

sanitis

Revista del Instituto de Investigaciones
Científicas de la Universidad Arturo Michelena

Volumen 1, No. 2
Julio/Diciembre, 2024
Periodicidad semestral

Universidad Arturo Michelena
San Diego, Venezuela

Depósito Legal: CA2023000148





Universidad Arturo Michelena

1/2/2024

(Julio/Diciembre)



RIF: J-30840930-8

Instituto de Investigaciones Científicas de la Universidad Arturo Michelena

San Diego, Edo. Carabobo. Venezuela

Título: Sanitis. Revista del Instituto de Investigaciones Científicas de la Universidad Arturo Michelena
Fundada: Enero, 2024

Director Ejecutivo: Franklin Lozada Maldonado

Los artículos científicos publicados en Sanitis, son de exclusiva responsabilidad de sus autores. Por tal motivo, la revista no se hace solidaria por las opiniones de los trabajos y demás escritos publicados.

Sanitis, no tiene propósitos comerciales y no produce beneficio material alguno a sus editores.

Reservados todos los derechos.

Queda rigurosamente prohibida la reproducción parcial o total de esta obra por cualquier medio o procedimiento informático sin la autorización del *Copyright*.

Correo: iic@uam.edu.ve

Página web: www.uam.edu.ve

Correspondencia de la dirección: Universidad Arturo Michelena. Avenida Principal Giovanni Nani a un Km. Del Distribuidor La Cumaca, San Diego, Edo. Carabobo. Venezuela.

Diseño de cubierta: Valentina Centeno García

Identificación Legal

Depósito Legal: CA2023000148



Instituto de Investigaciones Científicas

SANITIS

Universidad Arturo Michelena

EDITOR JEFE

Davide Mobili Roccaro
Universidad Arturo Michelena. Venezuela

COMISIÓN EDITORA

Alba Bolaños
Centre de Recherche des Cordeliers. Francia

Ana Victoria Gutiérrez
Quadram Institute Bioscience, Norwich. Reino Unido

Dominique Hotton
Instituto de Investigaciones Médicas.INSERM. Francia

Junedy Marcano Aguilera
Universidad de Carabobo. Venezuela

Jaime Jacques
Universidad Nacional de Talca. Chile

Juan Carlos Perozo
Universidad Nacional Experimental Francisco de Miranda. Venezuela

Juan Carlos Sarratud
Universidad Nacional Experimental Francisco de Miranda. Venezuela

Nubia Brito
Universidad de Carabobo. Venezuela

Marielsa Gil
Universidad de Carabobo. Venezuela

DIAGRAMACIÓN, ESTILO Y FORMA

Marielsi Futrille
Universidad Arturo Michelena. Venezuela

Pedro Salas
Universidad Arturo Michelena. Venezuela

Miguel Meza
Universidad Arturo Michelena. Venezuela

AUTORIDADES

Dr. Giovanni Nani Lozada
Rector de la Universidad Arturo Michelena

Dr. Pedro Flores
Vicerrector Académico Universidad Arturo Michelena

Ing. Javier Higa
Vicerrector Administrativo Universidad Arturo Michelena

Dr. Arturo Velázquez
Secretario de la Universidad Arturo Michelena

MSc. Franklin Lozada Maldonado
Director Ejecutivo del Instituto de Investigaciones Científicas, UAM

MSc. Davide Mobili Roccaro
Coordinador del Instituto de Investigaciones Científicas, UAM

SANITIS

Volumen 1, Número 2 (Julio/Diciembre 2024)

ÍNDICE GENERAL

Editorial.....	pp. 5-9
Maltrato laboral percibido por médicos asistenciales y de posgrado. Hospital "Dr. Rafael Calles Sierra". Falcón. <i>Goncalves Pereira, María de Luz</i> <i>González Colina, Guillermo Jesús</i> <i>Lugo Bello, Vianney Alejandra</i> <i>Rodríguez Polanco, Elaudi del Valle</i> <i>Suárez Bello, Felipe Armando</i>	10-26
Prevalencia de lesiones intraepiteliales escamosas de bajo grado mediante diagnóstico patológico. Servicio de Anatomía Patológica Marcell's Laboratorio. CA, periodo 2021. <i>Ronny Rennier Meza Huerta</i> <i>Mariell Milagros Pérez Ayala</i> <i>María de los Ángeles Pinto Gutiérrez</i>	27-36
Nivel de ansiedad preoperatoria y proceso de recuperación de las gestantes programadas a cesárea. Hospital Central Universitario "Dr. Antonio María Pineda". <i>Waldemar Jesús Piña Navarro</i>	37-47
Evaluación de la discectomía cervical anterior con artrodesis en casos de discopatía y degeneración. <i>Guarapana Sánchez, José Gregorio</i>	48-56
Procedimiento y Normas para Publicación.....	57-65

LA GERENCIA, IMPLICA LA BIOÉTICA

Nubia Teresa Brito Martínez¹

¹ Profesora titular, a dedicación exclusiva. Dpto. Formación Integral al Hombre, Unidad de Investigación en Educación Odontológica (UNIEDO), Facultad de Odontología, Instituto de Investigaciones Médicas y Biotecnológicas de la Universidad de Carabobo (IIMBUC). ORCID: 0000-0002-0126-3799

Esta editorial propicia seguir la línea multidisciplinaria de la revista y hablar de la gerencia en salud no excluye esa directriz. Toda organización es extremadamente sensible del comportamiento humano, la dinámica de éxito de las organizaciones, aclaro aquí, depende en gran medida de las personas que participan en las mismas. Y en las organizaciones se tiene como pieza clave a los gerentes, quienes son corresponsables de dirigir las actividades de una organización para alcanzar las metas. Ahora bien, se hace necesario llevar este punto al campo de la salud, donde sería el ideal que los que actúen de gerentes sean en lo posible, profesionales de la salud y consideren los aspectos de interés ético desde las bases como desde el mismo ejemplo gerencial.

Gerenciar

Hacer lo posible estratégicamente hablando en cumplir la misión y visión de una organización, apegado a los principios y valores, es gerenciar. Es aquí, donde las organizaciones no pueden ignorar al capital humano. En este punto, es directamente proporcional la participación del recurso humano y la de sus valores éticos. Surge entonces una interrogante, la formulación del bien y el mal en base a los principios, hacia los fines y los métodos, son la exigencia ética en estos tiempos. La gerencia en ciencias de la salud a la luz de la bioética, es una porción dinámica del devenir ético y de los valores, lo que sin dudar merece revisión.

La gerencia, se refiere al proceso que hace cumplir las actividades con eficiencia y eficacia, basando su accionar en la experiencia y el conocimiento de las situaciones de incertidumbre en toda labor. La planificación, organización, dirección y control, son aspectos necesarios en la actividad gerencial. Ahora bien, corresponde llevar acá los aspectos mencionados al campo de la salud lo que implica también, el manejo de información calificada que ha de producirse en el

centro de salud, además, el interesante concepto del secreto profesional, derecho esencial del ser humano inherente a la persona y relacionada con su autonomía. Otro punto no menos importante, corresponde al consentimiento informado, el cual es un documento de gran valor, de uso obligatoriamente necesario pero que en ocasiones se obvia y todo lo que representa este documento médico legal para la institución en cuestión, ello así contemplado es ocupación de la gerencia bioéticamente comprometida. Son varios los enfoques técnicos o herramientas gerenciales que buscan los mejores resultados en las organizaciones y su relación con la ética o bioética no escapa de ese enfoque.

En el ambiente médico, el secreto profesional ha de ser considerado elemento esencial en la relación galeno – paciente, y se refiere a lo que no debe ser revelado para así salvaguardar la integridad del sujeto con respeto a su autonomía. Ahora bien, tiene lugar mencionar el juramento Hipocrático donde se sostiene la importancia en evitar revelar los aspectos que se conozcan referente a la vida de las personas, y esta consideración no es tema de moda ni por estar en el tapete. La revisión de diversos documentos internacionales como los de la región, desde la Carta Magna, la Ley de ejercicio de la Medicina como el Código de Deontología Médica, así lo consideran. Y hasta de eso, aún no pareciéndolo, ha de ocuparse la gerencia.

El gerente en salud, maneja un patrimonio, con el cuál ha de ser consecuente en el uso y beneficio para los usuarios y no solo para algunos sectores. Las decisiones que él toma, positivamente, pueden producir repercusiones e implicaciones, errores y daños, siendo ellos de buena o mala fe. Todo esto lleva a pensar en que se debe tener una sólida preparación tecnocientífica con alta conciencia ética y sentido social de ayuda a la colectividad.

Valores, ética y bioética.

Los valores forjan la descripción del individuo, muestran un sistema de vida y cultura propiamente donde se ancla cierta escala de creencias personales, lo que resulta fuertemente influyente en la cultura organizacional. Los valores a grandes rasgos pueden llegar a considerarse una conducta ante la sociedad. Ellos vienen a ser, la concepción práctica de normas heredadas de generación en generación del individuo en sociedad. Estas normas están soportadas sobre los valores que rigen al individuo en función de sus creencias para el logro de los objetivos de vida.

La Ética, es un punto de debate común entre los avances de la ciencia y el desarrollo humano, pero es en el campo de la ciencia donde la ética resurge con gran vigor. El conocimiento de la ética contempla algunos textos donde se asientan normas para la práctica médica, además, de penalizaciones para la mala praxis y otros varios aspectos. En fin, se trata de buscar una conducta

humana a beneficio del paciente, del individuo, su entorno y la comunidad. En otro punto, en el siglo XX se evidencia la influencia por la cuestión moral en varias esferas, una parte de ellas van apegadas a las razones económicas y políticas. Y la medicina además de otras profesiones de la salud no escapan de ello, éstas tienen una escala de valores y preceptos característicos, los que interactúan con la cultura a la cual pertenecen. Y a la luz de la gerencia, la ética nunca ha de quedar de lado, ni relegada y menos olvidada.

Como consecuencia de algunas de estas razones, la combinación de las ciencias biológicas con el saber humanístico da pie a **la bioética**, donde se refuerza el debate específico entre ciencias humanas y experimentales. Se estudia de forma sistemática la conducta humana hacia la vida, examinada a la luz de los valores y principios éticos, además de promover el cambio ambiental. Desde el momento del uso del término la bioética, se refiere al obrar según la conciencia personal, según las normas comunitarias, las leyes y normas ambientales. Por lo tanto, la bioética busca la calidad de vida personal y en comunidad, sumergida en su ambiente y su cultura. Así se busca, una comprensión global de la bioética, donde se coloque en la parte más amplia del sector salud, ofrecer una visión interpretativa de gran respiro y estructura con sentido crítico, para que así la gerencia diseñe sobre la novedad, parámetros de referencia inmediata capaces de atender demandas sin despego de los principios.

Una gerencia acertada ha de conocer los parámetros de rigor ético necesarios para un ejercicio en salud ajustado a las normas y códigos de ejercicio profesional, ello se extiende hasta contemplar el manejo de las historias clínicas, las evidencias fotográficas, la participación en investigaciones científicas, como la intervención del equipo de salud. Actualmente, la gerencia con apego a la bioética, se extiende hasta el uso de documentos como el consentimiento previo informado, no solo para los clínicos, sino además para el personal involucrado en las etapas gerenciales, asimismo a de extenderse para cubrir políticas de publicidad, mercadeo y marketing. En ninguno de estos casos se debe perder el manejo con discreción de la información, la confidencialidad y la eticidad del caso.

Según el título, como se relacionan ambos campos.

Ahora bien, es tiempo de ubicarse en un área de servicio médico, de RX, de laboratorio clínico, como de consulta odontológica. Por nombrar algunos, todos ellos tienen en común el servicio, la atención, los pacientes, los valores y la vocación de servicio, rasgos importantísimos del capital humano. Es allí donde se propicia la ética o la bioética por estar en contexto de la salud, la cual resulta un gran desafío para comprender la gerencia a la luz de la bioética, comenzando por traer la definición del desempeño organizacional. Al hacer referencia a la ética es de acotar el conjunto

de principios morales y valores que definen lo correcto o no, para una persona o un grupo. Sujetarse a tales principios y valores se considera un comportamiento ético, y llevado al campo de la bioética se incluye la vida, la participación del sujeto como su huella sobre el medio ambiente. Vale acá decir, que todo sistema de competencia organizacional con buena gerencia se basa en los valores de confianza y justicia. Además de otros conceptos relevantes a nivel gerencial sin escatimar en nunca desvincularse a quien se sirve y quien sirve, enfocando esfuerzos en la atención al ser humano.

Existen habilidades gerenciales muy interesantes, entre las que se pueden mencionar las habilidades técnicas, humanas y conceptuales. Siendo de interés en estas líneas particularmente las habilidades humanas, ellas se refieren al desarrollo del trabajo con otras personas, donde destacan la comunicación, motivación e inspiración, siendo el equipo humano involucrado en las labores como jefe o subalterno, es un sistema organizacional que produce cambios a la luz de los valores y principios éticos. Se trata de una responsabilidad social que refiere la actitud y el comportamiento de los sujetos de la institución ante exigencias sociales.

Al examinar los desafíos del sector salud del panorama institucional en la región, desde el norte hasta el sur, resulta evidente que en el campo de la salud figuran variados conceptos, entre ellos están la equidad y calidad de servicio, como el uso racional de los recursos, para ambos casos, se maneja el argumento político, los costos, los financiamientos como la inherente formación del personal que allí desempeña labores. Resulta que dentro de esta perspectiva es evidente encontrar la relación entre gerencia y ciencias de la salud, identificando las áreas de interacción y la multiplicidad de variables que afectan los problemas de salud.

La bioética tiene injerencia tanto en los problemas del ejercicio clínico, como en los aspectos sociopolíticos de la salud. Ella también ingresa en el campo de la atención en salud con el fin de equilibrar el avance tecnocientífico. Es consecuencia que el profesional de la salud, gerente de un servicio sanitario, posea una franca y sólida formación para humanizar la atención de los pacientes. Apalancando el cuerpo teórico/práctico en la incursión de los problemas éticos derivados de las caras de las ciencias biológicas, sociales y de salud.

Al ser la salud un derecho innegable, inherente a todo ser humano, es oportuno mencionar la pertinencia que la gerencia altamente efectiva, accione bajo el manto del principio de justicia, el cual debe asegurar la equidad y adecuada distribución de recursos que, sumado al principio de igualdad, garantice el mínimo necesario para una asistencia humana y eficiente, en las diferentes instalaciones hospitalarias; lo cual permite el mejoramiento y excelencia en el área de salud.

Reflexiones

El denominador de la bioética ha de ser común en la práctica gerencial, en la mediación de problemas inesperados como en la suscripción de principios y valores característicos del recurso humano. La bioética, en esencia, ha de considerar el respeto a los demás, constituyendo un acontecimiento importantísimo en el proceso gerencial como en el campo moral. Desde el punto de vista de la autora, la clave de las relaciones humanas altamente efectivas, que asegura un ganar-ganar en el campo gerencial involucra la bioética. Entender a los actores en todo escenario, siendo común el denominador de la bioética, se suscribe sin ecua non a los principios éticos y morales de cada persona.

En el manejo de las normas éticas el profesional de la salud debe tener en cuenta, el manejo de la información, la obtención de la misma, el uso del consentimiento informado, la evasión de la discriminación y por sobre todo el respeto a la confidencialidad. Resulta incuestionable la posibilidad de un ejercicio gerencial ajeno a la bioética, ello es casi imposible.

Estoy segura de haber paseado, livianamente, por algunas consideraciones generales que respaldan la imperiosa necesidad de dialogar de la bioética, de buscar su relación en el entorno gerencial atendiendo a cubrir espacios actuales donde el estudiante y el profesional, no escapan de la lista de quienes con paso firme van rumbo a una cultura bioética.

MALTRATO LABORAL PERCIBIDO POR MÉDICOS ASISTENCIALES Y DE POSGRADO. HOSPITAL “DR. RAFAEL CALLES SIERRA”. FALCÓN.

Workplace mistreatment perceived by care and postgraduate doctors. Hospital “Dr. Rafael Calles Sierra”. Falcon

Goncalves Pereira, María de Luz ¹
González Colina, Guillermo Jesús ²
Lugo Bello, Vianney Alejandra ³
Rodríguez Polanco, Elaudi del Valle ⁴
Suárez Bello, Felipe Armando ⁵

¹ Email: mariadeluz100@gmail.com. ORCID: 0009-0000-2366-6081

² Email: guillego70@gmail.com. ORCID: 0009-0005-7248-0191

³ Email: vianneyalejandra27.valb@gmail.com. ORCID: 0009-0003-3708-5386

⁴ Email: elaudirodriguez@gmail.com. ORCID: 0000-0001-5659-1063

⁵ Email: suarezbravo@gmail.com. ORCID: 0009-0008-9260-013X

RESUMEN

Introducción: Maltrato se refiere al comportamiento que asumen dos o más personas, causando daño, con consecuencias en su salud mental, física, calidad de vida y capacidad para funcionar en la sociedad. **Objetivo:** Comparar el maltrato laboral percibido entre los médicos residentes asistenciales y de postgrado del Hospital “Dr. Rafael Calles Sierra”, Punto Fijo, Falcón. **Metodología:** Estudio descriptivo, comparativo, de campo, no experimental, transversal, ex post facto. Con muestreo no probabilístico intencional, fueron seleccionados 59 residentes, 20 clínicos, 27 quirúrgicos y 12 asistenciales (año 2023). Se evaluó frecuencia e intensidad del maltrato utilizando el Modelo 1 de CISNEROS; a través del número total de estrategias de acoso (NEAP), índice global de acoso psicológico (IGAP) y el índice medio de la intensidad de las estrategias de acoso (IMAP), el Modelo 2 para el tipo de maltrato. **Resultados:** Sexo femenino 64,41%, edad promedio 28,59 años; 45,76% de postgrado quirúrgico; 44,07% cursó en 2023 primer año de residencia. Las medias en la frecuencia e intensidad del maltrato a través del NEAP, IGAP y el IMAP, fueron 17,22; 2,07 y 8,29 respectivamente. El NEAP y IGAP predominó en residentes acosados y femeninos, el IMAP en no acosados, masculinos. 77,27% de los superiores, fue perpetrador. El NEAP e IMAP fue mayor en residentes de postgrado clínico: 20,38 y 2,29; el IGAP fue mayor en residentes asistenciales, media 14,42. Hay diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos de residentes ($p < 0,05$), en todos los índices. **Conclusión:** Los residentes perciben maltrato laboral en el Hospital objeto de estudio.

Palabras clave: Maltrato laboral, mobbing, escala CISNEROS.

ABSTRACT

Introduction: Abuse refers to the behavior assumed by two or more people, causing harm, with consequences on their mental and physical health, quality of life and ability to function in society. **Objective:** Compare the perceived workplace mistreatment between care and postgraduate resident physicians at the “Dr. Rafael Calles Sierra”, Punto Fijo, Falcón. **Methodology:** Descriptive, comparative, field, non-experimental, transversal, ex post facto study. With intentional non-probabilistic sampling, 59 residents were selected, 20 clinical, 27 surgical and 12 healthcare (year 2023). Frequency and intensity of abuse were evaluated using CISNEROS Model 1; through the

total number of bullying strategies (NEAP), global index of psychological bullying (IGAP) and the average index of the intensity of bullying strategies (IMAP), Model 2 for the type of abuse. Results: Female sex 64.41%, average age 28.59 years; 45.76% surgical postgraduate; 44.07% completed their first year of residency in 2023. The means of the frequency and intensity of abuse through the NEAP, IGAP and IMAP were 17.22; 2.07 and 8.29 respectively. The NEAP and IGAP predominated in harassed and female residents, the IMAP in non-harassed, male residents. 77.27% of the superiors were perpetrators. The NEAP and IMAP were higher in postgraduate clinical residents: 20.38 and 2.29; The IGAP was higher in care residents, mean 14.42. There are statistically significant differences between both groups of residents ($p < 0.05$) in all indices. Conclusion: Residents perceive workplace abuse in the Hospital under study.

Keywords: Workplace abuse, mobbing, CISNEROS scale.

INTRODUCCIÓN

El maltrato es concebido como el comportamiento que asumen dos o más personas causando daño físico, emocional o psicológico, y puede manifestarse como maltrato físico, verbal, psicológico, sexual, financiero, laboral, institucional, infantil y a personas mayores, pudiendo tener graves consecuencias para la salud mental y física de las víctimas, afectando su calidad de vida y su capacidad para funcionar en la sociedad. En este sentido, el maltrato, es un problema global que afecta a personas de todas las edades, géneros, culturas y orígenes. Según el informe anual de resultados globales del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), se estima que 1 de cada 2 niños en todo el mundo ha sufrido algún tipo de violencia en el año 2021. Además, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), 1 de cada 3 mujeres (30%) en todo el mundo ha experimentado violencia física o sexual por parte de una pareja íntima o violencia sexual por parte de otra persona en algún momento de su vida^{1,2}.

En Venezuela, según el informe del Observatorio Venezolano de Violencia (OVV), se registraron 16.506 casos de violencia de género en el año 2020, siendo el estado Falcón uno de los estados con la tasa más alta de homicidios en el país. En el año 2023, la misma organización señala, que la violencia de género se mantiene invisibilizada por la inexistencia de información oficial para documentar el registro apropiado de los casos de feminicidios, trata, explotación sexual, lesiones, dado que no se establecen criterios e indicadores con datos desagregados, con enfoque de género y desde una perspectiva de derechos humanos, lo cual conlleva a datos dispersos, inexactos y poco confiables para conocer la naturaleza de la violencia contra las mujeres en la sociedad venezolana^{3,4}.

Por otra parte, el maltrato en ambientes educativos (*bullying*) o laborales (*mobbing*) es una conducta que ha ido en aumento, sus consecuencias pueden ser catastróficas, dado que pueden incidir en que las víctimas de estos tipos de maltrato lleguen incluso a suicidarse o que incurran en homicidio. Además, las consecuencias psicopatológicas en quienes sufren estos tipos de maltrato son frecuentes, pues afectan de manera negativa la vida futura de estas personas, su estado de

salud, sus relaciones sociales, así como su riqueza emocional ⁵.

Existen múltiples definiciones de maltrato laboral, de acuerdo con el Convenio sobre la violencia y el acoso (2019, num. 190, Art. 1) de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), define:

La expresión «violencia y acoso» en el mundo del trabajo designa un conjunto de comportamientos y prácticas inaceptables, o de amenazas de tales comportamientos y prácticas, ya sea que se manifiesten una sola vez o de manera repetida, que tengan por objeto, que causen o sean susceptibles de causar, un daño físico, psicológico, sexual o económico, e incluye la violencia y el acoso por razón de género ⁶.

Vale la pena destacar, que el maltrato laboral se presenta de manera muy frecuente en centros hospitalarios, donde estas conductas llegan a convertirse en una forma de socialización, pues se origina en un ambiente controlado, de autoridad no cuestionada y se utilizan juegos o bromas como reglas legitimadas por los mismos miembros del gremio médico, como parte de una cultura que promueve una actitud favorable para el aprendizaje y el desempeño laboral. Diversos estudios comprueban que el maltrato es una práctica común tanto en el pregrado, periodo de residencia como en el de especialización⁸.

En relación a lo antes mencionado, los estudios concuerdan en que las agresiones verbales son las más frecuentes, ocurriendo el maltrato con más frecuencia durante las rotaciones quirúrgicas y luego en las rotaciones en los Departamentos de Medicina Interna, Urgencias y Anestesia. Las consecuencias del maltrato laboral durante la formación académica de especialización incluyen la afectación del estado emocional, principalmente enojo, miedo o ansiedad, culpa, vergüenza, disminución de la satisfacción de realizar una residencia, disminución de la confianza, afectación del desempeño académico y la calidad de la atención que se les brinda a los pacientes, insatisfacción laboral y burnout, entre otras⁸.

Tomando en cuenta lo expuesto anteriormente se formula la siguiente interrogante: ¿Existe o no, diferencia en la percepción del maltrato laboral entre los médicos residentes asistenciales y de postgrado del Hospital “Dr. Rafael Calles Sierra”, de Punto Fijo, estado Falcón?

Es así, como el maltrato laboral es un problema global que afecta a millones de trabajadores en todo el mundo, por lo tanto la Organización Internacional del Trabajo (OIT) ha identificado la violencia en el lugar de trabajo como un problema importante que debe abordarse a nivel mundial. Para minimizar o erradicar el maltrato laboral, se han implementado varias estrategias a nivel mundial, incluyendo la legislación internacional y nacional⁹.

De igual manera, la OIT ha desarrollado una serie de convenciones y recomendaciones para

proteger a los trabajadores contra la violencia en el lugar de trabajo. Estos incluyen el Convenio sobre la violencia y el acoso (núm. 190) y la Recomendación sobre la violencia y el acoso (núm. 206). Además, se ha establecido un programa de acción global para abordar la violencia en el lugar de trabajo, que incluye la promoción de políticas y prácticas laborales saludables y seguras, la capacitación de los trabajadores y empleadores, y la promoción de la igualdad de género⁹.

A nivel internacional, muchos países han implementado leyes y regulaciones para proteger a los trabajadores contra el maltrato laboral. Por ejemplo, en los Estados Unidos, la Ley de Normas Laborales Justas (FLSA) establece los estándares mínimos para el salario mínimo, las horas de trabajo y el pago de horas extras. Así mismo, la Ley de Normas de Empleo Justo (FELA) protege a los trabajadores ferroviarios contra el maltrato laboral y otros peligros laborales¹⁰.

Con respecto al marco normativo del acoso en Venezuela, el acoso laboral y sexual se encuentran regulados tanto en la Ley Orgánica del Trabajo, los Trabajadores y las Trabajadoras (LOTTT), como en la Ley Orgánica de Prevención, Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo (LOPCYMAT). A su vez, una de las novedades de la LOTTT fue, que incluyó la mención expresa al acoso laboral y acoso sexual, y estableció que se consideran como una causa de retiro justificado del trabajador y, en ese sentido, la procedencia de las indemnizaciones establecidas en el artículo 92, y de ser el caso las establecidas en la LOPCYMAT, o la condenatoria por daño moral en aquellas demandas en las que el extrabajador lo requiera¹¹.

De allí que, es pertinente hacer cumplir y seguir estas políticas, generando un entorno amplio para denunciar el acoso, como la realización de auditorías y revisiones periódicas en la búsqueda de identificar cualquier laguna o aspecto susceptible de mejora. Por último, proporcionar apoyo a los empleados que han sufrido acoso es fundamental tanto para su bienestar como para la salud en general de la organización; Por ende, un enfoque proactivo para prevenir el acoso laboral protege los derechos y la dignidad de los empleados, así como también contribuye a una cultura laboral positiva y productiva¹².

En otro orden de ideas y en relación a los antecedentes de la investigación, se tienen los siguientes:

Méndez, F; Rodríguez A y Ríos G. (Paraguay, 2023) realizaron una investigación con el objetivo de determinar la percepción sobre el maltrato en médicos residentes de un hospital de Paraguay. Metodología: estudio observacional, descriptivo de corte transversal, muestra de 240 residentes de diferentes especialidades. Resultados: edad promedio de 27,3 ±1,6, 52,08% del sexo masculino. En cuanto al maltrato psicológico, el 98,33% recibió críticas o humillaciones, un 92,08% fue víctima de gritos y el 39% de guardia como castigo. Del maltrato físico, el 9% de los residentes recibió golpes o empujones. Acerca del maltrato sexual, un 7,92% refirió haber recibido

comentarios sexuales sobre su cuerpo o parte de él y 2% expuesto a material pornográfico. El perpetrador con mayor frecuencia (56,78%) fue el residente superior. Conclusión: existe una alta frecuencia de maltrato en la formación de los médicos residentes. Se destaca el maltrato psicológico en mayor proporción y al residente superior como principal perpetrador¹⁹.

En Paraguay (2022), los autores Real, R y Ayala, A., presentaron un estudio titulado: Maltrato a residentes de Medicina del Paraguay en 2022: estudio multicéntrico. Metodología: Diseño observacional y corte transversal, incluyendo a 348 residentes. Se implementó un cuestionario de 23 preguntas que evalúa el maltrato psicológico, físico, académico y sexual. Resultados: Edad media de 28 ± 3 años con predominio del sexo femenino (63,2%). Participaron residentes de 32 hospitales, la mayoría era de 1° año (50,3%) y de especialidades clínicas (60,6%). El 97,4% refirió algún grado de maltrato. Relacionando las especialidades con el maltrato, el mismo fue mayor en las quirúrgicas: RR 1,4 IC 95% 1,0-1,9 (p 0,01). En cuanto a los principales responsables del maltrato fueron los residentes superiores (55,2%) y los jefes de salas (31,8%). Conclusión: El maltrato fue referido por 97,4% de los residentes, siendo mayor en las especialidades quirúrgicas. Urge aplicar medidas preventivas para evitar este tipo de abusos durante la residencia ²¹.

Derive, S. y colaboradores (2018), realizaron en México un trabajo de investigación titulado: Percepción de maltrato durante la residencia médica en México: medición y análisis bioético. Metodología: Estudio descriptivo, transversal y observacional, muestra dada por 143 médicos residentes de todas las especialidades y subespecialidades médicas y quirúrgicas. Resultados: Un 84% refirió maltratos, siendo el más frecuente el psicológico (humillaciones, 78%), seguido por el académico (guardias de castigo, 50% y negación de la enseñanza, 40%) y por el físico (16% recibieron golpes, 35% fueron privados de alimentación y 1% de ir al baño durante sus guardias). El maltrato psicológico y físico fueron más frecuentes en especialidades quirúrgicas y los principales responsables de los maltratos fueron residentes de jerarquía superior y médicos de base. Conclusión: Los maltratos durante la residencia son muy frecuentes y afectan los derechos humanos y la dignidad de los residentes ²².

Las evidencias anteriores permiten inferir que el maltrato es la acción y efecto de maltratar, el concepto está vinculado a una forma de agresión en el marco de una relación entre dos o más personas¹³. Conviene destacar, que el perfil del maltratador posee rasgos y características que lo definen, mayoritariamente, este tipo de personas sufren problemas en la esfera psicológica, algunos han crecido en familias poco estructuradas o disfuncionales, y en entornos que favorecen el desarrollo de este tipo de personalidad. Dentro de las características de estas personas están: ser intolerantes, autoritarias, psicológicamente inflexibles, agresivas, crueles e insensibles. Sin embargo, lo que más resalta que se observa en ellos es que suelen mostrarse agradables al

principio, son chantajistas y se sienten ofendidas con facilidad ¹⁴.

Vale la pena destacar que existen varios tipos de maltrato cada uno con características diferentes que lo definen, sin embargo, se hará una breve descripción del Maltrato laboral o *mobbing*, que interesa a esta investigación.

Maltrato laboral o *mobbing*, ocurre en el ámbito laboral, este tipo de maltrato puede ser instrumental o puede estar inducido o facilitado por aspectos psicológicos como los prejuicios, la impulsividad, la irritabilidad, entre otros, es un acontecimiento estudiado desde distintas disciplinas científicas, constituyéndose la violencia laboral como una de las temáticas relevantes a ser considerada en la sociedad actual, abordada en la complejidad de su construcción y sentido. Así se ha verificado, en el campo del trabajo, la categoría de la intersubjetividad y con énfasis fundamental en el modo de configurarse, lo que juega un rol decisivo sobre todo en las vivencias de bienestar o sufrimiento laboral, como construcción intra e intersubjetiva de los proyectos de vida laborales de los sujetos ¹⁴. La OMS define el acoso laboral o *mobbing* como el comportamiento agresivo de uno o más miembros de un equipo de trabajo hacia un individuo de dicho grupo, con el objetivo de producir miedo, desprecio o depresión en ese trabajador, hasta que renuncie o sea despedido¹⁵.

Así mismo, el maltrato laboral puede ser definido como cualquier comportamiento negativo, intencional y repetitivo que se dirige hacia un trabajador o grupo de trabajadores, y que puede afectar su salud física o psicológica, su dignidad, su autoestima, seguridad, estabilidad laboral, rendimiento, productividad, creatividad, motivación, satisfacción laboral, calidad de vida, entre otros aspectos. Es importante destacar que el maltrato laboral no solo afecta al trabajador, sino que también puede tener consecuencias negativas para la organización, como el aumento del absentismo, la disminución de la productividad, el deterioro del clima laboral, la pérdida de talentos, la mala imagen, entre otros ¹⁶.

Por otra parte, dentro de las características propias del *mobbing* se encuentra que: es intencional, ya que el acosador busca realmente causar daño a su víctima; es horizontal o vertical, son conductas ordenadas y relacionadas y los hechos vertidos en la demanda coinciden con la dinámica de hostilidad. Dentro de este marco, un perpetrador se define como un patrón continuo de control coercitivo que involucra varias formas de intimidación y abuso psicológico y físico. Las características de personalidad que han sido atribuidas al perpetrador o acosador son variadas, planteando que puede ser excesivamente controlador, celoso, con ansias de poder y con limitadas competencias sociales. Así mismo, en el curso del acoso psicológico está estrechamente relacionado con la autoestima del agresor, siendo que una autoestima excesivamente elevada puede conllevar a comportamientos arbitrarios, asociado a el excesivo perfeccionismo, la

arrogancia y el narcisismo ¹⁷.

En tanto que, es importante tener en cuenta que cada institución tiene su propio clima laboral, y por ende cada persona lo percibe de forma diferente ya que están influenciadas por los aspectos propios culturales de cada una. Por lo que, encontrar dos organizaciones que tengan el mismo clima laboral no sea posible, manifestándose la interrelación entre las características personales de cada individuo y, a su vez, de la organización, lo que conlleva a que cada persona formule una valoración o construcción de rechazo, como de aceptación o de tolerancia que pueda verse reflejado en sus actitudes, comportamientos, generando como resultado con el pasar del tiempo en frustraciones o logros en el ámbito personal, social, económico y laboral ¹⁷.

No obstante, la buena convivencia y el buen clima laboral otorgan beneficios como: buen desempeño académico, mejora la motivación y autoestima de estudiantes y docentes, mejora la confianza y el desarrollo personal, con el objetivo de formar personas íntegras tanto a nivel intelectual como personal; siendo entonces, que el clima propicio es un ambiente de confianza, cohesión y respeto mutuo, con reconocimiento y valoración de lo que somos; mientras que, un clima laboral negativo basado en la desconfianza, la inseguridad, el temor, la falta de apoyo y malos tratos, puede generar estrés, descontento, interferir en la atención, en la memoria, en la comprensión de lo que se trata en las clases, disminuye las ganas de trabajar y afecta negativamente en el aprendizaje, rendimiento y relaciones. Estudios demuestran que malos tratos entre compañeros pueden disminuir rendimientos y resultados hasta en un 14% ¹⁷.

Cabe considerar por otra parte, que los médicos residentes representan una parte importante en el trabajo de los hospitales tanto a la prestación de atención médica se refiere, y por ser quienes también auxilian a los médicos responsables, y en algunos casos representan la fuerza laboral durante los turnos vespertinos, nocturnos y en los días no hábiles. En este contexto, las condiciones de trabajo han sido adversas, con jornadas prolongadas de trabajo, pocas horas de descanso que, además, deben cumplir con el estudio de los conocimientos básicos e investigación, todo con la finalidad de adquirir destrezas teórico-prácticas con el mejor sustento académico. El clima laboral y su relación con el ambiente clínico de aprendizaje, donde se encuentran involucrados los residentes médicos y que les haga sentirse cómodos durante su preparación como especialistas es de vital importancia, para ellos y para el hospital sede, donde realizan su residencia ¹⁷.

De igual manera, y de forma paralela a la formación científica se transmite el más alto sentido ético, de disciplina y compromiso, todo ello con el interés de fortalecer el desarrollo científico con el mayor profesionalismo. Sobre la base de las ideas expuestas, la determinación del clima laboral como factor determinante en los procesos de aprendizaje de los residentes es pertinente, se deben

evaluar variables que puedan dar una visión lo más cercana a la realidad del clima de una institución, una forma de poder saberlo es preguntar a cada integrante del grupo cuáles son las variables que lo ayudan u obstaculizan su desarrollo laboral y académico, lo que puede dar una tendencia y puede ayudar a tomar decisiones de conducta ¹⁷.

Es por ello y dada la importancia que ha tenido el acoso laboral a nivel mundial, que se han creado instrumentos de medición para el mismo, en tal sentido se tiene la Escala CISNEROS como herramienta de valoración del *mobbing* con validación internacional. Este cuestionario fue diseñado por Piñuel y Fidalgo en 2004 para identificar, medir y evaluar el acoso psicológico en una organización. Este cuestionario de carácter autoadministrado está compuesto por 43 ítems que objetivan y valoran 43 conductas de acoso psicológico. Dicho cuestionario forma parte del Barómetro CISNEROS® (Cuestionario Individual sobre Psico terror, Negación, Estigmatización y Rechazo en Organizaciones Sociales), integrado por una serie de escalas cuyo objetivo es sondear de manera periódica el estado, y las consecuencias de la violencia en el entorno laboral de las organizaciones ¹⁸.

Inicialmente, esta escala objetiva 43 conductas de acoso psicológico solicitando de la persona que responde que valore en una escala de 0 (nunca) a 6 (todos los días) el grado en que es afectada por cada una de las conductas de acoso. Así mismo, la forma de Corrección de la Escala CISNEROS, se realiza atendiendo a tres índices, de manera similar a la propuesta para el cuestionario LIPT-60 (cuestionario escalar autoadministrado que objetiva y valora 60 diferentes estrategias de acoso psicológico) ¹⁸.

Ahora bien, el número total de estrategias de acoso (NEAP), es un simple recuento de las respuestas diferentes de cero, que informa el número total de estrategias de acoso sufridas. El índice global de acoso psicológico (IGAP), es igual a la suma de la puntuación en los ítems dividida del número de ítems, es un índice global del grado de acoso sufrido. Este índice ofrece la misma información que se obtendría de utilizar la puntuación total en el test (en una escala de 0 a 258 puntos), con la ventaja de que dicha información se expresa ahora en la misma escala en la que se responden los ítems (de 0 a 6). Además, el índice medio de la intensidad de las estrategias de acoso (IMAP), es igual a la suma de la puntuación en los ítems dividida entre el valor del índice NEAP; este índice indica la intensidad promedio de las estrategias de acoso sufridas ¹⁸.

Finalmente, el valor en IMAP es siempre mayor o igual que IGAP, ya que el primero divide el sumatorio de la puntuación en los ítems por el número de respuestas positivas, en tanto el segundo divide siempre por el número total de ítems (43). De esta forma, diferencias muy grandes entre IMAP e IGAP indican que el sujeto sufre pocas conductas de acoso pero que las que

experimenta son muy intensas¹⁸.

Teniendo en cuenta la limitada investigación científica nacional y, sobre todo, regional, acerca de esta temática, se plantea realizar un estudio cuyo objetivo es comparar el maltrato laboral percibido entre los médicos residentes asistenciales y de postgrado del Hospital “Dr. Rafael Calles Sierra”, de Punto Fijo, estado Falcón, durante el año 2023. De manera específica, establecer las características de la población de estudio, explicar el tipo y frecuencia de maltrato laboral entre los residentes asistenciales y de postgrado, caracterizar el perpetrador del maltrato y asociar el tipo y frecuencia de maltrato laboral entre los residentes asistenciales y de postgrado.

Materiales y métodos

Se realizó estudio descriptivo, comparativo, de campo, no experimental, de corte transversal, ex post facto. La población conformada por todos los médicos residentes asistenciales y de postgrado que trabajaron en el Hospital “Dr. Rafael Calles Sierra”, de Punto Fijo, estado Falcón, durante el año 2023, para un total de 71 residentes, agrupados de la siguiente manera: Postgrado Clínico con 26 residentes (Anestesia: 9 y Medicina Interna: 17); Postgrado Quirúrgico con 31 residentes (Ginecología y Obstetricia: 13 y Traumatología y Ortopedia: 8 y Cirugía: 10 residentes) y 14 Residentes asistenciales. La Muestra estuvo conformada por 59 residentes, de los cuales 20 de ellos pertenecían a los postgrados clínicos, 27 de los postgrados quirúrgicos y el restante, 12 residentes de tipo asistencial. Seleccionada a través de muestreo no probabilístico intencional, en base a criterios de inclusión: Médicos residentes asistenciales y de postgrado que trabajaron en el Hospital “Dr. Rafael Calles Sierra”, de Punto Fijo, estado Falcón, durante el año 2023, indistintamente de su edad y género. Tener mínimo 1 año en la institución. Aceptar su participación en el trabajo de investigación y firma del consentimiento informado (anexo1).

La técnica de Recolección de Datos fue la encuesta y en base a los objetivos planteados se seleccionó un instrumento de recolección de datos, semiestructurado, a preguntas abiertas y cerradas, tipo cuestionario que consta de tres (3) partes; en la primera parte se registran los datos inherentes a las características de la población de estudio como edad, sexo y lo relacionado a su condición actual en la institución (tipo y año de residencia). La segunda parte con 45 preguntas cerradas con opción a una sola respuesta, correspondiente la Escala CISNEROS, que forma parte del Barómetro CISNEROS (Cuestionario Individual sobre Psico terror, Negación, Estigmatización y Rechazo en Organizaciones Sociales) dividido de la siguiente forma: 43 preguntas relacionadas al tipo de hostigamiento (comportamiento), seleccionando la opción según la frecuencia del hostigamiento recibido en base a una escala de Likert que incluye 7 opciones y la pregunta 45 que permite identificar al autor/es de dichos hostigamientos. En la tercera parte del instrumento,

estos 43 ítems a su vez están agrupados para su análisis en 4 Modelos de factores independientes (anexo 2). En relación a la validación del instrumento, la escala Cisneros es un cuestionario de carácter auto administrado compuesto por 43 ítems que objetivan y valoran 43 conductas de acoso psicológico, validado internacionalmente.

Para el procesamiento de datos: se utilizó la tabulación automática (computarizada), a través de Google Drive y posteriormente agrupación manual y la codificación, se realizó en aquellos casos donde se asociaron 2 o más variables. Se seleccionaron tablas, obtenidas de forma computarizada a través del software Excel de Microsoft Office® 2021 edición Profesional para la representación gráfica. Se aplicó la estadística descriptiva en base a distribución de frecuencia, representada en cifras absolutas y porcentuales. En aquellos casos de asociación de variables, se utilizó la estadística inferencial, aplicando el Chi cuadrado para variables cualitativas, con significancia estadística de $P < 0,05$, a través del Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales IBM® SPSS (por sus siglas en inglés).

Este estudio fue aprobado por las autoridades y comité de ética del Hospital “Dr. Rafael Calles Sierra”, posteriormente se realizó una visita a cada Servicio Médico y Quirúrgico de la institución (Medicina Interna, Anestesiología, Cirugía General, Traumatología y Ortopedia, y Gineco-Obstetricia), explicado al personal médico (Jefes de Servicio, de Departamento, coordinadores de postgrado y residentes) la finalidad y beneficio de la investigación, se solicitó a cada coordinador de postgrado la información relacionada con el correo electrónico de cada uno de los residentes, con la finalidad de hacer la invitación formal a participar en el estudio.

El estudio se realizó en 3 fases: Primera fase: se envió un correo electrónico a todos los residentes que trabajan en la institución, explicando la finalidad de la investigación y su beneficio, se anexó el consentimiento informado, a través de una Google Form, cada residente que aceptó participar reenvió el consentimiento informado aceptando su participación con sus respectivos datos. Segunda fase: todos los residentes que firmaron el consentimiento informado, fueron incluidos como parte de la muestra y recibieron por correo electrónico una Google Form con el instrumento de recolección de datos, en el cual se excluye información personal manteniendo la confidencialidad del mismo, este formulario una vez respondido y reenviado por correo se guardó automáticamente en una base de datos. Tercera fase: las respuestas fueron agrupadas automáticamente en Google drive para su posterior procesamiento y análisis.

RESULTADOS

Tabla 1. Características de la población en estudio.

SEXO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Femenino	38	64,41

Masculino	21	35,59
GRUPO DE EDAD (X 28,59 años)		
20 – 24	1	1,69
25 – 29	38	64,42
30 – 34	17	28,81
35 y más	3	5,08
TIPO DE RESIDENCIA		
Residencia Asistencial	12	20,34
Postgrado Clínico	20	33,90
Postgrado Quirúrgico	27	45,76
AÑO DE RESIDENCIA		
Primero	26	44,07
Segundo	18	30,51
Tercer y cuarto año	15	25,42
TOTAL	59	100,00

Tabla 2. Tipo y frecuencia del maltrato.

Modelo 1. F1 Acoso Psicológico.				
		NEAP	IGAP	IMAP
Total, de la muestra	Media	17,22	2,07	8,29
	D.E.	12,00	1,15	9,74
No Acosados	Media	11,4324	1,5089	10,2211
	D.E.	9,63080	,58626	11,85803
Acosados	Media	26,9545	3,0009	5,0455
	D.E.	8,97339	1,26912	1,78689
Sig. (Valor p<0,05)		0.000	0.000	0.047

Modelo 2. F6 Factores Correlacionados.

		Prueba Levene para igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bl)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
									Inferior	Superior
F1. Violencia verbal	SHAVI	23,86	,000	5,63	57	,000	9,89	1,76	6,37	13,4
	NSHAVI			4,73	26,03	,000	9,89	2,09	5,59	14,18
F2. Intimidación	SHAVI	8,02	,006	5,31	57	,000	7,28	1,37	4,53	10,03
	NSHAVI			4,71	30,35	,000	7,28	1,55	4,12	10,44
F3. Aislamiento emocional	SHAVI	16,89	,000	4,57	57	,000	4,32	,947	2,43	6,22
	NSHAVI			3,93	27,97	,001	4,32	1,1	2,07	6,57

F4. Maltrato humillación	SHAVI	30,86	,000	4,93	57	,000	14,83	3,01	8,81	20,86
	NSHAVI			3,94	23,1	,001	14,83	3,76	7,05	22,62
F5. Sabotaje Situaciones deshonestas	SHAVI	15,93	,000	5,72	57	,000	10,12	1,77	6,58	13,67
	NSHAVI			4,86	26,92	,000	10,12	2,08	5,85	14,4
F6. Desacredita Profesional	SHAVI	10,22	,002	5,86	57	,000	17,71	3,02	11,66	23,76
	NSHAVI			5,08	28,41	,000	17,71	3,49	10,57	24,85

Se han asumido varianzas iguales (SHAVI).

No se han asumido varianzas iguales (NSHAVI).

Tabla 3. Caracterización del perpetrador del maltrato.

PERPETRADOR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Jefes o superiores	17	77,27
Compañeros de trabajo	3	13,63
Subordinados	1	4,55
Jefe y compañeros	1	4,55
TOTAL	22	100,0

Tabla 4. Maltrato percibido según sexo y tipo de residencia.

SEXO		NEAP	IGAP	IMAP
Femenino	Media	19,95	2,23	6,33
	D.E.	11,31	1,18	7,08
Masculino	Media	12,29	1,77	11,84
	D.E.	11,88	1,06	12,72
Sig. (Valor p<0,05)		0.018	0.148	0.036
TIPO DE RESIDENCIA		NEAP	IGAP	IMAP
Asistencial	Media	6,00	1,19	14,42
	D.E.	6,90	0,23	16,63
Clínico	Media	20,38	2,29	6,82
	D.E.	10,95	1,10	8,86
Quirúrgico	Media	19,33	2,25	6,94
	D.E.	12,04	1,27	5,02
Sig. (Valor p <0,05)		0.002	0.018	0.066

DISCUSIÓN

En relación a las características de la población en estudio, constituida por 59 médicos

residentes del Hospital “Dr. Rafael Calles Sierra”, se observa un predominio de residentes de sexo femenino en 64,41%, con edad promedio de 28,59 años; 45,76% forman parte de la residencia de postgrado quirúrgico (Ginecología y Obstetricia, Traumatología y Ortopedia, y Cirugía); Postgrado Clínico (Anestesia y Medicina Interna) 33,9%; y 20,34% residencia asistencial programada, de los cuales 44,07% cursaron durante el año 2023 su primer año de residencia, 30,51% segundo y 25,42% tercer y cuarto año (tabla 1).

En este aspecto, Real, R y Ayala, A. (2022), obtienen resultados similares, la edad media fue de 28 ± 3 años con predominio del sexo femenino (63,2%). 50,3% de primer año, sin embargo, en relación al tipo de residencia, 60,6% forman parte de especialidades clínicas.

Para evaluar la frecuencia e intensidad del maltrato se utilizó el Modelo 1. Acoso psicológico, propuesto por CISNEROS; a través de la evaluación del NEAP, IGAP y el IMAP, se aprecia una media para estos índices de: 17,22; 2,07 y 8,29 respectivamente. Al realizar la discriminación entre acosados y no acosados, para lo cual se tomó en cuenta la respuesta a la interrogante: “en el transcurso de los últimos meses, ¿ha sido Ud. víctima de por lo menos alguna de las anteriores formas de maltrato psicológico de manera continuada (con una frecuencia de más de una vez por semana)?” se observa el NEAP y el IGAP con predominio en los residentes acosados, mientras que al evaluar el IMAP se observa que es mayor en los residentes no acosados, realizando el análisis a través de la t student, se obtienen diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos de residentes ($p < 0,05$), en todos los índices.

Con la finalidad de discriminar el tipo de maltrato más frecuente se utilizó el Modelo 2, propuesto por CISNEROS; que incluye 6 factores correlacionados, observando en los residentes en general, mayor frecuencia en F4. Maltrato y humillación con una media de 30,86 y F1. Violencia verbal con media de 23,86; datos similares fueron encontrados por Méndez, F; Rodríguez A y Ríos G. (2023), con 98,33% y 92,08% respectivamente, es importante señalar que existe diferencia estadísticamente significativa entre las residentes víctimas de acoso y aquellos que manifiestan no ser acosados ($p < 0,05$ en los 6 factores estudiados) (tabla 2).

En lo que respecta a la caracterización del perpetrador del maltrato, se tomó en cuenta de igual manera la respuesta dada por las residentes víctimas, de por lo menos alguna de las formas de maltrato psicológico de manera continuada (con una frecuencia de más de una vez por semana) en el transcurso de los últimos meses, encontrando a los jefes o superiores responsables en el 77,27% de los casos. Derive, S. y colaboradores (2018) determinaron que los principales responsables de los maltratos fueron residentes de jerarquía superior y médicos de base (tabla 3).

Al momento de realizar la comparación entre los residentes, agrupándolos por sexo y tipo de

residencia se puede observar que el NEAP y el IGAP se incrementa en el sexo femenino, mientras que el IMAP es mayor para el sexo masculino, dando valor estadísticamente significativo únicamente para NEAP y el IMAP, es importante mencionar que esta variable no fue tomada en cuenta en las referencias consultadas.

Relacionando el tipo de residencia con el mobbing y su frecuencia, se observa que el NEAP y el IMAP es mayor en los residentes de postgrado, con una discreta diferencia a predominio del Clínico: 20,38 y 2,29; el Quirúrgico: 19,33 y 2,25 respectivamente, ahora bien, en relación al Índice medio de la intensidad de las estrategias de acoso es mayor en los residentes asistenciales con una media de 14,42. Realizando el análisis a través de la t student, se obtienen diferencias estadísticamente significativas en todos los índices de los grupos estudiados ($p < 0,05$). Los resultados obtenidos en la asociación de estas variables difieren de los estudios previos donde señalan al residente del área quirúrgica como la principal víctima de maltrato (tabla 4).

Entre las limitaciones de este estudio se tiene la difícil situación administrativa y asistencial que actualmente atraviesa la institución, la cual influye de manera negativa en la participación activa de los residentes en este tipo de actividades, sobre todo cuando se incluyen tópicos como el acoso o maltrato laboral y cuyos resultados pudieran repercutir de forma desfavorable en la relación entre los diferentes miembros del equipo de salud.

Aun cuando, la investigación iba dirigida a médicos residentes, toda la información a utilizar incluyendo el instrumento de recolección de datos debió ser revisado por las diferentes autoridades (jefes de servicio y coordinadores docentes), a fin de dar el aval necesario, lo cual retardo la recolección adecuada de la muestra.

De acuerdo a lo observado en la muestra de estudio, se concluye: en cuanto a las características de la población en estudio, constituida por 59 médicos residentes del Hospital "Dr. Rafael Calles Sierra", se observa un predominio de residentes de sexo femenino, con edad promedio de 28,59 años; de la residencia de postgrado quirúrgico, que cursaron durante el año 2023 su primer año de residencia. Se observa el NEAP e IGAP con predominio en los residentes acosados, mientras que al evaluar el IMAP se observa que es mayor en los residentes no acosados, con diferencias estadísticamente significativas. Hay mayor frecuencia en Maltrato y humillación. Se encontró a los jefes o superiores como los principales responsables del maltrato. El NEAP y el IGAP se incrementa en el sexo femenino y es mayor en los residentes de postgrado, con una discreta diferencia a predominio de los residentes de postgrado Clínico, mientras que el IMAP es mayor para el sexo masculino, con diferencia estadísticamente significativa únicamente para NEAP y el IMAP.

Luego de concluida la investigación se recomendó a las autoridades de la institución aplicar

estrategias de atención y motivación a los residentes que han recibido algún tipo de maltrato. Evaluar las consecuencias del *mobbing* en los residentes del Hospital “Dr. Rafael Calles Sierra”

Realizar actividades donde se permita la interacción entre superiores y residentes, que favorezcan el intercambio de ideas basados en la academia, el respeto y tolerancia, de tal manera que permitan mejorar las relaciones interpersonales y establecer el cumplimiento del decálogo y normas de buen trato entre el personal de salud.

BIBLIOGRAFÍA

1. Fry D, Padilla K, Germanio, Lu, Ivatury, Vindrola. UNICEF.org. [Online].; 2022 [citado el 12 de enero del 2024] Disponible en: <https://www.unicef.org/lac/media/34476/file/Violencia-contra-los-ninos-reporte-completo.pdf>
2. OMS. Violencia contra la mujer. Electrónico. OMS; 2021. [citado 2024 enero 12]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/violencia-contra-mujer>
3. Observatorio Venezolano de Violencia (OVV). Informe Anual de Violencia 2020 – Entre las epidemias de la Violencia y del Covid-19. Digital. Caracas: Laboratorio de Ciencias Sociales (LACSO) de Venezuela; 2020. [citado 2024, enero 12]. Disponible en: <https://observatoriodeviolencia.org.ve/news/informe-anual-de-violencia-2020-entre-las-epidemias-de-la-violencia-y-del-covid-19/#:~:text=Las%20epidemias%20de%20violencia%20y%20del%20Covid%2D19&text=La%20asa%20de%20mortalidad%20por,m%C3%A1s%20personas%20que%20la%20pandemia>
4. Observatorio Venezolano de Violencia (OVV). Informe Anual de Violencia 2023. Electrónico. Caracas: Laboratorio de Ciencias Sociales (LACSO) de Venezuela; 2023. [citado 2024, enero 12]. Disponible en: <https://observatoriodeviolencia.org.ve/news/informe-anual-de-violencia-2023/>
5. Acevedo D. Desigualdades de género en el trabajo. Evolución y tendencias en la sociedad venezolana. Producción y reproducción. Revista Venezolana de Estudios de la Mujer, 10(24), 163-182; 2015. [citado 2024, enero 12]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5855463>
6. Organización Internacional del Trabajo (OIT). Normas del Trabajo: C190 - Convenio sobre la violencia y el acoso, Definiciones. Digital. Ginebra: Organización Internacional del Trabajo (OIT); 2019. [citado 2024, enero 12]. Disponible en: https://www.ilo.org/dyn/normlex/es/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_ILO_CODE:C190
7. Ansoleaga E, Gómez-Rubio C, Mauro, A. Violencia laboral en América Latina: una revisión de la evidencia científica. Revista Argentina de Psiquiatría. 2015; XXVI: p. 173-181. [citado 2024, enero 12]. Disponible en: [chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://cem.cl/wp-content/uploads/2021/06/Violencia-laboral-en-America-Latina-1.pdf](https://cem.cl/wp-content/uploads/2021/06/Violencia-laboral-en-America-Latina-1.pdf)
8. Sepúlveda-Vildósola A. C, Mota-Nova A. R, Fajardo-Dolci G. E, Reyes- Lagunes L. I. Acoso laboral durante la formación como especialista en un hospital de pediatría en México: un

fenómeno poco percibido. Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social [Internet]. 2017;55(1):92-101. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=457749926014>

9. Organización Internacional del trabajo (OTI). (1998). La violencia en el trabajo: un problema mundial. Disponible en: https://www.ilo.org/global/about-the-ilo/newsroom/news/WCMS_008502/lang--es/index.htm

10. Organización Internacional del trabajo (OTI). (2010). Derecho Internacional y Comparado del Trabajo. Desafíos actuales. Disponible en: https://www.ilo.org/global/publications/books/WCMS_126101/lang--es/index.htm

11. Melilli, M., LEGA. (2022). El acoso laboral como causa de retiro justificado: diez años de vigencia de la LOTT. Disponible en: <https://lega.law/el-acoso-laboral-como-causa-de-retiro-justificado-diez-anos-de-vigencia-de-la-lott/>

12. Previnsa. (2023). El acoso laboral en el lugar de trabajo. Disponible en: <https://previnsa.com/el-acoso-laboral-en-el-lugar-de-trabajo/>

13. Pérez, J., Merino, M. (2021). Maltrato - Qué es, formas, definición y concepto. Disponible en: <https://definicion.de/maltrato/>

14. Corbin, J. (2016). Los 9 tipos de maltrato y sus características ¿Qué clases de maltrato se producen en nuestras sociedades? Disponible en: <https://psicologiymente.com/forense/tipos-de-maltrato>

15. Observatorio Laboral. (2018). Libérate del acoso laboral. Disponible en: https://www.observatoriolaboral.gob.mx/static/preparate-empleo/Articulo_acoso_laboral.html

16. García-Allen, J. (2016). Los 6 tipos de mobbing o acoso laboral. Portal Psicología y Mente. Disponible en: <https://psicologiymente.com/organizaciones/tipos-de-mobbing-acoso-laboral>

17. Rengifo-Barrero MF, Rojas-Pérez EM, Cruz-García H. El clima laboral y su influencia sobre el aprendizaje de los médicos residentes en anestesiología. Rev. Mex Anest. 2017;40(Supl: 1):380-382.

18. Revista de Estudios en Contaduría Administración e Informática (RECAI). (2022). Propiedades psicométricas de la Escala Cisneros para medir acoso psicológico (mobbing) en la organización. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=637970580003>

19. Méndez F, Rodríguez A, Ríos C. Percepción sobre el maltrato en médicos residentes de un hospital de referencia de Paraguay. An. Fac. Cienc. Méd. (Asunción), agosto - 2023; 56(2): 27-34

20. Vilchis-Chaparro Eduardo, Cruz-Ruiz Leslie. Mobbing en médicos residentes e internos en un hospital de segundo nivel de atención en la CDMX. Rev. Mex. med. familiar [revista en la Internet]. 2023 Mar [citado 2024 Ene 17]; 10(1):17-23. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2696-12962023000100017&lng=es.Epub22-mayo-2023.

21. Real Delor RE, Ayala Saucedo A. Maltrato a residentes de Medicina del Paraguay en 2022: estudio multicéntrico [Mistreatment of Paraguayan medical residents in 2022: a multicenter study]. Rev Fac Cien Med Univ Nac Córdoba. 2023 jun 30;80(2):112-118. Spanish. doi:

10.31053/1853.0605.v80.n2.40440. PMID: 37402296; PMCID: PMC10443419.

22. Derive Stéphanie, Casas Martínez M. de la Luz, Obrador Vera Gregorio T., Villa Antonio R., Contreras Daniela. Percepción de maltrato durante la residencia médica en México: medición y análisis bioético. *Investigación educ. médica* [revista en la Internet]. 2018 jun [citado 2024 Ene 14]; 7(26): 35-44. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-50572018000200035&lng=es. <https://doi.org/10.1016/j.riem.2017.04.004>.

PREVALENCIA DE LESIONES INTRAEPITELIALES ESCAMOSAS DE BAJO GRADO MEDIANTE DIAGNÓSTICO PATOLÓGICO. SERVICIO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA MARCELL'S LABORATORIO. CA, PERIODO 2021

Prevalence of low-grade squamous intraepithelial lesions by pathological diagnosis. Pathological Anatomy Service Marcell's Laboratory. CA, Period 2021.

Ronny Rennie Meza Huerta ¹
Mariell Milagros Pérez Ayala ²
María de los Ángeles Pinto Gutiérrez ³

¹ Universidad Arturo Michelena. ORCID: 0009-0005-3845-0407

² Universidad Arturo Michelena. ORCID: 0009-0007-2734-0039

³ Universidad Arturo Michelena. ORCID: 0000-0002-0695-8637

RESUMEN

La presente investigación consistió en un estudio descriptivo, retrospectivo, de corte transversal y observacional cuyo propósito fue determinar la prevalencia de Lesiones Intraepiteliales Escamosas Vaginales de bajo grado, en cuello uterino mediante diagnóstico histopatológico, Realizadas en el Servicio de Anatomía Patológica Marcell's Laboratorio. C.A. Período 2021. De 1.383 registros correspondientes a diagnósticos patológicos encontrados durante el período 2021, solo 88 registros constituyeron la muestra. Como criterios de inclusión, se tomaron en cuenta todos aquellos casos con diagnóstico patológico ginecológicos compatibles con Lesiones Intraepiteliales Escamosas de bajo grado. Como instrumento de recolección de datos, se diseñó una ficha de registro, donde se reflejaron aspectos clínicos tales como; número de registro, fecha de toma de la muestra, edad, presencia de secreción y prurito, Test de Schiller, diagnóstico citológico previo, diagnóstico clínico y, por último, el diagnóstico histopatológico. Epidemiológicamente, se pudo establecer este trabajo como una prevalencia de período, donde los resultados obtenidos del número total de casos analizados para el año 2021, reflejaron que el 79,54% corresponde a Lesión Intraepitelial Escamosa de bajo grado (LIE-BG) relacionada con Virus del Papiloma Humano (VPH). El 6,82% fue compatible con LIEBG relacionado con neoplasia intraepitelial cervical grado I (NIC I) y el 13,64% correspondió a LIE-BG de tipo VPH + NIC I. De esta manera, se puede concluir que, evidentemente la prevalencia se encuentra en lesiones ocasionadas por VPH, lo que determina que este tipo de infección efectivamente es el primordial causante del cáncer de cuello uterino.

Palabras Clave: Prevalencia, lesiones intraepiteliales escamosas, histopatología, VPH.

ABSTRACT

The present investigation consisted of a descriptive, retrospective, cross-sectional and observational study whose purpose was to determine the prevalence of low-grade Vaginal Squamous Intraepithelial Lesions in the cervix by histopathological diagnosis, performed at the Marcell's Laboratory Pathology Service. C.A. Period 2021. Of 1,383 records corresponding to pathological diagnoses found during the 2021 period, only 88 records constituted the sample. As inclusion criteria, all those cases with gynecological pathological diagnoses compatible with low-grade Squamous Intraepithelial Lesions were taken into account. As a data collection instrument,

a registration form was designed, where clinical aspects such as; registration number, date of sample collection, age, presence of discharge and itching, Schiller test, previous cytological diagnosis, clinical diagnosis and, finally, the histopathological diagnosis were reflected. Epidemiologically, this work was able to establish a period prevalence, where the results obtained from the total number of cases analyzed for the year 2021 reflected that 79.54% correspond to Low-grade Squamous Intraepithelial Lesion (LIE-BG) related to Human Papillomavirus (HPV). 6.82% were compatible with LIEBG related to cervical intraepithelial neoplasia grade I (CIN I) and 13.64% corresponded to LIE-BG of type HPV + CIN I. Thus, it can be concluded that, evidently, the prevalence is in lesions caused by HPV, which determines that this type of infection is indeed the primary cause of cervical cancer.

Keywords: Prevalence, squamous intraepithelial lesions, histopathology, HPV.

INTRODUCCIÓN

La patología, ciencia encargada del estudio de las enfermedades a nivel celular y tisular, ha sido fundamental en el avance de la medicina moderna. A través del análisis microscópico de tejidos y células, los patólogos son capaces de identificar las alteraciones morfológicas y moleculares asociadas a diversas patologías, proporcionando información esencial para el diagnóstico, pronóstico y tratamiento de enfermedades¹.

En el contexto del cáncer cervicouterino, la patología celular ha desempeñado un papel protagónico. La invención del microscopio y el desarrollo de técnicas como la citología y la histopatología han permitido la detección temprana de lesiones precancerosas y cancerosas en el cuello uterino. Pioneros como Papanicolaou y Bales, cuyas contribuciones fueron fundamentales para el desarrollo de la citología y la histología, sentaron las bases para el diagnóstico citológico del cáncer cervicouterino, un hito en la prevención y detección temprana de esta enfermedad².

El virus del papiloma humano (VPH) se ha establecido como el principal factor de riesgo para el desarrollo del cáncer cervicouterino. La infección por VPH induce cambios en el ADN de las células cervicales, lo que puede llevar a la aparición de lesiones precancerosas y, eventualmente, al desarrollo de cáncer invasivo. La persistencia de la infección por VPH de alto riesgo, como los tipos 16 y 18, se ha asociado directamente con el desarrollo de cáncer cervical^{3,4}. La detección temprana de estas lesiones a través de pruebas de Papanicolaou y la identificación, de los tipos de VPH de alto riesgo son fundamentales para la prevención y el tratamiento oportuno. La citología, como herramienta de screening, es el procedimiento que se lleva a cabo para detectar de forma temprana y prevenir el cáncer de cuello uterino, permitiendo reconocer los cambios celulares sugestivos de neoplasia, mientras que la histología confirma el diagnóstico y permite clasificar las lesiones según su grado de displasia^{5,6}.

La presente investigación tiene como objetivo determinar la prevalencia de Lesiones Intraepiteliales Escamosas Ginecológicas de bajo grado, para ello, se realizará un análisis

retrospectivo de los resultados de biopsias cervicales obtenidas en el Servicio de Anatomía Patológica Marcell's Laboratorio, C.A., ubicado en San Joaquín, estado Carabobo, a lo largo del período 2021. Los resultados de este estudio permitirán contribuir al conocimiento de la carga de enfermedad por cáncer cervicouterino en la región y a la identificación de grupos poblacionales de mayor riesgo.

La importancia de esta investigación radica en la necesidad de actualizar los datos epidemiológicos sobre el cáncer cervicouterino en la región. Al determinar la prevalencia de lesiones precancerosas y cancerosas, podremos identificar áreas de oportunidad para mejorar los programas de prevención, detección temprana y tratamiento de esta enfermedad. Además, los resultados de este estudio podrán ser utilizados para diseñar estrategias de salud pública más efectivas y focalizadas en los grupos poblacionales más vulnerables.

MATERIALES Y MÉTODOS

Esta investigación se consideró como un estudio de campo de tipo descriptivo, retrospectivo, analítico y de corte transversal, porque tiene el propósito de determinar prevalencia de Lesiones Intraepiteliales Escamosas de bajo grado (LIE-BG), mediante diagnóstico patológico⁷.

La misma, consistió en la recolección de datos de los archivos durante el período 2021 del Servicio de Anatomía Patológica Marcell's Laboratorio. C.A ubicado en el Municipio San Joaquin estado Carabobo, sin manipular o controlar variable alguna y de carácter no experimental⁷. La población estuvo constituida por 1.383 registros correspondientes a diagnósticos patológicos ginecológicos encontrados durante el período 2021. Por otro lado, la muestra en esta investigación estuvo representada por 88 registros. Ahora bien, para tal fin, en cuanto a los criterios de inclusión, se tomaron en cuenta todos aquellos casos cuyo diagnóstico patológico fue compatible con LIE-BG, mientras que, los resultados que no reflejaron esta lesión (infecciones, negativos o lesiones mayores) pasaron a formar parte de los criterios exclusión, así como los resultados histopatológicos correspondientes a otro tipo de órgano⁸.

Asimismo, la técnica de esta investigación fue la observación y como instrumento de recolección de datos, se utilizó una ficha de registro, donde se reflejaron todos los aspectos clínicos como el número de registro, fecha de toma de la muestra, edad, presencia de secreción y prurito, Test de Shiller, diagnóstico citológico previo, diagnóstico clínico y por último el diagnóstico histopatológico⁸. Con respecto a, la validez de contenido para generalizar los resultados de la investigación, se fundamentó en medir, registrar y cotejar los objetivos, la ficha de registro y la tabla de operacionalización de variables de la investigación, por medio de especialistas que sustenten y mantengan la información obtenida.

Se procedió a ordenar los registros extraídos de los archivos, contando previamente con el consentimiento informado del centro, se seleccionaron y organizaron las historias por orden cronológico trasladando los datos obtenidos uno por uno a la ficha de registro. Determinando la prevalencia mediante la definición de la población, la identificación de los casos en los cuales el resultado de la citología fue positivo para LIE-BG, independientemente del tipo (VPH, NIC I o ambos) y el cálculo de la proporción de casos positivos entre el total de citologías realizadas, siendo este valor expresado en porcentaje.

De forma que, se realizó el análisis de la prevalencia por meses con la finalidad de identificar variaciones estacionales en la incidencia de LIE-BG; por edad, ya que es un factor de riesgo conocido para el desarrollo de estas lesiones y finalmente, por el tipo de lesión, con el fin de obtener información más detallada sobre el perfil de las lesiones presentes en la población estudiada. Del mismo modo, los datos que fueron plasmados en la ficha de registro, posteriormente fueron agregados a la matriz de datos, que consiste en una tabla sencilla que consta de columnas y filas, donde posteriormente se representaron en tablas y gráficos de base Microsoft Excel 2010.

RESULTADOS

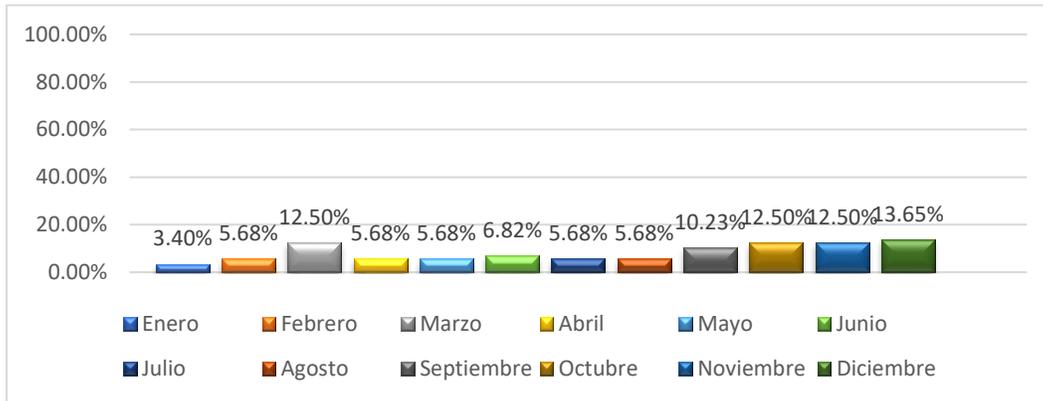
Por consiguiente, se llevó a cabo un análisis estadístico de 88 casos, los cuales correspondieron a muestras histológicas correspondientes a la zona exo–endocervical. En este sentido, una vez consolidadas las fichas de registro y la matriz de datos respectiva, se procedió a la representación tabular de los datos agrupados con los indicadores correspondientes.

Tabla N° 1. *Distribución de frecuencia según el mes del año 2021.*

MES	FRECUENCIA	%
Enero	3	3,40%
Febrero	5	5,68%
Marzo	11	12,50%
Abril	5	5,68%
Mayo	5	5,68%
Junio	6	6,82%
Julio	5	5,68%
Agosto	5	5,68%
Septiembre	9	10,2 3%
Octubre	11	12,50%
Noviembre	11	12,50%
Diciembre	12	13,65%
TOTAL	88	100%

Fuente: Servicio de Anatomía Patológica Marcell’s Laboratorio CA. (2021)

Gráfica N° 1. Distribución de frecuencia según el mes del año 2021.



Fuente: Meza, R; Perez, M; Pinto, M (2022)

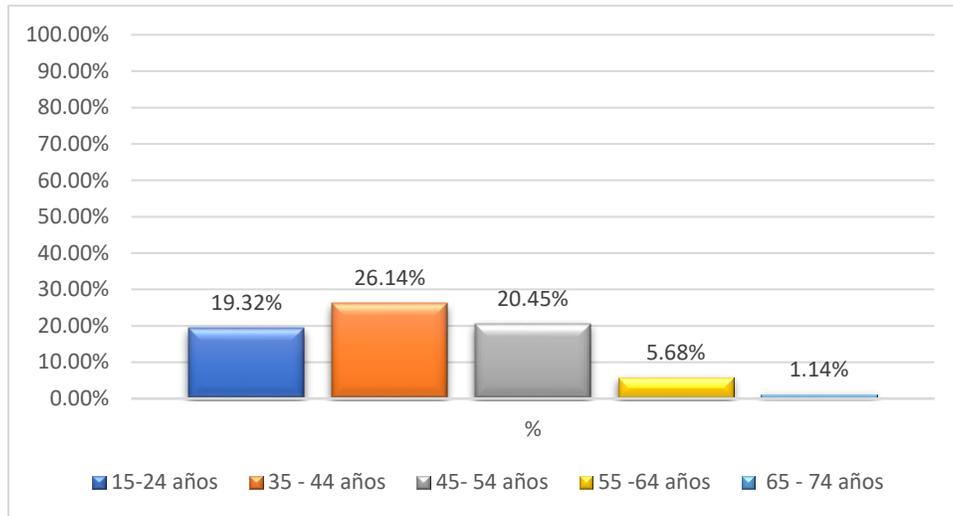
Se logró apreciar que, en el mes de enero hubo menor porcentaje de citologías correspondiendo a un 3,40%, los meses febrero, abril, mayo, julio y agosto estuvieron representadas por un 5,68%, lo que fueron marzo, octubre y noviembre presentaron un 12,50%, el mes de junio y septiembre tuvieron un 6,82% y 10,23% respectivamente, mientras que, el mes de diciembre fue de un 13,65% siendo el mayor porcentaje de la totalidad de citologías.

Tabla N° 2. Distribución de frecuencia según la edad.

EDAD	FRECUENCIA	%
15 - 24	17	19,32%
25 - 34	24	27,27%
35 - 44	23	26,14%
45 - 54	18	20,45%
55 - 64	5	5,68%
65 - 74	1	1,14%
TOTAL	88	100%

Fuente: Servicio de Anatomía Patológica Marcell's Laboratorio CA. (2021)

Gráfica N° 2. Distribución de frecuencia según la edad.



Fuente: Meza, R; Perez, M; Pinto, M (2022)

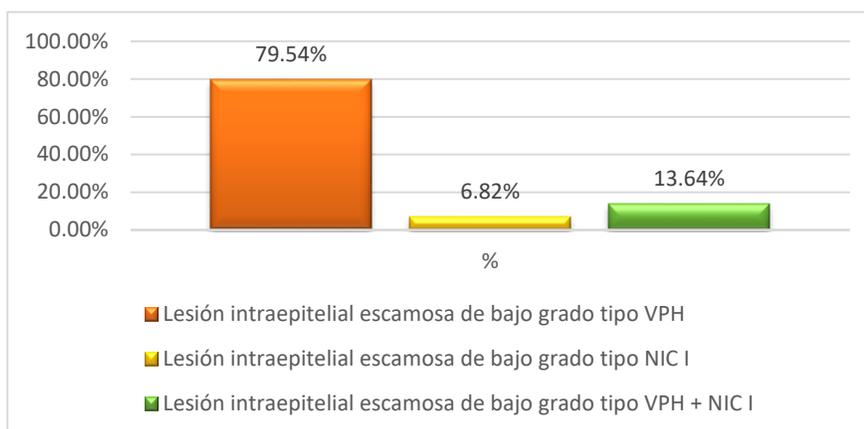
Se denotó que, el 19,32% de las muestras citológicas con LIE-BG correspondió a pacientes cuyas edades estaban comprendidas entre 15–24 años, el 26,14% fue de edades entre 35–44 años, seguidamente las edades entre 45–54 años obtuvo el 20,45%, mientras que las edades entre 55–64 años y 65–74 años tuvieron un porcentaje de 5.68% y 1.14% respectivamente.

Tabla N° 3. Distribución de frecuencia según el diagnóstico histopatológico.

DIAGNÓSTICO HISTOPATOLÓGICO	FRECUENCIA	%
Lesión intraepitelial escamosa de bajo grado tipo VPH	70	79,54%
Lesión intraepitelial escamosa de bajo grado tipo NIC I	6	6,82%
Lesión intraepitelial escamosa de bajo grado tipo VPH + NIC I	12	13,64%
TOTAL	88	100%

Fuente: Servicio de Anatomía Patológica Marcell’s Laboratorio CA. (2021)

Gráfica N° 3. Distribución de frecuencia según el diagnóstico histopatológico.



Fuente: Meza, R; Perez, M; Pinto, M (2022)

Según el diagnóstico histopatológico, se evidenció que, el 79,54% correspondió al diagnóstico LIE-BG tipo VPH, el 6,82% fue de LIE-BG tipo NIC I y finalmente el 13,64% representó LIE-BG tipo VPH + NIC I.

DISCUSIÓN

La investigación realizada para determinar la prevalencia de LIE-BG mediante diagnóstico patológico en el laboratorio Marcell's C.A., durante el año 2021, permitió identificar que diciembre fue el mes con mayor prevalencia (13,50%). Esto se debe a una mayor captación de pacientes en consulta ginecológica durante ese período. Los meses de marzo, octubre y noviembre también presentaron una alta prevalencia (12,50%).

En cuanto a los grupos etarios, se encontró que las edades entre 25 y 34 años presentaron la mayor prevalencia con un 27,27%, lo cual es consistente con el hecho de que se trata de pacientes en edad reproductiva y sexualmente activas. Este resultado es coherente con un estudio descriptivo y retrospectivo realizado en el Centro Materno Pediátrico Zulia, que evaluó la prevalencia de lesiones intraepiteliales cervicales de bajo y alto grado en pacientes de edad fértil entre febrero de 2016 y febrero de 2018. En ese estudio, que incluyó mujeres de 15 a 44 años, la mediana de edad fue de 29 años, con un rango de 15 a 43 años.⁹

Además, se observó que el grupo de pacientes entre 15 y 24 años presentaba una prevalencia del 19,32% de LIE-BG, lo cual es preocupante debido a la falta de conocimiento y responsabilidad en cuanto a la protección sexual. Estos hallazgos indican que lesiones precancerosas pueden aparecer a edades tempranas, lo que subraya la importancia de la educación sexual temprana.

En cuanto al diagnóstico histopatológico, el 79,54% de los casos correspondieron a LIE-BG compatible con el Virus del Papiloma Humano (VPH), el 6,82% a Neoplasia Intraepitelial Cervical grado I (NIC I), y el 13,64% a una combinación de VPH y NIC I. Estos porcentajes refuerzan el rol del VPH como principal precursor de las neoplasias cervicales. Diversos estudios han corroborado los hallazgos sobre el incremento en la prevalencia de LIE-BG en mujeres jóvenes, evidenciando una tendencia preocupante en este grupo poblacional.¹⁰ La incidencia de estas lesiones ha ido en aumento, especialmente en aquellas que se encuentran en edad reproductiva.¹⁰ Este fenómeno resalta la vulnerabilidad de las mujeres jóvenes frente a infecciones de transmisión sexual, como el VPH, considerado el principal desencadenante de estas alteraciones celulares.¹⁰ La falta de prevención y concienciación sobre las medidas de protección sexual ha sido señalada como un factor clave en la aparición temprana de lesiones precancerosas.¹¹

Además, se ha podido establecer una relación significativa entre la detección temprana de LIE y la reducción en las tasas de cáncer cervical avanzado.¹¹ Las investigaciones han demostrado que la identificación precoz de estas lesiones a través de pruebas diagnósticas, como la citología cervical y las biopsias, permite actuar de manera oportuna, evitando que las LIE-BG progresen hacia estadios más severos de la enfermedad.¹¹ Esto subraya la importancia de promover exámenes ginecológicos regulares como una medida esencial para la prevención del cáncer cervical.¹²

CONCLUSIÓN

Los resultados de este estudio corroboran la relevancia de la citología como una prueba de tamizaje sencilla, económica y accesible para la detección temprana de LIE-BG. Al analizar los datos por meses, edad y tipo de lesión, se ha logrado identificar patrones de incidencia que pueden ser útiles para la planificación de programas de prevención y control del cáncer cervicouterino.

La alta correlación entre los resultados de la citología y los estudios histopatológicos subraya la confiabilidad de esta prueba para el diagnóstico inicial de LIE-BG. Esto es fundamental, ya que la detección temprana permite un tratamiento oportuno y aumenta significativamente las posibilidades de curación. Asimismo, se establece que los trabajos de carácter epidemiológicos permiten tener un registro adecuado y de control sanitario con la finalidad de poder establecer indicadores de gestión que permitan evaluar, planificar, identificar, monitorear, investigar, concientizar y sobre todo educar sobre diversas condiciones de salubridad, con la finalidad de prevenir y abordar distintos problemas de salud en las comunidades.

Es por lo anterior, que la citología se presenta como una herramienta indispensable en la lucha contra el cáncer cervicouterino. Su fácil realización, bajo costo y alta sensibilidad la convierten en una prueba de tamizaje ideal para la detección temprana de LIE-BG. Al combinar la citología con otros estudios de investigación, podemos avanzar hacia un control más efectivo de esta enfermedad y mejorar la salud de las mujeres.

RECOMENDACIONES

Se recomienda realizar jornadas de concientización e información epidemiológica sobre lo que es el VPH, charlas de prevención sobre sexualidad y métodos anticonceptivos tanto en adolescentes como en adultos, que incluyan la importancia de realizarse evaluaciones ginecológicas. También, se sugiere realizar anualmente estudios epidemiológicos que permitan mantener esta data de prevalencia e incidencias actualizadas y darlas a conocer a los centros de salud del municipio, para así poder contribuir con las estadísticas del mismo, con la finalidad de proporcionar un buen aporte que favorezca a la prevención de la propagación de esta enfermedad.

REFERENCIAS CONSULTADAS

1. Levinson, D., Robin, R., Alastair, B., Harrison, D., & Stewart, F. (2008). Patología de MUIR. 14° Edición. Editorial Mc Graw Hill.
2. Shirley, J. C. R. (2016). Concordancia Citohistológica en el diagnóstico de Neoplasias Escamosas de Cuello Uterino. Hospital Escuela Antonio Lenin Fonseca, Managua, Nicaragua.
3. Organización Mundial de la Salud (OMS).
4. Valera Martínez, S. (2005). Citología cervical. Rev Med Hondur, 73, 131-136.
5. Sales, I., & Prado, R. (2002). Manual de procesamiento del laboratorio de citología. Organización Panamericana de la Salud.
6. Capítulo 2. Introducción a la neoplasia intraepitelial cervical. <https://screening.iarc.fr/doc/colpochapteres02.pdf>
7. Morene, G. Métodos y Técnicas de Investigación. El Conocimiento Científico. [consultado el 28 de octubre 2020]. Disponible en: <http://biblo.una.edu.ve/docu.7/bases/marc/texto/m38021.pdf>;
8. Fidas G Arias, El Proyecto de Investigación. 5ta Edición. Caracas. Editorial Episteme; 2006. [consultado el 28 de octubre 2020].
9. Boletín de la Organización Mundial de la Salud. [Documento en línea]. [Consultado 19 octubre 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/bulletin/volumes/91/9/12-116699-ab/es/>

10. Cervantes MJ, Martínez L, Rodríguez A. Incidencia de lesiones escamosas de bajo grado en mujeres jóvenes. *Ginecol Obstet Mex.* 2020;88(5):351-6.

11. Ramírez P, Valdez J, González F. Detección temprana de lesiones intraepiteliales y su impacto en la prevención del cáncer cervical. *Rev Salud Publica.* 2019;13(2):100-6.

12. Suárez M, Torres V, Gómez J. Influencia de las campañas de concienciación en la prevalencia de lesiones cervicales. *Salud Ginecol Lat.* 2021;25(3):44-50.

NIVEL DE ANSIEDAD PREOPERATORIA Y PROCESO DE RECUPERACIÓN DE LAS GESTANTES PROGRAMADAS A CESÁREA. HOSPITAL CENTRAL UNIVERSITARIO “DR. ANTONIO MARÍA PINEDA”.

Preoperative anxiety level and recovery process of pregnant women scheduled for caesarean section. “Dr. Antonio María Pineda” Central University Hospital.

Waldemar Jesús Piña Navarro ¹

¹ Universidad Centrooccidental Lisandro Alvarado (UCLA). Email: wjpn2011@gmail.com.
ORCID: 0009-0001-6338-1301

RESUMEN

La presente investigación tuvo como objetivo determinar la relación entre el nivel de ansiedad preoperatoria y el proceso de recuperación de las gestantes programadas a cesárea en el Hospital Central Universitario “Dr. Antonio María Pineda”, Barquisimeto Estado Lara. Su metodología se fundamenta desde el ámbito del paradigma positivista, bajo el enfoque cuantitativo. Se establece como una investigación no experimental de campo, de tipo descriptiva y transversal. La población estuvo conformada por 120 mujeres primigestas, de las cuales se utilizó un 40% para la muestra equivalente a 48 gestantes. Para implementar el estudio se utilizó el test STAI para medir el nivel de ansiedad, también el cuestionario de recuperación postcesárea para evaluar los síntomas físicos luego de la cirugía. Se obtuvo como resultados que el 85,42% de las primigestas presentaron un nivel moderado de ansiedad preoperatoria. Asimismo, los síntomas positivos que más prevalecieron fueron alegría y bienestar, mientras que los síntomas negativos fueron nerviosismo y aturdimiento. No obstante, los síntomas comunes en la recuperación postcesárea fueron hipertensión arterial con 22,92% y taquicardia con 29,17%. Finalmente, se procedió a reevaluar la ansiedad post operatoria obteniendo que el 35,42%, reportó un nivel medio de ansiedad. En conclusión, se obtuvo un nivel significativo de ansiedad en las primigestas durante el pre y post operatorio, desencadenando en el proceso de recuperación síntomas cardiovasculares y una respuesta general al estrés.

Palabras Clave: ansiedad, periodo preoperatorio, gestación, cesárea.

ABSTRACT

The objective of this research was to determine the relationship between the level of preoperative anxiety and the recovery process of pregnant undergoing cesarean section at the Hospital Central Universitario Dr. Antonio María Pineda, Barquisimeto, Lara State. Its methodology is based on the positivist paradigm, under the quantitative approach. It is established as a non-experimental field research, descriptive and transversal. The population consisted of 120 primigravid women, of which 40% were used for the sample, equivalent to 48 pregnant women. To implement the study, the STAI test was used to measure the level of anxiety, as well as the post cesarean recovery questionnaire to evaluate the physical symptoms after surgery. The results showed that 85.42% of the primigravidae presented a moderate level of preoperative anxiety. Likewise, the most prevalent positive symptoms were joy and well-being, while the negative symptoms were nervousness and lightheadedness. However, the common symptoms in post cesarean recovery were arterial hypertension with 22.92% and tachycardia with 29.17%. Finally, the postoperative anxiety was reevaluated and 35.42% reported a medium level of anxiety.

In conclusion, a significant level of anxiety was obtained in the primigravidae during the pre and postoperative period, triggering cardiovascular symptoms during the recovery process.

Key words: anxiety, preoperative period, gestation, cesarean section.

INTRODUCCIÓN

En la actualidad, son numerosos los estudios que demuestran que el estado psicológico pre operatorio, en especial la ansiedad, incide en la recuperación postquirúrgica. Cuanta más ansiedad experimenta el paciente antes de la operación, más larga y difícil suele ser la convalecencia. De este modo se entiende por ansiedad, la respuesta emocional al estímulo que la produzca, y suele venir acompañada de sentimientos de inquietud, recelo, miedo y nerviosismo. Habitualmente está asociada a preocupaciones excesivas. Se puede considerar también como una expectativa aprensiva, es decir, un temor desproporcionado a los que depare el futuro, generalmente en temas relacionados con la salud¹.

Asimismo, es sabido que muchos pacientes que ingresan a un hospital presentan ansiedad por el simple hecho que serán sometidos a un procedimiento anestésico quirúrgico, ya que, en ocasiones, le puede generar una sensación de riesgo para su vida². Al respecto la ansiedad puede ser una característica de la personalidad de un individuo o puede ser un comportamiento causado por un evento pasajero e importante que se percibe consciente o inconscientemente como de riesgo. Al primer caso se le denomina ansiedad rasgo y al segundo, ansiedad-estado. La ansiedad estado se suele expresar por disforia y contiene elementos somáticos y psicológicos. Los primeros son derivados de la estimulación del sistema nervioso vegetativo, con aumento del tono simpático. Los últimos son el resultado de la estimulación del sistema límbico y la corteza cerebral³.

En tal sentido, este estado emocional también se aprecia con el nacimiento de un hijo/a, ya que es una experiencia única, vívida y percibida de forma diferente por cada mujer, ante la que se generan una serie de expectativas y necesidades que deben quedar cubiertas. Es un proceso fisiológico de alto contenido emocional que, generalmente se vive en el entorno hospitalario donde la mujer puede recibir una atención médica ante estas situaciones, y además en muchos casos se enfrenta de forma vulnerable, asustada y cuyo recuerdo, permanecerá prácticamente indeleble en su memoria hasta el final de sus días⁴.

Ahora bien, es de entender que el embarazo, es un estado que ya por sí, genera diversas emociones, siendo una de las más frecuentes la ansiedad, en el momento en que la mujer se entera de la gestación e inicia la observación de los síntomas. Se presentan dos temores que se ven constantemente en toda embarazada: el temor por ella y el temor por el hijo. El primero se relaciona con el estado de salud de sí misma y las posibilidades de complicaciones que pueden

ocurrir durante el parto; el segundo es relacionado con la salud del hijo, aborto, muerte intrauterina y malformaciones⁵.

En ese mismo contexto, la ansiedad preoperatoria (AP) es del tipo ansiedad estado, se presenta en los pacientes que van a ser sometidos a un procedimiento quirúrgico. De igual modo uno de los actos operatorios más frecuentes es la cesárea, cuya tasa se ha incrementado en todos los países desarrollados y no desarrollados. De esta manera, la cesárea es un procedimiento que permite el nacimiento del feto a través de la pared abdominal (laparotomía) y del útero (histerotomía), cuando este se dificulta por vía vaginal o se requiere la extracción del feto de manera urgente por riesgo para la madre o para él⁶.

En este sentido, la cesárea está asociada con un mayor incremento en el riesgo de los síntomas asociados con el estrés, comparado con el parto vaginal. Por otra parte, se realizaron estudios, en modelos de animales en embarazo, donde se evidenció que la presencia del estrés psicológico materno se puede acompañar con cambios desfavorables o alteraciones cardiovasculares, presión sanguínea y oxigenación fetal; por lo que reducir la ansiedad materna puede mejorar las condiciones del bienestar intrauterino⁷.

De las evidencias anteriores, la cesárea puede alterar el equilibrio emocional de algunas mujeres y como consecuencia de ello, provocarles malestar psicosomático, miedo, ansiedad, estrés y/o dolor excesivo; situaciones relacionadas con una mayor dificultad en la operación, recién nacidos pre término y/o con bajo peso entre otras, todo ello asociado a una experiencia menos positiva del momento y a un bajo nivel de satisfacción. No están claros los motivos por los que se producirían estos efectos no deseables, pero algunos autores establecen que podrían existir relaciones entre un cuidado prenatal inadecuado a estas condiciones psicológicas y resultados obstétricos desfavorables³.

No obstante, la cesárea es un acto quirúrgico y por ello trae consigo ansiedad, ya sea por ser la primera experiencia, por la percepción que se tiene de ese momento, por el traslado al hospital entre otras circunstancias. Estos estados emocionales pueden agravarse por la separación de la familia, pareja, por los hijos pequeños que quedan en casa etc. Estas causas son más resaltantes y aumentadas debido a la actitud o conducta negativa del personal que las recibe⁸.

Tomando en consideración lo antes descrito, en el Hospital Central Universitario Dr. Antonio María Pineda de Barquisimeto Estado Lara, se presentan a diario diferentes gestantes que serán intervenidas por cesárea; debido a esto fue de interés conocer el nivel de ansiedad que se genera en mujeres programadas para dicha intervención y las condiciones que presentan en el proceso de recuperación posterior a la misma. Es importante señalar que, en entrevistas informales con

algunas gestantes, manifestaron sentir temor, ansiedad, intranquilidad, nerviosismo, inquietud, preocupación, angustia por el proceso al cual serán sometidas.

Al mismo tiempo, los hallazgos en esta investigación permitieron brindar información válida, actualizada y confiable sobre el nivel de ansiedad que experimenta la gestante y conocer los factores que la originan. De igual manera se logró motivar al personal de salud, para generar estrategias orientadas a disminuir el nivel de ansiedad de la paciente quirúrgica brindando de este modo una mejor calidad de atención.

Por ello, desde un punto de vista psicológico y médico, cuyas ciencias deben guardar relación estrecha en razón de que el ser humano principalmente se compone de manera biopsicosocial, esta investigación pretende establecer más claramente la relación entre lo biológico y lo psicológico de las gestantes sometidas a intervenciones de cesárea. Considerando, además, que muchas enfermedades son producidas por efectos psicósomáticos.

En este sentido, el presente estudio busca ofrecer al profesional de la medicina, aportes conducentes a consolidar el restablecimiento y preservación de la salud; ayudar a cambiar hábitos de conductas de las gestantes, y contribuir a la comunicación eficaz con la paciente para conseguir modificar su conducta y estabilizar su estado anímico y emocional. Por tanto, el objetivo de esta investigación es determinar la relación entre el nivel de ansiedad preoperatorio y el proceso de recuperación de las gestantes programadas a cesárea en el Hospital Central Universitario Dr. Antonio María Pineda, Barquisimeto Estado Lara, durante el período febrero-abril de 2022.

MATERIALES Y MÉTODOS

Luego de formular los parámetros en los cuales está enmarcado el problema de investigación y definir diferentes aspectos teóricos que intervienen de forma referencial para el desarrollo del proyecto, es necesario la formulación e implementación de diferentes métodos y técnicas de recolección de información que permitan dar respuesta a la problemática planteada.

La presente investigación, se realizó desde el ámbito del paradigma positivista, bajo el enfoque cuantitativo. Se establece como una investigación no experimental, enmarcado en una investigación de campo tipo descriptiva y transversal⁹, cuyo propósito estuvo centrado en determinar la relación entre el nivel de ansiedad preoperatorio y el proceso de recuperación de las gestantes programadas a cesáreas en el Hospital Central Universitario Dr. Antonio María Pineda, Barquisimeto Estado Lara, durante los meses febrero y abril del año 2022.

Seguidamente, se expone que la población objeto de estudio en la presente investigación la constituyen 120 gestantes primigestas que les será realizada cesárea electiva, datos obtenidos según los registros estadísticos de pacientes hospitalizadas en el servicio de ginecobstetricia del Hospital Central Dr. □Antonio María Pineda□. De esta manera, para la determinación del tamaño representativo de la muestra, se utilizará un 40% que equivale a 48 gestantes.

Criterios de Inclusión: Primigestas que serán sometidas a cesárea, de edades entre 16 y 40 años, Embarazo entre 38-40 semanas, feto único, con actividad cardíaca presente, que no tengan diagnóstico previo de psicopatologías, acepten participar en la investigación.

Criterios de Exclusión: Gestantes con complicaciones médicas, quirúrgicas u obstétricas al momento de la selección. Pacientes consumidoras de sustancias psicoactivas.

Atendiendo a los objetivos de la investigación, se utilizó la técnica de la entrevista y como instrumento de recolección el cuestionario. Por tanto, para llevar a cabo la entrevista se realizó en el área de admisión obstétrica a las pacientes programadas con el debido permiso del jefe de servicio y con el consentimiento informado de la gestante, se le explico brevemente en que consistía el estudio y la disposición de las mismas para colaborar.

De la misma manera, y para continuar con el desarrollo del estudio se empleó el cuestionario o test STAI (State-Trait Anxiety Inventory por sus siglas en inglés), adaptado a la versión española, lo cual evalúa la ansiedad estado mediante 20 reactivos para cada una, con una escala de respuesta tipo Likert de 4 alternativas.¹⁰ El instrumento cuenta con veinte (20) ítems de 4 (cuatro) alternativas de respuesta, donde Nada = 0; Algo = 1; Moderadamente = 2 y Mucho = 3.

Por otra parte, la hoja de datos o cuestionario de recuperación postcesárea diseñado por el investigador y validada por dos especialistas del área ginecológica y un metodólogo a través del juicio de expertos, quienes establecieron las características definitivas del mismo; la cual evalúa las condiciones de salud física de las gestantes específicamente la tensión arterial, frecuencia cardíaca, evaluación en la vía aérea, hidratación, medición de la temperatura corporal, valoración de alteración hidroelectrolítica y alteración orgánica. La misma, se aplicó en el área de recuperación durante las primeras 24 horas post intervención.

De modo que, los datos tanto del Test STAI y el cuestionario de recuperación postcesárea fueron procesados estadísticamente por el SPSS versión 24.0 La información así obtenida, se reflejó en una matriz de datos en el programa Excel con el propósito de servir de base para la elaboración de cuadros y gráficos.

RESULTADOS

Con el fin de procesar la matriz de datos obtenida a través de los instrumentos aplicados se utilizó la estadística descriptiva. A continuación, se presentan los resultados adquiridos mediante de la aplicación de los instrumentos utilizados, para luego demostrar las tendencias alcanzadas por medio de la comparación y análisis de los datos recogidos.

Tabla 1. Frecuencia y porcentaje del nivel de ansiedad según el Test de STAI en primigestas programadas a cesárea.

Primigestas	Nivel de Ansiedad	Frecuencia	Frecuencia Acumulada
2	Bajo	4,17 %	4,17 %
41	Medio	85,42 %	89,59 %
5	Alto	10,41 %	100 %

En lo que respecta a la tabla 1, se puede evidenciar que, de las 48 primigestas evaluadas, 41 presentan un nivel medio de ansiedad lo que representa el 85,42%, seguidamente 5 muestran un nivel alto de ansiedad lo que equivale al 10,42% y por último 2 de las gestantes expusieron un nivel bajo que corresponde al 4,17%. Estos resultados afirman que la variable en estudio incide de manera medio alta en las primigestas que serán cesareadas.

Tabla 2. Frecuencia y porcentaje de la medición de la tensión arterial y frecuencia cardiaca en recuperación postcesarea.

Primigestas	Tensión Arterial	Frecuencia	Frecuencia Acumulada
33	Normal	68,75 %	68,75%
11	Hipertensión	22,92 %	91,67 %
4	Hipotensión	8,33 %	100 %
Primigestas	Frecuencia Cardiaca	Frecuencia	Frecuencia Acumulada
29	Normal	60,42	60,42 %
14	Taquicardia	29,17	89,59 %
5	Bradicardia	10,42	100 %

En cuanto a la tabla 2, se aprecia que 33 primigestas tuvieron una tensión arterial normal lo que representa el 68,75%, mientras que 11 de ellas presentaron hipertensión arterial lo que equivale al 22,92%, igualmente 4 de las pacientes manifestaron hipotensión lo cual estima el 8,33%. También se observa que 29 primigestas obtuvieron una frecuencia cardiaca normal lo que constituye el 60,42%, asimismo 14 de las pacientes mostraron taquicardia que corresponde al 29,17% y finalmente 5 evaluadas resultaron con bradicardia que forman el 10,42%.

Tabla 3. Frecuencia y porcentaje de la evaluación en la vía área, hidratación y medición de la temperatura corporal en postcesarea.

Primigestas	Vía Área	Frecuencia	Frecuencia Acumulada
48	Permeables	100 %	100 %
0	V. A Alterada	0 %	0 %
0	V. I Alterada	0 %	0 %
Primigestas	Hidratación	Frecuencia	Frecuencia Acumulada
46	Hidratada	95,83 %	95,83 %
2	Deshidratada	4,17 %	100 %
Primigestas	Temperatura	Frecuencia	Frecuencia Acumulada
39	Normal	81,25 %	81,25
9	Fiebre	18,75 %	100 %
0	Hipertermia	0 %	0 %
0	Hipotermia	0 %	0 %

En lo que respecta a la tabla 3, se muestra que las 48 primigestas mostraron vía área permeable lo que representa el 100% de las mismas, igualmente 46 pacientes se mantuvieron hidratada lo que equivale al 95,83%, mientras que 2 de ellas mostraron signos de deshidratación estimando un 4,17%, además en cuanto a la temperatura corporal 39 de las evaluadas se mantuvieron normal lo que constituye el 81,25%, por último 9 de estas presentaron fiebre lo que representa el 18,75%.

Tabla 4. Frecuencia y porcentaje de la valoración de alteración hidroelectrolítica y alteración orgánica en postcesarea.

Primigestas	Alteración Hidroelectrolítica	Frecuencia	Frecuencia Acumulada
41	Sin alteración	85,42 %	85,42 %
3	Aumento del aporte	6,25 %	91,67 %
1	Alteración de la Distribución	2,08 %	93,75 %
3	Disminución de la Excreción	6,25 %	100 %
Primigestas	Alteración Orgánica	Frecuencia	Frecuencia Acumulada
48	Sin alteración	100 %	100 %
0	Función renal	0 %	0 %
0	Función Hepática	0 %	0 %
0	Función Intestinal	0 %	0 %

En lo que se relaciona a la tabla 4, se observa que 41 primigestas no mostraron alteración hidroelectrolítica obteniendo el 85,42%, mientras que 3 de ellas expresaron un aumento del aporte equivalente al 6,25 %, seguida de 1 con Alteración de la Distribución que representa el 2,08 %, y 3 con Disminución de la Excreción correspondiente al 6,25 %. Por otro lado, las 48 primigestas no presentaron alteración orgánica, lo que alcanza al 100%.

Tabla 5. Frecuencia y porcentaje del nivel de ansiedad en la recuperación postcesarea.

Primigestas	Nivel de Ansiedad	Frecuencia	Frecuencia Acumulada
7	Ninguna	14,58	14,58 %
15	Bajo	31,25 %	45,83 %
17	Medio	35,42 %	81,25 %
9	Alto	18,75 %	100 %

En lo que respecta a la tabla 5, se puede evidenciar que, de las 48 primigestas evaluadas, 17 presentan un nivel medio de ansiedad lo que representa el 35,42%, seguidamente 15 muestran un nivel bajo de ansiedad lo que equivale al 31,25%, no obstante 9 de ellas mostraron un alto nivel de ansiedad que constituye el 18,75% y por último 7 de las gestantes expusieron no tener ansiedad lo que corresponde al 14,58%. Estos resultados afirman que la variable en estudio incide de manera medio baja en las primigestas que fueron cesareadas.

DISCUSIÓN

Cada día son más numerosos los estudios que muestran que el estado psicológico prequirúrgico, en especial la ansiedad, incide en la recuperación posquirúrgica. Como personal de salud, se observa diariamente a gestantes con un sentimiento desagradable y no específico de angustia, nerviosismo, y malestar. Por tal motivo, se les aplicó a las gestantes primigestas el Test de STAI que permitió evaluar el grado de ansiedad antes y después de la cesárea. Los datos obtenidos arrojan que el 85,42% de las primigestas, presentaron un nivel moderado de ansiedad, justo antes de la intervención.

Estos resultados exponen relación con la investigación realizada por Vásquez S (2017)³, donde demostró a través de un grupo control y otro experimental, que los pacientes manifiestan un aumento significativo de ansiedad prequirúrgica cuando se realizan las practicas habituales y no se le explica sobre el proceso operatorio y las situaciones que generalmente se presentan antes y después de la intervención, mientras que cuando se le informa al paciente el debido proceso operatorio y se responden sus inquietudes tienden a experimentar un nivel bajo de ansiedad.

Igualmente, la investigación desarrollada por Peralta L (2020)⁸, expresa que la falta de información por parte del equipo de salud hacia las gestantes es la principal causa de ansiedad perioperatoria, lo que a su vez en muchas pacientes aumenta las incidencias de los eventos adversos en la anestesia y la intervención a la cesárea, por lo que es necesario que el personal adquiera las herramientas y destrezas para atender estas situaciones emocionales con técnicas básicas y manejo adecuado de la información.

Estos datos, afirman que la ansiedad está presente en toda persona ya sea de forma transitoria o crónica, produciendo reacciones agresivas a consecuencia de un incremento sobre el estrés que experimenta la paciente, causando además una respuesta que dificulta el manejo de la ansiedad. Por ello estos resultados dan muestra que el estado emocional evaluado en las primigestas, puede asociarse a lo que expresa Moix (1997)¹² en su investigación, donde expone que la ansiedad se debe el estrés a las circunstancias que rodean la intervención: miedo al dolor, a lo desconocido, a la dependencia de factores y personas ajenas, a cambios corporales, a la posibilidad de morir, al no saber qué puede pasar después, entre otros.

Dentro de este marco también se evaluó la recuperación postcesárea obteniendo como síntomas físicos: hipertensión arterial el cual representó el 22,92% de las primigestas. Igualmente se observó una frecuencia cardiaca aumentada taquicardia en 29,17% de la población. Estos resultados nos demuestran que, si existe una incidencia significativa de la ansiedad en el proceso de recuperación postcesárea, y que la presencia del estrés psicológico materno se puede acompañar con cambios desfavorables en la frecuencia cardiaca, presión sanguínea y oxigenación fetal. Finalmente se procedió a reevaluar la ansiedad presente en las primigestas, durante las primeras 24 horas de recuperación postcesárea, obteniendo que el 35,42%, presentaron un nivel medio de ansiedad, seguidamente el 31,25%, mostraron un nivel bajo de ansiedad, no obstante, un alto nivel de ansiedad lo constituyeron el 18,75%.

CONCLUSIONES

Una vez realizado el análisis e interpretación de los resultados y tomando en consideración los objetivos establecidos se presentan las siguientes conclusiones para el tema de investigación tratado, las mismas se describen a continuación.

Se obtuvo como resultados que el 85,42% de las primigestas presentaron un nivel moderado de ansiedad preoperatoria. Asimismo, los síntomas positivos que más prevalecieron fueron alegría y bienestar, mientras que los síntomas negativos fueron nerviosismo y aturdimiento según el test de STAI aplicado. No obstante, los síntomas comunes en la recuperación postcesárea fueron hipertensión arterial con 22,92% y taquicardia con 29,17%. Finalmente, se procedió a reevaluar la ansiedad post operatoria obteniendo que el 35,42%, reportó un nivel medio de ansiedad. En definitiva, se obtuvo un nivel significativo de ansiedad en las primigestas durante el pre y post operatorio, teniendo una relación importante en el proceso de recuperación generando comúnmente síntomas cardiovasculares y una respuesta general al estrés.

No obstante, esta investigación puede servir de argumento a la creación de un plan de intervención sobre la salud mental de las gestantes y las púerperas que incluya la creación de

grupos de apoyo y la psicoeducación al personal médico y enfermeras que se encuentran en el servicio de ginecología, con el fin de lograr un acercamiento y un abordaje a las gestantes que van a ser ingresadas a cesárea programada, de esta manera explicar el procedimiento y sintetizar en ellas todas las dudas más comunes que surgen en la pre y post intervención.

REFERENCIAS CONSULTADAS

1. Moreno Carrillo. Detección y actuación en la ansiedad preoperatoria inmediata. De la teoría a la práctica. Rev CMA. Barcelona [Internet] 2015;35(3) [citado el 18 de enero de 2022] Disponible en: https://www.asecma.org/Documentos/Articulos/06_20_2_OR_Moreno.pdf
2. Aylas Ramos. Ansiedad del paciente en el preoperatorio programado en la especialidad de traumatología del servicio de cirugía del Hospital María Auxiliadora. Trabajo de grado. Lima. [Internet] 2017;54(2) [citado el 17 de enero de 2022] Disponible en: https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/8451/Aylas_rl.pdf?sequence=3&isAllowed=y
3. Vásquez Sigrid. Ansiedad en el paciente sometido a intervención quirúrgica. Trabajo de fin de grado. España: Universidad de Valladolid. [Internet] 2017;35(3) [citado el 10 de enero de 2022] Disponible en: <https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/24731/TFG-H976.pdf?sequence=1>
4. Molina María. Expectativas y satisfacción de las mujeres ante el parto. Diseño y eficacia de una intervención educativa como elemento de mejora. Tesis doctoral. Tarragona: Universidad Rovira I Virgili [Internet] 2015;54(2) [citado el 10 de enero de 2022] Disponible en: <https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/306265/Tesi%20Maria%20Inmaculada.pdf?sequence=>
5. Sastre Miras. Aspectos psicológicos y emocionales durante la gestación y el puerperio. Trabajo de fin de grado. España: Universidad de Valladolid [Internet] 2015;72(3) [citado el 15 de enero de 2022] Disponible en: <https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/11938/TFG-H292.pdf?sequence=1>
6. Martínez Guess. Operación cesárea. Una visión histórica, epidemiológica y ética para disminuir su incidencia. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. [Internet] 2015; 53(5):608-15 [citado el 15 de enero de 2022]; Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2015/im155r.pdf>
7. Chen HH, Lai JC. Understanding the relationship between cesarean birth and stress, anxiety, and depression after childbirth: A nationwide cohort study. 2017; 20:38-8
8. Peralta Obispo. Nivel de ansiedad de gestantes que van a ser sometidas a una operación por cesárea del hospital de salud II Ramón Castilla Cercado. Trabajo académico. Lima: Universidad Norbert Wiener. [Internet] 2020; 61(3):21-8 [citado el 18 de enero de 2022]; Disponible en: https://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13053/4689/T061_09762130_S.pdf?sequence=1

9. Martínez, C. Investigación descriptiva: definición, tipos y características. [Internet] 2018; 27(2):12-3 [citado el 18 de enero de 2022]; Disponible en: <https://www.lifeder.com/investigacion-descriptiva>
10. Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene RE, Buéla-Casal G, Cubero NS, Guillén-Riquelme A. STAI: Cuestionario de Ansiedad Estado Rasgo. 8va. ed. TEA Ediciones. 2011;24-29
11. Castro Rodríguez. Ansiedad en el paciente prequirúrgico y visita prequirúrgica: Programa de enfermería para la disminución de los niveles de ansiedad. España: Universidad de Valladolid. [Internet] 2015; 21-8 [citado el 19 de enero de 2022]; Disponible en: <https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/11791/TFG-H221.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
12. Moix J. Evaluación de la ansiedad en la antesala del quirófano. Medicina Clínica 1997; 108:157-8.

EVALUACIÓN DE LA DISCECTOMÍA CERVICAL ANTERIOR CON ARTRODESIS EN CASOS DE DISCOPATÍA Y DEGENERACIÓN.

Evaluation of anterior cervical discectomy with arthrodesis in cases of discopathy and degeneration.

Guarapana Sánchez, José Gregorio ¹

¹ Email: dr.guarapana@gmail.com. ORCID: 0009-0004-4192-1751

RESUMEN

En el tratamiento de la enfermedad discal cervical, la discectomía cervical por vía anterior con artrodesis intersomática es la técnica quirúrgica mayormente aceptada. En las últimas décadas, con el desarrollo de esta técnica, se han introducido diversos modelos para la fusión, bien sea de titanio o de peek (poli-éter-éter-ketono), debido a sus excelentes propiedades mecánicas y biológicas. El estudio ambispectivo, observacional, descriptivo, analítico, de campo y de corte transversal se enfoca en la evaluación de la discectomía cervical anterior con artrodesis en casos de discopatías degenerativas. Se aborda la alta prevalencia de trastornos cervicales y la dificultad en su diferenciación, siendo las enfermedades cervicales y degenerativas comunes en la práctica neuroquirúrgica. Se revisa la técnica de artrodesis cervical anterior postdiscectomía, destacando su continuidad desde una experiencia previa en 2007 y analizando 360 casos intervenidos. La discectomía cervical por vía anterior con artrodesis intersomática es la técnica quirúrgica predominante, utilizando diferentes modelos de cajas intersomática de titanio y peek. Se resalta la utilidad de las cajas intersomática por sus buenos resultados clínicos, prescindiendo de injertos óseos, placas o tornillos, y su compatibilidad con la Resonancia Magnética Nuclear. El objetivo general del estudio es evaluar la efectividad de estas técnicas quirúrgicas en pacientes con patología cervical discal y degenerativa, considerando su impacto en la estabilización cervical, la recuperación postoperatoria y la reincorporación a las actividades normales. En conclusión, se recomienda la aplicación de la discectomía cervical anterior con artrodesis intersomática, destacando sus ventajas en términos de reducción del tiempo quirúrgico, mínimas complicaciones, estabilización inmediata de la columna cervical y pronta recuperación de los pacientes, lo que puede conducir a una mejora en la calidad de vida y una reducción de costos asociados al tratamiento de estas afecciones.

Palabras Clave: discectomía cervical anterior, artrodesis intersomática, discopatías degenerativas.

ABSTRACT

In the treatment of cervical discal disease, anterior cervical discectomy with intersomatic arthrodesis is the most widely accepted surgical technique. In recent years, with the development of this technique, various models have been introduced for fusion, either titanium or peek (poly-ether-ether-ketone), due to its excellent mechanical and biological properties. The ambispective, observational, descriptive, analytical, field and cross-sectional study focuses on the evaluation of anterior cervical discectomy with arthrodesis in cases of degenerative discopathies. It addresses the high prevalence of cervical disorders and the difficulty in their differentiation, being cervical and degenerative diseases common in neurosurgical practice. The technique of cervical arthrodesis previous postdiscectomy is reviewed, highlighting its continuity since a previous experience in 2007 and analyzing 320 intervened cases. Anterior cervical discectomy with interbody arthrodesis is the predominant surgical technique, using different models of titanium and peek interbody cages. The usefulness of interbody cages is highlighted for their good clinical

results, dispensing with bone grafts, plates or screws, and their compatibility with Nuclear Magnetic Resonance. The general objective of the study is to evaluate the effectiveness of these surgical techniques in patients with cervical disc and degenerative pathology, considering their impact on cervical stabilization, postoperative recovery and return to normal activities. In conclusion, the application of anterior cervical discectomy with interbody arthrodesis is recommended, highlighting its advantages in terms of reduction in surgical time, minimal complications, immediate stabilization of the cervical spine and prompt recovery of patients, which can lead to an improvement in quality of life and a reduction in costs associated with the treatment of these conditions.

Keywords: anterior cervical discectomy, interbody arthrodesis, degenerative disc disease.

INTRODUCCIÓN

Desde tiempos inmemorables, los trastornos de columna han aquejado a la humanidad, la cervicalgia es una de los motivos de consulta más comunes en la práctica médica. En el contexto de la investigación sobre la evaluación de la discectomía cervical anterior con artrodesis, se abre un horizonte científico fascinante para comprender mejor esta condición y mejorar los enfoques terapéuticos disponibles. El dolor cervical puede ser originado por diversas causas, como la compresión de estructuras nerviosas, procesos inflamatorios, neoplásicos, infecciosos o degenerativos, así como traumatismos. Entre las posibles causas de compresión se encuentran el estrechamiento del foramen intervertebral, protrusión discal, osteofitosis y otras condiciones degenerativas. (Murillo Calderón, 2012)

La degeneración del disco cervical, que comienza desde la temprana edad, es un proceso multifactorial que puede resultar de traumas, rotaciones, flexiones y latigazos, entre otros factores. Esto conduce a cambios en la estructura del disco, como la aparición de fisuras en los anillos fibrosos, lo que a su vez puede provocar una reducción en la altura discal y compresión de las raíces nerviosas. (Garrido, 2014)

Entre los factores de riesgo para la hernia de disco cervical se incluyen el estilo de vida, el envejecimiento y las malas posturas. Los síntomas y signos de esta afección pueden variar dependiendo de si hay compresión mecánica o inflamatoria de una raíz nerviosa, o si hay compresión directa de la médula espinal. Además, el diagnóstico diferencial debe considerar otras patologías que pueden presentar síntomas similares.

La discectomía cervical anterior con artrodesis intersomática es una técnica quirúrgica aceptada para el tratamiento de la enfermedad discal cervical. Desde su descripción inicial en la década de 1950, esta técnica ha sido objeto de diversas modificaciones y ha demostrado ser efectiva para aliviar el dolor y mejorar la función en pacientes con patología cervical discal y degenerativa. (Cloward, 1958).

Se requiere mayor información o evidencia sobre cuál es el mejor enfoque quirúrgico para abordar la patología discal y degenerativa cervical. Esto podría deberse a la variedad de opciones

disponibles, como distintos tipos de cajas intersomáticas, y la necesidad de determinar cuál proporciona la mejor estabilización cervical, recuperación postoperatoria y facilita la reincorporación a las actividades habituales para los pacientes.

El objetivo general de este estudio es evaluar la efectividad de la discectomía cervical anterior con artrodesis en pacientes con patología cervical discal y degenerativa, considerando su impacto en la estabilización cervical, la recuperación postoperatoria y la reincorporación a las actividades normales. Esta investigación, basada en la experiencia del autor en 340 casos intervenidos, busca proporcionar una comprensión más profunda de los resultados y la utilidad clínica de esta técnica quirúrgica en el manejo de la enfermedad discal cervical.

POBLACION, MATERIALES Y METODOLOGÍA

Se llevó a cabo un estudio ambispectivo, observacional, descriptivo, analítico, de campo y de corte transversal de 360 casos tratados entre 2008 y 2022, abordando patologías cervicales discales y degenerativas mediante discectomía y fusión anterior con diversas cajas intersomáticas de titanio y peek, sin la utilización de injertos óseos adicionales ni placas u otro tipo de instrumentación.

Los materiales empleados para la fusión cervical intersomática consistieron en cajas roscadas y dentadas de titanio, así como cajas dentadas de peek, complementadas con hidroxapatita en gránulos y un intensificador de imágenes.

Las cajas dentadas de titanio presentaban forma cilíndrica o rectangular, con dientes en su superficie para mejorar el anclaje vertebral y una o dos perforaciones centrales para facilitar la integración ósea. Por otro lado, las cajas dentadas de peek, ya sea rectangulares o anguladas, también contaban con superficies dentadas para anclarse a los cuerpos vertebrales y perforaciones centrales para una adecuada osteointegración.

La caja roscada de titanio, de forma cónica, permitía mantener la lordosis cervical fisiológica, con un diámetro anterior mayor que el posterior. Esta caja presentaba un orificio central que conectaba dos hendiduras ovaladas para el contacto con los cuerpos vertebrales, además de orificios laterales más pequeños para verificar la posición adecuada bajo el intensificador de imágenes.

La técnica quirúrgica empleada fue la desarrollada por Smith-Robinson (Robinson RA, 1955), con una incisión horizontal en la piel del lado derecho del cuello, exposición de los niveles afectados, distracción de los espacios intervertebrales con instrumental de Caspar, y discectomía completa. Tras la discectomía, se llevaba a cabo la exploración de los forámenes, la foraminotomía bilateral y la remoción de osteofitos, si los hubiera.

La selección de los pacientes se basó en la historia clínica y la evaluación neurológica, siendo intervenidos quirúrgicamente después de haber fracasado en tratamientos conservadores. Los estudios paraclínicos incluyeron radiología simple y dinámica, densitometría ósea, resonancia magnética cervical y electromiografía.

RESULTADOS

En el presente trabajo se presenta la experiencia de los autores en 360 casos cuyo resultado y análisis se realiza a continuación

Cuadro No. 1. DISTRIBUCION POR EDAD

Sexo	Número de pacientes	Porcentaje
Masculino	120	33.33%
Femenino	240	66.67%
Total	360	100%

Cuadro No. 2. DISTRIBUCION POR EDAD

Edad (años)	Número de pacientes	Porcentaje
10-20	2	0.56%
21-30	43	11.94%
31-40	108	30.00%
41-50	119	33.06%
51-60	43	11.94%
61-70	38	10.56%
71-80	20	5.56%
Total	360	100%

Se encontró que el 66.67% eran mujeres, representando un total de 240 individuos, mientras que el restante 33.33% correspondía a hombres. En cuanto a la distribución por grupos etarios, se observó una variedad significativa: el grupo de 41-50 años fue el más numeroso, con el 33% del total, seguido por el grupo de 31-40 años con un 30%. Destacable también es la presencia de 2 pacientes en el rango de 11-20 años, que representaron el 0,56% del universo, Estos resultados reflejan una distribución concentrada entre la tercera y cuarta década de vida dentro de la población analizada. (Cuadros 1 y 2)

Cuadro No. 3. MOTIVO DE CONSULTA

v	Números de pacientes	Porcentaje
Cérvico-braquialgia	340	94.40%
Parestesias	300	83.30%
Disminución de la Fuerza Muscular	250	59.44%
Vértigos	200	55.56%
Dolor Dorsal	80	22.22%
Lumbalgia	31	8.61%
Cervicalgia Aislada	25	6.94%
Dolor Precordial	10	2.78%

Cuadro No. 4. ANTECEDENTES

Antecedentes	Número de Pacientes	Porcentaje
Traumatismos Cervicales	162	45.00 %
Enfermedades Degenerativas	150	41.67%
Intervenciones Previas	12	3.33 %
Antecedentes Familiares	78	21.67%

En la evaluación de los motivos de consulta reportados por los pacientes, se observa que la cervicobraquialgia es el motivo más común, reportado por el 94.44% de los pacientes, seguido de las parestesias con el 83.33% y la disminución de la fuerza muscular con el 69.44%. Por otro lado, el dolor precordial es el motivo menos frecuente, mencionado por solo el 2.78% de los pacientes. Respecto a los antecedentes reportados, se destaca que el traumatismo cervical previo es el antecedente más común, referido por el 45% de los pacientes, seguido de las enfermedades degenerativas con el 41.67% y los antecedentes familiares de discopatías con el 21.67%. Por último, las intervenciones previas son mencionadas por el 3.33% de los pacientes, siendo el antecedente menos frecuente. Estos resultados revelan una serie de patrones y factores importantes a considerar en el contexto clínico de los pacientes analizados. (Cuadros 3 y 4)

Cuadro 5. SIGNOS EN RX SIMPLE

Signos	Frecuencia	Porcentaje
Rectificación de la Lordosis Cervical	320	88.89%
Disminución de espacio intervertebral	270	75.00%
Estenosis Foraminal	240	66.67%
Osteofitosis	228	63.33%
Inestabilidad - Listesis	96	26.11%
Calcificación del Ligamento Longitudinal Posterior	15	12.5%

Cuadro 6. IMAGEN EN RMN

Hallazgos	Frecuencia	Porcentaje
Protrusión Discal	345	85.93%
Rectificación	305	84.72%
Desplazamiento del Estuche Dural	199	55.28%
Hipertrofia de Ligamento Amarillo	140	38.89%
Estenosis de Recesos Laterales	123	34.17%
Listesis	90	25.00%
Extrusión Discal	123	34.17%

En el análisis de los resultados radiológicos simples, se encontró que la rectificación de la lordosis fue el hallazgo más común, presente en el 88.89% de los pacientes, seguido por la disminución del espacio intervertebral con el 75%. Otros hallazgos significativos incluyeron la estenosis foraminal (66.67%) y la osteofitosis (63.33%). Sin embargo, la inestabilidad y la listesis mostraron una menor prevalencia, observada solo en el 26.11% de los pacientes. En contraste, en los resultados de resonancia magnética, la protrusión discal fue el hallazgo más frecuente, presente en el 95.83% de los pacientes, seguido por la rectificación con el 84.72%. Otros hallazgos importantes incluyeron el desplazamiento del estuche dural (55.28%) y la hipertrofia del ligamento amarillo (38.89%). La listesis y la extrusión discal fueron menos frecuentes, observadas en el 25% y el 34.17% de los pacientes respectivamente. (Cuadros 5 y 6)

Cuadro 7. NIVELES CERVICALES AFECTADO

Nivel Cervical Afectado	Número de Pacientes	Porcentaje
Un Nivel	225	62.50%
C5 – C6	115	31.90%
C6 – C7	44	12.20%
C4 – C5	30	8.33%
C3 – C4	25	6.90%
C7 – T1	11	3.06%
Dos Niveles	102	28.33%
C3- C4 / C4-C5	15	4.17%
C4- C5 / C5-C6	38	10.30%
C5- C6 / C6-C7	26	7.23%
C3-C4 / C5-C6	12	3.33%
C4-C5 / C6-C7	11	3.06%
Tres Niveles	33	9.17%
C3-C4/ C4-C5/ C5-C6	7	1,94%
C4-C5/ C5-C6/ C6-C7	23	6.40%
C3-C4/ C5-C6/ C6-C7	2	0,6%
C3-C4/ C4-C5/ C6-C7	1	0,3%
Total	360	100%

Cuadro 8. INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA

Tipo de intervención	Número de pacientes	Porcentaje
Abordaje cervical anterior derecho con discectomía, colocación de cesta roscada de titanio más hidroxiapatita	108	30.00%
Abordaje cervical anterior derecho con discectomía, colocación de caja dentada de titanio más hidroxiapatita	142	39.44%
Abordaje cervical anterior derecho con discectomía, colocación de cesta dentada de peek más hidroxiapatita	110	30.56%
Total	360	100 %

El nivel C5-C6 fue el mayormente afectado (31.90%) y el C6-C7 con el 12.20% de los casos. En 102 casos se intervinieron 02 niveles cervicales y en 33 casos 3 niveles.

En todos los casos se realizó abordaje anterior de la columna cervical con discectomía y foraminotomía bilateral; en el 30% de los casos con colocación de cesta roscada de titanio rellena de hidroxiapatita; al 39.44% se colocaron cajas dentadas de titanio y en un 30.56% cestas o cajas dentadas de peek. (Cuadros 7y 8)

Cuadro 9. SINTOMAS POST-OPERATORIOS

Síntomas	Frecuencia	Porcentaje
Disfagia	30	8.33%
Cervicalgia	24	6,7%
Braquialgia	13	3.70%
Sangrado	4	1,10%
Disfonía	4	1,10%

Las complicaciones postoperatorias más frecuentes fueron: disfagia (30 casos) y cervicalgia (24 casos). Todas las complicaciones presentadas fueron transitorias con una mejoría total de las mismas en un período promedio de 3 semanas. (Cuadro 9)

Cuadro 10. EVOLUCION POST-OPERATORIA EN RELACION AL MOTIVO DE CONSULTA

Síntomas	Número de pacientes	Frecuencia en Mejoría	Porcentaje
Cérvico-braquialgia	340	335	98.52%
Parestesias	300	290	96.70%
Disminución de la Fuerza Muscular	250	250	100.00%
Vértigos	200	190	95.00%
Dolor Dorsal	80	41	50.10%

Dolor Lumbar	31	15	50.32%
Cervicalgia Aislada	25	23	92.00%
Dolor Precordial	10	5	50.00%

La evolución clínica postoperatoria mostró mejoría de la cervicobraquialgia en 98.52 % de los casos; los trastornos motores mejoraron en 100% y los síntomas sensitivos en un 96.70%. (Cuadro 10)

No hubo diferencia en la evolución postoperatoria en los pacientes en relación al tipo de sistema intersomático que se colocó.

El seguimiento de los casos fue entre 1 mes y 3 años postoperatorio. Todos los pacientes fueron remitidos a fisioterapia posterior a la segunda semana postoperatoria y el 95 % de los casos pudo reincorporarse a sus actividades laborales habituales.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La columna cervical es una estructura fundamental del sistema musculo esquelético, caracterizada por su complejidad y movilidad. Sin embargo, esta movilidad también la hace susceptible a diversas patologías, entre las que destacan la discopatía y la degeneración discal.

Un considerable número de pacientes que padecen de radiculopatía debido a una hernia discal cervical experimentan mejoras en sus síntomas sin necesidad de intervención quirúrgica. La administración adecuada de medicamentos para el dolor, como antiinflamatorios, analgésicos y gabaérgicos, junto con tracción cervical intermitente, puede acelerar la recuperación (Hernández, 2012). La cirugía se reserva para aquellos pacientes que no responden al tratamiento conservador o que presentan déficits neurológicos progresivos (Guarapana S., 2008), (Krivoy, 2009), (Alvatori-Rubí JJ, 2014).

La técnica de discectomía cervical anterior ha sido efectiva en el tratamiento de estas hernias, aunque tradicionalmente ha conllevado complicaciones y morbilidad. Sin embargo, nuevas técnicas quirúrgicas e implantes, como cestas de titanio o polímeros, han surgido con el objetivo de simplificar el procedimiento, reducir costos y tiempo quirúrgico, y mejorar la estabilidad cervical postoperatoria (Krivoy, 2009), (Guarapana S., 2008). Estas cestas reemplazan los discos intervertebrales, promoviendo la fusión ósea y evitando la compresión nerviosa. Su aplicación es sencilla, económica y proporciona estabilidad inmediata. Además, son compatibles con estudios de resonancia magnética postoperatorios y eliminan la necesidad de usar collarín en la recuperación.

Es importante mencionar que, aunque este estudio ha estado en curso desde 2007 hasta 2022, la serie de pacientes no ha sido seguida por más de tres años, por lo tanto, si bien estas técnicas

han mostrado resultados prometedores, se requieren estudios a largo plazo para evaluar su durabilidad y efectividad continua. Además, se recomienda una cuidadosa selección de pacientes y un enfoque individualizado en el tratamiento, considerando factores como la edad, la salud general y la gravedad de la condición.

En conclusión, la evaluación de la discectomía cervical anterior con artrodesis en casos de discopatía y degeneración discal destaca su eficacia y seguridad como opción quirúrgica. Se recomienda su consideración en pacientes con síntomas graves o refractarios al tratamiento conservador, priorizando técnicas menos invasivas para mejorar los resultados clínicos y funcionales.

REFERENCIAS CONSULTADAS

1. Alvatori-Rubí JJ, M.-J. A.-H. (Septiembre de 2014). Recuperado el 17 de Enero de 2024, de Acta Ortop Mex: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=54954>
2. Cloward, R. (1958). The anterior approach for removal of ruptured cervical disks. *J Neurosurg*, 602-617.
3. Garrido, J. (2014). Cervicobraquialgia. En M. M. Orrego, *Ortopedia y Traumatología Básica* (pág. 49). Santiago, Chile.
4. Guarapana S., J. G. (2008). Recuperado el 12 de 01 de 2024, de Neurocirugia-venezuela.com: <http://www.neurocirugia-venezuela.com/articulo01-01-07-08.pdf>
5. Hernández, D. P. (2012). *Rev. Hosp. Psiquiátrico de la Habana*. Recuperado el 05 de 12 de 2023, de <https://www.medigraphic.com/pdfs/revhospsihab/hph-2012/hph122b.pdf>
6. Krivoy, S. T. (2009). *Discectomía cervical anterior con artrodesis intersomática con cesta de titanio: Experiencia en 102 casos (2002 - 2008)*. Recuperado el 2023 de Marzo de 2024, de http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0367-47622009000400006&lng=es&tlng=es.
7. Murillo Calderón, A. (2012). Recuperado el 12 de Marzo de 2023, de Medicina Legal de Costa Rica: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152012000200010&lng=en&tlng=es.
8. Robinson RA, S. G. (1955). Anterolateral cervical disc removal and interbody fusion for cervical disc syndrome. *Abstract Johns Hopk Hosp Bull*, 223-224



**Instituto de Investigaciones Científicas
SANITIS
Procedimientos y Normas para Publicación**

1. El manuscrito

1.1. El manuscrito debe ser original e inédito. En tal sentido no puede haber sido publicado a través de ningún medio impreso ni digital en el momento de consignarlo a **SANITIS**, ni estar en proceso de evaluación o publicación por ninguna otra revista.

1.2. El manuscrito debe ser producto de una investigación en cualquiera de las áreas y disciplinas de las Ciencias de la Salud, con especial relevancia para la comunidad científica, con rigurosidad metodológica y bioética.

1.3. La recepción del manuscrito bajo ninguna circunstancia implica compromiso de publicación por parte de **SANITIS**.

1.4. El contenido de los artículos será de la sola y entera responsabilidad de su autor (a) o autores (as).

2. La preparación del manuscrito.

2.1. El texto del manuscrito debe estar preparado mediante el programa Microsoft Word (extensión .doc o .docx), en español o inglés.

2.2. El manuscrito debe presentarse usando la plantilla de artículos de **SANITIS**.

2.3. El título del artículo debe ser claro y conciso, se sugiere un máximo de 15 palabras.

2.4. Cada autor debe estar identificado con su nombre, institución de afiliación, correo electrónico y ORCID (Open Researcher and Contributor Identification). Si no tiene ORCID se puede registrar, sin costo alguno, en <https://orcid.org/>

3. Consideraciones generales

3.1. Se deben utilizar abreviaturas comunes en el campo de las ciencias de la salud y evitar el uso de abreviaturas en el título. La primera vez que se mencione una abreviatura, se debe acompañar del término completo al que hace referencia, a excepción de las unidades de medida comunes, que se expresarán en el Sistema Internacional. Las

unidades químicas, físicas, biológicas y clínicas deben ser siempre definidas de manera precisa. Los nombres científicos deben seguir estrictamente las normas de nomenclatura y taxonomía.

3.2. Se requiere que todos los textos sean escritos en letra Arial tamaño 11, con espacio y medio entre líneas. El tamaño del papel debe ser A4 y los márgenes deben ser de 2,5 cm. Las citas deben llevar un superíndice antes del punto final del párrafo o la oración citada. Para citar a los autores, se debe utilizar un superíndice después del apellido, por ejemplo, García³ menciona... En casos de múltiples autores, se utilizará el término "*et al.*", por ejemplo, García *et al.*³ mencionan... Cuando la cita se encuentra al final de una oración, el superíndice se coloca antes del punto que separa las oraciones, por ejemplo, la mayoría de las infecciones del tracto respiratorio superior son de origen viral⁶.

3.3. La extensión máxima del manuscrito (artículos originales, artículos de revisión y casos clínicos) será de 15 páginas sin incluir referencias consultadas.

4. Normativa para cada sección

4.1. Editoriales: son artículos que abordan temas de actualidad, desde la política de la revista hasta la investigación y avances en Ciencias de la Salud. Son escritos a solicitud del Editor de la revista, algún miembro de la Comisión Editorial o algún invitado destacado, pueden tener hasta 3 autores y máximo 3 páginas de extensión.

4.2. Artículos originales: son artículos que derivan de investigaciones realizadas con rigurosidad científica, metodológica y bioética, deben ser originales y pertinentes al área de Ciencias de la Salud. Los análisis, ensayos o experimentos deben ser reproducibles bajo las mismas condiciones. La estructura de los artículos originales será

4.2.1. Resumen: tendrá una extensión máxima de 250 palabras y debe ser estructurado (Objetivo, Métodos, Resultados y Conclusiones). Al final del resumen se debe incluir entre 3 a 5 palabras clave en español e inglés tomadas de los Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS) de BIREME (<http://DeCS.bvs.br>) y en el Medical Subject Headings (MeSH) de Index Medicus/Medline (<http://www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html>).

4.2.2. Introducción: debe contemplar los aspectos teóricos de forma breve, hacer énfasis en la problemática planteada, antecedentes, justificación y objetivo del estudio. No incluir conclusiones ni datos que se discutirán en otros apartados.

4.2.3. Materiales y Métodos: debe incluir el tipo y diseño de investigación, la población y muestra, los criterios de inclusión y exclusión, los métodos, equipos y procedimientos empleados que sean inéditos o diseños propios del autor deben explicarse rigurosamente con la finalidad de que otros investigadores puedan reproducir el estudio, por su parte, los métodos estandarizados y ampliamente conocidos pueden nombrarse o explicarse brevemente. En esta sección también se incluyen los aspectos bioéticos y legales, así como el análisis estadístico empleado.

4.2.4. Resultados: se deben presentar en pretérito, se puede hacer uso de texto, tablas o figuras. Se debe emplear el mínimo de tablas y figuras posible, no se deben repetir resultados presentados en forma de texto en tablas ni figuras. Se deben presentar solo las observaciones más relevantes, siendo concisos y precisos, alineando los resultados a los objetivos de la investigación. Se deben seguir las recomendaciones de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y de la red EQUATOR (Enhancing the QUALity and Transparency Of health Research)

- **Tablas:** deben incluir un título en la parte superior, se numeran consecutivamente en números arábigos. Solo deben tener líneas horizontales y seguir el estilo de presentación de tablas para artículos del área de ciencias de la Salud. Las notas u observaciones se deben colocar al final haciendo uso de los símbolos correspondientes. La información de las tablas puede repetirse en figuras ni texto, sólo se realizarán comentarios estrictamente necesarios haciendo referencia a la respectiva tabla.
- **Figuras:** solo se incluyen las figuras que sean estrictamente necesarias para la comprensión de los resultados, se numeran en arábigos. Estas deben incluir una leyenda.
- **Fotografías:** de incluirse fotografías, estas deben tener la calidad necesaria para su correcta visualización. Se recomienda utilizar este recurso solo para

resultados donde se requiera la observación directa, como en el caso de microfotografías histológicas, imágenes de microscopía electrónica, entre otras.

4.2.5. Discusión: en este apartado se interpretan los resultados presentados, se contrastan con la literatura o con los resultados obtenidos por otros autores, se realizan conclusiones en base a los resultados, sin hacer inferencias. Se incluyen recomendaciones a futuras investigaciones.

4.2.6. De forma opcional se puede incluir un apartado de Agradecimientos y otro Financiamiento, siendo claros, precisos y breves, nombrando exclusivamente a personas instituciones directamente involucradas en la investigación.

4.2.7. Referencias: deben seguir el estilo Vancouver y los enlaces deben abrir correctamente.

4.3. Artículos de Revisión: son artículos científicos que recopilan, analizan y sintetizan la información publicada sobre un tema específico. Se caracterizan por presentar una cuidadosa revisión bibliográfica, con el fin de dar cuenta de los avances y las tendencias de desarrollo en el tema. Deben tener un máximo de 15 páginas, con un resumen de 250 palabras. La cantidad mínima de referencias bibliográficas es de 40, de las cuales al menos el 80% deben ser de los últimos 5 años. El contenido principal debe organizarse de la siguiente forma: introducción, revisión de la literatura, discusión y conclusiones.

4.4. Casos Clínicos: son artículos que describen casos clínicos de interés. Pueden tratar sobre nuevas técnicas, resultados o patologías infrecuentes. El resumen debe tener 250 palabras y el texto principal debe organizarse en introducción, reporte del caso, discusión, conclusión y referencias bibliográficas. Solo se aceptarán casos clínicos de altísima relevancia e importancia para la comunidad científica.

5. Información sobre Referencias:

5.1. Las citas bibliográficas deben ser relevantes e incluirse únicamente si han sido leídas por los autores. La bibliografía se debe presentar en orden de aparición en el texto, numerada correlativamente.

5.2. Se debe utilizar el formato Vancouver, que es un conjunto de normas para la presentación de citas bibliográficas en publicaciones científicas. Las normas de Vancouver se pueden encontrar en el sitio web del Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas (ICMJE): <http://www.icmje.org/>

5.3. Los nombres de las revistas se deben abreviar de acuerdo con el estilo usado en el Index Medicus/Medline. La lista de abreviaturas de revistas se puede encontrar en el sitio web del National Library of Medicine (NLM): <http://www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html>.

5.4. Algunos ejemplos. Tomado de https://biblioguias.uam.es/citar/estilo_vancouver

Libro completo

Autor/es. Título del libro. Edición. Lugar de publicación: Editorial; año.

Bell J. Doing your research project. 5th. ed. Maidenhead: Open University Press; 2005

Volúmenes independientes de libros

Volúmenes con título propio, pero de los mismos autores/editores

Autor/es. Título del libro. Edición. Lugar de publicación: Editorial; año. Páginas.

Vol. nº. Título del capítulo.

Cicchetti D, Cohen DJ, editors. Developmental psychopathology. Vol. 1, Theory and methods. New York: John Wiley & Sons, Inc.; c1995. 787 p.

Monografías seriadas

Autor/es. Título del libro. Edición. Lugar de publicación: Editorial; año. Páginas.
(Autor/es. Título de la serie. Vol. nº)

Stephens D, editor. Adult audiology. Oxford (UK): Butterworth-Heinemann; c1997. 657 p. (Kerr AG, editor. Scott-Brown's otolaryngology; vol. 2).

Capítulos de libros

Autor/es del capítulo. Título del capítulo. En: director/Coordinador/Editor del libro. Título del libro. Edición. Lugar de publicación: Editorial; año. página inicial-final del capítulo.

Franklin AW. Management of the problem. En: Smith SM, editor. The maltreatment of children. Lancaster: MTP; 2002. p. 83-95.

Artículo de revista

Autor/es. Título del artículo. Abreviatura internacional de la revista. año; volumen (número): página inicial-final del artículo.

Dawes J, Rowley J. Enhancing the customer experience: contributions from information technology, J Business Res. 2005; 36(5):350-7.

Actas de congresos y conferencias (se citan como un libro)

Harnden P, Joffe JK, Jones WG, editors. Germ cell tumours V. Proceedings of the 5th Germ Cell Tumour Conference; 2001 Sep 13-15; Leeds, UK. New York:Springer; 2002.

Comunicaciones y ponencias

Autor/es de la comunicación / ponencia. Título de la comunicación / ponencia. En: Título oficial del Congreso. Lugar de Publicación: Editorial; año. página inicial-final de la comunicación / ponencia.

Anderson JC. Current status of chorion villus biopsy. Paper presented at: APSB 1986. Proceedings of the 4th Congress of the Australian Perinatal Society, Mothers and Babies; 1986 Sep 8-10; Queensland, Australian. Berlin: Springer; 1986. p. 182-191.

Recursos en internet

Libros

Autores. Título [Internet]. Lugar: Editor; año [revisión; consultado]. Disponible en: url.

Richardson ML. Approaches to differential diagnosis in musculoskeletal imaging [Internet]. Seattle (WA): University of Washington School of Medicine; 2007-2008 [revised 2007-2008; cited 2009 Mar 29]. Available from: <http://www.rad.washington.edu/mskbook/index.html>

Artículos de revistas

Autor. Título. Nombre de la revista abreviado [Internet] año [consultado]; volumen (número): páginas o indicador de extensión. Disponible en:

Abood S. Quality of improvement initiative in nursing homes. Am J Nurs [Internet]. 2002 [Consultado 22 Nov 2012]; 102(6). Disponible en: <http://www.nursingworld.org>.

Sitios web

Autor/es. Título [Internet]. Lugar de publicación: Editor; Fecha de publicación [revisado; consultado]. Disponible en: dirección electrónica.

European Space Agency. ESA: Missions, Earth Observation: ENVISAT. [Internet]. [Consultado 3 Jul 2012]. Disponible en: <http://envisat.esa.int/>

Parte de un sitio web

Medline Plus [Internet]. Bethesda (MD): U.S. National Library of Medicine; c2009. Dental health; 2009 May 06 [cited 2009 Jun 16]; [about 7 screens]. Available from: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/dentalhealth.html>

Datos de investigación

Veljić M, Rajčević N, Bukvički D. A Revision of The Moss Collection Of The University Of Belgrade Herbarium (Beou) From The Ostrozub Mountain In Serbia [Internet]. Zenodo; 2016. Available from: <https://doi.org/10.5281/ZENODO.159099>

6. Sistema de arbitraje: todas las solicitudes de publicación, cualquiera que sea su modalidad y naturaleza, pasarán por una evaluación realizada por la Comisión Editorial. El objetivo de esta evaluación es verificar si el contenido se ajusta a las Instrucciones para los Autores. Si los manuscritos no cumplen con los estándares de calidad establecidos por la revista **SANITIS**, serán devueltos a los autores. Si los manuscritos se ajustan a los estándares establecidos en la presente normativa, serán sometidos a revisión por pares a doble ciego, tanto las correcciones de los árbitros como la autoría de los trabajos serán confidenciales. La Comisión Editorial designará al menos dos árbitros expertos en el área correspondiente, quienes tendrán un plazo máximo de 30 días para realizar la evaluación. Una vez recibidas las evaluaciones, la Comisión Editorial revisará los resultados y los autores solo podrán realizar las correcciones recomendadas por los árbitros o la Comisión Editorial. Por lo que, una vez realizado el proceso de arbitraje se procederá a los ajustes de diagramación, estilo y forma.

7. Política de plagio: los manuscritos recibidos serán sometidos a detectores de plagio. Se solicita a los autores que declaren que el trabajo es original e inédito y que poseen los

derechos intelectuales y morales sobre el mismo. Si la Comisión Editorial encuentra evidencias sólidas de plagio, se contactará a los autores para aclarar la situación. En caso de existir evidencia ciertas y comprobables de plagio o uso indebido de la producción intelectual presentada, los autores serán informados al respecto. **SANITIS**, emitirá un Acta explicativa y retirará la versión electrónica del artículo, además de no publicar ningún otro artículo de los autores involucrados en el plagio y en las irregularidades observadas, durante un período de 6 años.

8. Exención de Responsabilidad de la Revista

La Revista **SANITIS**, se reserva el derecho de decidir si acepta o no los trabajos que se le envían para su publicación. Así como, el derecho de realizar las correcciones editoriales que considere necesarias en los mismos. La Revista **SANITIS**, no se hace responsable ni comparte responsabilidad por los juicios emitidos por los autores de los trabajos que finalmente se autoricen para su publicación.

9. Derechos de los autores

Los autores conservan sus derechos sobre marcas y patentes, así como sobre cualquier proceso o procedimiento descrito en el artículo.

Los autores tienen el derecho de compartir, copiar, distribuir, ejecutar y comunicar públicamente el artículo publicado en la Revista **SANITIS** ya sea colocándolo en un repositorio institucional o publicándolo en un libro, siempre y cuando se reconozca su publicación inicial en la Revista **SANITIS**.

10. Declaración jurada

Los autores deben firmar una declaración jurada (**VER ANEXO A**) donde se certifica la autoría y que el mismo es original e inédito. De igual forma, los autores conceden los derechos a la Revista **SANITIS**, de publicar en medios electrónicos o impresos el contenido del artículo y declaran no poseer conflictos de interés alguno.

Maltrato laboral percibido por médicos asistenciales y de posgrado. Hospital "Dr. Rafael Calles Sierra". Falcón.

Goncalves Pereira, María de Luz
González Colina, Guillermo Jesús
Lugo Bello, Vianney Alejandra
Rodríguez Polanco, Elaudi del Valle
Suárez Bello, Felipe Armando

Prevalencia de lesiones intraepiteliales escamosas de bajo grado mediante diagnóstico patológico. Servicio de Anatomía Patológica Marcell's Laboratorio. CA, periodo 2021.

Ronny Rennie Meza Huerta
Mariell Milagros Pérez Ayala
María de los Ángeles Pinto Gutiérrez

Nivel de ansiedad preoperatoria y proceso de recuperación de las gestantes programadas a cesárea. Hospital Central Universitario "Dr. Antonio María Pineda".

Waldemar Jesús Piña Navarro

Evaluación de la discectomía cervical anterior con artrodesis en casos de discopatía y degeneración.

Guarapana Sánchez, José Gregorio