



SALUDJALISCO

Revista Médico-Científica de la Secretaría de Salud Jalisco

Editorial

Carta al Editor

- El registro de las investigaciones en la Secretaría de Salud Jalisco realizadas en 2020, durante la pandemia COVID-19

Artículos originales

- Perfil sociodemográfico de madres embarazadas consumidoras de drogas ilegales atendidas en un Hospital Materno Infantil
- Efecto de la frecuencia y la severidad del maltrato disciplinario sobre conductas problemáticas de niños en una comunidad de clase media de Jalisco

Casos clínicos

- Síndrome de DRESS
- Carcinoma mioepitelial cutáneo

Cultura médica

- Toponimia de Colotlán Jalisco

Best Practice

- Eficacia de la higiene bucal sistemática perioperatoria en la reducción de infecciones postoperatorias de tracto respiratorio después de una cirugía torácica electiva en adultos

Índices

- Índice General
- Índice por autor

Año 8 • Número 3 • Septiembre-Diciembre de 2021





Consume frutas
de temporada
para **prevenir**
la influenza.



Cuidarse
es prevenir



Salud



Gobierno del Estado

DIRECTORIO INSTITUCIONAL

Secretaría de Salud Jalisco

Dr. Fernando Petersen Aranguren

Secretario de Salud del Gobierno del Estado de Jalisco

OPD Servicios de Salud Jalisco

Dr. José de Jesús Méndez de Lira

Director del OPD Servicios de Salud Jalisco

Dr. Arturo Múzquiz Peña

Director General de Planeación y Evaluación Sectorial, SSJ.

Dra. Ana Gabriela Mena Rodríguez

Dirección General de Salud Pública de la Secretaría Salud Jalisco

Dr. Eduardo Vázquez Valls

Director General de Educación, Investigación y Calidad Sectorial

Ing. Rebeca del Carmen Ley Angulo

Directora Sectorial en Calidad en Salud

Lic. María Abril Ortiz Gómez

Directora General de Asuntos Jurídicos, Estudios Legislativos y Transparencia, SSJ.

Dr. Héctor Hugo Bravo Hernández

Director General de Salud Municipal, SSJ.

LCP. Gildardo Flores Fregoso

Encargado del Despacho de la Dirección General de Administración OPD Servicios de Salud Jalisco

Dra Janett Alvarado González

Dirección Médica del OPD Servicios de Salud Jalisco

Dr. Armando Pérez Oliva

Coordinador Especializado de Regiones Sanitarias OPD Servicios de Salud Jalisco

Ing. Constantino Huerta Cortés

Director Hospitales

COMITÉ EDITORIAL

Director-Editor

Dr. Guillermo Zenteno Covarrubias

Administrador

Ricardo Flores Calleros

Distribución Nacional

Lic. Alejandro Ramos Robles Gil

Editores Asociados

Dr. Dionisio Esparza Rubio

Centro Universitario de Ciencias de la Salud

Universidad de Guadalajara

Dr. Víctor Javier Sánchez González

Centro Universitario de los Altos

Universidad de Guadalajara

Mtra. Mercedes del Socorro Oliva González

Editor SSJ

Editores Locales

Dr. Mario Salazar Páramo

Profesor Investigador CUCS-U. de G.

Dr. Julio Enrique Martínez Merino

Coordinador de Desarrollo Institucional de la Región Sanitaria II

Dra. Catalina Figueroa García

Coordinadora de Desarrollo Institucional de la Región Sanitaria IX

Dr. Juan Francisco Mora Chávez

Coordinador de Desarrollo Institucional de la Región Sanitaria XI

Mtra. Xóchitl Fernández Olvera

Coordinadora de Desarrollo Institucional de la Región Sanitaria XII

Dr. Marcos Noé Jiménez Laríz

Coordinador de Desarrollo Institucional de la Región Sanitaria XIII

Dr. Bernardo Carrillo Barocio

COPRISJAL

Dr. Efraín Andrade Villanueva

Jefe de Enseñanza, Investigación, Capacitación y Ética del Hospital General de Occidente

Dra. Eslí Pérez Castro

Jefe de Enseñanza e Investigación del Hospital Regional de Puerto Vallarta

Mtra. Marta Cecilia Mercado Aranda

Clínica de cuidados paliativos - tanatológicos del Hospital Regional de Puerto Vallarta

SaludJalisco Año 8, No. 24 septiembre-diciembre 2021. Es una publicación cuatrimestral editada por Servicios de Salud Jalisco, calle Dr. Baeza Alzaga 107 Zona Centro, Guadalajara, Jalisco, México. C.P. 44100. Tel: 3030 5000 ext. 35084. correo electrónico: revista.saludjalisco@gmail.com, Editor responsable. Dr. Guillermo Zenteno Covarrubias. Certificado de Reserva de Derechos al Uso Exclusivo N° 04-2015-062913055200-102. ISSN: 2428-8747, ambos otorgados por el Instituto Nacional del Derecho de Autor de la Secretaría de Cultura. Certificado de Licitud de Título y de Contenido en trámite, este último lo otorga la Comisión Calificadora de Publicaciones y Revistas Ilustradas de la Secretaría de Gobernación. Diseñada en México en la Dirección de Publicaciones del Gobierno del Estado de Jalisco. Av. Prol. Alcalde 1351, 1er Piso del Edificio C, Unidad Administrativa Estatal, Col. Miraflores, C.P. 44270, Guadalajara, Jalisco, México. Este número se terminó de imprimir el 20 de septiembre de 2021 con un tiraje de 1,500 ejemplares. El contenido y las fotografías son responsabilidad exclusiva de los autores. La reproducción parcial o total sólo podrá hacerse previa autorización del editor de la revista. Toda correspondencia debe ser dirigida al editor responsable: zenteno_gmo@yahoo.es Correo electrónico: revista.saludjalisco@jalisco.gob.mx

SALUDJALISCO, ya se encuentra indizada en:



Editores Nacionales**Dr. Francisco Javier Ochoa Carrillo**

ExPresidente de la Academia Mexicana de Cirugía

Dr. Leopoldo Vega Franco

Fundador de la Asociación Mexicana de Editores de Revistas Biomédicas, A.C. (AMERBAC)

Editores Internacionales**Dr. Radhamés Hernández Mejía/España****Dra. Dafna Feinholz Klip**

Directora de Bioética de la Organización para la Educación, la Ciencia y la Cultura de las Naciones Unidas (UNESCO)

Reinaldo Godoy Novoa/Venezuela

Thankam Sunil, Ph.D., MPH/Universidad de Texas en San Antonio

Dr. Alberto Briceño Fuentes

Jefe de Atención Médica de la Delegación Estatal del ISSSTE Jalisco

Dr. en C. José Francisco Muñoz Valle

Rector del Centro Universitario de Ciencias de la Salud

Universidad de Guadalajara

Dr. Jorge Tellez Lopez

Rector del Centro Universitario de la Costa

Mtra. Karla Alejandrina Planter PérezRector del Centro Universitario de los Altos
Universidad de Guadalajara**Dra. Patricia Bustamente Montes**

Decana de Ciencias de la Salud de la Universidad Autónoma de Guadalajara

Dr. en C. Roberto Anaya Prado

Director de Educación e Investigación Corporativo Centro Médico Puerta de Hierro.

Dra. en C. Gabriela Vázquez Armenta

Decana Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud Región Occidente, Tecnológico de Monterrey

Lic. Psic. Karla Fernanda Mungaray Peralta

Rectora de la Universidad del Valle de México Campus Zapopan

Mtro. Jorge Eduardo Rodríguez Salazar

Rector de la Universidad Cuauhtémoc-Campus Zapopan

Lic. Luis López Villaseñor

Rector de la Universidad Lamar

Pbro. Lic. Francisco Ramírez Yáñez

Rector de la Universidad del Valle de Atemajac

Dra. Adriana Gabriela Becerra García

Coordinación Especializada de Regulación y Calidad

Dra. Gabriela López Armas

Directora del Laboratorio de Salud Pública Centro Estatal de Laboratorios

Dr. Francisco Martín Preciado Figueroa

Comisionado de la Comisión de Arbitraje Médico del Estado de Jalisco (CAMEJAL).

Dra. Hilda E. Alcántara Valencia

Directora General del Sistema de Educación Continua para el Médico General y Familiar

Lic. Ana Sofía Covarrubias Marrufo

Encargada del Despacho del Departamento de Capacitación y Desarrollo, OPD Servicios de Salud Jalisco

Dr. Manuel Sandoval Díaz

Coordinador Estatal de Micobacteriosis, SSJ

Dr. Noé Alfaro Alfaro

CUCS-UdeG

Dra. En Cs. Blanca Miriam de Guadalupe Torres Mendoza

Profesor investigador Titular CUCS-U. de G.

Dr. Jorge Laureano Eugenio

Dirección de Promoción de la Salud del Gobierno de Sonora

C. Paola Joseline Rojas Valdivia

Corrección de estilo

Consejo Editorial**Dr. Ana Gabriela Mena Rodríguez**

Dr. Eduardo Vázquez Valls

Dr. José Alfonso Gutierrez Padilla**Dr. Guillermo Zenteno Covarrubias****Comité Científico****Dr. Ana Gabriela Mena Rodríguez**

Dirección de Salud Pública de la Secretaría de Salud Jalisco

Dr. Eduardo Vázquez Valls

Director General de Educación, Investigación y Calidad Sectorial

Dr. José Alfonso Gutiérrez Padilla

Director Sectorial de Investigación en Salud

Dr. Guillermo Zenteno Covarrubias

Director-Editor de la Revista "Salud Jalisco"

Dr. Roberto Carlos Rivera Ávila

Encargado del Despacho de la Dirección de Evidencia e Inteligencia en Salud

Dr. Rodrigo Ramos Zúñiga

Secretario técnico de la Comisión Estatal de Bioética del Estado de Jalisco

Dr. Rafael Santana Ortiz

Presidente de la Asociación Médica de Jalisco, Colegio Médico, A.C.

Dr. Manuel Alejandro Barajas Zambrano

Director del Hospital General de Occidente

Dr. Ignacio García de la Torre

Reumatólogo del Hospital General de Occidente

Miembro Titular de la Academia Nacional de Medicina

Dra. María del Rocío Ferrusco Ontiveros

Director del Instituto Dermatológico de Jalisco

Dr. Hiran Osiris González Gutiérrez

Director del Instituto Jalisciense de Cirugía Reconstructiva

Dr. José Enrique Cabrales Vázquez

Director del Instituto Jalisciense de Cancerología

Dr. Jaime Federico Andrade Villanueva

Director General OPD Hospitales Civiles



CONTENIDO

| | |
|--|-----|
| Editorial | 156 |
| Carta al Editor | 158 |
| El registro de las investigaciones en la Secretaría de Salud Jalisco realizadas en 2020, durante la pandemia COVID-19 Zepeda-Alfaro M.D., Esparza-Rubio D., González-Díaz A. | |
| Artículos originales | |
| Perfil sociodemográfico de madres embarazadas consumidoras de drogas ilegales atendidas en un Hospital Materno Infantil | 160 |
| Rojo-Gaxiola M.G., Jiménez-Castellanos P.M., Ochoa-Cisneros I.Z., Sánchez-Martínez R.B., Barrera-de León J.C. | |
| Efecto de la frecuencia y la severidad del maltrato disciplinario sobre conductas problemáticas de niños en una comunidad de clase media de Jalisco | 168 |
| Aguirre Sandoval S. | |
| Casos clínicos | |
| Síndrome de DRESS | 178 |
| Gonzalez-Altamirano D.A., De la Cruz-Villalpando B.E., Muñoz-Hernández O.S., Cortes-Rodríguez C.O. | |
| Cáncer mioepitelial cutáneo | 185 |
| Sánchez-Tadeo M.T., Rodríguez-González B.C., Haro-Ríos A. de J., Montes-Aceves F.J., Avalos-Ramírez A.G., Cabrales-Chávez S., Cárdenas-Membrilla, R. | |
| Cultura médica | |
| Toponimia de Colotlán Jalisco | 191 |
| Morales-Rodríguez J.A. | |
| Best Practice | |
| Eficacia de la higiene bucal sistemática perioperatoria en la reducción de infecciones postoperatorias de tracto respiratorio después de una cirugía torácica electiva en adultos | 193 |
| Índices | |
| Índice General | 197 |
| Índice por autor | 201 |

EDITORIAL

Bienvenidos estimados lectores, con el gusto de presentar a Ustedes el No. 24 de nuestra revista “Salud Jalisco”, en esta ocasión cerramos el año, con grandes y tristes experiencias de compañeros y personal que ha estado al frente en las diferentes unidades de salud, sufriendo la enfermedad y en algunos casos con fatales consecuencias, ante esta tercera ola de Covid 19 Delta, los exhortamos a seguir manteniendo el uso de cubre bocas, el uso de gel antibacterial, la sana distancia, para evitar en lo posible los contagios.

Por otro lado, las contingencias ambientales, los desastres naturales, las inundaciones y el dengue emergen como causas de enfermedad y muerte, en nuestro estado existe una campaña permanente denominada: ¡aguas con el dengue!... está en casa, cuya misión es disminuir la enfermedad en las poblaciones más vulnerables, reduciendo la propagación del mosquito aedes agyptus. Sin más hacemos un breve recorrido de lo que encontrarás en esta edición.

Agradecemos al equipo de promotores y asesores de investigación de la Secretaría de Salud Jalisco, la Carta al Editor que nos enviaron y en la cual nos presentan un perfil numérico de los protocolos enviados para su análisis y registro, que muy a pesar de la Pandemia se recibieron en las oficinas centrales de la institución.

Barrera de León y equipo abordan el tema “Perfil sociodemográfico de madres embarazadas consumidoras de drogas ilegales atendidas en un Hospital Materno Infantil”, estudio transversal descriptivo que presenta la problemática del abuso de sustancias legales e ilegales en mujeres embarazadas.

El Dr. Aguirre Sandoval, realiza un estudio transversal en una muestra de 196 cuidadores primarios de menores de edad, donde se busca saber con cuanta frecuencia se detectan niños menores de 18 años con problemas de conducta, generados por la desatención infantil y el abuso correctivo, físico o sexual.

El síndrome de DRESS (Drug Rash with Eosinophilia and Systemic Symptoms) es una reacción idiosincrática grave secundaria a la administración de un fármaco por lo que el Dr. González Altamirano y equipo presentan caso clínico

utilizando la escala de RegiSCAR para evaluar la existencia y gravedad del involucro de órganos internos conoce los resultados.

La Dra. Sánchez Tadeo y equipo presentan caso clínico sobre, el carcinoma mioepitelial localizado exclusivamente en la dermis es extremadamente raro y suele presentarse como una afectación cutánea con compromiso de glándulas écrinas y apócrinas. Se presenta el caso de paciente femenino de 72 años, con tumoración de once años de evolución.

El Hospital Comunitario de Colotlán de la Secretaría de Salud Jalisco, nos hace llegar a través del Dr. Morales Rodríguez, la Toponimia (estudio de los nombres propios de un lugar así como su significado) de Colotlán, encuentra aspectos interesantes de la región.

The Best Practice de Joanna Briggs Institute de Australia en esta ocasión colabora con el artículo “La eficacia de la higiene bucal sistemática perioperatoria en la reducción de infecciones postoperatorias del tracto respiratorio después de una cirugía torácica electiva en adultos”, es una estrategia de descontaminación perioperatoria de la nasofaringe, que permite mejorar de manera asequible la pronta recuperación del paciente, además de evitar la propagación bacteriana nasal después de una cirugía.

Agradecemos de forma infinita el apoyo recibido por el Sr. Secretario de Salud, Dr. Alfonso Petersen Aranguren y Directivos gracias a ello pudimos hacerles llegar este año la Revista “SaludJalisco”, a todo el equipo de colaboradores, autores, revisores, personal médico y administrativo que participo activamente en la administración y distribución de la revista durante el año, nuestras más sinceras felicitaciones, damos las gracias por su amena lectura, esperando la disfruten.

Mtra Mercedes Oliva González
Co-Editor

Carta al Editor

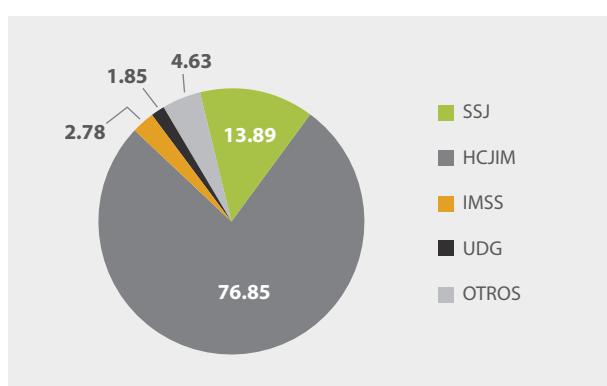
El registro de las investigaciones en la Secretaría de Salud Jalisco realizadas en 2020, durante la pandemia COVID-19

Zepeda-Alfaro M.D., Esparza-Rubio D., González-Díaz A.
Secretaría de Salud Jalisco

El área de investigación de la Secretaría de Salud Jalisco tiene dentro de sus responsabilidades, el realizar un inventario y registro de las investigaciones en salud realizadas por las diferentes instituciones en el estado.

Considerando lo anterior, durante el año 2020, y tomando en cuenta la situación de pandemia de Covid 19 por la que atravesamos, se tuvo un registro de 108 protocolos en proceso de investigación (figura 1).

Figura 1.
Protocolos por Institución



Fuente: registro estatal de investigación

Del total (108), el 77 % (83), correspondieron al Hospital Civil Juan I. Menchaca (HCJIM), le siguió la Secretaría de Salud Jalisco (SSJ) con el 14 % (15), y otros, correspondientes a diferentes instancias incluyendo particulares con 4 % (5), el IMSS tiene el 3 % (3), y finalmente 2% (2) la Universidad de Guadalajara (UDG).

Cabe resaltar que del total de los protocolos inventariados y dentro del rubro de la metodología a utilizar (figura 2), la que predomina es la comparativa con un 73 % (79), le sigue la exploratoria con 10 % (11), y continúan en orden decreciente con igual número de porcentaje, la experimental, la cuantitativa y la mixta, todas con 2 % (2). Es conveniente precisar que el 11% (11) de los protocolos registrados, no contaban con este dato.

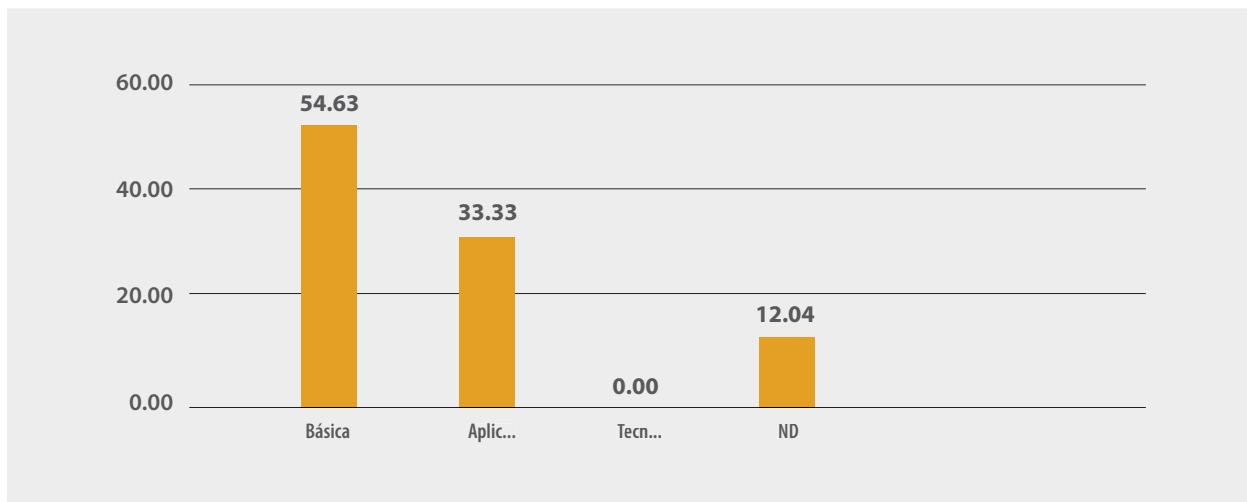
Es importante destacar que según los objetivos de las investigaciones propuestas (figura 3), la que sobresale es la básica con un 55 % (59), le sigue la aplicada con 33 % (36), y el rubro de No Determinada con el 12 % (13), este último rubro considera aquellos protocolos de investigación con datos ilegibles o no referidos.

Figura 2.
Según metodología



Fuente: registro estatal de investigación

Figura 3.
Según objetivos



Fuente: registro estatal de investigación

Es importante manifestar que a pesar de los tiempos de pandemia vividos, la productividad si bien pudo haber disminuido, la investigación registrada, aunque consideramos existe subregistro y a pesar de las limitaciones de personal y recursos, nos muestra la importancia que tiene la investigación para ampliar el conocimiento y apoyar la toma de decisiones en las instituciones de salud donde la realizan.

Perfil sociodemográfico de madres embarazadas consumidoras de drogas ilegales atendidas en un Hospital Materno Infantil

Rojo-Gaxiola M.G.(1), Jiménez-Castellanos P.M.(2), Ochoa-Cisneros I.Z.(3), Sánchez-Martínez R.B.(4), Barrera-de León J.C.(5).

(1) Departamento de Neonatología-Pediatría, Hospital Materno Infantil “Esperanza López Mateos” (HMIELM), Guadalajara, Jalisco, México; (2) Departamento de Ginecología, HMIELM; (3) Departamento de Psicología, HMIELM; (4) Médico cirujano. Universidad Autónoma de Guadalajara; (5) Departamento de Neonatología-Pediatría, HMIELM Secretaría de Salud Jalisco. Dirección de Educación e Investigación UMAE, Hospital de Pediatría, CMNO, IMSS. Guadalajara, Jalisco, México.

Resumen

Introducción. El abuso de sustancias ha sido un problema a nivel mundial, en las últimas décadas se ha dirigido la atención al uso de sustancias legales e ilegales por embarazadas ya que atraviesan la placenta implicando riesgos para la salud del feto y el neonato, convirtiéndose en un alarmante problema de salud pública. El objetivo fue identificar el perfil sociodemográfico de madres que consumen drogas ilegales durante el embarazo. **Métodos.** Estudio transversal descriptivo evaluando expedientes integrados en el Comité de Maltrato Fetal del Hospital Materno Infantil “Esperanza López Mateos” con antecedente de consumo de drogas ilegales durante el embarazo de enero/2016 a julio/2018. Se consideraron variables sociodemográficas. Estadística descriptiva con medidas de tendencia central y dispersión. Paquete estadístico SPSS 23.0. Aceptación Comité Estatal de Investigación 25/HMIELM-JAL/2019. **Resultados.** Se analizaron 173 expedientes. La incidencia de consumo de drogas ilegales durante el embarazo 10.4 por 1000 nacidos vivos. Los factores más relacionados fueron edad materna 20-25 años, n=73 (42.0%), solteras n=88 (50.8%), escolaridad primaria n=69 (39.8%), amas de casa n=138 (69.7%), control prenatal n=118 (68.2%), consumo de tabaco n=74 (42.7%). Solo 44 (25.4%) planeó su embarazo. Los recién nacidos fueron femeninos n=83 (47.9%), los días de vida al momento de la entrevista 0-5 días (87.2%). La droga de mayor consumo fue metanfetamina. **Conclusiones.** Las características más comunes de madres consumidoras de drogas fueron edad joven, solteras, con primaria, amas de casa con aparente buen control prenatal.

Palabras clave. Maltrato fetal, abuso fetal, drogas y embarazo, adicción materna, factores de riesgo.

Abstract

Background. Substance abuse has been a problem worldwide, in recent decades attention has been directed to the use of legal and illegal substances by pregnant women since they cross the placenta involving risks to the health of the fetus and the newborn, becoming an alarming public health problem. The aim was identify the sociodemographic profile of mothers who consume illegal drugs during pregnancy. **Material and methods.** Descriptive cross-sectional study evaluating files integrated in the Fetal Abuse Committee of the Hospital Materno Infantil “Esperanza López Mateos” with a history of illegal drug use during pregnancy from January / 2016 to July / 2018. Sociodemographic variables were considered. Descriptive statistics with measures of central tendency and dispersion. SPSS 23.0 statistical package. Acceptance State Investigation Committee 25 / HMIELM-JAL / 2019. **Results.** 173 files were analyzed. The incidence of illegal drug use during pregnancy 10.4 per 1000 live births. The most related factors were maternal age 20-25 years, n=73 (42.0%), single n=88 (50.8%), primary schooling n=69 (39.8%), housewives n=138 (69.7%), prenatal control n=118 (68.2%), tobacco use n=74 (42.7%). Only 44 (25.4%) planned their pregnancy. The newborns were female n=83 (47.9%), the days of life at the time of the interview 0-5 days (87.2%). The most commonly used drug was methamphetamine. **Conclusions.** The most common characteristics of drug-consuming mothers were young, lonely, with primary age, housewives with apparent good prenatal control.

Keywords. Fetal abuse, drugs and pregnancy, maternal addiction, risk factors.

Introducción

El abuso de sustancias ha sido un problema a nivel mundial y en todos los niveles de la sociedad. En las últimas décadas se ha dirigido la atención al uso de sustancias legales e ilegales por las mujeres embarazadas ya que casi todas las drogas atraviesan la placenta y tienen efectos sobre el feto.¹

El Informe Mundial sobre las Drogas 2017 (UNODC) estima que alrededor de 250 millones de personas entre 15 y 64 años habían utilizado alguna droga ilícita al menos una vez en el año 2015. La droga de mayor consumo en el mundo es la marihuana con una prevalencia de 3.8% seguida de las anfetaminas y estimulantes tipo anfetamínico y los opioides.²

En Estados Unidos el National Survey of Drug Use and Health 2016 reportó una prevalencia de consumo de drogas ilícitas en la población de 12 a 17 años de 15.8% y de 18-25 años 37.7%, la misma encuesta reveló que el 6.3% de las mujeres embarazadas consumieron alguna droga ilícita en el último mes.³

En México la ENCODAT (Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco) 2016-2017 documentó que el consumo de drogas en la población general aumentó de 3.12% a 7.8% del año 2011 al 2016; en las mujeres de la región Occidente, el consumo incrementó de 3.8% a 8%, con aumento considerable en mujeres adolescentes (12 a 17 años) y de 18 a 34 años, siendo la marihuana la droga de preferencia.²

El incremento en el de abuso de sustancias por las mujeres embarazadas es un alarmante problema de salud pública, que posee riesgos para la salud del feto, el neonato y el niño en desarrollo.⁴

La utilización de drogas ilegales y/o legales por parte de la mujer embarazada conlleva una situación de alto riesgo para la madre, el feto y el recién nacido.⁵ Con frecuencia tienen antecedentes de atención prenatal y postnatal deficiente y tienden a estar en una situación social desfavorable. El vínculo y el grado de respuesta entre la madre y el recién nacido se ven comprometidos y se ha registrado aumento de la incidencia de maltrato o negligencia hacia el niño y de muertes infantiles.⁶

La exposición a sustancias adictivas durante el embarazo conduce a riesgos derivados del consumo en sí y a riesgos derivados de conductas relacionadas con el consumo de la sustancia, como una mala alimentación, un pobre control prenatal y una alta posibilidad de contagio de

enfermedades virales como la hepatitis y el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).⁶

Estudios previos como el realizado por Fajardo y Olivas en el año 2010 en Sonora y más tarde en el 2014 en el Occidente del país por Gutiérrez y colaboradores y el mismo año por Angulo y colaboradores han evidenciado que las madres que consumen drogas ilícitas durante la gestación en su mayoría tienen nivel socioeconómico bajo, escolaridad baja, múltiples parejas sexuales, no acuden a control prenatal, primigestas, dedicadas al hogar, solteras y su edad oscila entre los 20-24 años de edad.^{5,7,8}

Las drogas pueden afectar al feto por múltiples mecanismos, durante la etapa embriogénica pueden tener efectos teratógenos significativos, durante el periodo fetal, después de que el desarrollo estructural mayor está completo, las drogas tienen efectos más sutiles como crecimiento y/o maduración anormal, alteración en los neurotransmisores y sus receptores y alteración de la organización cerebral.¹

Son múltiples los factores que convierten el embarazo de la mujer toxicómana en un embarazo de alto riesgo, por un lado, la asociación frecuente de alcoholismo, tabaquismo y sustancias toxicas ilícitas; una población de nivel socioeconómico y cultural bajo, con condiciones de vida muy precarias; por otra parte, una vigilancia prenatal escasa o inexistente y finalmente una mayor morbilidad materna y peores resultados perinatales.⁶

El objetivo del estudio fue establecer un perfil sociodemográfico característico de las mujeres embarazadas que consumen drogas ilegales durante el embarazo y que acudieron para su atención en el Hospital Materno Infantil Esperanza López Mateos de enero 2016 a junio de 2018.

Material y método

Diseño de estudio

Estudio transversal descriptivo que incluyó a pacientes que acudieron al Hospital Materno Infantil “Esperanza López Mateos” de la Secretaría de Salud Jalisco a atención de parto, con un embarazo mayor a 20 semanas de gestación y con antecedente de consumo de drogas ilegales durante el embarazo referido por las madres en el interrogatorio o bien al presentar una marcha toxicológica en orina positiva.

Criterios de selección

Se incluyeron los casos registrados en la base de datos del Comité de Maltrato Fetal que tuvieron la información

requerida completa en el expediente clínico de la madre y del recién nacido. Se excluyeron los casos que no se encontraron registrados en la base de datos del Comité de Maltrato Fetal. Se eliminaron expedientes y encuestas incompletas, así como los casos que al término de la entrevista no se corroboró el consumo de drogas ilícitas durante la gestación y los casos con información inconsistente o no oficial.

Desarrollo del estudio

Al ingresar al hospital una paciente para la atención de parto o cesárea el pediatra en turno realizó una historia clínica del recién nacido donde se interrogó sobre el consumo de drogas durante el embarazo, al proporcionar verbalmente la madre el dato afirmativo se solicitó interconsulta al Comité de Maltrato Fetal del Hospital Materno Infantil Esperanza López Mateos, quien a su vez realizó una entrevista más detallada en cuanto al consumo de sustancias ilícitas y lícitas, otras formas de maltrato fetal y factores relacionados con el mismo, posteriormente se capturó la información en una base de datos la cual se analizó para la realización de este estudio de acuerdo a los criterios de selección ya mencionados.

Análisis estadístico

Para el análisis de los datos, se utilizó el programa estadístico informático SPSS versión 24. El análisis descriptivo de variables cualitativas se realizó con frecuencias y porcentajes. Para variables cuantitativas, de acuerdo con la curva de distribución de datos se utilizaron medias y desviación estándar para curvas simétricas o medianas y rangos en curvas no simétricas.

Consideraciones éticas

Todos los procedimientos están de acuerdo con lo estipulado en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, Título segundo, capítulo I, Artículo 17, Sección I, investigación sin riesgo, al ser una investigación de tipo descriptivo y la información tomada de la base datos del Comité de Maltrato Fetal no se requirió el consentimiento informado de la paciente, no interfiriendo en el manejo de su puerperio ni de sus patologías.

El proyecto fue aprobado por el Comité de Investigación y Ética en Investigación del Hospital Materno Infantil Esperanza López Mateos y la Dirección de Generación de Recursos Profesionales, Investigación y Desarrollo de la Secretaría de Salud Jalisco, siendo incorporado al Registro Estatal de Investigación con el número 25/HMIELM-JAL/2019.

Resultados

Se analizó un total de 422 expedientes de la base de datos del Comité de Maltrato Fetal del Hospital Materno Infantil “Esperanza López Mateos” de acuerdo a los criterios de selección se obtuvo un total de 173 expedientes, la incidencia anual fue de 10.4 casos por 1000 nacidos vivos.

Al análisis de los datos sociodemográficos de la madre, se documentó que el 50.8% de las madres fueron solteras, seguido de un 46.8% en unión libre. En cuanto al nivel de escolaridad lo más frecuente fue primaria con 69 casos (39.8%) seguido de secundaria con 58 (33.5%). Principalmente fueron dedicadas al hogar en el 79.7% pacientes. En relación al número de parejas sexuales el 57.8% pacientes refirieron de 1-4 parejas.

La media de edad materna fue de 21.2 ± 5 años, con un mínimo de 12 y máximo de 43 años, al ubicarlas por grupos de edad el grupo de mayor frecuencia fue el de 20-25 años con 73%, seguido del grupo de adolescentes de 12 a 19 años con 41% de los casos registrados. (Tabla 1)

Tabla 1.
Datos sociodemográficos de madres consumidoras de drogas en el periodo de estudio

| | Frecuencia N=173 |
|---------------------------|---------------------|
| Estado civil | |
| Soltera, n (%) | 88 (50.8) |
| Casada, n (%) | 0 (0) |
| Unión libre, n (%) | 81 (46.8) |
| No referido, n (%) | 4 (2.3) |
| Escolaridad | |
| Analfabeta, n (%) | 11 (6.3) |
| Preescolar, n (%) | 20 (11.5) |
| Primaria, n (%) | 69 (39.8) |
| Secundaria, n (%) | 58 (33.5) |
| Preparatoria, n (%) | 7 (4.0) |
| No referido, n (%) | 8 (4.6) |
| Ocupación | |
| Hogar, n (%) | 138 (79.7) |
| Obrera, n (%) | 2 (1.1) |
| Empleada doméstica, n (%) | 5 (2.8) |
| Comerciante, n (%) | 7 (4.0) |

| | Frecuencia N=173 |
|-----------------------------------|---------------------|
| Desempleada, n (%) | 2 (1.1) |
| Otro, n (%) | 9 (5.2) |
| No referido, n (%) | 7 (4.0) |
| Edad | |
| ≤ 12, n (%) | 0 (0) |
| 12-19, n (%) | 71 (41.0) |
| 20-25, n (%) | 73 (42.1) |
| 26-30, n (%) | 19 (10.9) |
| 31-35, n (%) | 4 (2.3) |
| ≥ 36, n (%) | 4 (2.3) |
| Perdidos, n (%) | 2 (1.1) |
| Número de parejas sexuales | |
| 1-4, n (%) | 100 (57.8) |
| 5-10, n (%) | 22 (12.7) |
| >10, n (%) | 9 (5.2) |
| No referido, n (%) | 41 (23.6) |

Fuente: Directa.

En cuanto a los antecedentes perinatales solo el 25.4% de las pacientes tuvieron un embarazo planeado, sin embargo el 90.1% mencionaron aceptar su embarazo, 10 pacientes refirieron intentaron abortar; las pacientes mencionaron que desconocían que estaban embarazadas mientras consumieron drogas en el 11.5% de los casos y 118 (68.2%) pacientes asistieron a control prenatal, con una mediana de 3 consultas en total, sin embargo solo el 46.6% de las pacientes acudieron a más de 5 consultas, con un máximo de 3 consultas en primer trimestre y 5 consultas en el segundo y tercer trimestre. Contaron con el apoyo de sus parejas solo el 56% de pacientes; en relación al número de gestaciones el consumo de drogas se presentó principalmente en pacientes primigestas con el 46.6% de los casos.

De las 173 pacientes 25 (14.4 %) fueron víctimas de violencia física en el embarazo y se observó que el 42.7% consumieron tabaco y 17.3% alcohol en el embarazo. (Tabla 2)

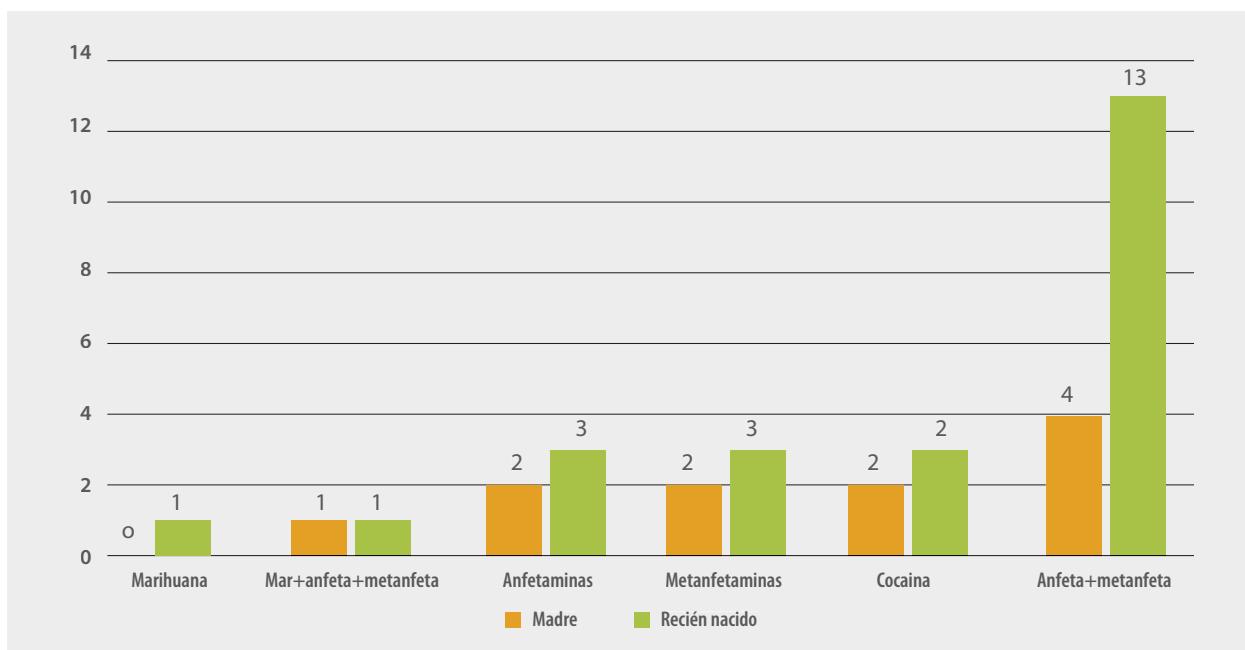
Tabla 2.
Antecedentes perinatales de mujeres embarazadas consumidoras de drogas

| | Frecuencia |
|---|------------|
| Embarazo planeado, n=173, n (%) | 44 (25.4) |
| Embarazo aceptado, n=173, n (%) | 156 (90.1) |
| Intentos de aborto, n=173, n (%) | 10 (5.7) |
| Desconocía del embarazo, n=173, n (%) | 20 (11.5) |
| Control prenatal, n=173, n (%) | 118 (68.2) |
| Número de consultas recibidas n =118 | |
| 1-4 consultas, n (%) | 55 (46.6) |
| 5 o más consultas, n (%) | 55 (46.6) |
| Apoyo pareja, n=173, n (%) | 97 (56.0) |
| Número de gesta, n=173 | |
| 1 gesta, n (%) | 81 (46.8) |
| 2-3 gestas, n (%) | 63 (36.4) |
| 4-6 gestas, n (%) | 18 (10.4) |
| >7 gestas, n (%) | 4 (2.3) |
| No referido, n (%) | 7 (4.0) |
| Víctima de violencia física en el embarazo, n (%) | 25 (14.4) |
| Consumo de tabaco o alcohol en el embarazo, n=173 | |
| Tabaco, n (%) | 74 (42.7) |
| Alcohol, n (%) | 30 (17.3) |

Fuente: Directa.

En solo 65 pacientes (37.5%) se realizó marcha toxicológica en orina, con resultado positivo en el 49.2% de las muestras, 10.7% en la madre y 38.4% en el recién nacido. Las drogas mayormente detectadas en las madres fue la combinación de anfetaminas con metanfetaminas en 4 casos (36.3%). En los recién nacidos la combinación de anfetaminas con metanfetaminas ocupó el primer lugar con 13 (56.5%) casos. (Figura 1)

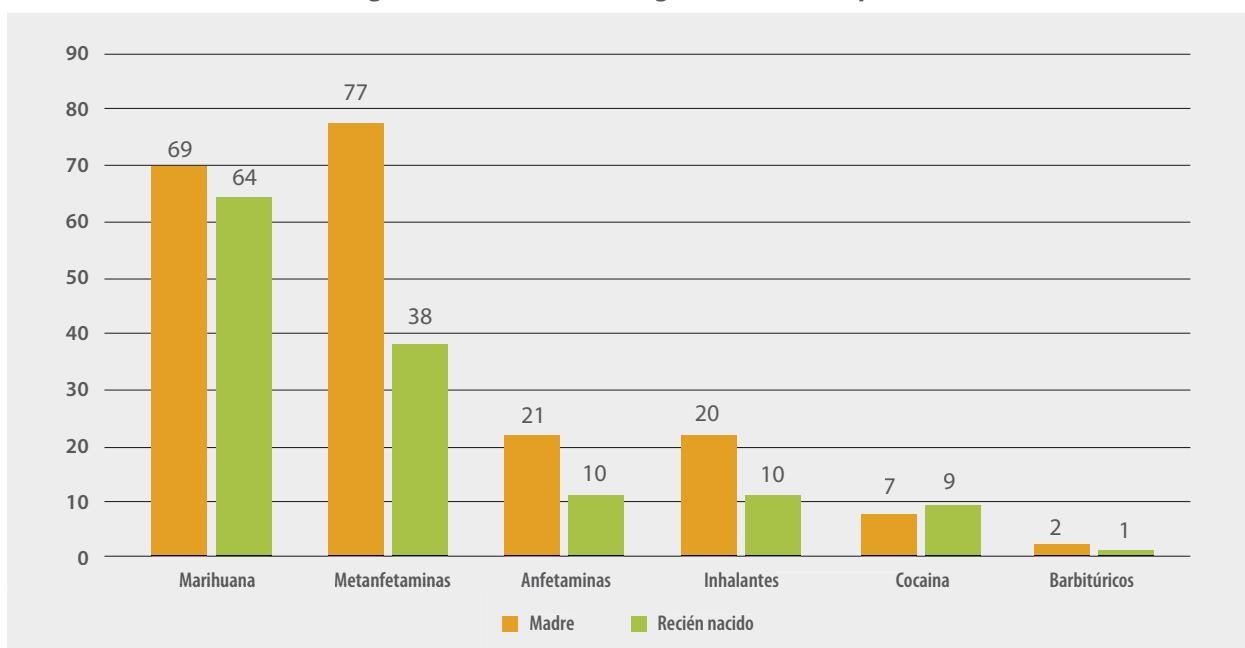
Figura 1.
Resultado de marcha toxicológica de la madre y del recién nacido



Fuente: Directa.

Las drogas de mayor consumo durante el embarazo según lo que mencionaron las madres al interrogatorio fueron las metanfetaminas en el 44.5% de las madres, seguida de marihuana en 39.8% y anfetaminas 12.1%. (Figura 2)

Figura 2.
Drogas referidas en el interrogatorio de ambos padres



Fuente: Directa.

Del recién nacido solo se documentó el sexo femenino en 47.9% y masculinos 43.9%, la edad en días al momento de la entrevista en la mayoría de los casos fue de 0-5 días en el 87.2% de los pacientes.

Se analizaron datos sociodemográficos del padre de los recién nacidos, la media de edad paterna fue de 27 años con un mínimo de 16 y máximo de 62 años, al ubicarlos por grupos de edad el grupo más frecuente fue el de 20-25 años en el 30.6% de los casos, seguido del grupo de 26-30 años en 17.9%. Para la escolaridad se documentó mayormente la educación primaria en 24.2%, seguido de secundaria en 23.1%. En cuanto al uso de drogas por parte del padre se registró que 95 (54.9%) de ellos eran consumidores de drogas ilegales, siendo la marihuana la principal droga de consumo. (Tabla 3)

Tabla 3.

Datos sociodemográficos de las parejas de madres consumidoras de drogas

| | Frecuencia |
|--------------------------|------------|
| Edad padre n =173 | |
| ≤ 12, n (%) | 0 (0') |
| 12-19, n (%) | 22 (12.7) |
| 20-25, n (%) | 53 (30.6) |
| 26-30, n (%) | 31 (17.9) |
| 31-35, n (%) | 19 (10.9) |
| ≥ 36, n (%) | 24 (13.8) |
| No referido, n (%) | 24 (13.8) |
| Escolaridad padre, n=173 | |
| Analfabeta, n (%) | 7 (4.0) |
| Preescolar, n (%) | 4 (2.3) |
| Primaria, n (%) | 42 (24.2) |
| Secundaria, n (%) | 40 (23.1) |
| Preparatoria, n (%) | 15 (8.6) |
| Licenciatura, n (%) | 1 (0.5) |
| Desconocido, n (%) | 16 (9.2) |
| Drogas padre, n=95 | 95 (54.9) |
| Cocaína, n (%) | 9 (9.4) |
| Marihuana, n (%) | 64 (67.3) |
| Anfetaminas, n (%) | 10 (10.5) |
| Metanfetaminas, n (%) | 38 (40.0) |
| Barbitúricos, n (%) | 1 (1.0) |
| Morfina/opiáceos, n (%) | 0 (0) |
| Inhalantes, n (%) | 10 (10.5) |

Fuente: Directa.

Tabla 4.

Datos del RN

| Variable | Frecuencia | Porcentaje |
|--|------------|------------|
| Sexo del RN n=173 | | |
| Masculino | 76 | 43.9 |
| Femenino | 83 | 47.9 |
| No referido | 14 | 8.0 |
| Edad del RN al interrogatorio n=173 | | |
| 0-5 | 151 | 87.2 |
| 6-10 | 5 | 2.8 |
| 11-15 | 1 | 0.5 |
| 16-18 | 1 | 0.5 |
| No referido | 15 | 8.6 |

Fuente: Directa.

Discusión

El consumo de drogas ilegales durante el embarazo es considerado una de las formas de maltrato fetal, el cual tiene un origen multifactorial, puede ejercerlo la madre, el médico, las instituciones o cualquier persona que influya en el desarrollo del embarazo.

La incidencia anual documentada en el presente estudio evidencia un incremento en comparación a reportes previos como el de Fajardo y cols., realizado en el año 2010 quienes en 10 años registraron 3 casos por cada 1000 nacidos vivos registrados.⁵

Los hallazgos registrados en esta investigación son muy similares a lo previamente reportado por Fajardo, Angulo y Gutiérrez^{5,8,7} mostrando que estas mujeres son de bajo nivel de escolaridad, dedicadas al hogar, con embarazos no planeados, edad materna de 21 ± 5 años, solteras o en unión libre, con uso concomitante de otras drogas como el tabaco.

Las drogas con mayor frecuencia de consumo en nuestras pacientes fueron metanfetaminas y anfetaminas solas o en combinación con marihuana. Se observó que la pareja en la mitad de los casos es también adicta a sustancias ilegales principalmente marihuana, situación que agrava el entorno en el cual el recién nacido se desenvolverá e incentiva el consumo por parte de las madres.

El incremento en el consumo de metanfetaminas en las mujeres embarazadas que demuestra este estudio

representa una crisis de salud pública actual con repercusiones de salud para la madre y el recién nacido, y sociales como la separación del binomio y desintegración familiar.

Se ha visto que el consumo de metanfetaminas se ha asociado a una ganancia ponderal y estado nutricional pobre durante el embarazo ya que por lo general las sustancias que se consumen suprimen el apetito, además el factor psicosocial tiende a agravar el estado de desnutrición.

Estudios en animales han demostrado que las metanfetaminas tienen un efecto vasoconstrictor provocando disminución de la perfusión uteroplacentaria, resultando en hipoxia fetal, lo que provoca retardo en el crecimiento intrauterino.⁹

Un entorno familiar adecuado es fundamental para el sano desarrollo físico y social del recién nacido, el uso de drogas por parte de ambos padres y su condición social desfavorable conjuntan una situación poco propicia para que esto ocurra dando origen a casos de maltrato infantil. Aunado a esto en ocasiones se requiere una estancia hospitalaria prolongada para la intervención de instancias gubernamentales lo que representa mayores costos hospitalarios, riesgo de infecciones nosocomiales y separación del binomio, incurriendo en maltrato institucional.

La tercera parte de las pacientes no acudieron a control prenatal, cifra que difiere con Fajardo y Ramos^{6,10} quienes documentan un alto porcentaje de nulo control prenatal en las mujeres que incurren en consumo de drogas ilegales y otras formas de maltrato fetal.

Otro hallazgo relevante fue que el consumo de drogas se presentó más en pacientes primigestas, apreciándose una disminución en el consumo a mayor número de gestaciones, dando pauta a la implementación de programas preventivos en pacientes sin gestaciones previas y con vida sexual activa.

Se presentaron limitaciones en la recolección de información, los datos fueron obtenidos del interrogatorio de la madre y debido a la naturaleza de este estudio y al temor de las repercusiones legales pudieran haber omitido información trascendente para esta investigación, otra limitante fueron los pocos casos en que se recolectó una muestra de orina para marcha toxicológica y obtener un resultado confiable, pudiendo perderse casos en que la madre durante el interrogatorio negó el consumo.

Este estudio aporta herramientas útiles para el conocimiento de este fenómeno social, como el crecimiento acelerado de su frecuencia y el nivel sociodemográfico bajo de esta población, lo que permite reconocer que enfrentamos una situación grave con implicaciones sociales y de salud tanto para la madre como para el recién nacido.

Es necesaria una mayor intervención de las autoridades de salud y de programas sociales y preventivos para abordar a fondo esta problemática e incidir en conjunto con el personal de salud para influir en el buen desarrollo físico y social de la madre y su producto. Tal como lo menciona Behnke M.¹ el rol de los pediatras en los casos de exposición prenatal a drogas debiera incluir la prevención, identificación de la exposición, reconocimiento de problemas médicos en los recién nacidos expuestos, protección de los infantes y su seguimiento y aun hace falta mayor interés por parte de ésta grupo de especialistas sobre el tema. Hacen falta también más investigaciones para identificar y conocer a esta población e intervenir a fin de disminuir la incidencia del maltrato fetal e infantil.

Conclusiones

El consumo de drogas ilegales en nuestro país va en incremento, observándose cada vez más el uso de drogas sintéticas debido al fácil acceso y bajo costo. El perfil sociodemográfico de las mujeres que consumen drogas ilegales durante el embarazo es similar a lo documentado en estudios previos, un nivel socioeconómico bajo, con circunstancias desfavorables para su desarrollo social. En nuestra población fue más frecuente que las madres acudieran a control prenatal aunque asistieron a pocas consultas, será necesario hacer mayor énfasis en promover en las mujeres embarazadas la importancia del control prenatal para el buen término del embarazo.

Nuevos estudios pueden ser necesarios sobre el consumo de drogas ilegales en mujeres embarazadas, enfocados a determinar variables en el entorno familiar y social que promuevan estas prácticas en las madres para desde este enfoque prevenir dicha problemática.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales: los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos: los autores delcaran que se han seguido los protocolos del centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado: los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Financiamiento: No se ha recibido financiamiento externo para realizar esta investigación.

Agradecimientos

Agradecemos al personal del Hospital Materno Infantil Esperanza López Mateos, de la Secretaría de Salud Jalisco por las facilidades otorgadas para realizar este estudio.

Fuente de financiación: No se ha recibido financiamiento para realizar esta investigación, los recursos fueron otorgados por la institución y los investigadores.

Contacto: Dr. Juan Carlos Barrera de León.

Avenida Constituyentes No. 1075, Col. Moderna, Guadalajara, Jalisco, México.

CP 44340 Teléfono 3331378280

Correo electrónico: jcbarre@hotmai.com.

Referencias bibliográficas

1. Behnke M, Smith VC. Prenatal Substance Abuse: Short-and Long-term Effects on the Exposed Fetus. *Pediatrics*. 2013;131:e1009-e1024
2. Villatoro-Velázquez JA, Medina-Mora ME, Hernández-Ávila M, Gutiérrez JP, Franco-Nuñez A, Reynales-Shigematsu LM, et al. Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco. Comisión Nacional Contra las Adicciones, Secretaría de Salud. 2016-2017:21-91. Disponible en: www.inperf.gob.mxwww.conadic.gob.mx www.insp.mx
3. National Survey on Drug Use and Health: Detailed Tables. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. 2016. Disponible en: www.samhsa.gov/data/sites/default/files/NSDUH-DefTabs-2016/NSDUH-DefTabs-2016.pdf
4. Bailey N.A MD, Díaz-Barbosa M MD, Effect of Maternal Substance Abuse on the Fetus, Neonate, and Child. *Pediatrics in Review*. 2018;39:550-558
5. Fajardo-Ochoa F, Olivas-Peñañuri MR. Abuso fetal por consumo materno de drogas durante el e embarazo. *Bol Clin Hosp Infant Edm Son*. 2010;27(1):9-15.
6. Ruoti-Cosp M, Ontano M, Calebrese E, Airaldi L, Gruhn E, Galeano J, et al. Uso y abuso de drogas durante el embarazo. *Mem. Inst. Investig. Cienc. Salud*. 2009;7(2):32-44.
7. Gutiérrez-Padilla JA, Padilla-Muñoz H, Gutiérrez-González H, Barrera-de León JC, Aguirre-Jáuregui OM, Martínez-Verónica R, et al. Evolución clínica de hijos de madres con adicciones internados en una unidad de terapia intensiva neonatal del Occidente de México. *Ginecol y Obstet Mex*. 2014; 82(7):441-447.
8. Angulo-Castellanos E, García Morales E, Guzmán Sánchez A, Valle-Delgado E, Gutiérrez-González I, Gutiérrez-Chávez DA, et al. Clínica para madres adictas durante el periodo perinatal, experiencia en el Hospital Civil de Guadalajara "Fray Antonio Alcalde". *Anu Invest Adicciones, U de G*. 2014; 14(1).
9. Giorgia Sebastiani, Cristina Borrás-Novell, Miguel Alsina Casanova ,Mireia Pascual Tutsaus, Silvia Ferrero Martínez, María Dolores Gómez Roig and Oscar García-Algar, The Effects of Alcohol and Drugs of Abuse on Maternal Nutritional Profile during Pregnancy, *Nutrients*, 2018;10, 1008.
10. Ramos-Gutiérrez RY, Barriga-Marín JA, Pérez-Molina J. Embarazo en adolescentes como factor de riesgo para maltrato fetal. *Ginecol Obstet Mex*. 2009;77(7):311-316.

Efecto de la frecuencia y la severidad del maltrato disciplinario sobre conductas problemáticas de niños en una comunidad de clase media de Jalisco

Aguirre Sandoval S.

Servicio de psicología, Centro de Salud San Pedrito, Región Sanitaria XII Centro-Tlaquepaque, Secretaría de Salud Jalisco, San Pedro Tlaquepaque, Jalisco, México.

Resumen

Introducción: En la investigación del maltrato infantil existe la tendencia dominante de estudiarlo solo como prevalencia, y en caso de analizar el efecto diferenciado de sus dimensiones, su Frecuencia suele ser evaluada en rangos muy amplios de tiempo y ocurrencia. **Objetivo:** Se busca evaluar el efecto diferenciado de la Frecuencia y la Severidad del maltrato disciplinario sobre las conductas problemáticas infantiles, a la vez que medir la Frecuencia mediante la precisión de una escala de razón, y que interroge sobre el pasado inmediato. **Método:** Los participantes fueron 196 cuidadores primarios de menores en edad preescolar, que en el marco de un estudio transversal han informado sobre conductas problemáticas de los niños en casa y sobre el maltrato disciplinario que ejercen. Para evaluar la asociación de la Frecuencia y la Severidad del maltrato disciplinario con las conductas problemáticas infantiles se aplicó la prueba t para la comparación de medias, así como pruebas de correlación lineal, tomando las variables en diferentes grados de generalidad y agrupación. **Resultados:** a) tanto la Frecuencia como la Severidad del maltrato establecen de manera diferenciada asociaciones positivas y significativas con las conductas problemáticas; b) la Frecuencia del maltrato es más influyente que la Severidad sobre las conductas problemáticas ($r = .538$; $p \leq .01$ y $r = .174$; $p \leq .05$ respectivamente); c) las conductas maltratantes más comunes y menos severas generan mayores secuelas en la conducta infantil. **Discusión y conclusión:** De acuerdo a lo encontrado, no existen formas inocuas de maltrato al niño, ni aun aquellas más leves, ya que su mayor potencial patogénico reside en su repetición.

Palabras clave: maltrato infantil, frecuencia de maltrato, severidad de maltrato, conductas problemáticas.

Abstract

Introduction: In child maltreatment research there is a dominant tendency to study it only as prevalence, and in case of analyzing the differentiated effect of its dimensions, Frequency is usually evaluated in very wide ranges of time and occurrence. **Objective:** We sought to evaluate the differential effect of the Frequency and Severity of violent discipline on children's problem behaviors, while measuring Frequency by accuracy of a ratio scale, and questioning about the immediate past. **Method:** The participants were 196 primary caregivers of preschool children, who in the framework of a cross-sectional study have reported on children's problem behaviors at home and on the violent discipline they exert. To evaluate the association of the Frequency and Severity of disciplinary mistreatment with children's problem behaviors, the t-test was applied for the comparison of means, as well as linear correlation tests, taking the variables in different degrees of generality and grouping. **Results:** a) both Frequency and Severity of maltreatment establish positive and significant associations with problem behaviors; b) Frequency of maltreatment is more influential than Severity on problem behaviors ($r = .538$; $p \leq .01$ y $r = .174$; $p \leq .05$ respectively); c) more common and less severe maltreatment behaviors generate greater sequelae in children's behavior. **Discussion and conclusion:** According to the findings, there are no innocuous forms of child maltreatment, not even the mildest ones, since their greatest pathogenic potential lies in their repetition.

Keywords: child maltreatment, frequency of maltreatment, severity of maltreatment, problem behaviors.

Introducción

“El maltrato infantil se define como los abusos y la desatención de que son objeto los menores de 18 años, e incluye todos los tipos de maltrato físico o psicológico, abuso sexual, desatención, negligencia y explotación comercial o de otro tipo que causen o puedan causar un daño a la salud, desarrollo o dignidad del niño, o poner en peligro su supervivencia, en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder”.¹

De la totalidad de maltrato interpersonal que reciben los niños, la porción principal tiene una finalidad pedagógica, en forma de castigos, como disciplina violenta o maltratante,² cuya prevalencia mundial, en un reporte basado en datos representativos de 190 países, tiene un promedio del 70% para maltrato emocional periódico, y del 60% para castigos físicos, en niños entre 2 y 14 años de edad. En México, La Encuesta Nacional de Niños, Niñas y Mujeres,³ identificó que el 63% de los niños, entre 1 y 14 años de edad, fue sometido a disciplina violenta, que implicó al menos a una forma de castigo corporal o agresión psicológica por algún miembro adulto del hogar durante el mes anterior a la encuesta (prevalencia mensual).

Las secuelas del maltrato a los niños, además del sufrimiento inmediato que produce, consisten en afectaciones importantes en el corto, mediano y largo plazo, incluyendo deterioro de la salud física, mental y del desarrollo.¹ En un estudio muy amplio realizado en 21 países⁴ se encontró que el maltrato físico recibido en la infancia es la segunda forma de adversidad más influyente en la enfermedad mental del adulto. De manera similar, en un estudio realizado en 14 países⁵ se encontró que el maltrato físico en la infancia por parte de cuidadores primarios es el evento vital traumático con una asociación más fuerte con enfermedades físicas crónicas en la adultez.

Hablando de un tipo de secuela en particular, el maltrato infantil disciplinario produce un incremento de las conductas problemáticas en los menores, aquellas conductas que precisamente está intentando contener y eliminar. Así, el castigo maltratante se asocia a un incremento de la conducta agresiva en niños;⁶ el castigo físico se asocia a comportamiento negativista desafiantes y comportamiento agresivo en los menores que lo reciben;⁷ el uso de castigo maltratante se asocia a inatención, pobre autocontrol, agresión y desobediencia en preescolares.⁸

El maltrato infantil no es un fenómeno simple, sino una variable de múltiples dimensiones,⁹ entre ellas el tipo, la

frecuencia, la intensidad, la severidad, la cronicidad, la intencionalidad. Pero la mayoría de los instrumentos y de los estudios evalúan y analizan solo su prevalencia, como una variable nominal dicotómica: existe o no existe. En un estudio en que se revisaron 32 instrumentos validados en el tema, se encuentra que el 66% de ellos evalúan solo prevalencia.¹⁰ Ese enfoque puede estar justificado por la finalidad particular de una investigación, pero como tendencia dominante contribuye a mantener inacabada la importante tarea de desagregar las múltiples dimensiones del maltrato y de conocer el efecto diferenciado de cada una de ellas sobre la salud del niño.⁹

Entre los estudios disponibles, aun relativamente escasos, que analizan el efecto diferenciado de distintas dimensiones del maltrato sobre la salud de los menores, se reporta que la Frecuencia de maltrato se asocia a incremento de conductas violentas,¹¹ externalizantes,¹² y problemáticas.¹³ De manera similar, se ha reportado que la Severidad del maltrato se asocia a incremento de conducta externalizante^{9,12} y problemáticas.¹³

Pero cuando se evalúa la Frecuencia del maltrato como una dimensión específica, esta “es usualmente examinada solo como un indicador amplio de ocurrencia”.⁹ Esta amplitud de la evaluación se refiere al lapso temporal investigado (generalmente los doce meses anteriores, o la infancia entera), con la desventaja de que “mientras mayor sea el periodo de tiempo sobre el cual se pregunta, más impreciso será el reporte sobre la frecuencia total de incidentes”.¹⁰ Pero la amplitud de la evaluación también se refiere a la escala de medición utilizada, generalmente de tipo ordinal, considerando que dicho tipo de escala solo identifica rangos de ocurrencia, e implica menor precisión que una escala continua, la cual estaría orientada a registrar un número real de eventos.¹⁴ Obtenemos un buen panorama sobre dicha tendencia dominante al confirmar que los 4 instrumentos de medición de maltrato recomendados por la OMS,¹⁵ en un documento técnico muy relevante en el tema, presentan todos ellos dicha característica: the Parent–Child Conflict Tactics Scale,¹⁶ cuya versión breve utilizamos en el presente estudio,¹⁷ mide la frecuencia de maltrato en base al marco temporal de los 12 meses anteriores (frecuencia anual), y mediante una escala ordinal de 7 categorías; the ISPCAN Child Abuse Screening Tools¹⁸ mide la frecuencia de maltrato en base al marco temporal de los 12 meses anteriores (frecuencia anual), y mediante una escala ordinal de 5 categorías; the Adverse Childhood Experiences questionnaires¹⁹ mide la frecuencia de maltrato en base al marco temporal de la infancia entera, y mediante una escala ordinal de 5 categorías; the Lifetime Victimization

Screening questionnaire²⁰ mide la frecuencia de maltrato en base al marco temporal de los 12 meses anteriores (frecuencia anual), mediante una escala continua.

Respecto a las conductas problemáticas infantiles, se definen como aquellas que confrontan al sujeto “con el encuadre normativo y de convivencia previsto”,²¹ y como aquellas que “suelen generar dificultades entre los padres y los hijos, con los pares y con otros”.²² En un sentido muy similar son definidas también cuando alcanzan un grado psicopatológico: aquellas que “promueven que el individuo se involucre en conflicto con las normas sociales o las figuras de autoridad”.²³ Las conductas problemáticas seleccionadas en el presente estudio son Berrinches, Agresiones y Desobediencia, que son las más frecuentemente encontradas en estudio previo en niños de la comunidad aquí estudiada.²⁴

En resumen, el contexto teórico actual del maltrato infantil presenta, entre otras, las siguientes tendencias dominantes: primeramente, la tendencia a estudiarlo solo en base a las categorías dicotómicas de presente o ausente, y por otro lado, en caso de investigar la dimensión de frecuencia, la tendencia a medirla en rangos de ocurrencia o de tiempo demasiado amplios. Así, el presente estudio busca evaluar el efecto diferenciado de la Frecuencia y de la Severidad del maltrato sobre las conductas problemáticas del niño, y añadiendo evidencia a este tema aun insuficientemente investigado. Y a la vez el estudio pretende evitar algunas dificultades psicométricas señaladas, utilizando un instrumento validado, ampliamente implementado en investigación,¹⁷ pero dotándolo de una escala de razón, y que interroga sobre el pasado inmediato.

Método

Diseño del estudio

Se trata de un estudio cuantitativo, transversal analítico, ya que se analizan un grupo de variables en una población mediante una serie de instrumentos con escalas numéricas y ordinales, en un corte temporal único, y los resultados son procesados mediante pruebas de estadística inferencial.

Participantes

En una primera fase de elección de conglomerados, mediante un muestreo intencional se incluyeron 5 Centros de educación preescolar que aceptaron participar, de 10 preescolares que fueron invitados. En ellos se invitó a participar como informante a un cuidador primario adulto de cada niño inscrito que contara con las siguientes características: entre 3 y 6 años de edad, sin afectaciones

crónicas identificadas de salud física o mental, y cuya familia contara cuando menos con dos cuidadores primarios adultos. Se utilizó fórmula de determinación del tamaño muestral para calcular la significación del coeficiente de correlación lineal.²⁵ El tamaño mínimo de la muestra se estableció en 124 participantes. La muestra final se compuso por 196 cuidadores primarios adultos que aceptaron participar en el estudio, representando a 196 distintas familias.

Lugar

Los Centros de educación preescolar pertenecen al municipio de San Pedro Tlaquepaque, Jalisco, México, todos ellos en la colonia Residencial la Soledad, de clase media, bien urbanizada, suficientes servicios públicos, con una población con escolaridad promedio de 10.42 años, y con una desocupación del 1.2%.²⁶ La información del presente estudio fue recogida entre octubre 2019 y marzo 2020, en aulas de los propios centros preescolares.

Instrumentos

Para evaluar las variables del maltrato infantil, se utilizó el instrumento Escalas de tácticas de conflicto padres-hijos, breve. Es un instrumento de medición del maltrato infantil con fines disciplinarios, para múltiples informantes. Original en inglés,¹⁷ de 10 ítems de extensión. Se compone de 5 escalas de 2 ítems cada una: Castigo corporal, Abuso físico, Agresión psicológica, Negligencia, y Disciplina no violenta. El instrumento evalúa prevalencia anual, frecuencia anual y severidad. Primeramente, como prevalencia anual, genera una clasificación dicotómica: existen o no existe cualquier evento de maltrato en el año. La severidad del maltrato la evalúa en base a una escala ordinal de tres niveles: 0 = Sin violencia; 1 = Solo castigo corporal; 2 = Abuso físico. Y evalúa la Frecuencia de maltrato mediante una escala ordinal de 7 categorías, de 0 (Esto nunca ha pasado) a 6 (Más de 20 veces en el año pasado). En las pruebas de validación originales, la prueba obtuvo una tasa de prevalencia entre el 80 y el 96% respecto a la obtenida por la versión completa.

En cuanto a pruebas de validez, la escala estableció, respecto a la escala completa, similares patrones de correlación con variables demográficas relevantes, e identificó similares niveles de severidad ($r = .88$).

En el presente estudio se han implementado una serie de modificaciones: Los 2 ítems de negligencia se retiraron, ya que como señalan los autores, a pesar de su importancia no representan en realidad una forma de maltrato disciplinario, y se añadió un ítem del instrumento completo, perteneciente a la escala de

Agresión psicológica (grita a su hijo), debido a que se ha encontrado anteriormente una frecuencia muy alta de esta conducta maltratante en la misma comunidad del estudio presente,²⁴ obteniendo una versión de 9 ítems, agrupados en 4 subescalas. La prevalencia anual (lapso de tiempo demasiado amplio) se cambió a una prevalencia mensual. La Frecuencia anual fue interrogada en el marco de lapsos de tiempo más breves, de día, semana o mes, según aplicara para el ítem, que posteriormente fue convertida en frecuencia diaria. A la vez no se utilizó la escala ordinal, sino que se obtuvo el número natural de la cantidad de eventos ocurridos, esto es una escala numérica de razones. La Severidad del maltrato se estableció de acuerdo a los criterios originales del instrumento, permaneciendo como variable ordinal de tres categorías. La selección obtuvo en el presente estudio un Alfa de Cronbach de .764 cuando el cuidador informante evalúa al cuidador principal, y de .578 cuando evalúa al segundo cuidador primario.

Se diseñaron 3 preguntas dirigidas a cuidadores para medir las Conductas problemáticas más frecuentes encontradas en estudio previo en niños de la comunidad aquí estudiada: 2 4 Berrinches, Agresividad y Desobediencia. Las 2 primeras conductas se midieron mediante su frecuencia en un lapso de tiempo (día, semana o mes), luego convertida en frecuencia diaria. El ítem Desobediencia se midió mediante una proporción de ocurrencia de cada 10 órdenes emitidas. El conjunto obtuvo un Alfa de Cronbach de .736.

Procedimiento

Primeramente, para obtener la autorización, colaboración y apoyo logístico de los directivos de centros preescolares, el investigador realizaba una presentación amplia sobre el protocolo de investigación. Posteriormente se realizaba una reunión con los cuidadores primarios, en grupos correspondientes a los grupos escolares de los menores matriculados, donde se les proporcionaba la descripción amplia del protocolo y se les invitaba a participar, especificando los criterios de inclusión de niños y familias, enfatizando el carácter voluntario de su participación, y describiendo detalladamente los mecanismos que garantizarían la confidencialidad de la información suministrada, lo que reduce la probabilidad del sesgo de deseabilidad social. Se obtenía entonces el consentimiento informado por escrito de los cuidadores que así lo decidían. Finalmente, acompañados por las indicaciones detalladas del investigador sobre los parámetros de respuesta

para cada instrumento, los cuidadores procedían a responder el cuestionario de manera grupal, todo ello en una sola sesión de aproximadamente 40 minutos de duración. Al cuidador informante, uno por familia y que debía ser uno de los dos cuidadores primarios, se le enfatizó que al responder los instrumentos sobre las conductas infantiles, considerara exclusivamente al niño matriculado en el grupo que motivó la reunión, y se le solicitó que al responder el instrumento sobre las conductas parentales (maltrato disciplinario), emitiera una respuesta que correspondiera al cuidador principal, y otra respuesta que correspondiera al segundo cuidador. Con lo que este último instrumento se respondió tanto en la modalidad de informe como de auto-informe.

Análisis estadístico

Para todos los análisis estadísticos realizados se utilizó el programa SPSS versión 21.0, más el auxilio de hoja de cálculo. Se procesaron estadísticamente variables en escala nominal, ordinal y continua. De las variables nominales se obtuvo recuentos y porcentajes. De las variables ordinales y continuas se obtuvo media, desviación típica, en algunos casos la prueba t para comparación de medias de muestras independientes, y coeficientes de correlación lineal mediante pruebas de Pearson (variables continuas), o rho de Spearman (variables en escala ordinal), a la vez que se obtuvieron valores de significancia estadística, estableciéndose el valor 0.05 como el mínimo aceptable.

En una categorización temática de las variables, tenemos tres grupos: las variables del maltrato disciplinario, las de conductas problemáticas infantiles y las de datos demográficos de la muestra. En las primeras dos categorías, encontramos variables con diferente nivel de generalidad o agrupación. Las variables de maltrato disciplinario, ordenadas de forma ascendente por su nivel de generalidad, son: 1.- Frecuencia de conducta maltratante, que contabiliza las ocasiones de una conducta disciplinaria maltratante específica, que ocurren en un día sumando a ambos cuidadores. 2.- Frecuencia de maltrato por cuidador (cuidador 1 y cuidador 2), que contabiliza las ocasiones de maltrato de cada uno de los dos cuidadores primarios por separado, incluyendo todos los tipos de conductas disciplinarias maltratantes, que se presentan en un día. 3.- Frecuencia de maltrato general, que contabiliza las ocasiones de maltrato en un día, sumando todos los tipos de conductas disciplinarias de ambos cuidadores. 4.- Severidad de maltrato por cuidador (cuidador 1 y

cuidador 2), que asume el valor ordinal de la conducta disciplinaria más severa de cada cuidador. 5.- Severidad de maltrato general, que suma los valores ordinales de severidad del cuidador 1 y del cuidador 2. Por otra parte, las variables de conductas problemáticas infantiles son: 1.- Berrinches, que contabiliza las ocasiones en que el menor presenta esa conducta en un día. 2.- Agresiones, que contabiliza las ocasiones en que el menor presenta esa conducta en un día. 3.- Desobediencia, que contabiliza las ocasiones en que el menor presenta esa conducta en cada diez órdenes que recibe. 4.- Conductas problemáticas generales, que suma los valores de las tres conductas problemáticas infantiles. Finalmente las variables demográficas son: 1.- Edad de menores. 2.- Sexo de menores. 3.- Escolaridad de cuidadores. 4.- Parentesco de cuidadores.

Consideraciones éticas

El estudio obtuvo dictámenes aprobatorios de las Comisiones de Investigación y Ética de la Secretaría de Salud Jalisco, por lo cual se incorporó al Registro Estatal de Investigación con el número 21/RXII-JAL/2019. Así mismo, los criterios éticos del estudio se encuentran en concordancia con la Declaración de Helsinki, revisada en 2013.

Resultados

Los menores sobre los que se obtuvo información presentaron una media de edad de 4.47 años, con una desviación típica de .675. El 48% de ellos fueron mujeres ($n = 94$). En cuanto a los cuidadores, su escolaridad formal, comenzando a contabilizar a partir de la educación primaria, tuvo una media de 11.7 años para el cuidador principal, y una media de 11.1 años para el segundo cuidador. Los cuidadores informantes fueron la madre (87.8%), el padre (6.6%) y la abuela (4.1%). El papel de cuidador principal lo ocuparon la madre (89.8%) y la abuela (7.7%), principalmente. El papel de segundo cuidador lo ocuparon el padre (65.3%), la abuela (21.4%), la madre (8.2%).

La prevalencia del maltrato en los menores (considerando un lapso temporal mensual), fue del 100% ($n = 196$). De los 392 cuidadores, no ejercen maltrato el 6.12% de ellos ($n = 24$), y sí lo ejercen el 93.87% ($n = 368$). De quienes no ejercen maltrato, solo 2 cumplen un rol de cuidador principal, y 22 se encuentra en posición de segundo cuidador primario; 11 son abuelas, 2 son abuelos y 11 son padres.

Respecto a los niveles de Severidad de maltrato general (incluyendo a los dos cuidadores primarios), los menores que recibieron sólo Agresión psicológica, que en el instrumento equivale al nivel 0 de severidad, fueron el 7.7% ($n = 15$). Los menores que recibieron Castigo corporal, pero no Abuso físico, que equivale al nivel 1 de severidad, fueron el 56.6% ($n = 111$). Los menores que recibieron Abuso físico, que equivale al nivel 2 de severidad, fueron el 35.7% ($n = 70$). Se observa que cada nivel mayor de severidad incluyó a los niveles previos, sin excepción, de manera que todos los niños que recibieron Castigo corporal (nivel 1) recibieron también Agresión psicológica (nivel 0), y todos los niños que recibieron Abuso físico (nivel 2) recibieron también Castigo corporal (nivel 1) y Agresión psicológica (nivel 0). El cuidador 1 presentó una media de Severidad de maltrato de 1.20, mientras que el cuidador 2 presentó una media de .69.

Respecto a la Frecuencia de maltrato general por niño (sumando a los dos cuidadores primarios), la media es 10.34 ocasiones diarias, y la desviación típica es 10.17. La Frecuencia de maltrato general mínima por día es .07, y la máxima es 70 ocasiones. La cantidad de menores que reciben una ocasión de maltrato al día o menos es $n = 22$ (11.22%), mientras que el 88.78% de los menores ($n = 174$) recibe más de una ocasión de maltrato por día. El cuidador 1 presentó una media de Frecuencia de maltrato de 7 ocasiones por día ($DT = 7.38$), mientras que el cuidador 2 presentó una media de 3.33 en el mismo lapso ($DT = 3.96$).

Si revisamos ahora la Frecuencia y la Severidad de maltrato ya no a un nivel general, ni por cuidador, sino a un nivel de conductas maltratantes concretas, incluyendo las ejercidas por ambos cuidadores primarios por día, observamos en la tabla 1 que Gritos y Amenazas verbales son las dos formas de maltrato que destacan por su frecuencia, ambas con una media mayor a tres ocasiones por día. Le siguen Insultos y Nalgadas, ambas con una media alrededor de una vez por día. Los golpes con objetos sobre glúteos ocurren en promedio una vez cada dos días. Y finalmente, con menor Frecuencia, los Empujones y los Golpes con objetos fuera de los glúteos, ocurren aproximadamente una vez cada cuatro días en promedio. Se observa que los valores de frecuencia y los valores de severidad de las conductas maltratantes sostienen una relación inversa, esto es que las conductas más frecuentes son menos severas, y las conductas más severas son menos frecuentes.

Tabla 1.
Frecuencia y Severidad de las conductas disciplinarias maltratantes

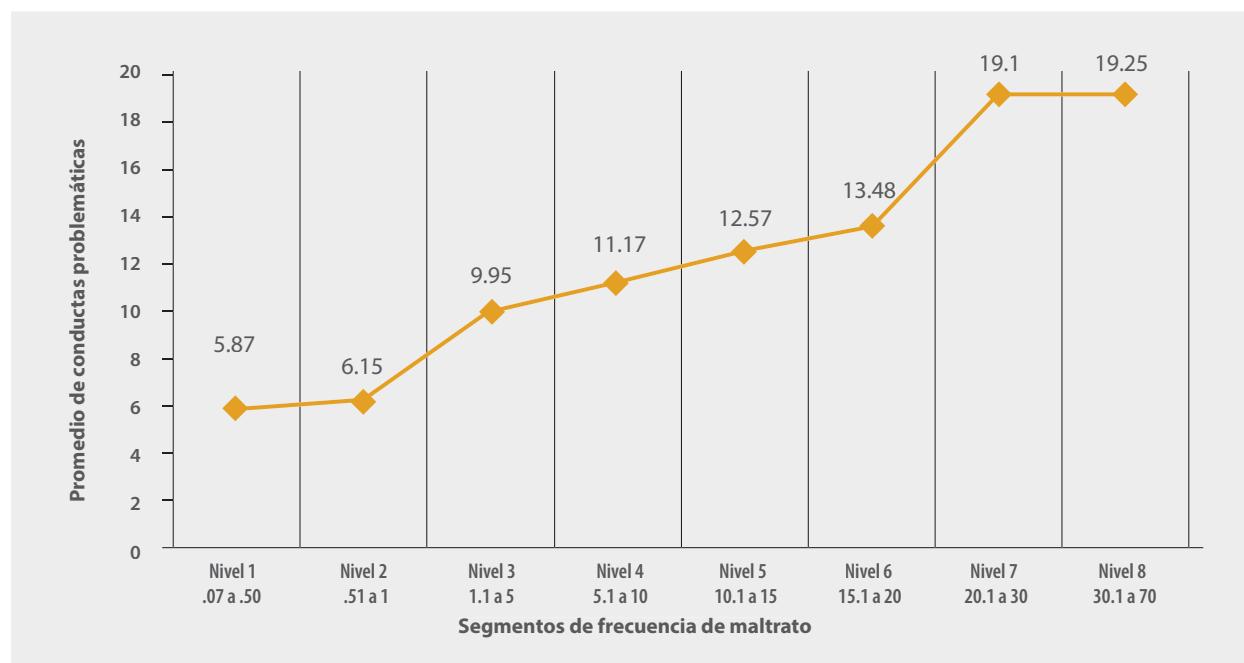
| Posición en Frecuencia | Conducta maltratante | Media de frecuencia general diaria (DT) | Nivel de severidad de la conducta | Nombre del nivel de severidad |
|------------------------|------------------------------------|---|-----------------------------------|-------------------------------|
| 1 | Gritos | 3.61 (3.34) | — | Agresión psicológica |
| 2 | Amenazas verbales | 3.44 (3.86) | — | Agresión psicológica |
| 3 | Groserías verbales | 1.33 (2.53) | — | Agresión psicológica |
| 4 | Nalgadas | 0.92 (1.56) | 1 | Castigo corporal |
| 5 | Golpes con objeto en glúteos | 0.53 (1.37) | 1 | Castigo corporal |
| 6 | Empujones | 0.28 (.906) | 2 | Abuso físico |
| 7 | Golpes con objeto fuera de glúteos | 0.23 (.790) | 2 | Abuso físico |

Fuente de los datos: propia.

En una primera aproximación a la asociación entre variables de maltrato disciplinario y conductas problemáticas infantiles, podemos observar en el gráfico 1 que la media de Conductas problemáticas generales se incrementa de acuerdo al incremento de la Frecuencia de maltrato general, variable esta última que ha sido dividida

en segmentos ascendentes arbitrariamente establecidos, de manera que al nivel de Frecuencia de maltrato más bajo (nivel 1) le corresponde una media diaria de Conductas problemáticas de 5.87, mientras que al nivel de Frecuencia de maltrato más alto (nivel 8) le corresponde una media diaria de Conductas problemáticas de 19.25.

Grafico 1.
Media de conductas problemáticas generales por segmentos de Frecuencia de maltrato



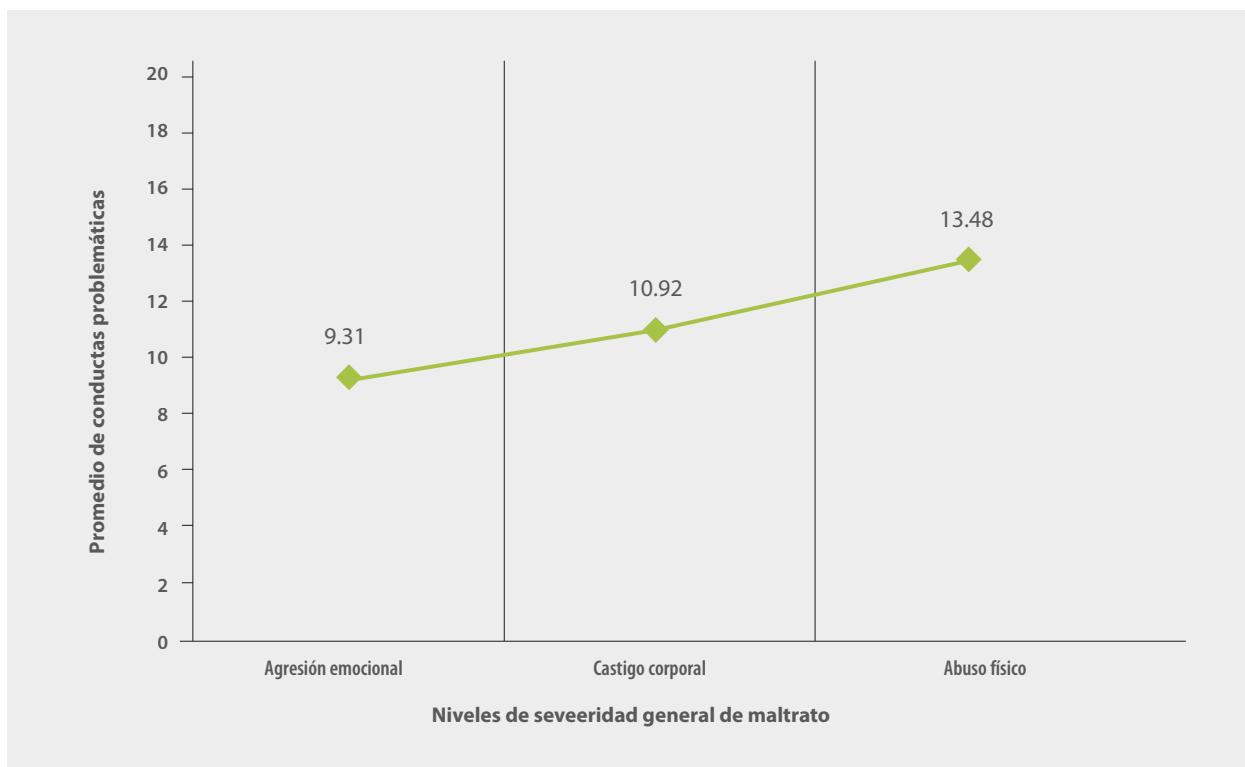
Fuente de los datos: propia.

Mediante prueba t para muestras independientes, se realizó una comparación de medias de Conductas problemáticas generales correspondientes a distintos niveles de Frecuencia de maltrato general, específicamente entre los puntos donde la línea del gráfico muestra una inflexión más pronunciada, resultando todas significativas. Entre el nivel 1 y el nivel 3: $t = 2.361$, $gl = 61$; $p = .021$. Entre el nivel 3 y el nivel 6: $t = 2.718$, $gl = 71$; $p = .008$. Entre el nivel 6 y el nivel 8: $t = 3.280$, $gl = 29$; $p = .003$.

De manera similar, podemos observar en el gráfico 2 que la media de Conductas problemáticas generales se incrementa de acuerdo al incremento de la Severidad de maltrato general, la cual se muestra dividida en las categorías ascendentes que define el instrumento, de manera que al nivel de severidad más bajo (nivel 0, de Agresión psicológica) le corresponde una media de Conductas problemáticas de 9.31, mientras que al nivel de severidad más alto (nivel 2, de Abuso físico) le corresponde una media de Conductas problemáticas de 13.48.

Grafico 2.

Media de conductas problemáticas generales por segmentos de Severidad de maltrato



Fuente de los datos: propia.

De acuerdo a la prueba t para muestras independientes, entre la media de Conductas problemáticas generales de los menores que solo reciben Agresión psicológica (nivel 0) y la media de Conductas problemáticas de los menores que reciben Castigo corporal (nivel 1), no existe una diferencia significativa, pero entre la media de los menores en la categoría de Castigo corporal (nivel 1) y la media de los menores en la

categoría de Abuso físico (nivel 2) sí existe una diferencia significativa: $t = 2.798$, $gl = 179$; $p = .006$.

En una segunda aproximación para conocer la asociación entre variables de maltrato disciplinario y de conductas problemáticas infantiles, se aplicaron pruebas de correlación entre ellas, en diferentes grados de agrupación. De las 29 correlaciones calculadas, 27 son positivas y significativas (93%).

Tabla 2
Correlación entre conductas disciplinarias maltratantes y conductas problemáticas de los niños

| Conducta disciplinaria maltratante | Berrinches | Agresiones | Desobediencia |
|--|------------|------------|---------------|
| Frecuencia de Gritos | .386** | .350** | .309** |
| Frecuencia de Amenazas verbales | .452** | .296** | .275** |
| Frecuencia de Groserías verbales | .223** | .200** | .181** |
| Frecuencias de Nalgadas | .323** | .276** | .213** |
| Frecuencia de Golpes con objeto en glúteos | .220** | .288** | .168** |
| Frecuencia de Empujones | .378** | .298** | .145* |
| Frecuencia de Golpes con objeto fuera de glúteos | .267** | .272** | .109 |
| Frecuencia de maltrato general | .488** | .407** | .328** |
| Severidad de maltrato general | .168* | .159* | .072 |

Fuente de los datos: propia

* La correlación es significativa al nivel .05

**La correlación es significativa al nivel .01

Se observa que las conductas de disciplina maltratante que son a la vez más frecuentes y menos severas (Gritos y Amenazas verbales) establecen las correlaciones más altas con todas las conductas problemáticas de los niños (Berrinches, Agresiones y Desobediencia), ello con la sola excepción de la asociación más alta entre la conducta maltratante Empujones con la conducta problemática infantil Agresiones. Y se encontró también, en otro nivel de agrupación de las variables, que la Frecuencia de maltrato general establece asociación más alta y significativa que la Severidad de maltrato general con las Conductas problemáticas generales: $r = .538$; $p \leq .01$ y $r = .174$; $p \leq .05$ respectivamente.

Discusión y conclusiones

La información contenida en el presente documento se obtuvo en el marco de un estudio más amplio. Aquí se

muestra solo una parte de los datos obtenidos, analizados para responder la pregunta de si la variable Frecuencia del maltrato disciplinario y la variable Severidad del maltrato disciplinario ejercen cada una de manera diferenciada una influencia sobre las conductas problemáticas de los niños, ello en un contexto teórico donde existe la tendencia dominante de estudiar el maltrato principalmente solo como prevalencia, en escala nominal dicotómica, sin desagregar sus diferentes dimensiones. El estudio incluye la característica también de evaluar la Frecuencia de maltrato disciplinario mediante una escala continua en el marco temporal del pasado inmediato, lo que difiere de la tendencia dominante de evaluarla mediante escalas ordinales en un marco temporal amplio, de los doce meses anteriores o de la infancia entera.

Se confirma que la Frecuencia de maltrato establece de manera diferenciada asociación positiva y significativa con conductas problemáticas de los menores, lo que coincide con lo reportado por otros estudios^{11,12,13} sobre la influencia de esta dimensión del maltrato sobre la conducta infantil. Se encuentra también que la Severidad del maltrato establece de manera diferenciada asociación positiva y significativa con conductas problemáticas de los menores, lo que también está en concordancia con la influencia de esta dimensión del maltrato sobre la conducta infantil reportada en otras investigaciones.^{9,12,13} A la vez los resultados difieren de lo reportado en el mismo estudio de Jackson et al.⁹ recién citado, que afirma que la Frecuencia del abuso no presenta un efecto significativo en las conductas externalizantes del niño. Consideramos que esta diferencia de resultados probablemente se explica por la escala muy amplia de medición que utilizaron Jackson et al.⁹ para evaluar la Frecuencia de maltrato (ordinal de cinco categorías), lo que implica una medición menos precisa que las escalas continuas,¹⁴ y abarcando retrospectivamente la infancia entera, lo que propicia el sub-reportaje de eventos.¹⁰

Se encuentra también que la Frecuencia de maltrato es más influyente sobre las conductas problemáticas de los menores que la Severidad de maltrato, ya que sus correlaciones son consistente y significativamente más altas. Esto difiere de lo reportado por Manly et al.¹³ quienes de manera inversa encontraron una asociación más alta de la Severidad del maltrato sobre las conductas problemáticas. Y nuevamente consideramos que la diferencia en los resultados entre estudios puede deberse a diferencias en las escalas de los instrumentos, ya que Manly et al.¹³ utilizaron una escala más precisa de severidad, con cinco niveles para cada tipo de maltrato (contra solo dos niveles de nuestro instrumento), y una escala menos precisa de frecuencia, que consideró

el número de reportes ante autoridades (contra la escala continua de nuestro instrumento). En base a las observaciones anteriores consideramos importante la reflexión sobre la conveniencia de las escalas utilizadas predominantemente en los instrumentos de maltrato infantil.

Cuando analizamos el maltrato disciplinario a un nivel de agrupación distinto, esto es a nivel de conductas disciplinarias concretas, encontramos que las conductas que se realizan con más frecuencia son las menos severas, y que las conductas más severas se realizan con menos frecuencia. Esto coincide con los datos encontrados en el estudio original para validar el instrumento aquí utilizado,¹⁷ y en estudios de UNICEF en el mundo² y en México³. Lo que resultó menos esperado fue que las conductas de disciplina violenta que son a la vez más frecuentes y menos severas establecen correlaciones más altas con las conductas problemáticas infantiles que las conductas disciplinarias más severas y menos frecuentes. Es necesario señalar que este análisis estadístico recién descrito es también una práctica inusual, aun en caso de que se estudie el efecto diferenciado de la Frecuencia del maltrato, ya que generalmente los análisis se realizan en base a un índice general de frecuencia, y no en base a la frecuencia de cada conducta disciplinaria concreta.

Nuevamente la interpretación más directa de lo enunciado es que el factor frecuencia tiene mayor poder patogénico que el factor severidad. Encontramos, por ejemplo, que los Gritos y las Amenazas verbales, que son dos formas de maltrato emocional comúnmente consideradas muy leves, producen mayor incremento de las conductas problemáticas de los niños en comparación con los Empujones y los Golpes con objetos fuera de glúteos, que constituyen subtipos más severos. En base a lo cual

sostenemos la siguiente afirmación: no encontramos formas de maltrato inocuas, aunque ellas se expresen por medios puramente simbólicos, sin daño físico; aunque ellas sean parte de la normalidad cultural; aunque ellas sean consideradas socialmente válidas, y aunque ellas sean realizadas con la finalidad de la educación del niño. En sentido opuesto, Straus y Mattingly afirman que “las formas de maltrato menos severas probablemente tengan diferentes consecuencias en las víctimas y diferente etiología que las más severas”,¹⁷ por lo cual, dicen, es muy importante distinguir entre las que tienen una validez o una invalidez legal.

Nuestra conclusión, por otro lado, está en concordancia con Font y Berger⁶ quienes en base a los resultados de su estudio afirman que el maltrato que está por debajo del límite legal tiene también repercusiones significativas en la salud mental de los niños que lo reciben, lo que en su opinión justificaría ampliar las definiciones punibles, o con Manly et al.¹³ cuyos resultados indican que aun en situaciones de maltrato poco severo, el solo factor de la frecuencia es capaz de generar deterioro en la salud y el desarrollo del niño.

Agradecimientos

A las autoridades de la Región Sanitaria XII Centro-Tlaquepaque, por el apoyo administrativo otorgado; a los directivos de preescolares y padres de familia por su participación entusiasta.

Contacto: Salvador Aguirre Sandoval.

Servicio de psicología, Centro de Salud San Pedrito, Secretaría de Salud Jalisco.

Calle Puerto de Liverpool No. 20, San Pedrito, San Pedro Tlaquepaque, Jalisco. C.P. 45629. Número telefónico: 33 1062 7004. Correo electrónico: aguirre_s3@hotmail.com

Referencias bibliográficas

- Organización Mundial de la Salud. Maltrato infantil Notas descriptivas. 2016. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment>
- United Nations Children's Fund. Hidden in plain sight: A statistical analysis of violence against children. New York: UNICEF; 2014.
- Instituto Nacional de Salud Pública y UNICEF México. Encuesta nacional de niños, niñas y mujeres 2015 - Encuesta de indicadores múltiples por conglomerados 2015, informe final. Ciudad de México, México: Instituto Nacional de Salud Pública y UNICEF México; 2016.
- Kessler RC, McLaughlin KA, Green JG, Gruber MJ, Sampson NA, Zaslavsky AM, Aguilar-Gaxiola S, Alhamzawi AO, Alonso J, Angermeyer M, Benjet C, Bromet E, Chatterji S, de Girolamo G, Demyttenaere K, Fayyad J, Florescu S, Gal G, Gureje O, Haro JM, ... Williams DR. Childhood adversities and adult psychopathology in the WHO World Mental Health Surveys. The British journal of psychiatry: the journal of mental science. 2010; 197(5): 378–385.

5. Scott KM, Koenen KC, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, Angermeyer MC, Benjet C, Bruffaerts R, Caldas-de-Almeida JM, De Girolamo G, Florescu S, Iwata N, Levinson D, Lim CCW, Murphy S, Ormel J, Posada-Villa J, Kessler RC. Associations between lifetime traumatic events and subsequent chronic physical conditions: A cross-national, cross-sectional study. *PLoS One.* 2013; 8(11): [e80573].
6. Font SA, Berger LM. Child maltreatment and children's developmental trajectories in early to middle childhood. *Child development.* 2015; 86(2): 536-556.
7. Morales Chainé S, Félix Romero V, Rosas Peña M, López Cervantes F, Nieto Gutiérrez J. Prácticas de crianza asociadas al comportamiento negativista desafiant e de agresión infantil. *Avances en Psicología Latinoamericana.* 2015; 33(1): 57-76
8. Vite Sierra A, Pérez Vega MG. El papel de los esquemas cognitivos y estilos de parentales en la relación entre prácticas de crianza y problemas de comportamiento infantil. *Avances en Psicología Latinoamericana.* 2014; 32(3): 389-402.
9. Jackson Y, Gabrielli J, Fleming K, Tunno AM, Makanui PK. Untangling the relative contribution of maltreatment severity and frequency to type of behavioral outcome in foster youth. *Child abuse & neglect.* 2014; 38(7): 1147-1159.
10. Hamby SL, Finkelhor D. Choosing and Using Child Victimization Questionnaires. *Juvenile Justice Bulletin.* March 2001; 1-15.
11. Lantos H, Wilkinson A, Winslow H, McDaniel T. Describing associations between child maltreatment frequency and the frequency and timing of subsequent delinquent or criminal behaviors across development: variation by sex, sexual orientation, and race. *BMC public health.* 2019; 19(1): 1306.
12. McGuire A, Cho B, Huffines L, Gusler S, Brown S, Jackson Y. The relation between dimensions of maltreatment, placement instability, and mental health among youth in foster care. *Child Abuse & Neglect.* 2018; 86: 10-21.
13. Manly JT, Cicchetti D, Barnett D. The impact of subtype, frequency, chronicity, and severity of child maltreatment on social competence and behavior problems. *Development and Psychopathology.* 1994; 6: 121-143.
14. Dagnino J. Tipos de datos y escalas de medida. *Revista Chilena de Anestesiología.* 2014; 43: 109-11.
15. World Health Organization and International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect. Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence. France: WHO Press; 2009.
16. Straus MA, Hamby SL, Finkelhor D, Moore DW, Runyan D. Identification of child maltreatment with the Parent-Child Conflict Tactics Scales: Development and psychometric data for a national sample of American parents. *Child Abuse and Neglect.* 1998; 22(4):249-270.
17. Straus MA, Mattingly MJ. A short form and severity level types for the parent-child conflict tactics scales. 2007.
18. Runyan DK, Dunne MP, Zolotor AJ, Madrid B, Jain D, Gerbaka B, Menick DM, Andreva-Miller I, Kasim MS, Choo WY, Isaeva O, Macfarlane B, Ramirez C, Volkova E, Youssef RM. The development and piloting of the ISPCAN Child Abuse Screening Tool-Parent version (ICAST-P). *Child abuse & neglect.* 2009; 33(11): 826-832.
19. World Health Organization. Adverse Childhood Experiences International Questionnaire. In Adverse Childhood Experiences International Questionnaire (ACE-IQ). Geneva: WHO; 2018.
20. Hamby SL, Finkelhor D. The comprehensive juvenile victimization questionnaire. Paper presented at the 6th international family violence research conference. Durham, NH; 1999.
21. March R. Claves para la intervención con menores acogidos en recursos residenciales, que presentan conductas problemáticas. *Psychosocial Intervention.* 2007; 16(2): 213-227.
22. Gómez SA, Santelices AMP, Gómez GD, Rivera MC, Farkas KC. Problemas conductuales en preescolares chilenos: Percepción de las madres y del personal educativo. *Estudios Pedagógicos.* 2014; XL(2):175-187.
23. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (Fifth Edition). Arlington, VA, E.U: Autor; 2013.
24. Aguirre Sandoval S, Velasco Lozano E, Rodríguez Santos SV. Prevalencia de maltrato en menores de 5 años a quienes se les aplica la prueba EDI, afiliados al Programa Prospera en el municipio de San Pedro Tlaquepaque en 2017. *Salud Jalisco.* 2018; 14: 70-86.
25. Pértegas Díaz S, Pita Fernández S. Determinación del tamaño muestral para calcular la significación del coeficiente de correlación lineal. *Cad Aten Primaria.* 2001; 9: 209-211.
26. Instituto de Información Estadística y Geográfica del Estado de Jalisco. Información sociodemográfica por colonia, Área Metropolitana de Guadalajara, Jalisco. 2015. Disponible en: <https://datos.jalisco.gob.mx/dataset/informacion-sociodemografica-por-colonia-area-metropolitana-de-guadalajara-jalisco>

Caso clínico

Síndrome de Dress

Gonzalez-Altamirano D.A., De la Cruz-Villalpando B.E., Muñoz-Hernández O.S., Córtes-Rodríguez C.O.

Instituto Mexicano del Seguro Social, Hospital General Regional 110, Servicio Medicina Interna, Guadalajara, Jalisco.

Resumen

El síndrome de DRESS (Drug Rash with Eosinophilia and Systemic Symptoms) es una reacción idiosincrática grave secundaria a la administración de un fármaco, presentando un largo período de latencia (2-8 semanas) y una variedad de manifestaciones clínicas (fiebre, erupción cutánea, linfadenopatía, eosinofilia). Los anticonvulsivos aromáticos (fenitoína, fenobarbital, carbamacepina) y sulfonamidas son la causa más común. A nivel mundial, tiene una incidencia estimada de 1 en 1.000-10.000 exposiciones a fármacos con una incidencia de 0.4 casos por 1 000 000 habitantes.

La patogenia no se conoce con exactitud y se plantea que se debe a un exceso de metabolitos tóxicos originados por alteraciones genéticas o medioambientales en la vía de detoxificación farmacológica.

Todo paciente en el que existe la sospecha debe ser evaluado con la escala RegiSCAR (Registry of Severe Cutaneous Adverse Reaction), además de la exploración física, estudios de laboratorio y gabinete.

El primer paso en el tratamiento es descontinuar el medicamento relacionado en caso de presentar un cuadro grave se deben administrar esteroides sistémicos. La mortalidad reportada varía entre 3.7 a 10 %

En este ocasión se presenta el caso de una mujer quien posterior a consumo de un fármaco anticonvulsivo inicia con una reacción sistémica ameritando atención en hospital cumpliendo criterios confirmatorios de la enfermedad, por gravedad del cuadro se inician esteroides sistémicos con mejoría significativa a las 48 horas por lo que se decidió su egreso con vigilancia.

Palabras clave: Síndrome Dress, reporte caso, reacciones a medicamentos

Summary

DRESS syndrome (Drug Rash with Eosinophilia and Systemic Symptoms) is a serious idiosyncratic reaction secondary to the administration of a drug, presenting a long latency period (2-8 weeks) and a variety of clinical manifestations (fever, skin rash, lymphadenopathy, eosinophilia).

Aromatic anticonvulsants (phenytoin, phenobarbital, carbamazepine) and sulfonamides are the most common cause. Worldwide, it has an estimated incidence of 1 in 1,000-10,000 drug exposures with an incidence of 0.4 cases per 1,000,000 population.

The pathogenesis is not exactly known and it is suggested that it is due to an excess of toxic metabolites caused by genetic or environmental alterations in the pharmacological detoxification pathway.

Every patient in whom there is suspicion should be evaluated with the RegiSCAR scale (Registry of Severe Cutaneous Adverse Reaction), in addition to the physical examination, laboratory and cabinet studies.

The first step in the treatment is to discontinue the related medication. In case of severe symptoms, systemic steroids should be administered. Reported mortality ranges from 3.7 to 10%.

On this occasion, we present the case of a woman who, after taking an anticonvulsant drug, begins with a systemic reaction, requiring hospital care, fulfilling confirmatory criteria for the disease, due to the severity of the condition, systemic steroids are started with significant improvement after 48 hours what was decided his discharge with surveillance.

Key words: Dress syndrome, case report, drug reactions

Introducción

El síndrome de DRESS (Drug Rash with Eosinophilia and Systemic Symptoms) es una reacción idiosincrática grave secundaria a la administración de un fármaco, la cual se caracteriza por un período de latencia prolongado (2-8 semanas). Le sigue una variedad de manifestaciones clínicas, generalmente fiebre, erupción cutánea, linfadenopatía, eosinofilia y una amplia gama de presentaciones sistémicas que van de leves a graves.¹

Esta reacción es rara, grave y multiorgánica, y se encuentra asociada frecuentemente con agentes antiepilepticos (fenitoína, carbamazepina, fenobarbital, lamotrigina), allopurinol, dapsona y sulfonamidas. Se clasifica como una reacción adversa no relacionada con la dosis del fármaco desencadenante (reacción adversa a fármaco tipo B).²

Está incluido entre la triada de reacciones medicamentosas que ponen en peligro la vida del paciente: el exantema pustuloso generalizado agudo, el síndrome de Stevens Johnson/necrolisis epidérmica tóxica y síndrome de DRESS.³

A lo largo del tiempo, se han utilizado numerosos términos para describir este tipo de reacciones adversas a medicamentos, erupción cutánea, síntomas sistémicos y afectación visceral, incluyendo el síndrome de DRESS, síndrome de hipersensibilidad inducida por fármacos; o síndrome de hipersensibilidad a medicamentos.⁴ Para fines prácticos, nos referiremos a este conjunto de entidades clínicas con el nombre de síndrome de DRESS, a pesar de que la eosinofilia no es un hallazgo constante y los signos cutáneos y sistémicos son variables.⁵

Epidemiología

A nivel mundial, se cuenta con una incidencia estimada es 1 en 1.000 a 1 en 10.000 exposiciones a fármacos y su incidencia es de 0.4 casos por 1 000 000 habitantes en la población general,⁶ siendo una entidad rara y difícil de diagnosticar, por lo que posiblemente se encuentre realmente infradiagnosticada. Los anticonvulsivos aromáticos (fenitoína, fenobarbital, carbamacepina) y sulfonamidas son la causa más común del síndrome DRESS.^{1,4,7}

Fisiopatología

La patogenia no se conoce con exactitud y se plantea que se debe a un exceso de metabolitos tóxicos originados por alteraciones genéticas o medioambientales en la vía

de detoxificación farmacológica. El sistema enzimático del citocromo p450 (CYP 450) es el encargado de metabolizar los agentes anticonvulsivantes en metabolitos tóxicos y la enzima epóxido hidrolasa es la encargada de la detoxificación de ellos. Individuos genéticamente susceptibles pueden tener una menor actividad de esta enzima.^{6,8,9}

Esta susceptibilidad genética podría estar mediada por el complejo mayor de histocompatibilidad (MHC), como se informa en un estudio de pacientes chinos, donde todos los casos de hipersensibilidad a la carbamazepina compartían el marcador genético HLA-B*1502. Por lo tanto la disminución de la actividad de la epóxido hidrolasa lleva a la acumulación de intermediarios reactivos que actúan como neoantígenos e inician una reacción autoinmune sobre los órganos que producen las enzimas del CYP 450, como la piel, hígado, estómago, intestinos y pulmones.^{6,8,9}

El síndrome DRESS es el resultado de una respuesta de hipersensibilidad retardada, mediada por linfocitos, que en una primera fase sucedería la activación de los linfocitos CD4+ y CD8+ por las células presentadoras de antígenos que previamente estuvieron en contacto con el antígeno (fármaco y sus metabolitos).^{6,9,10}

Se produce liberación de citoquinas como IL4 e IL5 con la consiguiente inflamación de la piel.⁷ La fisiopatología del síndrome de DRESS incluye defectos en la detoxificación de fármacos (por ejemplo, acetiladores lentos) que dan lugar al acúmulo de metabolitos reactivos capaces de activar reacciones inmunológicas, y reactivar virus de la familia Herpesviridae, incluyendo el Epstein-Barr (VEB), el Citomegalovirus (CMV), y el herpesvirus humano tipo 6 y 7 (VHH 6 y 7).⁸

Histopatología

En la biopsia de piel se encuentra una combinación variable de espongiosis, acantosis, vacuolización de la interfase, un infiltrado linfocítico en la superficie de la dermis (perivasicular), presencia de eosinófilos y edema de la dermis.⁶⁻⁷

Ocasionalmente el infiltrado linfocítico contiene células atípicas o es suficientemente denso para hacer sospechar de un linfoma cutáneo.⁶⁻⁷

EL patron histopatológico más frecuente es una inflamación y vacuolización de la interfase afectando la unidad pilonidal, seguido de un eczema similar al eritema multiforme, y una pustulosis similar a AGEP.⁶⁻⁷

Abordaje diagnóstico

El diagnóstico del síndrome DRESS es un reto debido al patrón de erupción cutánea y la afectación de diversos órganos.

En un esfuerzo para definir el diagnóstico del síndrome se desarrolló el sistema de puntuación RegiSCAR (Registry of Severe Cutaneous Adverse Reaction), que constituye un registro europeo de la severidad de las reacciones adversas cutáneas que incluye el síndrome de Stevens-Johnson, necrólisis epidérmica tóxica, pustulosis exantemática aguda generalizada y síndrome DRESS.^{8,9}

Uno de los objetivos de este registro es delinear cada una de estas reacciones como entidades distintas.

En este caso, la puntuación RegiSCAR se diseñó para graduar los casos de síndrome DRESS como “no es caso,” “posible,” “probable” o “definitivo”

La gran mayoría (97 %) de los pacientes presentan rash cutáneo, entre estos, rash maculopapular un 60 %, rash eritematoso generalizado un 54 % y edema facial, más marcado en las regiones periorbitarias y con riesgo de queilitis, un 39 %.^{6,8,9}

El rash maculopapular generalmente es pruriginoso y evoluciona a la eritrodermia con descamación. Puede asociarse con pústulas estériles tanto foliculares como no foliculares o bulas, y en algunos casos hay involucro de mucosas.¹⁰

El rash puede ser morbiliforme y tornarse purpúreo en las extremidades. La cara, el tronco y las extremidades superiores son los primeros lugares afectados y posteriormente las extremidades inferiores; el 100 % de los pacientes tiene involucro en más del 50 % del área de la superficie corporal total.^{2,6,10}

El involucro de órganos internos ocurre en 88 % de los pacientes. De estos:

- El 94 % presenta afección hepática, manifestada como elevación de las transaminasas en 59 % y hepatomegalia en 12 % de los pacientes. También pueden presentar colestasis o hepatitis fulminante.
- El 8 % presenta afección renal, ya sea nefropatía tubulointersticial con elevación de creatinina, hematuria microscópica, proteinuria e insuficiencia renal aguda.

- El 5 % presenta afección pulmonar, el 2 % afección del sistema nervioso central (SNC) y el 2 % afección cardiaca, que puede ser pericarditis o myocarditis.

Otros tipos de afección a un órgano interno incluyen artritis, miositis, pancreatitis, meningoencefalitis, alteraciones tiroideas (hipotiroidismo transitorio, tiroiditis) y síndrome de secreción inapropiada de la hormona antidiurética.

En cuanto a anomalías hematológicas, 66 % de los pacientes presenta hipereosinofilia, con cuentas absolutas de eosinófilos promedio de 3.5 a 4.1 10⁹ /L, y 27 % presenta linfocitos atípicos. Otras anomalías hematológicas descritas incluyen linfopenia (51.9 %), linfocitosis atípica (18.5 %) y trombocitopenia (3.7 %).^{3,9,10}

En cuanto a los síntomas constitucionales, 64 % de estos pacientes presenta fiebre mayor de 38.5 grados centígrados y 56 % presenta linfadenopatías. La fiebre y las linfadenopatías pueden acompañarse de malestar general y dolor faríngeo.^{6,8,9}

Diagnóstico diferencial

El diagnóstico diferencial incluye otras reacciones cutáneas inducidas por fármacos, incluido el síndrome de Stevens-Johnson (SSJ), la necrólisis epidérmica tóxica (NET), la pustulosis exantemática aguda generalizada (PEAG) y el pseudolinfoma inducido por medicamentos.^{4,5}

- En el síndrome de SJJ y la NET, el inicio es más temprano (1-3 frente a 2-6 semanas) y el exantema se resuelve más rápidamente (1-3 frente a 2-6 semanas), además de que no existe edema facial, las bulas son más características y hay mayor involucro de mucosas; en histopatología se observa necrólisis epidérmica y no hay eosinofilia.
- En el PEAG, el comienzo es generalmente en las primeras 48 horas, tras el inicio del fármaco responsable; el exantema dura menos de una semana y en la biopsia de piel se observan pústulas subcorneales.
- En el pseudolinfoma inducido por medicamentos, el cuadro clínico se presenta varios meses después de la exposición al fármaco. No se presenta fiebre, edema facial, bulas ni involucro de mucosas y no existe afección hepática ni eosinofilia.

Tratamiento

El primer paso en el tratamiento del síndrome de DRESS es descontinuar el medicamento relacionado con su aparición. Todo paciente en el que exista la sospecha clínica de síndrome de DRESS debe ser evaluado según los criterios de la escala RegiSCAR, y la existencia y la gravedad del involucro de órganos internos deberán evaluarse, además de la exploración física, por medio de estudios de laboratorio y gabinete.^{6,8,9}

Para evaluar la afección hematológica, se requiere de biometría hemática completa, frotis de sangre periférica, lactato deshidrogenasa (LDH), ferritina, perfil de lípidos y tiempos de coagulación. Asimismo, para evaluar el involucro hepático se requieren pruebas de función hepática.^{6,8,9}

A fin de valorar el involucro renal, se necesitan las mediciones de creatinina sérica, la filtración glomerular calculada, la depuración de creatinina y proteinuria en orina de 24 horas, así como el sedimento urinario.^{3,6,9}

Para evaluar el perfil de isquemia cardiaca, se requiere de enzimas cardíacas, electrocardiograma, radiografía de tórax y, según el curso clínico del paciente, otros estudios de extensión, como ecocardiografía y resonancia magnética.^{2,7}

Por último, para valorar el perfil virológico, se deben incluir los exámenes de herpesvirus humano (HHV) 6 y 7, del virus de Epstein-Barr (EBV) y del citomegalovirus (CMV).^{2,7}

Generalmente, en casos sin afección importante a órganos internos, se puede dar tratamiento con esteroides tópicos y antihistamínicos.^{2,7}

Aunque no existen criterios establecidos de severidad, se ha propuesto que aquellos pacientes con elevación de transaminasas que tengan 5 tantos arriba del límite superior de normalidad, afección pulmonar, renal o cardíaca, tienen un cuadro clínico severo y deben ser manejados con esteroides sistémicos, ya sea dexametasona (entre 15 y 20 mg al día) o prednisolona (entre 0.5 y 0.7 mg/kg/día), durante 8 semanas.^{3,6,9}

Posteriormente, la dosis se irá disminuyendo de manera progresiva. En aquellos pacientes que no respondan al tratamiento con esteroides sistémicos, pueden utilizarse, junto con los esteroides, inmunoglobulinas polivalentes intravenosas.^{3,6,9}

Pronóstico

De manera general, los pacientes con DRESS tienen una evolución benigna tras descontinuar el fármaco responsable y comenzar a usar esteroides sistémicos.^{3,9} La fiebre cede después de 2 días, y el rash cede en un promedio de 10 días, mientras que la normalización de las pruebas de función hepática toma en promedio 33 días.^{3,9}

Tras descontinuar el tratamiento sistémico con esteroides, 18.5 % de los pacientes puede presentar recaídas que responden al reiniciar la terapia con esteroides y el 77.8 % se recupera sin complicaciones.^{3,9}

Entre las complicaciones tardías se puede encontrar eflujo telógeno, insuficiencia renal, pancreática o respiratoria, de las que el paciente puede recuperarse en los 6 meses posteriores.^{3,9}

La mortalidad reportada en pacientes con DRESS va de 3.7 a 10 %^{3,9}

Caso Clínico

Se trata de una paciente femenina de 39 años de edad, originaria y residente de Guadalajara, casada, ama de casa, con antecedente de trastorno depresivo mayor en tratamiento con Imipramina media tableta de x mg por la mañana, media por la tarde y una completa por la noche, Olanzapina media tableta de 5 mg cada 24 horas por la noche, Bupropión una tableta de 150 mg cada 24 horas por la noche, Clonazepam 10 gotas vía oral cada 24 horas por la noche, Carbamazepina media tableta de 200 mg cada 12 horas desde hace 3 meses. Con antecedente de trombocitopenia en estudio, sin tratamiento.

La paciente ingresa al servicio de medicina interna por un cuadro de 3 días de evolución, el cual inicia con fiebre de 38.8 °C y malestar general, así como la aparición súbita de una dermatitis generalizada, morbiliforme, así como prurito e hiperemia conjuntival (Figura 1-3). Se tomó biometría hemática, química sanguínea, electrolitos séricos y pruebas de función hepática en el servicio de urgencias de la unidad, los cuales reportaban únicamente trombocitopenia de 54 mil plaquetas e incremento de las pruebas de función hepática como se muestra en la Tabla 1.

Tabla 1.
Examenes laboratorio

| Parámetro | Valor referencia | Valor medido |
|---------------------------------|------------------|--------------|
| Hemoglobina g/dL | 12-16 g/dL | 12 g/dL |
| Hematocrito % | 38-47 % | 35.2% |
| Plaquetas miles/Al | 150-450 mil | 54 mil |
| Leucocitos miles/Al | 5-10 mil | 5400 |
| Neutrofilos 10 ³ /uL | 20-40% | 3660 (14%) |
| Eosinofilos 10 ³ /uL | 3-10% | 250 (3.64%) |
| Linfocitos 10 ³ /uL | 40-50% | 870 (68%) |
| Creatinina mg/dL | 0.7-1.5 mg/dL | 0.5 mg/dL |
| ALT U/L | <50 U/L | 678 U/L |
| AST U/L | 35-45 U/L | 689 U/L |
| Bilirrubina total mg/dL | 0.20-1.3 mg/dL | 0.32 mg/dL |
| Sodio mmol/L | 135-145 mmol/L | 137 mmol/L |
| Potasio mmol/L | 3.5-5 mmol/L | 4.2 mmol/L |
| Magnesio mg/dL | 1.6-2.3 mg/dL | 2 mg/dL |

1.



2.



A su ingreso la paciente presentaba un rash maculopapular que desvanecía a la digitopresión que afectaba alrededor del 70% de la superficie corporal afectando palmas de las manos y plantas de los pies.

3.



4.



A su ingreso la paciente presentaba un rash maculopapular que desvanecía a la digitopresión que afectaba alrededor del 70% de la superficie corporal afectando palmas de las manos y plantas de los pies.

Durante su estancia en el servicio de medicina interna se aborda como una reacción adversa a medicamentos por lo que se realiza un frotis de sangre periférica donde se muestran linfocitos atípicos (<5%) (figura 4). Se realiza una biopsia de piel con hallazgo de hiperqueratosis, espongiosis y exocitosis, hallazgo de dermis con infiltrado inflamatorio perivascular de predominio mononuclear.

La paciente fue tratada con esteroides a dosis altas logrando una mejoría clínica importante por lo que se decidió su egreso con seguimiento por el servicio de hematología por la trombocitopenia.

Conclusión

El síndrome de Dress está incluido entre la triada de reacciones medicamentosas que ponen en peligro la vida del paciente: el exantema pustuloso generalizado agudo, el síndrome de Stevens Johnson/necrolisis epidérmica tóxica y síndrome de DRESS; su incidencia es de 0.4 casos por 1 000 000 habitantes en la población general, siendo una entidad rara realmente infradiagnosticada.

Se encuentra asociada frecuentemente con agentes antiepilepticos (fenitoína, carbamazepina, fenobarbital, lamotrigina), alopurinol, dapsona y sulfonamidas. En el

caso de nuestro paciente se encontró la relación con la ingesta de carbamazepina, nuestra paciente contaba con la afectación cutánea, no contó con la cifra de eosinófilos pero se encontraron linfocitos atípicos en el frotis de sangre periférica, la afectación hepática fue vigilada y ameritó tratamiento con esteroides sistémicos a dosis altas logrando la mejoría clínica en menos de 5 días no hubo afectación pancreática ni de la función renal, a su egreso se continuó con una dosis decreciente de esteroides de manera ambulatoria. Se decidió suspender el medicamento involucrado.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales

Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos

Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado

Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Conflictos de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Contacto: Dr. Diego Andrés González Altamirano

correo: andresglez9312@gmail.com, celular: 3339593877.

Referencias bibliográficas

- 1* Choudhary, S., McLeod, M., Torchia, D., & Romanelli, P. (2013). Drug reaction with eosinophilia and systemic symptoms (DRESS) syndrome. *The Journal of clinical and aesthetic dermatology*, 6(6), 31.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3718748/>
2. Muciño-Bermejo, J., de León-Ponce, M. D., Briones-Vega, C. G., Guerrero-Hernández, A., Sandoval-Ayala, O. I., Sáenz-Coronado, A. G., & Briones-Garduño, J. C. (2013). Síndrome de DRESS. Reporte de un caso clínico. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 51(3), 330-335.
<https://www.redalyc.org/pdf/4577/457745489018.pdf>
3. Walsh SA, Creamer D. Drug reaction with eosinophilia and systemic symptoms (DRESS): a clinical update and review of current thinking. *Clin Exp Dermatol* 2011; 36 (1): 6-11.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21143513>
4. Bocquet, H., Bagot, M., & Roujeau, J. C. (1996, December). Drug-induced pseudolymphoma and drug hypersensitivity syndrome (Drug Rash with Eosinophilia and Systemic Symptoms: DRESS). In *Seminars in cutaneous medicine and surgery* (Vol. 15, No. 4, pp. 250-257).
<https://europepmc.org/article/med/9069593>
5. Um, S. J., Lee, S. K., Kim, Y. H., Kim, K. H., Son, C. H., Roh, M. S., & Lee, M. K. (2010). Clinical Features of Drug-Induced Hypersensitivity Syndrome in 38 Patients. *Journal of investigational allergology & clinical immunology*, 20(7), 556.
<http://www.jiaci.org/issues/vol20issue7/3.pdf>
6. Chiou CC, Yang LC, Hung SI, Chang YC, Kuo TT, Ho HC, et al. Clinicopathological features and prognosis of drug rash with eosinophilia and systemic symptoms: a study of 30 cases in Taiwan. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2008; 22 (9): 1044-9.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18627428>
7. Magliano, J., Álvarez, M., & Salmentón, M. (2009). Síndrome DRESS por carbamazepina. *Archivos de Pediatría del Uruguay*, 80(4), 291-295.
http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S1688-12492009000400006&script=sci_arttext&tlang=en
8. Quintero-Martínez, D. C., Flores-Arizmendi, R. A., & Torres-Rodríguez, L. (2015). Síndrome de DRESS asociado con carbamazepina. *Boletín médico del Hospital Infantil de México*, 72(2), 118-123.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S166511461500057X>
9. Cacoub P, Musette P, Descamps V, Meyer O, Speirs C, Finzi L, et al. The DRESS syndrome: a literature review. *Am J Med*. 2011;124(7):588-97.
10. Begon E, Roujeau JC. Drug hypersensitivity syndrome: DRESS (Drug Reaction with Eosinophilia and Systemic Symptoms). *Ann Dermatol Venereol*. 2004;131(3):293-97.

Caso clínico

Carcinoma mioepitelial cutáneo

Sánchez-Tadeo M.T.(1), Rodríguez-González B.C.(2), Haro-Ríos A. de J.(2), Montes-Aceves F.J.(2), Avalos-Ramírez A.G.(3), Cabrales-Chávez S.(3), Cárdenas-Membrila, R.(4).

(1) Dermatóloga, Cirujana Dermatóloga, Maestría en Salud Pública, Hospital General de Occidente de la Secretaria de Salud Jalisco (HGO), práctica privada; (2) Médico Interno de Pregrado Hospital Civil Juan I. Menchaca, CU Tonalá, Universidad de Guadalajara (CUTonalá); (3) Médico Interno de Pregrado Hospital Civil Fray Antonio Alcalde, CUTonalá; (4) Dermatólogo HGO, práctica privada.

Resumen

El carcinoma mioepitelial es un tumor de origen glandular con una incidencia muy baja, se caracteriza por la presencia de células mioepiteliales y carecer de diferenciación ductal. Su localización más frecuente es en glándulas salivales (60-80%), seguido por la localización en tejido mamario, laríngeo, retroperitoneal y pulmonar. El carcinoma mioepitelial localizado exclusivamente en la dermis es extremadamente raro y suele presentarse como una afectación cutánea con compromiso de glándulas ecrinas y apocrinas. Se presenta el caso de paciente femenino de 72 años, con tumoración de once años de evolución. Se realizan tres biopsias, una citología, tinciones de inmunohistoquímica para obtener diagnóstico clínico-histopatológico. Histológicamente no se han descrito criterios para clasificarlos entre malignos y benignos, por lo que se acude a la inmunohistoquímica. En donde la mayoría de los carcinomas mioepiteliales cutáneos son reactivos a AE1/AE3, PAN-K (93%), proteína S-100 (87%), calponina (86%), antígeno de membrana epitelial (63%) y proteína acida fibrilar glial (46%).

Palabras clave: Carcinoma mioepitelial, glándulas ecrinas y apocrinas, neoplasia maligna, cutáneo.

Abstract

Myoepithelial carcinoma is a tumor of glandular origin with a very low incidence, it is characterized by the presence of myoepithelial cells and lack ductal differentiation. Most of them develop in salivary glands (60-80%), followed by breast, laryngeal, retroperitoneal and lung tissue. Myoepithelial carcinoma located exclusively in the dermis is extremely rare and usually presents as a skin condition with involvement of the eccrine and apocrine glands. We present the case of a 72-year-old female patient, with an eleven-year long evolution tumor. Three biopsies, cytology and immunohistochemical stains were performed to obtain a clinical-histopathological diagnosis. No criteria have been described histologically to classify them between malignant and benign. Therefore, immunohistochemistry is performed, where most cutaneous myoepithelial carcinomas are reactive to AE1 / AE3, PAN-K (93%), S-100 protein (87%), calponin (86%), epithelial membrane antigen (63%) and glial fibrillary acidic protein (46%).

Keywords: Myoepithelial carcinoma, eccrine and apocrine glands, malignant neoplasm, cutaneous.

Introducción

El carcinoma mioepitelial es una neoplasia de origen glandular muy poco común que contiene células mioepiteliales y que es escaso en diferenciación ductal. Dentro de los tumores epiteliales, los tumores benignos y malignos de las células mioepiteliales son los menos frecuentes, estos comprenden un grupo raro pero bien caracterizado de entidades clínico patológicas, entre las cuales, su localización más frecuente es en glándulas

salivales (60-80%)¹, seguido por la localización en tejido mamario, laríngeo, retroperitoneal y pulmonar.² El mioepitelioma localizado exclusivamente en la dermis es extremadamente raro y suele presentarse como una afectación cutánea con compromiso de glándulas ecrinas y apocrinas.³ Un gran porcentaje de estos surgen como una variación maligna de un adenoma pleomórfico benigno, o un mioepitelioma benigno previo y las recurrencias son

frecuentes solo en algunos casos se presentan de novo.⁴ Actualmente se han reportado 42 casos confiables de mioepitelioma cutáneo desde el primer descrito en 1998 5 afecta más al sexo masculino con una relación 3:1 y la edad de presentación suele ser variable pues se han registrado edades de 2 a 83 años 6 en un estudio realizado en el 2004 se presentaron 14 pacientes con esta patología, los rangos de edades eran de entre 10 a 63 años, con una media de 22.5 años por lo que se estima que puede afectar en cualquier pico de edad.⁷

Se presenta el caso de una paciente, con una neoformación cutánea en el dorso de la nariz con orientación hacia el lado derecho de esta, la cual por medio de biopsia e inmunohistoquímica se demostró la presencia de un carcinoma mioepitelial cutáneo, de acuerdo a los reportes de caso disponibles en la literatura, este tumor tiene predominancia en miembros inferiores, así como una incidencia mayor en hombres, por lo que resulta de suma importancia reportar este caso de la localización poco común de un tumor poco común.

Presentación del caso

Femenino de 72 años, analfabeta, dedicada al hogar, originaria de Zozocolco de Hidalgo, Veracruz, que reside en el municipio del Salto, Jalisco. Antecedentes de importancia exposición a biomasa y pesticidas agrícolas durante 50 años, hipertensión arterial, hipotiroidismo, diabetes mellitus, enfermedad renal crónica, leucemia granulocítica crónica en remisión.

En junio de 2017 es derivada al servicio de Dermatología del Hospital General de Occidente (HGO) por presentar una tumoración de 8 años de evolución asintomática en nariz, de 10x11mm, se toma biopsia incisional reportando elementos histopatológicos de una neoplasia maligna infiltrante, sugiriendo realización de inmunohistoquímica. La paciente no acude a su seguimiento.

En 2018 se realiza nueva valoración encontrando una neoformación bilobulada de 13 x 6 mm, brillante, lisa con presencia de telangiectasias en la superficie. Se realiza una biopsia de piel por sacabocado y con tinciones de hematoxilina y eosina se concluye que se trata de una neoplasia de anexos cutáneos; se realizan tinciones de inmunohistoquímica para CD20, CD3, CD10 siendo negativas y KI67 positiva en un 10%.

Es hasta febrero de 2020 que acude de nuevo a consulta. Se trata de dermatosis que afecta cara, de ésta el dorso de la nariz, constituida por una neoformación bilobulada de 20 mm de diámetro bien definida y delimitada, móvil, no dolorosa a la palpación, consistencia anulada, cubierta de

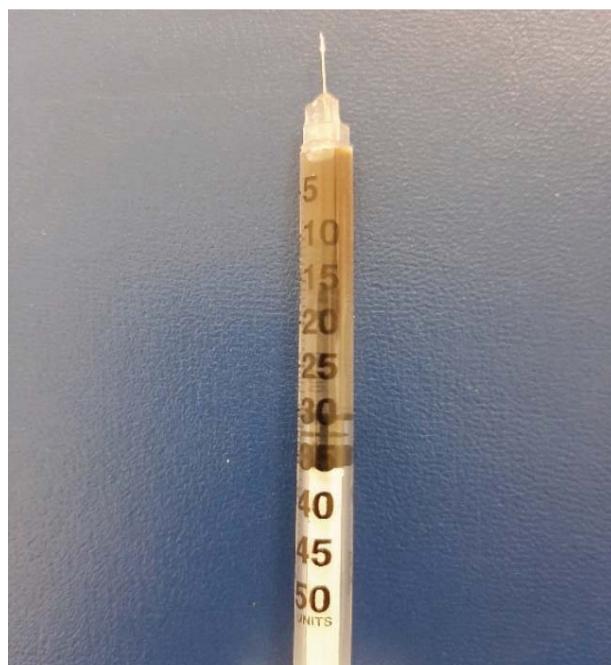
piel normal/atrófica (Figura 1). Se decide solicitar revisión de laminillas de la biopsia tomada en 2018, el reporte es de una tumoración maligna difusa e invasiva por células pequeñas y azules que puede corresponder a un carcinoma de células de Merckel vs neoplasia anexial ecrina.

Figura 1.
Neoformación en dorso de la nariz.



El patólogo sugiere tomar una nueva biopsia y citología, durante la toma de las mismas se evidencia tumoración quística obteniendo material ámbar (Figura 2)

Figura 2.
Material ambar obtenido durante la toma de biopsia y citología.

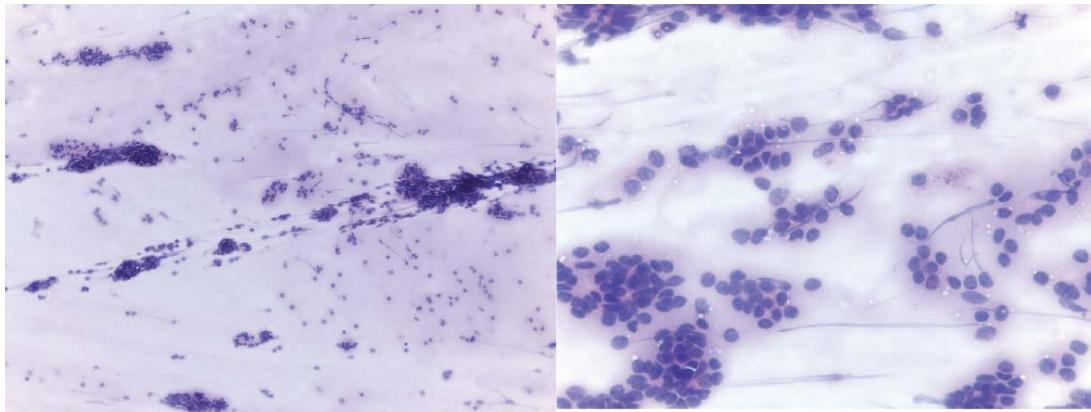


Los hallazgos histológicos son fuertemente sugerentes de lesión quística anexial benigna del tipo hidrocistoma apocrino.

La citología reporta neoplasia maligna anexial ecrina que puede corresponder a hidradenocarcinoma (Figura 3).

Debido a la ausencia de correlación clínica patológica se solicita revisión de la última biopsia.

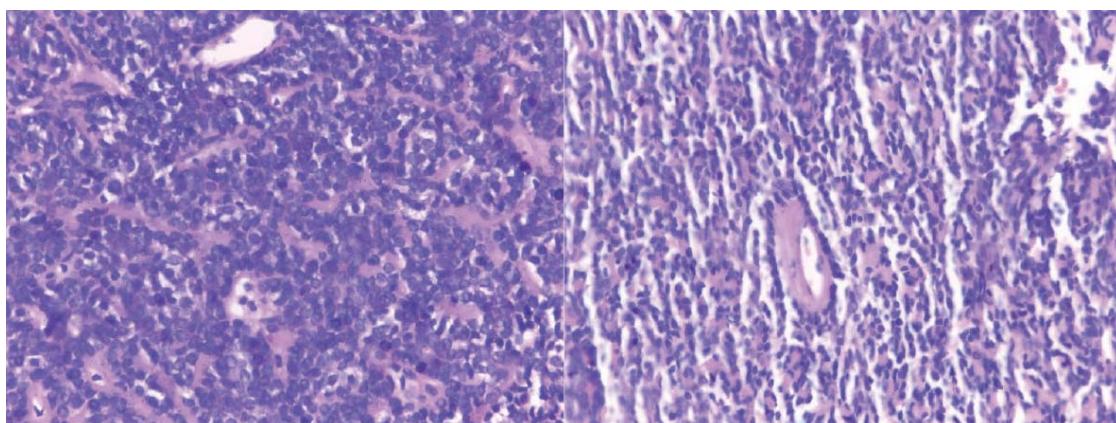
Figura 3.
Hallazgos compatibles con neoplasia maligna anexial ecrina



Descripción microscópica: Laminilla con hematoxilina y eosina, se aprecia una tumoración sin epidermis, es sólida, quística y multilobulada. Con un patrón bifásico con una población de células mioepiteliales y células en formación de ductos. La células mioepiteliales son con citoplasma poligonales, eosinófilo y claro, con núcleo

de oval a redondo con reforzamiento de su membrana nuclear con cromatina en grumos y mitosis atípicas escasas. Las células ductales son cubicas con citoplasma eosinófilo, y núcleo oval y centra e hipercromático y su lumen se encuentra por una sustancia amorfa y eosinofilia (Figura 4).

Figura 4.
Patrón bifásico por una población de células mioepiteliales y células con formación de ductos



Se practica histoquímica con las siguientes tinciones:

Ácido Periódico de Schiff (PAS): Positivo, se aprecia una tumoración en su mayoría con arquitectura sólida y quística donde visualiza positividad en las membranas hialinas alrededor de los nidos de las células tumorales, están inmersas en un material hialino, vasos sanguíneos, dilatados y congestivos con infiltrado linfocitario.

Calponina: es positiva en las células tumorales periductales hasta 60%.

AEML: es positiva en un 70% en las células tumorales periductales.

Enolasa: es positiva más de 80% para las células tumorales periductales.

EMA: es positiva en la chapa de los ductos.

KI67: positiva con un índice mitótico de 60%.

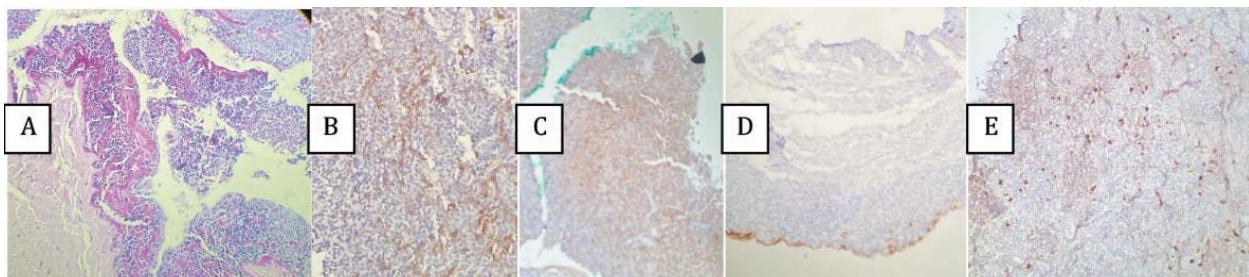
Citoqueratina 20: negativa.

Cromogranina: negativa.

Con la positividad de los marcadores para músculo liso y el indicador mitótico del KI67 se trata de una tumoración por células mioepiteliales maligna primaria de la piel probablemente extirpe glandular ecrina. Se descarta carcinoma de Meckel (Figura 5).

Figura 5.

Inmunohistoquímica. A: PAS, positividad de membranas hialinas. B: AEML, positiva en 70% en células tumorales periductales. C: ENOLASA: positiva en 80%. D: EMA, positiva en la chapa de los ductos. KI67: positiva con índice mitótico del 60%



Los hallazgos histológicos, histoquímicos e inmunohistoquímicos apoyan el diagnóstico final de carcinoma mioepitelial cutáneo.

Discusión

Los tumores mioepiteliales se clasifican en tres: tumor mixto, mioepitelioma y carcinoma mioepitelial, siendo su atipia citológica lo que los define como malignos. El tumor mixto y el mioepitelioma comúnmente muestran un curso clínico benigno, con recurrencia de hasta el 20%, que radica en una escisión incompleta, y no hacen metástasis. El carcinoma mioepitelial, muestra un comportamiento más agresivo con recurrencia y metástasis en hasta 40 a 50% de los casos.⁸

Aunque el mioepitelioma es considerado un tumor benigno, para algunos autores tiene un alto poder de recurrencia y de transformación a carcinoma,⁹ por lo que en esta revisión no se pueden dejar de lado los mioepiteliomas, dado el antecedente de once años de evolución de la neoformación.

Las neoplasias mioepiteliales son entidades clínico-patológicas raras, pero bien establecidas en las glándulas salivales, la mama y el pulmón.¹⁰ Por otro lado las neoplasias mioepiteliales cutáneas, carecen de información establecida, por lo que su información se

limita a estudios clínicos y presentaciones de caso, lo que representa un reto para el diagnóstico, tratamiento y pronóstico del paciente.

En un estudio clínico de 14 tumores mioepiteliales, 13 de ellos fueron mioepiteliomas y uno solo fue carcinoma mioepitelial.⁵ En un estudio clínico-patológico e inmunohistoquímico de 20 casos de neoplasias mioepiteliales cutáneas, nueve neoplasias mostraron características de tumor mixto, nueve fueron designadas como mioepiteliomas cutáneos y solo dos como carcinomas mioepiteliales cutáneos.¹⁰

El carcinoma mioepitelial es un tumor de origen glandular con una incidencia muy baja que carece de diferenciación ductal evidente y células mioepiteliales. Las células mioepiteliales se localizan en las glándulas ecrinas y apocrinas y se componen de abundantes filamentos de actina. Por su composición, poseen características similares a las del músculo liso y constituyen la porción contráctil y de soporte del epitelio secretor de la glándula.³

El carcinoma mioepitelial glandular salivar se describió por primera vez por Donath et al en 1972 y anterior a esto era conocido con otras denominaciones como adeno mioepiteloma, adenoma de células claras, adenoma tubular sólido, etc. Fue reconocido por la OMS en 1991, se identificó como un tumor de bajo grado, con capacidad de recidivar y metastatizar, especialmente a ganglios linfáticos regionales, su malignidad se debe, no a su aspecto histológico, sino a su evolución clínica.^{11,9}

El carcinoma mioepitelial de mama es un carcinoma extremadamente raro, compuesto puramente por células mioepiteliales, del que hay descritos unos 60 casos en la literatura.¹²

Los carcinomas mioepiteliales cutáneos usualmente se presentan como una masa indolora, de rápido crecimiento, o en algunos casos mantiene su tamaño y en alguna etapa presenta un crecimiento acelerado. Macroscópicamente es un tumor no encapsulado, de apariencia multinodular, se caracteriza por ser una masa de consistencia suave y firme.¹²

Histológicamente no se han descrito criterios para clasificarlos entre malignos y benignos, por lo que se acude a la inmunohistoquímica, sin embargo, un índice mitótico alto se asocia con mayor recurrencia y metástasis.³

Por inmunohistoquímica la mayoría de los carcinomas mioepiteliales cutáneos son reactivos a AE1/AE3, PAN-K (93%), proteína S-100 (87%), calponina (86%), antígeno de membrana epitelial (63%), proteína acida fibrilar glial (46%), actina de músculo liso (36%), p63 (23%) y desmina (14%).¹²

El tratamiento de elección de las neoplasias mioepiteliales es la escisión quirúrgica completa con márgenes libre. Y dependiendo de la localización, deberán ser necesarios estudios complementarios para evaluar el tratamiento con quimioterapia y/o radioterapia.³ La limitación en la información establecida sobre carcinomas mioepiteliales cutáneos restringe el pronóstico del paciente, por lo que el rubro en estudios clínico es el seguimiento de pacientes, documentación de recurrencias, metástasis, muertes y tratamientos exitosos.

El caso expuesto caracterizado por una lesión de aspecto quístico benigno, asintomático de once años de evolución, representó un reto diagnóstico por tratarse de una entidad poco reportada, requiriéndose la toma de tres biopsias, una citología y para poder diferenciar esta neoplasia mioepitelial como benigna o maligna fue necesario recurrir a estudios de histoquímica e inmunohistoquímica.

Agradecimiento

Nuestro agradecimiento al Dermatólogo Daniel Fajardo Barajas por su valioso apoyo en la realización de este trabajo.

Agradecemos a la paciente y su hija por permitirnos tomar su caso para su publicación.

Contacto: Dra. María Trinidad Sánchez Tadeo
Herrera y Cairo 2604, Circunvalación Vallarta, Gdl. Jal. 44680
Tel. 3336400345 y 3331901725
dra.triny68@hotmail.com

Referencias bibliográfica

1. Jiménez Vidal N. Tumores malignos de glándulas salivales mayores en la Comunidad de Madrid. Epidemiología descriptiva y análisis de supervivencia. Tesis doctoral. E-Prints Universidad computlense de Madrid (Internet). 2018 (Consultado 22 noviembre 2020); Disponible en: <https://eprints.ucm.es/id/eprint/49707/>
2. Wang L, Gao TW. Cutaneous myoepithelioma. J Clin Dermatology. 2010;39(12):762-764.
3. Guillén Cob E, Cohen-Rosenstock S, Chaves Lavagni M, Peña Llach L, Zúñiga Zúñiga J P. Carcinoma mioepitelial cutáneo: reporte de caso. Rev Clin Esc Med. (Internet) 2018; 8(3)1-4. Consultado 10 octubre 2020); Disponible en: <https://www.medicgraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=80618>
4. Encinas Bascones A, Escribano Adam N, de la Sen O, Falahat F, Martín Granizo R, Berguer A. Myoepithelial. Carcinoma of the submandibular gland. A case report and literature review. Rev Esp Cir Oral Maxilofac. 2015;37(4):233-238
5. Hornick JL, Fletcher CDM. Cutaneous Myoepithelioma: A Clinicopathologic and Immunohistochemical Study of 14 Cases. Hum Pathol. 2004;35(1):14-24.
6. Tanahashi J, Kashima K, Daa T, Kondo Y, Kuratomi E, Yokoyama S. A case of cutaneous myoepithelial carcinoma. J Cutan Pathol. 2007;34(8):648-653.
7. Savera AT, Sloman A, Huvos AG, Klimstra DS. Myoepithelial carcinoma of the salivary glands: A clinicopathologic study of 25 patients. Am J Surg Pathol. 2000;24(6):761-774.
8. Jo VY, Fletcher CDM. Myoepithelial Neoplasms of Soft Tissue: An Updated Review of the Clinicopathologic, Immunophenotypic, and Genetic Features. Head Neck Pathol. 2015;9(1):32-38.



9. Azúa Romero J, Usón Bouthelier T, Álvarez Alegret R Martínez Tello A. Carcinoma mioepitelial vs mioepitelioma con componente ductal recidivante. IV Congreso Virtual Hispanoamericano de Anatomía Patológica. IV-CVHAP 2001 POSTER-E – 063. Internet (consultado: noviembre 19 de 2020). Disponible en; <https://conganat.uninet.edu/IVCVHAP/POSTER-E/063/>
10. Mentzel T, Requena L, Kaddu S, Soares De Aleida LM, Sangueza OP, Kutzner H. Cutaneous myoepithelial neoplasms: Clinicopathologic and immunohistochemical study of 20 cases suggesting a continuous spectrum ranging from benign mixed tumor of the skin to cutaneous myoepithelioma and myoepithelial carcinoma. *J Cutan Pathol.* 2003;30(5):294-302.
11. González Ballester D, Moreno García C, González-García R, Ruiz-Laza L, Monje-Gil F. Carcinoma epitelial-mioepitelial de glándula salival menor. Diagnóstico inesperado ante sospecha de patología benigna. *Rev Esp Cir Oral y Maxilofac.* 2012;34(2):88-91.
12. Reyes Rodríguez MI, Cazorla Betancor M, Jiménez Medina C, Pavcovich Ruíz M, García Hernández JA. Myoepithelial carcinoma of the breast. *Rev Senol y Patol Mam.* 2019;32(1):26-31.

Cultura médica

Toponimia de Colotlán

Morales-Rodríguez J.A.

Médico Cirujano y Partero, Maestro en Salud Pública con área de concentración en Epidemiología, egresado del Instituto Nacional de Salud Pública. Médico de urgencias en el Hospital Comunitario de Colotlán de la Secretaría de Salud Jalisco.

Ay alacranes, en esta tierra, son como los de España; llaman los colotl.¹ Así inicia un párrafo de su libro *Historia General de las cosas de la Nueva España*, Fray Bernardino de Sahagún, al registrar que “colotl” es el nombre que se les da a los alacranes en náhuatl.

Esta palabra, junto con el sufijo “tlán”, forma la palabra “colotlán”, nombre de un municipio del norte de Jalisco, cuyo significado es “lugar de alacranes”. Tan característica es la presencia de este arácnido en este municipio que se encuentra plasmado en el centro de su Escudo Civil y de Armas (figura 1).

Figura 1.

Escudo Civil y de Armas de Colotlán, Jalisco



Fuente: <http://www.colotlan.gob.mx/escudo-de-armas/>

Sin embargo, no existe evidencia científica del por qué en este lugar existen, precisamente, tantos alacranes –incluso de las especies más venenosas del planeta–; y cuando la ciencia no explica algo, siempre habrá una leyenda que cubra este hueco.

Dado que los wixaritari son el principal grupo originario del norte de Jalisco –y en general de toda la entidad– una leyenda wixárika podría contestar esta pregunta. Un gran maraákame, José Luis Díaz (mejor conocido como “La

Cuchara”), de la localidad de Los Lobos, en el municipio de Mezquític, así me la enseñó:

“Hace muchos, muchos años, cuando el mundo nació, nacieron también todas las especies de plantas y animales que lo habitaban. Los dioses colocaron a las plantas donde mejor vivirían, pero les dijeron a los animales que ellos deberían buscar dónde vivir. Así, todos los animales recorrieron el mundo hasta encontrar el mejor lugar para asentarse. Algunos lo encontraron pronto, pero otros, no. El que más se tardó fue un alacrán pues, aunque encontraba un lugar de clima perfecto, no era el adecuado por la cantidad de agua; o si la humedad era idónea, los rayos solares no llegaban como deseaba. Otras especies de alacranes que lo acompañaban se quedaron en otros lugares, aunque no fueran los mejores, pero uno en particular, prefirió seguir buscando a lo largo y ancho del planeta. Nadie sabe cuánto tiempo tardó este alacrán; algunos dicen que miles de años, yo creo que hasta millones. Su esfuerzo dio resultado, y un buen día, y ya casi decepcionado, llegó a un lugar con el clima semiseco, con zonas planas y accidentadas, vegetación boscosa y todas las características que harían de ese lugar un sitio insuperable para asentarse él y ver a su familia crecer. Cuando sintió el final de sus días, y sintiéndose orgulloso por ver a su familia multiplicarse y disfrutar de ese paraíso que pudo encontrar con tanto esfuerzo, no quiso ocultar la ubicación del mismo, sino que decidió compartirla para que otras especies de alacranes, que se quedaron en otros lugares, pudieran gozar de ella. Así, decidió inmortalizarse en este lugar”.

Después de una pausa, prosiguió su relato: “Tú, ahora, puedes ver bien dónde se quedó. Cuando estés en Colotlán, dirige tu mirada al oriente, hacia el que llaman el Cerro de San Nicolás; verás que, desde el cielo, se observa bien que el Padre Alacrán se quedó petrificado en este lugar, y por eso en Colotlán hay muchos alacranes”.

Durante mucho tiempo esta leyenda quedó en mi memoria sin más pues, el Cerro de San Nicolás, no es otra cosa que un macizo montañoso al oriente de Colotlán, y no tenía forma de averiguar cómo verlo “desde el cielo”, tal y

como me explicó La Cuchara. Lo más que se podía hacer era admirar el paisaje al subirlo en donde, por cierto, se encuentra un parque ecoturístico (figura 2).

Figura 2.

Fotografía del Cerro de San Nicolás



Fuente: Autor.

Con el pasar de los años, y el avance tecnológico creciendo a pasos agigantados, fue posible comprobar lo que alguna vez dijo José Luis: ver el Cerro de San Nicolás desde el cielo. Así, usando *Google Maps*,² es posible ubicar a Colotlán con una vista de satélite y, a una distancia prudente, es posible observar al oriente el macizo montañoso que lleva este nombre (figura 3).

Figura 3.

Mapa con la ubicación de Colotlán y el Cerro de San Nicolás al oriente



Fuente: <https://www.google.com.mx/maps/place/Colotl%C3%A1n,+Jal./>

Aunque un ojo agudo podría en esta parte identificar la silueta peculiar de esta orografía, al rotar la imagen con vista hacia el oriente y usar la herramienta de 3D la imagen salta a la vista. Es clara la imagen del alacrán, el cual se encuentra orientado hacia el sur y se pueden reconocer su cabeza, tenazas y cola con su característico agujón (figura 4).

Figura 4.

Mapa con la ubicación de Colotlán y el Cerro de San Nicolás en tercera dimensión y detalle del mismo



Fuente: <https://www.google.com.mx/maps/>

Después de muchos años, y gracias a la tecnología, pude comprobar que lo que dijo *La Cuchara* era cierto, aunque nunca sabré cómo sabía que desde el cielo así se veía este cerro. Tal vez la sabiduría milenaria, el conocer la orografía de la región, junto con el imaginario colectivo, dieron origen a la leyenda... o fue verdad lo que me contó, y el imaginario colectivo la convirtió en tal.

Contacto: José Alejandro Morales Rodríguez

Avenida de la Juventud No. 102
Colotlán, Jalisco, México. C.P. 46200
Tel: +52 499 992 1506

Correo electrónico: xuaru_makuyeika@hotmail.com

Notas: 1. "Wixárika" es el nombre original de uno de los grupos originarios de México que conserva más puras sus tradiciones milenarias, y que son mejor conocidos como "huicholes". No obstante, se prefiere el término original dado que, el más común, data de tiempos de la Conquista. Su pronunciación es "virrárica", y es el gentilicio singular. El plural es wixaritari, y se pronuncia "virraritari".
2. Un mara'akame es un médico y sacerdote tradicional wixárika. Los mara'akate (plural de mara'akame) son los principales responsables de preservar la cultura y tradición wixárika.

Referencias bibliográficas

1. Sahagún, Bernardino de. Historia general de las cosas de la Nueva España [Internet]. México; 1577 [revisado 2014; consultado 15 de enero del 2021]. Disponible en: <https://www.wdl.org/es/item/10622/>
2. Google. Disponible en: <https://www.google.com.mx/maps>

Best Practice

Servicios quirúrgicos



BEST PRACTICE

Hoja de Información Basada en la Evidencia para Profesionales de la Salud

Eficacia de la higiene bucal sistemática perioperatoria en la reducción de Infecciones postoperatorias del tracto respiratorio después de una cirugía torácica electiva en adultos.

Recomendaciones*

- La descontaminación perioperatoria de la nasofaringe y / o la orofaringe es una estrategia que vale la pena seguir. La intervención es asequible y puede ser realizada fácilmente por los propios pacientes. (**Grado A**).
- El gel nasal puede considerarse una forma eficaz de reducir la colonización bacteriana nasal. (**Grado B**).
- Los profesionales de la salud deben ayudar a los pacientes a realizar prácticas de higiene bucal perioperatoria sistemática si son incapaces de hacerlo/realizarlo por sí mismos. (**Grado B**).

* Para obtener una definición de los 'Grados de recomendación' del JBI, consulte la última página de esta hoja.

Fuente de información

Esta hoja de información sobre las mejores prácticas se ha derivado de una revisión sistemática publicada en el 2016 en la Base de Datos de Revisiones Sistemáticas y Reportes de Implementación de JBI.¹ El informe de revisión está disponible en JBI (www.jbi.global)

Antecedentes

Las infecciones nosocomiales contribuyen en gran medida a la morbilidad y la mortalidad entre las personas que se someten a una cirugía electiva con aumento de la duración de la estancia hospitalaria y de los costes hospitalarios totales. La cirugía torácica, ventilación mecánica y / o ingreso a unidad de cuidados intensivos (UCI) son bien conocidos por aumentar el riesgo de padecer infecciones nosocomiales del tracto respiratorio. Los patógenos se adhieren y colonizan la mucosa, superficies, dientes y el tubo endotraqueal. Por lo tanto, durante la intubación y las primeras horas después de la cirugía existe un mayor riesgo de la propagación de patógenos del cavum oris cavidad oral al tracto respiratorio, que aumenta el riesgo de infecciones. La Higiene Oral Perioperatoria Sistématica (HOPS) de las cuales incluyen intervenciones tales como eliminación mecánica de biopelículas o placas dentales y / o uso sistemático de enjuague bucal que puede ser realizado por los propios pacientes o con asistencia del personal de salud (p. ej. personal de enfermería) ofreciendo una manera de combatir las infecciones nosocomiales incluyendo las del tracto respiratorio y las del sitio quirúrgico

Objetivos

El propósito de esta Hoja de información sobre Mejores Prácticas, es presentar la mejor evidencia disponible sobre la higiene oral perioperatoria sistemática para cirugía torácica electiva en adultos.

Tipos de intervención

Esta revisión incluyó higiene bucal sistemática perioperatoria (como eliminación mecánica de la biopelícula dental, placas y / o uso sistemático de enjuague bucal) realizado por pacientes adultos (mayores de 18 años) que habían sido admitidos para cirugía torácica electiva independientemente del sexo, la etnia, la gravedad del diagnóstico, comorbilidad o tratamiento previo, realizado por ellos mismos o por el personal sanitario (como las enfermeras).

Calidad de la investigación

Todos los artículos incluidos (tres ensayos controlados aleatorios y tres estudios cuasiexperimentales) fueron evaluados por dos revisores independientes que utilizan herramientas y criterios de evaluación estandarizados. Todos los estudios fueron considerados con alta calidad metodológica en general, en términos del procedimiento e informes. Se utilizaron instrumentos estandarizados para extraer datos relevantes de los estudios incluidos.¹

¹ Fichas informativas e informes técnicos de la base de datos de mejores prácticas del Joanna Briggs Institute 19 (1) 2017

Eficacia de la higiene bucal sistemática perioperatoria en la reducción de Infecciones postoperatorias del tracto respiratorio después de una cirugía torácica electiva en adultos.

Resultados

Los artículos incluidos en esta revisión se publicaron entre 1996 y 2014 y originarios de varios países, incluidos los Estados Unidos Estados de América, Brasil, Argentina, Holanda y Japón. En general, 2,470 participantes (entre 84 y 944 por estudio) fueron incluidos; del sesenta al 80% eran hombres y la mayoría de los participantes tenían más de 60 años. Cinco estudios evaluaron las intervenciones realizadas para reducir las infecciones nosocomiales. Las intervenciones preventivas fueron introducidas de siete a dos días antes del procedimiento quirúrgico planificado. Los datos relevantes se sintetizaron en el metanálisis estadístico ya que no se encontró que los estudios incluidos fueran heterogéneos en la base de los resultados de la prueba Chi2. La magnitud absoluta del tamaño de los efectos en síntesis fue: para las infecciones nosocomiales riesgo relativo (RR) 0,65 (intervalo de confianza [IC] del 95%: 0,55-0,78) para infecciones del tracto RR 0,48 (IC 95%: 0,36-0,65) y para cirugía profunda infecciones del sitio RR 0,48 (IC del 95%: 0,27-0,84).

La descontaminación perioperatoria de nasofaringe y / u orofaringe parecía ser eficaz, económica y factible para que los pacientes la llevaran a cabo por sí mismos sin ayuda de los profesionales de la salud. Varias técnicas de intervención de cepillado de dientes fueron desarrolladas y estudiadas en los estudios incluidos sin ningún método que demostrará resultados aparentemente superiores. En general, el cepillado de dientes más de tres veces al día demostró ser eficaz para eliminar placas y microorganismos. El Gluconato de clorhexidina como enjuague bucal de 10-15 ml / 0,12% pareció eliminar y prevenir la formación gérmenes, pero sin efecto significativo sobre la vitalidad de placa bacteriana al aplicar clorhexidina dos o cuatro veces un día. El gel nasal (clorhexidina al 0,12%) aplicado cuatro veces al día fue probado para reducir la descolonización del transporte nasal de patógenos y los resultados demostraron una reducción significativa de patógenos, pero sin reducción estadística de infecciones nosocomiales o Infecciones del sitio quirúrgico. Las infecciones del tracto urinario no parecen haber sufrido impacto por ninguna de las intervenciones estudiadas.

Todos los estudios indicaron que la descontaminación perioperatoria sistemática de la nasofaringe y / o la orofaringe en pacientes sometidos a la cirugía torácica fue eficaz para reducir el número de infecciones postoperatorias.

Conclusiones

Con base en la evidencia de alta calidad relativa, esta revisión sistemática apoyó el uso de la descontaminación perioperatoria de la nasofaringe y / o orofaringe tiene el potencial, como estrategia para reducir el número de infecciones nosocomiales en general, y específicamente infecciones del tracto respiratorio e infecciones del sitio quirúrgico. Las intervenciones (como el cepillado de dientes, enjuague bucal de Gluconato de clorhexidina 0,12% y gel nasal) son baratos y son una intervención fácil que puede ser administrada por los pacientes en casa antes de su admisión.

Implicaciones para la Práctica

La descontaminación perioperatoria de nasofaringe y / u orofaringe es una estrategia que vale la pena seguir. Esta intervención es barata y puede fácilmente ser realizado por los propios pacientes. Los pacientes deben ser instruidos por profesionales sobre técnicas efectivas y periódicas del cepillado dental (p. ej., la técnica de tocar el bajo). Se puede recomendar el uso de enjuague bucal de gluconato de clorhexidina (0,12%) por los pacientes dos veces al día, así como antes de la cirugía y en el postoperatorio.

Ver figura 1: La efectividad perioperatoria sistemática de higiene oral contra la reducción de infecciones del tracto respiratorio post-operatorio después de una cirugía torácica electiva en adultos.

Eficacia de la higiene bucal sistemática perioperatoria en la reducción de Infecciones postoperatorias del tracto respiratorio después de una cirugía torácica electiva en adultos.

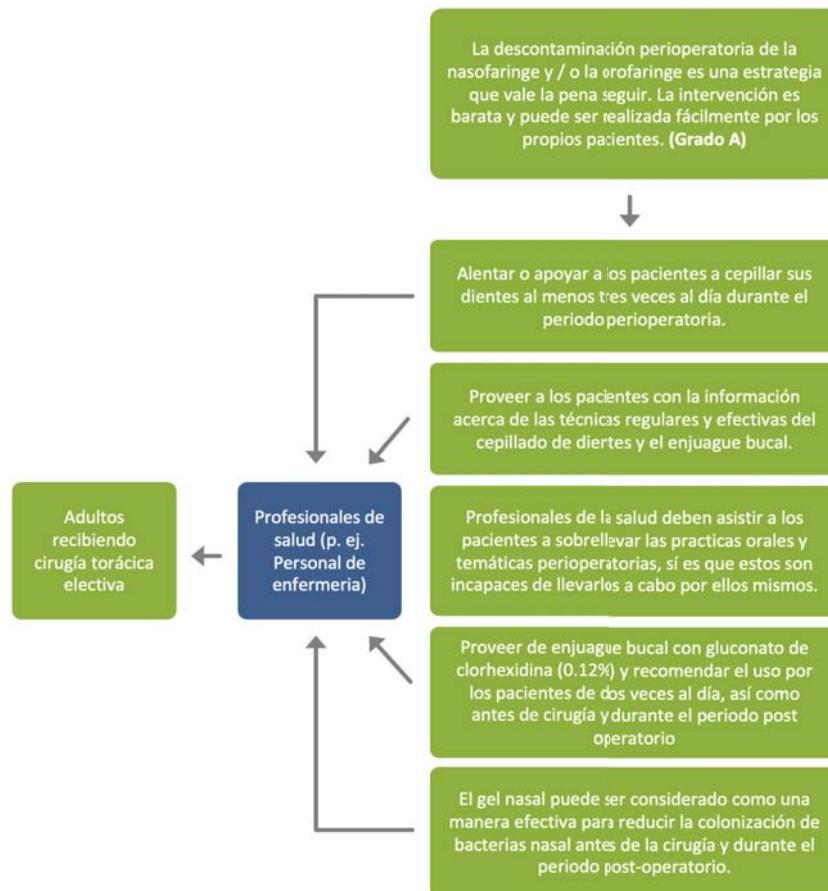


Figura 1: La efectividad perioperatoria sistemática de higiene oral contra la reducción de infecciones del tracto respiratorio post-operatorio después de una cirugía torácica electiva en adultos

| | |
|---|---|
| Participantes | Un participante/actor, ejemplo personal profesional de la salud, un grupo de pacientes o cuidador. Puede incluir presentación |
| Condición / diagnóstico presentación | Una condición o diagnóstico ejemplo "heridas graves" o una condición específica que ha surgido ejemplo una "infección" |
| Acción | Una acción sugerida que puede ser tomada así también como una recomendación de grado. |
| Contexto | Un contexto específico o situación ejemplo "sala de emergencia" o "clínica de salud remota" |

Eficacia de la higiene bucal sistemática perioperatoria en la reducción de Infecciones postoperatorias del tracto respiratorio después de una cirugía torácica electiva en adultos.

Referencias

- Pedersen PU, Larsen P, Hakonsen SJ. The effectiveness of Systematic perioperative oral hygiene in reduction of Postoperative respiratory tract infections after elective thoracic Surgery in adults: a systematic review. JBI Database System Rev Implement Rep 2016; 14(1): 140-73.

Autores del sumario:

Preben U Pedersen¹

Palle Larsen¹

Sasja Jul Håkonsen¹

Micah D J Peters²

¹ Danish Center of Systematic Reviews in Nursing: a Collaborating Center of JBI: A collaborating center of JBI, Denmark.

² JBI, Faculty of Health Sciences, The University of Adelaide, Australia

Autores de traducción

Jimenez-Chávez, María Sofía¹

Chávez-Torres, José Miguel¹

¹. Departamento de Enfermería Clínica Integral Aplicada, Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara. Jalisco, México.

Agradecimientos

Esta Hoja de Información sobre Mejores Prácticas fue desarrollada por el Joanna Briggs Institute, así mismo, ha sido revisada por personas nominadas de los Centros Colaboradores Internacionales Joanna Briggs.

Cómo citar esta Hoja de Información sobre Mejores Prácticas:

Pedersen PU, Larsen P, Håkonsen SJ, Peters MDJ. [Best Practice Information Sheets] The effectiveness of systematic perioperative oral hygiene in reduction of postoperative respiratory tract infections after elective thoracic surgery in adults. JBI EBP Database. 2017;19(1):1-4.



This Best Practice Information Sheet was developed by JBI and derived from the findings of a single systematic review published in JBI Evidence Synthesis. Each Best Practice Information Sheet has undergone a two stage peer review by nominated experts in the field.

Note: The information contained in this Best Practice Information Sheet must only be used by people who have the appropriate expertise in the field to which the information relates. While care has been taken to ensure that this Best Practice Information Sheet summarizes available research and expert consensus, any loss, damage, cost or expense or liability suffered or incurred as a result of reliance on this information (whether arising in contract, negligence, or otherwise) is, to the extent permitted by law, excluded. Reproduced by permission of JBI.

Copyright © 2020, JBI, Faculty of Health and Medical Sciences, The University of Adelaide, SA 5006, AUSTRALIA

Phone: +61 8 8313 4880 Email: jbi@adelaide.edu.au | <https://jbi.global>

JBI EBP Database 19(1) 2017 | 4

Índice General

Volumen 8, 2021

Número 22 enero-abril 2021

4

| | |
|---|----|
| Editorial | |
| Artículos Originales | 6 |
| Violencia autoinfligida: intento de suicidio, suicidio y creencias actitudinales sobre el comportamiento suicida, Casanare-Colombia, 2013-2017 | |
| Castañeda-Porras O., Segura O. | 19 |
| H2H® (HOSPITAL EN TU HOGAR) | |
| Sistema de monitoreo de pacientes diabéticos tipo II, mediante un sistema digital | |
| García-Gutiérrez R., Elizalde-Gutiérrez A.R., Cubicec-Portal D., Padilla-Rodríguez J.C., Escamilla-Martínez A.R., Petersen-Farah A. | 26 |
| Seroprevalencia de Virus Herpes Simple Tipo 1 en una muestra poblacional de la Zona Metropolitana de Guadalajara y municipios aledaños | |
| Gamboa-Cañedo E.A., Martínez-Limón F.J., Santibáñez-Escobar P.L., Padilla-Rosas M., Nava-Villalba M. | 35 |
| Artículo de revisión | |
| Propuesta de check list intraoperatorio en cirugía de alta complejidad en hemorragia obstétrica | |
| Rodríguez-Chávez, J.L., Buenrostro-Jáuregui M., García-Ávila, S.A., Becerra-Mora, N.G., Bañuelos-Franco, A., Pinto-Torres, R.D., Ortiz-Villalobos, R.C. | 41 |
| Relevancia del uso de nanomateriales utilizados en biosensores para la detección de Tuberculosis | |
| Oviedo-Chávez D., López-Romero W., Flores-Valdez M.A. | 52 |
| Caso clínico | |
| Carcinoma ameloblastico. Revisión de la literatura y presentación de caso clínico | |
| Amezcu-Rosas G.M., Lorelei-Mendoza P., Soto-Avila J.J., Alfonso-Gómez H., Ramírez-Sandoval C.R., Mejorada-Hernández A.G. | 59 |
| Desempeño neuropsicológico en un adolescente con síndrome de Tourette Estudio de caso | |
| Guzmán-González J., Arroyo-Medrano M. M., Villaseñor-Cabrera, T. | |
| Best Practice | 66 |
| Experiencias de pacientes con cánceres ginecológicos que reciben cuidados de profesionales de enfermería especialistas | |
| Tufanaru C., Cook O., McIntyre M., Recoche K., Lee S. | |

| | |
|---|------------|
| Editorial | 76 |
| Artículos Originales | |
| Temperatura atmosférica y su efecto sobre presión arterial en pacientes con hipertensión arterial | 78 |
| Fonseca-Reyes S., Fonseca-Cortés K., Parra-Carrillo J.Z., Romero-Velarde E. | |
| Evaluación de sarcopenia en mujeres: estudio en un grupo de convivencia institucional | 85 |
| Flores-Silva F.A., García de Alba-García J.E., Salcedo-Rocha A.L. | |
| Comunicación breve | |
| Propuesta de listado de cotejo para atención integral de la paciente obstétrica con espectro clínico de dengue 2020 | 91 |
| Rodríguez-Chávez, J.L., Bañuelos-Franco A., Becerra-Mora, N.G., Esquivias-Sandoval, J.G., Fuentes-Cuevas P.P., García-Bahena S., Gutiérrez-Sánchez E.F., Díaz Santana- Bustamante, Orangel-Olmedo, L. | |
| Vigilancia en el hogar: elaboración de ovitrampas para el control entomológico del dengue | 99 |
| Fuentes-Contreras J., Ramírez-Galicia A., Ruiz-Anguiano Á., Torres Madrid-Palacios O., García-Suárez A.K., Quiñonez-Zubieta L.E. | |
| Artículo de revisión | |
| La hipoxia y la inflamación en el desarrollo de las enfermedades crónico-degenerativas | 104 |
| Mazorra-Carrillo J.L., Barbero-Becerra V.J., Esquivel-Solís H. | |
| Ánalisis epidemiológico de dengue en México y Jalisco | 113 |
| Hernández-Uribe A.M., López-Barrientos N.M., Sánchez-Navarro D., Ulloa-López G.A., García-Suárez A.K., Rico-Buenrostro S.R. | |
| Caso clínico | |
| Tumores apendiculares, cistoadenoma mucinoso | 119 |
| Arias-Moreno R., Treviño-Taboada E.P., García-Bravo L.M. | |
| Cultura médica | |
| Breve reseña sobre las epidemias en Jalisco, México | 124 |
| García de Alba-García J.E., Salcedo-Rocha A.L., García de Alba-Verduzco J.E. | |
| Personajes ilustres de la salud | |
| Bárbara Angulo Partida | |
| Su vida y apostolado en la enfermería comunitaria | 133 |
| Navarro-Ruiz N.E. | |
| Best Practice | |
| Experiencia de mujeres adultas con incotinencia urinaria | 146 |

Número ESPECIAL 4 junio 2021

| | |
|--|----|
| Editorial | 4 |
| Editorial Invitado | |
| La pandemia en México desde la pobreza | 6 |
| García-Uvence S. | |
| Cartas al Editor | |
| Importancia del abordaje transdisciplinario en el tratamiento integral para paciente con COVID 19 | 7 |
| Bermúdez-Alonso E., Guzmán-Pantoja J. E., Bueno-Ledesma J. A., Moreno-Valencia C.F | |
| Alternativa contra la pandemia | 9 |
| Alveano-Hernández J. | |
| La pandemia oculta, una reflexión | 11 |
| Parra-Carrillo J.Z. | |
| Jalisco: Participación de universidades y alumnos en el XLIV Examen Nacional de Aspirantes a Residencias Médicas (ENARM) 2020 durante la pandemia COVID-19 | 12 |
| Petersen-Aranguren F., Ramírez-Jiménez E.R., Zenteno-Covarrubias G., González-Landeros B.M. | |
| Artículos Originales | |
| Compromiso organizacional y actitud laboral del personal de salud durante la pandemia por COVID-19 (SARS-CoV-2) | 14 |
| Peña-Robles L., Martínez-Melendres B., Méndez-Magaña A.C. | |
| Prevalencia de síndrome de Burnout en profesionales de la salud ante pandemia de COVID-19 | 20 |
| Quiroz-Ascencio G., Vergara-Orozco M.G., Yáñez-Campos M. del R., Pelayo-Guerrero P., Moreno-Ponce R., Mejía-Mendoza M.L. | |
| Detección temprana de pacientes con Infección por VIH en el Servicio de Urgencias COVID-19 del Hospital General de Occidente | 33 |
| González-Guerrero M.C., De Santiago-Gamero J.B., Navarro-Soberanes L.M., Estrada-Moreno B.E., Corona-Ruiz F., Gutiérrez-Padilla J.A., Guerrero-Almeida M.C., Marín-Rosales M. | |
| Diagnóstico situacional de la salud mental en estudiantes de la Universidad de Guadalajara en el contexto de la pandemia por COVID-19, año 2020 | 40 |
| García-Suárez, A.K. | |
| Factores de riesgo para la salud en estudiantes de pregrado del Centro Universitario de Ciencias de la Salud durante la pandemia por COVID-19, año 2020 | 44 |
| García-Suárez, A.K. | |
| La perspectiva social de la protección al personal sanitario en la pandemia por COVID-19 | 49 |
| Ramos-Zúñiga R., Petersen-Aranguren F., Gutiérrez-Padilla J.A., Ibarra-Navarro S.M. | |
| Artículo de revisión | |
| Sindemia entre la pandemia de COVID-19 y epidemias de dengue, sarampión e influenza: una amenaza inminente a la salud Pública de América Latina | 54 |
| Matos-Alviso L.J., Reyes-Hernández K. L., Reyes-Gómez U., Alonso-Pérez N.C., Soria-Saavedra F., Candelas-Delgado E., Cuevas-López L., Aguilar-Figueroa E.S (1), López-Cruz G., Echeverría-Mayren C., Vargas-Mosso M.E., Méndez-Zamora J. | |
| Alteraciones neuropsiquiátricas de la enfermedad por COVID-19 | 59 |
| González-González C., Arvilla-Arce H.E. | |
| Cultura médica | |
| COVID-19 La visión de un fragmento en la vida de la pandemia | 65 |
| Tarango-Martínez V.M. | |
| La pandemia desde diferentes perspectivas | 77 |
| Gallardo-Meza A.F. | |
| Mi experiencia hospitalaria en tiempos de pandemia COVID | 79 |
| Martha Torres | |



| | |
|--|------------|
| Editorial | 156 |
| Carta al Editor | 158 |
| El registro de las investigaciones en la Secretaría de Salud Jalisco realizadas en 2020, durante la pandemia COVID-19 Zepeda-Alfaro M.D., Esparza-Rubio D., González-Díaz A. | |
| Artículos originales | |
| Perfil sociodemográfico de madres embarazadas consumidoras de drogas ilegales atendidas en un Hospital Materno Infantil | 160 |
| Rojo-Gaxiola M.G., Jiménez-Castellanos P.M., Ochoa-Cisneros I.Z., Sánchez-Martínez R.B., Barrera-de León J.C. | |
| Efecto de la frecuencia y la severidad del maltrato disciplinario sobre conductas problemáticas de niños en una comunidad de clase media de Jalisco | 168 |
| Aguirre Sandoval S. | |
| Casos clínicos | |
| Síndrome de DRESS | 178 |
| Gonzalez-Altamirano D.A., De la Cruz-Villalpando B.E., Muñoz-Hernández O.S., Cortés-Rodríguez C.O. | |
| Cáncer mioepitelial cutáneo | 185 |
| Sánchez-Tadeo M.T., Rodríguez-González B.C., Haro-Ríos A. de J., Montes-Aceves F.J., Avalos-Ramírez A.G., Cabrales-Chávez S., Cárdenas-Membrilla, R. | |
| Cultura médica | |
| Toponimia de Colotlán Jalisco | 191 |
| Morales-Rodríguez J.A. | |
| Best Practice | |
| Eficacia de la higiene bucal sistemática perioperatoria en la reducción de infecciones postoperatorias de tracto respiratorio después de una cirugía torácica electiva en adultos | 193 |
| Índices | |
| Índice General | 197 |
| Índice por autor | 201 |

Índice por Autores

Volumen 8, 2021

| A | página | F | página |
|--|--------|--|-------------------|
| Aguilar Figueroa Edgar Samuel | E54 | Estrada Moreno Blanca Estela | E33 |
| Aguirre Sandoval Salvador | 168 | | |
| Alfonso Gómez Héctor | 52 | | |
| Alonso Pérez Nancy Carmencita | E54 | | |
| Alveano Hernández Jesús | E9 | | |
| Amezcua Rosas Guillermo Manuel | 52 | | |
| Arias Moreno Rafael | 119 | | |
| Arroyo Medrano Martha Mónica | 59 | | |
| Arvilla Arce Hugo Eduardo | E59 | | |
| Avalos Ramírez Adolfo Gabriel | 185 | | |
| B | | F | |
| Bañuelos Franco Alberto | 35, 91 | Flores Silva Frida Alejandra | 85 |
| Barbero Becerra Varenka Julieta | 104 | Flores Valdez Mario Alberto | 41 |
| Barrera de León Juan Carlos | 160 | Fonseca Cortés Karla | 78 |
| Becerra Mora Nallely Guadalupe | 35, 91 | Fonseca Reyes Salvador | 78 |
| Bermúdez Alonzo Edith | E7 | Fuentes Contreras Jocelyn Elena | 99 |
| Bueno Ledesma Julio Agustín | E7 | Fuentes Cuevas Paola Paulina | 91 |
| Buenrostro Jáuregui Maricela | 35 | | |
| C | | G | |
| Cabrales Chávez Sergio | 185 | Gallardo Meza Antonio Francisco | E77 |
| Candelas Delgado Edith | E54 | Gamboa Cañedo Estibalis Asyadeth | 26 |
| Cárdenas Membrila Ricardo | 185 | García Ávila Sergio Alejandro | 35 |
| Castañeda Porras Oneida | 6 | García Bahena Samantha | 91 |
| Castellanos Isúa Zurisadai | 160 | García Bravo Luis Manuel | 119 |
| Cook Olivia | 66 | García de Alba García Javier Eduardo | 85, 124 |
| Corona Ruiz Felisardo | E33 | García de Alba Verduzco Javier Eugenio | 124 |
| Cortés Rodríguez Carlos Omar | 178 | García Gutiérrez Reynaldo | 19 |
| Cubicec Portal Doina | 19 | García Suárez Ana Karina | E40, E44, 99, 113 |
| Cuevas López Lucia Leonor | E54 | García Uvence Salvador | E6 |
| D | | Gonçalves Bruna | 146 |
| De la Cruz Villalpando Beatriz Eugenia | 178 | González Altamirano Diego Andrés | 178 |
| De Santiago Gamero Jeaneth Berenice | E33 | González Díaz Alonso | 158 |
| Díaz Santana Bustamante David Enrique | 91 | González González César | E59 |
| E | | González Guerrero Maura Cecilia | E33 |
| Echeverría Mayren Carlos | E54 | González Landeros Britanni Margarita | E12 |
| Elizalde Gutiérrez Alejandro Rafael | 19 | Guerrero Almeida Martha Cecilia | E33 |
| Escamilla Martínez Adrián Rogelio | 19 | Gutiérrez Padilla José Alfonso | E33, E49 |
| Esparza Rubio Dionicio | 158 | Gutiérrez Sánchez Erika Fernanda | 91 |
| Esquivel Solís Hugo | 104 | Guzmán González Jesua Iván | 59 |
| Esquivias Sandoval José Guadalupe | 91 | Guzmán Pantoja Jaime Eduardo | E7 |
| H | | | |
| | | Haro Ríos Andrés de Jesús | 185 |
| | | Hernández Uribe Adriana Margarita | 113 |
| | | Hoga Uiza | 146 |
| I | | | |
| | | Ibarra Navarro Sergio Manuel | E49 |
| L | | | |
| | | Lee Susan | 66 |
| | | López Barrientos Nayeli Margarita | 113 |

| | página | | página | |
|-------------------------------------|----------------|----------|------------------------------------|---------|
| López Cruz Gerardo | E54 | R | Ramírez Galicia Claudia Athziri | 99 |
| López Romero Wendy | 41 | | Ramírez Jiménez Elide Rocío | E12 |
| Lorelei Mendoza Patricia | 52 | | Ramírez Sandoval Cesar Ricardo | 52 |
| M | | | Ramos Zúñiga Rodrigo | E49 |
| Marín Rosales Miguel | E33 | | Recoche Katrina | 66 |
| Martínez Limón Felipe de Jesús | 26 | | Reyes Gómez Ulises | E54 |
| Martínez Melendres Berenice | E14 | | Reyes Hernández Katy Lizeth | E54 |
| Matos Alviso Luis Jorge | E54 | | Rico Buenrostro Sara Raquel | 113 |
| Mazorra Carrillo Jorge Luis | 104 | | Rodríguez Chávez José Luís | 35, 91 |
| Mcintyre Meredith | 66 | | Rodríguez González Brenda Carolina | 185 |
| Mejía Mendoza Martha Leticia | E20 | | Rojo Gaxiola Monica Gabriela | 160 |
| Mejorada Hernández Álvaro Guillermo | 52 | | Romero Velarde Enrique | 78 |
| Mendes Adilson | 146 | | Ruiz Anguiano Ángel | 99 |
| Méndez Magaña Ana Cecilia | E14 | S | | |
| Méndez Zamora Jesús | E54 | | Salcedo Rocha Ana Leticia | 85, 124 |
| Micah D J Peters | 193 | | Sánchez Martínez Benjamín | 160 |
| Montes Aceves Frida Juliette | 185 | | Sánchez Navarro Daniela | 113 |
| Morales Rodríguez José Alejandro | 191 | | Sánchez Tadeo María Trinidad | 185 |
| Moreno Ponce Ramiro | E20 | | Santibañez Escobar Luz Patricia | 26 |
| Moreno Valencia Carlos Francisco | E7 | | Sasja Jul Håkonsen | 193 |
| Muñoz Hernández Omar Salvador | 178 | | Segura Omar | 6 |
| N | | | Silva Pamela | 146 |
| Nava Villaba Mario | 26 | | Soria Saavedra Francisco Matías | E54 |
| Navarro Ruiz Nancy Evelyn | 133 | | Soto Ávila Juan José | 52 |
| Navarro Soberanes Larissa Michelle | E33 | T | | |
| O | | | Tarango Martínez Víctor Manuel | E65 |
| Ochoa Cisneros Ricardo | 160 | | Torres Madrid Palacios Oswaldo | 99 |
| Oliva González Mercedes del Socorro | E4, 4, 76, 156 | | Torres Pulido Martha Angélica | E79 |
| Orangel Olmedo Luis | 91 | | Treviño Taboada Erika Patricia | 119 |
| Ortiz Villalobos Roberto Carlos | 35 | | Tufanaru Catalin | 66, 146 |
| Oviedo Chávez Diego | 41 | U | | |
| P | | | Ulloa López Gabriel Alberto | 113 |
| Padilla Rodríguez Julio César | 19 | | V | |
| Padilla Rosas Miguel | 26 | | Vargas Mosso María Elena | E54 |
| Palle Larsen | 193 | | Vergara Orozco María Guadalupe | E20 |
| Parra Carrillo José Z. | E11, 78 | | Villaseñor Cabrera Teresita | 59 |
| Pelayo Guerrero Paula | E20 | Y | | |
| Peña Robles Lizbeth | E14 | | Yáñez Campos María del Refugio | E20 |
| Petersen Aranguren Fernando | E12, E49 | | Z | |
| Petersen Farah Alfonso | 19 | | Zenteno Covarrubias Guillermo | E12 |
| Pinto Torres Ricardo Daniel | 35 | | Zepeda Alfaro María Dolores | 158 |
| Preben U Pedersen | 193 | | | |
| Q | | | | |
| Quiñonez Zubieta Laura Elena | 99 | | | |
| Quiroz Ascencio Guillermo | E20 | | | |



Agradecimiento especial

1. Alfaro Alfaro Noé
2. Alonso Nicolás
3. Altamirano Rodríguez Zurisaray
4. Arreola Silva Jesús
5. Bañuelos Franco Alberto
6. Bañuelos Jesús
7. Barajas Morfín Ramón
8. Barajas Sánchez Lucia
9. Barrios Villalobos Verónica Adriana
10. Briseño Fuentes Alberto
11. Caballero Sandoval Misael
12. Calderón Estrada Esthela
13. Campos López Patricia Isabel
14. Castellano Joya Martín
15. Celis de la Rosa Alfredo de Jesús
16. Centeno Flores Manuel W.
17. Chávez López Arturo
18. Cruz Salgado Arturo
19. Cuellar Espinoza Susana
20. Escutia Ramos Eduardo
21. Esparza Rubio Dionisio
22. Galván Salcedo María Guadalupe
23. García de Alba García Javier Eduardo
24. Gauna Ruíz de León Víctor Vicente
25. Gómez Fonseca Ma de los Ángeles
26. González Herrera Ludivina
27. González Zambrano Héctor
28. Ibarra Verdugo Luis Alberto
29. Jáuregui Ulloa Edna
30. Laureano Eugenio Jorge
31. Luevanos Velázquez Antonio
32. Magaña Gutiérrez Arnoldo
33. Maldonado Herrera Héctor
34. Martínez González María Teresa
35. Nuño Banales Ángel Israel
36. Ocampo González Saúl
37. Ochoa Carrillo Francisco Javier
38. Ochoa Chávez Edith
39. Orozco Barajas Maribel
40. Panduro Barón Guadalupe
41. Parra Carrillo José Z
42. Pérez Castillo Martha Gabriela
43. Piceno Rodríguez Soraya Berenice
44. Ramírez Anguiano Víctor Manuel
45. Ramírez Ramírez Francisco Jaffet
46. Ramos Herrera Igor Martín
47. Ramos Ramos Alfredo
48. Reyes Sánchez Rosa Aurelia
49. Reyes Gómez Ulises
50. Rivera Montero Rafael
51. Sánchez Antillon María Guadalupe
52. Rodríguez Rodríguez José Gilberto
53. Sánchez González Víctor Javier
54. Sánchez Rentería Ivonne Miriam
55. Sánchez Tadeo María Trinidad
56. Sandoval Díaz Manuel
57. Santoscoy García Álvaro
58. Tarango Martínez Víctor Manuel
59. Torre Marín Juan Miguel
60. Van Dick Puga Miguel Ángel
61. Vázquez García Adalberto
62. Vega Gallegos Diana
63. William Hatami Avi
64. Yanowsky Reyes Guillermo
65. Zenteno Flores Silvia Yumiko
66. Zepeda Alfaro María Dolores

Instrucciones para los autores en la revista SALUDJALISCO

La revista SALUDJALISCO es una publicación oficial cuatrimestral de la Secretaría de Salud Jalisco que publica artículos en idiomas español e inglés. La revista tiene como objetivo el difundir resultados de investigación, información acerca de eventos y programas de promoción de la salud, al igual que brindar un reconocimiento a personajes destacados en el ejercicio de la salud pública, convirtiéndose en un vehículo para fortalecer el quehacer de la medicina, la enfermería, la odontología y profesiones afines, en los tres niveles de atención en salud.

A continuación se describen las instrucciones para los investigadores que decidan someter trabajos para su publicación en la revista SALUDJALISCO:

a) Tipos de trabajos que se reciben

- **Artículos de comunicación científica** (de 15 a 20 páginas): estos documentos presentan de manera detallada resultados originales e inéditos de investigación, teniéndose que estructurar de la siguiente manera: introducción, metodología, resultados y discusión. Dentro de las páginas deberán de considerarse el resumen en español e inglés, cuadros, imágenes y bibliografía.
- **Artículos de revisión de tema** (de 10 a 15 páginas): en este tipo de documentos, se analizan, sistematizan e integran los resultados de investigaciones publicadas o no publicadas, así como de la revisión crítica de la literatura sobre un campo en ciencia o tecnología, con el fin de dar cuenta de los avances y las tendencias de desarrollo.
- **Cartas al editor** (de 1 a 2 páginas): descripción crítica y analítica de la posición del autor sobre los documentos publicados en la revista SALUDJALISCO, lo cual constituye una aporte importante para generar la reflexión y discusión del tema por parte de la comunidad científica de referencia. Las cartas deberán enviarse preferentemente en un lapso no mayor de dos meses posteriores a la publicación de un artículo. Se dará oportunidad a los autores para responder.
- **Casos clínicos** (de 5 a 10 páginas): descripción de situaciones clínicas reales y de relevancia para la práctica médica del personal de salud en los tres niveles de atención.
- **Cultura Médica** (2 a 5 páginas) Documentos que buscan rascar y valorar las manifestaciones culturales ligadas con aspectos de la salud.

Cuando se reciba un documento en cualquiera de sus modalidades, esto no implica que de manera obligada el Comité Editorial lo publique, pues el Comité se reserva el derecho de aceptar o rechazar los artículos o de hacer las modificaciones editoriales pertinentes.

b) Instrucciones para envío y sometimiento del artículo

Envío de documentos:

Enviar en archivo electrónico el documento original en Word, letra *Arial* o *Times New Roman*, tamaño 12 puntos, con una extensión máxima de 20 páginas (sin tener en cuenta tablas, gráficos y referencias bibliográficas) a 1.5 cm de espacio, tamaño carta con márgenes de 2.5 cm en cada lateral. Se admiten por artículo 35 referencias como máximo y mínimo 10, con excepción de los artículos de revisión que se caracterizan por presentar una cuidadosa revisión bibliográfica.

Los documentos se deberán de enviar en electrónico al correo **revista.saludjalisco@jalisco.gob.mx** o **zenteno_gmo@yahoo.es** o bien de manera personal al Departamento de Investigación en Oficina Central, de la Secretaría de Salud Jalisco, con domicilio en Calle Dr. Baeza Alzaga 107, zona centro, Guadalajara, Jalisco. CP. 44100, tel. 3030 5000 ext. 35084. Junto con el documento a someter para posible publicación, se debe

anexar una carta de sometimiento del artículo con la declaración de responsabilidad donde señale que el(las) autor(es) están aceptando que el artículo es original, que no ha sido enviado ni se someterá para su publicación a otra revista.

De igual manera, hacen constar los permisos para reproducir material sujeto a derechos de autor dentro del artículo, las fuentes de financiación de la investigación o publicación y cualquier otro conflicto de intereses que pueda existir por parte del autor o autores, especificando la transferencia de los derechos de autor a la Revista SALUDJALISCO en caso de aceptarse su publicación.

Tomando en cuenta el número elevado de co-autores que se inscriben dentro de una publicación científica, se tendrá suficiente rigor en la evaluación de la contribución real de cada autor, señalando dentro de la carta de sometimiento del artículo, las contribuciones de cada uno de los autores, tal como fue aprobado por el International Committee of Medical Journal Editors, que reconoce la autoría basada en la contribución sustancial en relación con:

- El diseño y/o análisis e interpretación de datos
- La redacción del artículo o la revisión crítica de su contenido intelectual importante
- La aprobación final de la versión para ser publicada

Evaluación de documentos

Todos los documentos que se reciban, serán revisados de forma anónima por dos o tres personas expertas en el objeto de estudio y/o la metodología empleada. Se dará un promedio de dos semanas para la revisión por sus pares, pero de igual manera los tiempos de revisión dependen de su disponibilidad. El Comité Editorial revisará las evaluaciones de los pares expertos y se tomará la decisión de aceptar el artículo, de reenviarlo al autor con modificaciones o rechazarlo.

Si el documento se acepta pero con modificaciones, una vez que los autores envían la versión revisada de su artículo, el Comité Editorial procederá a revisar la nueva versión junto con la carta que deben enviar los autores, explicando los ajustes y modificaciones realizada a partir de las recomendaciones de los expertos.

Las recomendaciones en que no se este de acuerdo, deben explicar los motivos detalladamente los autores. Se reservará el derecho de no publicar un documento si los autores no contestan a satisfacción los requerimientos planteados.

Una vez que haya sido aceptado el documento para su publicación, el Comité Editorial enviará un documento donde se manifieste la decisión editorial y se indicará el número en el que se publicará. La versión se enviará en formato PDF a los autores, con el fin de realizar una revisión

general al artículo y devolver el mismo ya sea con ajustes pequeños o aprobado, dando como plazo 24 horas después del envío.

Presentación de los trabajos

Los artículos, deberán de contener los siguientes apartados, debidamente diferenciados y presentados en el siguiente orden:

Primera hoja:

Título: lo más corto posible, sin interrogaciones ni exclamaciones y con carácter afirmativo, escribiéndolo en un máximo de 18 palabras.

Autores: nombre completo de todos los autores en el orden de aparición en la publicación, su fecha de nacimiento, títulos académicos, dirección electrónica e información laboral institucional. Deberá de señalarse el autor a quien se dirija la correspondencia y se va a enviar los ejemplares correspondientes a cada autor, con indicación de su dirección, teléfono, dirección electrónica o apartado postal.

Segunda hoja:

Resumen: redactar un resumen estructurado con los siguientes subtítulos: objetivo, material y métodos, resultados y conclusiones. El resumen deberá de ser no mayor a 250 palabras, incluyendo la síntesis de cada uno de los elementos del artículo.

Se deberá de agregar de 3 a 5 palabras claves, que describan el contenido del documento, recomendándose normalizar las palabras claves que son aceptadas por bases de datos internacionales.

El resumen se deberá de presentar en idioma español y en inglés, al igual que las palabras clave.

Tercera hoja en adelante:

Introducción: describir el desarrollo antecedentes del problema u objeto de estudio y de una manera puntual, permita centrar el tema de estudio, indicando claramente las bases en que fundamenta el estudio, las razones que justifican su realización y el objetivo del estudio. La introducción debe redactarse enfatizando la necesidad del estudio, generando curiosidad en el lector.

Metodología: esta sección detalla la forma de cómo se ha realizado el estudio. Debe de proporcionarse toda la información necesaria para que otros investigadores puedan replicar la investigación. Se debe de incluir la definición del tipo de estudio realizado, el objeto del trabajo, definición de la población, el tamaño y tipo de la muestra y forma de cálculo, el análisis estadístico utilizado, los procedimientos empleados, las marcas, modelos de equipos e insumos empleados.

Es importante agregar al final de este apartado, si la investigación fue aprobada por alguna comisión de investigación y ética, así como mencionar si se obtuvo consentimiento informado por escrito por parte de las personas que participaron en la investigación.

Resultados: El objetivo de este apartado es presentar los resultados del análisis de los datos, mostrando si los datos obtenidos apoyan o no la hipótesis de la investigación, deben presentarse en una secuencia lógica, en textos apoyados en tablas y figuras que expresen claramente los resultados del estudio. No repetir en el texto todos los datos de las tablas y figuras, sólo los más importantes.

Algunas consideraciones importantes para la redacción de resultados son: los resultados se presentan pero no se interpretan, la presentación debe de ser concisa y han de presentarse de una sucesión lógica.

Discusión y conclusiones: en este apartado debe de destacarse los aspectos nuevos e importantes de las observaciones hechas,

argumentando las conclusiones que de ellas se derivan. No deben repetirse en detalle los resultados que ha presentado en la sección anterior ni en la introducción, relacionando los obtenidos, con otros estudios relevantes sobre el tema, indicando las implicaciones de sus hallazgos y sus limitaciones. Deben de relacionarse las conclusiones con los objetivos del estudio, no haciendo suposiciones si no se ven apoyadas por los datos.

Agradecimientos: en este apartado se mencionan las personas o instituciones que han ayudado personal o materialmente en la elaboración del estudio, las personas que han atribuido al desarrollo del trabajo pero cuya colaboración no justifica la autoría. Es necesario que me señale el tipo de colaboración.

Referencias bibliográficas

Las referencias se deben numerar, en secuencia, según su orden de aparición en el texto, por medio de números arábigos entre corchetes [], en texto plano, es decir, sin utilizar hipervínculos de notas al final. Cada referencia debe comenzar con el apellido y luego las iniciales de todos los autores —sin signos de puntuación entre estos elementos—hasta un máximo de seis autores. Si son siete o más, deben citarse los seis primeros y luego la abreviatura et al. Si son varios autores, deben separarse con comas.

Se recomienda seguir de manera estricta, la guía esquemática de presentación de la *Norma Internacional Vancouver*.

Material gráfico: El material gráfico está constituido básicamente por tablas, cuadros y figuras. Todos deben estar anunciados o llamados en el texto, lo más cerca posible del punto en que deban insertarse. Los llamados en el texto se indican mediante la expresión tabla, mapa o figura, según el caso, seguida de su número correspondiente en arábigos. Las tablas y gráficos estarán contenidos dentro del archivo.

Las tablas deben llevar un título breve en la parte superior, a continuación del término tabla y escrito en minúsculas. Las notas explicativas y la fuente se digitán en la parte inferior. Se admiten como máximo seis tablas.

Las figuras pueden ser material ilustrativo diverso, como fotos, mapas, diagramas y esquemas. Deberán llevar un título lo más breve posible en la parte inferior, a continuación del término figura y escrito en minúsculas. Las notas explicativas y la fuente se digitán en la parte inferior, después del título.

Este material deberá enviarse tanto en el archivo electrónico fuente, como en Word o Power Point y en PDF, para que el diseñador tenga la oportunidad de adecuarlos a los espacios disponibles.

Los trabajos deberán enviarse a:

Revista SALUDJALISCO
Calle Dr. Baeza Alzaga 107
Zona Centro, Guadalajara, Jalisco.
Código postal 44100.
Teléfono: 3030 5000 extensión 35084.
Correo electrónico:
revista.saludjalisco@jalisco.gob.mx
o al editor: zenteno_gmo@yahoo.es

Cuidados generales para pacientes con COVID-19 que se encuentran en casa.



- 1** Mantenerse aislado durante al menos 14 días.
- 2** Utilizar cubrebocas al salir de la habitación.
- 3** Mantener la habitación ventilada.
- 4** Limpiar constantemente las superficies con agua clorada.
(10 mililitros de cloro por cada litro de agua).
- 5** Lavar la ropa y cobijas por separado.
- 6** Consumir frutas y verduras en abundancia.
- 7** Beber agua simple de 6 a 8 vasos por día.
- 8** Monitorear frecuencia respiratoria cada 8 hrs. 60/100 latidos por minuto.
- 9** Monitorear la saturación de oxígeno, debe ser mayor a 95%.
- 10** Acudir con un especialista, **NO automedicarse.**



Sí presentas síntomas relacionados
con COVID-19 **llama al 33 3823 3220**
y no te automediques, de lo contrario
puedes agravar el padecimiento.



