

*Avanzando hacia un  
moderno Hospital...*



REGIÓN  
**TACNA**  
Juntos por el desarrollo

HOSPITAL  
HIPÓLITO  
UNANUE



# Revista Médica

## Hospital Hipólito Unanue de Tacna

Vol. 13 - N.º 2 - Julio a diciembre, 2020



Hospital Hipólito Unanue de Tacna contribuyendo al desarrollo científico en la región de Tacna

Calle Blondell s/n - Tacna  
Central Telefónica: 052 - 583730  
Web: [www.hospitaltacna.gob.pe](http://www.hospitaltacna.gob.pe)  
f Hospital Hipólito Unanue de Tacna  
globe <http://revista.hospitaltacna.gob.pe>

ISSN: 2521-859X / ISSN: 2617 - 7803  
Revista Indexada en Latindex



# HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA



# REVISTA MÉDICA PERUANA

## HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA

Volumen 13

Número 2

julio-diciembre, 2020

### DIRECTORES

**Director Regional de Salud de Tacna**  
Méd. Oscar Lenin Galdos Rodríguez

**Director Ejecutivo Hospital Hipólito Unanue de Tacna**  
Méd. Edgar Rogelio Concori Coaquira

### COMITÉ EDITOR

**Editor Principal**  
Dr. Manuel Benedicto Ticona Rendón  
Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann

**Editores Asociados**  
Méd. Patricio Cruz Méndez  
Universidad Privada de Tacna

Dra. Regina Ruth Rivera Delgado  
Universidad Privada de Tacna

Méd. Lourdes Margarita María Lombardi Bacigalupo  
Universidad Privada de Tacna

Dra. Danila Diana Huanco Apaza  
Hospital Hipólito Unanue de Tacna

### COMITÉ DE INVESTIGACIÓN

**Presidente**  
Méd. Edgar Rogelio Concori Coaquira

**Vice Presidente**  
Méd. Jorge Luis Mendoza Salinas

**Secretaria Técnica**  
Enf. Blanca Raquel Zevallos Delgado

**Asesor Externo**  
Dr. Manuel Benedicto Ticona Rendón

**Miembros**  
Dra. Regina Ruth Rivera Delgado  
Méd. Lourdes Margarita Lombardi Bacigalupo  
Enf. Guadalupe Dionicia Castillo Loza  
C.D. Luis Enrique Liendo Alcázar  
Q.F. Ana María Maldonado Gamero  
Obs. Luz Marina Liendo Cáceres  
Blgo. Roberto Carlos Quispe Valdez  
Adm. Marcial Durand Bichert  
Méd. Jaime Edgar Vargas Zeballos  
Méd. Paola Heydi Arias Huanacune  
Lic. Irma Villar Agurto

### COMITÉ INSTITUCIONAL DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN

**Presidente**  
Méd. Julio Aguilar Vilca

**Vice Presidente**  
Méd. Guillermo Ricardo Alvites Cuba

**Secretaria Técnica**  
Enf. Blanca Raquel Zevallos Delgado

**Miembros**  
Lic. Irma Villar Agurto  
Dr. Marco Carlos Alejandro Rivarola Hidalgo  
Méd. César Juvenal Gallardo Recavarren  
Enf. Yria Lidia Barriga Ramos  
Obs. Karina Paola Calderón Fernández  
Dra. Jenny Concepción Mendoza Rosado  
Dra. Gema Natividad Sologuren García  
Dra. Danila Diana Huanco Apaza

### COMITÉ CONSULTIVO

**Vicky Jeannine Panduro Correa**  
MSc Epidemiología Clínica  
Universidad Nacional Hermilio Valdizán, Huánuco, Perú

**Franz Kovy Arteaga Livias**  
MSc(c) Epidemiología Clínica y Bioestadística en Enfermedades Infecciosas y Tropicales  
Universidad Nacional Hermilio Valdizán. Hospital II EsSalud, Huánuco, Perú

**Josefina Sonia Núñez Chávez**  
Doctora en Ciencias Naturales: Enfermería  
Universidad Católica de Santa María, Arequipa, Perú

**Gema Natividad Sologuren García**  
Doctora en Ciencias de la Educación  
Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann, Tacna, Perú

**Britto Ebert Falcón Guerrero**  
Doctor en Estomatología  
Universidad Latinoamericana CIMA, Tacna, Perú

**Ricardo Ernesto Ortiz Faucheux**  
Doctor en Ciencias de la Salud  
Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann, Tacna, Perú

La Revista Médica del Hospital Hipólito Unanue de Tacna es un medio de difusión de los trabajos científicos en el área médica y de salud pública, realizados por los investigadores de la región tacneña e invitados, el producto del desarrollo de dichas investigaciones tienen por objetivo mejorar el conocimiento en salud y aportar con estudios que contribuirán a reducir la morbi mortalidad de la población.

Los trabajos inéditos publicados pueden ser: Artículos originales, artículos de revisión, reporte de casos y cartas al editor.

La metodología de selección de los artículos publicados, se realizó mediante un proceso de evaluación por un comité de reconocida experiencia en investigación.

Aquellos trabajos que cumplieron las normas de publicación lograron una calificación adecuada fueron finalmente publicados.

La Revista Médica se publica semestralmente y se distribuye gratuitamente entre el personal de salud del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, autoridades de salud de la región y del país, instituciones universitarias del país; encontrándose indizada y al alcance gratuito en versión digital.

La edición de la presente revista adopta las normas establecidas en la segunda conferencia mundial sobre integridad de la investigación (Singapur 2010).

#### IMPRESIÓN

IMPRENTA REYNOSO SAC  
Av. Coronel Mendoza 1026  
contacto@offsetreynoso.com  
RUC 20602856101

Tiraje  
500 ejemplares

Dirección  
Calle Blondell S/N Tacna  
Teléfono: 052583730  
e-mail: uadihut@gmail.com  
www.hospitaltacna.gob.pe  
Publicación semestral  
Volumen 13 Número 2



# HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA

## COMITÉ DE PUBLICACIONES

Dr. Manuel Benedicto Ticona Rendón  
Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann

Dra. Danila Diana Huanco Apaza  
Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann

Enf. Blanca Raquel Zevallos Delgado  
Hospital Hipólito Unanue de Tacna

### Correctora de Estilo

Mgr. Roxana Carolina Perca Chagua  
Magister en lingüística  
Universidad Federal de Santa Catarina - Brasil

### Apoyo Administrativo-Revista Médica

Lic. Irma Villar Agurto  
Hospital Hipólito Unanue de Tacna - Área de Investigación



# REVISTA MÉDICA PERUANA HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA

Volumen 13

Número 2

julio-diciembre, 2020

## Contenido / Contents

### EDITORIAL / EDITORIAL

José Alberto Revilla Urquiza - Médico Psiquiatra ..... 5

### ARTÍCULOS ORIGINALES / ORIGINAL ARTICLES

Parto vaginal en pacientes con antecedentes de cesárea y complicaciones materno-perinatales en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna  
*Vaginal Delivery in Patients With a Cesarean Background and Maternal-Perinatal Complications at the Hipolito Unanue Hospital in Tacna*  
**Flora Sosa-Yujra** ..... 7

Calidad de atención del profesional de enfermería según la percepción de madres de niños menores de 1 año en el Centro de Salud Pampa Inalámbrica en Ilo  
*Nursing Care Quality Perception According to Mothers of Children Under 1 Year of Age at Pampa Inalambrica Health Center in Ilo*  
**Magaly Vera-Herrera** ..... 13

La capacitación y su relación en el desempeño laboral de los trabajadores administrativos del Hospital Hipólito Unanue de Tacna  
*Training and its Relationship in Administrative Workers' Performance at the Hipolito Unanue Hospital in Tacna*  
**Yenny Pinto-Villar, Irma Villar-Agurto, Mario Gálvez-M.** ..... 18

Comunicación terapéutica de la enfermera y su relación con el nivel satisfacción de las madres de neonatos hospitalizados en el servicio de neonatología del Hospital Hipólito Unanue  
*Nurses' Therapeutic Communication and its Relationship With Hospitalized Neonatal Mothers' Satisfaction Level in the Neonatology Service of Hipolito Unanue Hospital*  
**Lizbeth Lourdes Huerta Humpiri** ..... 23

Factores epidemiológicos y nivel de conocimiento de gestantes sobre el tamizaje neonatal en el servicio de obstetricia del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins  
*Epidemiological Factors and Pregnant Women's Knowledge Level About Neonatal Screening in the Obstetric Service of the Edgardo Rebagliati Martins National Hospital*  
**Vanessa Hinojosa-Ticona, Joseph Hinojosa-Ticona, Yessica Hinojosa-Ticona, Manuel Ticona Rendón** ..... 29

Influencia de los factores socioculturales en el conocimiento y cuidado sobre IRAS y EDAS que brindan las madres a niños menores de 5 años  
*Influence of Sociocultural Factors on Knowledge and Care About IRAS and EDAS Provided by Mothers to Children Under 5 Years of Age*  
**Angie Ascencio-Cauna, Gabriela Quille-Mamani** ..... 34

### REPORTE DE CASOS / CASE REPORTS

Tratamiento de una maloclusión clase I con mordida cruzada anterior usando planos de mordida  
*Treatment of a Class I Maloclusión With Anterior Dental Crossbite Using Bite Plans*  
**Lizeth Valeria Vilca-Serrano, Britto Ebert Falcón-Guerrero** ..... 40

|                                                                                                                                                                                                                                            |    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| ¿Las lesiones pulmonares cavitadas son siempre por tuberculosis?<br><i>Are Cavitory Lung Lesions Always Caused by Tuberculosis?</i><br>Ovidio Villena-Veneros, César Gallardo-Recabarren, Edwin Condori-Vargas, Angélica Méndez-Payahuanca | 46 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|

## ARTÍCULOS DE REVISIÓN / REVIEW ARTICLES

|                                                                                                                                                                                                                         |    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| La relevancia del manejo inicial del cáncer testicular<br><i>The Relevance of the Initial Management of Testicular Cancer</i><br>Edgar Alfredo Carcasi-Laura                                                            | 51 |
| Carga inmediata en implantes dentales posexodoncia<br><i>Immediate Loading in Post-Exodontic Dental Implants</i><br>Britto Ebert Falcón-Guerrero, Jhon Walter Choque-Salazar, Lucio Calizaya-Pacco, Maria Ludeña-Espino | 55 |

|                                               |    |
|-----------------------------------------------|----|
| NORMAS DE PUBLICACIÓN / SUBMISSION GUIDELINES | 59 |
|-----------------------------------------------|----|

En diciembre del 2019, llegaron noticias desde China (Wuhan) sobre la aparición de un virus que empezó a diezmar a la población de dicho país. En ese entonces; en nuestra América, la presencia del virus se veía como algo lejano, más aún en nuestra ciudad de Tacna. Sin embargo, fue tremenda nuestra sorpresa cuando se presentó el primer caso en Lima en marzo del 2020. Consecuentemente, se cerraron las fronteras internacionales, se restringió el tránsito interdepartamental y se dictaminó el confinamiento. A pesar de todos los controles, el virus se extendió en todo el Perú. Tacna fue una de las últimas ciudades en detectar casos de esta enfermedad en su territorio. El 11 de marzo del 2020, la Organización Mundial de Salud (OMS) declaró la pandemia por COVID-19, debido al elevado número de casos en 112 países fuera de China. Esta ha sido la primera pandemia causada por un coronavirus.

En verdad, esta pandemia ha trastocado a cada una de las personas y familias del Perú y del mundo; ya que al estar confinados, se priva las libertades de una persona. El no poder reunirnos, darnos la mano, ni abrazarnos nos afecta a todos los seres humanos. Nosotros necesitamos de estos actos que son parte de nuestro diario vivir; la ausencia de ellos altera nuestra salud mental.

Hasta estos momentos hay más de 94,8 millones de casos y más de 2 millones de muertes en todo el mundo. Lamentablemente, Estas cifras se han ido incrementando, lo que resulta en una preocupación permanente.

Si bien las medidas de aislamiento social buscan un bien común, ellas repercuten a nivel psicológico. El virus no solo es el COVID-19, sino el crecimiento orgánico de una sensación de privación de las libertades fundamentales que dejan en nuestro subconsciente huellas profundas de frustración, impotencia, estrés y desesperación.

Los cambios en los hábitos de vida, el instinto de sobrevivencia y las dificultades económicas generan una histeria colectiva, la cual es alimentada por los medios de comunicación. Esta situación genera adicción a la sobreinformación. Como consecuencia, se cambian los estilos de vida y se presentan progresivamente trastornos como:

1. Trastorno emocional agudo: llantos, pensamientos desestructurados y brotes de ira.
2. Ansiedad: tener la sensación que tenemos algo más por hacer sin saber qué.
3. Pensamientos recurrentes: ideas que no salen del pensamiento y que nos impiden pensar sanamente.
4. Pérdida de la intimidad: el no poder acercarte a una persona ni tocarla afecta a nuestro cerebro que es social.
5. Baja autoestima: los problemas de dinero, la impotencia de no poder actuar, los arrepentimientos de no haber hecho antes.
6. Pérdida de poder: no poder actuar, diferenciarnos, estar sometidos.
7. Ausencia de expectativas: perder esperanzas, entrar en la negatividad.
8. Depresión: perder sentido de la vida, desesperación, pensamiento suicida.

A esto se agrega que, a pesar del adelanto en la ciencia de la salud y el haberse ensayado muchos esquemas de tratamiento, hasta el momento no existe un tratamiento protocolizado para el virus COVID-19 por la OMS, ente rector de la salud en el mundo.

Lo que nos queda, es seguir con las recomendaciones actuales para nuestro autocuidado, tales como el lavado de manos mínimo 20 segundos, distanciamiento físico de un metro y medio, el uso de la mascarilla facial, así como evitar reuniones sociales.

**José Alberto Revilla Urquiza**

Médico Psiquiatra

Jefe del Departamento de Salud Mental

Hospital Hipólito Unanue. Tacna, Perú

Editor Invitado

## Parto vaginal en pacientes con antecedentes de cesárea y complicaciones materno-perinatales en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna

### *Vaginal Delivery in Patients With a Cesarean Background and Maternal-Perinatal Complications at the Hipolito Unanue Hospital in Tacna*

Flora Sosa Yujra

Hospital Hipólito Unanue. Tacna, Perú

Obstetra asistencial. Especialista en Alto Riesgo y Emergencias Obstétricas

#### Resumen

**Objetivo:** Determinar la relación entre el parto vaginal en pacientes con antecedente tanto de cesárea como de complicaciones maternas y perinatales.

**Material y Métodos:** Diseño analítico, transversal y retrospectivo, realizado en 84 gestantes con antecedentes de cesárea previa, atendidas en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante los años 2014 y 2015. **Resultados:** La duración del periodo expulsivo del parto fue menor o igual a 20 minutos (89,2 %), el 72,6 % del alumbramiento fue dirigido y el 27,4 % tuvo una duración mayor o igual a 15 minutos. El tipo del alumbramiento fue Schultze como Duncan. El 65,6 % presentó un sangrado del alumbramiento no más de 200 cc. El peso de los recién nacidos oscila entre 3501-4000 g, con edades gestacionales entre 38-41 semanas y con Apgar al minuto de 95,2 % de 7-10. Las complicaciones que presentaron fueron desgarro perineal I° y retención de membranas 16,7 %. **Conclusión:** No existe relación significativa entre pacientes con antecedente de cesárea previa y complicaciones del parto vaginal. El 83,3 % no presentó ninguna complicación. Por otro lado, solo el 16,7 % presentó desgarro I° y retención de membranas.

**Palabras clave:** cesárea previa, complicaciones maternas, complicaciones neonatales.

#### Abstract

**Objective:** To determine the relationship between vaginal delivery in patients with a history of both caesarean section and maternal and perinatal complications. **Material and Methods:** Analytical, cross-sectional and retrospective design, carried out in 84 pregnant women with a background of caesarean section, attended at the Hospital Hipólito Unanue de Tacna during the years 2014 and 2015. **Results:** The duration of the second stage of delivery was less than or equal to 20 minutes (89,2 %), 72,6 % of the delivery was directed and 27,4 % had a duration longer than or equal to 15 minutes. The delivery type was Schultze as Duncan. 65.6% had a birth bleeding of no more than 200 cc. The weight of the newborns ranges between 3501-4000 g, with gestational ages between 38-41 weeks and with a 95.2% Apgar at minute of 7-10. The complications they presented were perineal tear I° and retention of membranes 16.7%. **Conclusion:** There is no significant relationship between patients with a history of previous caesarean section and complications of vaginal delivery. 83.3 % did not present any complications. On the other hand, only 16.7 % presented tear I° and retention of membranes.

**Keywords:** previous caesarean section, maternal complications, neonatal complications

#### Correspondencia

Flora Sosa Yujra  
floravaluisasosa@gmail.com

Recibido: 17.07.2020

Arbitrado por pares

Aprobado: 18.12.2020

Introducción

Una de las principales controversias en la obstetricia es el manejo de una paciente con antecedente de cesárea ante una nueva gestación. Múltiples estudios dan a conocer ventajas y desventajas que tienen ambas vías de parto; además, nuevos estudios internacionales hacen referencia acerca de que la vía de parto por cesárea de repetición está incrementándose y alcanza 23% en Estados Unidos en el año 2002. Asimismo, la posibilidad de parto vaginal después de cesárea aumentó de 19% en 1989 a 27% en 1996, disminuyendo luego a 13 % en el 2021.

La decisión de utilizar como procedimiento una cesárea o parto vaginal en cesárea previa depende de diversos factores, los cuales influyen en la posibilidad de presentar complicaciones.

En el caso de cesárea iterativa, se observa complicaciones relacionadas a hemorragia, anestesia, infecciones en herida operatoria y daño de órganos aledaños.<sup>2</sup> Las complicaciones obstétricas más frecuentes son la placenta previa, placenta accreta y las complicaciones perinatales; la mortalidad neonatal son menores en el grupo de parto vaginal después de cesárea.

En el caso de la elección de vía vaginal después de cesárea, resulta exitoso en 60 % a 80 %, favoreciendo además con hospitalizaciones maternas cortas, menor pérdida sanguínea, menos infecciones y eventos tromboembólicos.<sup>1</sup> La rotura uterina es la complicación más temida en la prueba de trabajo de parto vaginal, que ocurre en menos de 1 % y depende del tipo de incisión previa e intervalo intergenésico.

El éxito de parto vaginal en pacientes con cesárea previa puede variar de acuerdo a la indicación con que se realizó la cesárea inicial, observándose tasas de éxito en casos de sufrimiento fetal agudo de 71 % a 92 %. Solamente 15,6 % de las pacientes con cesárea previa tiene contraindicaciones relativas o absolutas para realizar trabajo de parto y parto por vía vaginal.

Muchos estudios han demostrado que el parto vaginal en pacientes con cesárea previa es más seguro que el quirúrgico tanto para la madre como para el feto; sin embargo, esta conducta no se observa en todos los hospitales e incluso en los médicos de diferentes países. El ofrecer trabajo de parto a las pacientes con cesárea previa puede disminuir substancialmente la tasa total de cesáreas llegando en algunas instituciones a ser menor al 10 %.

Es necesario entonces colocarnos en la balanza del riesgo-beneficio para la paciente llegando a la conclusión que una cesárea electiva presenta mayor riesgo de morbi-mortalidad materno-fetal que un parto vaginal.

El objetivo de este estudio fue determinar la relación entre el parto vaginal en pacientes con antecedente de cesárea y complicaciones maternas y perinatales en el Hospital Hipólito Unánue de Tacna.

Material y métodos

El diseño de este estudio fue analítico, transversal y retrospectivo. La población estuvo comprendida por todas las pacientes con parto vaginal con antecedente de cesárea atendidas en el Hospital Hipólito Unánue de Tacna durante los años 2014 y 2015. La muestra estuvo conformada por 84 gestantes con antecedente de cesárea previa; se incluyó a gestantes de 20 a 30 años, con embarazo a término, periodo intergenésico de 2 años a más, con episiotomía y adecuado control prenatal. Se excluyó los embarazos múltiples, con óbito fetal ante parto, malformaciones congénitas, presentaciones o situaciones fetales anómalas, e infectadas con VIH.

La técnica que se utilizó fue el análisis documental y la revisión y análisis de base de datos. El instrumento que se utilizó fue la historia clínica perinatal informatizada y el libro de registro de partos. Se revisó la base de datos del Sistema Informático Perinatal del Departamento de Gineco Obstetricia del Hospital Hipólito Unánue de Tacna y se exportó los registros de las gestantes y sus recién nacidos que reúnan los criterios de selección en una nueva base de datos en el Software Microsoft Excel.

Para el análisis, se utilizó estadística descriptiva y analítica con distribución de frecuencias absolutas y relativas. Además, se empleó la prueba Chi cuadrado para conocer si hay relación entre la presencia de complicaciones maternas y perinatales entre el grupo de mujeres con parto vaginal y las cesáreas electivas; y, finalmente, un riesgo relativo para evaluar la asociación entre la variable independiente, tipo de parto, y la variable dependiente, complicaciones maternas y perinatales.

Resultados

Las gestantes de parto vaginal con antecedente de cesárea tuvieron como indicación operatoria de la anterior cesárea: Desproporción céfalo pélvica (macrosomía fetal) con un 21,4 %, sufrimiento fetal agudo 16,6 % y presentación podálica 13,1 % (Tabla 1). El actual parto vaginal tuvo una duración del periodo expulsivo menor o igual a 10 minutos en 55,9 % de los casos; el 33,4 % tuvo una duración de entre 11 y 20 minutos; mientras que solo el 10,7 % tuvo una duración mayor a 21 minutos (Figura 1).

El alumbramiento dirigido, se realizó en 72,6 %, con una duración de 0-5 minutos en el 57,1 %; mientras que el alumbramiento espontáneo se presentó en 27,4 % con una duración de 0-15 minutos. Ambos casos están considerados dentro de los rangos normales (Tabla 2). Por un lado el porcentaje de alumbramientos tipo Schultz fue de 64,2 %, con un sangrado no mayor a los 200 cc en el 47,6 %. Por otro lado, el alumbramiento tipo Duncan se presentó en un 35,8 %, con un sangrado no mayor de 200 cc en el 18 %; en ambos casos no se presentaron problemas de hemorragias (Tabla 3).

Tabla 1. Parto vaginal en pacientes con antecedente de cesárea según indicación de la cesárea previa

| Diagnóstico de cesárea anterior                 | n  | %    |
|-------------------------------------------------|----|------|
| Desproporción céfalo pélvica (macrosomía fetal) | 18 | 21,4 |
| Sufrimiento fetal agudo                         | 14 | 16,6 |
| Presentación podálica                           | 11 | 13,1 |
| Estrechez Pélvica                               | 9  | 10,7 |
| Trabajo de parto prolongado                     | 8  | 9,5  |
| Preeclampsia                                    | 6  | 7,1  |
| Condilomatosis                                  | 4  | 4,8  |
| Embarazo gemelar                                | 4  | 4,8  |
| Deflexión – Asinclitismo                        | 4  | 4,8  |
| Pelvis límite                                   | 3  | 3,6  |
| Corioamnionitis                                 | 3  | 3,6  |
| Total                                           | 84 | 100  |

Figura 1. Características del parto vaginal en pacientes con antecedente de cesárea previa según la duración del periodo expulsivo

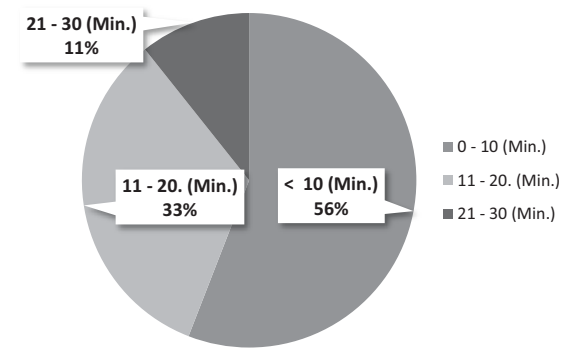


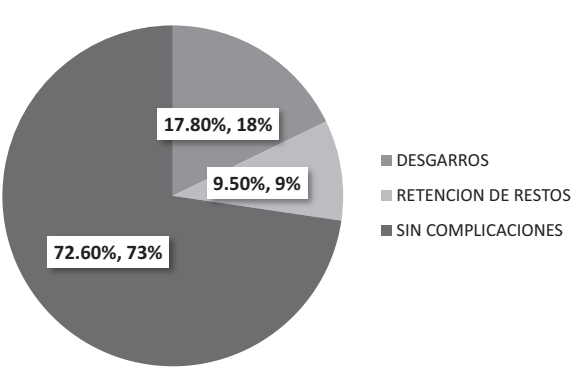
Tabla 2. Características del parto vaginal en pacientes con antecedente de cesárea según la forma y duración del alumbramiento

| Forma de alumbramiento | Duración del alumbramiento (minutos) |      |          |      |          |      | Total    |      |
|------------------------|--------------------------------------|------|----------|------|----------|------|----------|------|
|                        | 0 a 5                                |      | 6 a 10   |      | 11 a 15  |      |          |      |
|                        | <i>n</i>                             | %    | <i>n</i> | %    | <i>n</i> | %    | <i>n</i> | %    |
| Espontáneo             | 9                                    | 10,7 | 5        | 6,0  | 9        | 10,7 | 23       | 27,4 |
| Dirigido               | 48                                   | 57,1 | 8        | 9,5  | 5        | 6,0  | 61       | 72,6 |
| Total                  | 57                                   | 67,8 | 13       | 15,5 | 14       | 16,7 | 84       | 100  |

Tabla 3. Tipo de alumbramiento y cantidad de sangrado del parto vaginal en pacientes con antecedente de cesárea

| Tipo de alumbramiento | Cantidad de sangrado en c.c. |      |           |      |           |      | Total    |      |
|-----------------------|------------------------------|------|-----------|------|-----------|------|----------|------|
|                       | 0 - 200                      |      | 201 - 400 |      | 401 - 600 |      |          |      |
|                       | <i>n</i>                     | %    | <i>n</i>  | %    | <i>n</i>  | %    | <i>n</i> | %    |
| Schultze              | 40                           | 47,6 | 10        | 11,9 | 4         | 4,7  | 54       | 64,2 |
| Duncan                | 15                           | 18,0 | 10        | 11,9 | 5         | 5,9  | 30       | 35,8 |
| Total                 | 55                           | 65,6 | 20        | 23,8 | 9         | 10,6 | 84       | 100  |

Figura 1. Complicaciones maternas en pacientes con antecedente de cesárea previa durante el trabajo de parto



Durante el trabajo de parto, el 72,6 % de pacientes no presentó ningún tipo de complicación, mientras que el 17 % presentó desgarro perineal de primer grado en el momento del período expulsivo y en un 9,5 % retención de restos ovulares, durante el período del alumbramiento (Figura 2).

Del total de pacientes, el 19,1 % tuvo alumbramiento espontáneo y no hubo retención de membranas. Sin embargo, en el 8,3 % se presentó retención de membranas, de los cuales en el 4,8 % se produjo el alumbramiento entre 11-15 minutos. Por otro lado, en el alumbramiento dirigido, solo se reportaron 2 casos con retención de membranas que hacen el 2,4 %, los mismos que ocurrieron entre 6-10 minutos y de 11-15 minutos respectivamente. El porcentaje más alto fue de 70,2 % que corresponde al alumbramiento sin retención de membranas. Se concluye que hay relación estadísticamente significativa entre las complicaciones del parto vaginal en pacientes con antecedente de cesárea en relación a duración del periodo de alumbramiento p = 0,001 (Tabla 4).

Tabla 4. Complicaciones del parto vaginal en pacientes con antecedente de cesárea en relación a duración del periodo de alumbramiento

| Formas de alumbramiento/<br>retención de membranas |                            | Duración del periodo del<br>alumbramiento (minutos) |      |        |      |         |      | Total |      |
|----------------------------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------------------|------|--------|------|---------|------|-------|------|
|                                                    |                            | 0 a 5                                               |      | 6 a 10 |      | 11 a 15 |      | n°    | %    |
|                                                    |                            | n°                                                  | %    | n°     | %    | n°      | %    |       |      |
| Espontaneo                                         | Con retención de membranas | 2                                                   | 2,4  | 1      | 1,2  | 4       | 4,8  | 7     | 8,3  |
|                                                    | Sin retención de membranas | 7                                                   | 8,3  | 4      | 4,8  | 5       | 6,0  | 16    | 19,1 |
| Dirigido                                           | Con retención de membranas | 0                                                   | 0,0  | 1      | 1,2  | 1       | 1,2  | 2     | 2,4  |
|                                                    | Sin retención de membranas | 48                                                  | 57,1 | 7      | 8,3  | 4       | 4,8  | 59    | 70,2 |
| Total                                              |                            | 57                                                  | 67,8 | 13     | 15,5 | 14      | 16,7 | 84    | 100  |

Considerando el desgarro perineal como complicación durante el periodo expulsivo, este se ha producido en un 9,5 % de 0-10 min; 1,2 % de 11-20 minutos. Un 6 % de 21-30 minutos. En conjunto, un total de 16,7 % presentaron dicha complicación. Mientras que el 83,3 % no presentó ningún desgarro. No se encontró relación entre las complicaciones del parto vaginal en pacientes con antecedente de cesárea según duración del periodo expulsivo y desgarro perineal (Tabla 5).

El 43,9% de recién nacidos presentó entre 3501 y 4000 gramos de peso al nacer, siendo 28,5 % de edad gestacional que oscila entre 38 y 39 semanas por examen somático. El 38,2 % presentó 3001 a 3500 gramos, siendo 23,8 % de edades gestacionales entre 38 y 39 semanas. Finalmente, se reporta solo el 7,2 % de recién nacidos con más de 4000 gramos y una edad gestacional entre 38 a 41 semanas (Tabla 6).

Tabla 5. Complicaciones del parto vaginal en pacientes con antecedente de cesárea en relación a desgarro perineal y duración del periodo expulsivo

| Desgarro<br>perineal | Duración del periodo expulsivo |      |         |      |         |      | Total |      |
|----------------------|--------------------------------|------|---------|------|---------|------|-------|------|
|                      | 0 a 10                         |      | 11 a 20 |      | 21 a 30 |      | n     | %    |
|                      | n                              | %    | n       | %    | n       | %    |       |      |
| Con desgarro         | 8                              | 9,5  | 1       | 1,2  | 5       | 6,0  | 14    | 16,7 |
| Sin desgarro         | 39                             | 46,4 | 27      | 32,1 | 4       | 4,8  | 70    | 83,3 |
| Total                | 47                             | 55,9 | 28      | 33,3 | 8       | 10,8 | 84    | 100  |

Tabla 6. Edad gestacional por examen somático y peso del recién nacido en parto vaginal en pacientes con antecedente de cesárea

| Peso Del Rn En<br>Gr | Edad Gestacional (Semanas) |     |         |      |         |      | Total |       |
|----------------------|----------------------------|-----|---------|------|---------|------|-------|-------|
|                      | 36 a 37                    |     | 38 a 39 |      | 40 a 41 |      | n     | %     |
|                      | n                          | %   | n       | %    | n       | %    |       |       |
| 2500 - 3000          | 3                          | 3,6 | 5       | 5,9  | 1       | 1,2  | 9     | 10,7  |
| 3001 - 3500          | 2                          | 2,4 | 20      | 23,8 | 10      | 12,0 | 32    | 38,2  |
| 3501 - 4000          | 0                          | 0,0 | 24      | 28,5 | 13      | 15,4 | 37    | 43,9  |
| 4001 - 4500          | 0                          | 0,0 | 3       | 3,6  | 3       | 3,6  | 6     | 7,2   |
| Total                | 5                          | 6,0 | 52      | 61,8 | 27      | 32,2 | 84    | 100,0 |

Tabla 6. Complicaciones perinatales en pacientes con antecedente de cesárea previa según el Apgar del recién nacido

| Puntuación | Apgar del recién nacido |       |           |       |
|------------|-------------------------|-------|-----------|-------|
|            | 1 minuto                |       | 5 minutos |       |
|            | n                       | %     | n         | %     |
| 0 - 3      | 1                       | 1,2   | 0         |       |
| 4 - 6.     | 3                       | 3,6   | 0         |       |
| 7 - 10     | 80                      | 95,2  | 84        | 100,0 |
| Total      | 84                      | 100,0 | 84        | 100,0 |

El 95,2 % de recién nacidos presentó Apgar al minuto de nacer de 7-10, el 3,6 % de 4-6 y solo 1,2 % de 3 al minuto y todos presentaron Apgar a los 5 minutos de 9-10. No se encontró relación entre las complicaciones perinatales en pacientes con antecedente de cesárea previa según el Apgar del recién nacido p = 0,975 (Tabla 7).

Discusión

Con el incremento de equipos modernos y de tecnología avanzada, es posible que muchas patologías que se pudieran presentar durante el trabajo de parto sean identificadas precozmente y se tomen decisiones oportunas. Sanz,<sup>1</sup> en un trabajo realizado en el Hospital Cayetano Heredia, concluye que el 81 % de pacientes con antecedente de cesárea, culmina nuevamente con cesárea, solo el 19 % tuvo parto vaginal. El autor no especifica exactamente las razones, pero sí menciona que no hubo complicaciones materno-perinatales en los partos vaginales. Deducimos entonces que los partos que se complicaron terminaron en cesárea.

En el presente estudio, solo se presentaron complicaciones maternas, las mismas que fueron solucionadas oportunamente. No se registró ninguna complicación perinatal.

La indicación más frecuente para cesárea anterior fue desproporción céfalo-pélvica con un 21,4 %, seguido de la indicación por sufrimiento fetal agudo y presentación podálica.

En cuanto a la relación entre el tiempo de duración del periodo expulsivo, el 16,7 % presentó complicaciones maternas. Del total de partos vaginales, en el 9,5 % se produce desgarro perineal dentro del rango de 0-10 minutos, esto quiere decir que podría tratarse de un parto precipitado. Por un lado, la paciente acude al centro asistencial ya en periodo expulsivo. Por otro lado, el temor de ser sometidas nuevamente a cesárea hace que maneje su trabajo de parto en su domicilio y solo acude para la atención de su parto. Se evidencia desgarro perineal en un 7,2 % entre 11 – 30 minutos de duración. Lo que nos lleva a pensar en que el producto sea algo grande o se trate de una pelvis límite y que, a pesar de haber realizado la episiotomía, ocurre el desgarro perineal. No está demás mencionar que el peso promedio del recién nacido es de 3501-4000 g (43,9 %) en relación a la edad gestacional por examen somático promedio siendo de 38-39 semanas (61,8 %).

En este estudio como segunda complicación se presentó la retención de membranas. En el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, es parte del protocolo de atención realizar el alumbramiento dirigido; por tanto, en nuestro estudio, el 72,6 % es manejado de esta forma. De ese total, solo en el 2,4 % se produjo retención de membranas, teniendo una duración del periodo del alumbramiento entre 6 a 15 minutos. El alumbramiento tipo Duncan se presentó en el 35,8% siendo esta cifra elevada, esto puede deberse a la frecuente inserción anormal en pacientes con antecedente de cesárea. Por otro lado, el alumbramiento tipo Schultze se ha presentado en 64,2%, en ambos casos, de acuerdo al manejo en base a protocolos de atención, se ha presentado sangrado mínimo en el post parto, no más de 200 cc en el 65,6 % y de 201 a 400 cc en el 23,8 %.

Respecto a la puntuación del Apgar al minuto, el 95,2 % tuvo una puntuación de 7-10. Es importante mencionar

que solo hubo tres casos con Apgar de 7, los demás tuvieron 9. Solo el 4,8 % tuvo puntuación menor o igual a 6 (4 casos). El Apgar a los 5 minutos tuvo valoración de 9-10 (100 %).

Dentro de nuestra teoría, una de las principales complicaciones en pacientes cesareadas anteriores es la inminencia de la rotura uterina, pero estamos demostrando que no es así por lo menos no en el Hospital Hipólito Unánue de Tacna. Finalmente, si bien es cierto que las gestantes con cesárea anterior son pacientes de riesgo, también es cierto que contamos con tecnología avanzada y profesionales capacitados que nos permite un manejo especializado y un monitoreo obstétrico permanente; en consecuencia, la solución es inmediata ante la aparición de cualquier complicación.

Es por todo ello que el 100 % de pacientes tomadas como muestra terminaron en parto vaginal; y la presencia de esas dos complicaciones fue solucionada oportunamente.

Como datos referenciales en los años 2014-2015 hubo un total de 6 816 partos de los cuales 3 359 fueron cesáreas y a su vez 231 pacientes ingresaron a cesárea por diagnóstico de cesárea anterior. Además, 180 casos con cesárea previa terminaron en parto vaginal, y teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión obtuvimos una muestra de 84 pacientes, las mismas que reúnen características de edad, paridad, periodo intergenésico, etc. que nos ayudan para nuestro estudio.

Comparativamente hablando en el año 2016 se registró 3 413 partos, de los cuales 1777 terminaron en cesárea, 135 por cesárea anterior; es decir cesáreas electivas. Y si seguimos analizando, hasta inicios del mes de Julio 2017 ya existía aproximadamente 850 cesáreas. Se asume que, a diciembre del mismo año, esta cifra se haya duplicado.

Se concluye que no existe una relación significativa entre las pacientes con antecedente de cesárea previa y las complicaciones del parto vaginal, ya que en las pacientes con diagnóstico de cesárea previa el 83,3% no presentó ninguna complicación, mientras que solo el 16,7 % presentaron alguna complicación. La duración del periodo expulsivo fue menor o igual a 10 minutos en 55,9%, el 33,4% de 11-20 minutos, y de un 10,7 % en el rango de 21-30 minutos. La duración del periodo del alumbramiento dirigido tiene un 57,1 % dentro de los primeros 5 minutos, mientras que en el alumbramiento espontáneo se tiene solo el 10,7 %. De manera concluyente, el 72,6 % es de manejo dirigido y el 27,4 % fue espontáneo. El 64,2 % tuvo un alumbramiento tipo Schultze y el 35,8 % fue Duncan. En ambos casos, un 65,6 % presentó un sangrado de no más de 200 cc. Las complicaciones maternas durante el trabajo de parto fueron: 17,8 % desgarro perineal de primer grado y 9,5 % retención de membranas. La mayoría de recién nacidos presentó peso al nacer adecuado y fueron a término, con Apgar al minuto y a los 5 minutos de 7 a 10.



Sugerimos realizar una evaluación exhaustiva de las gestantes antes de establecer como tratamiento definitivo la cesárea, puesto que un alto porcentaje de las gestantes con cesárea previa tuvo un parto normal y sin complicaciones. Profundizar investigaciones que

incluyan otros parámetros no contemplados en este estudio, de modo que se pueda determinar la decisión de concluir en un parto vaginal sin complicaciones y no apresurarse a concluir el embarazo en un procedimiento quirúrgico innecesario.

### Referencias

1. Saenz C, Santana S, Torres L. Cesárea electiva y parto vaginal en cesareadas previas: comparación de complicaciones materno neonatales. Rev Per Ginecol Obstet 2010; 56:232-237.
2. Pérez M. Riesgo materno perinatal del parto vaginal versus cesárea en gestantes con cesárea previa. Tesis para optar el título profesional de médico cirujano. Universidad San Martín de Porres. Lima, 2015.
3. Lindo M, Paredes A, Zea C, Cienfuegos H, Limas M. Parto vaginal en cesareada anterior: Experiencia de 4 años en un hospital de la Seguridad Social. Rev Per Ginecol Obstet. 2004; 50(4): 217-222.
4. Pocco D. Parto vaginal en cesareada anterior una vez. Tesis para optar el título de médico cirujano. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima, 2010.
5. Pérez P. Parto vaginal en la cesareada anterior una vez en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé durante el 2000 al 2002. Tesis para optar el grado de especialista en Gineco Obstetricia. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima, 2005.
6. Agüero O. Cesárea anterior y parto vaginal. Rev Obstet Ginecol Venezuela 1992; 52(3): 135-9.
7. Sánchez Gr. Parto vaginal en pacientes con antecedente de una cesárea previa. Rev Fac Med UNAM 2003; 46(1): 28-31.
8. Ricci P, Perucca E, Altamirano R. Nacimiento por parto vaginal después de una cesárea. Prueba de trabajo de parto versus cesárea electiva a repetición. Rotura uterina, una complicación posible. Rev Chil Obstet Ginecol 2003; 68(6): 523-528.
9. Cuero O, Clavijo C. Parto vaginal después de una cesárea previa, Hospital San Juan de Dios, Cali Colombia. Estudio de cohorte. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología 2011; 62(2).
10. Ortiz C, De Marcos N. Parto vaginal poscesárea. Primeros casos en Cuba. Rev cubana Obstet Ginecol 1998; 24(3).
11. Campos J, Alvarez J, García P, Rojas M, Nemer C, Estiú M. Parto vaginal después de una cesárea.
12. Kushner L. Parto vaginal vs. Cesárea. Maternidad [Serie en línea] 2006. Disponible: <http://luiskushner.com/luiskushner.php>
13. Messa JA. Parto Vaginal con Cesárea Previa. Departamento de Ginecología y Obstetricia, hospital Universitario San José de Popayán. 1998.
14. Romero J. Determinación de los factores favorables para un parto vaginal post cesárea en primigestas juveniles de 15 a 20 años en el Hospital Dra. Matilde Hidalgo de Procel. De septiembre de 2012 a febrero del 2013. Tesis para optar el título de obstetra. Universidad de Guayaquil. Ecuador, 2013.

## Calidad de atención del profesional de enfermería según la percepción de madres de niños menores de un año en el Centro de Salud Pampa Inalámbrica en Ilo

### *Nursing Care Quality Perception According to Mothers of children under 1 year of age at Pampa Inalambrica Health Center in Ilo*

Magaly Vera Herrera

Centro de Salud Pampa Inalámbrica. Moquegua, Perú  
Magister en Salud Pública

### Resumen

**Objetivo:** Determinar la calidad de la atención del profesional de enfermería en la percepción de las madres de niños menores de un año que acudieron al control de crecimiento y desarrollo del Centro de Salud Pampa Inalámbrica en Ilo en 2018. **Material y métodos:** Estudio descriptivo, prospectivo de tipo transversal. La muestra estuvo constituida por 117 madres de niños menores de un año. La técnica utilizada fue la encuesta y el instrumento de recolección de datos fue un cuestionario. **Resultados:** La calidad de atención del profesional de enfermería fue adecuada en un 82,9 % según la percepción de las madres. Respecto a la calidad de la comunicación, esta fue percibida como adecuada en un 81,2 %. En lo referente al confort brindado durante la atención del profesional de enfermería, este fue percibido como adecuado en un 76,9 %. Finalmente, sobre la actitud del profesional de enfermería, el 71,8 % de las madres la percibía como adecuada. **Conclusión:** La percepción de las madres de niños menores de 1 año que acuden al control de crecimiento y desarrollo del Centro de Salud Pampa Inalámbrica en Ilo respecto a la calidad de la atención del profesional de enfermería es adecuada.

**Palabras clave:** calidad de atención, percepción, madres de niños menores de 1 año

### Abstract

**Objective:** To determine the quality of nursing professional care in the perception of mothers of children under one year of age who attended the growth and development control at the Pampa Inalámbrica Health Center in Ilo in 2018. **Material and methods:** Descriptive study, prospective cross-sectional type. The sample consisted of 117 mothers of children under one year of age. The technique used was the survey and the data collection instrument was a questionnaire. **Results:** The quality of care of the nursing professional was adequate in 82.9% according to mothers' perception. Regarding the quality of communication, this was perceived as adequate in 81.2%. Regarding the comfort provided during the nursing professional's care, this was perceived as adequate in 76.9%. Finally, regarding the attitude of the nursing professional, 71.8% of mothers perceived that it was adequate. **Conclusion:** The perception of mothers of children under 1 year who attend the growth and development control of the Pampa Inalámbrica Health Center in Ilo regarding the quality of nursing care is adequate.

**Keywords:** quality of attention, perception, mothers of children under one year of age

### Correspondencia

Magaly Vera Herrera  
magalyvera16@hotmail.com

Recibido: 16.07.2020  
Arbitrado por pares  
Aprobado: 11.12.2020

Introducción

La calidad de atención en los servicios de salud ha asumido diferentes estrategias con el fin de mejorar la satisfacción de los usuarios que acuden a recibir una atención. La preocupación a este respecto ha sido tal que el Ministerio de Salud incorporó toda una normatividad a cumplir en los diferentes niveles de atención para evitar reclamaciones y quejas de los pacientes. La calidad de atención del profesional de enfermería se ve reflejada en el grado de satisfacción que los pacientes que atiende reportan, sobre todo en el área de Crecimiento y Desarrollo en donde se brinda servicios de enfermería en forma diaria a los niños menores de 5 años en el primer y segundo nivel de atención. Por tanto, la comunicación, confort y actitud de la enfermera debe lograr la plena satisfacción en la madre que acude con su niño. Sin embargo, según un estudio sobre la acalidad de atención en el Puesto de Salud Señor de los Milagora en Chosica-Lima, se registró que el 75 % (33) de las madres reportó satisfacción media, 14 % (6) reportó satisfacción baja, y 11 % (5) reportó satisfacción alta. Estos datos evidencian que existen madres que se encuentran insatisfechas con la atención recibida.<sup>1</sup>

La percepción puede ser definida como las impresiones que tienen los individuos respecto a un acontecimiento o un objeto, pero todo a través de los sentidos (vista, olfato tacto, auditivo y gusto). Generalmente, las madres acuden a los consultorios de Crecimiento y Desarrollo para los controles de sus niños. Ellas experimentan percepciones en función a la profesionalidad, a la comunicación de la enfermera al momento de la atención, además del confort de los ambientes de salud. Cada atención puede suscitar una percepción satisfactoria o insatisfactoria de la calidad de atención del profesional de enfermería, en madres de menores de 1 año.

El objetivo de este estudio fue determinar la calidad de la atención del profesional de enfermería en la percepción de las madres de niños menores de 1 año que acuden al control de crecimiento y desarrollo del Centro de Salud Pampa Inalámbrica de Ilo en la región de Moquegua en el año 2018.

Materiales y métodos

Esta investigación tuvo un diseño de tipo descriptivo y prospectivo, porque buscó identificar el grado de percepción en la calidad de atención que reciben las madres de niños menores de 1 año por parte de las enfermeras. Fue de corte transversal porque se aplicó en un tiempo determinado.

La técnica que se utilizó fue la encuesta, puesto que se obtuvo información sobre la percepción que tienen las madres en cuanto la calidad de enfermería en el consultorio CRED. El instrumento de recolección de datos fue un cuestionario dividido en 5 partes: 1) 5 ítems de datos generales 2) 5 ítems respecto a la profesionalidad de la enfermera, 3) 7 ítems referidos a la comunicación, 4) 3 ítems miden las comodidades y 5) 2 ítems contienen preguntas abiertas.

El referido instrumento de recolección de datos cumplió con los criterios de validez total, porque fue elaborado por Sierra Talamantes et al.<sup>2</sup> en Valencia España en el año 2009, pero fue modificado a efectos de mayor fineza en las respuestas de la población seleccionada.

Se sometió el instrumento a juicio de expertos. Para esto, 3 licenciadas en enfermería, las cuales cuentan con experiencia en la atención del Niño en Crecimiento y Desarrollo dieron su parecer. Las características de estas profesionales son las siguientes: 1) Enfermera docente universitaria en el Área de Atención de Enfermería en la Salud del Niño y Adolescente. 2) Enfermera asistencial del Centro de Salud Pampa Inalámbrica con estudios de Diplomado en atención de CRED y 3) Enfermera Especialista en el cuidado Enfermero de Crecimiento y Desarrollo.

La confiabilidad: el Instrumento de recolección de datos utilizado fue validado por Sierra Talamantes et al.<sup>2</sup> con un coeficiente de Cronbach de 0,83, el cual se considera confiable.

Resultados

En la Tabla 1 se observa que un poco cerca de las tres cuartas partes de las madres encuestadas son amas de casa, con respecto al grado de instrucción, se muestra que, de 117 madres con niños menores de un año, el 47 % de ellas tenía estudios culminados de secundaria completa y solo el 7,7 % tenía secundaria incompleta. Además, el 9 % de madres no terminó sus estudios primarios. En cuanto a la edad, se observó que un poco más de la mitad de las madres (56,4 %) tenía edades entre 18 y 27 años, el 35 % de ellas tenía edades entre 28 a 37 y solo 10 madres tenía entre 38 y 47 años. Referente a la procedencia, se observó que el 43,6 % de las madres era de Ilo, el 26,5 % era de Puno, 29 madres procedían de Tacna, Arequipa o de otras ciudades del Centro y Norte del Perú. En cuanto a la edad de los niños, se observó que más de la mitad de los niños (52,99 %) tenía entre 9 a 12 meses de edad, un 31,62 % de ellos tenía entre 0 a 4 meses, y un 15,38 % de ellos tenía entre 5 a 8 meses.

En la Tabla 2, se muestra que el 82,91 % de las madres encuestadas afirmó que el profesionalismo de la enfermera en cuanto a la atención de sus niños era adecuado, un 13,7 % de ellas no opinó, y solo 4 madres opinaron que era inadecuada.

En la Tabla 3, respecto a la comunicación, se observa que el 81,2 % de las madres encuestadas afirmó que la enfermera sí les comunicaba cuando le iba a realizar un procedimiento a su niño. Esa comunicación generalmente estuvo asociada al control antropométrico o aplicación de vacunas. Un 15,4 % de madres no opinaron acerca de la pregunta. Solo 4 madres (3,4 %) afirmaron que no se les comunicó sobre asistencia que se iba a realizar al niño(a).

En la tabla 4, en lo referente al confort, se observa que más de las tres cuartas partes (76,92 %) de las madres encuestadas afirmaron que el profesional de

enfermería sí se preocupaba por el confort en la atención; por ejemplo, la privacidad, el calor, el frío, la luz y ventilación. El 17,9 % no opinó y 6 madres (5,1 %) afirmaron que las enfermeras no se preocupaban del confort en la atención recibida.

En la Tabla 6, en lo referente a la actitud de la enfermera, se observa que el 92,3 % de las madres encuestadas valoró la atención del profesional de enfermería como adecuada, 8 madres refirieron que la atención recibida fue inadecuada y solo 1 madre (0,9 %) no opinó.

Tabla 1. Características de las madres de niños menores de 1 año que acuden al Consultorio Crecimiento y Desarrollo del Centro de Salud Pampa Inalámbrica en Ilo

| Características      |                                | n  | %    |
|----------------------|--------------------------------|----|------|
| Ocupación            | Ama de casa                    | 73 | 62,4 |
|                      | Comerciante                    | 9  | 7,7  |
|                      | Eventual                       | 20 | 17,1 |
|                      | Trabajadora del sector público | 15 | 12,8 |
| Grado de instrucción | Primaria incompleta            | 1  | 9    |
|                      | Primaria completa              | 6  | 5,1  |
|                      | Secundaria incompleta          | 9  | 7,7  |
|                      | Secundaria completa            | 55 | 47   |
|                      | Superior incompleto            | 19 | 16,2 |
|                      | Superior completo              | 27 | 23,1 |
| Edad de la madre     | 18 a 27 años                   | 66 | 56,4 |
|                      | 28 a 37 años                   | 41 | 35   |
|                      | 38 a 47 años                   | 10 | 8,5  |
|                      | Ilo                            | 51 | 43,6 |
| Procedencia          | Moquegua                       | 6  | 5,1% |
|                      | Puno                           | 31 | 26,5 |
|                      | Otros                          | 29 | 24,8 |
| Edad de los niños    | 0 a 4 meses                    | 37 | 31,6 |
|                      | 5 a 8 meses                    | 18 | 15,4 |
|                      | 9 a 12 meses                   | 62 | 53   |

Tabla 2. Percepción de las madres de niños menores de un año respecto a la calidad de atención del profesional de enfermería

| Percepción                                                                    |            | n   | %      |
|-------------------------------------------------------------------------------|------------|-----|--------|
| Profesionalidad:                                                              |            | 97  | 82,9   |
| ¿Cómo considera la preparación de la enfermera en la atención de su niño?     | Adecuada   | 4   | 3,4    |
|                                                                               | Inadecuada | 16  | 13,7   |
|                                                                               | No opina   |     |        |
| Comunicación                                                                  |            | 95  | 81,2   |
| ¿La enfermera le comunicaba el procedimiento que iba a realizar a su niño?    | Si         | 4   | 3,4    |
|                                                                               | No         | 18  | 15,4   |
|                                                                               | No opina   |     |        |
| Confort                                                                       |            | 90  | 76,9   |
| ¿La enfermera se preocupaba por su situación de confort?                      | Si         | 6   | 5,1    |
|                                                                               | No         | 21  | 17,9   |
|                                                                               | No opina   |     |        |
| Actitud                                                                       |            | 108 | 92,3   |
| ¿Cómo valoraría el trato que recibió por parte del profesional de Enfermería? | Adecuada   | 8   | 6,8    |
|                                                                               | Inadecuada | 1   | 0,9    |
|                                                                               | No opina   |     |        |
| Total                                                                         |            | 117 | 100,00 |

Tabla 3. Percepción de madres de niños menores de un año respecto a la comunicación brindada

| Indicadores    | n   | %     |
|----------------|-----|-------|
| Adecuada. SI   | 95  | 81,2  |
| Inadecuada. NO | 4   | 3,4   |
| No opina       | 18  | 15,4  |
| Total          | 117 | 100,0 |

Tabla 4. Percepción de madres de niños menores de un año respecto al confort proporcionado

| Indicadores    | n   | %     |
|----------------|-----|-------|
| Adecuada. SI   | 90  | 76,9  |
| Inadecuada. NO | 6   | 5,1   |
| No opina       | 21  | 17,9  |
| Total          | 117 | 100,0 |

Discusión

Respecto a las características de las madres, se observa que casi tres cuartas partes de las madres encuestadas son amas de casa, lo que favorece al cuidado integro de niño y el cumplimiento de las asistencias a los controles de crecimiento y desarrollo. La mayoría tiene educación secundaria, situación que interviene notablemente en bien de la salud del niño, puesto que los conocimientos adquiridos por la madre en sus instituciones educativas pueden haber influenciado en el cuidado favorable del niño. Más de la mitad (56,4 %) son madres relativamente jóvenes. Esta situación pone a las madres en un posible contexto de que puedan ser consideradas primíparas, lo que podría ayudar al cumplimiento de los controles de CRED, puesto que pueden prestar mayor atención a su hijo. Casi la mitad procede de Ilo; es decir, casi todas son de la provincia y, por lo tanto, conocen los lugares de atención y los hospitales ante una situación de emergencia con su niño. La cuarta parte es de Puno, esto a raíz de los movimientos migratorios debido a la búsqueda de mejores condiciones económicas en las familias. La otra parte de las madres procede de Tacna, Arequipa o de otras ciudades del centro y norte del Perú, las cuales pueden haber llegado a la ciudad de Ilo por trabajo del esposo o por presencia de familiares, y el 5,1 % es de la ciudad de Moquegua. Más de la mitad de los niños (52,99 %) tiene entre 9 a 12 meses de edad, lo que demuestra que al considerar la muestra de madres que acuden al control de crecimiento y desarrollo, los niños ya son continuadores en los controles para el cumplimiento de vacunas y suplementaciones. Reyes<sup>3</sup> realizó un estudio similar donde se evidenció factores que se asocian al control de crecimiento y desarrollo de los lactantes, tales como la edad de la madre, grado de instrucción y otros demográficos que condicionan la asistencia o inasistencia a los controles CRED.

La mayoría de las madres encuestadas afirmó que el profesionalismo de la enfermera en la atención de sus niños es adecuado. Resultados similares se encontraron en el estudio de Chambilla<sup>4</sup>, el cual midió la percepción de las madres referente a la atención del

Tabla 5. Percepción de madres de niños menores de un año al ingresar al Servicio de Enfermería

| Indicadores   | n   | %     |
|---------------|-----|-------|
| Miedo         | 9   | 7,7   |
| Tranquilidad  | 58  | 49,6  |
| Seguridad     | 26  | 22,2  |
| Incertidumbre | 12  | 10,3  |
| Otros         | 12  | 10,3  |
| Total         | 117 | 100,0 |

Tabla 6. Percepción de madres de niños menores de un año respecto a la atención recibida por parte del profesional de enfermería

| Características | n   | %     |
|-----------------|-----|-------|
| Adecuada        | 108 | 92,3  |
| Inadecuada      | 8   | 6,8   |
| No Opina        | 1   | ,9    |
| Total           | 117 | 100,0 |

profesional de de enfermería en el Centro de Salud Cieneguilla Lima. Los resultados de este estudio fueron: 36 % (18) reportó una percepción medianamente favorable, 34 % (17) reportó una percepción favorable, 30 % (15) reportó una percepción desfavorable. Esto puede asociarse a la preparación del profesional de enfermería, lo cual repercute en la satisfacción de las madres.

En cuanto a la comunicación, la mayoría de las madres afirmaron que la enfermera sí les comunicaba cuando le iba a realizar un procedimiento a su niño, lo que generalmente está asociada al control antropométrico o aplicación de vacunas. Estos resultados también se evidenciaron en el estudio de Paredes,<sup>5</sup> quien tuvo como objetivo: Determinar el nivel de satisfacción de las madres sobre la atención que brinda la enfermera en el servicio de Crecimiento y Desarrollo en el Centro de Salud Materno Infantil Tawantinsuyo, en donde se observó que el 26 % de las madres reportaron estar satisfechas, 49 % reportó estar medianamente satisfechas, y 18 madres estuvieron insatisfechas. Esto puede estar relacionado a la falta de comunicación de la enfermera a la madre sobre los cuidados que debe tener al niño.

Respecto al confort, las tres cuartas partes de las madres afirmó que el profesional de enfermería sí se preocupaba por el confort en la atención como, por ejemplo, la privacidad, el calor, el frio, la luz y ventilación. Esto está asociado a los factores institucionales de los establecimientos de salud, los cuales no son atendidos prioritariamente por los gobiernos de turno. Consecuentemente, las madres y muchos otros pacientes que acuden a los centros de salud no encuentran adecuados la ventilación e iluminación de los consultorios. El profesional de enfermería se ve inmerso en esta realidad, pero no puede hacer mucho para lograr la satisfacción en la atención.

Respecto a la actitud de la enfermera, la mayoría de madres valora la atención del profesional de enfermería como adecuada. Esto puede deberse a la actual

organización con la que cuentan el servicio de enfermería en donde no hay tiempo de espera, puesto que existe un directorio telefónico y cuaderno de citas. Sumado a eso, la implementación de los equipos en los consultorios evita que la enfermera esté desplazándose a otros ambientes para abastecerse del material que necesita para cubrir la atención del niño. Similarmente, en un estudio realizado por Guevara<sup>6</sup> se determinó la percepción de las madres acerca de la calidad de atención que brinda la enfermera en el consultorio de CRED de la Red de Salud San José. Se entrevistaron a 150 madres y los resultados fueron que el 50 % (75) percibía la atención como medianamente favorable; el 31 % (46), favorable y el 19 % (29), desfavorable.

De acuerdo con lo anteriormente expuesto, se concluye que la calidad de atención del profesional de enfermería según la percepción de las madres con niños menores de un año que acuden al consultorio de Crecimiento y

Desarrollo del Centro de Salud Pampa Inalámbrica es adecuada en un 82,9 %. En cuanto al rubro de comunicación, la percepción es adecuada en un 81,2 %. Finalmente, en cuanto al rubro de confort y actitud, la percepción es adecuada en un 76,9 % y 92,3 %, respectivamente.

Agradecimiento

Se agradece al Centro de Salud Pampa Inalámbrica, por haber brindado las facilidades para la ejecución, cumplimiento y finalización del presente trabajo de investigación, enfocado en la identificación de la percepción que tienen las madres en cuanto a la Calidad de Atención del profesional de Enfermería en el control de Crecimiento y Desarrollo.

Referencias

1. Ministerio de Salud del Perú. Norma técnica de salud para el control de crecimiento y desarrollo de la niña y el niño menor de cinco años. Lima: Ministerio de salud. 2011. 152 p.

2. Sierra Talamantes C, Muñoz Izquierdo A, Peiró A, Valls Andrés S, López López I, Famoso Poveda MJ, Almela Zamorano M, Garrigós Hernandez EM. Cuestionario para medir la calidad con los cuidados de enfermería en unidades de cuidados intensivos cardiológicos desde la percepción de los pacientes. Enferm Cardiol. 2009; 16 (47-48):71-79. [https://www.enfermeriaencardiologia.com/wp-content/uploads/47\\_48\\_13.pdf](https://www.enfermeriaencardiologia.com/wp-content/uploads/47_48_13.pdf)

3. Reyes Paredes SE. Factores asociados a la asistencia al control de crecimiento y desarrollo de lactantes del C.M.I. San Fernando, El Agustino 2010. [Tesis para título profesional].Universidad Nacional Mayor de San Marcos, 2011.

4. Chambilla Gonzales LL. Percepción de las madres sobre la calidad de atención de enfermería con el Control de Crecimiento y Desarrollo, en niños menores de un año, del Centro de Salud La Molina Cieneguilla. Lima. 2010 [Tesis de segunda especialización]. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 78 p. <https://hdl.handle.net/20.500.12672/14953>

5. Paredes Menacho CY. Satisfacción de las madres sobre la atención que brinda la enfermera en el Servicio de Crecimiento y Desarrollo del Centro de Salud Materno Infantil Tahuantinsuyo. Lima. 2014. <https://pesquisa.bvsalud.org/enfermeria/resource/es/lil-737422>

## ARTÍCULO ORIGINAL

## La capacitación y su relación en el desempeño laboral de los trabajadores administrativos del Hospital Hipólito Unánue de Tacna

*Training and its Relationship in Administrative Workers' Performance at the Hospital Hipolito Unanue*Yenny Pinto Villar<sup>1,2,a</sup>, Irma Villar Agurto<sup>2,a</sup>, Mario Gálvez M.<sup>1</sup> Escuela de Administración, Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann, Tacna Perú<sup>2</sup> Hospital Hipólito Unanue de Tacna, Tacna, Perú<sup>3</sup> Antarki SRL, Tacna, Perú<sup>a</sup> Magíster en Gestión Pública<sup>b</sup> Magíster en Docencia y Gestión Universitaria<sup>c</sup> Doctor en Educación

## Resumen

**Objetivo:** Debido a las exigencias de atención al usuario interno y externo y el papel importante que debe cumplir el personal administrativo del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, el objetivo de este estudio fue determinar la relación existente entre la capacitación y el desempeño laboral en los trabajadores administrativos. **Material y métodos:** Participaron todos los trabajadores administrativos del Hospital Hipólito Unanue en el año 2016, a quienes se aplicó dos encuestas. La primera de ellas para conocer la actitud ante la capacitación brindada, y la otra para conocer el desempeño laboral de cada trabajador. El análisis de datos se realizó calculando la correlación con un nivel de confiabilidad del 93 %, para determinar la relación entre la capacitación y el desempeño laboral en los trabajadores administrativos del Hospital Hipólito Unanue de Tacna. **Resultados:** La capacitación se relacionó directamente con el desempeño laboral de los trabajadores administrativos del Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el año 2016. Así, la planificación, organización, dirección y control de la capacitación se relacionaron directamente con el desempeño laboral de los trabajadores administrativos. **Conclusión:** Existe relación estadísticamente significativa entre las variables capacitación y desempeño laboral.

*Palabras clave:* capacitación, desempeño laboral, trabajadores administrativos

## Abstract

**Objective:** Due to the demands of attention to the internal and external user and the important role that the administrative staff of the Hospital Hipólito Unanue de Tacna must fulfill, the objective of this study was to determine the relationship between training and job performance in administrative workers. **Material and methods:** All the administrative workers of the Hipólito Unanue Hospital participated in 2016, to whom two surveys were applied. The first one to know the attitude towards the training provided, and the other to know the work performance of each worker. The data analysis was performed by calculating the correlation with a confidence level of 93%, to determine the relationship between training and job performance in the administrative workers of the Hospital Hipólito Unanue de Tacna. **Results:** The training was directly related to the job performance of the administrative workers of the Hipólito Unanue Hospital in Tacna during 2016. Thus, the planning, organization, direction and control of the training were directly related to the job performance of the administrative workers. **Conclusion:** There is a statistically significant relationship between the variables training and job performance.

*Keywords:* training, job performance, administrative workers

## Introducción

El mundo moderno nos trae una serie de desafíos con sus vertiginosos cambios, ante los cuales no estamos adecuadamente preparados. En esto radica la razón de nuestras frustraciones y el avance aniquilador de la pobreza, especialmente articulada a los países latinoamericanos.

El prepararnos para los cambios del mundo turbulento y lograr el desempeño laboral implica poner en práctica nuestra capacitación, no solo como personas, sino también como integrantes de una institución u organización. De no pertenecer a una de estas, nuestra capacitación redundará en nuestra familia, nuestro entorno y nuestra sociedad.

Muchos autores se han ocupado de la capacitación y la definen de diferentes modos. Sin embargo, confluyen en que se ejercita a los trabajadores para desarrollar, crecer y lograr el éxito en la vida persona, grupal, institucional, empresarial y en la comunidad. Según Chiavenato,<sup>1</sup> la formación permite desarrollar capacidades nuevas; mientras que el entrenamiento mejora las capacidades durante el ejercicio. La formación y el entrenamiento buscan mejorar las capacidades, los conocimientos, las actitudes y aptitudes de las personas.

Para Silice<sup>2</sup> existe dos puntos fundamentales que se destacan en el concepto de capacitación: a) Las organizaciones en general deben dar las bases para que sus colaboradores tengan la preparación necesaria y especializada para enfrentarse en las mejores condiciones a su tarea diaria. b) No se tiene mejor forma que la capacitación para alcanzar altos niveles de motivación, productividad, compromiso y solidaridad en el personal de una organización.

Bentley<sup>3</sup> argumenta que, desafortunadamente, con frecuencia la capacitación se considera como un costo, un gasto, más no como una inversión. La cantidad que la mayor parte de las organizaciones invierte en su propio personal por medio de la capacitación, parece ser apenas un gesto de buena fe, pues solo comprende una fracción minúscula fracción de los ingresos corporativos. Debemos asumir que la capacitación es una inversión y como tal cuesta dinero, tiempo y voluntad, sin descartar el deseo de superación éxito y amor por el trabajo con principios y valores. No se trata de trabajar arbitrariamente a los buenos principios. Esto es válido para el sector empresarial y público.

Mendoza<sup>4</sup> considera crucial la primera semana de trabajo en cualquier puesto, ya que este es un período en el que uno recibe información por cualquiera de los medios internos, ya sea formal o informal, adquiriendo así buenas o malas prácticas y generando a través de lo observado una conclusión de la cultura laboral que prevalece en el lugar y que en definitiva influirá para la permanencia en el mismo, pero también en el desempeño y actitudes que se adquirirá ante las situaciones a las que se está expuesto. Echevarría<sup>5</sup> destaca la importancia de establecer un diseño de capacitación institucional que permita delegar el don

de mando, reduzca los conflictos internos y que permita identificar oportunamente las limitaciones en el desempeño del empleado. Se insiste en que si un espacio laboral no ofrece los elementos esenciales de comodidad y confort para el empleado, entonces su desempeño, desarrollo psicológico y social se verán seriamente afectados.

En muchas instituciones, hay quienes consideran la capacitación como un gasto innecesario y no como una inversión, que beneficiará tanto a la institución como a sus colaboradores. Ello ha generado que muchas instituciones descuiden esta herramienta. También, otro problema es que en el plan de capacitación no haya una participación de todas las áreas a fin de lograr cumplir el plan institucional, de esta manera la sinergia es deficiente. Por lo tanto, afecta al entorno externo e interno y más aún en instituciones públicas como un hospital, donde se busca promover la calidad de atención y la efectividad en los procesos.

El objetivo de este estudio fue determinar la relación entre la capacitación y el desempeño laboral en los trabajadores administrativos del Hospital Hipólito Unanue, de la ciudad de Tacna, en el año 2016.

## Material y métodos

En el presente estudio se tuvo en cuenta el tipo de diseño no experimental, transversal de tipo correlacional, debido a que los diseños transversales correlacionales se encargan de describir relaciones entre dos o más variables en un momento dado o determinado. La población para el presente estudio estuvo constituida por 69 trabajadores administrativos del Hospital Hipólito Unanue de la ciudad de Tacna. Se trabajó con una muestra intacta, es decir, con toda la población, debido a la cantidad de trabajadores.

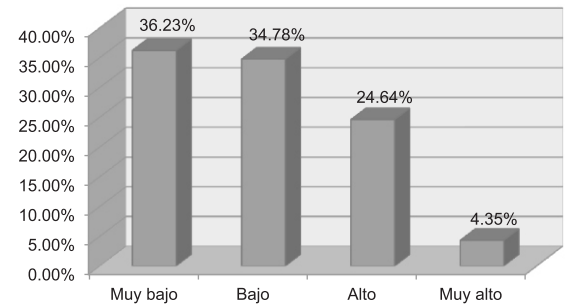
Se utilizó la técnica de la encuesta que permitió obtener datos precisos de las variables en este estudio, mediante un cuestionario de preguntas cerradas. Para el análisis, se utilizó estadística descriptiva. Los resultados se presentan en figuras descriptivas según las variables de estudio.

## Resultados

## Análisis descriptivo de la variable "Capacitación administrativa"

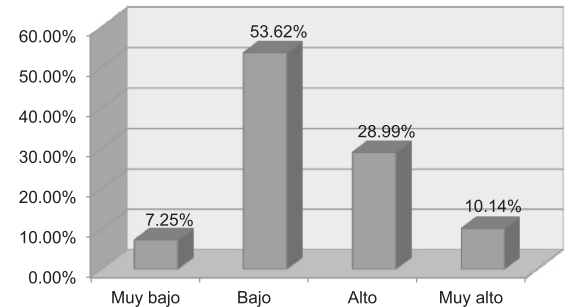
La investigación permitió conocer el nivel de capacitación administrativa que perciben los trabajadores administrativos del Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el año 2016. Se reportó que el 36,2 % de los trabajadores lo percibe como muy bajo, el 34,8 % como bajo, el 24,6 % como alto y el 4,3 % como muy alto (Figura 1).

Figura 1. Percepción de la capacitación administrativa



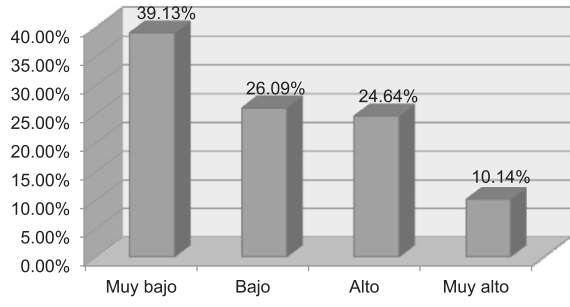
Sobre la planificación de la capacitación, el 53 % de los trabajadores la percibió como baja, el 29 % alta, el 10,1% la percibió como muy alta y el 7,2 % como muy baja (Figura 2).

Figura 2. Percepción de la planificación de la capacitación administrativa



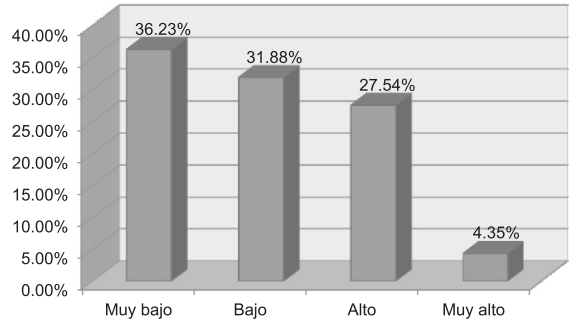
En la organización de la capacitación, se halló que el 39,1 % de los trabajadores la percibió como muy baja, el 26,1 % como baja, el 24,6 % como alta y el 10,1 % como muy alta (Figura 3).

Figura 3. Percepción de la organización de la capacitación administrativa



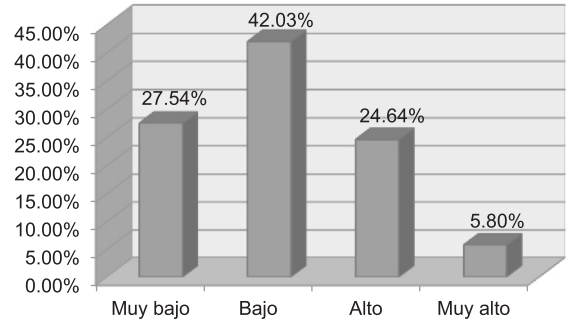
Respecto a la dirección de la capacitación, el 36,2 % de los trabajadores la percibió como muy baja, el 31,9 % como baja, el 27,5 % como alta y solo el 4,3 % la percibió como muy alta (Figura 4).

Figura 4. Percepción de la dirección de la capacitación administrativa



Finalmente, sobre el control de la capacitación; para el 42 % de los trabajadores, el nivel de control en las capacitaciones era bajo; para el 27,5, muy bajo; para el 24,6 %, alto; y para el 5,8 %, muy alto (Figura 5).

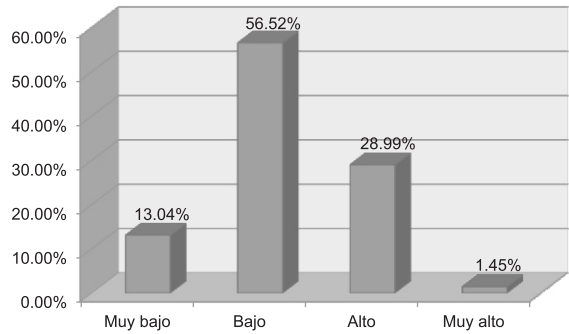
Figura 5. Percepción del control de la capacitación administrativa



Análisis descriptivo de la variable Desempeño laboral

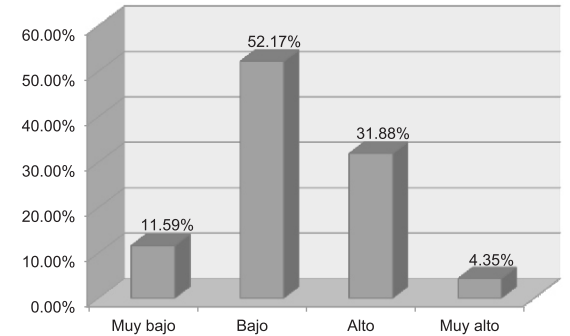
De manera general, los resultados nos permiten conocer el nivel de desempeño laboral que presentan los trabajadores administrativos del Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el año 2016. Como se aprecia en la Figura 6, el 56,5 % percibía el nivel de desempeño como bajo, el 29 % como alto, el 13 % como muy bajo y el 1,4 % como alto

Figura 6. Nivel de desempeño laboral



Según los resultados obtenidos sobre la eficacia del desempeño laboral, se pueden apreciar que para el 52,2 % de los trabajadores el nivel de eficacia que presentan era bajo, para el 31,9 % era alto, el 11,6 % lo consideraba muy bajo y el 4,3 % muy alto (Figura 7).

Figura 7. Nivel de la eficacia de desempeño laboral



Sobre la eficacia del desempeño laboral, el 47,8 % de los trabajadores consideraba que el nivel de eficacia que presentaban era bajo; para el 34,8 %, alto; para el 14,5 %, muy bajo; y para el 29,9 %, muy alto (Figura 8).

Figura 8. Nivel de la eficacia de desempeño laboral

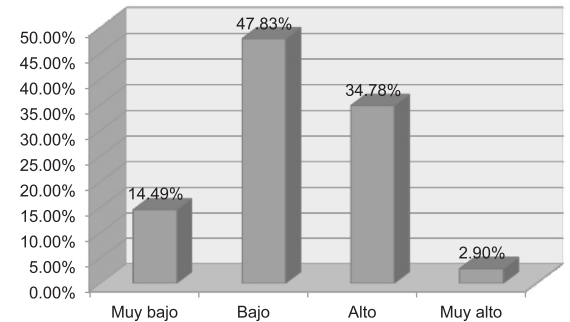


Tabla 1. Prueba de hipótesis de las variables

|                 |               | Rendimiento laboral         |         |
|-----------------|---------------|-----------------------------|---------|
| Rho de Spearman | Planificación | Coefficiente de correlación | de ,394 |
|                 |               | Sig. (bilateral)            | ,001    |
|                 |               | n                           | 69      |
|                 | Organización  | Coefficiente de correlación | de ,473 |
| Rho de Spearman |               | Sig. (bilateral)            | ,000    |
|                 |               | n                           | 69      |
|                 | Dirección     | Coefficiente de correlación | de ,502 |
|                 |               | Sig. (bilateral)            | ,000    |
|                 |               | n                           | 69      |

Discusión

Al establecer cómo se relaciona la planificación de la capacitación con el desempeño laboral de los trabajadores administrativos del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, durante el año 2016, la investigación determinó que existe una relación entre ambas variables ( $p < 0,01$ ). De la misma manera, la

investigación encontró un coeficiente de correlación de Spearman positivo ( $r_s = 0,394$ ), por lo que se puede afirmar que esta relación es directa; es decir, la planificación de la capacitación mejora el desempeño laboral de los trabajadores. Sin embargo, la intensidad de esta relación es débil.

Al relacionar la organización de la capacitación con el desempeño laboral de los trabajadores administrativos del Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el año 2016, la investigación determinó que existe una relación entre ambas variables ( $p < 0,01$ ), de la misma manera la investigación encontró un coeficiente de Correlación de Spearman positivo ( $r_s = 0,472$ ), por lo que se puede afirmar que esta relación es directa; es decir, la organización de la capacitación mejora el desempeño laboral de los trabajadores. Sin embargo, la intensidad de esta relación es débil.

Al relacionar la dirección de la capacitación con el desempeño laboral de los trabajadores administrativos del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, se encontró que existe una relación entre ambas variables ( $p < 0,01$ ), de la misma manera la investigación encontró un coeficiente de Correlación de Spearman positivo ( $r_s = 0,502$ ), por lo que se puede afirmar que esta relación es directa; es decir, la dirección de la capacitación mejora el desempeño laboral de los trabajadores, siendo esta intensidad es entre moderada y fuerte.

Finalmente, al buscar la relación entre el control de la capacitación con el desempeño laboral de los trabajadores administrativos del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, la investigación determinó que existe una relación entre ambas variables ( $p < 0,01$ ), de la misma manera la investigación encontró un coeficiente de Correlación de Pearson positivo ( $r = 0,413$ ), por lo que se puede afirmar que esta relación es directa; es decir, el control de la capacitación mejora el desempeño laboral de los trabajadores. Sin embargo, la intensidad de esta relación es débil.

La investigación propuso como hipótesis: “La capacitación se relaciona directamente con el desempeño laboral de los trabajadores administrativos del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, año 2016”. El levantamiento de datos ha permitido realizar la prueba de Correlación de Spearman, en cual arrojó un P-valor = ,00 (menor a ,05). Esta información nos permite afirmar que existe relación entre las variables. De la misma manera, la prueba arrojó un coeficiente de correlación positivo ( $r_s = 0,522$ ) con el cual se afirma que esta relación es directa de intensidad entre moderada y fuerte; es decir: la mejora de la capacitación mejora el desempeño laboral.

Se concluye que la capacitación se relaciona directamente con el desempeño laboral de los trabajadores administrativos del Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el año 2016. Así, la planificación, organización, dirección y control de la capacitación se relaciona directamente con el desempeño laboral de los trabajadores administrativos.



Referencias

1. Chiavenato, I. Recursos Humanos. Brazilian: Elsevier, 2015.

2. Siliceo, A. Capacitación y desarrollo del personal. Madrid: Limusa, 2017.

3. Bentley, T. Capacitación empresarial. Madrid: Mc Graw Hill, 1993.

4. Mendoza, M. La capacitación inicial como herramienta de

comunicación del Departamento de Recursos Humanos en Grupo Roma [Informe de tesis]. Universidad Nacional Autónoma de México. 2014.

5. Echevarría, F. Evaluación de las necesidades de capacitación y condiciones ambientales en una institución pública [Informe de tesis]. Universidad Nacional Autónoma de México. 2014.

Comunicación terapéutica de la enfermera y su relación con el nivel  
satisfacción de las madres de neonatos hospitalizados en el  
servicio de neonatología del Hospital Hipólito Unanue

*Nurses' Therapeutic Communication and its Relationship With  
Hospitalized Neonatal Mothers' Satisfaction Level in the  
Neonatology Service of Hipolito Unanue Hospital*

Lizbeth Lourdes Huerta Humpiri

Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann. Tacna, Perú  
Licenciada en Enfermería

**Correspondencia**  
Lizbeth Lourdes Huerta Humpiri  
lilohu33@gmail.com

Recibido: 15.07.2020  
Arbitrado por pares  
Aprobado: 10.12.2020

Resumen

**Objetivo:** Determinar la relación que existe entre la comunicación terapéutica de la enfermera y el nivel de satisfacción de las madres de neonatos hospitalizado. **Material y métodos:** Diseño descriptivo, correlacional de corte transversal. La muestra estuvo constituida por 50 madres de recién nacidos hospitalizados durante los meses de diciembre del 2017, enero y febrero del 2018 en el Servicio de Neonatología del Hospital Hipólito Unanue de Tacna. **Resultados:** La comunicación terapéutica se encontraba de forma medianamente presente (28 %), presente (14 %) y no presente (8 %) entre los participantes. Además, se identificó un nivel de satisfacción medio en el 31 % de las madres. **Conclusión:** Para este estudio según el coeficiente de Chi cuadrado, la comunicación terapéutica no influye en la satisfacción de madres de neonatos hospitalizados en el servicio de neonatología del Hospital Hipólito Unanue de Tacna.

*Palabras clave:* comunicación terapéutica, satisfacción de madres, neonato hospitalizado

Abstract

**Objective:** To determine the relationship between the therapeutic communication of nurses and the level of satisfaction of the mothers of hospitalized neonates. **Material and methods:** descriptive, correlational cross-sectional design. The sample consisted of 50 mothers of newborns hospitalized during December 2017, January and February 2018 in the Neonatology Service of the Hipolito Unanue Hospital in Tacna. **Results:** Therapeutic communication was moderately present (28%), present (14%) and not present (8%) among the participants. In addition, a medium level of satisfaction was identified in 31% of the mothers. **Conclusion:** According to the Chi square coefficient, therapeutic communication does not influence the satisfaction of mothers of neonates hospitalized in the neonatology service of the Hipólito Unanue Hospital.

*Keywords:* therapeutic communication, mothers' satisfaction, hospitalized neonate

### Introducción

Actualmente, en los sistemas de salud, la satisfacción del paciente es considerada un indicador de calidad y un resultado clave para medir el cuidado. Lo señalado también aplica a los servicios de salud dirigidos a la población neonatal, el cual es un grupo prioritario de atención. Las madres representan la voz del neonato en el sistema, por consiguiente, representan la visión del paciente. Ante este rol que desempeñan las madres, es relevante conocer su opinión respecto a la atención proporcionada a sus hijos.<sup>1</sup>

Es importante identificar la satisfacción de los padres respecto a la atención que reciben sus hijos por el personal de salud, entre los que destaca el personal de enfermería por ser el que tiene mayor tiempo de contacto directo con los pacientes durante su hospitalización. Determinar la satisfacción de las madres y los factores asociados constituye un área de oportunidad para mejorar la atención que se proporciona a este grupo específico. La evidencia empírica permitirá diseñar y desarrollar intervenciones de enfermería efectivas orientadas a incrementar la satisfacción.<sup>1</sup>

La comunicación es un proceso de intercambio de ideas entre individuos. En enfermería la comunicación terapéutica resulta ser el proceso por el cual el enfermero establece una relación interpersonal con el cuidador.<sup>2</sup> El enfermero debe tener habilidades y aplicar estrategias que le permita mejorar una comunicación terapéutica efectiva. Esto es fundamental para los cuidados dirigidos y continuos a los neonatos que por un periodo de tiempo estarán en hospitalización y que luego regresarán al seno de su hogar, pero que necesitarán de la continuidad de cuidados.

El objetivo de este estudio fue determinar la relación que existe entre la comunicación terapéutica de la enfermera y el nivel de satisfacción de las madres de neonatos hospitalizado en el Servicio de Neonatología del Hospital Hipólito Unanue de Tacna.

### Material y métodos

El diseño de la investigación fue cuantitativo, descriptivo, correlacional, de corte transversal. Se incorporó a las madres de los neonatos hospitalizados en el servicio de neonatología del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, dentro de los meses de diciembre del 2017, enero y febrero del 2018. Las madres fueron seleccionadas por muestreo no probabilístico por conveniencia resultando un número de 50 participantes.

Se realizó entrevistas directas a las madres, los datos se recolectaron en una ficha elaborada para este fin. Se presenta tablas con estadísticas descriptivas, utilizando frecuencias absolutas y relativas.

### Resultados

El 44 % de las madres de neonatos hospitalizado tenía

entre 25 a 30 años; el 64 % de las madres era conviviente, un 32 % tenía estudios superiores técnicos como también superior universitarios. En relación a la experiencia de hospitalización, 78 % registró su primera experiencia, el 54 % tenía entre 1 a 4 semanas de hospitalizado. El mayor porcentaje (40 %) estuvo en la unidad de cuidados continuos (Tabla 1).

Tabla 1. Características de las madres y neonatos hospitalizados en el servicio de neonatología del Hospital Hipólito Unanue

| De la madre                    | n  | %     |
|--------------------------------|----|-------|
| Edad                           |    |       |
| Menor de 18 años               | 2  | 4,0   |
| De 19 a 24 años                | 10 | 20,0  |
| De 25 a 30 años                | 22 | 44,0  |
| Más de 35 años                 | 16 | 32,0  |
| Total                          | 50 | 100   |
| Estado civil                   |    |       |
| Soltera                        | 9  | 18,8  |
| Casada                         | 9  | 18,0  |
| Conviviente                    | 32 | 64,0  |
| Total                          | 50 | 100   |
| Estudios realizados            |    |       |
| Primaria                       | 4  | 8,0   |
| Secundaria                     | 14 | 28,0  |
| Superior Técnico               | 16 | 32,0  |
| Superior Universitario         | 16 | 32,0  |
| Total                          | 50 | 100   |
| Del neonato                    | n  | %     |
| Experiencia en hospitalización |    |       |
| 1.º Experiencia                | 39 | 78,0  |
| 2.º Experiencia                | 8  | 16,0  |
| Más de 2 Experiencias          | 3  | 6,0   |
| Total                          | 50 | 100   |
| Tiempo de hospitalización      |    |       |
| Menos de 1 semana              | 16 | 32,0% |
| De 1 a 4 semanas               | 27 | 54,0% |
| Más de 1 mes                   | 7  | 14,0  |
| Total                          | 50 | 100   |
| Área de hospitalización        |    |       |
| Unidad de cuidados intensivos  | 11 | 22,0  |
| Unidad de continuos            | 20 | 40,0  |
| Unidad de intermedios          | 15 | 30,0  |
| No sabe                        | 4  | 8,0   |
| Total                          | 50 | 100   |

La comunicación terapéutica de las enfermeras con las madres de neonatos hospitalizados ocurre en diferentes niveles: medianamente presente (56 %), presente (14 %) y no presente (8 %) (Tabla 2).

Tabla 2. Comunicación terapéutica de las enfermeras con madres de neonatos hospitalizados en el servicio de neonatología del Hospital Hipólito Unanue

| Comunicación terapéutica | n  | %     |
|--------------------------|----|-------|
| No presente              | 8  | 16,0  |
| Medianamente presente    | 28 | 56,0  |
| presente                 | 14 | 28,0  |
| Total                    | 50 | 100,0 |

Nota. Encuesta de la comunicación elaborada por Huerta L. Aplicada a madres de neonatos hospitalizados en el servicio de neonatología del Hospital Hipólito Unanue de Tacna - 2018.

Según la dimensión tipo de comunicación verbal, las participantes señalaron distintos niveles: presente (88 %), medianamente presente (10 %) y no presente (2 %). Respecto a la comunicación de tipo no verbal, 58 % de las madres la reportó como ausente y el 42 % como medianamente presente. (Tabla 3).

Tabla 3. Comunicación terapéutica en la dimensión tipo de comunicación de las enfermeras con madres de neonatos hospitalizados en el servicio de neonatología del Hospital Hipólito Unanue

| Tipo de comunicación | No presente |      | Medianamente presente |      | Presente |      | Total |       |
|----------------------|-------------|------|-----------------------|------|----------|------|-------|-------|
|                      | n           | %    | n                     | %    | n        | %    | n     | %     |
| Verbal               | 1           | 2,0  | 5                     | 10,0 | 44       | 88,0 | 50    | 100,0 |
| No verbal            | 29          | 58,0 | 21                    | 42,0 | 0        | 0,0  | 50    | 100,0 |

Sobre los elementos de la comunicación terapéutica en relación a la empatía, un 54 % de las participantes reportó que esta se encontraba medianamente presente, mientras un 16 % la reportó como presente. En relación a la escucha receptiva y reflexiva, un 38 % reportó que esta se encontraba medianamente presente; mientras que un 30 % la reportó como no presente. En relación a la atención de emociones un 62 % reportó que esta se encontraba presente, mientras un 38 % la reportó como medianamente presente (Tabla 4).

Tabla 4. Comunicación terapéutica en dimensión de elementos de la comunicación de las enfermeras con las madres de neonatos hospitalizados en el servicio de neonatología del Hospital Hipólito Unanue

| Elementos de la comunicación  | No presente |      | Medianamente presente |      | Presente |      | Total |       |
|-------------------------------|-------------|------|-----------------------|------|----------|------|-------|-------|
|                               | n           | %    | n                     | %    | n        | %    | n     | %     |
| Empatía                       | 15          | 30,0 | 27                    | 54,0 | 8        | 16,0 | 50    | 100,0 |
| Escucha receptiva y reflexiva | 15          | 30,0 | 19                    | 38,0 | 16       | 32,0 | 50    | 100,0 |
| Atención de emociones         | 0           | 0,0  | 19                    | 38,0 | 31       | 62,0 | 50    | 100,0 |

En relación a las características de la comunicación. La claridad del mensaje fue reportado por las madres como presente en un 86 % y medianamente presente en un16 %. Por otro lado, la simplicidad. Esta fue encontrada presente en un 84 % y medianamente presente en un 16 %. La oportunidad fue otro aspecto de la comunicación a destacar. Las madres reportaron que el mensaje estuvo presente en un 80 % y medianamente presente en un 20 %. Finalmente, la adaptabilidad de la comunicación estuvo presente y medianamente presente en la interacción con las madres en un 82 % y 18 % respectivamente (Tabla 5).

Tabla 5. Comunicación terapéutica en la dimensión características de la comunicación de las enfermeras con las madres de neonatos hospitalizados en el servicio de neonatología del Hospital Hipólito Unanue

| Características de la comunicación | No presente |     | Medianamente presente |      | Presente |      | Total |       |
|------------------------------------|-------------|-----|-----------------------|------|----------|------|-------|-------|
|                                    | n           | %   | n                     | %    | n        | %    | n     | %     |
| Claridad                           | 0           | 0,0 | 7                     | 14,0 | 43       | 86,0 | 50    | 100,0 |
| Simplicidad                        | 0           | 0,0 | 8                     | 16,0 | 42       | 84,0 | 50    | 100,0 |
| Oportunidad                        | 0           | 0,0 | 10                    | 20,0 | 40       | 80,0 | 50    | 100,0 |
| Adaptabilidad                      | 0           | 0,0 | 9                     | 18,0 | 41       | 82,0 | 50    | 100,0 |

En relación a la satisfacción de las madres de neonatos hospitalizados, el 62 % de ellas reportó satisfacción a nivel medio; el 28 %, nivel bajo; y el 10 %, nivel alto (Tabla 6).

Tabla 6. Satisfacción de las madres de neonatos hospitalizados en el servicio de neonatología del Hospital Hipólito Unanue

| Satisfacción de las madres | n  | %     |
|----------------------------|----|-------|
| Baja                       | 14 | 28,0  |
| Media                      | 31 | 62,0  |
| Alta                       | 5  | 10,0  |
| Total                      | 50 | 100,0 |

Nota. La encuesta de satisfacción del cuidado en madres elaborado por Sr. Delgadillo Morales modificado por Huerta L., aplicada a madres de neonatos hospitalizados en el servicio de neonatología del Hospital Hipólito Unanue de Tacna - 2018

En relación a la dimensión técnica–científica, humana y entorno. Las madres reportaron un nivel de satisfacción medio (86 %) y alto (14 %). En relación a la dimensión humana, esta se encontraba en un nivel medio con un 70 % y un nivel bajo con un 30 %. En relación a la dimensión de entorno, esta se encontraba en un nivel medio con un 94 % y un nivel bajo con un 2 % (Tabla 7).

Tabla 7. Dimensión de la satisfacción de las madres de neonatos hospitalizados en el servicio de neonatología del Hospital Hipólito Unanue

| Dimensiones de la satisfacción de madres | Baja |      | Media |      | Alta |      | Total |       |
|------------------------------------------|------|------|-------|------|------|------|-------|-------|
|                                          | n    | %    | n     | %    | n    | %    | n     | %     |
| Técnica – científica                     | 0    | 0,0  | 43    | 86,0 | 7    | 14,0 | 50    | 100,0 |
| Humana                                   | 15   | 30,0 | 35    | 70,0 | 0    | 0,0  | 50    | 100,0 |
| Entorno                                  | 1    | 2,0  | 47    | 94,0 | 2    | 4,0  | 50    | 100,0 |

Nota. La encuesta de satisfacción del cuidado en madres elaborado por Sr. Delgadillo Morales modificado por Huerta L., aplicada a madres de neonatos hospitalizados en el servicio de neonatología del Hospital Hipólito Unanue de Tacna - 2018.

Tabla 8. Comunicación terapéutica de la enfermera y su relación con el nivel de satisfacción de las madres de neonatos hospitalizados en el servicio de neonatología del Hospital Hipólito Unanue

| Comunicación<br>terapéutica | Satisfacción |      |       |      |      |    | Total |     | Prueba de chi-<br>cuadrado |
|-----------------------------|--------------|------|-------|------|------|----|-------|-----|----------------------------|
|                             | baja         |      | media |      | alta |    | n     | %   |                            |
|                             | n            | %    | n     | %    | n    | %  |       |     |                            |
| No presente                 | 2            | 4,0  | 6     | 12,0 | 0    | 0  | 8     | 16  | P=0,089 > α=0.05           |
| Medianamente presente       | 10           | 20,0 | 13    | 26,0 | 5    | 10 | 28    | 56  |                            |
| Presente                    | 2            | 4,0  | 12    | 24,0 | 0    | 0  | 14    | 28  |                            |
| Total                       | 14           | 28,0 | 31    | 62,0 | 5    | 10 | 50    | 100 |                            |

Nota. La encuesta de satisfacción del cuidado en madres elaborado por Sr. Delgadillo Morales modificado por Huerta L., aplicada a madres de neonatos hospitalizados en el servicio de neonatología del Hospital Hipólito Unanue de Tacna - 2018.

### Discusión

En cuanto a las características de las madres y sus neonatos hospitalizados en el hospital Hipólito Unanue de Tacna, el 44 % de las madres tiene entre 25 a 30 años, el 64 % de las madres es conviviente, el 32 % tiene estudios superiores técnicos como también superior universitario. El 68 % de las madres registra su primera experiencia en la hospitalización de su neonato, el 54 % tiene un tiempo de hospitalización de 1 a 4 semanas. El 40 % se encuentra en la unidad de

cuidados continuos. Datos similares fueron reportados por la investigación de Delgadillo, quien obtuvo como resultado que un 25 % de madres tuvo entre 20 a 24 años. Asimismo, un 48 % tenía nivel secundaria; y un 42 % de los recién nacidos tenía entre 8 a 14 días. Medina,<sup>12</sup> quien reportó los siguientes datos; primero, que el grado de instrucción predominante fue el nivel superior con un 48 %; segundo, que el estado civil predominante de las madres fue la convivencia con 56 %. Asimismo, el promedio de la edad de las madres encuestadas fue de 28,2 años con una desviación estándar de 5,95 años. Los datos expuestos se asemejaron a la realidad presente. Cabe mencionar que existe aún embarazo en la adolescencia y el riesgo que el neonato tenga problemas; se resalta aquí que las madres de neonatos hospitalizados se encuentran en una edad en que no predomina la estabilización emocional ni fisiológica. Esta situación nos induce a preguntarnos sobre la existencia aquí la existencia de otros factores predisponentes para que el neonato tenga problemas y así incurra en un proceso de hospitalización.

En relacionado a la comunicación terapéutica de las enfermeras, la percepción de las madres está medianamente presente con 56 %. Datos similares a la investigación de Tineo,<sup>4</sup> donde la comunicación terapéutica del enfermero fue percibida como buena en un 23,85 %, regular en un 59,63 %, y mala en un 16,51 %.

Estos datos coinciden también con Blas,<sup>6</sup> quien reportó que más del 40 % de los familiares estuvo medianamente satisfechos en la comunicación brindada por el personal de enfermería. Valenzuela<sup>8</sup> enfatiza en su modelo de relación de persona a persona que la comunicación es un proceso que puede permitir a la enfermera establecer una relación y así cumplir con el objetivo de la enfermería; es decir, ayudar a las personas y a las familias a prevenir y a enfrentarse con la experiencia que le supone la enfermedad y el sufrimiento; además, si fuera necesario, ayudarles a encontrar significado a estas experiencias. Es preocupante evidenciar que solo la minoría de las madres percibe que la comunicación terapéutica está presente. Dichos resultados demuestran que la comunicación terapéutica es aún un desafío para el/la enfermera(o), ya que todavía no podemos enlazar la comunicación con el aspecto terapéutico, el crear el espacio, el lenguaje en el cual se puede empezar todas las intervenciones de enfermería.

En este estudio, la comunicación de tipo verbal se encuentra presente con un 88 % y la comunicación de tipo no verbal no se encuentra presente con un 58 %. Resultados semejantes a Gamarra<sup>10</sup> respecto a la competencia de comunicación del profesional de enfermería según la dimensión comunicación verbal; donde el grado de satisfacción fue: satisfecho con un 71 %, insatisfecho con 18 %, muy insatisfecho con 9 % y un 2 % estuvo muy satisfecho. Además, según al grado de satisfacción de los pacientes respecto a la competencia de comunicación del profesional de enfermería según la dimensión comunicación no verbal, el 57 % de los pacientes presenta un grado de

satisfacción de insatisfecho, seguido del 33 % con un grado de satisfacción de satisfecho, el 8 % presenta un grado de satisfacción de muy insatisfecho y por último el 2 %, un grado de satisfacción de muy satisfecho. La literatura menciona que la dimensión comunicación verbal consiste en aquella comunicación expresada por medio de palabras habladas o escritas usando un lenguaje; el cual se define como el conjunto de palabras, su pronunciación y el sistema para combinarlas para que sean entendidas por el receptor. La comunicación no verbal es el intercambio de un mensaje sin la utilización de palabras. Dicha comunicación puede resultar extraordinariamente importante, en especial en situaciones de crisis, cuando las palabras pueden fallar por completo, o no ser suficientes para transmitir lo que se siente.<sup>13</sup>

Esta comunicación es importante dentro de enfermería, la cual nos permite identificar muchas de las necesidades, ya que en algunos casos el paciente hospitalizado no puede comunicarse mediante palabras. En ello radica el ser de la enfermera, lo cual ha adquirido competencias comunicativas para poder establecer una relación persona – persona donde podrá ser capaz de descifrar toda esa información para ayudar al paciente. Estos resultados ponen de manifiesto que las madres de los neonatos expresan que no se encuentra presente la comunicación no verbal, mostrando que existe un déficit en el desarrollo de habilidades comunicativas no verbales por parte de la enfermera. Por ejemplo, esa mirada directa sin hablar y ese tono de voz que puede calmar hasta el momento más difícil. Muy a pesar que dentro de la formación universitaria, la enfermera adquiere competencias para lograr una comunicación eficaz; sin embargo, esto no se visualiza en el desarrollo de su trabajo.

La empatía se encontró medianamente presente en un 54%; la escucha receptiva y reflexiva se encontró medianamente presente en un 38 %; y la atención de emociones se encontró presente en un 62 % y medianamente presente en un 38 %. Semejante hallazgo lo presentó Tineo,<sup>4</sup> cuyas dimensiones fueron actitud empática, aceptación incondicional y autenticidad. Los resultados para actitud empática fueron: 66 % medianamente favorable, 24 % desfavorable, 10 % favorable. Gutiérrez<sup>11</sup> observó que el 73 % de padres indicó que el entablar una conversación con la enfermera nunca los ha hecho sentir bien. Un 18 % indicó que el conversar con la enfermera siempre les genera bienestar y confianza. Solamente un 9 % de padres indicó que nunca al entablar una conversación con la enfermera los ha hecho sentir bien. El 55 % de padres a veces recibió información de las enfermeras sobre los cuidados del recién nacido. Un 36 % de padres siempre recibió dicha información y un 9 % de padres indicó que nunca recibió información sobre los cuidados del recién nacido y el 73 % de padres indicó que a veces recibía información de las enfermeras sobre la rutina, horarios y normas. Un 18 % de padres siempre recibía dicha información y un 9 % de padres indicó que nunca recibió información del profesional de enfermería sobre estos temas. Datos similares fueron encontrados en la investigación de Sifuentes<sup>7</sup> con respecto a la dimensión

apoyo emocional. El 53,33 % de los padres opinó que el personal de enfermería no ofreció manifestaciones de afecto a través del contacto físico, el 70 % de los padres indicó que el personal de enfermería sí se preocupaba por cuidar la salud de los recién nacidos hospitalizados. Valverde<sup>9</sup> en su libro *La comunicación terapéutica* enfatiza que la empatía es la herramienta principal en la comunicación terapéutica. Gracias a ella, esta aumenta en eficacia; es una actitud necesaria que se advierte en la cara y en las palabras del profesional de enfermería y que comunica al paciente que su situación y sus preocupaciones nos importan. Y de verdad nos tiene que importar, porque de no ser así solo estaríamos fingiendo. El paciente lo notará en nuestra mirada y la comunicación se dificultará. Escuchar al paciente nos sirve para obtener información sobre él, pero es mucho más que eso. Se debe escuchar al profesional de enfermería para que reciba la información que quiere obtener; escuchar lo que el paciente tiene que contar es el centro de la comunicación terapéutica, supone crear una metodología y un ambiente en el cual el enfermo y el profesional van a poder trabajar con la experiencia del paciente. Hablar de las emociones son parte del ser humano, son reacciones a pensamientos; cuando una persona experimenta una emoción, lo más sano sería dejársela sentir, reconocerla y según el contexto, expresarla y así reducir sus conflictos y molestias internas.

Los resultados nos muestran que la enfermera está entendiendo la importancia de crear un ambiente empático con las madres de los recién nacidos hospitalizados, ya que en ellas se centrará el cuidado compartido de su recién nacido; entendiéndose que un ambiente empático nace desde la presentación y los gestos emitidos por la enfermera. Es muy importante fortalecer la habilidad de saber escuchar, ser receptiva ante las dudas e inquietudes de las madres, ya que esto encaminará un cuidado compartido y más participativo en las madres. Las emociones vividas por las madres es todo un remolino, ya que son un vaivén influenciado por el miedo a lo desconocido y a lo frágil que observan a sus neonatos; en consecuencia, la enfermera debe continuar fortaleciendo sus capacidades para poder englobar todo y así buscar un cuidado encaminado por una comunicación terapéutica; pero hay que mencionar que tiene como obstáculos el aumento de pacientes neonatos en hospitalización y no poder mantener una atención de cuidado individualizado.

De acuerdo a la percepción de la mayoría de los participantes, los siguientes aspectos se encuentran presentes en la comunicación: claridad en un 86 %, simplicidad en un 84 %, oportunidad en un 80 %. Contrariamente, la adaptabilidad no se encuentra presente según el 82 % de los participantes. Esos datos difieren con la investigación de Gutiérrez<sup>11</sup>, quien obtuvo que el 73 % de los padres manifestó que el personal de enfermería a veces responde a sus interrogantes con claridad, el 18 % de padres indicó que la enfermera nunca respondía a sus dudas sobre el recién nacido y un 9 % de padres expresó que el personal de enfermería siempre respondía a sus inquietudes. De igual forma, Blas<sup>6</sup> reportó que más del

40 % de los familiares estuvo medianamente satisfecho en la comunicación brindada por el personal de enfermería que labora en dicha unidad crítica. Se concluyó que el personal de enfermería no brinda una información comprensible, ya que emplea palabras técnicas, además brinda tiempo corto, y sus gestos no son empáticos.

El entendimiento del mensaje es una de las funciones mas importantes de la comunicación; aquella en la que el mensaje queda totalmente comprendido por el destinatario. El personal de enfermería puede evaluar las reacciones del receptor, buscando resultados positivos. Los resultados encontrados nos muestran que se trata de buscar que el mensaje reúna características que encaminen a un buen cuidado, pero la influencia tal vez del medio hospitalario, las características sociodemográficas y su nivel de estudios puede afectar dicha búsqueda. Por tanto, la enfermera tiene que evaluar y prever dichos obstáculos en su búsqueda.

El nivel de satisfacción de las madres de neonatos hospitalizados fue de nivel medio en 62 %. Datos similares se observaron en la investigación de Delgadillo,<sup>3</sup> donde el 61 % reportó satisfacción media. Similarmente, en la investigación de Ccatamayo<sup>5</sup> y Contreras, se identificó que el nivel de satisfacción de la madre sobre el cuidado enfermero fue medio según la escala con un valor de 131.27, lo cual representa el 63 % de la muestra. En contraste, Robles<sup>14</sup> reportó que el 94 % de las madres expresó que se sentía satisfecha y el 6 % restante se consideró insatisfecha.

La satisfacción fue un indicador muy confiable en la medición de la calidad, ya que la satisfacción del usuario es el elemento más importante de todo servicio. No todos los servicios que se prestan logran su cometido, la satisfacción del usuario es un fenómeno complejo que depende de múltiples factores. La satisfacción del cliente es la percepción que tiene sobre el grado en que se ha cumplido sus requisitos. La satisfacción es un estado psicológico, y por tanto subjetivo, cuya obtención asegura fidelidad. El profesional de enfermería del servicio de Neonatología es el responsable del cuidado del recién nacido hospitalizado, este neonato muchas veces en estado crítico por diversas patologías demanda un cuidado especializado, utilizando una metodología basada en los avances producidos en el área de los cuidados de la salud, la ética y la evidencia científica. Su intervención se basa en el cuidado integral a nivel biopsicosocial y espiritual y la inclusión de los padres en especial de la madre, ya que ella continuará los cuidados dentro del proceso de hospitalización y luego en su casa. Por los resultados del estudio, se puede evidenciar que la satisfacción de la madre del recién nacido hospitalizado es de medio a baja sobre la calidad del cuidado del profesional de enfermería; algunas madres refieren que influyó el momento en que la enfermera no se presentó con su nombre y que las instalaciones eran un tanto incómodas, y a veces el lenguaje que utilizó la enfermera no era muy claro y fue difícil de entender.



## Factores epidemiológicos y nivel de conocimiento de gestantes sobre el tamizaje neonatal en el servicio de obstetricia del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins

### *Epidemiological Factors and Pregnant Women's Knowledge Level About Neonatal Screening in the Obstetric Service of the Edgardo Rebagliati Martins National Hospital*

Vanessa Hinojosa-Ticona<sup>1,a</sup>, Joseph Hinojosa-Ticona<sup>1,a</sup>,  
Yessica Hinojosa-Ticona<sup>1,2,b</sup>, Manuel Ticona Rendón<sup>3,a</sup>

<sup>1</sup> Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann, Tacna, Perú

<sup>2</sup> Sociedad Científica de Estudiantes de Medicina UNJBG, Tacna, Perú

<sup>3</sup> Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Nacional Jorge Basadre, Tacna, Perú

<sup>a</sup> Médico Cirujano

<sup>b</sup> Estudiante de Medicina Humana

<sup>c</sup> Médico Pediatra y Neonatólogo

#### Resumen

**Objetivo:** Determinar si los factores epidemiológicos están asociados al nivel de conocimiento de gestantes sobre el tamizaje neonatal. **Material y métodos:** El diseño es observacional, no experimental, analítico, transversal y prospectivo. La población estuvo constituida por 210 gestantes, de donde se obtuvo una muestra de 136 gestantes hospitalizadas en el servicio de Obstetricia del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, en Lima durante el mes de diciembre de 2019. **Resultados:** La mayoría de las gestantes tuvo un nivel de conocimiento medio (50 %) sobre el tamizaje neonatal, un nivel de conocimiento bajo sobre la prueba y el procedimiento de la prueba del tamizaje neonatal, con un 46,3 % y 47,1 % respectivamente. Estos resultados demostraron que el grado de instrucción tuvo una asociación significativa con el nivel de conocimiento de gestantes sobre el tamizaje neonatal ( $p = 0,003$ ). Por tanto, no se encontró asociación entre la edad, ni la paridad con el nivel de conocimiento. **Conclusión:** Se determinó que el grado de instrucción está asociado al nivel de conocimiento de las gestantes sobre el tamizaje neonatal.

**Palabras clave:** nivel de conocimiento, factores epidemiológicos, tamizaje neonatal

#### Abstract

**Objective:** To determine if epidemiological factors are associated with pregnant women's knowledge level about neonatal screening. **Material and methods:** The design is observational, non-experimental, analytical, cross-sectional and prospective. The population consisted of 210 pregnant women, from which a sample of 136 pregnant women hospitalized in the Obstetrics service of the Edgardo Rebagliati Martins National Hospital, in Lima, was obtained during the month of December 2019. **Results:** Most of the pregnant women had a medium level of knowledge (50%) about neonatal screening, a low level of knowledge about the test and the neonatal screening test procedure, with 46.3% and 47.1% respectively. These results showed that the degree of education had a significant association with the level of knowledge of pregnant women about neonatal screening ( $p = 0.003$ ). Therefore, no association was found between age, or parity with the level of knowledge. **Conclusion:** It was determined that the degree of education is associated with the level of knowledge of the pregnant women about neonatal screening.

**Keywords:** level of knowledge, epidemiological factors, neonatal screening

En relación a la dimensión técnica–científica la satisfacción fue de 46 % en el nivel medio. En relación a la dimensión humana, esta se encontraba en un nivel medio con un 48 %; y en relación a la dimensión de entorno, esta se encontraba en un nivel medio con un 42 %. Datos similares se encontraron en la investigación de Delgadillo,<sup>3</sup> donde se menciona que la calidad del cuidado del profesional de enfermería en la dimensión técnico-científica, el 61 % tuvo satisfacción media; en la dimensión humana, el 46 % tuvo satisfacción media. En la dimensión entorno, el 70 % tuvo satisfacción media. De igual forma Ccatamayo<sup>5</sup> muestra que la satisfacción en la dimensión técnico–científica fue media con un 53 %; la satisfacción en la dimensión humana fue media con un 46 % y la satisfacción en la dimensión entorno fue media con un 60 %.

Las dimensiones para poder evaluar la satisfacción estuvieron referidas a los aspectos relacionados con el conocimiento, juicio, así como con la destreza en ejecutarlas; además de aspectos científico-técnicos de la atención. La dimensión humana entendida como cuidados oportunos y el trato respetuoso en el aspecto interpersonal constituyen indicadores de calidad de los cuidados prestados. Sin dejar de lado el aspecto del entorno, donde se evalúa que la institución que brinda un cuidado brinde las facilidades que generan valor agregado para el usuario a costos razonables y sostenibles. Además, implica un nivel básico de comodidad, ambientación, limpieza, orden, equipos y el elemento de confianza que percibe el usuario por el servicio. Los resultados encontrados nos muestran que las madres de neonatos hospitalizados, acerca de su satisfacción es de media a alta, lo cual denota que el servicio y cuidados en general satisfacen sus necesidades, pero se debe fortalecer aspectos pequeños y así seguir buscando una satisfacción alta. La relación que existe entre la comunicación

terapéutica de la enfermera con el nivel de satisfacción de la madre de los neonatos hospitalizados se presenta de la siguiente manera: la comunicación terapéutica medianamente presente y satisfacción media con un 26 %; seguido de la comunicación terapéutica presente y satisfacción media con un 24 %; seguido de la comunicación terapéutica medianamente presente y satisfacción baja con un 20 %; seguido de la comunicación terapéutica no presente y satisfacción media con un 12 %, finalmente la comunicación terapéutica medianamente presente y satisfacción alta con un 10 %. Estos resultados según el nivel de significancia  $\alpha = 0,05$  y mediante la prueba de Chi cuadrado se obtiene  $P = 0,089$ ; determinan que la comunicación terapéutica de la enfermera no se relaciona con el nivel de satisfacción de las madres de los neonatos hospitalizados en el servicio de neonatología.

El nivel de satisfacción al encontrarse en un nivel medio indica que la existencia de expectativas del usuario es cubierta parcialmente, por tanto, se concluye que existen otros factores que hacen que el nivel de satisfacción sea alto, medio o nulo. La comunicación terapéutica de la enfermera es percibida por las madres al encontrarse medianamente presente, enmarca que necesita afianzar criterios de importancia desde formar la relación enfermera – neonato – madre, el tener una escucha activa y atender las emociones. Por eso, se debe modular la voz a utilizar, la enfermera debe presentarse a las madres de los neonatos hospitalizados, y tener un ambiente especial para brindar una entrevista y despejar cualquier inquietud de la madre.

Se concluye que no existe relación entre la comunicación terapéutica de la enfermera y el nivel de satisfacción de las madres de neonatos hospitalizados en el servicio de neonatología.

#### Referencias

- Díaz R. Satisfacción del paciente: principal motor y centro de los servicios sanitarios. Rev. Calidad Asistencial [Internet]. 2002 [citado el 19 de diciembre del 2016]; 17(1): 22-9. DOI: 10.1016/S1134-282X(02)77470-8
- Zaltman G. Como piensan los consumidores. España: EmpresaActiva; 2004.
- Delgadillo D. Satisfacción de la madre del recién nacido hospitalizado sobre la calidad del cuidado del profesional de enfermería en el Servicio de Neonatología del Instituto Nacional Materno Perinatal-2013 [Tesis de especialidad]. Lima: Universidad Nacional de San Marcos; 2014.
- Tineo K. Comunicación terapéutica y prevención de infecciones respiratorias en menores de cinco años de madres quechua hablantes. Iguain Ayacucho 2017 [Tesi]. Ayacucho: Universidad Inca Garcilaso de la Vega; 2017.
- Ccatamayo K, Contreras M. Satisfacción de la madre sobre el cuidado enfermero en el servicio de neonatología - Hospital Domingo Olavegoya, Jauja 2016. [Tesis]. Huancayo: Universidad privada de Huancayo Franklin Roosevelt; 2016.
- Blas F. Nivel de satisfacción de los familiares de pacientes críticos acerca de la comunicación brindada por la enfermera en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital San Juan de Lurigancho 2010. [Tesis de Especialidad]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina Humana; 2013.
- Sífuentes A, Parra FM, Marquina M, Oviedo S. Relación Terapéutica del Personal de Enfermería con los Padres de Neonatos en la Unidad Terapia Intensiva Neonatal. Enferm. Glob [Internet]. 2010 jun [citado 2016]; 19.
- Valenzuela T. Comunicación interpersonal [Internet]. Chile: Universidad de Chile. Escuela de Salud Pública. [Subido 2006 junio 14].
- Valverde C. Comunicación terapéutica en enfermería [Internet]. 1ra Ed. Madrid: Difusión Avances de Enfermería; 2007.
- Serret M. Técnicas cognitivas en el cuidado enfermero: aplicadas a la madre de un prematuro en UCI neonatal. Rev Rol Enf [Internet]. 2012 [citado 2016]; 35(9) 588-592.
- Blanca J, Blanco A, Luque M, Ramírez M. Experiencias, percepciones y necesidades en la UCI: revisión sistemática de estudios cualitativos. Rev Enferm Glob [Internet] 2008 feb; 7(1): 14 p. <https://doi.org/10.6018/eglobal.7.1.822>
- Medina D. Satisfacción de la madre del recién nacido hacia los cuidados de enfermería, servicio de neonatología de una clínica privada [Tesis en línea]. Lima: Escuela de Enfermería Padre Luis Tezza; 2016.
- Comunicación en enfermería [Internet]. [Citado 2018].
- Robles J, Rodríguez N. Calidad de atención de las enfermeras relacionado con el grado de satisfacción de las madres de los recién nacidos del servicio de neonatología sala 205 del Hospital Gineco-obstétrico "Isidro Ayora" periodo noviembre - enero 2016 [Tesis]. Quito: Universidad Central del Ecuador. Facultad de Ciencias Médicas; 2016.

#### Correspondencia

Vanessa Hinojosa Ticona  
hinojosavanessa423@gmail.com

Recibido: 17.07.2020  
Arbitrado por pares  
Aprobado: 17.12.2020

### Introducción

En la actualidad existen enfermedades que no se manifiestan clínicamente desde el nacimiento, las cuales pueden permanecer asintomáticas desde días hasta décadas. Estas afecciones con el tiempo provocan consecuencias generalmente graves y a menudo letales, las mismas que hubieran sido prevenidas de haberse detectado precozmente. Tal situación ha resultado sumamente útil para un grupo de enfermedades calificadas como errores innatos del metabolismo (EIM), causadas por mutaciones genéticas que afectan la forma en que el organismo procesa ciertas enzimas dando origen a patologías metabólicas como galactosemia y fenilcetonuria. Con estas mismas características pueden presentarse defectos hormonales congénitos, como el hipotiroidismo y la hiperplasia suprarrenal.<sup>1</sup> Una de estas medidas de invaluable importancia para evitar enfermedades graves con secuelas invalidantes y de gran costo social y económico para los países es el tamizaje neonatal, el cual es un estudio con fines preventivos, que debe practicarse a todos los recién nacidos (RN). Su objeto es descubrir y tratar oportunamente enfermedades graves e irreversibles que no se pueden detectar al nacimiento, ni siquiera con una revisión médica muy cuidadosa.<sup>2</sup>

El tamizaje o cribado neonatal significa, valorar al neonato, realizar los procedimientos correctivos y brindar el tratamiento adecuado al recién nacido afectado por alguna de estas patologías, y que en el futuro pueda ser una persona con todas sus facultades.<sup>3</sup> Por ello, planteamos investigar los factores epidemiológicos y el nivel de conocimiento de las gestantes, sobre la prueba de tamizaje neonatal. El objetivo de este estudio fue determinar si los factores epidemiológicos están asociados al nivel de conocimiento de gestantes sobre el tamizaje neonatal en el servicio de obstetricia del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins en Lima en diciembre de 2019.

### Material y métodos

Se realizó un estudio de enfoque cuantitativo, tipo prospectivo y analítico, con diseño observacional, no experimental transversal. Se realizó en una población de 210 gestantes hospitalizadas en el servicio de obstetricia del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins. La muestra que se obtuvo fue de 136 gestantes. La técnica utilizada fue la encuesta y el instrumento empleado, el cuestionario.

Se presenta tablas con estadística descriptiva, utilizando frecuencias absolutas y relativas de las variables de estudio.

### Resultados

El grupo de edad que predominó fue el rango de 30-39 años (45,6 %), 20-29 años (40,4 %) y las gestantes < 20 años representaron la minoría (3,7 %). En su mayoría el grado de instrucción fue el superior (45,6 %); es decir, que por cada 2 encuestadas, 1 es de

nivel superior, seguida de técnica superior (27,2 %). La minoría presentó grado de instrucción primaria (2,2 %). Existía un leve predominio de las gestantes nulíparas (39 %), en comparación con las primíparas (33,1 %) y multiparas (27,9 %) (Tabla 1).

Tabla 1. Factores epidemiológicos de las gestantes encuestadas sobre el tamizaje neonatal

| Factores epidemiológicos |                  | <i>n</i> | %    |
|--------------------------|------------------|----------|------|
| Edad                     | <20 años         | 5        | 3,7  |
|                          | 20-29 años       | 55       | 40,4 |
|                          | 30-39 años       | 62       | 45,6 |
|                          | >39 años         | 14       | 10,3 |
| Grado de instrucción     | Primaria         | 3        | 2,2  |
|                          | Secundaria       | 34       | 25,0 |
|                          | Técnica superior | 37       | 27,2 |
|                          | Superior         | 62       | 45,6 |
| Paridad                  | Nulípara         | 53       | 39,0 |
|                          | Primípara        | 45       | 33,1 |
|                          | Múltipara        | 38       | 27,9 |
| Total                    |                  | 136      | 100  |

El nivel de conocimiento más frecuente fue el medio (50 %); es decir, que de cada 2 gestantes encuestadas 1 refirió conocer sobre el tamizaje neonatal; seguida de un nivel de conocimiento bajo (39,7 %), y solo el 10,3 % tuvo un alto nivel de conocimiento; es decir, que de 10 gestantes encuestadas solo una tenía claro los conocimientos de la prueba y el procedimiento del tamizaje neonatal (Tabla 2).

Tabla 2. El nivel de conocimiento sobre el tamizaje neonatal

| Nivel de conocimiento sobre el tamizaje neonatal | <i>n</i> | %    |
|--------------------------------------------------|----------|------|
| Conocimiento bajo                                | 54       | 39,7 |
| Conocimiento medio                               | 68       | 50,0 |
| Conocimiento alto                                | 14       | 10,3 |
| Total                                            | 136      | 100  |

El nivel de conocimiento más frecuente fue el bajo (46,3 %); es decir, 1 de cada 2 gestantes encuestadas refirió no saber o saber poco sobre la prueba del tamizaje neonatal; seguida de un nivel de conocimiento medio (44,9 %). Solo el 8,8 % tuvo un alto nivel de conocimiento sobre la prueba de tamizaje neonatal; es decir, al menos 1 de cada 10 gestantes encuestadas tenía claro los conocimientos de la prueba tamizaje neonatal (Tabla 3).

Tabla 3. El nivel de conocimiento sobre la prueba del tamizaje neonatal

| Nivel de conocimiento sobre la prueba del tamizaje neonatal | <i>n</i> | %    |
|-------------------------------------------------------------|----------|------|
| Conocimiento bajo                                           | 63       | 46,3 |
| Conocimiento medio                                          | 61       | 44,9 |
| Conocimiento alto                                           | 12       | 8,8  |
| Total                                                       | 136      | 100  |

El nivel de conocimiento más frecuente fue el bajo (47,1 %), es decir, 1 de cada 2 gestantes refirió no saber o saber poco sobre el procedimiento de la prueba

del tamizaje neonatal; seguida de un nivel de conocimiento medio (40,4 %), y solo el 12,5 % tuvo un alto nivel de conocimiento sobre la prueba de tamizaje neonatal (Tabla 4).

Tabla 4. El nivel de conocimiento sobre el procedimiento de la prueba del tamizaje neonatal

| Nivel de conocimiento sobre el procedimiento de la prueba del tamizaje neonatal | <i>n</i> | %    |
|---------------------------------------------------------------------------------|----------|------|
| Conocimiento bajo                                                               | 64       | 47,1 |
| Conocimiento medio                                                              | 55       | 40,4 |
| Conocimiento alto                                                               | 17       | 12,5 |
| Total                                                                           | 136      | 100  |

El nivel de conocimiento medio fue el más frecuente en el rango de edad de 20-29 años y 30-39 años con un 50,9 % y 50 % respectivamente. Se registró que el 100 % de participantes de 20 años tuvo un bajo conocimiento sobre el tamizaje neonatal. La prueba Chi cuadrado dio p = 0,458 > 0,05. Esto indica que no existe asociación significativa entre la edad y el nivel de conocimiento. Por lo tanto, al 0,575 de error no se rechaza la hipótesis nula y se concluye que no existe asociación entre la edad y el nivel de conocimiento de gestantes sobre el tamizaje neonatal, en el servicio de Obstetricia del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins (Tabla 5).

Tabla 5. El nivel de conocimiento según la edad

| Nivel de conocimiento sobre el tamizaje neonatal | Edad     |     |            |      |            |      |          |      |
|--------------------------------------------------|----------|-----|------------|------|------------|------|----------|------|
|                                                  | <20 años |     | 20-29 años |      | 30-39 años |      | >39 años |      |
|                                                  | <i>n</i> | %   | <i>n</i>   | %    | <i>n</i>   | %    | <i>n</i> | %    |
| Conocimiento bajo                                | 5        | 100 | 20         | 36,4 | 24         | 38,7 | 5        | 35,7 |
| % Total                                          |          | 3,7 |            | 14,7 |            | 17,6 |          | 3,7  |
| Conocimiento medio                               | 0        | 0,0 | 28         | 50,9 | 31         | 50,0 | 9        | 64,3 |
| % Total                                          |          | 0,0 |            | 20,6 |            | 22,8 |          | 6,6  |
| Conocimiento alto                                | 0        | 0,0 | 7          | 12,7 | 7          | 11,3 | 0        | 0,0  |
| % Total                                          |          | 0,0 |            | 5,1  |            | 5,1  |          | 0,0  |
| Total                                            | 5        | 100 | 55         | 100  | 62         | 100  | 14       | 100  |

(\*) *p*-valor = 0,458 (Chi2)

De las gestantes con grado de instrucción superior, el 53,2 % tenía un nivel de conocimiento medio sobre el tamizaje neonatal, que representa el 24,3 % del total de gestantes, siendo el de mayor frecuencia. Además, casi todas las gestantes encuestadas (92,8 %) con nivel de conocimiento alto, tenía instrucción superior. De las gestantes de grado de instrucción técnica superior, la mayoría tenía un nivel de conocimiento medio con un 54,1 %. Un poco más de la mitad (55,9 %) de las gestantes de grado de instrucción secundaria tenía un nivel de conocimiento bajo. Las gestantes con grado de instrucción primaria, en su totalidad tenían bajo nivel de conocimiento sobre el tamizaje neonatal, y representa solo el 2,2 % del total. La prueba Chi cuadrado calculó p = 0,003 < 0,05, indicando que existe asociación muy significativa entre el grado de instrucción y el nivel de conocimiento. En consecuencia, al 0,003 de error, se rechaza la hipótesis nula y se concluye que existe asociación

entre el grupo de edad y el nivel de conocimiento de gestantes sobre el tamizaje neonatal en el servicio de obstetricia del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins (Tabla 6).

Tabla 6. Nivel de conocimiento sobre el tamizaje neonatal según el grado de instrucción

| Nivel de conocimiento sobre el tamizaje neonatal | Grado de instrucción |       |            |      |                  |      |          |      |
|--------------------------------------------------|----------------------|-------|------------|------|------------------|------|----------|------|
|                                                  | Primaria             |       | Secundaria |      | Técnica superior |      | Superior |      |
|                                                  | <i>n</i>             | %     | <i>n</i>   | %    | <i>n</i>         | %    | <i>n</i> | %    |
| Conocimiento bajo                                | 3                    | 100,0 | 19         | 55,9 | 16               | 43,2 | 16       | 25,8 |
| % Del total                                      |                      | 2,2   |            | 14,0 |                  | 11,8 |          | 11,8 |
| Conocimiento medio                               | 0                    | 0,0   | 15         | 44,1 | 20               | 54,1 | 33       | 53,2 |
| % Del total                                      |                      | 0,0   |            | 11,0 |                  | 14,7 |          | 24,3 |
| Conocimiento alto                                | 0                    | 0,0   | 0          | 0,0  | 1                | 2,7  | 13       | 21,0 |
| % Del total                                      |                      | 0,0   |            | 0,0  |                  | 0,7  |          | 9,6  |
| Total                                            | 3                    | 100   | 34         | 100  | 37               | 100  | 62       | 100  |

(\*) *p*-valor = 0,003 (Chi2)

Las gestantes multiparas en su mayoría, en un 52,6 %, presentaron un nivel de conocimiento medio, siendo casi similar en las gestantes primíparas (48,9 %) y nulíparas (49,1 %). Solo el 13,2 % de las gestantes multiparas tuvo un alto nivel de conocimiento sobre el tamizaje neonatal, con una proporción similar a las gestantes primíparas (8,9 %) y nulíparas (9,4 %).

La prueba Chi cuadrado reportó p = 0,778 > 0,05. Esto indica que no existía asociación significativa entre la paridad y el nivel de conocimiento. Por lo tanto, al 0,778 de error, no se rechaza la hipótesis nula y se concluye que no existe asociación entre la paridad y el nivel de conocimiento de gestantes sobre el tamizaje neonatal en el servicio de obstetricia del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins (Tabla 7).

Tabla 7. Nivel de conocimiento sobre el tamizaje neonatal según la paridad

| Nivel de conocimiento sobre el tamizaje neonatal | Paridad  |      |           |      |           |      |
|--------------------------------------------------|----------|------|-----------|------|-----------|------|
|                                                  | Nulípara |      | Primípara |      | Múltipara |      |
|                                                  | <i>n</i> | %    | <i>n</i>  | %    | <i>n</i>  | %    |
| Conocimiento bajo                                | 22       | 41,5 | 19        | 42,2 | 13        | 34,2 |
| % Del total                                      |          | 16,2 |           | 14,0 |           | 9,6  |
| Conocimiento medio                               | 26       | 49,1 | 22        | 48,9 | 20        | 52,6 |
| % Del total                                      |          | 19,1 |           | 16,2 |           | 14,7 |
| Conocimiento alto                                | 5        | 9,4  | 4         | 8,9  | 5         | 13,2 |
| % Del total                                      |          | 3,7  |           | 2,9  |           | 3,7  |
| Total                                            | 53       | 100  | 45        | 100  | 38        | 100  |

(\*) *p*-valor = 0,778 (Chi2)

### Discusión

De acuerdo a los resultados obtenidos de 136 encuestas de gestantes hospitalizadas en el servicio de obstetricia del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, se observa que en cuanto a los factores epidemiológicos como el sociodemográfico, el rango

de edad que predominó en las gestantes fue de 30-39 años con un 45,6 % y el rango de 20-29 años en un 40,4 %. En Ecuador, el rango de edad de mayor frecuencia en las gestantes fue de 15-24 años en un 55,6 %, siendo más jóvenes comparadas con las gestantes de nuestro estudio. Con respecto al grado de instrucción, la mayoría tenía el nivel superior en un 45,6 %; es decir, 1 de cada 2 encuestadas tenía nivel superior, seguida de técnica superior (27,2 %). Otro dato importante es que la minoría (2,2 %) tenía solo como grado de instrucción la primaria. Similarmente, en el estudio de Alfayez et al. en Arabia Saudita, el nivel de instrucción que predominó fue el de bachiller y superior en 41,7 %. <sup>4</sup> En contraste con el estudio de Bravo et al. en Ecuador, Ramírez en Lima y Pazmiño en Ecuador, donde reportaron la predominancia del grado de instrucción primario y secundario, siendo mínima la frecuencia del grado de instrucción superior.<sup>5-7</sup> Según el factor obstétrico, la paridad, presenta una proporción similar entre nulíparas, primíparas y multiparas; semejantes al estudio de Alfayez et al.<sup>4</sup> en Arabia Saudita.

En cuanto a la mayor frecuencia de gestante de edades entre 30 y 39 años y un nivel de instrucción superior en la población de estudio, esto podría deberse al hecho de que los usuarios del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins pertenecen a EsSalud. Esto implica que son personas que deben contar con un trabajo fijo en una institución pública o empresa privada y para ello tener un mayor nivel de instrucción, sus usuarios tienen esas características sociodemográficas, diferente a los hospitales del Ministerio de Salud como se muestra en el estudio de Bonilla en Lima o de Bravo et al. en Ecuador pertenecientes a los centros de salud.

Entre los objetivos específicos, se propuso determinar el nivel de conocimiento, encontrando que el más frecuente fue el nivel de conocimiento medio con un 50 %, seguida de un nivel de conocimiento bajo representando el 39,7 % y solo el 10,3 % tuvo un nivel de conocimiento alto; es decir, de cada 10 gestantes encuestadas solo una tuvo claro los conocimientos de la prueba y el procedimiento del tamizaje neonatal según la Tabla 2. Además, según la Tabla 3 y 4 respectivamente, el nivel de conocimiento más frecuente sobre la prueba del tamizaje neonatal fue bajo con un 46,3 % y el nivel de conocimiento más frecuente sobre el procedimiento de la prueba del tamizaje neonatal fue también bajo con un 47,1 %.

Estas cifras son preocupantes en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins de Lima, debido a que solo una pequeña parte de la población tiene un nivel de conocimiento alto en cuanto al nivel de conocimiento sobre el tamizaje neonatal. Es importante considerar que la ley N.º 29885, Ley que declara de interés nacional la creación del programa de tamizaje neonatal universal, con aprobación del Decreto Supremo N.º 014-2013-SA y una norma técnica de salud para el tamizaje neonatal de junio del 2019 (MINSA 2019). <sup>8</sup>

Similares resultados se hallan en los estudios de Ramírez en Lima, donde a partir de 138 gestantes, se obtuvo que el nivel de conocimiento sobre el tamizaje

neonatal fue bajo con un 36,7 %. Respecto a la dimensión de la prueba de tamizaje neonatal, el nivel de conocimiento fue bajo con un 48,4 %; además, sobre el procedimiento de la prueba de tamizaje, se observó un nivel de conocimiento medio con un 58,1 %, similares resultados se hallaron en los estudios de Bonilla<sup>9</sup> en Lima y Alfayez<sup>4</sup> en Arabia Saudita; un menor nivel de conocimiento sobre el tamizaje se encontró en los estudios de Rojas en Lima. Los autores refieren que el 64,3 % desconocía acerca del tamizaje neonatal, Angulo en Ecuador manifiesta que de 300 mujeres embarazadas, el 82,2 % tuvo poco conocimiento sobre el tamizaje neonatal.<sup>10</sup> Los autores concluyen que se necesita una mayor difusión de la información sobre el programa de tamizaje neonatal. Bravo et al.<sup>5</sup> y Pazmiño<sup>7</sup> en Ecuador argumentan que el tamizaje neonatal constituye una prioridad dentro de la atención en problemas de salud pública, ya que desde hace más de cuatro décadas, el tamizaje ha demostrado ser un procedimiento eficaz en un gran número de países desarrollados y es necesario cambiar estos resultados preocupantes.

Se podría explicar el bajo nivel de conocimiento en los estudios de Bravo et al. y Pazmiño en Ecuador porque sus estudios fueron realizados en centros de salud periféricos y en consultorios externos de hospitales del Ministerio de Salud Pública donde su población tenía un menor grado de instrucción y se brinda servicio ambulatorio a personas de distintos lugares y de toda clase social. A diferencia de nuestro estudio donde la población está constituida por usuarios de Essalud, que en su mayoría son de nivel superior y el hospital no brinda servicios ambulatorios. En su mayoría los usuarios son de clase social media a alta.

Entre los objetivos específicos, el estudio se propuso determinar la asociación entre factores epidemiológicos y el nivel de conocimiento de gestantes sobre el tamizaje neonatal en el servicio de obstetricia del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins. Dentro de los factores sociodemográficos está la edad. En la Tabla 5, se comprobó que el 22,8 % eran gestantes con nivel de conocimiento medio con edades entre 30 a 39 años, y la edad < 20 años. En lo referente a los menos de 20 años, el 100 % tenía bajo conocimiento sobre el tamizaje neonatal. La prueba de Chi cuadrado para verificar este primer factor del segundo objetivo específico resultó en un p = 0,458 > 0,05, indicando que no existe asociación significativa entre la edad y el nivel de conocimiento sobre el tamizaje neonatal, en el servicio de obstetricia del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins en el año 2019.

En comparación con el estudio de Ramírez<sup>6</sup> en Lima, con respecto a factores sociodemográficos: las edades de 15 a 20 años se encuentran en un nivel de conocimiento medio con un 47,4 %, y las edades de 21 a 36 años presentan un nivel de conocimiento bajo con un 39 %; en este estudio no se realizó una prueba estadística para verificar la asociación, no pudiendo encontrar estudios para comparar la asociación de la edad y el nivel de conocimiento sobre el tamizaje neonatal; por lo cual este dato servirá para ser comparado con otros estudios futuros.

Otro factor estudiado dentro del segundo objetivo específico fue el grado de instrucción. En ese estudio se comprobó, según la Tabla 6, que las gestantes de grado de instrucción primaria en su totalidad tuvieron un nivel de conocimiento bajo sobre el tamizaje neonatal, y las gestantes encuestadas con nivel de conocimiento alto fueron del grado de instrucción superior, representado por el 92,8 %. La prueba Chi cuadrado presentó p = 0,003 > 0,05, indicando que existe asociación muy significativa entre el grado de instrucción y el nivel de conocimiento sobre el tamizaje neonatal, en el servicio de obstetricia del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins.

Esta asociación concuerda con el estudio de Alfayez et al.<sup>4</sup> en Arabia Saudita 2018, donde se mostró una asociación significativa entre el nivel educativo y el conocimiento sobre el mejor momento para aprender sobre el cribado neonatal (p = 0,0001). Casi la mitad de las mujeres que tuvieron un hijo declararon que la evaluación debería realizarse 2-3 meses antes de que nazca el bebé (p = 0,018); siendo el mejor momento para informar las futuras madres sobre el tamizaje neonatal.

Otros estudios como el de Verdes et al.<sup>11</sup> en España refiere que existe un acuerdo unánime en considerar que el momento más idóneo para proporcionar la información escrita a los padres sobre el programa de cribado es durante el embarazo y que es necesario hacerlo en más de una ocasión, lo cual concuerda con el estudio de Angulo en Ecuador. Lo que usualmente sucede en la realidad es que la información se proporciona después del parto.

El último factor estudiado dentro del tercer objetivo específico fue el factor obstétrico: la paridad, las gestantes multiparas en su mayoría presentaron un nivel de conocimiento medio con un 52,6 %, siendo casi similar en las gestantes primíparas (48,9 %) y nulíparas (49,1 %) según la Tabla 7. La prueba Chi cuadrado dio p = 0,778 > 0,05, indicando que no existe asociación significativa entre la paridad y el nivel de conocimiento sobre el tamizaje neonatal en el servicio de obstetricia del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins en el año 2019. Con respecto al factor obstétrico; paridad, no se encontró estudios que hayan

realizado una prueba estadística para verificar la asociación, no pudiendo encontrar estudios para comparar la asociación de la paridad y el nivel de conocimiento sobre el tamizaje neonatal; por lo cual, este dato servirá para ser comparado con otros estudios futuros.

Se concluye que el nivel de conocimiento sobre la prueba de tamizaje neonatal es bajo con un 46,3 %; y el nivel de conocimiento sobre el procedimiento de la prueba del tamizaje neonatal es bajo con un 47,1 %. Se concluye que la mayoría de las gestantes tiene un nivel de conocimiento medio con un 50 % sobre el tamizaje neonatal. Dentro de los factores sociodemográficos estudiados, el grado de instrucción está asociado al nivel de conocimiento de gestantes sobre el tamizaje neonatal; a mayor grado de instrucción mayor es el nivel de conocimiento. La edad no tiene asociación con el nivel de conocimiento, dentro del factor obstétrico estudiado, la paridad no está asociado al nivel de conocimiento de las gestantes sobre el tamizaje neonatal.

Se recomienda crear programas nacionales de promoción y educación en todas las redes de EsSalud, siendo el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins la sede central de este programa sobre el tamizaje neonatal en una población objetivo, como son las gestantes, siendo está incluida en el control obstétrico. El énfasis debe ser colocado en las gestantes de bajo grado de instrucción, ya que esta se relaciona con un nivel de conocimiento bajo sobre el tamizaje neonatal, invocando el apoyo pleno de las autoridades correspondientes para su ejecución. Asimismo, se sugiere crear programas de capacitación para los trabajadores de salud, en el servicio de neonatología del Hospital Edgardo Rebagliati Martins, dirigidos para el servicio de obstetricia, pediatría y no solo para neonatología. En estas capacitaciones es importante llevar un control, para garantizar la permanencia del programador de salud para que pueda brindar información eficiente a la población y asegurar un alto nivel de conocimiento en las gestantes sobre el tamizaje neonatal, siendo el H. N. E. R. M. uno de los primero en llegar a la mayor cobertura del tamizaje neonatal.

## Referencias

- Barrios V. Importancia del Tamizaje Neonatal: Un reto para enfermería. In Crescendo [revista en Internet] 2016 [acceso 19 de octubre de 2019]; 3(1): 216-223. Disponible en: <http://revistas.uladech.edu.pe/index.php/increscendo-salud/article/view/1292/1051>
- Dautt J. Tamiz Neonatal, una Herramienta Epidemiológica. Sociedad Médica del Hospital General de Culiacan "Dr. Bernardo J. Gastelum" [revista en Internet] 2012 [acceso 26 de octubre de 2019]; 6(1): [20-22]. Disponible en: [www.hgculiacan.com](http://www.hgculiacan.com)
- Calderón MG, Parrilla FJ, Martínez AL. Screening neonatal [Internet]. Protocolos Diagnostico Terapéuticos. Madrid: Asociación Española de Pediatría; 2008. Disponible en: <http://www.aeped.es/protocolos>
- Alfayez F, Alamir M. Maternal Awareness and Attitude about Neonatal Screening Program in the Eastern Region of the Kingdom of Saudi Arabia. The Egyptian Journal of Hospital Medicine, January 2018, Vol. 70 (2), Page 265-272. Disponible en: [https://ejhm.journals.ekb.eg/article\\_11476.html](https://ejhm.journals.ekb.eg/article_11476.html)
- Bravo M, Cabrera M, Carchi M. Nivel de Conocimiento acerca del programa de tamiz metabólico neonatal en madres que asisten a la consulta externa del hospital "Vicente corral Moscoso". Ecuador. Disponible en: <http://dspace.uccuenca.edu.ec/bitstream/123456789/21255/1/Tesis%20Pregrado.pdf>
- Ramírez S. Conocimiento acerca del tamizaje neonatal en madres embarazadas del servicio de ginecología del hospital Sergio E. Bernaldes. Lima. 2019. Disponible en: <http://repositorio.upsjb.edu.pe/bitstream/handle/upsjb/2238/T-TPMCSERGIO%20ELIAS%20RAMIREZ%20CERNA.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Pazmiño D. Estrategia de promoción para el programa de tamizaje neonatal en las madres que acuden a consulta externa en el Centro de Salud Salcedo tipo B período diciembre 2015 – marzo 2016 [tesis titulación]. Ecuador: Universidad Regional Autónoma de los Andes; 2016.
- Ministerio de Salud. Norma Técnica de Salud para el Tamizaje Neonatal de Hipotiroidismo Congénito, Hiperplasia Suprarrenal Congénita, Fenilcetonuria, Fibrosis Quística, Hipoacusia Congénita y Catarata Congénita R. M. N° 558-2019/MINSA. Perú. [consultado el 20 de noviembre del 2019]. Disponible en: [https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/337244/Resoluci%C3%B3n\\_Mini\\_sterial\\_N\\_558-2019-MINSA.PDF](https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/337244/Resoluci%C3%B3n_Mini_sterial_N_558-2019-MINSA.PDF)
- Bonilla R. Cuál es el conocimiento de las madres primerizas acerca del Tamiz metabólico neonatal del servicio de neonatología Alojamiento Conjunto INMP, 2018. Lima. Disponible en: [http://repositorio.ucev.edu.pe/bitstream/handle/UCV/18635/BONILLA\\_PR.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.ucev.edu.pe/bitstream/handle/UCV/18635/BONILLA_PR.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Angulo P. Nivel de conocimiento sobre el programa de tamizaje metabólico en las mujeres embarazadas y madres de niños menores de un mes de edad que acuden al centro de salud Augusto Egas, provincia Santo Domingo de los Tsachilas. [Tesis titulación]. Ecuador: Universidad de Santo Domingo; 2018.
- Verdes Q. Información a padres sobre cribado neonatal de metabolopatías: evaluación de la situación actual y establecimiento de estándares de información basada en la evidencia. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia; 2007. Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias: avalia-tN°. 2007 / 04.

## ARTÍCULO ORIGINAL

## Influencia de los factores socioculturales en el conocimiento y cuidado sobre IRAS y EDAS que brindan las madres a niños menores de 5 años

### *Influence of Sociocultural Factors on Knowledge and Care About IRAS and EDAS Provided by Mothers to Children Under 5 Years of Age*

Angie Lisset Del Carmen Ascencio Cauna<sup>1,a</sup>, Gabriela Miriam Quille Mamani<sup>1,b</sup>

<sup>1</sup> Licenciada en Enfermería

<sup>a</sup> Hospital Hipólito Unanue de Tacna

<sup>b</sup> ZOFRA Tacna

#### Resumen

**Objetivo:** Determinar la Influencia de los factores socioculturales en el conocimiento y el cuidado sobre IRAS y EDAS que brindan las madres a niños menores de 5 años de los Centros de Atención Primaria. **Material y Métodos:** Estudio descriptivo, correlacional de corte trasversal. La muestra estuvo constituida por 163 madres aseguradas con hijos menores de 5 años que asisten a los centros de atención primaria I Periferie EsSalud de Tacna en el 2018. **Resultados:** El 76,86 % de las madres tenía conocimientos buenos sobre IRAS y EDAS, el 76,52 % brindaba un cuidado adecuado sobre IRAS y EDAS. **Conclusiones:** Los factores socioculturales no influyen en el conocimiento y cuidado sobre IRAS y EDAS que brindan las madres a niños menores de 5 años de los Centros de Atención Primaria I Periferie EsSalud, Tacna.

**Palabras clave:** factores socioculturales, conocimiento y cuidado de IRAS Y EDAS

#### Abstract

**Objective:** To determine the influence of sociocultural factors on the knowledge and care about IRAS and EDAS that mothers provide to children under 5 years old in Primary Care Centers. **Material and Methods:** Descriptive, correlational cross-sectional study. The sample consisted of 163 insured mothers with children under 5 years of age who attended primary care centers I Periferie EsSalud de Tacna in 2018. **Results:** The 76.86% of mothers had good knowledge about IRAS and EDAS, 76.52% provided adequate care on IRAS and EDAS. **Conclusions:** Sociocultural factors do not influence the knowledge and care about IRAS and EDAS that mothers provide to children under 5 years old at Primary Care Centers I Periferie EsSalud, Tacna.

**Keywords:** sociocultural factors, knowledge and care of IRAS and EDAS

#### Introducción

Las enfermedades prevalentes en la infancia constituye un tema que no debe dejarse de lado, ya que las consecuencias que pueden producirse en niños menores de 5 años, pueden ser muy graves, teniendo repercusiones para toda la vida, afectando al niño durante su crecimiento y desarrollo. Las principales enfermedades que enfrentan los niños menores de 5 años, en términos de la frecuencia de los episodios y la potencial complicación a cuadros críticos que pongan en riesgo su vida, son las enfermedades diarreicas agudas (EDAS) e infecciones respiratorias agudas (IRAS).<sup>1</sup>

Las enfermedades diarreicas agudas (EDAS) y las infecciones respiratorias agudas (IRAS) son las causas principales de mortalidad infantil a nivel mundial. Las infecciones respiratorias agudas (IRAS) son un complejo conjunto de afecciones clínicas de diferente etiología y gravedad, las cuales comprometen una o más partes del aparato respiratorio, tienen una duración menor de 14 días y representan uno de los problemas principales de salud entre los niños menores de 5 años.<sup>2</sup> Las enfermedades diarreicas se definen como la deposición de tres o más veces al día (o con una frecuencia mayor que la normal para la persona) de heces sueltas o líquidas. Son la segunda mayor causa de muerte de niños menores de cinco años y ocasionan la muerte de 525 000 niños cada año.<sup>3</sup>

Los datos epidemiológicos a nivel mundial reflejan que las IRAS ocupan el primer lugar de demanda de consulta en la población infantil menor de 5 años de edad. Estadísticas difundidas por la Organización Panamericana de la Salud indican que entre el 30 y 60 % de las consultas pediátricas son por esta causa. Además, un promedio entre 30 a 40 % de estos niños son hospitalizados y cerca de 4 millones de niños mueren en continentes en desarrollo, tales como Asia, África y América Latina.<sup>4</sup> Las enfermedades diarreicas agudas (EDAS) afectan principalmente a niños menores de cinco años. Mundialmente causa 4,6 millones de muertes infantiles anuales, de las cuales el 70 % ocurre por deshidratación. Esta última es la complicación más frecuente y grave de la enfermedad; esta complicación también es considerada la segunda causa de muerte de niños menores de cinco años. Es importante resaltar que las enfermedades diarreicas matan a 525 000 niños menores de cinco años cada año.<sup>5</sup>

En el Perú, de acuerdo al Ministerio de Salud (MINSA), constituyen la primera causa de morbilidad en la población infantil, las IRAS representan entre el 40 a 60 % de las consultas a los servicios de salud y entre el 20 a 40 % de las hospitalizaciones pediátricas, muchas de las cuales se asocian a complicaciones posteriores.<sup>6</sup> La Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) indica que las IRAS son más frecuentes en niños de la sierra rural con 20 % y la selva rural 29 % a comparación con la costa con un 14 %. La incidencia de EDAS tiende a ser mayor entre los niños de la selva urbana con 26 % a comparación con la costa en 16 %, y la sierra urbana con 17 %.<sup>7</sup> En

nuestro país se registran cerca de tres millones de casos de IRAS anualmente en menores de cinco años.

En la ciudad de Tacna, según fuente Censo Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades – MINSA (2017), se reportaron 3771 casos de IRAS y 1385 casos de EDAS en niños menores de 5 años.<sup>8</sup> En los Centros de Atención Primaria I periferia, en las localidades de Tarata, Ilabaya, Locumba e Ite, las principales causas de morbilidad infantil son IRAS y EDAS representando un 30 a 50 % de las consultas pediátricas.<sup>9</sup> La educación preventiva de los padres y las personas responsables de cuidar a los niños respecto a los signos de alarma de las EDAS e IRAS, es una estrategia importante para disminuir la morbilidad de estas enfermedades en esa población.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el manejo adecuado de los casos es la mejor manera de reducir la mortalidad por IRAS y EDAS, pero debe basarse en un conocimiento profundo de las características sociales, culturales y económicas de la madre.<sup>10</sup>

En el ámbito familiar, la madre es quien está en mayor contacto con el niño por lo que juega un rol muy importante en su cuidado, el cual debería estar de acuerdo a los conocimientos que posee de la enfermedad. Estas afecciones pueden haber sido adquiridas por transmisiones ancestrales, costumbres del lugar de donde provienen, traduciéndose en diversas prácticas culturales que tienen el propósito de favorecer la salud y terminar o mejorar al niño de la enfermedad. Sin embargo, estos cuidados pueden no siempre favorecer, sino más bien complicar o entorpecer la recuperación del niño. Tacna cuenta con diversos grupos culturales debido a migraciones internas, como resultado de ello, las familias viven en entornos culturales bastante diferentes (rurales o urbanos), y traen consigo prácticas para el cuidado de la salud, considerando el uso de plantas medicinales, soluciones, emplastos, entre otros.

La enfermera basada en la concepción holística del ser humano, enfoca su acción a la atención del individuo sano, para reconocer sus necesidades interferidas y satisfacerlas de manera eficiente y oportuna, reduciendo la incidencia de problemas de salud más frecuentes como son las IRAS y EDAS. Se menciona que, en el primer nivel de atención, la enfermera cumple una importante función como de brindar educación sanitaria con el fin de crear en la persona una cultura de salud que le permita autocuidarse y cuidar de los suyos.

Durante la práctica clínica que se realizó en los Centros de Atención Primaria I, se pudo evidenciar a un gran número de madres que acudían con sus niños quienes presentaban problemas respiratorios y enfermedades diarreicas al servicio de enfermería de crecimiento y desarrollo y servicios de medicina. Las madres mencionaron haber realizado algunos cuidados en su hogar, acorde con sus conocimientos tradicionales. Por ejemplo, hacerles inhalar vapores, darles infusiones de hierba, abundantes líquidos tibios,

aplicación de mentolatun en tórax y fosas nasales, suspensión de la alimentación y/o lactancia, entre otros cuidados. Estas acciones son realizadas por las madres antes de traerlos al establecimiento de salud. Generalmente, las madres pertenecen a zonas rurales donde trabajan y viven con sus familias.

### Material y métodos

Se llevó a cabo un estudio de enfoque cuantitativo, de diseño no experimental, de tipo descriptivo correlacional, de corte transversal. La población estuvo conformado por todas las madres aseguradas con niños menores de 5 años que asisten a los Centros de Atención Primaria I Periferie (Tarata, Locumba, Ilabaya, Ite.), EsSalud. Siendo la muestra de 163 madres aseguradas con menores de 5 años.

El método de selección de la muestra fue por muestreo probabilístico de selección aleatorio simple. Se excluyó a las madres con niños mayores de 5 años, madres con niños no asegurados, y aquellas que no desearon participar en la recopilación de información. La técnica que se utilizó para la recolección de información en el presente estudio fue la encuesta. Los instrumentos fueron dos cuestionarios, los cuales fueron aplicados por las investigadoras, uno mide los factores socioculturales, y otro mide los conocimientos y cuidados en IRAS y EDAS.

### Resultados

Se evidenció que la influencia de los factores socioculturales en el conocimiento y cuidados de las madres sobre IRAS y EDAS era bueno y adecuado con un 43,5 %, además se pudo observar que el conocimiento era regular y sus cuidados adecuados con un 30,1 %. Dado que el valor del Chi cuadrado calculado fue 0,304 y su gl= 2 con un nivel de confianza del 95 %, se obtuvo p= 0,859.

Respecto a la dimensión sobre la influencia de los factores sociales en el conocimiento y cuidado que brindan las madres, las participantes presentaron un conocimiento bueno (42,9 %) y cuidado adecuado (577 %) en un rango entre 18 a 29 años. Las madres con grado de instrucción secundaria completa presentaron conocimiento bueno (28,3 %) y cuidado adecuado (38,0 %); las de estado civil soltera mostraron conocimiento bueno (19,0 %) y cuidado adecuado (23,9 %); las de ocupación dependiente demostraron conocimiento bueno (28, %) y cuidado adecuado (37,4 %); las madres con 2 hijos presentaron conocimiento bueno (32,5%) y cuidado adecuado (39,3 %).

Respecto a la influencia de los factores culturales en la religión católica, las madres presentaron un conocimiento bueno (49,1 %) y cuidado adecuado (65,0 %). Las participantes con lengua materna castellano mostraron un conocimiento bueno (56,4 %) y cuidado adecuado (75,5 %), las procedentes de la costa expresaron un conocimiento bueno (39,9%) y cuidado adecuado (53,4 %), aquellas cuyo lugar de atención fueron los establecimientos de salud presentaron un conocimiento bueno (47,3%) y cuidado

adecuado (65,7 %).

Las madres que presentaron niños que se enfermaron dos veces tenían un conocimiento bueno (35,6%) y cuidado adecuado (48,6 %), madres con niños con enfermedades con diarrea mostraron conocimiento adecuado (36,2 %)y cuidado adecuado (46,6%), madres que utilizaron remedios caseros como las infusiones de hierbas presentaron un conocimiento bueno (44,8 %) y cuidado adecuado (63,9 %).

**Tabla 1.** Factores sociales de las madres con niños menores de 5 años en los centros de atención primaria I Periferie “EsSalud”

| Factores sociales            | n   | %    |
|------------------------------|-----|------|
| Edad                         |     |      |
| Adolescente mayor de 18 años | 1   | 0,6  |
| Joven de 18 a 29 años        | 124 | 76,2 |
| Adulto más de 30 años        | 38  | 23,2 |
| Estado civil                 |     |      |
| Soltera                      | 51  | 31,1 |
| Casada                       | 40  | 24,4 |
| Divorciada                   | 6   | 3,7  |
| Separada                     | 10  | 6,1  |
| Conviviente                  | 56  | 34,8 |
| Ocupación                    |     |      |
| Dependiente                  | 77  | 47,6 |
| Independiente                | 30  | 18,3 |
| Ama de casa                  | 44  | 26,8 |
| Estudiante                   | 12  | 7,3  |
| Grado de instrucción         |     |      |
| Primaria incompleta          | 2   | 1,2  |
| Primaria completa            | 7   | 4,3  |
| Secundaria incompleta        | 81  | 49,4 |
| Secundaria completa          | 52  | 31,7 |
| Superior incompleta          | 13  | 7,9  |
| Superior completa            | 8   | 5,5  |
| N.º de hijos                 |     |      |
| 1 hijo                       | 55  | 33,5 |
| 2 hijos                      | 82  | 50,6 |
| 3 hijos                      | 22  | 13,4 |
| Más de 4 hijos               | 4   | 2,5  |
| Total                        | 163 | 100  |

**Tabla 2.** Factores culturales de las madres con niños menores de 5 años en los centros de atención Primaria I Periferie “Essalud”

| Factores culturales                        | n   | %    |
|--------------------------------------------|-----|------|
| Religión                                   |     |      |
| Católico                                   | 144 | 88,3 |
| Evangelista                                | 7   | 4,3  |
| Testigo de jehová                          | 11  | 6,7  |
| Mormón                                     | 1   | 0,6  |
| Lengua materna                             |     |      |
| Castellano                                 | 162 | 99,4 |
| Aymara                                     | 1   | 0,6  |
| Procedencia                                |     |      |
| Costa                                      | 110 | 67,5 |
| Selva                                      | 52  | 31,9 |
| Sierra                                     | 1   | 0,6  |
| Lugar de atención                          |     |      |
| Establecimiento de salud                   | 141 | 86,5 |
| Curandero                                  | 11  | 6,7  |
| Automedicación                             | 11  | 6,7  |
| N.º de veces que se enferma el niño de ira |     |      |
| 1 vez                                      | 32  | 19,6 |
| 2 veces                                    | 108 | 66,3 |
| 3 veces                                    | 21  | 12,9 |
| Más de 4 veces                             | 2   | 1,2  |
| Enfermedades con diarrea                   |     |      |
| 1 vez                                      | 40  | 24,5 |
| 2 veces                                    | 101 | 62,0 |
| 3 veces                                    | 17  | 10,4 |
| Más de 4                                   | 5   | 3,1  |
| Remedios caseros                           |     |      |
| Orinoterapia                               | 15  | 9,2  |
| Infusiones de hierbas                      | 136 | 83,4 |
| Uso papel periódico                        | 12  | 7,4  |
| Total                                      | 163 | 100  |

**Tabla 3.** Conocimientos sobre IRAS y EDAS de las madres con niños menores de 5 años en los centros de atención Primaria I Periferie “Essalud”

| Conocimiento sobre IRAS y EDAS | n   | %    |
|--------------------------------|-----|------|
| Deficiente                     | 6   | 3,7  |
| Regular                        | 64  | 39,3 |
| Bueno                          | 93  | 57,0 |
| Total                          | 163 | 100  |

**Tabla 4.** Cuidados sobre IRAS y EDAS de las madres con niños menores de 5 años en los centros de atención Primaria I Periferie “Essalud”

| Cuidados sobre IRAS y EDAS | n   | %    |
|----------------------------|-----|------|
| Inadecuado                 | 39  | 23,9 |
| Adecuado                   | 124 | 76,1 |
| Total                      | 163 | 100  |

### Discusión

Las enfermedades diarreicas agudas (EDA) así como las infecciones respiratorias agudas (IRA) son las mayores causas de mortalidad infantil, tanto en América Latina como en otras regiones donde la pobreza es también una condición prevalente.

El presente trabajo de investigación se realizó en el Centros de Atención Primaria I Periferie “EsSalud” y consideró a 162 madres con hijos menores de 5 años de edad que acudieron al consultorio de CRED. Las madres aceptaron voluntariamente en participar en el estudio.

Sobre los factores sociales de la madre de los niños menores de 5 años, el 76,2 % de las madres tenían edades entre 18 a 29 años, demostrando así que las madres jóvenes aceptaban participar en el presente estudio. El 34,8 % era conviviente, el 47,6 % presentaba ocupación dependiente, el 49,4 % tenía grado de instrucción de secundaria incompleta y el 50,6 % de las madres tenía 2 hijos.

Los datos anteriormente presentados difieren con la investigación de Lapeira y Salazar<sup>11</sup> denominada *Conocimientos y prácticas sobre enfermedades diarreicas y respiratorias entre madres de una institución de salud*. En el referido estudio, el 59,6 % de las madres de niños menores de cinco años con EDA e IRA que conformaron la muestra se encontraban en un rango de edad entre 20 a 24 años. En cuanto a la escolaridad, el nivel que prevaleció fue el de secundaria incompleta con 37,7 %, situación que limita la posibilidad de alcanzar un empleo con ingresos suficientes para satisfacer las necesidades del hogar y que incide en el nivel de vida de estas familias. Por otro lado, se difiere con la ocupación de las madres participantes del estudio, quienes son amas de casa en un 57 %; sin embargo, se observa que pese a que la madre se encuentra permanentemente al cuidado del niño estos no son llevados a tiempo al centro de salud.

Giachetto, Martínez y Montano<sup>12</sup> en su investigación titulada *Infecciones respiratorias agudas bajas de causa viral en niños menores de dos años – 2001*. Nos

refiere que los posibles factores de riesgo de gravedad son las condiciones inadecuadas de vivienda de las madres cuidadoras, referenciando el hacinamiento. Esto se incluyó dentro de los factores de riesgo para adquirir IRA porque estaba muy relacionado con la vía de transmisión de esta enfermedad.

En la presente investigación se consideró que los factores sociales de la madre no influyeron en los conocimientos y cuidados de IRAS y EDAS. Porque la mayoría de las madres eran amas de casa y estaban al pendiente de sus hijos en la mayor parte del día. La mayoría de ellas eran jóvenes entre 18 a 29 años por lo que tenían fácil acceso a redes sociales de información en línea (internet).

Sobre los factores culturales de la madre del niño, la mayoría de madres eran católicas con un 88,3 %(144); su lengua materna era castellano con un 99,4 %(162); tenían como procedencia la costa con un 67,5 %(110), seguido de la selva con un 39,9 % (52); más del 50 % de madres fueron atendidas en un establecimiento de salud con un 86,5 % (141).

Los niños fueron atendidos en los establecimientos de salud. Según los resultados, los niños se enfermaban cada dos veces con un 66,3 % (108), con enfermedades diarreicas con un 62 % (101) y utilizaban remedios caseros como infusiones de hierbas con un 83,4 % (136).

Del mismo modo, se coincide con Lapeira y Salazar<sup>11</sup>, quienes en su investigación *Conocimientos y prácticas sobre enfermedades diarreicas y respiratorias entre madres de una institución de salud* señalaron que un alto porcentaje (74,5 %) acudía al servicio de salud cuando su niño presentaba muchas heces acuosas. Las madres entrevistadas desconocían la importancia de la hidratación oral en el manejo de la EDA. Los autores indican que aunque los servicios y el personal de salud eran accesibles, los niños enfermos no eran llevados a tiempo para ser atendidos, sino que eran tratados en el hogar con remedios caseros, el 66 % de las madres sugería utilizar remedios caseros en los episodios de las IRAS.

En este sentido, la cultura se considera como una categoría que se manifiesta de manera diferente en los grupos humanos, la cual influye de forma determinante en las creencias sobre la salud, las respuestas con respecto a las prácticas de autocuidado, los tratamientos terapéuticos, los comportamientos, y la utilización de los servicios de salud.<sup>13</sup>

En la presente investigación se considera que los factores culturales de la madre no influyen en los conocimientos y cuidados de IRAS y EDAS. Porque la mayoría de las madres utiliza su Seguro Social de Salud, reciben sesiones educativas en el mismo establecimiento y participan de manera activa en campañas de salud y caminatas de sensibilización.

Se evidencia que las madres de niños menores de 5 años de los Centros de Atención Primaria I Periferie “Essalud” tenían conocimiento bueno en un 57,0 % (93) sobre IRAS (Infecciones Respiratorias Agudas) y

EDAS (Enfermedades diarreicas agudas), conocimiento regular en un 39,3 % y conocimiento deficiente en un 3,7 %. Cabe indicar que estos resultados derivaron de la encuesta o de 42 ítems estructurado por dimensiones.

Asimismo, se considera las dimensiones del conocimiento sobre IRAS y EDAS de las madres en la Tabla 7, donde se establecieron las dimensiones de: causas de IRAS y EDAS, síntomas generales, síntomas de enfermedad del oído, signos y síntomas de alarma y complicaciones, síntomas de neumonía y deshidratación.

En la dimensión sobre el conocimiento sobre las causas de IRAS y EDAS, se pudo observar que el conocimiento de madres de niños menores de 5 años era bueno con un 58,3 %, y deficiente con 5,5 %. El conocimiento en la dimensión signos generales sobre las IRAS y EDAS, era bueno con un 52,8 %. Del mismo modo en la dimensión según los síntomas de enfermedad del oído, el conocimiento era bueno con un 74,8 %. En la dimensión según signos y síntomas de alarma y complicaciones de las EDAS que pusieron en peligro la vida de los niños, el conocimiento adquirido era bueno con un 64,5 %. Finalmente, en la dimensión según síntomas de neumonía y deshidratación, el conocimiento adquirido era bueno con un 72,4 % y regular con un 25,8%.

Nuestros resultados difieren con Carmen Honorio<sup>14</sup> en el estudio sobre *Conocimientos y su relación con las prácticas de las madres de niños menores de cinco años sobre la prevención de las infecciones respiratorias agudas en el C.S. Max Arias Schereirber Perú – 2001*. En el estudio, se concluyó que la mayoría de las madres desconocen las medidas de prevención y los factores que coadyuven la presencia de la infección respiratoria aguda, realizando prácticas caseras como son las frotaciones con mentolatum, mentol chino, cebo de gallina, etc.; así también dan hierbas como el eucalipto, la huamanripa, ajo, jarabe de cebolla, nabo, limón entre otros, además de que las madres suelen automedicar a sus niños con infección.

La presente investigación hace énfasis en que la mayoría de las madres presentan un conocimiento bueno sobre IRAS y EDAS. Por ello, consideramos que la educación de las madres es clave, ya que son las madres quienes se encargan de educar a los miembros de su familia y de esta manera inculcar hábitos como el lavado de manos antes de comer y después de ir al baño, la vacunación oportuna del niño, el lavado de los alimentos y el consumo de agua hervida son medidas imprescindibles para disminuir la diarrea.

Se evidencia en el estudio que el 76,1 % (124) de las madres tiene cuidados sobre IRAS (Infecciones Respiratorias Agudas) y EDAS (Enfermedades diarreicas agudas) de forma adecuada, y un 23,8 % (39) de manera inadecuada.

El estudio coincide con el de Rodríguez y Cornejo<sup>15</sup> titulado *Conocimientos y cuidados en el hogar que brindan las madres de niños menores de cinco años*

*con infección respiratoria aguda que acuden al Centro Materno Infantil José Carlos Mariátegui 2011*. Los autores concluyeron que la mayoría de madres conocen los síntomas iniciales de la IRA, pero son pocas las que reconocen los signos de alarma, así mismo, la mayoría de las madres realizan cuidados adecuados siendo algunos riesgosos para el niño.

En la presente investigación, se concluye que las madres que prestan cuidados adecuados sobre IRAS y EDAS a sus hijos, pueden evitar otros episodios de enfermedades respiratorias y enfermedades diarreicas agudas, a partir de la educación que se les brinda, como son: un adecuado cuidado a sus hijos en el hogar desde su nacimiento. En este contexto, ellas son sus principales cuidadoras, por lo que realizan intervenciones como lactancia materna exclusiva durante los seis primeros meses de vida, empleo de agua abundante para la higiene personal, empleo de agua limpia protegida de contaminación, buenos hábitos de higiene con los alimentos, lavado de manos con jabón y uso adecuado del servicio sanitario.

Sobre la influencia de los factores sociales y culturales en el conocimiento y cuidado que brindan las madres sobre las IRAS y EDAS (Tabla 5 y 6), se concluye que se rechaza la hipótesis alterna determinando que los factores sociales y culturales no influyen en el conocimiento de IRAS y EDAS en madres menores de 5 años de los Centros de Atención I Periferie “EsSalud” Tacna-2018.

Por otro lado, la investigación es respaldada con el estudio realizado por Chirapo<sup>16</sup> quien efectuó el trabajo de investigación titulado *Nivel de conocimiento y su relación con las prácticas en la prevención de IRAS en madres de niños menores de 5 años P.S. Viñani 2012*. En sus resultados obtenidos indicaron que el 52,10 % presentó un nivel medio de conocimiento en la prevención de IRAS, el 42,86 % presentó nivel alto y el 5,04 % presentó nivel bajo. Respecto a las prácticas de la madre en la prevención de IRAS, predominó la saludable con 68,07 % frente a las no saludables con 31,93 %; concluyéndose que existe relación estadística significativa entre el nivel de conocimiento y las prácticas en la prevención de IRAS en madres con niños menores de 5 años del P. S. Viñani.

En los resultados de la presente investigación, las madres de 18 a 20 años tenían conocimiento bueno y cuidado adecuado, grado de instrucción secundaria incompleta con conocimiento bueno y cuidado adecuado. La madre conforme avanza la edad adquiere mayor maduración y mejor actitud, permitiendo cumplir con su rol de madre en forma plena y responsable. Una mayor edad y escolaridad impactan de forma positiva en los conocimientos y cuidados de las madres.

Los conocimientos sobre IRAS y EDAS son el conjunto de datos e información que posee la madre producto de su experiencia personal o de terceros acerca de cuáles son los signos, síntomas y formas de cómo aliviar las molestias del niño con infección respiratoria aguda y enfermedades diarreicas agudas.<sup>17</sup>

Referencias

1. Rodríguez J, Reques N. Conocimientos y Prácticas que tienen las madres de los niños menores de 5 años en la prevención de las Infecciones Respiratorias Agudas. Centro de Salud Muelle de los Bueyes, RACCS, Octubre – noviembre 2015. Tesis para Optar al Título de Doctor en Medicina y Cirugía. Universidad Nacional Autónoma De Nicaragua. <http://repositorio.unan.edu.ni/2237/1/63912.pdf>

2. Valero N, Larreal Y, Arocha F, Gotera J, Mavarez A, Bermudez J, Moran M, Maldonado M y Espina LM. Etiología viral de las infecciones respiratorias agudas. Invest. Clín. 2009; 50(3): 359-368. [http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0535-51332009000300010&lng=es](http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0535-51332009000300010&lng=es).

3. Organización Mundial de la Salud. Enfermedades diarreicas OMS. Disponible en: <http://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/diarrhoeal-disease>

4. Manual de Atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia, MSP. Contreras M. ¿Qué es el Conocimiento? [Acceso 10 junio 2014] Disponible en: [http://www.ejecutivodigital.com.mx/seccion\\_home.asp?noticia\\_id=728&seccion\\_id=289](http://www.ejecutivodigital.com.mx/seccion_home.asp?noticia_id=728&seccion_id=289)

5. MINSA. Dirección de Salud II Lima Sur. Nota de Prensa. [en línea] [fecha de acceso 27 de junio del 2010]; disponible en: [www.disalimasur.gob.pe/arch\\_27052010\\_1042967.pdf](http://www.disalimasur.gob.pe/arch_27052010_1042967.pdf).

6. Organización Mundial de la Salud. Enfermedades diarreicas. Nota descriptiva. 2013 abril; 330. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs330/es/>.

7. Ministerio de Salud – Dirección General de Epidemiología. Enfermedad diarreica aguda, Perú 2013. Sala Situacional 2013 (SE) N.º 20. Disponible en: <http://www.dge.gob.pe/vigilancia/sala/2013/SE20/edas.pdf>

8. Censo Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades – MINSA, 2017.

9. Centros de Atención Primaria I periferie, en las localidades de Tarata, Ilabaya, Locumba e Ite, las principales causas de morbilidad infantil son IRAS y EDAS

10. Sáenz S. Manejo de las infecciones respiratorias agudas (IRAS) en una comunidad Kaqchiquel de Guatemala. 1996; 1(4): 259-265. Disponible en: <https://scielosp.org/article/rpsp/1997.v1n4/259-265/es/>

11. Lapeira P, Salazar D. Conocimientos y prácticas sobre enfermedades diarreicas y respiratorias entre madres de una institución de salud. Duazary. 2014 Jun; 11(1): 36–40. <http://revistas.unimagdalena.edu.co/index.php/duazary/article/view/719/933>

12. Giachetto G, Martínez M, Montano A. Infecciones respiratorias agudas bajas de causa viral en niños menores de dos años. Posibles factores de riesgo de gravedad. Arch. Pediatr. Urug. [revista en la internet]. 2001 [citado 2013 Ene. 12]; 72(3): 206-210. <http://www.scielo.edu.uy/pdf/adp/v72n3/giachetto.pdf>

13. Sáenz S. Manejo de las infecciones respiratorias agudas (IRAS) en una comunidad Kaqchiquel de Guatemala. 1996; 1(4): 259-265. <https://scielosp.org/article/rpsp/1997.v1n4/259-265/es/>

14. Honorio C R. Conocimientos y su relación con las prácticas de las madres de niños menores de cinco años sobre la prevención de las infecciones respiratorias agudas [Tesis de bachiller]. Lima/Perú: U.N.M.S.M.2002. [Acceso 12 de Enero 2011]. Disponible en: [http://www.cybertesis.edu.pe/sisbib/2002/honorio\\_qc/pdf/honorio\\_qc-TH.front.1.pdf](http://www.cybertesis.edu.pe/sisbib/2002/honorio_qc/pdf/honorio_qc-TH.front.1.pdf)

15. Rodríguez R, Cornejo A. “Conocimientos y cuidados en el hogar que brindan las madres de niños menores de cinco años con infección respiratoria aguda que acuden al Centro Materno Infantil José Carlos Mariátegui” 2011 disponible en: [http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/1306/Rodriguez\\_ym.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/1306/Rodriguez_ym.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

16. Chirapo Arizaca, L. Nivel de Conocimiento y su Relación con las, Prácticas en la Prevención de IRAS en Madres de Niños Menores de 5 Años P.S. Viñani 2012.

17. Contreras M. ¿Qué es el Conocimiento? [Acceso 10 junio 2014] Disponible en: [http://www.ejecutivodigital.com.mx/seccion\\_home.asp?noticia\\_id=728&seccion\\_id=289](http://www.ejecutivodigital.com.mx/seccion_home.asp?noticia_id=728&seccion_id=289). 16.

## REPORTE DE CASOS

## Tratamiento de una maloclusión clase I con mordida cruzada anterior usando planos de mordida

## Treatment of a Class I Malocclusion With Anterior Dental Crossbite Using Bite Plans

Lizeth Valeria Vilca-Serrano<sup>1,a</sup>, Britto Ebert Falcón-Guerrero<sup>2,b</sup><sup>1</sup> Práctica privada<sup>2</sup> Facultad de Odontología, Universidad Latinoamericana CIMA, Tacna Perú<sup>a</sup> Cirujano Dentista, Especialista en Ortodoncia<sup>b</sup> Doctor en Estomatología

## Resumen

La mordida cruzada anterior es el término usado para describir una relación labiolingual anormal entre uno o más dientes incisivos maxilares y mandibulares. En la literatura se han descrito diferentes técnicas como alternativas para corregir la mordida cruzada anterior, dentro de ellas una alternativa práctica, predecible económica y menos incómoda para el paciente es el uso de planos de mordida de acrílico. En este trabajo clínico describimos el tratamiento de una maloclusión clase I con mordida cruzada anterior haciendo uso de planos de mordida de acrílico, en un paciente de 14 años 3 meses de sexo masculino con dentición permanente. Los planos se utilizaron desde el inicio del tratamiento para descruzar la mordida invertida anterior en un corto periodo de tiempo y se continuó con arcos de alineación y nivelación. Posteriormente, en la finalización se usó arcos MEAW para lograr un buen asentamiento estético y funcional de la oclusión. Logrando corregir la mordida cruzada entre 1 a 3 meses, sin causar ningún tipo de efecto secundario. Se concluye que esta alternativa es un procedimiento simple y eficaz para tratar la mordida cruzada anterior de nuestro paciente.

**Palabras clave:** mordida cruzada, maloclusión, tratamiento, atención primaria, anomalías dentales (DECS)

## Abstract

Anterior crossbite is the term used to describe an abnormal labiolingual relationship between one or more maxillary and mandibular incisor teeth. In the literature, different techniques have been described as alternatives to correct the anterior crossbite, within them a practical, predictable, economical and less uncomfortable alternative for the patient is the use of acrylic bite planes. In this clinical work we describe the treatment of a class I malocclusion with anterior crossbite using acrylic bite planes, in a 14-year-old 3-month-old male patient with permanent dentition, which were used from the start of treatment to uncross the anterior reverse bite in a short period of time and continued with alignment and leveling arches. Subsequently, at completion, MEAW arches were used to achieve a good aesthetic and functional settlement of the occlusion. Managing to correct the crossbite between 1 to 3 months, without causing any type of side effect. It is concluded that this alternative is a simple and effective procedure to treat our patient's anterior crossbite.

**Keywords:** crossbite malocclusion, treatment, primary care, dental anomalies

## Correspondencia

Lizeth Valeria Vilca Serrano  
Britto Ebert Falcón-Guerrero  
artdent2000@hotmail.com

Recibido: 30.10.2020  
Arbitrado por pares  
Aprobado: 14.12.2020

## Introducción

Las maloclusiones ocupan el tercer lugar en prevalencia de las patologías en boca, y su prevalencia en la selva del Perú es de 85,6 %;<sup>1</sup> y dentro del 100 % de estas maloclusiones se presenta las categorías de overjet (59,6 %; > 3,5 y < 6 mm) y overbite (67,3 %; < 3,5 mm), en niños entre 11 y 12 años de edad de la ciudad de Tacna.<sup>2</sup>

En las alteraciones del overbite y overjet, resalta la mordida cruzada anterior, que se define como una maloclusión en la dimensión sagital que da como resultado una posición lingual de los dientes anteriores superiores en relación con los dientes anteriores inferiores. Tiene una gran importancia clínica, tanto estética como funcional, encontrándolas en denticiones deciduas, mixtas y permanentes; presentándose en forma dental, funcional o esquelética. En la literatura, la prevalencia de los tipos de mordida cruzada anterior varía de 2,2 % a 11,9 %, dependiendo de si se considera la relación borde a borde de los incisivos y de las características raciales de los individuos evaluados.<sup>3</sup>

Generalmente, la mordida cruzada anterior, es el resultado de una erupción lingual. Otros factores etiológicos incluyen el traumatismo en los incisivos maxilares primarios, que dan como resultado el desplazamiento lingual de las yemas dentales permanentes; presencia de dientes anteriores supernumerarios; hacinamiento en la región incisiva; un hábito de morder el labio superior; un diente o una raíz decidua retenida, necrótica o sin pulpa; exfoliación tardía de los incisivos primarios; y odontomas.<sup>4</sup>

La estética de una mordida cruzada anterior es deficiente, pero lo que es más importante, es que si no se trata, puede causar varios daños, tales como daño a los dientes por desgaste; recesión gingival y pérdida de soporte óseo alveolar en el incisivo inferior; disfunción temporomandibular, que se ha asociado con mordidas cruzadas anteriores en la infancia; movilidad del

incisivo inferior afectado por la mordida cruzada; posibles influencias de crecimiento adverso en la mandíbula y la porción anterior en el maxilar, que involucra no solo los dientes y los procesos alveolares, sino también las estructuras esqueléticas de la mandíbula y el maxilar.<sup>5</sup>

Se han descrito diversos tratamientos, tales como el uso de aparatología ortopédica funcional, placas acrílicas con resortes, aparatos removibles con tornillos de expansión anterior, planos inclinados, planos de mordida, aparatos con brackets fijos, etc; con diferentes resultados, aunque los investigadores no han encontrado diferencias estadísticamente significativas entre ellas.<sup>3-8</sup>

Miamoto, et al.<sup>3</sup> sugieren el uso de planos de mordida cementados en las molares inferiores para corregir la mordida cruzada anterior en la dentición mixta como alternativa para lograr un buen resultado a un corto tiempo de uso.

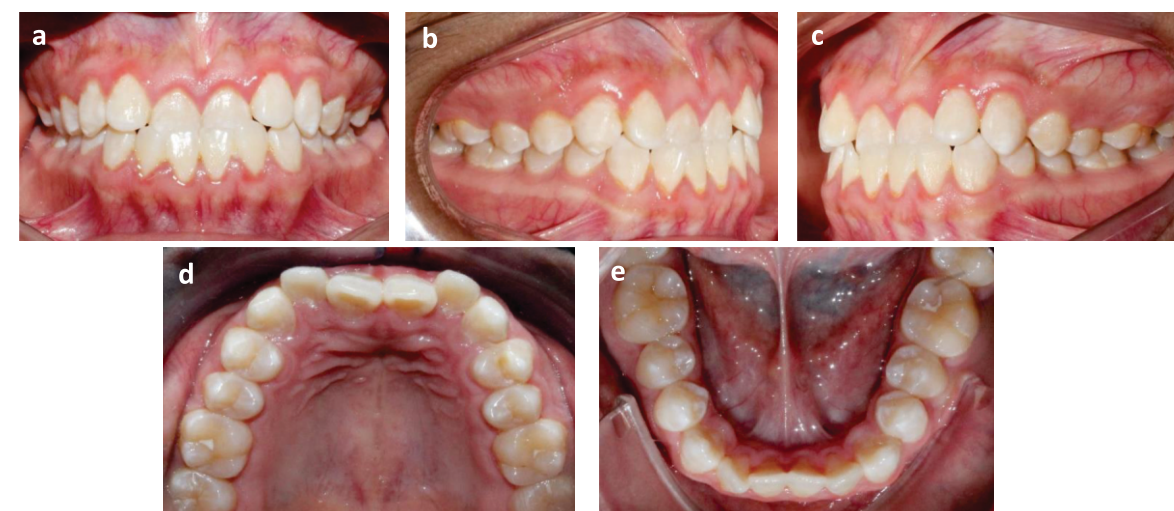
Por lo tanto, el presente caso clínico tiene por objetivo describir el tratamiento de una maloclusión clase I con mordida cruzada anterior haciendo uso de planos de mordida fija de acrílico en un paciente con dentición permanente.

## Caso clínico

Paciente masculino de 13 años y 8 meses de edad, de raza mestiza acudió con el motivo de consulta: "Tengo la mordida al revés", su estado general de salud fue aparentemente bueno y no presentaba hábitos nocivos para la salud oral.

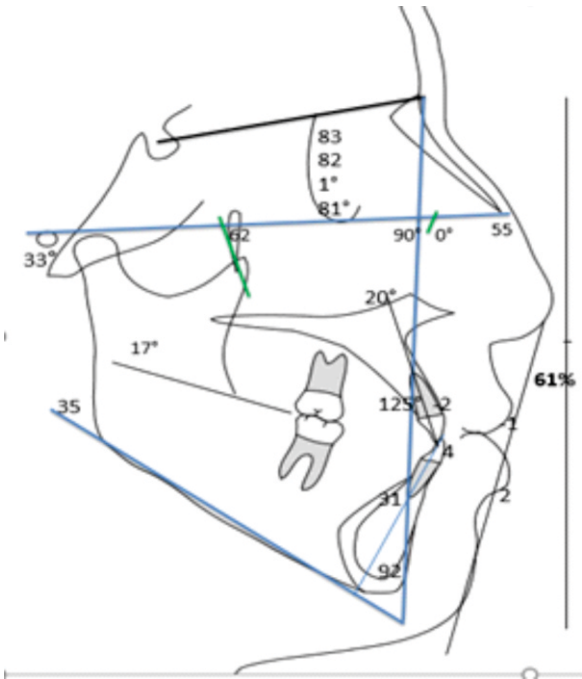
En el examen clínico intraoral presentaba bajo riesgo de caries, dentición permanente, maloclusión según Angle de clase I con Mordida Cruzada Anterior dentaria y overjet negativo de -3mm, palatalización de incisivos superiores y discrepancia negativa de -2 en maxilar superior y -2mm en inferior (Figura 1).

**Figura 1.** Fotografías preoperatorias (a) frontal; (b) lateral derecha; (c) lateral izquierda; (d) oclusal superior; (e) oclusal inferior



En el análisis de las medidas cefalométricas se observa una relación esquelética de Clase I con ángulo alto crecimiento a predominio vertical y un perfil recto (Figura 2).

Figura 2. Trazado y medidas cefalométricas iniciales



Después del estudio del caso, se plantea como plan de tratamiento el descruce de la mordida cruzada anterior, vestibularizar y alinear los incisivos superiores. Para esto, se preparó un dispositivo para el descruzamiento de mordida sobre modelos de trabajo a fin de confeccionar los planos de mordida con polímero de autocurado color transparente en las superficies de premolares y molares inferiores, con una altura de 2 mm de espesor, cubriendo 1/3 medio de caras vestibulares de dientes posteriores; y se utilizó un alambre redondo de 0,9" de acero inoxidable que sirvió como conector. Este se cementó en las superficies dentarias con ionómero de vidrio. Asimismo, se instaló los brackets MBT con slot 0,018x0,022 con arco Niti 0,012 en maxilar superior (Figura 3).

Figura 3. Fotografías intraorales (a) frontal; (b) lateral derecha; (c) lateral izquierda; mostrando el plano de mordida cementada y los brackets MBT instalado

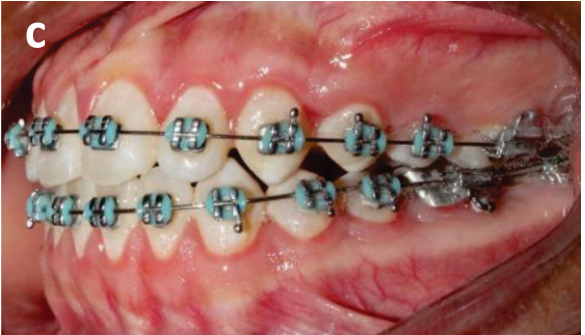
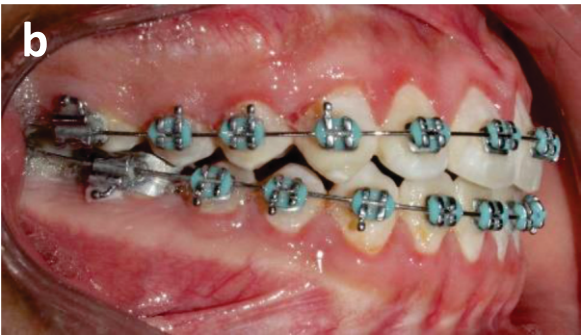


El descruce de la mordida invertida se logró corregir con los planos de mordida en un tiempo de 3 meses y así mismo cada 28 días se realizó en control y cambios de arcos iniciales Niti 0,014; 0,016; 0,018 en el maxilar superior para alinear, nivelar y vestibularizar los incisivos superiores.

Al cuarto mes, se hizo el retiro de los planos de mordida habiéndose logrado el descruce de la mordida. Se instaló los brackets MBT con slot 0,018 x 0,022 con arco Niti 0,012 en maxilar inferior luego 0,014; 0,016 y 0,018 como arcos de alineación y nivelación.

Terminando la primera fase de tratamiento, se pasó a usar arcos redondos 0,016 " de acero inoxidable (SS), luego arcos rectangulares 16 x 22 " SS en maxilar superior e inferior por un tiempo de 4 meses (Figura 4).

Figura 4. Fotografías intraorales (a); (b) y (c) que muestran el alineamiento y el descruce de la mordida



Para el asentamiento y función del tratamiento, se confecciono arcos MEAW en engiloy 17 x 25 para ambas arcadas. Después de 15 meses, se pudo conseguir las llaves caninas en clase I con elásticos 3/166 onzas en un tiempo de 3 meses (Figura 5).

Figura 5. Fotografías intraorales (a); (b) y (c) muestran arcos MEAW en ambas arcadas y llave canina clase I

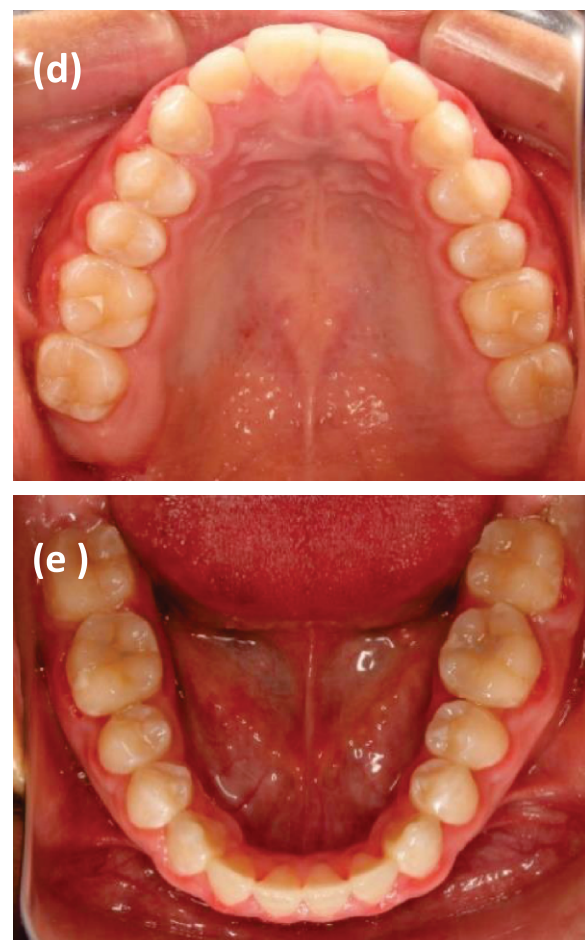


Resultados

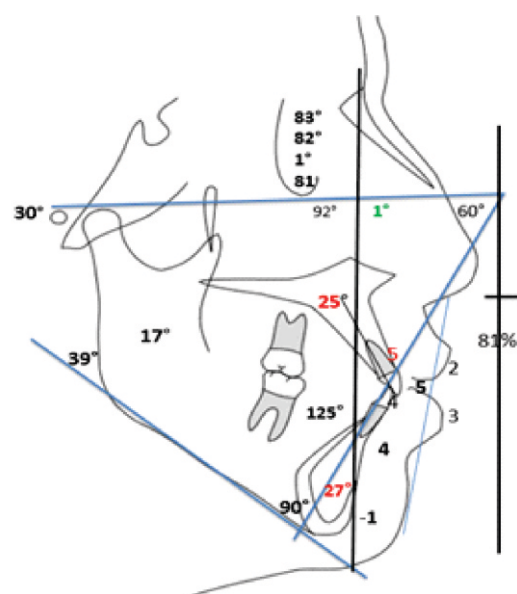
Teniendo en cuenta la complejidad del caso, los registros durante este tratamiento muestran un buen resultado porque se cumplió con los objetivos de tratamiento en un corto tiempo. Se mantuvo la Clase I esquelética, clase I molar y se llegó a Clase I canino y perfil recto. Finalmente, se resolvió la mordida cruzada anterior (Figura 6 y 7).

Figura 6. Fotografías posoperatorias (a) frontal; (b) lateral derecha; (c) lateral izquierda; (d) oclusal superior; (e) oclusal inferior



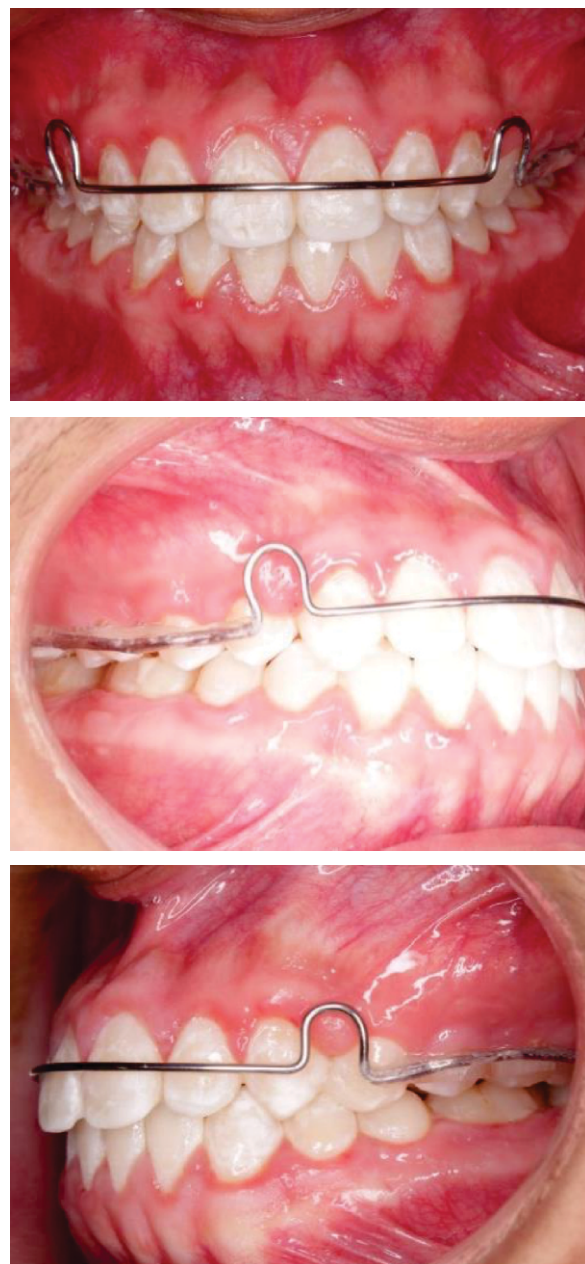


**Figura 7.** Cefalometría final del tratamiento; se observa una relación esquelética de Clase I y correcta posición de incisivos superiores e inferiores y se preserva un perfil recto



Se indicó al paciente usar contención removible superior y contención fija inferior por 1 a 2 años (Figura 8).

**Figura 8.** Fotografías posoperatorias con contención removible superior y contención fija inferior



### Discusión

Recientemente en un estudio de revisión, Alhammadi, et al.<sup>9</sup> encontraron que en todo el mundo, tanto en denticiones mixtas como permanentes, la maloclusión Clase I de Angle es más frecuente que la Clase II, específicamente entre los africanos. La menos frecuente fue la clase III, aunque fue mayor entre los mongoloides. En dimensión vertical, la mordida abierta fue más alta entre los mongoloides de dentición mixta. La mordida cruzada posterior fue más frecuente en la

dentición permanente en Europa. Así mismo, Yu, et al.<sup>10</sup> encontraron que las relaciones molares de Angle Clase I, Clase II y Clase III se registraron en 42,3 %, 50,9 % y 5,9 % de la muestra, respectivamente. Dentro de ellas encontraron un 10,5 % de mordidas cruzadas anteriores. En tal razón, es importante tratar la mordida cruzada anterior para evitar problemas futuros que no solo van desde el punto de vista estético, sino también funcional; como lo describe Borrie, et al.<sup>5</sup> en su trabajo de revisión sistemática.

Se ha reportado muchas alternativas de tratamiento para corregir la mordida cruzada anterior; dentro de ellos, Soldevilla, et al.<sup>2</sup> reportan un caso clínico de mordida cruzada, que trataron utilizando un aparato removible de expansión modificado para corregir la mordida cruzada en la dentición decidua. El mismo que se reportó como cómodo, versátil, de bajo costo y fácil de activar.

Wiedel et al.<sup>8</sup> compararon la efectividad de los aparatos de ortodoncia fijos y funcionales removibles para corregir la mordida cruzada anterior en la dentición mixta, encontrando que se puede corregir con éxito y en un corto tiempo la mordida cruzada, con ambas alternativas. Del mismo modo, utilizamos aparatología fija como complemento para descruzar la mordida, aprovechando el levantamiento de mordida, logrado con los planos de acrílico utilizados.

De forma similar, Ulusoy et al.<sup>4</sup> usan un dispositivo acrílico removible con un plano de mordida que incorpora un tornillo para corregir la mordida cruzada dental anterior y alinear los incisivos. A diferencia de nuestro caso, donde también usamos un plano de mordida, pero este fue cementado a la zona posterior inferior, lo que nos permitió una mayor colaboración y adaptación de nuestro paciente.

Sari et al.<sup>11</sup> proponen una alternativa al realizar un plano inclinado hecho directamente con resina compuesta sobre los dientes inferiores para lograr descruzar la mordida cruzada con un buen resultado. Del mismo modo, Mato et al.<sup>7</sup> recomiendan el uso del plano inclinado como un método sencillo, rápido, eficaz y bien tolerado por los pacientes para corregir las mordidas cruzadas sencillas.

En nuestro caso, utilizamos planos de mordida de acrílico cementado en las molares inferiores, similar a lo reportado por Miamoto et al.<sup>3</sup>, quienes sugieren su uso para corregir la mordida cruzada anterior en la dentición mixta, aunque no encontraron diferencia significativa al compararlo con aparatología removible. Wiedel et al.<sup>12</sup> evaluaron la estabilidad de la corrección de la mordida cruzada anterior, en dentición mixta, tanto con aparatología fija y removible. Los autores encontraron que en ambas alternativas hay una buena estabilidad después de 2 años de seguimiento. En nuestro caso, encontramos que existe una buena estabilidad a los 4 meses de seguimiento.

Un punto importante, a diferencia de los antecedentes encontrados, es que todos los tipos de aparatologías, sean fijas o removibles, se han aplicado siempre en dentición mixta. Esto difiere de nuestro caso, el cual logra el objetivo de corregir la mordida cruzada anterior, pero en una dentición permanente con un buen resultado en un tiempo corto de tratamiento.

### Conclusiones

Se logra corregir la mordida cruzada en un lapso de 1 a 3 meses, sin causar ningún tipo de efecto secundario, para la oclusión y los tejidos periodontales. Se concluye que esta es una buena alternativa, simple y eficaz para tratar la mordida cruzada dental anterior de nuestro paciente.

### Referencias

1. Aliaga-Del Castillo A, Mattos-Vela MA, Aliaga-Del Castillo R, Del Castillo-Mendoza C. Maloclusiones en niños y adolescentes de caseríos y comunidades nativas de la Amazonia de Ucayali, Perú. Rev Peru Med Exp Salud Pública. 2011; 28(1): 87-91. [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-46342011000100014](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342011000100014)
2. Calla Enriquez WD. Epidemiología de maloclusiones basadas en el índice de necesidad de tratamiento ortodóntico y los factores asociados en escolares de 11 y 12 años de la I.E. Federico Barreto de Tacna, 2016. [Tesis de doctorado]. UNJBG. Tacna-2018. [http://repositorio.unjbg.edu.pe/bitstream/handle/UNJBG/3572/64\\_2018\\_calla\\_enriquez\\_wd\\_espg\\_doctorado\\_epidemiologia.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.unjbg.edu.pe/bitstream/handle/UNJBG/3572/64_2018_calla_enriquez_wd_espg_doctorado_epidemiologia.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
3. Miamoto CB, Marques LS, Abreu LG, Paiva SM. Comparison of two early treatment protocols for anterior dental crossbite in the mixed dentition: A randomized trial. The Angle Orthodontist. 2018; 88(2): 144-150. <https://doi.org/10.2319/052117-344.1>
4. Ulusoy AT, Bodrumlu EH. Management of anterior dental crossbite with removable appliances. Contemp Clin Dent. 2013; 4(2): 223-226. <https://www.contempclindent.org/text.asp?2013/4/2/223/114855>
5. Borrie F, Bearn D. Early correction of anterior crossbites: a systematic review. J Orthod. 2011; 38(3): 175-184. <https://doi.org/10.1179/14653121141443>
6. Wiedel AP, Bondemark L. Stability of anterior crossbite correction: A randomized controlled trial with a 2-year follow-up. Angle Orthod. 2015; 85: 189-195. <https://doi.org/10.2319/041114-266.1>
7. Mato González A, Pérez Mendoza L, Rodríguez Fuego MC, González Gutiérrez A. Mordida cruzada anterior y tratamiento en la atención primaria. Rev. Ciencias Médicas de Pinar del Río. Julio-agosto, 2016; 20(4): 458-464. [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1561-31942016000400011&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942016000400011&lng=es)
8. Wiedel AP, Bondemark L. Fixed versus removable orthodontic appliances to correct anterior crossbite in the mixed dentition—a randomized controlled trial. Eur J Orthod. 2015; 37(2): 123-127. <https://doi.org/10.1093/ejo/cju005>
9. Alhammadi MS, Halboub E, Fayed MS, Labib A, El-Saaidi C. Global distribution of malocclusion traits: A systematic review. Dental Press J Orthod. 2018; 23(6): 40.e1-40.e10. <https://doi.org/10.1590/2177-6709.23.6.40.e1-10.onl>
10. Yu X, Zhang H, Sun L, Pan J, Liu Y, Chen L. Prevalence of malocclusion and occlusal traits in the early mixed dentition in Shanghai, China. PeerJ. 2019; 2(7): e6630. doi: 10.7717/peerj.6630. eCollection 2019.
11. Sari S, Gokalp H, Aras S. Correction of anterior dental crossbite with composite as an inclined plane. International Journal of Paediatric Dentistry. 2001; 11(3): 201-208. <https://doi.org/10.1046/j.1365-263x.2001.00256.x>
12. Wiedel AP, Bondemark L. Stability of anterior crossbite correction: A randomized controlled trial with a 2-year follow-up. Angle Orthod. 2015; 85: 189-195. <https://doi.org/10.2319/041114-266.1>

## REPORTE DE CASOS

## ¿Las lesiones pulmonares cavitadas son siempre por tuberculosis?

## Are Cavitary Lung Lesions Always caused by Tuberculosis?

Ovidio Villena Veneros<sup>1,a</sup>, César Gallardo Recabarren<sup>1,b</sup>,  
Edwin Condori Vargas<sup>1,c</sup>, Angélica Méndez Payahuanca<sup>1,c</sup><sup>1</sup> Hospital Hipólito Unanue. Tacna, Perú<sup>a</sup> Médico Residente. Servicio de Neumología<sup>b</sup> Jefe del Departamento de Medicina<sup>c</sup> Médicos asistentes. Servicio de Neumología

## Resumen

Las lesiones pulmonares cavitadas son frecuentes en pacientes con tuberculosis reactivada en nuestro medio, pero su diagnóstico diferencial es tan amplio que obliga a plantear varias hipótesis diagnósticas en base a la historia clínica del paciente, análisis de laboratorio, imágenes e histopatología. Seguimos un algoritmo diagnóstico, que diferencia lesiones pulmonares cavitadas en agudas y crónicas (> 12 semanas). Se enfocó etiología infecciosa crónica, etiología maligna y autoinmunidad. El caso clínico es de un varón de 43 años, pescador, con TE 4 meses, con clínica compatible con vasculitis de vasos pequeños asociado a cANCA positivo y confirmado con imágenes de nódulos cavitados en Rx de Tórax y CT. Se hizo descarte de tuberculosis, infección micótica pulmonar, afección maligna de pulmón. Se concluye que las lesiones pulmonares cavitadas no siempre son por tuberculosis; por tanto, debe seguirse un orden para el diagnóstico diferencial y así llegar a un diagnóstico definitivo (Granulomatosis de Wegener), lo más temprano posible para el inicio de la terapia. Esto puede salvar vidas y a la vez preservar órganos.

**Palabras clave:** lesiones pulmonares cavitadas, tuberculosis, granulomatosis de Wegener, algoritmo

## Abstract

Cavitary lung lesions are frequent in patients with reactivated tuberculosis in our context; however, its differential diagnosis is wide, which forces to propose various diagnostic hypotheses based on the patient's medical history, laboratory analysis, images and histopathology. We follow a diagnostic algorithm, which differentiates acute and chronic cavitated lung lesions (> 12 weeks). Then, the focus was a chronic infections etiology, malignant etiology and autoimmunity. The clinical case is of a 43-year-old man, a fisherman, with 4 months of disease, with symptoms compatible with small-vessel vasculitis associated with cANCA positive and confirmed with images of cavitating nodules on Chest X-ray and CT. The diagnosis was reached by ruling out tuberculosis, pulmonary fungal infection, malignant lung disease. It is concluded that cavitary lung lesions are not always due to tuberculosis. Therefore, an order for differential diagnosis must be followed and thus reach a definitive diagnosis (Wegener's granulomatosis), as early as possible for the start of therapy. This can save lives while preserving organs.

**Keywords:** cavitated lung lesions, tuberculosis, Wegener's granulomatosis, algorithm

## Introducción

Aunque la tuberculosis es la causa más común de infección pulmonar cavitaria en nuestro país, es importante considerar que hay otras enfermedades que pueden causar nódulos cavitados.<sup>1</sup> El diagnóstico diferencial es amplio y representa un desafío que obliga plantear varias etiologías de acuerdo a la historia clínica de paciente.<sup>2</sup>

Se define cavidad como un espacio lleno de gas, área radiolúcida, dentro de un nódulo, masa o área de consolidación pulmonar, con pared definida > 4 mm<sup>3</sup>. Siguiendo el algoritmo de Gafoor,<sup>4</sup> la cavidad es crónica cuando se ha desarrollado en más de 12 semanas. Luego, plantea tres posibilidades: 1) Infecciosa crónica, donde se investiga TBC, se descarta Ig G para Aspergillus; investigación de hongos como Histoplasma capsulatum o Blastomycosis; 2) Malignidad, se investiga cáncer de pulmón y 3) La última posibilidad es autoinmunidad, donde se investiga cANCA, clínica de vasculitis asociada (Wegener). Se presenta el caso de paciente con vasculitis asociado a ANCA (+). Las vasculitis se definen por la presencia de leucocitos inflamatorios en las paredes de los vasos con daño a sus estructuras murales, que provoca isquemia y necrosis. Los vasos son de pequeño tamaño, afectando pequeñas arterias intraparenquimatosas, arteriolas, capilares y vénulas, según Nomenclatura de Vasculitis de Chapel Hill 2012.<sup>5</sup> La fisiopatología actual (esquema 1) plantea que la activación del sistema de complemento C5a vincula la inflamación y el sistema de coagulación asociado a cANCA.<sup>6</sup> En Radiología, CT es de elección, permite visualizar senos paranasales, árbol

traqueobronquial y pulmones, con nódulos, bilaterales de distribución periférica y que tienden a cavitarse.

## Caso clínico

Paciente varón de 43 años de edad. Procede de Tacna, de ocupación pescador, con TE de 4 meses, que inicia con tos seca, luego con expectoración amarillenta, con dolor torácico de moderada a gran intensidad. Artralgias, disfonía, hiporexia y pérdida de 5 a 6 Kg de peso. Antecedente de TBC pulmonar a los 15 años de edad, con tratamiento completo. Meses atrás fue diagnosticado de artritis reumatoide. Al examen físico: Presión Arterial 100/60 mmHg, pulso 92 por minuto, frecuencia respiratoria 18 por minuto, temperatura 38.5 °C, SO<sub>2</sub>: 96 %, mal estado general, mal estado nutricional, orientado, palidez de conjuntivas, piel con lesiones maculares, rojizas, elevadas, de 0,2 mm de diámetro en miembros inferiores (Figura 1), con lesiones ulcerativas en cavidad oral. Resto de órganos sin alteraciones. Laboratorio: BK en esputo (-) (-) (-). Hemograma: 11,400 (12,9 % de linfocitos), Hb 11,3-10 gr/dl. Plaquetas 580000, TGO 20-154 U/L, TGP 17-240, BT 0,36, TP 16'' INR 1,21. Proteínas en orina de 24 horas 0,359 gr, VSG 110, VIH (-). cANCA (+) 1/80. ORL: Sinusitis maxilar derecha. Broncoscopia (Figura 2), en zona subglótica lesiones elevadas, friables en paredes de tráquea, con cultivo, BK, KOH, (-). Biopsia: úlcera bronquial con metaplasia escamosa. Rx de cráneo, con alteración de seno nasal derecho (Figura 3). Rx de tórax, con lesiones nodulares cavitadas (Figura 4, 5, 6, 7). Tomografía de tórax con múltiples imágenes pulmonares cavitadas bilaterales (Figura 8).

## Esquema 1. Enfoque algorítmico

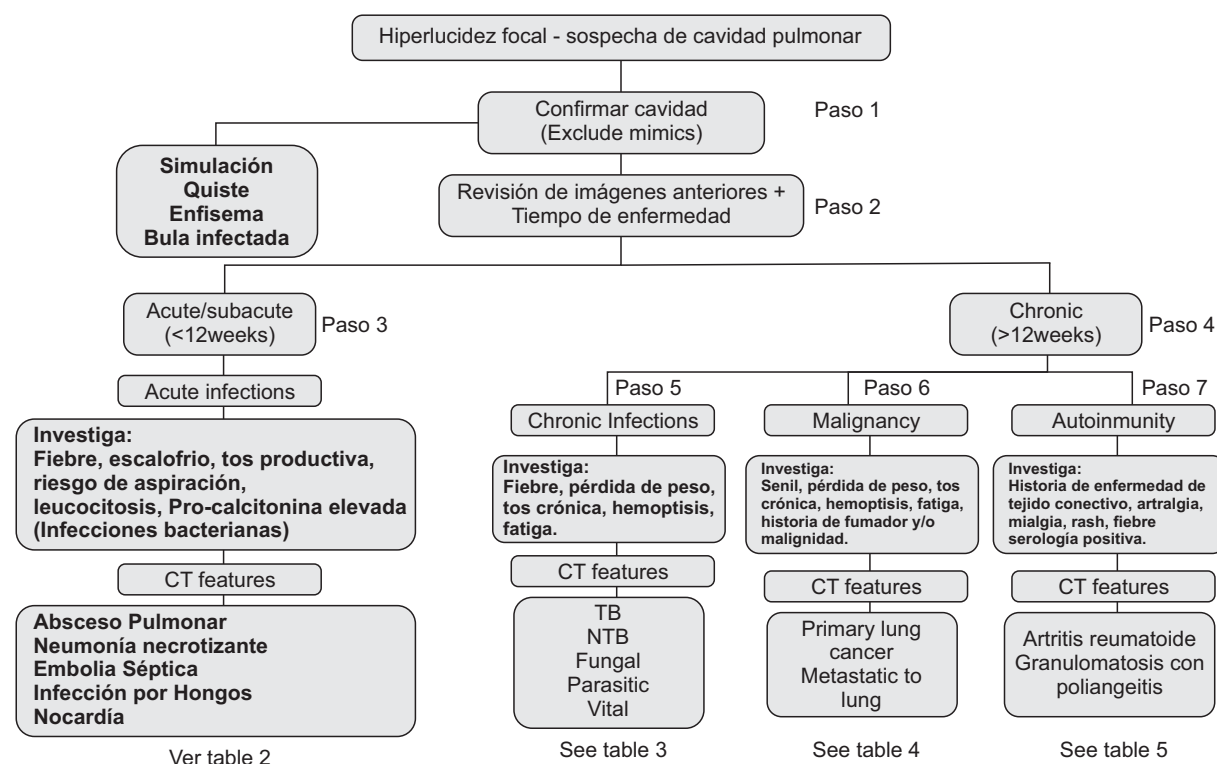


Figura 1. Lesiones purpúricas en miembros inferiores



Figura 3. Rx de Cráneo: opacificación de seno maxilar derecho



Figura 4. Rx de tórax inicial enero 2018

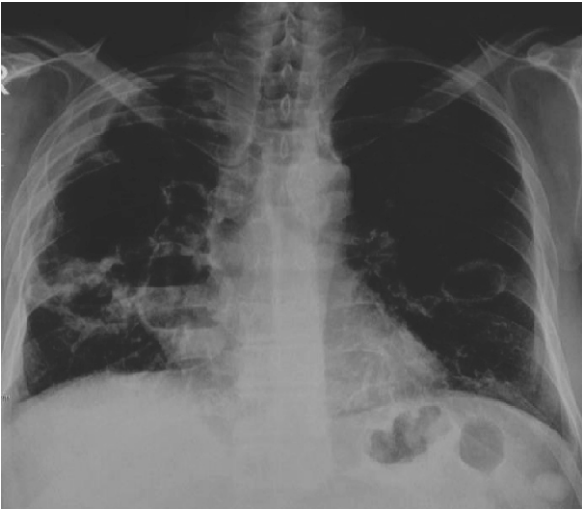


Figura 5. Rx de Tórax Marzo-18



Figura 6. Rx de Tórax Marzo-18

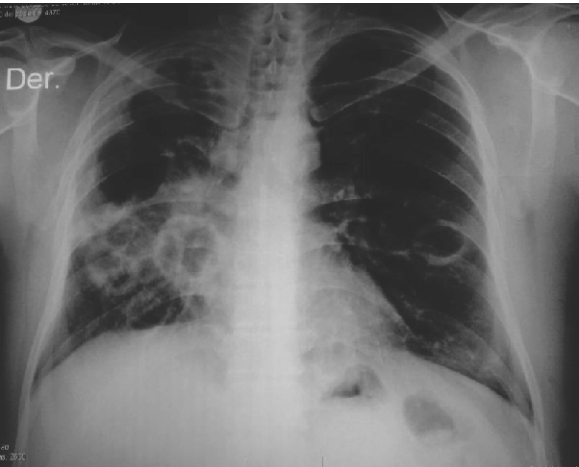


Figura 8. CT de Tórax . Múltiples nódulos cavitados

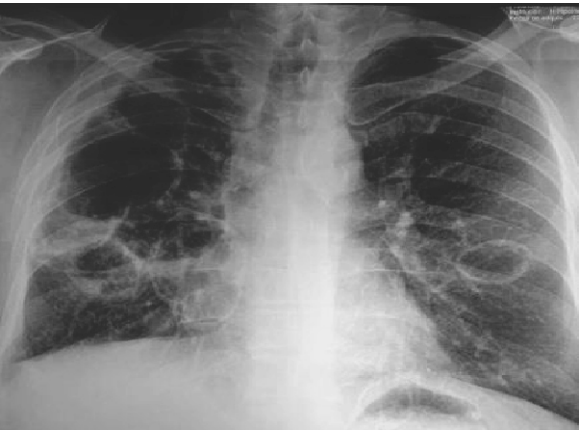


Figura 8. CT de Tórax . Múltiples nódulos cavitados



Figura 2. Broncoscopia: úlceras subglóticas

**INFORME DE BRONCOSCOPIA**

Paciente : AECE MAMANI LUIS ALONSO  
Médico : CESAR GALLARDO RECAVARREN  
Enf.: :  
Equipo: : EB-530S  
Inicio: : 09:21:39 94 am  
Fin: : 09:50:43 04 am  
Biopsia: :  
Muestras:  
Biopsia :  
Cultivo GC :  
BAAR :  
Hongos :  
Citología :  
Cepillado :  
Bx TB :  
Bx EB :  
BAL Seg/Cant :  
Otros :

1

2

3

4

5

6

7

8



### Discusión

El objetivo de presentar este caso clínico es hacer el diagnóstico diferencial de lesiones pulmonares cavitadas. Si bien es cierto que en nuestro país la etiología más frecuente es tuberculosis pulmonar, existen raros casos de otra etiología de difícil Dx. En este paciente varón de 43 años, se llegó a un diagnóstico de vasculitis asociada a c ANCA, de afectación de vasos pequeños, variedad Granulomatosis con poliangeítis, según nomenclatura de vasculitis de Chapel Hill 2012.<sup>5</sup> Usamos Algoritmo de Gafoor<sup>4</sup> (algoritmo 1). Se concluyó que lesiones pulmonares cavitadas eran crónicas (> 12 semanas), por TE > 4 meses. Su edad 43 años, lo cual concuerda con inicio de enfermedad de otros reportes.<sup>7,8</sup> Se descartó TBC en base a BK negativo en esputo y en BAL. Se descartó infección por hongos, por KOH (-).

No se encontró neoplasia maligna. El diagnóstico de Granulomatosis con poliangeítis se establece con positividad de c ANCA y evidencia histopatológica de vasculitis de vasos pequeños (o sustitutos radiográficos: nódulos pulmonares cavitados) en paciente con cuadro clínico compatible, como en este caso, compromiso de vías respiratorias superiores: úlceras orales, traqueales, sinusitis, así como nódulos pulmonares cavitados, a nivel renal proteinuria, en piel lesiones purpúricas en Ms ls, y clínica de fiebre, dolor torácico, disfonía, artralgias. En conclusión, las lesiones pulmonares cavitadas deben estudiarse considerando al paciente en toda su integridad, con historia clínica completa, analítica e imágenes como CT, que evalúa vía respiratoria superior e inferior, debiendo hacerse el diagnóstico lo más temprano posible.

## La relevancia del manejo inicial del cáncer testicular

### *The Relevance of the Initial Management of Testicular Cancer*

Edgar Alfredo Carcasi-Laura

Faculta de Ciencias de la Salud, Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann  
Médico Urólogo

### Resumen

El cáncer de testículo es una neoplasia maligna relativamente rara, la cual es común en hombres de 15 a 40 años de edad. Estos tumores de células germinales (TCG) comprenden el 95 % de tumores malignos que surgen en los testículos, y se clasifican en dos subtipos histológicos: los seminomas y los no seminomas. Ambos subtipos se presentan típicamente como una masa sólida indolora en el testículo sospechoso. La masa puede ser identificada por uno mismo, por su pareja o por la realización de una ecografía de manera incidental. El tratamiento estándar ante la sospecha de un cáncer de testículo es la orquiectomía inguinal radical. Antes de realizar la cirugía, se debe solicitar marcadores tumorales; sobre todo, para facilitar el diagnóstico de masas testiculares, una adecuada estadificación y a predecir el pronóstico de TCG. Por otro lado, es necesario resaltar, que los pacientes supervivientes a largo plazo tienen una mayor prevalencia de trastornos de ansiedad. Por ello, es necesario, asesorar adecuadamente a los pacientes sobre la enfermedad; haciendo énfasis en la fertilidad, criopreservación de esperma y la posibilidad de colocación de una prótesis testicular durante la cirugía.

**Palabras clave:** cáncer de testículo, tumores de células germinales, orquiectomía inguinal radical, infertilidad en cáncer testicular, prótesis testicular

### Abstract

Testicular cancer is a relatively rare malignant neoplasm, which is common in men aged between 15 to 40 years. These germ cell tumors (GCTs) comprise 95% of malignant tumors that arise in the testes, and are classified into two histologic subtypes: seminomas and non-seminomas. Both subtypes typically present as a painless solid mass in the suspicious testis. The mass can be identified by yourself, by your partner, or by an incidental ultrasound. The standard treatment for suspected testicular cancer is radical inguinal orchiectomy. Before performing surgery, tumor markers should be requested; above all, to facilitate the diagnosis of testicular masses, an adequate staging and to predict the prognosis of GCT. On the other hand, it is necessary to highlight that long-term surviving patients have a higher prevalence of anxiety disorders. Therefore, it is necessary to adequately advise patients about the disease; emphasizing fertility, cryopreservation of sperm and the possibility of placing a testicular prosthesis during surgery.

**Keywords:** testicular cancer, germ cell tumors, radical inguinal orchiectomy, infertility in testicular cancer, testicular prosthesis

### Correspondencia

Edgar Alfredo Carcasi Laura  
ecarcasil@unjbgu.edu.pe

Recibido: 09.11.2020  
Arbitrado por pares  
Aprobado: 15.12.2020

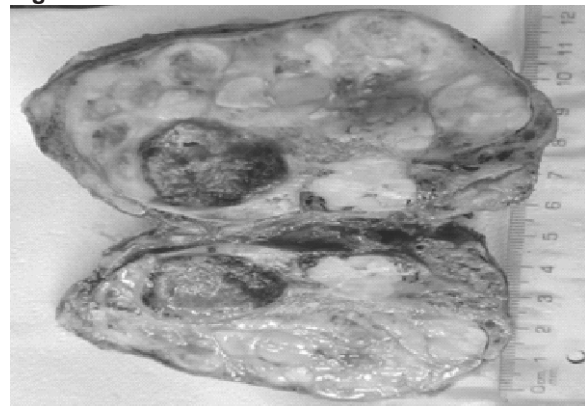
## Introducción

El cáncer testicular es una neoplasia maligna relativamente rara, la cual representa el 1 % al 2 % de los cánceres en hombres; además, es más común en hombres de 15 a 40 años de edad.<sup>1</sup> A nivel mundial en el 2018, el cáncer testicular tuvo una incidencia de 1,7 por 100 000 habitantes, 71 105 casos nuevos y una mortalidad de 9 507 muertes al año. En el Perú en el 2018, el cáncer testicular tuvo una incidencia de 4,6 por 100 000 habitantes, 792 casos nuevos y 110 muertes.<sup>2</sup> Las neoplasias malignas de testículo son tumores de células germinales (TCG) en un 95 %, y se clasifican en dos subtipos histológicos principales: seminomas y no seminomas (carcinoma embrionario, coriocarcinoma, tumor del saco vitelino y teratoma). Los no seminomas son menos frecuentes; sin embargo, son más agresivos y a menudo incluyen múltiples tipos de células.<sup>3</sup> El teratoma y el tumor carcinoma embrionario son considerados como los diagnósticos histológicos más grandes en tumores mixtos.<sup>4</sup>

Un diagnóstico temprano de cáncer testicular es potencialmente curable con terapias multimodales, tales como la cirugía, la quimioterapia y la radiación. Las terapias mencionadas tienen el objetivo de evitar la metástasis y una eventual mortalidad.<sup>5</sup> La opción estándar en la sospecha de cáncer testicular primario es la orquiectomía inguinal radical.<sup>6</sup> Esta cirugía permitirá un control local del tumor, el diagnóstico histológico y la estadificación del tipo de tumor. Luego de la cirugía, los pacientes son sometidos a vigilancia, o pueden ser tratados con quimioterapia, radioterapia o se procede a la disección de ganglios linfáticos retroperitoneales.<sup>7</sup> El cáncer testicular en la actualidad tiene una tasa de supervivencia a 5 años que supera el 95 %. La mayoría de los hombres con tumores testiculares en estadio temprano se curan solo con orquiectomía inguinal radical, y la supervivencia a largo plazo se acerca al 100 % sin considerar la terapia adyuvante.<sup>8</sup> Por otro lado, los pacientes supervivientes a largo plazo tienen una mayor prevalencia del trastorno de ansiedad, y esto merece un mayor interés clínico.<sup>9</sup>

El propósito de este trabajo es fortalecer la relevancia de un adecuado manejo inicial del cáncer testicular, mencionando el impacto en el estado emocional de los supervivientes

**Figura 1.** Tumor testicular



## Diagnóstico

### Presentación clínica

Se presentan típicamente como una masa sólida indolora en el testículo sospechoso. La masa puede ser identificada por uno mismo, por su pareja o por la realización de una ecografía de manera incidental. Cerca de un 20 % de los que padecen esta enfermedad tiene dolor escrotal como resultado de infarto o hemorragia tumoral, la cual puede confundirse con una torsión testicular o una orquiepidimitis.<sup>10</sup> Pocas veces presentan: ginecomastia (7 %), pérdida de peso, dolor de espalda o ganglios palpables en abdomen o cuello.<sup>11</sup>

### Diagnóstico diferencial

Mediante la exploración o una ecografía, las masas escrotales dolorosas identificadas como testículo, pueden ser de origen inflamatorio o traumático (torsión testicular, orquiepidimitis o un hematoma). Las masas escrotales identificadas como paratesticulares o extratesticulares son usualmente de naturaleza benigna como un varicocele, espermatocoele, hidrocele o una hernia inguinal con extensión escrotal. Es importante resaltar que el 95 % de las masas intratesticulares son malignas.<sup>12</sup>

**Figura 2.** Testículo izquierdo aumentado de tamaño a comparación del contralateral



### Ecografía testicular

Las guías 2019 de la Asociación Europea de Urología (EAU) y la Asociación Americana de Urología (AUA) recomiendan que luego del examen físico se proceda a una ecografía testicular en cualquier paciente con sospecha de neoplasia maligna testicular.<sup>6,13</sup> La ecografía testicular tiene una sensibilidad y especificidad alta para un cáncer de casi un 100 %, lo diferencia adecuadamente de las lesiones inflamatorias, y se puede evaluar el testículo opuesto.<sup>14</sup>

### Marcadores tumorales séricos

Antes de la cirugía se debe solicitar la alfafetoproteína (AFP), hormona gonadotrofina coriónica (HCG) y deshidrogenasa láctica (DHL). Esto para facilitar el diagnóstico de masas testiculares, una adecuada

estadificación y a predecir el pronóstico de TCG.<sup>6,13</sup> El tumor del saco vitelino y el carcinoma embrionario aumentan la AFP, la cual se eleva hasta un 40 % de los TCG no seminomas en estadio temprano; el coriocarcinoma, el carcinoma embrionario y las células del sincitiotroblastos aumenta la HGC, la cual está elevada hasta un 30 % de los TCG no seminomas en estadio temprano. Por otro lado, la DHL es elevada hasta un 20 % de todos los TCG en estadio temprano, y es más útil para el pronóstico que para el diagnóstico.<sup>15</sup>

### Biopsia testicular

Si hay dudas en el diagnóstico, se procede a una biopsia inguinal abierta con aguja fina testicular, enucleación del tumor intraparenquimatoso o se realiza un examen histológico en fresco. La biopsia practicada en dos sitios incrementa la sensibilidad en 18 % comparada a la del sitio único.<sup>16</sup>

### Consideraciones preoperatorias

#### Infertilidad y criopreservación del espermatozoides

La posibilidad de infertilidad así como la incertidumbre acerca de los riesgos reproductivos pueden desencadenar depresión, angustia y una mala calidad de vida en los hombres tratados de cáncer.<sup>17</sup> La preservación de la fertilidad se debe ofrecer a los pacientes; pero la falta de conocimientos médicos, el costo, los recursos inadecuados y la carga emocional de los hombres con cáncer, nos alejan de esta posibilidad.<sup>18</sup>

Los hombres con tumores de células germinales seminomatosos pueden tener una mejor calidad de espermatozoides tanto antes como después de la

criopreservación que aquellos con tumores de células germinales no seminomatosos. La criopreservación del espermatozoides puede hacer uso los hombres diagnosticados con cáncer testicular antes iniciar el tratamiento de intención curativa.<sup>19,2</sup> Este método de preservación de fertilidad, no es muy utilizado; sin embargo, constituye un apoyo psicológico positivo que prepara para la supervivencia futura del paciente.<sup>20</sup>

### Prótesis testicular

Los hombres a quienes se realizó orquiectomía inguinal radical tienen sentimientos duraderos de pérdida, inquietud o vergüenza. Estos sentimientos son más comunes entre hombres jóvenes y solteros, y a quienes nunca se les ofreció una prótesis.<sup>21</sup> Por ello, se debe asesorar a los hombres a los que se somete a una orquiectomía inguinal radical sobre la posibilidad de prótesis testicular en el momento de la cirugía, ya que va relacionado a altas tasas de satisfacción de pacientes. Así mismo, se debe informar de las probables complicaciones como la infección, la inadecuada posición y la posibilidad de reemplazo o extracción.<sup>22,23</sup>

### Técnica operatoria

#### Orquiectomía inguinal radical

Técnica operatoria: se realiza incisión curvilínea que inicia aproximadamente a 2 cm en dirección cefálica y lateral al tubérculo púbico, con extensión lateral a lo largo de una línea de Langer de 5 a 7 cm a la espina iliaca antero superior. Las venas epigástricas inferiores superficiales subcutáneas se encuentran con frecuencia lateralmente, la aponeurosis oblicua

**Figura 3.** Liberación del cordón espermático hasta el anillo inguinal interno en una orquiectomía radical inguinal





Carga inmediata en implantes dentales posexodoncia

Immediate Loading in Post-Exodontic Dental Implants

Britto Ebert Falcón-Guerrero<sup>1,a</sup>, Jhon Walter Choque-Salazar<sup>1,b</sup>, Lucio Calizaya-Pacco<sup>1,b</sup>, Maria Ludeña-Espino<sup>1,b</sup>

<sup>1</sup> Facultad de Odontología, Universidad Latinoamericana CIMA. Tacna, Perú  
<sup>a</sup> Doctor en Estomatología  
<sup>b</sup> Alumno de Odontología

Resumen

Actualmente el resultado estético es un punto importante para considerar el éxito en los tratamientos de implantes dentales. Otro factor a tomar en cuenta es que el paciente desea recuperar sus dientes en el menor tiempo posible, siendo una buena alternativa la instalación de implantes inmediatos post extracción dental. El objetivo de la presente revisión de literatura es presentar los factores relacionados, para poder tener un pronosticó favorable al aplicar esta alternativa de tratamiento, para lo cual se hizo una revisión actualizada sobre la carga inmediata en implantes dentales posexodoncia. Se concluye que es importante conocer las ventajas y desventajas, indicaciones y contraindicaciones al momento de realizar la carga inmediata posexodoncia de los implantes dentales.

**Palabras clave:** Implante dental, oseointegración, carga inmediata, extracción dental, instalación inmediata

Abstract

Currently the aesthetic result is an important point to consider the success of dental implant treatments. Another factor to take into account is that the patient wants to recover his teeth in the shortest possible time, being a good alternative the installation of immediate implants after dental extraction. The objective of this literature review is to present the related factors, in order to have a favorable prognosis when applying this treatment alternative, for which an updated review was made on the immediate loading of post-extraction dental implants. We conclude that it is important to know the advantages, disadvantages, indications and contraindications at the time of immediate post-extraction loading of dental implants.

**Keywords:** dental implant, osseointegration, immediate loading, dental extraction, immediate placement

Correspondencia

Britto Ebert Falcón-Guerrero  
artdent2000@hotmail.com

Recibido: 06.11.2020  
Arbitrado por pares  
Aprobado: 14.12.2020

externa se apertura sobre el canal inguinal, que debe extenderse medialmente del anillo inguinal externo al anillo inguinal interno. Se debe tener cuidado con el nervio ilioinguinal que se encuentra en la parte superior del cordón espermático identificándose y diseccionándose libre de su inversión en la fascia espermática externa y la musculatura cremastérica. La disección debe ser roma y suave a nivel del tubérculo púbico separando el cordón espermático a lo largo del conducto inguinal, el cordón debe asegurarse con un tubo de látex blando Penrose que debe ser pasado dos veces a su alrededor. Luego, se empuja suavemente el testículo desde la base del hemiescroto hacia la incisión para facilitar la entrega del testículo intacto dentro la túnica vaginal (en este momento se pueden realizar una biopsia). Es necesario liberar el testículo intacto del gubernaculum testis. Por último, se hace la ligadura alta del cordón espermático cerca al anillo inguinal interno; para esto, se usa hilo de seda. La ligadura debe ser doble y se deja cabos largos. Con frecuencia, se observa el reflejo del peritoneo que recubre el cordón anteromedialmente en esa ubicación. Luego de realizar hemostasia, se procede al cierre de la incisión quirúrgica por capas, cuidando de no lesionar el nervio ilioinguinal.<sup>24,25</sup>

Orquiectomía inguinal parcial

Es pertinente en hombres con testículo único que buscan la paternidad y para aquellos que no desean el

uso de suplementos con andrógenos. Los criterios quirúrgicos estrictos que tiene que cumplir el tumor es ser menor de 2 cm de volumen, estar lejos de la vasculatura testicular y márgenes negativos biopsia del parénquima testicular adyacente.<sup>26</sup>

Complicaciones quirúrgicas

Un hematoma o una infección inguinal pueden suceder después de la cirugía en un reducido número de casos. Una complicación rara que puede llegar a ser letal es la hemorragia retroperitoneal producida por una inadecuada ligadura del cordón espermático.<sup>27</sup>

Conclusiones

Toda masa sólida escrotal identificada como testículo mediante exploración física o imagenología debe tratarse como una neoplasia maligna hasta que se demuestre lo contrario. El tratamiento estándar ante la sospecha de cáncer testicular es la orquiectomía inguinal radical. Los pacientes supervivientes a largo plazo tienen una mayor prevalencia de trastornos de ansiedad. Por ello, es necesario asesorar adecuadamente a los pacientes sobre la enfermedad, haciendo énfasis en la fertilidad, criopreservación de esperma y la posibilidad de colocación de una prótesis testicular durante la cirugía.

Referencias

1. Park S, Kim J, Elghiaty , Ham. Recent global trends in testicular cancer incidence and mortality. MEDICINE. 2018 August; 97(37). <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000012390>

2. ORGANIZATION WH. GLOBAL CANCER OBSERVATORY. [Online].; 2018 [cited 2020 November 01. Available from: <https://gco.iarc.fr/>.

3. Gilligan , Lin DW, Aggarwal , Chism , Cost , Derweesh IH, et al. Testicular Cancer, Version 2.2020. Journal of the National Comprehensive Cancer Network. 2019 December; 17 (12). <https://doi.org/10.6004/jnccn.2019.0058>

4. Zhang , Hemmink , Chen , Yu , Zheng , Chattopadhyay , et al. Second cancers and causes of death in patients with testicular cancer in Sweden. PLoS ONE. 2019 March; 14(3). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0214410>

5. Rosen A, Jayram , Drazer , Eggner SE. Global Trends in Testicular Cancer Incidence and Mortality. European Urology. 2011 Mayo; 60(2): p. 374–379. <http://eprints.uanl.mx/id/eprint/14294>

6. Laguna MP, Albers P, Albrecht , Algaba , Bokemeyer C, Boormans JL, et al. EAU Guidelines on testicular cancer 2019. European Association of Urology. 2019 March.

7. Anderson , Pasco , Sathianathan N, Katz , Murphy D, Lawrentschuk. Subinguinal orchiectomy—A minimally invasive approach to open surgery. BJUI Compass. 2020; 1: p. 160-164. <https://doi.org/10.1002/bco2.33>

8. Ghoreifi A, Djaladat H. Management of primary testicular tumor. Urologic Clinics. 2019; 46: p. 33-339. <https://doi.org/10.1016/j.j.ucl.2019.04.006>

9. Dahl AA, Haaland CF, Mykletun A, Bremnes R, Dahl , Klepp O, et al. Study of Anxiety Disorder and Depression in Long-Term Survivors of Testicular Cancer. JOURNAL OF CLINICAL ONCOLOGY. 2005 APRIL . <https://doi.org/10.1200/JCO.2005.05.061>

10. Goldberg , Klaassen Z, Chandrasekar T, Fleshner , Hamilton RJ, Jewett MAS. Germ Cell Testicular tumor —Contemporary Diagnosis, Staging and Management of Localized and Advanced disease. UROLOGY. 2018; 125: p. 8-19. <https://doi.org/10.1016/j.urolgy.2018.12.025>

11. Stevenson SM, Lowrance WT. Epidemiology and diagnosis of testis cancer. Urologic Clinics. 2015 ; 42 : p. 269-275 . <https://doi.org/10.1016/j.ucl.2015.04.001>

12. Smith ZL, Ryan P, Wertz , Eggner SE. Testicular cancer: epidemiology, diagnosis and management. Medical Clinics. 2017 december; 102(2). DOI: <https://doi.org/10.1016/j.mcna.2017.10.003>

13. Stephenson A, Eggner SE, Bass EB, Chelnick DM, Daneshmand , Darren Feldman , et al. Diagnosis and Treatment of Early Stage Testicular Cancer: AUA. American Urological Association Education and Research. 2019 August; 202: p. 272-281. <https://doi.org/10.1097/JU.0000000000000318>

14. Coursey Moreno , Small WC, Camacho JC, Master V, Kokabi N, Lewis , et al. Testicular Tumors: What Radiologists Need to Know—Differential Diagnosis Staging, and Management1. RadioGraphics. 2015; 35: p. 400-415. <https://doi.org/10.1148/rq.352140097>

15. Gilligan TD, Seidenfeld J, Basch EM, Einhorn LH, Fancher , Smith DC, et al. American Society of Clinical Oncology Clinical Practice Guideline on Uses of Serum Tumor Markers in Adult Males With Germ Cell Tumors. JOURNAL OF CLINICAL ONCOLOGY. 2010 july; 28(20). DOI: 10.1200/JCO.2009.26.4481

16. Van Casteren NJ, De Jong J, Stoop , Steyerberg EW, De Bekker-Grob EW, Dohle GR, et al. Evaluation of testicular biopsies for carcinoma in situ: immunohistochemistry is mandatory. International Journal of Andrology. 2008 July; 32: p. 666–674. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2605.2008.00923.x>

17. Su Hl, Lee YT, Barr R. Oncofertility: Meeting the fertility goals of adolescents and young adults with cancer. Cancer J. Author manuscript. 2019 November; 24(6): p. 328–335. <https://doi.org/10.1097/PPO.0000000000000344>

18. Parekh NV, Lundy SD, Vij SC. Fertility considerations in men with testicular cancer. Translational Andrology and Urology. 2020; 9(1): p. S14-S23. <https://doi.org/10.21037/tau.2019.08.08>

19. Nalesnik JG, Sabanegh ES, Eng TY, Buchholz TA. Fertility in Men After Treatment for Stage 1 and 2A Seminoma. American Journal of Clinical Oncology. 2004 December ; 27(6). <https://doi.org/10.1097/J01.coc.0000135736.18493.dd>

20. Shankara-Narayana , Di Pierro I, Fennell , Ly LP, Bacha F, Vrga , et al. Sperm cryopreservation prior to gonadotoxic treatment: experience of a single academic centre over 4 decades. Human reproduction. 2019 April; 34(5): p. 795–803. <https://doi.org/10.1093/humrep/dez026>

21. Skoogh J, Steineck , Cavallin-Sta”hl , Wilder”ng , Hakansson, UK, Johansson SB, et al. Feelings of loss and uneasiness or shame after removal of a testicle by orchidectomy: a population-based long-term follow-up of testicular cancer survivors. International journal of andrology. 2010 March; 34: p. 183–192. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2605.2010.01073.x>

22. Robinson R, Tait CD, Clarke NW, Ramani VAC. Is it safe to insert a testicular prosthesis at the time of radical orchidectomy for testis cancer:an audit of 904 men undergoing radical orchidectomy. BJU International. 2016; 117: p. 249–252. <https://doi.org/10.1111/bju.12920>

23. Clifford TG, Burg ML, Hu , Loh-Doyle , Hugen CM, Cai , et al. Satisfaction with Testicular Prosthesis after Radical Orchiectomy. Urology. 2017 december. <https://doi.org/10.1016/j.urolgy.2017.12.006>

24. Elmajian DA. Orquiectomía radical. In Andrea RV, editor. Atlas de cirugía urológica de Hinman cuarta edición. Tennessee: Amolca; 2019. p. 840-842.

25. Pizzocaro , Guameri. Surgery Illustrated – Surgical Atlas Inguinal orchidectomy for testicular cancer. B J U International. 2009; 103: p. 70 4 – 71 6. <https://doi.org/10.1111/j.1464-410X.2009.08434.x>

26. Bazzi WM, Raheem OA, Stroup SP, Kane CJ, Derweesh IH, Downs TM. Partial orchidectomy and testis intratubular germ cell neoplasia: World literature review. Urology Annals. 2011 Sep - Dec; 3(3). <https://doi.org/10.4103 / 0974-7796.84948>

27. Fenning D, Werthman P. Complicaciones en cirugía del testículo, conducto deferente, epidídimo y escroto. In Manzanares J, Madrid P, editors. Complicaciones en Cirugía Urológica Prevención y manejo cuarta edición. Nueva York: Amolca; 2012. p. 627-639.

### Introducción

El concepto de oseointegración se introdujo hace casi 50 años. Desde entonces, la implantología se ha desarrollado desde una invención experimental hasta una modalidad de tratamiento exitoso y predecible para reemplazar los dientes perdidos. Los implantes dentales han ganado popularidad porque, a diferencia de otras modalidades de tratamiento, conservan la estructura dental y el hueso adyacente. Esto mejora la función masticatoria y la calidad de vida. Por lo que se ha convertido en una opción de tratamiento importante para reemplazar los dientes faltantes.<sup>1</sup>

El éxito del tratamiento implanto-protésico, depende esencialmente de la integración biológica, funcional y estética con las restauraciones protésicas en la cavidad oral.<sup>2,3</sup> Hoy en día, con el fin de satisfacer las necesidades y demandas de los pacientes, ya no es suficiente con que un implante este adecuadamente oseointegrado y sea solo funcional en el tiempo; sino que también es importante que el resultado estético de la restauración sea totalmente satisfactoria.<sup>4</sup>

Inicialmente, se suponía que para la oseointegración los implantes debían estar sin carga durante 3 a 6 meses, para evitar cualquier micro movimiento del implante y que se forme tejido conectivo entre la superficie del implante y el hueso, lo que causaría su fracaso. Con el uso de nuevos enfoques de tratamientos se puede lograr una oseointegración más rápida y predecible (de 12-24 semanas a 6-8 semanas) sin afectar las tasas de éxito de los implantes. Es así que surge el protocolo de carga inmediata que logra una buena función y estética, el cual pretende lograr una buena estabilidad primaria; siendo definida como un implante que entra en función dentro de 1 semana después de su instalación.<sup>5</sup>

Teniendo como objetivo de esta revisión el actualizar y establecer los conceptos de este protocolo de tratamiento, el cual es aplicado en implantes inmediatos u posexodoncia.

### Conceptos sobre carga en implantes dentales

**Carga diferida:** colocar un implante en funcionamiento o una situación de carga después de un período prolongado de cicatrización después de la colocación inicial.<sup>6</sup>

**Carga inmediata:** aplicación de carga funcional o no funcional a un implante en el momento de la colocación quirúrgica o poco después; generalmente se considera que se carga dentro de las 48 horas posteriores a la colocación del implante.<sup>7</sup> Sin embargo, Esposito<sup>8</sup> definió la carga inmediata como un implante puesto en funcionamiento dentro de 1 semana después de su colocación.

**Carga funcional:** carga aplicada a los dientes o prótesis soportadas por implantes durante la función de masticación normal.<sup>6</sup>

**Carga funcional inmediata:** es aquella restauración provisional o definitiva que se coloca de forma inmediata, y se puede realizar en la misma sesión o durante las 48 horas siguientes a la intervención quirúrgica. Cuando introducimos el término funcional nos referimos a que la prótesis recibe carga oclusal el mismo día de la colocación de los implantes dentales, el implante es colocado con adecuada estabilidad primaria y este es restaurado en oclusión céntrica en máxima intercuspidadación.<sup>9</sup> También, es definida como la prótesis del implante se asienta al momento de la colocación del implante y se somete inmediatamente a una carga funcional.<sup>6</sup>

**Carga inmediata no funcional:** la prótesis del implante se asienta al momento de la colocación del implante pero se mantiene fuera del contacto oclusal directo. La carga se produce por la presión de los labios y la lengua y el contacto con los alimentos, pero no por el contacto con los dientes opuestos.<sup>6</sup>

**Colocación inmediata del implante:** colocación del implante inmediatamente después de la extracción de un diente. Este procedimiento debe combinarse en la mayoría de los pacientes con una técnica de injerto óseo para eliminar los defectos óseos periimplantarios.<sup>6</sup>

La definición de protocolos de carga se ha modificado ligeramente a lo largo de los años y actualmente se acepta de la siguiente manera: (a) La carga inmediata de implantes dentales se define como anterior a una semana después de la colocación del implante, (b) la carga temprana de implantes dentales entre una semana y dos meses después de la colocación del implante, y (c) carga convencional de implantes dentales > de 2 meses después de la colocación del implante.<sup>10</sup> Sin embargo, la técnica de colocación del implante y su resultado quirúrgico relacionado en el momento de la colocación, son factores determinantes para seleccionar el protocolo de carga. Por ejemplo, se sabe que la estabilidad primaria del implante es uno de los factores clave para el éxito asociado con los protocolos de colocación y carga.<sup>11</sup>

### Implantes inmediatos

Se llama implantes inmediatos al proceso mediante el cual se inserta un implante dental en la misma intervención quirúrgica en la que se realiza la exodoncia del diente que se va a sustituir.<sup>12</sup>

Los implantes inmediatos están indicados principalmente en la sustitución de dientes con patologías sin posibilidad de tratamiento, como caries o fracturas, reabsorciones apicales de la raíz de dientes temporarios con agenesia del permanente, fracaso de la terapia endodóntica, piezas con enfermedad periodontal irreparable. También se indican implantes inmediatos simultáneos a la extracción de caninos incluidos y de dientes temporales.<sup>13</sup>

Dentro de los criterios quirúrgicos a considerar en la colocación de implantes inmediatos están, realizar una exodoncia atraumática para mantener la mayor

integridad ósea.<sup>14</sup> Los lugares más habituales para la colocación de implantes inmediatos son la zona anterior (caninos e incisivos) y la zona de premolares del maxilar superior y mandíbula.<sup>15</sup>

Se han aplicado clínicamente diferentes opciones de colocación de implantes según el tiempo transcurrido entre la exodoncia y la implantación. Estas opciones incluyen lo siguiente: (a) colocación inmediata del implante el día de la extracción (Tipo 1), (b) colocación temprana del implante después de 4 a 8 semanas de cicatrización de tejidos blandos (Tipo 2), (c) colocación temprana del implante después de 12 –16 semanas de curación parcial del hueso (Tipo 3), y (d) colocación tardía del implante después de la curación completa del hueso de al menos 6 meses (Tipo 4).<sup>16</sup>

Una reducción del tiempo de tratamiento general en el protocolo de colocación inmediata de implantes, presenta una solución atractiva para pacientes y odontólogos. Sin embargo, se cree que la colocación inmediata del implante está significativamente influenciada por la anatomía alveolar local después de la extracción del diente, donde se producen cambios dimensionales después de la extracción del diente y no se controlan mediante la colocación inmediata del implante, lo cual puede conducir a resultados estéticos comprometidos a largo plazo. Esta afectación, puede verse influenciado por el grosor del hueso vestibular labial después de la extracción del diente. Mientras más grueso conduce a menos alteraciones dimensionales de la cresta y puede proporcionar resultados más predecibles para la colocación inmediata del implante.<sup>17,18</sup> En este sentido Sanz-Sánchez et al.<sup>5</sup> mencionan que la carga inmediata se ha convertido en una opción predecible para restaurar todas las situaciones clínicas. Sin embargo, concluyen en que la carga inmediata puede significar un mayor riesgo de falla del implante en comparación con la carga convencional, aunque las tasas de supervivencia fueron altas para ambos grupos. También se debe tener en cuenta que el recambio óseo durante el período de curación puede comprometer la estabilidad del implante y reducir la capacidad de un implante para resistir fuerzas laterales significativas antes de una osteointegración adecuada.<sup>19</sup>

Los factores importantes favorables para el éxito del implante inmediatos fueron establecidos por Vignoletti y Sanz, siendo los siguientes: 1. Espesor sustancial e integridad de las paredes del zócalo; 2. Posición vertical y horizontal adecuada del implante; 3. Grosor e integridad gingival; 4. Factores del paciente como la higiene y el tabaquismo. De estos factores, el volumen óseo existente y su capacidad de curación son los más importantes. Cuando no hay suficiente hueso para soportar los implantes o la estructura ósea se reabsorbe, ocurre la falla del implante.<sup>20</sup>

### Ventajas y desventajas

Una de las características más deseables de la colocación inmediata de implantes y la provisionalización es su eficacia para optimizar el éxito estético al preservar la arquitectura ósea y gingival

existente. Las ventajas de este procedimiento son las siguientes: se realiza en una sola etapa quirúrgica, es mínimamente invasiva recuperando la función inmediata y la estética, no es necesario usar una prótesis provisional por un periodo largo, se elimina la segunda cirugía de activación de los implantes, se conserva las papilas y los tejidos blandos que son importantes para los resultados estéticos de la paciente. Sin embargo, se necesita más estudios a largo plazo para poder reforzar este resultado y así llegar a establecer un protocolo de tratamiento definitivo.<sup>21,22</sup> Estos factores están influenciados por una serie de parámetros que pueden clasificarse como intrínsecos y extrínsecos. Los factores intrínsecos dependen del paciente e incluyen la relación entre los tejidos duros y blandos, el biotipo gingival y la posición de la raíz sagital en el hueso alveolar. Los factores extrínsecos, por otro lado, dependen del odontólogo e incluyen la posición tridimensional y la angulación del implante, así como el contorno del pilar y la restauración provisional.<sup>22</sup>

Las desventajas de los implantes inmediatos son la pérdida de la adaptación de la prótesis; la presencia de puntos dolorosos especialmente en prótesis implanto retenida y mucosoportadas; dificultades masticatorias y fonéticas; abuso del paciente en la masticación y causa de posible pérdida de implantes; altos costos del tratamiento quirúrgico.<sup>15</sup>

### Complicaciones

Las complicaciones relacionadas a los implantes dentales son representadas por las infecciones, que son un problema que determinará la vida del implante.<sup>12</sup> Por este motivo, la periimplantitis es la patología más común y una de las principales causas de la pérdida del implante, así como la mucositis periimplantaria. Por lo tanto, es necesario definirlas. La mucositis periimplantaria es una patología que cursa con la aparición de cambios inflamatorios que se hallan limitados a la mucosa que rodea al implante, no se presenta pérdida ósea y es un proceso reversible mediante un tratamiento adecuado. La periimplantitis se define como un proceso inflamatorio que afecta a los tejidos que rodean al implante y existe una pérdida de hueso periimplantario, combinado con una lesión inflamatoria, presencia de supuración y con profundidad al sondaje de más de 6 mm en implantes sometidos a carga.<sup>15</sup>

### Indicaciones del implante posextracción con carga inmediata<sup>23</sup>

En fracturas radicales, dientes no recuperables; lesiones endodónticas con mal pronóstico; grandes lesiones de caries radicales; pérdida traumática dentaria; avulsión de un diente deciduo con agenesia del diente permanente y en reabsorción radicular.

### Contraindicaciones del implante posextracción con carga inmediata

Este procedimiento quirúrgico requiere una selección

cuidadosa de los pacientes, siendo contraindicado en los siguientes casos: alveolos residuales que requieren regeneración ósea; que haya ausencia de cortical vestibular; en casos de bruxismo y todas las situaciones de sobrecarga oclusal; historia de tabaquismo (> 10 cigarrillos / día); inflamación aguda in situ y lesiones periapicales crónicas; pacientes con mala higiene bucal; enfermedades sistémicas no controladas y falta de estabilidad primaria del implante.

15-18,23

Es importante tomar en cuenta las indicaciones y contraindicaciones para este tipo de implantes inmediatos o posextracción, debido a que se ha

informado que los implantes inmediatos poseen tasas de supervivencia significativamente más bajas, en comparación a los implantes tardíos insertados en alvéolos ya cicatrizados.<sup>24</sup>

Conclusiones

Este procedimiento resulta ser una buena alternativa que acorta el tiempo total del tratamiento y se obtiene un resultado estético favorable para lograr la comodidad y satisfacción de los pacientes. Sin embargo, se debe hacer una adecuada selección de los casos, para siempre tener un pronóstico favorable.

Referencias

1. Elani HW, Starr JR, Da Silva JD, Gallucci GO. Trends in Dental Implant Use in the U.S., 1999–2016, and Projections to 2026. J Dent Res. 2018 Dec;97(13):1424-1430. <https://doi.org/10.1177/0022034518792567>

2. Insua A, Monje A, Wang HL, Miron RJ. Basis of bone metabolism around dental implants during osseointegration and peri-implant bone loss. J Biomed Mater Res A. 2017; 105 (7): 2075-2089. <https://doi.org/10.1002/jbm.a.36060>

3. Turkyilmaz I, McGlumphy EA. Influence of bone density on implant stability parameters and implant success: a retrospective clinical study. BMC Oral Health. 2008; 8: 32. <https://doi.org/10.1186/1472-6831-8-32>

4. Mangano FG, Mastrangelo P, Luongo F, Blay A, Tunchel S, Mangano C. Aesthetic outcome of immediately restored single implants placed in extraction sockets and healed sites of the anterior maxilla: a retrospective study on 103 patients with 3 years of follow-up. Clin Oral Implants Res. 2017; 28 (3): 272-282. <https://doi.org/10.1111/clr.12795>

5. Sanz-Sánchez I, Sanz-Martín I, Figuero E, Sanz M. Clinical efficacy of immediate implant loading protocols compared to conventional loading depending on the type of the restoration: a systematic review. Clin Oral Implants Res. 2015 Aug;26(8):964-982. <https://doi.org/10.1111/clr.12428>

6. Laney WR. Glossary of Oral and Maxillofacial Implants. Int J Oral Maxillofac Implants. 2017;32(4):Gi-G200. 10.11607/jomi.2017.4.gomi

7. Aparicio C, Rangert B, Sennerby L. Immediate/early loading of dental implants: a report from the Sociedad Espanola de Implants World Congress meeting in Barcelona, Spain, 2002. Clin Imp Dent Rel Res 2003; 5:57–60. <https://doi.org/10.1111/j.1708-8208.2003.tb00183.x>

8. Esposito M, Grusovin MG, Maghaireh H, Worthington HV. Interventions for replacing missing teeth: different times for loading dental implants. Cochrane Database Systematic Review. 2013; 3: Cd003878. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003878.pub5>

9. Chiapasco M. Early and immediate restoration and loading of implants in completely edentulous patients. Int J Oral Maxillofac Implants. 2004;19 Suppl:76-91. PMID: 15635948

10. Gallucci GO, Benic GI, Eckert S E, Papaspyridakos P, Schimmel M, Schrott A, Weber HP. Consensus statements and clinical recommendations for implant loading protocols. Int J Oral Maxillofac Implants. 2014;29 Suppl:287-90. <https://doi.org/10.11607/jomi.2013.g4>

11. Schropp L, Wenzel A, Spin-Neto R, Stavropoulos A. Fate of the buccal bone at implants placed early, delayed, or late after tooth extraction analyzed by cone beam CT: 10-year results from a randomized, controlled, clinical study. Clin Oral Implants Res. 2015; 26(5), 492–500. <https://doi.org/10.1111/clr.12424>

12. García Velásquez A, Vielma Monserrate JC. Colocación inmediata de implantes dentales postextracción. Revisión

Bibliográfica. Rev Odontol Los Andes. 2012; 7(1): 33–42.

13. Coppel A, Prados JC, Coppel J. Implantes post-extracción: Situación actual. Gaceta Dental. 2001; 120:80-86.

14. Polo-Mora LK, Villafañe-Torres K, Macia-Barraza JL, Díaz-Caballero A. Colocación inmediata de implantes Imeti post extracción dental. Duazary 2008; 1: 42 – 47.

15. Sosa RD, Pérez AG. Implantes de carga inmediata. Revisión de la literatura y presentación de un caso clínico. Acta odontológica venezolana. 2011;49(1). art-22.

16. Gallucci GO, Hamilton A, Zhou W, Buser D, Chen S. Implantplacement andloadingprotocols in partially edentulous patients: A systematic review. Clin Oral Implants Res. 2018; 29 Suppl 16:106-134. <https://doi.org/10.1111/clr.13276>

17. Levine RA, Ganeles J, Gonzaga L, Kan JK, Randel H, Evans CD, Chen ST. 10 keys for successful esthetic-zone single immediate implants. Compend Contin Educ Dent. 2017; 38(4):248-260. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28368133/>

18. Chappuis V, Araujo MG, Buser D. Clinical relevance of dimensional bone and soft tissue alterations post-extraction in esthetic sites. Periodontol 2000. 2017; 73(1): 73–83. <https://doi.org/10.1111/prd.12167>

19. Neugebauer J, Traini T, Thams U, Piattelli A, Zoller JE. Peri-implant bone organization under immediate loading state. Circularly polarized light analyses: A minipig study. J Periodontol. 2006; 77 ( 2 ) : 152 - 60 . <https://doi.org/10.1902/jop.2006.040360>

20. Jensen OT. Dental Extraction, Immediate Placement of Dental Implants, and Immediate Function. Oral Maxillofac Surg Clin North Am. 2015 May;27(2):273-82. <https://doi.org/10.1016/j.coms.2015.01.008>

21. Falcón GBE. Carga inmediata funcional en la zona estética sobre un implante postextracción. Rev Mex Periodontol 2015; VI(1): 5-9. <https://www.medigraphic.com/pdfs/periodontologia/mp-2015/mp151b.pdf>

22. Kan JYK, Rungcharassaeng K, Deflorian M, Weinstein T, Wang HL, Testori T. Immediate implant placement and provisionalization of maxillary anterior single implants. Periodontol 2000. 2018; 77(1):197-212. <https://doi.org/10.1111/prd.12212>

23. Ariello, F; Arindetti, A; Baldoni, M. Implantes Post-Extracción: Protocolo y Consideraciones Clínicas. Avances en periodoncia. 2000; 12, 2: 91-102. [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1699-658520000002000005](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-658520000002000005)

24. Mello CC, Lemos CAA, Verri FR, Dos Santos DM, Goiato MC, Pellizzer EP. Immediate implant placement into fresh extraction sockets versus delayed implants into healed sockets: A systematic review and meta-analysis. Int J Oral Maxillofac Surg. 2017 Sep;46(9):1162-1177. <https://doi.org/10.1016/j.ijom.2017.03.016>

NORMAS DE PUBLICACIÓN

La Revista Médica del Hospital Hipólito Unanue de Tacna es el órgano oficial de publicación del Hospital Hipólito Unanue de Tacna; destinada a la producción de la difusión científica en Ciencias de la Salud, 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 institucionales, sino también de otras instituciones de salud, que sean inéditos y de interés en salud, que no hayan sido publicados previamente, ni enviado simultáneamente a otras revistas científicas. Generalmente se publican las investigaciones participantes del concurso de investigación con motivo del aniversario del hospital, o del aniversario del Ministerio de Salud, así como otros artículos de interés.

Normas generales

Los artículos pueden pertenecer a una de las siguientes categorías: Editorial, Artículos Originales, Temas de Revisión, Casos Clínicos, Resúmenes de Tesis y Cartas al Editor.

La Revista Médica del Hospital Hipólito Unanue de Tacna se reserva 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 página numeradas, escritos a computadora, en papel bond A4 (212x297 mm.), en una sola cara, tipo de letra Arial, tamaño de fuente 12 picas, a doble espacio y con márgenes de 25 mm, para artículos originales se aceptaran no más de 12 páginas, 5 páginas para temas de revisión y casos clínicos y 1 página para resúmenes de tesis.

Además de las copias de manuscrito, deberá enviarse un disco compacto debidamente grabado el texto en Word para Windows y las tablas y figuras en Excel. El numerado de páginas 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 e inglés, nombre o nombres de los autores, título y grado académico, lugar de trabajo de los autores, instituciones u organismos que apoyaron la investigación, nombre, dirección, teléfono y correo electrónico del autor a quien puede enviarse correspondencia respecto al artículo.

Normas específicas

- 1. EDITORIALES: Son a solicitud del Comité Editor.
- 2. 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. El resumen debe ser estructurado y contener: introducción con objetivo, material y métodos, resultados, conclusión y 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 el uso del 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 tuviera el estudio.

Agradecimientos y Conflictos de intereses. Referencias Bibliográficas: siguiendo el estilo Vancouver.

3. TEMAS DE REVISION O DE ACTUALIDAD: Será en formato libre en no más de 5 páginas.

4. CASOS CLINICOS: 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, una discusión y bibliografía.

5. 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 que los autores aludidos puedan responder.

Disposición final

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

Los artículos se recibirán durante el proceso de Concurso de Investigación o la convocatoria de publicación de la revista y se entrega a la Unidad de Apoyo a la Docencia e Investigación, por mesa de partes, para su evaluación y aceptación.