazo se detectan cifras de tensión arterial alta y/o proteinuria, es imposible establecer si estas manifestaciones en consecuencia son crónicas o se desarrollaron durante la gestación.

Argumentación empírica:

La finalidad de este trabajo es identificar qué tan significativa es la participación de cada uno de los factores de riesgo materno en la mortalidad perinatal y con ello proponer alternativas que ayuden a disminuir las tasas de mortalidad materno e infantil.

Planteamiento del problema:

La trascendencia del estudio de la preeclampsia está relacionada con las altas de mortalidad materna, pues por sí sola contribuye con 33% de las defunciones en las mujeres embarazadas, lo cual justifica la evaluación de características epidemiológicas, de diagnostico temprano y tratamiento.

Objetivo general:

Determinar la relación de características sociodemográficas, gineco obstétricas y clínicas

(prueba de roll over test) con preeclampsia en embarazadas que acuden a las consultas de Medicina Familiar y de materno Infantil.

Metodología:

Observacional, longitudinal, analítico y prospectivo. Población de 130 mujeres atendidas en el Hospital General Zona 35, Cosamaloapan. Muestra: 51 mujeres. Procedimiento: mediante la identificación de cada mujer en el módulo de materno infantil se les entrevistó para recabar información de variables de identificación, características sociodemográficas (edad, estado civil) y antecedentes gineco obstétricos (gesta, paras, abortos, cesáreas). Asimismo se tomó el peso y se midió la estatura corporal para conformar el IMC. La evaluación de la medición de la presión arterial y parámetros clínicos se realizó durante cualquier etapa de los tres trimestres del embarazo (tres mediciones, una en cada trimestre).La evaluación del desenlace del embarazo se hizo directamente con la mujer evaluada y su expediente, de donde se tomaron los datos y los diagnósticos clínicos realizados por los obstetras y parámetros de laboratorio o gabinete. Los datos se obtuvieron mediante análisis descriptivo con frecuencias simples (números absolutos) y frecuencias relativas (porcentajes). Las variables cuantitativas se describieron con medidas de tendencia central (media o mediana) y de dispersión (desviación estándar o rangos). El análisis bivariado se realizó con la medición de sensibilidad especificidad y valores predictivos de la prueba roll over test. La base de datos se elaboró en Excel y el análisis en el programa Epi Info versión 6.2.

Resultados:

La prevalencia de preeclampsia es elevada en la población evaluada. Las características sociodemográficas no tuvieron mayor asociación o significativa con la ocurrencia de preeclampsia; tampoco los antecedentes de números de embarazos, partos y abortos. Los que se tuvieron asociados con preeclampsia fueron los niveles de glucosa. Ninguna de las mujeres con preeclampsia fue positiva a la prueba de roll over test, por lo que se descarta que ésta prueba identifique en mejor medida la ocurrencia de preeclampsia.

Discusión:

La prevalencia (11.8) de preeclampsia encontrada es de la más elevadas reportadas en México en estudios transversales; dicha magnitud se considera un grave problema de salud pública, pues se establece que cualquier enfermedad que afecte a más de 5% de la población evaluada ya se considera así. La ocurrencia de la preeclampsia descrita en varios estudios oscila entre 5 y 17%[14].El promedio de edad reportado en la presente muestra (28.6 años) marca una etapa óptima para el embarazo en las mujeres evaluadas y no se identifica como un factor de riesgo para enfermedad hipertensiva durante el el mismo. La variable edad representa en el embarazo una posibilidad biológica, diferente a lo establecido en los eventos hipertensivos en otros grupos poblacionales, donde además existe un gradiente biológico con la hipótesis de que a mayor edad, mayor es la ocurrencia de hipertensión arterial; en cambio para el embarazo, la edad actúa como una característica confusa al relacionarse con otras variables que explican mejor la presencia de preeclampsia. Similar a otros estudios, en el presente no hubo diferencias con relación a la media de edad. Un factor fundamental ligado a preeclampsia y a otras enfermedades crónicas no transmisibles es la obesidad. En la evaluación del IMC en el primer trimestre del embarazo se encontró que la media de kilogramos sobre metro cuadrado representó un grupo con sobrepeso, esto se encontró asociado a la mayor probabilidad de presentar enfermedad hipertensiva en forma estadística significativa. Aunque en el presente estudio no hubo diferencias estadísticamente significativas, quizás por el tamaño de muestra, hubo una media mayor en el grupo con preeclampsia. Cuando el IMC en embarazadas se asocia con otras enfermedades, como la diabetes, existe mayor ocurrencia de preeclampsia. El marcador metabólico glucosa tuvo una media mayor en el grupo de mujeres con preeclampsia, sin embargo existe controversia con relación a la contribución de la glucosa en ayunas como marcador de riesgo. Martinez y colaboradores reportan cifras de glucosa similar en mujeres con o sin preeclampsia, asimismo con los niveles post carga de glucosa. A diferencia de la muestra evaluada por estos autores, las mujeres del estudio tuvieron cifras mayores de glucosa, diferencias relacionadas con las características poblacionales y en el momento de la evaluación[19]. No hubo casos de diabetes gestacional, tomando en cuenta los niveles de glucosa en ayuno, pero consideramos que dichos resultados estuvieron sesgados, pues se requiere una evaluación con carga de glucosa de 75mg para determinar una curva de tolerancia a la glucosa.

Referencias bibliográficas:

1. Iglesias Guiu J. González Merlo J. Balasch J. Cararach V. Hipertensión y embarazo. En: González-Merlo J, Del Sol JR. Obstetricia (editores). Masson. Barcelona, España 2001: 351-3712.
2. Cunningham Gary. Macdonald Paul C. Gant Norman F. Levero Kenneth J. Gilstrap Larry. Trastornos hipertensivos del embarazo. Tratado de Ginecología y Obstetricia de Williams. Editorial Masson. México 1995:511-541.
3. Trejo Ramírez CA. Mortalidad materna. Evolución de su estudio en México en los últimos 25 años. Ginecol Obstet Méx. 1997; 65:317-325.
4. Velasco-Murillo V. Navarrete Hernández E. Pozos Cavazos JL. Cardona Pérez JA. Características epidemiológicas de la preeclampsia-eclampsia en el IMSS. Rev Méd IMSS. 1999; 37:325-331.

5. Walker J. Preeclampsia. Lancet. 2000; 356:1260-1265.
6. Hernández Valencia Marcelino. Saldaña Quezada Lucía. Álvarez Muñoz Mario. Valdéz Martínez Edith. Los métodos de planificación familiar de barrera como factor de riesgo que predispone a la presencia de preeclampsia. Ginecol Obstet Méx. 2000; 68:333-339.
7. Roíz Hernández J. Jiménez López J. Preeclampsia-eclampsia. Experiencia en el Centro Médico Nacional de Torreón. Ginecol Obstet Méx. 2001.69:341-345.
8. Lara González AL. Ullóa Galván G. Alpuche G. Romero Arauz JF. Factores de riesgo para preeclampsia. Análisis multivariado. Ginecol Obstet Méx. 2000.68:357-362.
9. Lugones Botell M. Quintana Riverón TY. Valor de la prueba de cambios de posición en la predicción de la hipertensión gestacional en la atención primaria. Rev Cub Obstet Ginecol. 1996; 22(1).
10. Marcopito LF. Roll-over- test in primigravidae attending a public primary care service. Rev Paul Med. 1997; 115:1533-1536.
11. Okonofua FE. Odunsi AO. Hussein S. O´Brien PM. Evaluation of the roll over test as predictor of gestational hypertension in African women. Int J Gynaecol Obstet. 1991; 35:37-40.
12. Mahomed K. Ladiende OO. The roll over test is not of value in predicting pregnancy induced hypertension. Pediatr Perinat Epidemiol. 1990; 4:71-75.
13. Narváez M. Weigel MM. Félix C. López A. López Jaramillo P. The clinical utility of the roll over test in predicting pregnancy induced hipertention in a high risk Andean population. Int J Gynaecol Obstet. 1990; 31:9-14.
14. Gardino Briones JC. Bravo Gómez F. Ávila Ezequiel F. Ponce Díaz de León M. Experiencia en Toluca en Preeclampsia-eclampsia. Academia Mexicana de Cirugía. Cir Ciruj. 2005; 73:101-105.
15. Moya Romero M. Lugones Botell M. Gazapo Pernas FJ. León Molines. Aplicación de la prueba Gans en la predicción de la Enfermedad Hipertensiva Gestacional. Rev Cub Med Gen Integ. 1996;12(3):264-269.

El proceso de leer, un abordaje diferente

Autor: Úrsula Welsh Orozco
Coautores: María Marcela Jiménez Velázquez

Área de Investigación: Salud Pública
Número de Registro: 2003-622-0027
Tipo de Autor: Docente y Profesional de la salud
Institución: Instituto Mexicano del Seguro Social
Dependencia: Hospital General Regional Orizaba
Año Residencia: 2008
Hospital:
Matrícula / Número Personal: 5393213
Teléfono Laboral: 272-72-4 15 00 Extensión: 61314
Teléfono Particular: 272-72-1-70-50
Teléfono Celular: 0442721317161
Email: ursulawelsh@yahoo.es

Argumentación teórica:

Aprender a pensar debería ser criterio de calidad de la educación. El papel de la escuela no consiste únicamente en proporcionar las bases para aprender a leer, sino propiciar que los nuevos lectores utilicen la lectura crítica como una aptitud que permite la elaboración del conocimiento, pues a partir de las fuentes de información harán un ejercicio que los ayude a identificar la directriz que da coherencia e ilación a lo escrito así como los argumentos en los que se sustentan las proposiciones; a todo esto es lo que Viniegra denomina como interpretación. Para este autor enjuiciar es discernir lo profundo de lo superficial y lo esclarecedor de lo confuso, por lo que el lector requiere confrontar otros textos y enjuiciar sobre la base de su experiencia, de esta manera propondrá otros planteamientos que superen los del autor[9]. Los profesores o quienes tienen la responsabilidad de los procesos educativos en nuestro entorno -como el caso de los líderes en educación- son conscientes de que las tareas de lectura, aptitudes que exigen a sus alumnos, forman parte de las prácticas académicas inherentes al dominio de su disciplina, a la vez que constituyen desafío cognitivo en el que poco contribuyen y afrontan[10]. Específicamente, en el Instituto Mexicano del Seguro Social se considera que el líder de educación es un intelectual que posee visión crítica, además de habilidad y conocimientos necesarios que creén y faciliten espacios para la participación y el cambio.

Argumentación empírica:

Existen referentes empíricos relacionados con la aptitud para la lectura crítica en personal activo o en formación, invariablemente en ellos se destaca que cuando el sujeto que aprende se involucra en procesos educativos que promueven la participación, los resultados son alentadores. Tal como el estudio de López y Matus[11], quienes sostienen que la perspectiva participativa es una experiencia de aprendizaje relevante, pues permite que el alumno desarrolle aptitudes de crítica, de autocrítica y una visión reflexiva y cuestionadora de

su quehacer, constituyéndose en una palanca para la elaboración de su conocimiento y avance hacia la superación de su práctica profesional, sobre todo cuando se miden estas aptitudes en forma divergente a lo habitual[12].

Planteamiento del problema:

¿Cuál será el nivel de aptitud de lectura crítica en líderes de educación posterior a intervención de estrategia participativa de la educación?

Objetivo general:

Determinar el nivel de aptitud de lectura crítica en líderes de educación posterior a intervención de estrategia participativa de la educación. Propiciar desarrollo de aptitud para lectura crítica de textos teóricos, a través de intervención de una estrategia participativa de educación. Diseñar y validar un instrumento de medición que discrimine la aptitud para la lectura crítica de textos teóricos de educación. Diseñar instrumento de medición de control en forma habitual, para discriminar resultados de intervención de estrategia participativa de educación.

Metodología:

Estudio pre experimental en Hospital Regional General/IMSS Orizaba. Población: 15 líderes de educación, del 1 denoviembre 2005 al 26 de febrero del 2006. Se elaboró, validó y aplicó instrumento de medición que discriminó el desarrollo de la aptitud para la lectura crítica, mediante la selección de seis textos de educación, que exploraron tres indicadores relacionados con la lectura crítica: interpretación, elaboración de juicios y propuesta. Posteriormente se hizo la validación a través de dos rondas con el juicio de tres expertos en la docencia y en la estrategia participativa de la educación. Finalmente el instrumento se conformó de 194 reactivos, correspondiendo 114 al indicador de interpretación, 69 al de elaboración de juicios y 11 al de propuesta; la confiabilidad obtenida índice fue de 0.80 mediante la fórmula 21 de Kuder Richardson. Con la intención de comparar el efecto de la estrategia educativa en los alumnos, también se elaboró otro instrumento de medición bajo el enfoque habitual de la educación, que contempló 25 preguntas con 125 enunciados, correspondió a un examen de opción múltiple del tipo una de cinco, que exploró los mismos contenidos. Su elaboración se apegó a los criterios que prevalecen en la educación dominante. Se aplicaron los dos instrumentos de medición antes y después de la intervención educativa. Desarrollo de la estrategia: La intervención fue de 60 horas en total, dos días a la semana con tres horas de actividades en aula. El profesor fungió como facilitador, detonador, motivador, orientador y asesor en el proceso educativo; también impulsó al alumno a través de la elaboración de tareas, seminarios de discusión y debate, bases fundamentales para la elaboración del conocimiento. A través de la lectura extramuros el alumno fue responsable de identificar la idea o directriz, las proposiciones o tesis del escrito, así como los argumentos. Posteriormente enjuició el texto teórico, discerniendo sobre lo profundo de lo superficial, lo esclarecedor de lo confuso, lo coherente con lo incoherente confrontando otros textos teóricos con diferentes puntos de vista y con su propia experiencia, tratando de formular propuestas que superen al texto objeto de la crítica. Para el análisis de resultados se emplearon pruebas estadísticas no paramétricas y para comparar el antes y después de la estrategia educativa se empleó prueba de pares igualados de Wilcoxón. Para el reconocimiento de indicadores de lectura crítica se empleó la prueba X2 de Proporciones. Para identificar el grado de asociación de los instrumentos de medición se empleó el Coeficiente de Correlación de Rangos de Spearman. Para identificar la tendencia de cambio en los participantes se empleó la Prueba de Mc Nemar y la Fórmula de Pérez Padilla y Viniegra para valorar los niveles de aptitud para la lectura crítica.

Resultados:

El instrumento de LC alcanzó 0.80 índice fiabilidad. La comparación entre antes y después con EC fue $p=0.05$ y LC fue $p=0.001$ (prueba de Wilcoxón), no se encontró asociación entre estos dos instrumentos. Hubo diferencias antes y después de la estrategia educativa pasando de aptitud superficial (83.3%) a aptitud refinada (75%) de lectura crítica. Se observaron diferencias significativas en cada indicador de lectura crítica de textos teóricos de educación.

Discusión:

La discusión y el debate de situaciones problemáticas de la experiencia permite desarrollar habilidades para la lectura crítica en el líder de educación.

Referencias bibliográficas:

1. Stella MF. Ambientes y tiempos para que viva la lectura general. Conference Proceedings. Facultad de Filosofía y Letras. Universidad de Buenos Aires Agosto 1999; 25-31.
2. Castañeda HM. Espinosa LF. El valor trascendental de escribir. Rev. Enferm IMSS. 2000; 8 (2): 65-67.
3. Piaget Jean. Psicología y pedagogía. Ed. Ariel Barcelona –Caracas –México: 35-83.
4. Vygotsky L. Interacción entre Aprendizaje y Desarrollo En: El Desarrollo de los Procesos Psicológicos. Ed. Grijalbo. México. 1988.
5. Bourdieu P. Intelectuales, política y poder. BS: AS. Eudeba. 1999.
6. Freire P. El acto de estudiar. En: Naturaleza política de la educación. Paidós. España. 1990: 29-195.
7. Cabalen DN. Sánchez M. La analítico-crítica: Un enfoque cognitivo para el procesamiento de la información. México. Trillas. 1995.
8. Calva MJ et al. Como leer revistas médicas. Revista Invest Clín.1888; 40 (65): 56-71.
9. Viniegra Velázquez L. La crítica y el conocimiento. Rev Invest Clín. 2001; 53(2): 181-91.

10. Grinberg J. Liderazgo educativo. Desafíos y posibilidades de la educación. El papel del docente líder. Revista Litorales ISSI: 2002 (1); 1994-1996.
11. López LN. Matus MR. Aptitud para la lectura crítica de textos teóricos en estudiantes de Licenciatura en Enfermería. Rev Med IMSS. 2005; 43(2):117-24.
12. Viniegra Velázquez L. Ponce LS. Liker R. Efecto de la práctica clínica sobre los resultados de examen de opción múltiple. Rev Invest Clín. México.1981: 313-17.
13. Pérez MV. Aguilar MB. García VA. Lectura crítica de textos teóricos, estrategia para el desarrollo de la aptitud. Rev Med IMSS. 2002; 40 (2): 161-67.
14. Viniegra Velázquez L. Instrumentos de observación del desarrollo de una postura. En: Hacia otra concepción del currículo. Un camino alternativo para la formación de investigadores. 1a ed. 1999:179-184.
15. Cobos AH. Insfran SM et al. Lectura crítica en interno de pregrado en hospitales generales. Rev Med IMSS. 2005; 42 (2): 117-25.
16. Pérez Rodríguez AB. Viniegra Velázquez L. La formación de profesores de Medicina. Comparación de dos estrategias educativas en el aprendizaje de la lectura crítica de la información. Rev Invest Clín. 2003; 55(3): 281-88.

Calidad de vida en osteoporosis posmenopáusica con y sin tratamiento antirresortivo

Autor: Martha Pilar Valdéz Pérez
Coautores: Félix Guillermo Márquez Celedonio, Félix Gilberto Islas Ruz

Área de Investigación: Salud Pública
Número de Registro: R-2007-3003-16
Tipo de Autor: Docente y Profesional de la salud
Institución: Instituto Mexicano del Seguro Social
Dependencia: Unidad de Medicina Familiar 61
Año Residencia: 2008
Hospital:
Matrícula / Número Personal: S05020610
Teléfono Laboral: 229 9 22 19 20 Extensión: 2428
Email: felixg.marquez@imss.gob.m
Email Alternativo: mama.pilly@hotmail.com

Argumentación teórica:

La osteoporosis se caracteriza por la disminución de la masa ósea y un deterioro de la arquitectura microscópica del tejido óseo que lleva al incremento de la fragilidad y de la susceptibilidad para fracturas óseas. En España, la prevalencia en mujeres posmenopáusicas que no estaban bajo ningún tratamiento fue en columna lumbar de 24.29% en el grupo de edad de 60-69 años incrementándose a 40% en el de 70-79 años; en Rochester, Minnesota, Melton reporta 7.6% de prevalencia de osteoporosis mujeres de 50-59 años y de 25% en mujeres de 70-79 años[1,2]. Se calcula que en el mundo hay cerca de 200 millones de personas con osteoporosis[3,4].

Argumentación empírica:

En estudios multicéntricos en España se comparó risendronato y alendronato demostrando que el primero tuvo mejor porcentaje de disminución de riesgo de fractura de cadera y de columna vertebral, así como mejor costo al reducir los riesgos mencionados y aumentar la supervivencia y la calidad de vida en las mujeres con osteoporosis[5,6]. En el Instituto Mexicano del Seguro Social, las lesiones músculo esqueléticas ocupan el segundo lugar en atención quirúrgica por fracturas osteoporóticas, además de las mujeres mayores de 50 años aparentemente sanas tienen osteoporosis, 42% cursa osteopenia y 43% no presentó alteraciones[7]. La osteoporosis se asocia a una mayor frecuencia de fracturas; una de cada 5 mujeres de más de 50 años tiene, al menos, una fractura vertebral debida a la osteoporosis, que se asocia a deterioro de la calidad de vida. La incidencia de fracturas de antebrazo distal es casi el doble[8]. Las consecuencias clínicas de las fracturas osteoporóticas son los principales factores que condicionan la calidad de vida, sin embargo los ensayos clínicos sobre osteoporosis se basan en su mayoría en medidas de resultado evaluadas por imagen y no reflejan adecuadamente el grado de afectación de los pacientes en sus actividades diarias. Para su evaluación se utilizan instrumentos genéricos o específicos[9,10].

Planteamiento del problema:

¿Cuál es la calidad de vida de mujeres con osteoporosis posmenopáusica tratadas con antirresortivos, en comparación con mujeres sin tratamiento antirresortivo?

Objetivo general:

Comparar la calidad de vida de mujeres con osteoporosis postmenopáusica con y sin tratamiento antirresortivo.

Metodología:

Tipo de estudio: encuesta transversal comparativa. Universo de estudio: mujeres con osteoporosis posmenopáusicas atendidas en la Unidad de Medicina Familiar No. 61 del Instituto Mexicano del Seguro Social. Para obtener la muestra se estimaron los siguientes parámetros estadísticos con la fórmula para encuestas transversales del programa Epi Info versión 6: a) Nivel de confianza (1–alfa)=95%. b) Potencia estadística (1–beta)=80%. c) Frecuencia esperada del evento en el grupo sin tratamiento: 45%. d) Frecuencia esperada del evento en el grupo con tratamiento: 25%. e) Razón de pacientes con y sin tratamiento:1:1. El tamaño de muestra obtenido mediante este procedimiento fue de 196 pacientes: 98 del grupo con tratamiento antirresortivo y 98 del grupo sin tratamiento. Variable independiente: tratamiento en dos modalidades, antirresortivo considerado como la administración de fármacos antirresortivos, en particular risendronato, durante al menos un año

y sin manejo antirresortivo con suplementos de calcio, vitamina D o ninguno. Variable dependiente: medición de calidad de vida. Procedimiento: a las pacientes incluidas en el estudio se aplicó un instrumento para explorar variables demográficas, tiempo de evolución, tratamiento recibido y duración del mismo. En ambos grupos se aplicó el Cuestionario de Calidad de Vida para Osteoporosis, un instrumento de calidad de vida específico y útil para mujeres posmenopáusicas con este problema; fue validado en España y la versión original tuvo una fiabilidad de 0.91 y una reproducibilidad de 0.83. Es un instrumento administrado por entrevista, que consta de 30 ítems divididos en cinco dimensiones: síntomas, función física, actividades diarias, función emocional y ocio[9].

Resultados:

En cada grupo se incluyeron 98 pacientes del sexo femenino, con una edad promedio de 59+/-6.5 años para el grupo con tratamiento y de 58.1+/-6.5 años para el grupo sin tratamiento (Media±Desviación estándar). No hubo significancia estadística en cuanto a las variables de edad, gestas, escolaridad, sólo hubo significancia en las variables de lactancia materna e ingreso familiar. Al aplicar el instrumento de medición calidad de vida para osteoporosis Ecos-16, se encontró significancia estadística en las dimensiones función psicosocial ($p>0.0001$) y temor por la enfermedad ($p>0.000$). No hubo significancia estadística en las dimensiones dolor ($p>0.81$) y función física, ($p>0.07$). Se obtuvo una puntuación global de calidad de vida de 34 en el grupo con antirresortivo y de 43 en el grupo sin tratamiento.

Discusión:

El estudio determinó que la calidad de vida en mujeres menopáusicas con osteoporosis estuvo asociada al tratamiento antirresortivo. Las pacientes que se encuentran con tratamiento antiresortivo perciben una mejor calidad de vida, en comparación con aquellas pacientes que no reciben dicho tratamiento. Los resultados obtenidos concuerdan con los de Hart WM, quien pone de manifiesto que se percibe mejor calidad de vida con un tratamiento que sin él, aunque también es conveniente mencionar que la calidad de vida disminuye a medida que transcurre el tiempo con el tratamiento.

Referencias bibliográficas:

1. Reyes BJ. Moreno OJ. Prevalencia de osteopenia y osteoporosis en mujeres posmenopáusicas.Atención Prim. 2005; 35:(7) 342-347.
2. Peris P. Osteoporosis en la mujer premenopáusica. Serv de Reumatología Hospital Clinic. Barcelona, España.Rev Esp Reumatología. 2004; 31 (1) 52-58.
3. Hervas AA. Hermoso de Mendoza MM. Documento para el manejo de la osteoporosis en atención primaria. Dirección en Atención Primaria. Soc Navarra de Med Familiar y Atención primaria: 1-45.
4. Hermann GB. Rueda G JH.La osteoporosis un enfoque útil terapéutico para el clínico de hoy.Colombia Méd. 1998; 22: 2488-86.
5. Hart WM. Rubio TC R. Burrel A. Análisis fármaco económico del tratamiento de la osteoporosis posmenopáusica con risendronato o alendronato Reemo; 2002; 11 (3):97-104.
6. Mendoza RMA. Escalante PJM. Osteoporosis en mexicanas mayores de 40 años. Determinación por densitometría periférica. Rev Méd IMSS. 2003;(3) 193-202.
7. Díaz B. Cannata JJ. Osteoporosis Posmenopáusica. Guía Practica Clínica.Rev Méd Esp. 2003;203 (10): 496-506.
8. Muñoz TM. Fernández G. Densitometría ósea: indicaciones e interpretación. Endocrinología y Nutrición . 2001; 52 (5): 224-227.
9. Lizan T. Badia LX. La evaluación de la calidad de vida en la osteoporosis. Cuestionarios de Atención Primaria. Atención Primaria. 2003; 31 (2):126-133.
10. Lugones B. Osteoporosis en la menopausia. Prevención y estrategias terapéuticas actuales. Rev Cubana de Obstet Ginecol. 2001;27(3):199 -204.

Presencia del Síndrome de Burnout en el personal de enfermería de un hospital de la región Córdoba-Orizaba

Autor: Esther Bautista Huerta, Alina I Castillo Rodríguez
Coautores:Norma Nash Campos, José Ubaldo Trujillo García, María Flor López Ariza

Área de Investigación: Salud Pública
Número de Registro:EFOUV/0030
Tipo de Autor: Docente y Profesional de la salud
Institución: Universidad Veracruzana
Dependencia: Facultad de Enfermería
Año Residencia: 2008
Hospital:
Matrícula/Número Personal: 4131
Teléfono Laboral: 2727143981
Teléfono Particular: 2717132109
Teléfono Celular: 2711345191
Email: nnas h@uv.mx
Email Alternativo: nashnorma@hotmail.com

Argumentación teórica:

El término Burnout es descrito originalmente en 1974 por Herbert Fredeunberger, psiquiatra, que trabajaba en una clínica para toxicómanos en Nueva York, quien observó que al año de trabajar, la mayoría de los voluntarios sufría una progresiva pérdida de energía hasta llegar al agotamiento, síntomas de ansiedad y depresión, así como desmotivación en su trabajo y agresividad con los pacientes y lo definió como "un estado de fatiga o frustración que se produce por la dedicación a una causa o forma de vida, que no produce la suficiente gratificación o refuerzo". Para la investigadora Cristina Maslach

(1982) Burnout es el "Síndrome de fatiga emocional, despersonalización y de un logro personal reducido que puede ocurrir entre individuos que trabajan en contacto directo con personas o pacientes"; tal es el caso de la profesión de enfermería. Según Gil-Monte y Peiró (1997), el rol de enfermería genera bastante incertidumbre, pues los profesionales experimentan dudas con relativa frecuencia sobre hasta qué punto deben implicarse con los pacientes, sobre cómo tratar sus problemas, e inseguridad sobre si están haciendo las cosas de manera adecuada.

Argumentación empírica:

Estudios realizados por Coreat (1992), OMS (1995), Lee Ash Forth (1996), Melchior, Van Der Verg, Halfens y colaboradores (1997) encontraron que la gravedad del problema se ve reflejada cuando el personal de salud utiliza, como evasión, una alta rotación laboral, la falta de asistencia al servicio o la necesidad de buscar incapacidades injustificadamente. Para el abordaje del problema se revisaron ocho investigaciones realizadas en los ambitos internacional (Colombia, España y Venezuela) y nacional (Jalisco, Sonora, Distrito Federal y Veracruz) con enfoques similares al fundamentado en la presente investigación y todas dirigidas al personal de enfermería.

Planteamiento del problema:

El término Burnout se refiere a una situación cada vez más frecuente entre los profesionales que prestan sus servicios a través de una relación directa y permanente con las personas. Es un padecimiento que afecta principalmente a los personales médico y de enfermería, debido a que están en interacción continua con personas y que tienen las expectativas de contribuir positivamente en el mejoramiento de las condiciones de aquellos a quienes sirven; en muchas ocasiones esas expectativas se constituyen en el origen de sus fracasos profesionales. Por ello el objeto de estudio se centró en el personal de enfermería que labora en diferentes turnos en una institución de salud de la ciudad de Córdoba, buscando determinar ¿si el Síndrome de Burnout está presente en el personal de enfermería? y ¿si es posible que edad, sexo, antigüedad laboral y sobre carga de trabajo sean factores que originen su presencia?

Objetivo general:

Identificar la presencia del Síndrome de Burnout en sus tres componentes en el personal de enfermería que labora en los diferentes turnos en un Hospital de Córdoba. Una vez identificados se aplicarán de manera oportuna y continua estrategias de intervención individuales, grupales y organizacionales para disminuir el desgaste profesional.

Metodología:

El estudio fue descriptivo y transversal. El universo lo constituyeron 122 enfermeras(os) que laboran en los tres turnos, distribuidos en todos los servicios. El análisis fue univariado sólo se determinó la presencia del síndrome en sus tres dimensiones (agotamiento emocional, despersonalización y realización personal) y se reunieron algunos datos relacionados con el personal. En la recolección de datos se utilizó el cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI) creado por Maslach y Jackson en 1981, apareciendo su versión definitiva en 1986 y adaptado a una versión en castellano por Moreno y colaboradores en 1991. Consta de 22 ítems con siete opciones de respuesta (escala likert de 0-6). Para determinar la relación significativa entre los factores y la presencia del síndrome, se utilizó la chi cuadrada y la ORP (Razón de momios de prevalencia), en conjunto con el paquete estadístico Epi Info 6, el cual nos proporcionó los valores de las siguientes medidas: IC (Intervalo de confianza),chi cuadrada y P (significancia estadística).

Resultados:

Al evaluar el nivel del Síndrome de Burnout en las 89 enfermeras, se encontró nivel bajo (78.65 %), medio (12.35%) y alto (8.9%). El componente más afectado en los niveles alto (21.3%) y medio 32.6%) fue la despersonalización; al contrario del nivel bajo que fue agotamiento emocional (86.5%). El sexo femenino (9.75%) presentó nivel alto, (13.53%) nivel medio, y (76.82%) nivel bajo. En el masculino todos presentaron nivel bajo. En la edad de 19-28 años (50%), 29-38 (25%), 49-58 (12.5%), 59-68 (12.5%), presentaron nivel alto, media de 34.87 y desviación estándar ±11.3. En la antigüedad laboral los grupos de 1-10 años (87.5%), 31-40 (12.5%) presentaron nivel alto con una media de 8.75 y una desviación estándar ±10.60. En los de 1-10 (72.72%), 11-20 (18.18%) presentaron un nivel medio con una media de 6 y desviación estándar ±6.82. El 9.1% omitió la respuesta. En los de 1-10 (64.28%), 11-20 (17.14%), 21-30 (2.85%), 31-40 (8.57%), 41-50 (1.42%) presentaron nivel bajo con una media de 9.84 y una desviación estándar ±11.47. Se analizaron datos similares como estado civil, número de hijos, nivel de estudios, salario y la tarea laboral.

Discusión:

El componente más afectado fue la despersonalización; el personal de enfermería reflejó bajos sentimientos de realización personal paralelos a altos sentimientos de agotamiento emocional. La edad influyó de manera significativa en padecer el Síndrome; la correlación encontrada entre la variable estado civil y la presencia del síndrome fue significativa con mayor probabilidad en las solteras. En la antigüedad laboral algunos autores consideran que a mayor antigüedad, protección contra el síndrome, los resultados de este estudio demuestran que en el nivel alto se encuentra los de menor antigüedad Los hallazgos solo serán posible atenderse desde el nivel institucional Recomendar actuaciones eficaces a través de la práctica de técnicas de relajación,

hacer pequeños descansos durante la jornada y aprender a equilibrar los objetivos de una empresa, sin renunciar los valores humanos compatibilizándolo y reforzándolo con lo técnico. Hacer un seguimiento del comportamiento del síndrome en el personal de enfermería de la institución estudiada.

Referencias bibliográficas:

1. Balseiro Almario Lasty. El Síndrome de Burnout: un riesgo permanente en el trabajo de enfermería: 28.
2. Maslach C. Jackson S. The Maslach Burnout Inventory. 2nd ed. Palo Alto Consulting Psychologist Press, 1986.
3. Organización Mundial de la Salud. Salud ocupacional para todos. Estrategia mundial. Ginebra. 1995.
4. Franco Bontempo Ximena. Nivel de síndrome de agotamiento en médicos, enfermeras y paramédicos. Rev Mex de Puericultura y Ped. 1999:6(34).
5. Lee RT. Ashforth BE. A meta–analytic examination of the correlates of the three dimensions of job burnout. Journal of applied psychology. 1999; 81(2): 123-133.
6. Melchior A A. Van den Berg R. Halfens H. Abu Saad H. Philipsen, H. Gassman P.
7. Burnout and the work envioronment of nurse in psychiatric long-stay care settings. Soc. Psychiatry Epidemiol. 1997. 32:158-164.
8. Pando M et al. Prevalencia de estrés y Burnout en los trabajadores de la salud en un hospital ambulatorio. Revista Psicología y Salud. Enero-junio 2003: 13(1) 52-60.
9. Hernández E. Espino M. Prevención primaria de enfermería para disminuir el Síndrome de Burnout en los profesores universitarios. Desarrollo científico de enfermería. Marzo, 2005; 13(2): 67-75.
10. Bejines M. Meda R. Relación entre Burnout y trastornos del sueño en enfermeras. Revista Desarrollo Científico.Octubre, 2006; 4 (9): 20-45.
11. Hernández C. et al. Burnout y síntomas somáticos cardiovasculares en enfermeras de una institución de salud en el D.F. Revista de Enfermería IMSS: 125-131.
12. López Franco M. Rodríguez Núñez A. et al. Síndrome de desgaste profesional en el personal asistencial pediátrico. Barcelona, España.
13. Llera D. Síndrome de Burnout, aproximaciones teóricas. Resultado de algunos estudios en Popayán. Septiembre del 2006.
14. Gil Monte R. Peiró J. Desgaste psíquico en el trabajo: El síndrome de quemarse. Madrid. Síntesis. 1997: 12-20.
15. Peiró J. Salvador A. Control del estrés laboral. Madrid. Eudema. 1993:15-30.
16. Códigos Internacionales de ética. Bol of Sanit Panam. 1990;108 (5-6).
17. Almendro C. Gonzáles P. Síndrome de Burnout. Artículos del portal "Plataforma 10 minutos". 2005.

Violencia intrafamiliar, desde un enfoque de género en el municipio de Rafael Delgado

Autor: Dulce María Bandala Ramírez, Viridiana Ramírez Lezama
Coautores: Norma Nash Campos, Minerva Teresa Alonso Rivera, María López de la Rica

Área de Investigación: Salud Pública
Número de Registro:EFOUV/0031
Tipo de Autor: Docente y Profesional de la salud
Institución: Universidad Veracruzana
Dependencia: Facultad de Enfermería
Año Residencia: 2008
Hospital:
Matrícula/Número Personal: 4131
Teléfono Laboral: 2727143981
Teléfono Particular: 2717132109
Teléfono Celular: 2711345191
Email: nnash@uv,mx
Email Alternativo: nashnorma@hotmail.com

Argumentación teórica:

Prevenir la violencia familiar implica la existencia de profundos cambios en los valores y el comportamiento de las personas. Significa principalmente reconocer los derechos individuales de cada uno de los miembros del grupo familiar. Veracruz ocupa el tercer lugar de violencia en el país por lo que para argumentar esta investigación se analizó el panorama epidemiológico de la violencia en el estado, la relación que existe entre familia y violencia, algunos antecedentes sociales de la violencia, así como las aportaciones de algunas feministas radicales como; Lidia Cacho, Ximena Bedregal y Graciela Hierro entre otras. Se enfatiza sobre los tipos de violencia relacionándolas con algunas características de quienes las ejercen

Argumentación empírica:

En el mundo existen estudios o trabajos sobre la violencia de género en la relación de pareja; en México debido a la magnitud imperante de esta problemática, se han realizado investigaciones que documentan su prevalecía, características e impacto. Por mencionar algunas: en el 2003 el Instituto Nacional de Salud Pública, en coordinación con el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, de la Secretaría de Salud aplicó la Encuesta Nacional de Violencia contra las Mujeres (ENVIM) donde cuantificó la prevalencia de la violencia contra las mujeres usuarias del sector salud. La Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares 2003 (ENDIREH) registró también información que permite identificar situaciones de violencia. El Programa Nacional Mujer y Salud reportó en el 2003 que en Veracruz se registraron todos los tipos de violencia. El Centro Luz Marina en el Municipio Rafael Delgado ha desarrollado trabajos sobre el tema.

Planteamiento del problema:

En las leyes veracruzanas sobre violencia contra niñas y mujeres existe un vacío desde el punto de vista de las relaciones de género, pues por definición todas las mujeres viven condiciones de subordinación frente al "sexo fuerte. Rafael Delgado es un municipio con una alta población indígena y es muy evidente la violencia a la que están sometidas las mujeres. Partiendo de dicha problemática en este estudio se trabajó con las mujeres que sufren violencia en este municipio y que reciben o no acompañamiento, por lo que se buscó determinar cuáles eran los factores que influyen para que se presente la violencia en las familias de Rafael Delgado y si ésta es utilizada por la pareja o familiar como un instrumento de poder y dominio.

Objetivo general:

Analizar desde un enfoque de género las condiciones socioculturales en que se desenvuelven las mujeres amas de casa en el municipio Rafael Delgado y que las hace vulnerables a sufrir violencia. Contribuir con el Centro Luz Marina en la identificación de los factores determinantes del maltrato en las mujeres amas de casa en el municipio y con ello ser más específicos en las acciones.

Metodología:

El estudio es cualitativo a partir de los fundamentos del Interaccionismo Simbólico, pues interesaba analizar cómo las mujeres que sufren violencia asumen y entiende la situación que viven, cómo la interpretan y sobre todo las repercusiones que generan alrededor de la familia. Se manejan y analizan datos de tipo cuantitativo. El espacio físico lo constituyeron los seis Barrios que dividen el municipio y mujeres que viven en comunidades aledañas (Magdalena y Tonalixco).La muestra la conformaron 22 mujeres; 12 que reciben acompañamiento (aceptaron compartir sus testimonios, con autorización del Centro) y 10 que no han recibido atención de ninguna instancia. Para la recolección de la información se utilizó la técnica de la entrevista, apoyada por un cuestionario con 13 preguntas estructuradas, se realizaron 20 visitas a los domicilios de las mujeres y reuniones en el Centro Luz Marina. También se utilizó la Historia oral (Testimonios), registrando la información en grabaciones y como apoyo el diario de campo. Las unidades de análisis fueron el Centro Luz Marina (un coordinador, un psicólogo, dos promotoras), mujeres que sufren violencia con o sin acompañamiento y el DIF Municipal.

Resultados:

El 63.6% de las mujeres conviven con familias extensas; 27.0% siempre es maltratada, otro 27.0% casi siempre, 36.0% a veces. El 54.5% de las mujeres son maltratadas por su esposo y generalmente al hacerlo está bajo el influjo del alcohol o alguna droga. El 63.3% sufre violencia física y psicológica y económica,, así como sexual, 72.2% verbal. Han solicitado ayuda al Centro Luz Marina, policía municipal, Agencia de Delitos Sexuales, sacerdote y Cruz Roja. Todas refieren ser golpeadas en alguna parte del cuerpo y 83.4% en la cara, brazos y todo el cuerpo. La violencia extrema que sufren ha repercutido en la conducta de sus hijos. Con base en los testimonios de las mujeres del municipio Rafael Delgado, se aprecian diferentes tipos de comportamientos entre los cuales se encuentran: mujeres con situaciones de duelo no superado, abandono personal, impulsos de agresividad contra su esposo o hijos, baja autoestima y poca iniciativa; otras adoptan una actitud de desobediencia y flojera; deslindándose así de algunas responsabilidades. Todo esto es producto de la impotencia y la frustración de no poder solucionar su situación; en otras existe un alto grado de ansiedad y la mayoría refiere sentimientos de culpabilidad. Una característica de estas mujeres, es que sea cual sea su situación, en algún momento de su vida han sufrido uno de los tipos violencia por algún miembro de su familia.

Discusión:

Las mujeres en Rafael Delgado enfrentan diversas formas de violencia. Las razones que las llevaron a decidir formar una familia son en su mayoría, la violencia que en sus hogares enfrentaban sus madres, un embarazo no planeado y decisiones no tomadas por ellas, sino por sus padres. Sus niveles de vida se traducen en pobreza y viviendas precarias donde hay hacinamiento. Sus bajos niveles de vida, así como el arraigado alcoholismo y consumo de drogas en sus parejas hacen que su situación de violencia se haga más grave y acentuada. La negligencia, ignorancia o complicidad de sus autoridades, no permiten que la violencia hacia las mujeres en este municipio sea enfrentada y se busque frenarla. Las consecuencias de esta violencia hacia ellas, se manifiestan en una baja autoestima, además de que les afecta sus emociones provocando en ellas inseguridad y nerviosismo.

Referencias bibliográficas:

1. Simón D. "Registran 50 casos de violencia y desintegración familiar". Orizaba en vivo, la noticia al momento. (En línea). Orizaba. Marzo 2008. Disponible en: http://www.orizabaenvivo.com/site/index (Accesado el 14 de marzo de 2008.
2. Escobar Yaremi."Veracruz, en la lista negra", Imagen del Golfo. (En línea). Veracruz, Octubre 2007. Disponible en: http://www.imagendelgolfo.com.mx/reportaje.php?id=191 (Accesado el 14 de marzo de 2008).
3. Castro L. "Zongolica: violencia extrema contra las mujeres". CIMAC. (En línea)., México, Diciembre 2005. Disponible en: http://www.cimacnoticias.com/noticias/05dic/s05120606.htm. (Accesado el 22 de abril de 2008.
4. Castañeda P. Margarita. Actividades educativas. Salud Pública de México, SSA. Segunda edición corregida. Vol VII. 1975.
5. H. Congreso de la Unión. Cámara de Diputados, LIX Legislatura. Violencia Feminicida en Veracruz. México. Abril de 2006.

6. Folleto Informativo del Centro Luz Marina, Marzo 2008.
7. Satir V. Relaciones Humanas en el Núcleo Familiar. México. 2004.
8. Portillo J. Escuela para Padres. Matrimonio y Familia. Agenda Mujeres 2000. Trillas-Instituto de la Mujer-México Distrito Federal. 2003. Vol. I.
9. Yañez G I. INEGI Las mujeres en México por violencia intrafamiliar son más que las causas por delincuencia organizada: 2,159 fallecieron en 2005. La crónica de hoy, (En línea). Noviembre 2006. Disponible en:http://www.centronacionalequidad/Género.htm.
10. Amezcua M. "Investigación cualitativa, métodos biográficos e historia oral en el contexto de la salud". (En línea). Granada, España.Mayo 2004: 734. Disponible en:http://www.index.f.com/memoria/anuario.php.

Factores asociados al compromiso anímico del Trastorno Disfórico Premenstrual

Autor: Dora Margarita Márquez Montané
Coautores: Félix Guillermo Márquez Celedonio, Félix Gilberto Islas Ruz

Área de Investigación: Salud Pública
Número de Registro: F-2008-3003-6
Tipo de Autor: Docente y Profesional de la salud
Institución: Instituto Mexicano del Seguro Social
Dependencia: Unidad de Medicina Familiar 61
Año Residencia: 2008
Hospital:
Matrícula/Número Personal: S05020602
Teléfono Laboral: 229 9 22 19 20 Extensión: 2428
Email: felixg.marquez@imss.gob.mx
Email Alternativo: doritamm@hotmail.com

Argumentación teórica:

El Trastorno Disfórico Premenstrual es la variante severa del Síndrome Premenstrual y es una entidad psiquiátrica caracterizada por la presencia de síntomas físicos, emocionales y conductuales, que afectan a la mujer en edad fértil. Los síntomas emocionales, mentales y físicos se presentan de forma cíclica en las dos semanas antes de la menstruación[1] y son lo suficientemente severos que interfieren en la vida social, familiar y en la actividad sexual[2]. La sintomatología premenstrual se relaciona con algunos aspectos como estado civil, paridad, ocupación y nivel social, así como expectativas de cada mujer[3]. La mayoría de las mujeres experimenta en algún momento de su vida síntomas premenstruales severos comenzando en cualquier momento de la vida reproductiva, soliendo buscar ayuda médica en la década de los treinta[4].

Argumentación empírica:

Según la epidemiología, tiene una incidencia aproximada de 5-8% pero que produce una disfunción o incapacidad significativa. El compromiso anímico produce mal desempeño de las tareas habituales, por lo que una mujer promedio tendrá más de 2500 días de sufrimiento y discapacidad hasta que llegue a la menopausia[5]. Se ha demostrado que la proporción de pacientes con deterioro clínico severo de la calidad de vida respecto al Trastorno Disfórico Premenstrual corresponde a 31% en comparación con otros trastornos de depresión y ansiedad[6]. La teoría de la serotonina explica que el ciclo ovárico se encuentra bioquímicamente relacionado con el sistema nervioso central y otros órganos blanco, es por esto que en el Trastorno Disfórico Premenstrual observamos datos de depresión y ansiedad relacionados con la desregulación de la serotonina[7]. Varios estudios demuestran que entre 70-90% de las mujeres padecen Síndrome Premenstrual y que 7.5-10% padecen síntomas severos o disforia premenstrual, con la necesidad de asistencia médica por sus alteraciones de tipo depresivo[8].

Planteamiento del problema:

¿Cuáles son los factores asociados al compromiso anímico del Trastorno Disfórico Premenstrual?

Objetivo general:

Determinar los factores relacionados con el compromiso anímico del Trastorno Disfórico Premenstrual.

Metodología:

Tipo de diseño: encuesta transversal comparativa. Universo: mujeres en edad fértil adscritas a la Unidad de Medicina Familiar 61, de Veracruz, Ver. Tamaño de muestra: se determinó con base en los siguientes parámetros: nivel de confianza: 95%; tamaño de población: 39,109; frecuencia esperada del padecimiento*: 10%; frecuencia más alejada al valor esperado*: 2% (obtenido con base en la bibliografía revisada). El tamaño de muestra establecido: 54 pacientes. Variables de exposición (independientes): sexo, edad, escolaridad, estado civil, ocupación, edad de menarca, periodos menstruales, inicio de vida sexual activa, métodos de planificación familiar, enfermedad psiquiátrica.Variable de desenlace (dependiente): compromiso anímico del Trastorno Disfórico Premenstrual.Procedimientos: a la población de estudio se le aplicó la tabla de registro diario de síntomas del Trastorno Disfórico Premenstrual y se estableció diagnóstico con base en el DSM IV. También se aplicó cuestionario para explorar factores asociados al compromiso anímico del Trastorno Disfórico Premenstrual. Los pacientes encuestados se clasificaron en grupo con y sin compromiso anímico. Análisis estadístico: medidas de tendencia central (medias y medianas) y de dispersión (desviación estándar y rango). El análisis inferencial con chi cuadrada con corrección de Yates; estimación de asociación con razón de momios (RM) e intervalos de confianza 95% (IC 95%).

Resultados:

El grupo sin compromiso anímico del Trastorno Disfórico Premenstrual incluyó 40 pacientes (74.1%) y el grupo con compromiso anímico del Trastorno

Disfórico Premenstrual 14, de las cuales 8 (14.8%) presentaron síntomas moderados pero que no afectan sus actividades diarias y 6 (11.1%) con sintomatología que afecta para realizar actividades diarias. En el grupo sin compromiso anímico la edad promedio (media y desviación estándar) fue de 31.4 +/- 8.9 años. En el grupo con compromiso anímico fue de 29.5 +/- 6.5 años ($p>0.05$). La escolaridad en el grupo sin compromiso anímico 2 pacientes (5%) con estudios de primaria, 4 (10%) con estudios de secundaria, 12 (30%) con bachillerato y 22 (55%) con estudios de licenciatura o superiores. En el grupo con compromiso anímico se presentan 1 paciente (7%) con primaria, 3 (21.4%) con secundaria, 2 (14.3%) bachillerato y 8 (57.1%) con estudios de licenciatura o superiores ($p>0.05$). En cuanto al estado civil el grupo sin compromiso anímico se presenta de la siguiente manera, 24 (60%) solteras, 13 (32.3%) casadas, 2 (5%) en unión libre y 1 (2.5%) divorciada. En el grupo con compromiso anímico son 7 (50%) solteras, 3 (21.4%) casadas, 1 (7.1%) divorciada. Se obtiene un valor de RM (IC) 0.8 (0.20-3.27) ($p>0.05$). En las demás variables de exposición se obtuvieron los siguientes valores de asociación: ocupación remunerada RM 0.44 IC95% (0.10-1.90); regularidad del ciclo menstrual RM 0.53 IC95% (0.11-2.73); vida sexual activa RM 1.86 IC95% (0.18-46.1).

Discusión:

Las perturbaciones que aquejan al sexo femenino son múltiples pero está bien establecido que la patología psiquiátrica aumenta considerablemente en cifras absolutas durante los eventos de su edad fértil, embarazo, parto, puerperio, peri y posmenopausia, junto con el Trastorno Disfórico Premenstrual. Todas estas patologías tienen una etiología múltiple en que intervienen factores orgánicos, personales, sociales e histórico-culturales (estereotipos, mitos, clase social, educación, occidentalización). Este estudio tiene resultados similares a los reportados en la bibliografía, los factores que se pensaban influirían en la presentación del Trastorno Disfórico Premenstrual no tuvieron significancia estadística.La edad se encuentra alrededor de los 30 años, aunque los síntomas iniciaron desde la menarca, los ciclos menstruales son regulares en la mayoría de las pacientes y el uso de anticonceptivos no modificó la presencia de síntomas. Se observó que las mujeres que trabajan en casa tienen menor incidencia de presentar disforia premenstrual, comparadas con aquellas que trabajan fuera de su casa y que tienen un nivel de estudios de licenciatura, sin embargo en nuestro estudio esta observación se mostró como una tendencia que no tuvo significancia estadística, al igual que en las otras variables analizadas. La disforia premenstrual es un padecimiento subdiagnosticado y es necesario buscar más factores asociados a la presentación del compromiso anímico.

Referencias bibliográficas:

1. Subhash B. Shashi B. Diagnosis and Treatment of Premenstrual Dysphoric Disorder. Am Fam Physicians 2002; 66 (7): 1239-1248.
2. Flores Ramos M. Ontiveros Uribe M. Cortes Sotres J. Comparación entre el Tratamiento Continuo y el Intermitente con Citalopram para el Trastorno Disfórico Premenstrual. Salud Mental. 2003; 26 (3): 37-45.
3. Marvan ML. Escobedo C. Premenstrual symptomatology: role of prior knowledge about premenstrual syndrome. Psychosom Med. 1999; 61: 163-167.
4. García Blanco C. Gómez Macías V. Mairena García de la Torre A. Neira Laredo N. Síndrome Disfórico Premenstrual, ¿ Mito o Realidad? Interpsiquis (On Line) 16 de febrero 2005. Dispobible en: http://www.psiquiatria.com
5. López Mato A. Illa G. Boullosa O. Márquez C. Vieitez A. Trastorno Disfórico Premenstrual. Rev Chil Neuro-Psiquiat. 2000; 38 (3): 187-195.
6. Hyman Rapaport M. Clary C. Fayyad R. Endicott J. Quality of life impairment in depressive and anxiety disorders. Am J Psychiatry. 2005; 162 (6): 1171-1178.
7. Dell D. Premenstrual Syndrome, Premenstrual Dysphoric Disorder and Premenstrual Exacerbation of Another Disorder. Clin Obstet Gynecol. 2004; 47 (3): 568-575.
8. Marvan M L. Contreras C M. El Síndrome Premenstrual. Salud Mental. 1993; 16 (1): 33-37.

Historia de caries en alumnos de nuevo ingreso

Autor: Alexey Martínez Fuentes
Coautores: Antonia Barranca Enríquez, Beatriz Torres Flores

Área de Investigación: Salud Pública
Número de Registro: 22907
Tipo de Autor: Docente y Profesional de la salud
Institución: Universidad Veracruzana
Dependencia: Centro de Estudios y Servicios en Salud
Año Residencia: 2008
Hospital:
Matrícula/Número Personal: 23440
Teléfono Laboral: 2299324978
Teléfono Particular: 2299270776
Teléfono Celular: 2299070288
Email: abarranca@uv.mx
Email Alternativo: abe_antonia@hotmail.com

Argumentación teórica:

La caries dental es una enfermedad de alta prevalencia en todo el mundo y actualmente se define como una patología infecciosa, crónica y transmisible, de origen multifactorial, producida por microorganismos (Streptococcus Mutans, bacteria que produce ácido láctico por fermentación de carbohidratos)[1] donde la dieta desempeña un papel muy importante en la desmineralización y destrucción de los órganos dentarios[2]. Cuando la dieta y la higiene oral son

defectuosas los periodos vulnerables para producir caries son de 4-8 años en la primera dentición y de 8-12 años en la dentición permanente, de no ser tratada oportunamente provoca dolor que a la vez indica el grado de avance, de profundidad de la lesión y finalmente la pérdida del diente; por lo cual hay necesidades de tratamiento en la población escolar[3]. Muchos estudios indican que la colonización temprana de la boca del niño por dicha bacteria es a través de la saliva de los adultos, especialmente de las madres. La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha definido la caries dental como "Un proceso localizado de origen multifactorial que se inicia después de la erupción dentaria, determinando el reblandecimiento del tejido duro del diente y que evoluciona hasta la formación de una cavidad. Si no se atiende oportunamente, afecta la salud general y la calidad de vida de los individuos de todas las edades. Actualmente, se sabe que la caries corresponde a una enfermedad infecciosa, transmisible, producida por la concurrencia de bacterias específicas, un huésped cuya resistencia es menos que óptima y un ambiente adecuado, como es la cavidad oral. La conjunción de estos factores favorece la acidificación local del medio, lo que produce degradación de los hidratos de carbono de la dieta, a su vez seguida de la destrucción progresiva del material mineralizado y proteico del diente; a menos que este proceso sea detenido con una terapia específica, lleva a la pérdida total de la corona dentaria[4]. Estudios realizados en Latinoamérica revelan que la relación edad- experiencia de la caries dental en la dentición permanente, aumenta a mayor edad, siendo el sexo femenino la población con mayor incidencia[5].

Argumentación empírica:

De acuerdo con el estudio realizado en los alumnos de las licenciaturas y carreras técnicas del CUCS de la Universidad de Guadalajara 62.6% presentó alguna pieza cariada, 56.8% obturadas y 2.8% perdidas a consecuencia de dicha patología; con un promedio de piezas cariadas de 4.1, perdidas de 0.04 y obturadas de 3.4, con un CPOD de 7.6 considerado como muy alto por la OMS[17]. En estos hallazgos notamos que México se encuentra (de acuerdo con la OMS) entre las naciones con alto rango de frecuencia en enfermedades bucales, de las cuales la caries dental aqueja a más de 90% de la población mexicana[5]. La caries dental, periodontopatías y maloclusiones constituyen sin lugar a dudas los problemas bucales más importantes en cuanto a niveles de afección del aparato bucal. La placa dento bacteriana es una película de bacterias, que se adhiere tenazmente a la superficie dentaria en localización supra o subgingival. Cuando es supragingival, por lo general conduce a la caries dental, pues está formada por elementos cariogénicos, especialmente estreptococos. Si es subgingival, conduce en primer término a la enfermedad gingival y luego a la periodontal[18].

Planteamiento del problema:

¿Cuál es la historia de caries en los alumnos de nuevo ingreso de la Universidad Veracruzana en el periodo 2006, zona Veracruz-Boca del Río?

Objetivo general:

Determinar la historia de caries de alumnos de nuevo ingreso a la UV, periodo 2006, zona Veracruz, Boca del Río.

Metodología:

Se realizó estudio transversal, clínico, y observacional a 1048 alumnos de nuevo ingreso a la Universidad Veracruzana, zona Veracruz-Boca del Río, a través del índice CPO (índice para evaluar los dientes cariados, perdidos y obturados, avalado por la OMS) se analizaron los resultados con medidas de tendencia central.

Resultados:

Se revisaron 1048 alumnos (55 hombres y 498 mujeres)de las siguientes carreras: Administración de Empresas (SEA), Contaduria, Derecho (SEA), Educacion Física, Enfermería, Ingeniería Topógrafo Geodesta, Ingeniería Mecánica Eléctrica, Ingeniería Civil, Ingeniería Química, Nutrición, Pedagogía, Psicología, Sistemas Computacionales Administrativos, Técnico Histopatólogo Embalsamador, Técnico Radiólogo y Veterinaria. Los resultados arrojaron que 118 (9.54%) tienen más de 15 órganos dentarios con historia de caries (cariados, perdidos u obturados), 284 (27.09%) de 11 a 15, 378 (36.06%) de 6 a 10, 216 (20.61%) de 1 a 5 y sólo 52 (4.96%) sin antecedentes de historia de caries, predominando los rangos de 6 a 10 y de 11 a 15 órganos dentarios cariados. Estos resultados son alarmantes pues se esperaba que la presencia de caries fuera nula o por lo menos estuviera en el último rango de 1 a 5 órganos dentarios con historia de caries.

Discusión:

Las condiciones de salud bucal de los estudiantes no son las esperadas, pues de acuerdo con el promedio de edad se supondría debieran estar libres de caries. Por el contrario, 95.04% tiene algún antecedente de historia de caries (dientes cariados, perdidos y obturados) predominando los dientes cariados

Referencias bibliográficas:

1. Aligne CA et al. Association of pediatric dental caries with passive smoking. Jama 2003; 289 (10):1258-1269.
2. Aguilar Barbosa A. Martínez-Torres J. Frecuencia de caries y estado nutricio en preescolares. Rev Med IMSS. 2001; 39 (5): 429-433.
3. Chávez MM. Odontología Sanitaria. Publicación científica 63. Organización Panamericana de la Salud. 1962.
4. Leonor Palmer R. Caries dental en el niño, una enfermedad contagiosa Rev Chil Pediatr. Febrero 2006; 77 (1): 56-60.
5. Treviño Tamez Alaveza Miriam et al. Salud bucodental en escolares de estatus social bajo. RESPYN. México. Abril-junio 2005; 6 (2).
6. OMS. Banco Mundial de Datos sobre Salud Bucodental de la OMS, 1986-1996: panorámica de las encuestas de salud bucodental a los 12 años de edad.Rev Panam Salud Pública. 1998; 4 (6).

7. Suecia http:/www.sdpt.net/fluorbuchesuecia.htm
8. Marthaler TM. The prevalence of dental caries Res 1996:30-237-255.
9. Murray JJ.Rugg Gumm AJ. Jenkin 3ª. Edición, Londres: wright,1991.
10. Marthaler TM. Sthenadi A. Salt fluoridation 1962;6:1-6.
11. Thot K Table-salt fluoridation. Salud Pública de México. Marzo-abril de 1997; 39 (2).
12. Ayyaz Ali Khan. The permanent first molar, as an indicador for predicting caries activity. Internat Dental J. 1994;44:623-7.
13. Noronha JC et al. First permanent molar:first indicator of dental caries activity in initial mixed dentition. Braz Dent J. 1999;10(2):99-104.
14. Arrow P. Control of occlusal caries in the first permanent molar by oral hygiene. Commun Dent Oral Epidemiol. 1997;25:278-83.
15. Salud bucodental en escolares de estrato social bajo. Revista de la Facultad de Salud Pública y Nutrición. Abril - junio 2005; 6 (2).
16. Caries dental e higiene bucal en adolescentes" revista ADM vol. Noviembre-diciembre 2006. LXIII (6): 231-234.
17. Prevalencia de caries en los alumnos de las licenciaturas y carreras técnicas del Centro Universitario de Ciencias de la Salud (CUCS) de la universidad de Guadalajara, 2003. Copyright 1999-2007. Disponible en: www.odontologia-online.com. CD.
18. De Anda Rodriguez Fabian. Prieto Pulido Oscar. Mendoza Garibay Estanislao.
19. Lahoud S Victor. Mendoza Z Janett. Vacca D Gustavo. Prevalencia de placa bacteriana, caries dental y maloclusiones en 300 escolares de 6 a 14 años de edad." Odontología Sanmarquina. 2000; 1 (5).
20. American Dental Association. Para el Paciente Dental. JADA. Diciembre 2002. Vol.133. Disponible en: www.ada.org
21. Bascones Martínez Antonio. Tratado de odontología" Editorial Avances Médico Dentales. Edición 3ª. Enero 2000; I: 777; II: 2213; 2225-2230; p 2322.
22. Rodríguez Arias Orestes D. Abreu De la Huerta Mayra. Brito López Nieves. de la C. García Díaz Reyna. Castañeda Fernández Jorge. Dientes Cariados, obturados y perdidos en pacientes con diabetes mellitus y sin ella. Medisan. 2006;10(1).
23. Maupomé Gerardo et al. Factores Socioeconómicos y dentales asociados a la utilización de servicios odontológicos en escolares de Campeche México. Centro de investigación en Sistemas de Salud. México. Julio y agosto. 2004. Vol. 61.
24. Otero M Jaime. Otero I Jaime. Indicadores de caries dental. Salud Pública Odontología. Perú.Octubre 2004.
25. Norma Oficial Mexicana, NOM-013-SSA 2- 1994. Para la Prevención y Control de Enfermedades Bucales, Publicado en el Diario Oficial de la Federación el día 6 de enero de 1995. P. 3.
26. Amor Villalpando Alberto et al. Programas de Educación en la Comunidad. UAG. 1979. Tomo I.

Parteras tradicionales, una alternativa de atención al embarazo en las mujeres del área rural en Coscomatepec de Bravo

Autor: Alija De la Cruz Morales, Alma Delia Meza González
Coautores: Norma Nash Campos, Víctor E. Abasolo Palacio,Miguelina Reyes Hernández

Área de Investigación: Salud Pública
Número de Registro: EFOUV/0032
Tipo de Autor: Docente y Profesional de la salud
Institución: Universidad Veracruzana
Dependencia: Facultad de Enfermería
Año Residencia: 2008
Hospital:
Matrícula/Número Personal: 4131
Teléfono Laboral: 2727143981
Teléfono Particular: 2717132109
Teléfono Celular: 2711345191
Email: nnash@uv.mx
Email Alternativo: nashnorma@hotmail.com

Argumentación teórica:

En el pasado las parteras no contaban con un entrenamiento formal y especializado, su experiencia la obtenían a medida que atendían más y más partos. Etimológicamente partera es una palabra latina que deriva del verbo obstare, que se traduce como "estar al lado" o "delante de". En cuyo caso significaría, dándole sentido lógico, que la partera acompaña a la parturienta. La partera tradicional se localiza básicamente en el área rural donde la ascendencia indígena es todavía considerable. El principal recurso que emplea es la herbolaria medicinal aunque, dada su inserción en la modernidad, eventualmente también utiliza medicamentos de patente. Muy a menudo recurre a acciones manuales (sobadas, manteadas, masajes, etc.) y a los recursos hidroterapéuticos (temazcal, por ejemplo) para afrontar algunos de los problemas de la morbilidad reproductiva. .

Argumentación empírica:

Miguel Güémez Pineda es un representante de los científicos dedicados al tema de las parteras desde su más temprano inicio, como lo demuestra su tesis de licenciatura del año 1988. Por ello, ha comentado acerca de la publicación de Hiriam Bravo, la cual se divide en dos partes: una muy completa sobre los antecedentes de la partera y la otra se refiere a la capacitación de las parteras. La primera parte del libro contiene antecedentes generales sobre la partería, también explica el origen de su definición y hace una diferenciación entre los términos utilizados en su denominación.

Planteamiento del problema:

La partera tradicional ha jugado un papel decisivo en la asistencia al nacimiento en las comunidades donde vive. Las mortalidades materna y perinatal

pueden disminuirse gracias a la vinculación de parteras rurales de salud debidamente capacitadas en la comunidad donde residen. Mientras existan lugares distantes, de difícil acceso o problemas de seguridad pública en el país, las parteras son el único recurso con que cuentan las comunidades para afrontar y resolver los problemas de salud. El conocer la trayectoria de las parteras del municipio de Coscomatepec de Bravo a través de su historia de vida implica ir más allá de la simple apariencia de la labor que realizan, y profundizar en lo que esencialmente significa para cada una de ellas esta actividad. Por lo que en éste estudio se buscaba determinar si

Objetivo General:

¿Es la labor que realizan las parteras en sus comunidades una alternativa de atención al embarazo en las mujeres de las comunidades donde ellas habitan?

Metodología:

El tipo de estudio es cualitativo y cuantitativo, se inició a finales del mes de marzo del 2008 con la inquietud de conocer más a detalle la importancia de la labor que las parteras tradicionales realizan dentro de algunas comunidades en Coscomatepec de Bravo, Ver. En coordinación con el programa IMSS Oportunidades la Facultad de Enfermería intervino en algunas capacitaciones que se les imparten a las parteras una vez al mes, todo esto para lograr una mejor interacción y darles a conocer la participación que cada una de ellas tendrían en la investigación. Como instrumento para la recolección de datos utilizamos una entrevista semiestructurada con el propósito de obtener información necesaria. La entrevista estuvo conformada por 21 preguntas las cuales se dividían en tres parámetros: personal, laboral y cultural. Los instrumentos auxiliares utilizados para recoger la información fueron dos cámaras, una de video y otra fotográfica digital. Como técnica cualitativa se trabajo con la historia de vida.

Resultados:

Se obtuvo información sobre datos personales, laborales y culturales de las parteras. Estos dos últimos nos muestran una amplia variedad de hábitos y costumbres que ellas realizan en su comunidad. Se resume cuantitativamente en: 66.6% tiene edad promedio entre 55 y 94 años, 47.9% es analfabeta, 52.1% tiene primaria completa, secundaria y bachillerato. El 62.5% es casada y 25.0% viudas. El 33.3% ha parido de 11 a 13 hijos y 62.5% de 14 a 19; todos atendidos por ellas mismas o algún familiar. El 12.5% se concentra en la comunidad de Xocotla, comunidad marginada geográficamente, por lo que se realizó una etnografía de la misma. En la herencia cultural 40.0% aprendió de sus padres, 33.3% por sí sola y 20.8% dice que a través del personal de salud. Inicio como partera: 54.2% dice que entre los 14 y 27 años; 43.8% de 28 y 48 años. Años de ejercicio 10 a 40 años (64.6%) y 41 a 70 años (27.1%). Partos atendidos entre 100 a 500 (20.8%), y de 1000 y más (29.1%). Todas han recibido cursos de capacitación. Se elaboró la historia de vida de las 48 parteras.

Discusión:

Con las técnicas aplicadas en esta investigación obtuvimos un panorama general de la vida y las costumbres de las parteras. Ellas ocupan un lugar estratégico en la asistencia de la madre y el recién nacido en comunidades que por razones geográficas, económicas y/o culturales no tienen acceso a la atención sanitaria institucional. Son respetadas y valoradas en las comunidades indígenas, pues son las encargadas del manejo de la embarazada, el puerperio, el cuidado del recién nacido y de los consejos para evitar el embarazo. Para realizar esta noble tarea cuentan con un variado repertorio de creencias, conocimientos y prácticas ginecoobstétricas tradicionales. En la percepción cultural se ponen de manifiesto diferencias culturales en las actitudes y comportamientos en torno a la atención del embarazo, ya que la ideología que ellas tienen, a diferencia del personal de salud, interviene en la relación de confianza que ellas establecen con las mujeres. Este estudio en particular resultó relevante para los Promotores de Acción Comunitaria del Hospital Rural IMSS-Oportunidades y las propias parteras, debido a que por años se les ha dado capacitación y no se tenía un registro de la identidad individual de cada una de ellas.

Referencias bibliográficas:

1. Güémez Pineda Miguel A. De comadronas a promotoras de salud y planificación familiar: El proceso de incorporación de las parteras empíricas yucatecas al sistema institucional de salud. En: Cambio cultural y resocialización en Yucatán. Tratados y memorias de Investigación de la Unidad de Ciencias Sociales. 1997.No. 3. Ediciones de la Universidad Autónoma de Yucatán. Mérida, Yucatán, México.
2. Barrera A. Las Parteras de Pustunich, Yucatán. México.1998. No. 91.
3. Barrera A. Antropología Médica y Etnobotánica. México. 1994. No. 113.
4. Delgado JM. Métodos y Técnicas Cualitativas de Investigación en Ciencias Sociales. España. 1994
5. Gómez Jara F. Coscomatepec. Gobierno del Estado de Veracruz .1ra. Edición.México. 1998.
6. Guzmán Medina Violeta. Relación salud- trabajo en el sector campesino de Pustunich, Yucatán. Boletín de la Escuela de Ciencias Antropológicas de la Universidad de Yucatán, Mérida. Mayo- junio 1982; añp 9 (54): 3-12.

Prevalencia del lavado de manos y factores asociados al incumplimiento

Autor: Alicia Martínez Flores
Coautores: María Cristina Montejo Briceño, Nancy Ramírez Aburto, Aurelio Rojas Rodríguez, Alberto Rubí García

Área de Investigación: Salud Pública
Número de Registro:6
Tipo de Autor: Docente y Profesional de la salud
Institución: Instituto de Salud Pública
Dependencia: Universidad Veracruzana
Año Residencia: 2008
Hospital:
Matrícula/Número Personal: S07016844
Teléfono Laboral: 8-41-36-96
Teléfono Particular: (228) 8172051
Teléfono Celular: 2281 199530
Email: doc_alix@hotmail.com
Email Alternativo: doc_alix@yahoo.com.mx

Argumentación teórica:

La teoría de la multicausalidad sustenta las acciones que se llevaron a cabo en este proyecto. Postula que la relación causal en epidemiología implica que los sujetos sobre los que actúa el factor de riesgo tienen una mayor probabilidad de desarrollar la enfermedad, siendo dicho factor el que hace la manifestación temprana de la enfermedad. Se habla de factor de riesgo como aquel que es controlado, precede al comienzo de la enfermedad y tiene responsabilidad en su producción. Los modelos causales son de utilidad para planificar y ejecutar acciones sanitarias que prevengan o disminuyan la enfermedad, para conseguir la mayor efectividad en las intervenciones en salud.

Argumentación empírica:

Peña y colaboradores, en el Hospital General Regional 72 del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), determinaron los niveles de conocimientos y de contaminación, así como conductas sobre el lavado de manos del personal en un servicio de urgencias, a través de un trabajo de sombra, toma de cultivos de las manos del mismo personal y la aplicación de un cuestionario sobre conocimientos de las precauciones universales en el manejo de pacientes hospitalizados y de actitud sobre el lavado de manos. Concluyeron que la práctica del lavado de manos en el servicio de urgencias es bajo y se asocia a cultivos de las manos altamente positivos con gérmenes patógenos. Hernández y colaboradores, en el Instituto Nacional de Cardiología "Ignacio Chávez", evaluaron el procedimiento de lavado de manos, para unificar y reafirmar los conocimientos sobre la técnica del lavado de manos y así mejorar la calidad de atención que se otorgaba a los pacientes; aplicaron también un estudio de sombra en cuatro servicios críticos en los tres turnos, los cuales obtuvieron resultados no satisfactorios, por lo que implementaron una estrategia de mejora en el proceso de lavado de manos. Cuéllar L y colaboradores, para conocer la eficacia de un programa de medidas generales para control y prevención de infecciones nosocomiales en el personal de salud del Instituto de Enfermedades Neoplásicas (INEN) en Lima, Perú, realizaron una evaluación durante el año 2000 en relación con conocimientos, práctica y actitud sobre medidas generales de control y prevención de infecciones nosocomiales (lavado de manos, técnica de lavado de manos, técnica aséptica y aislamiento); se encontró que la aplicación de un programa de intervención, fue una de las mejores estrategias, pues logró promover los índices del cumplimiento de las medidas generales de control y prevención en los trabajadores de salud.

Planteamiento del problema:

Diversos hospitales en todo el mundo han aplicado estrategias para conseguir que el personal de salud realice un cuidadoso lavado de manos de acuerdo con protocolos establecidos, pues esta simple práctica constituye el pilar fundamental en la lucha contra las infecciones nosocomiales, al ser las manos del personal de salud el principal vehículo de contaminación exógena. La higiene de las manos es una de las prácticas de antisepsia más importantes, siendo el más simple y económico procedimiento para la prevención[13] de las infecciones nosocomiales, logrando reducir su incidencia hasta en 50% cuando se realiza de manera adecuada.

Objetivo general:

Determinar la prevalencia del lavado de manos y los factores asociados al incumplimiento en la Clínica Hospital ISSSTE Xalapa.

Metodología:

Tipo de estudio: observacional, transversal, descriptivo y único. El universo de estudio fue el número total de eventos de lavado de manos en tres zonas del área de hospitalización durante tres horas. Se realizó una guía de observación de acuerdo con los lineamientos de la Organización Panamericana de la Salud para la técnica adecuada del lavado de manos. Se capturó en el programa Excel para su análisis mediante estadística descriptiva.Variable: aplicación de la técnica correcta del lavado de manos con agua y jabón. Definición conceptual: grado en el que se llevan a cabo todos los pasos considerados en la técnica correcta de lavado de manos con agua y jabón. Definición operacional: se considerará que realizan correctamente la técnica de lavado de manos si al observar, mediante una lista de cotejo, que los pasos y su secuencia se cumplen con al menos 80%. Indicadores: porcentaje de pasos y su secuencia realizados de acuerdo con la lista de cotejo.

Resultados:

Área del comedor: de 42 personas observadas sólo una de ellas se lavó las manos. Central de Enfermería: se observaron 21 eventos. En

promedio, el tiempo de lavado de manos fue de 12 segundos. El 95.2% utilizó detergente, 28.6% no se secó las manos, 23.8% lo hacía con toallas de papel y 47.6% con un trapo. Se observó que el personal iba de un área a otra sin un lavado de manos previo. Área de hospitalización: se observaron 44 eventos, 100% portaba reloj u otros accesorios, en ninguno de los eventos había un lavado de manos previo o posterior a la manipulación del paciente.

Discusión:

La realización de la técnica de lavado de manos entre los prestadores de servicios de salud se ve afectada por muchas razones. Algunos autores comentan que las más importantes son la complejidad del procedimiento mismo, la falta de insumos, capacitación insuficiente, la sobrecarga de trabajo y los efectos secundarios al lavado constante de las manos. Otros autores consideran que el personal de salud no le ha dado la importancia debida, pues a pesar de los esfuerzos realizados para mejorar su cumplimiento, no se han logrado cambios perdurables o duraderos, lo cual nos sugiere que estas intervenciones deben ser de manera continua. Cabe mencionar que en la Clínica Hospital ISSSTE Xalapa, los insumos necesarios para el lavado de manos (toallas de papel y jabón líquido), no se suministran de manera regular. Por ello se concluye que, a la par de un suministro constante, es necesario resaltar, como parte de un proceso de capacitación y promoción recomendado por diversos autores, la importancia del uso de los mejores materiales disponibles para la realización de la técnica adecuada de lavado de manos.

Referencias bibliográficas:

1. Peredo M. Guía para la prevención y control de las infecciones intrahospitalarias. México: Bristol-Myer Squibb de México.
2. Peña R. Rodríguez J. López J. Martìnez M. Naranjo O. Conocimientos y conductas del personal de salud sobre el lavado de manos en un servicio de emergencias. Rev Mex Med Urg. 2002; 1(2):43-47.
3. Hernández L. Hernández M. Infecciones Nosocomiales. Asoc Mex Infec y Micr Clí AC. 2003; 23 (3): 83-87.
4. Cuéllar L. Rosales R. Aquiño F. Eficacia de un programa de medidas generales para control y prevención de infecciones intrahospitalarias en el personal de salud del Instituto de Enfermedades Neoplásicas Lima (Perú) Comité de Control y Prevención de Infecciones Intrahospitalarias. INEN. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S17264634200400010 0007&script=sci_arttext .
5. Organización Mundial de la Salud. Prevención de las Infecciones Nosocomiales. Guía práctica. 2a ed. Malta: OMS; 2002.
6. Hospital de alta especialidad. "Pte. Juan Domingo Perón". [Página principal en internet]. Glosario de Términos Médicos. [Citado 23 julio 2008]. Disponible en: http://www.hacfsa.gov.ar/es/index.php?mod=glosario_abc&pagina=3&buscar=s.
7. Bermejo B. García I. Vigilancia y control de las Infecciones Nosocomiales: EPINE, VICONOS, PREVINE, ENVIN-UCI. [Monografía en Internet]. Navarra (España): Gobierno de Navarra; 2000. [Citado junio 2008]. Disponible en: www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol23/suple5a.html.
8. Dubbert M. Doice J. Richter W. Miller M. Chapman W. Increasing ICU staff handwashing: Effects of education and group feedback. Infect Control Hosp Epidemiol. 1990;11:191-93.
9. Doebbeling N. Stanley L. Sheetz T. Comparative efficacy of alternative handwashing agents in reducing nosocomial infections in intensive care units. N Engl J Med. 1992;327:88-93.
10. Anaya V. Ortiz S. Hernández V. García A. Jiménez M. Ángeles U. Prevalencia de lavado de manos y factores asociados al incumplimiento. Rev Enferm IMSS. 2007;15(3):141-46.
11. Pittet D. Simon A. Hugonnet S. Pessoa-Silva C. Sauvan V. Pemeger T. Hand hygiene among physicians: Performance, beliefs, and perceptions. Ann Intern Med. 2004;141(1):1-8.
12. Ministerio de Salud de Perú. Guía para lavado de manos. Cusco: Dirección Regional de Salud del Cusco; 2006. Disponible en: http://www.diresacusco.gob.pe/inteligencia/epidemiologia/asis/ASIS%202006/GUIAS%20IHH/GUIA%20DE%20LAVADO%20DE%20MANOS.pdf.
13. Teare L. Cookson B. French G. Jenner A. Scott G. Pallet A et al. UK handwashing initiative. J Hosp Infect. 1999; 43(1):1-3.
14. Albert K. Condie F. Hand-washing patterns in medical intensive-care units. N Engl J Med 1981;304:1465-66. Pitett D. Improving compliance with hands hygiene in hospitals. Infect Control Hospital Epidemiol 2002;21:381-86.
15. Navarrete S. Rancel S. Las infecciones nosocomiales y la calidad de la atención médica. Salud Pública Méx. 1999; 41(1):64-68.
16. Sánchez J. Fuster M. García C. Gracia P. García S. San Juan R et al. Evaluación de un programa de actualización de las recomendaciones sobre la higiene de manos. An Sist Sanit Navar. 2007;30(3):343-52.

Características clínicas y epidemiológicas de la Hipertensión Arterial en la población adscrita a la UMR IMSS Oportunidades

Autor: Viridiana Cuevas Sánchez
Coautores: Ángel Alberto Casillas Cruz

Área de Investigación: Salud Pública
Número de Registro: S/N
Tipo de Autor: Estudiante de Licenciatura
Institución: IMSS
Dependencia: IMSS-Oportunidades, UMR El Laurel, Vega de Alatorre
Año Residencia: 2008
Hospital:
Matrícula/Número Personal: 99317938
Telefono Laboral: 2281205472
Email: viri3007@hotmail.com

Argumentación teórica:

Se denomina Hipertensión Arterial al aumento de cifras de presión arterial sistólica iguales o mayores a 140 mm de Hg y/o cifras de presión arterial diastólica iguales o mayores a 90 mm Hg, así como a cifras de presión arterial normales en aquellas personas que están recibiendo medicación antihipertensiva. La Hipertensión Arterial (HTA) es un problema de salud pública, considerándola una epidemia mundial que padecen más de 1500 000 000 de personas; en nuestro país, en el año 2000, la ENSA estableció que más de 15 millones de mexicanos entre los 20 y 69 años padecen esta enfermedad, es decir 30.5% de la población total. La Hipertensión Arterial afecta principalmente a los riñones y al corazón, además de que es un padecimiento que produce consecuencias agudas como Enfermedad Vascular Cerebral que es una de las principales causas de muerte en nuestro país. Dicha enfermedad la podemos controlar mediante hábitos alimenticios adecuados, ejercicio físico constante y medicamentos antihipertensivos.

Argumentación empírica:

En EUA la última cifra estimada para 1991 fue de 50 millones, según informe no publicado del Centro Nacional de Estadísticas de Salud.

Planteamiento del problema:

¿Cuáles son las características clínicas y epidemiológicas en pacientes hipertensos en control en la UMR IMSS Oportunidades de El Laurel, municipio de Vega de Alatorre, Veracruz?

Objetivo general:

Determinar las características clínicas y epidemiológicas de los pacientes con hipertensión arterial en control en la UMR de El Laurel, municipio de Vega de Alatorre, Veracruz.

Metodología:

Estudio prospectivo, cuyo universo fue la población mayor de 25 años adscrita a la UMR El Laurel, municipio de Vega de Alatorre, de enero a junio del 2008. Las variables utilizadas fueron tensión arterial actual, edad, sexo, estado civil, ocupación, tabaquismo, alcoholismo, obesidad, ejercicio, tiempo de evolución de la hipertensión arterial, antecedentes familiares, enfermedad crónica degenerativa, cefalea, acufenos, fosfenos y edema de miembros inferiores. Con base en la pirámide poblacional se seleccionaron los habitantes para realizarles la toma de tensión arterial en dos ocasiones con los objetivos de comparar las cifras de tensión arterial y aplicarles la encuesta.

Resultados:

Dentro del universo de trabajo de la UMR 23 fueron pacientes hipertensos en control, 9 hombres y 14 mujeres. En cuanto a estado civil se detectaron11 casados, 7 viudos, 2 en unión libre, 2 solteros y solo 1 divorciado. Las ocupaciones: 13 se dedican a labores del hogar, 4 campesinos, 2 ejidatarios, 1 comerciante y 3 tienen otra ocupación. 22 negaron tabaquismo y sólo 1 contestó tabaquismo leve. 15 pacientes no ingieren alcohol, 8 lo ingieren ocasionalmente, ninguno tiene abuso o dependencia. De acuerdo con el IMC: 3 de peso normal, 7 con sobrepeso, 3 con obesidad grado I y 10 con obesidad grado II, no se encontró paciente con obesidad grado III. De los 23 hipertensos: 17 no realizan actividad física y 7 realizan ejercicio de 3-5 horas a la semana. 13 pacientes tienen más de 10 años de diagnóstico, 5 de 21 a 31 años, 3 de 11 a 20 años y sólo 1 es de reciente diagnóstico.16 pacientes tienen antecedentes familiares de primer grado, 5 de los pacientes no tenían familiares hipertensos y sólo 1 contestó que sus abuelos eran hipertensos. 2 refieren diabetes mellitus asociada a la hipertensión arterial, 4 son obesos, 7 negaron otra patología y 2 tienen dislipidemia refirieron cefalea en una ocasión una semana previa a la encuesta, 3 pacientes contestaron que en dos ocasiones, 2 tres o más veces y 8 nunca la presentaron. 11 negaron que no toman acufenos, 6 respondieron que una vez, 5 respondieron que en dos ocasiones y sólo 1 contestó que tres o más veces. De los 23 pacientes hipertensos encuestados, 13 reportaron que no se edematizan de las piernas y tobillos, 9 reportaron que es poco frecuente y sólo 1 reportó que es muy frecuente que esto le ocurra.

Discusión:

En el estudio realizado a la población con hipertensión arterial encontramos que del total de nuestro universo de trabajo de la UMR 7.8% es hipertenso en control, dicho porcentaje comparado con la prevalencia antes mencionada, es muy bajo, pero debemos tener en cuenta el tipo de universo adscrito a la UMR y el lugar donde se realiza. Del total de la población 61% fue femenina contra

39% del sexo masculino, dichos resultados nos hacen diferir con la Encuesta Nacional de Salud 2000, en la cual la prevalencia de hipertensión fue mayor en el sexo masculino con porcentaje de 34.2 en comparación con el sexo femenino que fue de 26.3%. Las cifras de presión sanguínea normal son mayores en los hombres que en las mujeres hasta la quinta década de la vida, cuando la prevalencia de hipertensión en mujeres aumenta hasta alcanzar las tasas observadas en el varón. Este aumento tardío en la incidencia de hipertensión en las mujeres se debe a la pérdida de protección vascular propia de los estrógenos; en nuestro estudio la mayoría fueron mujeres mayores de 50 años, concordando con lo anteriormente expuesto. La actividad física nula es un principal factor que influye para la presencia de datos clínicos y alteración de las cifras de tensión arterial; como se muestra en este estudio 87% de nuestros pacientes hipertensos padecen sobrepeso, así como obesidad grado, I y II, aunado a que 64% de los mismos no realiza ninguna actividad, por lo que son factores de riesgo para complicaciones agudas, las cuales tienen un costo más alto tratarlas que prevenirlas.

Referencias bibliográficas:

1. Giuseppe Mancia. Guías de práctica clínica para el tratamiento de la hipertensión arterial 2007, Rev. Esp Cardiol. 2007; 60(9):968.
2. Molina Rafael. Martí Juan Carlos. JNC -7 Informe, Grupos de HTA de semFYC y SAMFy, 1-26.
3. Oviedo Mota Mario Alberto. Medicina familiar.
4. Espinosa Larrañaga Francisco. Medicina interna, Enfermedades Crónicas. Guía clínica rara el diagnóstico y el manejo de la Hipertensión Arterial. 2004. Capitulo 8: 123- 134.
5. Tapia Conyer Roberto. Norma Oficial Mexicana Nom-030-SSa2-1999. Para la Prevención,Tratamiento y Control de la Hipertensión Arterial. Diario Oficial de la Federación, 2001: 1-24.
6. Kail M. Prevención de la hipertensión arterial; importancia de un estilo de vida saludable. Departamento de Hipertensión Arterial y Arterioesclerosis. Servicio de Cardiología del Hospital Semper. Belo Horizonte Brasil. 2004: 1-8.
7. Cruz Corchado M. Panorama epidemiológico de la Hipertensión Arterial en México. Arch Cardiol Mex, 2001; 71:192-97.
8. Plaza Celemin L. La Hipertensión Arterial en las distintas razas y latitudes Geográficas Rev. Lat. Cardiol 2002:23(5):159-62.
9. Vázquez Vigoa A. Fernández Arias MA. Cruz Álvarez NM. Rosello Azcanio Y. Pérez Caballero MD. Percepción de la Hipertensión Arterial como factor de riesgo. Aporte del Día Mundial de la lucha contra la Hipertensión Arterial. Rev Cubana Med. 2006; 45(3):22-31.
10. Rosas M. Pastelin G. Martínez Reding J. Herrera Acosta J. Attie F. Hipertensión Arterial en México. Arch Cardiol Mex. 2004; 74:134-57.
11. Rosas Peralta M. Lara Esqueda A. Pastelin Hernández G. Velásquez Monroy O. Martínez Reding J et al. Re-Encuesta Nacional de Hipertensión Arterial (RENAHTA): Consolidación Mexicana de los factores de riesgo cardiovascular. Cohorte Nacional De Seguimiento. Arch Cardiol Mex. 2001; 71:192-97.
12. Roca Cusachs A. Badia X. Dalfo A. Gascón G. Abellán J et al. Relación entre variables clínicas y terapéuticas y calidad de la vida relacionada con la salud en pacientes con Hipertensión Arterial. Estudio MINICHAL. Med. Clin (Barc) 2003; 121 (1):12-7 .
13. Elizondo Argueta S. Sánchez Zúñiga MJ. Román López E. Hipertensión Arterial Sistémica, diagnóstico y tratamiento. Med Int. México. 2004; 20: 130-9.
14. Velásquez Monroy O. Rosas Peralta M. Lara Esqueda A. Pastelín Hernández G. Attie F et al. Hipertensión Arterial en México: Resultados de la Encuesta Nacional de Salud (ENSA) 2000. Arch Cardiol Mex. 2002; 72(1):71-84.
15. Gonzáles Martínez F. Espinoza Rey J. Sánchez Hernández V. Jiménez Martínez MC. Mijangos Lazcano D. La Hipertensión Arterial en el adulto mayor. Rev Méd Hospital Gen. México. 1997; 60(2):71-74.
16. De la Figuera M. Navarro J. Hipertensión Arterial y Atención Primaria: Impacto de nuevos estudios. Med Clín.Barcelona. 2003; 121(1):21-2
17. Menéndez Villalba C. Montes Martínez A. Gamarra Mondelo T. Núñez Losada C. Alonso Fachado A. Bujain Garmendia S. Influencia del apoyo social en pacientes con Hipertensión Arterial Esencial. Atención Primaria. 2003; 31(8):506-13.
18. Martin Escudero JC. Simal Blanco F. Carretero Ares JL. Bellido Casado J. Arzúa Mouronte D et al. Prevalencia, drado de detección, tratamiento y control de la Hipertensión Arterial. Estudio Hortega. Hipertensión. 2003; 20(4):148-54.
19. Barrios Alonso V. Peña Pérez G. Gonzáles Juanatey JR, Alegría-Ezquerra JV, Lozano-Vidal JV et al. Hipertensión Arterial e Insuficiencia Cardiaca en las consultas de atención primaria y de Cardiología en España. Rev Clín Esp. 2003; 203(7):334-421.
20. Coca A. Importancia del control de la Hipertensión Arterial. Hipertensión. 2003; 20(4):145-7.
21. Zenteno JC. Kofman Alfaro S. Aspectos genéticos de la Hipertensión Arterial. Rev Méd Hosp Gen. México. 2003; 66 (4):218-223.
22. Barrera Sotongo J. Osorio León S. Hipertensión Arterial en mujeres climatéricas. Rev Cubana Invest Biomed. 2006; 25(4):1.

Características epidemiológicas de la Hipertensión Arterial en pacientes adscritos a la UMR Pueblo Viejo municipio de Misantla

Autor: Agustín Reyes Gutiérrez
Coautores: Marco Antonio Reyes González

Área de Investigación: Salud Pública
Número de Registro: S/N
Tipo de Autor: Estudiante de Licenciatura
Institución: IMSS
Dependencia: IMSS-Oportunidades, UMR Pueblo Viejo, Misantla
Año Residencia: 2008
Hospital:
Matrícula/Número Personal: S/N
Teléfono Laboral: 2281074686
Email: agus2581@hotmail.com

Argumentación teórica:

La Hipertensión Arterial constituye una epidemia mundial que padecen más de 1,500, 000,000 personas tanto en países desarrollados como subdesarrollados.

Argumentación empírica:

Percepción De La hipertensión Arterial Como Factor De Riesgo" publicado por la Revista Cubaba Med del 2006, "Hipertensión Arterial En México" publicado en Arch. Cardiol. Mex. 2004;

Planteamiento del problema:

¿Cuáles son las características epidemiológicas en pacientes hipertensos en Pueblo Viejo Veracruz?

Objetivo general:

Determinar las características epidemiológicas de los pacientes con hipertensión arterial en la comunidad de Pueblo Viejo, Veracruz.

Metodología:

El tipo de estudio es observacional, prospectivo, longitudinal. A 1052 personas mayores de 20 años se les tomó la tensión arterial en dos ocasiones, según la Norma Oficial Mexicana NOM-30 Para la prevención, tratamiento y control de la hipertensión arterial. Con base en las dos tomas se diagnosticó hipertensión arterial a 71 pacientes de los cuales 30 eran aparentemente sanos. Se citó a dichas personas para la aplicación de la encuesta y se determinó su índice de masa corporal; lo anterior también se realizó a los pacientes que acuden a la unidad médica a su control mensual de hipertensión arterial. La encuesta se aplicó de forma directa y personal y tomó en cuenta las siguientes variables: tensión arterial, edad, sexo, estado civil, ocupación, tabaquismo, alcoholismo, obesidad, ejercicio, tiempo de evolución, antecedentes familiares y enfermedad crónico degenerativa concomitante. A las variables se les realizó definiciones conceptual y operacional, categoría y escala de medición. El índice de masa corporal se determinó con base en la medición de talla y peso en báscula con estadímetro. Cabe mencionar que la toma de tensión arterial se realizó con esfigmomanómetro digital marca Reli-on y AND-UA-701.

Resultados:

Una vez encustado el total de los pacientes hipertensos se realizó el análisis de dichas encuestas, encontrándose los siguientes resultados: de los 1052 habitantes estudiados resultaron hipertensos 71 personas, 16 hombres y 55 mujeres; 42 casados, 7 solteros, 8 viven en unión libre, 4 divorciados y 10 viudos; 1 empleado, 50 se dedican a labores domésticas, 1 peón, 14 personas campesinos, 1 obrero, 4 comerciantes; En cuanto a consumo de tabaco y alcohol: 48 personas no utilizan tabaco, 23 personas fuman menos de un cigarrillo al día; 32 personas no consumen alcohol, 36 consumen alcohol, 2 personas refirieron abuso de alcohol y 1 persona presentó dependencia. Se encontró a 1 paciente con desnutrición grado I, 14 tuvieron índice de masa corporal normal, 17 presentaron sobrepeso, 20 registraron obesidad grado I y sólo 19 presentaron obesidad grado II. En lo referente a actividad física, 2 realizan 3 a 5 horas de ejercicio a la semana, el resto no practica ejercicio. 37 personas tienen carga genética materna o paterna para hipertensión arterial y 34 negaron dicha carga; 50 personas presentaron enfermedad concomitante, 21 no padecen enfermedad concomitante.

Discusión:

El 7% de la población de 20 y más años padece hipertensión arterial con un predominio de mujeres en 77% y sólo 23% de hombres, esto concuerda con la Re-Encuesta Nacional de Salud, la cual refiere que 40.5% de pacientes son hombres, predominando el sexo femenino, y con Salazar en Cuba en 1998 donde obtuvo mayor número de mujeres en su estudio; por último diferimos con la Encuesta Nacional de Salud del 2000 en que la prevalencia de hipertensión fue mayor en el sexo masculino con porcentaje de 34.2 en comparación con el sexo femenino cuyo porcentaje fue de 26.3. En lo que respecta a la ocupación predominaron las labores domésticas, seguida de las labores del campo, esto coincide con lo reportado en Cuba en 1998 donde las ocupaciones más frecuentes fueron amas de casa y jubilados. Entre las toxicomanías destaca un predominio del alcoholismo y pocos pacientes presentaron tabaquismo, esto concuerda con la literatura pues considera el alcoholismo como factor de riesgo para hipertensión y al tabaquismo como factor de riesgo cardiovascular. El antecedente heredofamiliar de hipertensión es un factor de riesgo importante encontrado en uno de los padres o hermanos, el cual predominó en 52% en nuestro estudio, esto concuerda con el estudio de Salazar en Cuba en 1998 donde el antecedente personal patológico familiar de la afección

predominó en los pacientes estudiados. Dentro de las enfermedades concomitantes e hipertensión arterial tenemos a la diabetes mellitus tipo II, y obesidad, encontradas en este estudio en orden de importancia; en desacuerdo con lo descrito en estudios anteriores en que se encuentran estas enfermedades concomitantes pero en diferente orden de importancia. La prevalencia de HAS en la población mexicana obesa (IMC>30 Kg/m2) según ENSA 2000 fue de 45% el resultado obtenido en nuestro estudio concuerda con lo anterior con un predominio de obesidad en 55% de los pacientes estudiados. La influencia en la prevalencia de HAS y DM-2 es bidireccional. En ENSA 2000 se confirmó dicho postulado pues la prevalencia de diabetes en la población hipertensa fue de 16.4% mientras en la población hipertensa fue de 8.2%. Así el ser hipertenso representó un riesgo de ser diabético dos veces mayor; por otra parte, de toda la población diabética 46.2% fue hipertenso, mientras, de toda la población no diabética, la prevalencia de HTA fue de 28.1%. Lo anterior representó un riesgo de ser hipertenso de 1.6 veces más cuando se es diabético. Un porcentaje de 32% de nuestros pacientes padece diabetes mellitus tipo II.

Referencias bibliográficas:

1. Giuseppe Mancia. Guías de práctica clínica para el tratamiento de la hipertensión arterial 2007, Rev. Esp Cardiol. 2007; 60(9):968.
2. Molina Rafael. Martí Juan Carlos. JNC -7 Informe, Grupos de HTA de semFYC y SAMFy, 1-26.
3. Oviedo Mota Mario Alberto. Medicina familiar.
4. Espinosa Larrañaga Francisco. Medicina interna, Enfermedades Crónicas. Guía clínica rara el diagnóstico y el manejo de la Hipertensión Arterial. 2004. Capitulo 8: 123- 134.
5. Tapia Conyer Roberto. Norma Oficial Mexicana Nom-030-SSa2-1999. Para la Prevención,Tratamiento y Control de la Hipertensión Arterial. Diario Oficial de la Federación, 2001: 1-24.
6. Kail M. Prevención de la hipertensión arterial; importancia de un estilo de vida saludable. Departamento de Hipertensión Arterial y Arterioesclerosis. Servicio de Cardiología del Hospital Semper. Belo Horizonte Brasil. 2004: 1-8.
7. Cruz Corchado M. Panorama epidemiológico de la Hipertensión Arterial en México. Arch Cardiol Mex, 2001; 71:192-97.
8. Plaza Celemin L. La Hipertensión Arterial en las distintas razas y latitudes Geográficas Rev. Lat. Cardiol 2002:23(5):159-62.
9. Vázquez Vigoa A. Fernández Arias MA. Cruz Álvarez NM. Rosello Azcanio Y. Pérez Caballero MD. Percepción de la Hipertensión Arterial como factor de riesgo. Aporte del Día Mundial de la lucha contra la Hipertensión Arterial. Rev Cubana Med. 2006; 45(3):22-31.
10. Rosas M. Pastelin G. Martínez Reding J. Herrera Acosta J. Attie F. Hipertensión Arterial en México. Arch Cardiol Mex. 2004; 74:134-57.
11. Rosas Peralta M. Lara Esqueda A. Pastelin Hernández G. Velásquez Monroy O. Martínez Reding J et al. Re-Encuesta Nacional de Hipertensión Arterial (RENAHTA): Consolidación Mexicana de los factores de riesgo cardiovascular. Cohorte Nacional De Seguimiento. Arch Cardiol Mex. 2001; 71:192-97.
12. Roca Cusachs A. Badia X. Dalfo A. Gascón G. Abellán J et al. Relación entre variables clínicas y terapéuticas y calidad de la vida relacionada con la salud en pacientes con Hipertensión Arterial. Estudio MINICHAL. Med. Clin (Barc) 2003; 121 (1):12-7 .
13. Elizondo Argueta S. Sánchez Zúñiga MJ. Román López E. Hipertensión Arterial Sistémica, diagnóstico y tratamiento. Med Int. México. 2004; 20: 130-9.
14. Velásquez Monroy O. Rosas Peralta M. Lara Esqueda A. Pastelín Hernández G. Attie F et al. Hipertensión Arterial en México: Resultados de la Encuesta Nacional de Salud (ENSA) 2000. Arch Cardiol Mex. 2002; 72(1):71-84.
15. Gonzáles Martínez F. Espinoza Rey J. Sánchez Hernández V. Jiménez Martínez MC. Mijangos Lazcano D. La Hipertensión Arterial en el adulto mayor. Rev Méd Hospital Gen. México. 1997; 60(2):71-74.
16. De la Figuera M. Navarro J. Hipertensión Arterial y Atención Primaria: Impacto de nuevos estudios. Med Clín.Barcelona. 2003; 121(1):21-2
17. Menéndez Villalba C. Montes Martínez A. Gamarra Mondelo T. Núñez Losada C. Alonso Fachado A. Bujain Garmendia S. Influencia del apoyo social en pacientes con Hipertensión Arterial Esencial. Atención Primaria. 2003; 31(8):506-13.
18. Martin Escudero JC. Simal Blanco F. Carretero Ares JL. Bellido Casado J. Arzúa Mouronte D et al. Prevalencia, drado de detección, tratamiento y control de la Hipertensión Arterial. Estudio Hortega. Hipertensión. 2003; 20(4):148-54.
19. Barrios Alonso V. Peña Pérez G. Gonzáles Juanatey JR, Alegría-Ezquerra JV, Lozano-Vidal JV et al. Hipertensión Arterial e Insuficiencia Cardiaca en las consultas de atención primaria y de Cardiología en España. Rev Clín Esp. 2003; 203(7):334-421.
20. Coca A. Importancia del control de la Hipertensión Arterial. Hipertensión. 2003; 20(4):145-7.
21. Zenteno JC. Kofman Alfaro S. Aspectos genéticos de la Hipertensión Arterial. Rev Méd Hosp Gen. México. 2003; 66 (4):218-223.
22. Barrera Sotongo J. Osorio León S. Hipertensión Arterial en mujeres climatéricas. Rev Cubana Invest Biomed. 2006; 25(4):1.

Adherencia de las mujeres a la Prueba del Papanicolaou, estudio descriptivo en el Centro de Salud Omealca

Autor: Marcela Bustamante González
Coautores: Erika Ortega Herrera, María Eugenia Guadarrama Olivera

Área de Investigación:Salud Pública
Número de Registro: S/N
Tipo de Autor: Docente y Profesional de la salud
Institución:Secretaría de Salud.
Dependencia:Servicios de Salud de Veracruz
Año Residencia:2008
Hospital:
Matrícula/Número Personal: S/N
Teléfono Laboral:012787330130
Teléfono Particular:012717147534
Teléfono Celular:0442711134308
Email: feme62@hotmail.com

Argumentación teórica:

El cáncer cervicouterino es uno de los cánceres en la mujer más frecuentes en el mundol. En México ocupa el primer lugar como causa de muerte en mujeres de entre 15 y 64 años de edad. Además, cada año entre 40 y 50 mujeres por cien mil lo desarrollan (Betancour, 2004). La infección por Virus del Papiloma humano (VPH) y el desarrollo de neoplasia cervical están fuertemente relacionados. La infección por VPH está unida a Neoplasia Cervical Intraepitelial (NCI) de alto grado y a cáncer cervical invasivo. La detección oportuna de determinados tipos de cáncer, como el de mama, cervix o el de próstata, determina la sobreviviencia (Perez et al., 1994).Una característica de personalidad que se ha asociado al cáncer es la presencia de altos niveles de depresión, sentimientos de indefensión y pesimismo (Carver et al., 1994). En los últimos veinte años hay un creciente interés en temas sociales y comportamentales relacionados con el cáncer, lo que ha dado lugar a la disciplina llamada Psicooncología u Oncología Psicosocial (Holland, 1992).

Argumentación empírica:

A pesar de los avances en el tratamiento de determinados tumores y de su difusión pública, en la actualidad es el cáncer la enfermedad más temida y sigue considerándose como la enfermedad incurable asociada a muerte y daño. Esta idea es compartida con el entorno del individuo y por buena parte del personal sanitario que lo atiende; del mismo modo que es la mitificación de la enfermedad y su asociación inmediata con la muerte. Por ello se justifica el temor que la palabra inspira y que han conducido que sea postergada en el lenguaje médico, siendo sustituida con frecuencia por expresiones acaso más “inocuas” como neoplasia, tumor maligno, “una cosa mala”, etc. Palabras que pueden tener un mismo significado para el enfermo, quien no ha adquirido las connotaciones sociales del cáncer. Por esto se deduce que el cáncer se ha convertido en una especie de enfermedad innombrable, dado el gran impacto psicológico en la población general (Holland, 1979).

Planteamiento del problema:

Siendo el cáncer cervicoterino uno de los cánceres en la mujer que cobrá vidas año con año, y habiendo programas gubernamentales y de apoyo social para disminuir este problema de salud, ¿qué ocasiona que la mujer se realice o no la prueba de detección oportuna de CaCu?

Objetivo general:

Analizar la relación entre el procedimiento diagnóstico de prevención del cáncer cervicouterino y los modelos sociocognitivos: Locus de Control, Autoeficacia Percibida y Valor Asignado a la Salud, en mujeres de 25 a 45 años de edad con vida sexual activa, que acuden al Centro de Salud de Omealca, Veracruz.

Metodología:

Tipo de estudio: transversal, correlacional y descriptivo. Universo de trabajo: mujeres de 25 a 45 años de edad con vida sexual activa, del área de responsabilidad, núcleo básico 1, del Centro de Salud de Omealca. Tamaño de la muestra: 227 casos. Variables indepedientes: locus de Control, Autoeficacia Percibida y Valor Asignado a la Salud. Variable dependiente: adherencia a procedimientos diagnósticos. Recolección de información: mediante la aplicación de tres instrumentos de modelos sociocognitivos y anexo, a 227 mujeres en entrevista directa. Procedimientos de análisis: mediante software estadístico.

Resultados:

Del total de 227 mujeres, 98.6% sí se ha realizado la prueba del Papanicolaou. De esta población 90.8% pertenece al Programa Oportunidades. El 71.8% se ha realizado la prueba en el Centro de Salud, 10.5% en el IMSS y 9.2% en las dos instituciones mencionadas. De esta población encuestada 22.4% se ha realizado el Papanicolaou por ser requisito del programa y el 18% de las mujeres pidió consentimiento a su pareja para realizarse la prueba. En cuanto al conocimiento de la prueba del Papanicolau, se obtuvo que 92.3% sabe que sirve para detectar cáncer cervicouterino. Evaluando el nivel de conocimiento en relación con las causas que lo originan: 24% respondió que es causado por infecciones vaginales, 24% por tener múltiples parejas sexuales, 18% que lo causa el VPH, 10% por tener antecedentes familiares de cáncer. Y al explorar los motivos por los cuales estas mujeres no se realizarían la prueba tenemos que 36.1% fue por vergüenza a exponer sus genitales, 25.9 % por temor a saber que se padece esta

enfermedad, 21% por ser hombre el que tome las pruebas, 7.1% por presentar desconfianza al personal sanitario, entre otros. H0-1: no existe relación entre el Locus de Control y la adherencia a la prueba del Papanicolau, en las mujeres de Centro de Salud de Omealca. Se acepta Hipótesis Nula ya que no existe significancia entre LCI y realización del Papanicolau 0.04 (siendo p mayor a 0.05). H0-2: no existe relación entre el Valor asignado a la Salud y la adherencia a la prueba de Papanicolaou, en las mujeres del Centro de Salud de Omealca(siendo p mayor de 0.5). H0-3: no existe relación entre Autoeficacia Percibida y la adherencia a la realización del Papanicolaou, en mujeres del Centro de Salud de Omealca.

Discusión:

En consecuencia de los resultados obtenidos se debe decir que todavía hay mucho que trabajar en la detección oportuna del cáncer cervicouterino, existiendo otros campos en el individuo, que aún no son considerados para influir en la toma de decisiones en prevención, siendo el área psicológica una herramienta importante en la predicción de conductas de riesgo en la prevención de enfermedades. Así también, el enfoque de los programas de previción social deben incluir a la pareja como unidad en la prevención de CaCu, pues la mujer por raices culturales auún no tiene la libertad de tomar decisiones. Por otro lado todavía falta que el personal de salud, independientemente del género, proporcione la confianza a la usuaria, siendo parte fundamental en la realización de la prueba.

Referencias Bibliográficas:

1. Urquidi TLE. Montiel CMM. Littlewood DH (2001- enero-junio) Psicología y Salud. Universidad Veracruzana. México. Enero-junio 2001; 2 (1): 127.
2. Bello Mora Adrián. Diagnóstico de Salud. Servcios de Salud de Veracruz. Periodo 01-08-2003 a 31-08-2004 EPSS J.S.No-6. Córdoba, Ver. Pág.3 a 29.
3. Beers Mark H. Berkow Robert. WD. El Manual Merck. Capítulo 241.1999.
4. Onoe K Amador PFJ. Proyecto para la prevencion y control del cáncer cervicouterino en los estados del sur de México. Noviembre 2006. Año 1, número 5.
5. Ruiz AD. Duperval PA. Lazcano Ponce E et al. Práctica Médica Efectiva. Infección de transmisión sexual por Virus Papiloma Humano en mujeres. Enero-marzo 2005; 7 (1).
6. Barañon MI. Cáncer Cervicouterino. Hospital General de Córdoba. 2007.
7. Romero PT. Grau AJA. Infante PO. Psicología y Salud. Universidad Veracruzana. México. Enero-junio 2003; 13 (1):163.
8. Rodríguez H J. Plaza R. Paz BM Victoria. Suma Psicológica. 1999; 6 (2): 163..
9. Morales Jf. Huici C. Moya M. Gaviria López M. Nouvilas E. Psicología Social. Editorial Mc Graw Hill. Pág. 34, 35.
10. National Cancer Institute. El cáncer de cerviz. Publicado 8/11/2002.. Actualización: 09/10/2004. Consultada: 26/10/05. Disponible en: Htp://cancernet.nci.nih.gov/español/sabersobre/cervix/page23.
11. Morales CF. Psicología de la Salud. Editorial UniSon. Hermosillo, Sonora. México. 1997: 113-116.
12. Organización Panamericana de la Salud. Cáncer Cervicouterino. Noviembre 2002. Extraído 01-11-05. Disponible en: www.paho.org/Spanish/DPM/GPP/GH/Cervical/cáncersp.PDF.
13. Health Day. Casi una de cada cinco mujeres no se realiza la prueba de Papanicolaou.Actualizado 11-mayo-2005. Consultado 01-11-2005.www.ochsner.org/healthnews/healthday-es/050511 HD 525680.htm-22k.SciElo Chile.
14. Serman F. Cáncer cervicouterino: epidemiología, historia natural y rol del Virus del Papiloma Humano. Actualizado 4-2002) Consultado 31-10-05. Disponible en: www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-75262002000400011&script=sci-arttext&tln..ACCP.
15. Pap smears: An important but imperfect method. Cervical Cancer Prevention Fact Sheet. octubre 2002. Extraído 01-11-2005. Disponible en: www.alliance.cxca.org.
16. Gaceta. Facultad de Medicina UNAM. El cáncer cericouterino y su asociación con el Virus del Papiloma Humano. Actualizado 25 noviembre 2004. Consultado 11-10-05.Disponible en: File://A: Facultad %20de%20Medicina%20UNAM%20%Gaceta%2025%20noviembre.
17. University Virginia. La Prueba de Papanicolaou. Health System. Actualizado marzo 2004. Consultado 01-11-05. Disponible en: http:www.healthsystem.virginia.edu/UVAHealth/peds-adolescent-sp/paptest.cfm.
18. Organización Panamericana de la Salud. Situación del Cáncer Cervicouterino en América (2002). Consultada 11-10-2005.www.paho-org/Spanish/ad/dpc/nc/cáncer.ACCP.
19. Aliance for Cervical Cancer Prevention. Estudios sobre estrategias de detección y tratamiento. 2003. Extraído 11-10-2005. Disponible en: www,alliance,cxca.org/español/esp-comunityinvolment.
20. Hernández S. Fernández C Roberto. Baptista Lucio Carlos. Metodología de la Investigación. Tercera Edición. Editorial Mc Graw Hill. 2003.
21. Delucchi GA. Marmissolle F. La Psico-oncología también existe. ALCMEON. Revista Argentina Neuropsiquiátrica. Julio 2001; 11 (1).
22. Dunn S. PettersonP. Butow P. Amart H et al. Cancer by another name: a randomized trial of the effects of euphemism and uncertainty in communicating with cancer patients. J Clin Oncolog. 1993; 11 (5): 989-996.
23. Palmer AG. Tucker S R et al. Understanding women`s responses to treatment for cervical intraepithelial neoplasia. Br J Clin Psychol. 1993; 32: 101-112.
24. Lerman C. Rimmer B. Psychological impact of cancer screening. Oncology. 1993; 7 (4): 67-72.
25. Ortiz Viveros GR. Capacidad predictiva de los modelos de creencias de salud y de Wallston, sobre la adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos. U.V. Guadalajara, Jal. 6-36, 2005.
26. Soto MF. Lacaste MJ. Papenfuss RL. Gutierrez LA. Modelo de Creencias en Salud.

Evidencia comunitaria sobre el conocimiento de las plantas medicinales más utilizadas por la organización de médicos indígenas tradicionales

Autor: Norma Nash Campos, ,Yaqueline Gheno Hered
Coautores: Miriam Bautista Caraza, Elizabeth Cantero Santos, René López Sánchez, Marisol Villarino Flores

Área de Investigación: Salud Pública
Número de Registro:EFOUV/0034
Tipo de Autor: Docente y Profesional de la salud
Institución: Universidad Veracruzana
Dependencia: Facultad de Enfermería
Año Residencia: 2008
Hospital:
Matrícula/Número Personal: 4131
Teléfono Laboral: 2727143981
Teléfono Particular: 2717132109
Teléfono Celular: 2711345191
Email: nnash@uv,mx
Email Alternativo: nashnorma@hotmail.com

Argumentación teórica:

Este trabajo se realizó para dar respuesta a una necesidad sentida por los médicos tradicionales que prestan atención a los habitantes de Coscomatepec de Bravo, de contar con un recetario que compilara las plantas medicinales que utilizan como alternativa para el tratamiento de las enfermedades más comunes que atienden. Esta es una de las acciones registrdas como evidencia de la vinculación de la Facultad de Enfermería con el GRAMIT (Grupo Regional de Apoyo Médicos Indígenas Tradicionales) del CHICAC, palabra que alude a las regiones de donde provienen sus médicos integrantes de ésta organización (Coscomatepec, Huatusco, Ixhuatlán, Calcahualco, Alpatlahua y Córdoba). El recetario contiene la identificación del nombre común, la parte de la planta que se usa, enfermedad que cura y la forma de preparación.

Argumentación empírica:

Para la realización de este estudio se revisaron los trabajos realizados por docentes y estudiantes de la Facultad de Biología de la región como el Catálogo de Plantas realizado en la Organización de Médicos Indígenas Tradicionales de Huitzila, municipio Soledad Atzompa, y en la Organización de Médicos Tradicionales de Ixhuatlancillo, municipio de Ixhuatlancillo. Otro trabajo revisado sobre las plantas útiles y que incluye también a las plantas medicinales se realizó en la localidad de Quinta, municipio de Zongolica.

Planteamiento del problema:

Desde la constitución del Grupo Regional de Apoyo a los Médicos Indígenas Tradicionales en 1998, la Facultad de Enfermería ha participado en todas las acciones desarrolladas de manera multidisciplinaria. Así surgió la idea de incluir dentro del plan de estudios la experiencia educativa Medicina Tradicional, constituyendo también una de la sublíneas de investigación en la Línea de Generación y Aplicación del Conocimiento de la entidad. Docentes y estudiantes participan y se integran a proyectos que las OMIT's solicitan, permitiendo que se desarrollen actividades totalmente ligadas a su formación académica; considerando además el intercambio de experiencias con los médicos indígenas tradicionales como un espacio de aprendizaje muy valioso para los estudiantes.

Objetivo general:

Elaborar un recetario de las plantas medicinales más utilizadas por los médicos indígenas tradicionales en Coscomatepec de Bravo, a través de la recopilación de las mismas en los lugares aledaños a las comunidades donde habitan. La finalidad es sistematizar el uso que le dan a éstas para el tratamiento de las enfermedades que atienden con más frecuencia.

Metodología:

El estudio se realizó en el municipio de Coscomatepec de Bravo, localizado en la zona centro montañosa del Estado, en las coordenadas 19° 04' latitud norte y 97° 03' longitud oeste, a una altura de 1520 metros sobre el nivel del mar. Su distancia aproximada por carretera a la capital del estado es de 50 Km de extensión. Para la identificación de las plantas se organizaron cinco recorridos, a los que se les llamó "la recolección", en los lugares cercanos a los cerros, en el mismo participaron los médicos tradicionales, niños y estudiantes de enfermería. La identificación de las mismas se realizó con el apoyo de un docente de la Facultad de Biología y por entrevistas hechas a los médicos indígenas tradicionales, registrando la información a través de grabaciones videográficas y cámara fotográfica.

Resultados:

Se colectaron 43 plantas medicinales cuidando de tomar la fotografía a la flor y muy de cerca a las hojas para facilitar el trabajo de identificación de las familias y especies a cargo de la Faculta de Biología para conformar el catálogo taxonómico. Se precisó sobre las partes de las plantas más utilizadas resaltando el uso de hoja, toda la planta, flor y fruto. Los médicos tradicionales señalaron la importancia de que se documentaran las enfermedades para las que se utilizan cada planta, siendo las más comunes: enfermedades gastrointestinales, de la piel, respiratorias (tos, catarro), dolores, golpes, inflamaciones y parásitos. Las formas de preparación son: tés, cataplasmas, ungüentos y jarabes. La información documentada fue la base para elaborar el recetario de plantas medicinales que ya fue entregado a los médicos indígenas tradicionales como parte de las evidencias del ejercicio de su práctica tradicional, misma que a decir de ellos es la herencia cultural que dejaran a sus hijos por eso los involucran en todas sus actividades.

Discusión:

La profesión de Enfermería como disciplina del área de Ciencias de la Salud reconoce la importancia que tienen las plantas medicinales como un recurso natural y una alternativa para aquellos grupos de población que por su grado de marginación no tiene acceso a los servicios de salud y mucho menos a la medicina alópata. La inserción a este tipo de trabajo permite a los estudiantes ampliar su visión de los procesos que se dan en el continuo salud-enfermedad, e intervenir con acciones más realistas de educación para la salud. Se continúa trabajando con los médicos tradicionales de esta organización (CHICAC), no sólo en el interior de la misma, sino que ya forman parte del grupo de apoyo en la experiencia educativa optativa Medicina Tradicional que se imparte en la Facultad, dando como resultado un intercambio de experiencias importantes para el proceso de aprendizaje de los estudiantes

Referencias bibliográficas:

1. Martínez Alfaro MA. Posible metodología a seguir en el estudio de las plantas medicinales mexicanas. IMEPIAMA A.C. 1978: 75-83.
2. Rzedowski J. La vegetación de México. Edit. Limusa, México. 1978.

Panorama sociodemográfico del Síndrome de Down

Autor: Zeyla González Yopihua
Coautores: Úrsula Welsh Orozco, Iliana Rendón Gomez, Lisbeth Reyes Mota, Emma Gabriela Serrano

Área de Investigación: Salud Pública
Número de Registro: R-2008-3101-13
Tipo de Autor: Docente y Profesional de la salud
Institución: Instituto Mexicano del Seguro Social
Dependencia: Hospital Regional de Orizaba
Año Residencia: 2008
Hospital:
Matrícula/Número Personal: 5393213
Teléfono Laboral: 0127241500 Extensión: 61314
Teléfono Particular: 012727217050
Teléfono Celular: 0442721317161
Email: ursulawelsh@yahoo.es
Email Alternativo: ursula56@hotmail.com

Argumentación teórica:

El Síndrome de Down es una discapacidad del desarrollo, se identifica por lo general en los recién nacidos y las personas con esta condición pueden tener una larga vida, plena de notables realizaciones y contribuir de forma significativa a sus comunidades. En 4% de las personas con síndrome de Down se debe a translocación, por lo general entre los cromosomas 14 y 21; y en 1% la causa es un mosaicismo genético, en el que algunas células contienen el triple cromosoma 21 y otras los dos normales.

Argumentación empírica:

Las pruebas triple y cuádruple miden en la sangre materna los cambios que hay en las concentraciones de fetoproteína, estriol no conjugado, gonadotropina coriónica humana e inhibina. Se realizan normalmente entre la semana 15 y la 21 del embarazo. Con una tasa de 5% de falsos positivos se detecta correctamente 69% de los fetos con Síndrome de Down. También se emplea la ecografía para examinar a un feto durante el primero y segundo trimestres; pero la sensibilidad de los marcadores ecográficos es controvertida[4]. El Síndrome de Down es la trisomía viable más frecuente del ser humano cuya incidencia global es de 1/750 recién nacidos vivos, sin embargo ello varía según la localización geográfica o las características étnicas y etáreas de los padres[5].

Planteamiento del problema:

¿Cuáles son las características sociodemográficas en este grupo de población que acuden a consulta al HGRO, y unidades médicas familiares de la región de Orizaba, Veracruz?

Objetivo general:

Identificar las características sociodemográficas en este grupo de población que acuden a consulta al HGRO y unidades médicas familiares de la región de Orizaba, Veracruz.

Metodología:

El presente estudio se realizó del 1 de enero al 30 de junio del 2008. Tipo de estudio: descriptivo transversal simple. Se seleccionó un tamaño de muestra de 30 pacientes con Síndrome de Down; mediante muestreo no probabilístico a conveniencia: 30 pacientes con Síndrome de Down, que acudan al HGRO y unidades médicas familiares de la región de Orizaba, Ver. Criterios de exclusión: pacientes que no acudan al HGRO, unidades médicas familiares de la región de Orizaba, Ver. y que no se encuentren expedientes en dichos centros de salud. Se elaboró un cuestionario estructurado que se aproxime a medir el panorama epidemiológico del Síndrome de Down y que contenga las variables de estudio: edad, género, antecedentes hereditarios referentes al padecimiento, nivel escolar, actividad laboral, estado civil, si cuenta con dictamen de invalidez o en proceso y en caso de estar casado: número de hijos. Referente a los padres: edad que tenía cuando se embarazó, si es hijo único con el Síndrome, nivel socioeconómico, gradi escolar, estado civil, actividad laboral. La recolección de la información se procesó mediante el programa SSPS. Variable independiente:Síndrome de Down, es la causa más frecuente de retraso mental identificable de origen genético. Se trata de una anomalía cromosómica.Variables dependientes: características sociodemográficas y son las que tienen los individuos como edad, sexo, estado civil, zona de residencia y participación en la actividad económica, éstas condicionan la conducta de cada uno.

Resultados:

La muestra estuvo conformada por 30 pacientes con Síndrome de Down que corresponde a prevalencia encontrada de 0.8% en esta población, cuyas edades comprendieron entre 1 y 63 años:media 18, mediana 9 y moda 1, con una desviación estándar de 18. Referente a la edad actual materna se observó de 24 a 82: media 48, mediana 42, moda 41 y desviación estándar 15 años. En relación con la edad en que se embarazó la madre del hijo con Síndrome de Down se presentó de 20 a 45: media 35, mediana 36, moda 38 y desviación estándar de 6 años. El 50% fue del sexo masculino y el otro 50% correspondió al femenino. 50% posee educación primaria, 36.7% secundaria 3.3% carrera técnica y carrera profesional 10%. De acuerdo con nuestro registro, los antecedentes heredo familiares en 100% estuvo conformado por pacientes que no tienen familiares con este síndrome. El 40% de las madres se dedica a labores del hogar. El 60% de los pacientes con el síndrome cuenta con dictamen de invalidez lo que nos da una frecuencia de 18 pacientes, 26.7 % no cuenta con dictamen de invalidez y 13.3% está en proceso. El 50% de las madres con hijo con Síndrome de Down están casadas, 20% solteras, viudas 6.7%, divorciadas 3.3%, unión libre 20%. La proporción de escolaridad que tuvo el hijo con Síndrome de Down fue 20%, para la variable actividad recreativa que realiza el hijo con Síndrome de Down se registró que 76.7% no hace actividad, 10% dibuja 3.3% pinta y 10% elabora manualidades en general. Al realizar la estratificación sociodemográfica, según la escala de Graffar, se obtuvo que 46.7% de la muestra estudiada pertenece a los estratos sociales medio bajo, estrato medio 20%, obrero 16.7%, medio alto 10%, alto 3.3% y marginal 3.3% Solo reciben terapia de rehabilitación 6.7%, 93.3% no acude.

Discusión:

En el HGRO solamente se cuenta con servicio de atención médica para estos pacientes con Síndrome de Down, en el Centro de Rehabilitación Integral de Orizaba no existe ningún programa específico de rehabilitación para pacientes con este síndrome comparado con el DIF municipal de Jalisco.

Referencias bibliográficas:

1. Ferrero Oteiza María Emilia. Alonso Lotti Francisca. Cendán Muñiz Isidro. Roca Ortiz Joel. Pérez Valle Andrés. Estévez María C. Tendencias del Síndrome de Down en Cuba. Su relación con edad materna y tasa de fecundidad.Centro Nacional de Genética Médica ISCM-H. Rev Cubana Pediatr. 1998; 70(3):141-7
2. Nazer H Julio. Antolini T Mónica. Juárez H María Eugenia. Cifuentes O Lucía. Hubner G María Eugenia. Pardo V Andrea. Castillo T Silvia. Prevalencia al nacimiento de aberraciones cromosómicas en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile: Perí iodo 1990-2001. Rev Méd. Chile. Junio 2003; 131 (6): 651-8. ISSN 0034-9887.
3. Luna L. Babinsky B. Mutchinick OM. Síndrome de Down: Tendencia en el tiempo (1978-1999) y riesgo de ocurrencia por quinquenio, bienio y año de edad materna. Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, México D.F.
4. Skotko Brian. Canal Ricardo. Apoyo postnatal para madres de niños con Síndrome de Down. Revista Síndrome de Down. 2004; 21: 54-71.
5. Huerta González José Luis. La familia en el proceso salud-enfermedad. Medicina Familiar. 2005.
6. Modelos de orientación e intervención psicopedagógica Estudio de un caso. Curso 2007-08. Anexo XIII 5º de Psicopedagogía UAH. Disponible en: www.cpm.soy.es.
7. López Morales Patricia M. López Pérez Rubén. Parés Vidrio Gustavo. Borges Yáñez Aída. Valdespino Echauri Leticia. Reseña histórica del Síndrome de Down. Artículo original. Septiembre-octubre 2000; LVIII (5): 193-199.
8. Soriano Faura Francisco Javier. Prevención y niños con Síndrome de Down. PrevInfad (Grupo de trabajo AEPap / PAPPS semFYC). Abril 2003.
9. Rossel C Katherine. El recién nacido con Síndrome de Down y el equipo de salud neonatal. Unidad de Neonatología. Departamento de Pedriatría y Cirugía Infantil. Hospital Clínico de Niños. Revista Pediatría Electrónica Universidad de Chile. Servicio de Salud Metropolitano Norte. 2004.
10. Acosta López Claudia Astrid. Chávez Mares María del Rayo. Pérez Malpica Patricia. Ramírez Lealde Ariadna Asesores: Rojo Botello Hilda. Gutiérrez Vianed. Niños con Síndrome de Down: la realidad en su cuidado odontológico.
11. Fernández León Antonia. Programa de atención de la salud del niño con Síndrome de Down. IV Jornada de Actualización en Pediatría.
12. Altamirano E. Alvarez A. Antoniutti Al. Programa de seguimiento del niño con Síndrome de Down. Grupo: ATIENDO (Atención Interdisciplinaria del Niño Down).
13. Rossel C Katherine. Apego y vinculación en el Síndrome de Down. Una emergencia afectiva Unidad de Neonatología. Hospital Clínico San Borja Arriarán.
14. Ruiz Rodríguez Emilio. Programa de educación emocional para niños y jóvenes con síndrome de Down. Revista Síndrome de Down. 2004; 84 (21): 84-93.
15. Feeley Kathleen. Estrategias para aplicar en conductas conflictivas de niños pequeños con síndrome de Down: estudios de casos. Revista Síndrome de Down. Diciembre 2007. Vol. 24.
16. Ramos Rojas Marisela. Montilva Marisela. Navarro Aldana José Francisco. Patrones del crecimiento en niños menores de 11 años de edad con Síndrome De Down.
17. Tejerina Puente Ana. Pediatra del Centro de Salud Cazoña de Santander (Colaboradora). Cuidados de salud en el Síndrome de Down durante la infancia Anal Down 21 Santander. España.
18. Patterson Bonnie. Problemas de conducta en las personas con Síndrome de Down. Revista Síndrome de Down. 2004; 21: 99-102.
19. Sepúlveda Vildósola Ana Carolina. López Fuentes Georgina. López Aguilar Enrique. Bautista Espinosa Margarita. Cervantes Ramos Lucio Enrique. ¿Qué tan capaces son los padres de niños con síndrome de Down en el cuidado de infecciones de vías respiratorias altas y la detección de complicaciones? Dirección de Educación e Investigación en Salud. UMAE. Hospital de Pediatría, Centro Médico Nacional.

Prevalencia de parasitosis intestinal en la escuela primaria "Catalina Kasper" en la ciudad de Coatzacoalcos, Ver.

Autor: Andrea Isabel Torres Zugaide
Coautores: Yolanda Palacios, José Carlos Madrazo Cazarín, Nayeli Reyes Reyes, Diana Otegui Jiménez

Área de Investigación: Salud Pública
Número de Registro: CI-04-2008
Tipo de Autor: Estudiante de Licenciatura
Institución: Universidad Veracruzana
Dependencia: Facultad de Medicina
Año Residencia: SP69
Hospital:
Matrícula/Numero Personal: S06009198
Teléfono Laboral: 922 22 5 07 02
Teléfono Particular: 922 22 2 45 03
Teléfono Celular: 9221191776
Email: isabeltzugaide@hotmail.co
Email Alternativo: starzugaide@yahoo.com.mx

Argumentación teórica:

El Parasitismo es una forma de asociación biológica, en la que un organismo vive dentro o fuera de otro llamado Hospedero ó Huésped[1]. Las parasitosis intestinales son infecciones producidas por parásitos cuyo hábitat natural es el aparato digestivo del hombre. Comprenden un gran número de agentes, platelmintos, nematodos, etc. Con el transcurso del tiempo las parasitosis se han consolidado como un problema de salud pública[2,3], por su distribución mundial y afectar a individuos de todas las edades. Se sabe que se presentan más en regiones con clima tropical y subtropical y en los países en vías de desarrollados como México,[4] debido a que en ellos hay hábitos higiénicos inadecuados además de bajas condiciones socioeconómicas[5]. Estas infecciones intestinales transcurren durante largo tiempo asintomáticas[6] y por lo tanto no se diagnostican, pero ocasionan cuadros digestivos severos y tienen repercusiones sobre el desarrollo así como el crecimiento y estado nutricional de los niños[7]. La población infantil es la más afectada, ya que este grupo aún no adquiere los hábitos higiénicos para prevenirlas y su desarrollo inmunológico es todavía inmaduro. Actualmente se investiga la incidencia que tiene la enteroparasitosis sobre el rendimiento escolar, en una asociación a través de la irritabilidad y el cansancio llegando a repercutir en la capacidad intelectual[8,9].

Argumentación empírica:

Entre las causas de morbilidad en el ambito nacional se encuentran la amibiasis intestinal, helmintiasis, áscaris y otras infecciones intestinales, siendo el grupo de edad de 1 a 9 años el más afectado. En las estadísticas del estado de Veracruz, la amibiasis intestinal, áscaris y otras helmintiasis están colocadas en los lugares sexto, octavo y noveno respectivamente (resultados epidemiológicos hasta el año 2006[11]). El problema es de gran magnitud si consideramos que estas cifras sólo corresponden a los casos que presentaron síntomas y se diagnosticaron[12]. Aun así las estadísticas sirven como marco de referencia para iniciar actividades que promuevan la salud[13].Los síntomas más comunes en las parasitosis intestinales son de dos tipos principalmente: 1) síntomas gastrointestinales: diarrea acuosa o mucosanguinolenta, dolor abdominal, flatulencia, obstrucción intestinal; y síntomas carenciales: por alteración de la absorción de nutrientes y micronutrientes[14]. Se deben tomar diversas medidas para disminuir el problema y las mejores formas de hacerlo son la prevención y educar a la población para que tengan estilos de vida y hábitos higiénicos adecuados. El examen coproparasitoscópico es un método eficaz para detectar parasitosis en muestras de heces fecales[4] y la técnica de Katto y Willis ha sido ampliamente utilizada para el diagnóstico de la enfermedad[5]. Estas mismas técnicas fueron empleadas en esta investigación.

Planteamiento del problema:

La parasitosis infantil es un problema cada día más frecuente en la población mundial,por lo que el presente estudio pretende conocer las prevalencias de los diferentes parásitos intestinales. Se espera que los resultados obtenidos permitan obtener un mejor conocimiento sobre la epidemiología del parasitismo intestinal, dados los cambios reportados recientemente en las frecuencias de helmintos y protozoos como consecuencia del aumento en población urbana y con directas implicaciones en las estrategias de desparasitación en escolares.

Objetivo general:

Conocer la prevalencia de parasitosis intestinal en los estudiantes de la escuela primaria "Catalina Kasper" de la ciudad de Coatzacoalcos, Veracruz.

Metodología:

Estudio observacional, descriptivo y transversal no comparativo en estudiantes que cursan la primaria en la escuela "Catalina Kasper" de la ciudad de Coatzacoalcos, Ver., en el periodo del 11 de abril al 30 de junio del año 2008. Se recolectó una cantidad de 40 muestras de heces para estudios coproparasitoscópicos, debidamente envasados y conservados con formalina para evitar su descomposición. Se recabaron variables como sexo, edad, peso y talla. El análisis de las muestras se realizó con el Método de concentración por flotación de Willis, técnica de Katto y examen directo en fresco, buscando conocer la prevalencia de parasitosis en dichos estudiantes. Variable dependiente: parasitosis intestinal. Variables independientes: edad, sexo, peso, talla. Se capturaron los resultados en una base de datos exprofeso y se analizaron en el programa Epi Info 6, integrándose después cuadros y gráficas para permitir la descripción de los resultados. Se realizó análisis estadístico mediante el cálculo de frecuencias, porcentajes y medias.

Resultados:

Se analizaron 40 muestras de heces fecales de estudiantes cuyo rango de edad promedio fue de 9 a 10 años. En cuanto a talla se obtuvo una media de 1.38 mts y peso de 36 kg así como un IMC promedio de 18.36 kg/mts^2. Los parásitos encontrados en el universo de estudio fueron Entamoeba histolytica (43%), Giardia lamblia (30%), Áscaris lumbricoides (21%), Tricocéfalo (3%) y Balantidium (3%). La parasitosis con mayor prevalencia fue por Entamoeba histolytica. El 51% del total de la muestra resultó positivo para alguna parasitosis y 30% de la población de estudio presentó más de una parasitosis.

Discusión:

La finalidad de este estudio fue conocer la prevalencia de parasitosis intestinal. Se deben tomar en cuenta que las condiciones de higiene y vivienda son los factores más importantes que promueven la proliferación y transmisión de estas enfermedades. El tamaño de muestra fue pequeño, aun así existe un alto índice de prevalencia de parasitosis en la escuela primaria "Catalina Kasper", por lo cual es de gran importancia la supervisión de los casos encontrados y el tratamiento adecuado tanto del paciente analizado como de la familia del mismo, con la finalidad de evitar la propagación y las consecuencias graves de estas parasitosis. Se pretende extender esta investigación con una mayor muestra y profundizar en los datos obtenidos y en la detección de nuevos casos.

Referencias bibliográficas:

1. Yriberry Ureña Simón. Cervera Reyes Zenón. Parasitosis intestinal. Enfermedades del aparato digestivo. Enero-marzo 2002; 5 (1).
2. A Tias. Parasitología Clínica. Publicaciones Técnicas Mediterráneas LTDA. Tercera Edición. Santiago de Chile. 2000:168.
3. Ramos, L. Salazar R. Infestación parasitaria en niños de Cariaco, Edo. de Sucre, Venezuela y su relación con las condiciones económicas. Kasmera. 2003; 25: 175-189.
4. Rodríguez Guzmán Leoncio Miguel. Hernández Jerónimo Elena Joaquina. Rodríguez García Roberto. Parasitosis intestinal en niños seleccionados en una consulta ambulatoria de un hospital. Rev Mex Pediatr.2000; 67(3); 117-122.
5. Galván Ramírez María de la Luz. Biodiversidad parasitaria entre indígenas y mestizos adultos de San Pedro Itzicán, Jalisco, México. Salud Pública de México. Septiembre-octubre 2007;49 (5).
6. Urdaneta H. Cova I. Alfonso N. Hernández M. Prevalencia de Enteroparásitos en una comunidad rural venezolana. Kasmera. 1999; 27: 41-51.
7. Marcos Raymundo. A Luis. Flores Marco. Terashima Iwashita. et al. Prevalencia de parasitosis intestinal en niños del valle del Mantaro, Jauja, Perú. Rev Med Hered. Julio-septiembre 2002; 13 (3): 85-90.
8. Acuña A. Da Rosa D. Colombo H. Saur S. Alfonso A. Combolo A. Castelló R. Zanetta E. Parasitosis Intestinales en guarderías comunitarias de Montevideo. Rev Med Urug. 1999; 15: 5-12.
9. Giraldo Gómez Jorge M. Lora Fabiana. Hanao Luz H. et al. Prevalencia de giardiasis y parásitos intestinales en preescolares de hogares atendidos en un programa estatal en Armenia, Colombia. Rev. Salud Pública [online]. 2005; 7 (3): 327-38. [Citado 2008-06-24].
10. Cerdas Carlos. Araya Edna. Coto Susana. Parásitos intestinales en la escuela 15 de agosto, Tirrases de Curridabat, Costa Rica. Mayo-Junio de 2002. Rev Costarric Cienc Méd. Julio 2003; 24 (3-4): 127-133. ISSN 0253-2948.
11. www.dgepi.salud.gob.mx.
12. Devera Rodolfo. Mago Yohan. Rumhein Fadia Al. Parasitosis intestinales y condiciones socio-sanitarias en niños de una comunidad rural del Estado Bolívar, Venezuela. Revista Biomédica. Octubre-diciembre, 2006; 17 (4).
13. Sánchez Vega José Trinidad. Tay Zavala Jorge. Frecuencia de parasitosis intestinales en asentamientos humanos irregulares. Rev Fac Med UNAM. Mayo-junio 2000; 43 (3).
14. González de la Rosa JB. Barbadillo Izquierdo F. Merino Arribas JM. Sánchez Martín J. Parasitosis intestinales. Protocolo diagnóstico-terapéutico Bol Pediatr. 1999; 39: 106-111.
15. C Salomón María . L Tonelli Rosa. G Borremans Carlos. Prevalencia de parásitos intestinales en niños de la ciudad de Mendoza, Argentina. Parasitol Latinoam. FLAP 2007; 62: 49 - 53.

Beneficios del consumo de ácido fólico en mujeres previo al embarazo

Autor: Alain Jesús Hernández Castillo

Coautores: Irasema Valladares Pérez, Gabriela Díaz Gómez, José Ubaldo Trujillo García

Área de Investigación: Salud Pública
Número de Registro: S/N
Tipo de Autor: Estudiante de Licenciatura
Institución: Universidad Veracruzana
Dependencia: Facultad de Medicina, Cd. Mendoza
Año Residencia: 2008
Hospital:
Matrícula / Número Personal: S06009176
Teléfono Laboral: 2727267309
Teléfono Particular: 2727248518
Email: uvavi2007@hotmail.com

Argumentación teórica:

El ácido fólico también se conoce como vitamina B9 o vitamina M, necesario para la formación de proteínas estructurales y hemoglobina; su insuficiencia en los seres humanos es muy rara. Es una vitamina esencial, hidrosoluble, del complejo de vitaminas B y se encuentra en algunos alimentos enriquecidos y en forma sintética (es decir, más fácil de asimilar). Los estudios que se han hecho muestran que las mujeres que toman 400 microgramos (0.4 miligramos) diarios antes y durante los primeros meses de la gestación

reducen el riesgo en los productos de nacer con defectos serios en el tubo neural (un defecto de nacimiento que involucra el desarrollo incompleto del cerebro y la médula espinal) hasta 70%. Los defectos más comunes del tubo neural son espina bífida, anencefalia y encefalocele. Esta vitamina cumple un papel fundamental en el desarrollo del ADN y en consecuencia cumple una función muy importante en el desarrollo y crecimiento celular y en la formación de tejidos.

Argumentación empírica:

Los Defectos del Tubo Neural (DTN) son un problema de salud pública en el ámbito mundial. México ocupa el segundo lugar en incidencia, con una tasa de 36 por 10 000, precedido solamente por China. En Nuevo León, estas malformaciones son una causa muy importante de morbilidad y mortalidad infantiles. De 2004 a 2005, la tasa promedio de mortalidad por DTN observada en menores de un año fue de 9.0 por 10 000.2 Estos defectos han sido asociados a la deficiencia de ácido fólico y se consideran dentro de los defectos congénitos prevenibles. Las malformaciones congénitas, como problema de salud pública, repercuten en el núcleo familiar y en la sociedad. La causa de la mayoría de las malformaciones es multifactorial, lo cual implica la interacción de factores genéticos y ambientales; sin embargo, se estima que aproximadamente 69% de las malformaciones congénitas tienen una etiología desconocida. Se ha demostrado en varios estudios que la suplementación con ácido fólico de mujeres en edad reproductiva, desde tres meses antes de la concepción hasta las primeras doce semanas de gestación, previene los defectos hasta en 75% de los casos en familias con antecedentes. La recurrencia de estos padecimientos, es decir la aparición de un nuevo caso en una familia con antecedente de la enfermedad es de 2 a 3%. En varios países se desarrollan diversas estrategias para llevar a cabo esta recomendación, como fomentar una dieta bien balanceada e incrementar el consumo de alimentos ricos en la vitamina y la fortificación con ésta de harinas y cereales. La medida adoptada por la mayoría de los países industrializados para aumentar el aporte de ácido fólico a la población ha sido el fortalecimiento de harinas, pastas y cereales con las cantidades necesarias para que proporcionen los requerimientos. A pesar de las campañas de promoción no se ha logrado aumentar el consumo diario de folatos antes del embarazo y estudios recientes indican que aun en esos países no ha sido posible disminuir la incidencia de DTN con estas medidas.

Planteamiento del problema:

¿Cuáles son los beneficios del consumo de ácido fólico en mujeres previo al embarazo?

Objetivo general:

Analizar los beneficios del consumo de ácido fólico en mujeres previo al embarazo.

Metodología:

Diseño transversal, efectuado en junio de 2007 en población abierta del municipio de Ciudad Mendoza. Muestreo probabilístico por conveniencia en 120 mujeres en etapa de puerperio. Previa información y consentimiento, se les aplicó un instrumento de recolección de datos enfocados a identificar consumo previo de ácido fólico antes del embarazo; edad; gestas; paras; estado de los productos al nacimiento (sexo, peso, fenotipo, desarrollo postnacimiento); conocimiento sobre beneficios del ácido fólico; control prenatal y complicaciones en el parto. Análisis estadístico con medidas de frecuencia simples y relativas, tendencia central y dispersión. Se empleó estimador ORP para evaluar la probabilidad de asociación, significancia estadística con $P<0.05$.

Resultados:

De las 120 mujeres, el 44% consumió ácido fólico previo al embarazo y 56 % no lo consumió. En lo que respecta a las madres que refirieron no saber qué alimentos contienen ácido fólico, se obtuvo una población de 72, de las cuales 13 (18.05%) productos resultaron enfermos de algún DTN, mientras 59 (93.54%) estuvieron libres de tener algún DTN. La prevalencia de Defectos del Tubo Neural fue 81% en quienes no consumieron y 19 % en quienes sí consumieron. La edad mayor de 29 años tuvo una probabilidad de asociación de 1.2, P no significativa. La falta de control prenatal adecuada tuvo una probabilidad de asociación de 12 y $P<0.05$ y la no ingesta de ácido fólico una probabilidad de 8.3 y $P<0.05$

Discusión:

La prevalencia de DTN es mayor en quienes no consumen ácido fólico, así como a mayor edad de las madres y sobre todo cuando no se lleva a cabo un buen control prenatal. Por todo lo anterior, es importante el consumo de ácido fólico previo al embarazo para prevenir los Defectos de Tubo Neural.

Referencias Bibliográficas:

1. Martínez Villarreal L. Limón Benavides C. Valdez Leal R. Sánchez Peña M. Efecto de la administración semanal de ácido fólico sobre los valores sanguíneos. Salud Pública Méx. 2005; 43(2):103-107.
2. Flores M. Melgar H. Cortés C. Rivera M. Rivera J. Sepúlveda J. Salud Pública Méx. Deficiencia de folatos y su asociación con defectos de cierre del tubo neural en el norte de México. 1998; 40(2):161-171
3. Rodríguez Morán M. Guerrero Romero J. Parra Quezada M. Segura Pineda M. Levario Carrillo M. Sotelo Ham E . Consumo de energía y nutrimentos en mujeres mexicanas en edad reproductiva. Salud Pública Méx. 2006; 40(6):474-480.
4. Rosado L. Camacho Solís R. Bourges H. Adición de vitaminas y minerales a harinas de maíz y de trigo en México. Salud Pública Méx. 2004; 41(2):130-137.
5. Rittler M. Riesgos para defectos congénitos en los extremos de la edad reproductiva. Rev Med Mat In. Ramón Sarda. 2005; 24 (1).

6. Ramírez Barba J. Impacto de la información otorgada en la consulta a las mujeres de edad fértil sobre el consumo de Acido fólico para la prevención de defectos de tubo neural.
7. Maulen Radovan I. Villa Gómez S. Soler E. Villicaña R. Hernández Ronquillo L. Impacto nutricio del consumo de una leche entera adicionada con vitaminas y minerales en niños. Salud Pública Méx. 2005; 41(5):389-396.
8. Vásquez Molina M. Corral Terrazas M. Apezteguia MA. Carmona Sawasky J. Levario Carrillo M. Relación entre las reservas de hierro maternas y del recién nacido. Salud Pública Méx 2006; 43(5):402-403.
9. López Rosado J. Rivera J. López G. Solano L. Rodríguez G. Casanueva E. García Aranda A. Toussaint G. Maulen I. Desarrollo y evaluación de suplementos alimenticios para el Programa de Educación, Salud y Alimentación. Salud Pública Méx 2005; 41(3):153-162.
10. Muñoz Juárez S. Vargas Flores H. Hernández Prado B. López Ríos O. Ortiz Espinosa R. Frecuencia y algunos factores de riesgo de mortalidad en el estado de Hidalgo, México, por defectos de cierre del tubo neural. Salud Pública Méx. 2004; 44(5):422-430.
11. Ramírez Espitia J.González Benavides M. Lacasaña Navarro M. Morales Martínez J. Martínez García A. Benach J. Mortalidad por defectos del tubo neural en. México, 1980-1997. Salud Pública Méx. 2005; 45(5):356-364.
12. Nazer J. Cifuentes L. Águila A. Juárez M. Efectos de la fortificación de la harina con acido fólico sobre la evolución de las tasas de prevalencia al nacimiento de malformaciones congénitas en los hospitales chilenos del ECLAMC. Revista Médica de Chile. ISSN 0034-9887.
13. Martínez de Villarreal L. Limón Benavides C. Valdés Leal R. Sánchez Peña M. Efecto del ácido fólico sobre los valores sanguíneos. Salud Pública Méx. Marzo-abril 2004; 43 (2).
14. Homero Martínez R. González Cossío T. Flores M. Rivera Dommarco J. Lezana M. Sepulveda Amor J. Anemia en mujeres de edad reproductiva. Resultados de una encuesta probabilística nacional. Salud Pública Méx. 2005; 37(2):108-119.
15. López Alarcón M. Carmona Nava L. Montalvo Velarde I. Lopez Domínguez J. Vital Reyes V. Concentraciones séricas de vitaminas antioxidantes y vitaminas relacionadas con el metabolismo de la omosisteina durante la posmenopausia. Ginecol Obstet Mex. 2005; 73:117-23.

Factores que influyen en la ingesta de alcohol en mujeres de 16 a 24 años

Autor: Luz María Leyva Valadéz
Coautores: Dolores J Cuatra, Angélica Martínez Sánchez, Mario Panzí Pérez, Ubaldo Trujillo García

Área de Investigación: Salud Pública
Número de Registro: S/N
Tipo de Autor: Estudiante de Licenciatura
Institución: Universidad Veracruzana
Dependencia: Facultad de Medicina, Cd. Mendoza
Año Residencia: 2008
Hospital:
Matrícula / Número Personal: S05008956
Teléfono Laboral: 2727267309
Teléfono Particular: 2727248518
Email: uvavi2007@hotmail.com

Argumentación teórica:

El consumo del alcohol o bebidas embriagantes data de épocas muy remotas, conociéndose por lo menos desde el Neolítico; posteriormente en diversas culturas se adoptó su consumo para varios fines (por ejemplo, religiosos: griegos y romanos, aztecas, mayas, etc.) El uso y el abuso de esta sustancia, muy popular desde esas épocas, se ha multiplicado y generalizado a todo el mundo sin importar raza, credo, sexo y desafortunadamente edad. En nuestro país en las culturas azteca, maya y tolteca se imponían castigos que iban de leves a severos a quienes abusaran del alcohol. El abuso del alcohol en el mundo se ha incrementado debido a la libre demanda del producto, la publicidad y la poca información por parte de los medios de comunicación sobre los efectos agudos y crónicos que produce, en su composición, el etanol, una sustancia química psicoactiva con acción reforzante positiva (+), capaz de crear dependencia psicosocial, presentando tolerancia y ocasionando efectos tóxicos en el organismo, tanto en intoxicación etílica aguda como crónica; y que además desarrolla dependencia. El alcoholismo, definido como enfermedad, se relaciona con la ingesta compulsiva de etanol; afecta en gran medida la vida personal, social y profesional así como el estado de salud del individuo. Las mujeres y hombres que ingieren bebidas alcohólicas regularmente tienen, en comparación con los abstemios, alta probabilidad de muerte por lesiones, violencia, suicidio, envenenamientos, cirrosis, algunos tipos de cáncer y posibles eventos hemorrágicos.

Argumentación empírica:

El ambiente en el cual se desenvuelve el individuo, la influencia de amigos, los niveles de estrés y la accesibilidad al alcohol son factores que también influyen en el beber y en el desarrollo del alcoholismo. En cuanto a los casos ya identificados de alcoholismo en el sexo femenino, es importante mencionar que debe atenderse con servicios especializados, es decir, un equipo médico y una coordinación de expertos en asuntos de género, concretados en una unidad que solo brinde atención a

mujeres. El objetivo principal del estudiante de Medicina es lidentificar y comprender el padecimiento desde el punto de vista médico, pues México ocupa el noveno lugar entre 51 países de los cuales se tuvo información sobre la magnitud de la tasa de mortalidad estandarizada por el síndrome de dependencia del alcohol en 1995.

Planteamiento del problema:

¿Cuáles son los factores que influyen en el incremento de bebidas alcohólicas en mujeres de 16 a 24 años de la población estudiantil de Ciudad Mendoza, Veracruz?

Objetivo General:

Determinar cuáles son los factores que influyen en el incremento de la ingesta de bebidas alcohólicas en mujeres de 16 a 24 años de la población estudiantil de Ciudad Mendoza, Veracruz

Metodología:

Diseño de estudio: transversal, retrospectivo y comparativo. Población y muestra: de acuerdo con la prevalencia de los factores que intervienen en la ingestión de bebidas alcohólicas en mujeres que es de 33%. Se tomó una muestra de 340 mujeres de entre 16 y 24 años de edad de la población estudiantil de Ciudad Mendoza Ver.de enero a junio del 2006. Criterios de inclusión: personas del sexo femenino y que tengan de 16 a 24 años de edad. Criterios de exclusión: personas del sexo masculino, que tengan menos de 16 años y que tengan más de 24 años. Procedimientos: análisis estadístico con medidas de frecuencia, tendencia central y dispersión. Previa información y consentimiento informado, se aplicó un cuestionario estructurado con 14 ítems que evaluaron edad, peso, talla, estatura, religión, estado civil y escolaridad, con la finalidad de conocer los factores psicológicos, sociales, culturales y de salud que más inciden en la ingesta de bebidas alcohólicas en mujeres de 16 a 24 años de edad.

Resultados:

De esta muestra, 72.75% consume bebidas alcoholicas, de este porcentaje 194 (63%) tienen una ingesta moderada y 30 abusan de éstas (9.75%). Hay mayor prevalencia en las mujeres de entre 18 y 19 años (71) y la mayoría son alumnas de la escuela Bachilleres América, con una media de 18.67 y una desviación estándar (S) de 2.10. Entre las causas más relevantes, por las cuales empezó la ingesta fueron: diversión (93), curiosidad (60) y las restantes (41) refirieron otras causas. En cuanto a la frecuencia de la ingesta se encontró que todas (194) hacerla ocasionalmente. Respecto del estatus social se encontró que las mujeres de estatus social medio bajo son las que más ingieren (91) y en segundo lugar las de estatus social medio alto (81), pero 13 de ellas lo hacen de manera excesiva. Sobre las mujeres que ingieren bebidas alcohólicas en forma excesiva se obtuvieron los siguientes resultados: al igual que en la ingesta moderada, la prevalencia es en las mujeres de entre 18 y 19 años y la mayoría estudia en la escuela Bachilleres América, con una media de 19.26 y una desviación estándar (S) de 2.08.

Discusión:

Se observó que hay un gran número de mujeres que oscilan entre los 16 y 24 años que ingieren bebidas alcohólicas; pero principalmente en las jóvenes de entre 18 y 19 años. Respecto a las causas por las que decidieron comenzar la ingesta se observaó que las más frecuentes fueron diversión y curiosidad, algo que concuerda con la literatura, la cual menciona que el consumo de alcohol es un comportamiento juvenil muy problemático y se da por la búsqueda de identidad personal, necesidades de experimentar sensaciones nuevas y la importancia otorgada a los grupos de iguales. Dentro de los factores que facilitan el consumo de alcohol son: medio ambiente que rodea al sujeto, disponibilidad, desorganización social, familia, amistades y ámbito de estudio.

Referencias bibliográficas:

1. Rivera Flores J. Chavira Romera M. Manejo anestésico del paciente con alcoholismo. Revista Mexicana de Anestesiología. 2004; 2 (7): 97106.
2. Stuardo Wyss F. Navarro Robles J. Relación entre la ingestión de alcohol y desarrollo de cardiopatía isquemia. Revista Mexicana de Cardiología. 2003; 14: 134-137.
3. Sauceda García J. Castillejos Véles G. Maldonado Durán J. Violencia doméstica. El maltrato a la mujer. Gaceta Médica de México. 2003; 139: 362-367.
4. Vargas E. Heinze G. García J. Fernández M. Dickinsson M. La capacitación del médico general del primer nivel de atención en el manejo de la depresión. Revista de la Facultad de Medicina. 2004; 7:187-191.
5. Contreras Carreto N. Mancillas Adame L. El papel de la serotonina en la dependencia al alcohol. Bases e implicaciones clínicas. Revista Médica Sur. 2005;12: 3-10.
6. Aburto C G. Los programas de intervención contra el tabaquismo. Psicología y Salud. 1998; 12 (2): 89-201.
7. Fernández C S. El consumo de alcohol y sustancia psicoactivas. Rev Méd IMSS. 2005; 43 (5): 449-456.
8. Carrasca G A. Covariación del consumo de alcohol con otras conductas de salud en adolescentes y factores psicosociales asociados. Psicología y Salud. 2002; 12: 203-217.
9. Lodoño C. Prevención del abuso en el consumo de alcohol en jóvenes universitarios: lineamientos en el diseño de programas costo-efectivos. Psicología y Salud. 2005; 15: 241-249.
10. Guiza V. Barriga L. Psiquiatría. 2004; 20 (20): 9-20.
11. Mariño M. Berenzon S. Medina Mora M. Síndrome de dependencia al alcohol: comparación entre hombres y mujeres. Revista Salud Mental. 2005; 28(4): 33-39.
12. López M. Santón C. Torrico E. Rodríguez J. Consumo de sustancias psicoactivas en una muestra de jóvenes universitarios. Revista Psicología y Salud. 2003; 28(2): 5-16.
13. Martínez P. Medina Mora E. Rivera E. Adicciones, depresión y estrés en médicos residentes. Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM. 2005; 48(5): 1991-1997.
14. Barragán L. Gonzáles J. Medina Mora M. Ayala H. Adaptación de un modelo de intervención cognoscitivo para usuarios dependientes al alcohol y otras drogas a población mexicana: un estudio piloto. Salud Mental. 2005; 28(1): 61-70.

15. Natera G. Tenorio R. Figueroa E. Ruiz G. Espacio urbano, la vida cotidiana y las adicciones: un estudio etnográfico sobre alcoholismo en el Centro Histórico de la Ciudad de México. Revista Salud Mental. 2002; 25(4): 17-31.
16. Climent C. Inclinación al consumo de bebidas alcohólicas en estudiantes universitarios. Editorial Norma. 1993; Vol. 1.
17. Durán T. Consumo de alcohol en alumnos de educación secundaria obligatoria. Hospital Virgen del Camino. 2003; Vol. 1.
18. Villarreal F. Cantú P C. Evaluación del conocimiento del daño a la salud por consumo de alcohol y tabaco en estudiantes preuniversitarios. Facultad de Enfermería. Universidad Autónoma de Nuevo León. México.2001.
19. Huotari C. Alcohol y maternidad. Leaven. 1997; vol. 2: 301.
20. Eagon P. El alcohol podría afectar el hígado de las mujeres más duramente. Scout News. 2005; Vol1.
21. Lapidus L. Bengtsson C. Bergfors E. Bjorkelund C. Spak F. Lissner L. Consumo de alcohol en mujeres y su relación con incidencia de diabetes y mortalidad. Diabetes Care. 2005; 28: 2230-5.
22. Góngora J. Leyva M. El alcoholismo desde la perspectiva de género. El cotidiano. 2005; 20: 84-91.
23. Castillo M. Leyva M. Alcoholismo: del despojo de una herencia cultural a la caricatura del poder. El cotidiano. 2005; 20: 64-77.

Factores asociados al conocimiento de los signos de deshidratación por diarrea

Autor: Bárbara López Aquino
Coautores: Paola Hernández T , Paulina Amores S, Eugenia Chávez B, Lucio Ruiz T, José Ubaldo Trujillo García

Área de Investigación: Salud Pública
Número de Registro: S/N
Tipo de Autor: Docente y Profesional de la salud
Institución: Universidad Veracruzana
Dependencia: Facultad de Medicina, Cd. Mendoza
Año Residencia: 2008
Hospital:
Matrícula/Número Personal: S06009175
Teléfono Laboral: 2727267309
Teléfono Particular: 2727248518
Email: uvavi2007@hotmail.com

Argumentación teórica:

La diarrea es la causa más común de deshidratación la cual se denomina como el desequilibrio hidroelectrolítico ocasionado por déficit de agua y electrolitos; de acuerdo con la OMS los signos clínicos son: irritabilidad, ojos hundidos, llanto sin lágrimas, saliva espesa, respiración rápida, aumento de la sed, signo del repliegue cutáneo mayor de dos segundos, pulso rápido, llenado capilar lento y fontanela anterior hundida. Uno de los principales problemas que se asocian con la mayor gravedad de las enfermedades en los niños menores de cinco años es la falta de conocimiento de los padres de los signos de peligro que indican cuando a un niño se le debe atender en un centro de salud. En relación con las acciones maternas: 27.9% de madres de niños con episodios diarreicos que necesitaban atención médica debido a su gravedad, no la buscaron; 26.9% de las madres suspendieron los alimentos de sus hijos durante el episodio diarreico; 17.6% de las diarreas se trataron con anti diarreicos; en 56.2% de los casos se utilizaron antibióticos. Según estudios de la OMS y la UNICEF, 90% de las muertes por diarrea se evitan con la aplicación de todos los componentes del manejo efectivo por el personal de salud, entre ellos la capacitación de la madre a fin de continuar el manejo del paciente en el hogar, bajo las siguientes recomendaciones: dar suficientes alimentos para prevenir desnutrición, más bebidas que lo usual para prevenir deshidratación (terapia de hidratación oral) y regresar con el paciente a consulta si presenta algún signo de alarma.

Argumentación empírica:

El síndrome diarreico o mejor conocido como diarrea es uno de los problemas más frecuentes en los niños menores de cinco años, el cual se encuentra en íntima relación con la deshidratación, siendo ésta su complicación más común y también causa de muerte. Las madres por lo general asocian la etiología del síndrome diarreico a parásitos, descartando la mayoría de ellas la gran influencia de la falta de higiene. Es importante mencionar que el mal manejo de la diarrea en el hogar se debe principalmente a la falta de conocimiento de las madres sobre el tema, lo cual lleva a los niños a caer en deshidratación. La mala información con la que cuentan las madres es tan grave que algunas de ellas no tienen bien definidos los conceptos de diarrea y deshidratación; otras tantas no saben reconocer los signos de deshidratación en sus hijos. Esto lleva a retrasar la consulta médica, provocando un deterioro en el niño e incluso llevarlo a la muerte.

Planteamiento del problema:

¿Qué factores influyen en las madres del área urbana para el conocimiento de signos de deshidratación causada por diarrea?

Objetivo general:

Identificar cuáles son los factores que influyen en el conocimiento sobre la deshidratación por diarrea.

Metodología:

Tipo de estudio: transversal, comparativo y prospectivo. Muestra: 150 mujeres. Tiempo y lugar: estudio realizado el 21 de mayo del 2007 en la comunidad urbana de Ciudad Mendoza Ver. Criterios de inclusión: mujeres, madres de niños menores 5 años que viven en Cuidad Mendoza Ver. Criterios de no inclusión: mujeres con hijos mayores de 5 años que no vivan en Ciudad Mendoza Ver.

Procedimiento: se aplicó un a cuestionario de 20 ítems de opción múltiple, respecto de edad, nivel socioeconómico, escolaridad, tipo de familia, número de hijos, acceso a la unidad de salud y el medio donde se desenvuelve la madre; otros ítems evaluaron el nivel de conocimiento acerca de algunos conceptos básicos de la deshidratación. Análisis estadístico: ORP como estimador de riesgo, chi cuadrada para diferencia en grupos, intervalo de confianza del 95%, $P<0.5$, además prueba de Z para diferencias.

Resultados:

De las 150 madres evaluadas, se encontró con conocimiento: bueno 94 (62.66%), regular 55 (36.66%) y malo 1 (.66%). Respecto de la escolaridad fueron: sin escolaridad 2 (1.33%), primaria 27 (18%), secundaria 35 (23.33%), bachillerato 41 (27.33%), técnica 6 (4%) y licenciatura 39 (26%). El grupo con acceso a la unidad de salud menor de 1 km tuvo un ORP 0.8 y $P>0.05$. El grupo con acceso a la unidad de 1 a 2 km tuvo un ORP 0.57, IC 0.46–1.12, y $P>0.05$. El grupo con acceso a la unidad mayor de 2 km tuvo un ORP 2.2, $p<0.05$.

Discusión:

De acuerdo con el nivel de información, prevalece más el conocimiento bueno y en menor proporción el malo. Relacionado con la literatura en investigaciones realizadas anteriormente se ha encontrado que el nivel d información es mayor en el área urbana, afectando también diversos factores como edad y nivel social de las madres.

Referencias bibliográficas:

1. Delgado MF. Hernán Sierra C. Calvache JA. Ríos AM. Mosquera C. Salas I. Agredo F. Meneses R. Conocimientos maternos sobre signos de peligro en diarrea aguda en el marco de la estrategia AIEPI. Colombia Médica. 2006; 37 (4).
2. Ruiz de Villa-Martínez, Y; Guerrero-Soler, C; Medina-Alí, FE; Álvarez-Curtís, J. Diarrea persistente. Principales causas y factores asociados en nuestro medio. Acta Pediátrica de México. Marzo-abril 2004; 25 (2): 81-84.
3. Orozco Alatorre G. Barragán Guzmán BA. Durán Ruiz, JS. Gómez Ruiz LM. Atole de arroz después de Vida Suero Oral en niños menores de 6 meses con diarrea aguda de gasto fecal alto. Boletín Médico Hospital México, Vol. 61: 475-481.
4. Sepúlveda J. Bustreo F. Tapia R. Rivera J. Lozano R. Olaiz G. Partida V. García García ML. Valdespino JL. Aumento de la sobrevida en menores de cinco años en México: la estrategia diagonal. Salud Pública Méx. 2007;49 (1):S110-S125.
5. Baeza Herrera C. García Cabello LM. Nájera Gardoño HM. Domínguez Pérez ST. Ortiz Zúñiga A. Hidratación oral y complicaciones abdominales por diarrea. Acta Pediátrica de México. 2004; 23 (5):281-4.

Cómo influye la obesidad en el desarrollo social del preescolar

Autor: Miguel Ángel González Hernández
Coautores: Ingrid P Hernández Ibarra, Anaid Meléndez A, Sandra I Romero M, Jessica García M, José Trujillo García

Área de Investigación: Salud Pública
Número de Registro: S/N
Tipo de Autor: Estudiante de Licenciatura
Institución: Universidad Veracruzana
Dependencia: Facultad de Medicina, Cd. Mendoza
Año Residencia: 2008
Hospital:
Matrícula/Número Personal: S05008906
Teléfono Laboral: 2727267309
Teléfono Particular: 2727248518
Email: uvavi2007@hotmail.com

Argumentación teórica:

El antecedente de peso al nacer mayor de 3,900 gramos está asociado a la obesidad infantil; además de otros factores como ser primogénito, índice de masa corporal materno, tener una madre laborando, género, edad, estatus dental, hábitos alimenticios y estatus socioeconómico. Recientemente se ha demostrado que existe correlación entre los niveles de leptina de cordón umbilical del neonato y el peso al nacer. La herencia tiene un papel importante, los hijos de padres obesos tienen mayor probabilidad de ser obesos, influyendo también la ingesta de alimentos con alta densidad calórica y el sedentarismo por periodos prolongados. Existe una estrecha relación entre las alteraciones nutricionales y las psicológicas, esto se fundamenta sobre el carácter eminentemente social que tiene la alimentación y la nutrición, así como la influencia que tiene en el desarrollo de los procesos psíquicos fundamentales y, sobre todo, por todas las implicaciones psicológicas y en el orden de las relaciones sociales, que trae aparejada una alteración nutricional. Recientemente se sabe por estudios de investigación científica, que los niños con déficit de atención, comportamiento violento, problemas en el aprendizaje, depresión y dislexia, tienen una importante deficiencia de dopamina y serotonina (importantes neuroquímicos requeridos para el buen funcionamiento cerebral), mismos que pueden incrementarse a través de los ácidos grasos esenciales omega 3 de cadena larga. Estos estudios sugieren que dicha deficiencia de dopamina y serotonina son el resultado de dicha inflamación crónica no controlada.

Argumentación empírica:

La obesidad es la enfermedad metabólica más difundida en el mundo; su prevalencia aumentó en forma dramática durante las últimas dos décadas, tanto en los países desarrollados como en los no desarrollados, siendo en los primeros un problema de salud pública que afecta a adultos y a niños.

En los Estados Unidos, entre 1976 y 2000, la obesidad infantil se incrementó de forma importante de 20 a 27% en todos los niños y adolescentes pero, específicamente, entre los 4 y 11 años hubo sobrepeso en 54% y la obesidad grave hasta 98%. Igual tendencia se encontró en Reino Unido, Japón y Canadá. Hasta hace poco tiempo, en la mayor parte de los países, los pediatras apenas se preocupaban de los problemas relacionados con la obesidad infantil. En la escala mundial se está de acuerdo con que se deben desarrollar programas para prevenir la obesidad en niños y con ello reducir la morbi-mortalidad relacionadas con ella en la edad adulta. Por ello es esencial enseñar a pediatras, enfermeras, educadores y padres la importancia de la educación nutricional de los niños desde las edades más tempranas.

Planteamiento del problema:

¿Cómo influye la obesidad en el desarrollo social y psicológico del preescolar?

Objetivo general:

Evaluar los efectos sociales de la obesidad en el preescolar.

Metodología:

Estudio transversal, comparativo y observacional en niños de edad preescolar de Ciudad Mendoza del 7 al 13 de diciembre de 2006. Se les aplicó un cuestionario individual de 13 preguntas, con la finalidad de analizar la influencia que tiene el sobrepeso en el desarrollo social del preescolar. Las preguntas se agruparon de acuerdo con cada variable. Para medir la obesidad de los sujetos de estudio, se utilizó una báscula marca JADE y una cinta métrica marca SELANUSA. Los resultados de la medición se interpretaron con base en tablas preestablecidas para niños de 2 a 18 años. Se consideraron obesos los niños que excedieron en 20% su peso ideal. Se clasificaron en dos grupos: obesos y no obesos, tomando en cuenta únicamente los niños de 3 a 5 años; dentro de las instituciones: CENDI, Mi pequeño mundo, Celestine Freinet y Urbano Tenoch. Se excluyeron aquellos que tuvieran menos de 3 años y más de 5. Análisis de medidas de frecuencia, tendencia central y dispersión.

Resultados:

El 24.3 % de la población presentó obesidad y 0.8% de obesos con problemas sociales por cada obeso sin problema social. De las variables se encontró que el rechazo no es un factor que influya en el desarrollo social, al igual que la autopercepción. Por otro lado, las relaciones interpersonales mostraron un riesgo de 1.69% para las niñas y 1.25% para los niños en cuanto a los posibles problemas de su desarrollo social. Con base en esto, la obesidad en el preescolar tiene una influencia mínima en su desarrollo social.

Discusión:

Se observó que 24.3% de la población preescolar analizada presentó algún grado de obesidad, por tanto y de acuerdo con la literatura hay mayor obesidad en los niños de Ciudad Mendoza que en la Ciudad de México[22]. Sin embargo, según los datos de 1999 el sobrepeso en México aumentó hasta 25% en la región norte del país[19]. Otro resultado fue que hay 0.8% de obesos con problemas sociales por cada obeso sin problema social.

Referencias Bibliográficas:

1. Orozco Ávila S. Propuesta para intentar disminuir la incidencia de obesidad infantil en escuelas primarias y preprimarias del estado de Jalisco. Diabetes Hoy para el médico y el profesional de la salud. 2005: 1486-91.
2. Vera L. Salvi C. Figueroa O. López A. Evaluación nutricional y seguimiento de niños y adolescentes obesos en una consulta especializada. Archivos Venezolanos de Puericultura y Pediatría. 2005: 122-30.
3. Tene C. Espinoza Mejía M. Silva Rosales N. Girón Carrillo J. El peso elevado al nacer como factor de riesgo para obesidad infantil. Gaceta Médica de México. 2003: 15-20.
4. Burrows R. Gattas V. Leiva L. Barrera G. Bargueño M. Características biológicas, familiares y metabólicas de la obesidad infantil y juvenil. Revista Médica. Chile. 2002: 155-62.
5. Montenegro C. Guerrero Lozano R. Obesidad, problema de salud pública. Nutrición Clínica y Gastroenterología Pediátrica. 2003: 159-164.
6. Ferreira Capote R. Tam Hurtado MA. Cagigas Reig A. Biología molecular y nutrición. Revista Cubana de Alimentación Nutricional. 2002: 69-76.
7. Martínez González C. Santana Porbén S. Barreto Penié J. Diseño e implementación de un esquema intrahospitalario de nutrición enteral. Revista cubana de Alimentación Nutricional. 2002: 130-38.
8. Vega Franco L. Contribución de la salud de los niños a la calidad de vida de los adultos. Revista Mexicana Pediátrica. 2004: 3-4.
9. Carvajal Ugarte J. Ceja Pérez R. Frecuencia de trastornos metabólicos en niños recién nacidos. Un estudio exploratorio. Revista Mexicana de Pediatría. 2004: 113-15.
10. Perpiña C. Obesidad infantil y trastornos alimenticios ¿A qué dar prioridad? Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos. 2006;27.
11. Hurtado J. Sotelo N. Aviles M. Peñuela C. Aumenta la obesidad en escolares que acuden a la consulta ambulatoria en el Hospital Infantil del estado de Sonora. Salud Pública Méx. Cuernavaca. Julio-agosto 2005; 47 (4).
12. Amigo H. Obesidad en el niño en América Latina: situación, criterios de diagnóstico y desafíos. Cad. Salud Pública. Río de Janeiro 2003; 19 (1).
13. Soxu C Sejas D. Obesidad: factores psiquiátricos y psicológicos. 1993; 26 (1).
14. Calzada León R. Loredo Abdala A. Conclusiones de la Reunión Nacional de Consejos sobre Prevención Diagnóstico y Tratamiento de la Obesidad en Niños y Adolescentes. Bol Méd Hosp Infantil. Méx. 2002; 59 (8):517-22.

15. Reyes Gómez U. Sánchez Chávez N. Reyes Hernández D. Reyes Hernández U. Carvajal Rodríguez L. La televisión y los niños ll obesidad. Bol Clín Hosp Infantil. Edo Son. 2006; 23(1):25-30.
16. Santos Muñoz S. La educación física escolar ante el problema de la obesidad y el sobrepeso. Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la actividad física. 2005
17. Fuillerat A. Psicología y nutrición en el desarrollo ontogenético en la edad infanto-juvenil. Nutrición Hospitalaria. 2004.
19. Fuillerat A. El psicólogo de la salud en el tratamiento de la obesidad infantil. Revista de Psicología. Pp.21-26.
20. Vega Franco L. Obesidad, espejismo de salud y belleza en los niños lactantes. Rev Mex Pediatr; 70 (6): 6421.
21. Prince Velez R et al. Nutrición de lactantes y preescolares atendidos en urgencias pediátricas de un hospital de segundo nivel. Rev Méd IMSS. 2002: 321-8.

Factores que intervienen en el suicidio de adolescentes en bachillerato de 15 a 18 años

Autor: Eliezer Fernández Rosas
Coautores: Gabriela Aguilar C , Cindy Gutiérrez B, Maribel Guarneros M, Eva Crisóstomo M, José Trujillo García

Área de Investigación: Salud Pública
Número de Registro: S/N
Tipo de Autor: Estudiante de Licenciatura
Institución: Universidad Veracruzana
Dependencia: Facultad de Medicina Cd. Mendoza
Año Residencia: 2008
Hospital:
Matrícula/Número Personal: S05008958
Teléfono Laboral: 2727267309
Teléfono Particular: 2727248518
Email: uvavi2007@hotmail.com

Argumentación teórica:

Mediante el presente trabajo se pretende dar a conocer los factores psicológicos que intervienen en los actos de suicidio en adolescentes. Para los más destacados científicos y psicoanalistas ha sido un desafío importante profundizar acerca de los orígenes del trastorno mental y el posterior suicidio. Por esta razón este trabajo procura hacer una breve descripción de lo que se consideran como causas, características, síntomas y tipos de las patologías mencionadas.

Argumentación empírica:

Los adolescentes van adquiriendo elconcepto de suicidio mediante diálogos con compañeros de su propia edad que han tenido familiares suicidas o por conversaciones que escuchan de los adultos.

Planteamiento del problema:

¿Se justifica un acto de suicidio como una respuesta a situaciones que no pueden enfrentar los adolescentes de preparatoria de entre 15 y 18 años?

Objetivo general:

Identificar los factores que intervienen en el suicidio de estudiantes de preparatoria de entre 15 y 18 años.

Metodología:

Diseño: transversal y comparativo. Tiempo y lugar: el 25 de octubre al 25 de noviembre de 2008 en COBAEP, plantel 22 de Ciudad Serdán, Puebla y COBAEV Santa Rosa en Ciudad Mendoza, Veracruz. Población y muestra: muestreo probabilístico, tomando como base la prevalecía de intento de suicidio del 7%, lo cual da una muestra de 100 estudiantes de preparatoria mayores de 15 años y menores de 18. No se incluyeron menores de 15 y mayores de 18 años; excluyendo a aquellos que no estén cursando la preparatoria y a quienes no aceptaron contestar el cuestionario. Procedimiento: se diseñó el instrumento de medición después, de su validación se aplicó a la muestra. El proceso de validación se efectuó por tres expertos. El primero en revisar el cuestionario, fue el psicólogo Felipe Pacheco Vásquez, quien hizo algunas observaciones como explorar otras dimensiones relacionadas con el suicidio y parasuicidio, además de investigar sobre el manejo de las emociones. La psicóloga Susana Márquez señaló la importancia de realizar preguntas concretas y seguir la hipótesis sostenida. Por último, psicólogo Heriberto Sánchez Pérez dijo que se debía leer e indagar más el tema. Después de las revisiones al cuestionario o instrumento de medición cambió de 25 reactivos que lo conformaban originalmente a 30 reactivos, por tanto se eliminaron 2 preguntas y se añadieron 7. Una vez obtenida la validez del instrumento de medición se aplicó a la muestra, considerando rubros como nombre (opcional), edad, sexo, estado civil, relación familiar, religión, nivel económico, ocupación, pasatiempo, ingesta de medicamentos, padecimiento de alguna enfermedad, tipo de lectura, pensamiento suicida, autoestima y deporte. Tras la recolección de los datos en las preparatorias COBAEV Santa Rosa de Ciudad Mendoza, Veracruz, y en el COBAEP, plantel 22 del municipio de Serdán Puebla, se hizo un análisis para concluir en los factores más relevantes sobre los jóvenes que han intentado suicidarse, además dar algunas alternativas para el mejoramiento de los factores que rodean a un adolescente y tratar de evitar los conflictos que causan sus ideas de suicidio. Instrumento: Cuestionario. Análisis: OR, Chi^2, valor de P, IC 95%.

Resultados:

De 100 jóvenes entrevistados, de entre 15 y 18 años, hubo 20 personas (20%) que alguna vez intentaron suicidarse y 80 personas (80%) nunca lo han intentado. Los grupos de jóvenes se dividieron en 3 grupos (15, 16 y 17 años). Así 3 (15%) jóvenes de 15 años tuvieron intento de

suicidio y 10 (12.5%) no. En el grupo de 16 años, 3 (15%) intentaron hacerlo y 22 (27.5%) no. En la edad de 17 años, 6 (30%) alguna vez trataron de llevar a cabo esta idea y 25 (31.25%) no. Por último, 8 (40%) jóvenes de 18 años intentaron suicidarse y 23 (28.75%) no. De acuerdo con el género, de los que han presentado intento de suicidio 9 (45%) son del sexo femenino y 11 (55%) son del sexo masculino. De las 80 que no se han intentado suicidar, 38 (47.5%) son del sexo femenino y 38 (47.5%) del masculino. Los jóvenes que presentan alguna enfermedad tienen un OR de 2, P 0.0832645; en comparación con los que no tienen ninguna enfermedad que tienen un ORP de 0.5, P 0.0832645. En cuanto a la influencia del tipo de lectura preferida los que gustan más de las novelas tienen un ORP de 0.21, P 0.0068198 y los que prefieren los comics un ORP de 9.60, P 0.0017658. Otro factor relevante fue la autoestima; los que tienen buena autoestima presentan ORP de 0.1, P 0.0000000 y los que tienen una mala autoestima un ORP de 7.4, P 0.0000000.

Discusión:

El tipo de lectura que prefieren los jóvenes no influye en sus pensamientos suicidas, pues ambos grupos (los que sí y los que no se suicidarían) practican regularmente la lectura, con mayor influencia de comics en los que han pensado en el suicidio y en menor grado los textos científicos. Un dato relevante es que suelen leer más los adolescentes que han intentado el suicidio que los jóvenes que nunca lo han intentado. La baja autoestima es uno de los factores importantes, pues sólo 35% de los que han intentado suicidarse presentaron buena autoestima y 65% restante demostraron una baja autoestima. Los jóvenes con tendencias suicidas afirmaron practicar deporte frecuentemente, mientras el otro grupo aseguró practicarlo pocas veces. Es un dato curioso, pero hay que tomar en cuenta que fueron los varones los que tuvieron mayor índice de intento de suicidio, y al ser ellos quienes practican con mayor frecuencia deportes (como el futbol), se estima que es ese el motivo de tal resultado.

Referencias bibliográficas:

1. Sue David. Sue Derald. Sue Stanley. Comportamiento anormal. 4a. Edición. Mc Graw Hil.
2. González Forteza Catalina. Tello Granados Ana María. Facia Flores Dulce. Medina Mora Icasa María Elena. Ideación suicida en adolescentes. Revista de Salud Pública. México. 1998; 40 (5): 430-7.
3. http://www.insp.mx/salud/40/405-7.html
4. Vallejo Nájera Juan Antonio. Ante la depresión. Planeta. España. 1997.
5. Christmans Andrea. El suicidio en los adolescentes. Disponible en: http:www.unam.mx/rompan/24/.
6. Borges G. Epidemiología del suicidio en México de 1970-1994. Revista de Salud Pública. México. 1994; 38: 197-20.
7. Guzmán Yahira. Cáceres Rubio Heidi. Sánchez Pedraza Ricardo. Estudio de la imitación como factor de riesgo para ideación suicida en estudiantes universitarios adolescentes. Revista Colombiana de Psiquiatría. 2005; 34 : 13.
8. Meehan Janet. Kapur Navneet. M Isabelle. British journal of psychiatry. Febrero 2006. 188:129-134.
9. Gómez Restrepo Carlos. Rodríguez Malagón Nelcy. Bohórquez P. Adriana. Diazgranados F Nancy. Ospina García María Beatriz. Fernández Cecilia. Factores asociados al intento de suicidio en la población colombiana. Revista Colombiana de Psiquiatría. 31. 275.
10. Valadez Figueroa I. Amezcua Fernández R. Quintanilla Montoya R. González Gallegos N. Familia e intento suicida en el adolescente de educación media superior. Archivos de Medicina Familiar. Septiembre-diciembre 2005; 7:70.
11. Vega Piñero. Blasco Fontecilla. Baca García. Díaz Sastre. El suicidio. Salud mental, atención primaria, 2002; 4.
12. Cabasés Sebastián FJ. Sicología del suicidio con referencias en jóvenes. Psiquiatría Infanto-juvenil de enlace. 2002; 15: 123-5.
13. Mardomingo Sánz MJ y ML. Características de personalidad, medio familiar y rendimiento escolar en los intentos de suicidio en niños y adolescentes. Pediatrika. España . Enero-febrero 1992; 12: 5-10.
14. De Dios De Vega JL. Manejo de las tentativas de suicidio en niños y adolescentes en el ámbito hospitalario. Psiquiatría Juvenil. 2002; 17: 37-9.
15. Sánchez Lacay AC. Parrilla Cruz. Pagán Castro. Intentos suicidas en adolescentes. Bol Asoc Méd. Julio 1995; 77: 273-77.
16. Allebeck PC. Allgulander LL. Fisher. Predictors of completed suicide in ac ohort of 50465 young men: Role of personality and deviant behaviour. BMJ. Julio 1998; 297:176-8.
17. Grossman DC. Milligan RA. Risk factor for suicide attempts among navajo Adolescents. Am Public Health. Julio 1991; 81: 870-4.
18. Gómez A. Barrera A. Evaluación clínica y psicológica de la conducta suicida. Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría. 1993; 34: 19-22.I; 1996: 382-389.

Prevalencia de Trastornos de la Conducta Alimentaria en estudiantes universitarios

Autor: Guadalupe Jaqueline Olalde Libreros
Coautores: Mauricio Fidel Mendoza González

Área de Investigación: Salud Pública
Número de Registro: S/N
Tipo de Autor: Estudiante de Maestría
Institución: Universidad Veracruzana
Dependencia: Instituto de Salud Pública
Año Residencia: 2008
Hospital:
Matrícula/Número Personal: S/N
Teléfono Laboral: 8418934
Teléfono Particular: 8171608
Teléfono Celular: 2281217514
Email: olalib@hotmail.com

Argumentación teórica:

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) son desviaciones en el patrón de alimentación que llevan a la existencia de una enfermedad. Son clasificados en relación con el aspecto físico visible tal como una extrema delgadez u obesidad, o en cuanto a variaciones del patrón de alimentación. Algunos trastornos bien definidos como la anorexia nerviosa comienzan habitualmente en la segunda década de la vida, en su mayoría antes de los 20 años. Las estimaciones en países occidentales han documentado un incremento de la prevalencia, pasando de 0.5/100,000 habitantes en 1950 a 5/100,000 habitantes en los ochenta. La Sociedad Americana de Anorexia y Bulimia estima que cada año fallecen aproximadamente 150,000 mujeres por esta enfermedad. La frecuencia de anorexia nerviosa durante la década de los ochenta en Estados Unidos se situó entre 1 y 5 por ciento en mujeres blancas adolescentes. En Inglaterra, en 1995 la prevalencia de esta enfermedad fue de 0.1% en mujeres entre 15 y 29 años de edad. En países orientales la prevalencia es muy baja: en Hong Kong se diagnosticaron 70 casos de anorexia durante los ochenta y en Japón la prevalencia fue de 0.2% en las zonas urbanas y 0.05% en las rurales. En México, se reportó en el 2006 que 18.3% de los jóvenes tienen preocupación por subir de peso y 3.2% de los adolescentes desarrollan prácticas de riesgo, cifra última que sin corresponder a un diagnóstico patológico específico, sí da cuenta de rasgos anticipados que deben ser motivos de valoración temprana como antecedente a TCA.

Argumentación empírica:

Uno de los factores de riesgo para el desarrollo de los TCA es la alteración en la imagen corporal y el miedo a desarrollar sobrepeso u obesidad. Ciertas ideas socioculturales de salud y belleza, irregularidad y deficiente autorregulación en el comer, contribuyen también a la patogénesis. El perfeccionismo y la baja autoestima son antecedentes particularmente comunes en anorexia y bulimia nerviosas. La preocupación por un cuerpo delgado y la presión social son antecedentes para el comienzo de la enfermedad, siendo la dietación uno de los predictores más importante. Algunos estudios se han enfocado a conocer la conducta que tienen personas con algún TCA en relación con los alimentos. Se ha estimado que el grado de aversión hacia grupos de alimentos con alto contenido de proteínas es el más evitado por anoréxicas que por bulímicas; con una intensidad de rechazo de 1.7 veces en anorexia y 1.3 en bulimia. Asimismo las aversiones para algunos productos principalmente considerados de elevado aporte calórico también están presentes.

Planteamiento del problema:

En la actualidad nos enfrentamos a una sociedad preocupada por el peso corporal, la moda y la dieta, que da prioridad a la belleza física, así como la existencia de gran presión para satisfacer ese ideal que persigue la esbeltez. En México, la investigación de TCA es aún incipiente y se estima la posibilidad de que haya un incremento gradual no diagnosticado de rasgos tempranos, que al transcurrir del tiempo constituyan el sustrato para patologías extremas bien definidas. Por tanto, es fundamental iniciar trabajos de investigación que sienten las bases de conocimiento de conductas de riesgo nocivas para la salud, en un primer momento de factores contribuyentes y posteriormente a la determinación de factores que predispongan o mantengan una conducta adversa hacia el cuerpo y hacia los alimentos.

Objetivo general:

Determinar la prevalencia y los factores relacionados con la presencia de Trastornos de la Conducta Alimentaria en estudiantes universitarios, de la ciudad de Xalapa, Veracruz, México.

Metodología:

Estudio observacional descriptivo, de corte transversal, realizado en estudiantes de la Licenciatura en Nutrición. Mediante un muestreo aleatorio, estratificado, se determinó la muestra de 210 alumnos. Las variables de estudio fueron agrupadas según las siguientes categorías: 1) Características generales. 2) Estado nutricio. 3) Conducta hacia los alimentos. 4) Conducta hacia la delgadez. 5) Determinantes de riesgo para el desarrollo de TCA. Se hizo una evaluación antropométrica, con datos de peso y talla, para determinar estado nutricio. Posteriormente se aplicó un cuestionario semiestructurado, validado y precodificado de 40 preguntas, que contenía adicionalmente el Eating Attitudes Test (EAT-26). Se utilizó el paquete estadístico SPSS, 10ª versión. Calculando medidas de tendencia central y frecuencias simples, se realizó análisis univariado y bivariado con la utilización de tablas 2 x 2, para

comparar a los subgrupos de este estudio; se realizó el cálculo de razón de prevalencia (RP).

Resultados:

Del total de la muestra (n=210), 83.3% correspondió al sexo femenino y 16.7% al masculino. El 87.1% procedía del estado de Veracruz. La edad promedio para los hombres fue de 22 y para las mujeres de 20. Al momento del estudio, 30.5% se encontraba por arriba de su peso normal. La prevalencia de Trastornos de la Conducta Alimentaria encontrada fue de 9.6/100, siendo para las mujeres de 10.8/100 y 2.9/100 para los hombres. Los factores relacionados con el desarrollo de TCA fueron: antecedentes de sobrepeso y de obesidad en edades tempranas, influencia de los padres por la preocupación de la imagen corporal, presión para dejar de comer, sentimiento de disgusto por su imagen corporal, deseo de tener menor peso corporal, adietarse y evitar comer alimentos con alto contenido graso y calórico.

Discusión:

El presente estudio fue exploratorio y constituyó un acercamiento al fenómeno de los TCA, el cual no fue diseñado específicamente para el diagnóstico de patologías extremas, sino para la determinación de rasgos tempranos de probable riesgo para el desarrollo de ellas. Por tratarse de estudiantes de la carrera de Nutrición, en la población no se detectó el uso de conductas compensatorias, el único control fue ejercido a través de la dieta. Se sugiere considerar el presente trabajo como una medición basal en la población blanco y la réplica de otros trabajos en población adolescente que permitan identifiquen factores de riesgo presentes en población más joven y que permitan conocer similitudes o diferencias entre grupos etáreos, para posibilitar la propuesta de alternativas de prevención.

Referencias bibliográficas:

1. Gómez C C. De Cos Blanco A I. Fernández G B. Trastornos de la Conducta Alimentaria. Tratado de Nutrición. Edit. Díaz de Santos. España. 1999: 759-770.
2. Palma E M. Trastornos de la Conducta Alimentaria Cuadernos de Nutrición. 1997; 20 (5).
3. Burns J J. Stanton B. Perkins K et al. Eating disorders in adolescents. W V Med J. March-april;99(2):60-6
4. Steiner H. Kwan W. Shaffer TG et al. Risk and protective factor for juvenile eating disorders. Eur Child Adolesc Psychiatry. 2003; 12 (1):138-6.
5. Fairburn CG. Cooper Z. Doll HA. Weich SL. Risk factors for anorexia nervosa: three integrated case-control comparisons. Arch Gen Psychiatry. May 1999; 56.
6. Devlin M J. Zhu A J. Body image in the balance. JAMA. November 7 2001; 286 (17).
7. The McKnight Investigators. Risk Factors for the Onset of Eating Disorders in Adolescent Girls: Results of the McKnight Longitudinal Risk Factor Study. American Journal of Psychiatry. February 2003; 160(2):248-254.
8. Patton G C. Selzer R. Coffey C. Carlin J B. Wolfe R. Onset of adolescent eating disorders: population based cohort study over 3 years. BMJ. March 20; 1999 318(7186):765-768.
9. Vaz F J. Alcaina T. Guisado J. A. Food aversions in eating disorders. Int J Fodd Sci Nutr. 1998 May;49(3):181-6
10. Van Binsbergen C J. Hulshof K F. Wedel M et al. Food preferences and aversions and dietary pattern in anorexia nervosa patients. Eur J Clin Nutr. Aug 1988;42(8):671-8.
11. EAT- 26 www.health.umd/services/ed.attitudetest.pdf. Consultado el 17/11/06 21:00 hrs.

Influencia del nivel socioeconómico en el estado nutricional de adolescentes de 15 a 18 años

Autor: Miryam Lizet Flores Cruz
Coautores: Eduardo Hernández Reyes, María del Carmen Palacios Urias, José Ubaldo Trujillo García

Área de Investigación: Salud Pública
Número de Registro: S/N
Tipo de Autor: Estudiante de Licenciatura
Institución: Universidad Veracruzana
Dependencia: Facultad de Medicina, Cd. Mendoza
Año Residencia: 2008
Hospital:
Matrícula /Número Personal: S05008927
Teléfono Laboral: 2727267309
Teléfono Particular: 2727248518
Email: uvavi2007@hotmail.com

Argumentación teórica:

Alimentarse bien es imprescindible para la vida diaria. La cantidad de proteínas, grasas, azúcares y otros nutrientes es básica para que nuestro cuerpo funcione correctamente, por eso es muy importante hablar sobre la nutrición y su clasificación ya que esto nos ayudará a proporcionar a nuestro cuerpo alimentos e ingerirlos, porque cada una de las personas son las encargadas de modificar o destruir a los organismos.

Argumentación empírica:

La asimilación deficiente de alimentos por el organismo conduce a un estado patológico de distintos grados de seriedad y con diferentes manifestaciones clínicas, que se llama desnutrición. Ésta señala toda pérdida de peso anormal en el organismo. Se llama desnutrición de primer grado a toda pérdida de peso que no pase de 25% del peso que el paciente debería tener, para su edad; es desnutrición de segundo grado cuando la pérdida de peso fluctúa entre 25 y 40% y finalmente es desnutrición de tercer grado cuando la pérdida de peso del organismo es mayor a 40%. Para evaluar las alteraciones del estado de nutrición es importante conocer cuáles son los indicadores que proporcionan

información confiable, cuáles reflejan el estado de nutrimentos específicos relacionados con el riesgo de morbilidad. Por ejemplo, la homosisteína es un indicador del estado de nutrición de algunas vitaminas y de riesgo cardiovascular. La evaluación completa del estado de nutrición debe incluir historia clínica y examen físico, indicadores antropométricos, composición corporal, determinaciones de albúminas y otras proteínas séricas, perfil de lípidos, cuenta total de linfocitos y evaluación de hipersensibilidad cutánea tardía, datos de ingestión dietética, aspectos socioeconómicos e indicadores de independencia funcional y actividad física, así como de algunos otros indicadores de riesgo.

Planteamiento del problema:

¿Cómo influye el nivel socioeconómico en el estado nutricional del adolescente entre 15 y 18 años?

Objetivo general:

Identificar la relación existente entre el nivel socioeconómico y el estado nutricional de los adolescentes entre 15 y 18 años.

Metodología:

Tipo de estudio: transversal, retrospectivo, comparativo y observacional. Población y muestra: 289 adolescentes, entre 15 y 18 años de un bachillerato. Tiempo y lugar: octubre 2006-enero 2007. Río Blanco, Veracruz. Criterios: se incluyeron adolescentes de 15 a 18 años de bachillerato en un área rural y urbana. Procedimiento: se acudió a un bachillerato, donde se pidió autorización a las personas correspondientes para llevar a cabo el estudio en los alumnos. Se seleccionó aleatoriamente a los grupos participantes, dependiendo del número de integrantes de éstos. Una vez seleccionados, se les explicó el motivo y proceso del estudio y se les entregaron los cuestionarios. Se pesó y midió a cada adolescente sin zapatos y en posición erguida, los datos se registraron en el cuestionario. Se les agradeció la participación y disponibilidad para el estudio. Se analizaron los datos obtenidos, se consideró un ingreso económico familiar alto en quienes obtenían $3801 o más al mes y un ingreso económico familiar bajo en quienes obtenían $3800 o menos al mes. De la ingesta de alimentos se consideró como consumo de carbohidratos a tortillas, dulces, pastas, pan dulce y cereal; como proteínas a carnes rojas, huevo, leche, quesos, pescado y aves; como lípidos a aceite, manteca y mantequilla; como alimentos "chatarra" a tacos, tortas, tamales, bebidas alcohólicas y café; asímismo se tomó en cuenta el consumo de frutas y verduras. Se clasificó la frecuencia en el consumo de cada grupo de alimentos como ocasional en quienes los consumen de ninguna a una vez y frecuente en quienes los consumen de dos a siete veces. Sobre el IMC, se tomó el criterio que, según la OMS, define el sobrepeso como un IMC igual o superior a 25, obesidad igual o más de 30, normal de 18.5 a 24.99 y bajo peso menos de 18.5. Análisis de medidas de frecuencia, tendencia central y dispersión.

Resultados:

De acuerdo con el IMC, se encontraron 55 (19%) adolescentes con sobrepeso u obesidad y 234 (81%) con un peso de normal a bajo. En la frecuencia del consumo a la semana: 246 (85.1%) consumen frecuentemente carbohidratos y 43 (14.9%) ocasionalmente; 173 (59.9%) consumen frecuentemente lípidos y 116 (40.1%) ocasionalmente, 203 (70.2%) consumen frecuentemente proteínas y 86 (29.8%) ocasionalmente; 254 (87.9%) consumen frecuentemente frutas y verduras y 35 (12.1%) ocasionalmente; 63 (21.8%) consumen frecuentemente alimentos "chatarra" y 226 (78.2%) ocasionalmente. Respecto del número de comidas que realizan al día, 235 (81.3%) de una a tres comidas y 54 (18.7%) cuatro o más. De la práctica de deporte a la semana, 200 (69.2%) lo realizan de cero a tres veces y 89 (30.8%) cuatro o más. Quienes consumen frecuentemente lípidos a la semana ORP 0.8 y P 0.5564398; ocasionalmente lípidos a la semana ORP 1 y P 0.5564398. Quienes consumen frecuentemente proteínas a la semana ORP 1. y P 0.6541670, ocasionalmente a ORP 0.8 y P 0.6541670. Frecuentemente frutas y verduras a la semana ORP 1.9 y P 0.2216396, consumen ocasionalmente frutas ORP 0.5 y $P>0.05$. Consumo frecuente de alimentos "chatarra" a la semana ORP 0.7 y $P>0.05$, quienes consumen ocasionalmente alimentos "chatarra" a la semana ORP 1.3 y $P>0.05$. De una a tres comidas al día ORP 7.5, y P 0.0014630, cuatro o más comidas al día ORP 0.1 y P 0.0014630. Quienes realizan deporte de cero a tres veces a la semana ORP 0.5 y $P>0.05$; quienes realizan deporte cuatro o más veces a la semana ORP 0.6 y $P>0.05$.

Discusión:

En relación con la frecuencia en el consumo semanal de lípidos, se encontraron más adolescentes con sobrepeso u obesidad en quienes los consumen frecuentemente; de igual manera este factor aumenta la probabilidad de alteraciones en el peso sin diferencias estadísticamente significativas. La literatura también señala que sin importar el nivel socioeconómico, un consumo frecuente o excesivo de grasas aumenta la probabilidad de sobrepeso u obesidad. En relación con la frecuencia en el consumo semanal de alimentos "chatarra", se encontraron más adolescentes con sobrepeso u obesidad en quienes las consumen de manera ocasional, contrario a lo que señala la literatura.

Referencias bibliográficas:

1. Gómez F. Desnutrición. Salud Ppública de México. 2003; 45 (4).
2. Soares de Freitas M d C. Perspectivas de la nutrición. Revista Cubana de Alimentos y Nutrición. 2002; 16:127-33.

3. Tapia Jurado J. Cuachayo Lozano J. Hernández Sierra F. Quintana García E. Ramírez Martínez A. Trejo Contreras A et al. Parámetros objetivos regionales de evaluación nutricional en personas de 18 a 59 años de edad. Nutrición Clínica. 2004; 7(2):939.
4. Alemán Mateo H. Pérez Flores F A. Los indicadores del estado de nutrición y el proceso de envejecimiento. Nutrición Clínica. 2003; 6(1): 46-52.
5. Castillo Hernández J L. Zenteno Cuevas R. Valoración del estado nutricional. Revista médica de la Universidad Veracruzana. 2004; 4 (2).
6. Casanova M. Casanova R. Pediatrika. 2002; Supl. 1: 3-8.
7. Silva E. Castellano A. Lovera Mosquera N. Navarro A. Gloría B. Estado nutricional de los niños en edades comprendidas de 2 a 4 años. Universidad Pedagógica Experimental Libertador. 2002; 2: 5-18.
8. H Carlos. Nutrición infantil y rendimiento escolar. VIII Congreso Nacional de Nutrición y Dietética. Cali, Colombia. 2003. Publicación Científica; 516: 45-56.
9. Espíndola S. La alimentación. Colección Material Didáctico. Comunidad de Madrid. Ed. Instituto Nacional de Consumo del Ministerio de Sanidad y Consumo. 2002: 25-42.
10. Maddaleno M. Morillo P. Infante Espínola F. Health and development of adolescents and young adults in Latin America and the Caribbean: challenges for the next decade. Salud Pública México 2003;45 (1):S132-S139.
11. Ortiz Hernández L. Evaluación nutricional de adolescentes. Rev Méd IMSS. 2002;40(1): 61-70.
12. Martínez López E. Aspectos alimenticios y nutricionales en el alumnado adolescente de educación física. Rev Digital. Buenos Aires. 2004;(68).
13. Reina JC. De Orozco B. Dufour D. Spurr G. Adolescentes y embarazo: salud y nutrición.
14. Barón MA. Solano L. Peña E. Morón A. Estado de nutrición de folato, vitamina B12 y hierro en adolescentes embarazadas. ALAN. 2003; 53(2).
15. Mardones SF. Mallea AR. Villarroel del PL. Urrutia SMT. Rose HS. Durán FE. Román BM. Zúñiga A. Rojas J. Influencias socioeconómicas y étnicas de la talla de mujeres chilenas. Rev Chil Nutr. 2004; 31(3).
16. Ortiz Hernández L. Estado nutricio en adolescentes de una población suburbana de la Ciudad de México; Revista Mexicana de Pediatría. 2003; 70 (3): 109-117.
17. Sámano R. Flores Quijano M. Casanueva E. Conocimientos de nutrición, hábitos alimentarios y riesgo de anorexia en una muestra de adolescentes en la Ciudad de México. RESPYN. 2005; 6 (2)
18. Aguilera Barreiro M. Milián Suazo F. Mapa nutricio y riesgo de trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes de la ciudad de Querétaro, México. RESPYN. 2006; 7 (1).
19. Majul E María. Morón Jiménez M. Ramón A. Estimación de la ingesta diaria potencial de nitritos en productos cárnicos de mayor consumo en adolescentes. RESPYN. (2004); 5 (3).
20. Villanueva Sánchez J. Ramírez Moreno E. Factores asociados al sobrepeso en estudiantes de 8 a 18 años de áreas suburbanas RESPYN. Hidalgo, México; 2004; 5 (3).
21. Delgado Sánchez G. Hurtado González M I. Moreno González DC. Vallejo de la Cruz N L. Ortiz Hernández L. Hábitos alimentarios y actividad física en un grupo de escolares de la Ciudad de México. Diferencias por género y nivel socioeconómico. Nutrición Clínica. Órgano oficial de la Asociación Mexicana de Alimentación Enteral y Endovenosa, AC en alianza con el Fondo Nestlé para la Fundación Mexicana para la Salud. 2004; 7(4): 207-20.
22. Castañeda Castaneyra RE. Molina Frechero N M. Hernández Guerrero JC. Estado nutricional de escolares en una población del estado de Hidalgo, México. Revista de Endocrinología y Nutrición. 2002; 10(4): 201-5.
23. Seralda Zúñiga A E. Meléndez Mier G. Pasquetti Ceccatelli A. Requerimientos y recomendaciones proteícas, referencias internacionales y mexicanas. Endocrinología y Nutrición. 2003. 11(2): 73-924.

Conocimiento de los padres de las sustancias tóxicas de niños en edad preescolar

Autor: Israel Arturo Texcahua Flores
Coautores: Kenay Villamar López, José Luis García Aburto, Ubaldo Trujillo García

Área de Investigación: Salud Pública
Número de Registro: S/N
Tipo de Autor: Estudiante de Licenciatura
Institución: Universidad Veracruzana
Dependencia: Facultad de Medicina, Cd. Mendoza
Año Residencia: 2008
Hospital:
Matrícula/Número Personal: S05008975
Teléfono Laboral: 2727267309
Teléfono Particular: 2727248518
Email: uvavi2007@hotmail.com

Argumentación teórica:

La exposición a sustancias potencialmente tóxicas es motivo de preocupación importante que, salvo raras excepciones, siempre genera una consulta especializada; además, no hay que olvidar que las intoxicaciones pueden ocasionar una morbilidad y mortalidad, en estos casos la actuación médica si se precisa, debe ser apropiada e inmediata. El interés de estudiar consultas telefónicas por eventos de intoxicación en pacientes menores de 15 años, atendidos en el Centro Nacional de Toxicología (CENATOX), radica en que son los más peligrosos y representan un porcentaje elevado. En comparación con otros niños, los hijos de agricultores tienen mayor riesgo de exposición a múltiples plaguicidas en concentraciones potencialmente peligrosas, pues tales compuestos son llevados a la casa por los trabajadores, trasladados por el viento o transportados por la leche materna; estos niños también se exponen al jugar cerca de campos rociados. Se sabe que el polvo de la casa puede acumular concentraciones elevadas de plaguicidas,

algo especialmente cierto en los lugares de más bajo saneamiento, como sucede en las viviendas de aquellos agricultores que guardan los plaguicidas en su casa o en lugares cercanos a ésta. El polvo, tanto de la vivienda como de las zonas cercanas, es una fuente significativa de exposición para los niños, debido a que permanecen largos periodos jugando en estos lugares e ingieren polvo y tierra al poner los objetos y sus manos en la boca. Por otra parte, un gran número de niños trabaja en actividades agrícolas, desprotegidos en gran medida por su exposición a plaguicidas. También consumen alimentos en el campo que no han sido lavados y contienen altos niveles de plaguicidas Los plaguicidas organofosforados (solubles en agua) entran en el organismo de los niños por la vía dérmica, la absorción, la ingestión y la inhalación. Diferentes estudios indican que la exposición no alimentaria de los niños, debida a contaminación doméstica, es una importante contribución de la exposición total de plaguicidas La vía de absorción más importante del DDT es la oral, sobre todo cuando se ingieren grasas animales o vegetales, donde el insecticida se halla disuelto, por tal motivo se ha investigado la contaminación de este tipo de alimentos.

Argumentación empírica:

En México, de 13 a 35% de las intoxicaciones son por accidentes, por iatrogenia 33-66% y por medicamentos 68-90% de los cuales los más frecuentes son analgésicos, anticonvulsivos, anticolinérgicos y antihistamínicos. El estudio de los factores intoxicantes que afectan la integridad física de los preescolares es importante al ser un grupo vulnerable por su inexperiencia y la inquietud de conocer lo que les rodea por medio del tacto y el gusto.

Planteamiento del problema:

¿Cuál es el conocimiento de los padres de las sustancias tóxicas de niños en edad preescolar?

Objetivo general:

Analizar el conocimiento que tienen los padres de las sustancias tóxicas en niños en edad preescolar.

Metodología:

Tipo de estudio: transversal. Muestreo: probabilístico aleatorio en la aplicación del cuestionario. Tiempo y lugar: marzo 2006 a enero del 2007. Criterios de inclusión: ser padre de familia de niños en edad preescolar (3 a 6 años). Procedimiento: previa revisión del cuestionario por tres Pediatras de la Facultad de Medicina de Cd. Mendoza, se llevó a cabo una muestra piloto. El proyecto tuvo como base base un cuestionario de 11 preguntas y se obtuvo de los padres de niños en edad preescolar. La aplicación fue realizada por los alumnos de la Facultad de Medicina : Israel Arturo Texcahua Flores, Kenay Villamar López y José Luís García Aburto. En los preescolares que nos dieron consentimiento, el cuestionario abarcó: nombre, edad, sexo, ocupación, y conocimiento de sustancias tóxicas. Análisis con estadística descriptiva, estimador ORP, prueba de Kruskal Wallis y X2 para diferencias, significancia estadística con $P<0.05$ e IC del 95%.

Resultados:

De una muestra de 304 personas evaluadas, tuvieron un conocimiento excelente 68 (22.4%), bueno 232 (76.3%) y regular 4 (1.3%). En el grupo de conocimiento excelente, las ocupaciones fueron: empleados 23 (34%), ama de casa 27 (39%), obreros 3 (5%), comerciante 7 (10%) y pensionados 8 (12%). En este mismo grupo, 6 (9%) mencionaron dejar el cuidado de los niños a los abuelos y 62 (91%) cuidarlos ellos mismos; 1 (1.4%) no sabía qué era un sustancia tóxica y 67 (98.6%) sabían qué era una sustancia tóxica y peligrosa; 5 (7.3%) sólo sabía de la inhalación como puerta de entrada de tóxicos y 63 (92.7%) conocían otras formas de intoxicación; 11 (16%) consideraban envases sin etiqueta como dañinos y 57 (84%) consideraban cosméticos y detergentes como tóxicos; 3 (4%) tienen un grado de acceso a tóxicos alto y 65(96%) tienen un acceso nulo a tóxicos; por último, 4 (6%) guardan sustancias tóxica en botes de refresco y 64 (94%) guardan sustancias toxicas en su envase original. Cuando se evaluó la asociación sobre el conocimiento de quienes cuidaban a los niños, los que lo encargaban con los abuelos tuvieron un ORP de 2.2, P de 0.0737888; y quienes los cuidaban los padres tuvieron un ORP de 0.4, ,P de 0.0737888. Quienes no sabían que era una sustancia tóxica obtuvieron un ORP de 7.3, P de 0.0244487; quienes identificaron la sustancia tóxica como peligrosa tuvieron un ORP de 0.14, P de 0.0244487. Quienes sólo conocían la inhalación como puerta de entrada del toxico mostraron un ORP de 5 y P de 0.0000671; quienes conocían el contacto y la ingestión como entrada de la sustancia tóxica tuvieron un ORP de 0.1 y P de 0.0000671.

Discusión:

En el estudio realizado se encontró que la mayoría tiene un conocimiento bueno en comparación con el conocimiento excelente que sólo es de 22.4%. Esto es importante ya que refleja un impacto muy bajo en el conocimiento de sustancias tóxicas.

Referencias bibliográficas:

1. Herraz M. Clerigue N. Intoxicaciones en niños. Metahomoglobinemia. Anales Médicos. México. 2003; 26 (1).
2. Ferrer A. Intoxicación por metales pesados, Anales Médicos. México. 2003; 26(1)
3. Eduardo M. Mederos A. Muñoz R. Intoxicaciones pediátricas atendidas por consultas telefónicas. Rev Cubana Pediátrica. 2002;74(1).
4. Pérez H. Pizarra F. Cuantificación de niveles tóxicos de acetaminofen en niños. Confederación Nacional de Pediatría de México. México. 1999;2(7).

5. Hu H. Cook Deegan R. Shukuri A. The use of Chemical weapons: Conducting an investigation using survey epidemiology. JAMA. 1989; 262: 640-643.
6. Henretig F. Biological and chemical terrorism defense: A view from the front unes of public health. Am J Pub. Health 2001; 91: 718-720.
7. Morita H. Yanagisawa N. Nakajima T. Shimizu M. Hirabayashi A. Okudera H et al. Sarin poisoning in Matsumoto. Lancet, Japan.1995; 2: 290-293.
8. Tomatis L. Cancer: Lyon IARC Scientific Publications. WHO IARC. 2002.
9. Lauwerys R. Toxicologie industrielle et intoxications professionelles. 3a Ed. Masson, París. 2000: 170-191
10. Piola JC. Intoxicaciones laborales por plomo atendidas en Rosario, Argentina. 1998.

Influencia de la alimentación y la actividad física en el sobrepeso y la obesidad

Autor: Adolfo Saucedo Contreras
Coautores: Lucía Magdalena Ruiz Domínguez, Arely Eunice Cortes López, José Ubaldo Trujillo García

Área de Investigación: Salud Pública
Número de Registro: S/N
Tipo de Autor: Estudiante de Licenciatura
Institución: Universidad Veracruzana
Dependencia: Facultad de Medicina
Año Residencia: 2008
Hospital:
Matrícula/Número Personal: S05008948
Teléfono Laboral: (272) 726-76-09
Teléfono Celular: 0442721027457
Email: adolfo_sc@hotmail.com
Email Alternativo: lucibriceida@hotmail.com

Argumentación teórica:

La obesidad ha alcanzado una incidencia tan grande que se considera ya una pandemia, siendo los países en desarrollo los afectados en mayor grado. El problema de la obesidad es considerado en Latinoamérica el más importante dentro de las afecciones nutricionales, con implicación directa en el desarrollo de otras enfermedades crónicas como diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial y complicaciones cardiovasculares, entre otras. Entre nueve países de Latinoamérica, México ocupa el segundo lugar en prevalencia de obesidad en adultos, sólo superado por República Dominicana y ocupa también el cuarto lugar en obesidad en niños, superado por Brasil, Perú y República Dominicana.

Argumentación empírica:

La Encuesta Nacional de Nutrición realizada en el 2000 arrojó que la obesidad en la edad escolar alcanza 25% en la región norte y 13% en la región sur del país. Los reportes epidemiológicos alimentarios informan que las diferencias étnicas en la tradición alimentaria han desaparecido, mientras que se ha generalizado un incremento en el consumo de carbohidratos simples y grasas saturadas. Pero esto puede ser diferente, ya que la dieta es uno de los factores modificables en el estilo de vida, cuya influencia en la prevención de enfermedades crónicas en los adultos se ha establecido en diversos estudios epidemiológicos con resultados consistentes. En una de las investigaciones se observó que mejorar la educación en cuanto a hábitos alimenticios proporciona una mejor calidad de vida y con mayor frecuencia en pacientes con enfermedades crónicas. Un cambio en la actividad física también trae mejorías en la mayoría de este tipo de enfermedades, a excepción de las personas con diabetes que no se ven tan beneficiadas como los pacientes con hipertensión.

Planteamiento del problema:

¿Cómo influyen los hábitos alimenticios y la actividad física en la determinación de obesidad y sobrepeso en adultos?

Objetivo general:

Determinar la influencia de la actividad física y los hábitos alimenticios en el sobrepeso y la obesidad.

Metodología:

Estudio retrospectivo y transversal. La muestra comprendió personas de entre 20 y 60 años de edad. La muestra inicial fue de 323 elegidas aleatoriamente, excluyendo 9, que no desearon participar con la somatometría, que no cumplían con la edad, embarazadas que no respondieron el cuestionario en su totalidad, quedando así una muestra final de 312. Las variables fueron: sexo; edad; calidad de la dieta: raciones por día-semana, de lácteos, huevos, harinas, cereales, frutas, verduras y la ingesta de agua; estado de salud; ocupación; tiempo de caminata diaria; tipo de ejercicio, así como lugar, tiempo y frecuencia de éste. El estudio fue realizado entre agosto 2006 a enero 2007 en población abierta. Se aplicó un cuestionario de 9 ítems: estado de salud, práctica de ejercicio; así como: tipo, lugar, tiempo y frecuencia de las sesiones, tiempo de caminata. Se evaluó la calidad de la dieta, ya que en ella se cuantificaron las raciones por día-semana, de lácteos, huevos, harinas, cereales, frutas, verduras y la ingesta de agua. También se tomó perímetro abdominal, peso y talla con la finalidad de obtener su Índice de Masa Corporal. El análisis se efectuó con medidas de frecuencia: tendencia central, dispersión, estimador ORP, X2 para diferencias, IC 95% y $P<0.05$.

Resultados:

La muestra final fue dividida en dos grupos: normopeso 144 (46.15%) y sobrepeso-obesidad 168 (53.85%). Los datos más significativos fueron los siguientes: el sexo femenino con ORP de 1.1 y una $P<0.05$. Los grupos etáreos de 20–29 años obtuvieron $P<0.05$; y de 50–60 obtuvieron una

evaluadores profesionales son: ciertos atributos personales, compromiso, competencia específica en calidad, áreas de competencia general y áreas de competencia técnica específica. Sin embargo, poco o nada se ha realizado para evaluar las capacidades de los evaluadores de competencias en el interior de los propios programas formativos[5].

Planteamiento del problema:

En 2005 el Instituto de Salud Pública de la Universidad Veracruzana (ISPUV) pone en marcha el programa de maestría con un nuevo plan de estudios, basado en competencias para el ejercicio de las funciones esenciales en salud pública. La instrumentación de este programa requirió la capacitación y formación de profesores en el desarrollo de competencias, en las funciones esenciales en salud pública, así como en la evaluación de competencias. Actualmente cursa la segunda generación de estudiantes bajo este plan de estudios. El plan es monitoreado desde varias perspectivas, una de ellas es la exploración y análisis de la capacidad del personal docente para la evaluación de competencias. El contexto de esta exploración son las evaluaciones que realizan los profesores sobre las competencias que los alumnos deben desarrollar durante el segundo semestre del programa, para formular y ejecutar un proyecto de intervención tendiente a mejorar la prestación de servicios en las instituciones de salud donde realizan sus prácticas profesionales. Se desarrollaron seis proyectos colectivos en los que participaron los 30 alumnos de la maestría y 16 profesores evaluadores.

Objetivo general:

Explorar la capacidad para evaluar competencias, en el personal docente del Instituto de Salud Pública de la Universidad Veracruzana.

Metodología:

El diseño fue exploratorio, pues no se cuenta con ningún antecedente sobre el tema. Los 16 profesores evaluadores se incluyeron en este proceso de manera voluntaria; todos son de tiempo completo con actividades de investigación y gestión académica; todos tienen estudios de maestría o doctorado y la mayoría participó en los cursos de formación para la instrumentación del programa de maestría. La evaluación que realizaron los profesores a los alumnos sobre la adquisición de competencias profesionales se desarrolló en cinco etapas; para ello se establecieron parámetros y se diseñaron instrumentos que identificaban en cada etapa los descriptores de dichas competencias. La evaluación de las competencias en cada etapa se realizó durante una presentación oral y una presentación escrita de avances. Cada equipo de alumnos era evaluado simultáneamente por tres profesores. En cada una de las etapas de evaluación se exploró la discrepancia entre las calificaciones emitidas por los tres evaluadores de cada equipo, considerándose que discrepancias superiores a 10% eran indicativas de problemas en la forma de evaluar.

Resultados:

A lo largo de las cinco etapas de evaluación, se encontraron discrepancias (de más de 10%) entre los evaluadores. En 16 de los eventos, estas discrepancias traducidas en términos porcentuales llegaron a alcanzar diferencias hasta de 30%. Las diferencias observadas entre los evaluadores se explican a través de varios factores: aunque los descriptores y los parámetros de evaluación fueros establecidos para cada etapa de la evaluación, estos no siempre fueron respetados por los evaluadores. En otros casos, la discrepancia se derivó de diferencias conceptuales entre los evaluadores, explicadas en parte por las formaciones disciplinares heterogéneas de los mismos; otro factor encontrado en la explicación de las discrepancias fue el corto tiempo del que disponía cada evaluador para emitir su evaluación (cuatro días) y por último, la dificultad misma que implica pasar de un sistema que evalúa conocimientos a otro que evalúa competencias.

Discusión:

La evaluación de competencias es uno de los principales retos a vencer cuando se pone en marcha un programa basado en competencias, sobre todo el romper con las prácticas de evaluación derivadas de los programas tradicionales no es una tarea que se logre fácilmente. Es evidente que la capacitación para la evaluación de competencias es necesaria pero no suficiente, se requiere además de un esfuerzo colegiado y permanente para poner en común entre los profesores que tienen esta responsabilidad, los criterios, parámetros y procesos de evaluación de competencias. De la misma manera que se adquieren las competencias para el trabajo en el campo de la salud pública, el desarrollo de las competencias para evaluar competencias se tiene que reforzar con procesos deliberados durante el mismo proceso de evaluación. Un elemento más a considerar, es la dificultad de traducir la adquisición de competencias en una calificación numérica para cumplir el requerimiento que establece el marco jurídico de la propia Universidad. Los programas basados en el desarrollo de competencias tienen muchas bondades y ventajas sobre los programas tradicionales, pero su adecuada implementación y desarrollo requieren de una actitud comprometida del personal académico que participa en este tipo de programas.

Referencias bibliográficas:

1. Halpern F. Outcome assessment en: Dunn, Dana S; Mehrota, Chandra M; Halonen, Jane S. (editores): Measuring Up: Educational assessment challenges and practices for Psychology. Washington: American Psychological Association. 2002
2. Gordillo H. Evaluación de competencias. Santiago de Chile: INACAP. 2003
3. Eurydice. La Competencia Clave. Alemania. Unión Europea. 2002.
4. Sanders R. The technology and art of evaluation. A review of seven evaluation primers. Evaluation News. 12: 2-7.
5. Entidad Mexicana de Acreditación. EMA. Página Web (Internet). México. Consulta 12-09-08. Disponible en: http://www.ema.org.mx.

ORP de 5.8, con una P<0.05. La calidad de la dieta mala obtuvo ORP de 4.6 y una P<0.05, la regular ORP de 4.4 y una P<0.005. La dieta buena obtuvo una P<0.05. En cuanto al estado de salud los datos más significativos se encontraron en la variable buena, con una P<0.05, la regular obtuvo ORP de 1.1 y la mala de ORP 2.3. Las ocupaciones más significativas fueron las labores del hogar con ORP de 5.2 y una P<0.05, los estudiantes con una P<0.05. El tiempo de caminata de menos de 30 minutos arrojó resultados de ORP de 2.9 y P<0.05, 30 minutos ORP de 1.4, 60 minutos con una P<0.05 y más de 60 minutos con una P<0.05.De los tipos de ejercicio, los acuáticos y la carrera tuvieron ORP de 1.3 y 1.1 respectivamente. El lugar de ejercicio más significativo con ORP de 4.7 fue el realizado en casa. Con respecto al tiempo de ejercicio fueron significativos 30 minutos con ORP de 2.1 y de 30 minutos a una hora obtuvo ORP de 1.6. En cuanto a la frecuencia de ejercicio de 1 a 2 y de 3 a 4 sesiones a la semana obtuvieron ORP de 1.4.

Discusión:

El sexo femenino presenta una mayor prevalencia de sobrepeso-obesidad, lo cual coincide con lo mencionado por la literatura. Respecto de la actividad física, se observó que no es un factor significativo para la presencia de sobrepeso-obesidad, contrario a lo expuesto en la literatura[7]. En cuanto al factor alimentación afirmamos que una mala dieta, pobre en frutas y verduras, elevada en la ingesta de tortillas y productos con base en cereales predispone la presencia de sobrepeso-obesidad, lo cual corresponde con lo citado en la literatura[5,15]. Se observó una mayor proporción de sobrepeso-obesidad en grupos de edades avanzadas que en los jóvenes, lo cual coincide con la literatura[7]. Al tomar en cuenta la actividad laboral, se apreciaó una menor proporción de sobrepeso-obesidad en los estudiantes que en las otras actividades señaladas en la investigación. Lo cual se asemeja a lo indicado en la literatura, pues aquí se menciona que las actividades laborales que implican poca o escasa actividad física son un factor predisponente para la presencia de sobrepeso-obesidad.

Referencias bibliográficas:

1. Villa A. Escobedo M. Méndez Sánchez N. Estimación y proyección de la prevalencia de obesidad en México a través de la mortalidad por enfermedades asociadas. Gaceta Médica de México. 2004; 140: S21-S25.
2. Hurtado Valenzuela J. Sotelo Cruz N. Avilés Rodríguez M. Peñuelas Beltrán C. Aumento de la prevalencia de obesidad en niños y adolescentes de la consulta ambulatoria. Boletín Clínico Hospital Infantil del Estado de Sonora. 2005; 22: 81-6.
3. Sotelo Cruz N. Vázquez Pizaña E. Ferra Fragoso S. Sobrepeso-obesidad, concentración elevada de colesterol y triglicéridos, su relación con riesgo coronario en adolescentes. Boletín Médico Hospital Infantil de México. 2004; 61: 372-83.
4. Dávila Rodríguez M. Cortes Gutiérrez E. Rivera Prieto R. Gallegos Cabriales E. Cerda Flores R. Epidemiología genética de la obesidad en el noreste de México. Búsqueda de familias nucleares informativas. Gaceta Médica de México. 2005; 141: 243-6.
5. Villagómez L. Barrera E. Saucedo D. Alcocer L. Comorbilidad de la obesidad con los trastornos de la conducta alimentaria. Revista de Investigación Clínica 2003; 55:535-45.
6. Hernández Piñero L. Zangronis Ruano L. Gallardo Pérez U J. Vega Gutiérrez E. Hernández García J O. Exploración del peso corporal en el consultorio médico. Rev Cubana Méd Gen Integr. 2005; 21 (3-4).
7. Flegal K. Graubard B I. Williamson D F. Gail M H. Excess deaths associated with underweight, overweight and obesity. JAMA. 2005; 293: 1861-7.
8. Bertsias G. Mammas I. Linardaski M. Kafatos A. Overweight and obesity in relation to cardiovascular disease risk factors among medical students in Crete Greece. BMC Public Health. 2003; 3:1481-80.
9. Navarro Núñez C. Venegas Ochoa U. Navarro Solares J C. Corbalá Solares J. Cárdenas J M. Campos A. Sobrepeso y obesidad entre mujeres profesionales de la salud. Ginecol Obstet Méx. 2005; 73: 401-6 .
10. Hedley A A. Ogden C L. Johnson C L. Carroll M D. Cutin L R. Flegal K M. Prevalence of overweight and obesity among US children, adolescents and adults 1999-2002. JAMA. 2004; 291: 2847-50.
11. Foster G D. Wadden T A. Makris A P. Davidson D. Swain Sanderson R. Allison D et al. Attitudes about obesity and its treatment. Obesity Research. 2003; 11: 1168-1177.
12. Briz Pinto A. García Ramírez L. Maass Méndez C. Pérez Hurcacitas K. Sánchez Martínez E. Ortiz Hernández L. Hábitos alimentarios y actividad física en un grupo de escolares de la Ciudad de México. El modelaje. Nutrición Clínica. 2004; 7(1):9-23.
13. Cortés Martínez G. López Ortiz B. Maldonado Monroy L. Romero Ramírez V. Ortiz Hernández L. Hábitos alimentarios y actividad física en un grupo de escolares de la Ciudad de México. El control paternal. Nutrición Clínica. 2004; 7(3): 151-62.
14. Delgado Sánchez G. Hurtado González M. Moreno Gonzáles D. Vallejo de la Cruz N. Ortiz Hernández L. Hábitos alimentarios y actividad física en un grupo de escolares de la Ciudad de México. Diferencias por género y nivel socioeconómico. Nutrición Clínica. 2004; 7(4): 207-20.
15. Barquera S. Rivera Dommarco J. Campos I. Espinosa J. Monterrubio E. Consumo de fibra y sobrepeso en mujeres mexicanas en edad adulta. Nutrición Clínica. 2002; 5(4): 206-12.
16. Pasquetti Ceccatelli A. Flujo de sustratos energéticos en síndrome dismetabólico. Endocrinológica y Nutrición. 2002; 10(1) 9-20.
17. Pardo A. Ruiz M. Jodar E. Garrido J. De Rosendo JM. Usan LA. Desarrollo de un cuestionario para la evaluación y cuantificación de los hábitos de vida relacionados con el sobrepeso y la obesidad. Nutr Hosp. 2004; 19(2):99-109.

18. Gómez Díaz J. Armero Fuster M. Calvo Viñuela I. Rico Hernández MA. Resultados de la intervención educativa en pacientes con obesidad. Nutr Hosp. 2002; 7(2):93-6.
19. Caballos Gurrola O. Serrano Ostariz E. Sánchez Oriz E. Zaragoza Casterad J. Gasto energético en escolares adolescentes de la ciudad de Monterrey, NL. México. Respyn. 2005; (3):1-6.

El ejercicio físico y la alimentación asociada a la obesidad

Autor: Ángel Palestino Gallardo
Coautores: Rafael Vargas López, Karla C Pérez Osorio, Ariatna J Campos Rivas, Ubaldo Trujillo García

Área de Investigación: Salud Pública
Número de Registro: S/N
Tipo de Autor: Estudiante de Licenciatura
Institución: Universidad Veracruzana
Dependencia: Facultad de Medicina, Cd. Mendoza
Año Residencia: 2008
Hospital:
Matrícula/Número Personal: S06008973
Teléfono Laboral: 2727267309
Teléfono Particular: 7267752
Teléfono Celular: 2721194041
Email: an_pa_ga@hotmail.com
Email Alternativo: starstkc@hotmail.com

Argumentación teórica:

La obesidad es una enfermedad caracterizada por el almacenamiento excesivo de tejido adiposo en el organismo. La energía metabolizable ingresa al organismo en forma de sustratos como glucosa, fructosa, galactosa, ácidos grasos, aminoácidos y etanol de cuya combustión se obtiene energía "libre" que se emplea en la realización de funciones (gasto interno) y en la actividad del músculo estriado o "actividad física" (gasto externo); en último término, la energía se gasta o "sale" del organismo como calor y movimiento. Así, el balance de energía es igual a la ingestión menos el gasto, para controlar el balance el organismo regula ambas variables.

Argumentación empírica:

Alguna de sus causas son interacción de factores sociales, de comportamiento, cultural, psicológico, metabólico y genético, lo cual tiene un efecto adverso en la salud de la persona que la padece. Actualmente, es considerada un problema de salud pública en el mundo; informes de la Organización Mundial de la Salud indican que existen alrededor de 250 millones de personas con obesidad, lo cual corresponde a 7% de la población mundial; asimismo, la prevalencia de obesidad se ha incrementado en México. Las modificaciones en el estilo de vida sucedidas en las últimas décadas particularmente en las zonas urbanas, promueven el sedentarismo y el consumo de alimentos de elevada densidad energética y calórica como la comida rápida y las bebidas industrializadas han desplazado la ingesta de alimentos saludables en la dieta e incrementando el riesgo de sobrepeso. El aumento de sobrepeso y obesidad entre la población debe ser motivo para desarrollar mejores alternativas preventivas y terapéuticas. Para ello modificar el estilo de vida de la población es uno de los primeros pasos para revertir la actual epidemia. Por lo citado anteriormente en este informe se analiza la relación que existe entre la obesidad derivada de falta de ejercicio y la mala alimentación basándose en una revisión de la literatura médica.

Planteamiento del problema:

¿Cómo se asocia la alimentación de baja calidad y la falta de ejercicio con la obesidad en los universitarios?

Objetivo general:

Analizar la forma en la que se relaciona la alimentación y la actividad física con la obesidad en la población universitaria.

Metodología:

Estudio transversal, retrospectivo, observacional, comparativo. La muestra estuvo conformada por 254 individuos de las facultades de Medicina, Enfermería y Ciencias Químicas de la Universidad Veracruzana en el periodo de marzo a diciembre de 2007. Las características que incluyeron estos individuos fueron las siguientes: ser estudiantes y tener un rango de edad de 18 a 25 años. En la encuesta se obtuvieron datos como: peso, talla, sexo, edad, tipo de ejercicio físico, sedentarismo, hábitos alimenticios y rasgos genéticos. Se calculó el índice de masa corporal con la fórmula Peso/ Talla se computaron los datos obtenidos. Análisis de medidas de frecuencia: media y desviación estándar, tendencia central, dispersión, X2 para diferencias en grupos, intervalo de confianza de 95% y $P<0.05$.

Resultados:

En el estudio se tomaron como referencia tres grupos. Grupo A: personas con peso normal; grupo B: peso anormal; C personas con obesidad y sobrepeso. Por tal motivo y con fines metodológicos se consideraron los grupos B y C como uno solo, con los siguientes resultados. La evaluación de 254 universitarios reveló que con obesidad y sobrepeso hay 151 (99%) del sexo femenino y 102 del sexo masculino. El rango de edad 18-19 años fue el más afectado. El alimento chatarra más consumido fue el refresco. Realizan ejercicio 154 (61%). Con historia familiar de obesidad en padres 120 (76%) y madres 130 (84%). Con asociación y significancia estadística se analizaron los alumnos del séptimo semestre, en cuanto a consumo de refrescos, golosinas,

pastelitos, comida rápida, leguminosas, frutas y verduras, carne y leche; ejercicio; así como horas de estudio y/o sueño y horas de televisión.

Discusión:

Se encontró que el sobrepeso en los universitarios del Área de Ciencias de la Salud prevalece en 98% en ambos géneros, (el intervalo de edad más afectado es de 18–19 años); existe una mayor prevalencia en mujeres en especial en aquellas que cursan el séptimo semestre. En relación con el consumo de alimentos, se encontró que una ingesta mínima (1–3 veces por semana) de alimentos chatarra y el abuso (10–12 veces por semana) de alimentos considerados como nutritivos también son factores significativos para desarrollar obesidad. El refresco, comida rápida y los alimentos chatarra más consumidos tuvieron una prevalencia de 79.92%. Con base en el sedentarismo se analizaron horas de sueño, horas de estudio y horas de TV. como las actividades más frecuentes: encontrándose personas que dedican más de 7 horas a la televisión, más de 4 horas al estudio y más de 7 horas de sueño; sin embargo, hubo significancia en las que duermen de 1-3 horas. Respecto al tipo de ejercicio, y como se planteó en la hipótesis, se comprobó que este factor está íntimamente relacionado con la obesidad pues las personas que realizaban tanto ejercicio aerobio como anaerobio tenían menos factores de riesgo para padecerla en comparación con aquellas que no realizaban ningún tipo de ejercicio. Asimismo hubo significancia en aquellas que realizaban un mínimo de ejercicio (1-3 veces por semana), por lo que no es necesario realizar cantidades extenuantes de ejercicio para evitar la obesidad. Por último, cabe hacer mención que los antecedentes familiares son un factor relevante en la susceptibilidad a la obesidad; tomando en cuenta a aquellos individuos con padres obesos y con sobrepeso en relación con aquellos cuyos padres están en forma. Por ello, se concluye que los estilos de vida, la reducción de la actividad física, la ingesta calórica aumentada en relación con un gasto calórico bajo y factores genéticos parecen ser determinantes en la génesis de la obesidad.

Referencias bibliográficas:

1. Flores Huerta S. Klunder Klunder M. Gutiérrez Trujillo G. Acosta Cazares B. Rendón Macías Mario Enrique. Consumo de alimentos saludables o con riesgo para la salud. Rev Méd Inst Mex Seg Soc. 2006; 44(1):S63-S78.
2. Romero Velardel. Vázquez -Garbay EM. Castro Hernández Juan Francisco . Cruz Osorio R M. Campollo Rivas. Hábitos de alimentación e ingestión de calorías en un grupo de niños y adolescentes obesos. Bol Med Hosp Inf Méx. Mayo-Junio 2006; 63.
3. S Strasnoy B. A Seccia I. S Marino P. Obesidad en el niño y en el adolescente. Nutrición Hospitalaria. 2006; 23:3.
4. Palacios Rodríguez RG. Mungía Miranda C. Ávila Leyva A. Sobrepeso y obesidad en personal de salud de una Unidad de Medicina Familiar. Rev Med Inst Mex. Seg Soc. 2006; 44(5)449-453.
5. Suárez Varela M. Jiménez - López L. García - Álvarez M. La obesidad y el sobrepeso como factores de riesgo de la prevalecía del asma en nños . Nutrición Hospitalaria. 2005; 20:6
6. Hernández B. Cuevas Nasu L. Shamah Levy T. Monterrubio EA. Ramírez Silvia Claudia. García-Feregrino R. Rivera J. Sepúlveda Amor J. Factores asociados con sobrepeso y obesidad en niños mexicanos de edad escolar: resultados de la Encuesta Nacional de Nutrición 2005. Salud Pública de México. 2005;45 (4).
7. Domínguez Carrillo LG.Arellano Aguilar G. Efectos del ejercicio aeróbico submáximo en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 o sobrepeso.
8. Ortiz Hernández L. Estado nutricio en adolescentes. Rev. Mex. de Pediatr. mayo-junio 2003; 70 (3):109-116.
9. Pajuelo Ramírez J. Zevillanos Bermúdez Y. Peña Hernández A. La problemática nutricional en una población de adolescentes ingresantes a una universidad privada Consensus. Enero-diciembre 2004; 8 (9). Print ISSN 1680-3816.
10. Villela Bareto N. Neto Lima K. Curvillo Pancill E. Calidad de la vida de los pacientes obesos sometidos a la cirugía Banatric. Nutrición Hospitalaria. 2004;19:6.
11. Hernández Nasu B. Cuevas Monterrubio L. Ramírez Silva de Claudia E. Los factores se asociaron a exceso de peso y obesidad en niños mexicanos. Salud Pública de México. 2003, vol.45:4.
12. Laguna Camacho Antonio. Sobrepeso y obesidad: Algoritmo de manejo nutricio. Rev Endocrino y Nutrición. Junio 2005; 13 (2): 94:105.
13. Arroyo Izaga M. Rocandio P. Ansotegui Alday L. Pascual Apalauza M. Salces I. Beti I. Rebato Ochoa E. Calidad de la dieta, sobrepeso y obesidad en estudiantes universitarios dpto. Nutrición y Bromatología. Facultad de Farmacia. Dpto. Genética,Antropología Física y Fisiología Animal. Facultad de Ciencia y Tecnología. Universidad del País Vasco (UPV/EHU). España.
14. Ruiz Cervantes TE . Vaquero Cazares J. -Ramírez A.Diez Ma. Trastornos alimentarios en hombres y mujeres adolescentes deportistas y no deportistas pertenecientes al Servicio de Rehabilitación Ortopédica del Centro Nacional de Rehabilitación. Revista Mexicana de Medicina Física y Rehabilitación. Ene-marzo 2004;16:12-16.
15. Swinburn BA. Caterson I. Seidell Jc. WPT James Diet. Nutrition and the precention of excess weigth gain and obesity. Public Health Nutrition. 7(1A), 123-146.
16. González Calvo MA. Domínguez Flores ME. Robledo Pascual JC. Fabian San Miguel M. Lezama Chen. Cambios en la calidad de vida en pacientes diabéticos después de un programa de ejercicio. Rev Inst Nal Enf. Resp. México. Enero-marzo 2003; 15(1):25-30.
17. Sánchez González J. Rivera Cisneros A. Tovar L. Asociación de las respuestas fisiológicas a los cambios metabólicos en el ejercicio físico extenuante. Cir Ciruj. Mayo-junio 2003; 71:216-225.

Variaciones de peso en adolescentes de entre 12 y 15 años

Autor: María Covadonga Vázquez Juárez
Coautores: Nayeli Rosas A, Adriana Lobato B, Juan Jiménez E, Araceli Domínguez H, Ubaldo Trujillo G.

Área de Investigación: Salud Pública
Número de Registro: S/N
Tipo de Autor: Estudiante de Licenciatura
Institución: Universidad Veracruzana
Dependencia: Facultad de Medicina, Cd. Mendoza
Año Residencia: 2008
Hospital:
Matrícula/Número Personal: S05008973
Teléfono Laboral: 2727267309
Teléfono Particular: 2727248518
Email: uvavi2007@hotmail.com

Argumentación teórica:

La obesidad es una enfermedad caracterizada por el almacenamiento excesivo de tejido adiposo en el organismo. En la actualidad es un problema de salud pública mundial y su importancia durante la niñez y adolescencia está fundamentada en su compromiso biopsicosocial. Dicho padecimiento es un importante factor de riesgo de enfermedades crónicas no trasmisibles, como hiperlipidemia, enfermedad coronaria cardiovascular isquémica, hipertensión arterial, diabetes tipo 2, osteoartritis, dislipoproteinemias, accidentes vasculares cerebrales, algunas variedades de cáncer, aterosclerosis e infarto del miocardio. Por otro lado, la obesidad afecta la autoestima y promueve disconformidad con el propio cuerpo y existen evidencias de ser un factor de riesgo para el desarrollo de trastornos alimentarios. La desnutrición o la obesidad durante este periodo de la vida tienen efectos negativos a corto y a largo plazo, por ejemplo la desnutrición provoca en los varones una reducción en su capacidad física y en las mujeres repercute en riesgos reproductivos. También, a largo plazo, la obesidad aumenta el riesgo de padecer las enfermedades crónicas ya mencionadas durante la etapa adulta, al favorecer una distorsión en el perfil de lípidos sanguíneos e hipertensión.

Argumentación empírica:

Actualmente en nuestro país el sobrepeso y la obesidad han aumentado tanto en adultos como en niños y adolescentes, lo cual es preocupante pues más que un aspecto físico, para algunos desagradable, no es saludable. Por ello es importante hacer conciencia en la sociedad que cuidar el peso corporal dejó de ser vanidad y se convirtió en una necesidad para prevenir algunas enfermedades. El sobrepeso y la obesidad además de repercutir en la salud del adolescente, también afecta su autoestima pues se convierte en blanco de bromas y burlas por parte de sus compañeros de clase e incluso de su propia familia, lo cual le crea complejos y disminuye su seguridad; también los vuelve agresivos e introvertidos y con un autoestima muy baja. Lo peor es que el adolescente busca desesperadamente bajar de peso y está dispuesto a hacer lo que sea para lograrlo, en ese momento es cuando presenta algún trastorno alimentario como anorexia o bulimia, las cuales pueden ser mortales.

Planteamiento del problema:

¿Cuáles son los factores que influyen en las variaciones de peso en adolescentes de entre 12 y 15 años?

Objetivo general:

Identificar los factores que intervienen en las variaciones de peso en adolescentes de entre 12 y 15 años.

Metodología:

Se realizó un estudio transversal, retrospectivo, descriptivo y observacional con una duración de 10 meses, de marzo de 2006 a enero de 2007 en la escuela secundaria Mártires de 1907 en Río Blanco, Ver. y en la Facultad de Medicina de Cd. Mendoza. De acuerdo con la prevalencia de los factores que intervienen en las variaciones de peso en adolescentes de entre 12 y 15 años, que es de 33%, se tomaron como muestra 316 adolescentes. El muestreo fue probabilístico aleatorio con base en la fórmula $n=z2 \bullet p \bullet q/d2$. De acuerdo con los criterios previamente establecidos, se incluyeron todos los estudiantes de secundaria de 12 a 15 años, hombres y mujeres, así de una muestra inicial de 316 adolescentes se excluyeron 39. Los datos se recabaron mediante la aplicación de un cuestionario que constó de 17 ítems incluyendo edad, sexo, grado escolar, peso, estatura e IMC. De acuerdo con la escala de IMC se agruparon como los de bajo peso a aquellos con IMC <19.99; con peso normal a los que tuvieron IMC de 20-24.99; con sobrepeso a los que obtuvieron IMC de 25-29.99 y obesidad a aquellos con >30 de IMC. El cuestionario fue aplicado en la secundaria Mártires de 1907 en Río Blanco, Ver. en octubre de 2006. Para el análisis estadístico se utilizaron medidas de frecuencia, tendencia central y dispersión, estimador ORP para riesgo, IC 95%, x2 para diferencias y $p<0.05$.

Resultados:

De una muestra de 277 adolescentes, hubo 123 (44.40%) del sexo femenino y 154 (55.60%) del masculino, variable sin significancia estadística (ORP de 0.85 y 1.18 respectivamente, valor de p 0.4930634); de los cuales de 12 y 13 años fueron 208 (75.10%) y de 14 y 15 años fueron 69 (24.90%), variable sin significancia estadística (ORP de 1.18 y 0.85 respectivamente, valor de p 0.5546233). Respecto al conocimiento del concepto de obesidad 265 (95.67%) lo conocen y 12 (4.53%) mencionaron desconocerlo, variable

sin significancia estadística (ORP 1.39 y 0.72 respectivamente, valor de p 0.5809808). En cuanto a poseer algún familiar con obesidad 82 (29.60%) contestaron que sí y 195 (70.40%) que no, variable sin significancia estadística (ORP de 1.18 y 0.84 respectivamente, valor de p de 0.5199656). Si habían padecido depresión alguna vez 70 (25.27%) contestaron que sí y 207 (74.73%) que no, variable sin significancia estadística (ORP de 0.65 y 1.54 respectivamente, valor de p 0.1200829). Respecto a comer de más ante una situación de estrés 23 (8.30%) declararon que sí y 254 (91.70%) no, variable sin significancia estadística (ORP de 0.52 y 1.93 respectivamente, valor de p 0.1415351). Si sufrían rechazo social por su apariencia física 17 (6.14%) dijeron que sí y 266 (93.86%) no, variable sin significancia estadística (ORP de 1.16 y 0.86 respectivamente, valor de p 0.7668881).

Discusión:

Es importante mencionar que según las variaciones de peso, predominan más los de bajo peso que sobrepeso y/o obesidad, contrario a la literatura, ya que ésta menciona que existe un predominio considerable de población con obesidad y sobrepeso. Este dato proporciona la idea de que no sólo la obesidad y el sobrepeso resultan problemas graves en el adolescente, también el bajo peso causa un problema de salud igualmente grave.

Referencias bibliográficas:

1. Chiprut R Castellanos Urdaibay A. Sánchez Hernández C. Martínez García D et al. La obesidad en el siglo XXI Avances en la etiopatogenia y tratamiento. Gac Méd Mex. 2001; 137 (4): 323-334.
2. Sánchez Reyes L. Berber A. Fanghänel G. Incidencia de obesidad en una población mexicana. Revista de Endocrinología y Nutrición. 2002; 2: 60-6.
3. Kovalskys I. Bay L. Rausch Herscovici C. Berner E. Prevalencia de obesidad en una población de 10 a 19 años en la consulta pediátrica. 2003; 420-6.
4. Laguna Camacho A. Sobrepeso y obesidad: Algoritmo de manejo nutricio. Revista de Endocrinología y Nutrición. 2005; 2: 94-105.
5. López Alvarenga J. González García L. Enfermedades asociadas a la obesidad. Revista de Endocrinología y Nutrición. 2002; 2: 77-85.
6. Brito Córdova G. López Alvarenga J. González Barranco J. Comparación en el registro de la ingestión de alimentos entre pacientes con obesidad grado V y el familiar encargado de la alimentación.
7. Tojo Sierra R. Leis Trabazo R. La obesidad, un problema emergente en Pediatría. Conferencia inaugural del VIII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Nutrición. Murcia. 24-27 de octubre de 2001. Nutr Hosp 2002 ;XVII (2): 75-79.
8. Hernández Ortiz L. Evaluación nutricional de adolescentes, conceptos generales. Rev. Méd IMSS. 2002; 40 (1): 61-70.
9. Barros Costa M. Gómez G. Martins Alves M. Machado Suárez T. Prevalencia de obesidad en niños de Juiz de Fora, Brasil. Revista Mexicana de Pediatría. 2003; 70 (6): 278-282.
10. Salazar VB. Rodríguez MM. Guerrero RF. Factores bioquímicos asociados a riesgo cardiovascular en niños y adolescentes. Rev Méd IMSS. 2005; 43 (4): 299-303.
11. Ortiz Hernández L. Estado nutricio en adolescentes de una población suburbana de la Ciudad de México. Revista Mexicana de Pediatría. 2003; 70: 109-117.
12. Vázquez Pizaña E. Sotelo Cruz N. Celaya Celaya K. Medición de la masa grasa en adolescentes eutróficos y con sobrepeso-obesidad. Revista Mexicana de Pediatría. 2003; 70 (4): 162-6.
13. Laguna CA. Determinantes del sobrepeso: Biología, psicología y ambiente. Rev Edocrinol Nutr. 2005; 13 (4): 197-202.
14. Zárate A. Saucedo R. Basurto L. Sustitutos no farmacéuticos que se usan para reducir el peso corporal. Acta Médica Grupo Ángeles. 2005; 3 (2): 115-7.
15. Ruiz Cervantes TE. Vaquero Cázares JE. Vargas. Ramírez A. Diez MP. Trastornos alimentarios en hombres y mujeres adolescentes deportistas y no deportistas pertenecientes al Servicio de Rehabilitación Ortopédica del Centro Nacional de Rehabilitación. Revista Mexicana de Medicina Física y Rehabilitación. 2004; 16: 12-17.
16. Ortiz Hernández L. Ramos R. Estado nutricio en adolescentes de una población suburbana de la Ciudad de México. Revista Médica Pediátrica. 2003; 70(3): 109-117.
17. Bastarracheas Sosa R. Lavida Molina H. Vargas Ancona L. La obesidad y enfermedades relacionadas con la nutrición. Revista de Endocrinología y Nutrición. 2001; 9(2): 73-6.
18. Zárate A. Basurto AL. Saucedo GRP. La obesidad: Conceptos actuales sobre fisiopatogenia y tratamiento. Rev Fac Med. México 2001; 44 (2): 66-70.
19. González Barcena L. Guerrero Lozano R. Obesidad principal problema de salud del nuevo siglo. Sociedad Mexicana de Nutrición y Endocrinología. 2001; 9(2): 48-50.
20. Vega FL et al. Adicción a los alimentos "chatarra" en niños y adultos. Rev Mex Pediatr. 2002; 69(6): 219-220.
21. Aradillas C et al. Valores de referencia de insulina y lípidos en jóvenes de 16 a 18 años de edad en la ciudad de San Luis Potosí. Bioquimia. 2003; 28(2): 9-13.
22. Sánchez P et el. Utilidad del ejercicio aeróbico en el control metabólico aplicado al niño con diabetes mellitus tipo 1. Revista Mexicana de Medicina Física y Rehabilitación 2002; 14: 83-88.
23. Rodríguez GLM et al. Percepción de la imagen corporal, índice de masa corporal y sobrepeso en estudiantes. Rev Mex Pediatr. 2001; 68(4): 135-138.
24. Aguilar Ye A et al. La autoestima y su relación con el índice de masa corporal al culminar la adolescencia Rev Mex.

Trastornos del sueño en estudiantes universitarios de Ciencias de la Salud

Autor: Gerardo Iván Warneros Camacho
Coautores: Darelly Reyes P, Tonatiuh Vargas P, Olegario Yescas M, Irving Ortega L, Valdemar Flores L, José Ubaldo Trujillo García

Área de Investigación: Salud Pública
Número de Registro: S/N
Tipo de Autor: Estudiante de Licenciatura
Institución: Universidad Veracruzana
Dependencia: Facultad de Medicina, Cd. Mendoza
Año Residencia: 2008
Hospital:
Matrícula/Número Personal: S05008952
Teléfono Laboral: 2727267309
Teléfono Particular: 2727248518
Email: uvavi2007@hotmail.com

Argumentación teórica:

Entre los diferentes tipos de trastornos en el sueño, destacan principalmente las parálisis del sueño y apneas. Las primeras se definen como una incapacidad para realizar movimientos voluntarios durante la transición entre el sueño y la vigilia. En los adultos el problema relacionado con las apneas va generalmente acompañadas por ronquidos, especialmente pacientes con problemas de obesidad. Los problemas para dormir y no descansar se deben a que nuestro cuerpo no tiene la condición para descansar, por un exceso de peso corporal, hipertensión arterial, apnea o hipopnea del sueño (colapso de las vías aéreas superiores). El sueño y la vigilia se alternan durante nuestro referente temporal de 24 horas, resultando uno de los indicadores más sensibles de la homeostasis. Se ha dicho que ocupa la tercera parte de la vida de los seres humanos jugando un papel central como: (a) una respuesta adaptativa, o bien, (b) proporcionando un periodo de restauración. Entre los mecanismos responsables de la regulación del sueño se incluyen: (a) el balance en el sistema nervioso autónomo (decremento de la actividad simpática y aumento de la parasimpática); (b) conducción de un sueño homeostático (a mayor tiempo despierto hay mayor tiempo de somnolencia, la deprivación del sueño incrementa la liberación de catecolaminas y se incrementan los niveles de cortisol) y (c) los ciclos circadianos (en los periodos de vigilia prolongada existen incrementos y decrementos en la somnolencia, los reguladores del ciclo circadiano son elementos localizados en el núcleo supraquiasmático y la temperatura corporal). El uso de sustancias estimulantes luego de las 20 horas ejerce un efecto negativo para la calidad del sueño, además de un gran impacto en la vida de las personas y sus efectos no se limitan al propio organismo (necesidad de restauración neurológica), también afectan al desarrollo y funcionamiento normal de un individuo en la sociedad[5]. Al abordar los trastornos del sueño, sólo hay que considerar tres síntomas básicos o grupos de síntomas: el insomnio, la dificultad para iniciar o mantener el sueño; la hipersomnolencia, que incluye un sueño excesivo y excesiva somnolencia durante el día; y las alteraciones episódicas del sueño.

Argumentación empírica:

Ocho de 10 estudiantes de Medicina padecen problemas de sueño, por ello es importante tratar estas patologías antes de que se generen otras más graves. Las estadísticas de los accidentes automovilísticos son alarmantes; si bien en países desarrollados, los índices de mortalidad en carretera se han reducido, México sigue ocupando los primeros lugares, sobre todo en la población joven y productiva. La situación en México es poco favorable debido a la falta de inversión en el mantenimiento de vías de comunicación, la inseguridad vial, la educación y la poca voluntad de cumplir ciertas normas básicas por parte de los conductores. Los accidentes se deben a la combinación de diversos factores, que están fuera del dominio del conductor -como estado de las calles y carreteras, fallas mecánicas, etcétera-. Y los originados por las distracciones momentáneas involuntarias del conductor, son causados por trastornos del sueño, pues a veces éste no sabe que los padece ni acude al médico para recibir un diagnóstico y pone en peligro a los miembros de su familia. También es conveniente descansar en los trasncursos del manejo, ya que lo recomendable es descansar después de haber manejado 8 horas y descansar por lo menos 8 horas.

Planteamiento del problema:

¿Cómo afectan los trastornos del sueño al estudiante universitario del Área de Ciencias de la Salud?

Objetivo general:

Describir de qué manera afectan los trastornos del sueño al estudiante universitario del Área de Ciencias de la Salud.

Metodología:

Tipo de estudio: observacional, retrospectivo y transversal. Población: estudiantes universitarios de Ciencias de la Salud. Muestra:180 estudiantes. Tiempo: febrero 06-enero 07. Lugar: Orizaba, Ver; Tenanco, Río Blanco, Ver, y Cd. Mendoza, Ver. Criterios de inclusión: población del nivel superior estudiantes del área de Ciencias de la Salud; hombres y mujeres; tener o no problemas de trastornos del sueño; solteros.Criterios de no inclusión: que no pertenezcan al nivel superior; que sean de un área ajena a la de Ciencias de la Salud; casados; unión libre. Criterios de exclusión: adicción (cualquier tipo); problemas mentales; no desean participar; participaciones sin valor informativo. Instrumentos: medidas de frecuencia simples y relativas, tendencia central y dispersión, para diferencias en grupos prueba de x2 $P<0.05$.

Resultados:

De 177 personas evaluadas, se encontraron con trastorno del sueño grave 2 (1.18%), con trastorno de sueño leve 164 (92.65%) y sin trastorno del sueño 12 (6.78%). De las personas con trastorno del sueño grave las 2 (100%) fueron del sexo femenino. De las personas con trastorno del sueño leve 169 (100%), fueron del sexo femenino y 119 (70.41%) del masculino 45 (26.63%). De las personas sin trastorno de sueño 12 (100%), del sexo femenino fueron 9 (75%) y son del masculino 3 (25%).

Discusión:

En este estudio se comprobó que aunque no es muy común el trastorno del sueño grave, los factores que influyen en el desarrollo de este padecimiento son muy frecuentes en la población universitaria del Área de Ciencias de la Salud de la región Orizaba, Rió blanco y Ciudad Mendoza, Veracruz. Uno de los factores más influyentes es el estado de ánimo con el que se encuentre el estudiante, otro es si en su vida ha sido víctima o ha padecido un trauma psicológico. Se debe notar que la mayor frecuencia de estudiantes con trastorno leve son del sexo femenino, con 100% de trastorno grave. De acuerdo con el nivel académico, en el grupo de primer semestre hubo 28 (15.82%), en el de tercero o se encontraron 111 (62.71%), en el de quinto 11 (6.21%), en el de séptimo 19 (10.73%) y en el noveno 6 (3.39%).

Referencias bibliográficas:

1. Genchi Jiménez A. Díaz Ceballos M. El insomnio en la práctica médica. Rev Fac Med UNAM. 2000; 43(2).
2. Covarrubias Gómez A. Guevara López UA. Betancourt Sandoval J. Delgado Carlo M. Cardona Cordero A. Hernández Martínez J. Evaluación del sueño en el dolor crónico no maligno. Sociedad Mexicana de Anestesiología. 2005; 28(3): 130-8.
3. Pacheco Quesada G. Rey de Castro Mujica J. Insomnio en pacientes adultos ambulatorios de medicina interna del Hospital Nacional Arzobispo Loayza. Rev Méd Hered. 2003;14(2): 63-68.
4. Valverde Yánez J Manuel. Ramírez Rivera A. Villarreal Ríos E. Romo Sánchez. M Hugo. Molina Cárdenas R. Tena Suck M. Evaluación económica del tratamiento del síndrome de apnea obstructiva del sueño grave con presión positiva continua aérea. Med Int. México. 2002;18(6):283-8.
5. Rey de Castro Mujica J. Vizcarra Escobar D. Frecuencia de síntomas del Síndrome Apnea, hipopnea del sueño e insomnio en médicos de una clínica privada peruana. Rev Méd Hered. 2003; 14 (2):53-58.
6. Bocca Xavier. Revista “Luchemos por la vida” Año 6. Número 19.
7. Revista Medica Herediana. ISSN 1018-130X versión impresa
8. Revista Cubana de Pediatría. Rev Cubana Pediatr ISSN 0034-7531. Versión on-line. Ciudad de la Habana. 72 (1).
9. Revista Panamericana de Salud Pública. Washington. Print ISSN 1020-4989. 1999; 5 (6).
10. González Caro César H. Trazodone en trastornos del sueño en un nivel de atenciòn primaria.
11. S Leslie. N F William. D W Hobart. T Bart. Pithers W. El comportamiento infantil como indicador de trastornos de estrés postraumáticos y la disociación en normatividad, psiquiatría, y niños abusados sexualmente. Journal of Traumatic Stress. Diciembre 2005; 18(6).
12. A. Rodríguez María. MerinoDaniel. Z Grizzo Mercedes. Schiavelli Rubén O. Trastornos del sueño en pacientes en hemodiálisis Alcmeon. Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica. Octubre de 1999. 8 (2): 209 a 212.
13. Campos O Carolina. Fernández Z Paula. Mobarec K Sebastián. Claro T Sebastián. Sánchez D Ignacio. Relación entre el síndrome de apnea obstructiva del sueño y el trastorno de déficit atencional con hiperactividad. Estudio en una población de escolares chilenos. Rev Chil Pediatr. Santiago. Enero 2003; 74 (1). v.74 n.1 14.
14. Calvete Vázquez R. García Arufe M B. Latorre P Uriel. Fernández López V. Medín Catoira. El sueño de los pacientes ingresados en una unidad de cuidados intensivos y los factores que lo alteran. Enferm Intensiva. 2000;11(1):10-16.
15. Martínez D Ávila M. Lemini C. Hormonas sexuales y sueño. Rev Fac Med UNAM. Marzo-abril, 2004;47 (2).
16. Eddy Eguia Alma. Balderas Carmen, González Luz María. Turno de noche y salud: análisis para determinar los posibles factores de riesgo asociados al bajo desempeño físico. Revista Panamericana de la salud en el trabajo 2004; 7: 37-43.
17. Maceda de la Concha Lilia. Nava Hernández Rodolfo. Conocimientos de los profesionales de la salud en el trabajo sobre el estilo de vida de sus trabajadores. Revista Panamericana de la salud en el trabajo 2003, 3: 11-15.
18. Macedo de la Concha, Nava Hernández. El estilo de Vida factor de riesgo en la causalidad de las enfermedades del trabajo. Revista Panamericana de la salud en el trabajo 2001; 2: 14-27
19. Macedo de la Concha, Nava Hernández. Factores de riesgo en el trabajo. Revista Panamericana de la salud en el trabajo 2001; 2: 14-2720. Torre Bouscollet, Castoreña Maldonado, Meza Vargas. Otras consecuencias de los trastornos al dormir. A propósito de los accidentes vehiculares. Revista Nacional de Enfermedades Respiratorias de México 2005; 18: 162-69

Conocimiento de las enfermedades gastrointestinales

Autor: Christian Roberto Rodríguez Damián
Coautores: Abraham Rosas C, Dayi Arroyo R, José Ubaldo Trujillo García, María Jesús Huerta Cortés

Área de Investigación: Salud Pública
Número de Registro: S/N
Tipo de Autor: Estudiante de Licenciatura
Institución: Universidad Veracruzana
Dependencia: Facultad de Medicina Cd. Mendoza
Año Residencia: 2008
Hospital:
Matrícula/Número Personal: S05008972
Teléfono Laboral: 2727267309
Teléfono Particular: 2727248518
Email: uvavi2007@hotmail.com

Argumentación teórica:

Las enfermedades gastrointestinales aquejan a una gran proporción de la población mundial y con una infinidad de variedades de padecimientos, algunos son de gran complejidad como gastroenteritis, úlcera gástrica, sangrado de tubo digestivo alto o de menor gravedad como una simple diarrea. La importancia de tener conocimientos firmes acerca de las enfermedades gastrointestinales radica en la prevención, la cual no se logra sin una correcta educación previa dada por información veraz acerca de estos padecimientos.

Argumentación empírica:

El tratamiento de las diarreas agudas se basa, fundamentalmente, en la rehidratación oral, aunque cada vez se está más recomendando el inicio precoz de la realimentación[1]. La hidratación oral es eficaz en el tratamiento de la deshidratación, pero con relativa frecuencia no se administra. Los niños con deshidratación leve o moderada tienen mayor probabilidad de tolerar la solución congelada que la convencional; y aquellos pacientes que rechazan esta última toleran mejor la solución congelada que a la inversa[2]. En niños, las infecciones por rotavirus predominan durante los meses del invierno. La causa más frecuente de gastroenteritis en pacientes VIH positivos es el Cryptosporidium seguido por Campylobacter. La gastroenteritis viral aguda es más frecuente y peligrosa en niños pequeños que en adultos. Los virus asociados con gastroenteritis representan un gran número de grupos taxonómicos, aunque la mayor parte de los casos en todo el mundo están producidos por Rotavirus, virus de Norwalk y pequeños virus redondos afines. Los rotavirus constituyen la causa más frecuente de gastroenteritis aguda en la infancia, especialmente en los dos primeros años de vida, y suelen presentarse en invierno, aunque en regiones tropicales la infección tiende a aparecer durante todo el año.

Planteamiento del problema:

¿Cuál es el nivel de conocimiento de las enfermedades gastrointestinales más comunes?

Objetivo general:

Identificar el nivel de conocimiento de las personas sobre las enfermedades gastrointestinales más comunes y su prevalencia.

Metodología:

Entre agosto del 2006 y enero del 2007 se hizo un estudio transversal, retrospectivo y observacional de manera aleatoria en la colonia Reforma de Ciudad Mendoza, Veracruz. Previa información y consentimiento obtenido por las personas mayores de 18 años de edad se aplicaron en total 90 cuestionarios que evaluaron el conocimiento de las enfermedades gastrointestinales. Se utilizaron medidas de tendencia central, dispersión, estimador ORP para riesgo, $P<0.05$ y prueba de Z con valor de 0.05. Se aplicó una encuesta únicamente y no se hizo un seguimiento de casos, sólo se estudiaron los datos recolectados en el muestreo único. La población se eligió al azar en la colonia Reforma de Ciudad Mendoza, Veracruz. Estas personas debían ser mayores de 18 años y de sexo indistinto. Criterios de inclusión: hombres y mujeres mayores de 18 años que radiquen en la colonia Reforma de Ciudad Mendoza, Veracruz y que tengan hijos en edad escolar. Criterios de no inclusión: personas que no pertenezcan a la colonia Reforma de Ciudad Mendoza, Veracruz. Criterios de exclusión: personas que se hayan negado a cooperar contestando el cuestionario, así como los que hayan contestado incorrectamente y/o no hayan proporcionado todos los datos requeridos.

Resultados:

De la muestra se evaluó el nivel de conocimiento de la siguiente manera: bueno, regular y malo. Los resultados fueron: bueno 43 (47.77%), regular 45 (50%), malo 2 (2.22%). 88 personas (97.77%) consideraron que es importante conocer las medidas de prevención y 2 (2.22%) no les importó. Las personas que creen que es importante lavarse las manos antes de comer y después de ir al baño fueron 88 (97.77%), nadie consideró que no es importante y 2 (2.22%) dijeron no saber.

Discusión:

La mayoría de las personas considera que sí es importante lavarse las manos después de ir al baño, así como también lavar frutas y verduras. Igualmente se observó que los alimentos que se consumen en la calle gozan de gran aceptación entre la población, pues la mayor parte aceptó que consumen antojitos o alimentos de la calle. El tipo de agua que más se ingiere es purificada en segundo lugar la hervida. La consulta al médico fue la opción más elegida respecto la conducta que se tomaría en caso de un padecimiento

gastrointestinal. Se evaluó también el conocimiento generando el estudio una prevalencia de las personas que tienen un nivel de conocimiento regular, las personas que tienen un nivel de conocimiento alto se encuentran en segundo plano y los individuos con nivel de conocimiento bajo fueron los menos observados.

Referencias bibliográficas:

1. Health JR. Science. 1995; 270: 1315-1316.
2. G Walter. New scientst. 1995: 28-31.
3. Calderón JE. Aplicaciones clínicas antibióticos y terapéuticos. Editor Ernesto Calderón. Secciones 1-b. México. 1997.
4. Dade MicroScan. Editor Dade Behring. USA 1999: 1-8.
5. Mensa J. Castel JM. Guía de terapéutica antimicrobiana. Editorial Salvat. España 1991 Caps. 1-6.

Hipertensión Arterial y factores asociados en el adulto

Autor: Abraham Alvarado Villanueva
Coautores: Esther Carolina Talavera Abonce, José Ubaldo Trujillo García

Área de Investigación: Salud Pública
Número de Registro: S/N
Tipo de Autor: Estudiante de Licenciatura
Institución: Universidad Veracruzana
Dependencia: Facultad de Medicina, Cd. Mendoza
Año Residencia: 2008
Hospital:
Matrícula/Número Personal: S05008915
Teléfono Laboral: (272) 726-76-09
Teléfono Particular: (272) 103-82-48
Teléfono Celular: 044 272 119-55-34
Email: abralvilla@hotmail.com

Argumentación teórica:

El corazón es un músculo que funciona como una bomba, al contraerse envía un torrente de sangre a las vías circulatorias a lo que llamamos presión sistólica. Cuando éste se relaja, disminuye la presión en las vías circulatorias, esto es presión diastólica. Independientemente del estado de salud que se tenga, la presión arterial de cualquier persona no es constante sino que sufre muchas variaciones normales durante el día, aunque se mida siempre en reposo. La Hipertensión Arterial (HTA) se refiere al hecho de que la sangre en las arterias viaja a una presión mayor a la adecuada para la salud. Con este tema se trata de conocer cuáles son los factores que intervienen para que se presente la HTA o las consecuencias tales como complicaciones cardiovasculares y renales. La HTA de bata blanca (HABB) es un fenómeno frecuente que se presenta en pacientes hipertensos y en la población en general. Se define como una elevación de la presión arterial en presencia de un ambiente clínico y/o médico, pero con presión arterial ambulatoria normal. La Monitorización Ambulatoria de la Presión Arterial (MAPA) es el auxiliar clínico más usado para detectar pacientes con sospecha de HABB; además ayuda a la detección de eventos como eficacia o resistencia terapéutica, crisis hipertensivas, hipotensión y disfunciones autonómicas. Después de la hipertensión arterial sistémica, la hipertensión arterial pulmonar es la manifestación hemodinámica más común de afección en el sistema cardiovascular. Es una enfermedad cuyos mecanismos fisiopatológicos y etiopatogénicos no están completamente aclarados. Existe una asociación significativa entre la HTA y el alto consumo de sodio, el sobrepeso y obesidad en sujetos normotensos. Diversos estudios han notificado algunos factores conducentes a la aparición de la HTA como los de orden genético, edad, estrés y dietéticos, como en algunos casos cationes, entre los que destacan el sodio, potasio y calcio. Otros componentes dietéticos sobre la presión arterial son el alcohol, el colesterol y la fibra. La obesidad se ha vinculado como independiente de la aterosclerosis, pero la relación es variable e inconsistente, la aclaración de ésta particularmente en jóvenes sería de ayuda en la evaluación del riesgo de salud asociado a la obesidad. Algunos autores plantean que los efectos de la obesidad sobre la salud han sido difíciles de estudiar porque el peso corporal y su composición están influenciados por muy variadas condiciones.

Argumentación empírica:

En México, la HTA se encuentra dentro de las enfermedades crónico degenerativas más frecuentes, alrededor de 26.6% de la población de 20 a 69 años la padece. La HTA es un padecimiento dinámico y con variación continua. Las tomas de la tensión arterial en el consultorio no son exactas y varian hasta 20-25/10-20 mm Hg. con las obtenidas en casa, ésta es fidedigna pues se efectúa durante las 24 horas del día. La OMS menciona que debe tratarse al paciente con cifras tensionales entre 140/90-150/95. En los primero, estadíos, la HTA mejora con modificaciones en el estilo de vida, pero sí persisten las cifras tensionales en el rango elevado se evalúa cuidadosamente la farmacoterapia. La HTA en personas con anomalías cromosómicas y cardiopatías congénitas son similares a las personas que no presentan anomalías cromosómicas y sí padecen cardiopatías congénitas. Según la OMS se considera la HTA como un problema de salud prioritario. Para el desarrollo de una práctica educativa hacia la HTA es necesario conocer opiniones, valores y creencias del individuo adquiridos en su ambiente social. El control de la HTA requiere la modificación de los factores de riesgo conocidos y una rigurosa adherencia al tratamiento farmacológico. Con el propósito de propiciar el autocuidado, así como facilitar la educación y la adopción de estilos de vida saludables es indispensable incorporar la educación del enfermo como parte del tratamiento.

El paciente debe ser informado acerca de los aspectos básicos de la HTA y sus complicaciones, factores de riesgo, manejo no farmacológico, componentes y metas del tratamiento, prevención de complicaciones y la necesidad de adherencia al tratamiento.

Planteamiento del problema:

¿Cuáles son las causas de la hipertensión y factores asociados en el adulto de 30 a 60 años?

Objetivo general:

Identificar las causas y los factores de riesgo asociados a la Hipertensión Arterial en el adulto de 30 a 60 años.

Metodología:

De agosto del 2006 a enero del 2007 se realizó un estudio observacional, retrospectivo, analítico, transversal. Se obtuvo una muestra de 300 personas elegidas de forma aleatoria a las cuales, con previa autorización, se les aplicó un cuestionario y se les tomó la presión arterial, acatando los valores de 120/80 mm/Hg; se excluyeron las personas que no entraban dentro del rango de edad. Se evaluó edad, género, antecedentes familiares, padecimientos, consumo de estupefacientes, situación económica, exposición a estrés y hábitos alimenticios. Para el análisis estadístico se utilizaron medida de frecuencia, tendencia central, dispersión, ORP, prueba Chi2, IC 95% y $P<0.05$.

Resultados:

Con una muestra de 205 personas se obtuvo lo siguiente: 41.5% de los pacientes reflejaron ser hipertensos, 27.1% son del grupo de edad de 30 a 39 años, 38.8% de 40-49 años y 34.1% del grupo de 50-60 años, correspondiendo 55.3% al sexo femenino y 44.7% al masculino. El 45.9 % tenía antecedentes familiares de HTA y 37.4% consume diversos estupefacientes.

Discusión:

Se encontró que la HTA predomina en el sexo femenino, así como también en personas de edad entre 40 a 49 años; sin embargo, estadísticamente, existe mayor riesgo para aquellas personas en los grupos de edad 30–39 y 50–60 años, así como en las personas que consumen algún tipo de estupefacientes y las que no mantienen buenos hábitos alimentarios. Es necesario exhortar a las personas adultas a checarse la presión arterial por lo menos una vez al mes, realizar campañas en las que se concientice de la importancia de monitorear su presión arterial, así como fomentar los buenos hábitos alimentarios, la moderada ingesta de sal y el consumo de estupefacientes.

Referencias bibliográficas:

1. Zacarías Z K. Monitorización ambulatoria de la población de la hipertensión arterial. Archivos de Cardiología de México. Enero-marzo 2002; 72 (1): s237-40.
2. Arellano F. Jasso Soto M E. Tratamiento de la hipertensión arterial sistémica. Archivos de Cardiología de México. Enero-marzo 2002; 72 (1): s254-61.
3. Jáuregui Jiménez J T. De la Torre Salmeron A. Gómez Peresmitre G. Control del padecimiento en pacientes con Diabetes tipo 2 e Hipertensión Arterial: Impacto de un programa multidisciplinario. Rev Méd IMSS. 2002; 40(4):307-18.
4. Gómez López V M. Navarrete Escobar A. García Ruiz M E. Galván González F G. Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial. Consto en estudios de laboratorio. Rev Méd IMSS. 2004; 42(4):331-5.
5. Peredo Rosado P. Gómez López V M. Sánchez Nuncio H R. Navarrete Sánchez A. García Ruiz M E. Impacto de una estrategia educativa activa participativa en el control de la Hipertensión Arterial. Rev Méd IMSS. 2005; 45(2):125-9.
6. Aguirre Ramos R. Trujillo Hernández B. Huerta M . Trujillo X. Vásquez C. Millán Guerrero R O. Frecuencia de hipertensión de bata blanca y sus factores de riesgo en pacientes hipertensos recién diagnosticados. Gac Méd Méx. 2002; 138(4):319-24.
7. Uribe Flores J D. Hernández Jácome M. Guevara Dondé J. Segura X. Losartan versus enalapril en la reducción de la hipertrofia ventricular izquierda secundaria a hipertensión arterial sistémica. Archivos de Cardiología de México. 2004; 74 (3): 192-9.
8. Asensio Lafuente E. Ramírez Colín E. Castillo Martínez L. Oseguera Moguer J. Narváez David R. Dorantes García J et el. Comportamiento diferencial de la tension arterial de pacientes con síncope neuro-cardiogénico en la fase inicial de la prueba de inclinación. Archivos de Cardiología de México. 2006; 76 (1): 59-62.
9. Vázquez Antona C A. Lomelí C. Buendía Am Vargas Barrón J. Hipertensión arterial pulmonar en niños con síndrome de Down y cardiopatía congénita. ¿Es realmente más severa? Archivos de Cardiología de México. 2006; 76 (1): 16-27.
10. Rosas Peralta M. La hipertensión arterial en México y su relación con otros factores de riesgo. Archivos de Cardiología de México. 2003; 73: 137-40.
11. Carballo MR. Bosch SC. Piñeiro LR et al. La hipertensión y la obesidad en el niño como factores potenciales de riesgo ateroesclerótico en el adulto joven. Rev Cubana Invest Bioméd. 1998; 17 (2): 173-8.
12. Rosas Peralta M. Sandoval Zárate J. Attie F et al. Implicaciones clínicas y pronósticas del estudio circadiano de la modulación simpático-vagal de la variabilidad de la frecuencia cardiaca en pacientes con hipertensión arterial pulmonar grave. Gac Méd Méx. 2006; 142: 19-28.
13. Ballesteros Vázquez MN. Cabrera Pacheco RM. Saucedo Tamayo MS. Grijalva Haro MI. Consumo de fibra dietética, sodio, potasio y calcio y su relación con la presión arterial en hombres adultos normotensos. Salud Pública Méx. 1998; 40 (3): 241-7.

Características clínicas de los pacientes con trastorno bipolar en la clínica ISSSTE durante marzo 2006

Autor: Alejandra Perfecto Arroyo

Área de Investigación: Salud Pública
Número de Registro: pendiente
Tipo de Autor: Docente y Profesional de la salud
Institución: ISSSTE
Dependencia: Clínica ISSSTE-Xalapa, 300-400
Año Residencia: 2008
Hospital:
Teléfono Laboral: 012353234201
Teléfono Particular: 012288179804
Teléfono Celular: 0442281381436
Email: aleperfecto@gmail.com
Email Alternativo: alexxa_2205@hotmail.com

Argumentación teórica:

El término "enfermedad maniaco-depresiva" apareció por primera vez en 1958. La actual nosología, trastorno bipolar, se dio a conocer de acuerdo con la clasificación del DSM-IV TR (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales), de la American Psychiatric Association y en el CIE-10 (Clasificación Internacional de Enfermedades, 10ª edición), las cualidades describen las características clínicas que presentan los pacientes con dicho trastorno.

Argumentación empírica:

Algunos estudios sobre las características de los pacientes son el de Aguilar I. que en el 2004 analizó la frecuencia del diagnóstico del trastorno bipolar y la descripción de su tratamiento en Guatemala, donde encontró que 74% de los pacientes son del sexo femenino. En el 2004, Chávez León realizó estudios referentes a la relación del carbonato del litio con el tratamiento del trastorno en estudio. En el 2005, el investigador Huesca indagó sobre la hipótesis de la asociación del trastorno bipolar y la Diabetes Mellitus. En el 2006 Jacobs Douglas realizó un estudio para detectar síntomas y tratamiento para la depresión otoñal.

Planteamiento del problema:

¿Cuáles son las características clínicas de los pacientes que cursan con trastorno bipolar en la clínica del ISSSTE-Xalapa de marzo 2006 a marzo 2007?

Objetivo general:

Identificar las características clínicas de los pacientes con trastorno bipolar en la clínica del ISSSTE-Xalapa de marzo 2006 a marzo 2007.

Metodología:

El tipo de investigación fue observacional, descriptivo, transversal, retrospectivo, exploratorio, abierto, biomédico y de salud pública. Universo de estudio: la población estuvo conformada por los expedientes de los pacientes que asistieron a consulta externa y de urgencias en el servicio de psiquiatría, disgnosticados con Trastorno Bipolar, de marzo 2006 a marzo 2007. N=27.Variables: datos de identificación: edad, sexo, escolaridad, estado civil, religión. Antecedentes: personales patológicos y familiares psiquiátricos. Psicobiografía: número de gesta, características del nacimiento, desarrollo psicomotor, ocupación, número de hijos. Episodio actual: Identificación de los síntomas que presenta el paciente en el momento de la consulta, para determinar el cuadro clínico. Estudios de gabinete: electroencefalograma, TACC, litemia. Examen mental: revisión del estado actual del paciente tomando en cuenta las siguientes características: habitus exterior, área cognitiva, área de sensopercepción, funciones mentales de integración superior y afectiva. Diagnóstico clínico: conocimiento de la enfermedad mediante la observación de sus síntomas y signos. Las escalas de evaluación fueron nominales, excepto las variables: edad, número de gesta y número de hijos, que pertenecen a la escala de razón. Recolección de información: se solicitó al área de estadística las hojas de productividad de labores del médico correspondientes al periodo de estudio, para acceder a los expedientes clínicos. En el área de archivo se buscaron los expedientes para recopilar las notas médicas del servicio de psiquiatría que cubrieron los requisitos de inclusión: presentar la nota del servicio de consulta externa o de urgencias y las historias clínicas turno vespertino con diagnóstico de Trastorno Bipolar. Finalmente se reportaron los datos en la cédula de recolección de datos. Análisis de datos: con base en la información obtenida en la cédula de recolección de datos, se elaboraron gráficas que reportan los resultados, los cuales se analizaron y así se obtuvieron conclusiones. Se analizaron los expedientes para revisar las características de los pacientes en estudio a través de los siguientes métodos matemáticos: máximo, mínimo, media, mediana, desviación estándar, frecuencia absoluta y frecuencia relativa. Finalmente se realizó la comparación con diferentes estudios de fuentes especializadas.

Resultados:

En los datos generales se encontró una edad promedio de 44 años, prevaleciendo los pacientes de 33 años. En lo referente al sexo, 81% fueron mujeres y 19% hombres. La escolaridad que prevaleció fue el nivel de licenciatura con 55%. En cuanto a religión 81% de los pacientes eran creyentes. En los antecedentes personales patólogicos 78% de los pacientes no presentó algún síntoma. En los antecedentes familiares psiquiátricos no se reportaron datos significativos debido a que no hubo registros en los expedientes. En la psicobiografía se reportaron los siguientes datos significativos: 70% nació por parto eutócico, 81% asistidos en hospital y 85% tuvo un desarrollo normal. El 55% se encuentra laborando en alguna institución y 60% tiene hijos. Se

presentó más el episodio depresivo, con un total de 56%. Los estudios de gabinete reportaron que 100% de los pacientes en el EEG tuvieron un resultado normal; 81% de la TACC también normal y de la litemia normal el 85%. En el examen del estado mental, 78% asistió aliñado, 93% tuvio una actitud cooperadora, 85% no presentó alteraciones de la sensopercepción, 85% no mostró alteraciones del contenido del pensamiento, 44% tuvo hipotimia y del total de los pacientes con episodios depresivos 33% fue identificado durante el otoño y el invierno.

Discusión:

En conclusión indicamos que el propósito de la investigación se cumplió, pues se encontraron características significativas de la población estudiada, de las cuales algunas aportaron resultados similares a la de estudios previos y otros particulares de la población estudiada. Limitaciones: ausencia de información; falta de estudios psicológicos que muestren otras características clínicas de los pacientes; no se indagó sobre niveles de incapacidad física y mental de los pacientes. El presente estudio nos permite investigar las medidas de prevención para eliminar el daño o alteración intrapsíquica y sus consecuencias. Tiene un impacto en la comunidad de la salud mental, si es de conocimiento a todos los servidores de salud de la clínica para prevenir en un futuro las consecuencias generadas por la enfermedad y dar un tratamiento adecuado a los pacientes mejorando así su calidad de vida. Fomenta el trabajo multidisciplinario en la institución. Los resultados dan pie para realizar investigaciones profundas en el área de psicología que determinen características clínicas de los pacientes a través de pruebas psicométricas y de personalidad. También propicia la apertura para trabajar en programas de intervención con los pacientes y los familiares de los mismos, proporcionando información adecuada del trastorno y de tratamientos farmacéutico y terapéutico.

Referencias bibliográficas:

1. DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Versión IV texto revisado. Masson. España; 2001.
2. Breviario DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Masson. España 2001.
3. Miklowitz David. El trastorno bipolar. Una guía práctica para familias y pacientes. Paidós. México.
4. López Ángeles. Trastorno afectivo bipolar. La enfermedad de las emociones. España: Edaf.
5. Glaxo Smithkline.Trastorno Bipolar. Revista de salud Glaxo.México 2004.
6. Belló E Mariana et al. Prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta en México. Salud Pública. México. 2005;47.En línea.
7. CIE 10. Décima revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Organización Mundial de la Salud. Ginebra, Madrid 1993.
8. Perfecto Toro Raúl. Manual de Urgencias Médico Psiquiátricas. Sus procedimientos y sus técnicas. clínica Hospital 25 A ISSSTE 300400. México: (No publicado).
9. Arizmendi Valdés J. Tu estado de ánimo es de cuidado. Asociación Mexicana del Trastorno Bipolar. 2005. En línea.
10. Ruiz Sánchez J. Imbernón González J. Cómo afrontar los problemas emocionales con la terapia cognitivo-conductual. Esmud-Ubeda.
11. Newman Cory et al. El trastorno bipolar. Una aproximación desde la terapia cognitiva. Paidós. México. 2005.
12. Aguilar I. Frecuencia del trastorno bipolar y descripción de su tratamiento en el Hospital General San Juan de Dios en Guatemala. 2004.
13. Huesca P. Crónica: Creación del primer tratamiento único contra el trastorno bipolar. México. 2005.
14. CIE 10. Décima revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento. Criterios diagnósticos de investigación. Organización Mundial de la Salud. Ginebra, Madrid. 1993.
15. Chávez León E. Tratamiento farmacológico de la fase depresiva del trastorno bipolar. Revista Salud Mental. 2004; 27 (5): 33-43. ISSN 0185-3325.
16. Cruz Martínez A. Epilepsia y trastorno bipolar, entre las principales enfermedades incapacitantes. Publicado en la Jornada, México. 2004.
17. Jacobs D. Síntomas y tratamientos para detectar la depresión otoñal. Publicado en: HealthDay. 2006.

Mejores prácticas para disminuir el riesgo obstétrico

Autor: Margarita Pérez Fuentes
Coautores: Personal del CSU Reserva Tarimoya

Área de Investigación: Salud Pública
Número de Registro: S/N
Tipo de Autor: Docente y Profesional de la salud
Institución: Servicios de Salud de veracruz
Dependencia: Jurisdiccion Sanitaria VIII
Año Residencia: 2008
Hospital:
Matrícula/Número Personal: 5657028
Teléfono Laboral: 9326564
Teléfono Particular: 2291457548
Teléfono Celular: 2291610808
Email: maguyux@hotmail.com

Argumentación teórica:

El embarazo es el estado fisiológico que se inicia con la fecundación y termina con el parto y el nacimiento del producto a término. Su vigilancia establece los factores que condicionan y determinan su riesgo, que ponen en peligro la vida de la madre y el producto (NOM007-SSA1993). El control prenatal como mejor práctica nos ha permitido entender, dentro de los factores de riesgo, las desigualdades sociales

(riesgo del entorno y acceso a los servicios) y las determinantes personales (edad, peso y comorbilidad) como variables que inciden para lograr una atención médica oportuna, integral y de calidad.

Argumentación empírica:

Basados en que el control inicia desde su ingreso, incrementar la cobertura de atención, facilita el contacto directo con las embarazadas; de esta manera es más factible proporcionar una atención integral para identificar los riesgos y así canalizar oportunamente.

Planteamiento del problema:

Al valorar nuestros antecedentes de los indicadores de calidad, y sobre los resultados de nuestras metas, establecimos la matriz de priorización, cuyos problemas de importancia fueron: atención prenatal, manejo del paciente diabético, manejo del paciente hipertenso y atención del menor de 5 años con infección respiratoria aguda y enfermedad diarreica aguda. De éstos, a la problemática que se le otorgó mayor puntuación por su magnitud, trascendencia, vulnerabilidad y factibilidad, fue la atención prenatal. De esta manera se realizó la medición de los datos y se establecieron, por el diagrama causa efecto, los puntos a atender: cobertura, atención, promoción y referencia. De igual forma, una herramienta de calidad que nos brindan los modelos causales, es el diagrama de pareto, donde los puntos prioritarios fueron cobertura nuevamente, atención deficiente, nivel socioeconómico, falta de información y nivel cultural, donde la mitad de la solución está en nuestro primer punto. Así, la planeación estableció cuatro puntos: factores a controlar, cobertura de atención, ingreso temprano de detección de riesgos y referencia oportuna. Actividades: brindar a toda embarazada control prenatal, otorgar un espacio diario para la atención de embarazadas, dar una atención integral, así detectar factores de riesgo y referir los embarazos de riesgo. Responsables: medicos, enfermeras y administradores. Resultados esperados: 100 % de embarazadas en control, ingreso de 70 % de las embarazadas en el primer trimestre, informar a 100% de las embarazadas sobre los factores de riesgo y referencia oportuna a segundo nivel de 100% de los embarazos de riesgo.

Objetivo general:

Asegurar una atención de calidad a través del ingreso temprano a su control prenatal, mediante la atención integral y oportuna de la detección del riesgo y la referencia al segundo nivel de las demandantes del servicio en el centro de salud de la Reserva Tarimoya. Objetivo específico: aplicación de la NOM007-SSA2-1993, para comparar y distinguir los factores determinantes, verificar las causas y sustentar los resultados. Ingresando en el primer trimestre a 70% de las embarazadas, detectar el riesgo y canalizar al segundo nivel 20% del total de las embarazadas esperadas.

Metodología:

Prospectivo. Nuestra muestra es del área de responsabilidad de la Reserva Tarimoya. El tamaño es toda mujer embarazada y el número de embarazos esperados es de 406 con base en el número de mujeres en edad fértil. Las variables son dependientes y cualitativas, de tipo nominal según los resultados recolectados en las fuentes primarias como SIS, SUIVE y el Sistema Indica.

Resultados:

En cobertura de atención, el indicador de ingresos a control arrojó que en el primer semestre del año 2007 la cobertura fue de 51.4% y en el primer semestre de 2008 fue 73.2%, indicando una ganancia absoluta de 21.8 porcentuales. En el indicador de ingreso en el primer trimestre de 2005, hubo 44% y en el primer semestre del 2008 fue de 88.8%, por lo que hubo una ganancia absoluta de 44.8 porcentual. En los resultados de los embarazos de riesgo el valor esperado es de 41%, en el primer semestre de 2008, fue de 42.2%, esto nos habla de algo alarmante y nos pone en sobreaviso en cuanto a mejorar la prevención de éstos y de estar atentos ante estos riesgos para disminuir una muerte materna.

Discusión:

Los resultados evidencian el logro del incremento de la cobertura de atención temprana y que los resultados de los índices de atención prenatal durante el 2008 estuvieron a 100%, lo que nos demuestra que iniciamos en nuestra unidad una cultura de calidad. Recomendaciones: en primer lugar que cada uno de nosotros como encargados de unidades estemos convencidos que la calidad está involucrada en todo; asimismo predicar con el ejemplo y recalcar que el no hacer trae consecuencias no sólo a terceros, sino a todos como sociedad. Por tanto, la cultura de calidad es el camino a la excelencia y las mejores prácticas para disminuir el riesgo obstetrico nos permiten la estandarización y la mejora continua del proceso para otorgar una atención médica efectiva, eficaz y eficiente, y lograr la seguridad del paciente.

Referencias bibliográficas:

1. NOM168 y NOM007, además de las fuentes primarias: SUIVE, SIS y Sistema Indica.

Factores que intervienen en el rendimiento académico en universitarios

Autor: José Ubaldo Trujillo García

Área de Investigación: Salud Pública
Número de Registro: S/N
Tipo de Autor: Docente y Profesional de la salud
Institución: Universidad Veracruzana
Dependencia: Facultad de Medicina, Cd. Mendoza
Año Residencia: 2008
Hospital:
Matrícula/Número Personal: 23659
Teléfono Laboral: 2727267309
Teléfono Particular: 2727248518
Email: uvavi2007@hotmail.com

Argumentación teórica:

El aprovechamiento de los saberes teóricos en el proceso enseñanza aprendizaje es una forma de evaluar el grado de avance que se alcanza durante la formación del estudiante. En ocasiones los espacios destinados para impartir este proceso, el tipo de programa educativo, la forma de evaluación, la preparación docente, los compromisos del estudiante con su formación y del docente mismo, quien debe funcionar como un facilitador y un guía que auxilie a la transversalización del conocimiento, cuando no son los más adecuados repercuten en el logro de un buen aprovechamiento. Pero no son los únicos factores, pues el estado de salud, las adicciones, el apoyo de la familia, la situación económica de los padres, las horas dedicadas al estudio, los espacios destinados a la ejecución de tareas y actividades complementarias destinadas a reforzar el aprendizaje, influyen de forma determinante en el estudiante. El sentido de la responsabilidad, la vocación por salvar vidas, el esfuerzo realizado para ingresar, el enfrentarse sin temor a los elementos como la sangre, muertos u órganos descubiertos y el conservar la sensibilidad son considerados factores importantes para ser estudiante de medicina.

Argumentación empírica:

Estudios efectuados por Bernardo Fuentes MG, García Galano EV y Pomares Bory E (2004) demostraron que la carencia de un proceso de interacción entre los miembros del grupo provoca influencias negativas sobre el aprendizaje. Las relaciones interpersonales que se establecen en el aula le confieren características propias al proceso docente; al igual que lo hacen la personalidad del maestro y las relaciones con los estudiantes. Es importante destacar que la evaluación es un factor regulador del aprendizaje y una habilidad básica conceptual para la auto preparación del estudiante, por lo que desde este punto de vista conceptual se define como un proceso de comunicación. En el proceso educativo de la Medicina, un número considerable de docentes carecen de la formación, así lo reportan Sánchez García J y Aguilar Mejía E (2004), quienes refieren que uno de los principales problemas de la enseñanza en medicina, se debe a la gran cantidad de profesores en el área de la salud que carecen de formación docente, son profesionales de prestigio que por gusto o al azar se encargan de los procesos educativos.

Planteamiento del problema:

¿Cuáles son los factores que intervienen en el rendimiento académico de los universitarios en la carrera de Medicina?

Objetivo general:

Analizar los factores que intervienen en el rendimiento académico de los universitarios en la carrera de Medicina.

Metodología:

Tipo de investigación: no experimental (observacional, retrospectivo, transversal, analítica). Estudio ex post facto. Por su alcance: evaluativo. Método: deductivo. Instrumento: encuesta. Criterios de inclusión: estudiantes de medicina del primero al décimo periodo/semestre. Previa información, consentimiento y piloteo del instrumento se aplicó un cuestionario estructurado que incluyó datos personales (sexo, edad, semestre, estado civil, ocupación, lugar de origen) y promedio del semestre anterior. Otros ítems se encocaron a identificar los factores que intervienen en su rendimiento académico: tipo de familia, integrantes, percepción salarial, apoyo, preparación del docente, estructura curricular, modalidad, espacios, ambiente, adicciones y amigos. Del total de la población estudiantil (410) se tomó una muestra de 130 (probabilística) en forma aleatoria (31.7%). El instrumento de evaluación constó de 20 ítems y fue piloteado a 35 estudiantes. Para probar la confiabilidad del instrumento hubo a través de modificación de prueba piloto; ronda de tres expertos. La prueba 20 Kuder Richardson para validez del instrumento; coeficiente de confiabilidad de 0.9 para el instrumento (validez); fórmula de teoría de las probabilidades o de error esperado por efecto del azar, después de haberle asignado un valor numérico de 1, 2 y 3, siendo la opción más acertada en valor máximo. Los resultados permitieron asignarle un puntaje individual a cada cuestionario; dicho puntaje sirvió para formar los rangos en los 3 grupos y encontrar diferencias significativas en los 3 grupos de rendimiento (alto, regular y bajo). También se aplicaron, la prueba estadística no paramétrica H de Kruskal Wallis con una $P<0.01$, análisis con medidas de frecuencia, tendencia central y dispersión y diferencia entre grupos (prueba de Chi cuadrada), confiabilidad del 95% y $P<0.05$.

Resultados:

Se tomaron tres rangos, quienes tuvieron promedio entre 9.1 a 10 se catalogaron con rendimiento alto, de 7.1 a 8.9 rendimiento regular y se consideró bajo

con promedio de 7 o inferior. En el de rendimiento alto 28 (22.2%), con rendimiento regular 80(63.5%) y bajo 18 (14.3%). Cuando se analizaron los factores de la institución y/o académicos hacia cómo influyen en un rendimiento no bueno (regular y bajo) se encontró que la preparación de los docentes cuando es mala influye en forma considerable en el rendimiento académico, teniendo 1.5 veces más de probabilidad que la buena o regular. El compromiso académico bueno reportó probabilidad de 2.4 veces, que el regular y el malo. En el compromiso existen diferencias significativas entre ya sea bueno, regular o malo $P<0.05$. La estructura del programa académico cuando se considera regular tiene una probabilidad de 1.5 veces en comparación con una estructura académica y metodología de enseñanza buena y mala, pero sin diferencias significativas entre estos grupos.

Discusión:

Los factores asociados a un mal rendimiento son: sexo femenino, edad mayor de 24 años, con una diferencia significativa respecto de los otros grupos. De igual forma se compobó que tienen más riesgo de afectar su aprovechamiento quienes son de la región, que los foráneos, probablemente debido a que este segundo grupo dedica más tiempo al estudio con diferencias significativas. El número de estudiantes que tienen adicciones es bajo, pero sí influye en forma considerable al deterioro de su aprovechamiento. El llevar un modelo educativo centrado en el aprendizaje tradicional deteriora su rendimiento, lo cual mejora de acuerdo con los resultados cuando existe la flexibilidad en carga curricular, diversificación de horarios y la oportunidad de que el estudiante sea constructor de su propio conocimiento.

Referencias bibliográficas:

1. Carrión Pérez E. Validación de características al ingreso como predictores académicos en la carrera de medicina. Rev Cubana Educ Med Superior. 2001: 56-62.
2. Bernardo Fuentes MG. García Galano EV. Pomares Bory E. El vínculo ecuación comunicación en la formación integral de los profesionales de la salud. Rev Cub Educ Med. 2004; 18(4): 12-18.
3. Rossel Puig W. El enfoque sistémico en le proceso docente-educativo. Rev Cubana Educ Med. 2003; 68-92.
4. Díaz Martínez A. Jurado Baizabal MM. Gómez Maqueo EL. Cuevas Abad M. Detección de rechazo al tratamiento en estudiantes universitario. Revista de Psiquiatría. 2003; 19(1): 1-9.
5. Núñez Wong M. Espinosa Alarcón PA. Desarrollo de postura ante la educación en profesores de personal de salud. Rev Méd IMSS. 2003 ; 4(4): 289-298.
6. González Carvajal E. Petra Micu I. Ponce de León Castañeda ME. Varela Ruiz M, Irizar JA. La red semántica natural de la relación profesor alumno expresada por profesores de Medicina. Rev Méd IMSS. 2001; 39(3): 215-221.
7. Sánchez García J. Aguilar Mejía E. Formación de profesores y desarrollo de la aptitud para leer críticamente informes de investigación educativa. Rev Méd IMSS. 2004; 42(1): 21-24.
8. Vásquez Martínez CA. Insfran Sánchez M. Cobos Aguilar H. Papel de la experiencia docente en estrategias promotoras de la educación. Rev Méd IMSS. 2003; 41(1): 23-29.
9. Díaz Alejandro A. Aguilar Mejía E. Viniegra Velásquez L. Toribio Suárez MP. Hernández Navarrete MA. Formación de profesores para el área de la salud y epistemología de la ecuación. Rev Méd IMSS. 2004; 42(4): 291-300.
10. Rico García MIA. Garza Pérez P. Isnfran Sánchez M. Evaluación de la postura del docente ante la ecuación a través de dos miradas. Rev Enferm IMSS. 2003; 11(19): 13-18.
11. Bacallao Gallestey J. Parapar JM, Roque M. Ballacao Guerra J. La modelación jerárquica y los efectos de grupo en la predicción del rendimiento académico. Rev Cubana Educ Med Sup. 2004; 18(2): 35-42.
12. Terrones Gonzáles A. Moysen JS. Estrada Martínez S. Prevalencia de la dominancia lateral en escolares de la ciudad de Durango. La salud de Durango. 2003; 4(2): 5-10.
13. Montero Casimiro A. Segura Martínez N. Gutiérrez Pérez AD. Cabana Carralero MI. Pérez Licea A. González González A. Perfeccionamiento del programa de anatomía humana primero y segundo año de Medicina. Rev Cubana Educ Med Sup. 1998; 12(1): 21-15.
14. Cañizares Luna O. Sarasa Muñoz N. Una propuesta didáctica entre los problemas cognoscitivos en Anatomía Humana. Rev Cubana Educ Med Sup. 2004; 18(4): 43-58.
15. Rosell Puig W. Dovale Borjas C. González Fano B. La enseñanza de las ciencias morfológicas mediante la integración interdisciplinaria. Rev Cub Educ Med Sup. 2004; 18(1): 21-29.
16. Arguero Licea B. Castañeda Aguilar L. Hernández Gallegos A. Durán Díaz A. Virus del papiloma humano, lo que saben los estudiantes masculinos de licenciatura. Rev Méd IMSS. 2004; 42(4): 285-289.

Satisfacción del paciente quirúrgico. En un hospital de segundo nivel de atención en salud

Autor: Aurea Mendoza Olvera.
Coautores: José Antonio Mata Cancino, Miguel Ángel Valencia Montiel, José Antonio Licona Mimendi

Área de Investigación: Salud Pública
Número de Registro: R-2006-3102-3
Tipo de Autor: Docente y Profesional de la salud
Institución: Instituto Mexicano del Seguro Social
Dependencia: Hospital General de Zona Núm. 8
Año Residencia: 2008
Hospital:
Matrícula/Número Personal: 5068606
Teléfono Laboral: 012717143800 Extensión: 141
Teléfono Particular: 012717175953
Teléfono Celular: 0442721355830
Email: aurea.mendoza@gmail.com
Email Alternativo: aurea_jeshua@yahoo.com.mx

Argumentación teórica:

La obtención de la calidad en el cuidado de la salud es una meta aceptada mundialmente. El desarrollo de técnicas para controlar y asegurar la calidad no ha guardado paralelo con otros adelantos en la tecnología médica, se requiere una estrategia pragmática para monitorear la calidad de un proceso de manera eficiente. Un parámetro es evaluar la oportunidad en la atención y, otro, descubrir los elementos que causan satisfacción en los pacientes. Dimensionar la magnitud de la satisfacción tiene un mayor grado de complejidad, obliga a llevar elementos subjetivos como los sentimientos del paciente a una escala de objetividad numérica; para establecer límites de aceptación permite aplicar adjetivos calificativos como bueno, malo, aceptable, etc[1]. La práctica de medir la satisfacción del paciente se ha convertido en un medio de valoración general de los servicios de salud[2].

Argumentación empírica:

Debe ser objeto de investigación determinar la proporción de usuarios con los servicios otorgados en las unidades de segundo nivel de atención en salud e identificar algunas características relacionadas con el acto perioperatorio[3]. Se identificó el grado de satisfacción del derechohabiente en 76 a 88% en hospitales de segundo y tercer nivel de atención, con mayor satisfacción en la información médica proporcionada a la población usuaria[4]. En un estudio en un hospital de cardiología, concluyen que, la satisfacción del usuario es como un indicador de calidad[2]. En el hospital de enfermedades respiratorias encontraron que la calidad otorgada en el servicio de terapia respiratoria es de 82%[1].

Planteamiento del problema:

En Estados Unidos de Norteamérica y Europa han desarrollado instrumentos validados internacionalmente para medir el grado de satisfacción de los pacientes en los servicios de salud [5-6]. Diferentes estudios indican que debe haber cambios organizacionales en dichos servicios, pues existe insatisfacción en los tiempos de espera y la comunicación entre los pacientes y el personal de los servicios de salud es deficiente o definitivamente está ausente[7]. Los sistemas de salud, según los nuevos preceptos de la atención, deben fomentar la participación de los usuarios en su propia atención; indagar sobre las opiniones y las ideas de los pacientes y escuchar sus palabras en relación con la atención recibida[5]. Una información precisa, acorde con el procedimiento quirúrgico y la evolución del paciente, condiciona en los familiares del paciente y éste mismo un grado de bienestar. Muchas veces en los servicios de atención del paciente quirúrgico, por diferentes motivos, este aspecto queda descubierto, tratando de llevarle al paciente el máximo beneficio relacionado con aspecto clínico por sí mismo. Esto da como resultado cierta insatisfacción en los pacientes[8-9] y de acuerdo con estos antecedentes nos surge la siguiente interrogante: ¿cuál es el grado de satisfacción del paciente quirúrgico (GSPQ) en la atención perioperatora (APP) recibida en un hospital de segundo nivel?

Objetivo general:

Identificar el grado de satisfacción de un paciente quirúrgico en un hospital de segundo nivel.

Metodología:

Tipo de estudio: Observacional, transversal, analítico, simple, grupal y evaluativo. Universo de estudio: pacientes sometidos a una intervención quirúrgica en el Hospital General de Zona Núm. 8 del IMSS de Córdoba, Veracruz del 1 mayo al 30 junio 2007. Tamaño de la muestra: se empleó la fórmula de proporciones para poblaciones infinitas; considerando un promedio de 7200 pacientes operados anualmente, proporción esperada de 82% pacientes satisfechos, precisión de 0.95, riesgo de 0.05=360 más 12 por riesgo de pérdidas, resultaron 372 pacientes seleccionados al azar. Variables: Grado de Satisfacción del Paciente Quirúrgico (GSPQ) y atención en el periodo perioperatorio (APP). Definiciones operacionales: (GSPQ) valores o cualidades que, en relación de mayor o menor, tiene una acción que responde enteramente a la necesidad clínica de una persona con entidad nosológica que requiere de intervención quirúrgica como parte de su tratamiento para transformar el curso de la misma. Se midió de la siguiente forma: la respuesta a cada una de las preguntas constituye la base de cada uno de los indicadores definidos como el porcentaje de aparición del problema de satisfacción. En esos indicadores el numerador es indefectiblemente el número de pacientes cuya respuesta es considerada problema; y el denominador el total de pacientes que respondan a esa pregunta. Las preguntas del cuestionario sobre el problema de satisfacción se agrupan en seis dimensiones correspondientes a cada uno de los indicadores. Se consideró paciente satisfecho al que contestó 90-100% medianamente satisfecho entre 60-

90%, poco satisfecho entre 40-60% insatisfecho menos de 40%. De acuerdo con las respuestas de la encuesta se considera APP todo cuidado o servicio que recibe un paciente que va a ser sometido a una intervención quirúrgica antes, durante y después de la misma por parte del personal de la salud en un área hospitalaria. Procedimientos para la recolección de información: aplicación de un cuestionario con 25 preguntas integradas en 5 indicadores: nivel de información, oportunidad de atención, trato digno, responsabilidad para comprender la necesidad de atención y mejora experimentada en su dolencia. Se emplearon respuestas en el rango de nunca a siempre. Fue aplicado a pacientes en el periodo postoperatorio mediato (24 horas después de la intervención quirúrgica). Procedimientos para el análisis de la información: base de datos en Excel, estadística descriptiva, determinándose frecuencias simples, en algunos datos se expresaron en promedios y estadística no paramétrica.

Resultados:

De 372 pacientes, las mujeres representaron 64% y hombres 36%. Satisfacción en información 34.06%, oportunidad de la atención en 10 días 86.06%. El paciente lo percibe como excelente en 94.95%. El trato digno fue diferente entre cirujanos y anestesiólogos con $P<0.01$. Mejora experimentada en su dolencia en 60.37% fue satisfactoria. Recomiendan el servicio como excelente 16.66%, con diferencia en los servicios de cirugía, ginecología y traumatología con una $P<0.01$.

Discusión:

El GSPQ es alto en 94.95%. El porcentaje obtenido es mayor que el reportado por la literatura[4]. Se encuentra totalmente insatisfecho de la información recibida 75% contra 34.05%, reportado por la literatura mundial[1,5,4].

Referencias bibliográficas:

1. Mundo Cervantes José de Jesús. Espinola Reyna Gerardo Antonio. Calidad en la atención en un Servicio de Terapia Respiratoria. Rev. Asoc. Mex. Méd Crit y Ter Int. 2004;18(4):113-117.
2. Jiménez V. Ortega Vargas MC. Satisfacción del usuario como indicador de calidad Rev. Mex. de Enfermería Cardiológica. 2003; 11(2):58-65.
3. Hernández Leiva B. García Peña C. Azures Carro R. Orozco López M. Satisfacción de Usuarios en Unidades de Medicina Familiar. Rev Méd IMSS 2002; 40(5):373-378.
4. Aguirre GH. Calidad de la atención medica: bases para su evaluación y mejoramiento continuo. Ed. Noriega. México.2002:79-91.
5. Grol R. Wesing M. Mainz J et al. Patients' priorities with respect to general practice care: an international comparation. Fam Pract. 1999;16:4-11.
6. Svab I. Primary health care reform in Slovenia: First result. Soc Sci Med. 1995; 41: 141-144.
7. Kersnik Janko. An evaluation of patient satisfaction with family practice care in Slovenia. Internacional Journal for Quality in Health Care. 2000;12:143-147.
8. Cuesta AG et al. La calidad de la asistencia hospitalaria Ediciones Doyma SA de CV. España 1995: 7-16.
9. Goldberg D. Lecrubier Y et al. An international study of psychological problems in primary care. Arch Gen Psychiatry. 1993; 50:819-824.

Las capacidades en los evaluadores de competencias en Salud Pública

Autor: Elsa Ladrón de Guevara Morales

Área de Investigación: Salud Pública
Número de registro: S/N
Tipo de Autor: Investigador
Institución: Universidad Veracruzana
Dependencia: Instituto de Salud Pública
Año Residencia: SP92
Hospital:
Matrícula/Número Personal: 6788
Teléfono Laboral: 8 41 89 33 Extensión: 13306
Teléfono Particular: 8 17 56 55
Teléfono Celular: 2281 25 32 96
Email: elsaladron@uv.mx
Email Alternativo: elsaladron@hotmail.com

Argumentación teórica:

Las tendencias actuales en el desarrollo de modelos educativos basados en competencias, han exigido transformaciones fundamentales en las instituciones de educación superior, así como en las formas tradicionales de enseñar. La implantación de este tipo de modelos exige a los implicados -profesores y alumnos- el desarrollo de nuevas habilidades. Para los primeros el reto no se circunscribe a su papel de facilitador en los procesos de aprendizaje, exige también apropiarse de conceptos, modelos y habilidades que permitan su participación adecuada en las nuevas estrategias de evaluación, acordes con el modelo de competencias[1]. La evaluación de competencias es un proceso complejo, que requiere no sólo la definición de perfiles sino también los instrumentos de medición que permitan la demostración de estas competencias[2]. Además, es necesario considerar que estas condiciones no se logran de manera espontánea, la posibilidad de cerrar un ciclo de aprendizaje con una buena evaluación de las competencias requiere un esfuerzo de formación de evaluadores bajo la mística de este tipo de programas[3]. Existen diversas propuestas para evaluar las competencias de los alumnos, desafortunadamente poco se ha explorado sobre las capacidades que deben tener los evaluadores de estas competencias[4].

Argumentación empírica:

En los últimos años se ha comenzado a observar la profesionalización de evaluadores; generalmente están orientados a los procesos de certificación en áreas específicas como laboratorios, servicios de salud e incluso la certificación de programas académicos. Las características que presentan estos

Requisitos para la publicación

La revista Altepepaktli es una publicación semestral cuyo objetivo es dar cuenta del quehacer científico en el ámbito de la Salud Pública, por medio de artículos originales, derivados de las actividades de investigación, docencia y práctica profesional de la Salud Pública.

TIPOS DE COLABORACIONES:
La revista Altepepaktli recibe trabajos en las modalidades de artículo de investigación originales, artículo de revisión o ensayo, nota breve, reseñas de libros y noticias sobre eventos científicos.

ENVÍO DE ARTÍCULOS:
1. Todos los artículos deberán dirigirse a los Editores de la Revista: saludcomunidad@uv.mx o al Instituto de Salud Pública de la Universidad Veracruzana, Dr. Luis Castelazo s/n, Col. Industrial Ánimas, C. P. 91190, Xalapa – Enríquez, Ver. Se acusará recibo vía correo electrónico a la recepción de los mismos.
2. Los artículos se acompañarán de una declaración que indique su carácter inédito y el compromiso de que, de aceptarse, no se enviarán a ninguna otra revista a menos que medie la autorización expresa del Editor.

PRESENTACIÓN:
El título del trabajo no debe exceder de 15 palabras y describirá el contenido clara, exacta y concisamente, tanto en inglés como en español. El nombre y el apellido del autor o autores se anotará inmediatamente abajo del título omitiendo el grado académico o profesión. Al pie de la primera página se indicará el nombre del autor o autores, el cargo oficial o académico, el nombre de la institución en que labora(n) el autor o autores y la dirección en que puede solicitársele(s) copias del artículo. Los autores deberán acompañar sus artículos de un resumen de máximo 300 palabras en español e inglés, y utilizando máximo cinco palabras claves que indiquen el contenido temático del texto. El artículo no deberá exceder de 15 páginas (21.59 x 27.94 cm ó 8.5 x 11 pulg. s.) a interlineado 1.5. La fuente será Arial 12.

En los artículos de investigación el texto se divide en Introducción, Método (materiales, sujetos, etc.), Resultados y Discusión. Este modelo no comprende los artículos redactados en forma de ensayo, reseña bibliográfica comentada, crítica o analítica, los que serán divididos en títulos, subtítulos y apartados si fuera el caso.

Los cuadros e ilustraciones deberán ser incluidos en formato JPG, TIFF o PDF, con una resolución entre 150 y 300 DPI y deberán medir entre 7 y 15 cm. en su lado mayor. Los cuadros, tablas o figuras se incorporan al interior del texto y deberán estar identificados con un número correlativo. Se acompañarán de un título breve y claro. Cuando no sean originales del autor, deberá especificarse la fuente de donde han sido tomados.

En caso de requerirse notas al pie de página, se separarán mediante una línea horizontal y se identificarán con letras sucesivas. La citación será en número superíndice en el cuerpo del trabajo. Las referencias bibliográficas deberán citarse de acuerdo al orden de aparición en el cuerpo del trabajo. Se sugiere tomar como base el sistema de Vancouver.

La revisión de los trabajos se realiza por pares participando personal interno y externo de la dependencia.

Altepepaktli se encuentra indexada en IMBIOMED.
http://www.imbiomed.com.mx/index3.html

UNIVERSIDAD
VERACRUZ ARTE CIENCIA LUZ

INSTITUTO
DE
SALUD
PUBLICA / UV