



Ateneo

REVISTA OFICIAL DE DIFUSIÓN CIENTÍFICA DEL COLEGIO DE MÉDICOS DEL AZUAY

TRABAJO ORIGINAL: Estilos de personalidad y funcionamiento familiar en estudiantes de psicología de una universidad privada en Ecuador.

CASO CLÍNICO: Oftalmopatía de Graves, tratamiento del exoftalmos bilateral.

ARTÍCULOS DE REVISIÓN: Rinitis Alérgica en la Medicina China

Número 2

Volumen 20. Diciembre 2018. Edición Semestral.



Estamos escribiendo las páginas del futuro



contigo



**UNIVERSIDAD
DEL AZUAY**

¡Sé parte de algo grande!

uazuay.edu.ec

REVISTA OFICIAL DE DIFUSIÓN CIENTÍFICA DEL COLEGIO DE MÉDICOS DEL AZUAY

Volumen 20. Número 2. Diciembre 2018 ISSN No. NA 1390-4396 - Edición Semestral

DIRECTORIO DEL COLEGIO DE MÉDICOS DEL AZUAY 2018 – 2020

PRESIDENTE

Dr. Patricio Barzallo C.

VICEPRESIDENTE

Dra. Miriam Silva V.

VOCALES PRINCIPALES

Dr. Juan Serrano A.

Dra. Nelly Ortega M.

Dr. Vicente Perez C.

Dr. Fausto Idrovo A.

Dr. Jose Pazmiño M.

Dr. Humberto Quito R.

Dr. Edison Muñoz S.

VOCALES SUPLENTES

Dr. Xavier Encalada B.

Dr. Patricio Castillo C.

Dr. Patricio Merchán M.

Dra. Beatriz Romero G.

Dr. Edy Ochoa G.

Dr. Miguel Jerves A.

Dr. Víctor Arévalo Z.

DELEGADO A LA FEDERACIÓN MÉDICA NACIONAL

Dr. Carlos Piedra L.

SECRETARIO

Dr. Fernando Córdova N.

TESORERO

Dr. Ivan Carpio B.

ASESOR JURÍDICO

Dr. Diego Monsalve T.

DIRECTOR / EDITOR

Dr. Patricio Barzallo
MD. Especialista en Pediatría
Facultad de Ciencias Médicas, Universidad del Azuay

COMITÉ EDITORIAL

COMITÉ EDITORIAL LOCAL

Dra. Miriam Silva - Pediatra Neonatólogo
Hosp. Vicente Corral Moscoso- Hosp. Monte Sinaí
Cuenca-Ecuador
Dr. Fernando Córdova Neira - Cirujano Pediatra
UDA-Hospital José Carrasco - IESS Cuenca
Cuenca-Ecuador
Dr. Pablo Peña Tapia - Neurocirujano
Hospital Universitario del Río - UDA
Cuenca-Ecuador
Dr. Raúl Pino Andrade - Cirujano Magister en Investigación
- Hosp. Vicente Corral Moscoso -
Facultad de Ciencias Médicas- U. de Cuenca
Cuenca-Ecuador
Dr. Humberto Quito R - Radio Oncólogo
Instituto del Cáncer SOLCA Cuenca -
Hosp. Universitario del Río.
Cuenca-Ecuador
Dr. Aldo Mateo Torracchi Carrasco - Especialista en Medicina
Interna - Especialista en Neumología - Facultad de Medicina
de la UDA - Hospital Universitario del Río
Cuenca-Ecuador

SECRETARIO DE REDACCIÓN:

Dr. Fernando Arias M.
docfer@uazuay.edu.ec
Dirección: Av. 24 de Mayo y Américas
Teléfono: 0999891256 - (07) 4096530
Cuenca-Ecuador

ENTIDAD EDITORA

Colegio de Médicos del Azuay

DIRECCIÓN DE LA REVISTA

colegiomedicosazuay@hotmail.com
Dirección: Popayán L-3
Teléfono: (593) 0984168359 – 593 (07)4096530
Cuenca-Ecuador

COMITÉ EDITORIAL NACIONAL

Dr. Johann Radax.
Universidad del Azuay. Cuenca-Ecuador
Dr. Carlos Francisco Barzallo Sacoto
Universidad San Francisco. Quito –Ecuador
Dra. Miriam Mora Pinos
Universidad del Azuay. Cuenca-Ecuador

COMITÉ EDITORIAL INTERNACIONAL

Dr. Jaime A. Ramirez Mayans
Gastroenterólogo Pediatra
Instituto Nacional de Pediatría. CDM- México
Dr. Alberto Orozco Gutierrez
Neonatólogo
Hospital Humana CDM- México
Dr. Fernando Espinoza C.
Ginecólogo
Hospital Cauquenes- Chile

AVAL ACADÉMICO

Facultad de Medicina Universidad del Azuay
Publicado en 2018

DISEÑO PORTADA

Dr. Patricio Barzallo Cabrera

DISEÑO DIAGRAMACIÓN

Equipo creativo Graf&pack

LUGAR DE EDICIÓN

Graf&pack
Cornelio Vintimilla y Octavio Chacón
Cuenca-Ecuador
500 ejemplares

ISSN No. NA 1390 -4396

CONTENIDO

Normas de Publicación	124
------------------------------------	------------

Editorial

EDITORIAL	129
------------------------	------------

Dr. Patricio Barzallo Cabrera

Artículos Originales

ESTILOS DE PERSONALIDAD Y FUNCIONAMIENTO FAMILIAR EN ESTUDIANTES DE PSICOLOGÍA DE UNA UNIVERSIDAD PRIVADA EN ECUADOR	132
---	------------

Peñaherrera-Vélez, MJ., Moscoso, D., Dávila, Y., Vélez-Calvo, X., Seade, C.

CÁNCER PULMONAR DE CÉLULAS NO PEQUEÑAS ETAPA TEMPRANA (ESTADIO I-II): GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO.	149
--	------------

Galo Duque Proaño, Juan Pablo Zapata Ávila, Andrés Rodríguez Balarezo, Daysi Pesántez Loyola, Andrés Malo Valdivieso

CRIPOTORQUIDIA EN PEDIATRÍA HOSPITAL JOSÉ CARRASCO – IESS, 2013 - 2017 SERVICIO DE CIRUGÍA PEDIÁTRICA	161
--	------------

Sandra Ruiz Arízaga, Andrea Vintimilla, Erika Lopez, Gabriela Cordero, Fernando Córdova-Neira

SUBDIAGNÓSTICO DE ANEMIA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS	170
--	------------

María Antonieta Flores Salinas, Martha Alexandra Llamuca Cali, Diego Fabián Ochoa Crespo, Julio Hernán Ochoa Crespo, Lorena Patricia Padrón Alvarado

Caso Clínico

OFTALMOPATÍA DE GRAVES, TRATAMIENTO DEL EXOFTALMOS BILATERAL	179
---	------------

Juan J. Serrano C., Edgar Serrano, Diego Palacios

Artículos de Revisión

RINITIS ALERGICA EN LA MEDICINA CHINA	186
--	------------

David Achig Balarezo.

Cultura Médica

LA CULTURA EN SALUD	198
----------------------------------	------------

Patricio Barzallo Cabrera

Historia de la Medicina

LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE LA UNIVERSIDAD DE CUENCA A TRAVÉS DE LA HISTORIA 150 AÑOS DE VIDA (1868-2018)	208
---	------------

Jacinto Landívar Heredia

NORMAS DE PUBLICACIÓN

NORMAS PARA LA PUBLICACIÓN DE ARTÍCULOS CIENTÍFICOS EN LA REVISTA ATENEO

1. MISIÓN

Publicar artículos científicos revisados por un comité de pares nacionales y extranjeros, sobre temas relacionados con la salud y la educación médica en general, que contengan trabajos de actualidad y relevancia en el campo de la salud.

2. VISIÓN

Ser el referente de publicaciones en educación médica a nivel local, nacional e internacional, con altos estándares de calidad y rigor metodológico.

3. OBJETIVOS / PÚBLICO:

El objetivo de la revista Ateneo es entregar a sus lectores literatura médica de calidad, la misma que es seleccionada, y luego de una revisión cuidadosa por parte del Comité Editorial se aceptan los trabajos para su publicación. Es la revista oficial del Colegio de Médicos del Azuay que va dirigida a todos los profesionales de la salud, sean médicos, enfermeras, odontólogos y estudiantes de medicina de nuestra comunidad cuya área de trabajo es la atención comunitaria y hospitalaria.

4. POLÍTICAS DE LA REVISTA:

Todos los autores han leído y han aceptado su contenido, y que el manuscrito se ajusta a las políticas de la revista.

Se consideran autores los que han realizado contribuciones sustanciales en el diseño, adquisición, análisis e interpretación de los datos, haber participado en la redacción del manuscrito, dar la aprobación final de la versión que se publicará y aceptar la responsabilidad de la autoría del trabajo.

Todos los manuscritos deben incluir una sección de conflictos de intereses financieros y no financieros y reportar que el autor no tiene conflicto de intereses.

Debe constar el consentimiento informado en toda investigación en seres humanos, los otros estudios no requieren este requisito.

Se aceptarán para publicación los trabajos originales de investigación científica, casos clínicos o quirúrgicos y de revisión estadística. No se aceptarán trabajos publicados anteriormente o presentados al mismo tiempo en otra revista.

Ateneo no se responsabiliza por los conceptos emitidos en sus artículos publicados. Los trabajos son de absoluta responsabilidad de los autores.

El Comité Editorial se reserva el derecho de aceptar los artículos y de efectuar correcciones con el propósito de asegurar una presentación uniforme. Igualmente podrá rechazar los manuscritos que se consideren no aptos para su publicación, por no cumplir con los requisitos de publicación.

La periodicidad de la revista Ateneo es semestral y se entregarán ejemplares físicos

a los autores y a los miembros de los colegios médicos y ciencias afines del país sin costo alguno, además los artículos serán colocados en la página Web del Colegio de Médicos del Azuay para su información.

Una vez que el artículo es publicada se considera propiedad de la Revista Ateneo y no podrá ser publicado en otra revista sin el permiso de la Dirección de la revista.

5. PUBLICACIÓN:

Semestral con arbitraje ciego por pares académicos, mantiene su compromiso de publicar su revista a texto completo y posteriormente en línea. Su difusión es gratuita a nivel nacional.

6. OPINIÓN:

La opinión de los autores no refleja la posición u opinión del comité editorial de la revista ATENEO.

7. REVISIÓN POR PARES:

Todos los manuscritos son evaluadas por el Comité Editorial para su remisión a pares académicos. Quienes emitirán un informe determinando si el original será: aceptado si modificaciones, enviado al autor para correcciones o devuelto al autor por no cumplir los requisitos de la revista. El proceso de arbitraje es ciego, tanto para el Comité, los autores y los pares académicos.

8. CONFIDENCIALIDAD:

Los miembros del Comité Editorial leerán todos los artículos enviados, dichos manuscritos son confidenciales, salvo en los casos de sospecha de mala conducta o plagio.

9. ASPECTOS ÉTICOS:

Todos los artículos presentados se someterán a las normas nacionales e internacionales de Bioética para la investigación y publicación.

Ateneo receptorá los manuscritos en forma electrónica a la dirección de e-mail: colegiomedicosazuay@hotmail.com o a las otras direcciones del sitio web, facebook, twitter, para que los trabajos sean distribuidos en las siguientes secciones:

10. NORMAS PARA LOS ARTÍCULOS O SECCIONES / INFORMACIÓN AUTORES :

A) EDITORIALES: los editoriales estarán a cargo del comité de la revista Ateneo.

B) ORIGINALES: Los artículos originales o trabajos de investigación científica clínica o animal. Artículos correspondientes a protocolos de investigación, originales en extenso y originales breves; de estudios finalizados con diseños observacionales (cohortes, caso-control, transversales, correlación, series de casos y reportes de caso ampliados), diseños experimentales (ensayos clínicos), meta-análisis y revisiones sistemáticas.

C) CASOS CLÍNICOS: Los casos clínicos son descripciones de casos clínicos o quirúrgicos de especial interés o trabajos de investigación que por su metodología o casuística no entre en la categoría anterior.

D) REVISIONES: Revisiones de investigación bibliográfica actualizada y relevante. Su extensión máxima es de 5000 palabras.

E) ENSAYOS: Artículos que abordan temas específicos y/o relacionados con algún artículo original publicado en el mismo número, y/o algún tema relevante.

F) CARTAS AL EDITOR: Las cartas al editor son comunicaciones científicas breves, comentarios a artículos de la revista o previamente publicados, temas de interés y actualidad.

G) CARTAS DE INVESTIGACIÓN: Las cartas de Investigación son artículos correspondientes a la presentación de casos clínicos cortos y trabajos de investigación cuyo contenido, complejidad metodológica y alcance de resultados que no justifica una mayor extensión.

H) EDUCACIÓN MÉDICA: Educación médica resultan ser artículos correspondientes al proceso de enseñanza y formación profesional, y relacionados con los sistemas educativos universitarios, particularmente de las facultades de ciencias médicas y de las sociedades científicas.

I) OTRAS SECCIONES: Otras secciones no regulares son Imágenes en medicina, Temas de actualidad, Historia de la Medicina, Cultura Médica, Biografías Médicas, etc.

11. PRESENTACIÓN O ESTRUCTURA GENERAL DE LOS TRABAJOS:

Los trabajos deberán presentarse impresos y en formato electrónico, escritos a doble espacio, en hojas de tamaño A4; la extensión del texto no será mayor a 10 páginas y se admitirán hasta 8 gráficos o tablas.

Los trabajos deberán contener:

Título: se anotará el título del artículo, conciso e informativo, no debe tener más de 12 palabras.

Nombres y apellidos de los autores: en número máximo de cinco para trabajos de investigación, revisiones bibliográficas, revisiones de metanálisis, y en casos clínicos. Nombre de las instituciones donde se realizó el trabajo científico o de pertenencia de los autores. Dirección a la que deba dirigirse la correspondencia. Cargos de los autores del trabajo, precisando el departamento.

Resumen Y Abstract: claro e informativo, no más de 200 palabras en los artículos originales, de revisión y opinión, de 50 a 100 en los casos clínicos. **Un resumen** incluirá: **objetivos, métodos, resultados y conclusiones.** No se utilizarán abreviaturas excepto si se emplean unidades de medida.

Palabras clave: todo artículo llevará de 3 a 10 palabras clave en español y en inglés (key words) que permiten la identificación del artículo y su indexación en los sistemas nacionales e internacionales de bibliografía

científica como los descriptores en ciencias de la salud (DeCS).

Abreviaturas, referencias, figuras o tablas: No se utilizarán abreviaturas excepto si se emplean unidades de medida. Cuando se utilicen abreviaturas deberán precederse de su significado la primera vez que aparezcan en el texto. Cada referencia, figura o tabla se citará en el texto en orden numérico.

12. TEXTO DE ELABORACIÓN DE LOS ARTÍCULOS:

se presentará en el siguiente orden: resumen con palabras clave, abstract con key words, introducción, objetivos, metodología, resultados, análisis-discusión, conclusiones-recomendaciones y referencias bibliográficas.

a. Resumen y Abstract: corto y colocándose lo más importante del artículo con palabras clave y key words.

b. Introducción: indica la temática, finalidad y sentido del artículo; se pueden colocar además las motivaciones de los autores, el problema de investigación, los objetivos planteados, la metodología utilizada.

c. Metodología o materiales y métodos: se explicarán en forma clara y breve los procedimientos clínicos, técnicos, experimentales; y el diseño estadístico aplicado. Debe proporcionar los detalles suficientes para que una determinada experiencia pueda ser reproducida en base a la información presentada.

d. Resultados: relatará las observaciones efectuadas, bien sea detallada en texto o mediante tablas y gráficos, se ha de procurar no repetir la información en el texto o en las tablas. En el caso de datos

cuantitativos se someterán al análisis estadístico.

e. Análisis y discusión: son comentarios a los resultados obtenidos, y se relacionarán con otras fuentes bibliográficas destacando su significación y la aplicación práctica de los resultados.

f. Conclusiones: son determinaciones concisas y claras que describen a grandes rasgos la investigación de acuerdo a los objetivos, diseño del proyecto, ejercicio práctico comparándolo con los resultados obtenidos; es decir que se observó, aprendió o se demostró.

g. Agradecimientos: cuando se considere oportuno se citarán las personas o instituciones que han colaborado con el trabajo.

h. Financiamiento: si tiene financiamiento interno o externo.

i. Conflicto de intereses: deberá declarar si tiene o no conflicto de intereses con industria farmacéutica o con cualquier otra organización educativa o social.

j. Referencias bibliográficas: se recomienda numerar las citas bibliográficas consecutivamente en el orden en que se mencionan por primera vez en el texto. Identificar las referencias en el texto, tablas y pies de figuras o gráficos con números arábigos y entre paréntesis. No se puede usar como referencias "observaciones no publicadas" y "comunicaciones personales", aunque las referencias de comunicaciones escritas, no orales, pueden insertarse en el texto entre paréntesis. Se pueden incluir en las citas los trabajos aceptados,

pero no publicados, mencionando la fuente y añadir entre parentesis.

13. NORMAS DE VANCOUVER: es un requisito cumplir con las normas de Vancouver, a diferencia de otros estilos de referencias bibliográficas, no incluyen explicaciones para la redacción de las mismas, sólo un listado de ejemplos.

EJEMPLOS DE REFERENCIAS MÁS UTILIZADAS:

Artículos de revistas biomédicas ("Journal")

Artículo publicado en revistas con paginación consecutiva en los distintos ejemplares del volumen: Autores. Título. Revista, Año; Volumen: Página inicial y Página final.

Ejemplo: Halpen SD, Ubel PA, Caplan AL. Solid-organ transplantation in HIV infected patients. *N Engl J Med* 2002; 347: 284-87.

Artículo publicado en revistas sin paginación consecutiva en los distintos ejemplares del volumen: (Autores. Título. Revista; Año; volumen (número): página inicial – final). Caiza ME, Villacís P, Ramos M. Recién nacido de madre adolescente con intervalo intergenésico corto. *Revista Ecuatoriana de Pediatría* 2004; 5 (2): 24-27.

Artículos con más de seis autores: (Igual a lo anterior, con mención a 6 primeros autores, seguido de los términos "et.al.") ejemplo: Rose ME, Huerbin MB, Melick J, Marion DW, Palmer AM, Schiding JK, et.al. Regulation of interstitial excitatory amino acid concentrations after cortical contusion injury. *Brain Res.* 2002; 935: 40-6.

Organización como autor: Diabetes Prevention Program Research Group. Hypertension, insulin and proinsulin in participants with impaired glucose tolerance. *Hypertension* 2002; 40: 679-86.

Libros

Autor único: Hermida C. La Medicina en el Azuay, Monografías para su historia. Cuenca: Casa de la Cultura Ecuatoriana, Núcleo del Azuay; 1973.

Autores únicos: Murray PR, Rosenthal KS, Kobayashi GS, Pfaller MA. Medical microbiology. 4th ed. St Louis: Mosby; 2002.

Autores de Capítulo en un libro: Meltzer PS, Kallioniemi A, Trent JM. Chromosome alterations in human solid tumors. En: Vogelstein B, Kinzler KW, eds. The genetic basis of human cancer. New York: McGraw-Hill; 2002: 93-113.

Artículo de revista solo publicada en Internet:

Formato Documento Electrónico (ISO)

ESCUADERO, Carlos y CALLE, Andrés. Hierro, oxígeno y desarrollo placentario en la génesis de la preeclampsia: Efectos de la altura en Ecuador. Rev. méd. Chile [online]. 2006, vol.134, n.4 [citado 2013-01-26], pp. 491-498 . Disponible en: <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872006000400014&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0034-9887. doi: 10.4067/S0034-98872006000400014.

Formato Documento Electrónico (ABNT)

ESCUADERO, Carlos; CALLE, Andrés. Hierro, oxígeno y desarrollo placentario en c: Efectos de la altura en Ecuador. Rev. méd. Chile, Santiago, v. 134, n. 4, abr. 2006 . Disponible en <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872006000400014&lng=es&nrm=iso>. accedido en 26 enero 2013. doi: 10.4067/S0034-98872006000400014.

Formato Documento Electrónico (Vancouver)

Escudero Carlos, Calle Andrés. Hierro, oxígeno y desarrollo placentario en la génesis de la preeclampsia: Efectos de la altura en Ecuador. Rev. méd. Chile [revista en la Internet]. 2006 Abr [citado 2013 Ene 26] ; 134(4): 491-498. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872006000400014&lng=es.doi: 10.4067/S0034-98872006000400014.

Web Site: Cancer-Pain.org [homepage on internet]. New York: Association of Cancer Online Resources, Inc.; c2000-01 [updated 2002 May 16; cited 2002 Jul 9]. Available from: <http://www.cancer-pain.org/>

Otras fuentes

Tesis: Borkowski MM. Infant sleep and feeding: a telephone survey of Hispanic Americans [tesis]. Mount Pleasant (MI): Central Michigan University; 2002.

CD-ROM: Anderson SC, Poulsen KB. Anderson`s electronic atlas of haematology [CD-ROM]. Philadelphia: Lippincott Williams &Wilkins; 2002.

14. PROCESOS DE REVISIÓN: una vez recibido el artículo, este es revisado por el Editor o Director de la revista, luego es enviado a los revisores locales o externos del Comité Editorial. El autor será previamente informado sobre su aceptación, cambios o rechazo del mismo en un lapso no mayor a 60 días vía correo electrónico.

Proforma presupuestaria nacional y el presupuesto para la salud del año 2019

Patricio Barzallo C.*

*Hospital Universitario del Río

Correspondencia:

* Patricio Barzallo Cabrera

Correo electrónico:

patbarzallo@hotmail.com

Dirección: Av. Paucarbamba y

José Peralta,

Cuenca-Ecuador

Código postal: EC010156

Teléfono: (593) 999745255

ORCID: [https://orcid.org/0000-](https://orcid.org/0000-0001-8423-1663)

0001-8423-1663

Membrete Bibliográfico

Barzallo P. Editorial. Cuenca-

Ecuador. Rev. Med Ateneo

2018; 20 (2): 129-131.

Proforma presupuestaria nacional

La Constitución Política del Ecuador (art. 294 y 295) establece que la Función Ejecutiva, elabore cada año la proforma presupuestaria anual y la programación presupuestaria cuatrienal, que serán remitidas a la Asamblea Nacional para aprobación durante los primeros noventa días de su gestión y en los años siguientes sesenta días antes del inicio del año fiscal respectivo.

En la sesión 557 la Asamblea Nacional revisó las recomendaciones del informe de la Comisión de Desarrollo Económico. El Parlamento tenía plazo hasta el 4 de diciembre 2018 para aprobar u observar esta Proforma y sugerir recomendaciones para que sean incorporadas al presupuesto general.

La proforma presupuestaria para el año 2019 enviada por el Ejecutivo a la Asamblea Nacional, es de 31.318 millones, nos damos cuenta que tiene 427 millones menos que la del 2018 que fue de 31.746 millones. La proforma es analizada en la Comisión de Desarrollo Económico y la Asamblea Nacional tenía hasta finales de mes de noviembre para aprobarla.

La función Ejecutiva tenía diez días para incorporar en el Presupuesto General del Estado (PGE) las 17 recomendaciones que aprobó el jueves 29 de noviembre del 2018 la Asamblea Nacional. La proforma presupuestaria 2019 entrará en vigencia por el Ministerio de la Ley luego de que la Asamblea hasta el 18 de diciembre del 2018 decidió no aceptar el nuevo texto enviado por el Ejecutivo y tampoco logró los votos para ratificarse en sus observaciones.

Presupuesto para la Salud

Las disposiciones transitorias décimo octava y vigésimo segunda de la Constitución establecen que cada año se deben incrementar en dos sectores como educación y salud, en al menos 0,5% del Producto Interno Bruto (PIB). Es decir, alrededor de USD 500 millones. Este incremento se debe hacer en función del Presupuesto General del Estado aprobado por la Asamblea. El propósito es que la asignación para salud alcance un mínimo del 4% en relación con el PIB. Actualmente, el presupuesto establecido para salud en el 2019 representa el 3,51% del PIB. De acuerdo con este documento, la proforma 2019 contiene las asignaciones establecidas en la Constitución, asegurando el incremento del 0,5% del PIB si se compara con el presupuesto codificado de este año; es decir, con el documento que Finanzas va ajustando a lo largo del año. En salud se aumentó en USD 566 millones, considerando también el presupuesto codificado de este 2018. "La Constitución de la República no señala que el aumento se debe hacer respecto del presupuesto codificado". Para salud, la Comisión recomendó que la proforma del 2019 mantenga al menos

las asignaciones del Ministerio de Salud Pública fijadas para el ejercicio fiscal 2018. También, que se entreguen los recursos necesarios para asegurar la cobertura de la atención médica en general y para la provisión de medicamentos. Estos aspectos se deberán analizar en el Pleno. La fecha tope para aprobar la proforma era el 30 de noviembre del 2018 y enviar al Ejecutivo las recomendaciones.

El presupuesto destinado para el sector de salud, en la proforma 2019, el monto asignado para el Ministerio del ramo, por ejemplo, tendría un aumento de USD 19,2 millones para el próximo año, según el documento que estudia la Asamblea Nacional. El rubro asignado a septiembre del 2018 fue de USD 3.043,6 millones. Y para el 2019 sería de USD 3.062,9 millones. Es decir, USD 19,2 millones más, lo que representa un 0,63% de incremento. Uno de los rubros que crece es el denominado egresos de personal, que pasa de USD 1.602,8 millones, en septiembre de este año, a USD 1.663,3 millones, para el 2019, según la pro forma enviada por la Cartera de Finanzas. Pero también hay algunas reducciones. Una de las más fuertes se registra en el monto destinado para medicamentos. En septiembre del 2018 se le asignó USD 260,4 millones, lo que significa 17,55% más que el monto para el próximo año, que es de USD 214,6 millones. Adicionalmente se reporta una baja en la asignación para dispositivos médicos, odontológicos, de imagen y otros. Cada año el presupuesto destinado para salud debe aumentar en al menos 0,5% del Producto Interno Bruto (PIB), hasta llegar al menos al 4%, según se estableció en la disposición transitoria vigésima segunda de la Constitución de la República. Es decir, serían USD 500 millones adicionales.

Para la Federación Médica Ecuatoriana (FEM), la proforma no atiende el mandato constitucional porque el incremento mencionado surge del presupuesto codificado, cuando lo correcto es comparar con el presupuesto aprobado. De ser así, los fondos para el próximo año son similares a los autorizados para el año que termina. El gremio sostiene que los recursos resultan insuficientes para atender las necesidades del Sistema de Salud, incluso señala que la proforma no contempla más de \$ 300 millones para financiar el Cuadro Nacional de Medicamentos Básicos. El Gobierno afirma que el presupuesto garantiza el bienestar de la ciudadanía, esperamos que se fije un presupuesto justo para este rubro. De los cuales al área de la salud se destinan únicamente: 3.097 millones como presupuesto para el 2019, es decir unos 470 millones menos que lo que se asignó en el presupuesto del 2018 que fue de 3.573 millones. Uno de estos rubros tendrá una importante corrección por las observaciones a realizarse.

Desde agosto 2018 se ha comunicado al Ejecutivo, MSP y otros ministerios para avisarles que el presupuesto para la salud no está hecho en base al presupuesto del año anterior, sino en base a lo que se gastaron y no alcanzó a gastarse todo, habiendo hospitales y sectores de la salud que tanto necesitaron de ese presupuesto no ejecutado y que probablemente será devuelto al erario nacional

Con el presupuesto del año anterior ya se reportó escasez de medicamentos, por lo que “es probable que la atención y medicamentos no den abasto en el 2019. Lo que implica una vulneración de los derechos constitucionales”. Con la reducción en salud se corre el riesgo de no continuar con programas de educación y promoción de la salud, por lo que algunos legisladores apoyan la propuesta de que se mantenga el presupuesto del 2018. La iniciativa sería similar a la que propusieron los centros de educación superior. “Si mantenemos esta reducción, el próximo año estaremos construyendo más hospitales porque tendremos una población enferma”. Todavía no se determinaba cómo financiar los medicamentos y tratamientos para enfermedades crónicas y catastróficas y se critica al Ministerio de Salud por una supuesta falta de ejecución del presupuesto.

Hay puntos complicados que tendrán graves consecuencias sociales, como la reducción drástica de la política de becas del Instituto de Fomento al Talento Humano que pasa de 123 millones a 9 millones de dólares, o la reducción para los programas de alimentación escolar, textos y uniformes, la falta de presupuesto para programas destinados a la prevención y atención de las adicciones. La reducción del bono de desarrollo humano, baja de 363 millones en este año a 252, reducción que implicaría que en este año existió una reducción del 50% de la pobreza, lo que no se ha dado, sino todo lo contrario, se incrementó.

El monto de la deuda que tiene el Estado con el Seguro Social, por la atención médica que brinda a jubilados y personas con enfermedades catastróficas, ascendía a junio pasado a USD 3.101 millones, según balances del IESS a junio pasado. Legalmente estos gastos deben ser cubiertos por el Estado; sin embargo, se encuentra en mora desde el 2001. La deuda estatal fue eliminada en septiembre del 2016 de los balances del IESS, pero un informe de Contraloría, de junio del 2017, determinó que debía ser restituida “como promesa del Presidente”.

Estamos a la espera que la asamblea haga las observaciones pertinentes en el área de la salud y se incremente el presupuesto y no se rebaje por el bien de todos los ecuatorianos o que distribuya mejor las partidas presupuestarias de cada ministerio con los recortes necesarios sin tocar a Educación y Salud que son constitucionalmente los que tienen prioridad.

Nosotros como Gremios y Federación Médica insistiremos en el diálogo para que la política de salud no perjudique a ningún sector de la salud, defenderemos los derechos de los agremiados, al igual que la salud de los pacientes.

Dr. Patricio Barzallo C.

Presidente del Colegio de Médicos del Azuay

Estilos de personalidad y funcionamiento familiar en estudiantes de psicología de una universidad privada en Ecuador.

Peñaherrera-Vélez, MJ¹., Moscoso, D¹., Dávila, Y¹., Vélez-Calvo, X¹., Seade, C²

1.- Decanato General de Investigaciones, Universidad del Azuay, Cuenca, Ecuador
2.- Universidad de Cuenca
Correspondencia:
Yolanda Dávila Pontón
Email: ydávila@uazuay.edu.ec
Dirección: Av. 24 de mayo 777 y Hernán Malo, Cuenca, Azuay-Ecuador
Código postal: EC010204
Teléfono: 593 995888021
Fecha de recepción:
20-08-2018
Fecha de aceptación:
12-12-2018
Fecha de publicación:
28-12-2018
Membrete bibliográfico
Peñaherrera-Vélez, MJ., Moscoso, D., Dávila, Y., Vélez-Calvo, X., Seade, C. Estilos de personalidad y funcionamiento familiar en estudiantes de psicología de una universidad privada en Ecuador. Rev. Med Ateneo 2018; 20 (2): 132-148.

RESUMEN

Los estilos de personalidad y los tipos de funcionamiento familiar son esenciales para futuros psicólogos pues a partir de ellos se regula el ejercicio profesional y el vínculo terapéutico con los pacientes. Este estudio buscó 1) determinar los estilos de personalidad y los tipos de funcionamiento familiar con mayor prevalencia y 2) la relación entre los 12 pares de los estilos de personalidad y los constructos "adaptabilidad" y "cohesión" dentro de los tipos de funcionamiento familiar en estudiantes de psicología. Se trata de un estudio correlacional-transversal-proyectivo. Participaron estudiantes de psicología clínica (n=231) de una universidad privada de Cuenca-Ecuador. Se aplicaron el MIPS y FACES20 para las mediciones. Dentro de los 24 estilos de personalidad (12 pares), predominaron: apertura, acomodación, afectividad, intuición, discrepancia, introversión, individualismo, insatisfacción, comunicatividad, sistematización, control y firmeza. Los tipos de funcionamiento familiar predominantes fueron: Aglutinado-Caótico, Aglutinado-flexible y Conectado-flexible; los dos primeros tuvieron correlaciones positivas entre su "adaptabilidad" y los pares "sistematización vs innovación" e "individualismo vs protección" respectivamente. Los estilos de personalidad prevalentes representan rasgos esenciales para el ejercicio de la psicología. Los tipos de funcionamiento familiar predominantes están en su mayoría en extremos disfuncionales sugiriendo que quienes escogen esta carrera buscan ser mediadores de conflictos desde tempranamente en sus hogares. Se evidencia que las familias con adaptabilidad en extremos disfuncionales influyen en los estilos de personalidad relacionados al rol de los sujetos en la modificación de su entorno y a la importancia que dan a los demás en sus acciones y toma de decisiones.

Palabras Clave: Adaptabilidad familiar, estilos de personalidad; estudiantes de psicología; funcionamiento familiar.

ABSTRACT

Personality styles and types of family functioning are essential for future psychologists, as well as professional practice and the therapeutic link with patients. This study sought 1) to determine personality styles and types of family functioning with greater prevalence and 2) the relationship between the 12 pairs of personality styles and the constructs "adaptability" and "cohesion" within the types of family functioning in psychology students. It is a cross-sectional-proleptic study. Clinical psychology students (n = 231) from a private university in Cuenca-Ecuador participated. The MIPS and FACES20 are applied for the measurements. Within the 24 personality styles (12 pairs), they predominated: openness, accommodation, affectivity, intuition, discrepancy, introversion, individualism, dissatisfaction, communicativeness, systematization, control and firmness. The predominant types of family functioning were: Bundled-Chaotic, Bundled-flexible and Connected-flexible; The first two had a positive relationship between their "adaptability" and the pairs "systematization vs. innovation" and "individualism vs. protection" respectively. The prevalent personality styles represent the essential features for the exercise of psychology. The types of predominant family functioning are mostly dysfunctional extremes suggesting that those who choose in this career seek to mediate conflicts early in their homes. It is evident that families with adaptability in dysfunctional extremes influence the personality styles related to the role of the subjects in the modification of their environment and the importance they give to others in their actions and decision making.

Keywords: Family adaptability, personality styles; psychology students; family functioning.

INTRODUCCIÓN

Las relaciones familiares son un soporte que nutre el surgimiento gradual de la identidad y la personalidad (Ortega, 1987).

Un estilo de personalidad se refiere a una modalidad de funcionamiento psicológico que justifica la conducta de una persona. El estilo podría verse afectado por las condiciones referentes al funcionamiento de la familia (Sánchez-López, 1997).

Según Isaza y Henao (2015), los estilos de interacción familiar y el clima social familiar de los padres, madres y adultos cuidadores tienen un papel primordial en la adquisición de habilidades y repertorios sociales en los niños y niñas, en la edificación de competencias comunicativas, en la evolución del desempeño emocional y en el desarrollo de bases alfabetizadoras. Estos autores precisan que debe considerarse la perspectiva social-cultural que hace hincapié en que el núcleo familiar promueve a los niños a avanzar en su aprendizaje, siendo los padres y sus interacciones quienes procuran la enseñanza de repertorios y alcances de competencias en las diversas dimensiones (cognitiva, socio-afectiva, corporal, comunicativa, estética, espiritual y ética). En base a lo anterior, un funcionamiento familiar adecuado se caracteriza por límites claros entre los subsistemas (Muñoz y Sánchez, 2006) así como por una cohesión y adaptabilidad familiar moderada, entendiendo que lo ideal es una familia conectada y flexible y que ambos extremos son disfuncionales (Martínez-Pampliega, Iraurgi, Galíndez y Sanz, 2006).

Se debe considerar que la familia es un componente contenedor de las ansiedades propias de la evolución de cada miembro, que afecta el desarrollo de la autoestima y la autoimagen (Gómez-Bustamante y Cogollo, 2010), constituyéndose en un elemento protector del bienestar emocional de los jóvenes (Rodrigo et al., 2004). La funcionalidad de la familia no es una condición sumatoria, y no debe verse de forma lineal, al contrario es circular pues una causa puede pasar a ser un efecto y viceversa, es decir, es un proceso que constantemente se renueva promoviendo el desarrollo de cada uno de sus miembros (Del Pino y Fernández, 2011).

Así, la dinámica familiar funcional reúne sentimientos, expectativas y comportamientos que permiten a cada miembro desenvolverse como individuo y sentir que a la vez cuenta con el apoyo de los demás. En contraste las familias disfuncionales son rígidas y no permiten a sus integrantes revisar alternativas de comportamientos por lo que las demandas generan estrés, descompensación y síntomas (Sandoval, Reducindo e Islas, 2011). Olson (1989) afirma que las familias equilibradas tienen una buena comunicación mientras que las desequilibradas no, entendiendo que las familias que se sitúan en puntos intermedios son las equilibradas.

Los rasgos de personalidad y su posible relación con funcionamiento familiar han de ser considerados un elemento decisivo durante la formación académica pues en base a ello se puede entender el rendimiento y adaptación de una persona a su contexto laboral. Por ello se vuelve prioritario entender la personalidad de un estudiante (Borja, 2011).

El psicólogo esta frecuentemente en contacto con sus pacientes. El terapeuta persigue como objetivo general mejorar el funcionamiento de las personas a su cargo, por ende su estado mental tiene que estar acorde con este fin (Casari, 2010). La disposición hacia la ayuda, el bienestar psicológico, la capacidad de empatía, la facilidad de motivación y la diversidad de experiencias son algunos factores que Opazo (2001) determina como esenciales en un profesional de la salud mental.

En torno a las investigaciones realizadas a los estudiantes de psicología sobre sus estilos de personalidad, se han encontrado prevalencias en personalidades esquizotípica, límite y depresiva (Albanesi de Nasetta y Tifner, 2004). Adicionalmente, se han determinado altos niveles de escrupulosidad (Morales, 2005; Rovella y Sanz, 2005).

Por otro lado Siabato, Forero y Paguay (2013) a través del test de personalidad MIPS encontraron que en la dimensión Metas Motivacionales los estilos de personalidad apertura y modificación se presentaron mayoritariamente sobre sus contrarios preservación y acomodación. En la misma dimensión los estilos individualidad y protección no mostraron diferencias, presentándose con igual frecuencia. Ahora bien, en la dimensión Modos Cognitivos la presentación de los estilos de personalidad sistematización, extraversión, reflexión y sensación fue mayor que la de sus opuestos. Por último, en la dimensión Comportamientos Interpersonales los estilos de personalidad comunicatividad, conformismo, control y firmeza tuvieron mayor recurrencia que sus polaridades.

En otro estudio realizado en la carrera de psicología de una universidad mexicana, determinó que los principales rasgos de personalidad de estudiantes de esta carrera son expresividad emocional, sociabilidad, confianza, dominancia, autosuficiencia, inteligencia, impulsividad y autoestima. Esta población además demostró ser poseedora de pensamiento liberal y poco convencional sin mayor apego a las normas morales; además son compasivos, sensibles, emotivos, espontáneos, sinceros y francos (Aragón, 2010).

Ahora bien, diversos estudios han concluido que la dinámica familiar tiene un rol decisivo en las competencias y características de una persona (Andrade, 1998; Padilla-Gámez y Díaz-Loving, 2011; Villagrán, 2001). Otras evidencias importantes sugieren que el funcionamiento familiar de un sujeto afecta su personalidad (Alfaro, Harada y Díaz-Loving, 2001; Díaz-Loving y Torres, 1999; Isaza y Henao, 2015).

Con estos antecedentes, el presente estudio se desarrolló con el objetivo establecer las relaciones entre los estilos de personalidad y el funcionamiento familiar en estudiantes de psicología clínica de la Universidad del Azuay.

MATERIALES Y MÉTODOS

La presente investigación fue de carácter comparativo y correlacional de corte transversal, prolectivo y con fuente primaria.

MUESTRA

Se trabajó con una muestra de tipo intencional. Se incluyeron a todos los estudiantes matriculados para el periodo académico correspondiente a Marzo–Julio 2015.

No se incluyeron a los estudiantes ausentes y los que se negaron a responder la encuesta. La encuesta fue anónima y se aplicó por parte de un investigador neutral.

Las características sociodemográficas de la muestra se detallan en la Tabla 1.

Tabla 1. Características de la muestra

<i>Carrera</i>	<i>Edad</i> <i>N (M; DT)</i>	<i>Sexo: N</i>	<i>Estado civil: n</i>	<i>Repetidor de curso</i> <i>(n)</i>
<i>Psicología</i>	<i>231 (20.97; 2.96)</i>	<i>H: 62</i>	<i>Soltero: 212</i>	<i>43</i>
<i>Clínica</i>		<i>M: 169</i>	<i>Unión de hecho: 2</i>	
			<i>Casado: 14</i>	
			<i>Separado de hecho: 0</i>	
			<i>Divorciado: 3</i>	

Fuente: elaboración propia

INSTRUMENTOS

Se aplicó el Inventario de estilos de personalidad MIPS (Millon, 1997) en su versión en español, compuesto por 180 ítems de respuesta dicotómica (verdadero/falso) que permite medir 12 pares de polos que proporcionan 24 rasgos que determinan estilos de personalidad, los que a su vez se agrupan en tres áreas: metas motivacionales (Apertura, preservación, modificación, acomodación, individualismo y protección), modos cognitivos (extroversión, introversión, sensación, intuición, reflexión, afectividad, sistematización e innovación) y conducta interpersonal (retraimiento, comunicación, vacilación, firmeza, discrepancia, conformismo, sometimiento,

control, insatisfacción y concordancia). Las 24 escalas miden la personalidad en personas adultas, mayores de 18 años, que funcionan normalmente, alejándose así de una perspectiva patológica. El test presenta valores de consistencia interna moderados, .80 en el método de dos mitades y un coeficiente Alpha de Cronbach alto correspondiente a .78, justificando su validez interna y por ende su eficiencia.

El funcionamiento familiar se evaluó a través de la Escala breve de funcionamiento familiar FACES 20 ESP (Martínez-Pampliega et al., 2006), basada en la Escala de evaluación de la adaptabilidad y cohesión familiar (FACES II) de Olson, Portner y Bell (1982). Esta escala mide las dimensiones de cohesión y adaptabilidad en función del modelo circunplejo de sistemas maritales y familiares de Olson (Olson et al., 1989). La prueba consta de 20 ítems tipo escala Likert, con puntuaciones de 1 (muy en desacuerdo) hasta 5 (muy de acuerdo), conformando dos dimensiones de 10 ítems cada una. Por una parte la dimensión cohesión se refiere esencialmente a la unión emocional, es decir, el grado de conexión del individuo con su sistema. Por otra parte, la dimensión adaptabilidad comprende nociones de disciplina, asertividad, negociación y control y liderazgo. Este instrumento posee índices de fiabilidad y validez adecuados pues encontramos consistencia interna en un Alpha de Cronbach de .82 y .79 respectivamente para cohesión y adaptabilidad.

ANÁLISIS ESTADÍSTICOS

Se utilizaron estadísticas descriptivas para analizar la proporción de respuestas a los dos reactivos, en función de sexo y entre carreras. Adicionalmente, se aplicó el análisis Chi cuadrado para determinar independencia entre los tipos de familia y los estilos de personalidad de cada par del MIPS. Posteriormente, se utilizó el coeficiente V de Cramer para analizar la magnitud del efecto de los tipos de familia en los estilos de personalidad de cada par, de forma individual. Finalmente, se realizó un análisis correlacional con el coeficiente de correlación de Pearson (ρ) a las dimensiones "Cohesión" y "Adaptabilidad" de los tipos de familia con $n \geq 25$ (Bonett y Wright, 2000) del FACES20 para buscar relaciones significantes con cada uno de los doce pares del MIPS. Para éstos análisis, se utilizaron elementos de los paquetes ggplot2 (Wickham, 2009) y vcd (Meyer, Zeileis y Hornik, 2015), en el software R (R Core Team, 2015).

RESULTADOS

Los datos resultantes de los test FACES20 y MIPS fueron reportados de forma categórica.

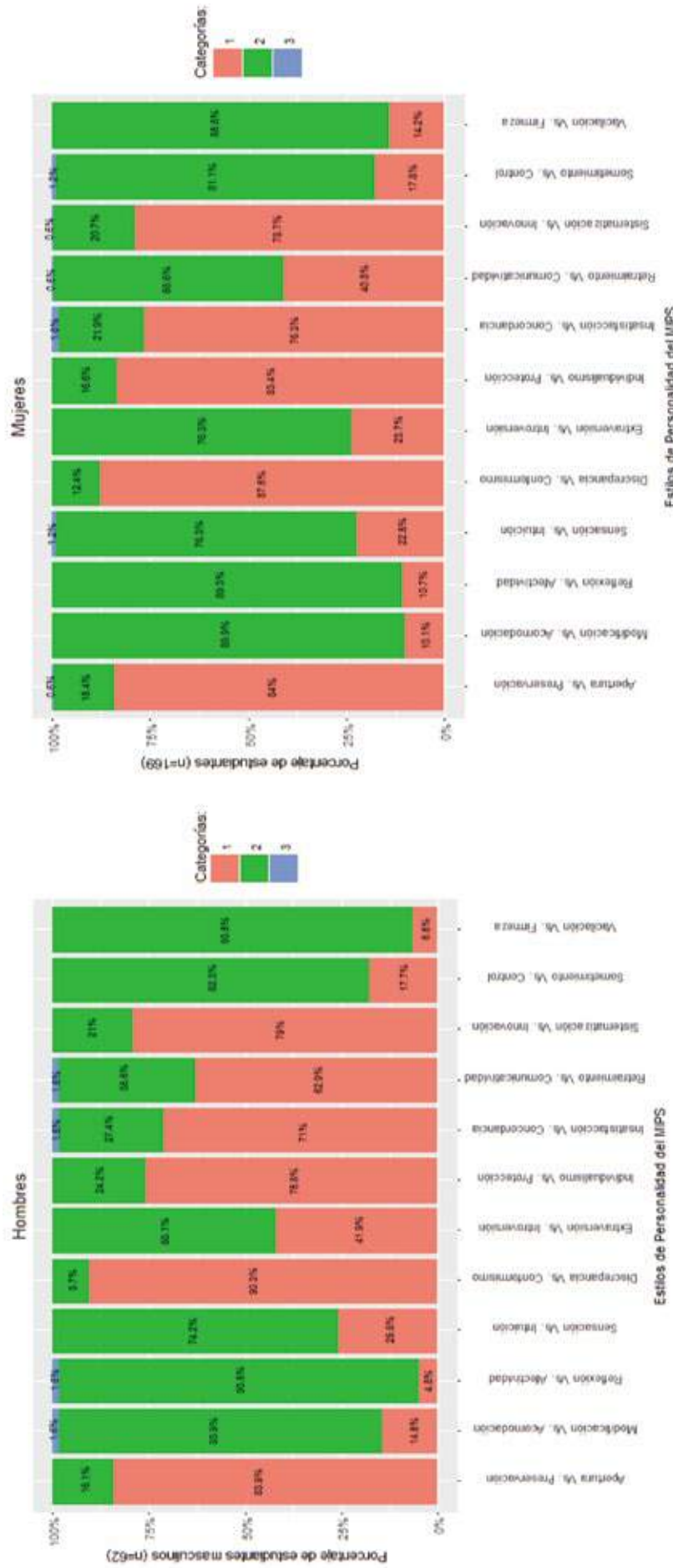
Inventario de estilos de personalidad MIPS:

Los estilos de personalidad del MIPS están divididos en 12 pares; a cada par se le asignó tres categorías dependiendo de los estilos de personalidad evidenciados por cada sujeto. De esta manera si el sujeto manifestaba el primer rasgo de un par se le asignaba el puntaje (1), el segundo (2) y cuando existió equilibrio entre los dos (3).

Los estilos de personalidad prevalentes en la población, sin distinción de género, fueron: apertura, acomodación, afectividad, intuición, discrepancia, introversión, individualismo, insatisfacción, sistematización, control, firmeza y comunicatividad a diferencia de sus polaridades (Fig. 2).

La comparación por género muestra que los estilos de personalidad dominantes son los mismos para cada par, excepto "Retraimiento vs. Comunicatividad" (Fig. 2). Para los hombres, el estilo dominante fue "Retraimiento" (62.6%), mientras que entre mujeres, fue "Comunicatividad" (58.6%).

Figura 2. Dominancia de estilos de personalidad en la carrera de psicología por género.



Fuente: elaboración propia

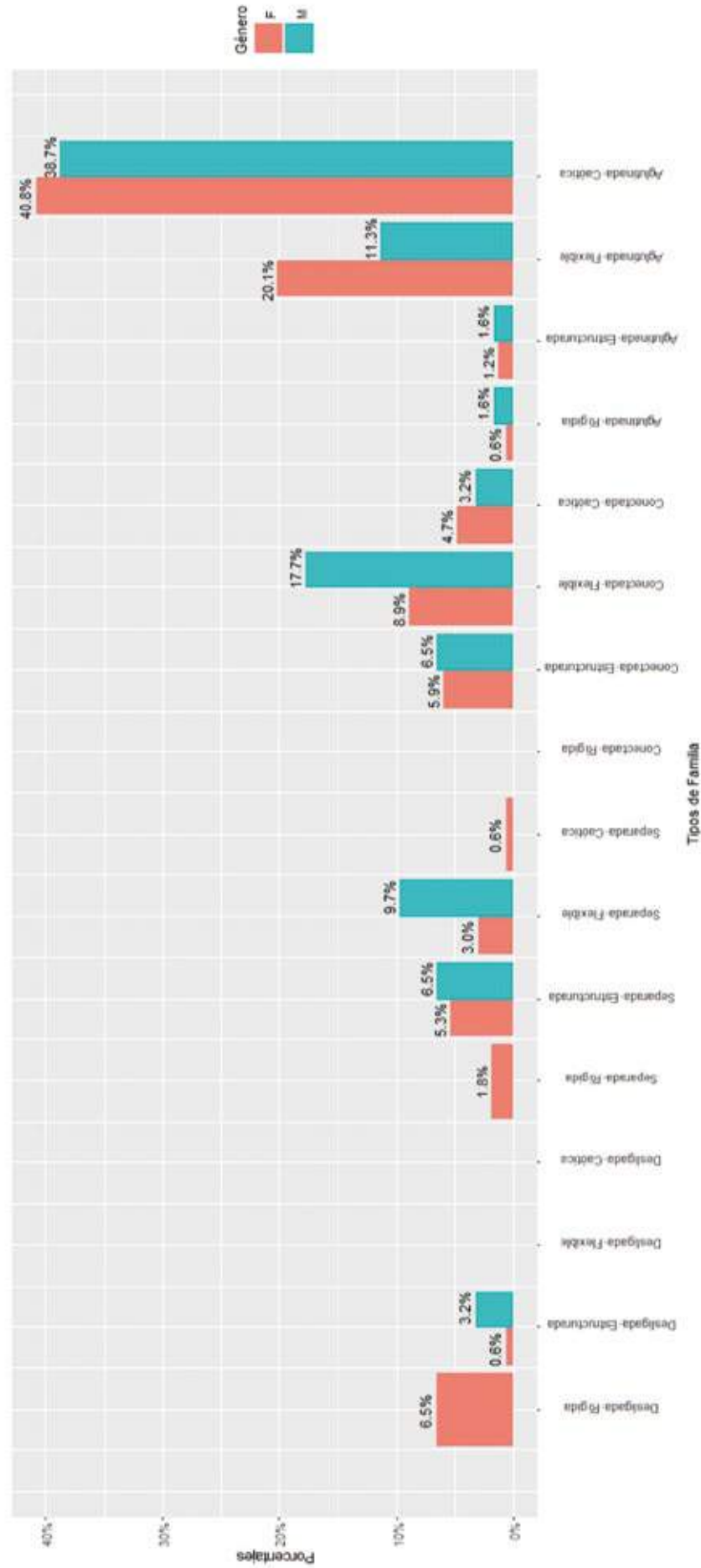
Escala breve de funcionamiento familiar FACES20:

Los tipos de familia fueron constituidos por 16 categorías correspondientes a todas las combinaciones generadas a partir de las cuatro clasificaciones de la dimensión "Cohesión" y las cuatro clasificaciones de la dimensión "Adaptabilidad".

El tipo de familia más numeroso fue "Aglutinada-Caótica" con un 40.3%. No existieron observaciones para dos tipos de familia: "Desligada-Caótica", "Conectada-Rígida".

En cuanto al análisis por sexo, (Fig. 1), 40.8% de mujeres y 38.7% de hombres pertenecen a familias de tipo "Aglutinada-Caótica". Las familias menos comunes entre las mujeres fueron "Desligada-Estructurada", "Separada-Caótica" y "Aglutinada-Rígida"; cada una concentró a 0.6% de la población femenina. Las categorías exclusivas para la población femenina fueron: "Desligada-Rígida", "Separada-Rígida" y "Separada-Caótica". Los hombres no presentaron exclusividad de categorías. Finalmente, no se registraron observaciones para "Desligada-Flexible", "Desligada-Caótica" y "Conectada-Rígida".

Figura 1. Escala comparativa de tipos de familia por género en psicología.



Fuente: elaboración propia

Asociación de los Tipos de Familia y Estilos de Personalidad

La prueba de Chi cuadrado demostró que ocho de los 12 pares mantenían relación con el tipo de familia; la V de Cramer confirmó que la magnitud de asociación fue relativamente fuerte para cuatro escalas y moderada para ocho (Tabla 2).

Tabla 2. Pruebas de Chi cuadrado y estadístico V de Cramer para magnitud de asociación entre funcionamiento familiar y escalas de personalidad para la carrera de psicología.

Escalas del MIPS	χ^2	df	p	V	Magnitud de asociación
<i>Metas motivacionales</i>					
<i>Apertura vs. Preservación</i>	102.336	24	<0.01***	0.471	Relativamente fuerte
<i>Modificación vs. Acomodación</i>	48.891	12	<0.01***	0.46	Relativamente fuerte
<i>Individualismo vs. Protección</i>	11.663	12	0.4	0.255	Moderada
<i>Modos cognitivos</i>					
<i>Extraversión vs. Introversión</i>	41.714	12	<0.01***	0.425	Relativamente fuerte
<i>Sensación vs. Intuición</i>	27.644	24	0.27	0.245	Moderada
<i>Reflexión vs. Afectividad</i>	19.623	24	0.71	0.206	Moderada
<i>Sistematización vs. Innovación</i>	29.017	24	0.22	0.251	Moderada
<i>Conductas interpersonales</i>					
<i>Retraimiento vs. Comunicatividad</i>	52.687	24	<0.01***	0.271	Moderada
<i>Vacilación vs. Firmeza</i>	37.321	12	0.01***	0.328	Relativamente fuerte
<i>Discrepancia vs. Conformismo</i>	46.774	24	<0.01***	0.161	Moderada
<i>Sometimiento vs. Control</i>	50.911	24	<0.01***	0.276	Moderada
<i>Insatisfacción vs. Concordancia</i>	39.113	24	0.026**	0.226	Moderada

Nota: n=231

Fuente: elaboración propia

Coefficiente de correlación ρ de Pearson:

Se buscaron correlaciones entre las dimensiones "Cohesión" y "Adaptabilidad", y los 12 pares del MIPS, dentro de las familias "Conectada-Flexible", "Aglutinada-Flexible" y "Aglutinada caótica" ($n \geq 25$), (Tabla 3).

En ninguno de los tres tipos de familia se encontraron correlaciones entre la dimensión "Cohesión" y los 12 pares., mientras que dentro del tipo de familia "Aglutinada-Flexible", se encontró una correlación positiva entre "Adaptabilidad" y el par "Individualismo Vs. Protección" ($\rho = 0.392$, $n = 26$, $p = 0.048$). Dentro del tipo de familia "Aglutinada-Caótica" se encontró una correlación positiva entre la dimensión "Adaptabilidad" y el par "Sistematización Vs. Innovación" ($\rho = 0.241$, $n = 119$, $p = 0.008$).

Finalmente, no se encontraron correlaciones de ningún tipo en la familia "Conectada-Flexible".

Tabla 3 . Correlación de Pearson entre dimensiones "Cohesión" y

Dimensiones FACES20	Pares											
	Apertura Vs. Pre-servación		Modificación Vs. Acomodación		Individualismo Vs. Protección		Extraversión Vs. Introversión		Sensación Vs. Intuición		Reflexión Vs. Afectividad	
	ρ	P	ρ	P	ρ	P	ρ	P	ρ	P	ρ	P
"Conectada-Flexible", n=26												
Cohesión	-0.059	0.774	0.282	0.163	0.291	0.150	0.062	0.765	0.082	0.692	0.193	0.345
Adaptabilidad	-0.017	0.935	0.034	0.869	.392*	0.048	-0.155	0.449	0.383	0.054	0.195	0.341
Aglutinada-Flexible, n=41												
Cohesión	-0.027	0.865	0.078	0.628	0.233	0.142	-0.063	0.695	0.104	0.519	-0.091	0.574
Adaptabilidad	0.244	0.124	0.267	0.091	0.288	0.068	0.139	0.387	0.276	0.081	0.211	0.185
"Aglutinada-Flexible", n=93												
Cohesión	0.050	0.637	-0.105	0.316	0.003	0.975	0.037	0.725	-0.085	0.418	-0.006	0.954
Adaptabilidad	-0.041	0.697	0.157	0.132	0.041	0.696	0.116	0.266	-0.037	0.724	0.125	0.233

Nivel de significancia: $p=0,01^{**}$, $p=0,05^{*}$

Fuente: elaboración propia

DISCUSIÓN

El objetivo del presente estudio fue establecer las relaciones entre los estilos de personalidad y el funcionamiento familiar en estudiantes de psicología clínica de la Universidad del Azuay.

Los estudiantes de psicología presentaron los siguientes estilos de personalidad prevalente: apertura, acomodación, afectividad, intuición, discrepancia, introversión, individualismo, insatisfacción, sistematización, control, firmeza y comunicatividad. Siabato et al. (2013) aplicaron el test MIPS a 121 estudiantes de Psicología en una universidad de Colombia. Sus resultados mostraron concordancia con los de este estudio en la dominancia de los estilos de personalidad: apertura, comunicatividad, sistematización, control y firmeza. Las diferencias encontradas radican en la prevalencia de los rasgos: acomodación, afectividad, intuición, discrepancia, introversión e insatisfacción contrarios a los rasgos prevalentes en los estudiantes colombianos. Finalmente, el estilo de personalidad individualismo es dominante en la población de esta investigación y su contrario protección muestra equilibrio en la población del otro estudio.

Se ha evidenciado que estudiantes mujeres de psicología son tolerantes, flexibles, con presencia social y una alta capacidad de logro (Limiñana, Corbalán y Sánchez-López, 2010; Szałanski y

“Adaptabilidad”, y los 12 pares del MIPS en la carrera de psicología.

MIP											
Sistematización Vs. Innovación		Retraimiento Vs. Comunicatividad		Vacilación Vs. Firmeza		Discrepancia Vs. Conformismo		Sometimiento Vs. Control		Insatisfacción Vs. Concordancia	
ρ	P	ρ	P	ρ	P	ρ	P	ρ	P	ρ	P
0.001	0.998	-0.069	0.738	-0.105	0.609	0.182	0.374	0.123	0.548	0.062	0.762
-0.005	0.979	-0.061	0.766	-0.049	0.810	0.221	0.277	0.090	0.661	-0.026	0.900
0.009	0.954	0.032	0.844	0.163	0.307	0.092	0.565	0.104	0.517	-0.098	0.543
0.175	0.275	0.089	0.578	0.191	0.230	0.165	0.303	0.154	0.335	0.156	0.329
-0.011	0.913	-0.109	0.297	0.050	0.636	0.054	0.608	0.009	0.935	-0.022	0.838
.223*	0.032	0.076	0.471	0.078	0.455	0.189	0.070	0.103	0.328	-0.055	0.600

Szymanska, 1977). Complementariamente, esta investigación también determina presencia social puesto que la comunicatividad en estudiantes mujeres es prevalente, mientras que los hombres mostraron ser mayoritariamente retraídos. Al respecto, un estudio de 2013 en alumnos de la carrera de psicología de la misma universidad que la de este estudio (Universidad del Azuay) mostró los mismos datos en el par retraimiento vs. Comunicatividad y el género (Rodríguez y Vásquez, 2013). Ahora bien, en relación a la tolerancia y la capacidad de logro (Limñana, Corbalán y Sánchez-López, 2010; Szałanski y Szymanska, 1977), este estudio lo confirma pues prevalece la apertura y la discrepancia como estilos de personalidad, sin embargo se da en ambos géneros y no solo en mujeres como sugiere la otra investigación. Finalmente, los resultados de este estudio muestran una dominancia del estilo sistematización contraria a la flexibilidad atribuida a la población en estudios previos.

Revisando los resultados de la siguiente variable, un funcionamiento familiar adecuado se caracteriza por límites claros entre los subsistemas (Muñoz y Sánchez, 2006) así como por una cohesión y adaptabilidad familiar moderada, entendiendo que lo ideal es una familia conectada y flexible y que ambos extremos son disfuncionales (Martínez-Pampliega et al., 2006). En este estudio se demostró que los tipos de familia que prevalecieron fueron aglutinada-caótica,

seguida de la aglutinada-flexible y ésta a su vez seguida de la conectada-flexible. Esta última corresponde al tipo de familia ideal según se reporta anteriormente (Martínez-Pampliega et al., 2006), sin embargo debe considerarse que se encuentra en tercer puesto dentro de las que tuvieron mayor porcentaje. En relación a las diferencias entre género, se encontró que tanto hombres como mujeres presentan el mismo orden en la prevalencia de los distintos tipos de familia. En cuanto a la familia con mayor prevalencia (aglutinada-caótica) debe considerarse que se sitúa en los extremos tanto de cohesión como de adaptabilidad, complementariamente, la segunda familia también se sitúa en el extremo de cohesión. Al respecto, algunos estudios (González et al., 2003; Rees y Velenzuela, 2003) identificaron que los estudiantes cuyas familias se ubican en los extremos tienen un mayor riesgo de presentar a futuro algún trastorno psiquiátrico.

Por otro lado, Molina (1988) ha demostrado que los estudiantes de psicología tienen en su mayoría una relación muy estrecha con su familia, precisamente en la presente investigación se ha demostrado que las dos familias dominantes en esta población tienen un tipo de cohesión aglutinada. Adicionalmente, Guadarrama, Márquez, Veyita y León (2011), evidenciaron que un gran número de alumnos de la facultad de psicología percibe a su familia como disfuncional. En efecto, esta investigación ha evidenciado que el tipo de familia predominante encaja en esta categoría.

En relación a lo examinado anteriormente, es interesante analizar cómo los sujetos provenientes de familias aglutinadas-caóticas, escogen esta carrera que exige un trato constante con problemas de índole psicológica, esto podría deberse a que pertenecen a familias en las que han estado inmersos en constantes conflictos y ocupan el rol de mediadores, desarrollando sus aptitudes y su interés al respecto.

Dresch, Sánchez y Del Pilar (2008) afirman que el constructo personalidad según Theodore Millon (autor del MIPS), considera a las experiencias como factor de gran implicación dentro de la formación de la personalidad puesto que estructuran la forma de adquirir todo conocimiento, habilidad, actitud, etc. a lo largo de la vida. Martínez-Priego et al. (2015), aseguran que la familia es el ámbito primario de existencia del sujeto y sólo puede comprenderse a este en cuanto a las condiciones que su familia construye.

En efecto, en este estudio, los análisis estadísticos realizados con la V de Creamer (n=509) demuestran que la familia, tiene una relación entre débil, moderada y relativamente fuerte con los estilos de personalidad. Al respecto, diversos estudios, destacan la importancia de la familia en la formación de los distintos ámbitos que forman la personalidad (Gomes-López et al., 2005; Zaborskis et al., 2007; Eaton et al., 2007).

Según Ortega (1987) las relaciones familiares son la base del surgimiento gradual de la identidad y la personalidad. El análisis estadístico del presente estudio con la P de Pearson, ha determinado que la familia aglutinada-caótica, que es la prevalente, guarda correlación entre adaptabilidad con los estilos de sistematización vs. innovación. Complementariamente, Paez y Castaño (2009), encontraron una gran correlación entre las variables de funcionamiento familiar y personalidad en estudiantes de Psicología.

Olson et al. (1989), afirman que las familias situadas en los extremos o en los rangos medios pueden llegar a funcionar adecuadamente en la medida en la que todos sus miembros tengan

un nivel de satisfacción alto. Además la familia no es estática pues su estructura y su dinámica es vulnerable a cambios. Si a esto le sumamos la noción de que la personalidad, a pesar de ser bastante constante, sí puede modificarse (Millon y Davis, 1998, p.4), logramos valorar que los datos de este estudio no son definitivos y podrían cambiar en los sujetos evaluados durante su vida.

Finalmente, las limitaciones de este estudio radican en no haber considerado se otras variables como la cultura, los estilos de crianza y la condición socioeconómica que que podrían relacionarse a los resultados obtenidos. Sería interesante analizar la relación de las variables estudiadas en contraste con otras características de la muestra como por ejemplo estudiar otra carrera, ser graduado en las carreras estudiadas o no pertenecer a la universidad. Por otro lado, las variables fueron clasificadas en muchas categorías lo que generó cierta dispersión en los tipos de familia y complicó el estudio de correlación por el tamaño de la muestra. Para superar esto se podrían considerar las otras categorizaciones (extrema, intermedia y balanceada) que propone la escala de funcionamiento familiar FACES20 para los tipos de familia.

REFERENCIAS

- Aragón, L. (2011). Perfil de personalidad de estudiantes universitarios de la carrera de Psicología: El caso de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala. *Perfiles educativos*, 33(133), 68-87.
- Andrade, P. (1998). El ambiente familiar del adolescente. Tesis de Doctorado. México: UNAM.
- Alfaro, L., Harada, E. y Díaz-Loving, R. (2001). Personalidad, consumo de alcohol y comportamiento sexual entre los estudiantes preparatorianos. *Revista de Psicología Social y Personalidad*, 17(2), 161- 175.
- Albanesi de Nasetta, S., y Tifner, S. (2004). Estudiantes de Psicología y estilos de personalidad. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 6(2), 49-54.
- Bonett, D., y Wright, T. (2000). Sample size requirements for estimating pearson, kendall and spearman correlations. *Psychometrika*, 65(1), 23-28.
- Borja, L. (2011). Perfil de personalidad de estudiantes universitarios de la carrera de Psicología. *Perfiles Educativos*, 33(133), 68-87.
- Casari, L. (2010). ¿ Es necesaria la salud mental en los psicólogos?. *Revista diálogos*, 1(2), 29-41.
- Del Pino, D., y Fernández, I. (2011). Algunas consideraciones sobre salud y familia. *Revista del Hospital Psiquiátrico de la Habana*, 8(1).
- Díaz-Loving, R. y Torres., K. (1999). Juventud y sida: una visión psicosocial. México: Porrúa.
- Dresch, M., Sánchez, V., y Del Pilar, M. (2008). Relaciones entre personalidad y salud física-psicológica diferencias según sexo-género, situación laboral y cultura-nación (Tesis doctoral no publicada). Universidad Complutense de Madrid, Madrid, España.
- Eaton, D., Kann, L., Okoro, C., y Collins, J. (2007). Selected Health Status Indicators and Behaviors of Young Adults, United States-2003. *American Journal of Health Education*, 38(2), 66-75.
- Gómez-Bustamante, E., y Cogollo, Z. (2010). Factores predictores relacionados con el bienestar general en adolescentes estudiantes de Cartagena, Colombia. *Revista de salud pública*, 12(1), 61-70.

- Gomes-López, M., Ruiz, J., y García-Montes, M. (2005). Cómo ocupan los universitarios almerienses su tiempo libre. *Revista Digital*, 83.
- González, C., Nuñez, J., Álvarez, L., Roces, C., González, P., Muñiz, R., Valle, A., Cabanach, R., Rodríguez, S., y Bernardo, A. (2003). Adaptabilidad y cohesión familiar, implicación parental en conductas autorregulatorias, autoconcepto del estudiante y rendimiento académico. *Psicothema*, 15(3), 471-477.
- Guadarrama, R., Márquez, O., Veyita, M., y León, A. (2011). Funcionamiento familiar en estudiantes de nivel superior. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 14(2), 179-192.
- Isaza, L., y Henao, C. (2015). Influencia del clima sociofamiliar y estilos de interacción parental sobre el desarrollo de habilidades sociales en niños y niñas. *Persona*, (15), 253-271.
- Leibovich de Duarte, A., Huerin, V., Roussos, A., Rubio, M., Zanotto, M., Juan, S., y Torricelli, F. (2008). Metas psicoterapéuticas que priorizan residentes y concurrentes psicólogos y médicos en salud mental de la Ciudad de Buenos Aires. *XV Jornadas de Investigación y Cuarto Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur*. Facultad de Psicología-Universidad de Buenos Aires, Argentina.
- Limiñana, R., Corbalán, J., y Sánchez-López, M. (2010). Creatividad y estilos de personalidad: aproximación a un perfil creativo en estudiantes universitarios. *Anales de psicología*, 26(2), 273-278.
- Martínez-Pampliega, A., Iraurgi, I., Galindez, E. y Sanz, M. (2006). Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale (FACES): desarrollo de una versión de 20 ítems en español. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6(2), 317-338.
- Meyer, D., Zeileis, A., y Hornik, K. (2015). *vcd: Visualizing Categorical Data*. R Package.
- Millon, T. (1997). *MIPS. Inventario Millon de Estilos de Personalidad*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Millon, T., y Davis, R. (1998). *Trastorno de la personalidad: conceptos, principios y clasificación. Trastornos de la personalidad. Más allá del DSM-IV*. Barcelona, España: Masson.
- Molina, U. (1988). *Salud familiar*. Bogotá, Colombia: Ascofame.
- Muñoz, J., y Sánchez, M. (2006). Estructura de la familia de origen del trastorno límite de la personalidad. *Ajayú Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología UCBSP*, 4(1), 59-89.
- Olson, D., Portner, J., y Bell, R. (1983). *FACES II*. Minnesota, Estados Unidos: University of Minnesota.
- Olson, D., McCubbin, H., Barnes, H., Larsen, A., Muxen, M., y Wilson, M. (1989). *Families: What makes them work*. Newbury Park, USA: Sage.
- Opazo, R. (2001). *Psicoterapia integrativa: Delimitación clínica*, Santiago de Chile, Chile: ICPSI.
- Ortega, F. (1987). *Terapia familiar sistémica*. Sevilla, España: Secretariado de Publicaciones de la Universidad de Sevilla.

Padilla-Gámez, N., y Díaz-Loving, R. (2011). Funcionamiento familiar, locus de control y patrones de conducta sexual riesgosa en jóvenes universitarios. *Enseñanza e investigación en psicología*, 16(2), 309-322.

Páez, M., y Castaño, J. (2009). *Estilos de vida y salud en estudiantes de la facultad de medicina y Psicología de la universidad de manizales*. Manizales, Colombia: Universidad de Manizales.

Rees, R., y Valenzuela, A. (2003). Características individuales y de la estructura familiar de un grupo de adolescentes abusadores de alcohol y/o marihuana. *Revista chilena de neuropsiquiatría*, 41(3), 173-186.

Rodrigo, M., Máiquez, M., García, M., Mendoza, R., Rubio, A., Martínez, A., y Martín, J. (2004). Relaciones padres-hijos y estilos de vida en la adolescencia. *Psicothema*, 16(2), 203-210.

Rodríguez, M., y Vásquez, G. (2013). *Perfil de personalidad de los estudiantes de la carrera psicología clínica de la Universidad del Azuay (Tesis de licenciatura no publicada)*. Universidad del Azuay, Cuenca, Ecuador.

Sánchez-López, M. (1997). El estilo psicológico como base del estudio de la diversidad humana: Un ejemplo basado en los estilos de vida. *Revista de Psicología*, 25(2), 19-124.

Sandoval, L., Reducindo, R., e Islas, A. (2011). Funcionamiento familiar y empatía en los médicos residentes del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. *Revista de especialidades médico-quirúrgicas*, 16(4), 221-228.

Siabato, S., Forero, I., y Paguay, O. (2013). Relación entre ansiedad y estilos de personalidad en estudiantes de psicología. *Psychologia: avances de la disciplina*, 7(2), 87-98.

Szalanski, J., y Szymanska, I. (1977). Personality traits of third year students of psychology and medicine as measured by the CPI. *Przeład-Psychologiczny*, 20(4), 757-770.

Villagrán, G. (2001). *El individuo y la familia frente al VIH/SIDA*. Tesis de Doctorado. México:UNAM.

Wickham, H. (2009). *ggplot2: Elegant Graphics for Data Analysis*. New York, USA: Springer-Verlag.

Zaborskis, A., Zemaitiene, N., Borup, I., Kuntsche, E., y Moreno, C. (2007). Family joint activities in a cross-national perspective. *BMC Public Health*, 7, 94

CONTRIBUCIÓN DE LOS AUTORES

GDP, JPZA, ARB, DPL, AMV: idea de investigación, diseño del estudio, redacción del manuscrito, análisis crítico y revisión bibliográfica. MEJACH, WO, HH, PP: revisión bibliográfica, MCAC: revisión bibliográfica, redacción del manuscrito. Todos los autores leyeron y aprobaron la versión final del manuscrito.

INFORMACIÓN DE LOS AUTORES

María José Peñaherrera-Vélez: Psicóloga Clínica, Universidad del Azuay.

Daniela Moscoso: Psicóloga Clínica, Universidad del Azuay.

Yolanda Dávila Pontón: Doctora en Psicoterapia. Docente Investigadora de la Universidad del Azuay.

Ximena Vélez-Calvo: Doctora en Neurociencia Cognitiva y Educación. Docente investigadora de la Universidad del Azuay.

Carol Seade: Licenciada en Ciencias de la Educación. Universidad del Azuay.

ABREVIATURAS

NSCLC: non-small-cell lung cancer (cáncer de pulmón de células no pequeñas).

DISPONIBILIDAD DE MATERIALES Y DATOS

Los datos y materiales de esta publicación están disponibles para su utilización con los autores

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores no reportan conflicto de intereses.

COMO CITAR ESTE ARTÍCULO

Peñaherrera-Vélez, MJ., Moscoso, D., Dávila, Y., Vélez-Calvo, X., Seade, C. Estilos de personalidad y funcionamiento familiar en estudiantes de psicología de una universidad privada en Ecuador. Rev. Med Ateneo 2018; 20 (2): 132-148.

Cáncer pulmonar de células no pequeñas etapa temprana (estadio I-II): Guía de práctica clínica para diagnóstico, tratamiento y seguimiento.

Galo Duque Proaño¹, Juan Pablo Zapata Ávila^{1,2}, Andrés Rodríguez Balarezo², Daysi Pesántez Loyola², Andrés Malo Valdivieso².

1.Facultad de Medicina. Universidad del Azuay. Cuenca-Ecuador.

2.Hospital de Especialidades José Carrasco Arteaga. Cuenca-Ecuador.

Correspondencia:

Galo Duque Proaño

Email: decano.med@uazuay.edu.ec

Dirección: Av. 24 de mayo 777 y Hernán Malo. Cuenca, Azuay-Ecuador

Código postal: EC010204

Teléfono: 593 997557235

Fecha de recepción:

23-08-2018

Fecha de aceptación:

08-10-2018

Fecha de publicación:

28-12-2018

Membrete bibliográfico

Duque G, Zapata J, Rodríguez A, Pesántez D, Malo A. Cáncer pulmonar de células no pequeñas etapa temprana (estadio I-II): Guía de práctica clínica para diagnóstico, tratamiento y seguimiento. Rev. Med Ateneo 2018; 20 (2): 149-160.

RESUMEN

El cáncer de pulmón de células no pequeñas corresponde al 85% de casos de cáncer de pulmón y es más frecuente en hombres, fumadores y se diagnostica generalmente a los 65 años. Este cáncer representa la quinta causa de mortalidad general por cáncer. Es indispensable determinar el tipo histológico y el estadio del mismo para orientar su tratamiento. Aquellos cánceres en etapas tempranas (etapa I-II) son curables a través de la cirugía. No obstante, solo el 20% de casos son candidatos a cirugía, por lo cual se puede optar por la radioterapia y/o quimioterapia en aquellos casos no quirúrgicos. La quimioterapia puede ser considerada como terapia adyuvante desde el estadio II y varios estudios han demostrado que mejora la supervivencia de los pacientes después de la cirugía. El presente artículo menciona las modalidades terapéuticas que ofrece el Hospital de Especialidades "José Carrasco Arteaga" para el diagnóstico y tratamiento del cáncer de pulmón de células no pequeñas en etapa temprana.

DESCRIPTORES DeCs: Cáncer de pulmón de células no pequeñas, etapa temprana, quimioterapia.

ABSTRACT

Non-small cell lung cancer (NSCLC) represents 85% of lung cancer cases; it is

more common among men and smokers. Mean age at diagnosis is 65 years. NSCLC is the fifth leading mortality cause among general cancer. It is essential to identify the histologic strain and its stage, as it will determine the treatment options. Early stage NSCLC (stage I-II) are surgically curable. However, only 20% of early stages NSCLC are candidates for surgery. Therefore, radiotherapy and radiotherapy plus chemotherapy are other treatment options non-surgical cases. From stage II cases, we can consider chemotherapy as an

adjuvant therapy option. Several studies have demonstrated improvement of survival rates using chemotherapy after surgery. The following article describes therapeutic modalities offered at Hospital de Especialidades "José Carrasco Arteaga" for diagnostic and treatment of early stage non-small cell lung cancer.

Keywords: Non-small cell lung cancer, early stage, chemotherapy

INTRODUCCIÓN

El cáncer de pulmón es la principal causa de mortalidad a nivel mundial (1). En el año 2016 representó el 26,5% de muertes atribuidas a cáncer (2). Este tipo de cáncer se clasifica en cáncer de pulmón de células pequeñas y cáncer de pulmón de células no pequeñas. Este último representa el 80-85% de los casos (3) (4). Los principales tipos de cáncer de pulmón de células no pequeñas son: adenocarcinoma, carcinoma de células escamosas y carcinoma de células grandes (5). A pesar de que el cáncer de pulmón en estadio temprano (etapa I-II) puede ser totalmente curado a través de la cirugía, la mitad de pacientes tendrá un cáncer recurrente y metastásico (6).

El presente trabajo describe el protocolo de diagnóstico y tratamiento del cáncer de pulmón de células no pequeñas en estadio temprano (etapa I y II) que se aplica en el Hospital de Especialidades "José Carrasco Arteaga". El mismo se ha basado principalmente en las guías de manejo de la Sociedad Europea de Oncología Clínica ESMO y las guías norteamericanas NCCN. Ver tabla 1 para ver categorías de evidencia que se aplicarán en el siguiente documento.

Niveles de Evidencia

Categoría 1	Con base en pruebas de alto nivel, existe un consenso uniforme de NCCN de que la intervención es adecuada.
Categoría 2A	Con base en pruebas de bajo nivel, existe un consenso uniforme de NCCN de que la intervención es adecuada.
Categoría 3	Con base en pruebas de cualquier nivel, existe un desacuerdo importante de la NCCN de que la intervención es adecuada.

INCIDENCIA Y EPIDEMIOLOGÍA

En el año 2012, el cáncer de pulmón fue diagnosticado en 1.8 millones de personas y causó 1.6 millones de muertes (7). El 58% de los casos ocurre en países en vías de desarrollo (3). El cáncer de pulmón es el segundo más frecuente en hombres, después del cáncer de próstata, y es el tercero más frecuente en mujeres, después del cáncer de mama y colorrectal (8). Según GLOBOCAN, la incidencia de cáncer pulmonar en hombres en el Ecuador fue de 162 por 100.000 habitantes y fue la cuarta causa más frecuente de cáncer en hombres (9). La mayoría de casos son diagnosticados en pacientes mayores o igual a 65 años de edad (8). No obstante, la mortalidad ha disminuido tanto en hombres como mujeres debido a la disminución del consumo de tabaco (3).

El 30% de pacientes con cáncer de células no pequeñas corresponde al estadio I y II (5). El 15% tiene enfermedad localizada, es decir, el cáncer aún está confinado al sitio primario. El 22% de los casos se diagnostican cuando se encuentran ya diseminados hacia los ganglios linfáticos, es

decir, localmente avanzados. Por otra parte, el 56% es metastásico (9). La supervivencia relativa a 5 años es de 52% en etapa temprana, 25% para los localmente avanzados y 3,7% para la etapa metastásica (9).

En cuanto al tipo histológico de cáncer de pulmón de células no pequeñas, el 40% corresponde a adenocarcinoma, el 25-30% es carcinoma de células escamosas y el 10-15% representa carcinoma de células grandes (indiferenciado) (8). El adenocarcinoma tiene mayor capacidad de presentar metástasis ganglionares y a distancia (10).

FACTORES DE RIESGO Y CRIBADO.

El consumo de tabaco es la primera causa de cáncer de pulmón, sobre todo del carcinoma de células escamosas. Este hábito es responsable del 90% de los casos en hombres y del 80% de casos de cáncer de pulmón en mujeres. El número de años que una persona ha fumado es más importante que el número de cigarrillos/día (8). Por otra parte, exposiciones cancerígenas ocupacionales a radón, asbesto, níquel, arsénico, alquitrán, contaminación ambiental, combustión de gasolina y diesel humo cigarrillo, humo de chimeneas y cocinas (hollín) también tienen su importancia en la etiopatogenia de esta enfermedad (8) (10). Entre otros factores de riesgo encontramos la exposición continua a radiaciones ionizantes, contaminación ambiental y la susceptibilidad genética. Poseer una enfermedad pulmonar como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) de fenotipo enfisema y enfermedades fibróticas de tipo neumoconiosis, fibrosis pulmonar idiopática y esclerosis sistémica incrementan el riesgo de cáncer pulmonar (10).

Se consideran pacientes de alto riesgo aquellos cuya edad está entre 55-74 años, > 30 paquetes-año de tabaquismo y periodo máximo de abstinencia tabáquica de 15 años. Según criterio médico, se podría recomendar cribado anual con tomografía computarizada de tórax de baja dosis anual. No obstante, no existe ningún método aprobado para cribado sistemático (10).

DIAGNÓSTICO

Los síntomas de cáncer de pulmón se manifiestan en una etapa avanzada que generalmente corresponde a una fase en la cual la enfermedad ya no puede ser curada con las terapias actuales (1). Al momento de diagnóstico, hasta un 15% de pacientes son asintomáticos (10). Entre los síntomas más comunes de cáncer de pulmón de células no pequeñas encontramos: tos persistente, (8-75%) disnea (3-60%), sibilancias, hemoptisis (6-35%), ronquera o disminución de la voz, dolor torácico o de hombro persistente. Entre los síntomas inespecíficos se encuentran fiebre, anorexia, fatiga y pérdida de peso involuntaria (0-68%) (8) (10).

En pacientes con sospecha clínica de cáncer pulmonar, es necesario un equipo multidisciplinario para valoración y tratamiento (9). A continuación se mencionan los estudios de imagen que pueden ser solicitados.

Rx Tórax

La radiografía de tórax podría orientar al diagnóstico. Se solicita como primera prueba diagnóstica ante molestias clínicas pulmonares (11). No obstante, debido a su baja sensibilidad y especificidad no se recomienda como único estudio (nivel de evidencia III) (9).

Tomografía computarizada (TC) de tórax y abdomen superior.

Es el estudio de imagen inicial recomendado, con cortes de 5-10 mm desde los ápices pulmonares hasta el hígado y las glándulas suprarrenales. Además, se debe realizar una ventana para visualizar el mediastino y otra para el parénquima pulmonar (se recomienda en fase simple y contrastada). Este estudio de imagen es suficiente para confirmar o descartar la sospecha de cáncer y orientar los procedimientos posteriores (nivel de evidencia III) (9). Este método de imagen tiene una sensibilidad del 83% y especificidad del 80% para detectar invasión torácica, aunque el único signo fiable de invasión es la destrucción ósea (12).

Tomografía por emisión de positrones

Se recomienda realizar PET/CT en pacientes con nódulo pulmonar solitario, especialmente en la detección temprana de lesiones pulmonares potencialmente malignas (9). Este método de imagen tiene una eficacia superior a la TC para valorar mediastino, aunque ésta varía según la estirpe tumoral, así, para el adenocarcinoma presenta un VPP del 50% y un VPN del 77,8%; en lo que respecta al carcinoma escamoso el VPP es del 23,1% y VPN del 96,3%. Este método de imagen también es importante para pacientes candidatos a radioterapia, puesto que permite una mejor delimitación de la zona a irradiar (12).

Complementario a los estudios de imagen mencionados anteriormente, también se debe solicitar un hemograma completo y se debe valorar función renal y hepática. Si el paciente presenta síntomas sugestivos de compromiso neurológico u otras molestias, se podría solicitar una TC o resonancia magnética (RM) del cerebro o huesos para descartar la existencia de metástasis (6).

Además de los estudios de imagen, es necesario determinar el subtipo histológico del cáncer de pulmón de células no pequeñas para confirmar el diagnóstico e identificar cualquier proteína anormal en las células tumorales que cambiarían el tratamiento. Para ello, se obtiene una biopsia a través de la broncoscopia, biopsia de pulmón con aguja guiada por TC, mediastinoscopia, ultrasonido endobronquial y el ultrasonido esofágico. Estos dos últimos métodos nos permiten valorar si el cáncer se ha extendido a nódulos linfáticos adyacentes (8) (1).

En el caso de tumores periféricos, es decir, aquellos localizados en 2/3 externos del pulmón, el estudio de elección es la biopsia transtorácica guiada por TAC. Se prefiere la biopsia con aguja de corte (Trucut) puesto que si la lesión mide más de 15 mm, la sensibilidad es del 90%, especificidad 97% y certeza del 96%. Además, tiene una baja morbilidad (9).

En el caso de tumores centrales, el estudio de elección es la broncoscopia. La biopsia tiene una sensibilidad del 74% cuando se toman al menos tres muestras y se incrementa hasta el 88% en conjunto con el lavado y cepillado bronquial. Por otra parte, el ultrasonido endobronquial (EBUS) en tiempo real para el diagnóstico de lesiones pulmonares tiene una certeza cercana al 78% (9).

La toracotomía tiene una certeza diagnóstica cercana al 100% pero debe reservarse solo para pacientes en los que no se ha podido establecer el diagnóstico por otros métodos (nivel de evidencia I) (9).

Estadíaje

Es necesario determinar la etapa de este cáncer, para ello, las guías europeas recomiendan estadiar el cáncer después de una valoración clínica y radiológica y en caso de ser aplicable, después de la resección tumoral quirúrgica (8).

Para la clasificación tumoral, es necesario conocer estos dos parámetros: la estirpe histológica y el estadio TNM. Este último nos permite conocer la extensión anatómica del tumor y nos indica el mejor tratamiento posible (10). Ver tabla 2.

Tabla 2: Etapas del cáncer pulmonar de células no pequeñas (NSCLC).

Etapa IA	Tumor < 3 cm, localizado solamente en el pulmón y no afecta nódulos linfáticos adyacentes.	NSCLC Estadio Temprano
Etapa IB	Tumor 3-5 cm, localizado solamente en el pulmón y no afecta nódulos linfáticos adyacentes.	
Etapa IIA	<ul style="list-style-type: none"> Tumor 5-7 cm localizado solamente en el pulmón y no se afecta nódulos linfáticos adyacentes. Tumor < 5 cm que ha afectado a nódulos linfáticos adyacentes pero que NO está en otra parte del cuerpo. 	
	<ul style="list-style-type: none"> Tumor 5-7 cm que ha afectado a nódulos linfáticos adyacentes pero que NO está en otra parte del cuerpo. Tumor > 7 cm, o hay más de un tumor en el mismo lóbulo. NO ha afectado a nódulos linfáticos adyacentes pero podría invadir otras partes del pulmón, vía aérea o áreas circundantes extra pulmonares (diafragma). 	
Etapa IIB	<ul style="list-style-type: none"> Tumor < 7cm que afecta nódulos linfáticos adyacentes pero NO está en otra parte del cuerpo. Tumor > 7 cm, o hay más de un tumor en el mismo lóbulo. Nódulos linfáticos adyacentes afectados y podría invadir otras partes del pulmón, vía aérea o áreas circundantes extra pulmonares (diafragma). Tumor de cualquier tamaño que invade estructuras distintas al pulmón (corazón, tráquea, esófago) pero NO está en otras partes del cuerpo. O hay varios tumores en distintos lóbulos del mismo pulmón. Puede o no afectar a nódulos linfáticos adyacentes. 	NSCLC localmente avanzado
Etapa IV	Tumor bilateral de cualquier tamaño que puede o no afectar a nódulos linfáticos. Se afectan otras partes del cuerpo (hígado, glándulas suprarrenales, cerebro, hueso).	NSCLC metastásico

Fuente: Sistema AJCC (American Joint Committee on Cancer)/UICC (Union for International Cancer Control) 7ª edición.

Tabla 3: Clasificación por etapas del cáncer de pulmón de células no pequeñas según la clasificación TNM.

CARCINOMA	T	N	M
Etapa 0	Tis	N0	M0
Etapa IA1	T1a	N0	M0
	T1a	N0	M0
Etapa IA2	T1b	N0	M0
Etapa IA3	T1c	N0	M0
Etapa IB	T2a	N0	M0
Etapa IIA	T2b	N0	M0
Etapa IIB	T1a-c	N1	M0
	T2a-b	N1	M0
	T3	N0	M0
Etapa IIIA	T1a-c	N2	M0
	T2a-b	N2	M0
	T3	N1	M0
	T4	N0	M0
Etapa IIIB	T4	N1	M0
	T1a-c	N3	M0
	T2a-b	N3	M0
	T3	N2	M0
Etapa IIIC	T4	N2	M0
	T3	N3	M0
	T4	N3	M0

TNM: tumor, nódulo, metástasis. Tis: tumor in situ. Fuente: (1)

TRATAMIENTO

El tratamiento comprenderá un equipo multidisciplinario. Los factores a considerar para la mejor terapéutica dependerá del tipo histológico del cáncer, su etapa y de condiciones del pacientes tales como edad, comorbilidades, función cardiopulmonar, actitud frente a la enfermedad, entre otros (5) (10).

En los estadios iniciales (etapa I y II), la mejor opción terapéutica es la cirugía. En aquellos pacientes que no son candidatos o rechazan la cirugía, se opta por radioterapia. Se puede considerar la quimioterapia como terapia adyuvante a los pacientes en cualquiera de los dos casos mencionados anteriormente (8).

Los objetivos del protocolo para el manejo y tratamiento del cáncer de pulmón de células no pequeñas en etapa temprana (estadio I-II) que se aplica en el Hospital de Especialidades "José Carrasco Arteaga" son los siguientes:

- Ofrecer a los pacientes en estadios tempranos (I-II) la mejor terapéutica quirúrgica que provee la mejor opción de curación.
- Establecer tratamiento adyuvante con quimioterapia en etapas tempranas para pacientes que fueron intervenidos quirúrgicamente de forma radical.
- Establecer las indicaciones de tratamiento con radioterapia en estadios I-II en aquellos pacientes que no son candidatos a cirugía cuando esta es subóptima.

Cirugía:

Es la modalidad terapéutica de elección para pacientes con etapas clínicas IA, IB, IIA y IIB cuyo objetivo es conseguir la resección tumoral completa.

Lamentablemente, menos del 20% de pacientes con cáncer de pulmón en estadios tempranos son candidatos a resección quirúrgica curativa (9) (13). La resección más recomendada es la lobectomía con linfadenectomía. Por otra parte, la resección sublobar se recomienda a pacientes inoperables o con elevada comorbilidad (10).

En aquellos pacientes en los que la cirugía es la primera opción de tratamiento y rechazan al mismo, presentan una mortalidad del 78% en 5 años (9). Como la edad diagnóstica de esta patología es alrededor de los 65 años, generalmente los pacientes presentan comorbilidades las cuales son mandatorias de identificar y controlarlas antes de la cirugía (1).

En lo que concierne a evaluación preoperatoria, el paciente necesita una valoración del riesgo cardiovascular, función pulmonar y de ser necesario, una prueba de capacidad de esfuerzo aeróbico. Además de eso, existen índices para valorar el estado del paciente, una de ellas es el Thoracic Revised Cardiac Risk Index (ThRCRI) que considera el valor de creatinina, presencia o no de enfermedad cerebrovascular previa, cardiopatía isquémica y la necesidad de neumonectomía (10).

Cáncer de pulmón de células no pequeñas en etapa 0 (in situ).

Este cáncer se cura con segmentectomía o resección en cuña si su localización lo permite. En algunos casos, sólo se puede extirpar completamente con una lobectomía (9).

Cáncer de pulmón de células no pequeñas en etapa I

La lobectomía consiste en la resección anatómica mínima y es considerada el tratamiento de elección en esta etapa (2). Además proporciona el mejor pronóstico. La cirugía también incluye la búsqueda y resección de ganglios linfáticos mediastínicos (3). La sobrevida a 5 años después de una lobectomía en etapa I va desde 45-65% dependiendo de que el paciente se encuentre en etapa IA o IB (9). Estudios observacionales han determinado que la supervivencia post lobectomía a los 5 años se incrementa hasta el 90% en etapa IA y a 80% en etapa IB. Por lo tanto, se considera que la lobectomía proporciona mejor sobrevida en general y supervivencia libre de recurrencia en comparación a la resección limitada (2).

Cáncer de pulmón de células no pequeñas en etapa II

La cirugía indicada es la lobectomía, bilobectomía o neumonectomía y la técnica quirúrgica dependerá de la localización, distancia a la carina y el tamaño del tumor. El estado de los ganglios es el factor pronóstico más importante de supervivencia global, por lo que se recomienda la disección mediastinal sistemática. Los tumores mayores o iguales a 2 cm tienen una posibilidad de enfermedad mediastinal oculta del 20% (9).

Cirugía torácica asistida por video.

Es otra opción de tratamiento en pacientes con tumores pequeños, periféricos que no deformen mayormente la anatomía ni infiltren elementos claves en la disección. El procedimiento requiere entrenamiento y destreza y la tasa de curación parece ser la misma en comparación con la cirugía abierta (9).

* En el cáncer de pulmón de células no pequeñas cuyo resultado histopatológico determina un carcinoma de células escamosas, la lobectomía es la técnica quirúrgica de elección.

Quimioterapia

La quimioterapia ha mostrado un claro beneficio como terapia adyuvante para el tratamiento de cáncer de pulmón de células no pequeñas tanto para pacientes sometidos a la cirugía (etapa I-II), como aquellos con cirugía más radioterapia (estadio II-III) y puede ser considerada como terapia adyuvante en pacientes postquirúrgicos con tumor en etapa IB cuyo tumor primario era > 4 cm (1). La tasa de supervivencia a 5 años mejora en un 4% con el uso de quimioterapia posterior a la cirugía (13).

El conteo sanguíneo periférico debe ser monitoreado semanalmente y la función hepática debe ser monitoreada periódicamente. Deben realizarse exámenes neurológicos regulares (9).

Los efectos adversos son dependientes del fármaco y de la dosis pero son temporales y pueden ser controlados con medicación. Estos fármacos atacan a las células que se dividen rápidamente. Por lo tanto, además de destruir a las células cancerosas, se puede afectar células de la médula ósea, folículo capilar, sistema digestivo y el revestimiento de la boca. De esta forma, los principales efectos adversos van a presentarse en base a la afectación de estas células (14) (8).

Generalmente se utiliza una combinación de dos fármacos, uno de los cuales tiene que ser cisplatino y en caso de no tolerarlo, se utiliza carboplatino (14) (13) (6). Varios estudios han demostrado que añadir un tercer fármaco no presenta mayor beneficio, más bien, aumenta el número de efectos adversos, por lo cual no se recomienda este método (14). A continuación se muestran los esquemas de quimioterapia que consiste en cisplatino más alguno de los siguientes fármacos:

<i>Principios Activos</i>	<i>Eficacia</i>	<i>Seguridad</i>	<i>Conveniencia</i>	<i>Nivel Evidencia</i>
Cisplatino + Etopósido	+++	+++	+++	1, 2, 3
Cisplatino + Gemcitabina	+++	+++	+++	2
Cisplatino + Docetaxel	+++	+++	+++	2, 3
Cisplatino + Vinorelbine	+++	+++	+++	2, 3

El citostático Vinorelbine se encuentra fuera del cuadro básico aprobado por el Ministerio de Salud del Ecuador al momento. Es importante tener presente los parámetros clínicos, toxicidad y comorbilidades al momento de prescribir los medicamentos (9).

Esquema de quimioterapia:

- o Cisplatino 100 mg/m² endovenoso día 1 + etopósido 100 mg/m² endovenoso días 1-3, cada 28 días por 4 ciclos.
- o Cisplatino 75 mg/m² endovenoso día 1 + gemcitabina 1250 mg/m² endovenoso días 1 y 8, cada 21 días por 4 ciclos.
- o Cisplatino 75 mg/m² endovenoso día 1 + docetaxel 75 mg/m² endovenoso día 1, cada 21 días por 4 ciclos.
- o Cisplatino 50 mg/m² endovenoso día 1 y 8 + vinorelbine 25 mg/m² endovenoso días 1, 8, 15 y 22, cada 28 días por 4 ciclos.

Cisplatino

Este fármaco inhibe la síntesis de ADN produciendo enlaces cruzados dentro y entre las cadenas. Además, ofrece propiedades inmunosupresoras, radiosensibilizantes y antibacterianas (9). Se recomienda hidratación intravenosa antes y después de la administración de esta medicación para reducir la toxicidad renal (6). En el Hospital José Carrasco Arteaga (HJCA) se indica prehidratación con 1-2 Lts endovenoso (más de 30 ml de sulfato de magnesio al 10%) para asegurar una diuresis de 100-150 ml/h. Para estimular la diuresis se prescribe manitol 12,5-50 gr (9). Entre los efectos adversos más frecuentes se encuentra náusea y vómito que requieren el uso de antieméticos, mielo supresión que lleva a trombocitopenia, ototoxicidad y astenia (6).

Etopósido

Este fármaco tiene significativa actividad citotóxica. La muerte celular es proporcional a la concentración del fármaco y el periodo de exposición. Se une a las proteínas plasmáticas en 94%. Se recomienda administrarlo por infusión IV lenta por 30-60 min para evitar hipotensión (9). El efecto secundario más frecuente es la mielo supresión con leucopenia primaria. En un 2% de paciente, se presenta una reacción de hipersensibilidad caracterizada por angioedema, broncoespasmo y dolor torácico (6). También aumenta incidencia de infecciones microbianas, retraso cicatrización y hemorragia gingival y puede producir supresión gonadal por lo que puede dar amenorrea o azoospermia (9). Es importante controlar el INR. Está contraindicado su uso durante el primer trimestre del embarazo (9).

Vinorelbine

Este fármaco frena el crecimiento de las células tumorales y las destruye al unirse a los microtúbulos. Las concentraciones en sangre disminuyen de forma triexponencial con una fase terminal de eliminación lenta. Tiene una alta penetración en los tejidos pulmonares. No se recomienda en combinación con vacunas vivas atenuadas, fenitoína e itraconazol. La lactancia debe interrumpirse durante el tratamiento (9).

Gemcitabina

Es un anti metabolito con especificidad hacia la fase S de la división celular. Presenta mayor toxicidad con la administración concomitante con radioterapia. Las máximas concentraciones plasmáticas se obtienen a los 30 min de la infusión IV. Su unión a proteínas plasmáticas es escasa (9). Produce una elevación de transaminasas que lleva a una hepatotoxicidad severa en el 10% de pacientes. De igual forma, produce una mielo supresión que se acompaña de trombocitopenia y leucopenia por lo cual aumenta el riesgo de infecciones. Disnea y edema son otros efectos secundarios (6).

Docetaxel

Este fármaco está contraindicado en pacientes con recuento basal de neutrófilos < 1500 células/mm³. No se debe administrar en pacientes con enfermedades hepáticas. El 75% de la dosis administrada se elimina en las heces en los 7 días siguientes y sólo un 6% del fármaco sin alterar se elimina en la orina. El uso concomitante con dexametasona incrementa el riesgo de retención de fluidos (9).

Radioterapia:

En la unidad de oncología del HJCA, no se dispone de la radioterapia esterotáxica como técnica de tratamiento. Esta técnica (radioterapia esterotáxica) es recomendada para pacientes médicamente inoperables o que rehúsan al tratamiento quirúrgico. Este tratamiento consigue tasas de control tumoral y supervivencia global comparados a la lobectomía (9) (1). La realización de radioterapia externa tridimensional conformacional hipo fraccionada con un acelerador lineal de electrones de alta energía, es una alternativa de manejo que podemos realizar en estos casos en nuestra unidad médica (9). Este tratamiento consiste en radiación ionizante que daña el ADN de células cancerosas y las mata. Los efectos adversos se presentan entre 2-3 semanas posteriores al tratamiento y se resuelven en un par de semanas (8).

EVALUACIÓN DE RESPUESTA Y SEGUIMIENTO

Pacientes que han completado su tratamiento para etapas I-III, se controlan con revisiones clínicas y radiológicas cada 3-6 meses durante los primeros 2-3 años (8). Es necesario solicitar TC de tórax anual para valorar la respuesta al tratamiento y controlar recurrencias o metástasis (6).

A pesar de que existe la posibilidad de ser curados, los resultados del tratamiento para etapas tempranas y localmente avanzadas no es muy bueno. Eso se podría atribuir a los considerables efectos adversos de la quimioterapia que conlleva a falta de cumplimiento de los ciclos y también a la alta tasa de recurrencias (3).

Los controles posteriores son importantes para detectar precozmente complicaciones derivadas del tratamiento, identificar recurrencias, recidivas tumorales o un nuevo tumor primario. El 66% de recurrencias se producen a los 2-3 años después del tratamiento, por lo que durante este periodo se recomiendan revisiones cada 3-6 meses y posteriormente una vez al año. De igual forma, se debe insistir a la supresión tabáquica para mejorar la calidad de vida del paciente (10).

CONCLUSIÓN

El cáncer de pulmón es uno de los cánceres con mayores tasas de mortalidad. Si bien es posible su curación en etapas tempranas a través de la cirugía, solo el 20% de casos son candidatos para esta opción terapéutica y en general los pacientes tienen alta tasa de recurrencia. Aquellos pacientes que no son candidatos para cirugía, pueden optar por radioterapia conformacional tridimensional hipo fraccionada con acelerador lineal, técnicas disponibles en HJCA. Varios estudios han validado y recomiendan la quimioterapia como terapia adyuvante desde el estadio II. Los pacientes con mayor riesgo de cáncer de pulmón son aquellos que ya tienen una enfermedad pulmonar de base como enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), enfisema, edad entre 55-74 años, índice tabáquico paquetes-año >30 y periodo de abstinencia tabáquica máximo de 15 años. A pesar de que no existen métodos validados para cribado, los médicos deberían tener presente los criterios mencionados anteriormente para un manejo multidisciplinario adecuado. Además, se debería trabajar en lo que corresponde a prevención primaria y recomendar la supresión tabáquica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Postmus PE, Kerr KM, Oudkerk M, Senan S, Waller DA, Vansteenkiste J, et al. Early and locally advanced non-small-cell lung cancer (NSCLC): ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Annals of Oncology*. 2017; 28(4): p. iv1–iv21.
2. Olland A RJSEMNBMSMFCFPMG. Video-assisted thoracoscopic lobectomy versus open thoracotomy conventional lobectomy for stage I non-small cell lung cancer (Protocol). *Protocolo. The Cochrane Collaboration*, *Cochrane Database of Systematic Reviews*; 2017.
3. Song H ZISCLD. Immunotherapy for stage I-III non-small cell lung cancer treated with surgery or radiotherapy with curative intent (Protocol). *Protocolo. 14: Cochrane Database of Systematic Reviews*, *The Cochrane Collaboration*; 2014.
4. Thomas K, Gould M. UpToDate. [Online]; 2017 [cited 2017 Agosto 3. Available from: https://www.uptodate.com/contents/selection-of-modality-for-diagnosis-and-staging-of-patients-with-suspected-non-small-cell-lung-cancer?source=search_result&search=cáncer%20de%20pulmón%20de%20células%20no%20pequeñas&selectedTitle=12~150.
5. West H, Vallières E, Schild S. UpToDate. [Online]; 2017 [cited 2017 Agosto 3. Available from: https://www.uptodate.com/contents/management-of-stage-i-and-stage-ii-non-small-cell-lung-cancer?source=search_result&search=cáncer%20de%20pulmón%20de%20células%20no%20pequeñas&selectedTitle=4~150.
6. Union for International Cancer Control. NON-SMALL CELL LUNG CANCER: 2014 Review of Cancer Medicines on the WHO List of Essential Medicines. *Union for International Cancer Control*; 2014.
7. Midthun D. UpToDate. [Online]; 2017 [cited 2017 Agosto 3. Available from: https://www.uptodate.com/contents/overview-of-the-risk-factors-pathology-and-clinical-manifestations-of-lung-cancer?source=see_link.
8. Kstorfin Medical Communications Ltd. ESMO Patient Guide Series: Non-Small-Cell Lung Cancer. *Clinical Guidelines*. Switzerland: European Society for Medical Oncology (ESMO); 2017.
9. Duque G, Jaramillo M, Zapata J, Pesántez D, Malo A, Rodríguez A, et al. Protocolo para el manejo y tratamiento de Cáncer de Pulmón de Células No Pequeñas Etapa Temprana (estadio I-II). *Protocolo*. Cuenca: Hospital de Especialidades "José Carrasco Arteaga"; 2017.

- 10 Villar Álvarez F, Muguruza Truebab I, Belda Sanchisc J, Molins López-Rodód L, Miguel Rodríguez P, Sánchez de Cos Escuíñf J, et al. Recomendaciones SEPAR de diagnóstico y tratamiento del cáncer de pulmón de células no pequeñas. Arch Bronconeumol. 2016; 52(1): p. 61.
11. Sánchez de Cosa J, Hernández Hernández J, Jiménez López M, Padrones Sánchez S, Rosell Gratacós A, Rami Portae R. Normativa SEPAR sobre estadificación del cáncer de pulmón. Arch Bronconeumol.. 2011; 47(9).
12. Sánchez de Cos J, Hernández Hernández J, Jiménez López M, Padrones Sánchez S, Rosell Gratacós A, Rami Portae R. Normativa SEPAR sobre estadificación del cáncer de pulmón. Arch Bronconeumol. 2011; 47(9).
13. Burdett S PJTJTHSLLPCAALCTSRARHJJDVMJPMSRBBDJDAECGDKHKSKHKAKKKRMLT-MTPSRRSGLSFSRTHFTVWDLY. Adjuvant chemotherapy for resected early-stage non-small cell lung cancer (Review). Revisión Sistemática. Cochrane Database of Systematic Reviews , The Cochrane Collaboration. ; 2015.
14. American Cancer Society. Treating Non-Small Cell Lung Cancer. American Cancer Society; 2017.
15. Villar Álvarez F, Muguruza Truebab I, Belda Sanchisc J, Molins López-Rodód L, Miguel Rodríguez P, Sánchez de Cos Escuíñf J, et al. Recomendaciones SEPAR de diagnóstico y tratamiento del cáncer de pulmón de células no pequeñas. Arch Bronconeumol.. 2016; 52(1): p. 61.

CONTRIBUCIÓN DE LOS AUTORES

GDP, JPZA, ARB, DPL, AMV: idea de investigación, diseño del estudio, redacción del manuscrito, análisis crítico y revisión bibliográfica: revisión bibliográfica, redacción del manuscrito. Todos los autores leyeron y aprobaron la versión final del manuscrito.

INFORMACIÓN DE LOS AUTORES

Galo Rubén Duque Proaño: Doctor en Medicina y Cirugía, Especialista en Oncología Clínica y Radioterapia. Decano de la Facultad de Medicina de la Universidad del Azuay. ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-1306-9392>

Juan Pablo Zapata Ávila: Médico, Especialista en Oncología Clínica. Jefe de Oncología del HJCA.

Andrés Rodríguez Balarezo: Médico, Especialista en Radioterapia. Jefe de la Unidad de Radioterapia del HJCA.

Daysi Pesántez Loyola: Doctora en Medicina y Cirugía, Especialista en Cirugía Oncológica. Médico tratante del HJCA. ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-6409-4462>

Andrés Malo Valdivieso: Doctor en Medicina y Cirugía, Especialista en Cirugía Oncológica. Médico tratante del HJCA. ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-1424-018X>

ABREVIATURAS

NSCLC: non-small-cell lung cancer (cáncer de pulmón de células no pequeñas).

EPOC: Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica

ESMO: European Society of Medical Oncology

NCCN: National Comprehensive Cancer Network

AJCC: American Joint Committee on Cancer

VATS: Cirugía Torácica Video Asistida

EPOC: Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica

TC: Tomografía Computarizada

HJCA: Hospital de Especialidades José Carrasco Arteaga

EBUS: ultrasonido endobronquial

DISPONIBILIDAD DE MATERIALES Y DATOS

Los datos y materiales de esta publicación están disponibles para su utilización con los autores

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores no reportan conflicto de intereses.

COMO CITAR ESTE ARTÍCULO

Duque G, Zapata J, Rodríguez A, Pesántez D, Malo A. Cáncer pulmonar de células no pequeñas etapa temprana (estadio I-II): Guía de práctica clínica para diagnóstico, tratamiento y seguimiento. Rev. Med Ateneo 2019; 20 (2) Rev. Med Ateneo 2018; 20 (1): 149-160.

CRIPTORQUIDIA EN PEDIATRÍA HOSPITAL JOSÉ CARRASCO – IESS, 2013 - 2017 SERVICIO DE CIRUGÍA PEDIÁTRICA

Sandra Ruiz Arízaga¹, Andrea Vintimilla², Erika Lopez², Gabriela Cordero³, Fernando Córdova-Neira⁴

1.Pediatría, Universidad del Azuay
2.Postgrado de Pediatría, Universidad de Cuenca
3.Médico Residente de Pediatría, Hospital José Carrasco A. IESS-Cuenca
4.Cirujano Pediatra Hospital José Carrasco A. IESS, Docente de la Universidad del Azuay

Correspondencia:

Sandra Ruiz Arízaga

Email: sandra_maruiz@hotmail.com

Dirección: Hospital del IESS, Calle José Carrasco y Popayán. Cuenca, Ecuador.

Código postal: 010203

Teléfono: 593 99 898 5865

Fecha de recepción:

12-05-2018

Fecha de aceptación:

22-10-2018

Fecha de publicación:

22-11-2018

Fecha de publicación:

28-12-2018

Membrete bibliográfico

Arizaga S, Vintimilla A, Lopez E, Cordero G, Córdova-Neira, Criptorquia en pediatría Hospital José Carrasco - IESS, 2013-2017. Rev. Med Ateneo 2018; 20 (2): 161-169.

RESUMEN

INTRODUCCION

Criptorquidia o "testículo oculto" es una malformación congénita, caracterizada por la falta de descenso de la gónada al escroto de forma unilateral o bilateral, se presenta en 1-2% en la población general, 80 - 90% es de localización inguinal y 10-20% el testículo puede estar dentro del abdomen, en este último, la exploración laparoscópica permite el diagnóstico y tratamiento.

OBJETIVO

Determinar la prevalencia y características del testículo no descendido en el Servicio de Cirugía Pediátrica del HJCA.

MÉTODO

Se realiza un estudio transversal, desde enero 2013 a diciembre 2017, Se revisó historias clínicas de los niños con diagnóstico de criptorquidia.

RESULTADOS

La prevalencia de criptorquidia en el Hospital de Especialidades José Carrasco fue 2.55%, de acuerdo a la edad de presentación: niños de menores 1 año: fueron en número de 5 (3.16%), de 1 a 5 años 126 niños (74.74%), de 6 a 10 años, 28 niños (16.84%), mayores de 11 años, 9 niños (5.26%). Según la lateralidad, la criptorquidia izquierda se presentó en 63 niños (37.07%), derecha 79 niños (46.84%), criptorquidia bilateral 20 niños (13.16%), testículo intrabdominal 5 (2.93%). La localización de la gónada fue dentro del canal inguinal 142 niños (83.91%), testículo ectópico 16 (11.00%).

CONCLUSIÓN

La criptorquidia es una patología frecuente en niños, con prevalencia de 2.55%, requiere diagnóstico y tratamiento oportuno por el riesgo de complicaciones futuras como: infertilidad, torsión, trauma o tumor testicular.

PALABRAS CLAVE: criptorquidia, enfermedades genitales, orquidopexia.

SUMMARY

INTRODUCTION

Cryptorchidism or "occult testicle" is a congenital malformation, characterized by the lack of descent of the gonad to the scrotum unilaterally or bilaterally, occurs in 1-2% in the general population, 80-90% is inguinal localization and 10-20% The testicle may be inside the abdomen, in the latter, laparoscopic exploration allows for diagnosis and treatment.

OBJECTIVE:

To determine the prevalence and characteristics of the undescended testicle in the HJCA Pediatric surgery service.

METHOD

A cross-sectional study was conducted from January 2013 to December 2017, and clinical histories of children diagnosed with cryptorchidism were reviewed.

RESULTS

The prevalence of cryptorchidism in the Hospital de Especialidades José Carrasco was 2.55%, according to the age of presentation: Children of 1 year: were in number of 5 (3.16%), from 1 to 5 years 126 children (74.74%), 6 to 10 years , 28 children (16.84%), older than 11 years, 9 children (5.26%). According to the laterality, left Cryptorchidism arose in 63 children (37.07%), right 79 children (46.84%), bilateral cryptorchidism 20 children (13.16%), intra-abdominal testicle 5 (2.93%). The location of the gonad was within the inguinal canal 142 children (83.91%), ectopic testicle 16 (11.00%).

CONCLUSION

Cryptorchidism is a common pathology in children, with prevalence of 2.55%, requires diagnosis and timely treatment for the risk of future complications such as: infertility, torsion, trauma or testicular tumor.

KEY WORDS: cryptorchidism, genital diseases, orchidopexy.

INTRODUCCIÓN

Testículo no descendido o criptorquidia es una malformación congénita, descrita por primera vez por Hunter en 1786; se define como ausencia de uno o dos testículos en el escroto. [1,2]

Según la etiopatogenia el testículo se desarrolla a la sexta semana de gestación, a partir de una gónada indiferenciada, su desarrollo normal depende de la presencia del gen SRY (cromosoma Y), gubernáculum testis y la influencia hormonal (testosterona); esto determina la migración y posición definitiva. Existen dos fases en el descenso testicular: la transabdominal y la inguino-escrotal, cualquier alteración en una de ellas, producirá criptorquidia. [3]

La incidencia de la enfermedad en varones “nacidos a término” es de 2 a 9% y mayor a 30% en los recién nacidos prematuros, a partir del primer año de vida y hasta la edad adulta el porcentaje está entre 0.8 - 1%. En recién nacidos menores de 1800 gramos 65% y menores de 900 gramos aproximadamente 100% presentan criptorquidia. El 75-85% suele ser unilateral con predominio derecho, 10-20% corresponden a testículo ubicado dentro del abdomen, agenesia del testículo (falta de formación y desarrollo) o testículo ectópico (fuera del trayecto normal de descenso, se han descrito testículos en muslo, pubis, pene). [4, 5]

La tendencia familiar oscila en 14% con antecedente de un miembro de la familia con criptorquidia y puede aparecer de forma aislada o asociada a otras anomalías congénitas, puede ser signo de endocrinopatías, de alteraciones cromosómicas o del desarrollo sexual. El Síndrome de Disgenesia Testicular incluye: hipospadias, tumor de células germinales, criptorquidia e infertilidad. [5,12]

Se describe además ciertos factores externos, presentes en individuos genéticamente susceptibles, durante el desarrollo del gubernáculum y el proceso de descenso testicular con mayor el riesgo de criptorquidia, tales como:

Antecedentes familiares de:

- Criptorquidia
- Alteraciones de la diferenciación sexual

Factores gestacionales

- Tabaquismo / sustitutos de nicotina
- Alcoholismo
- Diabetes gestacional
- Inseminación artificial
- Administración de estrógenos a la madre durante la gestación

Factores perinatales

- Prematuridad
- Recién nacido de bajo peso para la edad gestacional
- Gestaciones múltiples
- Presentación de nalgas

Factores locales

- Alteraciones del epidídimo
- Persistencia del proceso vaginal (hernia inguinal)
- Hipospadias
- Defectos pared abdominal (gastrosquisis, onfalocele, Prune Belly)

Factores fetales

- Síndromes malformativos
- Parálisis cerebral
- Tumor de Wilms
- Retraso mental [7]

Es fundamental la anamnesis y la exploración física de forma estricta desde el nacimiento en la valoración neonatal y pediátrica durante el primer año de vida para un diagnóstico oportuno.

La exploración se realiza con el paciente en posición supina, mediante la palpación, ésta se inicia recorriendo el trayecto del canal inguinal, desde el abdomen, a nivel de la cresta iliaca antero-superior, por arriba del anillo inguinal profundo, hacia abajo hasta el escroto, con la otra mano se tracciona la parte distal del escroto. La presión suave desde el abdomen ayuda a empujar el testículo hacia el canal inguinal. [5, 6, 8, 9]

Posteriormente si no se palpa el testículo se puede explorar sentado en cuclillas, con las piernas separadas, con ésta posición aumenta la presión intraabdominal ayudando al descenso del testículo hacia el canal inguinal. También se puede utilizar la posición de Taylor: el niño sentado y con las piernas cruzadas, lo que disminuye el reflejo cremastérico. [9]

Las pruebas de imagen son de utilidad limitada, pero pueden localizar la gónada e identificar otras anomalías del aparato genitourinario, la ecografía tiene una sensibilidad 76% y una especificidad del 100% para la identificación del testículo en el canal inguinal, pero muy limitado en testículo abdominal. La exploración laparoscópica es el "gold standard" para testículo no palpable tanto para diagnóstico y tratamiento. Es obligatorio descartar la presencia de tejido testicular intraabdominal por la mayor incidencia de cáncer reportada.

El tratamiento indicado en la criptorquidia o testículo no descendido es siempre quirúrgico al año de vida según varios estudios. El tratamiento definitivo tiene como objetivo disminuir el riesgo de secuelas y complicaciones futuras como: infertilidad, torsión, traumatismo o desarrollo de tumor testicular. La técnica es orquidopexia más hernioplastia en la mayoría de casos (93% tienen hernia inguinal asociada), con una tasa de éxito de 74% para testículo abdominal y 98% para testículos del conducto inguinal, la que puede ser abordada por cirugía abierta o laparoscópica en caso de testículo ubicado dentro del abdomen. [8,9]

MATERIAL Y MÉTODOS

El presente estudio se realizó en el Servicio de Cirugía Pediátrica del Hospital de Especialidades José Carrasco - IESS, de enero 2013 a diciembre 2017.

Estudio transversal, la recolección de datos se realizó en un formulario prediseñado para este fin, se consideró edad, características de la criptorquidia, tratamiento quirúrgico y complicaciones.

La información se registró en una base de datos realizada en Microsoft Excel, para ser tabulados y analizados, cálculo de prevalencia, las variables estudiadas se exponen en frecuencias y porcentajes.

RESULTADOS

De un total de 6613 niños atendidos en el Servicio de Cirugía Pediátrica en 60 meses, se registró 169 niños con criptorquidia, con prevalencia de 2.55%

**Tabla 1 Prevalencia de Criptorquidia en el HJCA
enero 2013 - diciembre 2017**

<i>AÑO</i>	<i>Total niños atendidos</i>	<i>CRIPTORQUIDIA</i>	<i>%</i>
<i>2013</i>	<i>1111</i>	<i>40</i>	<i>3,60</i>
<i>2014</i>	<i>1174</i>	<i>37</i>	<i>3,15</i>
<i>2016</i>	<i>1309</i>	<i>32</i>	<i>2,44</i>
<i>2017</i>	<i>1892</i>	<i>42</i>	<i>2,21</i>
<i>TOTAL</i>	<i>6613</i>	<i>169</i>	<i>2,55</i>

Elaborado por los Autores Fuente: libro de ingresos de Cirugía Pediátrica

**Tabla N° 2 Distribución de niños con Criptorquidia en HJCA, según edad
 enero 2013 – diciembre 2017**

<i>EDAD</i>	<i>NÚMERO</i>	<i>%</i>
<i>Menor de 1 año</i>	<i>5</i>	<i>3.16</i>
<i>1 - 5 años</i>	<i>126</i>	<i>74.74</i>
<i>6 - 10 años</i>	<i>28</i>	<i>16.84</i>
<i>11 - 15 años</i>	<i>9</i>	<i>5.26</i>
<i>TOTAL</i>	<i>169</i>	<i>100.00</i>

Elaborado por los Autores Fuente: libro de ingresos de Cirugía Pediátrica

**Tabla N° 3 Distribución de niños con Criptorquidia en HJCA, según lateralidad
 enero 2013 – diciembre 2017**

<i>CRIPTORQUIDIA</i>	<i>NÚMERO</i>	<i>%</i>
<i>Izquierda</i>	<i>63</i>	<i>37.07</i>
<i>Derecha</i>	<i>79</i>	<i>46.84</i>
<i>Bilateral</i>	<i>20</i>	<i>13.16</i>
<i>Intraabdominal (2 agenesia testicular)</i>	<i>5</i>	<i>2.93</i>
<i>TOTAL</i>	<i>169</i>	<i>100.00</i>

Elaborado por los Autores Fuente: libro de ingresos de Cirugía Pediátrica

**Tabla N° 4 Distribución de niños con Criptorquidia en HJCA
 según complicaciones
 enero 2013 – diciembre 2017**

<i>LOCALIZACIÓN</i>	<i>NÚMERO</i>	<i>%</i>
<i>Canal inguinal</i>	<i>148</i>	<i>86.07</i>
<i>Ectópico</i>	<i>16</i>	<i>11.00</i>
<i>Dentro del abdomen</i>	<i>5</i>	<i>2.93</i>
<i>TOTAL</i>	<i>169</i>	<i>100.00</i>

Elaborado por los Autores Fuente: libro de ingresos de Cirugía Pediátrica

**Tabla N° 5 Distribución de niños con Criptorquidia en HJCA, según complicaciones
 enero 2013 – diciembre 2017**

<i>COMPLICACIONES</i>	<i>NÚMERO</i>	<i>%</i>
<i>Hematoma inguinal</i>	<i>3</i>	<i>1.78</i>
<i>Dehiscencia e infección de herida escrotal</i>	<i>4</i>	<i>2.37</i>
<i>SIN complicaciones</i>	<i>162</i>	<i>95.85</i>
<i>TOTAL</i>	<i>169</i>	<i>100.00</i>

Elaborado por los Autores Fuente: libro de ingresos de Cirugía Pediátrica

DISCUSIÓN

En el presente estudio se analizaron 169 niños con criptorquidia, prevalencia de 2.55%, la cual concuerda con lo revisado en la bibliografía, edad más frecuente fue de 1 a 5 años 126 niños (74.74%), preocupa el diagnóstico muy tardío en niños mayores de 6 años 35 niños (22.10%) y solo 5 niños (3.16%) menores de 1 año, lo que concuerda con otros estudios realizados en Venezuela, Bolivia y México (2012). [10, 11, 12]

Según la lateralidad de criptorquidia en niños se presenta con mayor frecuencia de forma unilateral, en el presente trabajo se encontró criptorquidia derecha 79 niños (48.84%), izquierda 63 niños (37.07%), bilateral en 20 niños (13.16%) y 5 niños (2.93%) con testículo dentro del abdomen, datos relacionados con estudios de Venezuela (2012), Chile (2013), Argentina (2014), con mayor prevalencia de criptorquidia derecha, debido a que anatómicamente en la vida intrauterina el teste derecho es el último en descender.

Se identificó en 93.00% de niños con testículo no descendido relacionado con hernia inguinal, conocido como Síndrome Herniario, debido a la persistencia de la permeabilidad del conducto peritoneo-vaginal, cuyo origen embriológico tiene relación con el mecanismo de descenso testicular, esta situación se debe tener en cuenta para el reparo de la hernia junto con la orquidopexia y evitar así recidivas. [1, 8, 10, 11, 14, 15, 16, 17].

La Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria, las Guías de Práctica Clínica de México 2014 y la Sociedad Chilena de Urología 2013 refieren el 80 a 90% de los testículos criptorquídicos son palpables y se localizan en el canal inguinal, datos semejantes a los resultados obtenidos en el presente trabajo donde el 86.14% fueron palpables en el canal inguinal, no palpables 2,93% y ectópicos 11.00%. [10,11]

El 97.07% de Testículos no descendidos palpables, se resolvieron con orquidopexia convencional, sin complicaciones, 2,93% de niños con testículos ubicados en el abdomen se abordaron por vía laparoscópica. En un estudio realizado en México 2009, reportan a esta técnica excelente para el diagnóstico y tratamiento del testículo no palpable, e indican como segura y con menor número de complicaciones postquirúrgicas. [13]

En el presente análisis 22.10% de los casos corresponde a niños mayores de 6 años con criptorquidia intervenidos quirúrgicamente, este es el grupo con mayor riesgo de infertilidad, desarrollo de tumores, torsión o trauma. Si la orquidopexia se realiza más allá de los 10 u 11 años,

el riesgo de desarrollar cáncer testicular es de casi 6 veces mayor en niños con tratamiento quirúrgico tardío. [18, 19]

CONCLUSIONES:

La prevalencia de Criptorquidia en niños atendidos en el Servicio de Cirugía Pediátrica del Hospital José Carrasco Arteaga es alta 22.10% de niños sobre los 6 años, con mayores riesgos. La importancia radica en la evaluación de los genitales del recién nacido de forma rutinaria y obligatoria en pediatría, lo que permitirán un diagnóstico y tratamiento quirúrgico oportuno para prevenir infertilidad, trauma y tumor testicular.

BIBLIOGRAFIA

1. Lechuga J, Lechuga A. Criptorquidia. Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz. Protocolo diagnóstico en pediatría. 2011; 1:1:34-43
2. Rostiñ C. Testículo no descendido. Rev. chil. pediatr. 2000 Mayo; 71(3): 246-250.
3. Tendencias actuales en el tratamiento y seguimiento de la criptorquidia. Arch. argent. pediatr. 107(2): 176-180.
4. Merino M. Cribado de la criptorquidia. PrevInfad /PAPPS infancia y adolescencia. Octubre 2008.
5. TRATADO DE PEDIATRIA, Menenghello, J, 6ª edición, 2013, Editorial Panamericana.
6. López G, Pérez E, Hernández P. Criptorquidia importancia en el tratamiento oportuno. Bol Clin Hosp Infant Edo Son 2007; 24 (1)
7. Espinosa M, López P. Criptorquidia. A. Pediatr Contin. 2009;7(6):333-8
8. Huertas L, Espinosa R, Muñoz M. Patología del descenso testicular. Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Madrid. Pediatr Integral 2014; XVIII (10): 718-728.
9. Secretaria de salud. Guía práctica y clínica: Diagnóstico y Tratamiento del testículo no descendido MEXICO. 2010. cenetec.salud.gob.mx
10. Secretaria de salud. Guía práctica y clínica: Diagnóstico y Tratamiento del testículo no descendido MEXICO 12/12/14.
11. Sepúlveda J, orquidopexia videoasistida (OVA): ¿es la técnica de elección para una criptorquidia palpable difícil? Hospital Clínico de Magallanes, REVISTA CHILENA DE UROLOGÍA. Volumen 78 N° 2 año 2013
12. Walsh T, Dall'Era M, Croughan M, Carroll P, Turek P. Prepubertal orchiopexy for cryptorchidism may be associated with lower risk of testicular cancer. J Urol 2011 178:1440- 1446.
13. Riquelme M, Landa S, Gómez D, Meneses H, Andraca R. Orquidopexia Laparoscópica en el testículo no descendido, palpable y no palpable. RevMexUrol. 2009, 69(5): 215- 218.
14. Goar G, Yanet Hidalgo M. Resultados y protocolo de seguimiento de los pacientes operados de testículos no descendidos en Holguín. Enero 2002- 2012.

15. Tekgül S, Riedmiller H, Gerharz E, Hoebeke P, Kocvara R, Nijman R, et al. Guidelines for Paediatric Urology. European Society for Paediatric Urology. 2008.
16. Escárcega P, Hernández G, Huerta E, Lezama N, Hernández S, et al. Orchiopexy laparoscopic or Traditional Surgical Technique in Patients with an Undescended Palpable Testicle. Journal of laparoscopic and advanced surgical techniques 2014; 21(2):185-187.
17. Mirta G, Pipman V, Escobar M, Pascualina T, Bengolea S, et al. Tendencias actuales en el tratamiento y seguimiento de la criptorquidia. Arch Argent Pediatr 2009; 107(2): 176-180
18. Castillo R., Paredes E., Vargas V., Ruiz C., Lasso C., et al. Cáncer testicular y criptorquidia. Mito o realidad. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. Cir Pediatr 2013; 26: 98-101.
19. Bancos K., Tuazon E., Berhane K., et al. Criptorquidia y de células germinales de testículo: tumores integral meta-análisis revela que asociación entre estas condiciones disminuyó con el tiempo y es modificado por las características clínicas. Frontiers in Endocrinology 2012; 3: 182.

CONTRIBUCIÓN DE LOS AUTORES

Sandra Ruiz, Andrea Vintimilla, Erika López, Gabriela Cordero: realizó la recolección de datos, revisión bibliográfica y escritura del manuscrito, Fernando Córdova-Neira, realizó el análisis crítico del artículo.

INFORMACIÓN DE LOS AUTORES

Sandra Ruiz, Pediatra Universidad del Azuay, Cuenca – Ecuador, ID orcid.org/0000-0001-5489-0836

Andrea Vintimilla, Postgrado de Pediatría, Universidad de Cuenca y Hospital José Carrasco – IESS

Erika López, Postgrado de Pediatría, Universidad de Cuenca y Hospital José Carrasco – IESS

Gabriela Cordero, Residente Servicio de Pediatría, Hospital José Carrasco A. Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, Cuenca – Ecuador, ID orcid.org/0000-0001-8745-5443

Fernando Córdova-Neira, Cirujano Pediatra, Hospital José Carrasco Arteaga. Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, Cuenca – Ecuador, ID orcid.org/0000-0003-1400-2640.

CONSENTIMIENTO DE PUBLICACIÓN:

Aplica

APROBACIÓN ÉTICA Y CONSENTIMIENTO DE PARTICIPACIÓN:

Esta investigación fue aprobada en base a la Declaración de Helsinki y aprobado por el comité de ética para su publicación.

AGRADECIMIENTOS: Agradecemos al personal y autoridades del Hospital de Especialidades del Hospital José Carrasco Arteaga, lugar donde se realizó el trabajo.

FINANCIAMIENTO:

La investigación fue autofinanciada.

CONFLICTOS DE INTERESES

Los autores no reportan conflictos de intereses.

COMO CITAR ESTE ARTÍCULO

Arizaga S, Vintimilla A, Lopez E, Cordero G, Córdova-Neira, Criptorquia en pediatría Hospital José Carrasco – IESS, 2013-2017. Rev. Med Ateneo 2018; 20 (2): 161-169.

Subdiagnóstico de anemia en pacientes pediátricos

María Antonieta Flores Salinas¹, Martha Alexandra Llamuca Cali², Diego Fabián Ochoa Crespo³,
Julio Hernán Ochoa Crespo⁴, Lorena Patricia Padrón Alvarado⁵

1. Médico rural
2. Médico general
3. Médico rural
4. Médico general
5. Estudiante de medicina UDA

Correspondencia:

Diego Fabián Ochoa Crespo
Email: diegofabi1@hotmail.com
Dirección: Miguel Moreno 535 y
Roberto Crespo

Código postal: 010204

Teléfono: 593 998190605

Fecha de recepción:

10/11/2018

Fecha de aceptación:

20/12/2018

Fecha de publicación:

28/12/2018

Membrete bibliográfico

Subdiagnóstico de anemia en
pacientes pediátricos. Cuenca-
Ecuador, Rev. Médica Ateneo 2018; 20
(2): 170- 178.

RESUMEN

Objetivo: Determinar la frecuencia de sub-diagnóstico de anemia en niños de 6-24 meses de edad hospitalizados en el departamento de pediatría del Hospital Homero Castanier Crespo, durante el año 2016.

Metodología

Se efectuó un estudio descriptivo. La muestra estuvo conformada por 234 niños, la misma que se obtuvo con el 95% de índice de confianza, 4% error de inferencia y 20% prevalencia de diagnóstico de anemia. Los datos se obtuvieron de las historias clínicas y se analizaron mediante el programa IBM-SPSS Versión 15.

Resultados

La edad mínima en el estudio fue de 6 meses, la máxima 24 y la mediana de 15. El 57,3% perteneció al sexo masculino; el tipo de parto frecuente fue de tipo vaginal 76,9%. Respecto a la residencia materna, el área urbana fue predominante con 58,5%.

El estudio reportó 20,08% de niños con anemia, predominando el sexo masculino, la frecuencia de sub-diagnóstico fue de 19,7%. El valor mínimo de hemoglobina fue de 6,3, el valor máximo 23,1 y la mediana 12,2 g/L. La anemia leve fue más frecuente con 66,0%; según los valores de índices eritrocitarios la anemia microcítica hipocrómica predominó con 70,2%.

Palabras clave: ANEMIA, SUB-DIAGNOSTICO, HEMOGLOBINA, INDICES ERITROCITARIOS.

ABSTRACT

Objective: To determine the frequency of sub-diagnosis of anemia in children from 6–24 months of age hospitalized in the pediatric department of the Hospital Homero Castanier Crespo, during 2016.

Methodology

A descriptive study was carried out. The sample consisted of 234 children, which was obtained with 95% confidence, 4% error of inference and 20% prevalence of diagnosis of anemia. The data was obtained from the clinical histories and analyzed using the IBM-SPSS Version 15 program.

Results

The minimum age in the study was 6 months, the maximum 24 and the median of 15. 57.3% belongs to the male sex; the type of frequent delivery was vaginal type 76.9%. Regarding maternal residence, the urban area was predominant with 58.5%.

The study reported 20.08% children with anemia, predominantly in males, the frequency of underdiagnosis was 19.7%. The minimum hemoglobin value was

6.3 maximum value 23.1 and the median 12.2 g / L, mild anemia was more frequent with 66.0%; according to the erythrocyte index values, microcytic hypochromic anemia prevailed with 70.2%.

Key words: ANEMIA, SUB-DIAGNOSIS, HEMOGLOBIN, ERYTHROCYTE INDE

INTRODUCCIÓN

La anemia, hace referencia a una masa eritrocitaria defectuosa, de carácter cuantitativo o cualitativo, que interfiere con la administración óptima de oxígeno a los tejidos (1). La OMS, la define como un valor de Hemoglobina en sangre menor a 11 mg/dL (2); valor que puede verse alterado según las variables de edad, sexo, embarazo, etnia y lugar de residencia (3). En los niños es una enfermedad de diagnóstico clínico tardío, detectada en ocasiones cuando sus consecuencias son graves e incluso irreversibles; puede prevenirse con un diagnóstico temprano mediante la realización de exámenes complementarios.

El término sub-diagnóstico de anemia se refiere a los casos de anemia no reportados, que cuentan con las pruebas de laboratorio que sustentan su diagnóstico, esto se debe a las manifestaciones clínicas presentadas de forma tardía (1). Su infra diagnóstico impide brindar un tratamiento oportuno, generando serias consecuencias que pueden llegar a ser irreversibles.

En el mundo existen 1.620 millones de personas afectadas por anemia (4). En el Ecuador los niños entre 6-12 meses de edad, presentan anemia en un 33,9% (3).

La anemia es más común en los niños, produciendo en ellos un retraso del desarrollo psicomotor y cognitivo; poniendo en riesgo la vida de los pacientes en casos extremos (6). Además de ser un indicador general de salud, está estrechamente relacionada con la malnutrición, malos hábitos alimenticios y deficiencia de micronutrientes, como el hierro (7)

Este estudio nos aproximará a la realidad de nuestro medio, lo que ayudará a hacer un mayor énfasis en identificarla y tratarla.

METODOLOGÍA

Tipo de estudio: Se realizó un estudio descriptivo, con la finalidad de identificar la frecuencia con que ocurre el sub-diagnóstico de anemia, en niños de 6-24 meses en el Hospital Homero Castanier Crespo (HHCC), en el año 2016.

Área de estudio: se realizó en el servicio de pediatría del Hospital HCC ubicado en la ciudad de Azogues.

Universo y muestra

Universo: Conformado por 480 niños de 6-24 meses de edad ingresados al servicio de pediatría del Hospital HCC en el año 2016.

Muestra: de forma aleatoria se seleccionaron 234 participantes, mediante la siguiente fórmula:

$$n = \frac{N * Z_{\alpha}^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z_{\alpha}^2 * p * q}$$

Unidad de análisis: El estudio se realizó en los pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión: Niños de edad entre 6-24 meses, hospitalizados por cualquier causa, con historias clínicas que contengan los datos de filiación de los mismos y reporte de hemograma al alta (valores de hemoglobina e índices eritrocitarios) y datos de filiación de la madre.

Criterios de exclusión: Historias clínicas con datos incompletos.

Métodos, instrumentos y técnicas

Tras la aprobación del protocolo de investigación, y previa la autorización de las autoridades del Departamento de Pediatría y Estadística del HHCC, se procedió a la revisión de las historias clínicas de los niños de 6-24 meses hospitalizados en el departamento de Pediatría, durante el año 2016.

En primer lugar, se identificaron las historias clínicas de los niños hospitalizados en el 2016, luego se clasificaron las historias clínicas con los datos necesarios para el estudio (datos de filiación y presencia de reporte de hemograma). Las historias clínicas completas se aleatorizaron de manera simple con la ayuda del programa Excel; se obtuvieron 234 historias clínicas consideradas como útiles para el estudio.

De las 234 historias clínicas, se procedió a revisar los datos consignados en los objetivos y operacionalización de las variables, luego se transcribieron a una matriz de datos creada en el programa Excel. Una vez depurada, esta matriz de datos se trasladó al programa SPSS versión 2015, con la que se realizaron los análisis respectivos.

Para el análisis se consideraron: la concentración de hemoglobina en sangre e índices eritrocitarios teniendo la clasificación según grado de anemia: leve (10.9- 10 g/L), moderada (9.9- 7.0 g/L), grave (<7.0, g/L). Clasificación según hemoglobina corpuscular media: anemia hipocrómica (<25pg), anemia normocrómica (28-32 pg), anemia hipercrómica (>32 pg). Según el volumen

corpúscular medio: anemia microcítica (VCM \leq 80 fL), anemia normocítica (VCM: $> 81 / < 100$ fL), anemia macrocítica (VCM \geq 100 fL).

Tabulación y análisis

Se creó una base de datos digital para el análisis de la información; que consistió en la descripción de los datos obtenidos y su relación con las variables discretas y continuas (concentración de hemoglobina en sangre, valoración del volumen corpúscular medio, valoración de hemoglobina corpúscular media) que fueron analizadas con valor mínimo, valor máximo y mediana. Se caracterizó y fueron presentadas en tablas de distribución de frecuencias.

RESULTADOS

TABLA 1 Distribución del grupo de estudio según grupo etario, sexo, tipo de parto, edad al momento del nacimiento y residencia materna. Hospital Homero Castanier Crespo, Azogues, 2016.

<i>Variables</i>	<i>Frecuencia (234)</i>	<i>Porcentaje</i>
<i>Grupo etario (meses)</i>		
6-12	94	40,2
13- 18	57	24,4
19 – 24	83	35,5
<i>Sexo</i>		
Masculino	134	57,3
Femenino	100	42,7
<i>Tipo de parto</i>		
Vaginal	180	76,9
Cesárea	54	23,1
<i>Residencia de la madre</i>		
Urbano	137	58,5
Rural	97	41,5

Fuente: Base de datos. Elaboración: Los autores.

En el grupo de estudio la edad fluctuó entre 6-24 meses y la mediana fue de 15 meses, siendo lo más común el rango de 6-12 meses de edad, con una frecuencia de 40,2%; el rango de 13-18 meses de edad fue el de menor prevalencia, con 24,4%. Referente al sexo predominó el sexo masculino con 57,3%, frente al grupo femenino que conformó en 42.7% de los casos.

Los partos vaginales tuvieron mayor número de casos con 76.9% en contraste con las cesáreas que presentaron 23.1% de casos. En relación a la residencia materna se encontró un mayor porcentaje de casos 58,5% en la zona urbana. En contraste con las habitantes de áreas rurales en quienes se encontró en un 41.5% de casos.

TABLA 2 Distribución del grupo de estudio según clasificación de anemia. HHCC, Azogues, 2016.

<i>Clasificación de la anemia</i>	<i>Frecuencia(47)</i>	<i>Porcentaje</i>
<i>Según concentración de la</i>		
<i>Anemia leve</i>	<i>31</i>	<i>66,0</i>
<i>Anemia moderada</i>	<i>15</i>	<i>31,9</i>
<i>Anemia grave</i>	<i>1</i>	<i>2,1</i>
<i>Según el volumen corpuscular medio</i>		
<i>Anemia microcítica</i>	<i>33</i>	<i>70,2</i>
<i>Según la concentración de hemoglobina corpuscular media</i>		
<i>Anemia hipo crómica</i>	<i>29</i>	<i>61,7</i>
<i>Híper crómica</i>	<i>1</i>	<i>2,1</i>
<i>Según el volumen corpuscular medio y concentración de hemoglobina corpuscular media</i>		
<i>Hipo crómica y microcítica</i>	<i>24</i>	<i>51,1</i>

Fuente: Base de datos. Elaboración: Los autores.

Según la clasificación de anemia acorde a los valores de hemoglobina, predominó la anemia leve 66%; la anemia grave se presentó en un 1 caso (2,1%), siendo la menos común. La hemoglobina varió entre 6,3-23,1g/L con una mediana de 12,2 g/L.

El VCM, presento valores entre 56-104 fL; la mediana 77,3 fL. El tipo de anemia más común según el VCM fue la anemia microcítica en 70,2% de los casos.

La hemoglobina corpuscular media se situó entre valores de 16,5-37,7g/dL y la mediana 26,4 pg/célula, la anemia hipocrómica ocurrió en 61,7% de los casos.

TABLA 3 Distribución del grupo de estudio según sub-diagnóstico de anemia, grupo etario y sexo. HHCC, Azogues, 2016.*Sub- diagnóstico de anemia según sexo y Grupo etario*

<i>Sexo</i>	<i>Anemia</i>		<i>Normal</i>		<i>Total</i>	
	<i>N°</i>	<i>%</i>	<i>N°</i>	<i>%</i>	<i>N°</i>	<i>%</i>
<i>Femenino</i>	18	18,0	82	82,0	100	100,0
<i>Masculino</i>	28	20,9	106	79,1	134	100,0
<i>Grupo etario (meses)</i>						
<i>6-12</i>	21	22,3	73	77,7	94	100,0
<i>13-18</i>	15	26,3	42	77,7	57	100,0
<i>19-24</i>	10	12,0	73	88,0	83	100,0
<i>Total</i>	46	20,1	187	79,9	79,9	100,0

Fuente: Base de datos. Elaboración: Los autores.

De los 47 (20,08%) niños con resultados de laboratorio probatorios de anemia, 46 de ellos o el 97% de niños presentaron sub-diagnóstico de anemia; predominando en el sexo masculino con 28 (20,9%), y en el grupo etario de 6-12 meses 22,3%.

DISCUSIÓN

La anemia y sobretodo la deficiencia de hierro, es uno de los problemas de mayor dimensión que enfrentan hoy en día la OMS, OPS, UNICEF y el MSP de Ecuador. Por ello, el desarrollo de programas de educación, sobre todo en el nivel de atención primaria en salud, es de vital importancia, para prevenir que la enfermedad llegue a estancias graves, donde las consecuencias pueden llegar a ser irreversibles, afectando el correcto desarrollo y desempeño de los niños.

En la investigación, de los 234 niños estudiados, 47 (20,08%) presentaron anemia, resultado que difiere con las estadísticas de la OMS, donde la anemia se presentó en el 42% de los niños. La deficiencia de hierro fue la causa principal en ambos casos (8). La gran variabilidad de los resultados, está dada por la diferencia de edades; en el estudio se incluyó niños de 6-24 meses de edad, y la OMS incluyó de manera general a los niños menores a 5 años de edad.

La mayor frecuencia fue en las edades de 6-12 meses con 22,3%. Valores ligeramente mayores en la investigación realizada por Rojas (9) en la ciudad de Salcedo, cuya frecuencia de anemia es mayor en niños de 6-12 meses de edad con 31,6% (9).

En el presente estudio, los niños con anemia fueron predominantes del sexo masculino, con 20,9%, un valor inferior a la cifra nacional de 27,1%. En la investigación realizada por Calle (10), la anemia predominó en el sexo masculino con 67,7%, probablemente debido a que la muestra para dicho estudio constaba de 31 niños (10).

En el estudio, la residencia materna urbana predominó con 58,5%, la cual se encuentra un valor inferior con el estudio realizado por Rojas (9) en el cual la anemia en la residencia materna en zona urbana fue 66,3%. Mientras que en el estudio realizado por Mayca et.al. (11), en la provincia rural de Condorcanqui-Amazonas, en menores de 3 años, mostró que la prevalencia de anemia

en poblaciones indígenas fue de 51,3% (1). Esta diferencia podría estar causada debido a que en el estudio de Rojas (9) existía un gran número de madres con estudios ya sea primarios o secundarios y son quienes acuden con mayor frecuencia al control de sus hijos; el estudio de Mayca et.al. (11) se realizó en una población caracterizada por tener recursos económicos limitados además de falta de educación. Esto demuestra que educar a los pacientes y a la población en general, mejora en gran magnitud la salud.

En los partos por vía vaginal se presentó con 76,9%, valor superior al encontrado en el estudio de Lanicelli et.al. (12), donde se obtuvo una frecuencia de anemia de 54,8% en los partos por vía vaginal (12). El hecho de que exista un porcentaje mayor de partos vaginales, en ambos estudios, es alentador, dado los muchos benéficos que trae tanto para la madre, como para el hijo.

Nuestros hallazgos indican que la anemia leve fue la más frecuente en un 66% de casos. En contraste con la investigación de Delgado (13), realizada en el año 2016, que trata sobre "Prevalencia de anemia en niños menores de 5 años en las unidades operativas de Chorocopte y Quilloac en Cañar" (13); concluyó que el grado de anemia más frecuente fue la anemia moderada, 42,4% para Chorocopte y 44,7% en Quilloac (13). Esta discordancia se podría considerar debido a que el estudio de Delgado se realizó exclusivamente en la zona rural; en tanto que el presente estudio abarco tanto, zonas urbanas como rurales.

La prevalencia obtenida de anemia fue de 20,08%; Segarra et.al. (14) reportaron una prevalencia de anemia en niños de 6-59 meses de 30.9%, porcentaje superior al estudio; quizá debido a que la población prevalente en dicho estudio fue mayor a 24 meses. Pero fue cercano a la cifra nacional facilitada por ENSANUT que reporta una prevalencia de 25.7% (14) (3).

La anemia microcítica-hipocrómica fue la más común con 61,7% empatando con el estudio realizado por Arambula y Rodriguez (15), donde el porcentaje para anemia microcítica-hipocrómica fue 61.8% (15). Los resultados son un reflejo del hecho que la anemia más común a nivel mundial es la anemia por deficiencia de hierro, misma que constituye un reto para la mayoría de sistemas de salud.

Acorde a los hallazgos de la investigación, el sub-diagnóstico de anemia fue 19,7% cifra semejante al estudio realizado en Costa Rica por Vega (4), donde estima que el 19,71% de los niños y niñas de 6-24 meses de edad no presentan un registro de diagnóstico de anemia, evidenciando así los casos de sub diagnóstico en el área de salud (4). La similitud de ambos resultados refleja el alto porcentaje que existe de sub-diagnóstico de anemia, y nos alerta a continuar con la búsqueda de nuevas estrategias para reducir la prevalencia actual.

CONCLUSIONES

En el estudio predominó el sexo masculino, con una mediana de edad de 15 meses, residencia materna urbana, el parto vaginal y niños nacidos a término.

El 20,08% de los niños presentaron anemia, de los cuales el 97% fueron sub-diagnosticados.

Predominó la anemia leve en un 66% seguida por la microcítica-hipocrómica, en un 51,1%.

De los 47 pacientes que cumplían con criterios de anemia, solo uno de ellos contó con el diagnóstico de anemia, al momento del alta.

Los hallazgos encontrados alertan sobre la necesidad de informar y tratar a los pacientes que

presentan anemia, solo así se logrará evitar las complicaciones propias de esta patología que son aún peores cuando ocurren en edades tempranas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Donato H, Rappetti M, Crisp R. Anemias en Pediatría. 1ª edición. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Journal, 2013.
2. Organización Mundial de la Salud. Concentraciones de hemoglobina para diagnosticar la anemia y evaluar su gravedad. Ginebra, Organización Mundial de la Salud. [Internet] 2011. Disponible: http://www.who.int/vmnis/indicators/haemoglobin_es.pdf
3. Freire WB, Ramirez MJ, Belmont P, Mendieta MJ, Silva MK, Romero N, Sáenz K, Piñeiros P, Gómez LF, Monge R. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición del Ecuador. ENSANUT-ECU 2011-2013. Ministerio de Salud Públicas/ Instituto Nacional de Estadísticas y Censo. Resumen ejecutivo. Tomo 1. Quito, Ecuador. 2013.
4. Vega N. Anemia en niños y niñas de 6 a menos de 24 meses Sub registro de casos Área de salud de Liberia. [Internet]; 2014. Disponible: <http://www.binasss.sa.cr/serviciosdesalud/ane-mialiberia2014.pdf>.
5. Organización Mundial de la Salud. Sistemas de Información Nutricional sobre Vitaminas y Minerales (VMNIS). Prevalencia mundial de la anemia y número de personas afectadas. [Internet] 2013. Disponible en: http://www.who.int/vmnis/database/anaemia/anaemia_data_status_t2/es/
6. Zavaleta N, Astete-Robilliard L. Efecto de la anemia en el desarrollo infantil: consecuencias a largo plazo. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2017 [Internet] Disponible: doi:10.17843/rpmpesp.2017.344.3251
7. Hindawi Publishing Corporation. Clinical Study. Efficacy of Multiple Micronutrients Fortified Milk Consumption on Iron Nutritional Status in Moroccan Schoolchildre. Journal of Nutrition and Metabolism. Volumen 1, 2015. Article ID 690954. [Internet]. Disponible: <http://dx.doi.org/10.1155/2015/690954>
8. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. Anemia ferropénica: Investigación para soluciones eficientes y viables. Disponible: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=11679%3Airon-deficiency-anemia-research-on-iron-fortification-for-efficient-feasiblesolutions&catid=6601%3Acasestudies&Itemid=40275&lang=es
9. Rojas M. Anemia ferropénica y su correlación con la alimentación en niños de 6-24 meses de edad Hospital Yerovi Mackuart de Salcedo entre abril- junio del 2014. Cotopaxi. [Tesis Maestría]. Disponible en: <http://repositorio.uees.edu.ec/bitstream/123456789/2372/1/Martha%20Rojas%20tesis.pdf>
10. Calle J. Anemia y factores asociados en niños menores de 5 años. Centro creciendo con nuestros hijos (CNH) Rivera 2015. [Tesis]: Azogues. Disponible en: http://biblioteca.uazuay.edu.ec/opac_css/index.php?lvl=categ_see&id=4842

11. Mayca J, Medina A, Velasquez J, Llanos L. Representaciones sociales relacionadas a la anemia en niños menores de tres años en comunidades Awajún y Wampis, Perú. *Rev Perú Med Exp Salud Pública*. 2017; 34(3):414- 22
12. Ianicelli J, Varea A, Falivene M, Disalvo L, Apezteguía M, Gonzales H. Prevalencia de anemia en lactantes menores de 6 meses asistidos en un centro de atención primaria de la ciudad de la Plata. *Arch. argent. pediatr.* [Internet]. 2012 Abr; 110(2): 120-125. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.5546/aap.2012.120>.
13. Delgado L. Prevalencia de anemia en niños menores de 5 años, en las unidades operativas Chorocopte, Quilloac, Cañar, Enero A Julio 2016. [Tesis] Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/28481/1/PROYECTO%20DE%20INVESTIGACI%C3%93N.pdf>
14. Segarra J, Lasso S, Chacón K, Segarra M, Huiracocha L. Estudio Transversal: Desnutrición, Anemia y su Relación con Factores Asociados en Niños de 6 a 59 Meses, Cuenca 2015. *Rev Med HJCA* 2016; 8(3): 231-237. [Internet]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.14410/2016.8.3.ao.39>
15. Arambula K, Rodríguez J. Frecuencia de anemia y morfología eritrocitaria en niños hospitalizados de 0 a 12 años en el Hospital Bosa de Bogotá en el bimestre mayo a junio del 2016. [Tesis]. Disponible en: <http://repository.udca.edu.co:8080/jspui/bitstream/11158/744/1/ANEMIA%20NI%C3%91OS%20HOSPITALIZADOS%20BOSA.pdf>

CONTRIBUCIÓN DE LOS AUTORES

María Antonieta Flores Salinas, Martha Alexandra Llamuca Cali, Diego Fabián Ochoa Crespo, Julio Hernán Ochoa Crespo, Lorena Patricia Padrón Alvarado, Recolección de datos, revisión bibliográfica y escritura del manuscrito; Diego Ochoa, Julio Ochoa: realizaron el análisis crítico del artículo.

María Antonieta Flores Médico Rural

Alexandra Llamuca Médico general

Diego Ochoa Médico rural

Julio Ochoa Médico General

Lorena Padrón Alvarado Estudiante de medicina UDA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Los autores cuentan con el consentimiento informado de los participantes en el estudio.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores no reportan conflicto de intereses.

COMO CITAR ESTE ARTÍCULO

Subdiagnóstico de anemia en pacientes pediátricos. *Cuenca-Ecuador, Rev. Médica Ateneo* 2018; 20 (2): 170- 178
Artículo acceso abierto, 2018.

Oftalmopatía de Graves, tratamiento del exoftalmos bilateral.

Juan J. Serrano C.¹, Edgar Serrano², Diego Palacios³.

RESUMEN

1 Odontólogo. Córpor Clínica, Cuenca - Ecuador.

2 Doctor en Medicina, Especialista en Cirugía de Cabeza y Cuello. Córpor Clínica, Cuenca - Ecuador.

3 Odontólogo, especialista en cirugía oral y maxilofacial. Córpor Clínica, Cuenca - Ecuador.

Correspondencia:

Nombre: Juan José Serrano Cisneros

Correo electrónico: juanj.serrano@me.com

Dirección: Córpor Clínica -

Cuenca, Ecuador

Código postal: 010107

Teléfono: (593) 7-409-0044

Fecha de recepción:

24-09-2018

Fecha de aceptación:

30-11-2018

Fecha de publicación:

28 diciembre 2018

Membrete bibliográfico

Oftalmopatía de Graves, tratamiento del exoftalmos bilateral. Cuenca-Ecuador. Rev. Médica Ateneo 2018; 20 (2): 179- 185.

Introducción. La enfermedad de Graves es un desorden autoinmune que estimula la tiroides. Su síntoma extratiroidal más frecuente e importante es la oftalmopatía de Graves, la cuál se presenta con retracción del párpado superior, proptosis, quemosis, edema periorbital, sensación molesta en el ojo, dolor o presión retrobulbar, motilidad ocular alterada, demora en el cierre palpebral.

Caso clínico. Paciente de 49 años de edad que acude a la clínica por problema de oftalmopatía de Graves con una evolución de 5 años. El tratamiento de elección es la descompresión orbitaria endoscópica.

Discusión. El procedimiento quirúrgico se realizó siguiendo las mismas guías de otros casos reportados, lo que resulta en una reducción de la proptosis entre 3,2 y 4,7 mm. La complicación postoperatorio más común es la diplopia; presente en 15 - 63% de los pacientes.

Conclusiones. La descompresión orbitaria quirúrgica es un tratamiento con excelentes resultados, aliviando la sensación de dolor y presión en el paciente, y resolviendo también sus problemas estéticos.

PALABRAS CLAVE: ENFERMEDAD DE GRAVES, OFTALMOPATÍA DE GRAVES, EXOFTALMOS, DESCOMPRESIÓN ORBITAL ENDOSCÓPICA.

ABSTRACT

Introduction. Graves Disease is an autoimmune disorder that stimulates the thyroid gland. It's most frequent and important symptom is Graves Ophthalmopathy, which is present with upper eye lid retraction, proptosis, chemosis, periorbital edema, bothersome sensation en the eyes, pain or pressure, altered ocular motility, delay in eye lid closure.

Case report. 49 year old patient comes to the clinic with a 5 year history of Graves ophthalmopathy. Endoscopic orbital decompression is the treatment of choice.

Discussion. The surgical procedure was performed following the same guidelines as other reported cases, which results in a reduction of 3.2 - 4.7 mm of eye proptosis. The most common postoperative complication is diplopia, present in 15 - 63% of patients.

Conclusions. Surgical orbital decompression is a treatment with excellent results, relieving the feeling of pressure and pain in the patient, and resolving their aesthetic problems.

KEY WORDS: GRAVES DISEASE, GRAVES OFTHALMOPATHY, EXOPHTHALMOS, ENDOSCOPIC ORBITAL DECOMPRESSION.

INTRODUCCIÓN

La enfermedad de Graves (EG) fue descrita por primera vez en 1835 por Robert Graves. Es un desorden autoinmune caracterizado por la producción de inmunoglobulinas tipo IgG, las cuales estimulan el receptor de la hormona que estimula la tiroides.¹ Estos anticuerpos estimulantes de la glándula tiroides causan hipersecreción tiroidea, así como también hiperplasia e hipertrofia de los folículos tiroideos.² La EG presenta una prevalencia del 0,5 - 2%, aproximadamente 3% de mujeres y 0,5% de hombres la presentan en su vida.³ La incidencia anual en mujeres es de 0,5 por 1000, con una edad de comienzo entre los 30 a 60 años. La relación mujer/hombre es de 8/1.^{1,3} Los síntomas generales de la EG incluyen palpitaciones, temblores, intolerancia al calor, pérdida de peso y ansiedad. Los síntomas físicos incluyen taquicardia, proptosis y agrandamiento tiroideo.^{3,4}

La orbitopatía de Graves (OG) representa el síntoma extratiroidal más frecuente e importante de la EG. Se presenta en 25 - 50% de los pacientes con EG, de los cuales 3 - 5% evolucionan a formas severas que afectan de forma significativa la calidad de vida del paciente.^{3,5,6} Esta condición se presenta de forma bilateral en 85 - 90% de casos.⁷ Clínicamente la OG se manifiesta con retracción del párpado superior, proptosis, quemosis, edema periorbital, sensación molesta en el ojo, dolor o presión retrobulbar, motilidad ocular alterada, demora en el cierre palpebral.^{1,8} Entre las manifestaciones clínicas de las condiciones severas de la OG se presenta la queratopatía por exposición, diplopia, y compresión del nervio óptico, lo que puede llevar a pérdida de visión.⁹ Un estudio evaluó la calidad de vida en pacientes con OG severa y demostró valores bajos en las categorías de funcionalidad física, funcionalidad social, salud mental, percepción de salud y dolor.¹⁰

La OG se caracteriza por edema e inflamación de los músculos extraoculares y un incremento en el tejido conectivo y grasa orbitario, lo cual incrementa el volumen intraorbitario.³ La patogénesis se relaciona a la activación de los linfocitos T (CD4+ en su mayoría) los cuales invaden la órbita y liberan citoquinas, usualmente como respuesta a la presencia de anticuerpos circulantes que se unen y estimulan al receptor de la hormona tiroidea. Estas citoquinas actúan de manera parácrina e inducen la activación de fibroblastos debido a un aumento en la producción de glu-

cosaminoglucanos en el tejido ocular.⁵ La acción hidrofílica de los glucosaminoglucanos causa el edema. La inflamación se debe a la infiltración de linfocitos y macrófagos en los músculos extraoculares y el tejido conectivo orbitario. Todo esto conlleva a un aumento del volumen en el tejido retrobulbar, el cual es el responsable de las manifestaciones clínicas de la oftalmopatía.²

CASO CLÍNICO

Paciente de 49 años de edad que acude a la clínica por problema de oftalmopatía de Graves con una evolución de 5 años. La paciente describe molestia, dolor, y sensación de presión en los ojos, así como también problemas estéticos; no presentaba afectación visual. Se planifica una descompresión orbitaria endoscópica para aliviar los síntomas de la paciente y mejorar su apariencia estética (Fig. 1,2).



Figura 1



Figura 2

La cirugía se realizó como está descrita en la bibliografía.^{11,12} Se realizaron inyecciones de lidocaína al 1% con epinefrina 1:100.000 en la pared nasal lateral. Mediante visualización endoscópica, se realiza la uncinectomía y la esfoetmoidectomía, llegando de esta forma a la pared medial de la órbita. La pared medial es delgada por lo que debe ser retirada con cuidado. Se utilizó una cureta y un sacabocados para la remoción ósea, exponiendo la fascia periorbital subyacente (Fig. 3). La remoción ósea continúa superiormente hacia el techo etmoidal, posteriormente hacia la cara del esfenoides, inferiormente hacia el piso orbitario y anteriormente hacia la línea maxilar. Una vez terminada la osteotomía, la periorbita se expone en su totalidad, mediante el uso de un bisturí realizamos un corte en la fascia permitiendo el prolapso de la grasa periorbitaria (Fig. 4).

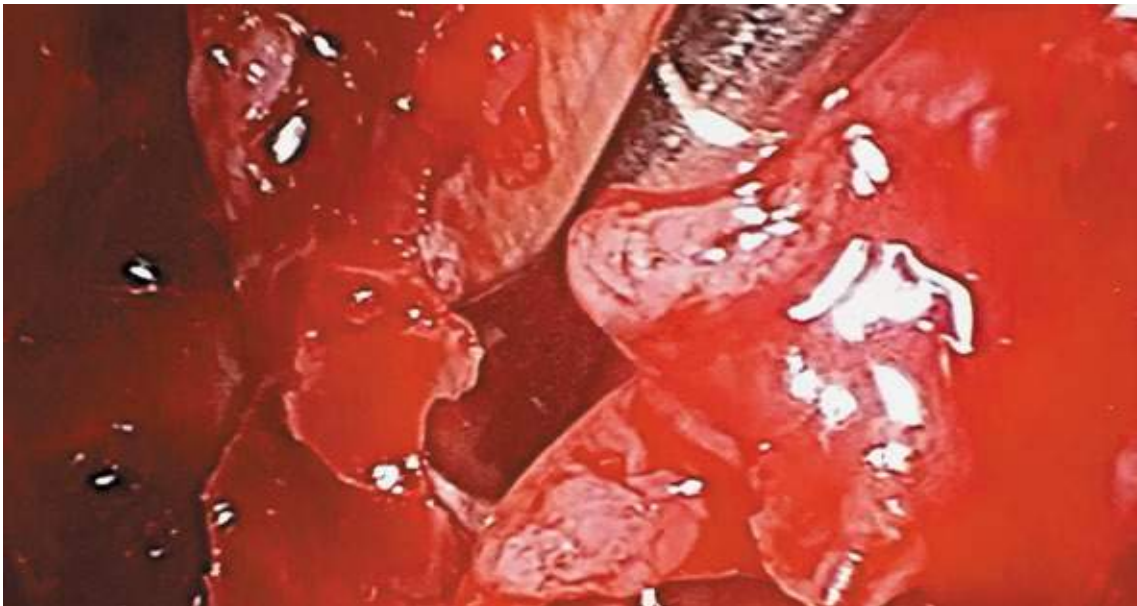


Figura 3

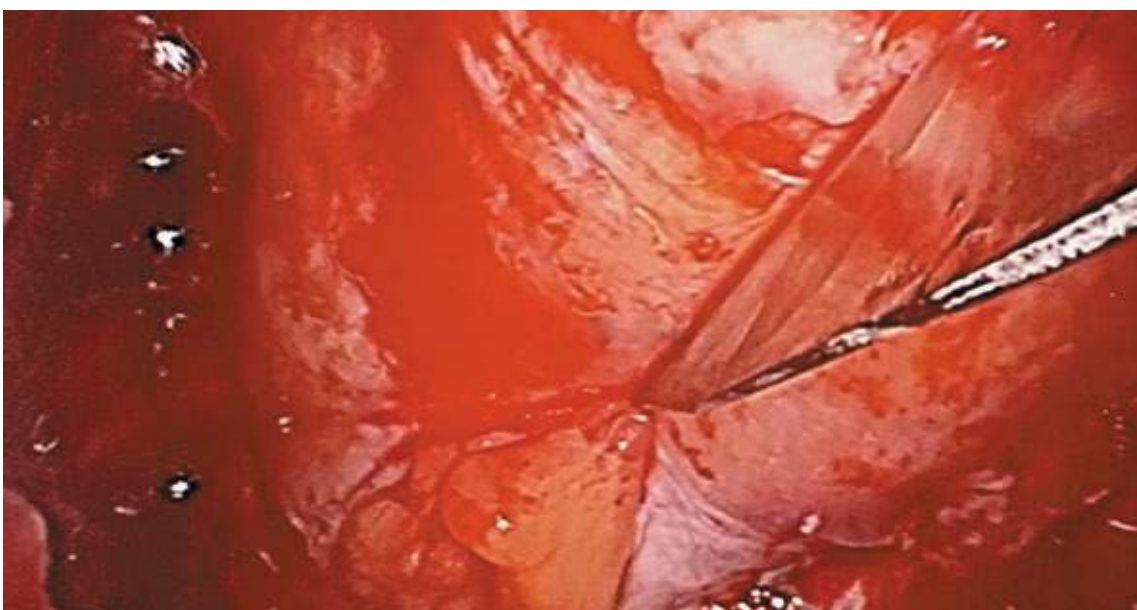


Figura 4

Los resultados fueron exitosos y la paciente se mostró satisfecha con los mismos (Fig. 5,6). Se le indicó los cuidados y problemas que pudiera presentar, como por ejemplo la aparición de diplopia hasta 6 meses posterior al procedimiento.



Figura 5



Figura 6

DISCUSIÓN

Entre los tratamientos no quirúrgicos para el manejo de esta enfermedad tenemos: corticoesteroides orales o intravenosos, radioterapia, bloqueantes beta-adrenérgicos, terapia con medicamentos antitiroideos.^{4,9,13,14} La terapia quirúrgica fue el tratamiento de elección debido a los síntomas que presentaba la paciente, así como su afección estética.

El procedimiento quirúrgico se realizó siguiendo las mismas guías de otros casos reportados, lo que resulta en una reducción de la proptosis entre 3,2 y 4,7 mm.^{11,12} La técnica utilizada presentó resultados deseados, pero una descompresión orbitaria que involucre la pared lateral, permite una reducción adicional de 2,4 mm de la proptosis.^{3,12}

La paciente fue informada sobre los cuidados postoperatorios a tener, así como también sobre los problemas que pudieran presentarse. El más común entre ellos es la diplopia (presente en 15 - 63% de los pacientes), la cuál puede tomar varias semanas en desaparecer.^{3,11} Las complicaciones sinusales tiene una prevalencia baja de 5,8%, demostrado en el trabajo de Antisdell et al., donde encontraron hemorragia postoperatoria (1,2%), adhesiones nasales que requieran tratamiento (1,2%) y sinusitis postoperatoria (3,5%).¹⁵

CONCLUSIONES

La descompresión orbitaria quirúrgica es un tratamiento con excelentes resultados, aliviando la sensación de dolor y presión en el paciente. El uso del endoscopio para el procedimiento permite una excelente visualización de ápice orbitario, canal óptico y base de cráneo sin la necesidad de incisiones faciales o intraorales.

BIBLIOGRAFÍA

1. Young, P., Finn, B. C., & Bruetman, J. E. La enfermedad de Graves, signos y síntomas. *Anales de Medicina Interna*. 2007; 24 No 10, 505-508.
2. Weetman, A. Graves' Disease. *New England Journal Of Medicine*. 2000; 343 No 17, 1236-1248.
3. Spalthoff, S., Jehn, P., Zimmerer, R., Rana, M., Gellrich, N., & Dittmann, J. Modified lateral orbital wall decompression in Graves' orbitopathy using computer-assisted planning. *International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*. 2018; 47 No 2, 167-174.
4. Burch, H. B., & Cooper, D. S. Management of Graves Disease. *JAMA*. 2015; 314 No 23, 2544.
5. San Miguel, I., Arenas, M., Carmona, R., Rutllan, J., Medina-Rivero, F., & Lara, P. Review of the treatment of Graves' ophthalmopathy: The role of the new radiation techniques. *Saudi Journal of Ophthalmology*. 2018; 32 No 2, 139-145.
6. Lin, T. Y., Li, N., Yeh, M. W., Leung, A. M., & Rootman, D. B. Prognostic indicators for the development of strabismus among patients with graves' ophthalmopathy. *Journal of Clinical & Translational Endocrinology*. 2017; 9, 38-40.
7. Clauser, L. C., Galiè, M., Tieghi, R., & Carinci, F. Endocrine orbitopathy: 11 years retrospective study and review of 102 patients & 196 orbits. *Journal of Cranio-Maxillofacial Surgery*. 2012; 40 No 2, 134-141.
8. Lee, J. K. S., Hsieh, C., Wei, Y., & Liao, S. The impact of orbital bony or fat decompression on the outcome of strabismus surgery in patients with Graves' ophthalmopathy. *Journal of the Formosan Medical Association*. 2018; (en prensa).
9. Stiebel-Kalish, H., Robenshtok, E., Hasanreisoglu, M., Ezrachi, D., Shimon, I., & Leibovici, L. Treatment Modalities for Graves' Ophthalmopathy: Systematic Review and Metaanalysis. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*. 2009; 94 No 8, 2708-2716.

10. Gerding, M., Terwee, C., Dekker, F., Koornneef, L., Prummel, M., & Wiersinga, W. Quality of Life in Patients with Graves' Ophthalmopathy is Markedly Decreased: Measurement by the Medical Outcomes Study Instrument. *Thyroid*. 1997; 7 No 6, 885–889.
11. Ting, J. Y., & Sindwani, R. Endoscopic orbital decompression. *Operative Techniques in Otolaryngology-Head and Neck Surgery*. 2014; 25 No 2, 213–217.
12. Metson, R., Dallow, R. L., & Shore, J. W. Endoscopic Orbital Decompression. *The Laryngoscope*. 1994; 104 No 8, 950–957.
13. Wakelkamp, I. M. M. J., Baldeschi, L., Saeed, P., Mourits, M. P., Prummel, M. F., & Wiersinga, W. M. Surgical or medical decompression as a first-line treatment of optic neuropathy in Graves' ophthalmopathy? A randomized controlled trial. *Clinical Endocrinology*. 2005; 63 No 3, 323–328.
14. Marcocci, C., & Marinò, M. Treatment of mild, moderate-to-severe and very severe Graves' orbitopathy. *Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism*. 2012; 26 No 3, 325–337.
15. Antisdell, J. L., Gumber, D., Holmes, J., & Sindwani, R. Management of sinonasal complications after endoscopic orbital decompression for Graves' orbitopathy. *The Laryngoscope*. 2013; 123 No 9, 2094–2098.

CONTRIBUCIÓN DE LOS AUTORES

Serrano C. Juan José, Clavijo J. Cristina: Recolección de datos, revisión bibliográfica y escritura del manuscrito; Pineda A. David: realizó el análisis crítico del artículo.

INFORMACION DE LOS AUTORES

Serrano C. Juan José, Odontólogo. Clínica Corpore

Clavijo J. Cristina, Odontólogo. Clínica Corpore

Pineda A. David, Cirujano Maxilofacial en Clínica Latinoamericana, Profesor Facultad de Odontología Universidad de Cuenca.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Los autores cuentan con el consentimiento informado respectivo.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores no reportan conflicto de intereses.

AGRADECIMIENTO

Al Dr. Fausto Arízaga por su ayuda con la muestra de radiografías usadas en el estudio.

COMO CITAR ESTE ARTÍCULO

Oftalmopatía de Graves, tratamiento del exoftalmos bilateral. *Cuenca-Ecuador. Rev. Médica Ateneo* 2018; 20 (2): 179-185 Artículo acceso abierto, 2018.

RINITIS ALÉRGICA EN LA MEDICINA CHINA

David Achig Balarezo.¹

1. Facultad de Ciencias Médicas,
Universidad de Cuenca

Correspondencia:

Nombre: David Achig Balarezo.

Correo electrónico:

david.achig@ucuenca.edu.ec

Dirección: Avenida 12 de Abril y Avenida
de El Paraíso s/n

Código postal: 010102

Teléfono: (07) 405 1000 Ext 3136

Fecha de recepción:

10-11-2018

Fecha de aceptación:

10-12-2018

Fecha de publicación:

28-12-2018

Membrete bibliográfico

Achig-Balarezo D. Rinitis Alérgica en la
Medicina China. La. Rev. Med Ateneo
2018; 20 (2): 186 - 197

RESUMEN

La rinitis alérgica (RA) es una enfermedad respiratoria crónica que aumenta en frecuencia, la acupuntura es una opción de tratamiento; se revisa la propuesta de la Medicina China para su tratamiento a partir de sus paradigmas y principios, se presentan apuntes históricos de la RA en la Medicina China, elementos de la etiopatogenia, los síndromes relacionados con la RA con afección de los elementos metal, tierra, agua; entre los tratamientos se discuten la terapia herbolaria, la acupuntura con una descripción de sus puntos principales y complementarios, así como otras terapias tradicionales de la Medicina China.

Palabras clave: rinitis alérgica, medicina china, acupuntura.

ABSTRACT

Allergic rhinitis (AR) is a chronic respiratory disease that increases frequency, acupuncture is a treatment option; the proposal of this paper is present Traditional Chinese Medicine and Acupuncture for treatment. They considered philosophical paradigms and principles like historical chronic, elements of the etiopathogeny, the syndromes related to the RA with affection of the elements: metal, earth, water; treatment with herbal therapy, acupuncture with a description of principal and complementary points; and other traditional therapies of Chinese Medicine

Key words: allergic rhinitis, Traditional Chinese Medicine, acupuncture.

Introducción

La rinitis alérgica (AR) es una enfermedad respiratoria crónica caracterizada por inflamación de la mucosa nasal inducida por una respuesta inmunológica mediada por inmunoglobulinas, clínicamente se manifiesta por: estornudos, rinorrea, congestión y prurito nasal (1, 2,3).

ARIA1 define a la rinitis alérgica como un trastorno sintomático de la nariz producido por la exposición a alérgenos y un proceso inflamatorio mediado por IgE de la mucosa nasal (4).

La RA incrementa su frecuencia de manera global, siendo responsable de aproximadamente el 3% de visitas médicas, además del impacto económico y laboral, afectando sensiblemente la calidad de vida de las personas (3). Dicha tendencia ha sido atribuida a factores relacionados con el estilo de vida, cambios dietéticos, mayor permanencia en espacios cerrados y la exposición a ciertos alérgenos como: ácaros, hongos, polen, polvo, entre otros (2-5). Se estima que la RA afecta a más de 500 millones de personas con una prevalencia mundial que oscila entre un 10% al 40% (6-9). En cuanto a áreas geográficas, Europa reporta una cifra general de alrededor del 22.7%, en Alemania el 20.6% de pacientes presentan dicha enfermedad, se calcula que el tratamiento de la RA bordea los 1.500 millones de euros en costos directos y al menos 1.000 millones en proyectos de investigación clínica y farmacológica, enfocadas en el desarrollo de nuevas y mejoradas preparaciones de inmunoterapia específica contra alérgenos estacionales (7,8). En Asia, la población con RA alcanza el 27% en Corea del Sur y el 32% en los Emiratos Árabes Unidos (10).

El tratamiento que combina la medicina complementaria y alternativa (CAM) mejora la eficacia clínica y reduce la incidencia de reacciones adversas (11). La acupuntura herramienta de la Medicina China considera que el Qi (energía) circula de manera ordenada por el organismo en canales energéticos en donde es factible colocar agujas de acupuntura para armonizar y equilibrar los puntos de energía y el organismo en su totalidad; de esta manera se pueden tratar síntomas y enfermedades (12). La ciencia médica investiga los efectos de la acupuntura en el orden antiinflamatorio para prevenir el control de los síntomas de la AR postulando la activación de vías de redes inmunes y neuroendocrinas (13). Estudios recientes en los campos de la neurociencia y la inmunología sugieren un efecto de los reflejos neurales en la regulación del sistema inmunitario, especialmente en vías que afectan al nervio vago y los macrófagos (12,14,15).

Apuntes históricos de la RA en la Medicina China

La Medicina China fiel a sus paradigmas y principios considera el proceso salud-enfermedad como un balance o armonía del Qi (energía), además postula que el cuerpo y la mente son una unidad y no se pueden separar, por tanto es imprescindible conocer el Qi y sus movimientos, así como considerar a la persona como un todo (16).

No obstante se debe iniciar un estudio desde lo particular, en esta perspectiva los trastornos que obstruyen la nariz se conocen clásicamente como "biqu" 《鼻齁》 referida en los textos clásicos de Medicina China como de presentación súbita y repetitiva de prurito, estornudo, rinorrea y obstrucción nasal, así lo manifiesta el Canon de la Medicina Interna del Emperador Ama-

1 La ARIA es una organización no gubernamental (ONG) que trabaja en colaboración con la Organización Mundial de la Salud (OMS). Sus siglas provienen del inglés: "Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma", su objetivo principal es la educación y la implementación de su manejo basado en la evidencia mediante la divulgación de la información sobre rinitis alérgica y su interrelación con el asma. Organización Mundial de Alergia/Asociación Internacional de Alergología e Inmunología Clínica (WAO/IAACI).

rillo (huangdineijing) 《黄帝内经》 en el Libro de Preguntas Sencillas (suwen.maijie) 《素问·脉解》 en el capítulo sobre canales y colaterales: “cuando se afecta los colaterales² (sunluo 孙络) del meridiano taiyin en la parte del superior del cuerpo se presenta cefalea, biqui y distensión abdominal” (17,18).

En el primer acápite sobre etiopatogenia el mismo Suwen (suwenxianjiyuanbingshi.juanyi) 《素问·玄机原病式·卷一》 manifiesta: “cuando un paciente presenta biqui 《鼻鼾》 tiene también rinorrea clara” (17,18)

Generalmente debida a un ataque de patógenos de frío (shangfengbise) 《伤风鼻塞》 que afecta los elementos, como lo reseña el Lingshu: (linshu.kouwen “yangqiheli,manyuxin,chuyubi, guweiti”) 《灵枢口问,阳气和利,满于心,出于鼻,故为嚏》 “el estornudo se produce como una expresión del balance del Yangqi que influye sobre el corazón” (18), hay que recordar que el corazón es el órgano del elemento fuego.

Etiopatogenia

Entre los mecanismos etiopatológicos, en la rinitis se produce insuficiencia de los órganos y vísceras (zangfu), del Qi, con pérdida del “couli” 《腠理》³ por deficiencia en la función del Qi defensivo debido a la fuerza del viento y frío patógenos que invaden al organismo, el frío patógeno afecta la piel y los vellos; luego altera el balance del yangqi por eso aparece el estornudo.

En los textos antiguos se describe la patogenia en las siguientes circunstancias:

Aumento del fuego y calor (huorezhibing) 《火热致病》

Presencia de patógenos externos (hanxiezhibing) 《寒邪致病》

Patógenos de frío en el pulmón (hanxiezaifei) 《寒邪在肺》

Patógenos de frío en el cerebro (hanxiezainao) 《寒邪在脑》

Insuficiencia en el pulmón por frío (hanzangxuhan) 《肺脏虚寒》

Patógenos de frío en el meridiano del pulmón (feijinghanxie) 《肺经寒邪》

Frío externo que se convierte en calor interno (waihanshuneire) 《外寒束内热》

Insuficiencia de riñón (shenxu) 《肾虚》 (19)

Los mecanismos patológicos se direccionan por:

Insuficiencia del YangQi (yangqikuixu) 《阳气亏虚》

Exceso de calor (yurezhibing) 《郁热致病》

² En este caso se refiere a los colaterales más pequeños nominados como “luomai” 《络脉》, que as su vez se clasifican en tres grupos:

15 colaterales, “shiwubieluo” 《十五别络》,

Colaterales superficiales, “fuluo” 《浮络》,

Colaterales finos, “sunluo” 《孙络》.

³ Para la Medicina China “couli” 《腠理》 es el espacio presente entre la piel y el tejido muscular subyacente.

Ataque e invasión de patógenos externos de frío y viento (fenghanwaqin) 《风寒外侵》 que enfrían y detienen la circulación de líquidos y fluidos (jinyeneiting) 《津液内停》 se produce insuficiencia del Qi del pulmón por frío (feiqixuhan) 《肺气虚寒》 que a su vez provocan insuficiencia del YangQi (yangqikuixu) 《阳气亏虚》 (19).

Ramas-raíz

De acuerdo a uno de los principios básicos de la Medicina China de ramas (o tronco en algunos textos) raíz, se debe tratar en primer lugar la raíz es decir las causas primarias de las enfermedades y luego las manifestaciones o ramas; su interpretación en el caso de la rinitis es la siguientes:

La raíz es la insuficiencia del YangQi (yangqikuixu) 《阳气亏虚》.

Las ramas o tronco son el ataque e invasión de patógenos externos de frío y viento (fenghanwaqin) 《风寒外侵》 que enfrían y detienen la circulación de líquidos y fluidos (jinyeneiting) 《津液内停》 se produce insuficiencia del Qi del pulmón por frío (feiqixuhan) 《肺气虚寒》 (19).

En la actualidad se relacionan elementos etiopatogénicos en cuatro condiciones:

Insuficiencia del Qi del pulmón (feiqixuruo) 《肺气虚弱》

Insuficiencia del Qi del bazo y el pulmón (feiqixu) 《肺脾气虚》

Insuficiencia del Yang del riñón (shenyangkuixu) 《肾阳亏虚》

Exceso de calor en el meridiano del pulmón (feijingfure) 《肺经伏热》 (20, 21,22)

Síndromes, análisis, principios de tratamiento, terapia herbolaria

1. Insuficiencia del Qi del pulmón (feiqixuruo) 《肺气虚弱》 o Viento y frío que invaden al pulmón (fenghanfanfeizheng) 《风寒犯肺证》

Síntomas principales: obstrucción nasal persistente que empeora con el frío y se alivia con el calor, secreción nasal blanquecina, aversión al frío, sudoración, respiraciones cortas, voz baja, fiebre, lengua rosada con saburra blanca y fina, pulso flotante.

Análisis: los patógenos externos de viento y frío penetran en el organismo venciendo la resistencia del weiQi, se produce insuficiencia en la capacidad del pulmón de absorber los líquidos corporales, aumenta los líquidos sobre todo en la cavidad nasal por eso se presenta la rinorrea, el frío hace que la mucosa se vuelva azul pálido y se edematice, todo esto provoca obstrucción nasal; la insuficiencia del pulmón hace que disminuya la capacidad dispersante y descendente del pulmón que el paciente percibe como respiraciones cortas y voz baja; la falta de control de líquidos hace que aparezca la sudoración, el aumento del frío produce estornudo, la cara es pálido azulada, lengua rosada con saburra blanca y fina, pulso flotante.

Principios de tratamiento: dispersar el viento y el frío; calentar y tonificar el pulmón (wanbufeizang,qusanfenghan) 《温补肺脏,祛散风寒》.

Terapia herbolaria:

Fórmula jingfangbaidu (jingfangbaidusan) 《荆防败毒散》 compuesta por las siguientes plantas medicinales: jingjie 《荆芥》 (Herba Schizonepetae), fangfeng 《防风》 (Radix Ledeb-

bourellae), baizhi 《白芷》 (Radix Angelicae Dahuricae), xinyi 《辛夷》 (Flos Magnoliae), cang'erzi 《苍耳子》 (Fructus Xanthii), chuanxiong 《川芎》 (Rhizoma Ligustici Chuangxiong), gancao 《甘草》 (Radix Glycyrrhizae).

Modificación:

En caso de aversión al frío con sudoración, se añade Efedra 《麻黄》 (Herba Ephedrae) en caso de dolor de cabeza manjingzi 《蔓荆子》 (Fructus Viticis), en caso de tos con esputo xingren 《杏仁》 (Semen Armeniacae Amarum) y qianhu 《前胡》 (Radix Peucedani) (19,20).

2. Insuficiencia del Qi del bazo y el pulmón (feipiqixu) 《肺脾气虚》 o Insuficiencia de Qi del bazo (piqixuruo) 《脾气虚弱》

El Qi del bazo está débil e insuficiente, en estas condiciones no puede nutrir a los orificios y sus aberturas como la nariz; los patógenos externos penetran al interior, invaden y se quedan en la cavidad nasal provocando "biqiu".

Síntomas principales: obstrucción nasal, prurito, rinorrea, estornudo, fascies pálido amarillenta, heces delgadas, distensión abdominal, cansancio en miembros inferiores, lengua pálida y gruesa con impresiones dentales en los bordes, saburra blanca y en poca cantidad, pulso débil.

Análisis: la insuficiencia de Qi del bazo afecta su función de transporte, distribución, no se nutren adecuadamente los orificios y sobre todo el orificio nasal, el viento frío aumenta la insuficiencia de Qi defensivo penetran en el organismo por la nariz produciendo prurito nasal, estornudo; continua la insuficiencia del Qi del bazo y se dificulta el control del líquidos por lo que aparece la rinorrea y con ésta la obstrucción nasal, se afecta la función de transporte apareciendo distensión abdominal, heces delgadas, además de cansancio en miembros inferiores, en la lengua se visualizan como lengua pálida y gruesa con impresiones dentales en los bordes, la saburra es blanca y en poca cantidad y el pulso débil.

Principios de tratamiento: tonificar el Qi del bazo, abrir el orificio nasal (qiqijianpi, shengyang-tongqiao) 《益气健脾, 升阳通窍》, transformar la humedad (shengqinghuashi) 《健脾益气, 升清化湿》.

Terapia herbolaria: se emplea la fórmula "buzhongyitang" 《补中益汤》 con: renshen 《人参》 (Radix Ginseng), huangqi 《黄芪》 (Radix Astragali), baizhu 《白术》 (Rhizoma Atractylodis Macrocephalae), gancao 《甘草》 (Radix Glycyrrhizae), para tonificar el bazo chenpi 《陈皮》 (Pericarpium Citri Reticulatae), para nutrir la sangre danggui 《当归》 (Radix Angelicae Sinensis), para tonificar el Yang: shengma 《升麻》 (Rhizoma Cimicifugae), chaihu 《柴胡》 (Radix Bupleuri), como complementarias shanyao 《山药》 (Rhizoma Dioscoreae), ganjiang 《干姜》 (Rhizoma Zingiberis), fangfeng 《防风》 (Radix Saposhnikoviae), guizhi 《桂枝》 (Ramulus Cinnamomi) (19,20).

3. Insuficiencia del Yang del riñón (shenyangkuixu) 《肾阳亏虚》 o Insuficiencia del Yang del riñón (shenyangshiwei) 《肾阳式微》 (shenyangbuzu) 《肾阳不足》

Síntomas principales: estornudo, obstrucción nasal, aversión al frío, acompañadas de dolor lumbar tipo agujetas, extremidades frías, heces viscosas y blandas, polaquiuria, orina clara, lengua rosada con saburra blanca, pulso profundo, lento, fino o débil.

Análisis: la insuficiencia de Yang del riñón, los patógenos externos de frío penetran con facilidad afectando la piel y orificios, como el orificio nasal afectando la nariz provocando estornudo, prurito nasal; se pierde la capacidad de control de líquidos por eso aparece la rinorrea y luego la obstrucción nasal, la insuficiencia de Yang del riñón hace que disminuya el calor del cuerpo, el paciente siente aversión al frío, dolor lumbar tipo agujetas, extremidades frías, heces viscosas y blandas, polquiuria, orina clara, la lengua es rosada y el pulso es lento, fino o débil.

Principios de tratamiento: tonificar el riñón, calentar el Yang (bushenwenyang) 《补肾温阳》.

Terapia: se utiliza la formula "guifubaweidihuangtang" 《桂附八味地黄汤》 que contiene: zhifuzi 《制附子》 (Radix Aconiti Lateralis), rougui 《肉桂》 (Cortex Cinnamomi), shudi 《熟地》 (Radix Rehmanniae), shanyao 《山药》 (Rhizoma Dioscoreae), shanyurou 《山萸肉》 (Fructus Corni), además de xianmao 《仙茅》 (Rhizoma Curculiginis), xianlingpi 《仙灵脾》 (Herba Epimedii), hezirou 《诃子肉》 (Cortex Fructus Chebulae), mudanpi 《牡丹皮》 (Cortex Moutan), zexie 《泽泻》 (Rhizoma Alismatis), fuling 《茯苓》 (Poria) ayudan a mejorar las diuresis, son llamadas las tres xie, son diuréticas y tonificantes. Guizhi 《桂枝》 (Ramulus Cinnamomi) y zhifuzi 《制附子》 (Radix Aconiti Lateralis), calientan el riñón y tonifican el Yang del riñón.

Actualmente se recomienda las siguientes preparado: wumei 《乌梅》 (Fructus Mume), fangfeng 《防风》 (Radix Ledebourellae), chaihu 《柴胡》 (Radix Bupleuri), wuweizi 《五味子》 (Fructus Schisandrae), gancao 《甘草》 (Radix Glycyrrhizae), se puede adicionar miel de abeja (fenmi) 《蜂蜜》 (19,20).

4. Exceso de calor en el meridiano del pulmón (feijingfure) 《肺经伏热》 o Viento y calor que atacan al pulmón (fengrefanfeizheng) 《风热犯肺证》

Síntomas principales: tos con expectoración purulenta, rinorrea y obstrucción nasal, fiebre, ligera aversión al viento, boca y garganta secas, odinofagia, lengua roja con saburra amarillenta, pulso rápido y flotante.

Análisis: la invasión de patógenos externos al pulmón afecta la función de dispersión y descenso, produciéndose tos, obstrucción nasal y rinorrea. El viento y el calor son patógenos de tipo Yang que convierten los fluidos en esputo purulento y empeoran la obstrucción nasal. La lucha entre patógenos externos y Qi defensivo se exterioriza en fiebre; la estasis del Qi provoca aversión al viento. Un síndrome de calor seca los fluidos, por eso la boca y la garganta aparecen secas; la garganta es la puerta del pulmón, la invasión de patógenos de viento y calor producen, además, odinofagia. La lengua roja indica patología de calor, la saburra amarilla es señal de calor interior; el pulso rápido y flotante aparece en síndromes de viento y calor.

Principios de tratamiento: dispersar el viento, aclarar el pulmón, aclarar el calor y remover la obstrucción de las cavidades (qingyiqi,shuqitongqiao) 《清谊肺气·疏气通窍》.

Terapia herbolaria:

Fórmula cang'erzi (cang'erzisan) 《苍耳子散》 compuesta por: cang'erzi 《苍耳子》 (Fructus Xanthii), xinyi 《辛夷》 (Flos Magnoliae), baizhi 《白芷》 (Radix Angelicae Dahuricae), fangfeng 《防风》 (Radix Ledebourellae), bohe 《薄荷》 (Herba Menthae), juhua 《菊花》 (Flos Chrysanthemi), jinyinhua 《金银花》 (Flos Lonicerae), huangqin 《黄芩》 (Radix Scutellariae), madouling 《马兜铃》 (Fructus Aristolochiae), gancao 《甘草》 (Radix Glycyrrhizae).

Modificación:

En caso de aversión rinorrea profusa color amarillo, se añade yuxingcao 《鱼腥草》 (Herba Houttuyniae) y daqingye 《大青叶》 (Folium Isatidis), en caso de dolor de cabeza chuanxiong 《川芎》 (Rhizoma Ligustici Chuangxiong), en caso de tos con esputo chuanbeifen 《川贝粉》 (Bulbos Fritillariae Cirrhosae) y tianzhuhuang 《天竺黄》 (Concertio Silicea Bambusae) (19,20).

Tratamiento con Acupuntura

Varias y respetables experiencias teóricas y clínicas se han desarrollado para el tratamiento de la rinitis alérgica; ponemos a consideración un compendio de puntos principales y complementarios, que deberán emplearse de acuerdo a las características de cada paciente:

Puntos principales: P20 yingxiang 《迎香》, extrapunto de la cara (Ex-CC3) yintang 《印堂》, extrapunto de la cara (Ex-CC8) shangyingxiang 《上迎香》, extrapunto de la cara (Ex-CC40) esfenopalatino (die'eshenjingjie) 《蝶腭神经节》, IG4 hegu 《合谷》.

Puntos complementarios: VB20 fengchi 《风池》, Du16 fengfu 《风府》, IG19 heliao 《禾膠》, V13 feishu 《肺俞》, V20 pishu 《脾俞》, V23 shenshu 《肾俞》, B6 sanyinjiao 《三阴交》, E36 zusanli 《足三里》 (20,23,24).

Técnica: en cada sesión los puntos principales más uno o dos complementarios, durante veinte minutos, una vez al día. Un régimen terapéutico inicial consta de diez sesiones.

Acupuntura según análisis sindrómico

Según el análisis clínico de los síndromes acordes a las consideraciones de la Medicina China, se pueden utilizar las siguientes recetas:

Insuficiencia del Qi del pulmón (feiqixuruo) 《肺气虚弱》

Puntos principales: VB20 fengchi 《风池》, IG20 yingxiang 《迎香》, extrapunto de la cara (Ex-CC3) yintang 《印堂》, V13 feishu 《肺俞》, P9 taiyuan 《太渊》.

Puntos complementarios: en caso de vértigo y náusea por frío añadir: V12 fengmen 《风门》, Du16 fengfu 《风府》; en caso de obstrucción nasal severa: Du23 shangxing 《上星》, V7 tongtian 《通天》 (20,21,22).

Insuficiencia del Qi del bazo y el pulmón (feiqiqixu) 《肺脾气虚》

Puntos principales: IG20 yingxiang 《迎香》, extrapunto de la cara (Ex-CC3) yintang 《印堂》, IG4 hegu 《合谷》, E36 zusanli 《足三里》, V20 pishu 《脾俞》.

Puntos complementarios: en caso de rinorrea incesante, añadir: B9 yinlingquan 《阴陵泉》, B1 yinbai 《隐白》 (20,21,22,25).

Insuficiencia del Yang del riñón (shenyangkuixu) 《肾阳亏虚》

Puntos principales: IG20 yingxiang 《迎香》, extrapunto de la cara (Ex-CC3) yintang 《印堂》, E36 zusanli 《足三里》, Du4 mingmen 《命门》, V23 shenshu 《肾俞》 (20,21,22).

Puntos complementarios: en insuficiencia de Yang: Ren4 guanyuan 《关元》, Ren8 shenque 《神阙》; en insuficiencia de Yin: R3 taixi 《太溪》, B6 sanyinjiao 《三阴交》 (20,21,22).

Exceso de calor en el meridiano del pulmón (feijingfure) 《肺经伏热》

Puntos principales: IG20 yingxiang 《迎香》, extrapunto de la cara (Ex-CC3) yintang 《印堂》, VB20 fengchi 《风池》, IG4 hegu 《合谷》, Du14 dazhui 《大椎》, P10 《鱼际》.

Puntos complementarios: en caso de dolor de cabeza añadir extrapunto de la cara (Ex-CC5) taiyang 《太阳》; en caso de hipertermia P5 chize 《尺泽》 (20,21,22).

Selección de puntos

Extrapunto de la cara (Ex-CC3) yintang 《印堂》

Localización: en medio de los extremos internos de las cejas.

Indicaciones: dolor de cabeza, mareos, epistaxis, rinorrea, convulsión infantil, mareos post-parto debido a la pérdida de sangre, insomnio.

Técnica: se inserta la aguja perpendicular u oblicua con dirección posterior 0,3 a 0,5 cun. La moxibustión está indicada con 3 a 5 conos durante 5 a 10 minutos (19,28)

Extrapunto de la cara (Ex-CC40) die'eshenjingjie 《蝶腭神经节》 esfenopalatino

Localización: con la boca abierta en la depresión que queda entre la articulación temporo-mandibular y el borde inferior del hueso cigomático.

Principios de tratamiento: punto local que abre el orificio nasal.

Indicaciones: obstrucción nasal.

Técnica: inserción perpendicular u oblicua con dirección posterior (19,27,28)

Extrapunto de la cara (Ex-CC8) shangyingxiang 《上迎香》

Localización: a ambos lados de la nariz aproximadamente a medio cun sobre la punta de la nariz.

Principios de tratamiento: apertura de orificios.

Indicaciones: obstrucción nasal.

Técnica: inserción oblicua hacia arriba (19)

IG20 yingxiang 《迎香》

Localización: surco nasolabial a nivel del punto medio del borde externo de las alas de la nariz.

Principios de tratamiento:

Local: apertura de orificios.

Propios del punto: drena el viento y aclara el calor.

Indicaciones: epistaxis, obstrucción nasal, rinorrea, edema y prurito de la cara. Parálisis facial.

Técnica: inserción oblicua con la punta dirigida hacia abajo 0,3 cun (19,26,28).

IG4 hegu 《合谷》 Punto Yuan (Primario) del Canal de Intestino Grueso.

Localización: entre el primer y segundo metacarpiano a nivel de la mitad del segundo metacarpiano en su borde radial.

Principios de tratamiento:

Regula el Qi defensivo y ajusta la función de la piel, útil en la diaforesis.

Drena el viento.

Abre los orificios.

Induce labor de parto.

Tonifica el Yang.

Indicaciones: dolor de cabeza, enrojecimiento, hinchazón y dolor del ojo, enfermedades nasales, sordera, dolor dental, trismus, desviación de la boca y del ojo, dolor de garganta, enfermedades de viento externo con escalofrío, paperas, dolor abdominal, constipación, disenteria, distocia, amenorrea.

Técnica: se inserta la aguja perpendicularmente 0,5 a 0,8 cun (19,28).

Otros tratamientos

Tratamientos tópicos

Gotas nasales de yerbas tradicionales (ji dibi) 《剂滴鼻》

Fragancias "xiu" 《嗅》: dispersados en aerosoles, baizhi 《白芷》, chuanxiong 《川芎》, xixin 《细辛》, xinyi 《辛夷》.

Gasas envueltas en preparados tradicionales: como el ungüento de xixin 《细辛》.

Moxibustión: puntos principales: E36 zusanli 《足三里》, Du4 mingmen 《命门》, Ren6 qihai 《气海》, B6 sanyinjiao 《三阴交》, R1 yongquan 《涌泉》, Du23 shangxing 《上星》, en cada vez se seleccionan 2 o 3, aplicación de la moxa de 20 minutos, 10 sesiones constituyen un tratamiento.

Auriculopuntura: puntos principales: shenmen 《神门》, endócrino (neifenmi) 《内分泌》, neibi 《内鼻》, fei 《肺》, pi 《脾》, shen 《肾》, aplicación bilateral diariamente durante 10 días (20)

Inyección acupuntural: en los siguientes puntos: P20 yingxiang 《迎香》, IG4 hegu 《合谷》, VB20 fengchi 《风池》, con soluciones de yerbas chinas como danggui 《当归》 (Radix Angelica Sinensis), danshen 《丹参》 (Radix Salviae Miltiorrhizae) o vitamina B1, calcio, placenta, cada vez 1 solo punto bilateral, de 0,5 a 1ml tres veces al día, durante 10 días (20)

Parches de medicina china "Futie": en PC6 neiguan 《内关》 y extrapunto de la cara (Ex-CC3) yintang 《印堂》 se colocan parches con cantárida china (banmao) 《斑蝥》 de 12 a 24 horas (19).

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Mi J, Chen X, Lin X, Guo J, Chen H, Wei L, et al. Treatment of persistent allergic rhinitis via acupuncture at the sphenopalatine acupoint: a randomized controlled trial. *Trials*. 11 de enero de 2018;19(1):28.
2. Mancilla-Hernández E, González-Solórzano EVM, Medina-Ávalos MA, Barnica-Alvarado RH. Prevalencia de rinitis alérgica y de sus síntomas en la población escolar de Cuernavaca, Morelos, México. *Preval Allerg Rhinitis Its Symptoms Sch Child Popul Cuernavaca Morelos Mex*. julio de 2017;64(3):243-9.
3. Varona Pérez P, Fabrè Ortiz DE, Venero Fernández S, Suárez Medina R, Molina Esquivel E, Romero Placeres M. Rinitis alérgica, prevalencia y factores de riesgo en adolescentes cubanos. *Allerg Rhinitis Preval Risk Factors Cuban Adolesc*. septiembre de 2014;52(3):330-45.
4. ARIA, At-A-Glance Pocket Reference 2007, based on the allergic rhinitis and its impact workshop report, in collaboration with the World Health Organization, GA2LEN, and AllerGen. Available from: www.whiar.org.
5. Narváez-Gómez EI. Prevalencia de sensibilización a aeroalérgenos en pacientes con rinitis alérgica en el sur de Bolivia. *Preval Sensitization Airborne Allerg Patients Allerg Rhinitis South Bolív*. mayo de 2016;25(2):49-54.
6. Baumann LM, Romero KM, Robinson CL, Hansel NN, Gilman RH, Hamilton RG, et al. Prevalence and risk factors for allergic rhinitis in two resource-limited settings in Peru with disparate degrees of urbanization. *Clin Exp Allergy J Br Soc Allergy Clin Immunol*. enero de 2015;45(1):192-9.
7. Chen Q, Zhang Q, Jiang L, Li X, Liu Y, Xie Y, et al. Effectiveness of strengthened stimulation during acupuncture for the treatment of allergic rhinitis: study protocol for a randomized controlled trial. 2014. *Revista Trials* 2014; 15: 301. doi: 10.1186/1745-6215-15-301 Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4133069/>
8. Adam D, Grabenhenrich L, Ortiz M, Binting S, Reinhold T, Brinkhaus B. Impact of acupuncture on antihistamine use in patients suffering seasonal allergic rhinitis: secondary analysis of results from a randomised controlled trial. *Acupunct Med J Br Med Acupunct Soc*. 2018;36(3):139-45.
9. Chen S, Guo S, Wang J, Ha E, Marmorì F, Wang Y, et al. Effectiveness of moxibustion for allergic rhinitis: protocol for a systematic review. *BMJ Open* 2015; 5(5): e006570. doi: 10.1136/bmjopen-2014-006570. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4442239/>
10. Chong, S. N., & Chew, F. T. Epidemiology of allergic rhinitis and associated risk factors in Asia. *The World Allergy Organization journal*, 2018;11(1), 17. doi:10.1186/s40413-018-0198-z
11. Schafer T, Riehle A, Wichmann HE, et al. Alternative medicine in allergies – prevalence, patterns of use, and costs. *Allergy*. 2002;57(8):694–700.
12. Sundman E, Olofsson PS. Neural control of the immune system. *Adv Physiol Educ*. 2014;38(2):135–9.

13. McDonald JL, Cripps AW, Smith PK, et al. The anti-inflammatory effects of acupuncture and their relevance to allergic rhinitis: a narrative review and proposed model. *Evid Based Complement Alternat Med.* 2013;14(10):1155–2013.
 14. Kavoussi B, Ross BE. The neuroimmune basis of anti-inflammatory acupuncture. *Integr Cancer Ther.* 2007;6(3):251–7.
 15. Bao H, et. al. Acupuncture for the treatment of allergic rhinitis: A systematic review protocol. *Medicine (Baltimore).* 2018;97(51):e13772. doi: 10.1097/MD.00000000000013772.
 16. Achig-Balarezo D. Consideraciones de la Medicina China en la fisiopatología del dolor lumbar. *Ateneo,* 2015;17(2),66-70.
- Liu XR. Canon de la Medicina Interna del Emperador Amarillo (huangdineijing) 《黄帝内经》 en el Libro de Preguntas Sencillas. Versión preparada para la Corporación de Publicaciones de Xian, Xian, 2005.
- Wang P. Canon de la Medicina Interna del Emperador Amarillo (huangdineijing) 《黄帝内经》 en el Libro de Preguntas Sencillas. Editorial de Ciencia y Tecnología de China. Beijing, 2005.
17. Achig-Balarezo D. La hermenéutica como camino cognoscitivo para integrar ciencia y sabiduría; una experiencia teórica y práctica de trabajo intercultural con la acupuntura para el tratamiento de la rinitis alérgica, Cuenca y Tianjin, 2009. Tesis previa a la obtención del título de Doctor en Acupuntura, Moxibustión y Masaje. Universidad de Medicina China de Tianjin, República Popular China, 2010.
 18. Zhu Z. et. al. Acupuntura china. Publicaciones de la Universidad de Shanghai de Medicina China, Shanghai, 2000.
 19. Wang L. et al. Investigaciones clínicas en acupuntura. Editorial para la Salud del Pueblo. Beijing, 2010.
 20. Liu WG. Acupuntura y moxibustión en la clínica. Segunda edición. Editorial Huaxia, Beijing, 2006.
- Lin J, Zhang Y, Wang QM, Zheng MF. Distribution of Moxibustion-induced Thermosensitive Acupoints of Yangming Meridians in Patients with Perennial Allergic Rhinitis. *Zhen Ci Yan Jiu 《针刺研究》* . 2018;25;43(5):311–3. doi: 10.13702/j.1000-0607.170420.
- Hu Q, Gu P, Jiang X, Jiang F, Zhuang J, Zheng H, Yang G, Jiang S. Moderate and severe persistent allergic rhinitis treated with acupoint application therapy of the different intensity: a randomized controlled trial. *Zhongguo Zhen Jiu 《中国针灸》* . 2017;37(11):1177–82. doi: 10.13703/j.0255-2930.2017.11.01.
21. Wen Z, Zhao J, Zhou Q, Wang L, Qu S, Chen S. Herbal-partitioned moxibustion for moderate to severe persistent allergic rhinitis with spleen-qi deficiency syndrome. *Zhongguo Zhen Jiu.* 2017;12;37(6):603–607. doi: 10.13703/j.0255-2930.2017.06.008.
 22. Guo JK, Xu MM, Zheng MF, Liu ST, Zhou JW, Ke LJ, Chen TB, Rao PF. Topical Application of TAT-Superoxide Dismutase in Acupoints LI 20 on Allergic Rhinitis. *Evid Based Complement Alternat Med.* 2016;3830273. doi: 10.1155/2016/3830273.

23. Li YM, Lai XS, Zhuang LX, Jiang GH. Electroacupuntura en el punto esfenopalatino para el tratamiento de la rinitis alérgica. Xinzhongyi 2007; 39(3)51-52.
24. Achig-Balarezo D. La clínica del Dr. Lian. Abril Ediciones, Cuenca, 2014.

CONTRIBUCIÓN DE LOS AUTORES

Achig-Balarezo David: Recolección de datos, revisión bibliográfica y escritura del manuscrito, con lectura y aprobación de la versión final.

INFORMACIÓN DEL AUTOR

Achig-Balarezo David: Doctor en Acupuntura, Magister en investigación de Salud. Dirección de investigación de la Universidad de Cuenca.

CONFLICTO DE INTERESES

El autor no reportan conflicto de intereses.

FINANCIAMIENTO.

Autofinanciado por el autor.

COMO CITAR ESTE ARTÍCULO

Achig-Balarezo D. Rinitis Alérgica en la Medicina China. La. Rev. Med Ateneo 2018; 20 (2): 186 - 197

LA CULTURA EN SALUD

Patricio Barzallo Cabrera*

Resumen

¿Siempre nos estamos preguntando porqué nos enfermamos? En ocasiones no reflexionamos y nos ponemos a pensar cuál es nuestra cultura en salud que permite que eso pase, y en que fallamos. Partiendo de una premisa general de que todos tenemos una cultura, la cultura médica del común de la gente, se entiende como el conjunto de los conocimientos, que posee acerca de la medicina, independientemente del grado de educación o cultura en general. La cultura médica se extiende más allá del ámbito médico específico y humanístico, abarca mucho más allá de ellos, directa o indirectamente, incluyendo la enseñanza universitaria, la actividad médica como ciencia y como arte, la investigación, etc. Actualmente se ha dado mucho énfasis a la educación para la salud, se considera fundamental en las sociedades para: modificar conductas no saludables, promocionar conductas saludables y provocar procesos de cambio social. A pesar de todo lo que podamos hacer como políticas de salud, siempre existirán grupos o poblaciones que no recibirán la atención médica adecuada. La persistencia de brechas entre el acceso de la población indígena y no indígena a servicios de salud, muestra el carácter excluyente de las políticas de salud en nuestro país.

Abstract

Are we always wondering why we get sick? Sometimes we do not reflect and we think about what our culture in health is that allows that to happen, and that we fail. Starting from a general premise that we all have a culture, the common medical culture of the people, is understood as the set of knowledge, which has about medicine, regardless of the degree of education or culture in general. The medical culture extends beyond the specific and humanistic medical field, it extends far beyond them, directly or indirectly, including university education, medical activity as science and as art, research, etc. Currently there has been a lot of emphasis on health education,

*Médico Pediatra Hospital Universitario del Río y Clínica Santa Ana. Director Red de Salud UDA en Pediatría. Profesor Titular Facultad de Medicina de la Universidad del Azuay. Presidente CMA

Correspondencia:

Nombre: Dr. Patricio Barzallo Cabrera

Correo electrónico:

patbarzallo@hotmail.com

Dirección: Av. Huayna Cápac y J. Peralta. Cuenca, Ecuador.

Código postal: EC 010156

Teléfono: (593) 999745255

Fecha de recepción:

22-09-2018

Fecha de aceptación:

22-11-2018

Fecha de publicación:

28-12-2018

Membrete bibliográfico:

Barzallo P. La Cultura en Salud. Cuenca-Ecuador. Rev. Med Ateneo 2018; 20 (2): 198-207

it is considered essential in societies to: modify unhealthy behaviors, promote healthy behaviors and provoke processes of social change. In spite of everything we can do as health policies, there will always be groups or populations that will not receive adequate medical attention. The persistence of gaps between the access of indigenous and non-indigenous populations to health services shows the exclusionary nature of health policies in our country.

Introducción

¿Siempre nos estamos preguntando por qué nos enfermamos? En ocasiones no reflexionamos y nos ponemos a pensar cual es nuestra cultura en salud que permite que eso pase, y en que fallamos. Al definir la cultura podemos decir que es el factor que determina, regula y moldea la conducta humana, y el comportamiento de las personas predispone en ocasiones a la población a determinadas enfermedades.

Constitucionalmente la salud representa un derecho que todos tenemos y que tenemos que cuidarla, protegerla y tratarla cuando esta se altere. Considerando a la salud como el logro del más alto nivel de bienestar físico, mental, social y con una capacidad de funcionamiento que permita que los factores sociales en los que viven inmersos el individuo y la colectividad puedan desarrollarse, creemos que el mejor negocio para la humanidad sería fomentar proactivamente la buena salud en lugar de pagar el precio de tratar la enfermedad.

Partiendo de una premisa general de que todos tenemos una cultura, la cultura médica del común de la gente, se entiende como el conjunto de los conocimientos, que posee acerca de la medicina, independientemente del grado de educación o cultura en general. (1)

Con el fin de preservar la salud, todos los grupos humanos desarrollan técnicas de carácter preventivo y curativo, normas sociales de control, y construcciones simbólicas ideológicas, para enfrentar el proceso salud enfermedad muerte (2), esos saberes y técnicas médicas, incluyendo los desarrollos científicos de la medicina occidental, constituyen una serie de prácticas culturales que forman parte de los mecanismos de control de la naturaleza y de las personas, para la reproducción del orden social imperante (3).

Comprendiendo la totalidad de los conocimientos médicos, también existe una cultura médica pura, que a su vez puede ser considerada y reservado para los médicos y la gente de la medicina, los epistemólogos y los historiadores; estos conocimientos son extremadamente variados, y se centran principalmente en las enfermedades y los remedios.

Es usual afirmar que un "buen paciente" es aquel que "posee cultura", cultura suficiente para comprender y seguir las orientaciones y cuidados transmitidos por el médico o enfermero. Este tipo de paciente es contrastado con el "sin cultura", considerado un paciente más "difícil", que actúa equivocadamente por "ignorancia" o guiado por "supersticiones".

Estos pacientes presentan comportamientos y pensamientos singulares en cuanto a la experiencia de la enfermedad, así como nociones particulares sobre salud y terapéutica. Estas particularidades no provienen de las diferencias biológicas, pero sí de las diferencias socioculturales. Igualmente sustentamos que las cuestiones inherentes a la salud y a la enfermedad deben ser pensadas a partir de los contextos socioculturales específicos en los cuales los mismos ocurren.

Cuál es el ámbito de la cultura médica

La cultura médica se extiende más allá del ámbito médico específico y humanístico, abarca mucho más allá de ellos, directa o indirectamente, incluyendo la enseñanza universitaria, la actividad médica como ciencia y como arte, la investigación, las dificultades para el diagnóstico de alto costo, el trasplante de órganos, la terapia génica, la fertilización asistida, los efectos nocivos del tabaco, el alcoholismo y las drogas, la anticoncepción, el aborto, la mortalidad infantil, el hambre, la obesidad, el cumplimiento de la voluntad definitiva en los enfermos terminales, y también la ética médica y todas sus derivaciones, incluida la clonación, y choques con otras culturas en todo el mundo.

Relación médico paciente

Que ha pasado con la relación médico paciente. Antes esta relación era preponderantemente paternalista, el médico preguntaba, explicaba, ordenaba; hoy, el enfermo, cualquiera sea la amplitud de sus conocimientos, ejerce su derecho a preguntar cosas que antes no preguntaba, a aceptar o rechazar la propuesta del médico, y acorde con su cultura, a discutir no sólo el tratamiento propuesto sino también el diagnóstico, y hasta la etiología y la naturaleza de su enfermedad. Este diálogo es favorecido no sólo por la cultura médica poseída por el paciente, sino también por los nuevos hábitos y obligaciones médico-sociales respirados por la sociedad.

El mundo va actualmente hacia la conducta médica digital y comienza a surgir una tendencia en América Latina y es la de confiar la salud a internet o mejor a las innumerables alternativas que ofrece el mundo digital al sector sanitario para que éste logre mayor eficiencia en sus procesos: tecnologías para telemedicina, aplicaciones móviles para realizar diagnósticos rápidos o registros médicos electrónicos, por citar algunas. De forma general, sobresale el dato de que 1 de cada 4 usuarios de internet busca a diario en la red conocimientos sobre el tema, en un interés por encontrar noticias especializadas y locales ajustadas a sus necesidades.

Un impacto importante tenemos con la implosión del Internet en el campo de la medicina, que permite la difusión de la información en una medida en la que antes no se habría soñado. Sin embargo, una indiscriminada difusión no siempre resultará benéfica, pues un exceso de información sin el suficiente conocimiento y razonamiento de cómo usarla y combinarla, lleva a la confusión, y es allí donde la cultura médica significa el buen uso del notable avance tecnológico proporcionado por el Internet y las redes sociales.

Durante el proceso cultural, los tiempos cambian, antes en general sólo contaban con el paciente y el médico, hoy intervienen las obras sociales y las organizaciones de asistencia médica, con todas sus complicaciones contractuales. También es cierto, y se ven fácilmente, los esfuerzos orientados por las autoridades sanitarias y difundidos por los medios de comunicación, de información en la prevención y promoción de salud.

Podemos observar que algunos diarios y revistas publican en forma permanente una sección dedicada a la salud, generalmente redactada por periodistas no médicos especializados en temas médicos, cambiando la extensión de sus dominios, hoy, la relación médico-paciente se ha extendido a una relación hombre-medicina moderna.

La ciencia y el arte de la medicina

Dentro de la cultura médica, existen dos clases de medicina que desde hace mucho tiempo atrás se disputan el dominio del tratamiento: la medicina ortodoxa, o si se quiere «oficial», enseñada en la universidad y aceptada por todos, y la medicina marginal, preconizada por grupos diferenciados y guiada por sus propios principios y tecnología. Para la mayoría de la gente, existen dos mundos: el de los enfermos y el de los médicos. Para algunos, ambos mundos viven distanciados, separados, pero en armonía, con aproximaciones ocasionales y para otros, existe hostilidad, ilustrada despiadadamente en obras literarias; también regulado y catalogado por la justicia el accionar médico como delito.

Las relaciones entre los resultados de la investigación biomédica considerada la ciencia médica y la práctica de la medicina a la cabecera del enfermo igualmente considerada el arte de la medicina no siempre tan armónicas como todos deseáramos, ha sido objeto de muchos cuestionamientos por múltiples catedráticos a nivel mundial. El profesor de medicina interna de Oxford Sir David Weatherall en su libro *SCIENCE AND THE QUIETAR*, resume las extraordinarias relaciones entre la ciencia médica y el arte de la medicina, la primera solucionó grandes problemas, como la diabetes, la anemia perniciosa, las carencias vitamínicas, las infecciones y la vacunación preventiva, pero la segunda sigue sufriendo la irreductibilidad de la mortalidad por cáncer y por enfermedades cardiovasculares, degenerativas, neurológicas y geriátricas.

Al colocar en la balanza la ciencia y el arte de la medicina, vemos un saldo negativo generado en la investigación, razón por la cual se levantaron voces en detrimento de la investigación médica, invocando los perjuicios de su alto costo y las complicaciones fortuitas derivadas de su aplicación. McKeown confiere un papel mayor a las mejores condiciones sociales, ambientales y alimentarias, que al avance científico (5) y más radical fue la voz de Ivan Illich (Iván el Terrible) por el ataque despiadado, y también injustificado, desplegado en sus libros, principalmente en *MEDICAL NEMESIS* (6) clamando contra la medicalización de la cultura médica, con la consiguiente subordinación del hombre a los remedios, y estas letras han llamado la atención de los médicos de familia para mostrar que una cultura sana, aunque de lenta expansión de la verdaderamente científica cultura médica, será una garantía más para la buena relación del hombre con el arte y la ciencia de la medicina (7). Debemos mencionar otros aspectos de la cultura, en su proyección sobre la formación del médico, como son la cultura humanística y literaria, que parecen haber perdido algo del significado que antes se les confería, pero esto ya no es cultura médica del común de la gente, sino de la cultura del médico común (8), por ende, todas las actividades de nuestra vida cotidiana están condicionadas culturalmente.

Teorías de la salud

Para explicar desigualdades en salud se citan algunas teorías como: la conductual o cultural que parte de un conjunto de creencias, valores, normas, ideas y conductas de los grupos sociales más desfavorecidos, como origen de las desigualdades en el estado de salud de los mismos. Se la designa también como “cultura de la pobreza” ya que los pobres tienen preferencia por conductas no saludables y estilos de vida insanos, la materialista o estructural que destaca la importancia de los factores relacionados con la exposición no voluntaria a un entorno social deficiente y arriesgado para la salud.

Educación para la salud y estilos de vida saludables

Actualmente se ha dado mucho énfasis a la educación para la salud, se considera fundamental en las sociedades para: modificar conductas no saludables, promocionar conductas saludables y provocar procesos de cambio social. Los estilos de vida y las conductas saludables no pueden obviarse a la hora de tomar decisiones sobre la salud de la población. La propia percepción del paciente sobre su salud debe tenerse en cuenta. Es el componente subjetivo de la salud. La relación cultura - salud es compleja y constituye todo un reto para las sociedades: cómo entendemos la salud desde las diferentes culturas que conviven en un territorio, cómo entendemos la enfermedad, qué valor se les da a las conductas saludables, qué significan para nosotros los riesgos para la salud, etc. Se han multiplicado las investigaciones en las que se demuestra como el estilo de vida de una persona afecta a los riesgos de enfermar y morir.

La experiencia propia de la gente hace que actualmente se haya multiplicado la afición por el deporte en todas sus líneas o ramas, dando mucho énfasis a la marcha, trote y carreras de varios kilómetros para gente de todas las edades y con el objetivo de incentivar un mejor estilo de vida saludable no solo para las personas con riesgos o enfermedades prevenibles que disminuyan la mortalidad y prolonguen el promedio de vida de las personas.

Políticas de salud

La Declaración de Alma Ata, promulgada en 1978, reconoce la salud como un derecho humano fundamental, considera inaceptables las graves desigualdades respecto a la salud de las poblaciones, afirma que es fundamental el desarrollo económico y social, admite tanto el papel de los gobiernos en el cuidado de la salud como el de las comunidades como actores con el derecho y el deber de participar en las acciones de salud (9) Así mismo propone la APS como estrategia central para mejorar la salud en el ámbito mundial, al entenderla como la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y en tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. Desde la mirada de la APS integral, la cultura tradicional en salud se reconoce como un valor y un recurso de los pueblos, mientras la cultura occidental, al tiempo que se propone como un recurso, es vista como una amenaza por su fuerza hegemónica (10).

Las metas propuestas por Alma-Ata "Salud para todos" para el año 2000 no se cumplieron por falta de voluntad médica, política e ideológica, y mejor se crearon sistemas de salud mixtos: para las clases bajas el subsidio estatal y para las clases beneficiadas económicamente, la alternativa privada. La Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud es un documento elaborado en Ottawa, Canadá, en 1986, donde se argumenta que los sistemas médicos de atención a la salud, así como las respuestas dadas a la enfermedad son sistemas culturales que están en consonancia con los grupos y las realidades sociales que los producen. Comprender esta relación es crucial para la formación de profesionales en el área de la salud.

Sistema de atención en salud

Al hablar de cultura, sociedad y salud encontramos que la enfermedad y las preocupaciones con la salud son universales en la vida humana, presentes en todas las sociedades. Cada grupo se organiza colectivamente – a través de medios materiales, pensamiento y elementos culturales – para comprender y desarrollar técnicas en respuesta a las experiencias o episodios de enfermedad e infortunios, sean ellos individuales o colectivos. Con este intuición, todas las sociedades desarrollan conocimientos, prácticas e instituciones particulares que podemos denominar sistema de atención a la salud (11).

El sistema de atención a la salud engloba todos los componentes presentes en una sociedad relacionados a la salud, a estos, se suman las relaciones de poder y las instituciones dedicadas a la manutención o restauración del “estado de salud”. De esta manera el sistema de atención a la salud no está desacoplado de otros aspectos generales de la cultura. De esta forma, no podemos desconocer a ciertos pueblos y sus costumbres, que está ligada a su cosmología, a las clasificaciones de los alimentos y a los estados de las personas, no comprenderemos entonces, la importancia dada por ellos a las maneras tenidas como correctas y “puras” de cómo preparar y comer los alimentos.

El sistema de atención a la salud es un modelo conceptual y analítico, no una realidad en si para los grupos sociales con los cuales convivimos o estudiamos. Cabe resaltar que, en una sociedad compleja, como la nuestra, existen varios sistemas de atención a la salud operando concomitantemente, sistemas estos que representan la diversidad de grupos y culturas que la constituyen. Muchos grupos no buscan biomédicos, pero utilizan la medicina popular, otros utilizan sistemas médicos religiosos, otros también recorren a varios sistemas a lo largo del proceso de enfermedad y cura.

El sistema cultural de salud

El sistema cultural de salud resalta la dimensión simbólica del entendimiento que se tiene sobre salud e incluye los conocimientos, percepciones y cogniciones utilizadas para definir, clasificar, percibir y explicar la enfermedad. Sus clasificaciones y los conceptos de salud y enfermedad, no son universales y raramente reflejan las definiciones biomédicas como el mal de ojo (12) que son consideradas enfermedades para varios grupos sociales, entre tanto no son reconocidas o tratadas por los (bio) médicos.

La cultura médica ofrece varias teorías etiológicas basadas en la visión del mundo de determinado grupo, las cuales, frecuentemente, apuntan a causas múltiples para las enfermedades, que pueden ser, por ejemplo: “místicas” y/o “no místicas”: unas para curar el cuerpo físico y otras para curar el cuerpo o estado espiritual o social (13). Las teorías etiológicas que incluyen “causas naturales” también están presentes en sistemas etnomédicos, y cuentan con tratamientos basados en el conocimiento de yerbas y técnicas de manipulación corporal, y su eficacia evidencia el etnocentrismo biocientífico, muchas veces presente, delante de los demás sistemas culturales de atención a la salud.

El sistema social de salud

Definimos el sistema social de salud como aquel que está compuesto por las instituciones relacionadas a la salud, a la organización de papeles de los profesionales de la salud que en él participan, sus reglas de interacción, así como las relaciones de poder inherentes a este. Comúnmente, esta dimensión del sistema de atención a la salud también incluye especialistas no reconocidos por la biomedicina, tales como: actos de bendición, curanderos, brujos, hechiceros, meso terapeutas, padres-de-santo, pastores y curas, entre otros.

En las sociedades complejas, además de los tradicionales, se encuentran especialistas chinos y orientales en general. En los últimos diez años, hemos visto también la búsqueda creciente por especialistas y terapeutas que pertenecen a lo que se ha denominado de "nueva era" (14) siendo factores determinantes para su elección o rechazo: principios religiosos, económicos, familiares, sociales, entre otros factores de orden política y/o legal.

Como consecuencia y en el universo de cada grupo social, los especialistas tienen un papel específico que desempeñar frente al tratamiento de determinada enfermedad, y los pacientes tiene ciertas expectativas sobre como ese papel será desempeñado, cuales enfermedades el especialista puede curar, así como una idea general acerca de los métodos terapéuticos que serán empleados.

Por lo tanto, las cuestiones relativas a la salud y a la enfermedad, no pueden ser analizadas de forma aislada de las demás dimensiones de la vida social mediada y compenetrada por la cultura que confiere sentido a estas experiencias. De esta forma, para fines teóricos y analíticos, el sistema de atención a la salud biomédico debe ser considerado como un sistema cultural, tal cual cualquier otro sistema etnomédico.

La cultura institucional

La cultura institucional es un proceso muy dinámico de aprendizaje-construcción psicosocial, que permite organizarse y comprender la realidad interna, matizada por las presiones y cambios del entorno. Adviértase que en las organizaciones profesionales la cultura es un vínculo para enseñar-aprender, crear-innovar, saber a qué atenerse y cómo conducirse, con la cooperación o no de los más experimentados o mejor preparados. Pero la cultura es también un modo eficaz de reproducción organizacional y de comunicación, que se expresa principalmente en el lenguaje hablado, corporal y por escrito de sus miembros.

La cultura moderna y adaptable es aquella que concede más valor a las personas que a las cosas, con la meta de mejorar los procesos y servicios de salud, inducir más acercamiento y mayor equidad en la organización. Rescatar la vocación de servir a los usuarios, aun cuando ello implique correr algunos riesgos: éste es el reto principal del sector salud en el siglo XXI que comienza. (15,16,17,18).

Otro aspecto importante dentro de la cultura en salud de los universitarios es la automedicación responsable que consiste, principalmente, en saber seleccionar el tratamiento más adecuado. Para esto el individuo debe conocer los efectos adversos de los fármacos y, además, debe informarse sobre las dosis y la duración del tratamiento (19), en cambio la automedicación irresponsable es un hábito arraigado entre los miembros de la comunidad universitaria, la asociación entre el alto consumo de medicamentos para el tratamiento de síntomas inespecíficos con el

hecho de que la mayoría de los fármacos hayan sido consumidos sin conocerse sus efectos adversos, tiene connotaciones preocupantes.

El educador debe entender que la educación integral es un elemento importante de calidad y él es un modelo de identificación para el joven universitario. Cada actitud suya transmite un mensaje, una experiencia, un conocimiento. Por lo que debe ayudar al educando a buscar, a descubrir y a usar el máximo sus potenciales y capacidades para fomentar su autocuidado.

Colmos

Si la cultura está relacionada siempre con toda la actividad humana, con sus resultados y con el grado de asimilación de los individuos y grupos sociales en torno a ella, y es además expresión del grado de desarrollo alcanzado por la sociedad, se comprende la importancia que esta tiene en muchos aspectos relacionados con la salud (20). La cultura es en sí misma valores, comunicación, diálogo, creatividad y participación, entre otros muchos aspectos, de ahí se evidencia todo lo que hay en ella es para beneficio de la salud (21).

La cultura de la salud (22) incluye todo el conjunto de condiciones objetivas y subjetivas que intervienen en su desarrollo, pero sobre todo destaca la posición que asume el individuo sobre el sistema de influencias existente en la sociedad para conservar, cuidar, y crear estilos de vida sanos.

Con frecuencia los estudios sobre salud, han enfatizado los factores biológicos y en menor medida los sociales. De hecho, en países andinos, los indicadores de salud, muestran brechas de la población indígena, asociados a factores culturales, especialmente a la discriminación étnica presente en los servicios públicos de salud. Frente a ellos, se desarrollan también iniciativas estatales y no estatales para revertir la exclusión y desigualdad, partiendo de visibilizar las brechas de salud de los pueblos indígenas. La democratización, uno de los rasgos definitorios de la modernidad, en Ecuador (23) no ha logrado democratizar servicios públicos para toda la población, particularmente los de salud sexual y reproductiva. La persistencia de brechas entre el acceso de la población indígena y no indígena a servicios de salud, muestra el carácter excluyente de las políticas de salud.T

Bibliografía.

1. Eliot TS. Notes towards the definition of culture. in: Kermode F. Selected prose of T.S. Eliot: New York: Harcourt, 1975, p 292
2. Menéndez, Eduardo. 1990a, Antropología Médica. Orientaciones, desigualdades y transacciones. México, D.F.: Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social. Cuadernos de la Casa Chata No179.
3. Salgado Sánchez, Lorena. 1993. Causalidad Social del Envejecimiento: Ocupación y Deterioro Precoz. Tesis. Departamento de Sociología, Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Costa Rica.
4. Weatherall D. Science and the quiet art. The role of medical research in health care. New York: Norton 1995.
5. McKeown T. The origin of human disease. Oxford: Blackwell, 1988.
6. Illich I. Medical nemesis. The Expropriation of Health. London: Calder & Boyars, 1975.
7. Bloom A. El cierre de la mente moderna. Barcelona: Plaza & Janés, 1989.
8. Pasqualini RQ. Introducción al estudio de la medicina. Prensa Méd Argent 1997; 84: 97-9.
9. Duque-Páramo MC. Salud, enfermedad y desarrollo de la población infantil. En: Córdoba Sánchez CI, Duque Páramo MC, editores. Cuidado de la salud en la niñez. Bogotá: Javegraf; 2000.
10. Duque Páramo MC. Cultura y salud: elementos para el estudio de la diversidad y las inequidades. Bogotá, 9 (2): 123-138, 2007
11. Kleinman A. Patients and healers in the context of culture. Berkeley (CA): University of California Press; 1980.
12. Loyola A. Médicos e Curandeiros. São Paulo (SP): DIFEL; 1984.
13. Langdon EJ. Representações de doença e itinerário terapêutico entre os Siona da Amazônia colombiana. In: Santos RV, Carlos C, organizadores. Saúde e povos indígenas. Rio de Janeiro (RJ): Editora Fiocruz; 1994. p. 115-42.
14. Groisman A. Saúde, religião e corpo – seção temática. Ilha Rev Antropol. 2005 janeiro-dezembro; 7(1-2):111-62.
15. Stoner JAF, Freeman RE, Gilberber DR. Administración. Sexta edición. México: Pearson; 1996. p. 65-92 y 195-199.
16. De-Souza A. Cultura organizacional 1998; galeón. com/laboral/desarrollo/cultura organizacional. htm. p. 1-25.
17. Carrada-Bravo T. La reingeniería en los sistemas de salud. Diseño de un nuevo modelo de cultura empresarial. Directivo Médico 1998;5(2): 8-12.
18. Frenk J. Comprehensive policy analysis for health system reform. Health Policy 1995; 32:257-277.

19. Estudio sobre automedicación en la Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia. IATREIA / 15(4) Van Zyl-Schalekamp. (1993).
20. Aguirre del Busto R, D Prieto Ramírez. La cultura de la salud. En: Colectivo de autores. Lecciones de filosofía, salud y sociedad. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2000: 25-31.
21. Semir V. Crisis de valores. Editorial. Rev Cien Med Comun Cult 1996;2:5
22. AGUIRRE DEL BUSTO Rosa, Doris PRIERO RAMÍREZ. "La cultura de la salud"; En Filosofía, Salud y Sociedad (Antología de artículos científicos)
23. Albó Xavier (2004) "Interculturalidad y salud" en Gerardo Fernández (coordinador) Salud e Interculturalidad en América Latina, Quito.

CONTRIBUCIÓN DEL AUTOR

Recolección de datos, revisión bibliográfica, escritura y análisis del artículo con lectura y aprobación de la versión final.

INFORMACIÓN DEL UTOR

Médico Pediatra Hospital Universitario del Río y Clínica Santa Ana. Director Red de Salud UDA en Pediatría. Profesor Titular Facultad de Medicina de la Universidad del Azuay. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8423-1663>

DISPONIBILIDAD DE DATOS

Los datos fueron recolectados de revistas y bibliotecas virtuales y está a disposición

CONFLICTO DE INTERESES

El autor no reporta conflicto de intereses

COMO CITAR EL ARTÍCULO

Barzallo P. La Cultura en Salud. Cuenca-Ecuador. Rev. Med Ateneo 2018; 20 (2): 198 - 207.

HISTORIA DE LA MEDICINA

LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE LA UNIVERSIDAD DE CUENCA A TRAVÉS DE LA HISTORIA 150 AÑOS DE VIDA (1868-2018)

Jacinto Landívar Heredia*

*Ex profesor de Historia de la Medicina de la FF. CC. MM. Cuenca-Ecuador

Correspondencia:

Nombre: Jacinto Landívar Heredia

Correo electrónico:

jacinto.landivar@yahoo.com

Dirección: Los Laureles 2-37 y Ordoñez Lazo

Código postal: ECO 4986

Teléfono: (593) 995320051

Membrete bibliográfico

Landivar H., La facultad de ciencias médicas de la Universidad de Cuenca a través de la historia. Rev médica Ateneo 2018;20(2): 208 - 217.

"Las Universidades han sido los promotores más poderosos del progreso humano"

Benigno Malo,
Primer Rector de la Universidad de Cuenca.

PRECEDENTE

La Universidad de Cuenca-Ecuador y su Facultad de Ciencias Médicas en el año 2018 festejaron su Sesquicentenario, es decir 150 años de trayecto. Nace la institución con el nombre de "Corporación Universitaria del Azuay", en conjunción con la Corporación Universitaria de Guayaquil. El 15 de octubre de 1867, por edicto del Parlamento Ecuatoriano, y durante la presidencia de Jerónimo Carrión, quien da el Ejecútese el 18 de octubre del mismo año, 37 años después de fundada la nación ecuatoriana, podemos aseverar que la universidad y sus facultades de Ciencias Médicas y Jurisprudencia llenan casi toda la vida republicana ecuatoriana.

LA INDEPENDENCIA INTELECTUAL DE CUENCA

La idea de crear una universidad para el Azuay fue temprana, desde antes de la Independencia se tenía esta inquietud. Los primeros intentos dan inicio en la década de 1840, son liderados por Benigno Malo Valdivieso, Luis Cordero Crespo y Juan Bautista Vázquez, entonces parlamentarios por el Azuay, pregonando lo que se dio en llamar la "Independencia Intelectual de Cuenca". Se solicitaba la creación de la Alma Mater por circunstancias geográficas y económicas, pero debido a la inestabilidad política y social del Ecuador no se logró el cometido. Como justificativo para la fundación Malo, Vázquez, Crespo y más ciudadanos prestantes sostenían, entre otras razones, la lejanía con la Universidad Central (creada en 1827),

la prestancia intelectual de los ciudadanos, la carestía económica de los estudiantes para moverse a la capital, y el incremento de la población de Cuenca (alrededor de 20.000 habitantes).

LA CORPORACIÓN UNIVERSITARIA DEL AZUAY

El 1 de enero de 1868 con la presencia de autoridades locales, civiles y religiosas en pleno, la Corporación inaugura actividades, nombrando un exiguo plantel docente y administrativo por la carestía económica. Por decreto legislativo los fondos provenían del Seminario y del Colegio Nacional; comandado por el Rector nominado por la Asamblea Doctoral Benigno Malo, inicia con las facultades de Medicina y Farmacia, siendo su primer decano Agustín Cueva Vallejo; Jurisprudencia, Mariano Cueva V; Filosofía, José María Rodríguez de la Parra y Literatura y Teología, Mariano Veintimilla. Como secretario general Luis Cordero Crespo.

Con un reducido número de estudiantes inscritos arrancan las clases en el local cedido por la Comunidad Dominicana, que se hallaba en la plaza anexa a la portería de la iglesia de Santo Domingo. Los profesores fueron del Seminario y del Colegio Nacional, siendo entre otros sacerdotes jesuitas y dominicanos. Para la Facultad de Medicina fueron profesores de las cátedras médicas, los contados galenos graduados en la Universidad Central de Quito.

LOS PRIMEROS GRADUADOS DE MÉDICO

Con un pensum de estudios que abarcaba 5 años, en marzo de 1873 egresa el primer graduado de Médico: Manuel Palacios, quien luego fue profesor de Obstetricia; sigue Agustín Yerovi en octubre de 1873; Teófilo Cobo, que ejerce la medicina en Perú; Fidel del Castillo; Eduardo Cordero, el primer boticario de Azogues; Belisario Reyes, con el título de boticario, continuador de la botica que fue de los Betlemitas, y Luis A. Coronel. Todos ellos entre 1873 y 1876. La Escuela de Medicina, así llamada, concedía títulos de Bachiller, Licenciado y Doctor en Medicina, para lo cual había tasas a cancelarse, 10 pesos para Bachiller, 20 para Licenciado y 60 para Doctor; el dinero recaudado servía para los gastos de laboratorios y libros médicos de la incipiente biblioteca.

Existe, entre otros, una lista de graduados que vale anotar, la mayoría de ellos llegaron a ser docentes, y algunos decanos de la facultad, a saber: Miguel Moreno Ordoñez, el poeta, fue secretario por 12 años; Francisco Carrasco Arriaga; José Alvear, llamado el Noctámbulo; Nicolás Sojos; Luis Loyola; Ignacio Malo; Adolfo Peralta; Luis Carlos Jaramillo; Emiliano J. Crespo, todos los nombrados fueron decanos. Existen otros graduados, algunos fueron docentes, otros ejercieron la profesión en la ciudad y otros fuera. La facultad graduaba médicos, aunque no lo suficiente, la mayoría de la población seguía acudiendo a los servicios de la medicina tradicional.

EL LENTO DESARROLLO DE LA FACULTAD DE MEDICINA

En la década de 1880-1890 llegan tres profesores extranjeros para la universidad y la facultad: el irlandés Cristóbal Thill y los hermanos franceses Carlos y Augusto Rimbach, quienes aportan los modernos conocimientos de la Anatomía el primero, y la Botánica, Zoología y Mineralogía los segundos. Estos profesionales con la colaboración de docentes locales, impulsan la creación de gabinetes, incrementan las obras de la biblioteca pública, a saber: 407 textos y 10 folletos en total. Desde su fundación y por ideología predominaba el aspecto religioso, la biblioteca tenía un 90% de obras de carácter religioso. El santo protector era Santo Tomás de Aquino.

En la década siguiente aparece la primera publicación científica de la Corporación, denominada "Revista Científica y Literaria de la Corporación Universitaria del Azuay", aunque de efímera exis-

tencia fueron 21 números y un anexo sobre los reglamentos de la Corporación (1890-1892). En la revista constan temas de Medicina, Química, Derecho, Literatura, Economía, Política, Religión y otros. Algunos artículos corresponden a autores médicos, con temas como la higiene y los parásitos.

UN CIERTO PROGRESO Y MODERNIZACIÓN

Para el año de 1897 se crea, luego de muchas vicisitudes, la Escuela de Obstetricia, "para señoritas y matronas", siendo este el sentido que se daba a la cátedra, luego se procederá a cerrar por falta de alumnas y el celo profesional de los médicos que ejercían la especialidad. La escuela se reabre en el año de 1905 con un docente médico y tres maestras "parteras". En el año de 1900 se crea un gabinete de Química, y se destinan fondos para el anfiteatro. Hubo un Jardín Botánico en San Blas.

A decir de César Hermida P., médico historiador: "La Universidad en el siglo XIX tuvo un lento desarrollo y, pese a la calidad de los profesores, la práctica médica curricular era deficiente. Fue una época desalentadora en los estudios médicos. Se sabe que los estudiantes no conocían sino en sus textos los órganos internos del cuerpo humano.

Los médicos graduados en los primeros años de la facultad tuvieron, sin lugar a dudas, limitaciones en cuanto a su formación, las razones son múltiples: los profesores calificados eran escasos, compartían con docentes del Colegio Nacional y del Seminario, eran sacerdotes extranjeros, que no cumplían con los requisitos para formar médicos; los programas de estudio se adaptaban a estas limitaciones; el presupuesto de la Corporación y de la Facultad era exiguo; había notable falta de laboratorios, gabinetes y locales para aulas; la biblioteca adolecía de actualización y su uso era muy limitado, los libros debían ser consultados en la Biblioteca Pública del Azuay fundada por Juan Bautista Vázquez en 1882; el anfiteatro funcionaba muy limitadamente, no había cadáveres para el estudio de anatomía; por último las prácticas hospitalarias eran mínimas, complementadas en parte con las enseñanzas de las Hermanas de la Caridad quienes eran enfermeras y administradoras del Hospital, poseían conocimientos y experiencia que aportaban a la formación de los estudiantes.

LOS DECANOS DE LA FACULTAD DE MEDICINA EN EL SIGLO XIX

Fueron decanos de la facultad durante este período, en orden cronológico:

Agustín Cueva Vallejo (1868- 1873); José Oramas (1873-1876); Antonio Ortega (1876-1878); Francisco Carrasco A. (1879-1888); José Alvear (1888-1891); Miguel Moreno (1891-1897); Luis Loyola G. (1897-1899); Adolfo Peralta (1899-1904)

LA UNIVERSIDAD DEL AZUAY

El 27 de diciembre de 1897, con el advenimiento del liberalismo radical, la universidad arrastraba una crisis económica, por lo que estaba a punto de clausurarse. Se independiza del Colegio Nacional, a quien estaba supeditado pecuniariamente, instalándose como Universidad del Azuay. La Facultad de Ciencias Médicas recibe del gobierno por primera vez presupuesto propio, lo que permite adecuar un laboratorio de bacteriología y un gabinete de histología, comprar algunos libros de texto que incrementan la biblioteca general, y nombrar nuevos profesores: Luis Antonio Loyola como decano, Tomás Abad y Eugenio Malo T. Para ese entonces tiene dos

escuelas más, la de Ciencias, de la que quedó únicamente el nombre y la de Farmacia que fue en la práctica, apéndice de la de Medicina. La facultad concedía al principio título de Doctor en Medicina y después, luego de 7 años de estudio, cinco de medicina y dos de farmacia, el título de Doctor en Medicina y Farmacia.

Honorato Vázquez Ochoa décimo rector de la Universidad del Azuay, en octubre de 1898 aplica la Ley Orgánica de Instrucción Pública, se producen cambios administrativos y de pensum de estudios los que llegan a la Facultad de Ciencias Médicas. Pero la universidad no sale de la crisis financiera.

Un avance importante para la facultad es el hecho de publicarse por primera vez la Revista de la Escuela de Medicina, en agosto de 1902, que aunque de corta duración (1902-1909) suplantó a la revista de la universidad. El 15 de enero de 1918 vuelve a circular con igual formato, manteniéndose hasta la actualidad, con el nombre de Revista de la Facultad de Ciencias Médicas.

En 1909 comienza la modernización de la medicina con la venida del médico lojano Isidro Ayora, formado en el Viejo Mundo. Se complementa este aspecto cuando en 1912 en adelante retornan a la ciudad cuatro galenos cuencanos formados en Europa: Emiliano J. Crespo en Cirugía, David Díaz Cueva en Obstetricia y Ginecología, Nicanor Merchán Bermeo en Laboratorio y Radiología, y José Miguel Ortega. De inmediato se integran al trabajo hospitalario y a la docencia. El 2 de enero de 1910 por decreto del presidente Eloy Alfaro los profesores de la facultad asumen la jefatura de las salas del hospital, con lo que se inicia su influencia en la administración del mismo y en el desarrollo de la medicina comarcana. Posteriormente en 1920 se determina que el director del hospital debe ser un médico de la facultad. Esta influencia se mantuvo hasta abril de 1977, fecha en la que se inaugura el hospital "Regional y Docente Vicente Corral Moscoso", con cambio administrativo.

EL EDIFICIO DE EL EJIDO Y LA NUEVA FACULTAD



El 26 de enero de 1916 la facultad tendrá uno de sus momentos trascendentes; se traslada al nuevo local de El Ejido, un edificio de tinte clásico, en vecindad con el Hospital San Vicente de Paul, Se distribuyen aulas amplias y modernas y se puede contar con un verdadero anfiteatro, donde existe un aula para disección anatómica. Para entonces el programa de estudios contempla seis años de formación y uno de internado, motivo por el

cual se integran varios docentes nombrados por esta coyuntura. Los estudiantes de 5to y 6to año deben practicar obligatoriamente en el hospital, acompañando a los médicos jefes de sala. Por estos años, y desde su creación la facultad gradúa un promedio de tres médicos por año, insuficiente para el medio.

La estudiante lojana Matilde Hidalgo Navarro es aceptada en la facultad, luego de que había sido negado su ingreso en Quito. El 29 de julio de 1919 la facultad le concede el grado de Licenciada en Medicina, posteriormente se gradúa en Quito de Doctora, siendo la primera médica ecuatoriana y en 1925 es la primera mujer que emite un voto, constituye un referente de la feminidad del Ecuador.

LA UNIVERSIDAD DE CUENCA Y LA MODERNA FACULTAD DE MEDICINA, SU INFLUENCIA EN LA CIUDAD Y EN LA REGIÓN. LA PRIMERA GRAN REFORMA UNIVERSITARIA

En octubre de 1925, luego de una corta clausura, por crisis económica (9 de julio a 18 de octubre), la universidad ecuatoriana reabre sus puertas. Mientras la Revolución (Proceso) Juliana moderniza el país. La Universidad del Azuay recibe el nombre definitivo de Universidad de Cuenca, y de hecho también se moderniza. En este año se funda la Cruz Roja Provincial del Azuay, cuyo primer director fue el Decano Luis Carlos Jaramillo.

La Universidad de Cuenca, incorporó algunos de los principios del Manifiesto de Córdoba dado en el año 1918 en la ciudad de Córdoba, Argentina. Desde 1926 abraza el principio de autonomía universitaria: el rector será elegido por una asamblea universitaria formada por profesores y estudiantes. A este nuevo enfoque sobre la educación universitaria se lo denomina, para fines analíticos, como Primera Reforma Universitaria. Posteriormente se aplicaran otros principios del Manifiesto: cogobierno estudiantil, acceso a la cátedra por concurso, libertad de cátedra, acceso libre a la universidad y gratuidad de los estudios.

Con los cambios suscitados en la dirección del hospital y la influencia de la facultad en la organización de la Asistencia Social, antes Junta de Beneficencia; se consolida la influencia de la facultad en la medicina comaricana tanto en el aspecto curativo y preventivo, en los planes de vacunación, en la vigilancia de las epidemias, en el funcionamiento de las boticas, control y venta de medicamentos, supervisión del desempeño de la profesión médica, e inclusive en el desarrollo de algunos aspectos de la vida social y de festividades de la ciudad. Participa en campañas sanitarias, en la inspección del expendio de opiáceos y atención de drogadictos y alcohólicos.

La facultad jugó un papel decisivo en el progreso de la medicina, introdujo, entre otros avances, la asepsia, la antisepsia y la anestesia, con Emiliano J. Crespo y David Díaz C. Con ello mejoró notablemente la cirugía abdominal, torácica y cerebral. Crea los primeros laboratorios de bacteriología, microbiología, bioquímica y más tarde de anatomía patológica. Funda una sala de obstetricia. El hospital San Vicente de Paul durante sus 105 años de existencia (1872-1977), dirigido por médicos de la facultad es el órgano directriz del progreso de la medicina, contando con buenos equipos, y la mejor botica de la ciudad, en la que se encontraban los modernos medicamentos.

En resumen, la influencia de la Facultad de Medicina es clara y definitiva dentro de la medicina de la ciudad y de la provincia, desde su fundación hasta las primeras décadas del siglo XX. Llevó el liderazgo del desarrollo de la medicina regional. Los médicos de la facultad, eran los consultores obligados de los problemas de salud, sembrando una imagen de solvencia y prestigio.

DECANOS DE LA FACULTAD EN LA PRIMERA MITAD DEL SIGLO XX

Nicolás Sojos (1904-1917); Ignacio Malo (1917-1919); Luis Carlos Jaramillo (1919-1923); Emiliano J. Crespo (1923-1931); Honorato Loyola (1931-1943); Francisco Cisneros (1943-1944); Miguel A. Toral L. (1944-1954); Honorato Carvallo (1954-1958); Leoncio Cordero J. 1958-1964:

Hasta mediados de la década de 1930 se establece que el título que otorgue la facultad sea solo Médico o Farmaceuta, ya no el de Médico Farmaceuta. Para el año de 1937 se empieza a vislumbrar las futuras Escuelas de Odontología y de Enfermería, con algunos profesores de la facultad. En 1940 da los primeros pasos la extensión universitaria con servicio a las escuelas de los cantones del Azuay. Para 1943 los estudiantes secundados por docentes conforman la Asociación Escuela de Medicina, y empieza el estudio de la Historia de la Medicina, constituyéndose posteriormente en una cátedra.

En 1944, luego de la Revolución Marcista, la universidad ecuatoriana sufre una nueva clausura. Con la reapertura de la misma es nombrado Rector de la Universidad de Cuenca Carlos Cueva Tamariz con su largo y meritorio período (1944-1964). La universidad y la facultad sufrieron cambios trascendentales que repercutieron en la vida institucional. Cueva Tamariz asiste personalmente a la sesión de elección del decano de la facultad, Miguel Alberto Toral. En marzo de 1945 se expiden los reglamentos del programa de extensión universitaria. Aceptando el desarrollo vertiginoso de la cirugía se nombra médicos anestesistas para medicina y odontología. En 1947 se funda la Liga Ecuatoriana Antituberculosa (LEA).

MODERNIZACIÓN DE LA MEDICINA

En la década de 1950 la facultad cambia su aspecto material en infraestructura, al mejoramiento de la biblioteca de medicina (creada en 1922), la que se independiza de la biblioteca pública. Se hizo realidad la consecución de becas para profesionales recién graduados y docentes, procurando la especialización en las asignaturas que enseñaban. Esta semilla daría sus frutos con el viaje de Leoncio Cordero J. a Chile. A su regreso cambia definitivamente la visión de la Medicina, con el aporte científico de la Patología, que explica las causas de las enfermedades, con autopsias de pacientes fallecidos en el hospital. Los cambios suscitados en el sentir y hacer de la medicina, la Facultad de Medicina los plasma en su pensum de estudios de 1950, el que se pone a tono con el avance de la ciencia médica, que avanza a pasos agigantados. En la década de 1960 se inician las Conferencias Clínico Patológicas (CPC) que permiten la discusión científica de casos del hospital. En esta década, se presenta un serio conflicto en la dirección de las salas del hospital, los médicos de la facultad por méritos propios siguen siendo considerados para el cargo debido a su prestigio y formación, esta situación cambiará con la inauguración del moderno Hospital de El Paraíso.

AFEME Y LA CREACIÓN DE LA ESCUELA DE ENFERMERÍA

En el año de 1968 se crea la Asociación de Facultades de Medicina del Ecuador (AFEME), como director fundador se nombra a Leoncio Cordero, y a Miguel Márquez, el primero como Secretario Ejecutivo. AFEME nace con las tres facultades existentes en aquel entonces: Quito, Guaya-

quil y Cuenca, se estrena en Guayaquil con el Primer Seminario Nacional de Educación Médica, pasando a formar parte de la Federación Panamericana de Facultades de Medicina, que permite la unificación de los planes de estudios en las tres universidades.

El 17 de octubre de 1968 durante el decanato de Guillermo Moreno Peña, y por resolución del Consejo Universitario, abre sus puertas la Escuela de Enfermería de la Facultad de Medicina de Cuenca con un grupo de 33 alumnas bajo la dirección de Ruth Rostoni. Al momento la escuela de enfermería tiene local propio y concede títulos de Licenciada en Enfermería. Además mantiene un curso permanente de formación de auxiliares de enfermería.

LA CRISIS DE LA FACULTAD EN LA DÉCADA DE 1970. NUEVO LOCAL. CLAUSURA DE LA UNIVERSIDAD. RENUNCIA MASIVA DE DOCENTES

En 1970 se avizoraba la presencia de dos grupos antagónicos dentro de la facultad, el uno de derecha, que quería mantener el status, proporcionando excelencia académica, y el otro grupo seguidor de los movimientos de izquierda que en toda Latinoamérica se vislumbraban, propiciando el servicio a la comunidad y el cambio social, a imitación de la Revolución Cubana y ejemplo de Ernesto "Che" Guevara. Las posiciones fueron irreconciliables. Mientras tanto la facultad inicia el traslado al nuevo local de El Paraíso, primero fueron los laboratorios, luego la administración y los cursos que no tenían necesidad de asistir a las prácticas hospitalarias y en 1975 toda la facultad.

En este entorno, la dictadura de Velasco Ibarra en su quinto mandato, por considerar que las universidades son centros de sedición y que alteran el orden público, el 23 de junio de 1970 clausura la universidad ecuatoriana. En los siete meses que permaneció cerrada la Alma Mater, sucedieron varias vicisitudes, entre otras, la defección de estudiantes universitarios. El 21 de enero de 1971, a solicitud de padres de familia, autoridades y ciudadanía en general, la universidad reabre sus puertas, siendo nombrado Rector Interino Leoncio Cordero J., quien llama a elecciones: el Consejo Universitario en pleno nombra nuevamente a Carlos Cueva Tamariz, permaneciendo hasta 1973.

En 1976 se cierra de manera definitiva la Escuela de Obstetricia graduando a las últimas cuatro obstetras, terminan así muchos años de irregularidad, habiendo servido durante 80 años a la ciudad formando un numeroso grupo de obstetras, que serán reemplazadas por los especialistas en la área.

En enero de 1977 es elegido como Decano de la Facultad de Medicina Vicente Ruilova. Se produce la renuncia de 53 profesores por inconformidad político-ideológica con las nuevas autoridades y los cambios planteados en la educación, la gota que derramó el vaso fue la elección de la enfermera Gladys Eskola T. como subdecano. La renuncia voluntaria, luego de algunas sesiones en el seno del Consejo Universitario es aceptada por el mismo y firmada por el Rector Gerardo Cordero y León.

Posteriormente la división que produjo esta crisis incluyó también al estudiantado, una fracción de estudiantes de tendencia derechista se separa de la facultad, motivo por el cual los profesores renunciantes crearon la Facultad de Medicina de la Universidad Católica. Durante cinco

meses la facultad cierra sus puertas por escasez de profesores, reabriéndose hasta reemplazar a los cesantes. En abril de 1977, se inaugura el "Hospital Regional y Docente Vicente Corral Moscoso". La mayoría de los renunciados habían sido nombrados médicos de planta del nuevo hospital. Las salas del hospital recién inaugurado se vieron afectadas por la batalla de los "de la facultad" y los "católicos", influyendo en el servicio asistencial. Ante esta situación el Ministerio de Salud da plazo a que los estudiantes de la Universidad Católica, que estaban asistiendo al nuevo hospital, en un plazo perentorio debían salir del mismo; así se consolida la crisis de la Facultad de Ciencias Médicas.

LA ESCUELA DE TECNOLOGÍA MÉDICA

En 1978, por resolución del Consejo Universitario se abre la Escuela de Tecnología Médica, con las siguientes áreas: Rayos X, Laboratorio Clínico, Fisioterapia, e Histopatología. Luego se ampliarán nuevas áreas: Terapia del Lenguaje, Fonoaudiología, Terapia Ocupacional, Terapia Cardio-Respiratoria, Nutrición y Dietética, Imagenología, Estimulación Temprana, Bioestadística en Salud, Educación para la Salud, Anestesiología, Salud Pública y Medicina del Deporte. Cuentan desde el año 2016 con un moderno y funcional edificio, y se conceden títulos de Tecnólogo y Licenciado.

ETAPACONTEMPORÁNEA.ESCUELADEPOSGRADOS,INSTITUTODEINVESTIGACIONES

El 4 de octubre de 1982, se inaugura el Primer Curso de Posgrado en Cirugía de la Facultad de Medicina de la Universidad de Cuenca. Posteriormente se instauraron los posgrados de Medicina Interna, Pediatría, Gineco-Obstetricia, Anestesiología, Traumatología, Urología, Psiquiatría, Imagenología y varias maestrías como la de Salud del Adolescente, Investigación en Ciencias de la Salud, Medicina Familiar, entre otras.

El 9 de noviembre de 1983 el Honorable Consejo Universitario aprueba el reglamento de funcionamiento del Instituto de Investigaciones de la Salud, dando nacimiento al IDICSA, institución que inicia actividades en Octubre de 1984. El principio rector es que la investigación debía ser "considerada como producción de conocimientos científicos para la transformación de las condiciones de vida de los sectores mayoritarios de la población". La Facultad conforma una directiva para la investigación, que asesora a profesores y estudiantes. Se funda el comité de bioética, COBIAS, que analizará las repercusiones en seres humanos de la investigación.

La década de 1990 trae consigo cambios importantes. Entre algunos eventos que requieren mención están: las reformas al mecanismo de ingreso a los estudiantes, se reestructuran los contenidos y duración de la carrera de medicina y su equivalencia académica, entre otros eventos ligados a las reformas universitarias a escala nacional. El debate en torno al libre ingreso, a los cursos de nivelación y a los exámenes de admisión, ha sido fuente de una gran gama de criterios. En el caso de la facultad, se planteó la necesidad de que ésta ofrezca un curso de nivelación (propedéutico) para que los estudiantes cuenten con oportunidad igualitaria de ingreso, esta iniciativa se establece en 1995 y se hace obligatoria en 1997.

REESTRUCTURACIÓN EDUCATIVA: CAMBIOS EN LA CARRERA Y SUS EQUIVALENTES

La Ley de Educación Superior del año 2000 en su capítulo IV, artículo 44 indica que: "...El perfil de egreso de las universidades y escuelas politécnicas no podrá concesionar grados de magíster y

doctor en el nivel de pregrado. Para acceder a la formación de posgrado se requiere tener título profesional de tercer nivel...”, por lo tanto con esta disposición la carrera de medicina deberá emitir un título con la denominación de “Médico General” y no “Doctor en Medicina y Cirugía”.

La masiva salida de profesores universitarios, debido a la promulgación de la Ley de Jubilación Obligatoria (2010), produjo una crisis a nivel universitario; numerosos profesores cesaron sus actividades, procediendo a la jubilación voluntaria (67 en total). Sus cargos fueron ocupados por profesores ocasionales o accidentales, luego se llamará a concurso de las plazas libres.

ACREDITACIÓN UNIVERSITARIA

El Consejo de Evaluación Acreditación y Aseguramiento de la Calidad de Educación Superior (CEAACES) ejecuta la evaluación de las universidades y la acreditación de las carreras universitarias a nivel nacional. La Facultad de Medicina, luego de una estricta valoración efectuada por la comisión a cargo, fue acreditada en el año 2016. A la fecha, la Universidad de Cuenca, se posiciona en la categoría A, manteniendo su prestigio a nivel local, nacional e internacional.

DECANOS DESDE 1964 EN ADELANTE

Alberto Alvarado C. (1964-1966); Timoleón Carrera C. (1966-1967); Miguel Márquez V. (1967-1968);

Guillermo Moreno P. (1968-1970); Moisés Arteaga L. (1970); Leoncio Cordero J. (1970-1973)

Rubén Darío Solís C. (1973-1975, 1983-1985, 1985-1987); Claudio Arias A. (1975-1977)

Vicente Ruilova S.(1977-1979, 1979-1981, 1987-1989); Arturo Barros CH (1981-1983):

Rubén Solís (1989-1991, 1995-1997); Kléber Álvarez M. (1991-1993); Claudio Vélez L. (1993-1995);

Arturo Quizhpe P.(1995-2001, 2005-2007, 2011-2013, 2013); Hernán Hermida C. (2001-2005)

Pablo Cordero (2013-2015); María de Lourdes Huiracocha (2015-2016); Sergio Guevara P. (2016-2017); Decano Actual: Bernardo Vega C: 2017

Bibliografía:

1. Gladys EsKola Torres, Jacinto Landívar Heredia, Ernesto Cañizares Aguilar, David Achig Balarezo, Raúl Pino Andrade, Jaime Abad Vázquez, José Cabrera Vícuña. 150 años.Historia de la Facultad de Ciencias Médicas.Editorial Don Bosco-Centro gráfico Salesiano.2017, Cuenca-Ecuador

CONTRIBUCIÓN DEL AUTOR.

Landívar J. Recolección de datos, revisión bibliográfica y escritura del manuscrito, con lectura y aprobación de la versión final.

INFORMACIÓN DEL AUTOR

Landívar H. Jacinto. Ex profesor de Historia de la Medicina de la Universidad de Cuenca.

CONFLICTO DE INTERESES

El autor no reportan conflicto de intereses.

COMO CITAR ESTE ARTICULO.

Landívar H., La Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca a través de la historia. Rev médica Ateneo 2018;20(2): 208-217.

AUDITORIO DEL COLEGIO DE MÉDICOS DEL AZUAY



FEDERACIÓN MÉDICA ECUATORIANA

CONGRESO MÉDICO NACIONAL



NOVIEMBRE 2019
CUENCA-ECUADOR

AUSPICIAN:
COLEGIOS MÉDICOS AZUAY-CAÑAR - MORONA SANTIAGO
EL ORO-LOJA-ZAMORA CHINCHIPE



Cooperativa
Ahorro y Crédito

Beneficios que se ven

*Tarjetas **JEP** cuidan de usted y su familia*



TARJETAS DE CREDITO

JEP

VISA



de la gente para la gente

07 413 5000 |



| www.coopjep.fin.ec