

Revista Científica Hospital Coromoto



Vol. 10 | **2**
Julio - Diciembre
2021

ISSN 2343-5860

Depósito legal pp 201202ZU4114



Revista Científica Hospital Coromoto

Vol. 10 N° 2
Julio~Diciembre 2021

Comité Editorial

Dra. Nidia Devonish

Editora

Dr. Ricardo José Atencio Tello

Co-Editor

Licda. Luz del Valle Moreno Larreal

Secretaria

Dr. Alexis León

Dra. Melvis Arteaga de Vizcaino

Dra. Preciosa Rios

Licda. Edicta Pereira

Dr. Rafael Villalobos

MgSc. Lisbeth Borjas Asesores Científicos

MgSc. Aida Souki

Dra. Liliana Rojas

Dra. Maczy González

Dra. Nora Palazzi

Dra. Dona López

Anestesiología

Dra. Mercedes Astro
López Dr. Jaime Contreras
Dra. Sirka García Padilla
Dr. Norberto Ortiz Flores
Dra. Josefa Simanca H.
Dr. Freddy Villalobos B.
Dra. Betania Villalobos

Cardiología

Dr. Edwin Vetancourt V.
Dra. Rossy Vera S.

Cirugía del Quemado

Dr. Tulio Chacín Paz
Dr. Orlando Guijarro
Dra. Jenny Villasmil
Dr. Osmer Güerere

Cirugía de Tórax

Dr. Josué Reyes Polanco
Dr. Juan Carlos Sánchez

Cirugía General

Dr. Hernán Lamus
Dr. Marconis Ocando
Dr. Víctor Flores Dr.
José Galván Dr.
Daniel Briceño

Cirugía de Columna

Dra. Yusmary Guillén

Enfermería

Lcda. Ana Raquel
Mendoza Lcda. Edicta
Ferreira Dra. Eva Graterol
Dra. Gregoriana Mendoza

Gastroenterología

Dr. Jesús Abreu
Dra. Rosiris
Fernández Dr. Carlos
Parra Dr. Luis Leal

Ginecología

Dra. Anexy Doria
Dr. Dimas Macías Dra.
Yeniree Villalobos

Hematología

Dra. Nayelis Almarza
Dra. Elizabeth Borjas
Dra. Melvis Arteaga de Vizcaino

Infectología

Dra. Janeth Urribarrí
Dr. Rafael Villalobos

Inmunología

Dra. Tatiana Pardo

Mastología

Dr. Evis Polanco

Medicina Crítica

Dr. José Fabián Bracho
Dra. Yumni Duque
Dra. Kelita González
Dra. Gladys Peña

Medicina Interna

Dra. Yajaira Boscán Dra.
Raquel Carrasquero Dra.
Karelys Chávez Dra.
Nora Palazzi Dra.
Dianelly Beltrán

Medicina Ocupacional

Dra. Liliana Rojas
Dra. Alexandra Hernández
Dr. Abdías Cubillán
Dr. Edicson Urdaneta

Microbiología

Dra. Odelis Díaz de Suárez
Dr. Ricardo José Atencio Tello
Dr. Rafael Villalobos

Nefrología

Dr. Ender Vílchez

Neumonología

Dra. Johana Fernández

Neurocirugía

Dr. César Lobo

Nutrición

MgSc. Aida Souki

Oncología

Dra. Leditza Chourio
Dra. Yoneida Lozano

Oftalmología

Dr. Idelfonso Paz
Dra. Adaliski Rodríguez

Odontología

Dra. Leisy Fong
Dra. Alfonsina Lozano
Dra. Carolina Maalouf
Dra. Yelitza Patillo
Dra. María Pilar Urbano
Dra. Alis Valecillos

Pediatría

Dra. Yaneth Urribarrí
Dra. Yaneth Núñez
Dr. Alexis León
Dra. Maribel Nava
Dr. Ana Ardin

Psicología

Dra. Rosa Salom
Dra. María García Ortoga

Psiquiatría

Dr. Douglas Molero
Dr. Diego Muñoz

Imagenología

Dra. Paola Demarchi
Dra. Yelianny Núñez
Dra. Elaine Bastidas

Reumatología

Dr. Julio César Alfonso

Traumatología

Dr. María Burgos
Dr. Fernando Lossada
Dr. Carlos Peña
Dr. Lirimo Rubio
Dr. Fehudy Delgado

Urología

Dra. Fabiola Mejías
Dr. Wilber Rincón
Dr. Emac Nasser



Revista Científica Hospital Coromoto

REVISTA ARBITRADA DE CARÁCTER MULTIDISCIPLINARIO EN ESTUDIOS DE CIENCIAS DE
LA SALUD PUBLICACIÓN: SEMESTRAL. CONTRIBUCIONES OBJETO DE PUBLICACIÓN:
EDITORIALES, TRABAJOS ORIGINALES, CASOS CLÍNICOS Y REVISIONES

D.R. © 2021 HOSPITAL COROMOTO

ISSN 2343-5860

Depósito legal pp 201202ZU4114

Diseño de portada:

Javier Ortiz

Diagramación:

Ediciones Astro Data, S.A.

edicionesastrodata@gmail.com

Maracaibo, Venezuela

Esta revista está indizada en:

- REVENCYT. Red Venezolana de Revistas de Ciencia y Tecnología de SERBIULA

Subvencionada por: **PETRÓLEOS DE VENEZUELA SOCIEDAD ANÓNIMA (PDVSA)**
PETRÓLEOS DE VENEZUELA SERVICIOS DE SALUD SOCIEDAD
ANÓNIMA (PDV Servicios de Salud, S.A.)

HOSPITAL COROMOTO. AV. 3C Nº 51. URB. VIRGINIA SECTOR LA LAGO. MARACAIBO, ZULIA.

TELF: 58.2617900000, 7900094. FAX: 7939174. CÓDIGO POSTAL: 422.

correo electrónico: revhospitalcoromoto@gmail.com



Revista Científica Hospital Coromoto

Volumen 10

Nº 2

Julio~Diciembre 2021

Contenido

EDITORIAL. LA DESHUMANIZACION EN LA MEDICINA Tania María Bravo González	7
VALORACIÓN PRE ANESTÉSICA EN PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍAS DE ALTO RIESGO. HOSPITAL COROMOTO Preanesthetic Assessment in Patients Submitted to High Risk Surgeries. Coromoto Hospital Anabel Agudelo Suescun, Jaime Contreras, Jackeline Escalona	9
VIRUS DE PAPILOMA HUMANO (VHP) COMO FACTOR DE RIESGO EN PACIENTES CON CÁNCER DE CUELLO UTERINO EN EL CENTRO ONCOLÓGICO GÉNESIS PETIT Human Papilloma Virus (Hpv) As a Risk Factor in Patients with Cervical Cancer at the Génesis Petit Oncology Center Janerys Montalvo, Nayelys Almarza, Adriana García	19
CONDICIONES DE SALUD Y PERCEPCION DE SALUD POR DOCENTES DE UNA UNIVERSIDAD PÚBLICA Health Conditions and Perception of Health by Teachers of a Public University Majory Esmeralda Ibarra García, Liliana Raquel Rojas González, Hortencia Manuelita Solórzano, Edita Mariana Santos Zambrano, Julia Teresa Espinel García ..	29
APLICACIÓN DEL CUIDADO HUMANO DE ENFERMERÍA A PACIENTES CON ENFERMEDAD ONCOHEMATOLÓGICA Application of Human Nursing Care to Patients with Oncohematological Disease Ana Raquel Graterol Mendoza, Melvis Vizcaino, Eva Mendoza	40
CARTAEDITOR	49
VENTANACIENTÍFICA	51
INSTRUCCIONESALOSAUTORES	55

EDITORIAL

LA DESHUMANIZACION EN LA MEDICINA

TANIA MARÍA BRAVO GONZÁLEZ

*Médico Cirujano. Esp. en Puericultura y Pediatría.
MgSc. En Inmunología. Master en Alergología.
Profa. Ordinaria de Medicina Tropical.
Vicepresidente SVPP Filial Zulia.
Miembro Activo SVAAI
taniambrovog@gmail.com*

La deshumanización de la medicina es un fenómeno que ha estado presente por mucho tiempo en el área médica y que se refiere a la pérdida de los valores éticos y humanitarios en la atención médica. La falta de empatía y trato humano hacia el paciente se ha vuelto una preocupación importante para los profesionales de la salud y para los pacientes en sí.

La deshumanización en la medicina puede tener varias causas. Una de ellas es la comercialización de la atención médica, donde el paciente es visto como una fuente de ingreso en lugar de un ser humano que necesita cuidado y atención. Esto ha llevado a la abreviación de las consultas médicas, haciendo que el médico tenga poco tiempo para atender adecuadamente al paciente. Además, la tecnología ha hecho que los médicos dependan más de máquinas y menos de su experiencia y habilidad para el diagnóstico, lo cual ha disminuido el trato personalizado y la cercanía con el paciente.

Otra causa es la naturalización de la cultura de la deshumanización, donde se espera que los médicos sean fríos y distantes con los pacientes para no involucrarse emocionalmente en su situación. La sobreexposición a situaciones de dolor y sufrimiento, así como la falta de espacios de

atención emocional para los propios médicos, pueden llevar a la insensibilidad hacia los pacientes.

Los pacientes también pueden contribuir a la deshumanización de la medicina al no exigir una atención humanizada y al no valorar el trato que reciben. Esto hace que los médicos sientan que su conducta no tiene consecuencias, lo que refuerza la cultura de la insensibilidad y el distanciamiento.

Las consecuencias de la deshumanización en la medicina son significativas. El paciente puede sentirse desatendido, incomprendido y aislado, lo que puede aumentar su sufrimiento y malestar. Además, las relaciones de confianza entre médicos y pacientes pueden verse afectadas, lo que puede llevar a una falta de cumplimiento del tratamiento y a resultados negativos. Finalmente, la deshumanización en la medicina puede llevar a la disminución de los valores éticos de la atención médica, y a una cultura de insensibilidad e irrespeto hacia el paciente.

Para contrarrestar la deshumanización de la medicina, se requiere una mayor atención y sensibilización hacia la necesidad de mantener los valores éticos y humanitarios en la atención médica. Los médicos necesitan ser conscientes de la

importancia del trato humano y personalizado, y de la necesidad de establecer relaciones empáticas con sus pacientes. Además, se debe fomentar una cultura de cuidado emocional y apoyo para los médicos, para ayudar a prevenir la sobrecarga emocional y fomentar una cultura de cuidado.

En conclusión, la deshumanización en la medicina es un fenómeno preocupante que tiene consecuencias significativas en la calidad y efectividad de la atención médica. Se requiere una mayor atención y sensibilización hacia la necesidad de mantener los valores éticos y humanitarios en la atención médica, tanto por parte de los médicos como de los pacientes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 Lagu T, Iezzoni LI, Lindenauer PK. The bell curve: how to avoid the trap of measuring quality with inappropriate methods. *J Hosp Med.* 2014;9(3): 181–184.
- 2 Torralba A, Calleja-Hernández MÁ, Casado MS. La humanización, la Excelencia y la calidad asistencial: Percepción de los pacientes sobre la calidad asistencial en una unidad de hospitalización a domicilio. *Rev Calid Asist.* 2017;32(4):193–202.
- 3 Truglio-Londrigan M, Slyer, J., Singleton, J.K. & Worral, P. (2017). Improving Patient Outcomes Through Humanization of Care: A Nursing Perspective. *J Healthcare Compassion.* 4(1), 1-12.
- 4 Álvarez AM. Humanización y cuidados paliativos. *Rev Hosp Niño Buenos Ai.* 2017;60 (267): 1–7.
- 5 Bleich M. Quality Improvement, Patient Safety, and Human Resources. *Q Manag Health Care.* 2017;26(1):16–22.



VALORACIÓN PRE ANESTÉSICA EN PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍAS DE ALTO RIESGO. HOSPITAL COROMOTO

Preanesthetic Assessment in Patients Submitted to High Risk Surgeries. Coromoto Hospital

JAIME CONTRERAS¹ *¹Hospital Coromoto de Maracaibo-Venezuela*
JACKELINE ESCALONA² *²Universidad Bolivariana de Venezuela*
ANABEL AGUDELO SUESCUN³ *³Posgrado de Anestesiología,
Universidad Bolivariana de Venezuela
anabelagudelo@hotmail.com*

RESUMEN

Objetivo: Determinar la utilidad de la valoración pre anestésica en pacientes sometidos a cirugías de alto riesgo en el Hospital Coromoto de Maracaibo, durante el período enero a junio del 2019. **Metodología:** Se realizó una investigación descriptiva, prospectiva y longitudinal con un diseño no experimental. La muestra correspondió a 30 pacientes adultos entre 18 a 65 años sometidos a cirugías electivas de alto riesgo. El análisis de los resultados se realizó mediante la estadística descriptiva. **Resultados:** La edad promedio de los pacientes evaluados correspondió a $55,2 \pm 6,1$ años, el 73,3% fueron masculino y 26,7% femeninos, con ASA IV en el 70% de los pacientes. En la valoración pre anestésica realizada tres semanas antes de la cirugía se encontraron 19 pacientes con alteraciones en el examen físico y/o laboratorio los cuales fueron derivados a las diferentes especialidades entre ellas hematología 20%; cardiología 16,7% y neumonología 13,3%. Sólo el 6,7% de los pacientes presentaron complicaciones durante el transoperatorio. **Conclusiones:** El abordaje perioperatorio realizado antes de las tres semanas de la cirugía es de vital importancia y más aún si los pacientes son considerados de alto riesgo, ya que se realizaron los correctivos necesarios, disminuyéndose las complicaciones trans y postoperatorias en los pacientes evaluados.

Palabras clave: Valoración pre anestésica, Cirugías de alto riesgo, Complicaciones.

ABSTRACT

Objective: To determine the usefulness of preanesthetic assessment in patients undergoing high-risk surgeries at Coromoto Hospital in Maracaibo, during the period from January to June 2019. **Methodology:** A descriptive, prospective and longitudinal investigation was conducted with a non-experimental design. The sample corresponded to 30 adult patients between 18 and 65 years old undergoing elective surgeries of high risk. The analysis of the results was performed using descriptive statistics. **Results:** The average age of the patients evaluated corresponded to 55.2 ± 6.1 years, 73.3% were male and 26.7% female, with ASA IV in 70% of patients. In the pre-anesthesia evaluation carried out three weeks before surgery, 19 patients were found with alterations in the physical examination and / or laboratory which were referred to the different specialties including hematology 20%; 16.7% cardiology and 13.3% pneumonology. Only 6.7% of the patients presented complications during the transoperative period. **Conclusions:** The perioperative approach carried out before the three weeks of surgery is of vital importance and even more so if the patients are considered high risk, since the necessary corrective measures were made, reducing the trans and postoperative complications in the patients evaluated.

Keywords: Preanesthetic assessment, High risk surgeries.

INTRODUCCIÓN

Los avances tecnológicos de la medicina en las últimas décadas han permitido llevar a efecto intervenciones en pacientes que antes estaban fuera del alcance quirúrgico. La evaluación pre anestésica es responsabilidad del anestesiólogo y considera información de múltiples fuentes: historia clínica, entrevista, registros, examen físico y exámenes. Permite conocer los antecedentes del paciente, identificar factores de riesgo modificables y desarrollar un plan anestésico en relación a los hallazgos para disminuir la morbimortalidad perioperatoria; educar, mejorar la satisfacción y reducir la ansiedad del paciente; evitar retrasos o suspensiones innecesarias; coordinar interconsultas si el paciente lo requiere; y realizar un proceso de consentimiento informado con la firma del mismo (1).

La evaluación preoperatoria está orientada a conocer el estatus de salud del paciente y a descartar la existencia de patología desconocida o de una alteración fisiológica que pueda incrementar el riesgo durante el acto quirúrgico o en el postoperatorio inmediato. Para (2), el objetivo de la valoración pre anestésica es asegurar que el paciente ingrese al quirófano en las mejores condiciones posibles, a fin de reducir las complicaciones vinculadas con la cirugía, obtener el máximo beneficio y lograr que la etapa postoperatoria transcurra sin eventualidades desfavorables, lo cual se logra diagnosticando el estado de salud del paciente, prepararlo para la cirugía y establecer las recomendaciones sobre el mejor manejo médico en el periodo perioperatorio.

La valoración pre anestésica es un acto médico que debe ser hecha por un anestesiólogo para conocer la condición médica del paciente y planificar el procedimiento a realizar. Su importancia involucra el ámbito médico, el aspecto médico legal y administrativo por lo que siempre compromete al profesional en su relación con el paciente (3).

Por tanto, el anestesiólogo moderno debe asumir el rol de especialista en medicina perioperatoria, este tiene las habilidades para establecer el riesgo y optimizar la condición de los pacientes, para guiar a estos en su decisión de proceder con

el acto quirúrgico y la anestesia. El anesthesiólogo es en la actualidad también un proveedor primario de tratamientos médicos. Por consiguiente, debe asumir un rol central en la organización de los servicios preoperatorios que consisten en mucho más que preparar a los pacientes para la anestesia.

En Venezuela, la valoración pre anestésica se ha convertido en la obtención de un visto bueno para una cirugía, siendo este un abordaje inapropiado en muchos centros hospitalarios del país, para los procedimientos anestésicos y quirúrgicos ya que se ha descuidado el área de la medicina perioperatoria aún cuando el anesthesiólogo es la persona con mayor responsabilidad hacia el paciente en este campo.

En la última década, la evaluación pre anestésica ha cobrado relevancia principalmente debido al aumento de pacientes añosos, el aumento de la cirugía ambulatoria, el desarrollo de tecnología, que permite realizar procedimientos diagnósticos y terapéuticos fuera de pabellón, que requieren sedación o anestesia, cirugías muy complejas y de larga duración, en pacientes comprometidos y la necesidad de contención de costos (4). En ese contexto, en la literatura existen innumerables artículos que muestran que una adecuada evaluación preoperatoria incide en una disminución en los costos, una menor tasa de suspensiones de la cirugía y una disminución en los días de hospitalización postoperatoria (5).

La Sociedad Americana de Anestesiología (ASA), en su última puesta al día del año 2012 (6), establece que el momento para realizar la visita pre anestésica depende de la condición médica del paciente y del grado de invasividad del procedimiento; en pacientes de alto riesgo, así como en cirugía mayor, sugiere que la evaluación preoperatoria se realice con varios días de anticipación a la cirugía. Por el contrario, en cirugía ambulatoria y en pacientes de bajo riesgo, la entrevista se puede realizar el mismo día de la intervención (1).

MATERIALES Y MÉTODOS

TIPO DE INVESTIGACIÓN

Investigación fue de tipo descriptiva, los cuales según (7). De tipo prospectiva que según (8), longitudinal.

DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

El diseño de la investigación fue no experimental, que según (7).

POBLACION Y MUESTRA

Población

La población estuvo conformada por todos los pacientes adultos sometidos a cirugías de alto riesgo, durante el período enero a junio del 2019.

Muestra

La muestra correspondió a 30 pacientes adultos entre 18 a 65 años sometidos a cirugías electivas, durante el periodo analizado, los cuales cumplieron con los criterios de selección para el estudio. Pacientes fueron evaluados tres semanas antes de la intervención quirúrgica, tres días antes de la intervención y durante el trans y postoperatorio el estudio se consideró longitudinal.

Criterios de inclusión: Pacientes adultos entre 18 a 65 años sometidos a cirugías de riesgo en el Hospital Coromoto de Maracaibo, ambos sexos, Consentimiento informado previa aprobación del paciente.

Criterios de exclusión: Pacientes menores de edad y mayores de 65 años. Pacientes a los cuales no fue posible realizar el seguimiento respectivo. Pacientes con cirugías de emergencia.

METODO

Se obtuvo la aprobación por parte del Comité de Bioética del Hospital Coromoto de Maracaibo del estado Zulia (sede del pos-grado universita-

rio), para realizar la investigación. Posteriormente, a todos los pacientes se les informó de manera clara y sencilla sobre los alcances de la investigación con el objeto de obtener el consentimiento informado. Seguidamente se realizó la valoración preanestésica, el cual incluyó la anamnesis y examen físico; se revisó la historia clínica con la finalidad de verificar que cada paciente cumpliera con los criterios establecidos por el autor para ser incluido en el estudio.

Para fines de este estudio, se realizó la valoración preanestésica a todos los pacientes seleccionados tres semanas antes de la intervención quirúrgica, donde se efectuaron los correctivos pertinentes de acuerdo a las comorbilidades de cada paciente. Posteriormente, se realizó una segunda valoración preanestésica tres días antes de la intervención quirúrgica.

TÉCNICA DE ANALISIS DE LOS DATOS

La técnica de análisis para los datos que se utilizó fue la estadística descriptiva. Los datos se expresaron en valores absolutos y relativos; así como también medidas de tendencia central como la media y la desviación estándar. Todos los procedimientos se realizaron utilizando el paquete estadístico SPSS versión 23 para Windows. Los resultados se expresaron en cuadros y/o gráficos.

PROCEDIMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN

La puesta en práctica de la presente investigación involucró la realización de los siguientes pasos.

Identificación del área de estudio a manejar, siendo en este caso la valoración pre anestésica en pacientes sometidos a cirugías de alto riesgo. Identificación del problema de investigación y formulación de los objetivos de la investigación con la justificación y delimitación. Búsqueda de información a través de la cual se construyó el marco teórico. Selección del tipo de investiga-

ción, diseño, población y técnicas de análisis de los datos de la investigación. Diseño de los instrumentos de recolección de datos y validez de estos mediante opinión de expertos. Realización de la prueba piloto para la verificación de la confiabilidad.

Aplicación efectiva de los instrumentos de recolección de datos definitivos. Procesamiento y análisis de la información, con medidas de tendencia central de frecuencia y porcentaje.

Los pacientes fueron ingresados un día antes de la intervención quirúrgica, se verificó que cumpliera con los exámenes de laboratorio pertinentes. La técnica anestésica fue estandarizada. Se realizó el seguimiento de los pacientes durante el trans y postoperatorio, y se describieron las complicaciones presentes en cada uno de ellos. Todos los resultados fueron anexados a cada formulario.

TÉCNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

El instrumento de medición adecuado es el utilizado para registrar datos observables representando verdaderamente los conceptos o variables definidos por el investigador. En este mismo orden de ideas, exponen también, que recolectar los datos relacionados a una variable determinada, implica tres actividades estrechamente relacionadas entre sí, las cuales son: (a) seleccionar un instrumento de medición, (b) aplicar dicho instrumento y (c) preparar las mediciones obtenidas (9).

En ese sentido, se aplicó un instrumento tipo cuestionario el cual fue previamente validado por el Tutor metodológico y el Tutor académico expertos en la materia. Para determinar la confiabilidad del instrumento se utilizó el coeficiente de Alfa de Cronbach en el paquete estadístico SPSS 23.

El instrumento constó de las siguientes partes: 1) Características demográficas (edad, sexo, riesgo anestésico); 2) Características clínicas (tipo de cirugía, comorbilidades, hábitos tabáquicos y alcohólicos); 3) Valoración preanestésica tres se-

manas y tres días antes de la cirugía (historia clínica; antecedentes importantes, comorbilidades, riesgo anestésico), examen físico (revisión por sistemas); exámenes de laboratorio (hematología completa, glicemia, urea, creatinina, tiempo de coagulación, HIV, VDRL, entre otros) y exámenes complementarios (Radiografía de tórax, electrocardiograma).

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos con la aplicación del instrumento de recolección de datos. Para esto, se elaboraron Cuadros de distribución de frecuencias, así como la media y la desviación estándar. Posteriormente, se realizó su análisis y discusión de acuerdo con los objetivos de la investigación.

En el Cuadro 1, se puede observar las características demográficas de los pacientes sometidos a cirugías de alto riesgo, donde se observa que la edad promedio de los pacientes correspondió a 52,2 años con una desviación estándar de +/- 6,1 años, el 73,3% (22) de los pacientes fueron del sexo masculino y el 26,7% (8) femeninos. En relación al riesgo anestésico se observó que el 10,0% (3) fueron ASA III; 70,0% (21) ASA IV y el 20,0% (6) ASA IV.

CUADRO 1
CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS
DE LOS PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGIAS
DE ALTO RIESGO

Características Demográficas	n= 30	
Edad, Media/DE	55,2 ± 6,1 años	
Sexo	Número	(%)
Masculino	22	73,3%
Femenino	8	26,7%
Riesgo anestésico		
ASA III	3	10,0%
ASA IV	21	70,0%
ASA V	6	20,0%

Fuente: Agudelo (2019).

De estos resultados se puede inferir que la mayoría de los pacientes sometidos a cirugías de alto riesgo fueron del sexo masculino, con una edad promedio de 55,2 años. Al respecto(1), mostraron que el 98% de los pacientes quirúrgicos ingresados fueron de alto riesgo, siendo el sexo masculino el más afectado con el 52,7% sobre el sexo femenino (47,2%), la edad promedio de los pacientes fue de 50 años, lo cual muestra que los pacientes estudiados fueron relativamente jóvenes. De acuerdo con (11), la edad es un factor de predicción importante de complicaciones y mortalidad postoperatoria, con una probabilidad de sufrir las mismas dos a tres veces más con una edad mayor a 60 y 70 años respectivamente.

En el Cuadro 2, se puede observar las características clínicas de los pacientes sometidos a cirugías de alto riesgo, observándose en cuanto al indicador tipo de cirugía que el 23,3% (7) de los pacientes fueron sometidos a cirugías gastrointestinales, 20,0% (6) cirugías cardiovasculares; 20,0%

CUADRO 2
CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LOS PACIENTES
SOMETIDOS A CIRUGIAS DE ALTO RIESGO

Características Clínicas	n= 30	
Tipo de cirugía	Número	(%)
Gastroduodenal	7	23,3%
Cardiovascular	6	20,0%
Traumatológica	6	20,0%
Urológica	6	20,0%
Torácica	5	16,7%
Comorbilidades		
Diabetes mellitus	11	36,7%
Hipertensión arterial	7	23,3%
Obesidad	3	10,0%
Nefropatía	2	6,7%
Hábitos		
Tabáquico	9	30,0%
Alcohólico	5	16,7%

Fuente: Agudelo (2019).

(6) cirugías traumatológicas, 20,0% (6) cirugías urológicas y 16,7% (5) cirugía torácica. En relación a las comorbilidades el 36,7% (11) tenían diabetes mellitus, 23,3% (7) hipertensión arterial, 10,0% (3) obesidad y 6,7% (2) nefropatía. Asimismo, se evidenció que el 30% (9) de los pacientes tenían hábitos tabáquicos y 16,7% (5) hábitos alcohólicos.

De los resultados anteriores se deduce, que la mayor parte de los pacientes fueron sometidos a cirugías no cardíacas. Por otra parte, existen modificadores específicos de los pacientes, comorbilidades y otras consideraciones importantes que influyen en la elección de pruebas y de terapias específicas en la preparación preoperatoria. Dentro de los factores importantes de los pacientes sometidos a cirugía no cardíaca están: el tipo de cirugía si es vascular o no vascular, los eventos relacionados con sus comorbilidades, en especial los antecedentes cardíacos y su estado físico previo así como su capacidad funcional. Asimismo, el manejo de las condiciones crónicas como la diabetes mellitus y la insuficiencia renal son de vital importancia.

No obstante, a la fecha, no hay en la literatura actual información sobre el impacto del manejo anestésico relacionado con la aparición de eventos adversos cardíacos o de otra índole (12), destaca la importancia que los pacientes potencialmente quirúrgicos y con patología agregada al igual que los pacientes asintomáticos a partir de los 40 años deberán ser evaluados por medicina interna, anestesiología y cirugía para establecer el riesgo quirúrgico integral. De este modo el estudio o valoración prequirúrgica de pacientes de alto riesgo pueden señalarnos problemas potenciales a nivel cardiovascular, pulmonar o metabólico que podrían poner en riesgo al paciente en la sala de operaciones.

Por otra parte, no todos los pacientes necesitan un amplio estudio cardíaco, pulmonar o de otros sistemas u órganos; la selección de pruebas preoperatorias se basa en riesgos predictivos y en la información recogida en la historia clínica y en el examen físico. De igual manera, se considera pertinente evaluar los hábitos personales tales

como el tabaquismo y el alcohol los cuales pueden aumentar los riesgos quirúrgicos. En ese contexto, todo paciente que se somete a una anestesia y/o intervención quirúrgica debe ser evaluado adecuadamente para su edad, enfermedad de base y cirugía propuesta.

En el Cuadro 3, se muestra la valoración preanestésica realizada tres semanas antes de la intervención quirúrgica, observándose en relación a los parámetros clínicos, un peso promedio de $62,6 \pm 12,2$ kgs, talla de $1,60 \pm 0,1$ mts, con un índice de masa corporal de $24,5 \pm 2,5$ (peso/talla²). La frecuencia cardíaca fue de $89,3 \pm 10,1$ lat. x min; frecuencia respiratoria de $13,9 \pm 3,3$ resp. x min. Asimismo, se observó una presión arterial sistólica de $143,2 \pm 10,1$ mmHg y una presión arterial diastólica de $77,4 \pm 8,2$ mmHg. En cuanto a los parámetros paraclínicos se encontraron valores promedios de glicemia de

CUADRO 3
VALORACIÓN PREANESTÉSICA TRES SEMANAS
ANTES DE LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA

Valoración Preanestésica	X±DE
Parámetros clínicos	
Peso, kilogramos	62,6 ± 13,2
Talla, metros	1,60 ± 0,1
IMC (peso/talla ²)	24,5 ± 2,5
Frecuencia cardíaca (latidos x minutos)	89,3 ± 10,1
Frecuencia respiratoria (respiraciones x minutos)	13,9 ± 3,3
Presión arterial sistólica (mmHg)	143,2 ± 10,1
Presión arterial diastólica (mmHg)	77,4 ± 8,2
Parámetros paraclínicos	
Glicemia (mg/dL)	131,3 ± 8,1
Hemoglobina (gr/dL)	10,3 ± 2,1
Hematocrito (%)	31,5 ± 4,1
Creatinina (mg/dL)	1,5 ± 0,9
Urea (mg/dL)	38,9 ± 8,6

Fuente: Agudelo (2019).

131,3 ± 8,1 mg/dL, hemoglobina de 10,3 ± 2,1 gr/dL, hematocrito 31,5 ± 4,1%, valores promedios de creatinina de 1,5 ± 0,9 y urea de 38,9 ± 8,6 mg/dL.

Estos resultados permiten inferir que no todos los pacientes desde el punto de vista clínico y paraclínico estuvieron estables, ya que algunos de ellos tenían sobrepeso y obesidad según el IMC (peso/talla²); asimismo, Nuñez y colaboradores en su trabajo de investigación presentaron pacientes con cifras elevadas de presión arterial. Igualmente, se observaron valores de glicemia, hemoglobina, urea y creatinina fuera del rango de la normalidad(13), concluyo que los pacientes de alto riesgo quirúrgico son aquellos que después de una cirugía no cardíaca tienen elevadas probabilidades de presentar complicaciones que pueden conducir a una mortalidad más alta que otros grupos de pacientes, lo que está condicionado por algún tipo de comorbilidad como insuficiencia cardíaca, diabetes, anemia, estado nutricional deficiente, entre otros.

Aunado a esto, se conoce que una glicemia elevada, especialmente aquella 180 mg/dl, aumenta la morbimortalidad en el período perioperato-

rio, como también prolonga la estadía hospitalaria, existiendo un significativo aumento en el riesgo de infección de herida operatoria y de falla cardíaca en el postoperatorio inmediato. Por lo tanto, la recomendación actual es solicitar glicemia en ayunas preoperatoria en el paciente sometido a cirugía.

En el Gráfico 1, se puede determinar las interconsultas solicitadas posterior a la valoración de los pacientes tres semanas antes de la intervención quirúrgica, donde el 20,0% (6) de los pacientes fueron derivados a consultas por el servicio de hematología, 16,7% (5) a cardiología, 13,3% (4) neumonología, 6,7% (2) nefrología y 6,7% (2) de los pacientes fueron derivados a la consulta de endocrinología.

Los resultados presentados anteriormente, permiten inferir la importancia de realizar la valoración preanestésica tres semanas antes de la intervención quirúrgica, ya que los pacientes que presentaron alteraciones al examen físico y dentro de los parámetros paraclínicos fueron derivados a las diferentes especialidades con la finalidad de lograr que el paciente llegue a la cirugía lo más estables posible y de este modo evitar las compli-

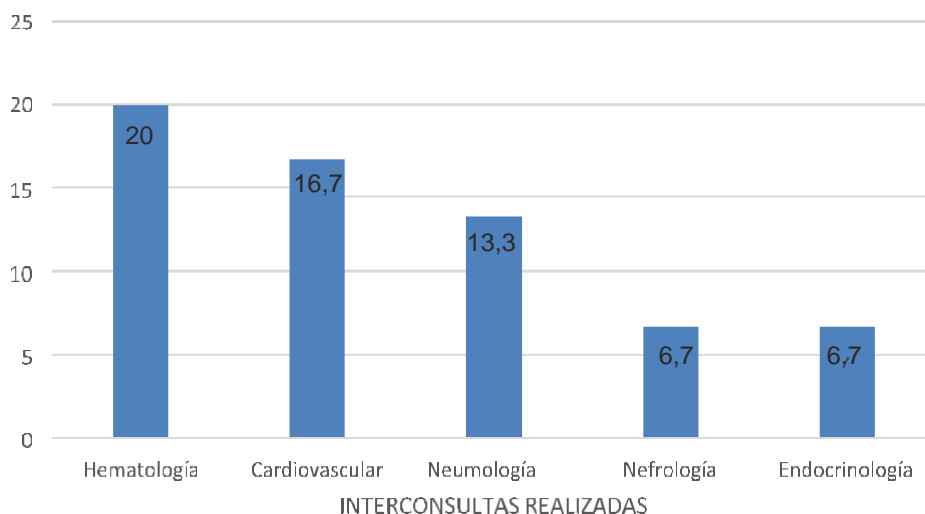


Gráfico 1
Distribución de los pacientes según interconsultas solicitadas posterior a la valoración preanestésica

caciones trans y postoperatorias. Al respecto (10), afirman que ciertas características de los procedimientos pueden modificar el riesgo quirúrgico de los pacientes, por ejemplo los pacientes sometidos a cirugías de alto riesgo pueden mejorarse con una provisión oportuna y efectiva de la utilización de los recursos médicos.

En este orden de ideas, cabe destacar la importancia en el manejo de los pacientes con alto riesgo, lo cual debe ir orientado a reducir al máximo el riesgo de morbilidad, por lo que es estrictamente necesaria una buena valoración y preparación preoperatoria. Esta fase previa, requiere de una buena comunicación entre todo el equipo médico responsable del paciente (cardiólogo y/o internista, cirujano y anestesiólogo). Con el objeto de optimizar la valoración y la preparación preoperatoria de los pacientes con alto riesgo.

En el Cuadro 4, se puede observar los resultados de la valoración pre anestésica realizada tres días antes de la intervención quirúrgica, donde se obtuvieron los siguientes valores promedios en relación a los parámetros clínicos: peso de $60,1 \pm 9,9$ kgs, talla $1,60 \pm 0,1$ mts, índice de masa corporal $19,2 \pm 1,5$ (peso/talla²); frecuencia cardíaca $83,6 \pm 7,2$ lat. x min; frecuencia respiratoria $12,2 \pm 1,2$ resp. x min; presión arterial sistólica de $119,2 \pm 7,3$ mmHg y presión arterial diastólica de $79,5 \pm 3,4$ mmHg. Por otra parte, se observaron los siguientes valores promedios en relación a los parámetros paraclínicos: glicemia $120,1 \pm 2,2$ mg/dL, hemoglobina $11,5 \pm 1,5$ gr/dL, hematocrito $38,9 \pm 1,1\%$, creatinina $1,3 \pm 0,2$ y urea de $30,2 \pm 7,1$ mg/dL.

Al realizar el análisis de los resultados obtenidos se puede inferir que la mayoría de los pacientes presentaron parámetros clínicos y paraclínicos dentro de la normalidad, ya que se logró obtener un índice de masa corporal entre los parámetros, aunque cabe destacar que la pérdida de peso y ganancia fueron mínimas debido al poco tiempo entre una consulta y la otra. Igualmente,

CUADRO 4
VALORACIÓN PREANESTÉSICA TRES DÍAS
ANTES DE LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA

Valoración Preanestésica	X±DE
Parámetros clínicos	
Peso, kilogramos	60,1 ± 9,9
Talla, metros	1,60 ± 0,1
IMC (peso/talla ²)	19,2 ± 1,5
Frecuencia cardíaca (latidos x minutos)	83,6 ± 7,2
Frecuencia respiratoria (respiraciones x minutos)	12,2 ± 1,2
Presión arterial sistólica (mmHg)	119,2 ± 7,3
Presión arterial diastólica (mmHg)	79,5 ± 3,4
Parámetros paraclínicos	
Glicemia (mg/dL)	120,1 ± 2,2
Hemoglobina (gr/dL)	11,5 ± 1,5
Hematocrito (%)	38,9 ± 1,1
Creatinina (mg/dL)	1,3 ± 0,2
Urea (mg/dL)	30,2 ± 7,1

Fuente: Agudelo (2019).

los pacientes que presentaron cifras de tensión elevadas durante su primera valoración lograron normalizar su presión arterial posterior al tratamiento e indicaciones del especialista. Asimismo, se evidenció un aumento en el hematocrito, ya que los pacientes con cifras de hemoglobina inferior a 10 gr/dL fueron transfundidos mejorando su condición; al igual que aquellos que presentaron valores de glicemia elevados.

De acuerdo a los señalamientos anteriores (14), afirman que las cancelaciones de cirugía ocurren la mayoría de veces el día del procedimiento, generando un retraso hasta de 90 minutos por el recambio de la sala de cirugía y aumentando los costos en cerca de 776 dólares por cada procedimiento suspendido, sobre costo que puede ser evitado desde la valoración preoperatoria si esta se encontrase asociada con la cancelación.

En algunos países la evaluación preoperatoria no hace parte del manejo prequirúrgico de los pacientes, de acuerdo con lo reportado en los Países Bajos donde el paciente es valorado el mismo día de la cirugía. Sin embargo, se observa una reducción significativa en la cancelación de procedimientos de hasta 30% en relación con el aumento en las medidas de seguridad previstas para cada paciente, como la implementación de la evaluación preoperatoria y las medidas correctivas en el paciente. De aquí la importancia de realizar la valoración pre anestésica tres semanas antes de la intervención quirúrgica, ya que los pacientes con patologías asociadas o descompensados sea manejada por el especialista y de este modo evitar las cancelaciones o complicaciones de la cirugía.

En el Gráfico 2, se observa las complicaciones durante el trans y postoperatorios en los pacientes sometidos a cirugías de alto riesgo, donde se evidenció que el 6,7% (2) de los pacientes presentaron complicaciones principalmente en el transoperatorio; mientras que, el 93,3% (28) de ellos no tuvieron ninguna complicación. Lo anterior, puede deberse a que la mayoría de los pacientes que presentaron una condición inestable fueron manejados por el especialista logrando estabilizar su condición médica; sin embargo, en la literatura médica existen pocos estudios que avalen esta teoría; aunque la mayoría de los autores consideran que la valoración preoperatoria es fundamental para el manejo de pacientes programados para procedimientos quirúrgicos, con la intención de disminuir complicaciones durante el transoperatorio.

Dicha valoración puede resultar deficiente evitando el desarrollo de la cirugía por una falla en el control o disminución de riesgos. Sin embargo, las cancelaciones no siempre obedecen a causas relacionadas con la valoración pre anestésica, aunque si pueden tener relación con causas previsibles y evitables que entorpecen la gestión del quirófano en caso de que no se manejen de manera adecuada (3).

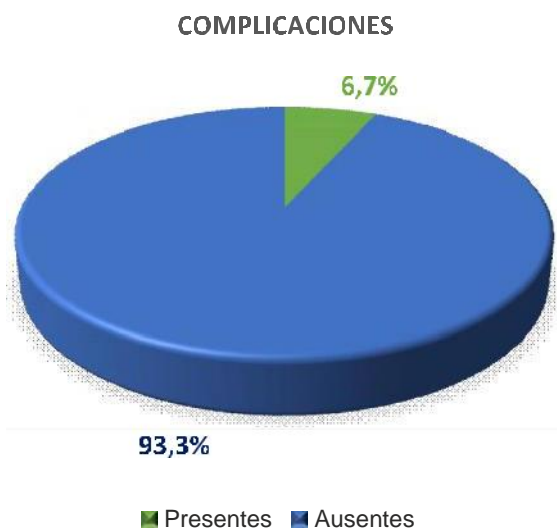


Gráfico 2
Distribución según complicaciones trans y postoperatorias en los pacientes evaluados

Fuente: Agudelo (2019).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 Kunze M. (2017). Evaluación preoperatoria en el siglo XXI. *Revista de Anestesiología Chile*; 28(5): 661-70.
- 2 Cuenca PJ. Importancia de una adecuada evaluación y preparación preoperatoria en pacientes de cirugía plástica. *Cirugía Plástica* 2017; 27 (1): 3-4. Disponible en: <https://www.Medigraphic.com/pdfs/cplast/cp-2017/cp171a.pdf>
- 3 Troncoso V. (2011). Evaluación perioperatoria. *Rev. Med. Clin. Condes*; 22(3):340-49.
- 4 Johansson T, Fritsch G, Flamm M, Hansbauer B, Bachofner N, Mann E. (2013). Effectiveness of non-cardiac preoperative testing in non-cardiac elective surgery: a systematic review. *Br J Anaesth*, 110:926-39.
- 5 De Hert H, Imberger G, Carlisle J, Diemunsch P, Fritsch G, Moppett I. (2011). Task Force on Peri-operative Evaluation of the Adult Noncardiac Surgery Patient undergoing non-cardiac surgery: guidelines from the European Society of Anaesthesiology. *Eur J Anaesth.*, 28:684-22.
- 6 Sociedad Americana de Anestesiología (ASA). Disponible en: <https://svanestesia.org.ve/enlaces/>

- 7 Hernández S, Fernández C., Baptista P. (2008). Metodología de la Investigación. 3era ed. McGraw-Hill; p. 117-187.
- 8 Méndez C. (2007). Metodología. Diseño y desarrollo del proceso de investigación. Colombia: Mc Graw-Hill Interamericana, S.A. Disponible en: <http://www.urosario.edu.co/Profesores/Listado-de-profesores/M/Mendez-Alvarez-Carlos-Eduardo>
- 9 Tamayo y Tamayo. (2007). Metodología de la Investigación. México: Editorial Limusa.
- 10 Delgado R, Hernández A, Castillo J. (2014). Caracterización de pacientes quirúrgicos de alto riesgo ingresados en terapia intensiva. Revista Cubana de Cirugía; 53(4);1-5.
- 11 Qassem A, Snow V, Fitterman N, Hombake E, Lawrence V. (2006). Risk Assessment for and strategies to reduce perioperative pulmonary complications for patients undergoing noncardiothoracic surgery. Ann Inter Med; 144:575-80
- 12 Sánchez M. (2014). Mortalidad y complicaciones de los pacientes con cirugía de emergencia y utilización de cuidados intensivos. Trabajo para optar al título de Médico. Universidad del Azuay. Cuenca-Ecuador.
- 13 Núñez M, Tore A, Mico G, Pratt G, Pratt G, Keim M. Variabilidad de la presión arterial en pacientes normotensos sometidos a cirugía bucal ambulatoria. Rev Fac Cienc Salud UDES. 2015;2(2):125-32. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_nlinks&pid=S1688-9339202000030006500015&lng=en
- 14 Muñoz L, Reyes L, Infante S, Quiroga J, Cabrera L, Obando N, Banghara L. (2018). Cancelación de procedimientos electivos y su relación con la valoración preanestésica. Repert Med Cir; 27(1):24-29.



VIRUS DE PAPILOMA HUMANO (VHP) COMO FACTOR DE RIESGO EN PACIENTES CON CÁNCER DE CUELLO UTERINO EN EL CENTRO ONCOLÓGICO GÉNESIS PETIT

Human Papilloma Virus (Hpv) As a Risk Factor in Patients with Cervical Cancer at the Génesis Petit Oncology Center

JANERYS MONTALVO¹ *1Médico Oncohematólogo. SAHUM*
NAYELYS ALMARZA² *2Médico Oncohematólogo.*
ADRIANA GARCÍA³ *Hospital Coromoto de Maracaibo*
3Profesora Universidad Bolivariana de Venezuela

RESUMEN

Objetivo General: Virus De Papiloma Humano (VPH) Como Factor De Riesgo En Pacientes Con Cáncer De Cuello Uterino En El Centro Oncológico Génesis Petit. El cáncer cervical constituye una de las causas de morbilidad y mortalidad más importantes dentro de las estadísticas epidemiológicas mundiales y latinoamericanas, donde el Virus del Papiloma Humano representa el factor predisponente asociado según Según La Organización Mundial de la Salud. Materiales y Método: se seleccionó una población de pacientes con la incidencia del VPH, realizándole Citología vaginal. prueba de Papanicolaou con cáncer de cuello uterino tratados en el Centro Onco-lógico Génesis Petit desde febrero 2018 a febrero del 2019. Se basó en la observación directa así como la revisión de los registros clínicos e historias médicas de los pacientes una Muestra de trescientos cuarenta y siete (347) pa-cientes, con un rango de edad de 25 – 65 años. Resultado y Discucion: encontrándose que la incidencia mayor es en pacientes entre 41 y 45 años representando el 26.51% del total de la muestra y la población menos afectada es la de 61-65 años con un 2,31%. Conclusión: La población relacionado con la ocupación de la población femeni-na en la cual predominan las amas de casa con 122 mujeres que corresponden a un 35%. Demostrándose que cuando la infección se hace persistente, aunado a otras condiciones y factores de riesgo como la presencia de VPH, favorece el desarrollo de lesiones y su progresión de bajo (LIEBG) a un alto grado (LIEAG), y posteriormente carcinoma invasor, cuyo tiempo de evolución es variable.

Palabras clave: VPH, Cáncer de Cuello Uterino. Incidencia.

ABSTRACT

General Objective: Human Papilloma Virus (VHP) as a Risk Factor in Patients With Cervical Cancer at the Genesis Petit Cancer Center. Cervical cancer is one of the most important causes of morbidity and mortality in global and Latin American epidemiological statistics, where the Human Papilloma Virus represents the associated predisposing factor according to the World Health Organization. **Materials and Method:** a population of patients with the incidence of HPV was selected, performing vaginal cytology. Papanicolaou test with cervical cancer treated at the Genesis Petit Cancer Center from February 2018 to February 2019. It was based on direct observation as well as the review of the clinical records and medical histories of the patients, a sample of three hundred and forty-seven (347) patients, with an age range of 25 – 65 years. **Result and Discussion:** finding that the highest incidence is in patients between 41 and 45 years representing 26.51% of the total sample and the least affected population is 61-65 years with 2.31%. **Conclusion:** The population related to the occupation of the female population in which housewives predominate with 122 women corresponding to 35%. Demonstrating that when the infection becomes persistent, together with other conditions and risk factors such as the presence of HPV, it favors the development of lesions and their progression from low (LIEBG) to a high grade (LIEAG), and subsequently invasive carcinoma, whose evolution time is variable.

Keywords: HPV, Cervical Cancer Incidence.

INTRODUCCION

En la sociedad latinoamericana donde la mujer posee una importante carga en la responsabilidad familiar, se observa como ésta se encuentra afectada por el Cáncer Cervical a pesar de que éste, actualmente, reviste características de prevención. Todo esto evidencia como el cáncer cervical constituye una de las causas de morbilidad y mortalidad más importantes dentro de las estadísticas epidemiológicas mundiales y latinoamericanas.

Según La Organización Mundial de la Salud (1) el VPH es el primer factor de riesgo para el desarrollo del cáncer del cuello uterino. A nivel mundial, se ha registrado la prevalencia del VPH en 99,7% de los carcinomas cervicouterinos, y los tipos 16 y 18 son los que se detectan con mayor frecuencia. Numerosos estudios han confirmado reiteradamente la presencia de VPH-16 y VPH-18 en carcinomas cérvico uterinos de mujeres de América Latina y el Caribe.

El cáncer del cuello uterino, es una patología en la cual existen células cancerosas en los tejidos

del cuello. El desarrollo de ésta patología es lento comenzando por una lesión precancerosa que re-cibe el nombre de displasia. La causa más frecuente de los cánceres cervicales es el virus del papiloma humano. (VPH), el cual se trasmite a través de las relaciones sexuales (2). Se plantea que, sin atención urgente, las defunciones debidas a cáncer del cuello uterino podrían aumentar casi un 25%.

El segundo cáncer más frecuente a nivel mundial en la población femenina es el de cuello uterino, con una estimación de 530 232 casos nuevos, de los cuales aproximadamente el 86% (453 531 casos) se presenta en países en desarrollo. La concentración más elevada está en el centro de América del Sur, con aproximadamente 71.000 casos por año; en África subsahariana, con 78.000 por año; seguido de India y el sudeste asiático, con un total aproximado de 260.000 por año. La incidencia más baja para este tipo de cáncer es en América del Norte, Europa y Australia (3).

Según la American Cancer Society (2018), en Estados Unidos se diagnostican alrededor de

13,240 nuevos casos de cáncer invasivo del cuello uterino y mueren alrededor de 4,170 mujeres por esta causa. Se diagnostica con mayor frecuencia en mujeres de 35 y 44 años. De acuerdo al Centro para el control y la prevención de enfermedades CDC (2018), Las mujeres hispanas tienen más probabilidad de padecer cáncer de cuello uterino, seguidas de las mujeres de raza negra, las asiáticas, las isleñas del Pacífico, y las mujeres de raza blanca. Las indias estadounidenses y las mujeres oriundas de Alaska tienen el menor riesgo de cáncer de cuello uterino en este país (4).

En los países de América Latina el cáncer de cuello uterino es el segundo cáncer más común en mujeres. Los países con tasas de incidencia mayores de 30 x 100 mil mujeres son Guyana (44.7), Nicaragua (39.9), Honduras (37.8), El Salvador (37.2 x 100 mil), Bolivia (36.4), Paraguay (35.0), Perú (34.5), Venezuela (31.4) y Guatemala (30.5). Solo Chile y Puerto Rico presentan tasas menores de 15 x 100 mil mujeres (14.4 y 7.5, respectivamente) (3).

Las muertes por cáncer de cuello uterino ocupan el tercer lugar de la mortalidad por cáncer en la mujer en el mundo, con un total de 31 712 defunciones, lo cual representa el 8.22% de las muertes ocurridas por neoplasias malignas, con una tasa de mortalidad estandarizada de 7.8 x 100 mil mujeres. Las tasas de mortalidad son coincidentes con la incidencia reportada para países en el área de las Américas. Las tasas de mortalidad más elevadas por arriba de 20 x 100 mil mujeres se observaron en Jamaica, Guyana y Nicaragua, mientras que las más bajas, menores a 7 defunciones x 100 mil mujeres se reportaron en Uruguay, Chile y Puerto Rico (6.8, 6.6 y 2.8 respectivamente) (3).

El alcance de este problema es de extensión mundial. En Venezuela el cáncer representa la segunda causa de muerte, mientras que el cáncer de cuello uterino se ubica en el primer lugar en cuanto a incidencia y mortalidad en la población femenina del país, convirtiéndose así, en un verdadero problema de salud pública. De acuerdo al

registro del Ministerio de Salud y Desarrollo Social, el impacto de la enfermedad está representado por 4 muertes de mujeres con cáncer de cuello de útero cada día.

El cáncer de cuello uterino ocupa el primer lugar de incidencia y mortalidad por cáncer en las mujeres venezolanas, es por esta razón que en las últimas décadas se ha invertido grandes cantidades de recursos para la prevención, diagnóstico y tratamiento de esta patología. El estado venezolano realizó importantes avances en el tratamiento, entre las más destacadas el desarrollo y ejecución del "Plan Nacional: cáncer de cuello uterino" en el año 1973. El cáncer cervicouterino es una enfermedad posible de prevenir con procedimientos costo efectivos en etapas pre-invasiva, cuya tasa de supervivencia llega a 99%.

Por otro lado, es altamente costosa en etapas invasivas y presenta escasa supervivencia, menor al 10%, a los 5 años de tratamiento. Para Capote (2014), citado por Rafael y colaboradores en Venezuela el cáncer de cuello uterino, venía presentando una situación de descenso importante hasta 1985, sin embargo, en las últimas dos décadas se ha mantenido estable, siendo la primera causa de mortalidad por cáncer en las mujeres para el 2005 con una Tasa Cruda de 12,24 por 100.000 mujeres (5).

De ésta manera, se plantea a través de ésta investigación analizar al Virus de papiloma Humano (VPH) como factor de riesgo en pacientes con cáncer de cuello uterino para poder diseñar y establecer estrategias que contribuyan a prevenir y/o detectar precozmente la enfermedad y poder ofrecer a la paciente enferma las distintas medidas terapéuticas con la intención de brindarle siempre un mejor pronóstico y calidad de vida.

El virus de papiloma humano (VPH) es un problema de salud pública a nivel mundial por ser una enfermedad de transmisión sexual anti-gua y común que afectan a mujeres y hombres sexualmente activos. Esta enfermedad se puede presentar a cualquier edad, y quienes lo sufren

principalmente son las mujeres. Su nombre viene básicamente de las lesiones más usuales que se presentan en la piel en forma de mariposa. A veces se les dicen lesiones en forma de coliflor por su aspecto.

El VPH, Es un microorganismo viral cuyo material genético es de ADN (ácido desoxirribonucleico) que es capaz de invadir células de la mucosa y/o epiteliales como lo son: zonas ano - genitales, bucofaringeas y piel en general. Esas verruguitas, cadillos ó condilomas son producidos por el VPH, usualmente estas lesiones son originadas por papilomavirus de bajo riesgo oncogénico.

Sin embargo, algunos tipos de VPH son capaces de producir lesiones severas en la vulva, cuello uterino y ano de la mujer, en el pene y ano del hombre, que inclusive pueden llevar al desarrollo de cáncer en estas zonas tan delicadas. A estos tipos de VPH se les ha denominado de alto riesgo oncogénico. Existe actualmente una larga lista de más de 100 genotipos de VPH capaces de infectar al ser humano. El Virus de Papiloma Humano es una de las principales causas de cáncer de cuello uterino, 231.000 mujeres mueren anualmente por esta enfermedad y más del 80% son de países en vías desarrollo. Un estimado de acuerdo a la OMS en el 2018 de la prevalencia sugiere que cada año hay 1.4 millones de casos de cáncer de cuello uterino clínicamente reconocidos y que de 3 a 7 millones de mujeres en todo el mundo tienen displasia de alto grado (1).

Los factores de riesgo para el desarrollo de cáncer de cuello uterino son: de acuerdo a la Aliance for cervical cancer prevention, (2014), infección por el papiloma Virus Humano (VPH), la edad cuya presentación es en la población de mujeres entre los 25 y 55 años, tabaquismo, dieta no saludable, sistema inmunológico débil, factores hormonales, como el haber tenido el primer coito muy joven, el uso de anticonceptivos hormonales, múltiples gestaciones y una variedad de compañeros sexuales (6).

Si bien el factor de riesgo más importante para el cáncer de cuello uterino es la infección por el virus papiloma humano, múltiples estudios

identificaron otros factores de riesgo asociados a dicha neoplasia como la edad temprana de la primera relación sexual cuando esta ocurre antes de los 16 años, obesidad, uso de anticonceptivos orales, multiparidad (dos o más hijos), número de parejas sexuales, inmunosupresión y el consumo de tabaco, por lo que el estilo de vida juega un rol importante en el desarrollo del cáncer de cuello uterino (7).

No obstante, la mayoría de los factores de riesgo se vinculan con la actividad sexual y la exposición a las enfermedades transmitidas por ésta. La transmisión de infección por virus de papiloma humano se da por contacto directo de piel a piel, mucosa oral y genital, siendo muy frecuente la vía sexual. La Organización Panamericana de la Salud en 2018 estimó que existieron unas 36.000 muertes por éste cáncer en la región de las Américas y 80% de estas muertes correspondieron a América Latina y el Caribe (8).

En Venezuela el cáncer de cuello uterino es muy frecuente con una incidencia del 25, 54%, seguida de cáncer de mama (16,42%) y cáncer de colon y recto (7,03%). Cada año se detectan 3.000 casos nuevos de cáncer de cuello uterino en mujeres en edades comprendidas entre 25 y 64 años (9). La afección además de ser la más frecuente, es la primera causa de muerte oncológica en las mujeres venezolanas.

Estudios epidemiológicos realizados en países desarrollados y en vías de desarrollo, presentan indicios de que los virus genotipo específicos de VPH están asociados a la patogénesis de lesiones intraepiteliales escamosas (LIE) y al cáncer invasor cervicouterino. Igualmente, se ha demostrado que la progresión de LIE a cáncer invasivo suele estar asociada a la infección viral persistente por VPH. Algunas de las pacientes infectadas por VPH no desarrollan cáncer cervical, aun cuando se encuentran infectadas por uno ó más tipos oncogénicos, sugiriendo que se requieren eventos (10).

Ahora bien, la identificación de los factores de riesgo que causan cáncer de cuello uterino por parte de las mujeres es importante, porque ellas

podrían tener una mayor disposición a participar de los programas orientados a prevenir este tipo de cáncer. El concepto de percepción y conocimiento del cáncer como una enfermedad prevenible se refiere a que la población reconozca que existen actividades que se pueden realizar para evitar la aparición del cáncer o para un diagnóstico precoz. Esto supone un conocimiento previo de la enfermedad y su riesgo e involucra diversos factores culturales y sociales.

El conocimiento a lo largo de la historia ha generado cambios en la evolución de la humanidad, en la tecnología, en la ciencia y la salud, por ello se considera de suma importancia que la población femenina de nuestro país tenga los conocimientos necesarios en prevención de cáncer, con la finalidad de generar cambios en beneficio de salud, construyendo una cultura de prevención, propiciando que la población sea responsable del cuidado de sí misma, con lo cual se va a lograr disminuir la incidencia de las enfermedades por cáncer (11).

Tomando en cuenta lo anterior, y en virtud de que no existe estudio actualizados que reporte la incidencia del VPH en el cáncer de cuello Uterino en el municipio San Francisco del Estado Zulia, se plantea a través de esta investigación determinar la incidencia del VPH como factor de riesgo en pacientes con cáncer de cuello uterino tratados en el centro oncológico, y poder diseñar y establecer estrategias que contribuyan a prevenir y/o detectar precozmente la enfermedad y poder ofrecer a la paciente enferma las distintas medidas terapéuticas con la intención de brindarle siempre un mejor pronóstico y calidad de vida.

METODOLOGÍA

Diseño y Tipo de Investigación Tipo descriptiva, pre-experimental de campo, que tiene por objetivo examinar la incidencia y los valores en que se manifiesta una o más variables en un momento dado y donde se describen los hallazgos registrados en un lapso (12).

Población y Muestra de Estudio: se seleccionó como población todos los pacientes con la incidencia del VPH como factor de riesgo en pacientes con cáncer de cuello uterino tratados en el Centro Oncológico Génesis Petit desde febrero 2018 a febrero del 2019. La población estuvo conformada por cuatrocientos veinte y siete (427) pacientes en el tiempo determinado en esta investigación y se tomó una muestra de trescientos cuarenta y siete (347) pacientes, con un rango de edad de 25 – 65 años. La muestra comprende a aquellos individuos que cumplieron con los criterios de inclusión los cuales fueron ingresados por el área de consulta externa (13).

Criterios de Inclusión: Edad mayor de 25 años hasta los 65 años. Diagnóstico de cáncer de cuello uterino. Pacientes que presentaran el informe médico de la institución pública y/o privada donde fue atendido. Pacientes que están de acuerdo en participar en la investigación y firmen el consentimiento informado.

Criterios de exclusión: Menores de 25 años. Historias clínicas incompletas. Infección de VPH sin diagnóstico de Cáncer de Cuello Uterino. Pacientes que no están de acuerdo en participar en la investigación y no firmen el consentimiento informado.

Análisis Estadístico Aplicado: El tratamiento de la información recolectada exige la determinación de procedimientos de codificación y tabulación de la información, Méndez y col. en el 2001 afirma que la información cuantitativa debe ser tabulada y ordenada para someterla a tratamiento mediante técnicas de análisis de carácter estadístico, de acuerdo al tipo de datos obtenidos(14).

El tipo de análisis que se utilizó en la presente investigación es de carácter cuantitativo - cualitativo, empleándose la codificación y tabulación de la información así como diferentes técnicas de estadística descriptiva, a fin de obtener representación Gráfica y Tablas sinópticas de los ítems con la ayuda del programa de office Excel 2007, las historias médicas, ficha resumen de las histo-

rias medicas, morbilidad de los pacientes que acuden a la consulta externa por primera vez y seguimiento.

Los resultados del presente trabajo de investigación fueron expresados en valores absolutos (N) y porcentuales (%), representados a través de tablas, utilizando análisis frecuencial, para la valoración de las variables investigadas.

Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos

El método de recolección de datos para esta investigación, se baso en la observación directa así como la revisión de los registros clínicos e historias médicas de los pacientes. Para la realización de este estudio, se conto con la autorización de todas las autoridades del Hospital Génesis Petit, quienes permitieron el acceso y manejo de las historias de los pacientes.

Instrumento: En cada historia clínica se investigaron parámetros clínicos y complementarios tales como paraclínicos e imagenológicos, establecidos en una ficha resumen obtenido a partir de las historias médicas.

Consideraciones Éticas: En esta investigación se contemplan diversos aspectos éticos entre ellos se puede informar que se realiza conforme a los principios éticos para la investigación médica en humanos establecidos en la declaración de Helsinki enmendada por la 52 Asamblea General (15), contando con el consentimiento informado dirigido a la población en estudio, informando a los pacientes seleccionados que aceptarán participar en la investigación, que se respetarán los derechos, dignidad, intereses y sensibilidad de las personas, al examinar las implicaciones que la información obtenida, así mismo se guardara la confidencialidad de la información y la identidad de los participantes se protegerá.

La integridad de los datos que se obtengan en la investigación será respetada en las publicaciones que se generen así como la confiabilidad de la información obtenida, respetando y conservando en todo momento la ética hacia los pacientes.

Según los lineamientos del Ministerio del Poder Popular Para Salud, este tipo de estudio se corresponde a una "investigación sin riesgo", puesto que el objetivo será obtener información sobre conocimientos que tienen las personas y no de realizar intervenciones que pusieran en riesgo su salud física, psicológica y emocional de los pacientes.

Resultados y discusión

La presentación cuantitativa y cualitativa además del análisis de los resultados representa una fase fundamental e importante dentro del desarrollo de la investigación por cuanto se determina el nivel de efectividad del estudio con relación a la obtención de los objetivos específicos.

PERFIL SOCIODEMOGRÁFICA DE LA POBLACIÓN FEMENINA CON CÁNCER DE CUELLO UTERINO

En la Tabla 1 se describen un total de 347 pacientes con diagnóstico de carcinoma epidermoide de Cuello Uterino clasificadas por edad donde encontramos que la incidencia mayor es en pacientes entre 41 y 45 años representando el 26.51% del total de la muestra y la población menos afectada es la de 61-65 años con un 1,15%. Comparando con el estudio de González (2014), coincidió con nuestra

**TABLA 1
CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN
POR EDAD**

Edad	Total	%
25-30	8	2,31
31-35	22	6,34
36-40	80	23,05
41-45	92	26,51
46-50	76	21,90
51-55	48	13,83
56-60	17	4,90
61-65	4	1,15
TOTAL	347	100

Fuente: Insumos de Historias Medicas. Montalvo J. 2020.

investigación, después de los 30 años de edad hay más casos de cáncer cervicouterino (16).

El grupo de mujeres del estudio manifestaron tener un nivel educativo de bachiller (49.5%) seguido del universitario con 21% (Tabla 2).

**TABLA 2
CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN
POR NIVEL DE ESCOLARIDAD**

Edad	Total	%
Primaria	36	10.3
Secundaria	52	14.9
Bachiller	172	49.5
Universitaria	72	21
Post-grado	15	4.3
Total	347	100

Fuente: Insumos de Historias Médicas. Montalvo J. 2020.

La Tabla 3 muestra lo relacionado con la ocupación de la población femenina en la cual predominan las amas de casa con 122 mujeres que corresponden a un 35%.

**TABLA 3
DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN
OCUPACIÓN**

Edad	Total	%
Ama de casa	122	35
Comerciante	62	18
Docente	69	20
Empleada pública	86	25
Trabajadora Sexual	8	2
Total	347	100

Fuente: Insumos de Historias Médicas. Montalvo J. 2020.

VPH COMO FACTOR DE RIESGO

La Tabla 4, 5, 6, 7 y 8 nos muestra dos grupos de pacientes las que se realizaron Citología vaginal y las que no. La cantidad de pacientes que tienen resultado de prueba de Papanicolaou realizada en un

lapso menor a 12 meses antes del diagnóstico de cáncer de cuello uterino representa el 63.98% para un total de 222 pacientes de las cuales 12 (2.4%) tenían resultados negativos para VPH y 210 tenían infección previa y del grupo que no tenía citología vaginal realizada 78 pacientes el 62.4% se había realizado la prueba entre 1 y 5 años previo, 31 paciente (24.8%) entre 6 y 10 años, 14 (11.2) más de 10 años y 2 pacientes (1.6%) nunca se había realizado la citología Vaginal.

**TABLA 4
MUJERES CON CÁNCER QUE REALIZARON
LA PRUEBA DE PAPANICOLAOU**

Citología	222	63,98%
Sin Citología	125	36,02%
TOTAL	347	100%

Fuente: Insumos de Historias Médicas. Montalvo J. 2020.

**TABLA 5
PACIENTES QUE TIENEN RESULTADO
DE PRUEBA DE PAPANICOLAOU REALIZADA EN
UN LAPSO MENOR A 12 MESES ANTES DEL
DIAGNÓSTICO DE CÁNCER DE CUELLO
UTERINO CON CITOLOGÍA**

Pruebas de Papanicolaou		
Resultados negativos para VPH	12	2.4%
Resultados Positivo para VPH	210	97.6%
TOTAL	222	100%

Fuente: Insumos de Historias Médicas. Montalvo J. 2020.

**TABLA 6
PACIENTES QUE TIENEN RESULTADO
DE PRUEBA DE PAPANICOLAOU SIN CITOLOGÍA
VAGINAL REALIZADA**

Pruebas de Papanicolaou		
Realizado la prueba entre 1 y 5 años previo	78	62.4%
Realizado la prueba entre 6 y 10 años,	31	24.8%

TABLA 6 (CONTINUACIÓN)

Pruebas de Papanicolaou		
Realizado la prueba más de 10 años y 2 pacientes	14	11.2%
Nunca se había realizado la citología Vaginal	2	1.6%
TOTAL	125	100%

Fuente: Insumos de Historias Médicas. Montalvo J. 2020.

No haberse practicado el estudio citológico por bajo nivel de conocimiento sobre el mismo o sentimiento de temor o vergüenza es otro de los factores de riesgo, dado a que su realización sistemática mediante la técnica propuesta por Papanicolaou (prueba citológica), es esencial para el diagnóstico precoz del cáncer cervicouterino, más de la mitad de los casos se detectan en mujeres que no participan en revisiones regulares

**TABLA 7
PACIENTES POR EDAD CON VPH**

EDAD	VPH	SIN VPH
25-30	4	4
31-35	10	12
36-40	40	40
41-45	66	26
46-50	48	28
51-55	27	21
56-60	15	2
61-65	0	4
TOTAL	210	137

Fuente: Insumos de Historias Médicas. Montalvo J. 2020.

Las mujeres con VPH tienen seis veces más probabilidades de padecer cáncer del cuello uterino que las mujeres sin VIH, y se calcula que el 5% de todos los casos de cáncer del cuello uterino son atribuibles al VIH (1).

Esta información no concuerda con la realizada por Correnti y Col (2017) a los cuales en su es-

tudio realizado, las poblaciones de mujeres corresponden a pacientes jóvenes con una edad promedio de 25 años, a diferencia de esta investigación los cuales se encuentra una alta presencia de infección por VPH en una edad promedio entre los 36 – 50 años. (9).

Si bien el factor de riesgo más importante para el cáncer de cuello uterino es la infección por el virus papiloma humano, múltiples estudios identificaron otros factores de riesgo asociados a dicha neoplasia como la edad temprana de la primera relación sexual cuando esta ocurre antes de los 16 años, obesidad, uso de anticonceptivos orales, multiparidad (dos o más hijos), número de parejas sexuales, inmunosupresión y el consumo de tabaco, por lo que el estilo de vida juega un rol importante en el desarrollo del cáncer de cuello uterino.

La mayoría de los factores de riesgo se vinculan con la actividad sexual y la exposición a las enfermedades transmitidas por ésta. La transmisión de infección por virus de papiloma humano se da por contacto directo de piel a piel, mucosa oral y genital, siendo muy frecuente la vía sexual. La organización Panamericana de la Salud en 2012 estimó que existieron unas 36.000 muertes por éste cáncer en la región de las Américas y 80% de estas muertes correspondieron a América Latina y el Caribe.

Las mujeres que han tenido tres o más embarazos a término (completos) tienen un mayor riesgo de padecer cáncer de cuello uterino. Se cree que esto se debe probablemente a una mayor exposición a la infección por VPH con la actividad sexual.

**TABLA 8
NÚMERO DE HIJOS POR VPH**

Gestación	VPH	SIN VPH
0 Embarazos	1	37
1-3 embarazos	60	45
Más de tres embarazos	150	29
TOTAL	210	137

Fuente: Insumos de Historias Médicas. Montalvo J. 2020.

Situación igual ocurre en las investigaciones de Correnti y Col (/2017) en los cuales el porcentaje más bajo de mujeres con menos riesgo de cáncer de cuello uterino y que padecen de VPH están en las que no han tenido embarazos (9).

Por otro lado, Autoras Dra. C. MA. Del Rocío Rocha Rodríguez y col. 2012 con tema Identificación de Factores De Riesgo Para Contraer Virus 35 Del Papiloma Humano indica En el estudio, con una población de 120 mujeres (67,3%) refirieron haber tenido de 1-3 hijos y que esta variable demográfica (paridad) es el que se reporta más frecuentemente en los últimos años en mujeres con citologías anormales. Analizando estos datos podemos determinar que la multiparidad es un factor de riesgo que predispone a futuro cáncer de cuello uterino (17).

CONOCIMIENTO DE FACTORES DE RIESGO DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO

El 55,6% de las mujeres desconocen la frecuencia de realizarse la prueba de Papanicolaou para detectar el VPH, No haberse practicado el estudio citológico por bajo nivel de conocimiento sobre el mismo o sentimiento de temor o vergüenza es otro de los factores de riesgo, dado a que su realización sistemática mediante la técnica propuesta

TABLA 9
DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN FEMENINA DE 25 A 65 AÑOS SEGÚN

Conocimiento de la frecuencia para realizar Papanicolaou	Número de Mujeres	%
Conoce	154	44.4
No conoce	193	55,6
TOTAL	347	100

Fuente: Insumos de Historias Médicas. Montalvo J. 2020.

por *Papanicolaou* (prueba citológica), es esencial para el diagnóstico precoz del cáncer cervicouterino, más de la mitad (55.6%) de los casos se detectan en mujeres que desconocen la frecuencia en que deben realizarse el **Papanicolaou**.

En esta Tabla observamos cómo solo el 18,5% de la población femenina que padece de cáncer de cuello uterino conoce que el VPH como principal factor de riesgo.

En el estudio realizado por Correnti y Col (/2017) donde existe un porcentaje muy alto de mujeres que desconocen como principal factor de riesgo de cáncer de cuello uterino al VPH, datos que se correlacionan con los obtenidos en el presente estudio (9).

TABLA 10
DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN FEMENINA SEGÚN CONOCIMIENTO DE INFECCIÓN POR VPH COMO PRINCIPAL FACTOR DE RIESGO DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO

VPH como principal factor de riesgo	Número de Mujeres	%
Conoce	64	18.5
No conoce	283	81,5
TOTAL	347	100

Fuente: Insumos de Historias Médicas. Montalvo J. 2020.

De igual manera, diferentes estudios han demostrado que el VPH tiene una relación causal con cáncer cervical, siendo los tipos virales de alto riesgo responsables de aproximadamente el 70% de los casos de cáncer invasivo de cuello uterino. La infección por el VPH representa el paso previo que precede al desarrollo de una lesión intraepitelial escamosa (LIE), cuando la infección se hace persistente, aunado a otras condiciones y factores de riesgo, favorece el desarrollo de lesiones y su progresión de bajo (LIEBG) a un alto grado (LIEAG), y posteriormente carcinoma invasor, cuyo tiempo de evolución es variable (9).

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

- 1 Organización Mundial de la Salud (OMS) 2018. Prevención de las enfermedades crónicas. Una in-versión total. Ginebra.
- 2 Díaz B, Pérez. Generalidades de la educación para la salud. [Online].; (Citado mayo 2018). Disponi-ble en: http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol28_3_12/mgi09312.htm.
- 3 Hernández-Hernández DM, Apresa-García T, Patlán-Pérez RM. Panorama epidemiológico del cáncer cervicouterino. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2015; 53 (Suppl: 2):154-161.Panorama epidemiológico del cáncer cervico uterino Interame-ricana Editores, S.A. DE C.V. México.. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi/new/resumen.cgi?IDARTICULO=62982>
- 4 American Cancer Society (2014). Cáncer de cuello uterino. Disponible: <http://www.oncologia.org.ve/site/userfiles/svo/cuello%20uteri-no.pdf> visitado el 28 de octubre del 2018.
- 5 Capote N., L. Aspectos epidemiológicos del cáncer en Venezuela. Rev. venez. oncol. [online]. dic. 2006, vol.18, no.4 [citado 10 Julio 2011], p.269-
- 6 Alliance for Cervical Cancer Prevention (2014). La Prevención del Cáncer Cervical a Nivel Mundial.
- 7 Gutiérrez C, Romani F, Ramos J, Alarcón E, Wong P, Factores asociados con el conocimiento y tamizaje para cáncer de cuello uterino (examen de Papanicolaou) en mujeres peruanas en edad fértil. Análisis del periodo 1996-2008. Revista Peruana de Epidemiología 2010;14:39-49 Fecha de consulta: 5 de noviembre de 2017.Disponible en: http://www.re-dalyc.org/articulo.oa?id=203_119805006.
- 8 Espín Falcón J, Cardona Almeida A, Acosta Gómez Y, Valdés Mora M, y Olano Rivera M. Acerca del cáncer cervicouterino como un importante problema de salud pública. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2012 Dic [citado 2017 Nov 03]; 28(4): 735-746. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252012000400016&lng=es
- 9 Correnti M., Cavazza M. E., Alfonso, B. y Lozada C. (2017). La Infección por el Virus de Papiloma Hu-mano: un problema de salud pública en Venezue-la https://vitae.ucv.ve/pdfs/VITAE_3575.pdf.
- 10 Correnti, M; Cavazza, E.; Araujo, M.; Porco, L.; Callejas, D., Moreno, M.; María M.; Duran, Z., Arias, E. HPV prevalence surveys in general fe-male population from different counties of Vene-zuela. 19th International Papillomavirus Confe-rence. 2001, September 1-7 Florianópolis, Brasil.
- 11 Vignolo, Julio; Vacarezza, Mariela; Alvarez, Ceci-lia y Sosa, Alicia (2011). Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. Pren-sa médica latinoamericana. Revista de medicina interna.
- 12 Hernández, Roberto; Fernández, Carlos; Baptista, María. (2010)
- 13 Ávila Luis, (2006). Introducción a la metodología de la investigación. Editorial Cuauhtémoc, Chi-huahua. México DF.
- 14 Méndez Álvarez, Carlos Eduardo, (2001) Meto-dología. diseño y desarrollo del proceso de investi-gación, Edit. Mc Graw-Hill interamericana, terce-ra edición, Colombia.
- 15 DECLARACIÓN DE HELSINKI DE LA AMM – PRINCIPIOS ÉTICOS PARA LAS INVESTIGACIONES MÉDICAS EN SERES HUMANOS . 52ª Asamblea General, Edimburgo, Escocia, octubre 2000. Nota de Clarificación, agregada por la Asamblea General de la AMM, Washington 2002. Disponible en: www.wma.Net/es/polices-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/
- 16 González, D. R., Piñero, J. P. y Nápoles, M. S. (2014). Infección por virus del papiloma humano en mujeres de edad mediana y factores asociados. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología, 40(2), 218-232.
- 17 Del Rocío C. MA. Rocha Rodríguez, Enf. Maritza Evangelina Juárez Juárez, Enf. María Monserrat Ruiz Jiménez, Enf. Xóchitl Guadalupe Ramírez Banda, Enf. María del Refugio Gaytán Sánchez, Enf. Paula Contreras Valero. 2012. Rev Cubana Obstet Ginecol vol.38 no.2 Ciudad de la Habana abr.-jun. 2012.



CONDICIONES DE SALUD Y PERCEPCION DE SALUD POR DOCENTES DE UNA UNIVERSIDAD PÚBLICA

Health Conditions and Perception of Health by Teachers of a Public University

MAJORY ESMERALDA IBARRA GARCÍA¹ *¹Universidad del Zulia, Facultad de Medicina*
LILIANA RAQUEL ROJAS GONZÁLEZ² *²División de Estudios Para Graduados Doctorado*
HORTENCIA MANUELITA SOLÓRZANO¹ *en Ciencias de la Salud*
EDITA MARIANA SANTOS ZAMBRANO¹ *²Universidad del Zulia. Facultad de Medicina*
JULIA TERESA ESPINEL GARCÍA¹ *Instituto de Salud Ocupacional y Ambiental*
lilianarojasg17@gmail.com

RESUMEN

Objetivo: determinar la asociación entre condiciones de salud y la salud percibida por docentes de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí Ecuador. **Método:** se realizó un estudio descriptivo, correlacional, transversal, no experimental con una muestra censal de 72 docentes, mediante la aplicación de un cuestionario sociodemográfico, un cuestionario de condiciones de trabajo y salud laboral según el modelo UNESCO y el cuestionario de salud percibida SF-36. **Los datos se analizaron con** medidas de tendencia central y correlación de Spearman, con una significancia estadística de **p=0,05 y p=0,01. Resultados:** la edad promedio fue 46,22±7,9 años predominando el sexo masculino (53%), estado civil casado (75%), profesión médica (82%) Ningún docente considera que su estado de salud es inadecuado y la mayoría (72,22%) considera que los problemas de salud limitan o dificultan las actividades habituales. También presentaron una buena percepción de salud mental $X_{52,6 \pm 14}$ y del estado general $X_{48,6 \pm 14,6}$ y peor percepción de salud en las dimensiones vitalidad $X_{33,4 \pm 15,2}$ y rol físico $X_{29,8 \pm 21,0}$. Se encontró correlación negativa entre la dimensión dolor corporal y el ítem **la universidad no está haciendo algo por los problemas de salud** con $r = -.271^* p < 0,05$ y correlación positiva entre la dimensión dolor corporal y la afirmación por los docentes, que los problemas de salud afectan el desenvolvimiento normal de las actividades con $r = .362^{**} p < 0,01$. **Conclusión:** existe asociación entre las condiciones de salud con la percepción de los docentes que la intensidad del dolor interfiere con el trabajo habitual.

Palabras clave: Condiciones de Salud, Salud Percibida, Salud laboral, Prevención en Salud, Docentes Universitarios.

ABSTRACT

Objective: to determine the association between health conditions and the health perceived by teachers of the Faculty of Medical Sciences of the Universidad Laica Eloy Alfaro in Manabí Ecuador. **Method:** a descriptive, correlational, cross-sectional, non-experimental study was carried out with a census sample of 72 teachers, by applying a sociodemographic questionnaire, a questionnaire on working conditions and occupational health according to the UNESCO model and the perceived health questionnaire SF-36. Data were analyzed with measures of central tendency and Spearman correlation, with a statistical significance of $p = 0.05$ and $p = 0.01$. **Results:** the average age was 46.22 ± 7.9 years, predominantly males (53%), married marital status (75%), medical profession (82%). No teacher considers that their health status is inadequate and the majority (72.22%) considers that health problems limit or hinder normal activities. They also had a good perception of mental health $X52.6 \pm 14$ and general state $X48.6 \pm 14.6$ and worse perception of health in the dimensions of vitality $X33.4 \pm 15.2$ and physical role $X29.8 \pm 21.0$. A negative correlation was found between the body pain dimension and the item the university is not doing something for health problems with $r = -0.271$ * $p < 0.05$ and a positive correlation between the body pain dimension and the statement by teachers, that health problems affect the normal development of activities with $r = 0.362$ ** $p < 0.01$. **Conclusion:** there is an association between health conditions and the teachers' perception that the intensity of pain interferes with normal work.

Keywords: Healthy conditions, Perceived Health, Occupational Health, Health Prevention, University Teachers.

INTRODUCCIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la salud se conceptualiza como “el completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad”. Este equilibrio exige la satisfacción de las necesidades fundamentales del hombre, que son cualitativamente las mismas para todos los seres humanos (necesidades afectivas, nutricionales, sanitarias, educativas y sociales) (1).

Para poder afrontar y dar respuesta a los cambios que tienen lugar en las organizaciones, actualmente, la salud debe sustentarse en un concepto de salud integral, como un proceso por el que una persona puede desarrollar al máximo sus competencias y sus fortalezas, basada en una concepción positiva de la misma.

Desde esta visión, un trabajador saludable será aquel que no sólo no está enfermo sino que, ade-

más de poder crecer profesional y personalmente, presenta un estado de funcionamiento óptimo, está motivado por su trabajo, satisfecho, comprometido con la organización y adaptado a su entorno laboral y extra laboral (2).

Los docentes en el ejercicio de su profesión, deben realizar actividades dentro y fuera del aula con exigencias ergonómicas que conllevan a la adopción de posturas como permanecer en bipedestación prolongada y o mucho tiempo sentados que originan riesgo de sobrecarga física.

Además, esfuerzan o utilizan mal la voz o no utilizan materiales y equipos audiovisuales lo cual puede originar problemas vocales por lo que la Organización Internacional del Trabajo (OIT) reconoce a los profesores como la primera categoría profesional bajo riesgo de contraer enfermedades profesionales de la voz porque repercuten tanto en su desempeño laboral como en su participación en las actividades diarias, así como

en la constitución del docente como trabajador y en el proceso de enseñanza-aprendizaje, lo que disminuye su calidad de vida e incrementa costos en las instituciones educativas derivados de las incapacidades por ausencia laboral (3,4,5).

Durante la jornada laboral, los docentes deben enfrentar situaciones de sobrecarga psicosocial lo cual los hace vulnerables a padecimiento de patologías mentales como el estrés y el burnout entre otros (6,7).

En una investigación realizada en Cuenca Ecuador con una muestra de 1.538 docentes de todos los niveles (infantil, fundamental y medio), de las tres jornadas de trabajo (matutina, vespertina y nocturna), en las zonas urbana y rural, recogiendo los datos a través de una encuesta sobre el ámbito profesional, situación social y de salud y la realidad del rendimiento docente, se pone en evidencia los procesos laborales peligrosos y las enfermedades relacionadas al trabajo educativo (8).

Se realizó una investigación en docentes de Argentina en la cual los autores analizaron los aspectos vinculados con la percepción sobre las condiciones de trabajo y su impacto en la salud de los docentes que pertenecen a la Universidad Nacional de Cuyo (UNCuyo), Mendoza, Argentina, en base a los resultados del Primer Censo de Condiciones y Salud Laboral, realizado a fines del año 2013, en dos unidades académicas (una de enseñanza media y otra de nivel universitario) que abarcó a 193 docentes. Caracterizaron el plantel de trabajadores/as y las condiciones que afectan su salud, principalmente en sus aspectos psicosociales, para lo cual se aplicó un cuestionario autoadministrado, obteniendo como resultado el desgaste físico y emocional de trabajadores altamente calificados, por el efecto combinado de la respuesta comprometida a las exigencias de su labor con la degradación (material y simbólica) de las condiciones en que la desempeña (9).

El concepto de salud involucra tres componentes: uno objetivo, relacionado con la integridad y

la funcionalidad orgánica; uno adaptativo, que se refiere a la capacidad de integración bio-psi-social del individuo y uno subjetivo, que incluye la creencia de bienestar y la percepción individual de la salud por parte de las personas. El estado de salud percibido es uno de los indicadores más utilizados al evaluar la salud real de la población, y aporta una primera aproximación de la satisfacción vital del individuo (10).

La Salud Percibida es el estado de salud desde el punto de vista o perspectiva del paciente, cuya medición exhaustiva y psicométricamente sólida permite aportar herramientas para la prevención en salud laboral (11).

En una evaluación de la salud percibida por trabajadores de 239 empresas españolas con la utilización del cuestionario SF36 como herramienta para la vigilancia de la salud de los trabajadores se obtuvo como resultados que en comparación con los valores poblacionales de referencia, los trabajadores más jóvenes presentan peor estado de salud percibida. En general, las mujeres trabajadoras presentan mejor estado de salud general y mental que los hombres. En hombres trabajadores se observa que el riesgo de padecer alteraciones de la salud general, función física y función social aumenta conforme el nivel de riesgo en la empresa es mayor (12).

A la luz de los resultados de esta investigación se podrán aportar herramientas para la prevención en salud laboral desde el punto de vista de la valoración sistemática de los docentes universitarios con base científica en la institución objeto de estudio que permitan diseñar estrategias para tomar medidas de control y aplicar a futuro intervenciones que permitan mejorar la situación evidenciada.

En base a lo planteado anteriormente se efectuó esta investigación para determinar la manera cómo se relacionan las condiciones de salud y el estado de salud percibido por los docentes de la Facultad de Ciencias Médicas de la UNIVERSIDAD LAICA ELOY ALFARO DE MANABI (ULEAM).

METODOLOGIA

Se realizó un estudio de tipo descriptivo, transversal, correlacional, con diseño no experimental con una muestra censal, constituida por 72 personas, que corresponde a todos los docentes con contrato fijo de la Facultad de Ciencias Médicas de la ULEAM Ecuador.

Para la recolección de los datos se aplicó a cada uno de los docentes un cuestionario sociodemo-gráfico a fin de recoger datos tales como edad, sexo, mano dominante, peso, talla grado de instrucción, estado civil, profesión u oficio, hábitos perjudiciales a la salud, actividad física y actividades extra laborales luego de haber conseguido su consentimiento informado sobre la participación en el estudio de manera voluntaria y estrictamente confidencial.

Así mismo para la recolección de la información sobre las condiciones de salud se aplicó el cuestionario de condiciones de trabajo y salud laboral basada en el modelo utilizado por UNESCO en su estudio sobre Salud Laboral y Condiciones de Trabajo en América Latina (2005) (13).

Para evaluar la Salud Percibida se aplicó el cuestionario de salud percibida, perfil de nottingham Cuestionario de Salud SF- 36 versión 2 que consta a su vez de 37 ítems correspondientes a ocho dimensiones:

Función Física (PF) Grado en que la salud limita las actividades físicas tales como el autocuidado, caminar, subir escaleras, inclinarse, coger o llevar pesos, y los esfuerzos moderados e intensos, Rol Físico (RP) Grado en que la salud física interfiere en el trabajo y en otras actividades diarias, lo que incluye el rendimiento menor que el deseado, la limitación en el tipo de actividades realizadas o la dificultad en la realización de actividades, Dolor Corporal (BP) La intensidad del dolor y su efecto en el trabajo habitual, tanto fuera de casa como en el hogar, Salud General (GH) Valoración personal de la salud que incluye la salud actual, las perspectivas de salud en el futuro y la resistencia a enfermar, Vitalidad (VT)

Sentimiento de energía y vitalidad, frente al sentimiento de cansancio y agotamiento, Función Social (SF) Grado en el que los problemas de salud física o emocional interfieren en la vida social habitual, Rol Emocional (RE) Grado en el que los problemas emocionales interfieren en el trabajo u otras actividades diarias, lo que incluye la reducción en el tiempo dedicado a esas actividades, el rendimiento menor que el deseado y una disminución del cuidado al trabajar, Salud Mental (MH) Salud mental general, lo que incluye la depresión, la ansiedad, el control de la conducta y el control emocional y el efecto positivo en general y Evolución Declarada de la Salud (HT) Valoración de la salud actual comparada con la de un año atrás (14).

La puntuación en cada una de las dimensiones va de 0 a 100, cero cuando se contesta negativamente a todos los ítems reflejando una mejor percepción de salud, y la puntuación de 100 cuando se contesta positivamente todos los ítems de una dimensión, reflejando una peor percepción de salud. Las puntuaciones intermedias comprenden una percepción regular de la salud desde 1 a 49 puntos, mala percepción de salud desde 50 a 99 puntos (14).

Los resultados se expresaron en valores absolutos y relativos. A las variables de estudio se les aplico medidas de tendencia central y para asociar las condiciones de salud con la salud percibida se aplicó la prueba de correlación de Spearman, considerándose estadísticamente significativos los resultados con una $p \leq 0,05$ y $p \leq 0,01$. Todos los datos fueron analizados con la hoja de cálculo de Microsoft office Excel 2007 y el Paquete Estadístico para Ciencias Sociales (SPSS), versión 21.0.

RESULTADOS

En la Tabla 1, se caracteriza la muestra de docentes de educación superior de una universidad pública, desde el punto de vista sociodemográfico.

TABLA 1
CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA. DOCENTES FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS.
ULEAM ECUADOR. AÑO 2018

Variables Sociodemográficas	Número	%
Edad: (media: 46,22±7,9 años)		
31-40 años	18	25
41-50 años	35	49
> 50 años	19	26
Sexo		
Femenino	34	47
Masculino	38	53
Mano Dominante		
Diestra	67	93
Zurda	05	07
Peso: (media:74,04 kilos ± 13,3)		
50-60 Kilos	15	21
61-71 kilos	24	24
≥= 72 Kilos	33	55
Talla: (media:1,65 Mts ± 0,7)		
1,50-1,60	19	26
1,61-1,71	34	48
≥= 1,72	19	26
Estado Civil		
Casados	54	75
Divorciados	10	14
Solteros	06	08
Concubinos	02	03
Profesión u Oficio		
Medico	59	82
Docente	05	07
Terapeutas	03	04
Analista en sistema	02	03
Otros(abogado, nutricionista, químico)	03	04

F.I: Cuestionario sociodemográfico, n: 72=100%

Dentro de los aspectos sociodemográficos incluidos en la tabla I, se observa una edad promedio de 46,22±7,9 años, predominio del sexo masculino (53%),mano dominante la diestra

(93%), peso mayor o igual a 72 kilos(55%),talla 1,61-1,71 cm (48%), estado civil casado (75%), profesión médica (82%).

La Tabla 2, permite observar las condiciones de salud en los docentes de la Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí. La principal patología diagnosticada en los docentes es estrés con un 16,67% y la mayoría 31,94% presenta varias patologías de las mencionadas en el cuestionario, el síntoma persistente en el último año es el dolor de espalda con 40,28%. Un 90,28%, no utiliza fármacos para dormir o evitar problemas depresivos y los docentes consideran que la universidad, no está haciendo algo por los problemas de salud (55,56%). Igualmente consideran que los proble-

mas de salud afectan el desenvolvimiento normal de actividades en un 72,22%.

En la Tabla 3 se puede observar que los docentes consideran que sus condiciones de trabajo y salud son excelentes en un 78%, con una media del puntaje general de: $31,0 \pm$ una desviación estándar de 3,0; es decir que la media de los profesores consideran que su condiciones de trabajo y salud son excelentes. Igualmente pudo observarse una variabilidad de los puntajes que van desde un puntaje mínimo: 19 (bueno), puntaje máximo: 37 (excelente), debe señalarse, que ningún docente considera que su estado de salud es inadecuado.

TABLA 2
CONDICIONES DE SALUD. DOCENTES FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS. ULEAM ECUADOR. AÑO 2018

Condiciones de salud	número	%
Patologías diagnosticadas		
Estrés	12	16,67
Gastritis	09	12,50
Hipertensión arterial	06	8,33
Varices en piernas	05	6,94
Hipercolesterolemia	03	4,17
Resfriado común	03	4,17
Varias de las mencionadas	23	31,94
Otras (jaqueca, Problemas de Columna, Disfonía o afonía, diabetes)	11	15,28
Síntomatología persistente en el último año		
Dolor de espalda	29	40,28
Dolor de garganta	16	22,22
Dificultad para la concentración	04	5,56
Insomnio	04	5,56
Varias de las mencionadas	10	13,89
Ninguna	09	12,50
Utiliza fármaco para dormir o evitar problemas depresivos		
Si	07	9,72
No	65	90,28
Causas que atribuye el docente a los problemas de salud		
Cansancio en el trabajo	34	47,22
Socioeconómicos	24	33,33

TABLA 2 (CONTINUACIÓN)

Condiciones de salud	número	%
Problemas con alumnos	06	8,33
Ambiente de trabajo frío	06	8,33
Otros	02	2,78
¿Está haciendo algo la universidad por los problemas de salud		
Si	32	44,55,
No	40	56,44
¿Los problemas de salud afectan el desenvolvimiento normal de actividades?		
Si	52	72,22
No	20	27,28

F.I: Cuestionario socio laboral, n: 72=100%

**TABLA 3
RESUMEN DE LAS CONDICIONES LABORALES Y ESTADO DE SALUD. DOCENTES FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS ULEAM ECUADOR. AÑO 2018**

Condiciones	Numero	%
Inadecuadas (puntajes de 0-13)	00	00
Buenas (puntajes de 14-26)	16	22
Excelentes (puntajes >26)	56	78
Total	72	100

F.I: Cuestionario socio laboral. Media \pm DE: 31,0 \pm 3,0. Puntaje mínimo: 19, puntaje máximo: 37.

En la Tabla 4, se observa que los puntajes más altos, es decir en los que los docentes perciben tener mejor estado de salud se relacionan con las dimensiones salud mental (media: 52,6, media-na: 58,0 y desviación estándar: \pm 14,0), seguido de la dimensión salud general (media: 48,6, mediana: 52,0 y desviación estándar: \pm 14,6); en tanto los puntajes más bajos es decir con peor salud percibida se encuentran en las dimensiones vitalidad (media: 33,4; mediana: 35 y desviación estándar: \pm 15,2) y rol físico (media: 29,8; mediana: 37,5 y desviación estándar: \pm 21,0).

Se aplicó la correlación de Spearman entre las condiciones de salud y el estado percibido de sa-

lud por los docentes de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí, evidenciándose que los valores se encuentran correlacionados negativamente con respecto a la dimensión dolor corporal de salud percibida y las condiciones de salud en el ítem **la universidad no está haciendo algo por los problemas de salud** con $r = -0,271^*$ $p < 0,05$. De igual modo se evidenció correlación positiva significativa con la dimensión dolor corporal con $r = 0,362^{**}$ $p < 0,01$ y la afirmación por los docentes, que los problemas de salud afectan el desenvolvimiento normal de las actividades tal como se muestra en la Tabla 5.

TABLA 4
GRADO DE SALUD PERCIBIDA. DOCENTES FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS. ULEAM ECUADOR, AÑO 2018

Dimensión	Media	Mediana	D.E
Función física	60,5	63	8,2
Rol físico	29,8	37,5	21,0
Dolor corporal	53,4	58,3	15,6
Salud general	48,6	52,0	14,6
Vitalidad	33,4	35,0	15,2
Función social	43,6	40,0	16,4
Rol emocional	36,1	50,0	18,8
Salud mental	52,6	58,0	14,0

F.I: Cuestionario SF 36, n: 72.

TABLA 5
CORRELACIÓN DE SPEARMAN ENTRE LAS CONDICIONES DE SALUD Y LA SALUD PERCIBIDA EN LOS DOCENTES DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE LA UNIVERSIDAD LAICA ELOY ALFARO DE MANABÍ. AÑO 2018

Salud Percibida	Condiciones de Salud	
	La Universidad no está haciendo algo por los problemas de salud	Los problemas de salud afectan el desenvolvimiento normal de las actividades
Dolor Corporal	-.271*	.362**

F.I: Cuestionario SF 36, n: 72

·La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

··La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

DISCUSIÓN

Las organizaciones actuales están inmersas dentro de una serie de factores que influyen y determinan el estado de salud de los trabajadores que en ellas laboran; las condiciones de salud y la percepción del estado de salud por parte de los docentes universitarios están influenciados por diferentes aspectos propios de las actividades cotidianas, de su profesión y de las interacción con diversos factores en los puestos de trabajo.

Los docentes evaluados en esta investigación tienen entre los 31 y 70 años, con un promedio

de 46 años. Este dato coincide con el encontrado por Collado et al (9), quienes reportan el rango de edad entre 27 y 67 años con una media de 49 años; y con el reportado por Cantor y Muñoz, reportando un rango entre 22 y 58 años. (15)

En los docentes de la ULEAM, predomina el sexo masculino y el estado civil casado; datos similares a los de las investigaciones de Cantor y Muñoz en docentes de una universidad pública de Colombia y de Collado et al, en profesores de enseñanza media y universitaria de Mendoza Argentina (9,15), a diferencia de estos hallazgos García et al., y Sánchez et al., reportaron predo-

minio del sexo femenino en los docentes encuestados. (10,13)

La profesión médica prevaleció en la población encuestada debido a que la investigación se realizó en la Facultad de Ciencias Médicas la cual concentra como docentes a estos profesionales.

En cuanto a las condiciones de salud de los docentes de la ULEAM, la principal patología diagnosticada es el estrés con un 16,67% y la mayoría 31,94% presenta varias patologías de las mencionadas en el cuestionario, situación similar plantean Morales et al, señalando que el 57,41% es decir más de la mitad de los docentes tiene estrés y en promedio reportan 4,37 enfermedades por docente y Sánchez et al, para docentes universitarios mexicanos indican al menos tres padecimientos por académico cuya prevalencia la encabezó el distrés con un (38%)(8,16).

Los encuestados también manifestaron padecer en un 15,28% de otras patologías como jaqueca, problemas de columna, disfonía o afonía y diabetes y el síntoma más persistente en el último año es el dolor de espalda con 40,28%, lo cual coincide con los hallazgos de Morales et al, quienes reportaron el 55,78% de afecciones de la garganta y 15,60% de jaqueca y con los resultados de Collado et al, quienes indican que 42,5% de los censados manifestó tener “algunas veces” y “muchas veces” problemas en la voz y en las cuerdas vocales mientras que, el 50%, dolores cervicales y el 37,4% expresó padecer lumbalgias, las cuales junto con dolores cervicales, se asocian a posturas sedentes propias de esta actividad laboral. Por otro lado también señalan que más del 44% de los docentes declaró padecer “algunas veces” y “muchas veces” dolores de cabeza (8,9).

La mayoría de los docentes de la ULEAM 90,28%, no utiliza fármacos para dormir o evitar problemas depresivos y más de la mitad consideran que la universidad, no está haciendo algo por los problemas de salud (55,56%). Igualmente consideran que los problemas de salud afectan el desenvolvimiento normal de actividades en un 72,22%. A pesar de lo anterior los docentes consi-

deran que sus condiciones de trabajo y salud son excelentes en un 78%, con una media del puntaje general de: $31,0 \pm$ una desviación estándar de 3,0. Con respecto a estos hallazgos Morales et al, señalan que las instituciones de salud en el Ecuador no tienen programas de salud laboral en sus servicios y se dedican al propio ámbito curativo general, lo que indica que la prevención en salud de los trabajadores de los docentes no es su prioridad (8).

En cuanto a la percepción de la salud por los docentes, estos refirieron presentar una buena percepción de salud mental y del estado general, lo cual concuerda con los resultados de Abellán, registrando que los individuos que poseen estudios superiores presentan valoraciones más positivas de la salud percibida (10).

Los docentes de la ULEAM manifestaron peor percepción de salud en la dimensión vitalidad que se refiere al sentimiento de energía y vitalidad, frente al sentimiento de cansancio y agotamiento; también en la dimensión rol físico lo que se traduce en menor rendimiento que el deseado, limitación o dificultad para las actividades realizadas. Al respecto García, A, et al, en México, investigaron la asociación entre edad, actividad física, y salud percibida encontrando asociaciones entre las mismas, resultados que difieren con la presente investigación, ya que demostraron que aquellas personas jóvenes y con presencia de actividad física en su estilo de vida presentan una mejor percepción de salud (12).

En un estudio realizado en España, en el cual se utilizó el modelo de análisis multinivel de regresión logística se estudió la influencia del ejercicio en la percepción de salud, demostrando que los que no hacen ejercicio físico tienen un 58,2% más de probabilidad de tener una salud percibida catalogada como mala, resultados que concuerdan con los de esta investigación (17).

Al establecer la correlación entre las variables condiciones laborales y salud percibida se determinó la existencia de correlación negativa estadísticamente significativa entre con respecto a la

dimensión dolor corporal de salud percibida y las condiciones de salud en el ítem la universidad no está haciendo algo por los problemas de salud.

Por otro lado se obtuvo una correlación significativa positiva entre la dimensión dolor corporal con la afirmación por los docentes, que los problemas de salud afectan el desenvolvimiento normal de las actividades.

Las asociaciones encontradas reflejan que las condiciones de salud interfieren con el estado percibido de salud por parte de los docentes por lo que se recomienda tomar en cuenta los resultados de esta investigación para la prevención en salud laboral de los docentes universitarios de la ULEAM, ya que se aporta información valiosa en lo que a vigilancia en salud de los trabajadores se refiere y conforme a lo establecido por UNESCO, la Organización Mundial de la Salud OMS y la Organización Internacional de Trabajo OIT es necesario que los estados miembros y a sus gobiernos impulsen el cuidado de la salud de aquellos que con su trabajo fortalecen y crean la riqueza de las naciones (1,3,13,18,19).

CONCLUSIONES

La edad promedio de los docentes fue $46,22 \pm 7,9$ años a predominio del sexo masculino, la mayoría con estado civil casado y de profesión médica.

En cuanto a las condiciones de salud de los docentes de la ULEAM, la principal patología diagnosticada es el estrés y la mayoría presenta varias patologías de las mencionadas en el cuestionario aplicado, también manifestaron padecer en un bajo porcentaje de otras patologías como jaqueca, problemas de columna, disfonía o afonía y diabetes y el síntoma más persistente en el último año es el dolor de espalda.

La mayoría de los docentes de la ULEAM, no utiliza fármacos para dormir o evitar problemas depresivos y más de la mitad consideran que la universidad, no está haciendo algo por los pro-

blemas de salud. Igualmente consideran que los problemas de salud afectan el desenvolvimiento normal de actividades.

Los docentes refirieron presentar una buena percepción de salud mental y del estado general y peor percepción de salud en las dimensiones vitalidad y rol físico.

Existe una correlación significativa entre las condiciones de salud en relación con el estado de salud percibido como negativo por los trabajadores.

La presencia de condiciones de salud como el aspecto que La Universidad no está haciendo algo por los problemas de salud, se asoció con el hecho que los docentes perciban incidencia en la percepción que la intensidad del dolor interfiere con la realización de actividades habituales intra y extralaborales.

Se evidenció asociación positiva entre la afirmación por los docentes, que los problemas de salud afectan el desenvolvimiento normal de las actividades con la percepción que la intensidad del dolor corporal interfiere con su trabajo habitual.

La determinación de la salud percibida es una herramienta útil en la vigilancia en salud de los trabajadores.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 Organización Mundial de la Salud. Estrategias de Salud para todos en el Año 2000. Copenhague: OMS 1985.
- 2 Ibarra M, Rojas L, Briones F. Condiciones laborales y salud percibida por docentes universitarios. RE-DIELUZ 2018; 8 (1): 35-44.
- 3 Parra M. Conceptos Básicos en Salud Laboral. Organización Internacional del Trabajo. Santiago de Chile. ISBN 92-2- 314239-3 ISSN 1726-1228. 2003. p.7.
- 4 Rodríguez C. 2009. Los convenios de la OIT sobre seguridad y salud en el trabajo: una oportunidad para mejorar las condiciones y el medio ambiente de trabajo, Buenos Aires, Oficina de la OIT en Argentina. Disponible en: <http://www.oit.org.ar/documentos/Libro%20Normas.pdf>. Consultado el: 22/02/2018.

- 5 Benach J, Muntaner C, Santana V, Chairs. 2007. Employment conditions and health inequalities. Final Report WHO Commission on Social Determinants of Health (CsDH) Employment Conditions Knowledge Network (EMCONET). Disponible: http://www.who.int/social_determinants/resources/articles/emconet_who_report.pdf Consultado 25/02/2018.
- 6 Las condiciones y medio ambiente de trabajo para los facilitadores. 2005. Disponible en: http://www.inpsasel.gob.ve/moo_doc/Facilitador.pdf Consultado el: 26/02/2018.
- 7 Martín J, Luceño L, Díaz, M y Rubio S. Relación entre factores psicosociales adversos, evaluados a través del cuestionario multidimensional Decore, y salud laboral deficiente. *Psicothema* 2007; 19 (1):95-101.
- 8 Morales E, Merchán M, Parra J. Condiciones laborales y de salud de los docentes del Ecuador – 2011-2012. *Revista Retratos de la Escuela, Brasilia* 2012; 6 (11): 379-390. Disponible en: <http://www.esforce.org.br>. Consulta: 15 de febrero de 2018.
- 9 Collado P, Soria C, Canafoglia E, Collado S. Condiciones de trabajo y salud en docentes universitarios y de enseñanza media de Mendoza, Argentina: entre el compromiso y el desgaste emocional. *Salud Colectiva* 2016; 12(2):203-220. Disponible <https://www.scielosp.org/pdf/scol/2016.v12n2/203-220>. Consulta: 15 de febrero de 2018.
- 10 Abellán A. Percepción del estado de salud". *Rev. Mult Gerontol* 2003; 13 (5): 340- 342.
- 11 Ibarra M, Rojas L, Ganchozo E. Condiciones laborales Salud percibida por docentes de una universidad pública. *Revista Academia de Medicina del Zulia* julio-diciembre 2019; 1 (2): 8-15. Disponible en: <https://sites.google.com/view/revis-taamz/inicio> Consultado el: 26/02/2020.
- 12 García A, Santibáñez M, Soriano G. Utilización de un cuestionario de salud percibida (SF-36) en vi-gilancia de la salud de los trabajadores. *Arch Prev Riesgos Labor* 2004; 7(3): 88-98.
- 13 UNESCO (Oficina Regional de Educación Para América Latina y El Caribe). 2005. Condiciones de Trabajo y Salud Docente: Otras Dimensiones del Desempeño Profesional". OREALC / UNESCO Santiago. www.unesco.cl.
- 14 SF-36v2™ Health Survey © 1993, (2003) Health Assessment Lab, Medical Outcomes Trust, and Quality Metric Incorporated. Disponible en: http://www.ser.es/wpcontent/uploads/2015/03/SF36_CUESTIONARIOpdf.pdf. Consultado el: 22/02/2018.
- 15 Cantor L, Muñoz A. Caracterización sociodemográfica y de salud vocal de docentes universitarios en Bogotá D.C., Colombia *Revista Cubana de Higiene y Epidemiología* 2011; 49 (1): 58-66 Disponible <http://scielo.sld.cu> Consultado 02/06/2018.
- 16 Sánchez C, Martínez S. Condiciones de trabajo de docentes universitarios, satisfacción, exigencias laborales y daños a la salud. *Salud de los Trabajadores* 2014; 22 (1): 19-28. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=375839308003>. Consultado el: 7/10/2019.
- 17 Martín, J., López, M, García L, Moya M, Sánchez F. Análisis Multinivel de la influencia de características individuales, capital social y privación en el estado de Salud Percibida en España". *Dialnet* 2010; 6 (2):233-268.
- 18 UNESCO. (1998). Informe mundial sobre la educación: Los docentes y la enseñanza en un mundo en mutación. Madrid, Santillana.
- 19 Parra M, (2006) Condiciones de Trabajo y Salud Docente Análisis Comparado de seis países latino-americanos y estudio de caso en Chile. OREALC-UNESCO y Colegio de Profesores de Chile.



APLICACIÓN DEL CUIDADO HUMANO DE ENFERMERÍA A PACIENTES CON ENFERMEDAD ONCOHEMATOLÓGICA

Application of Human Nursing Care to Patients with Oncohematological Disease

ANA RAQUEL GRATEROL MENDOZA¹ *¹Profesora Agregada a Tiempo Completo en la Unidad Curricular Microbiología- Parasitología y Epidemiología-Bioestadística, Escuela de Enfermería. Facultad de Medicina. Universidad del Zulia.*
MELVIS VIZCAINO² *²Profesora Emérita Titular a Dedicación Exclusiva adscrita al Instituto de Investigaciones Clínicas Universidad del Zulia. Facultad de Medicina.*
EVA MENDOZA³ *³Profesora Titular a Dedicación Exclusiva adscrita a la Escuela de Enfermería. Facultad de Medicina. Universidad del Zulia. anaraquelg@yahoo.com*

RESUMEN

En Venezuela el cáncer constituye la segunda causa de muerte según el Anuario de Mortalidad. Objetivo aplicar el cuidado humano de enfermería a pacientes con enfermedad oncohematológica, atendidos en la Unidad Oncológica del Hospital Coromoto de Maracaibo durante diez semanas desde enero-marzo 2020. Diseño no experimental, observacional, transversal. Muestra no probabilística, 16 pacientes. Se utilizó un cuestionario tipo Likert. Datos analizados por la estadística descriptiva por programa Excel Microsoft 2010. El 62,5% de los pacientes (10) afirmaron estar de acuerdo, 37,5% (6) muy de acuerdo con que la enfermera tuvo una actitud positiva, y una escucha atenta cuando les presto el cuidado, el 56,25% de los pacientes (9) atestiguaron estar muy de acuerdo, 37,5% (6) de acuerdo y 6,25% (1) en desacuerdo con que el cuidado entregado por el profesional fue organizado, adecuado y basado en conocimientos teóricos prácticos. 62,5% de los pacientes (10) testificaron estar de acuerdo, 37,5% (6) muy de acuerdo con que el profesional brinda un trato amable, digno, que resguarda la integridad y respeta la personalidad. El 50% de los pacientes (8) aseveraron estar muy de acuerdo, igualmente 50% (8) de acuerdo con que la enfermera al cuidarlo, considere sus preferencias religiosas y espirituales. El 62,5% de los pacientes (10) alegaron estar muy de acuerdo, 37,5% (6) de acuerdo con que el profesional de enfermería al cuidarlo le entrega algo de sí mismo, le transmite esperanza, además, reconoce la participación del paciente. El 56,25% de los pacientes (9) afirmaron estar de acuerdo, 25% (4) muy de acuerdo y 18,75% (3) en desacuerdo con

que la enfermera al cuidarlo satisface sus necesidades. Coincide con Riveros (2020), la humanización del cuidado es un elemento básico del quehacer profesional de enfermería, tomando en consideración los requerimientos y condiciones físicas, psicológicas, y espirituales de la persona que recibe el cuidado.

Palabras clave: Cuidado, humano, enfermería, pacientes, enfermedad oncohematológica.

ABSTRACT

In Venezuela, cancer is the second cause of death according to the Mortality Yearbook. Objective to apply human nursing care to patients with oncohematological disease, treated at the Oncological Unit of the Coro-moto Hospital in Maracaibo for ten weeks from January-March 2020. Non-experimental, observational, cross-sectional design. Non- probabilistic sample, 16 patients. A Likert-type questionnaire was used. Data analyzed by descriptive statistics using the Microsoft Excel 2010 program. 62.5% of the patients (10) stated that they agreed, 37.5% (6) strongly agreed that the nurse had a positive attitude and listened attentive when I give them care, 56.25% of the patients (9) stated that they strongly agree, 37.5% (6) agree and 6.25% (1) disagree that the care provided by the professional was organized, adequate and based on practical theoretical knowledge. 62.5% of the patients (10) testified to agree, 37.5% (6) strongly agree that the professional provides a kind, dignified treatment, which safeguards integrity and respects personality. 50% of the patients (8) stated that they strongly agreed, likewise 50% (8) agreed that the nurse, when caring for him, considers his religious and spiritual preferences. 62.5% of the patients (10) claimed to be in strong agreement, 37.5% (6) agree that the nursing professional gives him something of himself when caring for him, transmits hope, in addition, recognizes the participation of the patient. 56.25% of the patients (9) affirmed that they agree, 25% (4) strongly agree and 18.75% (3) disagree that the nurse satisfies their needs when caring for them. Coincides with Riveros (2020), the humanization of care is a basic element of professional nursing work, taking into consideration the physical, psychological, and spiritual requirements and conditions of the person receiving care.

Keywords: Care, human, nursing, patients, oncohematological disease anaraquelg@yahoo.com

INTRODUCCIÓN

El cáncer ocupa el segundo lugar entre las diversas causas de muerte, perspectiva, que se ha mantenido en los últimos 25 años. La Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 2000 emitió que de 56 millones de muertes en el mundo 6.2 millones (12%) se debieron a neoplasias(1).

Según la Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer se estima que habrá

18.1 millones de casos nuevos de cáncer y 9.6 millones de muertes por cáncer en 2018. En am-

bos sexos combinados, el cáncer de pulmón es el cáncer más comúnmente diagnosticado (11.6% del total de casos) y la principal causa de muerte por cáncer (18.4% del total de muertes por cáncer) (2).

En este orden de idas, en países del este de Europa, en algunos de Sudamérica y Oriente, la incidencia y mortalidad por cáncer colorrectal va progresivamente en aumento. Las mayores cifras de Europa han sido las de Eslovaquia, Eslovenia y Checoslovaquia, donde hubo un incremento desde los años 1983 al 2005 del 45% en el

hombre y 25% en la mujer. En cambio, en Europa occidental, en países como Alemania, Francia, Suiza e Italia, los porcentajes en el mismo período se han mantenido estables o han aumentado escasamente. (3).

Igualmente, en los Estados Unidos, el cáncer colorrectal es el tercer cáncer más común diagnosticado en hombres y mujeres. Las estimaciones de la Sociedad Americana del Cáncer para el número de casos de cáncer colorrectal en los Estados Unidos para 2020 son: 104,610 casos nuevos de cáncer de colon, 43,340 nuevos casos de cáncer rectal (4).

Conjuntamente, los pacientes con enfermedades oncohematológicas tienen enfermedades complejas que necesitan enfoque multidisciplinario. Se conoce desde hace décadas que los pacientes con enfermedades oncohematológicas tienen un riesgo más elevado de padecer tuberculosis por los efectos propios de la neoplasia, la malnutrición y por los tratamientos quimioterápicos. Las neoplasias que en diferentes estudios se asocian con un mayor riesgo de enfermedad tuberculosa son las neoplasias hematológicas, el cáncer de pulmón y los de origen en nasofaringe y esófago (5).

Además, en Cuba en el 2017 se realizó una investigación denominada enfermedades hematológicas graves en la unidad de cuidados intensivos pediátricos Pinareña cuyos resultados fueron el 64% de los pacientes fueron del sexo masculino, predominando el grupo de 5-10 años de edad, siendo la leucemia linfoblástica aguda la enfermedad más frecuente y la mieloblástica, la de mayor mortalidad.

Asimismo, las principales complicaciones que motivaron ingreso en el servicio fueron el shock séptico (25%), la insuficiencia respiratoria aguda (19,4%) y el distress respiratorio (16,6%), la neutropenia resultó ser el factor más influyente en el síndrome de respuesta inflamatoria sistémica (6).

También, las enfermedades oncológicas constituyen una de las causas más importantes de

muerte en niños de países en desarrollo. En Argentina, según estadísticas del Ministerio de Salud, el cáncer representó la principal causa de muerte en los niños sobre un año de edad para el año 2015. La leucemia linfoblástica aguda (LLA) y leucemia mieloblástica aguda (LMA) constituyen las enfermedades oncológicas más frecuente en niños, seguida de los tumores de sistema nervioso central (SNC) y los linfomas.

En este sentido, el cáncer y la toxicidad del tratamiento sobre la médula ósea y las mucosas predisponen al paciente a presentar complicaciones infecciosas que generan gran morbimortalidad en estos pacientes. La bacteriemia constituye una complicación frecuente en los niños con cáncer, la que se asocia a mayor gravedad, internación prolongada y mortalidad (7).

Consiguientemente, en Venezuela el cáncer constituye la segunda causa de muerte según el Anuario de Mortalidad, entre los años 2010-2012 (8). La tasa de mortalidad estandarizada por edad para Latinoamérica y el Caribe es de 13 por 100 000 y la venezolana, de 12.51 por 100 000. La tasa estandarizada por edad en Venezuela ha ido en aumento, cerca de un cuarto desde 1990 hasta 2010, con un incremento porcentual de 25.10% (9).

Sin embargo, los cuidados humanos de enfermería han contribuido a mejorar la supervivencia de éstos, por el uso de nuevas estrategias en el cuidado. El cuidado humano, es un proceso reflexivo, afectivo y efectivo, mediante el intercambio de experiencias y conocimientos, a través de una aproximación respetuosa y significativa.

Un trabajo de investigación denominado cuidado humanizado de enfermería según la teoría de Jean Watson, servicio de medicina del hospital Daniel Alcides Carrión. Lima- Callao, 2016.

En sus resultados reportó que el Cuidado Humano que ofrece los enfermeros es regular en un 52%, mientras que el 26%, es alto. Según las dimensiones: Satisfacción de necesidades: el cuidado humano que se ofrece es 59% regular, mientras que el 30% es alto; Habilidades, técnicas de enfer-

mería el cuidado humano es regular 91%, y el nivel bajo 9%. Autocuidado de la profesional es el cuidado humano de un 57%, mientras 24% bajo. Aspectos éticos del cuidado el 65% en cuidado humano y el 13% bajo. Relación enfermera-paciente el 65% en cuidado humano fue regular, y el 20% Alto. Aspectos espirituales en un 87% en cuidado humano de regular, un 4% bajo (10).

Por consiguiente, los profesionales de la salud deben comprender que el paciente necesita participar de sus cuidados conjuntamente con la familia. El usuario exige hoy en día el reconocimiento de su derecho como un acto de dignidad para recibir una atención en salud, de tal manera que él se sienta valorado como persona en sus dimensiones humanas (10).

El cuidado de los pacientes es un fenómeno social universal que sólo resulta efectivo si se practica en forma interpersonal (enfermera-paciente). Por esta razón el trabajo de Watson J, contribuye a la sensibilización de los profesionales, hacia aspectos más humanos, que contribuyan a mejorar la calidad de atención. El cuidado es la esencia de Enfermería, constituidos por acciones transpersonales e intersubjetivas para proteger, mejorar y preservar la humanidad, ayudando así a la persona a hallar un significado a la enfermedad, sufrimiento, dolor y existencia y ayudar a otro a adquirir autocontrol, autoconocimiento y auto curación (10).

“Escala en la medición del Cuidado Humano Transpersonal basado en la Teoría de Jean Watson”, el cual presentan 6 dimensiones.

Interacción enfermera-paciente. Comunicación eficaz. La comunicación representa una necesidad del paciente y de la familia, al mismo tiempo permite al paciente conocer su estado de salud y estar actualizado respecto a su enfermedad. El paciente siente que tiene una relación cercana con la enfermera, siente que la enfermera lo escucha más allá de lo que le pasa con su enfermedad (10).

Entiende que la comunicación con la enfermera es verdadera. Logra comprender el significado de su vida por medio de la comunicación con la

enfermera. Para esto es necesario la sensibilidad, la apertura y el altruismo, pero también la congruencia, que tiene que ver con la honestidad, con la percepción de realidad y con el apego a la verdad (11).

Habilidades, técnicas de la enfermera. Conocimientos. Se sustenta por la sistematización de la asistencia o proceso de enfermería bajo la responsabilidad de la enfermera. Aprecia que el cuidado entregado por la enfermera es organizado y basada en conocimientos. Aprecia que los procedimientos que se le realizan son adecuados a su manera de ser. El Cuidado profesional es el cuidado desarrollado por profesionales con conocimientos científicos en el área de la salud, dotados de habilidades técnicas que auxilian individuos, familias y comunidades a mejorar o recuperar la salud (10).

Aspectos éticos del cuidado. Dignidad humana. La ética de enfermería estudia las razones de los comportamientos en la práctica de la profesión, los principios que regulan dichas conductas, las motivaciones, y los valores. El cuidado humanizado debe estar inmerso en una filosofía de vida del quehacer enfermero que cuida y que debe cuidarse para garantizar la calidad de cuidados que brinda en los diferentes escenarios del ámbito de la salud. El enfermo recibe un trato amable de parte de la enfermera, aprecia que ha recibido un trato digno, que resguarda su integridad, opina que se apoya con respeto a su personalidad y cuerpo (10).

Aspectos espirituales del cuidado enfermero. En esencia la espiritualidad es un fenómeno íntimo y trascendente que es vital para el desarrollo de la recuperación de calidad en el paciente. Además, una fortaleza, motivación y búsqueda del significado de la vida. La enfermera considera las preferencias religiosas o espirituales en la atención brindada el paciente considera que las acciones de la enfermera ayudan a fortalecer su fé (10).

La enfermera ayuda al paciente a comprenderse mejor a sí mismo y a los demás. Es por esto que el cuidado espiritual ofrecido por el profesio-

nal de enfermería debe ser uno con un sentido de responsabilidad, respeto y dedicación al paciente, sobre todo si el paciente está en el proceso de muerte (11).

Autocuidado de la profesional. Promover el bienestar El cuidado profesional es la esencia de la Enfermería, y comprende acciones desarrolladas de acuerdo común entre dos personas, la que cuida y la que es cuidada. Aprecia que la enfermera al cuidarlo le entrega algo de sí mismo. Concibe que la enfermera al cuidarlo le entrega algo propio que las distingue de otras personas. Considera que la enfermera al cuidarlo le transmite esperanza (formas de sentirse mejor) (10).

Necesidades Personales. Las necesidades humanas están estratificadas. El brindar cuidados es, por tanto, el trabajo profesional destinado a la satisfacción de necesidades humanas en el ámbito de la salud de un individuo, comunidad o población, como también integrativo y holístico, porque abarca los diferentes estratos de necesidades Entiende que la enfermera trabaja para satisfacer sus necesidades físicas, se preocupa de sus necesidades sociales e incorpora en los cuidados sus necesidades espirituales (10).

Después de obtenidos los permisos solicitados por el hospital Coromoto, Municipio Maracaibo-Estado Zulia. Se aplicó un cuestionario al grupo de 16 pacientes en el área ambulatoria de quimioterapia, posteriormente de la ejecución de los cuidados humanos de enfermería durante 10 semanas, dos veces al día, en el área ambulatoria y en sus domicilios por la investigadora.

En los encuentros sucesivos durante 10 semanas, desde enero- marzo 2020, se ejecutaron los cuidados humanos de enfermería donde se estableció una relación entre la investigadora y los profesionales con cada paciente oncohematológico; esta misma fue a través de la corporeidad lo cual abarco el cuerpo como estructura experiencia vivida de los sujetos donde hubo intercambio de pensamientos, de conciencias, emociones y sentimientos frente a la incertidumbre de la enfermedad en primer lugar se estableció una rela-

ción de apoyo, confianza, seguridad y respeto enfermera-familiar.

El objetivo del trabajo fue aplicar el cuidado humano de enfermería a pacientes con enfermedad oncohematológica, atendidos en la Unidad Oncológica del Hospital Coromoto de Maracaibo durante diez semanas desde enero- marzo 2020.

MATERIALES Y MÉTODO

Diseño no experimental, observacional, transversal. Investigación neopositivista, método empírico deductivo La muestra fue no probabilística e intencionada y correspondió a 16 pacientes con enfermedad oncohematológica desde enero-marzo 2020. Se utilizó un cuestionario tipo Li-kert de cuatro alternativas de respuestas, sobre aplicación del cuidado humano de enfermería para pacientes con enfermedad oncohematológica. Para el análisis de los datos se utilizó la estadística descriptiva se manejó el programa estadístico Excel Microsoft 2010. Los resultados fueron expresados en frecuencias absolutas y porcentajes.

RESULTADOS

Obsérvese en la Tabla 1 que el 62,5% de los pacientes con enfermedad oncohematológica representado por 10 unidades de estudio aseveraron estar de acuerdo, el 37,5% (6) muy de acuerdo con que el profesional de enfermería tuvo una actitud positiva, una relación cercana, una confianza mutua y una escucha atenta cuando les presto el cuidado.

Adviértase en la Tabla 2 que el 56,25% de los pacientes con enfermedad oncohematológica representado por 9 unidades de estudio afirmaron estar muy de acuerdo, el 37,5% (6) de acuerdo y 6,25% (1) en desacuerdo con que el cuidado entregado por el profesional de enfermería es organizado, adecuado y basado en conocimientos teóricos prácticos durante la ejecución de los mismos.

TABLA 1
INTERACCIÓN ENFERMERA- PACIENTE. COMUNICACIÓN EFICAZ. UNIDAD ONCOLÓGICA. HOSPITAL COROMOTO DE MARACAIBO, ENERO- MARZO 2020

Actitud de la enfermera	Muy de acuerdo		De acuerdo		Muy desacuerdo		Desacuerdo	
	N	%	N	%	N	%	N	%
	6	37,5	10	62,5	0	0	0	0

TABLA 2
CONOCIMIENTOS. UNIDAD ONCOLÓGICA. HOSPITAL COROMOTO DE MARACAIBO, ENERO- MARZO 2020

Teóricos-prácticos	Muy de acuerdo		De acuerdo		Muy desacuerdo		Desacuerdo	
	N	%	N	%	N	%	N	%
	9	56,25	6	37,5	0	0	1	6,25

Nótese, en la Tabla 3 que el 62,5% de los pacientes con enfermedad oncohematológica representado por 10 unidades de estudio testificaron estar de acuerdo, el 37,5% (6) muy de acuerdo con que el profesional de enfermería brinda un trato amable, digno, que resguarda la integridad y respeta la personalidad y el cuerpo del paciente.

TABLA 3
DIGNIDAD HUMANA. UNIDAD ONCOLÓGICA. HOSPITAL COROMOTO DE MARACAIBO, ENERO- MARZO 2020

Resguardo su integridad	Muy de acuerdo		De acuerdo		Muy desacuerdo		Desacuerdo	
	N	%	N	%	N	%	N	%
	6	37,5	10	62,5	0	0	0	0

Distingase, en la Tabla 4, que el 50% de los pacientes con enfermedad oncohematológica representado por 8 unidades de estudio atestiguaron estar muy de acuerdo, igualmente 50% (8) de acuerdo con que el profesional de enfermería al cuidarlo: considere sus preferencias religiosas y espirituales, ayuda a fortalecer su fe, lo apoya a comprenderse mejor a sí mismo y a los demás.

TABLA 4
ESPIRITUALIDAD. UNIDAD ONCOLÓGICA. HOSPITAL COROMOTO DE MARACAIBO, ENERO-MARZO 2020

Espiritualidad	Muy de acuerdo		De acuerdo		Muy desacuerdo		Desacuerdo	
	N	%	N	%	N	%	N	%
	8	50	8	50	0	0	0	0

Apréciase, en la Tabla 5, el 62,5% de los pacientes con enfermedad oncohematológica representado por 10 unidades de estudio declararon estar muy de acuerdo, el 37,5% (6) de acuerdo con que el profesional de enfermería al cuidarlo: le entrega algo de sí mismo, algo propio que las distingue de otras personas, le transmite esperanza (formas de sentirse mejor), le ayuda a entender porque está en esa condición, lugar o estado. Además, reconoce la participación del paciente y qué importancia tiene él en los cuidados otorgados, también, lo incluye a él y a su entorno (familia) en sus cuidados de salud.

TABLA 5
PROMOVER EL BIENESTAR. AUTOCUIDADO. UNIDAD ONCOLÓGICA. HOSPITAL COROMOTO DE MARACAIBO, ENERO- MARZO 2020

Cuidarlo le transmite esperanza	Muy de acuerdo		De acuerdo		Muy desacuerdo		Desacuerdo	
	N	%	N	%	N	%	N	%
	10	62,5	6	37,5	0	0	0	0

Considérese, en la Tabla 6, el 56,25% de los pa-cientes con enfermedad oncohematológica re-presentado por 9 unidades de estudio afirmaron estar de acuerdo, el 25% (4) muy de acuerdo y 18,75% (3) en desacuerdo con que el profesional de enfermería al cuidarlo: satisface sus necesida-des físicas, sociales y espirituales.

TABLA 6
NECESIDADES PERSONALES DEL PACIENTE.
UNIDAD ONCOLÓGICA. HOSPITAL COROMOTO
DE MARACAIBO, ENERO- MARZO 2020

Necesidades	Muy de acuerdo		De acuerdo		Muy desacuerdo		Desacuerdo	
	N	%	N	%	N	%	N	%
	4	25	9	56,25	0	0	3	18,75

DISCUSION

En este sentido, el 62,5% de los pacientes con enfermedad oncohematológica representado por 10 unidades de estudio afirmaron estar de acuerdo, el 37,5% (6) muy de acuerdo con que el profesional de enfermería tuvo una actitud positiva, una relación cercana, una confianza mutua y una escucha atenta cuando les presto el cuidado, porque el enfermo entiende que la comunicación con la enfermera es verdadera, logra comprender el significado de su vida por medio de la comunicación con el profesional de enfermería.

Para esto es necesario la sensibilidad, la apertura y el altruismo, pero también la congruencia, que tiene que ver con la honestidad, con la percepción de realidad y con el apego a la verdad (11).

Discrepan con los resultados de Guerrero y col en el trabajo de investigación

Denominado cuidado humanizado de enfermería según la teoría de Jean Watson, en la dimensión relación enfermera- paciente el 65% en cuidado humano fue regular, y el 20% Alto.

No obstante, estos resultados guardan también, relación con lo afirmado por la Organi-

zación Mundial de la Salud (OMS) porque en el año 2000 6.2 millones (12%) de muertes en el mundo se debieron a neoplasias, es decir, el cáncer ocupa el segundo lugar entre las diversas causas de muerte, visión, que se ha mantenido en los últi-mos 25 años, por lo tanto, el cuidado humano en enfermería es indispensable enseñarlo, aprenderlo y ejecutarlo dada la dimensión del problema o perspectiva de la enfermedad oncohematológica.

Además, el 56,25% de los pacientes con enfermedad oncohematológica representado por 9 unidades de estudio aseveraron estar muy de acuerdo, y el 37,5% (6) de acuerdo (93,75%), el 6,25% (1) en desacuerdo con que el cuidado entregado por el profesional de enfermería es organizado, adecuado y basado en conocimientos teóricos prácticos durante la ejecución de los mismos. El cuidado profesional es el desarrollado por profesionales con conocimientos científicos en el área de la salud, dotados de habilidades técnicas que auxilian individuos, familias y comunidades a mejorar o recuperar la salud

Este resultado tiene correspondencia con la Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer la cual estima que habrá 18.1 millones de casos nuevos de cáncer y 9.6 millones de muertes por cáncer en 2018, en ambos sexos combinados. Por consiguiente, el profesional de la enfermería debe estar actualizado en relación a los avances, diagnósticos y tratamiento relativos al cáncer oncohematológico, pero, igualmente con herramientas y estrategias del cuidado humano en la atención a este tipo de pacientes. Pero, discrepa de los resultados de Guerrero y col en la dimensión habilidades, técnicas de enfermería donde el cuidado humano es regular 91%, y el nivel bajo 9%.

También, el 62,5% de los pacientes con enfermedad oncohematológica representado por 10 unidades de estudio atestiguaron estar de acuerdo, el 37,5% (6) muy de acuerdo con que el profesional de enfermería brinda un trato amable, digno, que resguarda la integridad y respeta la personalidad y el cuerpo del paciente. Concuerda con los resultados de Guerrero y col en la dimen-

sión aspectos éticos del cuidado el 65% en cuidado humano y el 13% bajo.

Igualmente, acuerda con Blanco donde conjuntamente, los pacientes con enfermedades oncohematológicas tienen enfermedades complejas que necesitan enfoque multidisciplinario, donde el profesional de enfermería juega un papel sobresaliente en el cuidado humano en los pacientes con enfermedad oncohematológica.

Asimismo, coincide con Riveros donde el cuidado humanizado debe estar inmerso en una filosofía de vida del quehacer enfermero que cuida y que debe cuidarse para garantizar la calidad de cuidados que brinda en los diferentes escenarios del ámbito de la salud.

Equivalentemente, el 50% de los pacientes con enfermedad oncohematológica representado por 8 unidades de estudio manifestaron estar muy de acuerdo, igualmente 50% (8) de acuerdo con que el profesional de enfermería al cuidarlo: considere sus preferencias religiosas y espirituales, ayude a fortalecer su fé, lo apoya a comprenderse mejor a sí mismo y a los demás. No conviniendo, con Guerrero y col en la dimensión aspectos espirituales en un 87% en cuidado humano de regular, un 4% bajo.

Se corresponde con Riveros porque, en esencia la espiritualidad es un fenómeno íntimo y trascendente que es vital para el desarrollo de la recuperación de calidad en el paciente. Además, una fortaleza, motivación y búsqueda del significado de la vida. La enfermera considera las preferencias religiosas o espirituales en la atención brindada el paciente considera que las acciones de la enfermera ayudan a fortalecer su fe.

En este sentido, para Moira y col, el cáncer y la toxicidad del tratamiento, insiste sobre la médula ósea y las mucosas predisponiendo al paciente a presentar complicaciones infecciosas que generan gran morbilidad, a la que se asocia a mayor gravedad, internación prolongada y mortalidad, consiguientemente, el cuidado humano

Proporcionado por el profesional de enfermería es vital y alentador en estos momentos difí-

les en la vida del paciente y su familia, el apoyo moral, espiritual, trascendental para la recuperación del paciente.

Al mismo tiempo, el 62,5% de los pacientes con enfermedad oncohematológica representado por 10 unidades de estudio insistieron estar muy de acuerdo, el 37,5% (6) de acuerdo con que el profesional de enfermería al cuidarlo: le entrega algo de sí mismo, algo propio que las distingue de otras personas, le transmite esperanza (formas de sentirse mejor), le ayuda a entender porque está en esa condición, lugar o estado.

Además, reconoce la participación del paciente y qué importancia tiene él en los cuidados otorgados, también, lo incluye a él y a su entorno (familia) en sus cuidados de salud. Difiere de los resultados de Guerrero y col en el trabajo de investigación denominado cuidado humanizado de enfermería según la teoría de Jean Watson, en la dimensión autocuidado donde el cuidado humano fue de un 57%, mientras 24% bajo.

Enlazando, con el Anuario de Mortalidad en Venezuela, en el que el cáncer constituye la segunda causa de muerte. Y para la Fundación venezolana de educación e investigación contra el cáncer de mama, la tasa de mortalidad estandarizada por edad para Latinoamérica y el Caribe es de 13 por 100 000 y la venezolana, de 12.51 por 100 000. La tasa por edad en Venezuela ha ido en aumento, cerca de un cuarto desde 1990 hasta 2010, con un incremento porcentual de 25.10%.

Por ende, para Riveros el cuidado es la esencia de Enfermería, constituidos por acciones transpersonales e intersubjetivas para proteger, mejorar y preservar la humanidad, ayudando así a la persona a hallar un significado a la enfermedad, sufrimiento, dolor y existencia y ayudar a otro a adquirir autocontrol, autoconocimiento y auto curación.

Sin embargo, difieren con los resultados de Guerrero y col en el trabajo de investigación denominado cuidado humanizado de enfermería según la teoría de Jean Watson, en la dimensión: satisfacción de necesidades: el cuidado humano que se ofrece es 59% regular, pero, el 30% es alto;

mientras que en la investigación el 56,25% de los pacientes con enfermedad oncohematológica re-presentado por 9 unidades de estudio afirmaron estar de acuerdo, y el 25% (4) muy de acuerdo (81,25%), solamente el 18,75% (3) en desacuerdo con que el profesional de enfermería al cuidarlo: satisface sus necesidades físicas, sociales y espirituales.

Ya que las necesidades humanas están estratificadas. El brindar cuidados es, por tanto, el trabajo profesional destinado a la satisfacción de necesidades humanas en el ámbito de la salud de un individuo, comunidad o población, como también integrativo y holístico, porque abarca los diferentes estratos de necesidades. Entiende que el profesional de enfermería trabaja para satisfacer sus necesidades físicas, se preocupa de sus necesidades sociales e incorpora en los cuidados sus necesidades espirituales.

CONCLUSIONES

Se aplicó el cuidado humano de enfermería a pacientes con enfermedad oncohematológica, atendidos en la Unidad Oncológica del Hospital Coromoto de Maracaibo durante diez semanas desde enero-marzo 2020. Obteniéndose resultados la gran mayoría en la respuesta muy de acuerdo y de acuerdo, por lo tanto, el brindar cuidados durante el trabajo profesional está destinado a la satisfacción de necesidades humanas, tanto físicas, sociales, mentales como espirituales en el ámbito de la salud de un individuo, comunidad o población, como también integrativo y holístico, porque abarca los diferentes estratos de necesidades. Entiende que el profesional de enfermería trabaja para satisfacer sus necesidades en forma integral.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1 Organización Mundial de la Salud (OMS) Epidemiología del cáncer 2000; Disponible en <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cancer>

- 2 Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel R, Torre L, y Jemal A. Global Cancer Statistics 2018: GLOBOCAN Estimaciones de incidencia y mortalidad en todo el mundo para 36 cánceres en 185 países. PMID: 30207593 DOI:10.3322/caac.21492
- 3 Minetti A, Manoni J Incidencia del cáncer colorrectal Rev de la sociedad Argentina de Coloproctología, 2018, 24(3): 104-106 Capítulo II
- 4 2020 American Cancer Society, Inc. Todos los derechos reservados. La American Cancer Society es una organización calificada 501 (c) (3) exenta de impuestos. Cancer.org se proporciona por cortesía de la familia Leo y Gloria Rosen.
- 5 Blanco M, Lucio A, Fuentes I, Carmena D Neoplasias oncohematológicas y tuberculosis. Experiencia de un hospital general Carta científica / Enferm Infecc Microbiol Clin. 2016; 34(2):139-144
- 6 Esquijarosa B, Guillén A, Álvarez S, Bazabe M y Hernández J. Enfermedades hematológicas graves en la unidad de cuidados intensivos pediátricos pinareña. Rev. Ciencias Médicas de Pinar del Río. Julio-agosto, 2017; 21(4) 495-502
- 7 Moira, M. Pérez G, Reijtman V, Mastroianni A, Escarra F, García E, Varela A, Guitter M, Romero J, Ghibaoudi G, Gómez S y Bologna R Epidemiología y factores de riesgo de internación prolongada en niños con leucemia y bacteriemia. Estudio de cohorte Investigación Clínica Rev Chilena Infectol 2018; 35 (3): 233-238
- 8 República Bolivariana de Venezuela Anuario de Mortalidad 2013. Disponible en <https://www.ovsalud.org/descargas/publicaciones/documentos-oficiales/Anuario-Mortalidad-pdf>
- 9 Fundación venezolana de educación e investigación contra el cáncer de mama (FUVEICAM) guía para el cáncer de mama en Venezuela Caracas, 2015
- 10 Guerrero R, Meneses M, De La Cruz M. Cuidado humanizado de enfermería según la teoría de Jean Watson, Servicio de medicina del Hospital Daniel Alcides Carrión. Lima- Callao Rev enferm Herediana. 2016; 9(2):133-142.
- 11 Riveros C. La naturaleza del cuidado humanizado. Enfermería: Cuidados Humanizados. 2020; 9(1):21-32 21 Doi: <https://doi.org/10.22235/ech.v9i1.2146>.

Carta Al Editor

CORRELACIÓN ENTRE ELECTROCARDIOGRAMA Y CATETERISMO CARDIACO EN PACIENTES CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO

FRANCO DE JESUS VILLALOBOS
ROSSY VERA SUAREZ
JAVIER ENRIQUE PARRA OLIVARES

*Servicio de Cardiología.
Hospital Coromoto de Maracaibo.
rossyvera2@gmail.com*

Los cambios sociales y económicos que han ocurrido en el mundo en los últimos siglos han promovido una transformación importante de las enfermedades con mayor prevalencia. Las enfermedades cardiovasculares (ECV) y dentro de éstas, el infarto agudo de miocardio (IAM), han sido el mayor problema de salud y la principal causa de muerte en muchos países durante varias décadas. Al igual que a nivel mundial en el caso venezolano, las enfermedades cardiovasculares representan un grave problema de salud pública debido a su prevalencia y elevada morbi-mortalidad. Según la última actualización del anuario de mortalidad del Ministerio del Poder Popular para la Salud, publicado en 2015, en Venezuela para 2013 las enfermedades del corazón ocuparon el primer lugar entre las veinticinco principales causas de mortalidad diagnosticada, con un total de 30.899 defunciones, que representa el 20,61% de las muertes para la fecha. De éstas, 20.641 muertes constituyen el 13,77%, prevaleciendo también en el sexo masculino, 12.742 hombres vs. 7.899 mujeres (MPPS, 2013). La enfermedad coronaria es la causa más frecuente de muerte en América, tanto en hom-

bres como en mujeres, causando alrededor de 475.000 muertes. Venezuela reportó, en su anuario estadístico de 2006, 24.977 muertes por enfermedades cardiovasculares, situando estas enfermedades como su principal causa de morbi-mortalidad; dentro de ellas el infarto agudo del miocardio, seguido de la enfermedad cardíaca hipertensiva (López y otros, 2011). En Venezuela la relevancia del problema viene dada por la mortalidad de esta enfermedad, que constituye la primera causa de muerte en el sexo masculino y la tercera en el femenino (López y otros, 2011). El electrocardiograma en adelante (ECG) es un método de diagnóstico de fácil ejecución y bajo costo; diagnostica principalmente problemas en la alteración del ritmo cardíaco y puede orientar en el diagnóstico de obstrucción coronaria en enfermedades isquémicas como la angina y el infarto al miocardio (Pérez y otros, 2013). El primer Electrocardiograma fue una concepción de Willem Einthoven en 1903, quien había creado el galvanómetro de cuerda tras varios años de perfeccionamiento en su precisión de registro. Su aportación impulsó a otros científicos a trabajar con este nuevo invento y expandir su utilidad en

el ambiente médico. El ECG se ha convertido en el instrumento más innovador y útil en el cuidado del paciente. Desde un inicio, este instrumento, tenía como propósito revelar los enigmas de las anomalías cardíacas que hasta entonces habían provocado la intriga de muchos científicos. De esta forma, el electrocardiograma se convirtió en la llave que abriría las puertas para una nueva era en el estudio del corazón, haciendo su aparición pública durante la transición en que los hospitales se convertían en instituciones para el diagnóstico y tratamiento de enfermedad

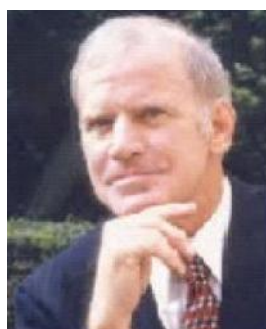
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 López Ramírez M, Quirantes Moreno AJ, López Ramírez D (2011). Caracterización del infarto agudo del miocardio en la clínica popular "Simón Bolívar". Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2009 Dic [citado 24 Jul 2011];25(4):151-159. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252009000400015&lng=es
- 2 Ministerio del Poder Popular para la Salud. República Bolivariana de Venezuela Anuario de Mortalidad 2013. [Actualizado Diciembre 2015; Citado 20 Febrero 2017]. Disponible en: <http://www.ovsalud.org/descargas/publicaciones/documentosoficiales/Anuario-Mortalidad-2013.pdf>
- 3 MINSAP; (2011). Dirección nacional de registros médicos y estadísticas de salud. Anuario estadístico de salud 2011 [citado 26 Nov 2013]. Disponible en: <http://www.sld.cu/servicios/estadisticas> Infomed [Internet]. La Habana
- 4 Organización Mundial de la Salud (2012). Centro de prensa. Notas descriptivas. Enfermedades Cardiovasculares. [Actualizado Enero 2012; Citado 20 Febrero 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/es/>
- 5 Pérez, L.; Domínguez, A.; Lecannelier, E.; Venegas, R.; Venegas, A.; Constanzo, F.; Wilson, K.; Robles, I.; Aguayo, A.; Taylor, S.; Silva, P. & Flores, M. Síndrome coronario agudo como manifestación clínica de la reestenosis intrastent. Rev. Chil. Cardiol., 32(3):181-6, 2013. [Links]

CONOCIENDO LA HISTORIA

Reacción en Cadena de la Polimerasa. La Evolución y la Revolución de la PCR en la Biología Molecular

RAFAEL ZARDOYA *Departamento de Biodiversidad y Biología Evolutiva, Museo Nacional de Ciencias Naturales (MNCN-CSIC)*



Kary Mullis, PhD (28 de diciembre de 1944 – 7 de agosto de 2019). PCR recibió el premio Nobel de Química en 1993. <https://www.biografias.es/famosos/kary-b-mullis.html>

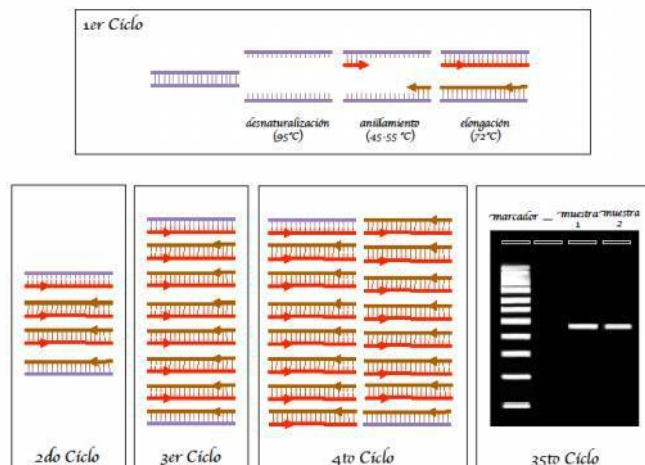


Figura 1

En 1983, Kary Mullis, PhD, un científico de Cetus Corporation, concibió la PCR como método para copiar ADN y sintetizar grandes cantidades de un ADN objetivo específico. A lo largo de los siguientes dos años¹.

La reacción en cadena de la polimerasa o PCR permite amplificar de forma exponencial un fragmento de ADN específico. Esta sencilla pero potente técnica aprovecha la capacidad natural de las ADN polimerasas de copiar las dos hebras de un ADN molde mediante la incorporación de nucleótidos a partir de un par de cebadores. Tiene numerosas aplicaciones en biología²

Es en este contexto cuando el desarrollo de la reacción en cadena de la polimerasa, comúnmente conocida como PCR por sus siglas en inglés, revoluciona la biología molecular. El crédito de su invención lo tiene Kary B. Mullis, un químico que en 1983 trabajaba en la síntesis de oligonucleótidos en una compañía biotecnológica en California. Según su propio relato, la idea le vino durante un viaje nocturno en coche³. Se le ocurrió que uniendo por complementariedad dos oligonucleótidos en las dos hebras opuestas del ADN a una distancia determinada, estos actuarían como cebadores de una DNA polimerasa que podría amplificar de forma exponencial el fragmento contenido entre ambos⁴. Para poner en práctica su idea, Mullis concibió un ciclo en el que primero las dos hebras de ADN se desnaturalizaban en un baño a 95°C, luego se les anillaban los cebadores en otro baño con una temperatura entre 45-55°C y finalmente se producía la elongación o replicación de las cadenas de ADN a la temperatura óptima de la DNA polimerasa en un baño a 72°C. Este ciclo se debía repetir unas 30-35 veces hasta completar la PCR (Figura 1). La copia del ADN original a partir de los cebadores necesitaba como reactivos un tampón con el pH adecuado que además debía incluir magnesio (en forma de MgCl₂) y los cua-

tro desoxinucleótidos (dNTPs) que se iban a incorporar a la cadena naciente, todo ello en un volumen final de unos 25 μ l. Un primer problema al que Mullis se enfrentó fue que la DNA polimerasa de *Escherichia coli* se degradaba durante la etapa de desnaturalización que había que añadir nuevo enzima en cada ciclo. Por suerte, algunos microorganismos viven de forma natural a altas temperaturas y sus DNA polimerasas son termoestables. Es el caso de la denominada *Taq* polimerasa de *Thermus aquaticus* (una arquea encontrada en 1966 en los efluentes termales de Yellowstone) y que desde entonces se usa habitualmente en la PCR gracias a su gran capacidad de procesamiento. Otra DNA polimerasa interesante es la denominada *Pfu* de *Pyrococcus furiosus* que ofrece como ventaja la capacidad de corrección de errores.

En la actualidad, la PCR se realiza de forma automática en los denominados termocicladores, aparatos que realizan los ciclos completos usando el efecto Peltier que aumenta o disminuye la temperatura de un bloque simplemente invirtiendo la corriente eléctrica. Para mejorar la transmisión de la temperatura, los tubos de 0,2-0,5 ml tienen en la base cónica una pared muy fina y para evitar la condensación dentro del tubo, los termocicladores calientan la tapa del tubo durante el proceso. La PCR se suele terminar con un ciclo final de extensión a 72°C de unos 10 min para asegurar que cualquier ADN de cadena sencilla sea completado con la hebra complementaria. Terminada la reacción el bloque del termociclador queda a 4°C a la espera de recoger los tubos y correr un alícuota de su contenido en un gel de agarosa para comprobar si el fragmento de tamaño esperado ha sido amplificado correctamente (Figura 1) diseñados en regiones conservadas evolutivamente) se utiliza como "código de barras" para identificar las diferentes especies de animales⁶.

BIBLIOGRAFIA

- 1 Saiki RK, et al. A Novel Method for the Prenatal Diagnosis of Sickle Cell Anemia. Amer. Soc. Human Genetics. 1985.
- 2 Rafael Zardoya. Departamento de Biodiversidad y Biología Evolutiva, Museo Nacional de Ciencias Naturales (MNCN-CSIC). Disponible en: http://www.sebbm.es/ES/divulgacion-ciencia-para-todos_10/la-ciencia-al-alcance-de-la-mano-articulos-de-divulgacion_29
- 3 K.B. Mullis. The unusual origin of the polymerase chain reaction. Sci. Am. 1990 Apr.262(4):56-65. Disponible en <https://pdfs.semanticscholar.org/14bf/9cc89c9885d7ad46a384d0e5661ac07c752f.pdf> .
- 4 R.K. Saiki, D.H. Gelfand, S. Stoffel, S.J. Scharf, R. Higuchi, G.T. Horn, K. B. Mullis and H.A. Erlich. Primer-directed enzymatic amplification of DNA with a thermostable DNA polymerase. Science 1988 Jan 29. 239(4839):487-491.<http://cite-seerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.466.4113&rep=rep1&type=pdf>
- 5 S. Ishino and Y. Ishino. DNA polymerases as useful reagents for biotechnology – the history of developmental research in the field. Front Microbiol. 2014 5: 465. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4148896/pdf/fmicb-05-00465.pdf>
- 6 P.D.N. Hebert, A. Cywinska, S.L. Balland1. K.B. Mullis. The unusual origin of the polymerase chain reaction. Sci. Am. 1990 Apr. 262(4):56-65. Disponible en <https://pdfs.semanticscholar.org/14bf/9cc89c9885d7ad46a384d0e5661ac07c752f.pdf>



INSTRUCCIONES A LOS AUTORES

Revista Científica del Hospital Coromoto

La Revista Científica del Hospital Coromoto publica Artículos Originales, Notas Clínicas o Terapéuticas, Revisiones, Reportes de Casos Clínicos y Cartas al Editor en español o inglés, que contribuyan al avance del conocimiento en ciencias de la salud. La revista no realiza cargos o cobros por ningún concepto; es decir, no se generan cargos por la publicación o edición de los manuscritos enviados al comité editorial.

Los manuscritos enviados para publicación deberán ajustarse a las siguientes instrucciones, preparadas considerando el estilo y naturaleza de la Revista y los "Requisitos Uniformes para los Manuscritos Sometidos a Revistas Biomédicas", establecidos por el International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) revisión 2016, en el sitio web: www.icmje.org.

Envío del manuscrito

La Revista acepta manuscritos durante todo el año, los mismos pueden ser enviados por autores nacionales o extranjeros, residentes o no en Venezuela, escritos en español o inglés. El manuscrito debe ser enviado mediante un archivo (formato Word para Windows®) al siguiente correo electrónico: revhospitalcoromoto@gmail.com. Todo lo referente a la correspondencia, incluidos la opinión de los árbitros, los requerimientos producto de la revisión del trabajo y la notificación de la decisión del Comité Editorial, será realizado por correo electrónico.

Deberán ser trabajos inéditos, su aceptación por la Revista implica que el manuscrito no ha sido publicado, ni está en proceso de publicación en otra revista, parcial o totalmente. Junto con el manuscrito, debe enviarse completamente llena la Declaración de Responsabilidad de autoría, donde se manifieste el deseo de publicación en la revista, que se trata de un trabajo inédito, que no ha sido publicado, ni está en proceso de publicación de manera parcial o total en otra revista. Este documento debe ser firmado por todos los autores, quienes deben haber revisado y aprobado el original enviado; si alguno de ellos presenta dificultades para llenar y firmar dicho formulario, deberá enviar una comunicación escrita vía correo electrónico (revhospitalcoromoto@gmail.com) al Editor de la Revista. No se aceptarán modificaciones en el nombre de los autores (exclusión e inclusión) una vez que haya sido entregado el artículo al Comité Editorial de la Revista. El orden de aparición debe ser una decisión conjunta del grupo y debe aparecer aparte, la dirección electrónica del autor de correspondencia. La Revista al aceptar su publicación no se hace responsable por el contenido expresado en el trabajo publicado.

Los autores del trabajo deben haber participado activamente en la ejecución del mismo. La autoría debe estar basada en: 1) Contribución sustancial a la concepción y diseño del estudio, obtención de datos o su análisis e interpretación; 2) Revisión crítica del artículo y 3) Aprobación de la versión final a ser publicada. La obtención de fondos, la colección de datos o la supervisión del grupo de investigación, por sí solos, no justifican la autoría. Aquellos miembros del grupo que no cumplan con los criterios para ser autores, deben ser mencionados, con su permiso, en la sección de "Agradecimientos". Para una consulta más amplia de las normas de autoría revisar los "Requisitos Uniformes para los Manuscritos Sometidos a Revistas Biomédicas", revisión 2016, establecidos por el ICMJE (www.icmje.org).

Aquellos manuscritos que no se acojan a las condiciones indicadas, o que por su contenido no constituyan una contribución científica original o un avance técnico relevante, serán devueltos al autor.

Corrección y Arbitraje

Para este proceso se usará la vía electrónica. Todos los originales serán sometidos en principio a la consideración del Comité Editorial de la Revista, el cual decidirá si deben ser enviados a arbitraje, o devueltos al autor por no cumplir las normas editoriales o no tener la calidad suficiente. El arbitraje de Tra-

bajos Originales y Reportes de Casos será realizado por tres expertos en el área objeto de investigación y solo por uno en el caso de las Revisiones. Dichos árbitros tendrán un plazo de quince días continuos para enviar su respuesta. Si las opiniones de dos árbitros coinciden, el Comité Editorial podrá tomar una decisión; en caso de discrepancia, esperará la opinión del tercer árbitro. Si la situación lo amerita, se podrá solicitar opinión a otro experto.

Los nombres de los árbitros, así como los de los autores del trabajo, serán estrictamente confidenciales. Los autores recibirán, tanto en el caso de modificaciones como en el de rechazo, las opiniones completas respecto al trabajo por parte del editor. Solo en casos excepcionales, el Comité Editorial podrá modificar la presentación de dichas opiniones. El plazo para responder a las recomendaciones de los árbitros, tendrá un máximo de quince días continuos, pasados los cuales, el trabajo será rechazado o readmitido como nuevo.

Una vez los autores conozcan las sugerencias y correcciones a efectuar, deben realizarlas y enviar nuevamente el manuscrito corregido en el lapso establecido, el cual es revisado nuevamente por los árbitros para confirmar las modificaciones y emitir su conformidad o desacuerdo con la publicación del trabajo. Con base en la respuesta de los árbitros en la segunda revisión, el Comité Editorial toma la decisión de publicar o no el manuscrito. Finalmente, el autor recibe la carta de aceptación o rechazo del trabajo y en el caso de ser aceptado, recibirá posteriormente las galeras o pruebas de páginas para su corrección antes de la publicación final.

Declaración de privacidad

Los nombres y las direcciones de correo electrónico mostrados en la Revista se usarán exclusivamente para los fines establecidos en ella, es decir para fomentar la comunicación entre los autores y los miembros de la comunidad científica del área, de ninguna manera se proporcionará esta información a terceros o para su uso con otros fines.

Derechos de autoría (Copyright) y Licencia

La Revista Científica del Hospital Coromoto no retiene los derechos sobre las obras publicadas y los contenidos son responsabilidad exclusiva de los autores, quienes conservan sus derechos morales, intelectuales, de privacidad y publicidad.

El aval sobre la intervención de la obra (revisión, corrección de estilo, traducción, diagramación) y su posterior divulgación se otorga mediante una licencia de uso y no a través de una cesión de derechos, lo que representa que la Revista Científica del Hospital Coromoto se exime de cualquier responsabilidad que se pueda derivar de una mala práctica ética por parte de los autores.

Normas editoriales

El trabajo debe ser escrito en papel tamaño carta (21,5 x 28 cm), dejando un margen de 3cm en los cuatro bordes. Todas las páginas deben ser numeradas en el ángulo superior derecho, empezando por la página del título. El espaciado a 1,5 líneas; con tamaño de letra 12 pt, Arial y justificado. Las figuras que muestren imágenes (radiografías, histología, etc.) deben entregarse en formato JPG a 300dpi o más. Cada autor clasificará su manuscrito en una de las siguientes categorías:

Se deben utilizar directrices internacionales para la elaboración del documento ya que ayuda a describir el estudio con detalle suficiente para poder ser evaluado por los editores, revisores, lectores y otros investigadores. Dependiendo del tipo de estudio se deben utilizar las directrices internacionales que se mencionan a continuación:

- “Artículo original”, el cual describe un aporte científico importante.
- “Comunicación Breve” (nota clínica, terapéutica o técnica) descripciones breves que se refieren a hallazgos originales o importantes modificaciones de técnicas ya descritas.
- “Revisión narrativa o sistémica” (cualitativa o cuantitativa), hacen un análisis y comentan la literatura reciente
- “Casos clínicos”, analizan uno o varios casos representativos y con base en ellos se logran posibles aportes.

- “Carta al Editor” puede ser de dos tipos: a. Un comentario sobre artículos publicados previamente en la Revista y debe citar referencias publicadas que soporten su argumento o b. Reportes nuevos que no se adaptan a Artículos Originales ni a Notas.

Ordenamiento del manuscrito

El ordenamiento de cada trabajo en líneas generales será el siguiente:

1. La primera página del manuscrito o portada debe contener:

a) Título del trabajo; debe ser conciso pero informativo sobre el contenido central de la publicación con un máximo de 100 caracteres. En mayúsculas sostenidas, centrado y negritas, un título corto en es-pañol e inglés con un máximo de 60 caracteres y seguidamente la respectiva traducción del título al in-glés, en mayúscula, centrada y en cursiva.

b) El o los autores; identificándolos con su apellido paterno y nombre; si se desea utilizar ambos apelli-dos (paterno y materno), estos deben colocarse separados por un guion y seguidamente el nombre. Se recomienda a los autores escribir su nombre con un formato constante, en todas sus publicaciones en Revistas indexadas. Para separar los diferentes autores del trabajo se debe utilizar punto y coma “;”. El primer autor de la lista será considerado para los efectos de la revista como el autor responsable o prin-cipal.

Luego del nombre de cada autor (sin usar títulos profesionales), seguidos por superíndices de núme-ros consecutivos, se debe colocar el nombre de la o las Secciones, Departamentos, Servicios e Institucio-nes a las que perteneció dicho autor durante la ejecución del trabajo. La descripción debe ser lo más de-tallada posible, indicando todos los departamentos de adscripción desde el área específica de trabajo hasta la organización o institución. Se deben escribir los nombres institucionales completos, no está per-mitido utilizar abreviaturas y se debe colocar el nombre de la ciudad, estado y país donde se encuentra la institución. Por último, el autor con quien se establece la correspondencia, debe proporcionar una di-rección de correo electrónico.

Título del trabajo: Alteraciones morfológicas en médula ósea de pacientes con el VIH y citopenias

Título en inglés: *Morphological alterations in bone marrow of patients with the HIV and cytopenias*

Título corto en español: Alteraciones morfológicas en médula ósea por el VIH

Título corto en inglés: *Alterations morphological in bone marrow of patients with the HIV*

María Virginia Fuenmayor^{1*}; Rafael Villalobos²

¹Servicio de Hematología. Servicio Autónomo Hospital Universitario de Maracaibo ²Consulta de VIH-SIDA. Servicio Autónomo Hospital Universitario de Maracaibo <https://orcid.org/0000-0001-9317-2669>

*Autor de correspondencia: María Fuenmayor.

e-mail: m_fuenmayor@hotmail.com

2. Secciones o apartados de los manuscritos

Los Trabajos Originales, estarán divididos en: Resumen en español e inglés (Abstract), Introducción, Material y Métodos o Pacientes y Métodos (si el trabajo se refiere a seres humanos), Resultados, Discu-sión, Agradecimientos y Referencias. La Revista no tiene una sección para Conclusiones, sino que estas deben formar parte del final de la Discusión.

a) Resumen y Abstract: debe establecer los objetivos, las observaciones originales y las conclusiones basadas en los resultados presentados. No debe contener referencias **ni ser estructurado** y no contener más de 250 palabras. Al final se debe incluir una pequeña conclusión. Se deben evitar las abreviaturas y si son necesarias, se deben definir en la primera mención. Los autores deben proponer de 3 a 6 “palabras clave” las cuales deben formar parte de la lista de Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS) propues-

ta por Centro Latinoamericano y del Caribe en Información de Ciencias de la Salud (BIREME), la Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud. La misma se encuentra disponible en línea mediante el siguiente enlace: <http://decs.bvs.br/E/homepagee.htm>, no se aceptarán palabras clave que no estén incluidas en dicha base de datos. El Abstract, es la traducción del resumen al inglés, si el autor no está capacitado en el idioma inglés, es importante que consulte a un especialista en lengua inglesa, antes de enviar los trabajos o resúmenes en ese idioma. Un trabajo puede ser devuelto, si requiere de muchas correcciones lingüísticas.

b) Introducción: especifica el objetivo del trabajo y resume las razones para su estudio u observación.

c) Material y Métodos o Pacientes y Métodos: este apartado corresponde a la descripción completa de elementos y procedimientos usados de manera tal que se pueden reproducir los resultados. Debe señalarse el tipo y diseño de la investigación, la población y muestra, información técnica o metodológica, recolección de información, análisis estadístico. En esta sección es imprescindible mencionar las consideraciones éticas y la aprobación por el comité de ética de la institución.

d) Resultados: debe ser presentado en tiempo pretérito, en una secuencia lógica en el texto, tablas y figuras. No debe repetirse la información que esté en las tablas y figuras. Solo se deben resaltar las observaciones importantes.

e) Discusión: debe hacer énfasis en los aspectos nuevos e importantes del estudio y relacionar los resultados obtenidos con los hallados en otras investigaciones. Debe contener las implicaciones de los nuevos hallazgos, sus limitaciones, las conclusiones y sugerir los delineamientos de futuras investigaciones.

f) Agradecimientos: Expresa su agradecimiento sólo a personas e instituciones que hicieron contribuciones sustantivas a su trabajo. Los autores son responsables por la mención de personas o instituciones a quienes los lectores podrían atribuir un apoyo a los resultados del trabajo y sus conclusiones.

g) Referencias bibliográficas: Todas las referencias deben estar en el texto con un número entre paréntesis y citadas por orden de aparición, según las normas internacionales "Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals 2000", <http://www.icmje.org>; es decir, primero apellido con la letra inicial en mayúscula e iniciales del nombre, también en mayúscula (sin puntos), de todos los autores.

h) Los nombres de todos los autores deben ir en **negritas** y separados entre sí, por comas. No se aceptarán los términos "y col." o "et al.". El título completo del trabajo tendrá mayúsculas solo al inicio y en los nombres propios. El título de la revista debe ser abreviado de acuerdo al **Index Medicus** (<http://www.nlm.nih.gov>), seguido del año de publicación; volumen: y primera y última páginas, separadas por un guión. No se aceptarán como referencias, observaciones no publicadas, comunicaciones personales o trabajos enviados a publicación; sin embargo, estos podrán aparecer citados entre paréntesis.

i) En el texto, numere las referencias en el orden de aparición. Identifíquelas mediante numerales arábigos, colocados entre paréntesis y en superíndice al final de la frase o párrafo en que se les nombre; si son dos o más, los números entre paréntesis deben separarse por comas "," y sin espacio; si son secuenciales se colocará el primero y el último número de la serie con guión intermedio "-"; si son secuenciales y no secuenciales, se indicarán en su orden, las no secuenciales separadas por coma y las secuenciales por guión.

Ejemplo:

Dos o más referencias no secuenciales: "...productores de la enfermedad (1,4,6,8). Por otra parte..."

Dos o más referencias secuenciales: "...productores de la enfermedad (15-18). Por otra parte..."

Dos o más referencias secuenciales y no secuenciales: "...productores de la enfermedad (1,4,6,15-17,21), Por otra parte..."

Cuando sea necesario utilizar el nombre del autor del trabajo, deberá colocarse el apellido del autor e inmediatamente entre paréntesis el número correspondiente a la referencia; cuando el trabajo posee dos autores, se deben colocar los apellidos de ambos autores separado por la conjunción “y” seguido del número de la referencia entre paréntesis. En el caso de que el trabajo posea más de dos autores se debe colocar el apellido del autor principal seguido de la frase “y col.” (en el texto). Las referencias que sean citadas únicamente en las tablas o en las leyendas de la figuras, deben numerarse en la secuencia que co-rresponda, siguiendo el mismo orden de numeración utilizado en el texto del trabajo.

Ejemplo:

Un solo autor: “...productores de diarreas (1,3,5,19). Por otra parte, Atencio (23) realizó un...”

Dos autores: “...productores de la enfermedad (2,4,6,20). Por otra parte, Villalobos y Bracho (20) desarrollaron un...”

Más de dos autores: “...productores de la enfermedad (3,7,9). Considerando que Gracias y col. (23) realizaron un...”

Si el autor es una organización, se coloca el nombre de la misma como referencia.

Ejemplos:

– Referencias de publicaciones periódicas:

Al Awad A, Chirinos J, Baena S, Pírela C, Brea A, Yajure M. Hepatectomía laparoscópica en tumor sólido benigno. Informe de un caso clínico. *Cirugía y cirujanos* 2009; 77 (3): 223-227.

– Referencias de libros:

Palanivelu C. El arte de la cirugía laparoscópica. Tomo 1. Venezuela: Amolca; 2011, p 53-56.

– Capítulos de libros:

Selander G. Associative strategies. In: **Burrage M, Torstendahl R,** editors. *Professions in theory and history. Rethinking the study of the professions.* London: Sage; 1990. p. 139-50.

– Memorias de Congresos:

Devonish N, Villasmil N, Castillo A, Ortiz N, Leal J. Anestesia general balanceada para separación quirúrgica de siamesas onfalópagas (Resumen). Memorias del III Congreso XII Jornadas Científicas “Dres. Eli-gio Nucette y Lilia Meléndez de Nucette”, 2008. Maracaibo, Venezuela. P 214.

– Tesis:

Demarchi P. Hipertensión portal correlación: Hallazgos ecográficos en escala de grises vs espectro Doppler y Doppler color (Tesis Especialista en Imágenes). Maracaibo, Zulia. Universidad Bolivariana de Venezuela.

– Revista en formato electrónico:

Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. *Emerg Infect Dis* [serial online] 1995 Jan-Mar [cited 1996 Jun 5]; 1(1): [24 screens]. Available from: URL: <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm>.

Las **Revisiones** deben estar escritas, preferentemente por especialistas en el campo objeto de las mis-mas y contener las contribuciones del autor, ya sea en las referencias o con una discusión del tema revisado. No se aceptarán revisiones que consistan meramente de una descripción bibliográfica, sin incluir un análisis. El cuerpo de las revisiones es libre, aunque es conveniente subdividirlo en secciones.

Los **Reportes de Casos** deben consistir en la presentación de casos clínicos poco frecuentes en la práctica médica. Deben incluir la descripción del caso y una discusión con el apoyo bibliográfico correspondiente.

Las **Cartas al Editor**, deben ser comentarios a publicaciones recientes en la revista y en lo posible, no deben exceder dos páginas, incluidas las referencias.

Todos los estudios con humanos deben incluir, en la descripción del Material utilizado, la aprobación por parte del Comité de Ética de la institución donde se realizó la investigación y seguir los delineamientos de la Declaración de Helsinki de 1975, revisada en 1983 y el consentimiento de los individuos o números de Historia de los Hospitales y no se aceptarán fotografías del rostro del paciente sin su consentimiento escrito.

Aquellos estudios que involucren animales, también deben seguir el Código de Ética correspondiente, que cumpla con los estándares internacionales establecidos para el uso, cuidado y tratamiento humano de los animales de laboratorio.

3. Tablas, figuras y fotografías

Las tablas, figuras y fotografías se deben presentar cada una en archivos separados, con las debidas indicaciones

a) **Tablas.** Contienen información concisa y la muestran de manera eficiente entre filas y columnas, deben estar referidas en el texto con números arábigos y en orden consecutivo de cita en el texto, además debe contener un título descriptivo corto y adecuado, escrito en mayúsculas y centrado. Las columnas no deben separarse con líneas. Las notas referentes a lo expresado en el cuerpo de la tabla, deben ser escritas al pie de la misma, precedidas de los símbolos correspondientes. La letra y el tamaño, deben ser uniformes. La Revista no acepta la expresión "Fuentes de información", cuando se refiere a resultados presentados en el mismo artículo, solo si provienen de otro material. Si el artículo está escrito en español, los números decimales se deben separar con una coma y si está escrito en inglés, con un punto.

b) **Figuras.** Para las figuras deben seguirse los siguientes puntos generales:

- Cada figura debe ser enviada en un archivo separado, en el programa donde fue generada (por ejemplo GraphPad Prism ®)
- El número de la figura debe ser arábigo y estar de acuerdo con la secuencia en el texto.
- Asegurarse que el tipo de letra y el tamaño, sean uniformes.
- Utilizar solamente los formatos, Arial, Courier, Symbol o Times.
- Las imágenes deben ser de un tamaño apropiado al solicitado para la versión impresa.
- Las leyes de las figuras se deben enviar por separado, con suficiente información para no tener que recurrir al texto.

c) **Fotografías.** Pueden ser en blanco y negro o en color. Deben tener un contraste adecuado para su reproducción y estar en formato TIFF, con las siguientes condiciones: las fotografías en color o en gradaciones de gris, deben tener un mínimo de 300 dpi, las de figuras y gráficos un mínimo de 600 dpi y la combinación de ambas de 500 dpi. En el caso de las microfotografías electrónicas, debe extremarse el cuidado de la nitidez de los hallazgos reportados y señalarlos por medio de símbolos. También se debe indicar el aumento utilizado.

Las leyendas no deben estar incorporadas a la fotografía y deben presentarse en página aparte, en forma lo suficientemente explicativa, sin tener que acudir al texto. La Revista no aceptará fotografías a color para ser impresas en blanco y negro.



NORMAS DE ARBITRAJE

Revista Científica del Hospital Coromoto

Los originales serán sometidos a un proceso de evaluación que permitirán garantizar tanto la calidad científica del trabajo como el cumplimiento de los principios éticos y de transferencia en investigación propuestos por el Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) www.icmje.org. El arbitraje será a doble ciego, es decir, los autores no conocerán la identidad de los árbitros y viceversa. La evaluación será externa y se seleccionarán árbitros expertos que no pertenezcan a la institución de adscripción del autor o los autores.

El proceso de evaluación comprende varias etapas

1. Recepción del manuscrito por parte del comité editorial de la revista, el cual determinará si se encuentra dentro del ámbito de publicación de la Revista y si cumple con los criterios científicos establecidos, de originalidad o relevancia exigidos. De no cumplir con estos requisitos el trabajo será rechazado, de cumplirlos será considerado para arbitraje. El comité editorial también evaluará si se adapta al estilo y formato de la Revista. Las sugerencias, correcciones y recomendaciones serán enviadas a los autores para que las realicen, luego los autores reenviarán el trabajo a la Revista. La fecha de recepción del manuscrito será la fecha de la primera entrega y no de la segunda.

2. Una vez recibido el trabajo modificado por los autores, el comité editorial verificará los cambios y seleccionará los árbitros expertos de acuerdo a la calidad científica y contenido del trabajo.

3. En este punto los árbitros emitirán un veredicto de aceptación o no del trabajo y bajo qué condiciones se realizará la aceptación para publicación. Si es favorable continuará el proceso editorial del trabajo y se enviarán a los autores las sugerencias de los árbitros, para que las realice en un plazo no mayor de 15 días continuos.

4. Los autores enviarán el trabajo corregido a la redacción de la Revista, con una comunicación indicando los cambios efectuados en el mismo, así como en el caso de no estar de acuerdo con alguna de las sugerencias, una justificación del por qué no se realizó el cambio. Cuando se envíe la versión corregida a la revista, los cambios efectuados al manuscrito deben estar resaltados con letras en color rojo. Correo para el envío: revhospitalcoromoto@gmail.com

5. El manuscrito corregido se enviará nuevamente a los árbitros para que estos confirmen las modificaciones y justificación de los cambios no realizados. Los árbitros emitirán su conformidad o desacuerdo con los autores en las modificaciones o justificaciones de los cambios no realizados. Ellos decidirán si el trabajo es publicado.

6. Posteriormente los autores recibirán la carta de aceptación o rechazo del trabajo. En el caso de ser aceptado, una vez finalizado el proceso de edición y montaje, se enviarán a los autores las galeras o pruebas de impresión del trabajo para su corrección antes de la publicación final. El trabajo definitivo será publicado en el mes de Enero a Junio en su primera Edición (1) y de Julio a Diciembre en su segunda Edición (2), dependiendo si pertenece al 1 ó 2 respectivamente.

Proceso de Arbitraje

El Editor o el Coeditor al verificar que el manuscrito cumple con todas las normas y requisitos, envía este al Comité Editorial para seleccionar tres (3) árbitros entre los asesores Científicos de la Revista, los mismos serán expertos en el área del trabajo, su función será analizar y evaluar desde el punto de vista científico el trabajo. Si entre los asesores científicos no existen profesionales que por su especialidad puedan cumplir con el arbitraje, serán seleccionados profesionales nacionales o internacionales que reúnan las condiciones necesarias para cumplir con esta labor.

Una vez seleccionado el árbitro, se le enviará una comunicación con el título y resumen del trabajo, consultándole la posibilidad de realizar o no el proceso de arbitraje. Si la respuesta es negativa se seleccionará un nuevo árbitro; en caso de respuesta afirmativa se procederá al envío de la solicitud de arbitraje.

La solicitud incluye una comunicación formal solicitando el arbitraje del manuscrito y copia para ser sometido a evaluación sin los datos del autor y los autores, las instrucciones a los autores y un formato de evaluación para registrar sus impresiones sobre el manuscrito. Los árbitros tendrán un plazo de 30 días continuos a la fecha de envío y confirmado su llegada, de no dar respuesta al Comité Editorial, se asignará la evaluación a otro árbitro de la misma área temática. Los árbitros no conocerán la identidad del o los autores del trabajo científico que analizará, igualmente los autores no conocerán la identidad de los árbitros evaluadores.

Instrumento de Evaluación de los Trabajos

Los árbitros emitirán su informe en el formato de evaluación, el cual será conservado en los archivos de la revista. Este formato de Evaluación permite conocer la adecuación de los siguientes aspectos: título, resumen, abstract, introducción, materiales y métodos, resultados, discusión, conclusiones, referencias bibliográficas, tablas y figuras: finalmente el árbitro emite un veredicto indicando si el trabajo es publicado sin modificaciones.

Publicable con modificaciones o no publicable, el sitio web de la revista
Correo electrónico: revhospitalcoromoto@gmail.com

Decisión

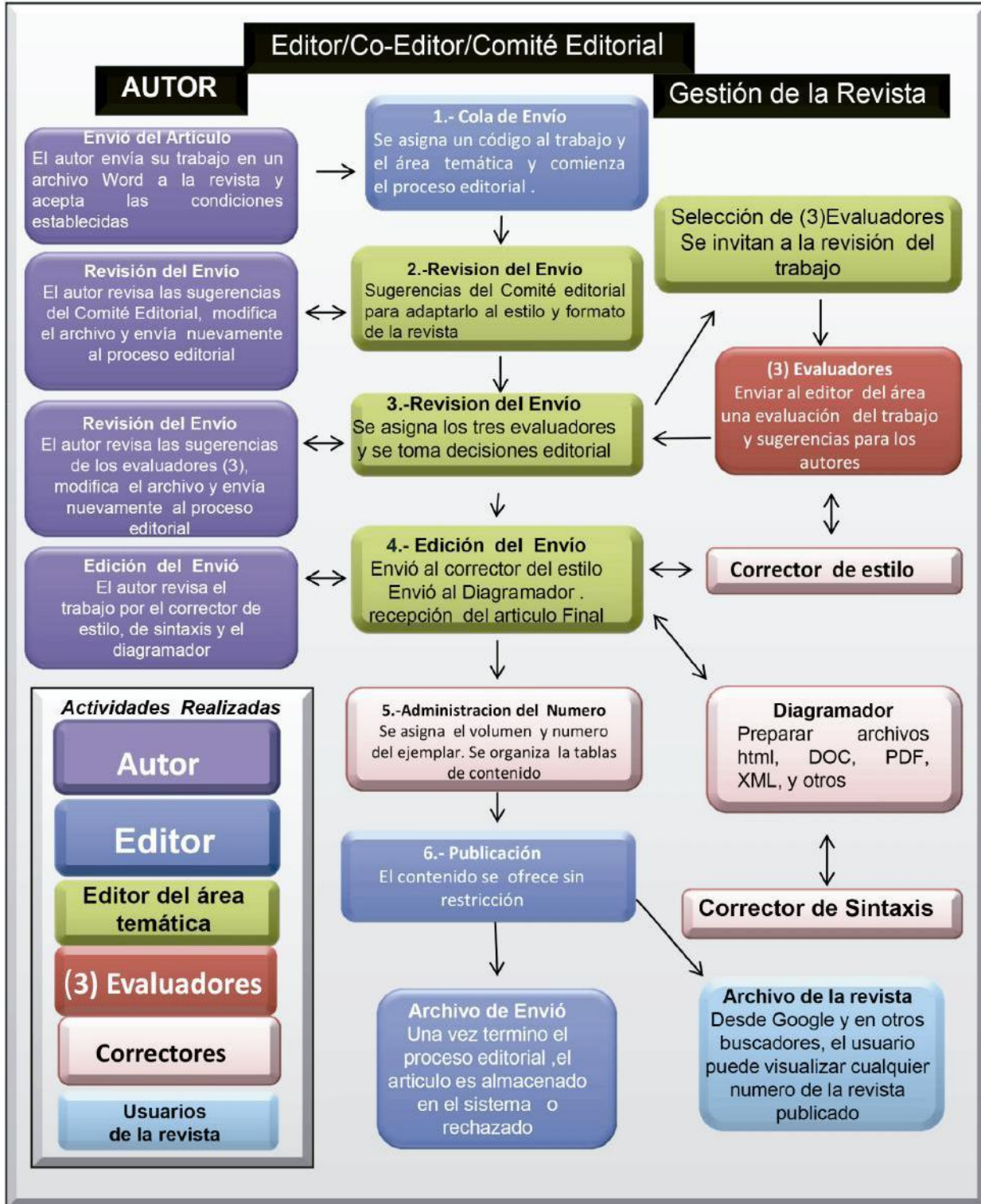
Si el veredicto de al menos dos de los árbitros es favorable el trabajo será aceptado para publicación. Si el veredicto de al menos dos de los tres árbitros es desfavorable el trabajo será rechazado.

En caso de que el veredicto o informe de los árbitros sea favorable para la publicación del trabajo sin modificaciones, el mismo será aceptado y publicado. Si el veredicto es favorable para publicación con modificaciones, una vez realizadas las modificaciones sugeridas, el trabajo será aceptado y publicado.

Lo no previsto en estas Normas será resuelto por el Comité Editorial

El Editor

Diagrama del proceso editorial, arbitraje y evaluación de trabajos de la Revista Científica Hospital Coromoto



Revista Científica
Hospital Coromoto



Revista Científica Hospital Coromoto

Vol. 10 N° 2 Julio - Diciembre 2021

Contenido

EDITORIAL. LA DESHUMANIZACION EN LA MEDICINA <i>Tania María Bravo González</i>	7
VALORACIÓN PRE ANESTÉSICA EN PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍAS DE ALTO RIESGO.HOSPITAL COROMOTO Preanesthetic Assessment in Patients Submitted to High Risk Surgeries. Coromoto Hospital <i>Anabel Agudelo Suescun, Jaime Contreras, Jackeline Escalona</i>	9
VIRUS DE PAPILOMA HUMANO (VHP) COMO FACTOR DE RIESGO EN PACIENTES CON CÁNCER DE CUELLO UTERINO EN EL CENTRO ONCOLÓGICO GÉNESIS PETIT Human Papilloma Virus (Hpv) As a Risk Factor in Patients with Cervical Cancer at the Génesis Petit Oncology Center <i>Janerys Montalvo, Nayelys Almarza, Adriana García</i>	19
CONDICIONES DE SALUD Y PERCEPCION DE SALUD POR DOCENTES DE UNA UNIVERSIDAD PÚBLICA Health Conditions and Perception of Health by Teachers of a Public University <i>Majory Esmeralda Ibarra García, Liliana Raquel Rojas González, Hortencia Manuelita Solórzano, Edita Mariana Santos Zambrano, Julia Teresa Espinel García</i>	29
APLICACIÓN DEL CUIDADO HUMANO DE ENFERMERÍA A PACIENTES CON ENFERMEDAD ONCOHEMATOLÓGICA Application of Human Nursing Care to Patients with Oncohematological Disease <i>Ana Raquel Graterol Mendoza, Melvis Vizcaino, Eva Mendoza</i>	40
CARTA AL EDITOR	49
VENTANA CIENTÍFICA	51
INSTRUCCIONES A LOS AUTORES	55



PDV SERVICIOS DE SALUD, S.A.

