



PUBLICACIÓN OFICIAL DEL CUERPO MÉDICO DEL  
HOSPITAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS

# REVISTA MÉDICA REBAGLIATI



Julio - Septiembre | **2024**  
Volumen 4 - N.º 3

ISSN Versión electrónica: 2309-9313

PUBLICACIÓN OFICIAL DEL CUERPO MÉDICO  
HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS



**Vol. 4, N.º3, 2024**

e-ISSN 2309-9313



La REVISTA MÉDICA REBAGLIATI, es la publicación oficial del Cuerpo Médico Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, que publica artículos originales, artículos de revisión, reporte de casos, cartas e información general de la especialidad; dirigido a los profesionales de la salud.

La Revista Médica Rebagliati es una publicación de periodicidad trimestral destinada a difundir información científica médica, relacionada con el campo clínico y quirúrgico, de la Red Asistencial Rebagliati, así como de los aportes de toda la comunidad médica del país y del Mundo. Se reciben todos los aportes generados por los profesionales de la salud, los que serán publicados previa evaluación por pares.

Quedan reservados todos los derechos por la Revista Rebagliati. Cualquier publicación, difusión o distribución de la información presentada queda autorizada, siempre y cuando se cite la fuente de origen.

La Revista no se hace responsable de las opiniones vertidas por los autores de los artículos publicados.

© Copyright 2024  
Revista Médica Rebagliati  
ISSN Versión electrónica: 2309-9313



Esta es un revista bajo la licencia de  
Creative Commons, CC-BY 4.0



**REVISTA MÉDICA  
REBAGLIATI**

**Vol. 4, N.º3, 2024**

Julio - Septiembre / July - September

## EQUIPO EDITORIAL

### Director

Dr. Germán Posadas Narro

### Editor en Jefe

Dr. Pedro Segura Saldaña

### Editores asociados

Dr. Jorge Luis Solari Yokota

Dr. William Arturo Milian Jimenez

Dr. Brady Ernesto Beltrán Garate

### Consejo Editorial

Dr. Bernard Bulwer, USA

Dr. Kevin Pacheco Barrios, USA

Dr. Enrique Mu, USA

Dra. Wendy Nieto Gutierrez, España

Dr. Jose Morillas Rodriguez, USA

Dr. Enver Moncada Castro, España

Dr. Luis Villela, México

Dr. Sergio Cavalheiro, Brasil

Dra. Karin Kopitowski, Argentina

Dr. Alvaro Taype Roldan, Lima, Perú

Dra. Mayita Alvarez Vargas, Perú

Dr. Germán Valenzuela Rodríguez, Perú

Dr. Manuel Ugarte Gil, Perú

Dr. Arturo Ota Nakasone, Perú

Dr. Gadwyn Sanchez Felix, Perú



 **REVISTA MÉDICA  
REBAGLIATI**

**Vol. 4, N.º3, 2024**

Julio - Septiembre / July - September

## COMITÉ EDITOR

### Editores de sección

Área clínica: Dra. Denisse Castro Uriol

Área quirúrgica: Dr. Ramiro Carbajal Nicho

Área de Innovación y Tecnologías en Salud: Mg. Víctor Moquillaza Alcantara

### Comité de apoyo

Dra. Milagros Dueñas Roque (Genética)

Dr. Erick Salas Salas (Pediatría)

Mtr. Verónica Calderón Cáceres (Jefa de diseño y diagramación)

### Directorio administrativo de la revista

Dr. Germán Posadas Narro, Presidente de Cuerpo Médico del HNERM

Dr. Pedro Segura Saldaña, Editor en Jefe de la Revista Médica Rebagliati

Dr. Francisco Zambrano Reyna, Gerente del HNERM

Dr. Rosario Gutierrez Pantoja, Jefe de la Oficina de Investigación y Docencia



## CONTENIDO

### Editorial

- Perú se comporta como una extensión del Asia en la epidemiología oncohematológica **87**  
*Peru seems to be an extension of Asia continent in oncohematological epidemiology*  
Brady Beltrán Gárate

### Artículo Original

- Morbilidad de la infección por el SARS-CoV-2 en adultos jóvenes en la altura en un centro de salud militar **89**  
*Morbidity of SARS-CoV-2 infection in young adults at altitude in a military health center*  
Richard J. Febres-Ramos, Miguel R. Mercado-Rey

- Escala de Miedo COVID-19 en el contexto de una segunda ola de la pandemia en trabajadores asistenciales en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas IREN-Concepción 2021 **94**  
*COVID-19 Fear Scale in the context of a second wave of the pandemic in healthcare workers at Regional Institute of Neoplastic Diseases IREN-Concepción 2021*  
Richard J. Febres-Ramos, Miguel R. Mercado-Rey

- Características en la atención de adolescentes: inicio de un programa de salud mental en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins, marzo – agosto 2024 **101**  
*Characteristics in the care of adolescents: start of a mental health program at the Edgardo Rebagliati Martins Hospital, march – august 2024*  
Lindsey Multhauptff Palomino, Elard Bottoni Tito, Yolanda León Álvarez, Oscar Ramos Godoy

### Reporte de Caso

- Metástasis ocular bilateral en cáncer de mama sincrónico: reporte de un caso y revisión de la literatura **106**  
*Bilateral ocular metastases in synchronous breast cancer: case report and review of the literature*  
Tania Roa Carrasco, Diego Diaz Bravo, Manuel Fernández Lopez

- Infarto esplénico como presentación de lupus eritematoso sistémico, reporte de caso **110**  
*Splenic infarction as debut of systemic lupus erythematosus, case report*  
Pedro Sotelo Jiménez, Mercy Fernández Meza, Rosa Morales Azcona, Jesús Gamarra Aguirre, César García Vergara, Diego Sueldo Espinoza

- Instrucciones para los autores** **115**

- Proceso de gestión editorial** **118**

- Política editorial** **119**

- Ética** **122**



e-ISSN 2309-9313

# Perú se comporta como una extensión del Asia en la epidemiología oncohematológica

## Peru seems to be an extension of Asia continent in oncohematological epidemiology

Brady Beltrán Gárate<sup>1,2</sup> 

<sup>1</sup> Universidad San Martín de Porres.

<sup>2</sup> Centro de Medicina de Precisión, Universidad San Martín de Porres, Lima, Perú.

**Recibido:** 01 de noviembre 2024

**Aprobado:** 30 de noviembre 2024

### Conflictos de interés

El autor declara no tener ningún conflicto de intereses.

### Fuentes de financiamiento

Autofinanciado.

### Citar como

Beltrán B. Perú se comporta como una extensión del Asia en la epidemiología oncohematológica [Editorial]. Rev Med Rebagliati. 2024;4(3):87-8.  
doi: [10.70106/rmr.v4i3.38](https://doi.org/10.70106/rmr.v4i3.38)

Existen mucha evidencia de alta de frecuencia de neoplasias en Perú tan igual que en el Asia , específicamente China.

Para tal fin, mencionaremos 4 ejemplos, de lo anteriormente mencionado. Uno de los cánceres más frecuentes en el Perú, es el cáncer gástrico ubicado en el tercer lugar en incidencia y el primer lugar en mortalidad. En China el cáncer gástrico ocupa el quinto lugar y el tercero en mortalidad <sup>(1)</sup>. En Japón, se ubica en el tercer puesto de incidencia y mortalidad. Sin embargo, en USA, el cáncer gástrico ocupa el puesto 16 en incidencia y mortalidad. Una explicación de ello es la alta frecuencia de infección por *Helicobacter pylori* en nuestro país como en el Asia <sup>(2,3)</sup>.

Otro ejemplo, es el cáncer de pulmón; específicamente el cáncer EGFR mutado que representa en nuestro país el 40% de todos los adenocarcinomas pulmonares <sup>(4,5)</sup>. En Europa su incidencia no alcanza el 15% <sup>(6)</sup>.

En tercer lugar, tenemos al melanoma. El subtipo más frecuente en el país es el melanoma acral, el cual no está relacionado con la exposición solar <sup>(7)</sup>. En caucásicos, la incidencia de melanoma acral es inferior al 3% <sup>(8)</sup>. Esta forma de melanoma, cursa con un comportamiento más agresivo y peor pronóstico <sup>(9)</sup>.

En cuarto lugar, tenemos a los linfomas. Cinco son las características epidemiológicas que nos acercan a la casuística asiática:

1. Baja incidencia de Linfoma Hodgkin alcanzando en Perú una frecuencia cercana al 10%. En Japón la frecuencia de Linfoma Hodgkin es de un tercio de lo reportado en países occidentales <sup>(10,11)</sup>.
2. Baja incidencia de Linfoma folicular, un linfoma indolente cuya frecuencia no llega al 11% del total de Linfomas No Hodgkin <sup>(12)</sup>.
3. Tercero, alta frecuencia de Linfomas T, alcanzado casi un 20% del total de linfomas <sup>(12)</sup>. En occidente, la prevalencia de Linfomas T no llega al 10% <sup>(13)</sup>.
4. Alta frecuencia de Linfoma de Células grandes B difuso alcanzado un 58% de todos los linfomas en el Perú <sup>(12)</sup>.
5. Alta frecuencia de linfomas y virus como es el caso del Linfoma /leucemia T de adulto <sup>(12)</sup> y del Linfoma de células Grandes B difuso asociado al virus Epstein Barr no especificado <sup>(14)</sup>. Ambas entidades prevalentes en Asia.

### Correspondencia

Brady Beltrán Gárate

Dirección: Av. Rebagliati 490, Jesús María, Perú.

E-mail: [bgbrady@hotmail.com](mailto:bgbrady@hotmail.com)



La explicación a lo anteriormente descrito, sería la llegada a América del Asia por el estrecho de Bering. La población amerindia tendría alto componente genético del Asia.

Otro hecho importante es que Perú, se constituye en uno de los países conjuntamente con México y Guatemala, con más alto componente indígena <sup>(15)</sup>. De acuerdo al estudio del genoma peruano, tenemos componente indígena de la costa, los Andes y Amazonas <sup>(16)</sup>.

De lo anterior, surgen varias preguntas: ¿por qué seguimos las guías de manejo occidentales, cuando tenemos claramente un perfil asiático? ¿la población indígena del Perú tendría una predisposición a desarrollar biológicamente cánceres más agresivos?.

Es claro que tenemos que seguir investigando y profundizando más sobre nuestra ancestralidad apoyados por estudios de secuenciamiento molecular.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Cancer Society. Global cancer facts & figures. 2022. [14/09/24]. [Internet] [https://www.cancer.org/research/cancer-facts-statistics/global.html]
- Curado MP, de Oliveira MM, de Araújo Fagundes M. Prevalence of Helicobacter pylori infection in Latin America and the Caribbean populations: A systematic review and meta-analysis. *Cancer Epidemiol*. 2019 Jun;60:141-148
- Chen, Yi-Chu et al. Global Prevalence of Helicobacter pylori Infection and Incidence of Gastric Cancer Between 1980 and 2022. *Gastroenterology*, Volume 166, Issue 4, 605 – 619
- Arrieta O, Cardona AF, Martín C, Mas-Lopez L, Corrales Rodríguez L, Bramuglia G, et al. Updated frequency of EGFR and KRAS mutations in nonsmall-cell lung cancer in Latin America: the Latin-American consortium for the investigation of lung cancer (CLICaP). *J Thorac Oncol*. 2015;10:838–43
- Lopez-Chavez A, Thomas A, Evbuomwan MO, et al: EGFR mutations in Latinos from the United States and Latin America. *J Glob Oncol* 2:259-267, 2016
- Zhang YL, Yuan JQ, Wang KF, Fu XH, Han XR, Threapleton D, Yang ZY, Mao C, Tang JL. The prevalence of EGFR mutation in patients with non-small cell lung cancer: a systematic review and meta-analysis. *Oncotarget*. 2016 Nov 29;7(48):78985-78993
- Coras N, Morales D, and Yabar A, et al (2013) Prognosis of melanoma in Peru: an analysis of 410 cases *ASCO Meet Abstr* [Internet] 31(15\_suppl) e20023]
- Bradford PT, Goldstein AM, and McMaster ML, et al (2009) Acral lentiginous melanoma: incidence and survival patterns in the United States, 1986-2005 *Arch Dermatol* 145(4) 427–434
- Shannon AB, Zager JS, Perez MC. Clinical Characteristics and Special Considerations in the Management of Rare Melanoma Subtypes. *Cancers (Basel)*. 2024 Jun 28;16(13):2395
- Incidence and survival of Hodgkin lymphoma patients treated at a national cancer center in a middle-income country from 1999-2018: A report of 1,382 cases. Jule Franve Vasquez Chavez, Arturo Zapata, Juan Luis Garcia, Carlos Barrionuevo, Edgar Diaz, Ebert Poquioma, Tatiana Vidaurre, Luis Malpica, *Journal of Clinical Oncology* 2021 39:15\_suppl, e19523-e19523
- Lymphoma Study Group of Japanese Pathologists. The World Health Organization classification of malignant lymphomas in Japan: incidence of recently recognized entities. *Pathol Int*. 2000;50:696–702
- Beltran B, Morales D, Quiñones P, Salas R et al Distribution and Pathology Characteristics of Non Hodgkin Lymphoma in Peru: A Study of 1014 Cases Using WHO Classification of Lymphoid Neoplasms. *Blood* (2007) 110 (11): 4419.
- Rüdiger T, Weisenburger DD, Anderson JR, Armitage JO, Diebold J, MacLennan KA, Nathwani BN, Ullrich F, Müller-Hermelink HK, Non-Hodgkin's Lymphoma Classification Project Peripheral T-cell lymphoma (excluding anaplastic large-cell lymphoma): results from the Non-Hodgkin's Lymphoma Classification Project. *Ann Oncol*. 2002; 13(1): 140-9
- Morales D, Beltran B, De Mendoza FH, Riva L, Yabar A, Quiñones P, Butera JN, Castillo J. Epstein-Barr virus as a prognostic factor in de novo nodal diffuse large B-cell lymphoma. *Leuk Lymphoma*. 2010 Jan;51(1):66-72
- World Bank Group. Indigenous Latin America in the twenty-first century: the first decade. Washington, DC: 2015. [[cited 2021 Oct 01]]. Available from: <http://documents.worldbank.org/curated/en/145891467991974540/pdf/Indigenous-Latin-America-in-the-twenty-first-century-the-first-decade.pdf>
- Harris DN, Song W, Shetty AC, Levano KS, Cáceres O et al. Evolutionary genomic dynamics of Peruvians before, during, and after the Inca Empire. *Proc Natl Acad Sci U S A*. 2018 Jul 10;115(28):E6526-E6535.

# Morbilidad de la infección por el SARS-CoV-2 en adultos jóvenes en la altura en un centro de salud militar

## Morbidity of SARS-CoV-2 infection in young adults at altitude in a military health center

Richard J. Febres-Ramos<sup>1,2a</sup> , Miguel R. Mercado-Rey<sup>2b</sup> 

<sup>1</sup> Hospital De Emergencias Villa El Salvador.

<sup>2</sup> Universidad Peruana Los Andes, Perú.

<sup>a</sup> Médico Residente de Neurocirugía UNMSM, Maestro en medicina.

<sup>b</sup> Médico Otorrinolaringólogo. Doctor en medicina.

**Recibido:** 10 de setiembre 2024

**Aprobado:** 30 de noviembre 2024

### Contribución de los autores

RFR: conceptualización, metodología, investigación, recursos, redacción, revisión y edición. MMR: metodología, análisis formal, investigación, supervisión, redacción, revisión y edición. RFR y MMR: aprobación de la versión final.

### Conflictos de interés

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

### Fuentes de financiamiento

Autofinanciado.

### Citar como

Febres-Ramos R, Mercado-Rey M. Morbilidad de la infección por el SARS-CoV-2 en adultos jóvenes en la altura en un centro de salud militar. Rev Med Rebagliati. 2024;4(3):89-93.  
doi: [10.70106/rmr.v4i3.39](https://doi.org/10.70106/rmr.v4i3.39)

### RESUMEN

**Introducción:** Frente a esta debutante enfermedad generada por el SARS-CoV-2 las características clínicas y epidemiológicas son nuevas en cada región, ciudad o ambiente hospitalario en la que se presentan pacientes con esta infección. **Objetivo:** Determinar la morbilidad de la infección por el SARS-CoV-2 en adultos jóvenes que viven a gran altura. **Método:** Estudio descriptivo, cuantitativo, observacional, retrospectivo, transversal, realizado a 3,259 metros sobre el nivel del mar, se identificó las características clínico epidemiológicas de pacientes con resultado positivo al SARS-CoV-2 con inmunocromatografía, una muestra de 97 pacientes hospitalizados en el Centro de Salud Militar N° 31 Chilca-Huancayo de la 31<sup>va</sup> Brigada de Infantería en el período de mayo a junio de 2020. **Resultados:** Se estudiaron 97 pacientes (100 %) varones, rango etario (años) 18-20 (35,1%), 21-23 (47,4%), 24-26 (16,5%), más de 33 (1,0%) media  $21,5 \pm 3$ . La condición laboral fue: en actividad (49,5%), reservista (50,5%). Grado: soldado (25,8%), cabo (23,7%), sargento 1ro. (14,4%), sargento 2do. (35,1%), suboficial (1,0%). La prueba rápida fue positiva (100,0%), inmunoglobulina IgM-IgG positiva (96,9%), IgG positiva (3,1%). Frecuencia respiratoria: normal (96,9%), taquipnea (3,1%). Frecuencia cardíaca: normal (63,9%), taquicardia (32,0%), bradicardia (4,1%). Temperatura: normal (89,7%), febrícula (10,3%). Saturación de oxígeno: hipoxia leve (56,7%), normal (40,2%), hipoxia moderada (3,1%). **Conclusiones:** El perfil epidemiológico del estudio son adultos jóvenes, predominan los reservistas, sargento 2do.; sintomáticos con hipoxia leve y diarrea; oligosintomáticos en frecuencia respiratoria, cardíaca, temperatura corporal, dolor de garganta, malestar general, náuseas, vómitos, cefalea, rash cutáneo; y asintomáticos en tos, congestión nasal, alteraciones del olfato y de conciencia.

**Palabras clave:** Perfil epidemiológico, adultos jóvenes, COVID-19, SARS-CoV-2, altura (fuente: DeCS-Bireme).

### ABSTRACT

**Introduction:** In the face of this debutant disease generated by SARS-CoV-2 the clinical and epidemiological characteristics are new in each region, city or hospital environment in which patients with this infection occur. **Objective:** Determine the morbidity of SARS-CoV-2 infection in young adults living at high altitudes. **Method:** Descriptive, quantitative, observational, retrospective, cross-sectional study, carried out at 3,259 meters above sea level, identified the clinical-epidemiological characteristics of patients with a positive result for SARS-CoV-2 with immunochromatography, a sample of 97 patients hospitalized at the Military Health Center No. 31 Chilca-Huancayo of the 31st Infantry Brigade in the period from May to June 2020. **Results:** A total of 97 male patients (100%) were studied, with a mean age of  $21,5 \pm 3$ . The employment status was: active (49,5%), reservist (50,5%). Grade: soldier (25,8%), corporal (23,7%), sergeant 1st. (14,4%), 2nd Sergeant (35,1%), non-commissioned officer (1,0%). The rapid test was positive (100,0%), IgM-IgG immunoglobulin positive (96,9%), IgG positive (3,1%). Respiratory rate: normal (96,9%), tachypnea (3,1%). Heart rate: normal (63,9%), tachycardia (32,0%), bradycardia (4,1%). Temperature: normal (89,7%), low-grade fever (10,3%). Oxygen saturation: mild hypoxia (56,7%), normal (40,2%), moderate hypoxia (3,1%). **Conclusions:** The epidemiological profile of the study are young adults, reservists predominate, Sergeant 2nd.; symptomatic with mild hypoxia and diarrhea; oligosymptomatic in respiratory rate, heart rate, body temperature, sore throat, general discomfort, nausea, vomiting, headache, skin rash; and asymptomatic in cough, nasal congestion, smell and consciousness disturbances.

**Keywords:** Epidemiology, young adults; COVID-19, SARS-CoV-2, altitude (source: MeSH NLM).

### Correspondencia

Richard Jeremy Febres Ramos  
Dirección: Avenida 200 millas S/N,  
Lima, Perú.  
Celular: +51 990 00 99 56  
E-mail: [richardfr.94@gmail.com](mailto:richardfr.94@gmail.com)



## INTRODUCCIÓN

En diciembre de 2019, la Organización Mundial de la Salud (OMS) notificó al mundo el brote de una enfermedad infecciosa asociada a un nuevo virus de la familia de los coronavirus (SARS-CoV-2) por primera vez en la ciudad de Wuhan en China la que a lo largo de las semanas se multiplicó en cuanto al número de casos de forma exponencial extendiéndose a numerosos países del mundo y un número significativo de personas que perdieron la vida por esta causa. Esta tendencia, en los días y semanas siguientes generaron un progresivo incremento en el número de casos confirmados, el número de víctimas mortales y el número de países afectados los cuales se han mostrado preocupados tanto por los alarmantes niveles de propagación y gravedad. Estas razones son las que llevaron a declarar el 11 de marzo de 2020 de que, la COVID-19 a la luz de su extensión en impacto se considere una pandemia <sup>(1)</sup>.

Frente a esta debutante enfermedad generada por el SARS-CoV-2 las características clínicas y epidemiológicas son nuevas en cada región, ciudad o ambiente hospitalario en la que se presentan pacientes con esta infección.

Se han publicado estudios a nivel mundial que abordan las características clínicas y epidemiológicas de esta novísima enfermedad, en la ciudad de Huancayo-Perú hasta la actualidad ninguno. Las características demográficas en la que viven hacen de un interés mayor con esta nueva pandemia, se viene proponiendo que el comportamiento clínico sería diferente en los pobladores que viven a gran altura como sería el caso de la ciudad de Huancayo que se encuentra a 3,259 metros sobre el nivel del mar. <sup>(2)</sup>

Es conocido que existen grupos etarios que son más susceptibles a tener las complicaciones por la infección del SARS-CoV-2 que suelen ser los adultos mayores, también se presentan en adultos jóvenes, pero la casuística de este grupo etario es muy reducida a nivel mundial. <sup>(3)</sup>

Por lo expuesto deviene en una situación muy especial el realizar a pacientes adultos jóvenes que viven a gran altura y que fueron hospitalizados en el Centro de Salud Militar N° 31 Chilca – Huancayo de la 31 brigada de Infantería del Ejército del Perú.

Motivo por el cual se plantea como objetivo determinar la morbilidad de la infección por el SARS-CoV-2 en adultos jóvenes que viven a gran altura.

## MÉTODOS

El presente estudio fue según el diseño de investigación epidemiológico, nivel descriptivo, método cuantitativo, tipo observacional, por la planificación de las mediciones

retrospectivo, número de mediciones transversal, en el período de mayo a junio de 2020 en el Centro de Aislamiento Temporal COVID-19 del Centro de Salud Militar N° 31 ubicado en el distrito de Chilca de la provincia de Huancayo (Ciudad ubicada en los Andes Centrales del Perú a 3259 msnm) en el Departamento de Junín, este centro de salud pertenece a la 31<sup>va</sup> Brigada de Infantería del Ejército del Perú.

Las variables analizadas en este estudio fueron: edad, género, grado, funciones vitales, signos y síntomas, signos de alarma, condición de egreso y contactos. Se utilizó la ficha de seguimiento clínico mediante visita domiciliar a pacientes en el contexto de la COVID-19, que se encuentra dentro del documento técnico: prevención, diagnóstico y tratamiento de personas afectadas por COVID-19 en el Perú. Se recolectaron todos estos datos de las historias clínicas de cada participante del estudio.

Para el diagnóstico de infección por el SARS CoV-2 se consideró a todos los pacientes con resultado positivo a la prueba rápida mediante inmunocromatografía <sup>(4)</sup> la cual no era el método diagnóstico adecuado, pero debido a normas del MINSA en ese período de tiempo fue la prueba que se usó y se llenó la ficha de recolección de datos elaborada para el estudio, se tuvieron como base a las fichas de seguimiento clínico de los pacientes en el contexto de la enfermedad por la COVID-19 proporcionadas por el centro de salud, para lo cual se solicitaron los permisos institucionales.

El análisis estadístico se realizó en el programa estadístico SPSS v.22, se analizaron las variables y se expresaron en frecuencia, porcentaje, media y desviación estándar.

Las limitaciones del estudio fueron las siguientes: Solo contar con población masculina, dicha población pertenecía al Ejército del Perú, no hay información sobre mujeres.

El tiempo de estadía en la altura de los evaluados fue de dos meses (período de mayo a junio de 2020), los participantes no tuvieron acceso a pruebas imagenológicas como radiografía o tomografía computarizada de tórax, ya que ninguno de ellos requirió hospitalización.

## RESULTADOS

El perfil epidemiológico de la muestra de estudio (97 pacientes hospitalizados con infección por el SARS-CoV-2) se describen en la tabla 1, por género, rango etario, condición y grado. Los exámenes auxiliares de laboratorio para el diagnóstico se describen en la tabla 2, las características de las funciones vitales en tabla 3, los síntomas en tabla 4 y los signos en tabla 5.

**Tabla 1.** Distribución por género, rango etario, condición y grado.

Características	Frecuencia	Frecuencia relativa (%)	Media ± D.S.
Género			
Masculino	97	100,0	
Femenino	0	0,0	
Rango etario (años)			
18-20	34	35,1	
21-23	46	47,4	
24-26	16	16,5	
27-29	0	0,0	
30-32	0	0,0	
más de 33	1	1,0	
			21,5 ± 3
Condición			
En actividad	48	49,5	
Reservista	49	50,5	
Grado			
Soldado	25	25,8	
Cabo	23	23,7	
Sargento 1ro.	14	14,4	
Sargento 2do.	34	35,1	
Suboficial	1	1,0	

## DISCUSIÓN

La fortaleza del estudio se constituye al determinar las características clínico epidemiológicas de la infección por el SARS-CoV-2 en adultos jóvenes en una ciudad a gran altura debido a que existen pocos estudios realizados en este grupo etario y condición geográfica<sup>(4,5)</sup>.

Es un centro de salud perteneciente al Ejército Peruano la totalidad de los pacientes hospitalizados fueron del género masculino y ninguno presentó alguna manifestación de gravedad o motivo de complicación a diferencia de estudios que concluyen que la condición de pertenecer al género masculino sería un factor de riesgo de morbilidad por esta infección<sup>(6,7)</sup>.

Existen reportes que mencionan que la altura como tal, podría constituirse en un factor protector ante la infección por el SARS-CoV-2<sup>(8,9)</sup> lo que podría concluirse si es que se ampliara la casuística en un estudio similar y realizar comparación con pacientes a nivel del mar<sup>(10)</sup>.

El diagnóstico de infección por el SARS-CoV-2 se estableció con la positividad a la presencia de IgM-IgG en las pruebas rápidas por inmunocromatografía en todos los pacientes.

**Tabla 2.** Resultados del examen de laboratorio.

Diagnóstico	Frecuencia	Frecuencia relativa (%)
Examen de laboratorio		
Prueba Rápida	97	100,0
Prueba Molecular	0	0,0
Inmunoglobulina		
IgM – IgG	94	96,9
IgG	3	3,1
Total	97	100,00

Es meritorio destacar que las funciones vitales en los pacientes estudiados no sufrieron modificaciones significativas de los parámetros normales establecidos.

Respecto a la presentación de signos y síntomas considerados como característicos de esta enfermedad<sup>(8,10)</sup> en el grupo estudiado fueron mínimos, catalogándose como algunos sintomáticos los que presentaron manifestaciones gastrointestinales, febrícula y dolor de garganta, oligosintomáticos con los demás síntomas como fiebre, dificultad respiratoria, alteraciones del olfato, tos, disfagia, odinofagia, vómitos, malestar general, cefalea y rash cutáneo y asintomáticos.

**Tabla 3.** Características de las funciones vitales.

Funciones vitales	Frecuencia	Frecuencia relativa (%)
Frecuencia respiratoria (por minuto)		
Bradipnea (< 12)	0	0
Normal (13-20)	94	96,9
Taquipnea (> 20)	3	3,1
Frecuencia cardiaca (por minuto)		
Bradicardia (< 60)	4	4,1
Normal (60-80)	62	63,9
Taquicardia (> 80)	31	32,0
Temperatura (°C)		
Normal (36,0-37,3)	87	89,7
Febrícula (37,4-37,9)	10	10,3
Fiebre moderada (38,0-38,9)	0	0
Fiebre alta (39,0-39,9)	0	0
Fiebre muy alta (40,0-41,5)	0	0
Hiperpirexia (> 41,5)	0	0
Saturación de oxígeno %		
Normal (95-99)	39	40,2
Hipoxia leve (91-94)	55	56,7
Hipoxia moderada (86-90)	3	3,1
Hipoxia severa (< 86)	0	0
Total	97	100,00

Tabla 4. Síntomas.

Síntomas	Frecuencia	Frecuencia relativa (%)
Tos		
Si	0	0,0
No	97	100,0
Dolor de garganta		
Si	7	7,2
No	90	92,8
Congestión Nasal		
Si	0	0,0
No	97	100,0
Malestar General		
Si	1	1,0
No	96	99,0
Dificultad Respiratoria		
Si	1	1,0
No	96	99,0
Diarrea		
Si	33	34,0
No	64	66,0
Náuseas		
Si	15	15,5
No	82	84,5
Vómito		
Si	1	1,0
No	96	99,0
Cefalea		
Si	1	1,0
No	96	99,0
Alteración del olfato		
Si	0	0,0
No	97	100,0
Alteración de conciencia		
Si	0	0,0
No	97	100,0
Total	97	100,0

Las limitaciones del estudio fueron no haberse complementado el diagnóstico clínico y de pruebas rápidas de tipo molecular para la identificación del virus y tomografía axial computarizada pulmonar sin contraste para la evaluación pulmonar y la clasificación correspondiente.

El estudio podría generar futuras investigaciones de la infección el SARS-CoV-2 en habitantes de zonas a gran altura y comparar en su presentación con habitantes a nivel del mar en diferentes grupos etarios y ver la posibilidad si la altura es un factor de protección o no lo es.

El perfil epidemiológico de los pacientes del estudio son adultos jóvenes, predominan los reservistas,

Tabla 5. Signos.

Signos	Frecuencia	Frecuencia relativa (%)
Febrícula		
Si	10	10,3
No	87	89,7
Rash		
Si	1	1,0
No	96	99,0
Total	97	100,0

sargento 2do.; sintomáticos con hipoxia leve y diarrea; oligosintomáticos en frecuencia respiratoria, cardiaca, temperatura corporal, dolor de garganta, malestar general, náuseas, vómitos, cefalea, rash cutáneo; asintomáticos en tos, congestión nasal, alteraciones del olfato y alteración de conciencia.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Organización Mundial de la Salud. Suiza: OMS. 2020 [acceso: 20/10/2020]: [aprox. 04 pant.]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/11-3-2020-oms-caracteriza-covid-19-como-pandemia>
- Soliz J, Schneider-Gasser EM, Arias-Reyes C, Aliaga-Raduan F, Poma-Machicao L, Zubieta-Calleja G, et al. Coping with hypoxemia: Could erythropoietin (EPO) be an adjuvant treatment of COVID-19?. *Respir Physiol Neurobiol.* 2020 [acceso: 07/07/2021]; 279:103476. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7275159/>
- Coronavirus en el paciente mayor: una emergencia geriátrica. *Sociedad Española de Cardiología.* 2020 [acceso: 07/07/2021]. Disponible en: [https://secardiologia.es/images/secciones/geriatrica/Documento\\_Cardiologia\\_Geriatica.pdf](https://secardiologia.es/images/secciones/geriatrica/Documento_Cardiologia_Geriatica.pdf)
- Díaz Jiménez Irma. Interpretación de las pruebas diagnósticas del virus SARS- Cov-2. *Acta Pediátrica* 2020 [acceso: 07/07/2021]; 41(4S1):51. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=94516>
- Bostan S, Erdem R, Öztürk YE, Kılıç T, Yılmaz A. The Effect of COVID-19 Pandemic on the Turkish Society. *Electron J Gen Med.* 2020 [acceso: 07/07/2021];17:1-6. Disponible en: <https://www.ejgm.co.uk/download/the-effect-of-covid-19-pandemic-on-the-turkish-society-7944.pdf>
- Luks AM, Swenson ER. COVID-19 Lung Injury and High Altitude Pulmonary Edema: A False Equation with Dangerous Implications. *Ann Am Thorac Soc.* 2020 [acceso: 07/07/2021];1-14. Disponible en: <https://www.atsjournals.org/doi/pdf/10.1513/AnnalsATS.202004-327FR>
- Luks AM, Freer L, Grissom CK, McIntosh SE, Schoene RB, Swenson ER, Hackett PH. COVID-19 Lung Injury is Not High Altitude Pulmonary Edema. *High Altitude Medicine & Biology.* 2020 [acceso: 07/07/2021]; 21(2):192-193. Disponible en: [https://www.liebertpub.com/doi/10.1089/ham.2020.0055?url\\_ver=Z39.88-2003&rfr\\_id=ori%3Arid%3Acrossref.org&rfr\\_dat=cr\\_pub++0pubmed&](https://www.liebertpub.com/doi/10.1089/ham.2020.0055?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori%3Arid%3Acrossref.org&rfr_dat=cr_pub++0pubmed&)

8. Huamaní C, Velásquez L, Montes S, Miranda-Solis F. Propagation by COVID-19 at high altitude: Cusco case. *Respir Physiol Neurobiol.* 2020[acceso: 07/07/2021]; 279:1-2. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1569904820301063?via%3Dihub>
9. Peñaloza Dante, Arias Stella Javier. Corazón y circulación pulmonar en grandes alturas: nativos normales y mal de montaña crónico. *Revista Peruana de Cardiología.* 2011 [acceso: 07/07/2021]; 2011:38-56. Disponible en: <http://repebis.upch.edu.pe/articulos/rpc/v37n1/a5.pdf>
10. Mejía Fe, Medina C, Cornejo E, Morello E, Vásquez S, Alave J, et al. Características clínicas y factores asociados a mortalidad en pacientes adultos hospitalizados por COVID-19 en un hospital público de Lima, Perú. 2020[acceso: 07/07/2021]; 2020:1-20. Disponible en: <https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/858/1187>.

# Escala de Miedo COVID-19 en el contexto de una segunda ola de la pandemia en trabajadores asistenciales en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas IREN-Concepción 2021

## COVID-19 Fear Scale in the context of a second wave of the pandemic in healthcare workers at Regional Institute of Neoplastic Diseases IREN-Concepción 2021

Richard J. Febres-Ramos<sup>1,2,a</sup> , Miguel R. Mercado-Rey<sup>2,b</sup> 

<sup>1</sup> Hospital De Emergencias Villa El Salvador.

<sup>2</sup> Universidad Peruana Los Andes, Perú.

<sup>a</sup> Médico Residente de Neurocirugía UNMSM, Maestro en Medicina.

<sup>b</sup> Médico Otorrinolaringólogo, Doctor en Medicina.

**Recibido:** 10 de setiembre 2024

**Aprobado:** 30 de noviembre 2024

### Contribución de los autores

RFR: Conceptualización, metodología, investigación, recursos, redacción, revisión y edición. MMR: Metodología, análisis formal, investigación, supervisión, redacción, revisión y edición. RFR y MMR: aprobación de la versión final.

### Conflictos de interés

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

### Fuentes de financiamiento

Autofinanciado.

### Citar como

Febres-Ramos R, Mercado-Rey M. Escala de Miedo COVID-19 en el contexto de una segunda ola de la pandemia en trabajadores asistenciales en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas IREN-Concepción 2021. Rev Med Rebagliati. 2024;4(3):94-100. doi: 10.70106/rmr.v4i3.40

### Correspondencia

**Richard Jeremy Febres Ramos**  
Dirección: Avenida 200 millas S/N,  
Lima, Perú.  
Celular: +51 990 00 99 56  
E-mail: richardfr.94@gmail.com

### RESUMEN

**Introducción:** Debido a la alta comunicabilidad de la COVID-19, el incremento de casos confirmados y las muertes por este virus, se han incrementado los pensamientos y emociones negativas, ocasionando el miedo frente a esta enfermedad. **Objetivos:** Determinar los niveles de miedo a la COVID-19 en el contexto de una segunda ola de la pandemia en los trabajadores asistenciales del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Centro 2021. **Métodos:** Estudio cuantitativo, observacional, prospectivo, transversal, se aplicó virtualmente un cuestionario para medir el nivel de miedo en los diferentes grupos profesionales de la salud basado en una escala de miedo (COVID-19) versión española validada en Lima, Perú, que cuenta con un Alfa de Cronbach 0,89, con muestreo probabilístico aleatorio simple estratificado de los trabajadores asistenciales del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Centro-Concepción de febrero a mayo de 2021. **Resultados:** La muestra estuvo constituida por 201 profesionales de la salud que aceptaron voluntariamente ser parte del estudio, el mayor grupo etario se encuentra en el rango de 31-35 años con 34,32%, El género femenino predomina con 72,64%, y el grupo ocupacional con mayor número de participantes fue el de técnico asistencial con 44,27%. El grupo ocupacional que presentó mayores niveles de miedo fue el de químicos farmacéuticos, y el grupo que presentó menores niveles de miedo frente al coronavirus fue el de médicos. **Conclusión:** El grupo ocupacional que presenta mayor nivel de miedo frente al coronavirus medido a través de la Escala de Miedo COVID-19 es el grupo de químicos farmacéuticos.

**Palabras clave:** Miedo, COVID-19, personal de salud, Infecciones por coronavirus (fuente: DeCS-Bireme).

### ABSTRACT

**Introduction:** Due to the high communicability of COVID-19, the increase in confirmed cases and deaths from this virus, negative thoughts and emotions have increased, causing fear of this disease. **Objectives:** To determine the levels of fear of COVID-19 in the context of a second wave of the pandemic in care workers at the Regional Institute of Neoplastic Diseases of the Center 2021. **Methods:** Quantitative, observational, prospective, cross-sectional study, virtually applied a questionnaire to measure the level of fear in the different health professional groups based on a fear scale (COVID-19) Spanish version validated in Lima, Peru, which has a Cronbach's Alpha 0.89, with simple stratified random probabilistic sampling of care workers from the Regional Institute of Neoplastic Diseases of the Centro-Concepción from February to May 2021. **Results:** The sample consisted of 201 health professionals who voluntarily agreed to be part of the study, the largest age group is in the range of 31-35 years with 34,32%, The female gender predominates with 72,64%, and the occupational group with the largest number of participants was the care technician with 44,27%. The occupational group that had the highest levels of fear was that of pharmaceutical chemists, and the group that had the lowest levels of fear of the coronavirus was that of physicians. **Conclusion:** The occupational group with the highest level of fear of the coronavirus as measured through the COVID-19 Fear Scale is the group of pharmaceutical chemists.

**Keywords:** Fear, COVID-19, Health Personnel, Coronavirus Infections (source: MeSH NLM).

## INTRODUCCIÓN

Habiéndose informado por parte de la Organización Mundial de la Salud (OMS) acerca del actual brote de enfermedad por coronavirus (COVID-19) que fue notificado por primera vez en Wuhan (China) el 31 de diciembre de 2019 y que, a lo largo de las semanas, el número de casos fuera de China se habían multiplicado por 13 y el número de países afectados se triplicó, existiendo más de 118 000 casos en 114 países y 4291 personas que habían perdido la vida. Asimismo, en los días y semanas por venir esperan que el número de casos, el número de víctimas mortales y el número de países afectados aumenten aún más y preocupados tanto por los alarmantes niveles de propagación y gravedad, como por los alarmantes niveles de inacción. Por estas razones, llegaron a la conclusión el 11 de marzo de 2020 de que la COVID-19 puede considerarse una pandemia <sup>(1)</sup>.

La actual pandemia ocasionada por el nuevo Coronavirus COVID-19 (SARS-CoV-2; enfermedad coronavirus 2019) ha perjudicado en diversos aspectos a la mayoría de países, de manera que la Organización Mundial de la Salud calificó esta situación como una emergencia sanitaria mundial basándose en el aumento de reportes de casos ocurridos en China y en otros países.

Por otro lado, uno de los principales aspectos psicológicos que ha ocasionado la pandemia COVID-19, es el miedo frente a esta enfermedad. Además, debido a la alta comunicabilidad de la COVID-19, el incremento de casos confirmados y las muertes por este virus, se han incrementado los pensamientos y emociones negativas. Las cuales generan el aumento de comportamientos negativos que a su vez pueden evolucionar en problemas de salud mental involucrando reacciones de angustia, conductas de riesgo para la salud, trastornos mentales, entre otros. Por ello, es de gran relevancia el uso de instrumentos que puedan evaluar el miedo causado por el coronavirus, siendo la Escala de Miedo a COVID-19 una gran opción, que ha sido validada en varios países, pero no su versión en español, generando limitaciones en una investigación intercultural.

Recientemente un equipo de investigadores que pertenecen al Instituto Peruano de Orientación Psicológica y a otras instituciones, conformado por Jeff Huarcaya-Victoria, David Villarreal-Zegarra, Angela Podestá y María Alejandra Luna-Cuadros, publicaron un estudio sobre las propiedades psicométricas de la versión en español de la Escala de Miedo a COVID-19 en una muestra de la población peruana.

En el estudio se evidenció que esta escala breve de miedo al COVID-19 presenta adecuadas propiedades de medición (validez y confiabilidad). Por lo que se recomienda su uso para investigación y para futuras mediciones clínicas o en salud<sup>(2)</sup>.

En la lucha contra la epidemia del Coronavirus (COVID-19), el personal de salud puede experimentar

problemas de salud mental tales como estrés, ansiedad, síntomas depresivos, insomnio, negación, ira y temor. En un estudio en China se observó que la tasa de ansiedad del personal de salud fue del 23,04%, mayor en mujeres que en hombres y mayor entre las enfermeras que entre los médicos. Asimismo, en la población general de China se observó un 53,8% de impacto psicológico moderado a severo; un 16,5% de síntomas depresivos, un 28,8% de síntomas ansiosos y un 8,1% de estrés, todos entre moderados y severos. Los factores asociados con un alto impacto psicológico y niveles elevados de estrés, síntomas de ansiedad y depresión fueron sexo femenino, ser estudiante, tener síntomas físicos específicos y una percepción pobre de la propia salud. Otro estudio en el mismo país detectó un 35% de distrés psicológico en la población general, con las mujeres presentando mayores niveles que los varones, al igual que los subgrupos de 18-30 años y los mayores de 60 años. La pandemia plantea pues el desafío de cuidar la salud mental del personal de salud tanto como la de la población general. Así, el uso de instrumentos breves de detección de problemas de salud mental, validados en nuestra población, sería de mucha utilidad para los retos de salud pública que afronta el país <sup>(3-6)</sup>.

Huarcaya-Victoria J., Villarreal-Zegarra D., Podestá A. y col., concluyen en su estudio que muestra la versión en español del FCV-19S cuando se administró a una población limitada a Lima, Perú, demostró un modelo bifactorial con propiedades psicométricas adecuadas. El factor general del miedo al COVID-19 y dos factores específicos tuvieron un nivel óptimo de consistencia interna ( $\alpha > 0,89$  y  $\alpha > 0,83$ ). Por tanto, se recomienda su uso dentro de la población general <sup>(2)</sup>.

Remor E., concluye que la fiabilidad y la validez de la versión española de la Escala de Estrés Percibido (PSS en el original) a partir del estudio de las propiedades psicométricas de la escala en una muestra heterogénea de 440 adultos españoles. La PSS fue diseñada para medir el grado en que las situaciones en la vida se valoran como estresantes. La versión española de la PSS (14-ítems) demostró una adecuada fiabilidad (consistencia interna,  $\alpha = 0,81$ , y test-retest,  $r = 0,73$ ), validez (concurrente), y sensibilidad. Datos adicionales indicaron una fiabilidad ( $\alpha = 0,82$ , test-retest,  $r = 0,77$ ), validez, y sensibilidad adecuadas también para la versión corta de 10-ítems (PSS-10)<sup>(3)</sup>.

Ahorsu, Kwasi D. y col., concluyen que la escala de miedo de COVID-19, una escala de siete elementos, tiene propiedades psicométricas sólidas. Es confiable y válido para evaluar el miedo al COVID-19 entre la población general y también será útil para disipar los miedos al COVID-19 entre las personas <sup>(4)</sup>.

Sandin B., Valiente R M. y col., concluyen que los miedos más comunes corresponden a las categorías de contagio/enfermedad/muerte, aislamiento social, y problemas de trabajo/ingresos. Encontramos niveles

elevados de impacto emocional reflejado en los miedos al coronavirus, problemas de sueño, y síntomas emocionales (preocupación, estrés, desesperanza, depresión, ansiedad, nerviosismo e inquietud). La intolerancia a la incertidumbre y la exposición a los medios de comunicación son poderosos predictores del impacto. También encontramos que el confinamiento favorecía algunas experiencias personales positivas. Se aporta un nuevo instrumento de autoinforme para la evaluación del impacto psicológico del coronavirus <sup>(6)</sup>.

Lozano-Vargas A., concluye que en la lucha contra la epidemia del Coronavirus (COVID-19), el personal de salud puede experimentar problemas de salud mental tales como estrés, ansiedad, síntomas depresivos, insomnio, negación, ira y temor. En un estudio en China se observó que la tasa de ansiedad del personal de salud fue del 23,04%, mayor en mujeres que en hombres y mayor entre las enfermeras que entre los médicos. Asimismo, en la población general de China se observó un 53,8% de impacto psicológico moderado a severo; un 16,5% de síntomas depresivos, un 28,8% de síntomas ansiosos y un 8,1% de estrés, todos entre moderados y severos. Los factores asociados con un alto impacto psicológico y niveles elevados de estrés, síntomas de ansiedad y depresión fueron sexo femenino, ser estudiante, tener síntomas físicos específicos y una percepción pobre de la propia salud. Otro estudio en el mismo país detectó un 35% de distrés psicológico en la población general, con las mujeres presentando mayores niveles que los varones, al igual que los subgrupos de 18-30 años y los mayores de 60 años. La pandemia plantea pues el desafío de cuidar la salud mental del personal de salud tanto como la de la población general. Así, el uso de instrumentos breves

de detección de problemas de salud mental, validados en nuestra población, sería de mucha utilidad para los retos de salud pública que afronta el país <sup>(6)</sup>.

## MATERIALES Y MÉTODOS

El diseño de estudio fue: epidemiológico, método cuantitativo, tipo observacional, prospectivo, transversal, nivel descriptivo. Realizado en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Centro – Concepción., la población de estudio fueron Trabajadores asistenciales del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Centro – Concepción durante el año 2021. El tamaño de muestra fue de 201 trabajadores de salud.

El muestreo fue probabilístico de tipo muestreo aleatorio simple. Los criterios de inclusión fueron: todo trabajador asistencial que acepte participar previo consentimiento informado y complete el formulario. Se excluyeron aquellos con formularios incompletos. Se aplicó el cuestionario validado al español de Escala de Miedo a COVID-19 mediante correo electrónico durante el mes de marzo del 2021. Se contó con los permisos institucionales y la aprobación del comité de ética.

## RESULTADOS

El grupo de estudio estuvo conformado por un total de 201 profesionales de la salud que aceptaron voluntariamente participar. El 34,32% estuvieron en el rango de 31-35 años con (69/201). El 72,64% fue de género femenino (146/201) y el grupo ocupacional predominante fue el de técnico(a) asistencial con 44,27% (89/201) (Tabla 1).

Tabla 1. Características sociodemográficas de la muestra según grupo etario, género y grupo ocupacional.

Grupo etario	n=201	%
20-25	4	1,99
26-30	60	29,85
31-35	69	34,32
36-40	42	20,89
41-45	18	8,95
46 a más	8	3,98
Género	n=201	%
Femenino	146	72,64
Masculino	55	27,36
Grupo Ocupacional	n=201	%
Técnico (a) asistencial	89	44,27
Licenciada (o) en Enfermería	46	22,89
Tecnólogo (a) médico	28	13,93
Médico (a) Cirujano	25	12,44
Químico (a) farmacéutico	13	6,47

**Tabla 2.** Grupo Ocupacional: "Tengo mucho miedo al coronavirus (COVID-19)".

Grupo ocupacional/Tengo mucho miedo del coronavirus (COVID-19)	Médico		Enfermera		Técnico Asistencial		Tecnólogo		Químico		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Totalmente en desacuerdo	2	8,0	5	10,9	14	15,7	3	10,7	2	15,4	26	12,9
En desacuerdo	2	8,0	14	30,4	18	20,2	4	14,3	1	7,7	39	19,4
Indiferente	4	16,0	3	6,5	8	9,0	5	17,9	0	0,0	20	10,0
De acuerdo	5	20,0	6	13,0	5	5,6	2	7,1	3	23,1	21	10,4
Totalmente de acuerdo	12	48,0	18	39,1	44	49,4	14	50,0	7	53,8	95	47,3
Total	25		46		89		28		13		201	100

Con respecto al grupo ocupacional se observó que el grupo de químico farmacéutico, está de acuerdo con la afirmación "tengo mucho miedo del coronavirus (COVID-19)", siendo el mayor porcentaje (53,8%), mientras que el mayor porcentaje (15,7%) que está totalmente en desacuerdo corresponde al personal técnico asistencial (Tabla 2).

Se observó que el mayor porcentaje de acuerdo a la afirmación "me pone incómodo(a) pensar en el coronavirus (COVID-19)" corresponde a químicos con 23,1%, mientras que totalmente en desacuerdo con la afirmación, obtuvo el mayor porcentaje el grupo ocupacional de médicos con 20,0% (Tabla 3).

En relación a la afirmación "mis manos se ponen húmedas cuando pienso en el coronavirus (COVID-19)"; están totalmente de acuerdo en mayor porcentaje el grupo ocupacional de tecnólogos médicos con 3,6%, mientras que totalmente en desacuerdo el mayor porcentaje fue el grupo de médicos con 48,0% (Tabla 4).

A la afirmación "tengo miedo de perder mi vida a causa del coronavirus (COVID-19)"; están totalmente de acuerdo en mayor porcentaje el grupo ocupacional de químicos con 38,5%, mientras que el mayor porcentaje de totalmente en desacuerdo fue del grupo médicos con 28,0% (Tabla 5).

Con respecto al enunciado "cuando veo noticias e historias sobre el coronavirus (COVID-19) en redes sociales me pongo nervioso (a) o ansioso (a)"; están totalmente de acuerdo con mayor porcentaje el grupo ocupacional de químicos con 15,4%, mientras que el mayor porcentaje totalmente en desacuerdo fue del grupo de médicos con 28,0% (Tabla 6).

Para el enunciado "No puedo dormir porque estoy preocupado de contagiarme del coronavirus (COVID-19)"; están totalmente de acuerdo en mayor porcentaje el grupo ocupacional de químicos con 7,7%, mientras que el mayor porcentaje totalmente en desacuerdo fue del grupo de médicos con 44,0% (Tabla 7).

**Tabla 3.** Grupo Ocupacional/Me pone incómodo (a) pensar en el coronavirus (COVID-19).

Grupo ocupacional/Me pone incómodo (a) pensar en el coronavirus (COVID-19)	Médico (a)		Enfermero (a)		Técnico Asistencial		Tecnólogo		Químico		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Totalmente en desacuerdo	5	20,0	5	10,9	12	13,5	3	10,7	2	15,4	27	13,4
En desacuerdo	2	8,0	17	37,0	37	41,6	5	17,9	1	7,7	62	30,8
Indiferente	6	24,0	8	17,4	8	9,0	6	21,4	0	0,0	28	13,9
Totalmente de acuerdo	8	32,0	16	34,8	28	31,5	11	39,3	7	53,8	70	34,8
De acuerdo	4	16,0	0	0,0	4	4,5	3	10,7	3	23,1	14	7,0
	25		46		89		28		13		201	100

**Tabla 4.** Grupo Ocupacional/Mis manos se ponen húmedas cuando pienso en el coronavirus (COVID-19).

Grupo ocupacional/Mis manos se ponen húmedas cuando pienso en el coronavirus (COVID-19)	Médico (a)		Enfermero (a)		Técnico Asistencial		Tecnólogo		Químico		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Totalmente en desacuerdo	12	48,0	15	32,6	32	36,0	11	39,3	3	23,1	73	36,3
En desacuerdo	6	24,0	21	45,7	39	43,8	11	39,3	2	15,4	79	39,3
Indiferente	6	24,0	8	17,4	9	10,1	3	10,7	3	23,1	29	14,4
Totalmente de acuerdo	1	4,0	2	4,3	9	10,1	2	7,1	5	38,5	19	9,5
De acuerdo	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	3,6	0	0,0	1	0,5
	25		46		89		28		13		201	100

En respuesta al enunciado “mi corazón se acelera o palpita cuando pienso en contagiarme del coronavirus (COVID-19)” están totalmente de acuerdo en mayor porcentaje el grupo ocupacional químicos con 7,7%, mientras que el mayor porcentaje totalmente en desacuerdo fue el grupo de médicos con 44,0% (Tabla 8).

## DISCUSIÓN

Es importante cuidar la salud mental de los profesionales de salud que se encuentran en primera línea frente a la pandemia de la COVID-19, tal como lo describe Lozano-Vargas A., que en la lucha contra la epidemia del Coronavirus (COVID-19), el personal de salud puede experimentar problemas de salud mental tales como estrés, ansiedad, síntomas depresivos, insomnio, negación, ira y temor<sup>(6)</sup>. Por eso el uso importante de instrumentos validados y capaces de medir y detectar problemas de salud mental son de mucha utilidad para afrontar los retos de la salud pública.

Se usó el instrumento validado por Huarcaya-Victoria J., Villareal-Zegarra D., Podestá A. y col., que muestra la versión en español del FCV-19S cuando se administró a una población limitada a Lima, Perú, demostró un modelo bifactorial con propiedades psicométricas

adecuadas. El factor general del miedo a la COVID-19 y dos factores específicos tuvieron un nivel óptimo de consistencia interna ( $\alpha > 0,89$  y  $\alpha > 0,83$ )<sup>(2)</sup>. Al ser una escala de siete elementos con propiedades psicométricas sólidas es confiable y válido<sup>(4)</sup>.

De un total de 201 profesionales de salud a los que se les aplicó la escala de miedo COVID-19, Se observó que el mayor grupo etario se encuentra en el rango de 31-35 años con 34,32%, El género femenino fue mayoritario con 72,64%, y el grupo ocupacional con mayor número de participantes fue el de técnico (a) asistencial con 44,27% (Tabla 1).

En los enunciados del cuestionario “tengo mucho miedo del coronavirus (COVID-19)” (tabla 2), “me pone incómodo(a) pensar en el coronavirus (COVID-19)” (tabla 3), “tengo miedo de perder mi vida a causa del coronavirus (COVID-19)” (tabla 5), “cuando veo noticias e historias sobre el coronavirus (COVID-19) en redes sociales me pongo nervioso(a) o ansioso(a)” (tabla 6), “no puedo dormir porque estoy preocupado de contagiarme del coronavirus (COVID-19)” (tabla 7), y “mi corazón se acelera o palpita cuando pienso en contagiarme del coronavirus (COVID-19)” (tabla 8), el mayor porcentaje de acuerdo con las preguntas es el grupo ocupacional de químicos farmacéuticos y

**Tabla 5.** Grupo Ocupacional/Tengo miedo de perder mi vida a causa del coronavirus (COVID-19).

Grupo ocupacional/Tengo miedo de perder mi vida a causa del coronavirus (COVID-19)	Médico (a)		Enfermero (a)		Técnico Asistencial		Tecnólogo		Químico		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Totalmente en desacuerdo	7	28,0	3	6,5	13	14,6	3	0,0	2	15,4	28	13,9
En desacuerdo	3	12,0	11	23,9	16	18,0	4	0,0	1	7,7	35	17,4
Indiferente	4	16,0	8	17,4	8	9,0	5	0,0	0	0,0	25	12,4
Totalmente de acuerdo	8	32,0	16	34,8	35	39,3	11	0,0	5	38,5	75	37,3
De acuerdo	3	12,0	8	17,4	17	19,1	5	0,0	5	38,5	38	18,9
	25		46		89		28		13		201	100

**Tabla 6.** Grupo Ocupacional/Cuando veo noticias e historia sobre el coronavirus (COVID-19) en redes sociales me pongo nervioso (a) o ansioso (a).

Grupo ocupacional/Cuando veo noticias e historias sobre el coronavirus (COVID-19) en redes sociales me pongo nervioso (a) o ansioso (a)	Médico (a)		Enfermero (a)		Técnico Asistencial		Tecnólogo		Químico		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Totalmente en desacuerdo	7	28,0	6	13,0	20	22,5	3	10,7	2	15,4	38	18,9
En desacuerdo	1	4,0	17	37,0	30	33,7	10	35,7	2	15,4	60	29,9
Indiferente	7	28,0	8	17,4	10	11,2	6	21,4	2	15,4	33	16,4
Totalmente de acuerdo	10	40,0	15	32,6	26	29,2	7	25,0	5	38,5	63	31,3
De acuerdo	0	0,0	0	0,0	3	3,4	2	7,1	2	15,4	7	3,5
	25		46		89		28		13		201	100

el grupo ocupacional totalmente en desacuerdo con las preguntas corresponde al grupo de médicos. Por lo cual podemos observar que los que tienen mayores niveles de miedo a la COVID-19 es el grupo de químicos farmacéuticos y lo que poseen menos niveles de miedo a la COVID-19 es el grupo de médicos cirujanos.

Tal como lo describe Sandin B., Valiente R M. y col., los miedos más comunes corresponden a las categorías de contagio/enfermedad/muerte, aislamiento social, y problemas de trabajo/ingresos. Encontramos niveles elevados de impacto emocional reflejado en los miedos al coronavirus, problemas de sueño, y síntomas emocionales (preocupación, estrés, desesperanza, depresión, ansiedad, nerviosismo, e inquietud). La intolerancia a la incertidumbre y la exposición a los medios de comunicación son poderosos predictores del impacto<sup>(5)</sup>, coincidiendo así con nuestro trabajo, donde se evidenció en mayor porcentaje niveles de miedo en el grupo ocupacional químicos farmacéuticos (Tabla 2, 3, 5, 6, 7, 8). Asimismo, coincidimos con los resultados del trabajo de Lozano-Vargas A., donde personal de salud puede experimentar problemas de salud mental tales como estrés, ansiedad, síntomas depresivos,

insomnio, negación, ira y temor y se observó que la tasa de ansiedad del personal de salud fue del 23,04%<sup>(6)</sup>.

La única pregunta distinta en resultados fue el enunciado "mis manos se ponen húmedas cuando pienso en el coronavirus (COVID-19)" (Tabla 4), donde podemos observar que están de acuerdo en un mayor porcentaje el grupo ocupacional tecnólogos médicos con 3,6%. Mientras que el mayor porcentaje totalmente en desacuerdo fue el grupo de médicos con 48,0%.

Sarabia Silvana<sup>(7)</sup> en su trabajo la salud mental en los tiempos del coronavirus. Una guía publicada para psiquiatras pero también aplicable a otros profesionales de la salud mental<sup>(8)</sup>, recomienda: 1) Mantenerse al tanto de todo lo relacionado a la pandemia a fin de proporcionar información correcta a los pacientes; 2) Corregir la información errada; 3) Limitar la exposición a los medios de comunicación (y la redes sociales); 4) Educar a los pacientes, a sus familiares y a los profesionales de la salud sobre las respuestas psicológicas y conductuales relacionadas con los brotes infecciosos y las intervenciones para su manejo; 5) Proveer instrucción sobre las reacciones

**Tabla 7.** Grupo Ocupacional/No puedo dormir porque estoy preocupado de contagiarme del coronavirus (COVID-19).

Grupo ocupacional/No puedo dormir porque estoy preocupado de contagiarme del coronavirus (COVID-19)	Médico (a)		Enfermero (a)		Técnico Asistencial		Tecnólogo		Químico		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Totalmente en desacuerdo	11	44,0	11	23,9	36	40,4	8	28,6	3	23,1	69	34,3
En desacuerdo	6	24,0	22	47,8	34	38,2	11	39,3	2	15,4	75	37,3
Indiferente	5	20,0	11	23,9	8	9,0	4	14,3	4	30,8	32	15,9
Totalmente de acuerdo	3	12,0	2	4,3	11	12,4	5	17,9	3	23,1	24	11,9
De acuerdo	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	7,7	1	0,5
	25		46		89		28		13		201	100

Tabla 8. Grupo Ocupacional/ Mi corazón se acelera o palpita cuando pienso en contagiarme del coronavirus (COVID-19).

Grupo ocupacional/Mi corazón se acelera o palpita cuando pienso en contagiarme del coronavirus (COVID-19)	Médico (a)		Enfermero (a)		Técnico Asistencial		Tecnólogo		Químico		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Totalmente en desacuerdo	11	44,0	10	21,7	28	31,5	8	28,6	3	23,1	60	29,9
En desacuerdo	5	20,0	17	37,0	40	44,9	8	28,6	1	7,7	71	35,3
Indiferente	5	20,0	9	19,6	9	10,1	7	25,0	4	30,8	34	16,9
Totalmente de acuerdo	4	16,0	10	21,7	10	11,2	5	17,9	4	30,8	33	16,4
De acuerdo	0	0,0	0	0,0	2	2,2	0	0,0	1	7,7	3	1,5
	25		46		89		28		13		201	100

de estrés: a) Reconocer y normalizar las reacciones de estrés; b) Enseñar a los pacientes a reconocer sus propias reacciones y su manejo temprano; c) Discutir estrategias para reducir el estrés, tales como: i) Estar preparados y aplicar las medidas preventivas; ii) Tener un sueño reparador, alimentarse regularmente y realizar ejercicios; iii) Evitar el uso de alcohol, cigarrillos y drogas; iv) Conversar con familiares y amigos sobre sus preocupaciones; v) Practicar métodos de relajación; vi) Participar de actividades recreativas en casa; 6) Identificar a los pacientes de alto riesgo y asegurar que todos los pacientes tengan medicinas suficientes a fin de no interrumpir su tratamiento, y 7) Cuidarnos y cuidar a nuestra familia: atender las necesidades básicas, i) mantenerse hidratado, comer y dormir regularmente; tener periodos de descanso y practicar estrategias para reducir la ansiedad<sup>(9,10)</sup>. Debemos estar y sentirnos bien para poder ayudar eficazmente a otros.

Finalmente debemos aplicar todos estos consejos para poder cuidar la salud mental de los profesionales de la salud, a la misma vez este trabajo sirve para brindar apoyo psicológico y/o psiquiátrico al grupo ocupacional más afectado como es el de químicos farmacéuticos. Sin embargo, no debemos dejar de brindar apoyo psicológico permanente a todos los grupos profesionales de la salud que trabajan incasablemente frente a esta pandemia de la COVID-19.

En conclusión, el grupo ocupacional que presentó mayor nivel de miedo frente al coronavirus medido a través de la Escala de Miedo COVID-19 en el contexto de una segunda ola de la pandemia en trabajadores asistenciales en el IREN-Concepción 2021 fue el grupo de químicos farmacéuticos.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. OMS.org [Internet]. Suiza: OMS; 2020 [actualizado 18 May 2020; citado 18 julio 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/es/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>.

2. Huarcaya-Victoria J, Villarreal-Zegarra D, Podestà A, Luna-Cuadros MA. Psychometric Properties of a Spanish Version of the Fear of COVID-19 Scale in General Population of Lima, Peru. *Int J Ment Health Addict* [Internet]. 22 de junio de 2020 [citado 19 de julio de 2021]; Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s11469-020-00354-5>
3. Remor E. Psychometric Properties of a European Spanish Version of the Perceived Stress Scale (PSS). *Span J Psychol*. mayo de 2006;9(1):86-93.
4. Ahorsu DK, Lin C-Y, Imani V, Saffari M, Griffiths MD, Pakpour AH. The Fear of COVID-19 Scale: Development and Initial Validation. *Int J Ment Health Addict*. 2020;1-9.
5. Sandin B, Valiente R, Garcia-Escalera J, Chorot P. Psychological impact of the COVID-19 pandemic: Negative and positive effects in Spanish people during the mandatory national quarantine. 1 de enero de 2020;1-22.
6. Lozano-Vargas A. Impacto de la epidemia del Coronavirus (COVID-19) en la salud mental del personal de salud y en la población general de China. *Rev Neuropsiquiatr*. 11 de abril de 2020;83(1):51-6.
7. Sarabia Silvana. La salud mental en los tiempos del coronavirus. *Rev Neuropsiquiatr* [Internet]. 2020 Ene [citado 2021 Jul 19]; 83( 1 ): 3-4. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-85972020000100003&lng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-85972020000100003&lng=es). <http://dx.doi.org/10.20453/rnp.v83i1.3680>.
8. Center for the Study of Traumatic Stress. Taking care of patients during coronavirus outbreak: A Guide for Psychiatrists. Bethesda, USA: Center for the Study of Traumatic Stress; 2020. (Citado el 19 de julio de 2021) Disponible en: [https://www.cstsonline.org/assets/media/documents/CSTS\\_FS\\_Taking\\_Care\\_of\\_Patients\\_During\\_Coronavirus\\_Outbreak\\_A\\_Guide\\_for\\_Psychiatrists\\_03\\_03\\_2020.pdf](https://www.cstsonline.org/assets/media/documents/CSTS_FS_Taking_Care_of_Patients_During_Coronavirus_Outbreak_A_Guide_for_Psychiatrists_03_03_2020.pdf)
9. World Health Organization. Mental health and psychological considerations during the COVID-19 outbreak. Geneva: World Health Organization; 2020. (Citado 19 de julio del 2021) Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331490/WHO-2019-nCoV-MentalHealth-2020.1-eng.pdf>
10. Center for the Study of Traumatic Stress. Sustaining the well-being of healthcare personnel during coronavirus and other infectious disease outbreaks. Bethesda, USA: Center for the Study of Traumatic Stress; 2020. (Citado el 19 de julio de 2021) Disponible en: [https://www.cstsonline.org/assets/media/documents/CSTS\\_FS\\_Sustaining\\_Well\\_Being\\_Healthcare\\_Personnel\\_during.pdf.pdf](https://www.cstsonline.org/assets/media/documents/CSTS_FS_Sustaining_Well_Being_Healthcare_Personnel_during.pdf.pdf)

# Características en la atención de adolescentes: inicio de un programa de salud mental en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins, marzo – agosto 2024

## Characteristics in the care of adolescents: start of a mental health program at the Edgardo Rebagliati Martins Hospital, march – august 2024

Lindsey Multhauptff Palomino<sup>1,a</sup> , Elard Bottoni Tito<sup>1,a</sup> , Yolanda León Álvarez<sup>1,b</sup> , Oscar Ramos Godoy<sup>1,c</sup> 

<sup>1</sup> Departamento de Salud Mental, Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, EsSalud, Lima, Perú.

<sup>a</sup> Psiquiatra subespecialista en niños y adolescentes.

<sup>b</sup> Médico Psiquiatra, Jefe de Servicio de Hospital de Día.

<sup>c</sup> Médico Psiquiatra, Jefe del Departamento de Salud Mental.

**Recibido:** 16 de setiembre 2024

**Aprobado:** 30 de noviembre 2024

### Contribución de los autores

LMP, EBT, YLA, ORG: Concepción y diseño del trabajo. LMP:

Recolección/obtención de datos.

LMP: Contribución estadística.

LMP: Análisis e interpretación de datos.

EBT, YLA, ORG: Revisión crítica del manuscrito.

LMP, YLA, ORG: Redacción del manuscrito.

LMP, EBT, YLA, ORG: Aprobación de su versión final.

### Conflictos de interés

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

### Fuentes de financiamiento

Autofinanciado.

### Citar como

Multhauptff L, Bottoni E, León Y, Ramos O. Características en la atención de adolescentes: inicio de un programa de salud mental en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins, marzo – agosto 2024. Rev Med Rebagliati. 2024;4(3):101-5. doi: [10.70106/rmr.v4i3.41](https://doi.org/10.70106/rmr.v4i3.41)

### RESUMEN

**Objetivo:** Describir las características sociodemográficas de los adolescentes atendidos en los dos primeros grupos de un nuevo programa de Salud Mental en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins. **Material y métodos:** Estudio descriptivo, retrospectivo de pacientes adolescentes de 14 a 17 años, con cuadros diagnósticos presuntivos de tipo afectivos atendidos entre marzo y agosto 2024. Los criterios de ingreso al programa fueron: Usuarios con un coeficiente intelectual total promedio, no tener comorbilidad con trastornos de espectro autista, ni trastornos de conducta alimentaria. **Resultados:** Un total de 40 inscritos al programa de atención, veinte de ellos (50%) cumplieron los criterios de ingreso al programa, el 90% fueron mujeres; la edad media de ingreso al programa fue de 15,40 años (DE: 0,94; 14 -17); el 20% proceden del Policlínico Rodríguez Lazo y 20 % Policlínico Chíncha; Dieciocho (90%) pacientes presentaron comorbilidad. El 85% recibieron las 8 sesiones. El 85 % tuvo alta médica correspondiente. El 40% de adolescentes estuvieron acompañadas por madre y el 40% por ambos padres. El 100% completaron sus escalas de ingreso y sólo el 45% completaron sus escalas de egreso. **Conclusiones:** Las características epidemiológicas reflejaron una mayor incidencia de edad media de ingreso al programa que fue de 15 años, el 90% de adolescentes fueron mujeres, el 90% de adolescentes presentaron comorbilidad diagnóstica, el 20 % de adolescentes tuvieron un alta administrativa y el 40% de adolescentes asistieron acompañados por ambos padres.

**Palabras clave:** Adolescentes, psicoterapia, salud mental (fuente: DeCS-Bireme).

### ABSTRACT

**Objective:** To describe the sociodemographic characteristics of adolescents treated in the first two groups of a new mental health program at the Edgardo Rebagliati Martins Hospital. **Material and Methods:** A descriptive, retrospective study was carried out on the adolescent patients of the program between the ages of 14 and 17, with presumptive diagnostic conditions of an affective nature from March to August 2024. The criteria for entry into the program were: Users with an average Total IQ, not having comorbidity with Autism Spectrum Disorders, or Eating Disorders. **Results:** With a total of 40 enrolled in the care program, twenty of them (50%) met the entry criteria for the program, 90% were women; the average age of entry into the program was 15.40 years (SD: 0.94; 14 -17); 20% come from Policlínico Rodríguez Lazo and 20% Policlínico Chíncha; eighteen (90%) patients presented comorbidity. 85% received all 8 sessions. 85% had corresponding medical discharge. 40% of the adolescents were accompanied by a mother and 40% by both parents. 100% completed their entry scales and only 45% completed their exit scales. **Conclusions:** The epidemiological characteristics reflect a higher incidence of average age of entry into the program, which was 15 years, 90% of adolescents were women, 90% of adolescents presented diagnostic comorbidity, 20% of adolescents had an administrative discharge and 40% of teenagers attended accompanied by both parents.

**Keywords:** Adolescent, psychotherapy, mental health (source: MeSH NLM).

### Correspondencia

Multhauptff Palomino Lindsey  
Dirección: Avenida Rebagliati s/n, Jesús María, Lima Perú.  
Celular: 51 959 372 387  
E-mail: [dralindsey@gmail.com](mailto:dralindsey@gmail.com)

## INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud en el Plan de Acción Integral sobre Salud Mental 2013 - 2030 sigue insistiendo en la necesidad de adoptar un enfoque que abarque aplicar medidas para: promover la salud mental, prevenir los problemas de salud mental entre las personas de riesgo y garantizar la cobertura universal de la atención a la salud mental <sup>(1)</sup>.

La adolescencia es una etapa única y formativa, los cambios físicos, emocionales y sociales que se producen en este periodo, incluida la exposición a la pobreza, los malos tratos o la violencia, pueden hacer que los adolescentes sean vulnerables a problemas de salud mental <sup>(2)</sup>. La Organización Panamericana de la Salud subraya la imperiosa necesidad de abordar determinantes sociales de la salud, a través de políticas públicas <sup>(3)</sup>; es así que se llevan a cabo esfuerzos para fortalecer las políticas y programas para la salud mental de los adolescentes <sup>(2)</sup>.

Según el informe del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF, 2020) destaca que los adolescentes y jóvenes merecen una atención especial, no sólo porque las condiciones de salud mental, sino también por la percepción negativa sobre su futuro <sup>(4)</sup> es necesario protegerlos de la adversidad, promover en ellos el aprendizaje socioemocional y el bienestar psicológico, y garantizar que puedan acceder a una atención de salud mental son factores fundamentales para su salud y bienestar durante esos años y la edad adulta <sup>(2)</sup>. En un metaanálisis de González *et al.*, constataron los beneficios de instalación de programas en la prevención ante el riesgo de suicidio en adolescentes <sup>(5)</sup>.

En el Perú los casos de trastornos mentales en niños y adolescentes ahora son más evidentes; según las estadísticas recogidas del Ministerio de Salud en el 2019 hasta el 70% de pacientes de los casos se dan en menores de 18 años <sup>(6)</sup>. Para ellos, existen programas sociales más frecuentemente desarrollados que los programas asistenciales <sup>(7)</sup>, el MINSA como ente rector del país, a través de la Dirección de Salud Mental (DSAME) viene impulsando políticas públicas para atender la salud mental de la población a través de los Centros de Salud Mental Comunitarios; sin embargo, no se cuenta con un modelo de programa estandarizado y los programas asistenciales en los servicios de salud mental dirigidos a los adolescentes han sido muy poco desarrollados.

Dentro de los sistemas de salud en el Perú, el Seguro Social de Salud (EsSalud) que es financiado por aportes de los trabajadores de entidades públicas y privadas, atiende una población de 12'483 528 afiliados <sup>(8)</sup> con un promedio de 1'167 264 adolescentes entre los 12 y 17 años <sup>(9)</sup>.

Durante los dos últimos años, según *fuentes de registro de datos ESSI* para el 2023, hubo un total de 180 791

pacientes atendidos, al mes de junio del 2024 el total de atendidos fue de 153 391 alcanzando un 84% respecto del 2023; por otro lado, fueron mil los adolescentes atendidos en salud mental en el 2023 representando un 10,5% del total de pacientes atendidos en salud mental (9549), al mes de junio del 2024 se registra 772 atendidos representando el mismo porcentaje de atendidos respecto al año anterior, lo que nos indica que este porcentaje se duplicaría al término de la gestión.

El Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins (HNERM) está categorizado en el tercer nivel de atención <sup>(10)</sup> y es uno de los más importantes centros de referencia nacional de EsSalud debido a su alto nivel de especialización y capacidad resolutoria; así mismo, el servicio de Salud Mental de la Unidad de Psiquiatría Infanto Juvenil, atiende adolescentes comprendidos entre las edades de 14 y 17 años los cuales son atendidos por referencia de algún centro asistencial de menor complejidad de la Red Prestacional Rebagliati. En los últimos años y más aún después de la pandemia, el número de casos de menores de edad se han visto incrementados, los adolescentes que son traídos por sus padres o cuidadores, con síntomas de trastornos conductuales, lesiones autoinfligidas, síntomas depresivos, ingesta de medicamentos o consumo de sustancias psicoactivas que conllevan a una alteración en su conducta y emociones <sup>(2)</sup> <sup>(11)</sup>. Estos números en los establecimientos de salud del Minsa y de EsSalud aumentaron en más de 300% <sup>(12)</sup>.

Debido a estas características de esta población y en cumplimiento de los objetivos estratégicos institucionales de acuerdo al Plan estratégico Institucional (PEI) 2024, el de brindar a los asegurados acceso oportuno a prestaciones integrales y de calidad acorde a sus necesidades <sup>(8)</sup>, para el presente Programa, se priorizó la atención a los pacientes adolescentes procedentes de consulta externa del servicio de Salud Mental del HNERM.

El objetivo, del presente estudio fue describir las características sociodemográficas de los adolescentes atendidos en los dos primeros grupos de un nuevo programa de Salud Mental en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo de los pacientes adolescentes atendidos en el programa entre 14 a 17 años, con cuadros diagnósticos presuntivos de tipo afectivos desde su inicio, en marzo hasta el mes de agosto del 2024. Tras la aprobación de una propuesta, convocamos la derivación de adolescentes bajo los siguientes criterios de ingreso al programa: Usuarios deben tener un coeficiente intelectual total promedio, no tener comorbilidad con Trastornos de Espectro Autista, y no tener comorbilidad con trastornos de conducta

alimentaria, y deben estar consignados en una lista de espera. Siendo 40 el total de inscritos al programa de atención acompañados de sus cuidadores principales, fueron admitidos 20, revisamos sus historias clínicas electrónicas para extraer los datos de interés, se realizó una base de datos en Microsoft Excel para luego trasladarlos al programa SPSS.

Se describieron las características de los usuarios del programa: Usuarios inscritos en lista de espera, usuarios admitidos al programa, lugar de derivación, lugar de procedencia, si cuentan con escalas de ingreso, edad, sexo, diagnóstico, comorbilidad, acompañante, número de sesiones impartidas, tipo de alta médica y, escala de egreso al término del programa.

Las variables cuantitativas se describieron con la media, desviación estándar (DE) y rango, y las categóricas con frecuencia y porcentaje.

## RESULTADOS

Se incluyeron en el programa 40 pacientes, veinte de ellos (50%) fueron aceptados en el programa por cumplir los criterios de ingreso al programa, el 90% fueron mujeres. La edad media en ingreso al programa era de 15,40 años (DE: 0,94; 14 -17). Casi el 75% de los participantes del programa provienen de los Centros Asistenciales: Policlínico Rodríguez lazo, Hospital Carlos Alcántara B., Policlínico Chincha, Cap. III San Juan de Miraflores, Policlínico Pablo Bermúdez y el 10 % HNERM. Dieciocho (90%) pacientes presentaron comorbilidad. El 85% recibieron las 8 sesiones. El 85 % tuvo alta médica correspondiente. El 40% de adolescentes estuvieron acompañadas por madre y el 40 % por ambos padres. El 100% completaron sus escalas de ingreso y sólo el 45% completaron sus escalas de egreso (Tabla 1).

## DISCUSIÓN

Este estudio presenta datos de uno de los pocos programas de atención que pueden existir en hospitales de tercer nivel en nuestro país, siendo de nuestro conocimiento, el primer trabajo de revisión que describe las características de la atención de adolescentes entre los 14 y 17 años atendidos en un programa de salud mental. En Perú son escasos los programas presenciales o virtuales<sup>(13,14)</sup> en territorio nacional<sup>(15)</sup> los mismos demostraron eficacia mejorar la salud mental y las relaciones interpersonales y habilidades sociales en adolescentes.

En este estudio el 40% de adolescentes procedieron del Sur de Lima<sup>(16)</sup>. El predominio de adolescentes mujeres en el programa concuerda con los datos estadísticos a nivel nacional y reportados en la literatura, Guevara-Tirado, A. (2023) menciona que

**Tabla 1.** Características de adolescentes atendidos en el programa de adolescentes en el HNERM.

Variables	Categorías	N=20	(%)
Edad	14	2	(15)
	15	9	(45)
	16	5	(25)
	17	3	(15)
Promedio de edad	15,40		
Género	Masculino	2	(10)
	Femenino	18	(90)
Escala de ingreso al programa	Si	20	(100)
Lugar de derivación	Pol. Rodríguez lazo	4	20
	Pol. Proceres	1	5
	C.M. Mala	1	5
	H.I C. Alcántara B.	2	10
	Pol. Chincha	4	20
	Cap. III S.J. Miraflores	2	10
	Pol. Pablo Bermúdez	3	15
	H.N. E. Rebagliati	2	10
	Cap. III surquillo	1	5
Lugar de Procedencia	Consulta externa	20	(100)
Comorbilidad	No	18	(90)
	Si	2	(10)
Número de sesiones recibidas	6	2	(10)
	7	1	(5)
	8	17	(85)
Tipo de alta	Administrativa	2	(10)
	Médica	14	(70)
Escala de Egreso al programa	No	7	(35)
	Si	9	(45)
Persona que acompaña al adolescente a sesiones	Madre	8	(40)
	Padre	2	(10)
	Ambos	8	(40)
	Otros	2	(10)

las mujeres tienen mayor probabilidad de ingresar a urgencias por problemas relacionados al trastorno de ansiedad<sup>(17)</sup>. También el predominio de comorbilidades asociadas estando en consonancia de otros autores en la presentación de patologías psiquiátricas hasta un 29,1% , 45,5% y 10,9% con uno, dos, tres y cuatro diagnósticos correspondientes en los adolescentes en adolescentes<sup>(18,19)</sup>.

La intervención familiar de tipo psicoeducativo como intervención psicosocial más estudiada, ha demostrado utilidad en el funcionamiento del adolescente<sup>(20,21)</sup>; en nuestro estudio se describe las características de los pacientes del programa de adolescentes en sus pasos iniciales, no sabemos si esto podría reducir el número de ingresos a emergencias, por lo que debería ser un objetivo a largo plazo de los programas que se implementen progresivamente; se conoce que existen varios factores asociados a las recaídas en la población joven y adolescente con sintomatología depresiva, pudiendo llegar hasta el 66% de reingresos en pacientes crónicos<sup>(20)</sup>. En nuestra revisión, el 20% de pacientes abandonaron el tratamiento, lo cual indicaría que el riesgo de recaída es alto.

El aumento de niños y adolescentes con complejidad de trastornos afectivos y comorbilidades médicas<sup>(11)(12)</sup> supondría un incremento de personal asistencial sobre todo especializado, siendo por lo tanto un reto conseguir que los recursos con los que ya se cuenta implementen programas de trabajo interdisciplinario<sup>(5,21)</sup>.

Creemos necesario la creación de un programa ampliado de atención a familiares y adolescentes de tipo multifamiliar<sup>(22)</sup> a fin de buscar la equidad y calidad de vida de adolescentes y sus familias con independencia de lugar de atención, pudiendo ser desde la unidad de pediatría especializada y hospitalización de emergencias psiquiátricas para reducir el número de ingresos hospitalarios<sup>(20)</sup>.

Una de las limitaciones de este estudio es el número pequeño de tamaño de muestra, aunque corresponde al total de adolescentes atendidos en dos grupos desde el inicio programa hasta la publicación de la presente revisión.

Creemos que nuestra experiencia es un inicio de actividades que pueden implementarse dentro de la unidad de atención de Psiquiatría Infantil en un hospital de tercer nivel como tal. Finalmente conocer las características de la atención a esta población puede ayudar a un mejor reparto de los mismos para poder ofrecer dispositivos de atención en Unidad de Psiquiatría Infante Juvenil del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins de EsSalud.

En conclusión, las características epidemiológicas reflejaron una mayor incidencia de edad media de ingreso al programa fue de 15,4 años, el 90% de adolescentes fueron mujeres, el 20% proceden del Policlínico Rodríguez Lazo y 20% Policlínico Chíncha, el 90% de adolescentes presentó comorbilidad diagnóstica, el 20% de adolescentes tuvieron un alta administrativa y el 40% de adolescentes asistieron acompañados por ambos padres.

#### Agradecimientos

Nos gustaría agradecer la ayuda del personal de enfermería *Lic. Rossana Bazán Ramos, Lic. Flor de María Armas, Lic. Ana Araujo Colquehuanca*; residentes de la

Subespecialidad de Psiquiatría de Niños y Adolescentes Psiquiatras: *Luisana Jiménez Palomino, Jorge Derek Tantalean Yépez, Marco Antonio Llanqui Llanque, Maira Johana Tejada Díaz*; personal de Servicio Social: *Sara Mónica Inga Quispe* y otros que hicieron posible la implementación del programa en sus fases iniciales.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. OMS. Plan de Acción Integral sobre Salud Mental 2013 - 2030 [Internet]. 2021 [citado 3 de agosto de 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/es/publications/item/9789240031029>
2. OMS. Salud mental del adolescente [Internet]. 2021 [citado 3 de agosto de 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>
3. OPS. Determinantes sociales de la salud [Internet]. 2024 [citado 1 de agosto de 2024]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud>
4. La Salud Mental de Niñas, Niños y Adolescentes en el contexto de la COVID-19, Abril 2021. [Internet]. [citado 3 de agosto de 2024]. Disponible en: <https://www.unicef.org/peru/media/10616/file/Salud%20menta%20en%20contexto%20COVID19.pdf>
5. González Sánchez, M. et al. Programas de prevención del suicidio en adolescentes: una revisión sistemática | European Journal of Education and Psychology [Internet]. 2024 [citado 1 de agosto de 2024]. Disponible en: <https://revistas.uaautonoma.cl/index.php/ejep/article/view/2470>
6. Mariella Sausa. Menores ocupan el 70% de atenciones en salud mental [INFOGRAFÍA] | Peru 21. 24 de agosto de 2019 [citado 3 de agosto de 2024]; Disponible en: <https://peru21.pe/peru/cifras-salud-mental-peru-menores-ocupan-70-atenciones-infografia-394376-noticia>
7. Ministerio de Salud. Principales Programas Sociales que brinda el estado Peruano [Internet]. [citado 3 de agosto de 2024]. Disponible en: <https://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/5401.pdf>
8. EsSalud. Programa Multianual de Inversiones 2024-2026 [Internet]. [citado 3 de agosto de 2024]. Disponible en: [https://www.essalud.gob.pe/wp-content/uploads/RPE\\_226\\_ESSALUD\\_2023.pdf](https://www.essalud.gob.pe/wp-content/uploads/RPE_226_ESSALUD_2023.pdf)
9. EsSalud. Perfil de la población asegurada I Trimestre - 2023 [Internet]. [citado 3 de agosto de 2024]. Disponible en: <https://repositorio.essalud.gob.pe/bitstream/handle/20.500.12959/4201/Perfil%20de%20la%20poblaci%20c3%b3n%20asegurada%20I%20Trimestre%20-%202023.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
10. EsSalud W. Hospital Rebagliati de EsSalud alcanza máxima categoría por su alta especialidad y capacidad resolutoria | EsSalud [Internet]. [citado 3 de agosto de 2024]. Disponible en: <https://www.essalud.gob.pe/hospital-rebagliati-de-essalud-alcanza-maxima-categoria-por-su-alta-especialidad-y-capacidad-resolutoria/>
11. EsSalud. Hospital Rebagliati atiende cerca de 900 pacientes en emergencia de psiquiatría. 1 de noviembre de 2023 [citado 3 de agosto de 2024]; Disponible en: <https://andina.pe/agencia/noticia-hospital-rebagliati-atiende-cerca-900-pacientes-emergencia-psiquiatria-961290.aspx>
12. Mayté Ciriaco Ruiz. Trastornos alimenticios en menores de edad crecieron 300% en 5 años: el avance de la problemática en las regiones y los signos de alarma | INFORME | Anorexia | Bulimia | Salud mental | Obesidad | Vigore-

- xia | ECData | PERU | EL COMERCIO PERÚ. 28 de octubre de 2023 [citado 6 de septiembre de 2024]; Disponible en: <https://elcomercio.pe/peru/trastornos-alimenticios-en-menores-de-edad-crecieron-300-en-5-anos-el-avance-de-la-problematika-en-las-regiones-y-los-signos-de-alarma-informe-anorexia-bulimia-salud-mental-obesidad-vigorexia-ecdata-noticia/>
13. Susana Castillo Romani; Comparación de la Terapia Cognitivo Conductual y la Terapia Cognitivo Conductual Familiar sobre la ansiedad en adolescentes del Centro de Salud Mental Comunitario. Lima, 2023 [Internet]. [citado 1 de agosto de 2024]. Disponible en: [https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/13955/Comparacion\\_CastilloRomani\\_Susana.pdf?sequence=1](https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/13955/Comparacion_CastilloRomani_Susana.pdf?sequence=1)
  14. Huyhua Gutierrez et. al. Habilidades sociales en adolescentes desde la enseñanza virtual: Programa educativo de fortalecimiento en Amazonas-Perú. *Rev Cienc Soc.* 2024;30(1):438-51.
  15. Aranda-Turpo et. al. Efectividad del programa del perdón REACH en universitarios de la selva peruana. *Ter Psicológica.* agosto de 2023;41(2):159-75.
  16. EsSalud. Redes Prestacionales y Centros Especializados. [Internet]. [citado 10 de septiembre de 2024]. Disponible en: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/5298932/4756950-directorio-redes-lima-web-2.pdf>
  17. Guevara-Tirado A. Diferencias de edad y género en la frecuencia de atención en emergencias por trastornos depresivos y de ansiedad en la población peruana, 2021-2022: Age and gender differences in the frequency of emergency care for depressive and anxiety disorders in the Peruvian population, 2021-2022. *Rev Exp En Med Hosp Reg Lambayeque.* 3 de julio de 2023;9(2):55-9.
  18. Cardelle-Pérez F, Domínguez-Santos MD. Apuntes sobre efectividad y eficiencia de los programas de los hospitales de día de salud mental para niños y adolescentes. *Rev Asoc Esp Neuropsiquiatría.* 2024;44(145):213-28.
  19. Oteiza-Collante M, Méndez I, Santamarina-Pérez P, Romero S, Oteiza-Collante M, Méndez I, et al. Los trastornos depresivos de la infancia y la adolescencia. Principales signos de alerta. Orientación para el tratamiento. *Pediatría Aten Primaria.* marzo de 2023;25(97):83-93.
  20. Echeverry LVP. Factores relacionados con el reingreso de pacientes psiquiátricos a la unidad mental de una clínica privada en la ciudad de Girardot Cundinamarca durante el segundo semestre del año 2022.
  21. Canessa Gherzi L, Tomasina Origüela C, Amaro Albornas MV, Lamberti Nowinski L, Amigo Fernández MC, Podesta Bentancur I, et al. Desarrollo infantil y sus principales desafíos en los primeros años de vida: lugar e importancia de los centros de educación y protección del Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay. *Rev Psiquiatr Urug.* 2023;92-7.
  22. Sempere J, Fuenzalida C. La psicoeducación interfamiliar en la atención a niños y adolescentes en los sistemas sanitarios, educativos y sociales. *Psychology.* :Artículo e10.

# Metástasis ocular bilateral en cáncer de mama sincrónico: reporte de un caso y revisión de la literatura

## Bilateral ocular metastases in synchronous breast cancer: case report and review of the literature

Tania Roa Carrasco<sup>1,2,a</sup> , Diego Diaz Bravo<sup>1,b</sup> , Manuel Fernández Lopez<sup>1,1,b</sup>

<sup>1</sup> Servicio de Ginecología oncológica. Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, EsSalud, Lima, Perú.

<sup>a</sup> Fellow ginecología oncológica.

<sup>b</sup> Médico Ginecólogo Oncólogo.

**Recibido:** 11 de octubre 2024

**Aprobado:** 15 de noviembre 2024

### Contribución de los autores

TRC: Conceptualización, recursos, redacción de borrador original. TRC, DDB, MFL: Redacción - revisión y edición, aprobación de la versión final.

### Conflictos de interés

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

### Fuentes de financiamiento

Autofinanciado.

### Citar como

Roa T, Diaz D, Fernández M. Metástasis ocular bilateral en cáncer de mama sincrónico: reporte de un caso y revisión de la literatura. Rev Med Rebagliati. 2024;4(3):106-9. doi: 10.70106/rmr.v4i3.42

### RESUMEN

Las metástasis orbitarias son raras; siendo el primario más frecuente, el cáncer de mama, más aún el tipo luminal, en el que la patogénesis puede deberse a un tropismo celular causada por los estrógenos producidos por la grasa periorbitaria. El diagnóstico definitivo es histológico, el manejo es paliativo y el pronóstico malo. Se presenta el caso de una paciente mujer, adulta, nulípara, con cáncer de mama bilateral sincrónico, quien tras luego de 3 años de manejo presenta molestias en párpados y visión borrosa, se realizan estudios de imágenes y biopsia de párpados confirmándose metástasis. Se discute caso en junta médica y se decide manejo con docetaxel.

**Palabras clave:** Metástasis, órbita, cáncer de mama (fuente: DeCS-Bireme).

### ABSTRACT

Orbital metastases are rare; the most frequent primary cancer is breast cancer, even more so the luminal type, in which the pathogenesis may be due to a cellular tropism caused by estrogens produced by periorbital fat; the definitive diagnosis is histological, management is palliative and the prognosis poor. We present the case of an adult, nulliparous female patient with synchronous bilateral breast cancer, who after 3 years of management presents discomfort in her eyelids and blurred vision; imaging studies and an eyelid biopsy are performed, confirming metastasis. The case is discussed at the Medical Board and it is decided to manage with docetaxel.

**Keywords:** Neoplasm metastasis, orbit, breast cancer (source: MeSH NLM).

### Correspondencia

Tania Yesenia Roa Carrasco  
Dirección: Av. Edgardo Rebagliati  
490, Jesús María 15072  
Celular: 943 791 199  
E-mail: tania.roa@upch.pe

## INTRODUCCIÓN

Las metástasis orbitarias, son raras, ocupando el 1 al 13 % de las lesiones tumorales en la órbita <sup>(1)</sup>, siendo el primario más frecuente el cáncer de mama <sup>(2,3)</sup>, que oscila entre el 28 y 58 %, seguido por vejiga, sin embargo, en otras bibliografías posicionan al pulmón, mama y melanoma como las causas más frecuentes de metástasis en la región orbitaria <sup>(4,5)</sup>.

El 85 % de pacientes con metástasis orbitaria, tenía ya el diagnóstico de un cáncer conocido, sin embargo, en un grupo restante no había un primario detectado <sup>(1)</sup>. La patogénesis sugiere una diseminación hematogena de la enfermedad, y las debidas a cáncer de mama, especialmente las luminal pueden deberse a un tropismo celular causada por los estrógenos producidos por la grasa periorbitaria <sup>(6)</sup>.

El método de diagnóstico por imágenes más usado es la resonancia magnética, aunque el diagnóstico definitivo es histológico, y el manejo es principalmente paliativo, siendo el pronóstico malo.

En este artículo se presenta el caso de una paciente con cáncer de mama sincrónico con metástasis orbitaria bilateral.

## REPORTE DE CASO

Paciente mujer de 49 años, nulípara, diagnosticada hace 4 años de cáncer de mama bilateral sincrónico; variedad NOS, con receptores hormonales positivos, HER2 sobreexpresado, en mama izquierda; y variedad lobulillar, luminal A en mama derecha, quien recibe quimioterapia neoadyuvante con Ciclofosfamida/doxorubicina y paclitaxel/ trastuzumab, además de triptorelina y tamoxifeno; con posterior mastectomía radical modificada bilateral y radioterapia; sin evidencia de enfermedad por tres años. Hace 1 año, presentó aumento de volumen y dolor de párpados, con tumor de 3 cm, que ocupaba espacio supraorbitario izquierdo, además dificultad para los movimientos de supraducción, disminución de la agudeza visual y visión borrosa.

Se realizó tomografía (TAC) de cerebro, senos paranasales, tórax, abdomen y pelvis con contraste y resonancia magnética de encéfalo y órbitas con gadolinio, en donde se evidenció tejido mal definido realzado con el contraste que compromete ambas regiones palpebrales superiores e inferiores a predominio izquierdo, con extensión parcial hacia la pared lateral y techo de las órbitas, en contacto con las glándulas lacrimales y los músculos rectos superiores, además tejido de similares características de localización intraconal posterior a ambos globos oculares donde rodea a los nervios ópticos a predominio izquierdo, con realce de los vientres musculares de los músculos extraoculares en ambos lados.

Se le realizó biopsia de tumor de órbita izquierda que es informado como carcinoma de mama metastásico a órbita, con receptor de estrógeno positivo, progesterona negativo y Her2 negativo (figura 1).

Se discutió caso en Junta médica y se decidió manejo con docetaxel.

## DISCUSIÓN

El tumor metastásico a órbita, es raro, se debe en mayor frecuencia a la extensión del cáncer de mama, y su incidencia está en aumento debido a la aparición de tratamientos cada vez más modernos y el aumento de supervivencia en las pacientes. Este puede ser la primera manifestación del cáncer de mama <sup>(4,5)</sup>, o pueden aparecer como progresión de un cáncer de mama diagnosticado previamente <sup>(3)</sup>, como es el caso de nuestra paciente.

El tiempo de desarrollo de metástasis a órbita después del diagnóstico de cáncer de mama, según la revisión de Sadd et al, puede variar desde 1 mes a 25 años, en el caso de nuestra paciente fue después de 36 meses; y el sitio de presentación más frecuente es controversial, siendo según Sadd et al, los extraoculares <sup>(3)</sup>, como en el presente caso que presentó manifestación palpebral.

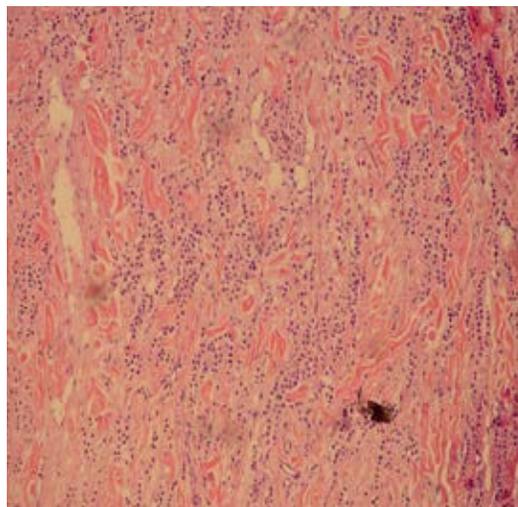
En cuanto al tipo histológico, es más común la metástasis orbitaria en los tipos lobulillar <sup>(7,8)</sup>, y en los cánceres de mamas que expresan receptores de estrógeno y progesterona, especialmente los luminal B, tal como lo describe Parrozani *et al* <sup>(9)</sup>. En la paciente presentada se trató de cáncer de mama sincrónico luminal A y luminal B.

Las metástasis orbitarias la mayoría de las veces son asintomáticas, siendo sintomáticas sólo el 0,7% <sup>(10)</sup>, y entre los síntomas principales se encuentran diplopía (48%), proptosis (26%), dolor (19%), visión borrosa (16%), ptosis (10%) y masa orbitaria palpable <sup>(5,11)</sup>. En el caso de nuestra paciente se presentó dolor, visión borrosa y masa orbitaria palpable.

Las metástasis orbitarias suelen ser unilaterales <sup>(7)</sup>, sin embargo en el presente caso, la afectación fue bilateral.

Las imágenes pueden ayudar a dilucidar si un tumor orbitario es benigno o maligno, siendo más probable que las lesiones metastásicas afecten a la órbita anterior, al hueso y a los músculos extraoculares.

El manejo de la metástasis orbitaria es principalmente paliativo. Existe una gama de tratamientos, siendo la radioterapia el tratamiento primario, con una mejoría de síntomas de hasta el 80%, siendo la dosis recomendada de 21 y 50 Gy <sup>(3,5,12)</sup>. Wiegel et al, encontraron que la radioterapia con 40 Gy en 20 fracciones, era un tratamiento paliativo eficaz y con efectos secundarios



**Figura 1.** Biopsia de tumor de órbita izquierda: Carcinoma de mama metastásico a órbita (agradecimiento a Dra. Victoria Palomino Dávila).

aceptables para preservar la visión en la mayoría de pacientes con metástasis coroideas sintomáticas y asintomáticas<sup>(13,14)</sup>. Otra técnica de radioterapia es la radioterapia Cyberknife que también ha demostrado alto control local y de los síntomas de pacientes con tumores orbitarios<sup>(15)</sup>.

Además, se puede ofrecer hormonoterapia y quimioterapia. Otra modalidad de tratamiento es la cirugía orbitaria extensa, como la exenteración, que sin embargo, no se recomienda, por su elevada morbilidad, además de no ser curativa.

También se describe el uso de los inhibidores de CDK4/6, que combinados con terapia endocrina pueden ser utilizados como manejo del cáncer de mama metastásico con receptores hormonales positivos<sup>(16)</sup>.

En general el pronóstico no es muy alentador, con una supervivencia entre 22 a 31 meses.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Razem B, Slimani F. An early orbital metastasis from breast cancer: A case report. *Int J Surg Case Rep.* 18 de diciembre de 2020;78:300-2.
2. Montejano-Milner R, López-Gaona A, Fernández-Pérez P, Sánchez-Orgaz M, Romero-Martín R, Arbizu-Duralde A. Metástasis orbitarias: presentación clínica y supervivencia en una serie de 11 casos. *Archivos de la Sociedad Española de Oftalmología.* 1 de febrero de 2022;97(2):81-8.
3. Saad ESP, Bakri HM, Rayan A, Barakat D, Khalel MM. Eye metastasis in breast cancer: case report and review of literature. *Ecancermedicalscience.* 10 de febrero de 2022;16:1353.
4. Guilherme Brasileiro de Aguiar (MD, MSc)<sup>1</sup>, Aline Lariessy Campos Paiva (MD)<sup>2</sup>, , Tiago Marques Avelar (MD)<sup>2</sup>, , Márcio Alexandre Teixeira da Costa (MD)<sup>2</sup>, , Wilson Shiyoti Morikawa Junior (MD)<sup>2</sup>, et al. Metástasis intraorbitárias de câncer de mama Breast cancer orbital metastasis.
5. Muhd H, Zuhaimy H, Ismail MF, Arshad F, Azmi SNM, Sahak NH. Orbital Metastasis as The Initial Presentation of Breast Cancer. *Malaysian Family Physician : the Official Journal of the Academy of Family Physicians of Malaysia.* 2020;15(3):74.
6. Grajales-Alvarez R, Gutierrez-Mata A. Orbital metastases from breast cancer: A retrospective analysis of 28 cases. *Cancer Treat Res Commun.* 2020;24:100184.
7. Togashi K, Nishitsuka K, Hayashi S, Namba H, Goto S, Takeda Y, et al. Metastatic Orbital Tumor From Breast Ductal Carcinoma With Neuroendocrine Differentiation Initially Presenting as Ocular Symptoms: A Case Report and Literature Review. *Front Endocrinol (Lausanne).* 22 de febrero de 2021;12:625663.
8. Blohmer M, Zhu L, Atkinson JM, Beriwal S, Rodríguez-López JL, Rosenzweig M, et al. Patient treatment and outcome after breast cancer orbital and periorbital metastases: a comprehensive case series including analysis of lobular versus ductal tumor histology. *Breast Cancer Res.* diciembre de 2020;22(1):1-14.
9. Parrozzani R, Frizziero L, Testi I, Miglionico G, Perrini P, Pulze S, et al. Intraocular Metastases Secondary to Breast Carcinoma Correlates With Upregulation of Estrogen and Progesterone Receptor Expression in the Primary Tumor. *Invest Ophthalmol Vis Sci.* 1 de agosto de 2016;57(10):3944-8.
10. Pierson TM, Tebit EV, El Sayed A, Smolkin ME, Dillon PM. Orbital Metastases from Breast Cancer: Retrospective Analysis at an Academic Cancer Center. *Breast J.* julio de 2016;22(4):447-50.
11. Karti O, Ozdemir O, Top Karti D, Zengin MO, Tatli S, Kusbeci T, et al. Orbital Metastasis Secondary to Breast Cancer: A Rare Cause of Unilateral External Ophthalmoplegia. *Neuroophthalmology.* 45(3):181-3.
12. Uno M, Miyoshi K, Takahashi H, Nakagawa T, Kaneyasu Y. [Three Cases of Orbital Metastasis from Breast Cancer

- Treated with Radiotherapy]. *Gan To Kagaku Ryoho*. marzo de 2021;48(3):371-3.
- 13 .Wiegel T, Bottke D, Kreusel KM, Schmidt S, Bornfeld N, Foerster MH, et al. External beam radiotherapy of choroidal metastases--final results of a prospective study of the German Cancer Society (ARO 95-08). *Radiother Oncol*. julio de 2002;64(1):13-8.
  14. Chik JYK, Leung CWL, Wong KH. Palliative radiation therapy for patients with orbital and ocular metastases. *Annals of Palliative Medicine*. noviembre de 2020;9(6):4458466-4454466.
  15. Riva G, Augugliaro M, Piperno G, Ferrari A, Rondi E, Vigorito S, et al. CyberKnife radiotherapy for orbital metastases: A single-center experience on 24 lesions. *European Journal of Ophthalmology*. 1 de enero de 2019;29(1):61-8.
  16. Piezzo M, Chiodini P, Riemma M, Cocco S, Caputo R, Cianniello D, et al. Progression-Free Survival and Overall Survival of CDK 4/6 Inhibitors Plus Endocrine Therapy in Metastatic Breast Cancer: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Int J Mol Sci*. 3 de septiembre de 2020;21(17):6400.

# Infarto esplénico como presentación de lupus eritematoso sistémico, reporte de caso

## Splenic infarction as debut of systemic lupus erythematosus, case report

Pedro Sotelo Jiménez<sup>1,2,a</sup>, Mercy Fernández Meza<sup>1,a</sup>, Rosa Morales Azcona<sup>1,a</sup>, Jesús Gamarra Aguirre<sup>1,a</sup>, César García Vergara<sup>1,a</sup>, Diego Sueldo Espinoza<sup>1,b</sup>

<sup>1</sup> Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, EsSalud, Lima, Perú.

<sup>2</sup> Universidad Peruana Cayetano Heredia.

<sup>a</sup> Médico Asistente Especialista en Medicina Interna.

<sup>b</sup> Interno de Medicina.

**Recibido:** 01 de noviembre 2024

**Aprobado:** 30 de noviembre 2024

### Contribución de los autores

PSJ: Conceptualización, recursos, redacción de borrador original. PSJ, MFM, RMA, JGA, CGV, DSE: Redacción – revisión y edición, aprobación de la versión final.

### Conflictos de interés

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

### Fuentes de financiamiento

Autofinanciado.

### Citar como

Sotelo P, Fernández M, Morales R, Gamarra J, García C, Sueldo D. Infarto esplénico como presentación de lupus eritematoso sistémico, reporte de caso. Rev Med Rebagliati. 2024;4(3):110-4. doi: 10.70106/rmr.v4i3.43

### RESUMEN

El infarto esplénico es una patología rara y está asociado a enfermedades sistémicas. El Síndrome antifosfolipídico (SAF) es una entidad que se presenta en las enfermedades autoinmunes como es el lupus eritematoso sistémico (LES). Se describe un caso de una paciente mujer de 32 años admitida por fiebre y adenopatías cervicales, pancitopenia con anemia hemolítica y dolor abdominal. En la tomografía abdominal se evidenció infarto esplénico. Se le realizó esplenectomía de emergencia. Las pruebas de laboratorio como anticuerpos antinucleares (ANA), anticardiolipinas y anticoagulante lúpico resultaron positivas. Recibió prednisona y warfarina con buena evolución clínica al año del seguimiento ambulatorio. Este reporte resalta la importancia de incluir al infarto esplénico por SAF secundario a LES como diagnóstico diferencial de los pacientes con dolor abdominal agudo y considerar a la tomografía abdominal y marcadores inmunológicos como método de elección diagnóstica para esta entidad.

**Palabras clave:** Infarto esplénico, Síndrome antifosfolipídico, Lupus eritematoso sistémico (fuente: DeCS-Bireme).

### ABSTRACT

Splenic infarction is a rare pathology and is associated with systemic diseases. Antiphospholipid syndrome (APS) is an entity that occurs in autoimmune diseases such as systemic lupus erythematosus (SLE). A case is described of a 32-year-old female patient admitted for fever and cervical lymphadenopathy, pancytopenia with hemolytic anemia and abdominal pain. The abdominal tomography revealed splenic infarction. An emergency splenectomy was performed. Laboratory tests such as antinuclear antibodies (ANA), anticardiolipins and lupus anticoagulant were positive. He received prednisone and warfarin with good clinical progress one year after outpatient follow-up. This report highlights the importance of including splenic infarction due to APS secondary to SLE as a differential diagnosis of patients with acute abdominal pain and considering abdominal tomography and immunological markers as the diagnostic method of choice for this entity.

**Keywords:** Splenic infarction, Antiphospholipid syndrome, Systemic lupus erythematosus (source: MeSH NLM).

### Correspondencia

Dr. Pedro Paolo Sotelo Jiménez  
Dirección: Domingo Cueto N° 120.  
Jesús María. Lima, Perú.  
Teléfono: 12654901 - anexo 1209  
Celular: 999 675 855  
E-mail: pedro.sotelo.j@upch.pe

## INTRODUCCIÓN

El infarto esplénico es una patología rara y entre las causas que lo ocasionan están las enfermedades tromboembólicas como la fibrilación auricular y la endocarditis bacteriana. Las otras etiologías no embólicas incluyen los trastornos hematológicos como la policitemia vera, las enfermedades mieloproliferativas, los linfomas, las leucemias, así como las anemias hemolíticas y hemoglobinopatías como la anemia de células falciformes, también algunas enfermedades autoinmunes como el lupus eritematoso sistémico (LES), vasculitis, neoplasias, los estados de hipercoagulabilidad como el síndrome antifosfolipídico (SAF) <sup>(1,2)</sup>.

El SAF es un trastorno autoinmune sistémico que puede causar episodios tromboembólicos asociadas con anticuerpos antifosfolípidos. Puede dividirse en primario o secundario, dependiendo de la presencia de enfermedad autoinmune subyacente, como es el LES <sup>(2)</sup>.

## CASO CLÍNICO

Paciente mujer de 32 años procedente de la ciudad de Cañete, con antecedente de endometriosis e histerectomía hace 4 años atrás. Presentó un tiempo de enfermedad de 2 meses caracterizado por adenopatías cervicales, fiebre, diaforesis y astenia por lo que estuvo siendo estudiada de forma ambulatoria en un centro médico local sin precisar diagnóstico.

Hace 2 semanas antes de ingreso hospitalario, ante la persistencia de síntomas y al presentar mayor cansancio y palidez acudió por Emergencia del Hospital Rebagliati de Lima, en donde se decidió su hospitalización.

A la exploración física inicial se encontró: en regular estado general y con signos vitales estables, destacaba la presencia de las adenopatías cervicales izquierdas de 1,5 cm, móviles y poco dolorosas. Además de palidez marcada, escleras con tinte icterico. No se encontró úlceras orales, no lesiones cutáneas, se palpó hepatoesplenomegalia a 3 cm debajo reborde costal. No hubo evidencia de artritis y no se encontró focalización neurológica.

En el primer resultado de hemograma se encontró 3,130 leucocitos; Hemoglobina 5,8 gr/dL, y plaquetas de 105,000.

En emergencia inicialmente se le realizó ecografía y tomografía corporal total con contraste, la cual fue informada con la presencia de múltiples linfonódulos cervicales bilaterales, axilares, iliacas e inguinales; planteándose el diagnóstico inicial de síndrome linfoproliferativo. Se hospitalizó en el Servicio de Medicina Interna I- 3C para estudio del caso. En la biopsia por aspiración de aguja fina (BAAF) de

adenopatía cervical izquierda se encontró células redondas pequeñas y atípicas, tejido linfóide con hiperplasia reactiva inespecífica. Planteándose así la exéresis ganglionar con estudio de inmunohistoquímica y el estudio de mielograma por la persistencia de citopenias la cual fue informada finalmente como médula ósea reactiva, sin presencia de blastos.

En hospitalización encontramos los siguientes resultados: Hemograma: 2,740 leucocitos, hemoglobina 7,24 g/dL, volumen corpuscular medio (VCM) 95 fl, plaquetas 94,000. Glicemia ayunas 100 mg/dl, úrea 30 mg/dL, creatinina 0,51 mg/dl, ASAT 43 U/L, ALAT 29 U/L, bilirrubina total: 2,22 mg/dL, bilirrubina indirecta 1,81 mg/d, fosfatasa alcalina 191 U/L, albúmina 3,51 g/L, LDH 555 mg/dL, haptoglobina: 25 mg/dL; coombs directo positivo, complemento C3 en 61 mg/dL, complemento C4 (bajo) 7.0 mg/dL, proteinuria 0,53 g/L, B<sub>2</sub> microglobulina 2.05 mg/dl; tiempo de protrombina 11,65 segundos, tiempo de tromboplastina 33,16 segundos, fibrinógeno 414 mg/dL; antitrombina III 104%, proteína C 107%, proteína S 79%. Depuración de creatinina en orina de 24 horas 124 ml/min, urocultivo y hemocultivos negativos, dímero D 2,8 ug/mL; PCR 3,9, amilasa 58 U/L, lipasa: 101 U/L, Ag p24 HIV no reactivo, IgM para TORCH negativo; BAAR de esputo negativo.

A los 5 días de internamiento, la paciente cursó con dolor abdominal agudo en epigastrio e hipocondrio izquierdo de intensidad 10/10 y se le indicó una nueva tomografía abdominal contrastada de urgencia, la que mostró imágenes compatibles con infarto en el bazo (figura 1), requiriendo para ello manejo quirúrgico de emergencia (esplenectomía) (figura 2).

Dentro de los exámenes auxiliares resaltó la pancitopenia con anemia hemolítica autoinmune por anticuerpos calientes, proteinuria leve y serositis evidenciada en el estudio tomográfico ampliado de tórax (derrame pleural izquierdo y pericárdico homogéneo leve). El electrocardiograma no evidenció

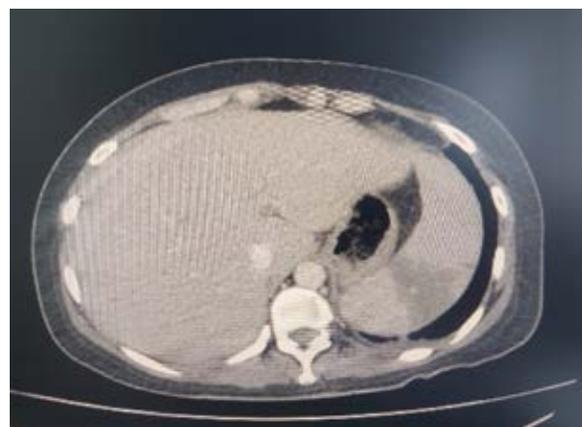


Figura 1. Tomografía: Muestra la lesión hipodensa inicial (infarto) en el bazo.



Figura 2. Muestra pieza operatoria de infarto esplénico, congestión y hemorragia.

arritmia ni isquemia miocárdica. En el ecocardiograma, la fracción eyección del ventrículo izquierdo se encontró preservada, sin vegetaciones, ni valvulopatías.

Los anticuerpos antinucleares fueron positivos (título >1/5120) con patrón mixto nuclear moteado centromérico, así como autoanticuerpo Anti-RNP, autoanticuerpo anti-Smith positivos. El anticoagulante lúpico y la anticardiolipina fueron también positivos IgM >120 U/mL y IgG 105 U/mL. No se realizó anti-Beta 2 glicoproteína por estar agotado el reactivo en el laboratorio.

La biopsia ósea se informó como médula normocelular y libre de infiltración neoplásica. El resultado anatomopatológico del bazo confirmó infarto esplénico con adenitis crónica e hiperplasia marginal e histiocitosis sinusal de aspecto autoinmune, sin evidencia de neoplasia maligna.

Con el diagnóstico final planteado de LES severo y SAF secundario, se inició pulsos con 500 mg de metilprednisolona endovenoso por 5 días, enoxaparina 50 mg cada 12 horas, hidroxicloroquina y micofenolato por vía oral. Sin embargo, se suspendió temporalmente por evidencia de nuevo episodio de fiebre, así como aumento de reactantes de fase aguda, lo cual fue

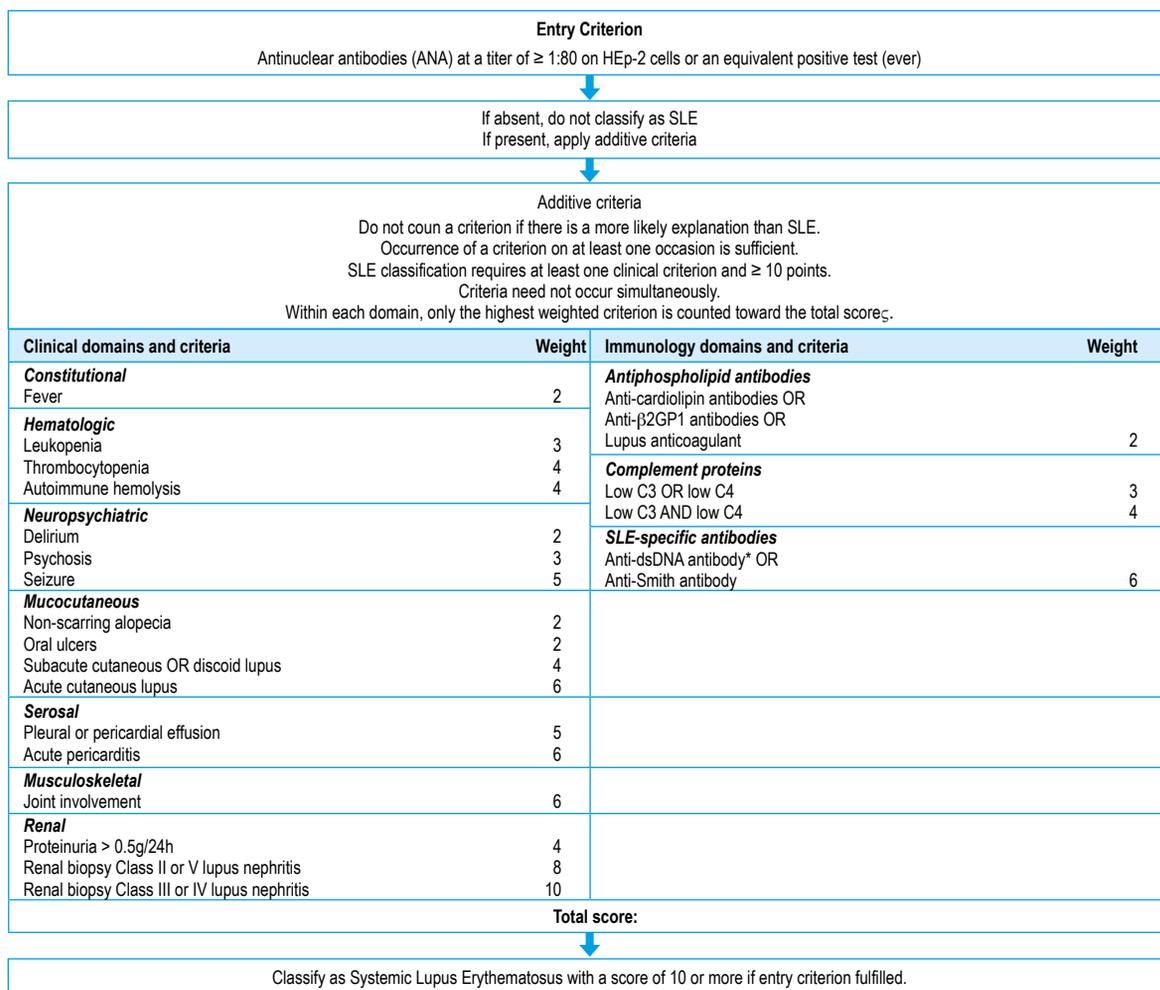


Figura 3. Criterios clasificación de LES según EULAR 2019.

catalogado y confirmado por tomografía como la presencia de una colección de lecho esplénico con aislamiento bacteriano a pseudomona aeruginosa y enterococo faecalis; requiriendo la colocación de un catéter para drenaje percutáneo por el servicio de radiología intervencionista, se le administró antibióticos de amplio espectro por vía endovenosa (meropenem más vancomicina) por 4 semanas. Superado el cuadro infeccioso, paciente evoluciona favorablemente y fue dada de alta estable, continuó controles periódicos a los 3, 6 y 12 meses por consultorio externo con la especialidad de Medicina Interna y Reumatología en forma ambulatoria, actualmente recibe 10 mg de

prednisona, así como anticoagulación oral con 5 mg de warfarina (INR 2.3); con ello se logró un adecuado control de la enfermedad reumatológica, sin requerir nueva complicación, reincorporándose a su actividad laboral.

## DISCUSIÓN

El síndrome antifosfolípido (SAF) es un síndrome de hipercoagulabilidad autoinmune que puede causar eventos tromboembólicos. Puede presentarse como una enfermedad primaria y también manifestarse en el contexto de otras enfermedades reumatológicas como el lupus eritematoso sistémico <sup>(2-4)</sup>.

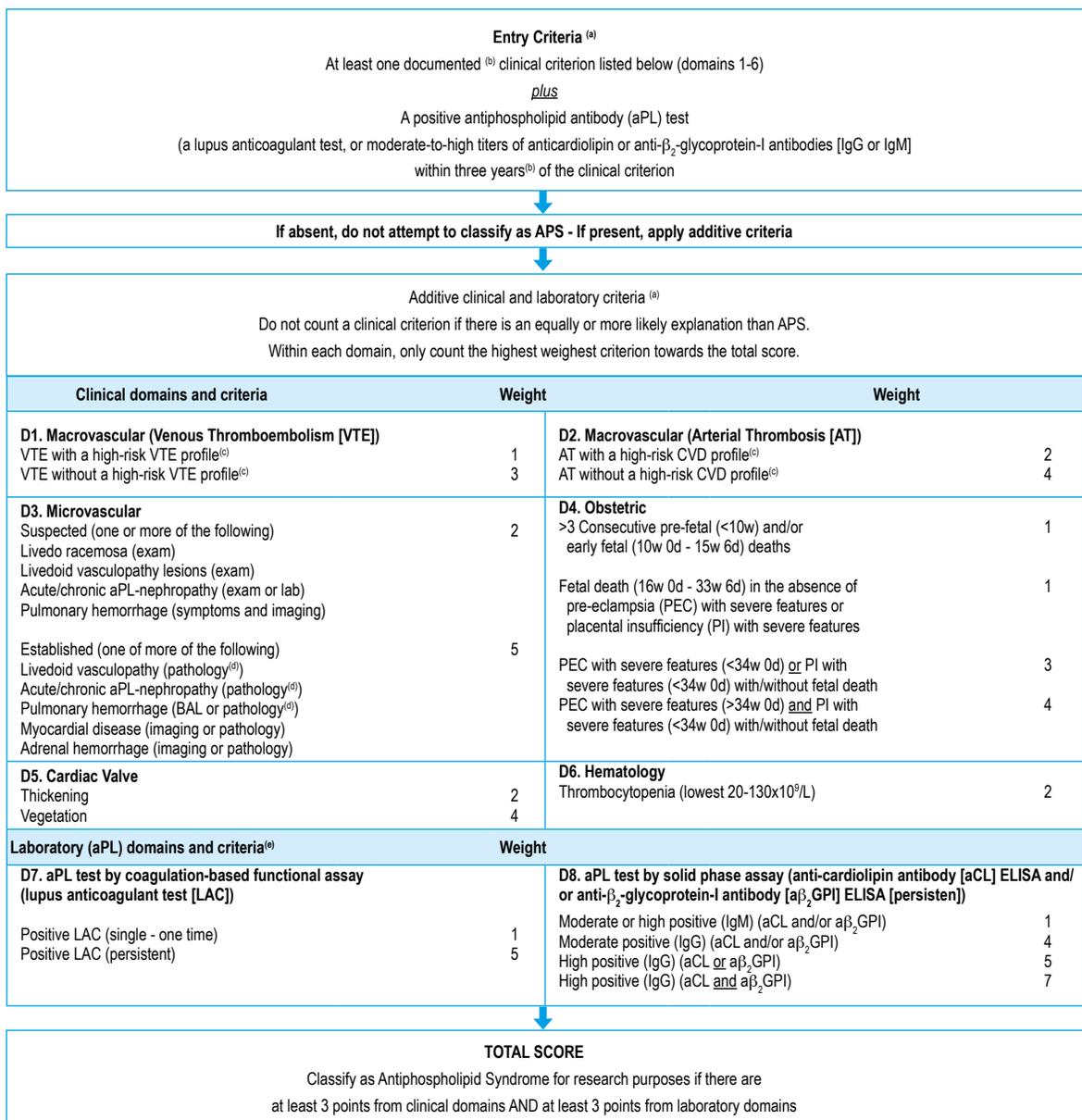


Figura 4. Criterios de clasificación de SAF según EULAR 2023.

Pocas series de casos proporcionan una descripción actual, completa y detallada del infarto esplénico, una afección muy poco común, reportándose entre el 1,1 y el 1,8% de los pacientes con SAF<sup>(1,3)</sup> y que se debe tenerse como diagnóstico diferencial ante una presentación de dolor abdominal agudo en el grupo de mujeres jóvenes<sup>(5)</sup> que requieren tomografía abdominal contrastada como método de elección de imagen de ayuda diagnóstica<sup>(2,6,7)</sup>.

Según los criterios diagnósticos y clasificación de EULAR para LES, se requiere un ANA (+) así como, un puntaje mínimo de 10 (sumatoria de criterios clínicos y laboratoriales)<sup>(8)</sup>; el caso de nuestra paciente presentó una puntuación de 14 (Figura 3). Por otro lado, el infarto esplénico como una entidad rara, abarca diferentes etiologías, entre ellas el síndrome antifosfolípido (SAF) que se caracteriza por trombosis clínica: arterial, venosa o microvascular; así como laboratorial: anticuerpos antifosfolípidos persistentes (aPL), con al menos 2 pruebas de aPL realizados con al menos 12 semanas de diferencia; el cual puede ser primario o asociado a otras entidades<sup>(9,10)</sup>. En este caso, se cumple el criterio clínico (infarto esplénico) y laboratorial (dosaje de anticuerpos antifosfolípidos positivos persistentes) (Figura 4).

En la evolución clínica hospitalaria se realizó esplenectomía, presentó una complicación infecciosa que fue tratada oportunamente y en su seguimiento ambulatorio se encuentra estable, recibiendo warfarina y prednisona, tal como recomiendan las guías de manejo internacionales<sup>(9,11,12)</sup>.

Finalmente, aunque es poco frecuente, el infarto esplénico se manifiesta por dolor abdominal agudo y puede ser la presentación inicial del síndrome antifosfolípido. Por lo antes mencionado, se debe tener en cuenta la utilidad de la tomografía abdominal en las pacientes jóvenes con sospecha de SAF y éste sea secundario a una enfermedad autoinmune como es el LES.

**Aspectos Éticos:** Esta investigación cumple todos los principios éticos de la declaración de Helsinki. Se obtuvo el consentimiento de la paciente y de los profesionales involucrados en el caso.

### Agradecimientos

Al equipo de trabajo multidisciplinario del Hospital Rebagliati, el Servicio de Medicina Interna 3C, Cirugía de Hígado y de guardia, Anatomía Patológica, URVI y Reumatología; También a la paciente y familiares por su colaboración, perseverancia durante su estadía hospitalaria y seguimiento posterior.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Schattner A, Adi M, Kitroser E, Klepfish A. Acute Splenic Infarction at an Academic General Hospital Over 10 Years: Presentation, Etiology, and Outcome. *Medicine (Baltimore)* [Internet]. septiembre de 2015 [citado 17 de septiembre de 2024];94(36):e1363. Disponible en: <https://journals.lww.com/00005792-201509020-00005>
- Azañero-Haro J, Chambi L, Soto A. Infarto esplénico como presentación del síndrome antifosfolípido y lupus eritematoso sistémico: reporte de un caso. *Rev Colomb Reumatol* [Internet]. enero de 2024 [citado 17 de septiembre de 2024];31(1):127-32. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0121812322000536>
- Wand O, Tayer-Shifman OE, Khoury S, Hershko AY. A practical approach to infarction of the spleen as a rare manifestation of multiple common diseases. *Ann Med* [Internet]. 18 de agosto de 2018 [citado 17 de septiembre de 2024];50(6):494-500. Disponible en: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/07853890.2018.1492148>
- Jeong HY, Kang SH, Song JH, Shin SY, Min D, Han KH, et al. Splenic Infarction as the Initial Manifestation of Antiphospholipid Syndrome in a Systemic Lupus Erythematosus Patient. *Korean J Med* [Internet]. 2014 [citado 17 de septiembre de 2024];86(5):651. Disponible en: <http://ekjm.org/journal/view.php?doi=10.3904/kjm.2014.86.5.651>
- Zou X, Fan Z, Zhao L, Xu W, Zhang J, Jiang Z. Gastrointestinal symptoms as the first manifestation of antiphospholipid syndrome. *BMC Gastroenterol* [Internet]. diciembre de 2021 [citado 17 de septiembre de 2024];21(1):148. Disponible en: <https://bmcgastroenterol.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12876-021-01736-2>
- Hadfield MJ, Thumar JR. Antiphospholipid Syndrome Presenting With Splenic Infarct. *JCR J Clin Rheumatol* [Internet]. enero de 2021 [citado 17 de septiembre de 2024];27(1):e19-e19. Disponible en: <https://journals.lww.com/10.1097/RHU.0000000000001207>
- Wang G, Zhuo N, Li J. Gastrointestinal: Lupus enteritis with splenic infarction. *J Gastroenterol Hepatol* [Internet]. febrero de 2022 [citado 17 de septiembre de 2024];37(2):280-280. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jgh.15624>
- Aringer M, Costenbader K, Daikh D, Brinks R, Mosca M, Ramsey-Goldman R, et al. 2019 European League Against Rheumatism/American College of Rheumatology Classification Criteria for Systemic Lupus Erythematosus. *Arthritis Rheumatol* [Internet]. septiembre de 2019 [citado 17 de septiembre de 2024];71(9):1400-12. Disponible en: <https://acrjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/art.40930>
- Barbhaiya M, Zuily S, Naden R, Hendry A, Manneville F, Amigo MC, et al. 2023 ACR/EULAR antiphospholipid syndrome classification criteria. *Ann Rheum Dis* [Internet]. octubre de 2023 [citado 17 de septiembre de 2024];82(10):1258-70. Disponible en: <https://ard.bmj.com/lookup/doi/10.1136/ard-2023-224609>
- García D, Erkan D. Diagnosis and Management of the Antiphospholipid Syndrome. Longo DL, editor. *N Engl J Med* [Internet]. 24 de mayo de 2018 [citado 17 de septiembre de 2024];378(21):2010-21. Disponible en: <http://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMra1705454>
- Capecchi M, Ciavarella A, Artoni A, Abbattista M, Martinelli I. Thrombotic Complications in Patients with Immune-Mediated Hemolysis. *J Clin Med* [Internet]. 18 de abril de 2021 [citado 17 de septiembre de 2024];10(8):1764. Disponible en: <https://www.mdpi.com/2077-0383/10/8/1764>
- Fanourakis A, Kostopoulou M, Andersen J, Aringer M, Arnaud L, Bae SC, et al. EULAR recommendations for the management of systemic lupus erythematosus: 2023 update. *Ann Rheum Dis* [Internet]. enero de 2024 [citado 17 de septiembre de 2024];83(1):15-29. Disponible en: <https://ard.bmj.com/lookup/doi/10.1136/ard-2023-224762>

## Instrucciones para los autores

Los artículos enviados a la Revista Médica Rebagliati deben tratar temas relacionados al área biomédica y de Salud Pública, y ser originales e inéditos.

La Revista Médica Rebagliati es una publicación oficial del Cuerpo Médico del Hospital Edgardo Rebagliati Martins, destinada a la publicación y difusión de investigaciones y experiencias desarrolladas en las áreas de la medicina clínica y quirúrgica a nivel nacional e internacional.

Es una publicación que se edita un volumen por año dividido en cuatro números de periodicidad trimestral.

Los artículos que se publican en la Revista Médica Rebagliati se distribuyen en las siguientes secciones: Editorial, Artículos Originales, Artículos de Revisión, Casos Clínicos, Artículos Especiales y Cartas al Editor. La Revista Médica Rebagliati se edita de acuerdo a los "Requerimientos uniformes para los manuscritos remitidos a las revistas biomédicas (<http://www.icmje.org/>).

El artículo debe ser presentado mediante una carta dirigida al Editor Jefe de la Revista Médica Rebagliati, solicitando la evaluación para ser considerada su publicación. La carta debe incluir el título del trabajo, el nombre completo de los autores y tipo de trabajo. La carta deberá ser firmada por uno de los autores.

Se debe adjuntar una declaración jurada firmada por todos los autores (según formato establecido), que el artículo presentado es propiedad intelectual de los autores y que no ha sido publicado, ni presentado para evaluación en otra revista, cediendo los derechos de autor a la Revista Médica Rebagliati una vez que el artículo sea aceptado para su publicación.

La solicitud debe incluir primera página, manuscrito, anexos y deberá ser firmada por uno de los autores.

### Primera página

Debe incluir:

**Título:** en español e inglés (debe ser corto y claro, con una extensión máxima de 20 palabras).

**Título corto:** No debe sobrepasar las 7 palabras.

**Identificación de los autores:** con la siguiente información de cada uno de ellos: nombre y apellidos

(como deseen aparecer en la revista), una o dos filiaciones institucionales (incluyendo ciudad y país), profesión y el mayor grado académico (o especialidad). Además, correos electrónicos y código ORCID de cada autor (con el formato <https://orcid.org/xxxx-xxxx-xxxx-xxxx>).

**Contribuciones de los autores:** indicar la participación de cada autor en el artículo siguiendo las recomendaciones CrEDIT (<https://credit.niso.org/>)

- **Conceptualización:** Formulación de ideas, objetivos y metas generales de la investigación.
- **Metodología:** Desarrollo, diseño de metodología, y/o creación de modelos.
- **Software:** Programación, desarrollo de software, diseño de programas informáticos para computadoras, implementación de código y algoritmos de soporte técnico, testeado de componentes de código ya existentes.
- **Validación:** Comprobación de la replicabilidad y reproducibilidad de los resultados, experimentos y otros productos de la investigación.
- **Análisis formal:** Aplicación de técnicas estadísticas, matemáticas, computacionales, u otras técnicas formales para analizar o sintetizar datos de estudio.
- **Investigación:** Desarrollo del proceso de investigación, específicamente realizar experimentos o recopilación de datos / evidencias.
- **Recursos:** Suministrar los materiales de estudio, reactivos, pacientes, animales, muestras de laboratorio, instrumentos, recursos informáticos u otras herramientas para el análisis.
- **Curaduría de datos:** Actividades para gestionar metadatos, eliminar y mantener datos de investigación, en fases de uso y reúso.
- **Redacción - borrador original:** Preparación, creación y / o presentación del trabajo publicado, específicamente, la redacción del borrador inicial (incluye, si pertinente en cuanto al volumen de texto traducido, el trabajo de traducción).
- **Redacción - revisión y edición:** Preparación, creación y / o presentación del trabajo publicado incluyendo las etapas previas a la publicación.
- **Visualización:** Preparación, creación y/o presentación del trabajo publicado.

- **Administración del proyecto:** Gestión y coordinación para actividades de planeamiento y ejecución de la investigación
- **Supervisión:** Responsabilidad en la supervisión y liderazgo para la planificación y ejecución de la actividad de investigación, incluyendo las tutorías externas.
- **Adquisición de fondos:** Apoyo financiero para la ejecución y publicación de la investigación.

**Fuente de financiamiento:** indicar si el trabajo fue autofinanciado o financiado por alguna institución.

**Declaración de conflictos de interés.** Debe declarar cualquier relación, condición o circunstancia que vulnere la interpretación del artículo; la cual puede ser económica o institucional (consultorías, becas, pagos por viajes, viáticos, etc.).

**Correspondencia:** indicar el nombre del autor corresponsal, la dirección y correo electrónico del autor corresponsal, quien será el contacto durante el proceso editorial y posterior a la publicación del artículo.

Si la investigación ha sido presentada a un algún evento científico (ej. congresos científicos, jornadas científicas) o forma parte de una tesis, los autores deben colocar la cita correspondiente bajo el título.

### Manuscrito

El formato de envío debe ser un archivo Word, en tamaño A4, margen de 2,5 cm, en letra Arial de 11 puntos a espacio doble. La extensión máxima según tipo de artículo es la indicada en la sección Estructura y tipos de artículos.

La revista utiliza el Sistema Internacional de Unidades. Para separar los decimales se utilizará comas para la versión en español y puntos para el inglés. Los nombres científicos de las especies deben ser colocados en cursiva. Cuando se usen abreviaturas, el significado debe colocarse entre paréntesis al momento de la primera mención. Al referirse a varios autores en el cuerpo del artículo, señalar el apellido del primer autor seguido de *et al.*

### Palabras clave

Se deben presentar en español e inglés donde cada término se separará por punto y coma. Se debe colocar un mínimo de tres y un máximo de cinco. Para las palabras clave en español debe emplearse los "descriptores en ciencias de la salud" - DeCS de BIREME (<http://pesquisa.bvsalud.org/portal/decs-locator/?lang=es>) y en inglés MeSH de la NLM (<https://meshb.nlm.nih.gov/search>).

### Figuras y tablas

Las tablas y figuras se deben presentar al final del manuscrito (con su respectiva numeración). Las tablas y figuras empleadas deben ser enviadas en archivos individuales y en el formato editable que fue creado para su posterior edición con fines de diagramación. En ambos casos, se deben colocar las llamadas a las tablas y figuras dentro del contenido del manuscrito.

**Figuras:** incluyen gráficos estadísticos, diagramas, mapas, fotografías o gráficos. Las fotografías deben tener una resolución de 300 píxeles/pulgada si están en formato TIF o JPG. En las figuras no se deben repetir datos ya incluidos en el texto. Las fotografías de objetos y las microfotografías deben contener una escala que permita calibrar las medidas. Los símbolos y flechas situados para facilitar la interpretación deben hacer contraste con el fondo. No deben incluirse los nombres de los pacientes u otro dato que los identifique. En las figuras donde se muestren los rostros de los pacientes se debe colocar una franja oscura que cubra los ojos para no permitir la identificación del paciente, además los autores deben adjuntar la autorización escrita del paciente o su representante legal otorgando su consentimiento para la publicación de las fotos. Si se incluyera una figura previamente publicada se debe indicar la fuente de origen y remitir el permiso escrito del titular de los derechos de autor.

**Tablas:** solo se colocarán líneas horizontales, una para separar el encabezado del cuerpo de la tabla y otra al final de la tabla, en ningún caso debe incluirse líneas verticales. Las tablas deberán estar en Word o Excel. No duplicar el material presentado en una figura.

### Referencias bibliográficas

Deben estar referenciadas en el texto de la siguiente forma: si es una cita: (1) o si es más de una: (1-3), en superíndice, en paréntesis y ordenadas correlativamente según el lugar de aparición. Se usará el formato Vancouver de acuerdo con las normas del ICMJE ([http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform\\_requirements.html](http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html)). En el caso de existir más de seis autores, se colocarán los seis primeros seguidos de *et al.* Asimismo, se debe consignar el DOI al final de la referencia, si lo tuviera.

### Estructura y tipos de artículos

#### Editorial

Estará referida a algún tópico de interés del ámbito de la revista. No deben sobrepasar las 1500 palabras, excluidas las referencias bibliográficas. También pueden incluirse una tabla y una figura. Las editoriales deben llevar título y referencias bibliográficas. Se presentan a solicitud del Editor.

### Artículos originales

Son producto de investigación científica, inédita, del ámbito de interés de la revista. Debe contener aproximadamente las 5000 palabras (resumen, cuerpo del artículo, bibliografía, tablas y figuras incluidos).

- **Resumen y Abstract.** Debe contener un resumen estructurado conformado por: objetivo, materiales y métodos, resultados y conclusiones. En idiomas español e inglés. Debe contener aproximadamente las 250 palabras.
- **Palabras clave y Keywords.** Debe contener un mínimo de tres y un máximo de seis, en español e inglés. Deben emplearse los "descriptores en ciencias de la salud" de BIREME (<http://DeCS.bvs.br/>) para el español y los MeSH de la NLM ([www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh)).
- **Introducción.** Debe ser redactado de lo general a lo específico, usualmente menos del 20% de la extensión total del artículo, incluye información del qué se sabe (antecedentes relevantes), el qué no se sabe (vinculado con la pregunta de investigación), y el qué se va a hacer (objetivos).
- **Materiales y métodos.** Debe describir la metodología empleada, de modo que permita la reproducción del estudio y la evaluación de la calidad de la información. Se recomienda la revisión de los consensos internacionales, tales como: STROBE para observacionales, STARD para pruebas diagnósticas, CONSORT para ensayos clínicos, PRISMA para revisiones sistemáticas, SRQR para estudios cualitativos, CHEERS para evaluaciones económicas, los cuales pueden encontrarlos en [www.equator-network.org](http://www.equator-network.org).
- **Resultados.** Debe contener de forma clara y precisa los resultados de la investigación. Las tablas y figuras deben tener un llamado en el texto.
- **Discusión.** Debe contener los principales resultados para compararlos con otros estudios, presentar diferencias o similitudes, y explicar el porqué de ellas. Se debe mencionar las principales limitaciones (sesgos), explicando porque no invalidan sus hallazgos. Finalmente, se debe colocar las conclusiones que sustentan en los resultados obtenidos y responden a los objetivos del estudio.

### Artículos de revisión

Deben incluir una búsqueda amplia de la literatura, ser del área de interés de la revista, el límite de

palabras debe ser de 5000 (excluidos el resumen), con la siguiente estructura: resumen no estructurado de hasta 250 palabras, palabras clave, introducción, contenido (estructurado según crean conveniente los autores), discusión (incluye la conclusión) y referencias bibliográficas.

### Reportes de casos

Los reportes de casos o casos clínicos son casos que presenten una enfermedad rara o una presentación inusual de una enfermedad común. Para su redacción se recomienda seguir la guía CARE ([www.equator-network.org](http://www.equator-network.org)). La extensión máxima es de 3000 palabras incluidos el resumen. Tiene la siguiente estructura: resumen no estructurado (máximo 200 palabras), palabras clave, introducción, reporte de caso, discusión (donde se resalta el aporte o enseñanza del caso) y referencias bibliográficas. No se debe incluir información que pueda permitir identificar al paciente, en caso se incluya fotografías donde es inevitable mostrar el rostro del paciente por la condición a presentar, debe contar con la autorización explícita del paciente o su representante legal. Las figuras y fotografías deben ser de alta calidad y presentadas independientemente en formato jpg o tiff. Siempre debe ser el autor corresponsal un médico, y entre los autores deben estar los médicos tratantes.

### Artículos especiales

Están incluidos artículos que abarcan temas de opinión, sistematizaciones, experiencias y cualquier tipo de artículo que no se ajuste a las características de otras secciones. El límite de palabras es de 3000, excluido el resumen. Tiene la siguiente estructura: resumen no estructurado de hasta 200 palabras, palabras clave, introducción, contenido (estructurado según crean conveniente los autores), conclusiones y referencias bibliográficas.

### Cartas al editor

Puede ser cartas científicas o de comentario que aporten a un artículo publicado. Las cartas científicas se rean sometidas a la revisión de expertos en el tema tratado y editarse por motivos de claridad y brevedad. Las cartas no deben sobrepasar las 1000 palabras y sólo pueden tener una tabla o figura y un máximo de 10 referencias bibliográficas. Las cartas deben llevar título. Se puede incluir serie de casos o reportes de casos que presentan un resultado puntual de interés o que requieren una rápida publicación.

# Proceso de gestión editorial

El proceso de gestión editorial abarca desde la recepción de un manuscrito hasta su publicación en nuestra revista. A continuación, se detalla.

## Recepción del manuscrito

El autor envía a través de la plataforma editorial OJS su manuscrito y la documentación requerida. Se asigna de manera sistemática, los artículos a cada editor por orden de llegada. El sistema establece automáticamente el estado de "Envío".

Tiempo promedio de respuesta: siete días para recibir la comunicación del editor.

## Evaluación del Editor en jefe y del Comité editorial

El editor en jefe evalúa de manera inicial el manuscrito. Si cumple con los requisitos de formato y ámbito de la revista, lo revisa y lo presenta al Comité editorial. En caso contrario, propone el rechazo al Comité indicando las razones anteriormente señaladas (en el sistema se verá como "Rechazado").

Cuando el editor en jefe presenta el artículo al Comité, se evalúa y decide si cumple con los criterios de evaluación de la revista e indica que se solicite su revisión por pares o *peer review*. En la plataforma editorial aparecerá el estado "Revisión". En caso contrario, propone el rechazo al Comité indicando la razón (en el sistema se verá como "Rechazado").

Tiempo promedio de respuesta: de siete a 15 días para revisión del Comité editorial.

## Proceso de revisión por pares (peer review)

En esta etapa se invita a revisores externos nacionales e internacionales a la evaluación del artículo, bajo la modalidad de doble ciego. El revisor analiza el manuscrito bajo los criterios de originalidad, pertinencia, relevancia del estudio. La evaluación puede concluir con la sugerencia de aceptar el manuscrito, enviar observaciones a los autores o rechazarlo.

Esta etapa de revisión tiene un plazo determinado que puede variar de una semana a un mes, dependiendo de la disponibilidad del revisor. El estado en el sistema permanecerá en "Revisión".

Tiempo promedio de respuesta: se establece un plazo de 15 días, aunque el plazo puede extenderse hasta los 2 meses, dependiendo de la disponibilidad de revisores especializados en el tema.

## Etapa de levantamiento de observaciones

Las observaciones hechas por los revisores externos son enviadas al autor corresponsal. El plazo suele ser de hasta dos semanas, puede extenderse a pedido del autor. El estado en el sistema permanecerá en "Revisión".

Luego del envío de la versión corregida, el editor verifica que se hayan levantado correctamente las observaciones y pone la versión corregida a consideración del Comité editorial. Esta etapa puede repetirse más de una vez.

Tiempo promedio de respuesta: de 15 días hasta un plazo mayor. Este plazo puede ampliarse si se requiere una segunda ronda de revisión.

## Decisión final del Comité editorial.

Luego de la revisión de la versión corregida, el Comité editorial decide si acepta o rechaza el artículo. Si fuese aceptado, el artículo pasa a la etapa de edición (el estado en el sistema cambiará a "Editorial"); en caso contrario, se enviará el rechazo indicando las razones.

Tiempo promedio de respuesta: de siete a 15 días.

## Edición del artículo

Se edita el texto al estilo de la revista. Si fuese necesario, el editor puede consultar al autor algunas observaciones menores para subsanar.

Tiempo promedio de respuesta: de 5 a 7 días dependiendo de la cantidad de correcciones que se requiera realizar.

## Etapa de diseño, maquetación y envío de prueba de imprenta

Se diagrama el artículo al estilo de la revista y se envía la prueba de imprenta a los autores para su aprobación.

Tiempo promedio de respuesta: de 2 días para enviar la prueba de imprenta; de lo contrario se asumirá la aprobación automática.

## Cierre y publicación del artículo

Es la última fase del proceso editorial. El artículo se publica en la página web en formatos PDF y XML, HTML.

Tiempo promedio de respuesta: de 5 días para la visualización en la página web.

# Política editorial

## Políticas de autoría

La Revista Médica Rebagliati reconoce como autores a aquellos que cumplan con todos los "criterios de autoría" reconocidos por el Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas (ICMJE), donde se considera autores a quienes cumplan con los siguientes requisitos:

- Contribuir de manera significativa a la concepción o diseño del manuscrito, o a la recolección, análisis o interpretación de los datos.
- Redactar o realizar una revisión crítica del contenido del manuscrito.
- Aprobar la versión final que se publicará.
- Asumir la responsabilidad por todos los aspectos del manuscrito, para garantizar que los asuntos relacionados con la exactitud o la integridad de cualquiera de sus partes serán adecuadamente investigados y resueltos.

Para que a alguien se le reconozca como autor, debe satisfacer las cuatro condiciones mencionadas. Además, el ICMJE señalan que solo el financiamiento, la recolección de datos o la supervisión general del grupo de investigación no justifica la autoría y deben ser listados en la sección «Agradecimientos». La contribución de cada autor y el orden de aparición en el artículo es responsabilidad de los autores, la revista no tiene injerencia en estos aspectos.

## Política de plagio, publicación duplicada y fabricación de datos

La Revista Médica Rebagliati (RMR) se adhiere a las recomendaciones del Committee in Publication Ethics (COPE) y el International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), en relación a las siguientes faltas éticas en la publicación científica:

- Fraude científico (plagio, falsificación o fabricación de datos);
- Autoría (autoría injustificada, autoría incompleta)
- Publicaciones redundantes o "hermanas";
- Afiliación institucional;
- No declaración de conflictos de interés.

En caso se detecten faltas éticas durante el proceso de publicación, el artículo será rechazado; en caso el artículo haya sido publicado, se procederá a generar

una retractación, previa investigación y respetando el derecho a defensa de los implicados.

Los editores de RMR pueden publicar en la revista, quedando impedidos de participar en los procesos editoriales de sus manuscritos y en las discusiones sobre los mismo.

## Política de revisión por pares

La revisión por pares tiene la finalidad de garantizar la calidad de los artículos a publicar. Esta revisión es de doble ciego. La selección de los revisores se hace en función de su experticia en el tema (comprobada a través de sus publicaciones y grado académico), o por su experticia en temas metodológicos (p.e. especialistas en Bioestadística, Epidemiología, etc.). La revisión es *ad honorem*. Todo revisor tiene la obligación de declarar posibles conflictos de interés respecto al artículo encargado e inhibirse de la revisión; además, deberá guardar la privacidad de los datos contenidos en el artículo. El revisor es externo e independiente a la revista.

La calificación puede concluirse en: a) aceptado sin modificaciones; b) publicable con observaciones menores; c) publicable con observaciones mayores; d) no publicable. Además, el revisor puede recomendar la publicación de un artículo, pero en otra sección de la revista (p.e. antes que artículo original como original breve).

En función de las observaciones de los revisores, el Comité Editorial decidirá finalmente si es que el artículo puede publicarse, su no aprobación o el envío de observaciones al autor.

## Políticas de conflictos de Interés

El Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS) definen los conflictos de interés como aquellas situaciones en las que hay un riesgo sustancial de que los intereses secundarios de una o varias partes interesadas en una investigación incidan de forma indebida sobre su juicio y de ese modo comprometan o socaven el objetivo primario de la investigación.

Los conflictos de interés financiero incluyen (pero no se limitan a):

- Recibir reembolsos, honorarios, financiación o salario de una organización que de alguna manera

pueda ganar o perder financieramente con la publicación del manuscrito, ya sea ahora o en el futuro.

- Poseer acciones o participaciones en una organización que de alguna manera pueda ganar o perder financieramente con la publicación del manuscrito, ya sea ahora o en el futuro.
- Ser titular o solicitar patentes relacionadas con el contenido del manuscrito.
- Recibir reembolsos, honorarios, financiación o salario de una organización que posea o haya solicitado patentes relacionadas con el contenido del manuscrito.

Los conflictos de interés no financiero incluyen (pero no se limitan a) intereses relacionados a los siguientes aspectos:

- Políticos
- Personales
- Religiosos
- Ideológicos
- Académicos
- Intelectuales

Los autores deben declarar los potenciales o existentes conflictos de intereses en relación con su investigación. Se debe brindar el detalle sobre el tipo de vínculo o relación con terceros o con la Institución (con o sin fines de lucro) donde se desarrolló la investigación, cuyos intereses puedan verse afectados por el contenido del manuscrito. En caso de detectar una falta relacionada a la declaración de conflictos de interés, se procederá de acuerdo a las recomendaciones del Comité de Ética en Publicaciones (COPE).

#### **Políticas de consentimiento informado**

La Revista Médica Rebagliati requiere que todos los artículos que involucren investigación en seres humanos declaren explícitamente que se obtuvo el consentimiento informado.

Para los reportes de caso, los autores deben declarar si cuentan con el consentimiento informado del paciente o los familiares responsables.

El consentimiento informado debe incluir el permiso para la publicación del mismo y sus fotografías en revistas científicas.

#### **Política de acceso abierto**

La revista se adhiere a la licencia Creative Commons 4.0 International (CC BY 4.0):

- Compartir — copiar y redistribuir el material en cualquier medio o formato para cualquier propósito, incluso comercialmente.
- Adaptar — remezclar, transformar y construir a partir del material para cualquier propósito, incluso comercialmente.

#### **Bajo los siguientes términos:**

- Atribución — Usted debe dar crédito de manera adecuada, brindar un enlace a la licencia, e indicar si se han realizado cambios. Puede hacerlo en cualquier forma razonable, pero no de forma tal que sugiera que usted o su uso tienen el apoyo de la licenciante.
- No hay restricciones adicionales — No puede aplicar términos legales ni medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otras a hacer cualquier uso permitido por la licencia.

#### **Política antiplagio**

Todo manuscrito enviado a la Revista Médica Rebagliati será sometido, en primera instancia, a revisión mediante un software antiplagio.

#### **Políticas de derechos de autor**

La Revista Médica Rebagliati utiliza la licencia Creative Commons 4.0 International (CC BY 4.0). Para más información puede ingresar a: <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>

En caso de publicación del artículo, los autores conservarán sus derechos de autor y garantizarán a la revista el derecho de primera publicación de su obra, el cuál estará simultáneamente sujeto a la Licencia de reconocimiento de Creative Commons que permite a terceros compartir la obra siempre que se indique su autor y su primera publicación esta revista.

#### **Política de Autoarchivo**

Se permite e incentiva a los autores el autoarchivo de los trabajos publicados, es decir, se puede archivar el post-print (o la versión final posterior a la revisión por pares o la versión PDF del editor), en repositorios institucionales, redes sociales, repositorios digitales y cualquier otro medio que el autor crea conveniente para aumentar la difusión de su investigación revisada por pares y publicadas en la revista.

#### **Políticas de preservación de datos**

La Revista Médica Rebagliati utiliza el sistema LOCKSS para la recolección, preservación y almacenamiento de los artículos que publica.

Además cada número una vez publicado es preservado en archivos digitales (disco duro).

### Política de reclamos

La Revista Médica Rebagliati tiene en consideración la decisión del Comité Editorial y la revisión por pares para aceptar o rechazar un artículo. Sin embargo, el autor puede solicitar la reevaluación de un envío rechazado o el retiro durante el proceso editorial, para lo cual debe enviar su comunicación al correo de la revista: [revistarebagliati@gmail.com](mailto:revistarebagliati@gmail.com)

### Políticas de pagos por recepción o publicación

La Revista Médica Rebagliati no cobra cargos o tasas por la recepción o publicación de artículos.

### Política de ciencia abierta

La Revista Médica Rebagliati se alinea a las prácticas de comunicación de la ciencia abierta, la

cual es importante para la mejora de las metodologías y prácticas de comunicación científica. Incluye los siguientes ítems:

- Acceso abierto
- Uso de pre-prints como inicio de la producción del artículo.
- Difusión pública de la investigación.
- Interoperabilidad con el flujo global de información y conocimiento científico.

Por lo anterior, la revista acepta el envío de manuscritos previamente depositados en servidores preprints certificados.

## Ética

La Revista Médica Rebagliati sigue los estándares de ética tanto en investigación como en publicación científica. La presencia de las potenciales faltas contra la ética en publicación serán revisadas como:

- (1) faltas relacionadas a la autoría y afiliación institucional,
- (2) manipulación de datos e invenciones,
- (3) plagio y publicación redundante.

En caso de detectarse alguna de ellas en cualquier etapa del proceso editorial del artículo, éste será suspendido; si el artículo ya fue publicado, se generará una retractación. Esto se realizará previa investigación y descargo de las partes involucradas. De confirmarse la falta a la ética, se informará a las instituciones competentes (instituciones de origen de los autores, instituciones que financiaron el estudio, colegios profesionales, comités de ética que aprobaron el estudio o Comité de Ética y Deontología del Colegio Médico del Perú en caso de autores peruanos).

Ante una posible falta ética, la revista seguirá las recomendaciones del *Committe on Publication Ethics (COPE)* ([www.publicationethics.org](http://www.publicationethics.org)) y del *Word Association of medical editors (WAME)*. Ante cualquier duda sobre estas faltas éticas, pueden contactarse previamente con el Comité Editorial ([comiteeditorial.apccv@gmail.com](mailto:comiteeditorial.apccv@gmail.com)) para tener la orientación respectiva.

El Comité Editorial se reservará el derecho de solicitar el documento de aprobación del Comité de Ética de los artículos recibidos.

### No requieren aprobación de un Comité de Ética Institucional:

Estudios con bases de datos secundarios de acceso público, incluyendo revisiones sistemáticas, meta-análisis y estudios bibliométricos.

### Requieren de aprobación de un Comité de Ética en Investigación:

- (1) Investigaciones realizadas en seres humanos;
- (2) Investigaciones que utilicen directamente material biológico humano o datos de humanos susceptibles de identificación como muestras de biobancos o registros médicos.

### Protección de humanos y animales

Los criterios éticos de protección de seres humanos se basan en el respeto al sujeto de estudio, beneficencia y justicia, detallados en el reporte Belmont. Para lo cual es importante que se presente la aprobación de un Comité de Ética.

La investigación con animales debe adherirse a las características de reemplazo (uso de métodos alternativos al involucramiento de animales), reducción (métodos que reduzcan el número de animales a utilizar), y refinamiento (métodos que mejoren el bienestar de los animales) de este tipo de estudios; además, los investigadores deberán reportar la manera en la que la incomodidad y el dolor fueron evitados y/o minimizados, así como confirmar que los animales no tuvieron sufrimiento innecesario alguno durante el estudio. Los autores deberán declarar si los experimentos fueron desarrollados de acuerdo con las normas de la *Guide for the Care and Use of Laboratory Animals* del US Public Health Service.



El Sindicato Nacional Médico del Seguro Social del Perú (SINAMMSOP) es una organización gremial que representa a médicos, odontólogos y químicos farmacéuticos. Actualmente, está integrado por 130 Cuerpos Médicos que laboran en los centros asistenciales de EsSalud en todo el país. Además, está debidamente registrado ante el Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo.

[www.sinamssop.pe](http://www.sinamssop.pe)



La Revista Médica Rebagliati es una publicación de periodicidad trimestral destinada a difundir información científica médica, relacionada con el campo clínico y quirúrgico, de la Red Asistencial Rebagliati, así como de los aportes de toda la comunidad médica del país y del Mundo.