



**SALUD
INTEGRAL**
Revista Científica

Revista Salud Integral
Facultad de Medicina
Universidad de El Salvador

Volumen 3, número 1
enero - junio 2025

<https://revistas.ues.edu.sv/index.php/si>
saludintegral@ues.edu.sv



ISSN-L: 3005-5946
ISSN en línea: 3005-5954
Imprimir ISSN: 3005-5946



DOI: 10.5281/zenodo.10433802

Revista Salud Integral gestionada por el programa de maestrías de la Facultad de Medicina, Universidad de El Salvador.

**Ciudad Universitaria “Dr. Fabio Castillo Figueroa”,
Final de Av. Mártires y Héroes del 30 de julio, San
Salvador, El Salvador, América Central.**

Teléfono: +503 2271 0279

Correo electrónico: saludintegral@ues.edu.sv

Enfoque y Alcance

La Revista Salud Integral de la Universidad de El Salvador (UES) fue publicada inicialmente el 19 de agosto de 2023 (Vol.1 Núm1), desde esa fecha está a la disposición de la comunidad científica, academia y estudiantes del doctorado en Medicina y de las Ciencias de la Salud de la Facultad de Medicina. Así mismo, para profesionales de otras disciplinas de instituciones nacionales y extranjeras; fomentando una política de acceso abierto y gratuita a los lectores.

La Revista acepta manuscritos de investigadores que deseen publicar artículos originales, de revisión, Nota técnica, Casos Clínicos, Ensayo Científico relacionados a diferentes campos de las ciencias de la salud, salud pública, epidemiología, salud ambiental, medicina social y especialidades médicas, odontológicas y otras relacionadas al campo de la salud.

Objetivo

Convertirse, en un instrumento de comunicación científica de artículos inéditos que contribuya a la toma de decisiones basadas en evidencia científica, internacionalizar el

Periodicidad

Tiene una periodicidad semestral correspondientes a los períodos de enero - junio y julio - diciembre.

Público

La Revista Salud Integral se encuentra dirigida a un público académico que comprenden docentes y estudiantes orientados en el área de la medicina humana, así como profesionales de otras disciplinas, tanto a nivel nacional como internacional.

Descargo de responsabilidad

Las ideas y opiniones contenidas en los trabajos y artículos son de responsabilidad exclusiva de los autores y no expresan necesariamente el punto de vista de la Universidad de El Salvador.



Autoridades Universitarias

Ing. Agr. M.Sc. Juan Rosa Quintanilla Quintanilla

Rector

Dra. Evelyn Beatriz Farfan Mata

Vicerrectora Académica

M.Sc. Roger Armando Arias Alvarado

Vicerrector Administrativo

Lic. Pedro Rosalfo Escobar Castaneda

Secretario General

Lic. Carlos Amilcar Serrano Rivera

Fiscal General

M.Sc. Carlos Armando Villalta

Presidente Asamblea General Universitaria (AGU)

Dr. Saul Díaz Peña

Decano

Lic. Franklin Arnulfo Méndez Duran

Vicedecano

Comité Científico

Internos

Marvin José Nuñez

Profesor - Facultad de Química y Farmacia - Universidad de El Salvador

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0411-6962>

Isidro Galileo Romero Castro

Director Revista Minerva - Secretaría de Investigaciones Científicas, Universidad de El Salvador.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5023-9130>

Externos

Cirelda Carvajal

Universidad de las Ciencias Médicas de la Habana Cuba, Cuba

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5348-9167>

María Guadalupe Jiménez Ambriz

Universidad Nacional Autónoma de México, México

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9021-275X>

Montserrat Amorós Gómez

Universitat de Vic - Universitat Central de Catalunya

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2133-8153>

Equipo Editorial

Director Editorial

Miguel Angel Serrano Melgar

miguel.serrano@ues.edu.sv

ORCID: <https://orcid.org/0009-0008-0396-2519>

Editor Adjunto

Jazmín del Rocío López Castaneda

rocio.lopez@ues.edu.sv

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0939-7378>

Editores de sección

Blanca Aracely Martínez

blanca.martinez@ues.edu.sv

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7051-1250>

Edgar Remberto Quintero Martínez

edgar.quinteros@ues.edu.sv

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0939-7318>

Edwin Mazariego Flores

edwin.mazariego@ues.edu.sv

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1396-6026>

Noe Rigoberto Rivera

noe.rivera@ues.edu.sv

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9553-0554>

Correctores de texto

Karen Patricia Hernández Martínez

karen.hernandez2@ues.edu.sv

ORCID: <https://orcid.org/0009-0000-7671-0701>

Melissa Graciela Alvarado Palacios

melissa.alvarado@ues.edu.sv

ORCID: <https://orcid.org/0009-0001-0123-201X>

Luis Gonzalo Portillo Martínez

gonzalo.portillo@ues.edu.sv

ORCID: <https://orcid.org/0009-0008-5132-1521>

Gestor Bibliotecaria

Ingrid Carolina Pineda de Ortega

ingrid.pineda@ues.edu.sv

ORCID: <https://orcid.org/0009-0008-4564-4076>

Diseño y diagramación

Iris Veronica Luna Cruz

iris.luna@ues.edu.sv

ORCID: <https://orcid.org/0009-0004-0639-4810>

Soporte informático

Julio Antonio Cedillos Bolaños

julio.cedillos@ues.edu.sv

ORCID: <https://orcid.org/0009-0007-2274-0420>

Revista Salud Integral

Vol.3, Núm. 1

<https://revistas.ues.edu.sv/index.php/si>
saludintegral@ues.edu.sv

ISSN en línea: 3005-5954 | Imprimir ISSN: 3005-5946



Universidad de El Salvador
Ciudad Universitaria "Dr. Fabio Castillo Figueroa", Final de Av.
Mártires y Héroes del 30 de julio, San Salvador, El Salvador,
América Central.



UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

Misión

La Universidad de El Salvador es una institución pública y autónoma de educación superior, científica, crítica, participativa, democrática y comprometida con el desarrollo nacional integral, con la formación de profesionales de alta calidad humana, científica, tecnológica y con el medio ambiente y la vida, en todas sus formas y manifestaciones, así como con la producción y aplicación contextualizada del conocimiento, a través de la praxis integrada de la docencia, la investigación y la proyección social.

Visión

Ser una universidad transformadora de la educación superior y desempeñar un papel protagónico relevante, en la transformación de la conciencia crítica y prepositiva de la sociedad salvadoreña, con liderazgo en la innovación educativa y excelencia académica, a través de la integración de las funciones básicas de la universidad: la docencia la investigación y la proyección social.

Carta Editorial

Carta al Editor:

Por: Jesica Yasmin López Villalta, Docente investigador y jefe del Departamento de Educación Médica de la Facultad de Medicina de la Universidad de El Salvador.

Estimado editor, en el número anterior de la revista, se destacó la importancia de la investigación científica como un indicador de la calidad educativa de las universidades. Coincido plenamente con esta perspectiva y considero que la publicación de artículos científicos como los de este volumen es fundamental para fortalecer la visibilidad y el prestigio de nuestra institución, dado que en ellos se abordan cuestiones de gran relevancia para la salud pública en El Salvador, como lo son las enfermedades crónicas y la calidad de vida.

Las enfermedades cardiovasculares es una condición de salud con altos índices de morbilidad y mortalidad en el mundo, por lo que es relevante evaluar críticamente las intervenciones actuales y explorar nuevas estrategias para la prevención y manejo de factores riesgo como la hipertensión y la diabetes. El cáncer de próstata es otra condición de salud con altos índice, la cual requiere una comprensión profunda de su comportamiento y factores de riesgo asociados para mejorar los resultados clínicos. Asimismo, el alcoholismo en adolescentes es un problema creciente que demanda intervenciones preventivas efectivas, siendo esencial analizar críticamente la metodología y enfoques utilizados en estas intervenciones a fin de asegurar su eficacia y adaptabilidad a diferentes contextos sociales y culturales.

En cuanto a la calidad de vida, la nutrición es un pilar fundamental de la salud, y es crucial que el personal de salud tenga un conocimiento adecuado y basado en evidencia científica para proporcionar recomendaciones efectivas a los pacientes. Finalmente, los cuidados paliativos son esenciales para mejorar la calidad de vida de los pacientes con enfermedades terminales, y evaluar la situación actual de estos cuidados en El Salvador puede ayudar a identificar áreas de mejora, analizando críticamente las barreras y desafíos para proponer soluciones basadas en evidencia.

En conclusión, la discusión de estos temas es esencial para avanzar en nuestro entendimiento de las problemáticas de salud, agradezco la oportunidad de contribuir a esta discusión y estoy segura que el aporte de estos que artículos proporcionará servirá de guía para futuras investigaciones y contribuirá a la implementación de estrategias basadas en evidencia para mejorar la salud y calidad de vida en diferentes contextos.



CONTENIDO

CONTENTS

09 Factores de riesgo que contribuyen a daño cardiovascular en pacientes hipertensos y diabéticos de enero a diciembre 2024

Educational intervention for the prevention of alcoholism in teenagers

Génesis Alejandra Recinos Escobar, Silvia Veronica Rodríguez Zepeda,

21 Acceso y calidad de los cuidados paliativos en El Salvador

Access and quality of palliative care in El Salvador

Gabriela Vanessa Pineda Molina

29 Intervención educativa para la prevención del Alcoholismo en adolescentes

Educational intervention for the prevention of alcoholism in teenagers Salvador, March 2020 – 2022.

Ramón Antonio Ibarra Regalón, Ana Evelyn Chávez Mata

35 Nivel de conocimientos de médicos generales integrales de Colombia

Level of knowledge of comprehensive general practitioners in Colombia about human nutrition

Reiner Rodríguez Monteagudo, Alexandra Cristina Esperanza Martínez

41 Caracterización del comportamiento del cáncer de próstata y sus factores de riesgo

Characterisation of the behaviour of prostate cancer and its risk factors.

Idalberto Delgado Monteagudo



Factores de riesgo que contribuyen a daño cardiovascular en pacientes hipertensos y diabéticos de enero a diciembre 2024

Risk factors that contribute to cardiovascular damage in hypertensive and diabetic patients from January to December 2024

Artículo de revisión documental | Documentary review article

RESUMEN

Introducción: los factores de riesgo que contribuyen a daño cardiovascular en pacientes con enfermedades crónicas de hipertensión arterial y diabetes mellitus son frecuentes en la población, y tienen riesgo de presentar daño cardiovascular en un periodo de 10 años; este puede ser alto o bajo y dependiendo del riesgo que tenga se aplica la estrategia Hearts como intervención para reducción del riesgo cardiovascular. **Objetivo:** describir los factores de riesgo que están asociados a daño cardiovascular en los pacientes diabéticos e hipertensos; así como la importancia de la implementación de la estrategia Hearts y mencionar las recomendaciones para la reducción del riesgo cardiovascular en dichos pacientes. **Método:** se realizó una búsqueda sistemática de investigación de tipo descriptivo; a través, de una búsqueda de bases de datos como PubMed, lilacs, Google académico, Scielo. la fuente de información se obtuvo a través de artículos con información importante y relevante; abarcando publicaciones entre los años de 2020 al 2024. Se utilizaron criterios de inclusión y exclusión. Se emplearon palabras claves para la estrategia de búsqueda tales como: hipertensos, diabéticos adultos, y factores de riesgo. El proceso de selección fue inicialmente 50 artículos en inglés y español de los cuales se revisaron resúmenes y textos completos para seleccionar 20 artículos, 7 en inglés y 13 en español. **Discusión:** En el análisis realizado en los artículos seleccionados existe una creciente prevalencia de factores de riesgo que contribuyen al daño cardiovascular como tabaquismo, sedentarismo, dislipidemia, hipertensión y diabetes no controlada, estrés, alcoholismo, obesidad, con la finalidad de reducir el riesgo cardiovascular en un periodo de 10 años. **Resultados:** en los 20 artículos revisados, se encontró un 50% que habla sobre factores

Autores

Recinos Escobar, Génesis Alejandra^{1,2}
Rodríguez Zepeda, Silvia Veronica^{1,3}

Correspondencia

rz23014@ues.edu.sv

Presentado

01 de octubre de 2024

Aceptado

07 de abril de 2025

1. Universidad de El Salvador
2. ORCID: <https://orcid.org/0009-0005-4313-8063>
3. ORCID: <https://orcid.org/0009-0009-7550-2295>

<https://hdl.handle.net/20.500.14492/32141>

Cómo citar este artículo:

Recinos Escobar GA, Rodríguez Zepeda SV. Factores de riesgo que contribuyen a daño cardiovascular en pacientes hipertensos y diabéticos de enero a diciembre 2024. Rev Sal Int. 2025, 3: (1), 9-19.

Este contenido está protegido bajo la licencia CC BY
<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



Plataforma digital de la revista: <https://revistas.ues.edu.sv/index.php/si/>

de riesgo cardiovasculares de los cuales encontramos que un 80% es sobre la obesidad y tabaquismo, un 70% es debido a la dislipidemia, un 50% es debido a la ingesta de alcohol, el 30% diabetes e hipertensión no controlada y estrés, 40% es sobre el sedentarios y un 10% es edad y sexo; los hallazgos encontrados resaltan la importancia de abordar estos factores desde un enfoque integral donde es necesario adaptar estrategias preventivas. **Conclusiones:** la revisión documental realizada evidencia que los factores de riesgo que llevan a los pacientes diabéticos e hipertensos a un daño cardiovascular en un periodo de 10 años con un estilo de vida sedentario, una dieta no balanceada, el consumo excesivo de alcohol y tabaco, la dislipidemia, así como la predisposición de la genética y la edad. La propuesta realizada por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), sobre la estrategia Hearts busca disminuir el riesgo cardiovascular, evitando con ello las muertes prematuras por enfermedades crónicas no transmisibles y reducir el gasto para el sistema de salud que invierte en las complicaciones.

Palabras clave: Riesgo cardiovascular, estrategia hearts, hipertensión, diabetes.

Introduction: the risk factors that contribute to cardiovascular damage in patients with chronic diseases of arterial hypertension and diabetes mellitus are frequent in the population, and they have a risk of presenting cardiovascular damage in a period of 10 years; This can be high or low and depending on the risk, the hearts strategy is applied as an intervention to reduce cardiovascular risk.

Objective: to describe the risk factors that are associated with cardiovascular damage in diabetic and hypertensive patients; as well as the importance of implementing the Hearts strategy and mentioning the recommendations for reducing cardiovascular risk in these patients. **Method:** a systematic search for descriptive research was carried out; through a search of databases such as PubMed, lilacs, google academic, Scielo. The source of information was obtained through articles with important and relevant information; covering publications between the years 2020 to 2024. Inclusion and exclusion criteria were used. Key words were used for the search strategy such as: hypertensive patients, adult diabetics, and risk factors. The selection process was initially 50 articles in English and Spanish of which summaries and full texts were reviewed to select 20 articles, 7 in English and 13 in Spanish.

Discussion: In the analysis carried out in the selected articles, there is an increasing prevalence of risk factors that contribute to cardiovascular damage such as smoking, sedentary lifestyle, dyslipidemia, hypertension and uncontrolled diabetes, stress, alcoholism, obesity, with the aim of reducing cardiovascular risk. in a period of 10 years. **Results:** in the 20 articles reviewed, 50% were found to talk about cardiovascular risk factors, of which we found that 80% are about obesity and smoking, 70% are due to dyslipidemia, 50% are due to alcohol intake, 30% diabetes and uncontrolled hypertension and stress, 40% is sedentary and 10% is

age and sex; The findings highlight the importance of addressing these factors from a comprehensive approach where it is necessary to adapt preventive strategies. **Conclusions:** the documentary review carried out shows that the risk factors that lead diabetic and hypertensive patients to cardiovascular damage in a period of 10 years with a sedentary lifestyle, an unbalanced diet, excessive consumption of alcohol and tobacco, dyslipidemia, as well as the predisposition of genetics and age. The proposal made by the Pan American Health Organization (PAHO) on the Hearts strategy seeks to reduce cardiovascular risk, thereby avoiding premature deaths from chronic non-communicable diseases and reducing the expense for the health system that invests in complications.

Keywords: Cardiovascular risk, hearts strategy, hypertension, diabetes.

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades cardiovasculares pueden manifestarse de muchas formas entre ellas: enfermedad arterial coronaria, enfermedad valvular, accidente cerebrovascular, síndrome coronario agudo, entre otras. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), las enfermedades cardiovasculares causan el fallecimiento de más de 17 millones de personas en el mundo cada año.

La hipertensión arterial y la diabetes mellitus son enfermedades crónicas, frecuentes en la población, y los mismos pacientes tienen riesgo de presentar daño cardiovascular en 10 años, este puede ser alto o bajo y dependiendo del riesgo que se tenga, los factores de riesgo se dividen en dos categorías: modificables y no modificables. Los factores de riesgo modificables son factores cuya intervención puede disminuir el riesgo cardiovascular en 10 años mejorando así la calidad de vida de las personas y los no modificables pueden elevar el riesgo de sufrir estas enfermedades y prevenir las muertes prematuras utilizando la estrategia hearts como intervención para reducción del riesgo cardiovascular. Implementada en los países de las Américas

La fuente de información es a través artículos de investigación bibliográfica de donde se obtiene información importante y relevante para dicha investigación. Utilizando Decs MeSH en PubMed, lilacs, scielo, Google académico, se realizó con las palabras claves: "Riesgo cardiovascular", "factores de riesgo", "hipertensión", "diabetes" desde el año 2020 al 2024.

MÉTODOLÓGIA

Se ha realizado una revisión sistemática utilizando la base de datos PubMed, Scielo, Google académico, como palabras claves se utilizaron: "riesgo cardiovascular", "hipertensión", "diabetes"

Se realizó la recolección de información de 70 artículos de investigación bibliográfica, de los cuales se realizó una depuración y

se recolectaron 30 artículos, se estableció un límite en la publicación de artículos de los últimos 5 años (desde el 2020 hasta 2024), para así conseguir una búsqueda más actualizada. Además se escogieron 8 artículos cuyo idioma de publicación es en inglés y 22 artículos en español.

Se desestimaron estudios que se alejaban de los objetivos principales, se centraban en otras enfermedades y otros factores de riesgo, o bien aquellos cuya información estaba duplicada. Para ello se procedió a la lectura del título, el resumen y las conclusiones, hasta finalmente seleccionar los artículos que están presentes en la bibliografía. Los artículos elegidos tienen un índice JADAD 3 o más. Criterios de inclusión fueron: hipertensos, diabéticos, adultos y factores de riesgo en cuanto a los criterios de exclusión fueron: covid-19, adolescentes, embarazadas, salud mental.

Las enfermedades no transmisibles (ENT) son cada vez más frecuentes a nivel mundial lo cual implica un aumento del gasto de bolsillo de las personas, así como del gasto público en salud. Esto es especialmente importante para las enfermedades cardiovasculares las cuales se consideran la principal causa de defunción en el mundo con 17 millones de muertes anuales.

La hipertensión arterial es el factor de riesgo más importante para la enfermedad cardiovascular prematura, mucho más frecuente que otros factores de riesgo principales como tabaquismo, dislipidemia y diabetes. La hipertensión aumenta el riesgo no solo de una, sino de varias enfermedades cardiovasculares, entre las que incluimos: accidente cerebrovascular, coronariopatías, insuficiencia cardíaca, fibrilación auricular y enfermedad vascular periférica.

La diabetes causó 1,5 millones de muertes en 2012 y las elevaciones de la glucemia por encima de los valores ideales provocaron otros 2,2 millones de muertes por efecto de un aumento del riesgo de sufrir enfermedades cardiovasculares y de otro tipo. De estas muertes, el 43% se produce antes de la edad de 70 años. El porcentaje de las muertes atribuibles a la hiperglucemia o a la diabetes que se producen antes de los 70 años es mayor en los países de ingresos bajos y medianos que en los de ingresos altos.

La hipertensión y la diabetes comparten factores de riesgo que conducen a una misma vía de complicaciones, lo que resulta en morbilidad y mortalidad prematuras, Unos niveles elevados de glucemia y presión arterial aceleran la aterosclerosis, la disfunción endotelial y las lesiones vasculares.

El Riesgo Cardiovascular (RCV), se puede definir como "la probabilidad de padecer un evento cardiovascular en un determinado periodo de tiempo", que habitualmente se establece entre 5 y 10 años.

DISCUSIÓN

Entre las indicaciones contempladas para la realización de una cesárea se En el artículo realizado por los autores: Vásquez D, Garzón-Duque MO, 2021, mencionan que las enfermedades no transmisibles cada vez son más frecuentes en el mundo en especial las enfermedades cardiovasculares las cuales se consideran la principal causa de defunción en el mundo con 17 millones de muertes anuales, la OMS el 40% de las personas mayores de 25 años en el mundo sufren de hipertensión arterial y sus complicaciones se le atribuyen en 9,4 millones de muertes anuales, entre los factores identificados, destacan alto consumo de sal, inactividad física, deficiencia de frutas y verduras, sobrepeso obesidad consumo nocivo de alcohol con respecto a la diabetes se prevé que para el año 2025 este afecte alrededor de 350 millones de personas a nivel mundial, en tres otros factores tenemos: tabaco, abuso de bebidas alcohólicas, mala alimentación, sobrepeso obesidad.

En el artículo realizado por los autores Terazon, M. O Y Angulo, E. C. M menciona que entre más alta la cifra de la presión arterial mayor es el riesgo que el paciente presente una enfermedad cardiovascular como complicación de esta.

Se entiende como factor de riesgo cardiovascular (FRCV) aquella característica biológica, condición y/o modificación del estilo de vida que aumenta la probabilidad de padecer o de fallecer por cualquier causa de una enfermedad cardiovascular (ECV) en aquellos individuos que lo presentan a medio y largo plazo.

Entre los factores de riesgo que influyen en el apareamiento de enfermedad cardiovascular a nivel bioquímico, tenemos:

Hipertensión arterial: provoca el aumento del grosor de las paredes de los vasos sanguíneos y también los hace más propensos a desarrollar endurecimiento de las arterias (ateroesclerosis). Las personas cuyos vasos sanguíneos tienen las paredes engrosadas y que sufren aterosclerosis, presentan un riesgo mayor de sufrir un accidente cerebrovascular, un infarto de miocardio, una demencia vascular o una insuficiencia renal. El accidente cerebrovascular y el infarto de miocardio se consideran enfermedades cardiovasculares ateroscleróticas (ECVAE).

Diabetes mellitus: la diabetes mellitus históricamente se ha dividido en diabetes mellitus 1 y diabetes mellitus 2, ambas con diferencias fundamentales en sus mecanismos causales, siendo la diabetes mellitus 1 una enfermedad principalmente autoinmune central donde se destruyen selectivamente las células beta pancreáticas productoras de insulina generando un cese en su producción, por otra parte en la diabetes mellitus 2 hay dos mecanismos fundamentales en su generación, la resistencia a la insulina (RI) y la posterior y progresiva disfunción de la célula beta, en los cuales interactúan múltiples vías de señalización de diferentes órganos, que debido a factores tanto externos como internos se ven alteradas.

Dislipidemia: La dislipidemia es una concentración elevada de colesterol y/o triglicéridos o una concentración baja de colesterol de lipoproteínas

de alta densidad. Las grasas (lípidos) importantes de la sangre son: Colesterol y triglicéridos. Las lipoproteínas son partículas de proteínas y otras sustancias. Transportan grasas, como el colesterol y los triglicéridos, que, por sí mismas, no pueden circular libremente por la sangre. La concentración de las lipoproteínas y, por lo tanto, de los lípidos, en particular del colesterol de las lipoproteínas de baja densidad (LDL, por sus siglas en inglés) aumenta ligeramente a medida que la persona va envejeciendo. Los valores suelen ser algo más altos en los hombres que en las mujeres, pero en estas comienzan a elevarse después de la menopausia.

Obesidad: la obesidad central o visceral corresponde al exceso de tejido graso en los órganos abdominales internos, con un desbalance que resulta de la acumulación de grasa y bajo gasto energético; involucrando procesos crónicos de descontrol metabólico y hormonal, generando estrés proinflamatorio.

Tabaquismo: la disfunción endotelial en arterias coronarias y periféricas, ya que se produce un estado inflamatorio crónico que contribuye a los procesos de enfermedad aterogénica y eleva los niveles de biomarcadores de inflamación, conocidos predictores de eventos cardiovasculares. Asimismo, se generan anomalías en el perfil lipídico que predisponen al desarrollo de aterosclerosis, principalmente debido a un aumento en los triglicéridos y una disminución en el colesterol asociado a lipoproteínas de alta densidad. El consumo de cigarro también condiciona resistencia a la insulina e inflamación crónica, lo que puede acelerar las complicaciones micro y macrovasculares, incluida la nefropatía.

Sedentarismo: la inactividad física y los incorrectos hábitos de alimentación están asociados al estado nutricional y emocional de las personas, debido a que se come de manera desproporcionada cuando se está alegre, triste o enojado y/o cuando se experimenta soledad, frustración, estrés o aburrimiento. Los factores anteriormente mencionados pueden incrementar el consumo diario de alimentos con alta densidad energética (hidratos de carbono simples y grasa saturada), y bajo consumo de vitaminas, minerales, antioxidantes y fibra dando como resultado la afectación de la salud, con el desarrollo de enfermedades carenciales (desnutrición, escorbuto, etc.), obesidad, hipertensión, diabetes, entre otras.

Alcohol: el consumo del alcohol incrementa la estimulación a la secreción de insulina, de esta manera se reduce la gluconeogénesis en el hígado y causa resistencia periférica a la insulina, produciendo oxidación de la glucosa y su almacenamiento. Si hay deterioro en el sistema pancreático se produce hiperglicemia y el hígado genera resistencia a la insulina.

Los factores de riesgo de la hipertensión arterial los cuales los clasifican en factores modificable, entre los que menciona: sobrepeso, obesidad, estilos de vida no saludables, como ingesta excesiva de sodio, alcoholismo, tabaquismo y sedentarismo, quien hace referencia en el artículo realizado por Torres Pérez, Rómulo Francisco; Quinteros León; mismos autores quienes refieren que si se controlan los factores de riesgo en la hipertensión arterial los efectos sobre la calidad de vida, la frecuencia de complicaciones

e incluso el riesgo cardiovascular mejoran.

El artículo realizado por Arrieta F, Iglesias P, Pedro-Botet J, Tébar FJ, entre otros, menciona que se considera factores de riesgo cardiovascular clásico son: la edad, sexo, tabaquismo, diabetes, colesterol total, LDL HDL, niveles de presión arterial y los factores de riesgo cardiovascular no clásicos historia familiar, obesidad, trigliceridemia, estrés nivel socioeconómico. Las enfermedades cardiovasculares tienen un origen multifactorial y destaca por su importancia los factores de riesgo cardiovasculares, entre los no modificables edad y sexo los modificables tabaquismo hipertensión arterial hipercolesterolemia diabetes. Para la prevención y el tratamiento de la ECVA y la insuficiencia cardíaca, se deben evaluar sistemáticamente los factores de riesgo cardiovascular al menos una vez al año en todos los pacientes con diabetes. Estos factores de riesgo incluyen la duración de la diabetes, la obesidad/sobrepeso, la hipertensión, la dislipidemia, el tabaquismo, los antecedentes familiares de enfermedad coronaria prematura, la enfermedad renal crónica y la presencia de albuminuria. La hipertensión arterial es el factor de riesgo más importante para la enfermedad cardiovascular prematura, mucho más frecuente que otros factores de riesgo principales como el tabaquismo dislipidemia y diabetes. La afección más común que coexisten con diabetes tipo 2, por ejemplo: hipertensión y dislipidemia son factores de riesgo claros de enfermedad cardiovascular y la diabetes en si misma confiere un riesgo independiente. Numerosos estudios han demostrado la eficacia de controlar los factores de riesgo cardiovascular individuales para prevenir o ralentizar la ECVA en personas con diabetes. Además, se observan grandes beneficios cuando se abordan simultáneamente múltiples factores de riesgo cardiovascular. La hipertensión aumenta el riesgo no solo de una vez sino de varias enfermedades cardiovasculares entre las que incluimos: accidente cerebrovascular, coronariopatías insuficiencia cardíaca, fibrilación auricular y enfermedad vascular periférica.

El artículo realizado por The Texas hearts institute, menciona que entre más factores de riesgo las probabilidades de padecer una enfermedad del corazón son mayor, unos pueden ser modificables y otros no, menciona también los principales factores de riesgo, cuales son: presión arterial alta, colesterol elevado diabetes obesidad y sobrepeso, tabaquismo inactividad física sexo edad, hormonas sexuales, alcohol. Este artículo tiene relación con el artículo de Texas hearts institute donde habla de los factores de riesgo modificable como los no modificables mencionando dentro de los modificables hipertensión diabetes dislipidemia tabaquismo obesidad sobrepeso y sedentarismo y dentro de los no modificables edad sexo y antecedentes familiares.

Por su parte, Revueltas-Agüero, Moura, & Molina-Esquivel, Enrique, menciona que el estudio de Framingham citado por Ballces concluye que la hiperglicemia tiene un factor de riesgo que asocia a una mayor probabilidad de sufrir una enfermedad cardiovascular, la diabetes incrementa el riesgo cardiovascular, la muerte prematura y la hiperglicemia duplica el riesgo cardiovascular, siendo el 3er factor de riesgo fue la cifras elevadas de glucosa en sangre que más muerte provoco en el mundo después del

hipertensión arterial y la adicción a fumar.

La investigación desarrollada por Bustos M, Patricia, Amigo C, Hugo, Arteaga LI, Antonio, Acosta B, Ana María, & Rona, Roberto J. donde analizando la proporción de las personas con factores de riesgo para enfermedad cardiovascular hace referencia a los factores como el tabaquismo HDL con niveles bajos actividad física insuficiente colesterol elevado glicemia elevada obesidad sobrepeso. La mayoría de factores de riesgo tiene más prevalencia en mujeres.

La bibliografía menciona sobre los factores de riesgo cardiovascular entre los que sobresalen hipertensión, tabaquismo, hiperlipoproteinemia, sedentarismo y obesidad y dependiendo del número de factores de riesgo que tenga se clasifica en bajo moderado y alto.

La etiología de los factores de riesgo cardiovasculares es multifactorial, la mayoría de los factores de riesgo que se han descrito pueden ser modificables, por lo que la promoción de la salud y adopción de estilos de vida saludables son imprescindibles para su prevención. Existe asociación entre la diabetes mellitus tipo 2 y la enfermedad cardiovascular, al acelerar los cambios ateroscleróticos en todo el lecho vascular incrementando el riesgo de desarrollar algún evento agudo fatal ya que en muchas ocasiones su presentación es mucho más prematura, evolución más rápida, y mayor severidad, que en las personas sin diabetes.

La Iniciativa Mundial Hearts de la Organización Mundial de la Salud (OMS) tiene como objetivo acelerar el tratamiento de la hipertensión arterial a nivel poblacional a partir de cinco componentes básicos que constituyen el programa; un protocolo de tratamiento estandarizado, suministro sostenido de medicamentos y monitores de presión arterial de calidad garantizada, atención basada en el trabajo en equipo, atención centrada en el paciente y sistemas de información que faciliten la retroalimentación en tiempo real sobre el progreso del paciente y los resultados del programa. HEARTS en las Américas ha estado a la vanguardia de la implementación del paquete técnico, lo cual incluye trabajar con los países para formular y aplicar protocolos estandarizados de tratamiento de la hipertensión a nivel nacional, subnacional y de la atención primaria de la salud. Los países que participan en HEARTS en las Américas son líderes mundiales en la aplicación de tratamientos con medicamentos antihipertensivos combinados en los protocolos de tratamiento nacionales, y muchos protocolos nacionales inician el tratamiento de la hipertensión con la combinación de dos medicamentos.

Los autores Hameau. R, Sepulveda. P, Gómez, R, Pothooff, entre otros, hace mención sobre las guías de la asociación americana de diabetes del año 2020, en el cual no recomienda el uso de las aspirinas en pacientes de bajo riesgo cardiovascular. En pacientes con diabetes mellitus tipo 2 entre 50 y 70 años, pudiera considerarse su uso en aquellos de mayor riesgo de eventos cardiovascular, pero siempre tras una discusión sobre riesgos y beneficios. Finalmente, en octubre 2021, actualiza sus recomendaciones, permitiendo el uso de bajas dosis de Aspirina en pacientes entre 40-59 años

(grado de recomendación C) que tengan un riesgo de eventos CV >10% a 10 años, de bajo riesgo hemorrágico y dispuestos a tomar este medicamento diariamente. A su vez, se declara en contra del uso en pacientes mayores de 60 años.

El ácido acetilsalicílico (AAS o aspirina) se usa en la prevención primaria y secundaria de enfermedades cardiovasculares debido a su efecto antiagregante plaquetario. Las dosis recomendadas según el riesgo cardiovascular - prevención primaria (en pacientes con alto riesgo cardiovascular y sin antecedentes de eventos cardiovasculares previos) dosis: 75-100 mg/día. duración: se evalúa individualmente, pero generalmente a largo plazo si el beneficio supera el riesgo de sangrado. Se utiliza en la prevención secundaria (en pacientes con antecedentes de infarto agudo de miocardio, accidente cerebrovascular isquémico o enfermedad arterial periférica) dosis: 81-325 mg/día, siendo 81-100 mg/día la más comúnmente recomendada; duración: uso indefinido, salvo contraindicación por sangrado gastrointestinal o riesgo hemorrágico elevado.

Para el riesgo de sangrado se debe evaluar el beneficio frente al riesgo de hemorragia gastrointestinal o cerebral. Interrupción antes de cirugías: se suele suspender 5-7 días antes de procedimientos quirúrgicos de alto riesgo de sangrado, según indicación médica. Uso en diabéticos: en pacientes con diabetes y alto riesgo cardiovascular, se recomienda individualizar la indicación. La decisión de usar Ácido acetilsalicílico (ASA) debe basarse en la evaluación del riesgo cardiovascular global del paciente y su riesgo de hemorragia, según guías internacionales.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha liderado la elaboración de modelos y herramientas para disminuir las ECV a través de su iniciativa mundial HEARTS. La iniciativa HEARTS contiene un Paquete técnico para el manejo de las enfermedades cardiovasculares en la atención primaria de salud que proporciona un enfoque basado en la población para prevenir las ECV. El modelo HEARTS consta de seis módulos basados en la evidencia: hábitos y estilos de vida saludables; evidencia: protocolos basados en la evidencia; Acceso a medicamentos y tecnologías esenciales; riesgo cardiovascular: manejo de las ECV con base en los riesgos; Trabajo en equipo para la atención de pacientes; y Sistemas de monitoreo. La iniciativa HEARTS busca integrar estas estrategias a los sistemas de salud existentes con énfasis en la prevención de las ECV al nivel de atención primaria.

Hábitos y estilos de vida saludables: el módulo HEARTS se centra en cambios de comportamiento y entrevistas motivacionales para mejorar los regímenes de alimentación, aumentar la actividad física, reducir el consumo de tabaco y limitar el consumo nocivo de alcohol.

Protocolos basados en la evidencia

Como complemento del módulo de sobre hábitos y estilos de vida saludables, este módulo trata sobre protocolos estandarizados para el tratamiento farmacológico, acompañado de un pequeño formulario de medicamentos eficaces, seguros y asequibles. HEARTS recomienda

protocolos que sean simples y estandarizados, lo que significa que: a) pueden ser aplicados tanto por personal médico como por otros trabajadores de salud (no médicos) bajo supervisión a nivel de la atención primaria; b) incluyen medicamentos y dosis específicos para la titulación; y c) pueden aplicarse a la mayoría de los pacientes en los servicios de atención primaria.

Los autores Antoniazzi. L.D, Aballay. L. R, Fernández, A, R, R, entre otros, hacen mención que la prevalencia de sobrepeso y obesidad aumentan en estudiantes universitarios como consecuencia de la modificación de sus hábitos alimentarios y de su nivel de actividad física.

El uso de protocolos de tratamiento simples y estandarizados crea una sinergia con los módulos de HEARTS relativos al acceso a medicamentos y tecnologías esenciales y a la atención basada en el trabajo en equipo. Con sus acciones anteriores, la OPS ha ampliado el marco de la iniciativa HEARTS al proporcionar orientación detallada sobre protocolos de hipertensión, incluido el uso de dos medicamentos antihipertensivos en la etapa inicial de tratamiento de la persona con un diagnóstico reciente de hipertensión, ya sea como dos píldoras separadas o, preferiblemente, en una sola píldora combinada de dosis fija. Valiéndonos de la experiencia de la OPS y el módulo HEARTS-D, destacamos tres oportunidades para integrar los protocolos de tratamiento de la hipertensión y la diabetes. Cabe destacar que no se pretende con este manuscrito abrir un debate sobre la eficacia, viabilidad y costo-eficacia de los tratamientos con productos farmacológicos como la metformina para la prevención de la diabetes⁴

Manejo de las enfermedades cardiovasculares (ECV) con base en los riesgos.

El módulo HEARTS se centra en el uso del riesgo estimado de ECV para guiar el manejo clínico encaminado a la prevención de las ECV. En el caso de la diabetes, las directrices de la OMS recomiendan que todas las personas ≥ 40 años con diabetes de tipo 2 reciban estatinas y tengan como meta una presión arterial $< 130/80$ mmHg. Sin embargo, estas recomendaciones pueden no ser factibles en todos los entornos. En el módulo HEARTS-D se recomienda utilizar herramientas de predicción del riesgo de ECV para determinar qué pacientes con diabetes obtendrían el mayor beneficio de las estatinas para la prevención primaria de ECV. Un enfoque similar basado en el riesgo podría guiar la intensidad del tratamiento de la presión arterial o las intervenciones del modo de vida en las personas con diabetes. Debe tenerse en cuenta que todas las personas con diabetes y ECV están en alto riesgo, por lo que deberían recibir estatinas independientemente del riesgo previsto.

El estudio realizado por el Grupo de trabajo de servicios preventivos de EE. UU. 2022, sobre el uso de estatinas con riesgo cardiovascular para la prevención de eventos cardiovasculares que tienen uno o más factores de riesgo, quienes concluyeron que tienen un beneficio neto moderado el uso de estatinas. Según la evidencia disponible, el uso de terapia con estatinas de intensidad moderada parece razonable para la prevención primaria de la ECV en la mayoría de las personas.

En la revisión bibliográfica Ordunez P, Tajer C, Gaziano T, Rodríguez YA, entre otros; se presenta la calculadora que puede contribuir a optimizar la evaluación del riesgo de ECV y el manejo de la hipertensión. En primer lugar, se resume el enfoque de evaluación del riesgo y los métodos utilizados para actualizar las tablas de riesgo cardiovascular de la OMS; además, se describe la aplicación, su uso, funcionalidad y proceso de validación.²¹

Estrategias para implementar en el primer nivel de atención basándose en HEARTS.

La estrategia HEARTS de la Organización Mundial de la Salud (OMS) busca fortalecer la prevención y el control de las enfermedades cardiovasculares en la atención primaria. En el primer nivel de atención, se pueden implementar las siguientes estrategias basadas en HEARTS:

- a) Estilos de vida saludables: promoción de la alimentación saludable: Implementar talleres sobre la dieta mediterránea o DASH en las unidades de salud con el apoyo del equipo de especialista entre ellos nutricionistas, fomento de la actividad física: Programas comunitarios de ejercicio, como caminatas guiadas, cese del tabaquismo y reducción del alcohol: Grupos de apoyo y acceso a terapias de reemplazo de nicotina.
- b) Protocolos de tratamiento basados en evidencia: uso de guías clínicas estandarizadas para hipertensión, diabetes y dislipidemia, simplificación del tratamiento con combinaciones de fármacos para mejorar la adherencia.
- c) Acceso a medicamentos y tecnología esenciales: garantizar disponibilidad de antihipertensivos, estatinas, hipoglucemiantes y ácido acetilsalicílico en las unidades de salud, uso de dispositivos automáticos para monitoreo de presión arterial (esfigmomanómetro) y glucosa (hemoglucotest).
- d) Manejo basado en el riesgo: estratificación del riesgo cardiovascular mediante herramientas como el ESC SCORE, identificación temprana de pacientes de alto riesgo para intervenciones más intensivas.
- e) Atención en equipo: capacitación de médicos, enfermeras y promotores de salud en prevención cardiovascular, participación de la comunidad en la promoción de hábitos saludables.
- f) Sistemas de monitoreo: implementación de registros electrónicos para seguimiento de pacientes, evaluación periódica de los indicadores de control de presión arterial y diabetes. En cuanto al impacto Esperado, la implementación de HEARTS en el primer nivel de atención mejora la prevención, el control y la adherencia terapéutica, reduciendo la carga de enfermedad cardiovascular en la comunidad.

Hace mención el artículo realizado por los autores Arrieta F, Iglesias P, Pedro-Botet J, sobre las recomendaciones para reducción del riesgo Cardiovascular; por ejemplo, la modificación del estilo de vida a través de la dieta mediterránea que se caracteriza por un alto consumo en frutas y verduras, cereales y legumbres, frutos secos y aceite de oliva; todos de óptima calidad, consumo moderado de pescado, aves y huevos a ser posible de corral, y una baja ingesta de productos lácteos, carnes rojas,

carnes procesadas y dulces. Por ello, se recomienda evitar el consumo mayor de 200 mg de sodio al día, evitar ingesta de carbohidratos refinados y azúcares libres, evitar la ingesta de ácidos grasos trans, aumentar la ingesta de vegetales y semillas, ejercicio físico aeróbico regular al menos 150 min/semana de actividad física aeróbica de intensidad moderada (50-70% de la frecuencia cardíaca máxima), repartidas en al menos 3 días de la semana evitando estar más de 2 días consecutivos. Sin ejercicio, se recomienda actividad física de leve a moderada intensidad de al menos 150 a 300 min por semana y abandono del hábito tabáquico.

Los beneficios para la Salud Cardiovascular requieren de una reducción del colesterol LDL y aumento del HDL (gracias a las grasas monoinsaturadas y poliinsaturadas), disminución de la inflamación y estrés oxidativo por su alto contenido en antioxidantes, mejora de la sensibilidad a la insulina, ayudando en la prevención y control de la diabetes tipo 2, efecto antihipertensivo, debido al consumo de potasio y magnesio de frutas, verduras y frutos secos, reducción del riesgo de trombosis y aterosclerosis, gracias a su efecto sobre la coagulación sanguínea.

En la aplicación de la atención primaria, la dieta mediterránea puede implementarse como estrategia clave para prevenir y controlar enfermedades crónicas como hipertensión, diabetes y obesidad. Algunas estrategias incluyen la educación nutricional capacitando a pacientes y familias sobre los principios de la dieta mediterránea; guías y recetas saludables con material educativo con recetas accesibles y adaptadas a la cultura local; promoción de hábitos saludables integrando programas de actividad física y control de peso; adaptación a la realidad económica y cultural para incentivar el consumo de alimentos locales con principios mediterráneos (por ejemplo, sustituir aceite de oliva por aguacate en países donde es costoso); monitoreo y seguimiento a través de evaluar la adherencia a la dieta en consultas de rutina y reforzar cambios de estilo de vida. Esta aplicación permite mejorar la salud cardiovascular y prevenir complicaciones a largo plazo, reduciendo la carga de enfermedades crónicas en la población.

Para el manejo de pacientes que tienen riesgo cardiovascular o diabetes: controlar el peso, el azúcar en la sangre y el colesterol malo para prevenir complicaciones graves. Para la pérdida de peso se puede considerar cirugía bariátrica en pacientes con IMC mayor de 35. Para el control glicémico la HbA_{1c} sea menor de 7% en general, pero si un paciente ya tiene una enfermedad cardiovascular (ECV), se acepta un rango un poco más amplio, entre 7% y 8%. En el caso de los lípidos los niveles de LDL deben ser menor a 100mg/dl en prevención primaria para evitar que ocurra el primer evento cardiovascular y Menor de 70 mg/dl en prevención secundaria (es decir, en personas que ya han tenido eventos como infartos, para evitar nuevos problemas).

El ácido acetilsalicílico (AAS o aspirina) se usa en la prevención primaria y secundaria de enfermedades cardiovasculares debido a su efecto antiagregante plaquetario; la utilización de ácido acetilsalicílico en dosis bajas, si el riesgo cardiovascular es mayor de 10% a los 10 años y prevención secundaria dosis bajas 100mg/día; por lo que se recomiendan según el

riesgo cardiovascular en la atención primaria una dosis de 75-100 mg/día, mientras que la duración se evalúa individualmente, pero generalmente a largo plazo si el beneficio supera el riesgo de sangrado. En la prevención secundaria (en pacientes con antecedentes de infarto agudo de miocardio, accidente cerebrovascular isquémico o enfermedad arterial periférica) una dosis de 81-325 mg/día, siendo 81-100 mg/día la más comúnmente recomendada. La duración será de uso indefinido, salvo contraindicación por sangrado gastrointestinal o riesgo hemorrágico elevado.

Se debe considerar en la administración de Aspirina los riesgos de sangrado evaluando el beneficio frente al riesgo de hemorragia gastrointestinal o cerebral, interrupción antes de cirugías, se suele suspender 5-7 días antes de procedimientos quirúrgicos de alto riesgo de sangrado, según indicación médica. El uso en diabéticos y alto riesgo cardiovascular, se recomienda individualizar la indicación. La decisión de usar ácido acetilsalicílico debe basarse en la evaluación del riesgo cardiovascular global del paciente y su riesgo de hemorragia, según guías internacionales.

Alimentos que favorecen la disminución de riesgo cardiovascular

En el artículo realizado por Comité de Práctica Profesional de la Asociación Americana de Diabetes hace mención sobre la intervención en el estilo de vida consiste en pérdida de peso cuando esté indicado, un patrón de alimentación estilo enfoques dietéticos para detener la hipertensión (DASH) es un plan saludable para el corazón, porque se ha demostrado que reduce la presión arterial alta y el colesterol "malo" o el colesterol LDL en la sangre, que incluye la reducción de la ingesta de sodio y el aumento de la ingesta de potasio, moderación de la ingesta de alcohol y aumento de la actividad física.

La alimentación saludable para el corazón implica elegir determinados alimentos, como frutas y verduras, y limitar otros, como las grasas saturadas y las grasas trans y los azúcares agregados. Estos alimentos son la base de un plan alimentario saludable para el corazón: verduras: hojas verdes (espinaca, repollo), brócoli y zanahorias, frutas: como manzanas, plátanos, naranjas, peras, uvas y ciruelas pasas, granos integrales: avena común, arroz integral y pan o tortillas integrales, lácteos descremados o con bajo contenido de grasa: leche descremada, queso o yogurt, alimentos con alto contenido proteico: pescados: alto contenido de ácidos grasos omega-3 (salmón, atún y trucha), carnes magras: carne de vaca molida 95% magra o lomo de cerdo o pollo o pavo sin piel, huevos, frutos secos, semillas y productos de soja (tofu), legumbres como frijoles, lentejas, garbanzos, frijoles de ojo negro y habas de Lima, aceites y alimentos con alto contenido de grasas monoinsaturadas y poliinsaturadas: aceites de canola, maíz, oliva, alazor, sésamo, girasol y soja (evitar el aceite de coco o de palma), frutos secos como nueces, almendras y piñones; mantecas de frutos secos y de semillas, salmón y trucha, semillas (sésamo, girasol, calabaza o lino), aguacates.

Alimentos que deben limitarse

Un plan alimentario saludable para el corazón limita el sodio (sal), las grasas saturadas y trans, los azúcares agregados y el alcohol. El tiempo posterior a la modificación de los estilos de vida, tratamiento farmacológico puede disminuir el riesgo cardiovascular.

El éxito en el manejo del tratamiento requiere de diálogo, negociación, comprensión y receptividad entre el paciente y el profesional tratante, que permita fortalecer y mantener el grado de compromiso en el que el paciente sigue y cumple las instrucciones y recomendaciones para el control de su enfermedad, y el profesional atendiendo las necesidades terapéuticas requeridas. El tiempo en el que la modificación de los estilos de vida y el tratamiento farmacológico reducen el riesgo cardiovascular varía según el factor de riesgo tratado y la intervención implementada.

La modificación de los estilos de vida para controlar la presión arterial dependerá de los cambios en la dieta (DASH o mediterránea) y el ejercicio pueden reducir la presión arterial en semanas o meses, colesterol; una dieta saludable y ejercicio pueden reducir los niveles de LDL en semanas a meses, glucosa en sangre. La mejora puede observarse en días a semanas, especialmente con pérdida de peso y dieta controlada, dejar de fumar para reducir el riesgo de infarto en 1-2 años, con beneficios inmediatos desde los primeros días.

Los tratamientos farmacológicos generan mejoras significativas en distintos tiempos: los antihipertensivos reducen la presión arterial en pocas semanas a meses; las estatinas disminuyen los niveles de LDL en 2 a 4 semanas, con una reducción del riesgo cardiovascular observable entre 6 meses y 1 año; los hipoglucemiantes mejoran los niveles de glucosa en cuestión de días o semanas; y la aspirina inicia su efecto antiagregante en horas o días, contribuyendo a la reducción de eventos cardiovasculares a largo plazo.

Los cambios en el estilo de vida tienen efectos iniciales en pocas semanas, pero el impacto clínico significativo en la reducción del riesgo cardiovascular se observa en meses a años. La combinación con tratamiento farmacológico acelera y potencia los beneficios.

Intervenciones en los pacientes diabéticos, hipertensos y obesos en el primer nivel de atención

Para disminuir el riesgo cardiovascular en pacientes diabéticos, hipertensos y obesos en el primer nivel de atención, se pueden implementar las siguientes intervenciones:

1. **Modificación de Estilos de Vida:** la consejería nutricional educando sobre alimentación saludable, fomentando la dieta DASH o mediterránea, promoción de actividad física implementando programas comunitarios de ejercicio, con metas adaptadas a cada paciente, reducción del consumo de tabaco y alcohol: charlas, grupos de apoyo y acceso a tratamientos para cesación tabáquica.
2. **Control y Monitoreo de Factores de Riesgo:** medición regular de presión arterial y glucosa capilar en pacientes con hipertensión y

diabetes, control del índice de masa muscular (IMC) y circunferencia abdominal en pacientes obesos, uso de escalas de riesgo cardiovascular (como el ESC SCORE) para estratificación y tratamiento oportuno.²⁷

3. **Manejo Farmacológico Basado en Guías Clínicas:** prescripción de antihipertensivos, hipoglucemiantes y estatinas según indicaciones médicas y riesgo cardiovascular, uso racional de aspirina (ASA) en pacientes de alto riesgo, evitando su uso innecesario en bajo riesgo.

4. **Atención Multidisciplinaria y Educación en Salud:** involucrar médicos, enfermeros, nutricionistas y promotores de salud en un modelo de atención integral, realizar talleres comunitarios sobre control de la diabetes, hipertensión y obesidad, implementación de la Estrategia HEARTS, uso de protocolos estandarizados para diagnóstico y tratamiento, registro y seguimiento electrónico de pacientes de alto riesgo, Monitoreo de indicadores de control de presión arterial, glucosa y peso.

La combinación de estas intervenciones puede reducir eventos cardiovasculares como infarto y accidente cerebrovascular, mejorar la calidad de vida de los pacientes y disminuir la carga de enfermedad en el sistema de salud.²⁷

Las enfermedades crónicas, como la hipertensión arterial, la diabetes y la obesidad, tienen un impacto significativo en la salud pública en El Salvador. Sus efectos abarcan diversos ámbitos:

1. **Alta Carga de Morbilidad y Mortalidad:** las enfermedades cardiovasculares son una de las principales causas de muerte en el país, la diabetes y la hipertensión no controladas contribuyen a complicaciones graves como insuficiencia renal y eventos cerebrovasculares, Incrementan la prevalencia de discapacidad, afectando la calidad de vida de los pacientes.
2. **Sobrecarga del Sistema de Salud:** aumentan la demanda de consultas médicas, hospitalizaciones y tratamientos prolongados, elevan los costos en medicamentos, terapias y procedimientos, impactando el presupuesto del sistema de salud. requieren de mayor infraestructura y personal capacitado para su manejo en el primer nivel de atención.
3. **Impacto Económico y Social:** generan gastos elevados para las familias debido a tratamientos médicos y pérdida de productividad laboral, contribuyen a la pobreza, ya que muchas personas deben reducir su jornada laboral o dejar de trabajar debido a complicaciones de salud. afectan la esperanza de vida y el bienestar de la población, limitando el desarrollo social del país.
4. **Necesidad de Políticas de Prevención y Control:** la implementación de programas como la estrategia HEARTS es clave para mejorar la prevención y el manejo de estos padecimientos. Se requieren campañas de educación en salud, promoción de estilos de vida saludables y acceso equitativo a tratamientos efectivos. En general, las enfermedades crónicas representan un reto para la salud pública en El Salvador, requiriendo estrategias de intervención temprana para reducir su impacto en la población.

RESULTADOS

En los 20 artículos científicos revisados encontramos un 50% que habla sobre factores de riesgo cardiovasculares de los cuales encontramos que un 80% es sobre la obesidad y tabaquismo, un 70% es debido a las dislipidemias, un 50% es debido a la ingesta de alcohol, el 30% diabetes no controlada e hipertensión no controlada y estrés 40% es sobre el sedentarios y un 10% es edad y sexo. Además, el 20% habla sobre la estrategia HEARTS y por último el 35% habla sobre recomendaciones para la reducción del riesgo cardiovascular en pacientes diabéticos e hipertensos (Tabla 1).

CONCLUSIONES

Tras los factores de riesgo identificados que llevan a los pacientes diabéticos e hipertensos a un daño cardiovascular en 10 años y la propuesta realizada por la organización panamericana de la salud, sobre la estrategia Hearts que busca disminuir el riesgo cardiovascular, evitando con ello las muertes

Tabla 1

Factores de riesgo cardiovascular

Factores de riesgo	Porcentaje
Obesidad	80%
Tabaquismo	80%
Dislipidemia	70%
Alcohol	50%
Sedentarismo	40%
Diabetes no controlada	30%
Hipertensión no controlada	30%
Estrés	30%
Edad	10%
Sexo	10%

Tabla realizada por elaboración propia

prematuras por enfermedades crónicas no transmisibles y reducir el gasto para el sistema de salud que invierte en las complicaciones.

Concluimos que los factores de riesgo que aumenta la probabilidad de enfermedades cardiovasculares son hipertensión y diabetes no controlada, sedentarismo tabaquismo obesidad mala alimentación consumo excesivo de alcohol dislipidemia, estrés; además la estrategia hearts es una herramienta útil para la reducción del riesgo cardiovascular en pacientes diabéticos e hipertensos, la cual es importante aplicarla en los diferentes niveles de atención.

En cuanto a las recomendaciones que se brindan son cambios en estilos de vida, control de la hipertensión y diabetes y adherencia al tratamiento médico.

REFERENCIAS

Antoniazzi, L. D., Aballay, L. R., Fernández, A. R., & De Cuneo, M. F. (2020). Evolución del estado nutricional en estudiantes de educación física, asociado al nivel de riesgo cardiovascular, los hábitos alimentarios y el nivel de actividad física. *Revista de la Facultad*

de Ciencias Médicas de Córdoba, 77(4), 260–264. <https://doi.org/10.31053/1853.0605.v77.n4.28301>

Arrieta, F., Iglesias, P., Pedro, B. J., Tébar, F. J., Ortega, E., Nubiola, A., Pardo, J. L., Maldonado, G. F., Obaya, J. C., Matute, P., Petrecca, R., Alonso, N., Sarabia, E., Sánchez-Margalet, V., Alemán, J. J., Navarro, J., Becerra, A., Duran, S., Aguilar, M., & Escobar-Jiménez, F. (2016). Diabetes mellitus y riesgo cardiovascular: recomendaciones del Grupo de Trabajo Diabetes y Enfermedad Cardiovascular de la Sociedad Española de Diabetes (SED, 2015). *Atención Primaria*, 48(5), 325–336. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2015.05.002>

Baena, D. J. M., del Val, G. J. L., Pelegrina, T. J., Martínez-Martínez, M. L. J., Peñacoba, M. R., Tejón, G. I., Raído, M. E., Sajkiewicz, P. M., Boronat, A. A., Pérez, A. B., Forcadell, P. P., España, R. M., & Colom, O. M. (s.f.). Epidemiología de las enfermedades cardiovasculares y factores de riesgo en atención primaria. *Revista Española de Cardiología*. <https://www.revescardiol.org/es-epidemiologia-de-las-enfermedades-cardio-articulo-13073893-pdf>

Bakris, G. L. (2023, septiembre). Hipertensión arterial. Manual MSD, versión para público general. <https://www.msdmanuals.com/es/hogar/trastornos-del-coraz%C3%B3n-y-los-vasos-sangu%C3%ADneos/hipertensi%C3%B3n-arterial/hipertensi%C3%B3n-arterial> García, V.M., Villalta, C.J. y Tula, E.M. (2024). Evaluar el beneficio de la administración endovenosa de dexametasona previo a la aplicación de anestesia raquídea, en pacientes obstétricas con edades entre 18 y 35 años clasificadas asa II, que se les realizará cesárea baja transversa, en el hospital nacional Dr. Jorge Mazzini Villacorta de Sonsonate, periodo de octubre 2023. Tesis para optar al Grado de licenciatura de anestesiología e inhaloterapia. Universidad de El Salvador, Facultad de Medicina.

Bustos, M. P., Amigo, C. H., Arteaga, L. A., Acosta, B. A. M., & Rona, R. J. (2003). Factores de riesgo de enfermedad cardiovascular en adultos jóvenes. *Revista Médica de Chile*, 131(9), 973–980. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872003000900002>

Comité de Práctica Profesional de la Asociación Americana de Diabetes. (2022). 10. Enfermedades cardiovasculares y gestión de riesgos: estándares de atención médica en diabetes, 2022. *Diabetes Care*, 45(Supplement_1), S144–S174. <https://doi.org/10.2337/dc22-S010> Herrero, V., Bueno, D., Moyá, B., Iñiguez, d T. y García, C. (2018) Valoración del dolor. Revisión comparativa de escalas y cuestionarios. *Rev. Soc. Esp. Dolor*; 25(4): 228-236. DOI: 10.20986/ resed.2018.3632/2017

Davidson, M. H., & Pradeep, P. (2023, julio). Dislipidemia. Manual MSD, versión para público general. <https://www.msdmanuals.com/es/hogar/trastornos-hormonales-y-metab%C3%B3licos/trastornos-relacionados-con-el-colesterol/dislipidemia-dislipemia>

- Flood, D., Edwards, E. W., David, G., Ridley, E., Rosende, A., Herman, W. H., Jaffe, M. G., & Dipette, D. J. (2022). HEARTS como herramienta para integrar el manejo de la hipertensión y la diabetes en los entornos de atención primaria de salud. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 46, e213. [https://www.scielosp.org/article/rpsp/2022.v46/e213/Reyes_P_R_D.,_Navarro_V_J_R.,_Camargo_H_A_.\(2002\)._Anestesia_espinal_para_cesarea_con_bupivacaina_pesada_al_0.5_%7Dmg_más_fentanil_20_mcg_vs_bupivacaina_pesada_al_0.5_%7Dmg._Revista_Colombiana_de_Anestesiología,_XXX_\(3\).](https://www.scielosp.org/article/rpsp/2022.v46/e213/Reyes_P_R_D.,_Navarro_V_J_R.,_Camargo_H_A_.(2002)._Anestesia_espinal_para_cesarea_con_bupivacaina_pesada_al_0.5_%7Dmg_más_fentanil_20_mcg_vs_bupivacaina_pesada_al_0.5_%7Dmg._Revista_Colombiana_de_Anestesiología,_XXX_(3).)
- Frieden, T. R., Moran, A. E., & Garg, R. (2022). HEARTS en las Américas: salvar vidas de la enfermedad más letal del mundo. Editorial. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 46, e189. <https://scielosp.org/article/rpsp/2022.v46/e189/es/>
- Giunta, G., Lavalle Cobo, A., Brandani, L., Lobo, M., Forte, E., Masson, G., & cols. (2023). Consenso de Prevención Cardiovascular - Versión resumida. *Revista Argentina de Cardiología*, 91(Suplemento 3), 1–15. <https://www.sac.org.ar/wp-content/uploads/2024/05/Consenso-de-prevencion-cardiovascular.-version-resumida-1-1.pdf>
- Grupo de trabajo de servicios preventivos de EE. UU. (2022). Uso de estatinas para la prevención primaria de enfermedades cardiovasculares en adultos: Declaración de recomendación del Grupo de trabajo de servicios preventivos de EE. UU. *JAMA*, 328(8), 746–753. <https://doi.org/10.1001/jama.2022.13044>
- Williams J.W. (2019). Analgesia Obstétrica y anestesia. In *Obstetricia Williams*. México: p. 485.
- Hameau, R., Sepúlveda, P., Gómez, R., Pothooff, M., Hameau, C., Cortes, N., Olmos, A., & Pérez, O. (2023). Uso de aspirina para la prevención cardiovascular primaria: es hora de un cambio de paradigma. *Revista Chilena de Cardiología*, 42(1), 48–58. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/biblio-1441377>
- Jacobo, K. A., Pérez, L. M., & Téllez, G. I. (2023). Riesgo cardiovascular en el adulto mayor con hipertensión y diabetes en una UMF. *Revista de Salud del Sur de la Florida*, 4(1), 131–143. <https://doi.org/10.46981/sfjhv4n1-011>
- Jerez, F. C. I., Medina, P. Y. A., Ortiz, C. A. S., González, O. S. I., & Aguirre, G. M. C. (2022). Fisiopatología y alteraciones clínicas de la diabetes mellitus tipo 2: Revisión de literatura. *Revista de Educación Bioquímica*, 70–71.
- Maldonado, V. M., & Calderón, S. J. V. (s.f.). El tejido adiposo y la respuesta de macrófagos en el proceso inflamatorio y resistencia a insulina. *Revista de Educación Bioquímica*, 4.
- Ministerio de Salud. (2021). Lineamientos técnicos para el abordaje integral de la hipertensión arterial, diabetes mellitus y enfermedad renal crónica en el primer nivel de atención (págs. 26–27). El Salvador.
- Montealegre, E. L. P. (2022). Adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico para el manejo de la hipertensión arterial y su relación con el estilo de vida y creencias en pacientes del régimen subsidiado en el distrito de Barranquilla, Colombia [Tesis de doctorado, Universidad Autónoma de Barcelona]. https://ddd.uab.cat/pub/tesis/2022/hdl_10803_675524/lpme1de1.pdf
- National Heart, Lung, and Blood Institute. (2022, marzo 24). Vida saludable para el corazón: Elegir alimentos saludables para el corazón. <https://www.nhlbi.nih.gov/es/salud/vida-cardiosaludable/alimentos-saludables>
- OPS. (2020). HEARTS: gestión de enfermedad cardiovascular basada en riesgo. <https://www.paho.org/es/hearts-americas/hearts-americas-paquete-tecnico>
- Organización Panamericana de la Salud. (2022). HEARTS en las Américas: paquete técnico. <https://www.paho.org/es/hearts-americas/hearts-americas-paquete-tecnico>
- Ordunez, P., Tajer, C., Gaziano, T., Rodríguez, Y. A., Rosende, A., & Jaffe, M. G. (2022). La aplicación HEARTS: Una herramienta clínica para el manejo del riesgo cardiovascular y la hipertensión en la atención primaria de salud. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 46, e46. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2022.46>
- Pujante, A. P. (2021). ¿Cómo se puede disminuir el riesgo de enfermedad cardiovascular en la persona con diabetes? *Sociedad Española de Diabetes*. <https://www.revistadiabetes.org/secciones/como-se-puede-disminuir-el-riesgo-de-enfermedad-cardiovascular-en-la-persona-con-diabetes/>
- Revueltas, A. M., & Molina, E. E. (2022). La diabetes mellitus como factor de riesgo cardiovascular. *Revista Archivo Médico de Camagüey*, 26. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552022000100050
- Reyes, M. C., Fierros, R. C., Cárdenas, L., Ramiro, H. P. A., García, G. L., & Pérez, P. R. (2019). Efectos cardiovasculares del tabaquismo. *Neumología y Cirugía de Tórax*. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0028-37462019000100056
- Terazon, M. O., & Angulo, E. C. M. (2020). Determinación del riesgo cardiovascular global en pacientes hipertensos. *Medisan*, 24(6), 1172–1186. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192020000601172
- Texas Heart Institute. (s.f.). Factores de riesgo cardiovascular. <https://www.texasheart.org/heart-health/heart-information-center/topics/factores-de-riesgo-cardiovascular/>

- Torres, P. R. F., Quinteros, L. M. S., Pérez, M. R., Molina, T. E. P., Ávila, O. F. M., Molina, T. S. C., & Ávila, O. P. A. (2021). Factores de riesgo de la hipertensión arterial esencial y el riesgo cardiovascular. *Revista Latinoamericana de Hipertensión*, 16(4). <https://doi.org/10.5281/zenodo.5812331>
- Vásquez, D., Garzón, D. M., & O. (2021). Hipertensión arterial, diabetes mellitus y factores de riesgo cardiovasculares en trabajadores de una plaza de mercado de un municipio de Antioquia, Colombia, 2017–2018. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 20. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgps20.hadm>
- Vásquez, M. E., Calderón, R. Z. G., Arias, R. J., Ruvalcaba, L. J. C., Rivera, R. L. A., & Ramírez, M. E. (2019). Sedentarismo, alimentación, obesidad, consumo de alcohol y tabaco como factores de riesgo para el desarrollo de diabetes tipo 2. *Journal of Negative and No Positive Results*, 4(10), 1011–1021. <https://doi.org/10.19230/jonnpr.3068>



Acceso y calidad de los cuidados paliativos en El Salvador

Access and quality of palliative care in El Salvador

Artículo de revisión documental | Documentary review article

RESUMEN

Introducción: desde la creación del hospital Divina providencia en el año 1950, destinado para la atención de pacientes del instituto del cáncer, que presentaban dificultad para desplazarse y recibir atención; hasta que en el año 1999, se reconoció la importancia del dolor y sufrimiento en los pacientes con enfermedades terminales; finalmente en el año 2002, en El Salvador se implementó la normativa de cuidados paliativos, con el propósito de mejorar la calidad de atención a los pacientes y sus familias. **Objetivo:** dar a conocer a las autoridades de salud que una atención digna mejora la calidad de vida de los pacientes terminales. **Metodología:** Se revisaron 30 estudios, seleccionados por el grado de relevancia y contenido, 2 en inglés, 1 portugués y 27 en español publicados desde el año 2019 hasta 2024, **Discusión:** Actualmente MINSAL, y el ISSS tiene el programa con seguimiento regular, por medio de visitas domiciliarias, donde se brinda atención médica y gestión de insumos y medicamento **Conclusión:** los cuidados paliativos son fundamentales para mejorar la calidad de vida, confort y la dignidad de las personas, por lo que debe de ser una responsabilidad ética del sistema sanitario aliviar el dolor y sufrimiento de los pacientes que la padecen con el apoyo de un equipo multidisciplinario. **Resultados:** MINSAL, ISSS. Tienen programa de cuidados paliativos sin embargo falta dar a conocer al personal de salud de primer nivel para que estén familiarizados en la atención de paciente terminal.

Palabras clave: Atención paliativa, pacientes terminales, adulto, equipo multidisciplinario.

ABSTRACT

Introduction: From the creation of the Divina Providencia Hospital in 1950, which was intended to care for patients at the cancer institute who had difficulty traveling and receiving care, until 1999, when the importance of pain and suffering in patients

Autores

Gabriela Vanessa Pineda Molina^{1,2}

Correspondencia

pm13022@ues.edu.sv

Presentado

30 de septiembre de 2024

Aceptado

24 de abril de 2025

1. Universidad de El Salvador
2. Código ORCID: <https://orcid.org/0009-0002-2074-1239>

<https://hdl.handle.net/20.500.14492/32142>

Cómo citar este artículo:

Pineda Molina, GV. Acceso y calidad de los cuidados paliativos en El Salvador. Rev Sal Int. 2025, 3: (1), 21-28.

Este contenido está protegido bajo la licencia CC BY
<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



Plataforma digital de la revista: <https://revistas.ues.edu.sv/index.php/si/>

with terminal illnesses was recognized; finally, in 2002, El Salvador implemented palliative care regulations, with the aim of improving the quality of care for patients and their families. **Objective:** To inform health authorities that dignified care improves the quality of life of terminally ill patients. **Methodology:** 30 studies were reviewed, selected by the degree of relevance and content, 2 in English, 1 Portuguese and 27 in Spanish published from 2019 to 2024, **Discussion:** Currently, MINSAL and ISSS have the program with regular monitoring, through home visits, where medical care and management of supplies and medications are provided. **Conclusion:** Palliative care is essential to improve the quality of life, comfort and dignity of people, so it must be an ethical responsibility of the health system to alleviate the pain and suffering of patients who suffer from it with the support of a multidisciplinary team. **Results:** MINSAL, ISSS. They have a palliative care program, however, it is necessary to inform first-level health personnel so that they are familiar with the care of terminal patients.

Key words: Palliative care, terminally ill patients, adult, multidisciplinary team.

INTRODUCCIÓN

Desde la fundación del hospital Divina Providencia en 1950 hasta la implementación de la normativa de cuidados paliativos en El Salvador en 2002, se ha reconocido la importancia de atender el dolor y el sufrimiento en pacientes con enfermedades terminales; como resultado en el año 2002 el ministerio de salud implementó el programa de cuidados paliativos en El Salvador.

Según los resultados de estudios revisados en el hospital de la mujer, diagnóstico, Militar Central y en ISSSS, los pacientes paliativos tienen diagnóstico de Cáncer, enfermedad cardiovascular, pulmonar, neurológica, la edad promedio de los pacientes fue de 75 años; no hace distinción de sexo. Actualmente MINSAL e ISSS tienen un programa de cuidados paliativos desde primer nivel de atención; donde realizan el seguimiento regular a los pacientes inscritos, con visitas domiciliarias, seguimiento telefónico, médicos, personal capacitado para la atención de cuidados paliativos, convenios con hospitales para ingreso de pacientes y la gestión de insumos médicos; Hospital diagnóstico tiene programa sin embargo su atención es bastante costosa, Hospital Militar central no cuenta con programa establecido, sin embargo, ingresa a los pacientes paliativos en los diferentes servicios de medicina o cirugía.

METODO

Diseño: revisión documental sobre Acceso y calidad de los cuidados paliativos en El Salvador.

Se realizó búsqueda de publicaciones, sobre Acceso y calidad de los cuidados paliativos en El Salvador lineamientos del ministerio de salud, Lineamientos de atención del ISS, repositorio institucional de

la Universidad de El Salvador (UES), sobre trabajos de investigación y bases de datos como PubMed, Scielo, NEJM, SECPAL (plataforma de paga) en idioma inglés y español y un artículo en portugués con fecha de publicación desde 2019 a 2024. Se seleccionaron en total 30 artículos relacionados a cuidados paliativos por su relevancia y contenido.

Criterios de inclusión y calidad

Para la selección de artículos se utilizaron criterios de inclusión y calidad:

1. Tipo de estudio: cuantitativo, descriptivo.
2. Estudios publicados desde el año 2020 hasta la fecha.
3. Contenido relevante

Criterios de exclusión

1. Estudio no relacionado a cuidados paliativos en El Salvador antes de 2018
2. Pacientes pediátricos.
3. Contenido no relevante para el estudio.
4. Base de datos de procedencia dudosa.

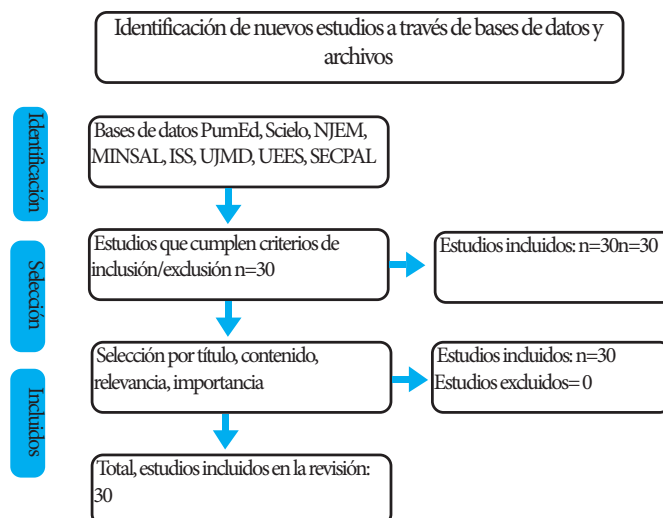
DESARROLLO DEL TEMA

Según la Organización Mundial de la Salud, los cuidados paliativos son definidos como:

“el enfoque que mejora la calidad de vida de pacientes y familias que se enfrentan a los problemas asociados con enfermedades amenazantes para la vida, a través de prevención y alivio

Figura 1

Diagrama de flujo PRISMA (1)



de sufrimiento, por medio de la identificación temprana, la impecable evaluación del dolor y otros problemas físicos, psicosociales y espirituales” (OMS, 2024),

Desde la creación del hospital Divina providencia en el año 1950, destinado para la atención de pacientes del instituto del cáncer, que presentaban dificultad para desplazarse y recibir atención; hasta que en el año 1999, se reconoció la importancia del dolor y sufrimiento en los pacientes con enfermedades terminales; finalmente en el año 2002, en El Salvador se implementó la normativa de cuidados paliativos, con el propósito de mejorar la calidad de atención a los pacientes y sus familias.

Con respecto a la enseñanza sobre cuidados paliativos en las escuelas de formación médica en El Salvador; un estudio descriptivo, transversal, observacional; donde se utilizó las encuestas a 6 universidades nacionales por medio de sus representantes de las que se les solicitó responder preguntas sobre cuidados paliativos y su importancia de incluirla en su plan de estudios.

El 83% de los encuestados manifestó conocer sobre la temática y el 100% coincidió en la necesidad de implementarlo en su plan de estudio por el incremento de enfermedades crónicas degenerativas, solo una escuela de medicina incluyó en su plan de estudios la asignatura de cuidados paliativos: Universidad Dr. José Matías Delgado, las 5 escuelas restantes impartieron temas relacionados a cuidados paliativos: medicina interna, ginecología, antropología médica, oncología, bioética y salud pública. Solamente tres escuelas impartieron la modalidad práctica cuidados paliativos y todas realizan actividades: seminarios, tutorías, talleres y prácticas con pacientes, donde abordaron la temática de cuidados paliativos.

Se calcula que en el mundo se requieren cuidados paliativos más desde el 40 al 60% de las defunciones. Los cuidados paliativos son necesarios para una amplia gama de enfermedades que limitan la vida. Por ejemplo: enfermedades cardiovasculares (38.5%), cáncer (34%), enfermedades respiratorias crónicas (10.3%), infección por VIH (5.7%) y diabetes (4.6%); algunas de las situaciones que requieren asistencia paliativa son: insuficiencia renal, enfermedades hepáticas, esclerosis múltiple, enfermedad de Parkinson, artritis reumatoide, demencia, entre otras relacionadas. Según el atlas de cuidados paliativos en Latinoamérica para el año 2020 la necesidad de los salvadoreños de atención paliativa fue de 36,972 personas entre ellas un 2% enfermedades pulmonares, 6% enfermedades cerebrovasculares, 14% Demencias, 22% VIH avanzado, 22% Cáncer y 34 % otras enfermedades. (MINSAL, 2024).

En el Salvador, el Hospital Nacional de la Mujer a partir del año 2020 entra en vigencia la unidad de Dolor y cuidados paliativos adscrita en el área de ginecología oncológica. Cuyos propósitos principales son: rehabilitación y cuidados paliativos, del manejo de dolor, síntomas intestinales, urológicos, respiratorios, apoyo psicológico, manejo ambulatorio, soporte familiar, entre otros.

De acuerdo a un estudio descriptivo, observacional de carácter retrospectivo, realizado en el hospital nacional de la mujer en el año 2021; donde participaron 75 pacientes que cumplieron criterios de inclusión; se revisaron los expedientes clínicos de las pacientes; donde la mayoría comprendieron entre las edades de 51 a 55 años de edad; no obstante, se observó un caso de una paciente de 26 años con diagnóstico de Leiomiomas en etapa avanzada y otro caso de una paciente de 86 años con diagnóstico de cáncer de cérvix estadio IIIB ambos, fuera del protocolo curativo. Además, el estudio reportó que el 100% de las pacientes tenían comorbilidades: 38% con hipertensión arterial crónica, 25% diabetes tipo 2, 17% TVP, 6% EPOC, Hipotiroidismo y trastorno psiquiátrico, 2% VIH. los parámetros iniciales para tratamiento de cuidados paliativos de las pacientes fueron: cáncer de mama con un 47%, cáncer de cérvix 31%, cáncer de endometrio 8%, cáncer de ovario 12%, cáncer del cuerpo de útero 2%. El 60% de los pacientes se encontró en estadio III de FIGO. (sin detallar en su subclasificación, ya que es distinta para cada tipo de cáncer) en cuanto al tratamiento que recibieron las pacientes, el 26% fueron ingresadas a hospitalización para manejo de dolor, el 22% para manejo en consulta externa, un 19% para terapia transfusional y quimioterapia paliativa, y el 14% radioterapia. Además, entre otros procedimientos que se realizaron a las pacientes destacaron los siguientes: paracentesis descompresiva (en cáncer de ovario etapa avanzada) colocación de catéter doble J (falla postrenal) sin embargo al 75% de las pacientes de este estudio no se les realizó ninguna intervención quirúrgica. Con respecto a la participación del equipo multidisciplinario: los protagonistas son los especialistas en oncología ginecológica y oncólogo clínico; por otro lado, hubo poca o nula participación de personal de trabajo social, psicología y psiquiatría para la atención en el tratamiento de la dinámica familiar, enfrentar el proceso de la muerte del paciente y entrenamiento familiar para el cuidado del paciente enfermo (Aquino Cea, 2021).

El equipo de atención domiciliar de cuidados paliativos del ISSS está organizado de la siguiente manera:

1. En clínicas comunales, unidades médicas, policlínicos, consulta externa, hospital, conformado por un médico general o médico familiar y un enfermero/a de 8 horas contratadas en el mismo centro de salud.
2. Cada equipo realiza atención domiciliar 1 vez a la semana y 3 veces al mes, según programación dada por el director del centro de salud; realizando hasta 4 visitas en el día; considerando la complejidad de los casos, distancia entre el centro de salud y los diferentes domicilios.
3. La atención domiciliar de primera vez es programada hasta 72 horas hábiles posterior a su solicitud; la atención subsecuente será de forma mensual, por el equipo de atención.
4. Si el día asignado para atención domiciliar no cuenta con visita programada, el médico brindará consulta, y el recurso de

enfermería cubrirá las áreas designadas según necesidades.

Es importante conocer a que se refiere con la atención domiciliar: "Son todas las actividades desarrolladas en el domicilio del beneficiario", con una previa planificación, cuyo objetivo es la atención en salud con promoción, prevención y curación; junto con la educación y responsabilidad del paciente y sus familias; el cual, pretende educar e informarlos acerca de la patología, signos y síntomas que podría presentarse.

Todo lo anterior implica explicar a la familia la modalidad de atención, y cuidados que se van a brindar en el domicilio y su forma, horarios, coordinación, formas de contacto y seguimiento al problema de salud que no requiere hospitalización, como los siguientes:

- Los pacientes que son candidatos a atención domicilio y beneficiarios del ISSS
- Que requieran atención en el domicilio.
- Que residan en el área geográfica cercana y accesible a los policlínicos, casa comunal u hospitales del ISSS.
- Pacientes con diagnósticos de enfermedad crónica en tratamiento, o con dificultad para la deambulación o post quirúrgicos estables, con dependencia física o mental que le impide el desplazamiento al centro de salud más cercano y cuyo cuidador solicita atención domiciliar.
- Paciente con previo ingreso de agudización de patología de base, y que es referido para seguimiento en su domicilio.
- Las atenciones que brindan los equipos de atención son las siguientes: evaluación médica o seguimiento; además de procedimientos de supervisar el plan terapéutico como curaciones de herida de baja a mediana complejidad, colocación de sonda transuretral, educación a familiar sobre los cuidados de paciente; al mismo tiempo durante la visita el equipo está capacitado para realizar gestión de medicamentos, insumos por medio de la inscripción del programa de entrega de medicamentos a domicilio.

Para lograr mayor eficiencia en las complejas atenciones del ISSS en el año 2014 se diseñó *Manual de normas y procedimientos para la operativización del convenio ISSS-Hospital Divina providencia (HDP) para los cuidados paliativos en pacientes hemato-oncologicos*; con el fin de estandarizar la atenciones de los pacientes con cáncer en etapa avanzada, refractario a tratamiento, pronóstico de vida limitado (hasta de 6 meses) actualmente el ISSS cuenta con equipo de trabajo con competencia en cuidados paliativos: medico paliativa, psicología, trabajo social, enfermería.

Algunos de los criterios de ingreso bajo convenio ISSS- HDP son:

1. Paciente con diagnostico hematológico sin posibilidad de curación.
2. Pronostico de vida limitado por la progresión de cáncer.
3. Paciente con expediente activo en hospital médico quirúrgico oncológico de ISSS.
4. Los familiares de pacientes estén de acuerdo en ingresar al enfermo en HDP; firmando un consentimiento informado.

El ISSS es el responsable de proporcionar a los pacientes insumos, medicamentos, componentes sanguíneos, transporte para realización de exámenes de gabinete, muestras de exámenes o interconsulta; El Hospital Médico Quirúrgico- Oncológico del ISSS Brinda la papelería necesaria para que pueda ser utilizada por el HDP para una atención digna de pacientes; los cuales colocan el sello "Cuidados paliativos Convenio ISSS- Hospital Divina Providencia" como parte de la atención integral que se brindan a los pacientes; desde el año 2014 ISSS tiene convenio con el Hospital Divina Providencia para ingreso de pacientes hematológicos.

Con respecto al ISSS, en la atención paliativa, se realizaron atenciones por medio de "estrategia de atención e ingreso domiciliar" durante el año 2020 (tabla 1), y el año 2021 (tabla 2).

El acceso a la prestación de servicios de salud es uno de los pilares de atención para la población, que por condición clínica, familiar y social; les impide el desplazamiento regular hacia las clínicas comunales, policlínicos, hospitales, por tal razón el ISSS realizó por medios de equipos especializados esfuerzos importantes en la atención domiciliar, que surgió durante la pandemia COVID 19,

Tabla 1

Atenciones paliativas de la estrategia de atención e ingreso domiciliar del año 2020

Mes	Visita Domiciliar	Teleasistencia	Ingreso Domiciliar	Días de ingreso Domiciliar	Atención psicológica	Atenciones trabajo social
Junio	214	234	2	40	15	20
Julio	65	674	11	79	48	40
Agosto	56	466	6	64	25	43
Septiembre	28	474	6	35	36	52
Octubre	32	461	4	89	42	25
Noviembre	47	916	5	48	53	28
Diciembre	69	623	11	71	42	26
Total	511	3848	45	426	261	234

Nota: Tabla Tomada de Lineamientos técnicos para la atención en cuidados paliativos en los meses de junio a diciembre para el sistema nacional integrado en salud (MINSAL, 2021).

Tabla 2

Atenciones paliativas de la estrategia de atención e ingreso domiciliar 2021

Mes	Visita Domiciliar	Teleasistencia	Ingreso Domiciliar	Días de ingreso Domiciliar	Atención psicológica	Atenciones trabajo social
Enero	52	1089	3	80	33	51
Febrero	63	516	5	36	26	49
Marzo	49	927	3	30	23	62
Abril	73	1787	8	64	9	47
Mayo	51	1603	7	8	6	48
Junio	65	1940	10	66	35	52
Julio	56	2232	6	39	2	100
Agosto	47	2551	7	54	19	208
Total	456	12645	49	377	153	617

Nota: Tomado de lineamientos técnicos para la atención en cuidados paliativos, durante los meses de enero a agosto, para el sistema integrado en salud (MINSAL, 2021).

quedando en evidencia la necesidad de enfocar la visita domiciliar de acuerdo a las necesidades del beneficiario con enfermedad paliativa y dependencia.

Otro estudio realizado, con enfoque cuantitativo, descriptivo, observacional y transversal; en el Hospital Militar en el año 2021 en pacientes con enfermedades crónicas avanzadas, mayores de 18 años; ingresados en dicho hospital entre los meses de agosto y septiembre. Donde por medio del instrumento NECPAL realizado por el proyecto NECPAL CCOMS- ICO que permitió la identificación de pacientes con necesidad paliativas. (Tabla 3).

Los pacientes de 91 a 100 años no reportaron enfermedad crónica oncológica, enfermedad pulmonar, cardiaca, neurológica, demencia, hepática, aun cuando, por su edad avanzada los pacientes presentaron desnutrición, fragilidad extrema, deterioro por lo que es llevado al programa de cuidados paliativos del hospital; los demás rangos de edades si presentaron enfermedad

Tabla 3

Relación de pacientes de Hospital Militar Central con enfermedad paliativa y su edad

Rango de edad	Frecuencia	Total
20 a 30 años	2	3%
31 a 40 años	0	0
41 a 50 años	2	3%
51 a 60 años	2	3%
61-70 años	15	22%
71 a 80 años	22	32.3%
81 a 90 años	18	26.4%
91 a 100 años	7	10.3%
Total	68	100%

Nota: Tomado de Gallegos A. Caracterización de pacientes con enfermedad crónica avanzada y la necesidad de cuidados paliativos ingresados en Hospital Militar Central durante el periodo agosto – septiembre de 2021. Página 34. Capítulo V. año 2021.

crónica avanzada. (Tabla 4).

Las enfermedades oncológicas que presentaron los pacientes las más frecuentes fueron: cáncer de próstata de cáncer de mama, la enfermedad pulmonar represento solo el 3%, enfermedad cardiaca un 35.3%, enfermedades neurológicas 22.1%, enfermedad hepática 13.3% las comorbilidades que presentaron en común estos pacientes fueron diabetes mellitus y dislipidemias; enfermedad

Tabla 4

Prevalencia de enfermedades crónicas y necesidad de atención paliativa

Presencia de enfermedad paliativa	oncológica	pulmonar	cardiaca	hepática	Renal	Neurológicas+ motoneurona+ esclerosis múltiple y demencia
Si	17	2	24	9	11	15
No	51	66	44	59	57	53

Nota: Elaboración propia a partir de los datos de investigación de Gallegos A. Caracterización de pacientes con enfermedad crónica avanzada y la necesidad de cuidados paliativos ingresados en Hospital Militar Central durante el periodo agosto – septiembre de 2021. Página 37-40. Capítulo V. año 2021

renal crónica estadio V 16.8% en modalidad de hemodiálisis de 2 a 3 veces por semana

DISCUSIÓN

En todos los estudios recopilados en este trabajo de investigación existe diagnósticos similares, patologías, condiciones que pueden llevar a un paciente a cuidados paliativos: enfermedades hematológicas, edad avanzada, enfermedades neurológicas, enfermedad renal, hepática. Todos los pacientes del estudio tenían edades mayores a 70 años, situación que lo hace frágiles sin

Tabla 5

Relación de pacientes de Hospital Militar Central con enfermedad paliativa y su edad

Hospital Paliativista	¿existe un programa de cuidados paliativos?	Atención domiciliar/ telefónica.	Participación de equipo multidisciplinario	Convenios con otras instituciones/ hospitales para la atención de paciente.	Equipo especializado en la atención de cuidados paliativos.	Actividades lúdicas y educación a pacientes y cuidadores del programa cuidados paliativos
Hospital de la mujer	Si	Si	Si	Si	Si	No
ISSS	Si	Si	Si	Si	Si	Si
Hospital Militar central	No	No	No	No	No	No

Nota: Elaboración propia con base a los artículos seleccionados.

tomar en cuenta las morbilidades de cada paciente. Sin embargo, en El Salvador al momento no están los programas de cuidados paliativos de forma regular. Solamente el ISSS brinda atención paliativa regular en sus programas, dicho establecimiento cuenta con atención domiciliar, telefónica, convenios con hospital para la atención de pacientes, lineamiento para la atención de paciente

paliativo, Un aspecto que destaca del ISSS con respecto a las demás instituciones que facilita el ingreso al programa de cuidados paliativos por medio de una referencia o solicitud por médico o familiares y es contestada con una visita domiciliar 72 horas hábiles.

Al igual que en el Hospital de la Mujer si bien, está el programa de cuidados paliativos, cuenta al con visitas domiciliarias, seguimiento vía telefónica de pacientes, hay medico paliativista que labora de planta. La atención de las pacientes en su mayoría con patología oncológica es atendida por medico oncólogo y paliativista; además hay participación de equipo en salud mental, trabajo social, psiquiatría. Sin embargo, si las pacientes se encuentran al momento estables, se les da su seguimiento por la consulta externa del hospital y seguimiento comunitario en la Unidad de salud más cercana por medio de los retornos hospitalarios.

En cuanto al hospital militar central, no cuenta con programas de cuidados paliativos, según el estudio dicho hospital brinda manejo sintomático hospitalario a los pacientes, con poca o nula participación de equipo multidisciplinario.

En El Salvador solamente hay una escuela de medicina que imparte la materia de cuidados paliativos a sus estudiantes de pregrado; la Universidad Dr. José Matías Delgado y el resto de universidades es solamente un aproximación o mención de la temática de cuidados paliativos. Y algunas personas del estudio manifestaron desconocimiento del tema de cuidados paliativos.

Todos los pacientes con patología crónica necesitan una atención integral, temprana y eficaz desde el inicio de su enfermedad, seguimiento oportuno; además de empoderar a los pacientes para que adquieran hábitos de vida saludable y evitar ingresos o complicaciones que pueden ser prevenibles.

La integración de cuidados paliativos, al ser una atención adaptada a los objetivos del paciente, sus necesidades, por medio de un proceso de planificación a largo – mediano plazo disminuiría las hospitalizaciones innecesarias, diagnóstico, tratamiento, y procedimientos al final de la vida; y no solamente cuando el paciente presente “recaídas” Un programa a tomar en cuenta sería “atención basada en la dignidad del paciente” dar tratamiento a los síntomas, preocupaciones materiales, sentimentales del enfermo; para aliviar su sufrimiento, brindar compañía y cuidado integral al paciente. Al momento en El Salvador, es muy poca la atención en salud mental de los pacientes. Como se puede observar en la tabla 5, donde refleja que el ISSS y Hospital de la Mujer brinda atención en educación para paciente y familiar con equipo multidisciplinario, el resto es manejo sintomático exclusivamente a nivel hospitalario o en consulta externa.

La implementación del instrumento NECPAL que permite conocer la situación de salud, antecedentes médicos, condiciones geográficas, nivel de dependencia, desde el primer nivel de atención permitiría a los profesionales de la salud (médicos, enfermeras,

promotores de salud) identificar a pacientes con patología crónica avanzada o con múltiples morbilidades la necesidad de atención paliativa, sin necesidad que su uso implique la saturación de la consulta médica.

CONCLUSIONES

En cuidados paliativos su esencia es prevenir y aliviar el sufrimiento del paciente y familias, mejorando la calidad de vida. Idealmente no debería de limitarse a los cuidados al final de la vida; si no que deberían de ofrecerse simultáneamente con tratamiento curativo y modificador de enfermedad en pacientes con patología grave o crónica. Los programas de atención paliativa deberían de conseguir una integración que permita mantener una digna calidad de vida durante todo el trayecto de la enfermedad (desde su diagnóstico o cuando se evidencien factores de riesgo, o paciente con enfermedad crónica) que permita anticipar y planificar decisiones y cuidados necesarios.

Dar a conocer la importancia de los cuidados paliativos desde la perspectiva de salud pública, promocionarlo como un derecho humano; que pueda ser comprendido por la población general y por lo profesionales de la salud; con la finalidad de promocionar la equidad y calidad en la atención a personas con enfermedades avanzadas, crónicas y progresivas sin opción de tratamiento curativo.

BIBLIOGRAFÍA

- A Cordero., D Ramos., M Mosquera. (2022). *¿Qué es la integración en cuidados paliativos? Sociedad Española de cuidados paliativos. coordinadores del Grupo de Trabajo de Calidad Asistencial e Integración en Cuidados Paliativos de SECPAL. 8(2) pp. 1-6* <https://www.secpal.org/wp-content/uploads/2022/06/secpal-comprender-cuidados-paliativos-8-integracion-en-cuidados-paliativos.pdf>
- Allende, S. Peña, A. Monreal, E. García. Ascencio, L. Verástegui, E. (2022). Lecciones aprendidas y retos en la integración de cuidados paliativos en oncología. Experiencia en el Instituto Nacional de Cancerología. *Revista de Salud pública de México*, 64(1), pp. 110–111. <https://doi.org/10.21149/13021>
- Allende, S. Peña, A. Monreal, E. García. Ascencio, L. Verástegui, E. (2022). Lecciones aprendidas y retos en la integración de cuidados paliativos en oncología. Experiencia en el Instituto Nacional de Cancerología. *Revista de Salud pública de México*, 64(1), pp. 110–111. <https://doi.org/10.21149/13021>
- Aquino Cea. (2022) *Situación actual de cuidados paliativos en oncología ginecológica, de pacientes atendidas en Hospital Nacional de la Mujer enero 2020 hasta diciembre 2021.* [Tesis de doctorado Universidad de El Salvador] - Repositorio institucional de Universidad de El Salvador Pp:8-15 <https://hdl.handle.net/20.500.14492/19415>

- Araujo, M. C. R., da Silva, D. A., & Wilson, A. M. M. M. (2023). Nursing interventions in palliative care in the intensive care unit: A systematic review. *Enfermería intensiva*, 34(3), 156–172. <https://doi.org/10.1016/j.enfie.2023.08.008>
- Bast, R. Srivastava, S. (2020). The National Cancer Institute Early Detection Research Network: Two Decades of Progress. *Cancer epidemiology, biomarkers & prevention : a publication of the American Association for Cancer Research, cosponsored by the American Society of Preventive Oncology*, 29(12), 2396–2400. <https://doi.org/10.1158/1055-9965.EPI-20-1158>
- Beserra, V. D. S., & Brito, C. (2024). Situaciones y sentimientos difíciles en los cuidados paliativos oncológicos *Cadernos de saude publica*, 40(1), e00116823. <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT116823>
- C Gómez, M. I Moreno (2022). *¿Qué es la adecuación del esfuerzo terapéutico?* Sociedad Española de cuidados paliativos. 5(2) pp. 1-6 <https://www.secpal.org/wp-content/uploads/2022/02/comprender-cuidados-paliativos-2-adequacion-esfuerzo-terapeutico.pdf>
- C Martínez, I Saralegui, T Velasco. (2023). *Comprender cuidados paliativos es una responsabilidad de todos ¿Que es la planificación compartida en la atención?* Sociedad Española de cuidados paliativos (SECPAL) Asociación Española de Planificación Compartida de la Atención (AEPCA) 2 (6), pp.1-6 <https://www.secpal.org/wp-content/uploads/2022/06/secpal-comprender-cuidados-paliativos-6-planificacion-compartida.pdf>
- Cuidados paliativos*. (2024c, 30 de septiembre). OPS/OMS | Organización Panamericana De La Salud. <https://www.paho.org/es/temas/cuidados-paliativos>
- de la Rica Escuíñ, M. (2022). *¿Qué es el cuidado basado en la dignidad?* Sociedad Española de cuidados paliativos 7(2) pp. 1-6 <https://www.secpal.org/wp-content/uploads/2022/06/secpal-comprender-cuidados-paliativos-7-cuidado-basado-en-la-dignidad.pdf>
- E, Quirola, L, Montenegro, J, Almacro. (2023). *Necesidad de cuidados paliativos y estimación pronóstica de vida en pacientes con enfermedad renal crónica avanzada*. Revista Medicina Paliativa, 30 (3), pp.164–170. DOI: 10.20986/medpal.2023.1359/2022
- Fortín, M. Portillo K, Gómez J, Saca M. Enseñanza de los cuidados paliativos en las escuelas de medicina de El Salvador. *Elsevier Educación médica*. 1(2), pp.1-5
- Gallegos W. (2021) Caracterización de pacientes con enfermedad crónica avanzada y la necesidad de cuidados paliativos ingresados en Hospital Militar Central durante el periodo agosto – septiembre 2021. [Tesis de doctorado Universidad Alberto Masferrer] - Repositorio institucional de Universidad Alberto Masferrer. <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2022/02/1358918/tesis-wendy-gallegos-2021.pdf>
- García, P. (2021). Cuidados paliativos, su importancia y falta de diseminación en el pregrado de medicina. *Revista de Salud pública de México*, 63 (6) pp. 827–828. <https://doi.org/10.21149/13127>
- González-Alcantud B. (2022). Barriers to the application of the nursing methodology in the Intensive Care Unit. *Enfermería intensiva*, 33(3), 151–162. <https://doi.org/10.1016/j.enfie.2021.12.002>
- Historia de los cuidados paliativos – SECPAL*. (Dakota del Norte). <https://www.secpal.org/historia-de-los-cuidados-paliativos/>
- Instituto Salvadoreño del Seguro Social. (2022). Lineamiento para la atención domiciliar, dirigida y programada en el ISSS. Pp 7-13.
- ISSS. (2014) Manual de normas y procedimientos para la operativización del convenio ISSS- Hospital Divina Providencia (HDP) para los cuidados paliativos en pacientes Hematoncológicos. Capítulo II: criterios para la selección de pacientes con cáncer avanzado para ingreso bajo convenio ISSSpp.8-23 <https://www.transparencia.gob.sv/institutions/issss/documents/manuales-basicos-de-organizacion?page=13>
- Justino, E. T, Kasper. M, Santos. K. D. S., Quaglio, R. C., & Fortuna, C. M. (2020). Cuidados paliativos en atención primaria *Revista Latino-americana de Enfermagen* 28, (3324), pp. 1-11. <https://doi.org/10.1590/1518-8345-3858.3324>
- Leiva P. (2022). *Comprender cuidados paliativos, una responsabilidad de todos*. *Revista de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos* 1(3), pp.1-5. <https://www.secpal.org/wp-content/uploads/2022/02/160222-secpal-comprender-los-cuidados-paliativos-responsabilidad-de-todos.pdf>
- Martínez, C. Delgado, S. J, Rietjens. (2019). *Definición y recomendaciones para la planificación de decisiones anticipadas: un consenso internacional apoyado por la Asociación Europea de Cuidados Paliativos (EAPC)*. *Revista de Medicina Paliativa de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos* 26 (4), pp.236–246. <https://www.medicinapaliativa.es/definicion-y-recomendaciones-para-la-planificacion-de-decisiones-anticipadas-un-consenso-internacional-apoyado-por-la-european-association-for-palliative-care-eapc439>
- Ministerio de salud. (2021a). *Lineamientos técnicos para la atención y los cuidados paliativos para el Sistema Nacional Integrado en Salud*. Pagina 13,14. <https://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/lineamientos/lineamientostecnicosparalaatencionencuidadospaliativosparaelSNIS-Acuerdo-2943-v1.pdf>

Ministerio de Salud. (2021b). *lineamientos técnicos para la atención en cuidados paliativos para el Sistema Nacional Integrado en Salud*. Pp: 18-20 <https://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/lineamientos/lineamientostecnicosparalaatencionencuidadospaliativosparaelSNIS-Acuerdo-2943-v1.pdf>

OPS/OMS. (2024) *Cuidados paliativos*. <https://www.paho.org/es/temas/cuidados-paliativos>

Organización Mundial de la Salud: OMS. (2020b, 5 de agosto). *Cuidados paliativos* . <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>

Prensa SECPAL (21 de octubre 2024) *SECPAL crea la Sociedad Española de Psicología Paliativa para construir redes, impulsar la investigación y promover el reconocimiento de la especialidad – SECPAL* <https://www.secpal.org/secpal-crea-la-sociedad-espanola-de-psicologia-paliativa-para-construir-redes-impulsar-la-investigacion-y-promover-el-reconocimiento-de-la-especialidad/>

Prensa SECPAL. (15 de enero 2024) *Manifiesto de SECPAL a favor del trabajo social sanitario en el Sistema Nacional de Salud y en la prestación de cuidados paliativos*. Gabinete de comunicación SECPAL. <https://www.secpal.org/manifiesto-de-secpal-a-favor-del-trabajo-social-sanitario-en-el-sistema-nacional-de-salud-y-en-la-prestacion-de-cuidados-paliativos/>

SECPAL. (2024). *Hacia un nuevo paradigma de salud pública*. Sociedad Española de Cuidados Paliativos, 22 (3) 1–27.

Sociedad Española de Cuidados Paliativos. (2024) *Actualidad SECPAL, Boletín de la sociedad española de cuidados paliativos 1(22), pp.1-26* <https://www.secpal.org/wp-content/uploads/2024/11/22-Actualidad-SECPAL-2024.pdf>

Trapero, C. Ardón E (2019). Formación y aplicación del instrumento NECPAL en el ámbito de la Atención Primaria. *Revista de Medicina paliativa*, (26) 4, pp.300–307. <https://www.medicinapaliativa.es/Ficheros/291/2/06.%2010762019%20OR%20Santiago%20Formacio%E2%95%Ao%C3%BCn.pdf>



Intervención educativa para la prevención del Alcoholismo en adolescentes

Educational intervention for the prevention of alcoholism in teenagers

Artículo | Article

RESUMEN

El Alcoholismo en la adolescencia constituye un problema importante para la salud. **Objetivo:** elevar los conocimientos sobre alcoholismo en adolescentes del consultorio 3 del policlínico Mario Muñoz Monroy. **Metodología:** se realizó un estudio cuasiexperimental de intervención comunitaria. La muestra fue de 56 adolescentes. Se estudiaron variables sociodemográficas y biomédicas. Se obtuvo la información de la encuesta realizada. Se utilizó las pruebas de Chi Cuadrado y Odds Ratio. **Resultados y Discusión:** el 66.1 % de los adolescentes consumieron bebidas alcohólicas y 46.4 % comenzaron el consumo entre 16 y 18 años. Se observó predominio de consumo de bebidas alcohólicas del nivel educacional secundario representando el 50.0 %. El nivel de conocimientos sobre Alcoholismo antes de aplicada la Intervención Educativa en todos los grupos etarios era inadecuado representando el 92.9 %, mientras que después de aplicada esta Intervención predominó el conocimiento adecuado. Se observó que antes de la Intervención el 73.2% tenía conocimientos inadecuados. Luego de aplicada la intervención solo el 8.9 % mantuvo conocimientos inadecuados. Antes de la intervención el 94.4 % de los adolescentes tenían un nivel de conocimiento inadecuado. Luego de aplicada la misma se logró que el 98.2 % tuviera conocimientos adecuados. Se observó que el 57.1 % de los adolescentes antes de la Intervención el conocimiento era inadecuado. Después de aplicada la misma el conocimiento fue adecuado en el 96.4 %. Se observó que antes de la Intervención el 60.7 % tenían conocimientos inadecuados acerca del Alcoholismo lográndose modificar luego de aplicada la Intervención donde solo el 1.8 % mantuvo conocimientos inadecuados. **Conclusión:** Una vez aplicada la Intervención Educativa, los pacientes alcanzaron un adecuado nivel de conocimiento, por lo que fue factible y efectiva.

Palabras clave: Alcoholismo en la adolescencia, factores de riesgo, complicaciones, intervención educativa

Autores

Ramón Antonio Ibarra Regalón^{1,3}
Ana Evelyn Chávez Mata^{2,4}

Correspondencia

moreraramirezcarlos6@gmail.com

Presentado

04 de febrero de 2025

Aceptado

2 de abril de 2025

1. Universidad de las Tunas, Cuba
2. Universidad Salvadoreña Alberto Masferrer
3. ORCID: <https://orcid.org/0009-0009-0081-9116>
4. ORCID: <https://orcid.org/0009-0001-8767-7000>

<https://hdl.handle.net/20.500.14492/32143>

Cómo citar este artículo:

Ibarra Regalón RA, Chávez Mata AE. Intervención educativa para la prevención del Alcoholismo en adolescentes. Rev Sal Int. 2025; 3: (1), 29-33.

Este contenido está protegido bajo la licencia CC BY
<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



Plataforma digital de la revista: <https://revistas.ues.edu.sv/index.php/si/>

ABSTRAC

Alcoholism in adolescence is a major health problem. **Objective:** To raise knowledge about alcoholism in adolescents in office 3 of the Mario Muñoz Monroy polyclinic. **Method:** A quasi-experimental community intervention study was carried out. The universe were 56 teenagers. Sociodemographic and biomedical variables were studied. Information was obtained from the survey conducted. The Chi Square and Odds Ratio tests were used. **Results:** 66.1 % of adolescents consumed alcoholic beverages and 46.4 % began consumption between 16 and 18 years of age. A predominance of alcohol consumption was observed at the secondary educational level, representing 50.0 %. The level of knowledge about Alcoholism before the Educational Intervention was applied in all age groups was inadequate, representing 92.9 %, while after the Intervention was applied, adequate knowledge predominated. It was observed that before the Intervention, 73.2 % had inadequate knowledge. After the Intervention was applied, only 8.9% maintained inadequate knowledge. Before the Intervention, 94.4 % of adolescents had an inadequate level of knowledge. After the Intervention was applied, 98.2 % had adequate knowledge. It was observed that 57.1 % of adolescents before the Intervention had inadequate knowledge. After the Intervention was applied, knowledge was adequate in 96.4 %. It was observed that before the Intervention, 60.7 % had inadequate knowledge about Alcoholism, which was modified after the Intervention, where only 1.8 % maintained inadequate knowledge. **Conclusions:** Once the Educational Intervention was applied, the patients reached an adequate level of knowledge, so it was feasible and effective.

Key words: Alcoholism in adolescence, risk factors, complications, educational intervention

CONTEXTO

La investigación se desarrolla como parte de la formación para la obtención del título de Especialista de Segundo Grado en Medicina Familiar y del Proyecto de investigación de la Universidad de Ciencias Médicas de Las Tunas relacionado con la Atención Primaria de Salud.

INTRODUCCIÓN

Para Mora y Herrán (2019), el alcoholismo, una drogadicción lícita, tan antigua como la historia de la humanidad, constituye en este momento un grave problema de salud y un serio problema social en todo el mundo. Es una enfermedad que consiste en padecer una fuerte necesidad de ingerir alcohol etílico en forma de que exista una dependencia física del mismo, manifestada a través de determinados síntomas de abstinencia cuando no es posible su ingesta.

Según Hernández-Reyes et al. (2019), el consumo y los problemas

derivados del alcohol están aumentando en todo el occidente desde 1980, incluyendo Estados Unidos de América, la Unión Europea y la Europa Oriental, así como los países en vías de desarrollo. El aprendizaje de hábitos inadecuados de conducta desde edades tempranas condiciona que se encuentre la presentación de la misma en la adolescencia más temprana, destacándose con frecuencia el comienzo entre los 15 y 20 años de edad. Mientras más temprano sea en la vida del individuo, más frecuente será la adicción o dependencia y más la frecuencia de que sean bebedores con problemas. En la coyuntura actual, el consumo excesivo de bebidas alcohólicas por los jóvenes, es uno de los problemas de salud emergente y su solución se ha convertido en prioridad para muchos países del mundo.

Barreto et al. (2018), expresó que actualmente existe un alcohólico por cada 10 personas que han consumido bebidas de este tipo alguna vez en su vida; y la cifra de estas últimas llega aproximadamente a 70 % de la población mundial. Se notifican más de 100,000 muertes anuales en Estados Unidos de América por esta causa; y, el primer lugar entre los fallecidos lo ocupan adolescentes entre 15 y 16 años de edad. En el 2017, el consumo nocivo del alcohol causó unos 3 millones de muertes (5.3 % de todas las muertes) en el mundo y 132.6 millones de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD), es decir, el 5.1 de todos los AVAD de ese año. La mortalidad resultante del consumo del alcohol es mayor que la causada por enfermedades como la Tuberculosis pulmonar, la infección por VIH/SIDA y la Diabetes Mellitus. A nivel mundial, se estima que un millón de muertes por traumatismos fueron atribuibles al alcohol, lo que incluye alrededor de 370,000 muertes debido a accidentes automovilísticos, 150,000 por autoagresión y cerca de 90,000 por violencia interpersonal.

Acosta-Ortega et al. (2015), dice que, en Cuba la situación no es diferente; en la población mayor de 15 años hay 430,000 alcohólicos (5 %) y 860,000 bebedores de riesgo (10 %). Los indicadores actuales globales de alcoholismo en Cuba al sumar la prevalencia del abuso y dependencia del alcohol, derivados de un estudio nacional, revelan que está presente en el 4 % de la población mayor de 15 años. En nuestra provincia el 67,3 % de la población consume bebidas alcohólicas con un índice de prevalencia de 3-1. En el municipio Colombia existen 1,429 personas que consumen alcohol de manera desproporcionada, de las cuales 929 son del sexo masculino y 500 pertenecen al sexo femenino.

En el área de salud de Francisco Caamaño Deño, existen 904 pacientes alcohólicos representando el 3.2 % del total de población, 50 pertenecen al consultorio 3 con una población total de 655 pacientes representando el 7.63 %, todos del sexo masculino, observándose una mayor prevalencia en este sexo; de ellos, 30 son adultos jóvenes entre 28 - 35 años, refiriendo haber comenzado este hábito tóxico en la adolescencia.

La población adolescente cuenta con un total de 56 pacientes (8.54 % de la población), y, aunque el alcoholismo no sea el principal problema de salud en la comunidad, y sea superada en incidencia y prevalencia anual por otras enfermedades crónicas no transmisibles; además, que la línea de investigación no está encaminada en el estudio de la población alcohólica, se consideró importante la aplicación de una intervención educativa en la población adolescente, enfatizando que el alcoholismo constituye un problema de salud importante en esta área, encaminando nuestros esfuerzos a elevar el nivel de conocimiento que poseen los adolescentes sobre el alcoholismo, y será de gran importancia, ya que trabajando en la prevención desde edades tempranas podemos disminuir la incidencia de nuevos casos y convertir a los adolescentes en verdaderos promotores de salud, y así mejorar la calidad de vida de la población.

OBJETIVO

Elevar los conocimientos sobre alcoholismo en adolescentes del Consultorio Médico Familiar 3 del policlínico Mario Muñoz Monroy.

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio cuasi experimental de intervención comunitaria, de tipo transversal con el objetivo de evaluar el impacto de una intervención educativa sobre el nivel de conocimiento sobre alcoholismo en adolescentes del Consultorio Médico Familiar 3 (CMF 3) del policlínico Francisco Caamaño Deño de enero del 2022 a enero del 2023

El universo o población de estudio estuvo constituido por los 56 pacientes adolescentes pertenecientes al CMF 3 del policlínico Francisco Caamaño Deño del municipio Colombia.

Los criterios de inclusión para la intervención educativa para la prevención del alcoholismo en adolescentes fueron los siguientes: pertenecer al área de salud correspondiente al CMF 3, y tener una edad comprendida entre los 10 y 18 años.

Los criterios de exclusión para la intervención educativa para la prevención del alcoholismo en adolescentes fueron los siguientes: los padres que se negaron o abandonaron el estudio, y los adolescentes que presentaron alguna discapacidad intelectual o trastorno psiquiátrico.

Para alcanzar los objetivos de la investigación, se operacionalizaron varias variables de estudio. Las variables demográficas incluyeron la edad y el sexo de los participantes, mientras que el nivel educacional, la ocupación y el estado civil también fueron considerados para caracterizar a la muestra. Además, se evaluaron los conocimientos sobre alcoholismo y los conocimientos sobre los factores de riesgo asociados al alcoholismo como variables clave para entender la percepción y la conciencia de los participantes sobre este tema.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Sobresalió en este estudio que el 66.1 % de los adolescentes

Tabla 1

Inicio de consumo de bebidas alcohólicas según grupos etarios.

Rango de edades	Sí	No	Total
10 – 12	2 3.6 %	11 19.6 %	13 23.2 %
13 – 15	11 19.6 %	5 8.9 %	16 28.6 %
16 – 18	26 46.4 %	3 5.4 %	29 51.8 %
Total	37 66.1 %	19 33.9%	56 100 %

Nota: Tabla de elaboración propia

consumieron bebidas alcohólicas y 46.4 % comenzaron el consumo entre 16 y 18 años.

En la **Tabla 2** se observa predominio de consumo de bebidas alcohólicas del nivel educacional Secundario representando el 50.0 %.

Tabla 2

Distribución de adolescentes según nivel educacional y consumo de bebidas alcohólicas.

Nivel educacional	Consumo de bebidas alcohólicas				Total
	Sí	No	Sí	No	
Ninguno	0 0	11 19.6 %	11 16.6 %	11 19.6 %	16.6 %
Primaria	9 16.1 %	5 8.9 %	15 26.8 %	15 26.8 %	26.8 %
Secundaria	28 50 %	3 5.4 %	30 53.6 %	30 53.6 %	53.6 %
Total	37 66.1 %	19 33.9%	56 100 %	56 100 %	100 %

Nota: Tabla de elaboración propia

En la Tabla 3 se observa que el nivel de conocimientos sobre Alcoholismo antes de aplicada la Intervención Educativa en todos los grupos etarios era inadecuado representando el 92.9 %, mientras que después de aplicada esta Intervención predominó el conocimiento adecuado (87.5 %) comportándose de forma similar en todos los grupos etarios. Aplicado el Chi Cuadrado se encontró asociación altamente significativa $X^2 = 25.09$ y un valor de OR de 0.09.

Tabla 3

Distribución de adolescentes según edad y conocimientos sobre Alcoholismo.

Edades	Conocimientos sobre alcoholismo							
	Antes				Después			
	Adecuado	Inadecuado	Adecuado	Inadecuado	Adecuado	Inadecuado	Adecuado	Inadecuado
10 – 12	2 3.6 %	16 10 %	17 30.6 %	1 1.2 %	17 30.6 %	3 5.4 %	1 1.2 %	18 32.1 %
13 -15	1 1.8 %	19 33.9 %	18 32.1 %	2 1.2 %	14 25 %	4 7.1 %	18 32.1 %	2 1.2 %
16 – 18	1 1.8 %	17 30.4 %	14 25 %	4 7.1 %	49 87.5 %	7 12.5 %	14 25 %	4 7.1 %
Total	4 7.1 %	52 92.9 %	49 87.5 %	7 12.5 %	49 87.5 %	7 12.5 %	49 87.5 %	7 12.5 %

Nota: Tabla de elaboración propia

En la Tabla 4 se observan los conocimientos acerca de los Factores de riesgo del Alcoholismo donde antes de la Intervención el 73.2 % tenía conocimientos inadecuados (41 adolescentes). Luego de aplicada la intervención solo el 12.5 % mantuvo conocimientos inadecuados (7 adolescentes). Aplicado el Chi Cuadrado se encontró asociación altamente significativa $X^2 = 22.52$ y un valor de OR de 8.57.

El autor Gámez-Medina et al. (2017), destaca que la adolescencia

Tabla 4

Distribución de adolescentes según conocimientos acerca de Factores de riesgo del Alcoholismo.

Conocimientos de factores de riesgo	Antes		Después	
Adecuado	15	26.8 %	49	87.5 %
Inadecuado	41	73.2 %	7	12.5 %
Total	56	100 %	56	100 %

Nota: Tabla de elaboración propia

es un periodo idóneo para la adopción de hábitos y actitudes, especialmente en el uso de sustancias adictivas que posteriormente pueden permanecer en la adultez si no son bien atendidas, las cuales pueden afectar la salud del individuo y generar variadas problemáticas en la sociedad. Estudios realizados en países del primer mundo señalan que los jóvenes comienzan a beber entre los 12 y 16 años de edad. Otros autores señalan que el consumo de alcohol comienza entre los 15 y 19 años de edad. En nuestro medio se ha reportado que el inicio del consumo de etanol se produce en las edades comprendidas entre 16 y 20 años. Al ser la adolescencia una etapa de transformación, es susceptible la toma de conductas auto destructible como el consumo de alcohol y de otras drogas. La Organización para la cooperación y el desarrollo económico (OCDE) establece un listado de 24 países, en los que los adolescentes están tan afectados por el consumo de alcohol, que un 33 % de los jóvenes entre 13 y 15 años han estado borracho por lo menos dos veces.

Por otra parte Fernández et al., (2014) reporta un incremento del consumo de alcohol en integrantes del citado grupo poblacional con nivel escolar de primaria completa y secundaria básica (46,2 y 38,2 %, respectivamente), lo cual se corresponde con los resultados obtenidos.

En cuanto a los factores educativos, Artalejo et al., (1999) destaca que la mayor cantidad de los pacientes en su estudio tienen un nivel educacional de 12 grado o técnico medio, por lo que no se corresponde con los resultados obtenidos.

El autor cubano González-Menéndez (2021), plantea que antes de la intervención los adolescentes clasificaron con nivel bajo de conocimientos. Después de la intervención esto cambió a la

categoría de nivel alto para un 79,4 % demostrando la efectividad de la estrategia.

Para Gámez-Medina et al., (2017) no existe una casualidad directa entre los factores de riesgo y el consumo propiamente dicho, pero se sabe que la conjunción de los factores de riesgo puede despertar la vulnerabilidad en los sujetos respecto al uso de alcohol y pueden generar una predisposición favorable al consumo por lo que el alcohol es más necesario cuanto más vulnerable sea la persona. Entre los factores de riesgo que favorecen el consumo se destacan los problemas de convivencia familiar, predominando los malos tratos y actitudes negativas. Es importante señalar que el hogar es la cuna principal donde se comienza a formar la personalidad del individuo. Es de vital importancia que exista un ambiente de comprensión y ayuda hacia los adolescentes, para así contribuir a la formación de los mismos como personas de bien y prevenir la ocurrencia de conductas nocivas para la salud como el consumo de alcohol.

Fernández et al. (2014) destacan que el abandono escolar es una de las principales causas que contribuyen al desarrollo del alcoholismo durante la adolescencia. En línea con este hallazgo, González-Menéndez (2021) reporta resultados similares, señalando que, en su estudio, logró una modificación parcial del 68 % en los conocimientos sobre los factores de riesgo del alcoholismo. Sin embargo, Artalejo et al. (1999) discrepan de estos resultados, ya que su investigación solo logró una modificación parcial del 27,6 % en su muestra.

CONCLUSION

Estos hallazgos subrayan la importancia de las estrategias educativas para prevenir el consumo de alcohol en adolescentes, promoviendo un mayor nivel de conciencia y conocimiento sobre los riesgos asociados al alcoholismo.

REFERENCIAS

Acosta-Ortega, L., Roca-Revilla, M., Duperet-Cabrera, E., & Vistel-Columbié, M. (2015). La diseminación intencionada de la información para una sociedad saludable. MEDISAN, 19(1), 134-139. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192015000100018

Artalejo, F. R., De Andrés Manzano, B., Banegas, J. R. B., Castellón, P. G., Álvarez, F. V., & Del Rey Calero, J. (1999). La disminución del consumo moderado de alcohol se ha asociado a un descenso de los bebedores excesivos en España en el periodo 1987-1993. Dialnet. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9150683>

Barreto, M. R. A., Acosta, F. J., & Arias, J. M. C. (2018). Funciones ejecutivas y antecedentes familiares de alcoholismo en adolescentes. Dialnet. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6234231>

- Fernández, M. V., Moreno, M. M., Urturi, A. F., González, M. A., Carbajo, M. R., & Molinero, L. R. (2014). Consumo de sustancias adictivas en los adolescentes de 13 a 18 años y otras conductas de riesgo relacionadas. *Pediatría Atención Primaria*, 16(62), 125-134. <https://doi.org/10.4321/s1139-76322014000300005>
- Gámez-Medina, M. E., Guzmán-Facundo, F. R., Ahumada-Cortez, J. G., Alonso-Castillo, M. M., & Da Silva Gherardi-Donato, E. C. (2017, 1 mayo). Autoestima y consumo de alcohol en adolescentes escolarizados. *NURE Investigación*. <https://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/885>
- González-Menéndez, R. (2021). Tema 37: Alcoholismos y otras adicciones. En O. Rodríguez-Méndez (Ed.), *Salud mental infanto-juvenil* (pp. xx-xx). Ecimed. http://www.bvs.sld.cu/libros_texto/salud_mentalinfantojuvenil/tema37.pdf
- Hernández-Reyes, V. E., Hernández-Castro, V. H., Águila-Gutiérrez, Y., & Hernández-Fleites, X. (2019). El grupo de rehabilitación de adicciones en la prevención del alcoholismo desde centros escolares. *Revista Médica Electrónica*, 41(2), 508-521. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242019000200508
- Mora, C. A., & Herrán, O. F. (2019). Prevalencia de consumo de alcohol y de alcoholismo en estudiantes universitarios de Villavicencio, Colombia. *Revista de la Facultad de Medicina*, 67(2), 225-233. <https://doi.org/10.15446/revfacmed.v67n2.69282>



Nivel de conocimientos de médicos generales integrales de Colombia sobre nutrición humana

Level of knowledge of comprehensive general practitioners in Colombia about human nutrition

Artículo | Article

RESUMEN

La nutrición humana es un instrumento imprescindible a la hora de realizar intervenciones de salud, para ello se requiere de profesionales con un nivel adecuado de conocimientos sobre esta materia. **Objetivo:** caracterizar los niveles de conocimientos sobre nutrición humana que tienen los especialistas y los residentes en medicina general integral. **Metodología:** Se realizó un estudio observacional, descriptivo, transversal, en el municipio Colombia, en el período comprendido entre septiembre de 2022 y febrero de 2023. La muestra quedó conformada por 162 profesionales, a los que se les aplicó un cuestionario estructurado en cinco temas. Se realizó el análisis porcentual de los resultados. **Resultados y Discusión:** el 56,2% demostró conocimientos en los niveles medio y alto, el resto evidenció insuficiencias significativas (71 profesionales). Por el tipo de pregunta, el 49,4% (80 profesionales) reveló dificultades en diferentes aspectos que constituyen generalidades de nutrición humana. En contraste con ello, el 62,3% demostró niveles de conocimientos medios y altos acerca del empleo de la nutrición en la prevención y tratamiento de enfermedades. Por temas, las deficiencias se centraron en: Aspectos generales y Alimentos, con el 51,2 y 58,7%, respectivamente. **Conclusión:** los profesionales incluidos en el estudio existieron un discreto predominio de los que poseen niveles de conocimientos medios y altos sobre nutrición humana. Las mayores deficiencias cognoscitivas estuvieron al relacionar los nutrientes con los alimentos y en aspectos generales de nutrición, que es necesario tener presente a la hora de promocionar estilos de vida saludables.

Palabras clave: Nutrición humana; terapia nutricional; nivel de conocimientos.

ABSTRAC

Human nutrition is an essential instrument when carrying out health interventions; this requires professionals with an adequate level of

Autores

Reiner Rodríguez Monteagudo^{1,3}
Alexandra Cristina Esperanza Martínez^{2,4}

Correspondencia

moreraramirezcarlos6@gmail.com

Presentado

2 de abril de 2025

Aceptado

18 de noviembre de 2024

1. Ministerio de Salud Pública, Havana, Cuba
2. Universidad Salvadoreña Alberto Masferrer
3. ORCID: <https://orcid.org/0009-0005-2136-2494>
4. ORCID: <https://orcid.org/0009-0006-4296-4483> 2494

<https://hdl.handle.net/20.500.14492/32144>

Rodríguez Monteagudo R, Esperanza Martínez AC. Nivel de conocimientos de médicos generales integrales de Colombia sobre nutrición humana. Rev Sal Int. 2025, 3: (1), 35-39.

Este contenido está protegido bajo la licencia CC BY
<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



Plataforma digital de la revista: <https://revistas.ues.edu.sv/index.php/si/>

knowledge on this subject. **Objective:** To characterize the levels of knowledge about human nutrition that specialists and residents in comprehensive general medicine have. **Method:** An observational, descriptive, cross-sectional study was carried out in the municipality of Colombia, in the period between September 2022 and February 2023. The sample was made up of 162 professionals, to whom a questionnaire structured in five topics was applied. The percentage analysis of the results was carried out. **Results:** 56.2% demonstrated knowledge at medium and high levels, the rest showed significant insufficiencies (71 professionals). Due to the type of question, 49.4% (80 professionals) revealed difficulties in different aspects that constitute generalities of human nutrition. In contrast, 62.3% demonstrated medium and high levels of knowledge about the use of nutrition in the prevention and treatment of diseases. By topic, the deficiencies focused on: General aspects and Food, with 51.2 and 58.7%, respectively. **Conclusions:** Among the professionals included in the study, there was a slight predominance of those with medium and high levels of knowledge about human nutrition. The greatest cognitive deficiencies were in relating nutrients to food and in general aspects of nutrition, which must be kept in mind when promoting healthy lifestyles.

Key words: Human nutrition; nutritional therapy; level of knowledge.

CONTEXTO

La investigación se desarrolla como parte de la formación para la obtención del título de Especialista de Segundo Grado en Medicina Familiar y del Proyecto de investigación de la Universidad de Ciencias Médicas de Las Tunas relacionado con la Atención Primaria de Salud

INTRODUCCIÓN

En la actualidad, la nutrición humana ha cobrado gran relevancia debido a su papel esencial en la promoción de la salud y la prevención de enfermedades. Al respecto, Porrata-Maury (2009) durante los últimos años ha retomado con gran interés el tema de la nutrición humana, ya que es esencial para la salud. La nutrición es fundamental en la preparación del organismo para prevenir enfermedades y también forma parte del tratamiento de estas, si ya están presentes. Conocer a profundidad la composición de cada alimento y los elementos que contienen, así como el beneficio o daño que reportan, permite una selección que, además de placer, garantiza salud. La nutrición significa mucho menos riesgo para el organismo que el consumo evitable de medicamentos. Existen pruebas importantes de que los hábitos alimentarios influyen en la incidencia y gravedad de muchas enfermedades, como es el caso de las enfermedades crónicas degenerativas. Se pueden evitar o modificar complicaciones debilitantes, atendiendo al estado y deficiencias nutricionales.

Para el autor Barrera-Cruz (2013) el organismo humano tiene la capacidad de sintetizar endógenamente gran número de moléculas orgánicas, no así las inorgánicas, que solo obtiene por la dieta y son esenciales para la nutrición. No puede sintetizar varios aminoácidos, ácidos grasos, las vitaminas y los elementos minerales, todos necesarios para el mantenimiento de la vida y que deben ser adquiridos mediante la dieta.

En ese sentido, Bombak (2014) señala que factores como el crecimiento poblacional, la demanda de alimentos, el desarrollo industrial en la producción de los mismos y la globalización de estilos de vida dominados por el estrés y una vida muy dinámica, se han ido incrementando hábitos nocivos de alimentación. Escaso consumo de frutas, verduras, granos integrales, cereales, y legumbres, unido al consumo relativamente alto de alimentos ricos en grasas saturadas, azúcares y sal, cereales refinados y los alimentos procesados industrialmente componen realidades en la alimentación de la población mundial.

Como resultado, Romero-Martínez (2013) resalta que estas características de la alimentación constituyen un factor clave en el desarrollo de las enfermedades crónicas. La obesidad, hipertensión arterial, diabetes y otras muchas son solo ejemplos que dominan los cuadros de salud de numerosos países y, según el régimen alimentario y el modo de vida pueden contribuir a la prevención o al retraso en la aparición de estas afecciones. Las enfermedades crónicas asociadas con el sobrepeso corporal ocupan los primeros lugares en las estadísticas de morbilidad y mortalidad en Cuba.

Ante este panorama, Ball (2023). Subraya la necesidad de abordar los problemas de alimentación y nutrición debe contribuir a mejorar la situación de salud antes señalada. Urge contribuir de forma efectiva a un desarrollo humano sostenible, mediante el mejoramiento de la salud y el estado nutricional de las poblaciones, todo ello dentro del más profundo respeto al entorno. Se hace necesario el diseño e implementación de acciones educativas a toda la población, fundamentalmente entre sectores poblacionales más expuestos a estos riesgos, como los niños y jóvenes.

En el caso de Cuba, Hernández Triana (2009) informa que el Instituto de Nutrición e Higiene de los Alimentos realizó un estudio sobre los gustos y preferencias alimentarias de la población. Tanto el consumo real, como el deseado, se caracterizaron por una insuficiente calidad nutrimental, el desequilibrio y la poca variedad en la dieta. A estos resultados hay que agregar la contaminación creciente del país por los efectos de la llamada globalización alimentaria, dominada por la comida rápida y los alimentos-chatarra, que se distinguen por su elevada densidad energética, pero pobre contenido nutricional; además del irrespeto por los horarios de comida. Estas características de la alimentación actual se han constituido en factores importantes de riesgo de desarrollo de la obesidad y enfermedades no transmisibles, asociadas o no a la insulinoresistencia y que podrían empeorar el mapa cubano de

salud de no intervenir oportunamente.

Para enfrentar esta compleja situación se requiere de profesionales de la salud preparados, que promuevan estilos de vida saludables, en los que la nutrición juegue un papel protagónico. De esta manera, Quintero Fleites et al., (2009) destaca que dentro del perfil de salida del médico general integral (MGI) se encuentra el tratamiento desde el punto de vista dietético de numerosas enfermedades, así como, promover hábitos alimenticios y estilos de vida saludables. En un estudio piloto, realizado en nuestra provincia a especialistas y residentes en MGI, se pudo constatar la existencia de problemas cognoscitivos sobre nutrición humana. Esto, unido a la alta incidencia de enfermedades que pueden prevenirse mediante una nutrición adecuada y con el propósito de aumentar la calidad de vida de los pacientes ya enfermos, constituyeron motivaciones para esta investigación, que tiene como objetivo general determinar el nivel de conocimientos del MGI, tanto especialistas, como residentes, en temas relacionados con la nutrición, para el tratamiento y la prevención de diferentes afecciones de salud en la población.

OBJETIVO

Caracterizar los niveles de conocimientos sobre nutrición humana que tienen los especialistas y los residentes en medicina general integral.

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, transversal, en el municipio de Colombia, en el período comprendido entre septiembre de 2022 y febrero de 2023. El objetivo de la investigación estuvo enfocado a la caracterización de los niveles de conocimiento que tienen especialistas y residentes en MGI sobre nutrición humana. La muestra de estudio estuvo conformada por 162 profesionales, seleccionados al azar y que dieron el consentimiento para participar en el estudio.

Se midió el nivel de conocimientos a través de la aplicación de un cuestionario. Las preguntas se agruparon en cinco temas: Aspectos generales, Alimentos, Nutrientes, Nutrición en la prevención de enfermedades y Nutrición para el tratamiento de enfermedades. En cada uno de los cinco temas existieron preguntas generales de nutrición propias del mismo, preguntas que exploraban los conocimientos sobre alimentos propios de nuestro país y los nutrientes fundamentales presentes en ellos. El cuestionario se diseñó teniendo en cuenta los contenidos de los programas de las asignaturas de MGI y Morfofisiología Humana, que se imparten desde el primer año de la carrera de Medicina. Los resultados del cuestionario se procesaron mediante la obtención de nota calificativa por cada pregunta independiente, según las categorías de 2, 3, 4 y 5. Se definió como nivel de conocimientos alto, si el evaluado aprobaba (calificación de 3 o superior) más del 80% de las preguntas, nivel medio, si este valor oscilaba entre 60 y 79,9%

y nivel bajo, si fue menor que 60%. Los resultados se analizaron de forma integral, por el tipo de pregunta y según cada tema, siempre utilizando la estadística porcentual y fueron expresados mediante tablas.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

En la Tabla 1 se muestra la distribución de los 162 especialistas y residentes en MGI que formaron parte del estudio, según los resultados integrales obtenidos al aplicar el cuestionario sobre nutrición humana. El 56,2% de los médicos demostró conocimientos en los niveles medio y alto; sin embargo, un número importante de profesionales, (71) que representan el 43,8% de la muestra, evidenció insuficiencias cognoscitivas importantes.

La variedad de preguntas, incluidas en el cuestionario aplicado, permitió que se pudieran dividir de diferentes formas. Una fue **Tabla 1**

Distribución de los MGI según su nivel de conocimientos sobre nutrición humana

Nivel de conocimientos	No	%
Alto	34	21,0
Medio	57	35,2
Bajo	71	43,8
Total	162	100

Nota: Tabla de elaboración propia

en preguntas de generalidades de nutrición humana y preguntas relacionadas con el empleo de la nutrición en la prevención y tratamiento de algunas enfermedades. Los resultados correspondientes a este análisis se pueden observar en la Tabla 2.

El 49,4% (80 profesionales) evidenció insuficiencias de conocimientos en diferentes aspectos que constituyen generalidades de nutrición humana. Entre ellas se pueden resaltar: desconocimiento acerca de qué alimentos disponibles por la población pueden aportar cantidades importantes de nutrientes específicos; dificultades para confeccionar propuestas de dietas sanas para la población de su comunidad; falta de conocimientos en otros aspectos generales, como las combinaciones de diferentes alimentos, momentos y frecuencia en el consumo de agua y sustancias líquidas, entre otras.

Tabla 2

Nivel de conocimientos de los MGI sobre nutrición humana, según el tipo de pregunta realizada

Nivel de conocimientos	Generalidades	Tratamiento	Prevención	
Alto	27	16,7 %	42	25,9 %
Medio	55	33,9 %	59	36,4 %
Bajo	80	49,4 %	61	37,7 %

Nota: Tabla de elaboración propia

Los resultados fueron diferentes al analizar los conocimientos acerca del empleo de la nutrición en la prevención y el tratamiento de las enfermedades. El 62,3% demostró niveles de conocimientos medios y altos.

Se analizaron los resultados a las preguntas del cuestionario agrupadas por temas, tabla 3. Los resultados fueron muy buenos para los temas de: Nutrientes, Nutrición en la prevención de enfermedades y Nutrición para el tratamiento de enfermedades, donde los médicos con niveles de conocimientos medios y altos sumaron el 89,5% para el primero de estos temas y el 83,3% en cada uno de los otros dos. Las deficiencias se centraron en los temas: Aspectos generales y Alimentos, con el 51,2 y 58,7% de la muestra, respectivamente, clasificados con niveles bajos de conocimientos. Ello coincide con el análisis realizado en líneas anteriores, al discutir la tabla 2.

Los médicos generales integrales reciben formación en nutrición humana desde los primeros años de su carrera de pregrado; esta formación se mantiene y profundiza durante el transcurso de sus estudios, especialmente cuando cursan la especialidad médica correspondiente; sin embargo, en el presente estudio se han detectado y descrito ciertas deficiencias que, en términos fundamentales, señalan la necesidad de contextualizar los conocimientos a la realidad de las comunidades. Por ello, es necesario incluir un mejor conocimiento sobre la composición

Tabla 3

Nivel de conocimientos de los MGI sobre nutrición humana, según el tema abordado

Temas	Nivel de conocimiento					
	Alto		Medio		Bajo	
Aspectos generales	22	13,6 %	57	35,2 %	83	51,2 %
Alimentos	29	17,9 %	38	23,4 %	95	58,7 %
Nutrientes	69	42,6 %	76	46,9 %	17	10,5 %
Nutrición en la prevención de enfermedades	58	35,8 %	77	47,5 %	27	16,7 %
Nutrición para el tratamiento de enfermedades	58	35,8 %	77	47,5 %	27	16,7 %

Nota: Tabla de elaboración propia

nutricional de los alimentos más comunes presentes en dichas comunidades, así como realizar las adecuaciones de las dietas según las estaciones del año. Además, un aspecto fundamental consiste en llevar a cabo la valoración nutricional de toda la población de la comunidad, la cual debe servir como referente clave para promover estilos de vida saludables.

A tal efecto, Porrata-Maury (2009) indica que, en los últimos años, se ha observado un incremento sostenido en el número de personas con obesidad, así como en la prevalencia de hipertensión arterial, diabetes y otras afecciones crónicas estrechamente vinculadas a la nutrición.

En esta línea, Ball (2023) destaca que la alimentación humana es una herramienta única e inigualable de intervención salubrista ante los desafíos del presente y el futuro. Una cultura alimentaria que promueva el consumo de fibra dietética, cereales integrales, vegetales, frijoles, y productos naturales, frescos, no procesados industrialmente y con poca participación de las grasas en el contenido energético total, ha demostrado ser efectiva en la reducción y mantenimiento del peso corporal, la reducción y prevención de la hiperglicemia y las dislipidemias, el control de la tensión arterial e, incluso, la prevención de ciertas formas de cáncer.

No obstante, para promover una cultura alimentaria, Hernández Triana (2009) señala para que para realizar estas intervenciones de salud, se requiere de profesionales capacitados y con un nivel adecuado de conocimientos sobre nutrición humana. Los resultados obtenidos en este estudio constituyen una llamada de atención a la necesidad de resolver las insuficiencias cognoscitivas detectadas. Para identificar mejor las deficiencias se profundizó en el análisis de los resultados.

Según Quintero Fleites et al., (2009) las principales deficiencias identificadas estuvieron relacionadas con la conexión entre los nutrientes y los alimentos en los que están presentes, así como con la capacidad de contextualizar estos conocimientos en función de los alimentos disponibles para la población cubana. Además, se evidenció una falta de actualización en el empleo de las recomendaciones nutricionales adaptadas a las necesidades y realidades de población en mención.

Desde esta perspectiva, De Pinho et al., (2013) indica que existe un único estudio nacional publicado acerca del consumo y preferencias alimentarias de la población cubana mayor de 15 años, realizado por el Instituto de Nutrición e Higiene de los Alimentos y en el cual fueron incluidos en la muestra representantes de todas las provincias del país, entre ellos 223 tuneros. Ese estudio evidenció la existencia de problemas nutricionales en la población cubana, agravados por los gustos y preferencias alimentarias, declaradas por los participantes. En ese contexto tienen que ejercer sus funciones los profesionales de la salud de la comunidad. Las deficiencias cognoscitivas encontradas en el presente trabajo requieren de ser resueltas para que los profesionales de la salud puedan cumplir adecuadamente con sus funciones como promotores de salud.

CONCLUSION

Se determinaron los niveles de conocimiento sobre nutrición humana en una muestra de especialistas y residentes de medicina general integral. Existió un discreto predominio de los médicos con niveles de conocimientos medios y altos. Las mayores deficiencias cognoscitivas se evidenciaron al relacionar los nutrientes con los alimentos donde están presentes, siendo más perceptible esta situación en el caso de los alimentos disponibles por la población cubana. Otras carencias se relacionaron con conocimientos acerca de aspectos generales de nutrición, que es necesario tener

presente a la hora de promocionar estilos de vida saludables. Muchos profesionales no están actualizados en el empleo de las recomendaciones nutricionales para la población cubana, emitidas por el ministerio de salud pública. Las dificultades encontradas en este estudio deben constituir un necesario punto de partida para accionar en función de incrementar los conocimientos sobre nutrición humana en el personal de la salud, para luego revertir esta formación en beneficio de la salud de la población.

Romero-Martínez, M. (2013). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012: Diseño y cobertura. *Salud Pública de México*, 55 (Suplemento 2), S332-S340. <https://www.scielosp.org/pdf/spm/v55s2/v55s2a33.pdf>

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Ball, L. (2023). Health professionals' views of the effectiveness of nutrition care in general practice setting. *Nutrition & Dietetics*, 80 (1), 35-41. <https://doi.org/10.1111/1747-0080.12824>

Barrera-Cruz, A. (2013). Prevención, diagnóstico y tratamiento del sobrepeso y la obesidad exógena. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 51 (3), 344-357. https://revistamedica.imss.gob.mx/editorial/index.php/revista_medica/article/view/796

Bombak, A. (2014). Obesity, health at every size, and public health policy. *American Journal of Public Health*, 104 (2), e60–e67. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2013.301486>

De Pinho, L., Moura, P. H. T., Silveira, M. F., De Botelho, A. C. C., & Caldeira, A. P. (2013). Development and validity of a questionnaire to test the knowledge of primary care personnel regarding nutrition in obese adolescents. *BMC Family Practice*, 14 (1). <https://doi.org/10.1186/1471-2296-14-102>

Hernández Triana, M. (2009). Recomendaciones nutricionales para la población cubana. *Revista Cubana de Alimentación y Nutrición*, 19 (2), 1-9. https://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=So864-03002009000200001&script=sci_arttext

Porrata-Maury, C. (2009). Consumo y preferencias alimentarias de la población cubana con 15 y más años de edad. *Revista Cubana de Alimentación y Nutrición*, 19 (1), 87-105. https://revalnutricion.sld.cu/index.php/rcan/article/view/821/pdf_164

Quintero Fleites, E., Saraza Muñoz, N., Álvarez León, I., & Alegret Rodríguez, M. (2009). Estrategia para promover salud desde edades tempranas. *Medicentro*, 13 (3). <https://medicentro.sld.cu/index.php/medicentro/article/view/278>



Caracterización del comportamiento del cáncer de próstata y sus factores de riesgo

Characterisation of the behaviour of prostate cancer and its risk factors.

Artículo | Article

RESUMEN

La próstata es un órgano glandular del aparato genitourinario, exclusivo de los hombres, con forma de castaña, localizada frente al recto, debajo y a la salida de la vejiga urinaria. El cáncer de próstata al que se desarrolla en uno de los órganos glandulares del sistema reproductor masculino llamado próstata. **Objetivo:** caracterizar el comportamiento del cáncer de próstata y factores de riesgo más frecuentes en el municipio de Colombia durante periodo de enero de 2018 a diciembre de 2019. **Método:** se realizó un estudio descriptivo para analizar el comportamiento de esta enfermedad en el municipio. **Resultados y Discusión:** los factores de riesgo más incidentes fueron la edad y la procedencia del paciente, aunque también se mencionan la ocupación, la exposición a radiaciones y el hábito de fumar como influyentes en el desarrollo de la enfermedad. El grupo de mayor incidencia fue el de 71 a 90 años. Los síntomas más frecuentes fueron nicturia, disuria, goteo y, en menor grado, hematuria. Se recomienda realizar pesquisas activas en la población de riesgo, especialmente en mayores de 45 años, personas expuestas a radiaciones, con hábitos tóxicos o malos hábitos dietéticos, así como integrar al equipo básico de salud en la detección temprana de síntomas, capacitando también a los familiares de pacientes con estos riesgos. En el estudio, la obesidad y la hiperplasia prostática fueron las enfermedades asociadas más frecuentes. No se encontró una correlación estadística significativa en la positividad de los pacientes durante el periodo analizado. **Conclusión:** los síntomas más frecuentes fueron nicturia, disuria y goteo, mientras que la obesidad y la hiperplasia prostática destacaron como enfermedades asociadas.

Palabras clave: Factores de riesgo, cáncer, próstata, obesidad, hiperplasia

ABSTRACT

The prostate is a glandular organ of the genitourinary system, exclusive to men, shaped like a chestnut, located in front of the

Autores

Idalberto Delgado Monteagudo^{1,2}

Correspondencia

reinerrodriguezmonteagudo1@gmail.com

Presentado

04 de febrero de 2024

Aceptado

03 de abril de 2025

1. Ministerio de Salud pública, Cuba. Investigador asociado a la Universidad Salvadoreña Alberto Masferrer, El Salvador.
2. ORCID: <https://orcid.org/0009-0004-0957-6185>
<https://hdl.handle.net/20.500.14492/32145>

Delgado Monteagudo I. Caracterización del comportamiento del cáncer de próstata y sus factores de riesgo. Rev Sal Int. 2025, 3: (1), 41-45.

Este contenido está protegido bajo la licencia CC BY
<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



Plataforma digital de la revista: <https://revistas.ues.edu.sv/index.php/si/>

rectum, below and at the exit of the urinary bladder. Prostate cancer develops in one of the glandular organs of the male reproductive system called the prostate. **Objective:** to characterise the behaviour of prostate cancer and the most frequent risk factors in the municipality of Colombia during the period from January 2018 to December 2019. **Method:** a descriptive study was conducted to analyse the behaviour of this disease in the municipality. Results and **Discussion:** the most significant risk factors were age and the patient's origin, though occupation, exposure to radiation, and smoking habits were also mentioned as influential in the development of the disease. The highest incidence group was aged 71 to 90. The most frequent symptoms were nocturia, dysuria, dribbling, and, to a lesser extent, haematuria. It is recommended to carry out active screening in the at-risk population, particularly in those over 45 years of age, individuals exposed to radiation, those with toxic habits or poor dietary habits, as well as to integrate the basic healthcare team in the early detection of symptoms, also training the relatives of patients with these risk factors. In the study, obesity and prostatic hyperplasia were the most frequent associated conditions. No statistically significant correlation was found in patient positivity during the analysed period. **Conclusion:** the most frequent symptoms were nocturia, dysuria, and dribbling, while obesity and prostatic hyperplasia stood out as associated conditions.

Key words: risk factors, cancer, prostate, obesity, hyperplasia

CONTEXTO

La investigación se desarrolla como parte de la formación para la obtención del título de Especialista de Segundo Grado en Medicina Familiar y del Proyecto de investigación de la Universidad de Ciencias Médicas de Las Tunas relacionado con la Atención Primaria de Salud.

INTRODUCCIÓN

Para el autor Pargas Torres (2005) la próstata es un órgano glandular del aparato genitourinario, exclusivo de los hombres, con forma de castaña, localizada enfrente del recto, debajo y a la salida de la vejiga urinaria. Contiene células que producen parte del líquido seminal que protege y nutre a los espermatozoides contenidos en el semen.

En ese contexto, Álvarez Sintés (2015) destacó que una de las patologías que más afectan a la próstata es el cáncer. Se denomina cáncer de próstata al que se desarrolla en uno de los órganos glandulares del sistema reproductor masculino llamado próstata. El cáncer se produce cuando algunas células prostáticas mutan y comienzan a multiplicarse descontroladamente. Éstas también podrían propagarse desde la próstata a otras partes del cuerpo, especialmente los huesos y los ganglios linfáticos originando una metástasis. Esta afección puede causar dolor, micción dificultosa, disfunción eréctil, entre otros síntomas. La enfermedad se desarrolla más frecuentemente en individuos mayores de 50 años.

Es el segundo tipo de cáncer más común en hombres. Sin embargo, muchos hombres que desarrollan cáncer de próstata nunca tienen síntomas, ni son sometidos a terapia. Diversos factores, incluyendo la genética y la dieta, han sido implicados en su desarrollo, y las modalidades de prevención primaria conocidas son insuficientes para eliminar el riesgo de contraer la enfermedad.

En tal sentido, Pérez Reyes (2021) afirmó que el cáncer de próstata tiende a ser multifocal y con frecuencia afecta a la cápsula glandular. Al contrario que la hipertrofia benigna de próstata (HBP), el cáncer de próstata predomina en la periferia de la próstata. Ambas características (multifocal y periférico) hacen impracticable la resección transuretral (RTU). El cáncer de próstata es el más frecuente, excluyendo a los carcinomas de piel, entre los norteamericanos y europeos. Uno de cada seis hombres será diagnosticado de cáncer de próstata durante toda su vida, pero sólo uno de cada 32 morirá por esta enfermedad, gracias al empleo de métodos y técnicas basadas en conocimientos prácticos y no pocas veces empíricos para mejorar el estado de salud de la humanidad, y es una realidad desde tiempos inmemorables, ya que la necesidad de dar soluciones a sus males ha sido tan o más importante que encontrar alimento o cobijo. El hombre en toda su medida, es un ser biosicosocial que requiere de un equilibrio idóneo para estar en armonía plena con el medio que lo rodea.

En cuanto a las posibles causas del cáncer de próstata, Caballero Romeu (2022) considera que los agentes infecciosos transmitidos por vía sexual podrían provocar cáncer prostático. Sin embargo, los estudios epidemiológicos, virológicos e inmunológicos han aportado resultados contradictorios. Éstos no han evidenciado pruebas concretas para una causa infecciosa de cáncer prostático, como las gonocócicas, el virus del papiloma humano (VPH) y otro tipo de uretritis, prostatitis y enfermedades de transmisión sexual. Recientemente se ha descrito que la masturbación diaria entre los 20 y 50 años reduce el riesgo de cáncer de próstata; se cree que es debido a la eliminación de sustancias cancerígenas en el semen. Cada procedimiento descrito ha estado siempre encaminado a un mismo objetivo: curar o salvar la vida del hombre como especie y todos aquellos seres que le rodean, pero para ello, ante todo debe contar con armas que le permitan ganar la colosal batalla frente a lo desconocido. La aplicación de variantes terapéuticas cada vez más eficaces, pero que a su vez cumplan con otros requisitos tales como la inocuidad, la seguridad, la accesibilidad e incluso que resulten económicas es una tarea ardua y cotidiana. En Cuba durante el 2016 hasta 2018 ha existido una media de 2500 casos nuevos por año, 7 casos al día y 210 casos al mes aproximadamente. Las Tunas en el mismo periodo han aportado un promedio de 114 casos nuevos con 97 fallecidos y en Colombia una tasa de mortalidad de 21.3 incrementándose en el 2019 a una tasa de 30.4 fallecidos, incrementándose el riesgo de enfermar a un 4,27% en nuestro municipio.

La incidencia del cáncer de próstata ha aumentado más de un

100% en los últimos 10 años, lo que ha motivado a realizar esta investigación.

OBJETIVO

Caracterizar el comportamiento del cáncer de próstata y factores de riesgo más frecuentes en el municipio Colombia durante periodo de enero 2018 a diciembre 2019.

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio descriptivo con todos los pacientes que presentan cáncer de Próstata de la población del municipio Colombia de enero 2018 a diciembre 2019. El universo de estudio fueron todos los pacientes que se remitieron al laboratorio SUMA (Sistema Ultramicroanalítico) para la realización del Antígeno Prostático Específico (PSA); la muestra se tomó de los pacientes que dieron positivo a esta prueba.

Para la selección de los participantes en este estudio, se establecieron criterios de inclusión para asegurar la idoneidad de los pacientes y su capacidad para cumplir con los objetivos propuestos; para lo cual, fueron elegibles aquellos pacientes a partir de 45 años de edad, dado que esta población presenta un mayor riesgo de desarrollar patologías prostáticas, incluyendo el cáncer de próstata, lo que permitió centrar el análisis en un grupo etario particularmente vulnerable. Además, fue requisito indispensable que los participantes hayan sido diagnosticados previamente con cáncer de próstata, ya que el estudio está específicamente diseñado para abordar esta condición médica, para garantizar que los datos recopilados sean relevantes. Finalmente, se incluyeron únicamente aquellos pacientes que contaba con un buen estado estructural general (entendido como la capacidad física y funcional necesaria para participar activamente en las sesiones programadas).

Para delimitar la población participante fueron excluidos todos los pacientes menores de 45 años, ya que el estudio se enfocó en un grupo etario más propenso a desarrollar cáncer de próstata y otras condiciones asociadas. Asimismo, no fueron considerados aquellos pacientes que no se encuentren dentro de los parámetros previamente mencionados, como el diagnóstico confirmado de cáncer de próstata o el buen estado estructural necesario para participar en las actividades programadas, y a cualquier paciente que no desee formar parte de la investigación, dado que la participación fue voluntaria para garantizar la ética y validez del proceso. Fueron retirados del estudio aquellos pacientes que salieron definitivamente del municipio, ya que su ausencia geográfica podría impedir su seguimiento adecuado y la recolección continua de datos.

Para la obtención de la información necesaria, se revisó la base de datos de estadística del Policlínico Francisco Caamaño Deño, el cual incluye las historias clínicas individuales de los pacientes con Cáncer de próstata, pacientes con factores de riesgos que

traían consigo la aparición de esta afección, e historias clínicas familiares; además se realizó encuestas a estos pacientes que forman parte de la investigación en el período antes mencionado.

Para el procesamiento estadístico de los datos recopilados en este estudio, se utilizó el software Statgraphics v.2.1, utilizando estadística descriptiva para resumir las características principales de la muestra, la distribución de frecuencia para organizar y visualizar la ocurrencia de variables, y el índice de correlación para evaluar posibles relaciones entre los factores estudiados. Los resultados serán presentados de manera clara y accesible mediante su exposición en tablas y gráficos, facilitando su interpretación de los hallazgos obtenidos.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

De forma general, en la Tabla 1 se puede observar que la aparición del cáncer de próstata es un problema de salud que, dentro del programa del cáncer se le debe dar gran importancia, pues con excepción del mes de julio todos los demás meses del año se encuentran con valores por encima de diez pacientes positivos, además de las correspondientes desviaciones estándar elevadas que se presentan, dato que refleja la variabilidad del comportamiento de la enfermedad.

Tabla 1

Valores promedios de pacientes estudiados y positivos por mes.

Mes	Valores medios 2018-2019			
	Estudiados	Desv. Estándar	Estudiados	Desv. Estándar
Enero	100	9.8	13	6
Febrero	145	41.8	17	7
Marzo	127	20.7	19	6
Abril	117	18.3	15	6
Mayo	134	10.8	13	7
Junio	123	12.7	18	13
Julio	73	9.6	7	2
Agosto	140	17.0	23	3
Septiembre	114	17.2	11	5
Octubre	118	20.1	18	6
Noviembre	123	15.9	22	6
Diciembre	89	7.8	15	3

Nota: Tabla de elaboración propia

En la tabla 2 se reflejan valores porcentuales de casos positivos por encima del 10 % de las muestras analizadas en todos excepto el mes de mayo con 9.5 %; siendo, del total de las muestras analizadas (5609) durante este periodo el 13.5 % (757) positivos lo cual aporta 189 pacientes por año y 16 por mes.

Como se observa en la Figura 1 los factores de riesgo más incidentes en la aparición de esta enfermedad son la edad y procedencia del paciente, aunque algunos autores refieren que la ocupación, la exposición a radiaciones y el hábito de fumar son importantes en el desarrollo de la enfermedad. El grupo de pacientes donde más

de carbono expedido por los automóviles de combustión interna y el uso frecuente de bicicleta como medio de transporte.

Además de los factores antes mencionados, según Pérez Reyes (2021), es importante considerar el hábito de fumar como un factor de riesgo relevante. En el estudio realizado, se observó que el 86 % de los pacientes con valores positivos de PSA eran fumadores; este hallazgo cobra especial relevancia dado que el humo del cigarrillo contiene sustancias tóxicas que pueden estar asociadas no solo con enfermedades sistémicas graves, sino también con alteraciones prostáticas. Aunque este factor de riesgo está ampliamente relacionado con otras patologías importantes, su impacto en la salud prostática no debe ser subestimado debido a las características nocivas del humo del cigarrillo. En relación, Caballero Romeu (2022) plantea que el cáncer de próstata precoz normalmente no produce síntomas y se detecta por una elevación del PSA o realizando un tacto rectal. La presencia de síntomas es un indicativo de que se halla en una fase avanzada. Entre los síntomas se encuentran: disuria, tenesmo vesical, polaquiuria y nicturia, retención de orina, goteo y hematuria terminal. El inicio brusco y la progresión rápida de los síntomas obstructivos urinarios en hombres del grupo de edad adecuado, tiene muchas probabilidades de ser causado por un cáncer de próstata.

En la población estudiada como se refiere anteriormente, la nicturia es el síntoma más común, seguido por la de goteo, donde están representados por un 52 % y 26% respectivamente; y la disuria que representa el 12 % y la hematuria 10 % del total; esto sugiere que se realicen pesquisas activas en la población con riesgo, específicamente a mayores de 45 años, personal expuesto a radiaciones, con hábitos tóxicos y malos hábitos dietéticos, además de integrar a todo el equipo básico de salud en la detección de síntomas característicos de la enfermedad con la respectiva capacitación a los familiares de pacientes con estos riesgos. El estudio evidencia que el mayor número de resultados positivos se encontraron en la zona urbana, por tanto, se infiere que este grupo es el más susceptible ante esta patología, por lo que deben iniciarse acciones planificadas en esta zona para luego extenderse a las áreas de menor incidencia y riesgo.

Tabla 2

Valores totales de estudiados y positivos por mes

Comportamiento 2018-2019			
Mes	Estudiados	Positivos	%
Enero	400	52	13.0
Febrero	579	66	11.4
Marzo	509	75	14.7
Abril	469	61	13.0
Mayo	535	51	9.5
Junio	493	71	14.4
Julio	291	29	10.0
Agosto	560	91	16.3
Septiembre	457	43	9.4
Octubre	470	72	15.3
Noviembre	490	86	17.6
Diciembre	356	60	16.9
Total	5609	757	13.5

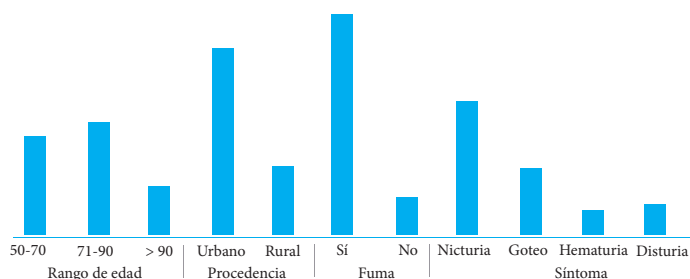
Nota: Tabla de elaboración propia

incidencia existe es el que se encuentra representado por individuos de 71-90 años.

Según Pargas Torres (2005) menciona que es importante tener en cuenta la procedencia, pues de acuerdo a lo esperado existe un mayor número de pacientes positivos de procedencia urbano, lo

Figura 1

Factores de riesgo asociados a la aparición cáncer de próstata



cual está atribuido a los hábitos de vida menos sano en la ciudad al estar expuesto a un gran número de agentes que pueden desencadenar no solo este el cáncer de próstata. Por ejemplo, podemos citar la exposición de radiaciones derivadas de la actividad industrial, vapores de plomo originados por la soldadura en los diferentes talleres o centros de trabajo, a la exposición a aceites usados, los cuales son agentes mutágenos extremos, al monóxido

CONCLUSIONES

El análisis realizado permitió identificar que los principales factores de riesgo con mayor incidencia en la población estudiada son la edad y la procedencia, lo que sugiere una posible relación entre estos elementos y la presencia de enfermedades prostáticas. Además, las variables analizadas, que incluyen la edad (rango), la sintomatología presentada, la procedencia de los pacientes y el método diagnóstico empleado, han permitido identificar que las enfermedades asociadas más frecuentes en la población estudiada son la obesidad y la hiperplasia prostática benigna (HPB), condiciones que pueden influir en el desarrollo y progresión de patologías prostáticas. Estos hallazgos refuerzan la importancia de

estrategias de prevención y control dirigidas a reducir estos factores de riesgo en la población del municipio de Colombia.

BIBLIOGRAFÍA

Álvarez Sintés, R. (Ed.). (2015). *Medicina general integral: Principales afecciones en los contextos familiar y social (3ª ed., Vol. 1-3)*. Editorial Ciencias Médicas. ISBN: 978-959-212-947-4.

Caballero Romeu, J. P. (2022). Prostatectomía radical: Comparación de los resultados obtenidos durante las curvas de aprendizaje de la técnica laparoscópica pura y de la técnica asistida por robot con la prostatectomía radical retropúbica. *Actas Urológicas Españolas*.

Pargas Torres, F. (2005). *Enfermería en la medicina natural y tradicional (1ª ed.)*. Editorial Ciencias Médicas.

Pérez Reyes, J. (2021). *Programa integral para el control del cáncer prostático en Las Tunas* [Conferencia].