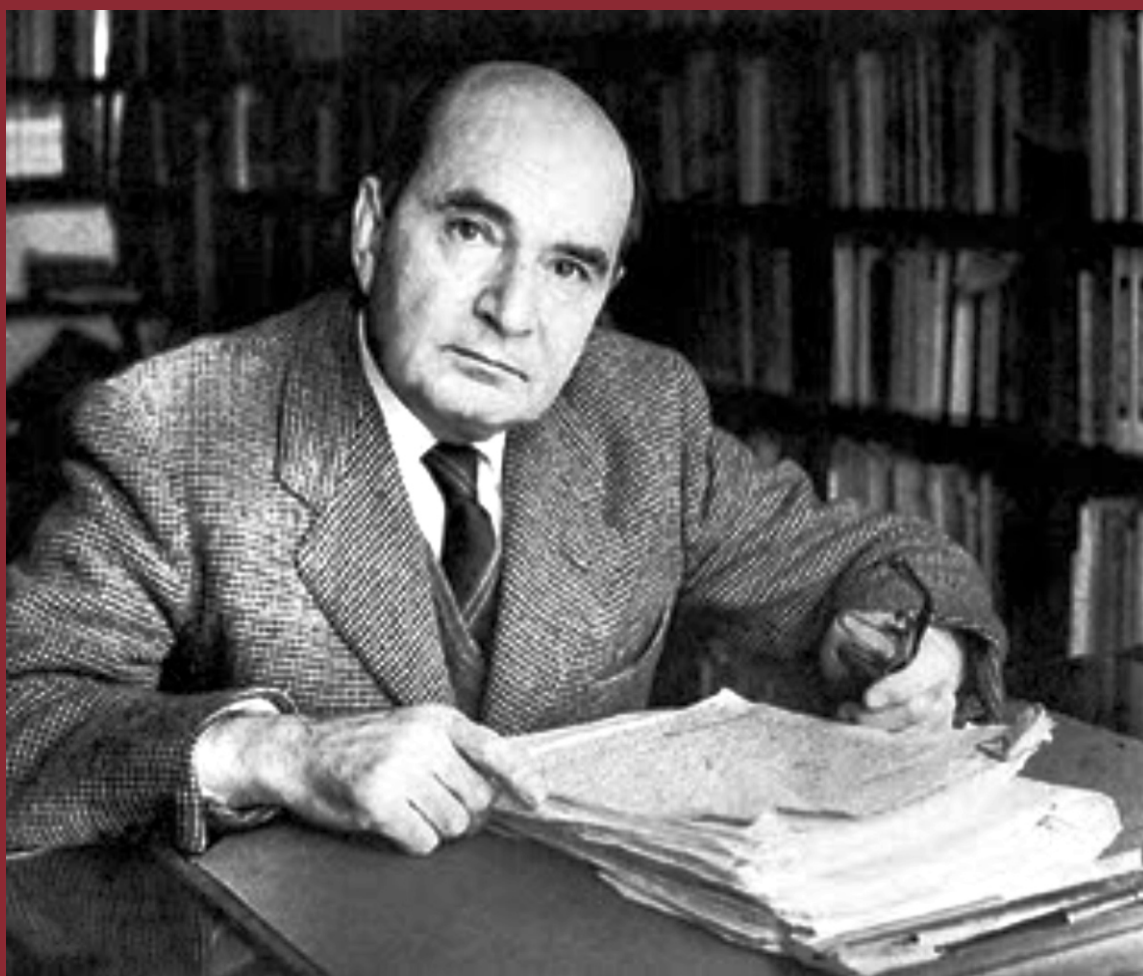




ISSN 2077-0014

VOL. 5 N° 2  
JULIO - DICIEMBRE 2011



# REVISTA MÉDICA BASADRINA

Facultad de Ciencias de la Salud

Tacna, Perú

**UNIVERSIDAD NACIONAL  
JORGE BASADRE GROHMANN  
TACNA-PERÚ**

**AUTORIDADES UNIVERSITARIAS**

**RECTOR  
DR. MIGUEL ANGEL LARREA CÉSPEDES**

**VICERECTOR ACADÉMICO  
DR. WALTER IBÁRCENA FERNÁNDEZ**

**VICERECTOR ADMINISTRATIVO  
MSc. CÉSAR RIVASPLATA CABANILLAS**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**DECANA  
DRA. NORA VELA DE CÓRDOVA**

**SECRETARIA ACADÉMICA-ADMINISTRATIVA  
MGR. MARÍA LOURDES VARGAS SALCEDO**

**DIRECTORES DE ESCUELA**

**DR. CLAUDIO RAMÍREZ ATENCIO  
DIRECTOR DE LA E.A.P. DE MEDICINA HUMANA**

**MGR. JOSÉ CALLE MUNÁRRIZ  
DIRECTOR DE LA E.A.P. DE FARMACIA Y BIOQUÍMICA**

**MGR. MARÍA PORRAS ROQUE  
DIRECTORA DE LA E.A.P. DE ENFERMERÍA**

**CD. CARLOS VALDIVIA SILVA  
DIRECTOR DE LA E.A.P. DE ODONTOLOGÍA**

**MGR. NÉRIDA PÉREZ CABANILLAS  
DIRECTORA DE LA E.A.P. DE OBSTETRICIA**

**CENTRO DE INVESTIGACIÓN DE LA FACS**

**DR. MANUEL TICONA RENDON  
DR. OSCAR CÁCERES MOSCOSO  
DR. RICARDO ORTIZ FAUCHEUX  
DR. LUIS ALBERTO ALARICO COHAILA  
DRA. RINNA PILCO VELASQUEZ  
MGR. WENDER CONDORI CHIPANA**

**PRESIDENTE  
E. MEDICINA HUMANA  
E. FARMACIA Y BIOQUÍMICA  
E. ODONTOLOGIA  
E. OBSTETRICIA  
E. ENFERMERIA**



# REVISTA MÉDICA BASADRINA

Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional Jorge Basadre de Tacna

ISSN 2077-0014

VOLUMEN 5

NUMERO 2

JULIO - DICIEMBRE 2011

## DIRECTOR

Dr. Manuel Ticona Rendón  
Médico Pediatra - Neonatólogo  
Profesor Principal de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann

## COMITÉ EDITOR

Dr. Oscar Cáceres Moscoso  
Dr. Ricardo Ortiz Faucheux  
Dr. Alejandro Vela Quico  
Mgr. C.D. Paola Hurtado Mazeyra  
Dra. Diana Huanco Apaza  
Dr. Víctor Arias Santana

Universidad Nacional Jorge Basadre de Tacna  
Universidad Nacional Jorge Basadre de Tacna  
Universidad Nacional San Agustín de Arequipa  
Universidad Católica Santa María de Arequipa  
Hospital Regional Hipólito Unánue de Tacna  
Universidad Privada de Tacna

## COMITÉ CONSULTOR EXTERNO

Dr. Rodrigo Álvarez Cambras  
Medico Traumatologo-Ortopedista  
Profesor Académico Titular, Investigador de Merito, Universidad Médica Cubana  
Dr. Percy Pacora Portella  
Medico Gineco-Obstetra  
Profesor Asociado, Universidad Nacional Mayor de San Marcos Lima-Perú  
Dr. Ciro Maguiña Vargas  
Médico Infectologo-Tropicalista, Dermatólogo  
Profesor Principal, Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima-Perú  
Director de la Revista Acta Medica Peruana  
Dr. José Pacheco Romero  
Medico Gineco-Obstetra  
Profesor Principal de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima-Perú  
Director de la Revista Ginecología y Obstetricia del Perú  
Presidente y Editor de la Revista Anales de la Facultad de Medicina de la UNMSM

Dr. Ernesto Miyares Díaz  
Medico Dermatólogo  
Universidad La Habana Cuba  
Dra. María Mercedes Gil campos  
Medico Pediatra-Nutricionista  
Docente del Hospital Universitario Reyna Sofia, Córdoba-España  
Dr. José Juárez Eizaguirre  
Quimico-Farmacéutico  
Profesor Principal de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima-Perú  
Dr. Juan Pablo Alarcón Mena  
Cirujano Dentista  
Especialista en Implantología Oral  
Presidente del Centro Investigación Latinoamericana de Implantes (SILAI)  
Dr. Miguel Oliveros Donohue  
Médico Pediatra-Neonatólogo  
Profesor Principal, Universidad Nacional Mayor de San Marcos Lima-Perú

### Dirección:

Av. Miraflores s/n - Ciudad Universitaria-Tacna, Perú.  
Telefono: 58 3000 Anexo 2296-2297/Casilla Postal 316  
Telefax: 052 583000 -2296

### Reserva de Derechos:

Prohibida la reproducción total o parcial de los artículos publicados en esta revista.

### Descargos de Responsabilidades:

El Contenido de cada artículo es de responsabilidad exclusiva del autor o autores y no compromete la opinión de la revista

### Frecuencia:

Semestral

### Distribución:

Gratuita

### Impresión

GRÁFICA MACIGRAF  
Telf. 424559 - Tacna

### Correspondencia:

facs@principal.unjbg.edu.pe  
manuelticonar@yahoo.es

### Diseño y Diagramación

Tec. Jorge E. Pérez Vilca  
952918801

---

# CONTENIDO

<b>EDITORIAL</b>	03
<b>ARTICULOS ORIGINALES</b>	
Conocimientos y percepción de las madres de familia y profesores acerca de las vacunas aplicadas en campañas de vacunación en las instituciones educativas del nivel secundario cercado de Tacna 2008 <i>Yanela Elizabeth Paredes Espejo</i>	04
Control de calidad microbiológico, identificando presencia de coliformes fecales en la leche fresca recepcionada por las i.e. del programa del Pronaa - Tacna en el 2010 <i>Juan Carlos Efraín Cervantes Zegarra, Orlando Agustín Rivera Benavente</i>	06
Violencia psicológica intrafamiliar y el proceso de internalización de conductas agresivas en niños y adolescentes <i>Oscar Cáceres Moscoso</i>	08
Edad de presentación de la menopausia y nivel de conocimiento sobre climaterio y menopausia en mujeres climatéricas atendidas en el centro de salud de Alto de la Alianza del 2008 al 2011 <i>Claudio Ramírez Atencio</i>	11
Peso al nacer en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna 2001 a 2010 <i>Manuel Ticona Rendón, Diana Huanco Apaza, Maricarmen Ticona Vildoso</i>	16
<b>REPORTE DE CASOS</b>	
Implante inmediato <i>Carlos Enrique Valdivia Silva</i>	20
Cardiomiopatía hipertrofica <i>Ronald Víctor Soto Acero</i>	26
<b>ARTICULO DE REVISIÓN</b>	
El paradigma sociomédico: un reto para la enseñanza de la anatomía humana en el Perú <i>Abelardo Rodríguez Menéndez, Efrén R. Liendo Liendo, Pedro Casiano Rodas Alejos</i>	29
<b>NORMAS DE PUBLICACIÓN</b>	32

---

## LAS REVISTAS MÉDICAS: LA IMPORTANCIA DEL ARBITRAJE EDITORIAL

---

La difusión del conocimiento es un aspecto fundamental para el progreso, el desarrollo humano y la mejoría de las condiciones de salud y de vida; por ende, en las tareas de enseñanza así como de investigación, la publicación es un componente importante, es más, la investigación no sería completa si no se publicaran los resultados. La publicación científica vista de esta manera, es por lo tanto, uno de los principales productos de la investigación y de la actividad científica.

Cuando se habla de "publicación científica" suele referirse al mundo de las revistas científicas. Estas tienen ciertas características que no es momento de detallarlas, pero una de ellas es que están respaldadas por cuerpos editoriales que mediante el proceso denominado arbitraje editorial o revisión científica "garantizan" estándares mínimos de calidad de lo que se publica en sus páginas.

El autor suele mirar su artículo como algo único, quizá excepcional, que es la culminación de numerosos esfuerzos. El editor-director, por el contrario, evalúa cada manuscrito como uno de tantos a los que se puede dar cabida en el marco que representa la cobertura de su revista. De esta manera, en el orden editorial, el arbitraje es un proceso clave.

El término arbitraje se deriva del inglés "peer-review" y se refiere al proceso de revisión o evaluación de los trabajos de investigación por expertos en el campo objeto del estudio. Este sistema se ha convertido en el procedimiento estándar para determinar los artículos que deben ser publicados en las revistas biomédicas, en la mayor parte de países.

El árbitro es un asesor del director o editor de una revista científica. Su función es aconsejar al director, no decidir por él, si un manuscrito es apropiado para ser publicado o no.

El árbitro deberá analizar la importancia del tema estudiado; la originalidad y validez del trabajo; el diseño y la metodología del estudio; relevancia de la discusión; la solidez de las interpretaciones y conclusiones; la organización interna del manuscrito; la calidad de la forma: buena sintaxis, párrafos coherentes, ausencia de faltas gramaticales, etc. y la adecuación del resumen. Entonces entendemos por árbitro al que evalúa globalmente el contenido de un artículo científico.

Visto así, idealmente el árbitro debe ser un experto reconocido en la materia en los manuscritos que revisa pues para poder juzgar el trabajo de sus colegas debe ser un verdadero par de ellos. Por consiguiente, es imprescindible que conozca muy bien su especialidad y esté al día en ella, condiciones que generalmente cumple quien es profesor, investigador o profesional activo y tiene experiencia en la publicación de trabajos científicos de calidad.

Según Bishop, "la respuesta a esta pregunta es un resonante ¡sí! Todos los directores, y la mayoría de los autores, dirán que sería difícil encontrar algún trabajo publicado que no haya mejorado, a menudo considerablemente, como consecuencia de las enmiendas sugeridas por los árbitros".

Entonces está claro que los árbitros ayudan a los directores, editores y a los autores a alcanzar y mantener en alto grado de calidad editorial, rigor intelectual e integridad de la publicación científica.

Finalmente podemos decir – como lo dicen M. Pullido – que la conversión de un estudio científico en un texto apto para la publicación requiere, por parte de los árbitros, una visión perspicaz para captar los detalles y emitir un juicio comprensivo, y por parte de los editores, el constante celo y salvaguarda de los estándares de la revista, a través de una actitud íntegra, honesta y desinteresada. La cooperación de editor y árbitros proporciona al autor una protección indiscutible frente a omisiones, faltas y errores, que de otra forma no se proporcionan al autor una protección indiscutible frente a omisiones, faltas y errores, que de otra forma no se hubiera podido detectar. En conclusión es un proceso que beneficia a todos.

Director de la Revista

## CONOCIMIENTOS Y PERCEPCIÓN DE LAS MADRES DE FAMILIA Y PROFESORES ACERCA DE LAS VACUNAS APLICADAS EN CAMPAÑAS DE VACUNACIÓN EN LAS INSTITUCIONES EDUCATIVAS DEL NIVEL SECUNDARIO CERCADO DE TACNA 2008

Yanela Elizabeth Paredes Espejo<sup>1</sup>

### RESUMEN

**Objetivo:** Determinar los conocimientos y la percepción de las madres de familia y profesores acerca de las vacunas aplicadas en campañas de vacunación en las instituciones educativas del nivel secundario del cercado de Tacna. **Material y Métodos:** La metodología utilizada fue aplicar un cuestionario a un total de 337 madres de familia y 97 profesores de las diferentes Instituciones Educativas. Siendo el diseño del presente estudio descriptivo, transversal. **Resultados:** La mayoría de las madres el 68,54 % desconoce el contenido de las vacunas. Así mismo el 66,77 % y el 82,47 % de madres de familia y profesores respectivamente están de acuerdo con la vacunación según percepción de los grupos de estudio.

**Palabras claves:** Vacunación, Conocimientos, Percepción, Salud Pública.

### ABSTRACT

**Objective:** To determine knowledge and perception of mothers and teachers about the vaccines used in vaccination campaigns in secondary educational institutions in the near Tacna. **Material and methods:** The methodology applied was a questionnaire to a total of 337 mothers and 97 teachers from different educational institutions. The design of the present study is descriptive, transverse. **Result:** that most of the mothers the 68,54 % do not know the content of vaccines. Likewise, the 66,77 % and 82,47 % of mothers and teachers respectively agree with the vaccination as perception of the study groups.

**Key words:** Vaccination, Knowledge, Perceptions, Public Health

### INTRODUCCION

Hoy en día cuando se han logrado grandes adelantos en las ciencias médicas, el hombre no ha logrado encontrar las estrategias para proteger en un 100% a la población de los grandes flagelos que han afectado a la sociedad, como son las enfermedades inmunoprevenibles. (1)

La falta de administración de inmunizaciones es consecuencia de la falta de educación y acceso a los servicios de salud; siendo uno de los problemas principales la falta de colaboración de los padres para la administración de las vacunas. (2)

La educación en salud es un elemento necesario para el cambio de conducta en las personas. La información que posee la población en general acerca de las vacunas, así como si está de acuerdo o no de su administración influyen enormemente en el éxito o fracaso de las estrategias utilizadas para mejorar la cobertura de vacunación.

La percepción es importante simplemente porque el comportamiento de la gente está basado en la percepción de lo que es la realidad. (3)

### MATERIAL Y MÉTODOS

Ámbito de Estudio: I.E. Jorge Martorell Flores, I.E. José Rosa Ara, I.E. Carlos Armando Laura, I.E. Modesto Basadre, I.E. San José Fe y Alegría, I.E. San Francisco de Asís. Unidades de Estudio: a) Madre, b) Profesor: Nombrado.

Muestreo: Considerando las seis I.E. con 97 docentes y 2749 alumnos. Se calculó en base a la fórmula de Cochran, obteniéndose como muestra 337 madres.

### RESULTADOS

**TABLA 1.** Conocimientos de las madres sobre contenido de las vacunas

CONTENIDO	Nº	%
No sabe	148	43,92
Metales	39	11,57
Sustancias que previenen enfermedades	106	31,46
Sustancias dañinas	8	2,37
Fármacos que curan enfermedades	27	8,01
Vitaminas	9	2,67
<b>Total</b>	<b>337</b>	<b>100,00</b>

**TABLA 2.** Percepción y razones de las madres hacia la vacunación

PERCEPCIÓN Y RAZONES	Nº	%
<b>DE ACUERDO</b>	<b>225</b>	<b>66,77</b>
- Previene enfermedades	184	
- Cura las enfermedades	37	
- Personal de salud recomienda	4	
<b>EN DESACUERDO</b>	<b>59</b>	<b>17,51</b>
- Daña la salud	26	
- Desconfianza, dudas	22	
- No tienen información	5	
- Por contenido de mercurio	6	
<b>NO SABE</b>	<b>53</b>	<b>15,72</b>
<b>Total</b>	<b>337</b>	<b>100,00</b>

<sup>1</sup> Químico Farmacéutico, Docente de la E.A.P. Farmacia y Bioquímica - UNJBG

**TABLA 3.** Conocimientos de los profesores sobre contenido de las vacunas

CONTENIDO	N°	%
No Sabe	21	21,65
Medicamentos	6	6,19
Anticuerpos, defensas de enfermedades	26	26,80
Virus atenuados	32	32,99
Metales	10	10,31
Antibióticos	2	2,06
<b>Total</b>	<b>97</b>	<b>100,00</b>

## DISCUSIÓN

Al respecto del conocimiento de los profesores sobre el contenido de las vacunas el 32,99 % indica que las vacunas contienen virus atenuados. Por otro lado se observa que del total de madres entrevistadas el 68,54 % desconocen lo que contienen las vacunas.

Asimismo el 66,77 % de las madres están de acuerdo en que vacunen a sus hijos escolares y las razones principales que dan refieren que las vacunas previenen o curan enfermedades. Lo anterior se explicaría como reflejo de la confianza relativa que tiene la población sobre el sector público de salud (MINSA) y la influencia de una intensa campaña contra algunas vacunas que se desarrollan los últimos años en el Perú

Las vacunas seguirán siendo uno de los medios más

económicos de prevenir la enfermedad y evitar elevados costos de tratamiento, contribuyendo así a una vida productiva para toda la población de un país y brindando con ello una mejor oportunidad para romper el círculo vicioso de enfermedad pobreza. (4)

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Dirección Regional de Salud Tacna, Dirección Ejecutiva de Salud de las Personas, Campaña de Vacunación para la eliminación de la Rubéola y el Síndrome de Rubéola Congénita-SRC, 2006.
2. RPP Noticias, consulta 08 de Abril del 2008.
3. HAMUI Alicia, HaikoNellen, Percepciones Sociales de la Neumonía y la Vacuna Antineumocócica en el adulto, Centro Médico ABC - División de Educación e Investigación, México 2009, disponible en la worldwide net <http://www.medigraphic.com/pdfs/abc/bc-2009/bc091e.pdf>, consulta 25/06/10.
4. Programa Ampliado de inmunizaciones (PAI), Boletín Informativo Vol. XXIV, Número 6, 2002.
5. VELA Quico Alejandro, La Investigación Científica, 2da. Edición revisada, Arequipa setiembre 2007.

## CORRESPONDENCIA:

**Yanela Elizabeth Paredes Espejo**

**Telf. 968666161**

Recibido: 02/09//2011

Aceptado: 03/11/2011

## CONTROL DE CALIDAD MICROBIOLÓGICO, IDENTIFICANDO PRESENCIA DE COLIFORMES FECALES EN LA LECHE FRESCA RECEPCIONADA POR LAS I.E. DEL PROGRAMA DEL PRONAA - TACNA 2010

Juan Carlos Efraín Cervantes Zegarra<sup>1</sup>, Orlando Agustín Rivera Benavente<sup>2</sup>

### RESUMEN

**Introducción:** El estudio se basa en un análisis microbiológico en la leche entregada a las Instituciones Educativas beneficiadas del programa vaso de leche del PRONAA en la ciudad de Tacna. **Objetivo:** Identificar la presencia de coliformes fecales en leche fresca entregada a las I.E. a través del programa del PRONAA. **Material y Métodos:** Investigación de tipo descriptivo observacional de corte transversal en las 22 I.E. Los análisis se realizaron en el Laboratorio del Minsa y en la Escuela de Farmacia de la UNJBG. Se realizaron análisis de Coliformes totales, fecales y densidad para determinar la adulteración. **Resultados:** Los resultados obtenidos de 23-100 UFC/mL demostraron que existe presencia de coliformes fecales en todas las muestras de leche. **Conclusión:** De este modo se comprobó la deficiencia en el control sanitario de la leche fresca que se otorga a las I.E. **Palabras clave:** Coliformes fecales, PRONAA, leche fresca

### ABSTRACT

**Introduction:** The study was based on microbiological analysis of milk delivered to the Educational Institutions Program benefit PRONAA glass of milk in the city of Tacna. **Objective:** Identify the presence of fecal coliforms in fresh milk delivered to the IE through PRONAA program. **Material and methods:** This research is a descriptive cross-sectional observational in 22 IE Analyses were performed at the Laboratory of the MoH and the School of Pharmacy UNJBG. Analyses were conducted for total coliforms, fecal and density to determine the adulteration. **Results:** The results of 23-100 CFU / mL showed that there is presence of fecal coliforms in all samples of milk. **Conclusion:** De este modo se comprobó la deficiencia en el control sanitario de la leche fresca que se otorga a las I.E. **Key words:** Fecal coliforms, PRONAA, fresh milk.

### INTRODUCCIÓN

La leche constituye un excelente medio de cultivo y de protección para determinados organismos, sobre todo para las bacterias mesófilas, y dentro de ésta, las patógenas, cuya multiplicación depende principalmente de la temperatura y de la presencia de otros microorganismos competitivos o de sus metabolitos(1). No sólo las bacterias de la leche pueden ser fuente única de contaminación, también lo son las que se encuentran en los equipos, utensilios, en el aire, el polvo, el heno, etc.(2) Muchas de las bacterias presentes en la leche cruda, pueden multiplicarse en forma apreciable, salvo que el producto se congele, pero a 4.4 °C e incluso a temperatura más bajas, su crecimiento continúa, aunque en forma más lenta(3). Por lo expuesto y teniendo en cuenta el consumo habitual de leche fresca por parte de la población Escolar beneficiadas del programa del Pronaa Tacna, son razones por las cuales la determinación de la presencia de coliformes fecales, y otros, es necesario para detectar el riesgo potencial de contaminación que existe. Así mismo, los datos obtenidos en el presente estudio servirán para establecer las bases de la evaluación del riesgo asociado.

### MATERIAL Y MÉTODOS

Investigación de tipo descriptivo observacional de corte transversal en las 22 I.E. Los análisis se realizaron en el Laboratorio del Minsa y en la Escuela de Farmacia de la UNJBG. Se realizó un muestreo por semana en las diferentes I.E. y las muestras de leche fueron recolectadas en un volumen aproximado de 500 ml en cajas isotérmicas a 4°C. Se realizaron análisis según el

Bacteriological Analytical Manual de la FDA sobre Coliformes totales, fecales y densidad para determinar la adulteración.

### RESULTADOS

Se determinó la procedencia de la leche que es destinada a las 22 I.E. y la cantidad de muestras a recolectar por zona. (Tabla 1). El 59% de la leche fresca que se consume es procedente de la zona de la Yarada (Gráfico 1).

Se realizó análisis fisicoquímico de densidad de la leche y se determinó que el 73% de las muestras no cumplen con la densidad establecida según NTP. (Gráfico 2)

El 82,80% de las personas que preparan el alimento, no presentan buenos hábitos de higiene ya sea por su aspecto personal como por la carencia de vestimenta apropiada, lo cual es importante debido a que puede ser un medio de contaminación. (Tabla 2)

Después de realizar las pruebas microbiológicas de la leche fresca, en el 100% de los cultivos hubo desarrollo de Coliformes. (Tabla 3)

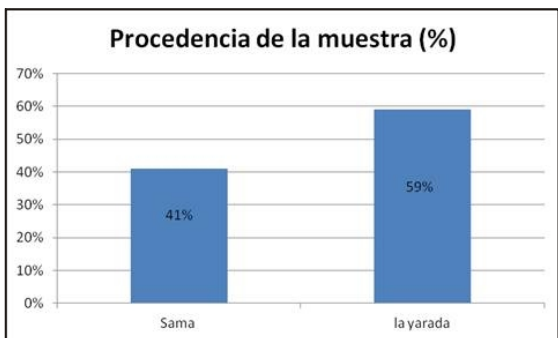
**Tabla 1.** Procedencia de la leche fresca de vaca

I.E.	PROCEDENCIA	Nro
I.E. "ENRIQUE PAILLARDELLI"	La Yarada	1
I.E. "CORONEL BOLOGNESI"	La Yarada	3
I.E. "MIGUEL PRO"	Valle de Sama	3
	La Yarada	2
I.E. "MARISCAL CACERES"	Valle de Sama	2
	La Yarada	2
I.E. "MANUEL ODRIA"	Valle de Sama	1
	La Yarada	2
I.E. "MANUEL DE MENDIBURU"	Valle de Sama	3
I.E. FRANCISCO ANTONIO DE ZELA"	La Yarada	3
<b>TOTAL</b>		<b>22</b>

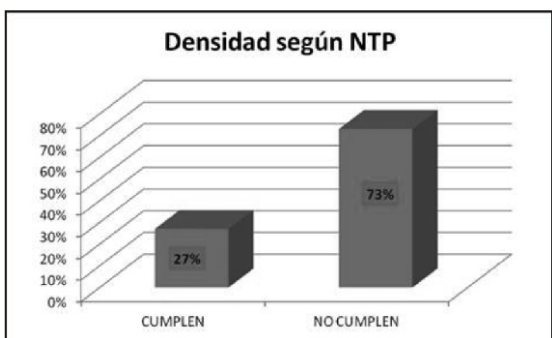
<sup>1</sup>Químico Farmacéutico. Profesor auxiliar nombrado ATC de la Universidad Jorge Basadre Grohmann de Tacna

<sup>2</sup>Químico Farmacéutico. Profesor auxiliar nombrado ATC de la Universidad Jorge Basadre Grohmann de Tacna





**Figura 1.** Zona de procedencia de la leche fresca de vaca



**Figura 2.** Muestras que cumplen con densidad de acuerdo a INDECOPI (NTP 202.001)

**Tabla 2.** Hábitos de higiene de la persona que prepara el alimento

HABITOS	PORCENTAJE (%)
BUENOS	17.20
MALOS	82.80
<b>TOTAL</b>	<b>100</b>

**Tabla 3.** Resultados para Coliformes en las muestras analizadas

I.E.	M1	M2	M3	M4	M5
I.E. "ENRIQUE PAILLARDELLI"	+				
I.E. "CORONEL BOLOGNESI"	+	+	+		
I.E. "MIGUEL PRO"	+	+	+	+	+
I.E. "MARISCAL CACERES"	+	+	+	+	
I.E. "MANUEL A. ODRIA"	+	+	+		
I.E. "MANUEL DE MENDIBURU"	+	+	+		
I.E. FRANCISCO ANTONIO DE ZELA"	+	+	+		

**DISCUSIÓN**

Al realizar la presente investigación se observó la deficiencia en el control sanitario de la leche fresca que se reparte a las I.E. beneficiadas del programa

vaso de leche del Pronaa Tacna. Dentro del control fisicoquímico se consideró la determinación de acidez como indicador indirecto de la presencia de microorganismos que fermentan la lactosa y dan lugar a la alteración de este alimento. Así según los resultados observados en la Figura 2, el 73% no cumple con este requisito físico químico debido a que las muestras analizadas presentaron en su mayoría valores bajos de densidad. A diferencia del trabajo presentado por Maricielo Albarracín Bohórquez en el 2004(4) en los centros de abastos del Distrito de Gregorio Albarracín Tacna quien encontró un 60.4% de las muestras que no cumplieron con este requisito. La mayor parte de los alimentos se convierten, potencialmente peligrosos para el consumidor cuando no cumplen, los principios de higiene, limpieza y desinfección. (ICMSF, 10993)(5). Los análisis microbiológicos demostraron que existe contaminación bacteriana de coliformes totales y fecales que a pesar de no exceder los límites dados por MINSA, no nos garantiza que pueda considerar un producto de calidad ya que la multiplicación de las colonias puede producirse y las condiciones son adecuadas y más aún cuando el consumo del producto se realiza en forma directa sin previa pasteurización. (6)

Se concluye que de acuerdo a los resultados obtenidos de 23-100 UFC/mL demostraron que existe presencia de coliformes fecales en las muestras de leche pero no excede los límites máximos establecidos por la Norma Sanitaria e Inocuidad de la leche y productos lácteos MINSA.

**REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. ALINA RATTO, M, Control Microbiológico de la leche y Productos Lácteos Métodos Recomendados. 1ra Edic. Perú (1982).
2. CABALLERO A, y col. Evaluación de la vigilancia microbiológica de alimentos que se venden en las calles. Rev Cubana Aliment Nutr 1998; 12 (1): 7
3. LUDENA F, Caracterización fisicoquímica y microbiológica de la leche de cabra y su conservación mediante la activación del sistema lactoperoxidasa. Mosaico Científico 3(1) 2006
4. ALBARRACION BOHORQUES M, Vigilancia Sanitaria de Leche Cruda de Expendio Ambulatoria en los Centros de Abastos de la Ciudad de Tacna. Trabajo Informe para Título Profesional . Tacna: Universidad Jorge Basadre Grohmann: 2004
5. ICMSF (The International Comisión on Microbiological Specifications For Foods) Microorganismos de los alimentos. Técnicas de análisis microbiológicos. Vol I Edit Acriba 2da Edic. España.2001
6. INDECOPI (Instituto de la competencia y de la Protección de la propiedad Intelectual Norma Técnica Peruana N° 202.011:1986; 202.083:1990;202.001: 1998 , Perú

**CORRESPONDENCIA:**

Juan Carlos Efraín Cervantes Zegarra  
jcervantes@hotmail.com

Recibido: 30/11//2011

Aceptado: 16/12/2011

## VIOLENCIA PSICOLÓGICA INTRAFAMILIAR Y EL PROCESO DE INTERNALIZACIÓN DE CONDUCTAS AGRESIVAS EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

Oscar Cáceres Moscoso<sup>1</sup>

### RESUMEN

**Objetivo:** explicar desde el campo de la salud mental, el comportamiento de violencia psicológica intrafamiliar y su relación con el proceso de internalización de conductas agresivas en niños y adolescentes. **Material y métodos:** La presente investigación de naturaleza cualitativa y con una concepción teórica y filosófica de la psicología sociocultural, Como procedimiento metodológico se utilizó la técnica de discusión focalizada, con grupos de niños y adolescentes, con participación de personal testigo, y material de registro escrito y grabaciones para el recojo de datos. **Resultados:** Los niños y adolescente consideran que la violencia psicológica intrafamiliar atenta contra su salud e integridad personal. Los padres se violentan a través del uso abusivo del poder, expresando posibles frustraciones. La violencia psicológica mayormente es recepcionada por gritos, amenazas, chantajes y humillaciones, y esto se interioriza en la estructura mental como estados psico-emocionales de cólera, temor y rencor, generando una distorsión de significados afectivo-emocionales, que explican la manifestación de comportamientos de rebeldía y extrema agresividad en el menor. **Palabras claves;** violencia psicológica intrafamiliar, proceso de internalización psíquica, conducta agresiva.

### ABSTRACT

*The present research of qualitative nature and a theoretical and philosophical conception of sociocultural psychology, aims, explain from the field of mental health, psychological violence behavior and its relationship to the process of internalization of aggressive behaviors in children and adolescents. Methodological procedure used the technique of discussion focused, with groups of children and adolescents, with the participation of personal witness, material yield of written record and recordings for the collection of data. Conclusions have, to children and adolescents believe that attentive domestic psychological violence against their health and personal integrity. The parents violate through abuse of power, expressing possible frustrations. Psychological violence is mostly received by shouting, threats, blackmail and humiliation, and this internalizing mental structure as psycho-emotional States of anger, fear and resentment, creating a distortion of afectivo-emocionales meanings, which explains the manifestation of behaviors of rebelliousness and extreme aggressiveness in minor.*

**Keywords:** psychological violence, psychological internalization, aggressive conduct process.

### INTRODUCCIÓN

Hoy en día, la violencia intrafamiliar en el Perú se constituye en un serio problema social y de salud pública que se viene incrementando, lo que motiva a realizar estudios de investigación desde el campo de la psicología. Tacna no es ajena a esta realidad, donde muchas denuncias y publicaciones están plagadas de delitos de violencia contra el menor. Al respecto, el "Centro de Emergencia Mujer", en Tacna, publica la escalofriante cifra de 18,642 denuncias por violencia intrafamiliar, registradas solo de enero a junio del 2008, esto es en seis meses, en 89 de estos Centros de Emergencia que operan a nivel nacional, señalando además, que existen indicios que esta cifra se viene incrementando día a día, lo que nos hace ver que la violencia intrafamiliar es un problema realmente alarmante.

Las investigaciones psicológicas de tipo cualitativas, hoy en día se constituyen en un excelente medio para conocer la problemática de la violencia intrafamiliar dentro de contextos específicos, teniendo en cuenta la realidad en la que se manifiesta y sus repercusiones concretas, especialmente en la salud mental del menor, lo que nos proporciona una valiosa información para poder realizar distintos estudios y plantear propuestas preventivas y de intervención psicoterapéutica.

Los estudios realizados sobre violencia intrafamiliar, han permitido desterrar el mito de que éste sea un problema raro, que ocurra sólo en algunas familias especialmente pobres, o el de considerar a la violencia intrafamiliar como el producto de trastornos psicopatológicos de parte de los sujetos que la ejercen.

La psicología actual como ciencia de la salud, nos señala que este tipo de violencia al interior de la familia, es una modalidad, que posee autonomía e independencia en cuanto a su ocurrencia y su afectación, especialmente en los niños y adolescentes. Se indica que en la violencia física y sexual al menor, la ocurrencia de la afectación psicológica no sólo es inevitable, sino que puede alcanzar una intensidad mucho mayor y de mayores consecuencias para la salud que el propio maltrato físico y sexual".

De allí la justificación del presente estudio que tiene una relevancia intelectual y práctica. Intelectual, por que nos permite acrecentar nuestros conocimientos de una realidad concreta que interesa a las ciencias de la salud; y práctica, por que nos permite asimilar elementos de juicio para una posible intervención y prevención de la violencia psicológica, que afecta a los niños y adolescentes dentro de una familia.

Cuando los niños y adolescentes están expuestos a vivir en un ambiente familiar violento, pueden aprender a ver el mundo como si ésta lacra social fuese "normal", como si los roles de agresor y agredido, necesariamente deban manifestarse en la interrelación de los miembros que conforman una familia, una sociedad.

<sup>1</sup> Doctor en Psicología. Doctor en Salud Pública. Magíster en Docencia Universitaria. Profesor Principal de la Facultad de Ciencias de la Salud UNJBG.

Muchos de nuestros niños y adolescentes aprendan a legitimar la violencia como un comportamiento natural y hasta necesario para poder vivir, con imposiciones por fuerza, con maltratos y agresiones violentas, que muchas veces llegan a humillaciones funestas, generándoles mucho sufrimiento y problemas de personalidad.

La violencia psicológica que ocurre al interior de determinadas familias, crea un clima de permanente tensión y conflicto, disminuyendo las posibilidades de establecer relaciones saludables entre sus miembros, y por supuesto una situación de influencia desfavorable en el desarrollo integral de los niños y adolescentes.

## MATERIAL Y METODOS

Por su naturaleza, la presente investigación es de tipo cualitativa, cuyo abordaje se realizó a través de un diseño sistemático narrativo de discusión focalizada, con el método de codificación inductiva, categorizada por dominios de interés en el recojo de datos, y cuyo principal criterio de validez es la confirmación de parte de la propia fuente.

El trabajo de investigación tuvo lugar en la Facultad de Ciencias Médicas de la UNJBG, y los sujetos de estudio conformantes de los grupos focalizados de niños y adolescentes pertenecientes a la IE Jorge Martorell Flores de Tacna, fueron seleccionados a través de informantes clave, con el antecedente de haber sufrido violencia psicológica por parte de sus padres. Por lo que la muestra fue seleccionada de manera intencional con el criterio de participación y consentimiento voluntario. Cada grupo estuvo conformado por ocho miembros, dos grupos de niños de 10 y 12 años, y dos de adolescentes de 15 y 17 años, con criterios de inclusión respecto a edad, sexo, instrucción, procedencia y haber sufrido violencia psicológica intrafamiliar. Como características de la muestra se señala la riqueza de la información, informantes críticos y confirmadores de primera fuente.

## RESULTADOS

De acuerdo a los resultados obtenidos en el recojo de datos, tanto en los grupos focales de niños como en los de adolescentes, se observa coincidencia, al concebir que la violencia psicológica al interior de la familia es practicada mayormente por el padre, quien haciendo un uso abusivo de autoridad y poder, maltrata psicológicamente a sus hijos. Asimismo, coinciden en señalar que un padre violento y descontrolado, expresa frustración especialmente de orden laboral o el haber experimentado posiblemente, este mismo trato violento cuando fue niño. Tanto niños como adolescentes indican, que la violencia psicológica intrafamiliar es recepcionada por ellos, a través de gritos, insultos, amenazas y chantajes permanentes por parte del padre. Sin embargo se observan diferencias en cuanto al proceso de internalización de conductas agresivas, ya que los integrantes de grupos de niños señalan que ellos mayormente internalizan miedo y desconcierto frente al comportamiento violento de sus padres; en cambio, los integrantes de los grupos de adolescentes afirman que mayormente

internalizan cólera y rencor, sintiéndose incomprendidos. Tanto niños como adolescentes consideran que el comportamiento de violencia psicológica de sus padres influyen en todos los aspectos de su vida, afectándolos en su salud y bienestar en general; y consideran que ellos también pueden volverse violentos o por el contrario sumisos.

## DISCUSIÓN

Tratando de explicar el significado de los resultados obtenidos en la presente investigación, podemos afirmar que tanto los niños como adolescentes que conformaron la muestra de estudio, nos señalan que la práctica de la violencia psicológica intrafamiliar guarda relación con el descontrol emocional y abuso del poder de autoridad que ejerce muchos padres en contra de sus hijos. Estos niños y adolescentes perciben que sus padres los maltratan psicológicamente, por que de manera equivocada piensan que deben corregir a sus hijos por cualquier medio, incluyendo la violencia. La receptividad es el proceso subjetivo de inicio de una experiencia vivida y aprendida por tanto los niños y adolescentes que recepcionan violencia a través de gritos, insultos, amenazas, chantajes u otras humillaciones de parte de sus padres, se ven afectados en su estado psicoemocional en particular y en el desarrollo de su personalidad en general, es decir en su bienestar general o salud integral.

Los insultos y gritos alteran la actividad psíquica del menor, tensionándolo y menoscabando su autoestima que es la base para el afianzamiento y seguridad personal. De la misma forma, los chantajes, amenazas e intimidaciones al niño y adolescente por parte de los padres les generan mucho desconcierto y temor afectándolos en su desarrollo e integridad psicoemocional. Entonces, internalizar temor o miedo en el niño, es quebrantar su personalidad y sumirlo en un estado de angustia; y en el caso del adolescente, la cólera y el rencor puede estallar también en una conducta agresiva de rebeldía y posiblemente violenta frente a los demás. Es decir, los modelos de violencia psicológica intrafamiliar, van a ser que tanto niños como adolescentes, internalicen en su estructura mental, estos significados de violencia psicológica, que luego pueden expresarse en actos o conductas de agresividad frente a sí mismo y los demás.

## CONCLUSIONES

Niños y adolescente que participaron en los grupos de discusión focalizada, mostraron actitudes de rechazo a la violencia psicológica por parte de sus padres, considerando que esta es perjudicial para su salud e integridad personal.

Niños y adolescentes consideraron que los padres que practican la violencia psicológica con sus hijos, lo hacen a través del uso abusivo del poder de autoridad, expresando asimismo, posibles frustraciones y modelos de violencia que ellos también de niños lo sufrieron.

Niños y adolescentes manifestaron que la violencia psicológica intrafamiliar, mayormente es recepcionada a través de gritos, amenazas, chantajes y humillaciones de sus padres, y estos se convierten en significados de violencia psicológica que se interiorizan en la estructura mental del menor como estados psico-emocionales de

temor y desconcierto en los niños, y cólera y rencor en los adolescentes.

Niños y adolescentes nos hacen ver, que los significados de violencia psicológica, primero se manifiestan en un plano de conflicto interpersonal familiar, para luego, por un proceso de internalización subjetiva, transformarse y manifestarse en un plano intrapersonal propia de la estructura mental del menor en desarrollo, lo que explica las diversas reacciones que presentan tanto niños como adolescentes frente a la violencia psicológica de sus padres.

De acuerdo a lo manifestado por los grupos de discusión focal de niños y adolescentes, se infiere que sí existe una relación de influencia de la violencia psicológica intrafamiliar de parte de los padres, en el proceso de internalización de significados de conducta violenta que hace que el menor aprenda a ser agresivo y violento.

Niños y adolescentes de ambos grupos focales, nos hacen ver, que un proceso permanente de interiorización de significados de violencia psicológica intrafamiliar, afecta y pone en riesgo la salud mental y formación de la personalidad del menor.

#### RECOMENDACIONES

1. Se continúen haciendo trabajos de investigación, sobre las diversas formas de violencia que afectan al niño y adolescente, para encontrar formas efectivas de intervención y prevención familiar y poblacional.
2. Que a través de acciones interdisciplinarias, en el campo de la salud y la educación, se desarrollen propuestas de intervención y prevención efectivas, frente a la violencia psicológica intrafamiliar y otras formas de violencia que afectan a niños y adolescentes.

#### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Wertsch, James. Vigotsky y la formación social de la mente. Tercera Edición. Ed. Paidós. España. 1995.
2. Engels, Federico. El origen de la familia, la propiedad privada y el estado. Ed. Cultura. Edición Española. 2006.
3. Academia Aduni. Psicología. Evolución histórica de la familia. Ed. Lumbreras. Lima, Perú. 2001.
4. Género y salud pública. Publicada por la Organización Panamericana de la Salud. 2001.
5. Rubinstein, J. L. Principios de psicología general. Ed. Grijalbo. México. 1996.
6. Smirnov y otros. Psicología. Ed. Grijalbo. México. 1995.
7. Vigotsky, L. S. Obras escogidas, Tomo I. El método instrumental en psicología. Ed. Visor. Madrid, España. 1997.
8. Bandura, Albert. Citado por Good y brophy. Psicología educativa contemporánea. Ed. Mc Graw Hill. México. 1997.
9. Luria, Alexander. Citado por Wertsch, James. 1995. Vigotsky y la formación social de la mente. 1979.
10. Vigotsky L. S. El desarrollo de los procesos psicológicos superiores. Ed Grijalbo. Barcelona, España. 1995.
11. Baquero, Ricardo. Vigotsky y el aprendizaje escolar. Psicología cognitiva y educación. Ed. AIQUE. Argentina. 1997.
12. Papalia y wendkos. Desarrollo humano. Cuarta Edición. Ed. Mc Graw Hill. Colombia. 1994.
13. Papalia y wendkos. Psicología del desarrollo. 7ma Edición. Ed. Mc Graw Hill. Colombia. 1997.
14. Vigotsky L. S. Psicología infantil. Obras escogidas. Tomo IV. Ed VISOR. Madrid, España. 1996.
15. Vigotsky L. S. Dinámica y estructura de la personalidad del adolescente. Obras escogidas. Tomo IV. Ed VISOR. Madrid. 1996.
16. Vigotsky L. S. El problema del desarrollo de las funciones psíquicas superiores. Obras escogidas. Tomo III. Ed. VISOR. Madrid. 1995.

#### CORRESPONDENCIA:

**Oscar Cáceres Moscoso**  
**oscarcaceres06@hotmail.com**

Recibido: 07/11//2011

Aceptado: 12/12/2011

## EDAD DE PRESENTACIÓN DE LA MENOPAUSIA Y NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE CLIMATERIO Y MENOPAUSIA EN MUJERES CLIMATÉRICAS ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD DE ALTO DE LA ALIANZA DEL 2008 AL 2011

Claudio Ramirez Atencio<sup>1</sup>

### RESUMEN

**Objetivo:** Conocer edad de menopausia y nivel de conocimiento sobre menopausia y climaterio en mujeres climatéricas atendidas en el Centro de Salud Alto de la Alianza de Tacna. **Material y Métodos:** Se tomó una muestra de 356 mujeres climatéricas que se atendieron en el Centro de Salud Alto de la Alianza de Tacna, durante los años 2008 a 2011. Se realizó un cuestionario anónimo donde se midieron parámetros relacionados al nivel de conocimiento; clasificando los resultados como correcto y errado. **Resultados:** De las mujeres climatéricas evaluadas el 46.6% señaló que la etapa de menopausia se presentó entre los 46 – 50 años, 25% entre los 51 – 55 años, 19.4% entre los 41 – 45 años y 9% entre los 35 – 40 años. En cuanto al conocimiento sobre climaterio y menopausia el 94.3% conocen la definición de estos términos, 30.9% conoce los síntomas que tiene el climaterio, 52% conoce que se presentan con diferente intensidad. El 64.3% piensan que se presentan alteraciones psicológicas durante el climaterio, 68.5% señala que durante esta etapa se presenta autoestima baja. Referente al comportamiento sexual en el climaterio 49.4% piensa que cambia, sólo 22.8% indica que en esta etapa tiene riesgo de embarazarse, 19.9% menciona que debe usar un método de planificación familiar. El 68.8% señala que se debe aumentar el consumo de calcio en esta etapa, 17.4% indica que existe riesgo de presentar enfermedades cardiacas, osteoporosis y diabetes. En cuanto al tratamiento durante esta etapa 43.5% conoce la existencia de medicamentos para mejorar los síntomas del climaterio y el 27.5% opina que todas las mujeres en el climaterio deben usar la terapia de reemplazo hormonal. **Conclusión:** Las mujeres climatéricas en Alto de la Alianza tienen pobre nivel de conocimientos sobre menopausia y climaterio.

**Palabras clave:** Menopausia, Conocimiento sobre climaterio, Menopausia en mujeres climatéricas.

### ABSTRACT

**Objective:** Knowing age of menopause and knowledge level on menopause and climacteric in climacteric women assisted downtown of Health Alto of Alianza Tacna's. **Material and Methods:** For this study he/she took like sample to 356 women climatéricas that were assisted in the High Center of Health of the Alliance of Tacna, during the signal period. He/she was carried out an anonymous questionnaire in which parameters related to the level of knowledge were measured; classifying the results as correct and missed. **Results:** Of the women evaluated climatéricas 46.6% pointed out that the menopause stage was presented among the 46 - 50 years, 25% among the 51 - 55 years, 19.4% among the 41 - 45 years and 9% among the 35 - 40 years. As for the knowledge on the climaterio definition and menopause 94.3% knows the definition of these terms. With what concerns to the symptoms that he/she has the climaterio 30.9% of the evaluated women he/she knows which are these, and in relation to the intensity of presentation of the symptoms of the climaterio, 52% of the studied women knows that they are presented with different intensity. 64.3% of the women evaluated climatéricas thinks that psychological alterations are presented during the climaterio as well as 68.5% points out that during this stage low self-esteem is presented. With respect to the sexual behavior in the climaterio 49.4% of the women studied climatéricas thinks that it changes and 22.8% only indicates that the woman in this stage has risk of being embarrassed, 19.9% also mentions that it should use a method of family planning. 68.8% of these women points out that you should increase the consumption of calcium in this stage, while 17.4% indicates that risk exists of presenting cardiac illnesses, osteoporosis and diabetes. As for the treatment during this stage 43.5% knows the existence of medications to improve the symptoms of the climaterio and 27.5% of them he/she says that all the women in the climaterio should use the therapy of hormonal substitution. At the end of the work an intervention proposal is presented to help the personnel of health to have a support instrument to carry out the activities with the women that are in this stage of the life. **Conclusion:** The climacteric women up high they have softly knowledges level in menopause and climacteric of the Alto the Alianza.

**Keywords:** menopause, knowledge has more than enough climaterio, menopause in women climatérica

### INTRODUCCIÓN

El presente trabajo ha tenido como propósito determinar la edad de presentación de la menopausia y nivel de conocimiento sobre climaterio y menopausia en mujeres climatéricas atendidas en EL CENTRO DE SALUD DE ALTO DE LA ALIANZA DEL 2008 AL 2011, es así que con el propósito de investigar si la mujer Alto aliandista tiene el suficiente conocimiento para afrontar los cambios que acarrearán esta etapa y a la vez conocer la edad promedio de presentación de la menopausia razón de comenzar a trabajar con este grupo etario desde períodos tempranos y poder llegar a resultados que contribuyan a la salud sexual en la mujer climatérica-menopáusica dentro de la acción preventiva promocional del Ministerio de salud de Tacna.

Se realizó la siguiente investigación por que se conoce realmente poco acerca de la edad promedio de presentación del climaterio y el grado de conocimiento que tienen las mujeres sobre esta etapa de su vida, en alto de la alianza Tacna, sobre lo cual no ha habido investigaciones que trataran de este tema y es de interés nuestro con este trabajo hacer llegar este aporte para poder esclarecer estas grandes interrogantes epidemiológicas y poder abordar mejor esta etapa de la vida de la mujer.

Además no nos olvidemos que el fundamento en relación con el climaterio y la menopausia que en la vida de la mujer constituyen un hito importante que marca su existencia, así mismo como fin de su etapa reproductiva, establece nuevos retos y cambios desde todo punto de vista físico, mental, emocional y social. Según algunos trabajos realizados en otras localidades no existe relación estadísticamente significativa entre el grado de conocimiento y la edad de la mujer, pero sí con el nivel educacional de las mismas; del mismo modo refirieron alteraciones en su estilo de vida por la sintomatología propia del climaterio.

<sup>1</sup>Doctor en Salud Pública, Médico Cirujano y Abogado, Profesor Asociado de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann de Tacna.

El propósito máximo de este trabajo es que los resultados de este trabajo permitirán ver con que grado de conocimiento sobre el climaterio las mujeres llegan a esta etapa de su vida y como el personal de salud puede trabajar con ellas desde edades previas.

**MATERIAL Y MÉTODOS**

El presente estudio es una investigación observacional, prospectivo, transversal y descriptiva. También se trata de una investigación de campo, porque el trabajo se realizó con las mujeres que acuden regularmente a la consulta del Centro de Salud "Alto de la Alianza" de Tacna.

El nivel de la investigación es descriptivo ya que se pretende conocer cuál es el nivel de conocimiento que tienen las mujeres sobre el climaterio y la edad de presentación de la menopausia.

Se tomó una muestra de 356 mujeres climatéricas que se atendieron en el Centro de Salud Alto de la Alianza de Tacna, durante los años 2008 a 2011.

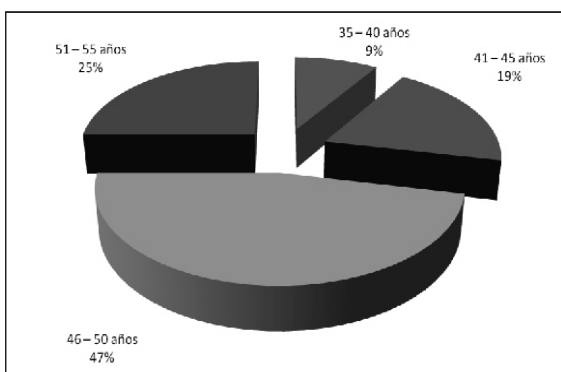
Se realizó un cuestionario anónimo donde se midieron parámetros relacionados al nivel de conocimiento; clasificando los resultados como correcto y errado.

Los resultados se presentaron en tablas y gráficos descriptivos con frecuencias absolutas y relativas.

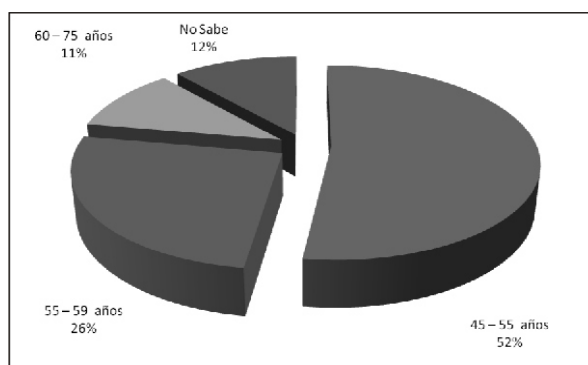
**RESULTADOS**

**Tabla 1.** Procedencia de las pacientes climatéricas evaluadas

Zona	Frecuencia	Porcentaje
Rural	36	10.1
Urbana	320	89.9
Total	356	100.0%



**Figura 1.** Edad a la que se presentó la menopausia en las pacientes evaluadas



**Figura 2.** Edad promedio en la que aparece el climaterio en las pacientes evaluadas

**Tabla 2.** Nivel de conocimientos sobre menopausia y climaterio en pacientes climatéricas evaluadas

NIVEL DE CONOCIMIENTO	Correcto	Errado	No sabe
Concepto de menopausia	44%	56%	0%
La extracción quirúrgica del útero puede llevar a la mujer a presentar el climaterio	42%	36%	22%
Síntomas que presentan en el climaterio	31%	38%	31%
Con frecuencia en el climaterio se presentan infecciones urinarias	39%	38%	23%
En el climaterio se pueden presentar con frecuencia alteraciones psicológicas	64%	8%	28%
Es frecuente que durante el climaterio la mujer presenta autoestima baja	69%	6%	25%
Como cambia el comportamiento sexual de la mujer en el climaterio	49%	17%	34%
Las mujeres en el climaterio deben usar algún método de planificación familiar	20%	46%	34%
Durante el climaterio hay mayor riesgo de presentar enfermedades	18%	48%	34%
La mujer durante el climaterio debe aumentar el consumo de calcio	69%	31%	0%
Conocimiento sobre el tratamiento durante el climaterio	32%	26%	42%
En el climaterio el uso de hormonas previene la pérdida de piezas dentales	28%	23%	49%
Existe una serie de medicamentos para mejorar los síntomas del climaterio	44%	11%	45%

**DISCUSIÓN**

El presente estudio se realizó a fin de obtener información sobre la edad de presentación de la menopausia y nivel de conocimiento sobre climaterio y menopausia que tienen las mujeres climatéricas atendidas en el Centro de Salud Alto de la Alianza de Tacna del 2008 al 2011.

Para obtener la información se les aplicó un cuestionario a las mujeres que cumplían con los criterios de inclusión quienes en un primer momento se mostraron un tanto incómodas pero después de explicarles el motivo accedieron sin problemas. Una vez obtenidos los datos se procedió a su tabulación y organización acorde con los indicadores que deseábamos medir, se calificó el cuestionario uno por uno. Terminado el proceso de tabulación, de las 356 mujeres que participaron en el estudio, se pudo observar lo siguiente:

El 100% de las mujeres climatéricas encuestadas el 89.9% procedían de la zona urbana y el 10.1% de la zona rural, esto debido a que el Centro de Salud Alto de la Alianza de Tacna del 2008 al 2011 se encuentra en un lugar estratégico en el cono norte, atiende pacientes de ciudad nueva, la esperanza y alto de la alianza. Referido al nivel de instrucción notamos que en general

el 98.3% de las mujeres climatéricas estudiadas tiene algún nivel de instrucción y un 1.7% no tiene instrucción para evaluar a estas mujeres se les leyó el cuestionario y las alternativas y ellas en forma verbal manifestaron sus respuestas.

Referido a si tienen pareja estable el 64.6% indicó que si la tienen y el 35.4% indicaron que la perdieron.

Cuando los síntomas de la menopausia comienzan a hacer su aparición en la escena, las alteraciones que se experimenta entorno a ésta, pueden llegar a ser de tal magnitud que para hacerles frente, además de seguir las indicaciones del especialista, es indispensable contar con la comprensión y la ayuda de la pareja.

Si cada uno de los problemas que a las mujeres se les presenten en este proceso se aborda adecuadamente, esta etapa puede llegar a convertirse en una oportunidad para afianzar los vínculos afectivos de la pareja. Al llegar al final de la etapa reproductiva, la mujer se vuelve más sensible, los bochornos la despiertan en medio de la noche, constantemente tienen ganas de ir al baño, otro motivo por lo cual las noches se vuelven interminables, están cansadas, más irritables y en general, sus capacidades habituales se ven disminuidas. Empiezan a darse cuenta que comienzan un nuevo ciclo y es natural que sientan temor e incertidumbre. Claramente es un panorama complicado, aunque algunos piensan, que la mujer en la menopausia tiene más experiencia y está más segura de sí misma. Entonces el hombre, podría aprovechar esta condición para afianzar el matrimonio, dejar atrás los años que tuvieron para dedicar a los hijos y gozar lo que viene para la pareja. Desde la perspectiva masculina, el hombre a los 50 años, por lo general, tiene mucha vitalidad, se encuentra en una etapa de plenitud, por lo tanto, no quisiera ver que su pareja tenga problemas, porque no los entiende. Por eso en primer lugar la gran ayuda para el matrimonio, consiste en creer que el climaterio es una etapa real. Sin embargo, nuestra población, para llegar a este estado de satisfacción, primeramente debe satisfacer sus necesidades primarias, las cuales en un país sub desarrollado como el nuestro son difícilmente satisfechas, por las características sociales, económicas y culturales de nuestra población.

Con respecto a la edad en que se presentó la menopausia en las mujeres en estudio el 46.6% respondió que se presentó entre los 46 – 50 años estando estas edades dentro de los parámetros señalados para las mujeres de la sierra, seguido de un 25% que la presentó entre los 51- 55 años. Así como lo describe en un estudio realizado por Pacheco, con 667 pacientes de la práctica privada en Lima, la edad promedio de la menopausia fue de 48 años. Otro estudio de Coyotupa y col., encuentra que la edad promedio de menopausia es de 48.2 años en Lima y 45.3 años en Cerro de Pasco.

En cuanto a las definiciones de climaterio y menopausia, vemos que el 49.7% y el 44.4% de las mujeres climatéricas encuestadas respectivamente manejan una definición correcta. Para lo referido a la edad en la que aparece el

climaterio el 52.2% piensa que aparece entre los 45 – 55 años y un 11.5% no sabe.

Cuando se les pregunta se el climaterio se produce como consecuencia de la disminución de los niveles de hormonas que se producen en los ovarios el 36 % responde correctamente y el 64.1% dan una respuesta incorrecta o no saben, como podemos observar es un alto porcentaje de mujeres climatéricas evaluadas que no manejan una información adecuada.

Con respecto a la intensidad de los síntomas del climaterio vemos que el 14% responden que si se presentan con la misma intensidad en todas las mujeres, mientras que el 52% responde que hay variación y un 34% no sabe; en el 30.9% de las mujeres estudiadas responde correctamente sobre cuales son los síntomas que se presentan en el climaterio, mientras un 61.9% no saben exactamente cuales son estos síntomas, este gran porcentaje nos hace ver que la mujer del altiplano no está preparada para darse cuenta cuando se está iniciando esta etapa de su vida.

PERNAS, en su estudio sobre síndrome climatérico, caracterización y factores de riesgo en Villa Clara 2004, reportó que en la dimensión síntomas generales el 41,7 % fueron asintomáticas, seguido de 31,6 % de intensidad leve; en la dimensión circulatorio, el 43,7 % fueron asintomáticas, seguido de 26,9 % de intensidad leve; dimensión psicológico el 44,1 % fueron asintomáticas, seguido de 31,6 % intensidad leve; y dimensión genito urinario 43,0 % fueron asintomáticas, seguido de 29,9 % de intensidad leve; se apreció que todas las dimensiones fueron clasificadas como asintomático o leve, 39.3% y 30.5% respectivamente en el total.

Navarro, en su trabajo sobre síndrome climatérico y su repercusión social en mujeres de edad mediana, encontró que la dimensión síntomas circulatorios presentó síntomas un 57, 3 %, síntomas psicológicos 42,8 %, síntomas generales 38,3 % y síntomas genitourinarios 33,5 %, sin precisar la intensidad del síndrome climatérico por cada una de las variables, refiriéndose sólo a la intensidad pero en forma general. Asimismo el 12,6 % fueron asintomáticos, el 42,9 % presentó síntomas poco frecuentes, el 36,7 % presentó síntomas frecuentes y el 7,6 % presento síntomas muy frecuentes.

Referido a que las infecciones urinarias se presentan con frecuencia solo el 39% dice que son frecuentes, de igual modo en el estudio de Yanes del Año 69, en su trabajo sobre calidad de vida en la mujer de edad mediana, encontró que los síntomas genitourinarios estuvieron presentes en el 90 % de las pacientes posmenopáusicas tempranas y en el 100 % de las tardías, pero sólo destaca el síntoma de sequedad vaginal por su impacto en la intensidad. En otro estudio sobre síndrome climatérico realizado por Pernas (7), reporta para los síntomas genitourinarios, que el 43,0 % fueron asintomáticas, 30,5 % presentaron intensidad leve, 21,1 % intensidad moderada y 9,2 % intensidad severa.

Del mismo modo en solo el 34.8% sabe que los calores que se presentan en el climaterio son producto del déficit de hormonas.

En cuanto a si en climaterio se presentan con frecuencia

alteraciones psicológicas y autoestima baja el 64.3% y el 68.5% respectivamente responden que si es frecuente, esto nos puede permitir saber que estas mujeres atraviesan esta edad muchas veces sin la debida orientación psicológica y soporte necesario para hacer frente a estos cambios. Estos resultados se corresponden en menor grado con el trabajo de YANES69, sobre calidad de vida en la mujer de edad mediana, que encontró que los síntomas psicológicos estuvieron presentes en el 100 % de las pacientes perimenopáusicas y en el 83,3 % de pacientes posmenopáusicas tardías en forma leve. Pernas (7), en su estudio sobre síndrome climatérico, señala para los síntomas psicológicos, el 44,1 % fueron asintomáticos, 31,6 % intensidad leve, 15,7 % intensidad moderada, y 8,6 % intensidad severa. Considerando que el ser humano se desarrolla en la esfera biológica, psicológica y social (OMS), se observa que esta dimensión no viene siendo tomada como importante por el prestador de salud, puesto que no hay asistencia psicológica integral que llegue a la población en estudio, como si se da en las otras dimensiones, que por la naturaleza de los síntomas puede consultar al especialista y recibir algún tipo de atención.

En cuanto al comportamiento sexual el 49.4% responde que si cambia, mientras que un 50.6% piensa que no o no sabe, por lo que podemos percibir que hay un gran porcentaje que no sabría hacer frente a estos cambios.

Natacha, a diferencia de lo clásicamente descrito, no observó deterioro de la sexualidad, aunque sí disminución del número de mujeres sexualmente activas, diferencias culturales o de estilos de vida, pueden explicar esta observación. Vicente, comenta acerca de las conclusiones de la Escala Cervantes que ponen de manifiesto que las mujeres con relaciones sexuales regulares tienen menos problemas de salud y de envejecimiento, mantienen interés por el sexo, su relación de pareja es más satisfactoria y psicológicamente se sienten mejor. Asimismo en un estudio realizado en 2,206 mujeres españolas, el 17,4% no tenía relaciones sexuales, el 12,2% ocasionalmente, el 33,6% de vez en cuando y el 36,7% regularmente. En otro estudio realizado por Bastias, las manifestaciones sexuales más sobresalientes fueron cambios en el deseo sexual (42,6 %) y el evitar las relaciones sexuales (48,0 %). Pacheco (2), en su estudio sobre conocimientos y actitudes de la mujer peruana sobre climaterio y menopausia, el 77,40 % de mujeres refirió tener caricias y juegos pre relacionales sexuales. Sólo 35,80 % iniciaba algunas veces la relación sexual, mientras que el 64,2 % de las mujeres tenía relaciones sexuales con menstruación y 22,6% relaciones sexuales contranatura. García, en su estudio sobre impacto de la histerectomía en la calidad de vida de la mujer, reporta disminución de libido 51%. Navarro, señala que en esta etapa es frecuente observar una disminución de la libido, dispareunia y anorgasmia, en mujeres que hasta ese momento no tenían dificultades en el área sexual. Los hallazgos encontrados podrían ser explicados por diferencias culturales o de estilos de vida, asociados al machismo, propios de la idiosincrasia que aun persiste en población de esta región. Esta insatisfacción llega al extremo de ocasionar

abandono de la pareja cuando el varón no se siente satisfecho sexualmente dentro del ámbito conyugal o abusa sexualmente de su pareja. Cabe destacar que no existe ningún programa regular que pueda orientar a este grupo poblacional en ese sentido, o explicar las molestias propias del hipoestrogenismo.

Guillermo, en su estudio sobre factores psicosociales de la rehabilitación durante la menopausia, encontró que las mujeres estudiadas presentaron rechazo al acto sexual un 67,1 %, disminución del apetito sexual 89,5%, falta de goce sexual 96,3%, en contraposición con los hallazgos de nuestro estudio donde la intensidad de estos síntomas sólo alcanzaron aproximadamente el 24.3% en el grado moderado y severo. Estos resultados contrapuestos con otros estudios nos hacen pensar que la población en estudio posterga el aspecto sexual en relación a otras esferas sintomatológicas que considera de mayor importancia y trascendencia.

En cuanto a si existe riesgo de quedar embarazada en esta etapa y si deben utilizar un método de planificación familiar solo el 22.8% de las mujeres evaluadas piensa que hay riesgo de embarazo a esta edad, mientras que un escaso 19.9% responde que debe usar un método de planificación familiar, existiendo un gran porcentaje 77.2% y un 80.1% que piensa lo contrario, lo que nos lleva a pensar que gran parte de estas mujeres evaluadas están o estuvieron en un potencial riesgo.

Referido a que en el climaterio es importante realizar ejercicios porque disminuye el riesgo de presentar enfermedades cardiovasculares el 41.9% piensa correctamente, mientras a que en el climaterio hay mayor riesgo de presentar enfermedades cardiacas, osteoporosis y diabetes solo el 17.4% piensa correctamente, así mismo en lo referido a que si durante el climaterio se recomienda aumentar el consumo de frutas, vegetales y control de peso solo el 34% responde correctamente; lo cual nos hace ver que hay un marcado desconocimiento sobre estos riesgos y recomendaciones que se deben tener en cuenta a esta edad. De igual manera en lo referido a si la mujer en el climaterio debe aumentar el consumo de calcio el 68.8% responde que si.

El 43.5% sabe que hay medicamentos para mejorar los síntomas del climaterio, pero existe un 56.4% que lo desconoce. En lo referente al tratamiento indicado en esta edad el 31.7% responde que son las hormonas y el calcio, mientras el 68.2% no responde o responde incorrectamente, y cuando se les pregunta si todas las mujeres deben usar la terapia de reemplazo hormonal el 27.5% responde que si, frente a un 51.1% que no sabe.

## CONCLUSIÓN

Se concluye que la edad promedio de presentación de la menopausia en las mujeres climatéricas atendidas en el Centro de Salud Alto de la Alianza de Tacna del 2008 al 2011, fue predominantemente entre los 46 a 50 años (46.6%) y entre los 51 a 55 años (25%), siendo coincidente con los estándares nacionales en que fisiológicamente aparece la menopausia. Las mujeres climatéricas tienen conceptos claros de lo que es climaterio y menopausia, pero tienen un pobre nivel de conocimiento sobre los síntomas, tratamiento, alimentación, sexualidad, cambios psicológicos y medidas de auto cuidado en esta edad; lo que



demuestra que las mujeres puneñas llegan a esta etapa de la vida con poca o ninguna orientación básica sobre estos temas, y probablemente responde a que ellas no han recibido ningún tipo de orientación sobre esta temática.

#### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sánchez R. El climaterio desde su inicio. España 2000.
2. Pacheco J. Climaterio y Menopausia. Ginecología y Obstetricia. 2001. Mad. Corp. S.A. Lima Perú. Pág. 417.
3. Ferrer J, Pérez C, Hernández P. La medicina del trabajo y el síndrome climatérico. Unidad de Menopausia. Hospital Central de Asturias. Universidad de Oviedo. España 2001.
4. Pulido M. Una Etapa de la Mujer. La Menopausia
5. Cabero R. Tratado de Ginecología, Obstetricia y Medicina de la Reproducción. Tomo 2 Editorial Médica Panamericana. España 2003.

6. Fernández Y. Climaterio y Menopausia. Universidad de la Habana Cuba.
7. Pernas Gonzales A, Pérez Piñero J. Síndrome climatérico. Caracterización y factores de riesgo. Villa Clara. 2004. Revista Temas Estadísticos de Salud 2005. Dirección Nacional de Estadística y Salud Pública. España.

#### CORRESPONDENCIA:

**Claudio Ramirez Atencio**  
**clauditoramirez@hotmail.com**

Recibido: 01/12//2011

Aceptado: 20/12/2011

## PESO AL NACER EN EL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA 2001 A 2010

Manuel Ticona Rendón<sup>1</sup>, Diana Huanco Apaza<sup>2</sup>, Maricarmen Ticona Vildoso<sup>3</sup>

### RESUMEN

**Introducción:** El peso al nacer es un indicador útil para evaluar los resultados de la atención prenatal y las perspectivas de supervivencia infantil. El objetivo fue conocer promedio de peso al nacer, frecuencia de bajo peso y alto peso en el hospital Hipólito Unanue de Tacna. **Material y Métodos:** Estudio descriptivo, retrospectivo y transversal. Se analizó total de 33,985 nacimientos con peso igual o mayor de 500 g. de embarazos únicos, nacidos en el hospital Hipólito Unanue de Tacna durante los años 2001 a 2010. La fuente de información fue la base de datos del Sistema Informático Perinatal. Se utilizó frecuencias absolutas y relativas según peso, promedios y desviación estándar. **Resultados:** El promedio de peso al nacer fue 3 431 gramos  $\pm$  567. La frecuencia de bajo peso al nacer fue 4,5%; peso adecuado 83,3% y 12,2% de alto peso al nacer. Según subdivisiones, se encontró 1,25% de muy bajo peso al nacer y 0,57% extremadamente de bajo peso; 10,76% con peso insuficiente (2500 a 2999 g.) y 1,85% con muy alto peso. La frecuencia de RN extremadamente de bajo peso, alto peso y muy alto peso presentan tendencia ascendente en los 10 años de estudio, la frecuencia de RN de bajo peso se mantiene estable; los RN de muy bajo peso y peso insuficiente presentaron tendencia descendente. **Conclusion:** En el hospital Hipólito Unanue de Tacna la frecuencia de bajo peso al nacer fue menor que a nivel nacional y la frecuencia de alto peso se encuentra en el promedio nacional.

**Palabras Clave:** Peso al nacer, Bajo Peso al Nacer, Alto Peso al Nacer.

### ABSTRACT

**Introduction:** The weight to the being born is a useful indicator to evaluate the prenatal attention's aftermaths and the infantile survival perspectives. Objective attended to know average weight to the being born, hushed- weight and high- weight frequency in the hospital Hipólito Unanue Tacna's. **Material and Methods:** I study descriptive, retrospective and transverse. Examined him 33,985's total births with equal weight or 500 g. 'S principal of only pregnancies, tumors in the hospital Hipolito Unanue Tacna's during the years 2001 to 2010. The information source was the data base of the System Informatics Perinatal. Absolute and relative frequencies according to weight, averages and standard deviation were utilized. **Results:** The weighty average to the being born was 3 431 g.  $\pm$  567. The hushed weight frequency to the being born was 4,5%; I weigh made suitable 83,3% and 12,2% of high weight to the being born. According to subdivisions, 1,25% of I weigh very low to the being born and 0,57% extremely of hushed weight; 10,76% with insufficient weight (2500 to 2999 g.) and 1,85% With very high weight. The frequency extremely of hushed weight, loudly weight and very high weight present ascending tendency in the 10 study years, RN'S frequency of hushed weight is maintained stable; Them RN of very low weight and insufficient weight presented descending tendency. **Conclusion:** In the hospital Hipolito Unanue Tacna's the hushed- weight frequency to the being born was younger than nationally and it finds the high- weight frequency itself in the average national.

**Key words:** I weigh to the being born to, Under Peso the birth, Loudly I weigh the birth.

### INTRODUCCIÓN

Desde el momento de la concepción cada fase del desarrollo humano está determinada por la interacción de los genes heredados y diversos factores ambientales. El peso de nacimiento en relación a la herencia se estima que, en alrededor del 70% está dado por factores de la madre. Este, al sobrepasar los límites de normalidad, por déficit o por exceso, se convierte en un factor de riesgo para el niño, la madre o ambos. Por muchos años esta preocupación se concentró en el niño de bajo peso, pero últimamente nos llama la atención que en una población de nivel socioeconómico medio bajo y bajo, como es la de nuestro Perú, hubiera una proporción de niños el doble de sobrepeso que de bajo peso (1).

El peso al nacer es, sin duda, el determinante más importante de las posibilidades de un recién nacido de experimentar un crecimiento y desarrollo satisfactorios, por eso actualmente la tasa de recién nacidos con bajo peso se considera como un indicador general de salud.

El bajo peso al nacer (BPN), definido por un grupo de expertos de la Organización Mundial de la Salud (2, 3) como un peso menor de 2 500 gramos en el momento de nacer, es el índice predictivo más importante de mortalidad infantil y, especialmente, de la neonatal (4-7). De los sobrevivientes, se calcula que un grupo importante padecen trastornos neurológicos y déficit intelectual; aumentan los índices de morbilidad ambulatoria y hospitalaria para infecciones respiratorias agudas, enfermedad diarreica aguda, infección urinaria y anemia. Recientemente se ha asociado con algunos trastornos del adulto, tales como la enfermedad coronaria, hipertensión arterial, diabetes mellitus, síndrome metabólico y enfermedad cerebro vascular isquémica (4,8-10).

Tradicionalmente, la macrosomía fetal ha sido definida por un peso arbitrario al nacer, tal como 4000 ó 4500 gramos. El parto de estos fetos grandes ocasiona traumatismo tanto en la madre como en el feto. Históricamente, la macrosomía fetal ha estado asociada a una alta tasa de morbilidad y mortalidad materna y perinatal, dos veces mayor que la de la población general (11,12).

El propósito de este estudio fue conocer el promedio de peso al nacer, la frecuencia de bajo peso y alto peso en recién nacidos del hospital Hipólito Unanue de Tacna, durante los años 2001 a 2010.

<sup>1</sup> Doctor en Salud Pública. Profesor Principal de la Universidad Nacional Jorge Basadre Tacna

<sup>2</sup> Doctora en Salud Pública. Obstetrix del Hospital Hipólito Unanue de Tacna

<sup>3</sup> Médico residente del 3er año de Pediatría Hospital Honorio Delgado de Arequipa

**MATERIAL Y METODO**

Estudio descriptivo, retrospectivo y transversal. Se estudiaron a todos los recién nacidos de embarazo único con peso al nacer igual o mayor de 500 gramos, cuyo nacimiento fue atendido en el hospital Hipólito Unanue de Tacna durante los años 2001 a 2010, haciendo un total de 33,985 recién nacidos.

La fuente de información fue la base de datos del Sistema Informático Perinatal (SIP2000).

Se utilizó la clasificación internacional de peso al nacer siguiente:

- a) Bajo peso al nacer (BPN): Menor de 2500 g.
  - Muy Bajo Peso al Nacer (MBPN): Menor de 1500 g.
  - Extremadamente Bajo Peso al Nacer (EBPN): Menor de 1000 g.
- b) Alto Peso al nacer: Mayor e igual a 4000 g.
  - Muy alto peso: Mayor e igual a 4500 g.
- c) Peso adecuado al nacer: De 2500 a 3999 g.
  - RN con peso insuficiente: De 2500 a 2999 g.

Los resultados se presentaron en tablas y gráficos descriptivos con frecuencias absolutas y relativas según clasificación internacional del peso al nacer, también se utilizó promedios de peso con desviación estándar por cada año.

**RESULTADOS**

Durante la última década del 2001 a 2010 en el hospital Hipólito Unanue de Tacna, se atendieron 33,985 recién nacidos, de los cuales 1,528 pesaron de 500 a 2499 gramos, obteniendo una tasa de incidencia de bajo peso al nacer de 4,50%; 28,299 recién nacidos pesaron de 2500 a 3999 gramos con una incidencia de 83,27% de peso adecuado al nacer y 4,158 recién nacidos de 4000 gramos a más, con una incidencia de 12,23% de alto peso al nacer. Tabla 1.

Al analizar las subdivisiones de la clasificación anterior encontramos que, en la sub división de bajo peso: 1,25% fueron de muy bajo peso al nacer o menores de 1500 gramos y 0,57% fueron extremadamente de bajo peso o menores de 1000 g.; dentro de los RN con peso adecuado al nacer, encontramos a los RN con peso insuficiente o de 2500 a 2999 gramos con 10,76% y dentro de los RN de alto peso al nacer encontramos a los RN con muy alto peso o mayores o igual de 4500 gramos fueron 1,85%. Tabla 2.

El promedio de peso al nacer durante los 10 años de estudio fue 3,431.4 gramos con una desviación estándar de 566.52, el mismo que se ha incrementado progresivamente durante los años de estudio. Figura 1.

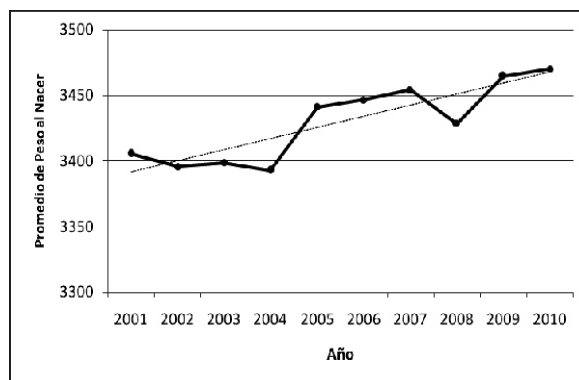
La frecuencia de RN extremadamente de bajo peso, alto peso y muy alto peso presentan una tendencia ascendente durante los 10 años de estudio (Figuras 2, 6 y 7); mientras que la frecuencia de RN de bajo peso se mantiene estable durante los años de estudio (Figura 4). Los RN de muy bajo peso y peso insuficiente presentaron una tendencia descendente (Figuras 3 y 5).

**TABLA 1.** Clasificación de peso al nacer Hospital Hipolito Unanue de Tacna 2001 – 2010

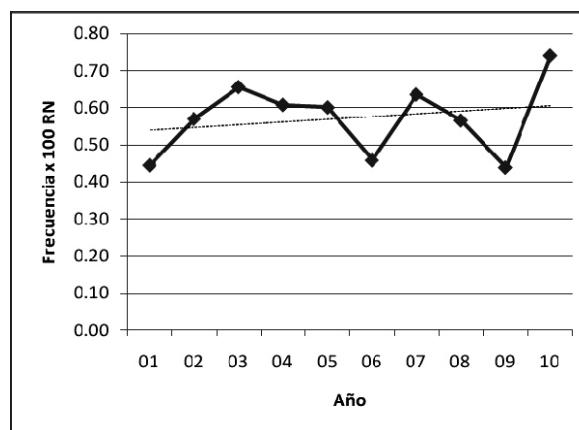
PESO RN	Nº	%
Bajo Peso (500 a 2499)	1528	4.50
Peso Adecuado (2500 a 3999)	28299	83.27
Alto Peso (4000 a más)	4158	12.23
<b>TOTAL</b>	<b>33985</b>	<b>100.00</b>

**TABLA 2.** Clasificación y subdivisiones de peso al nacer Hospital Hipolito Unanue de Tacna 2001 – 2010

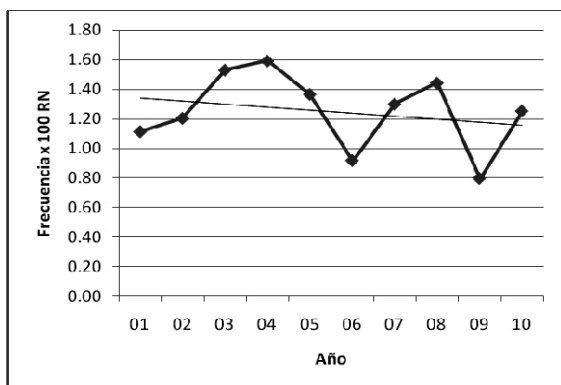
PESO RN	Nº	%
500 a 999	195	0.57
1000 a 1499	230	0.68
1500 a 2499	1103	3.25
2500 a 2999	3658	10.76
3000 a 3999	24641	72.51
4000 a 4499	3530	10.39
4500 a más	628	1.85
<b>TOTAL</b>	<b>33985</b>	<b>100.00</b>



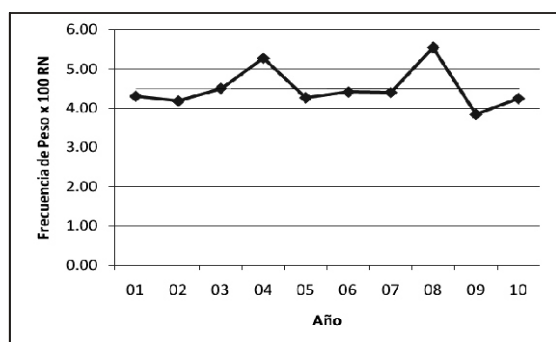
**FIGURA 1.** Promedio de peso al nacer en el Hospital Hipolito Unanue de Tacna. 2001 – 2010



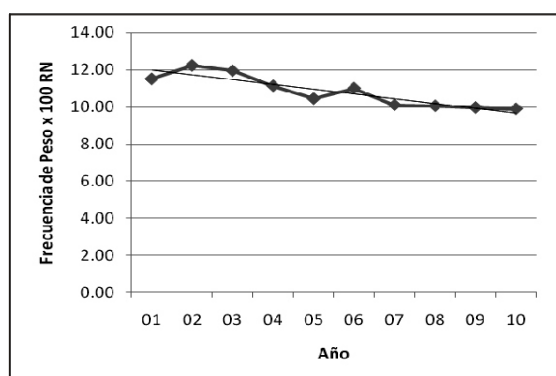
**FIGURA 2.** Frecuencia de RN con extremadamente bajo peso en el Hospital Hipolito Unanue de Tacna. 2001 – 2010



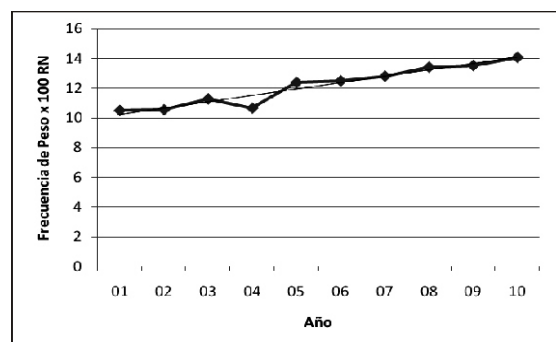
**FIGURA 3.** Frecuencia de RN con muy bajo peso en el Hospital Hipolito Unanue de Tacna. 2001 – 2010



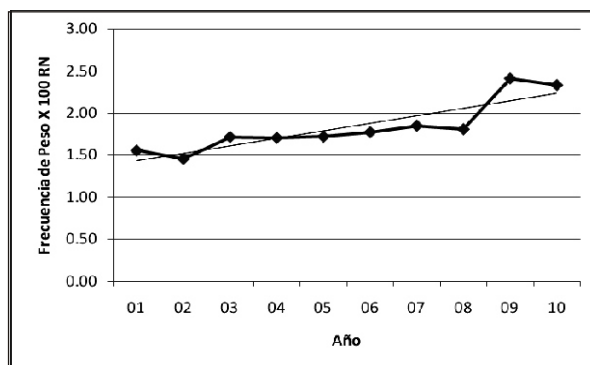
**FIGURA 4.** Frecuencia de RN con bajo peso al nacer en el Hospital Hipolito Unanue de Tacna. 2001 – 2010



**FIGURA 5.** Frecuencia de RN con peso insuficiente al nacer en el Hospital Hipolito Unanue de Tacna. 2001 – 2010



**FIGURA 6.** Frecuencia de RN con alto peso al nacer en el Hospital Hipolito Unanue de Tacna. 2001 – 2010



**FIGURA 7.** Frecuencia de RN con muy alto peso al nacer en el Hospital Hipolito Unanue de Tacna. 2001 – 2010

**DISCUSION**

El peso del niño al nacer es uno de los indicadores más útiles para evaluar los resultados de la atención prenatal, las perspectivas de supervivencia infantil y la salud de éste durante su primer año de vida. Su importancia no sólo radica en lo que representa para la morbilidad y la mortalidad infantil, sino que estos niños por lo general, mostrarán en adelante múltiples problemas, tanto en el período neonatal como en la niñez, la adolescencia y aún en la edad adulta.

El bajo peso al nacer es una de las causas más importantes de la mortalidad infantil y neonatal. Se considera que la mortalidad durante el primer año de vida es 14 veces mayor en los niños con bajo peso que en los niños que nacen con un peso normal a término. Los individuos que nacen con bajo peso tienen habitualmente múltiples problemas posteriores, tanto en el periodo neonatal, como en la niñez y aún en la edad adulta. Entre estos problemas se encuentran la mala adaptación al medio ambiente, así como diferentes impedimentos físicos y mentales que se hacen evidentes al llegar a la edad escolar.

La frecuencia de bajo peso al nacer en el hospital Hipólito Unanue de Tacna durante los años 2001 a 2010 fue 4,5%, el mismo que se ha mantenido estable durante los 10 años de estudio.

Según el Informe del Estado Mundial de la Infancia 2009 de la UNICEF a nivel mundial la incidencia de BPN fue de 14%, siendo en América Latina y el Caribe 9% encontrándose en Perú una tasa de incidencia de 10% (13).

Shimabuku y Oliveros (14,15), en un estudio basado en información de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud Familiar (ENDES) 1991-1996 encontró una incidencia de bajo peso al nacer de 8,97%. En un estudio realizado en 29 Hospitales del Ministerio de Salud del Perú, durante el año 2007, donde se atendió 96 561 nacimientos vivos, se encontró una incidencia de 8,24% de recién nacidos de bajo peso (16); siendo la frecuencia de bajo peso al nacer en Tacna menor que a nivel nacional, lo que se debe probablemente a las mejores condiciones socio económicas de nuestra Región, así como la alta cobertura de control prenatal, atención de parto institucional y mejor estado nutricional de la madre entre otros factores favorables, a pesar del incremento del RN extremadamente de bajo peso.

Si bien 83,27% de los RN presentó peso adecuado, encontramos que dentro de ellos 10,76% tiene peso insuficiente es decir de 2500 a 2999 gramos, siendo este sub grupo de alto riesgo para presentar mayor morbilidad y mortalidad, que en nuestro estudio la tendencia fue descendente.

Los análisis de estadística vitales han demostrado un incremento del peso al nacer a través del tiempo, siendo este incremento mayor en los países industrializados (4,5).

El peso al nacer de 4 000 g. o más que representa aproximadamente al 5% de todos los nacimientos ha sido considerado en la mayoría de los estudios como sinónimo de macrosomía fetal. Por otro lado, el feto grande para la edad de gestación (GEG) que representa al 10% de la población general de recién nacidos ha recibido hasta el momento poca atención por parte de los investigadores (17); es decir, un 5% de los fetos grandes no son clasificados en la actualidad como macrosómicos y no se benefician del enfoque de riesgo perinatal. Por lo tanto, la definición más correcta de macrosomía es la de considerar la edad gestacional y el percentil 90, los cuales tienen significativo mayor riesgo perinatal que los fetos de tamaño normal (18).

Estudios recientes, han comprobado que el incremento de peso durante la vida fetal podrían tener influencias a largo plazo sobre el riesgo de enfermedades futuras en la vida adulta, tales como diabetes, sobrepeso y posiblemente ciertos tipos de cáncer (12).

La frecuencia de alto peso al nacer encontrada en este estudio fue 12,23%. La incidencia de macrosomía fetal encontrada por Ticona (16) en 29 Hospitales del Ministerio de Salud del Perú fue de 11,37%. Pacora (19) entre 1990 y 1993, en el Hospital San Bartolomé de Lima encontró macrosomía fetal de 16,4% (20). Siendo la frecuencia de alto peso en Tacna semejante a nivel nacional y menor a la de Lima.

Se concluye que la frecuencia de bajo peso al nacer en el hospital Hipólito Unanue de Tacna es menor que a nivel nacional con tendencia estable y la frecuencia de alto peso se encuentra en el promedio nacional con una tendencia ascendente durante los años 2001 a 2010.

#### REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- López I, Sepúlveda H, Jeria C, Letelier C. Niños macrosómicos y de peso normal en un consultorio de atención primaria. Comparación de características propias y maternas 1997 – 2000. *Rev Chil Pediatr.* 2003; 74 (3): 287-293.
- World Health Organization. Expert Group on Prematurity: final report. Geneva: WHO; 1950 (Technical Report 27).
- World Health Organization. Manual of the International Classification of Diseases. Adapted 1U48. Geneva: WHO; 1950.
- Coronel C, Rivera I. Peso bajo al nacer, su influencia en la salud durante el primer año de vida. *Rev Mex. Pediatr* 2003; 70(6): 283-287.
- Ministerio de Salud de Cuba. Programa para la reducción del bajo peso al nacer. La Habana, 1998.
- Ortiz O, Felipe I, Alonzo M, Alvarez A, Barrios J. Influencia del bajo peso al nacer en el Estado de Salud durante el primer año. *Rev Cubana Pediatr.* Ciudad de la Habana Mayo-Ago 1997; 69 (2).
- Schwarcz R. Simposio "Bajo peso al nacer". IX Congreso Uruguayo de Ginecología. 7-12 diciembre de 1986. Publicación científica CLAP No. 1112.
- Barrer DJP, Osmond C, Forsen TJ, Kajantie E, Ericsson JG. Los niños con bajo peso al nacer que experimentan un desarrollo rápido entre los 2 y los 11 años presentan mayor riesgo coronario en la edad adulta. En: Trajectories of growth an who have coronary events as adults. *N Engl J Med.* 2005; 353: 1802-9.
- Pérez M, Valdez R, Tasis M, Cordies L. Bajo peso al nacer y su relación con la hipertensión arterial en adolescentes y jóvenes. *Rev cubana med. Ciudad de la Habana,* 2004; 43 (5-6).
- Kim I. El bajo peso al nacer incrementa el riesgo de desarrollar diabetes gestacional. Entrevista realizada por la Sociedad Iberoamericana de Información Científica (SIIC). Disponible en: <http://www.siicsalud.com/dato/ensiic.php/21037>.
- Modanlou HD, Dorchester WIL, Thorosina A, Freeman RK: Macrosomia maternal, fetal and neonatal implications. *Obstet Gynecol* 1980; 55: 420-424.
- Henriksen T. Nutrition, weight and pregnancy. *Tidsskr Nor Laegeforen.* 2007 Sep 20; 127 (18): 2399-401.
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia UNICEF. Estado Mundial de la Infancia 2009. Salud materna y neonatal. Nueva York EEUU. 2008.
- Shimabuku R, Oliveros M. Factores de Riesgo de bajo peso al nacer en el Perú. *Rev Esp Pediatric* 1999; 55(5):428-433.
- Shimabuku R, Oliveros M, Sandoval V. Factores asociados al nacimiento de infantes de bajo peso en el Perú. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Instituto de Salud del Niño. Lima, Agosto de 1998.
- Ticona M. Incidencia y factores de riesgo del bajo peso al nacer en población atendida en hospitales del Ministerio de Salud 2007. Tesis para optar el grado de Doctor en Ciencias Salud Pública. Universidad Nacional San Agustín de Arequipa. 2009.
- Varner MW, Disproportionate Fetal growth. Chapter 15 in *Current Obstetric & Gynecologic Diagnosis & Treatment*, pp. 340351. Edited by M.L. Pernol. 7th Edition. Appleton & Lange. USA 1991.
- Piasek G, Starsewski J, Chil A, Wrona-Cyranowska A, Gutowski J, Anisiewicz A, et al. Analysis of labour and perinatal complications in case of foetus weight over 4000 g. *Wiad Lek.* 2006; 59(5-6):326-31.
- Pacora P. Macrosomía fetal: Definición, Predicción, Riesgos y Prevención. *Ginecología y Obstetricia.* 1994; 39 (17).
- 20Brenner W, Edelman D and Hendricks Ch. A standard of fetal growth for the United States of America. *Am J ObstetGynecol* 1976; 126: 555-564.

#### CORRESPONDENCIA

Dr. Manuel Ticona Rendón  
[manuelticonar@yahoo.es](mailto:manuelticonar@yahoo.es)

Recibido: 18/11//2011

Aceptado: 19/12/2011

IMPLANTE INMEDIATO

Carlos Enrique Valdivia Silva <sup>1</sup>

RESUMEN

Se presenta un caso clínico en relación con un paciente de 24 años de edad de género masculino que acude a la clínica Odontológica de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann – Tacna con diagnóstico de bolsa periodontal en pza. 1.1, movilidad I harrow Miller's III. Se establece como plan de tratamiento: Exodoncia, implante dental inmediato, regeneración ósea y utilización de membrana reabsorbible finalmente temporalización con su propio diente.

**Palabra Clave:** Implante dental

ABSTRACT

*He encounters a clinical case relating to a 24- years patient that University National Jorge Basadre Grohmann helps to her clinical Odontológica elderly of masculine gender - Tacna with diagnosis of periodontal bag in pza. 1.1, mobility I harrow Miller's III. He becomes established as plan of treatment: Exodontias, establish dental immediate, osseous regeneration and membrane utilization reabsorbible finally temporalizacion with his own tooth.*

**Key words:** establish dental

INTRODUCCION

Se describe como implante inmediato al proceso mediante el cual se coloca un implante en el mismo acto quirúrgico en que se realiza la extracción del diente a ser sustituido (1). La inserción de implantes inmediatos a la exodoncia no es una técnica nueva, en la década de los ochenta la Universidad de Tübingen la propugnaba como de elección para los implantes cerámicos Tübingen y München (2). El protocolo diseñado por Brånemark y su equipo para su sistema de implantes dentales, dado el éxito internacional que obtuvo, hizo decaer durante muchos años otros procedimientos. Inicialmente se recomendaba un periodo de cicatrización de 9 a 12 meses desde la extracción del diente hasta la colocación del implante (2).

Según el tiempo transcurrido entre la exodoncia y la implantación se estableció la siguiente clasificación, relacionando la zona receptora con la terapia a realizar (1,3):

- a) Inmediata, cuando el hueso remanente es suficiente para asegurar la estabilidad primaria del implante, que se inserta en el mismo acto que la exodoncia (Implantes inmediatos primarios).
- b) Reciente, si entre la exodoncia y la implantación transcurren unas 6-8 semanas, tiempo en que cicatrizan los tejidos blandos, que permitirán una adecuada cobertura mucogingival del alvéolo (Implantes inmediatos secundarios).
- c) Diferida, cuando la zona receptora no es óptima para una implantación inmediata o reciente, primero se realiza la terapia de promoción ósea con injertos óseos y/o membranas de barrera y unos seis meses después, proceder a la inserción del implante (Implantes diferidos).
- d) Madura, si han transcurrido más de nueve meses. Encontramos hueso maduro.

INDICACIONES DE LOS IMPLANTES INMEDIATOS

Están indicados principalmente en la sustitución de dientes con patologías sin posibilidad de tratamiento,

como caries o fracturas. También se indican implantes inmediatos simultáneos a la extracción de caninos incluidos y de dientes temporales (4,5).

Ventajas

Una de las ventajas que ofrecen los implantes inmediatos es disminuir la reabsorción del proceso alveolar tras la exodoncia (6-7), con mejores resultados funcionales y estéticos (8-9).

Terapéuticas de regeneración ósea

**Regeneración ósea guiada:** Se basa en que los distintos tejidos se regeneran a diferente velocidad. Así el tejido conectivo se regenera más rápidamente que el tejido óseo, de manera que cuando se produce un defecto óseo, llegan primero las células del tejido conectivo de revestimiento, impidiendo de este modo que las células óseas regeneren por completo el defecto. La regeneración ósea guiada trata de evitar esta invasión celular y de inducir la formación ósea mediante la utilización de barreras. El mecanismo consiste en la creación de una barrera física para que la revascularización del defecto provenga del propio tejido óseo e impida la llegada de capilares del conectivo de zonas adyacentes, ya que se produce un aislamiento del compartimento óseo, favoreciendo la regeneración ósea "guiada". Los primeros estudios que demostraron este fenómeno fueron presentados por Nyman y Gottlow (11). Los dispositivos de barrera o membranas pueden ser de diferentes materiales y formas, utilizando unas u otras en función del tipo de defecto que se quiera regenerar. Básicamente existen dos tipos de membranas: reabsorbibles y no reabsorbibles.

Tipos de membranas usadas en regeneración ósea.

No Reabsorbibles

- \* PTFE (politetrafluoretileno expandido)
- \* PTFE con refuerzo de titanio

- Micromallas de titanio

Reabsorbibles

- Colágeno
- Ácido poliláctico y poliglicólico
- \* Duramadre

**Injertos óseos:** Entre los medios para mejorar el sustrato óseo destacan los injertos, que se definen como "partes de hueso vivo no sujetas al cuerpo que sirven para cubrir, rellenar, conectar o dar soporte a otras partes del cuerpo lesionadas voluntaria o

<sup>1</sup>Docente responsable de la Cátedra de Periodoncia. Escuela Académico Profesional de Odontología – UNJBG. Posgrado en Periodoncia e implantología

involuntariamente" (12). Desde una perspectiva de crecimiento óseo exclusivamente el mejor injerto es el de hueso autólogo, por sus propiedades, que engloba los tres mecanismos involucrados en la regeneración ósea ideal: osteogénesis, osteoinducción y osteoconducción, ya que proporciona células óseas, proteínas osteoinducivas como factores de crecimiento y BMPs así como una importante matriz de soporte. La actividad osteogénica, está dominada por las células óseas, mediante la formación de tejido osteoide, sin embargo no sólo las células óseas injertadas contribuyen a la formación de hueso. El injerto también sufre una remodelación que hace que durante la fase de reabsorción se liberen factores de crecimiento y BMPs procedentes de la matriz favoreciendo la osteoinducción. La estructura ósea del injerto, actúa como matriz del hueso neoformado, permitiendo el efecto osteoconductor.

Una alternativa al hueso autólogo son los aloinjertos, procedentes de otro individuo de la misma especie y suministrado a través de bancos de tejidos.

Se emplea hueso liofilizado desmineralizado, (lo que se conoce en inglés con las siglas DFBA). Este material se ha usado con éxito en numerosas situaciones clínicas (13,14); presenta la ventaja de la amplia disponibilidad de material y que no hay necesidad de un segundo campo quirúrgico. Sin embargo existe controversia respecto a la capacidad osteoinductiva de estos materiales que parece influenciada tanto por la técnica de procesado utilizada en los diferentes bancos de hueso, como por la edad del donante, siendo el hueso de donantes jóvenes el que mejores propiedades osteoinductivas presenta. La utilización de tejidos procedentes de otros individuos tampoco está libre de controversia (15).

#### **Factores de crecimiento**

Los factores de crecimiento, son generalmente, proteínas pequeñas que las células secretan en el espacio intercelular y que desempeñan un papel fundamental como mediador biológico en la regulación de la migración, diferenciación y proliferación celular. Se unen a receptores específicos de la superficie de las células para posteriormente activar un segundo mensajero, que es una proteína tirosin-quinasa y que inducirá una determinada respuesta en el núcleo.

Factores de crecimiento con importancia en la regeneración ósea

PDGF: Factor de crecimiento derivado de las plaquetas.

IGF: Factor de crecimiento análogo a la insulina.

TGF- $\beta$ : Factor de crecimiento transformante tipo  $\beta$  (entre los que se encuentran las BMPs)

FGF: Factor de crecimiento fibroblástico.

VEGF: Factor de crecimiento endotelial vascular.

En 1998, Marx y cols, (24) aplicaron sus estudios sobre PRP, y refirieron la existencia de un incremento del número de plaquetas en este concentrado de un 338% con respecto a los niveles basales plaquetarios, mostrando la presencia de al menos tres factores de crecimiento PDGF, TGF- $\beta$ 1 y  $\beta$ 2,

refiriendo la existencia de receptores en el hueso para dichos factores de crecimiento. La utilización de este preparado junto con injerto óseo autógeno en reconstrucciones mandibulares demostró que producía una aceleración y aumento en la densidad del hueso formado a los 6 meses respecto del grupo control, valorado mediante radiografías panorámicas. La activación del PRP la realizaron mediante la adición al preparado de trombina bovina.

En 1999, Anítua (25) refirió la utilización del plasma rico en factores de crecimiento (PRGF) en pacientes que presentaban enfermedad periodontal, susceptibles de tratamiento implantológico y en pacientes con fracturas verticales en dientes que se sustuirían mediante implantes unitarios, con resultados significativamente mejores, desde el punto de vista de la regeneración y maduración ósea con respecto al grupo control y además, estaría exento de riesgos para el paciente.

#### **Fibroangioma Juvenil.**

Se trata de un tumor benigno muy infrecuente que aparece únicamente en algunos niños varones. El tumor crece en el interior de la nariz en una zona denominada "cavum", que está situada al fondo de la nariz en su intersección con la garganta. Si bien se trata de un tumor benigno, su constante crecimiento y su sangrado limitan la salud del niño hasta tanto su problema se resuelva quirúrgicamente. No existen casos de este tipo de tumor en el sexo femenino.

#### **CASO CLINICO**

Paciente género masculino

Su principal motivo de consulta es Movilidad dentaria grado 3 de Miller en la pieza 1.1 y aparición de diastema con alteración del fisiologismo de la oclusión.

Complementariamente manifiesta antecedente de traumatismo en la zona.

Al examen clínico se aprecia una gran movilidad dentaria en la pza 1.1, supuración abundante a la presión digital tanto por vestibular como por palatino así como recesión gingival clase IV de Miller



Se solicita Rx Panorámica y Periapical e la zona antero superior.



Al examen Radiográfico se evidencia imágenes

radiopacas compatibles con mini placas de reducción de fractura a nivel de la zona del seno maxilar.

Al ser interrogado acerca del hecho el paciente manifiesta antecedente de Fibroangioma juvenil que fue intervenido quirúrgicamente a la edad de 12 años.

Se observa también imagen radiolúcida difusa que circunscribe la pieza 1.1 con una extensión periférica de aproximadamente 3 mm alrededor de la raíz.

La pérdida ósea es evidente dando la imagen de diente flotante. Sin embargo no se aprecia deformación de las corticales ni desplazamiento de las piezas vecinas.

El paciente manifiesta que su ocupación le exige trato constante con personas por lo que no puede estar desdentado en ningún momento.

Se determina como Diagnostico definitivo: Mortificación pulpar por traumatismo, Bolsa periodontal con profundidad de sondaje de 17 mm, movilidad dentaria grado III de Miller.

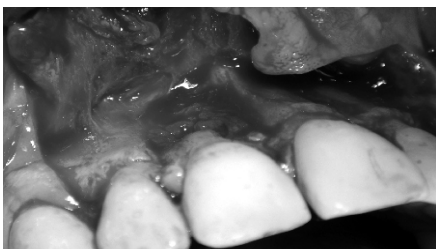


**Tratamiento:**

Exodoncia pza 1.1, curetaje de tejido de granulación, implante dentario inmediato, regeneración ósea guiada con material aloplástico, ubicación de membrana de colágeno reabsorbible y temporalización con su propia pza. dentaria previo tratamiento de conducto.



**Figura 1.** Colgajo Newmann; Incisiones intracreviculares y dos incisiones de descarga apicales a la line mucogiingival.



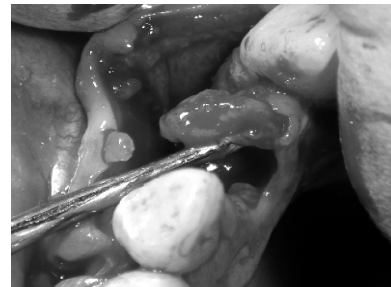
**Figura 2.** Elevación de Colgajo de espesor total (mucoperiostico).



**Figura 3.** Exodoncia



**Figura 4.** Pza dentaria con tejido de granulación hasta el nivel del ápice dentario



**Figura 5.** Curetaje y exeresis de tejido de granulación del interior del alveolo

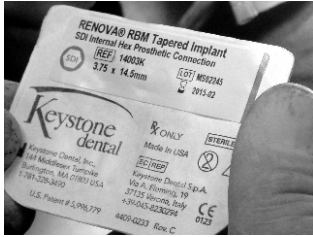


**Figura 6.** RAR de las pzas vecinas a la zona de exodoncia

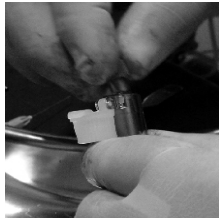


**Figura 7.** Creación del lecho implantológico





**Figura 8.** Implante dental en su envase estéril



**Figura 9.** Captura del implante



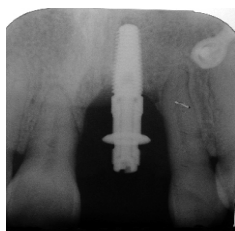
**Figura 10.** Implante HI con superficie RBM de 3.75 de diámetro y 14.5 de longitud



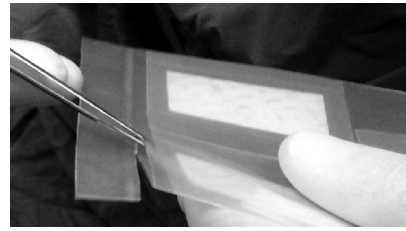
**Figura 11.** Inserción del implante con pza de mano a 12 rpm



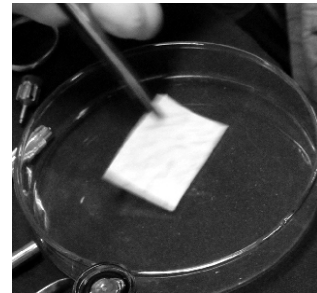
**Figura 12.** Implante dental posicionado



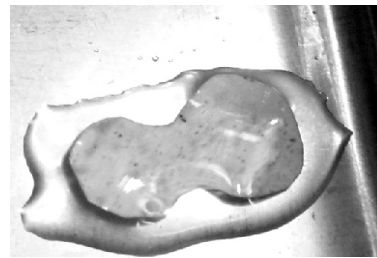
**Figura 13.** Rx periapical; implante en posición ligeramente supracrestal



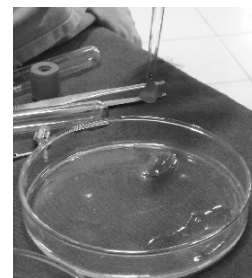
**Figura 14.** Kytinon, Membrana de dermis porcina liofilizada (40 mm x 25 mm)



**Figura 15.** Hidratación de la membrana en suero fisiológico



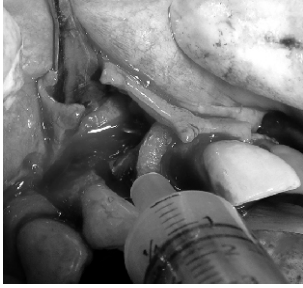
**Figura 16.** Recorte de la membrana sin ángulos traumatizantes de acuerdo al tamaño y forma del defecto



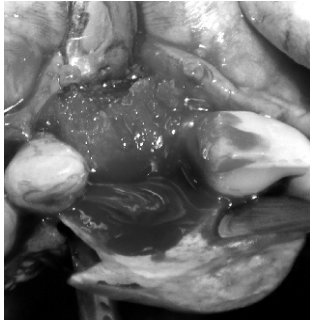
**Figura 17.** Activación de PRP con gluconato de Calcio al 10%



**Figura 18.** Hueso desmineralizado en polvo de huesos humanos El gel de DynaGraft.D es una mezcla de gran alcance de la matriz desmineralizada del hueso (DBM) en un medio reverso de la fase. DynaGraft.D espesa en la temperatura del cuerpo para guardar el DBM en el sitio quirúrgico



**Figura 19.** Hueso en posición



**Figura 20.** Hueso y membrana



**Figura 21.** Sutura



**Figura 22.** Preparación del diente; Remoción de la pulpa y obturación con gutapercha



**Figura 23.** Modelado y preparación de retenciones en la cara palatina



**Figura 24.** Detalle de la retención para la resina



**Figura 25.** Acondicionamiento con ácido ortofosforico



**Figura 26.** Acondicionamiento con ácido ortofosforico



**Figura 27.** Aplicación de adhesivo



**Figura 28.** Fotocurado



Figura 29. Condición final

## CONCLUSIONES

- En la actualidad los implantes inmediatos son una solución biológica y practica al problema de la edentación con un alto porcentaje de éxito, según diferentes autores el 92,7 % (12) y el 98,0 % (13).
- Los implantes inmediatos acortan el tiempo de espera para la rehabilitación frente a una indicación de exodoncia, además disminuyen la reabsorción ósea del alvéolo residual y evita un segundo acto quirúrgico.
- La presencia de patología periapical crónica, no es contraindicación para la implantación inmediata, siempre y cuando se realice bajo antibioterapia y con un minucioso legrado del lecho óseo.
- El uso de diámetros adecuados (3 y 5 mm) con longitudes que sobrepasen el ápice otorgan una estabilidad primaria suficiente, lo cual es un requisito fundamental.
- En relación a la regeneración ósea guiada, no existe un consenso entre los diferentes autores, respecto al uso o no de membranas, su combinación con material de injerto y el tipo de relleno a utilizar. En defectos óseos o discrepancias implante-alvéolo mayores a 5 mm se sugiere la regeneración ósea previa y la implantación diferida.
- El cierre primario de la herida, luego de la implantación inmediata, es algo deseable para la mayoría de los autores, aunque para otros no tiene gran relevancia.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Peñarrocha M, Sanchis JM. Implante inmediato a la extracción. En: Peñarrocha M, ed. *Implantología Oral*. Barcelona: Ars Médica 2001. p. 85-93.
2. Bascones A, Frías MC, Bascones C. Implantes postextracción. *JANO* 2001; 3:12-7.
3. Luengo F, de Santiago J. El implante inmediato a la extracción. En: Herrero M, Herrero F, eds. *Atlas de procedimientos clínicos en implantología oral*. Madrid: Trp Editores 1995. p. 125-40. 15. Calvo JL, Muñoz EJ.
4. Implantes inmediatos oseointegrados como reemplazo a caninos superiores retenidos. Evaluación a 3 años. *Rev Europea Odontoestomatol* 1999;6:313-20.
5. Coppel A, Prados JC, Coppel J. Implantes post-extracción: Situación actual. *Gaceta Dental Sept*. 2001;120:80-6.
6. García JL, Chiesino R. El implante inmediato a extracción. *Act Implatol* 1992;4:15-9.

7. Esquiaga H. Implantes inmediatos y prótesis fijo-removible. *Arch Odontoestomatol* 1998;14:311-8.
8. Missika P. Immediate placement of an implant after extraction. *Int J Dent Symp* 1994; 2: 42-5.
9. Werbit MJ, Goldberg PV. The immediate implant: bone preservation and bone regeneration. *Int J Periodontics Restorative Dent* 1992;12:206-17.
10. Lang NP, Bragger U, Hammerle CH, Sutter F. Immediate transmucosal implants using the principle of guided tissue regeneration. Rationale clinical procedures and 30 month results. *Clin Oral Implan Res* 1994; 5: 154-63.
11. Nyman S, Gottlow J, Karring T, Lindhe J. The regenerative potential of the periodontal ligament. An experimental study in the monkey. *J Clin Periodontol* 1982; 9:257-65.
12. García-Díez E. *Injertos y colgajos pediculados, en Cirugía Oral y Maxilofacial*, (R Martín Granizo) Smithkilne Beechman Ed, Madrid, 1997.
13. Cammack GV, Nevins M, Clem DS, et al. Histologic evaluation of mineralized and demineralized freeze-dried bone allograft for ridge and sinus augmentations. *Int J Periodontics Restorative Dent*. 2005;25(3):231-7
14. Paul BF, Horning GM, Hellstein JW, et al. The osteoinductive potential of demineralized freeze-dried bone allograft in human non-orthotopic sites: a pilot study. *J Periodontol*. 2001;72(8):1064-8.
15. Schwartz Z, Somers A, Melloning JT, et al. Ability of comercial demineralized freeze-dried bone allograft to induce new bone formation is dependent on donor age but not gender. *J Periodontol* 1998;69:470-47
16. Spiekerman H. *Atlas de implantología*. Ed. Masson, Barcelona, 1995.
17. Matras H. The use of fibrin glue in oral and maxillofacial surgery. *J Oral Maxillofac Surg* 1982; 40: 617-21.
18. Matras H. Fibrin Seal: The state of the art. *J Oral Maxillofac Surg* 1985; 43: 605-11.
19. Tawes RL, Syordak GR, Du Vall TB. Autologous fibrin glue: The last step in operative hemostasis. *Am J Surg* 1994; 168: 120-7.
20. Hartman AR, Galankis DK, Honing MP, et al. Autologous whole plasma fibrin gel: Intraoperative procurement. *Arch Surg* 1992; 127: 357-64.
21. Tayapongsak P, O'Brien DA, Monteiro CB, Arceo -Dias LL. Autologous fibrin adhesive in mandibular reconstruction with particulate cancellous bone and marrow. *J Oral Maxillofac Surg* 1994; 52(2):161-6.
22. Arbes H, Bösch P, Salzer M. First clinical experience with heterologous cancellous bone grafting, combined with the fibrine adhesive system (F.A.S). *Arch Orthop Trauma Surg* 1981;98:183-8.
23. Slater M, Patava J, Kinghan K, S Mason. Involvement of platelets in stimulating osteogenic activity. *J Ortop Res* 1995; 13: 655-63.
24. Marx R, Carlson E, et al. Platelet-rich plasma. Growth factors enhancement for bone grafts. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1998; 85: 638-46
25. Anitua E. Plasma rich in growth factors: Preliminary results of use in the preparation of future sites for implants. *Int J Oral Maxillofac Implants* 1999;14:429-535.

CORRESPONDENCIA:  
Carlos Enrique Valdivia Silva  
cavalsi8@hotmail.com

Recibido: 07/11//2011

Aceptado: 05/12/2011

**CARDIOMIOPATIA HIPERTROFICA  
A PROPOSITO DE UN CASO**

Ronald Victor Soto Acero <sup>1</sup>

**RESUMEN**

**Introducción:** El Síndrome de Dolor Torácico es causa frecuente de atención médica en la emergencia, que comprende dolor entre el diafragma y el cuello; múltiples patologías pueden provocarlo, desde las potencialmente fatales en forma aguda, como el Síndrome Coronario Agudo, Diseccción de Aorta, Trombembolia pulmonar, hasta aquellos de evolución crónica como la Cardiomiopatía Hipertrofia, Estenosis Aórtica, Prolapso de Válvula Mitral entre otras, sin dejar de ser menos riesgosa para el paciente. Reportamos un caso de una paciente mujer de 66 años con dolor torácico, diagnosticado de Síndrome Coronario Agudo, en el cual los exámenes auxiliares, Electrocardiograma no cambiante, Toponinas negativas y Ecocardiograma bi dimensional encaminaron el diagnóstico a la Cardiomiopatía Hipertrofica.

**Palabras clave:** Cardiomiopatía Hipertrofia

**ABSTRACT**

*Dolor Torácico's Syndrome is frequent medical attention cause in the emergency, that understands pain among the diaphragm and the neck; Multiple they can provoke it pathologies, from the fatal in shape sharp, as the Syndrome Coronaries Agudo, Aorta's Dissection, pulmonary Trombembolia, to those of chronic evolution as the Cardiomiopatía Hypertrophy, Estenosis Aortic, Valvula Mitral's Prolapsed among others, without giving up to be less risky in order to the patient. We yielded a womanly case of a 66- years patient with thoracic pain, once was diagnosed of Syndrome Coronaries Agudo, in which the assistant exams, Electrocardiogram no changing, Toponinas negative and dimensional Echocardiogram bi put on the right road the diagnosis to the Cardiomiopatía Hypertrophic.*

**Key words:** Cardiomiopatía Hypertrophic.

**Anamnesis:**

Edad : 66 años  
 Código del establecimiento : 230101 A 101 HADHU  
 Fecha de hospitalización : 28-07-11  
 Fecha de ingreso a UCI : 28-07-11

Paciente ingresa por emergencia con tiempo de enfermedad de 5 horas con dolor torácico con irradiación a cuello. Le realizan EKG, con ondas T (negativas) en cara Lateral, solicitan su pase a UCI con DX angina inestable rápidamente progresiva para manejo y tratamiento.

Antecedentes de importancia: Hipertensión Arterial, .

**Examen físico de ingreso: Hemodinamicamente estable, sin particularidades**

**Diagnóstico de ingreso a UCI:**

1. Angina Inestable Rápidamente progresiva.
2. HTA controlada
3. Hipokalemia.

**Exámenes auxiliares:**

Hemograma: Leucocitos: 8100. Hb 14.9 mg/d, Plaquetas: 240,000, Glucosa: 71,5mg/dl. Creatinina: 0.63mg/dl, Acido urico 2.7mg/dl, Colesterol total 231mg/dl, HDL 31mg/dl, LDL colesterol 173mg/dl, Triglicéridos 135mg/dl, : AGA 21% (28/07/2011). PH 7.45, PCO 32.4mmhg, Na 136mmol/l, k 2.86mmol/l, HCO3 22.4.

**Evolución:**

Paciente con evolución favorable, en ampliación de H. clínica, con antecedente desde hace cinco años de cuadros similares asociados a disnea y pérdida de conciencia en repetidas oportunidades, compatible con cuadro de miocardiopatía hipertrofica, se realiza ecovisión. Hipertrofia miocárdica asimétrica, ápico septal, SIV 24.7mm. Troponinas negativo en 02 oportunidades.

**Diagnóstico de Alta**

Cardiomiopatía Hipertrofica  
 HTA controlada

**Tratamiento**

Beta bloqueadores

**CONCEPTO**

Es una enfermedad primaria del corazón, que se caracteriza por un engrosamiento del miocardio; izquierdo o derecho; no explicada por una enfermedad cardíaca o sistémica; cursa con cavidades ventriculares no dilatadas, en el que el

ecocardiograma cumple un rol fundamental con grosor de sus paredes mayor de 15mm.

**ETIOLOGÍA**

La cardiomiopatía hipertrófica es una patología de carácter autosómica dominante, lo que significa que el 50% de la descendencia heredará esta alteración afectando por igual a hombres y mujeres, con mutación de una de las proteínas que codifican la sarcomera, Cromosoma 14 : miosina beta, Cromosoma 1:

<sup>1</sup> Médico Cardiólogo asistente de la UCI del Hospital Hipólito Unanue de Tacna.  
 Docente de la Facultad de Ciencias Médicas UNJBG

troponina T, Cromosoma 11: proteína C fijadora de miosina, la expresión fenotípica es de 1 de cada 500 personas.

**SÍNTOMAS**

La mayoría de las personas son asintomáticos, los sintomáticos presentan en su mayoría, la triada de 3D: D: disnea 90%, D: dolor torácico, 70%, D: 70% desmayo o Sincope, pueden debutar con muerte súbita, estos episodios se suelen asociarse con el ejercicio, esfuerzos, stress y arritmias cardiacas

**PRUEBAS DIAGNÓSTICAS**

**Electrocardiograma:** La mayoría de los pacientes presentan pruebas electrocardiográficas de la enfermedad, aunque no existen cambios que sean patognomónicos de la cardiomiopatía Hipertrófica.

**Ecocardiograma**

Es la técnica de exploración preferida debido a su elevada sensibilidad y perfil de bajo riesgo.

- 1.- Define las características de la enfermedad
  - El Grado de Hipertrofia y Localización
  - El Grado de Obstrucción que ocasiona la septum interventricular, relacionado con los síntomas
  - Válvula Mitral para observar el movimiento Anterior de la Válvula Mitral que sirve para determinar la severidad de la cardiomiopatía Hipertrófica
  - Función Diastólica; la Cardiomiopatía Hipertrófica cursa con disfunción diastólica más aun la precede.
- 2.-Selecciona y evalúa el Tratamiento, determina cuales son los candidatos a cirugía y/o tratamiento medico
- 3.-Define el pronóstico, muerte súbita para aquellos con Cardiomiopatía Severa
- 4.-Diagnóstico Diferencial con otras patologías, Estenosis Subaórtica, Estenosis Aórtica, etc.



**Figura 1.** Kokolow positivo, T (-) cara lateral, patron de sobrecarga

**Localización:**

Per se la CMH es asimétrica:

- |                                  |     |
|----------------------------------|-----|
| 1. Septum Anterior               | 10% |
| 2. Septum Anterior y Posterior   | 20% |
| 3. Septum Ant. Y Post incluyendo |     |
| 4. la pared lateral libre        | 52% |
| 5. Zonas fuera del Sept (apical) | 16% |
| 6. Simetrica y Concentrica       | 2%  |

**Clasificación:**

- A.- No obstructiva : 75%
- B.- Obstructiva : 25% La mayoría en el tracto de salida del Ventrículo Izquierdo.

**Gradientes criterio de severidad de la obstrucción:**

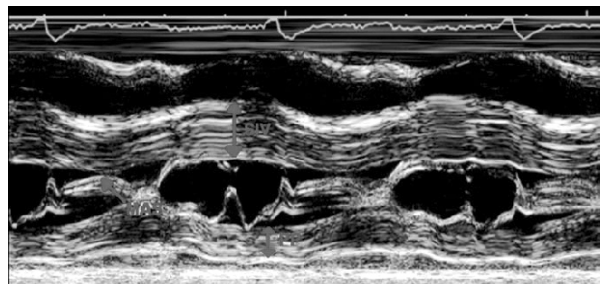
- Se mide con doppler continuo
- Mayor de 30mmHg en reposo
- Mayor de 50mmHg con esfuerzo

La cardiomiopatía hipertrófica acompaña a la edad, si se detecta por Ejm a los 30-70 años, no varía el grosor miocárdico; en las etapas comprendidas entre los 5 y 20 años periodos de crecimiento también lo hace el miocardio ventricular y varían la mediciones por lo que es recomendable ecocardiogramas de seguimiento.

Los pacientes oligosintomáticos o sintomáticos, que tengan septum mayor de 30mm tiene un factor independiente de muerte súbita.

**Como se determina el grado de obstrucción:**

1. SAM con contacto prolongado con el SIV  
Modo M (sístole), mide la distancia del velo anterior mitral al septum. (Fig 2)
2. Mayor de 10mm : leve, Menor de 10mm : Moderado, Contacto son SIV : Severo
3. Cierre Mesosistólico de la válvula Aortica
4. Turbulencia al doppler color en el Tracto de salida del ventrículo Izquierdo.
5. Aumento de velocidad en el Tracto de Salida del ventrículo Izquierdo con doppler continuo que es variable a diferencia de la membrana subaórtica que es fija.
6. Aumento del tiempo eyectivo.
7. Se observa una insuficiencia mitral que siempre es postero lateral.



**Figura 2.** Ecocardiograma Modo M : SIV hipertrófico 24.7mm, Movimiento Anterior de la válvula mitral en sístole, Ventrículo Izquierdo de cavidades pequeñas

**Diagnostico Diferencial**

- 1.-Sobrecarga de Presión : Estenosis Aórtica (valvular, subvalvular aórtica y supra valvular aórtica), HTA, Coartación de la Aorta
- 2.-Miocardiopatías restrictivas : Amiloidosis, Hemocromatosis, Endomiocardiomiofibrosis
- 3.-Misceláneas : Trombo ventricular, Tumor Cardíaco, Sarcoidosis, Miocardio no compactado, Enfermedad de Fabry.
- 4.-Condiciones Fisiológicas : Atletas, Hijos de diabética, Gestación, Hipertrofia septal en añosos

**Diferencias entre: Cardiomiopatía Hipertrófica**

- Septum mayor de 16mm
- Hipertrofia Asimetrica
- Cavidad Menor de 45mm
- EKG anormal
- Crecimiento de auricula Izquierda
- Funcion Diastolica Anormal

- No reversible con el desentrenamiento
- Corazón del Atleta**
- Septum menor de 16mm
  - Hipertrofia Concentrica
  - Cavidad mayor de 45mm (Frecuente )
  - Auricula Normal
  - EKG es mas normal
  - Funcion Diastólica en promedio Normal
  - Hipertrofia es reversible a los 3 meses de desentrenamiento ,disminuye de 2-5mm

#### **Estratificación de Riesgo de Muerte Súbita en Cardiomiopatía hipertrófica**

##### **Criterios Mayores**

Sobreviviente de Paro Cardio Respiratorio ( TV o VF)  
 Taquicardia Ventricular Sostenida (Holter)  
 Historia Familiar de Muerte Súbita  
 Sincope inexplicado  
 Hipotensión en ejercicio  
 Hipertrofia ventricular SIV mayor de 30mm

##### **Criterios Menores**

Fibrilación Auricular  
 Isquemia Miocárdica  
 Fracción de Eyección menor 50%  
 Obstrucción del Tracto de Salida del ventrículo Izquierdo mayor de 30mmhg  
 Vol. Aurícula Izq mayor de 34ml/m2

**Los pacientes con criterios de Alto Riesgo son candidatos a colocación de Cardiodesfibrilador implantable.**

**La primera causa de muerte en atletas jovenes es la Cardiomiopatía Hipertrófica**

##### **Tratamiento**

###### **1.- Médico**

###### **Objetivo :**

Disminuir la Frecuencia Cardiaca Mejorar el tiempo de relajación

Betabloqueadores  
 Calcioantagonistas

###### **2.- Quirurgico**

###### **Objetivo :**

Reducir el SIV  
 Disminuir la Obstrucción  
 Conseguir mejoría clínica

Miomectomia quirurgica: Mortalidad 2%  
 Ablacion Septal percutanea con alcohol  
 Marcapaso Bicameral para mejorar sincronia Ventricular.

##### **DISCUSIÓN**

El Síndrome Coronario Agudo es causa frecuente de consulta en sala de emergencias, se debe de considerar a la Cardiomiopatía Hipertrófica como diagnóstico diferencial ,sobre todo en aquellos pacientes con Historia crónica de dolor torácico , que se caracteriza por DISNEA, DOLOR Y DESMAYO, con patrón electrocardiográfico alterado T (negativas) en cara lateral, con aumento de voltaje y que no varia en los controles sucesivos, las troponinas son negativas en la mayoría de casos; la ecocardiografía juega un rol fundamental en el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad.

##### **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. Pereiro GG, Pasca AJ, Lastiri H: Miocardiopatía hipertrófica familiar. Nuevos horizontes etiopatogénicos. REV FED ARGCARDIOL 2009; 29: 185-193.
2. Frank S, Braunwald E: Idiopathic hypertrophic subaortic stenosis: clinical analysis of 126 patients with emphasis on the natural history. Circulation ; 37: 759-788.
3. Goodwin JF: Congestive and hypertrophic cardiomyopathies: a decade of study. Lancet 1996; 1: 732-739.
4. Wigle ED, Sasson Z, Henderson MA y col: Hypertrophic cardiomyopathy: the importance of the site and extent of hypertrophy: a review. Prog Cardiovasc Dis 1985; 28: 1-83.
5. Maron BJ, Bonow RO, Cannon RO y col: Hypertrophic cardiomyopathy: interrelations of clinical manifestations, pathophysiology, and therapy. N Engl J Med 2006; 316: 844-852.
6. Brian P Griffin, Eric J. Topol The Cleveland Foundation Cardiología, Miocardiopatía Hipertrófica, Med 2009; 131-146

##### **CORRESPONDENCIA:**

**Ronald Victor Soto Acero**  
**rsoto120@hotmail.com**

Recibido: 22/11//2011

Aceptado: 16/12/2011

## EL PARADIGMA SOCIOMEDICO: UN RETO PARA LA ENSEÑANZA DE LA ANATOMIA HUMANA EN EL PERÚ

Abelardo Rodríguez Menéndez<sup>1</sup>, Elfren R. Liendo Liendo<sup>2</sup>, Pedro Casiano Rodas Alejos<sup>2</sup>

En la historia de la medicina, se han observado tres paradigmas: el médico filósofo propio de la Grecia antigua, el médico teológico característico del Medioevo y el médico político que corresponde a la era moderna. En la literatura médica mundial, se reportan dos paradigmas médicos principales: el paradigma biomédico relacionado con los procesos biosíquicos como procesos naturales, y el paradigma sociomédico que enfoca dichos procesos desde una perspectiva histórico social.

El modelo profesional del personal de la salud en cada país, está expresado en la filosofía del diseño de los planes y programas de estudio que ejecutan las Universidades médicas. Esta influencia se extiende más allá y llega a permear la didáctica particular de las distintas disciplinas, asignaturas, estancias y rotaciones que integran los planes de estudio de medicina 1.

Teniendo en cuenta lo expresado anteriormente, se ha propuesto como objetivo realizar una valoración crítica de los principales rasgos del diseño curricular y la didáctica particular de la Anatomía Humana, en varias Facultades de Medicina, desde una perspectiva histórico-social para así identificar saltos cualitativos, estancamientos e insuficiencias actuales para orientar su perfeccionamiento y desarrollo futuro.

### DESARROLLO

El enfoque de la medicina, se ha orientado a la atención secundaria, al hombre enfermo, con tendencia a la especialización y la superespecialización. El proceso formativo está centrado en el estudio de enfermedades y problemas médicos.

Al principio de la enseñanza de la disciplina de Anatomía, se desarrolló un sistema de enseñanza teórica, sin disección anatómica, sin laboratorios y sin salas de clínica en hospital alguno: la formación práctica del futuro médico quedaba en manos de profesionales sin relación con la docencia; posteriormente, se desarrolló la enseñanza de esta disciplina basada en un nuevo plan de estudios que contempló la disección anatómica y la enseñanza práctica de las clínicas médicas y quirúrgicas. Después se desarrollaron otros planes de estudio, que aunque introdujeron algunas mejoras en la enseñanza, no lograron cambiar las pésimas condiciones en que se brindaba esta disciplina. Los laboratorios de enseñanza durante toda esta primera etapa, fueron insuficientes y mal habilitados.

Algunos planes de estudio trataron de suplir las deficiencias de uno de los pilares de las ciencias médicas con la introducción de nuevas asignaturas, en general se aumentó el número de cátedras. Se mantuvo el estudio descriptivo de la Anatomía, pero se acompañaba de las técnicas anatómicas y los ejercicios prácticos de disección. Se mantuvieron los antiguos métodos de enseñanza; es decir, que se enseñaría más pero de la misma forma.

Hubiera sido un éxito en aquellos tiempos inducir en los estudiantes universitarios, las siguientes reflexiones: que los estudiantes lean menos y observen más, comparar más, meditar más, experimentar más; en una palabra interrogar más a la naturaleza que oír al maestro. Que nuestros profesores debían ser solamente profesores, y serlos en el sentido moderno: hombres dedicados a enseñar cómo se aprende, cómo se consulta, cómo se investiga, hombres que provoquen y ayuden al trabajo del estudiante; no hombres que den recetas y fórmulas al que quiere aprender en el menor tiempo la menor cantidad de ciencia, con tal que sea la más aparatosa. En la época actual los Institutos Educativos primarios y secundarios, y la Universidad deben ser talleres donde se trabaja, no teatros donde se declama. A obtener esa clase de estudiantes y esa clase de maestros va encaminada toda la reforma. Estos aspectos que estamos señalando pueden ser duramente criticados, especialmente por aquellos que estén afectados en sus intereses personales, y por los que no asimilan los cambios que el desarrollo de la sociedad impone a la pedagogía, al conocimiento de las ciencias naturales y sociales, y lo que el nuevo siglo XXI les depara(2).

El paradigma en la formación médica superior del siglo XXI, presupone un modelo profesional de perfil amplio, orientado a la atención del hombre sano mediante acciones de promoción, prevención y rehabilitación y donde el aprendizaje estuviera centrado en los principales problemas de salud de la población. Al desarrollo de este paradigma en la formación del futuro médico peruano, se deben dedicar los planes de estudio en las Facultades de Medicina, con vistas a elevar el nivel a planos superiores, no sólo en lo nacional sino también en el contexto latinoamericano y mundial.

Al haber abordado algunos elementos conceptuales y de carácter histórico necesarios para mejor comprensión de este asunto, el análisis ulterior del mismo estará encaminado a responder tres importantes interrogantes:

### 1. ¿Cómo ha marcado la historia de la educación médica Peruana la enseñanza de la Anatomía Humana?

En un inicio el aprendizaje anatómico fue absolutamente teórico, entiéndase fuertemente descriptivo, memorístico, enciclopedista, con enfoques metafísicos frecuentes, sin disección anatómica, aunque existieron

<sup>1</sup>Médico Especialista de II Grado en Anatomía Humana. Docente de la Facultad de Ciencias de la Salud UNJBG

<sup>2</sup>Médicos Cirujanos, - Docentes de la Facultad de Ciencias de la Salud, UNJBG.

piezas de museo anatómico. Posteriormente, se diseñaron planes de estudios que contemplaron disección anatómica como parte del proceso de aprendizaje, pero bajo los mismos métodos reproductivos. Se inicia pues una etapa de fuerte dependencia del cadáver para los estudios anatómicos.

A inicios del siglo XX, la enseñanza de Anatomía heredó los estigmas de la enseñanza descriptiva, el enciclopedismo, la dependencia del cadáver, el estudio de las técnicas anatómicas, los ejercicios prácticos de disección y un tráfico de cadáveres bajo preceptos éticos que pudieran cuestionarse. En el orden didáctico se encuentra el carácter reproductivo de los métodos de enseñanza, el empirismo y los enfoques metafísicos que conducían a la percepción de la Anatomía como una ciencia muerta donde nada cambia, donde todo está siempre en un mismo lugar y estado, formas de enseñanza centradas en conferencias magistrales impartidas por profesores de vasta cultura anatómica cuyos mensajes había que repetir después con la mayor exactitud posible y con sistemas de evaluación sujetos a caprichos y extremos diversos según las características del profesor y del alumno a evaluar. Así transcurrieron las cosas durante la primera mitad del siglo XX(3).

Con el comienzo del viraje del paradigma médico, la enseñanza de la anatomía comienza un proceso de cambio que abarca tanto al diseño curricular como al claustro de profesores y sus enfoques pedagógicos, humanistas y sociopolíticos, e incluso las condiciones materiales de trabajo. Este proceso de cambio ha sido continuo y creciente, en beneficio de la formación médica y de las necesidades de la sociedad.

## 2. ¿En qué momento se encuentra la enseñanza de la disciplina anatómica en el Perú?

Las condiciones de trabajo aún no son favorables a pesar del deterioro de la infraestructura que ha impuesto la crisis económica actual, los programas de estudio si bien no exentos de dificultades son superiores en su enfoque y estructura metodológica en relación con otros anteriores, con una enseñanza sobre bases científicas aún en perfeccionamiento, con métodos que si aún no han dejado atrás lo reproductivo, su tendencia es hacia las formas productivas, con un enfoque dialéctico de la ciencia anatómica que fundamenta el constante cambio de las características del organismo, las interacciones entre sus partes y de él como un todo único con el medio ambiente: tal es el caso de las transformaciones propias del proceso de crecimiento y desarrollo del individuo en las distintas etapas de la vida, o aquellas inducidas por la actividad laboral, las enfermedades, las condiciones geográficas y socioeconómicas en que vive el hombre.

## 3. ¿Cómo proyectar transformaciones, en el proceso enseñanza-aprendizaje en la disciplina de anatomía?

Se trata de llevar a cabo transformaciones esenciales y trascendentes, y no se trata de realizar cambios formales de cantidades y ordenamiento de

contenidos, de números de horas totales o por formas organizativas docentes(4). En este sentido, se propone alcanzar los siguientes objetivos:

- a) Contar con la voluntad política y decisión consciente de las autoridades y del claustro de profesores para asumir el reto.
- b) Asumir la enseñanza de una Anatomía aplicada que supere a la anatomía descriptiva que empobrece el pensamiento creador, conduce al enciclopedismo y confunde a los profesores al no poder ver con claridad suficiente si están formando especialistas en Anatomía Humana o a un médico.
- c) Ampliar las concepciones acerca del objeto de estudio de la Anatomía para poder estudiar no al cuerpo humano, sino al hombre tanto en su dimensión biológica como social.
- d) Ofrecer un espacio mayor en las clases a la Anatomía del hombre vivo para que haya un despliegue sistemático no sólo de la observación anatómica, sino también del método clínico, de los métodos imagenológicos y de métodos sociodemográficos.
- e) Educar más e instruir menos. Dar mayor atención a la formación de valores a través del trabajo educativo curricular de forma sistemática y profunda.
- f) Sistematizar las formas productivas de enseñanza-aprendizaje.
- g) Desarrollar los museos anatómicos en todas las facultades del país para que la observación anatómica no sea tan dependiente de las actividades presenciales.
- h) Convertir las salas de disección en talleres de trabajo anatómico donde junto a la observación de una pieza se trabaje la Anatomía del hombre vivo. Que haya además de mesas de disección, otras para la práctica del método clínico.
- i) Organizar la enseñanza de la disciplina a partir de sistemas de objetivos y habilidades que permitan solucionar los problemas cognitivos que se van presentando en la formación del médico.
- j) Reducir el número de horas dedicadas a actividades teóricas y aumentar el de actividades prácticas y talleres.
- k) Introducir los seminarios temáticos que permitan evaluar los objetivos de temas y eliminar las evaluaciones masivas y sistemáticas en las clases prácticas.
- l) Introducir procedimientos autoevaluativos que permitan al educando participar activamente en el control de su propio aprendizaje.

## CONCLUSIONES:

La enseñanza de la Anatomía Humana acumula experiencias desde el siglo XVIII con mejoramiento lento pero progresivo, lográndose incorporar al proceso de docencia – aprendizaje en esta disciplina, los principales problemas y exigencias de la sociedad y sus proyecciones futuras, incluidas aquellas relacionadas con los servicios de salud y la formación médica. Asimismo, es un reto para los diseñadores de los nuevos planes de estudio en la ciencia médica, incorporar nuevos conceptos y formas de enseñanza en esta disciplina en relación al nuevo médico que se desea formar para resolver los problemas de la sociedad Peruana.



**REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:**

1. Perez Cárdenas M. Los paradigmas Médicos: factores de su conservación y cambio. Vol. Ateneo Juan Cesar García. 1995; 3(3-4): 21-34
2. Neyra Fernández M, Berra Socarrás M, Rodríguez Mendoza A, Rodríguez Lastra R, Reyes Ferrer G. La Estrategia investigativa curricular en la carrera de medicina. Educ. Med. Sup. 1997; 11(2)91-100.
3. Armas Mesa R. de Hatim RA, Salas Perez R. Relación Universidad Sociedad como base para la educación permanente en salud. Educ. Med. Sup. 1997; 11 (2): 101-6
4. Jardines Méndez B., Oubiña Rodríguez J. Investigaciones educacionales en el desarrollo de los recursos humanos de salud en Cuba. Educ. Méd. Sup. 1993; 7 (1): 19-26.

**CORRESPONDENCIA:**  
**Abelardo Rodríguez Menéndez**  
**abelardoemilio@yahoo.es**

Recibido: 10/11//2011

Aceptado: 19/12/2011

## REGLAMENTO DE PUBLICACIÓN

La Revista Médica Basadrina órgano oficial de publicación de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann, Tacna, Perú; destinada a la difusión de la producción científica en el área de las Ciencias Médicas, con la finalidad de contribuir primariamente con el desarrollo de la situación sanitaria en nuestra región; no obstante, nuestra revista acepta la solicitud de publicación de artículos no solo locales sino también nacionales e internacionales que sean inéditos y de interés en salud, que no hayan sido publicados previamente, ni enviados simultáneamente a otras revistas científicas. Esta dirigida a docentes, alumnos y profesionales de la salud. Es de periodicidad semestral y sus artículos son arbitrados por los miembros del Comité Consultor Externo.

## NORMAS GENERALES

Los artículos pueden pertenecer a una de las siguientes categorías: Editorial, Artículos Originales, Originales cortos, Artículos de Revisión, Reporte de Casos y Cartas al Editor.

La Revista Médica Basadrina se reservará el derecho de aceptar los artículos que sean presentados y de solicitar las modificaciones que considere necesarias para cumplir con las exigencias de la publicación. Del mismo modo, se reserva el derecho de uniformizar el manuscrito de acuerdo al estilo de la revista.

Los artículos deberán ser enviados en original y una copia, en paginas numeradas, escritos a maquina, en papel ISO A4 (212x297 mm.), en una sola cara, tipo de letra Arial, tamaño de fuentes 12 picas, a doble espacio y con márgenes de 25mm. Además de las copias del manuscrito, deberá enviarse un disquete o disco compacto debidamente grabado en Word para Windows. El numerado de paginas seguirá las recomendaciones del Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas. Cada parte del artículo deberá empezar en página aparte, numeradas en forma consecutiva. Las tablas, gráficos y figuras deben colocarse al final del texto en página aparte con el título correspondiente; no deben ser insertados dentro del texto.

La página inicial deberá tener el título del trabajo en español, nombre o nombres de los autores, lugar de trabajo de los autores, instituciones u organismos que apoyaron la investigación, nombre y dirección del autor, a quien puede enviarse correspondencia respecto al artículo.

## NORMAS ESPECIFICAS:

**EDITORIALES:** Son a solicitud del Comité Editor.

**ARTÍCULOS ORIGINALES:** Producción científica que deberá estar redactado según el siguiente esquema:

**Resumen y palabras clave:** en español e inglés. No debe contener más de 250 palabras y de tres hasta cinco palabras clave.

**Introducción:** exposición del planteamiento del problema, antecedentes, justificación y objetivo del estudio.

**Material y Métodos:** se describe la metodología usada. Se debe describir el tipo de estudio, las características de la población y forma de selección de la muestra. En algunos casos, es conveniente describir el área de estudio. Cuando se usen plantas medicinales, describir los procedimientos de recolección e identificación. Precisar la forma como se midieron o definieron las variables de interés. Mencionar los procedimientos estadísticos empleados. Detallar los aspectos éticos involucrados en la realización del estudio, como la aprobación por un Comité de Ética Institucional, el uso de consentimiento informado, entre otras.

**Resultados:** la presentación de los hallazgos debe ser en forma clara, sin opiniones ni interpretaciones. Se pueden complementar hasta con ocho tablas o figuras.

**Discusión:** se debe interpretar los resultados, comparándolos con los resultados de otros autores, exponiendo las sugerencias o conclusiones. Además, se debe incluir las limitaciones que hubieran en el estudio.

## Agradecimientos y Conflictos de intereses.

**Referencias bibliográficas:** siguiendo el estilo Vancouver.

**ORIGINALES CORTOS:** Se aceptarán las comunicaciones de estudios preliminares y también reporte de brotes. El esquema será similar al de los artículos originales.

**ARTÍCULOS DE REVISIÓN:** Será a solicitud del Comité Editor.

**REPORTE DE CASOS:** Los casos a reportarse deben ser de enfermedades o situaciones de interés en salud. El resumen en español e inglés es no estructurado y tiene un límite de 250 palabras con tres a cinco palabras clave. Contiene una introducción, una sección denominada reporte de caso y una discusión.

**CARTAS AL EDITOR:** Esta sección está abierta para todos los lectores, a la que pueden enviar sus preguntas, comentarios o críticas a los artículos que hayan sido publicados en los últimos números, teniendo en cuenta la posibilidad de que los autores aludidos puedan responder. Así también, algunos comentarios sobre problemas de salud.

La publicación de artículos por nuestra revista en sus diferentes categorías no necesariamente se solidariza con las opiniones vertidas por el o los autores.

Los artículos se reciben en la secretaría de la Escuela de Medicina de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann; situado en la Ciudad Universitaria Av. Cusco esquina calle Miraflores s/n, Tacna - Perú; o mediante correo electrónico al comité editor a las siguientes direcciones electrónicas: [facs@principal.unjbg.edu.pe](mailto:facs@principal.unjbg.edu.pe); [manuelticonar@yahoo.es](mailto:manuelticonar@yahoo.es); del mismo modo, ante cualquier duda, puede consultar con nosotros en las direcciones citadas anteriormente.



**Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann**  
Av. Miraflores s/n - Ciudad Universitaria - Tacna, Perú.  
Teléfono: 58-3000 Anexo 2296 -229 /Casilla Postal 316 Telefax: 052 -583000 -2296.  
Correo electrónico: [facs@principal.unjbg.edu.pe](mailto:facs@principal.unjbg.edu.pe)  
Página web: [www.unjbg.edu.pe/](http://www.unjbg.edu.pe/)