

Investigación Clínica

60 aniversario

1 Congreso Científico Internacional de Enfermería

**Universidad Católica de Cuenca
Cuenca-Ecuador
16 al 20 de noviembre 2020**

Universidad del Zulia
Facultad de Medicina
Instituto de Investigaciones Clínicas
"Dr. Américo Negrette"
Maracaibo, Venezuela



Investigación Clínica

<https://sites.google.com/site/revistainvestigacionesclinicas>

Revista arbitrada dedicada a estudios humanos, animales y de laboratorio relacionados con la investigación clínica y asuntos conexos.

Publicada trimestralmente por el Instituto de Investigaciones Clínicas “Dr. Américo Negrette”, de la Facultad de Medicina, de la Universidad del Zulia, Maracaibo, Venezuela.

Investigación Clínica está indizada en Science Citation Index Expanded (USA), Excerpta Medica/EMBASE y Scopus (Holanda), Tropical Diseases Bulletin y Global Health (UK), Biblioteca Regional de Medicina/BIREME (Brasil), Ulrich’s Periodicals, Journal Citation Reports (USA), Index Copernicus (Polonia), SIIEC Data Bases, Sección Iberoamérica (Argentina) e Infobase Index (India), Redalyc y las bases de datos: SciELO (www.Scielo.org.ve), Reveneyt, LILACS, LIVECS, PERIODICA y web de LUZ: <http://www.produccioncientificaluz.org/revistas>

Américo Negrette †
Editor Fundador (1960-1971)

Editora
Elena Ryder

Slavia Ryder
Editora 1972-1990

Asistente al Editor
Lisbeny Valencia

Comité Editorial (2019-2021)

Deyseé Almarza	Jesús Mosquera
María Díez-Ewald	Jesús Quintero
Juan Pablo Hernández	Enrique Torres
Yraima Larreal	Nereida Valero
Humberto Martínez	Gilberto Vizcaíno

Asesores Científicos Nacionales (2019-2021)

Alberto Aché (Maracay)	José Núñez Troconis (Maracaibo)
Francisco Álvarez (Maracaibo)	Pablo Ortega (Maracaibo)
Naillet Arraiz (Maracaibo)	Mariela Paoli (Mérida)
Mario Borín (Maracaibo)	Lorena Piñerúa (Maracaibo)
Rafael Bonfante Cabarcas (Barquisimeto)	Flor Pujol (Caracas)
Norma Bosch (Caracas)	Zulbey Rivero (Maracaibo)
Virgilio Bosch (Caracas)	Alexis Rodríguez (Caracas)
Rodolfo Devera (Ciudad Bolívar)	Martín Rodríguez (Caracas)
Saúl Dorfman (Maracaibo)	Egídio Romano (Caracas)
Jorge García-Tamayo (Maracaibo)	Arlette Sáez (Caracas)
Maritza Landaeta de Jiménez (Caracas)	Siham Salmen (Mérida)
Jorymar Leal (Maracaibo)	Liseti Solano (Valencia)
Crispín Marín (Maracaibo)	Herbert Stegemann (Caracas)
Diego Martinucci (Maracaibo)	Luis Tellez (Mérida)
Mireya Mendoza (Caracas)	René Utrera (Caracas)
Oscar Noya (Caracas)	Ninoska Viera (Maracaibo)
José Weisinger (Caracas)	

Asesores Científicos Internacionales (2019-2021)

Carlos Aguilar Salinas (México)	Carlos Lorenzo (USA)
Germán Añez (USA)	Juan E. Ludert (Mexico)
Lisbeth Berrueta (USA)	Jesús Luis (España)
Germán Camejo (Suecia)	Valdair Muglia (Brasil)
Peter Chedraui (Ecuador)	Alejandro Oliva (Argentina)
Antonio De Maio (USA)	José Antonio Páramo (España)
José Esparza (USA)	Isela Parra (México)
Francisco Femenia (Argentina)	Joaquín Peña (USA)
Hermes Flórez (USA)	Merce Pineda (España)
Azael Freitas (España)	Edelmiro Regañón (España)
Elvira Garza-González (México)	José Russo (USA)
José María Gutiérrez (Costa Rica)	Rodolfo Valdez (USA)
Tzasna Hernández (México)	Gustavo Vallejo (Colombia)

*Para cualquier otra información dirigir
su correspondencia a:*

Dra. Elena Ryder, Editora
Instituto de Investigaciones Clínicas
"Dr. Américo Negrette"
Facultad de Medicina, Universidad del Zulia
Maracaibo, Venezuela.

Teléfono:

+58-0414-6305451

Correos electrónicos:

elenaryder@gmail.com

riclinicas@gmail.com

Páginas web:

[https://sites.google.com/site/
revistainvestigacionesclinicas](https://sites.google.com/site/revistainvestigacionesclinicas)

[http://www.produccioncientificaluz.
org/revistas](http://www.produccioncientificaluz.org/revistas)

*For any information please address
correspondence to:*

Dr. Elena Ryder, Editor
Instituto de Investigaciones Clínicas
"Dr. Américo Negrette"
Facultad de Medicina, Universidad del Zulia
Maracaibo, Venezuela.

Phone:

+58-0414-6305451

E-mails:

elenaryder@gmail.com

riclinicas@gmail.com

Web pages:

[https://sites.google.com/site/
revistainvestigacionesclinicas](https://sites.google.com/site/revistainvestigacionesclinicas)

[http://www.produccioncientificaluz.
org/revistas](http://www.produccioncientificaluz.org/revistas)



Universidad del Zulia
Publicación auspiciada por el
Vicerrectorado Académico
Serbiluz-CONDES
Corporación Universitaria
REMINGTON, Colombia



© 2020. INVESTIGACIÓN CLÍNICA

© 2020. Instituto de Investigaciones Clínicas

CODEN: ICLIAD

Versión impresa ISSN: 0535-5133

Depósito legal pp 196002ZU37

Versión electrónica ISSN: 2477-9393

Depósito legal ppi 201502ZU4667

Artes finales:

Lisbeny Valencia

lisbenyvalencia@gmail.com

La evaluación y aceptación de los trabajos de este Congreso fue enteramente responsabilidad del Comité organizador del evento.

1 CONGRESO CIENTÍFICO INTERNACIONAL DE ENFERMERÍA

**16 al 20 Noviembre de 2020
Universidad Católica de Cuenca
Cuenca, Ecuador**

Ponencias



Universidad
Católica
de Cuenca

CENTRO DE
EDUCACIÓN
CONTINUA

CARRERA DE
ENFERMERÍA
MATRIZ

ÁREA DE LA SALUD

1 CONGRESO CIENTÍFICO INTERNACIONAL DE ENFERMERÍA

CRONOGRAMA

16 AL 20 NOVIEMBRE DE 2020

JORNADA: 8:00 A 17:00

Comité Organizador

COMISIÓN ORGANIZADORA

LCDA. LILIA JAYA VASQUEZ MGS.
LCDA. NUBE PACURUCU ÁVILA MGS.
DR. GUSTAVO MOYANO BRITO MGS.
LCDA. ISABEL MESA CANO ESP.

COMITÉ ACADÉMICO

LCDA. PRISSILA CALDERON GUARACA MGS.
LCDA. LILIA JAYA VASQUEZ MGS.
LCDA. NATHALY QUITO PERALTA MGS.
Bq. MARIANA MARTINEZ ORTIZ MGS.

COMISIÓN CIENTÍFICO

LCDA. CRISTINA ELISABETH URGILÉS BARAHONA
UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA.
LCDA. FANNY ISABEL ZHUNIO BERMEO UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MACHALA.
LCDA. CARMEN MERCEDES VILLA PLAZA UNIVERSIDAD DE CUENCA.
LCDO. HUMBERTO ELIZALDE ORDOÑEZ
UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA.

Contenido

Ponencias

ENFERMERÍA (ENF)

1. FACTORES ASOCIADOS AL TRATO HUMANIZADO EN PACIENTES HOSPITALIZADOS (Factors associated with humanized treatment in hospitalized patients)
Jhesennia Marisol Valdez Pauta, Fernanda Tatiana Vizñay Mendieta,
Edison Gustavo Moyano Brito, Nube Johanna Pacurucu Ávila,
Prissila Banesa Calderón Guaraca, Nancy Gabriela Ortiz Davalos 9
2. ESTILOS DE VIDA DEL ADULTO MAYOR SEGÚN NOLA J PENDER EN UNA ZONA URBANA Y RURAL ECUATORIANA. (Lifestyles of the older adult according to Nola J Pender in an urban and rural Ecuadorian area)
María José Illescas Reinoso, María Filomena Loja Cela,
Nube Johanna Pacurucu Avila. 15
3. APLICACIÓN DEL PROCESO ENFERMERO EN HOSPITALES ECUATORIANOS (Application of the nursing process in Ecuadorian Hospitals)
Karen Lisbeth Ordoñez Delgado, Anabel Maricela Ortega Uyaguari,
Isabel Cristina Mesa Cano, Cristina Elisabeth Urgilés Barahona,
Fanny Isabel Zhunio Bermeo. 24
4. ESTILOS DE VIDA Y AUTOCUIDADO EN LOS INTERNOS DE ENFERMERÍA DE UN HOSPITAL ECUATORIANO. (Lifestyles and self-care in nursing inmates of an Ecuadorian Hospital)
Paola Andrea Piedra Castillo, Adriana Elizabeth Tenecela Cárdenas,
Marcia Yolanda Cobos Alvarracin, Cristina Elisabeth Urgilés Barahona 31
5. NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE EL AUTOCUIDADO EN PACIENTES DIABÉTICOS (Level of knowledge about self-care in diabetic patients)
Marjorie Alexandra Espinoza Velepucha, Nube Johanna Pacurucu Ávila,
Johnny Fabian Vizuela Carpio. 38

GASTROENTEROLOGÍA (GASTRO)

1. CARACTERIZACIÓN CLÍNICO-EPIDEMIOLOGICA DE LOS ADULTOS CON CIRROSIS HEPÁTICA DESCOMPENSADA POR PATOLOGÍA INFECCIOSA; HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, CUENCA – ECUADOR (Clinical-epidemiological characterization of adults with decompensated liver cirrhosis due to infectious pathology; hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca – Ecuador)
Córdova López Andrés Marcelo, Espinoza Martín Lizette, Salazar Torres Zoila Katherine, Méndez Cabrera Saúl, Narea Cárdenas Verónica, Moyano Brito Edison Gustavo 44

GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA (GO)

1. CONOCIMIENTO DE AUTOCUIDADO Y SIGNOS DE ALARMA EN MUJERES GESTANTES ECUATORIANAS (Knowledge of self-care and alarm signs in ecuadorian pregnant women)
Aida Janneth Barbecho Narvaez, Karla Isabel Zhaqui Quizhpi, Edison Gustavo Moyano Brito, Jhojana Rosali Vintimilla Molina, Karla María Cumbe Guerrero 54
2. SÍNDROME DE HELLP: REPORTE DE CASO CLÍNICO (HELLP Syndrome: a clinical case report)
Dayanna Angélica León Peñaranda, Jeanneth Patricia Tapia Cárdenas, Zoila Katherine Salazar Torres, Lizette Espinosa Martín, Karla Alexandra Aspiazu Hinostroza, Pacuruco Ávila Nube Johanna 61
3. CONOCIMIENTOS SOBRE LACTANCIA MATERNA, EN MADRES ADOLESCENTES DE LA AMAZONÍA ECUATORIANA. (Knowledge about breastfeeding in adolescent mothers of the Ecuadorian Amazon)
María Josefa Tasé Martínez. 71
4. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y MICROBIOLÓGICAS DE LA INFECCIÓN URINARIA EN MUJERES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL GENERAL MACAS. (Clinical and microbiological characteristics of urinary infection in women treated at the Macas General Hospital)
Michael Alfredo Guamán Jaramillo, Kimberly Nicolé Sandoya Maza, Xiomara Rebeca Sarango Vivanco, Alicia Esperanza Zhingre Suarez, Carem Francelys Prieto Fuenmayor, Nube Johanna Pacurucu Ávila 77

MEDICINA INTERNA (MI)

1. PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS DE LAS ALTERACIONES DEL SUEÑO EN PACIENTES DIABÉTICOS EN EL HOSPITAL BÁSICO DE PAUTE, ECUADOR. (Prevalence and associated factors of sleep disturbances in diabetic patients at the Basic Hospital of Paute, Ecuador)
Diana Carolina Chumbay Zhunio, Carem Francelys Prieto Fuenmayor, Andrea Catalina Ochoa Bravo, Hermel Medardo Espinosa Espinosa, Nube Johanna Pacurucu Ávila. 85
2. CASO CLÍNICO: SUPERVIVENCIA A COVID-19 DE UN PACIENTE VULNERABLE (Clinical case: Survival to Covid-19 of a vulnerable patient)
Rosa Elvira Minchala-Urgilés, Andrés Leonardo Vázquez-Cárdenas, María Eloisa López-Solórzano, María de los Ángeles Estrella-González, Andrés Alexis Ramírez-Coronel. 95

ONCOLOGÍA (ONC)

1. MAMOGRAFÍA COMO MÉTODO DE SCREENING EN EL CÁNCER DE MAMA. (Mammography as a screening method in breast cancer)
Tania Ximena Cajamarca Cárdenas, Dayana Angélica León Peñaranda, Jeanneth Patricia Tapia Cárdenas, Zoila Katherine Salazar Torres, Freddy Rosendo Cárdenas Heredia, Anita del Carmen Puente Arrollo 102

PEDIATRÍA (PED)

1. DUPLICACIÓN RECTAL POSTERIOR EN PACIENTE PEDIÁTRICO, UNA CONDICIÓN INFRECUENTE: A PROPÓSITO DE UN CASO.
(Posterior Rectal Duplication in a Pediatric Patient, an infrequent condition: Case Report)
Sergio Miguel Salinas Cabrera, María Belén Maldonado Muñoz,
Katia Vives Carmona, Lizette Espinosa Martín 110
2. FACTORES ASOCIADOS AL CONOCIMIENTO DE CONTROL PRENATAL EN UNIDADES ASISTENCIALES DE SUCÚA (Factors associated with knowledge of prenatal control in care units of sucúa)
Kevin Alexander Nugra Segarra, Carlos Eduardo Pachar Vizuete,
Rocío del Carmen Parra Pérez, Mariana Alexandra Martínez Ortiz,
Edison Gustavo Moyano Brito. 115
3. GLAUCOMA CONGÉNITO: REPORTE DE CASO CLÍNICO (Congenital glaucoma: clinical case report)
Daniela Estefanía Monje Ordoñez, Erika Tatiana Cañar Torres,
Prissila Banesa Calderón Guaraca, Paola Alexandra Solorzano Sevilla 125
4. FACTORES ASOCIADOS AL BAJO PESO AL NACER EN UN GRUPO DE NEONATOS ECUATORIANOS (Factors associated with low weight at birth in a group of ecuadorian neonates)
María Ximena Sánchez Palacios, Blanca Silvana Albarracín Guapisaca,
Isabel Cristina Mesa Cano, Fredy Eduardo León Martínez 128

PSICOLOGÍA (PSIC)

1. NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE CUIDADOS PALIATIVOS EN ESTUDIANTES DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA, ECUADOR.
(Level of knowledge on palliative care in medicine students of the Catholic University of Cuenca, Ecuador)
Lady Rayzza Sanche Inzquierdo, Álvaro Fernando González Ortega,
Hermel Medardo Espinosa Espinosa, Jorge Marcelo Maita Suplígüicha,
Vinicio Marcelo Tenemaza Ruilova, Saúl Fabricio Méndez Cabrera 134
2. VIOLENCIA OBSTÉTRICA POR PARTE DEL PERSONAL DE SALUD DESDE LA PERSPECTIVA DE LAS MUJERES QUE ASISTEN A UN HOSPITAL DEL AZUAY, ECUADOR (Obstetric violence by health personnel from the perspective of women who attend a hospital in Azuay, Ecuador)
Diana Cristina Vélez Palacios, Tania Ximena Cajamarca Cárdenas,
Dayanna Angélica León Peñaranda, Zoila Katherine Salazar Torres,
Pacuruco Ávila Nube Johanna. 140
3. AUTOPERCEPCIÓN FÍSICA, DE LA ADOLESCENCIA MEDIA Y TARDÍA, DE LOS COLEGIOS FISCALES URBANOS DEL DISTRITO 01D02, ECUADOR
(Physical self-perception, of middle and late adolescence, of the urban tax colleges of the 01D02 District, Ecuador)
Pablo Isaías Úrgiles Sigüencia, Zoila Katherine Salazar Torres,
Dayanna Angélica León Peñaranda, Lizette Espinosa Martín, Karla Alexandra Aspiazu Hinostrosa, Vinicio Marcelo Tenemaza Ruilova 151

PSIQUIATRÍA (PSIQ)**1. ANSIEDAD Y DEPRESIÓN FRENTE AL CONFINAMIENTO POR COVID-19 EN MUJERES ADULTAS DE AZOGUES (Anxiety and depression in the face of COVID-19 confinement in adult women in Azogues)**

Andrés Alexis Ramírez-Coronel, Paola Fernanda Cárdenas-Castillo,
Pedro Carlos Martínez-Suárez, María de los Ángeles Estrella-González 161

SALUD OCUPACIONAL (SO)**1. CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS DE LOS RIESGOS ERGONÓMICOS EN EL PERSONAL DE ENFERMERÍA (Knowledge and practice of ergonomic risks in nursing staff)**

Karen Pamela Novillo Zavala, Viviana Esperanza Peñafiel Macas,
Pablo Isaías Lazo Pillaga, María Fernanda Pesantez Calle 172

2. MOLESTIAS ASOCIADAS A LOS RIESGOS ERGONÓMICOS EN EL PERSONAL DE ENFERMERÍA (Annoyance associated with ergonomic risks in nursing personnel)

María Fernanda Pesantez Calle, Gloria Cecilia Durazno Montesdeoca,
Marcia Yolanda Cobos Alvarracin 177

3. ACCIDENTES LABORALES CON RIESGO BIOLÓGICO EN LOS INTERNOS DE ENFERMERÍA (Occupational accidents with biological risk during clinical practice in students of the nursing career)

Mishel Del Cisne Tandazo Rogel, Cyntia Abigail Tenesaca Cabrera,
Pablo Isaías Lazo Pillaga, Cristina Elisabeth Urgiles Barahona,
Claudio Fernando Guevara Vizcaino 183

SALUD PÚBLICA (SP)**1. CONOCIMIENTO Y PRÁCTICA DE LA DETECCIÓN OPORTUNA DEL CÁNCER CÉRVICO UTERINO (Relationship of knowledge and practice on the timely detection of cervical uterine cancer)**

Leidy Diana Espinoza Armijos, Mélida Raquel Salto Guarquila,
Anita del Carmen Puente Arroyo, Nube Johanna Pacurucu Avila,
Lilia Carina Jaya Vásquez, Rocio del Carmen Parra Pérez 190

2. EVALUACIÓN GERIÁTRICA INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR INSTITUCIONALIZADO (Integral geriatric evaluation of the institutionalized older adult)

Priscila Estefanía García Tobar, Bertha Alexandra Encalada Padilla,
Nube Johanna Pacurucu Avila, Edison Gustavo Moyano Brito,
Carla María Cumbe Guerrero 199

3. CONOCIMIENTOS SOBRE CUIDADOS PALIATIVOS EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD (Knowledge about palliative care in nursing professionals in primary health care)

Pamela Carolina Torres Cuji, Eliana Magaly Vera Calle, Jenniffer Nataly Quito Peralta, Fanny Cecilia Rodríguez Quezada, Edison Gustavo Moyano Brito 207

4. ANTIBIÓTICOS, EN LAS CARNES DE POLLO Y RES, PROCEDENTES DE LOS MERCADOS DE CUENCA - ECUADOR (Antibiotic residues, in the meat of chicken and res, procedures of the markets of Cuenca – Ecuador)	
Berrezueta Banegas Esteban Sebastián, Ochoa Bravo Andrea Catalina, Espinosa Cárdenas Carlos Rolando, Torres Medicis Enma Catalina, Ochoa Zamora Patricia, Moyano Brito Edison Gustavo	214
5. INDICADORES CLÍNICOS Y PARACLÍNICOS DE PRONÓSTICO DE COVID-19: A PROPÓSITO DE UN CASO (Clinical and paraclinical indicators of prognosis of COVID-19: Case Study)	
Larry Miguel Torres-Criollo, Andrés Alexis Ramírez-Coronel, Saquicela-Espinoza Alberto, Marcia Iliana Criollo Vargas	220
6. APLICACIÓN DEL ÍNDICE SCORE COMO PREDICTOR DE RIESGO DE OSTEOPOROSIS EN MENOPAÚSICAS, HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, CUENCA - ECUADOR (Application of the score index as a predictor of osteoporosis risk in menopause, Vicente Corral Moscoso Hospital, Cuenca–Ecuador)	
Thalía Belén Tapia Escandón, Álvaro González Ortega, Hermel Medardo Espinosa, Lizette Espinosa Martín, Karla Alexandra Aspiazu Hinostroza, Edison Gustavo Moyano Brito.	227

Ponencias

ENFERMERÍA (ENF)

ENF-01. FACTORES ASOCIADOS AL TRATO HUMANIZADO EN PACIENTES HOSPITALIZADOS.

(Factors associated with humanized treatment in hospitalized patients)

*Jhesennia Marisol Valdez Pauta¹,
Fernanda Tatiana Vizñay Mendieta¹,
Edison Gustavo Moyano Brito²,
Nube Johanna Pacurucu Ávila²,
Prissila Banesa Calderón Guaraca²,
Nancy Gabriela Ortiz Davalos²*

¹Licenciadas en Enfermería.

²Docentes de la Carrera de Enfermería de la Universidad Católica de Cuenca.

emoyanob@ucacue.edu.ec

RESUMEN

Introducción: El profesional de enfermería debe contar con una formación generalista, humanística, crítica y reflexiva; ya que es una disciplina que tiene como prioridad la atención hacia la persona. **Objetivo:** Determinar los factores asociados al trato humanizado en pacientes hospitalizados en el Hospital Vicente Corral Moscoso. **Materiales y métodos:** Estudio cuantitativo de alcance correlacional, realizado con una muestra de 250 pacientes ingresados en el Hospital Vicente Corral Moscoso, se aplicaron los instrumentos: Percepción de cuidado humanizado de enfermería versión 3 y la escala Perroca para medir la condición del paciente. **Resultados:** Los hallazgos evidencian que los pacientes en un 41,6% siempre

perciben un cuidado humanizado por parte del personal de enfermería y en menor proporción el 3,2% nunca perciben un trato humanizado por parte del personal de enfermería. **Conclusión:** Los factores que se asocian al trato humanizado estadísticamente fueron el nivel de instrucción primaria, ingreso mensual menor al salario básico y el área de hospitalización de cirugía.

Palabras clave: cuidado; humanización; percepción; enfermería; atención de enfermería.

ABSTRACT

Introduction: The nursing professional must have a generalist, humanistic, critical and reflective training; since it is a discipline that has as a priority the attention to the person. **Objective:** To determine the factors associated with the humane treatment of hospitalized patients at the Vicente Corral Moscoso Hospital. **Materials and methods:** Quantitative study of correlational scope, carried out with a sample of 250 patients admitted to the Vicente Corral Moscoso Hospital, the instruments were applied: Perception of humanized nursing care version 3 and the Perroca scale to measure the patient's condition. **Results:** The findings show that 41.6% of patients always perceive humanized care from the nursing staff and, to a lesser extent, 3.2% never perceive humanized treatment from the nursing staff. **Conclusion:** The factors that are associated with the humanized treatment statistically were the level of primary education, monthly income less than the basic salary and the area of hospitalization for surgery.

Key words: care, humanization, perception, nursing, nursing care.

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud confirma que *“todo individuo tiene derecho al mayor nivel de salud, teniendo como un propósito en el macro proyecto de salud para todos la calidad de la atención, que abarca la percepción y satisfacción del paciente”* (1). Por esta razón, el profesional de enfermería debe contar con una formación generalista, humanística, crítica y reflexiva; cuyo centro de atención es el individuo, la familia y la comunidad, ya que la carrera de enfermería es una ciencia de carácter social, por lo cual debe identificar las características socioculturales y los derechos de la población (2,3).

En el sistema de salud, la actividad de enfermería en la prestación de los servicios debe implementar indicadores de calidad lo que dirija a ofrecer un cuidado integral que otorgue comodidad y satisfacción a las necesidades del usuario, por ello requiere que el profesional proceda de acuerdo a la evidencia y la experiencia, además debe contar con ciertas habilidades como: conocimiento, sinceridad, confianza, paciencia, esperanza, humildad y sobre todo un cuidado basado en la humanización (4).

El cuidado humanizado adquiere un gran interés para la práctica de enfermería, ya que, el profesional de enfermería debe otorgar un cuidado integral centrándose en la consideración de la dignidad humana y la calidad; sin embargo, en la actualidad la incorporación de la tecnología en los servicios de salud han causado que el personal priorice los aspectos administrativos, financieros y procedimentales, que incluyen relacionar a las personas con modelos y pautas establecidas, acoplándolos al proceso biomédico (5,6).

Diversos estudios a nivel internacional muestran la percepción del trato humanizado de los usuarios. Al respecto, Campiño-Valederrama y col., en el estudio realizado en Colombia sobre Percepción del paciente hospitalizado sobre el cuidado brindado por estudiantes de enfermería, observaron que los pacientes manifestaron que “siempre se

percibe un cuidado humanizado”, sin embargo, en cuanto a las preguntas relacionadas con instrucciones sobre el autocuidado, identificación de necesidades de tipo físico, psicológico y espiritual se obtuvieron puntajes bajos (2). Por su parte, Guerrero-Ramírez y col, al evaluar el cuidado humanizado de enfermería según la teoría de Jean Watson, en el servicio de medicina del Hospital Daniel Alcides Carrión. Lima Callao, observaron que el Cuidado Humano que ofrecen los enfermeros es regular en un 52%, y 22% (7). Asimismo, Real y Real, al analizar los actores de insatisfacción al alta de un servicio de Clínica Médica del Paraguay, observaron que la frecuencia de insatisfacción con la atención recibida fue 59% (8). En el Ecuador, se han realizado estudios sobre la percepción de los pacientes frente a los cuidados humanizados que reciben del personal de enfermería, pero se desconoce sobre los factores asociados al cuidado humanizado entre los que se incluyen la autonomía del usuario que es uno de los principios de la bioética.

De acuerdo a las demandas sanitarias de la población cada individuo tiene derecho a ser tratado de forma digna y así también se ofrecería una atención de calidad, donde cada miembro del equipo de salud debe proveer las mejores condiciones para la atención del paciente. La presente investigación tiene como objetivo determinar los factores asociados al trato humanizado en pacientes hospitalizados en el Hospital Vicente Corral Moscoso.

MATERIALES Y MÉTODOS

El presente estudio se realizó con un abordaje cuantitativo de alcance correlacional que se enfocó en determinar los factores asociados al trato humanizado según la teoría del cuidado humanizado de Jean Watson. La población estudio estuvo constituida por 6685 pacientes que fueron hospitalizados atendidos durante el año 2018 en los servicios de clínica, cirugía y ginecología del Hospital Vicente Corral Moscoso; el cálculo

de tamaño de la muestra se realizó con un porcentaje de error alfa de 5% y un nivel de confianza del 95%, para una población finita lo cual resultó en un tamaño de la muestra de 348 pacientes. El tipo de muestreo usado fue probabilístico estratificado caracterizado por la división de la población en subgrupos según la variable a estudiar. Se realizó el cálculo de los estratos con una constante de 0,052 (n/N) distribuida de la siguiente manera según el servicio de hospitalización: Clínica (65 pacientes), cirugía (94 pacientes) y ginecología (91 pacientes).

Se incluyeron en el estudio usuarios ingresados en las áreas de clínica, cirugía y gineco-obstetricia del Hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca-Ecuador, en el periodo 2018-2019, mayores de 18 años quienes enrolaron voluntariamente en el estudio y firmaron el consentimiento informado, se excluyeron usuarios con algún tipo de discapacidad que impida responder la encuesta y que se encontraban en las salas de aislamiento.

Para la presente investigación se aplicaron dos instrumentos: 1) Percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería (PCHE), con un alfa de Cronbach de 0,96; consta de 32 ítems distribuidos en tres dimensiones: a) Priorizar el sujeto de cuidado, b) Apertura a la comunicación para proporcionar educación en salud a la persona y c) Cualidades del hacer de enfermería. Cada dimensión se evaluó mediante la escala Likert la cual tiene cuatro parámetros de calificación que siempre (s)=4 puntos, casi siempre (cs)=3, algunas veces (av)=2, nunca (n)=1. 2) Para medir el tipo de cuidado que recibe el paciente de acuerdo a su condición se aplicó el instrumento valoración de la escala de Perroca para la categorización de pacientes, los indicadores de la escala poseen una graduación de 1 a 4, aportando intensidad creciente de complejidad de cuidado, de forma que

el valor 1 refiere el menor nivel de complejidad asistencial y el valor 4, el máximo nivel de complejidad.

Clasificando el nivel de cuidado de acuerdo a las siguientes dimensiones: a) Cuidados intensivos 25 a 36 puntos y b) Cuidados semi-intensivos 19 a 24 puntos.

Para el análisis estadístico de los datos se utilizó el programa SPSS V15, se calcularon los promedios y las desviaciones estándar de las variables cuantitativas y para las variables cualitativas con el objeto de evaluar las diferentes proporciones se realizaron tablas de frecuencias y porcentajes. La asociación cruda entre la percepción del trato humanizado y las variables independientes se midió mediante un modelo de regresión logística con estimación de razón de momios a intervalos de confianza al 95% (IC=95%).

RESULTADOS

Se observó que el 49,2% pertenece a la población adulto joven al comparar con la población adulto mayor con un 0,8%; en cuanto al género predominó el género femenino con un 71,2% sobre el masculino con un 28%, el 43,6% del estado civil de la población evaluada se encontraba casada, frente a la población con estado civil divorciada con un 5,2%; de acuerdo a la religión el 84,4% de la población fue católica frente al 3,2% evangélica (Tabla I).

Según las variables de hospitalización se observó que la mayor parte de la población perteneció al área de cirugía con un 37,6% y la mínima parte de la población correspondía al área de ginecología con un 10%; en cuanto a los días de hospitalización el 72% se encontró de dos a cinco días de hospitalización frente a un 5,2% que se encontró de 11 a 15 días. El 66% de la población requería un cuidado mínimo en comparación del 2,4% que requería cuidados semi-intensivos (Tabla II).

TABLA I
DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN
ESTUDIADA SEGÚN VARIABLES SOCIALES.

Variable	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
Edad		
Adulto joven	123	49,2
Adulto	104	41,6
Adulto mayor	21	8,4
Adulto mayor	2	0,8
Género		
Masculino	72	28,0
Femenino	178	71,2
Estado Civil		
Soltero (a)	43	17,2
Casado (a)	109	43,6
Divorciado (a)	13	5,2
Viudo (a)	21	8,4
Unión libre	64	25,6
Religión		
Católico	211	84,4
Evangélico	8	3,2
Cristiano	31	12,4
Total	250	100,0

La Tabla III se observa que en la dimensión priorizar el sujeto de cuidado obtenemos un 47,6% que siempre percibe trato humanizado frente al 0,4% que nunca percibe trato humanizado; en cuanto a la dimensión apertura a la comunicación para proporcionar educación en salud a la persona se pudo observar que el 36% percibió que casi siempre recibe trato humanizado frente al 6,4% que nunca percibe trato humanizado; de acuerdo a las cualidades del hacer de enfermería un 40,4% siempre percibe trato humanizado frente al 4,8% que nunca percibe trato humanizado; en cuanto a la percepción del trato humanizado en general obtuvimos que el 41,6% siempre percibe trato humanizado frente a un 3,2% que nunca percibe trato humanizado.

TABLA II
DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN
ESTUDIADA SEGÚN VARIABLES DE
HOSPITALIZACIÓN.

Variables	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
Área de hospitalización		
Clínica	65	26,0
Cirugía	94	37,6
Ginecología	25	10,0
Maternidad	66	26,4
Días de hospitalización		
2-5 días	180	72,0
6-10 días	40	16,0
11-15 días	13	5,2
Mayor a 15 días	17	6,8
Condición del paciente		
Cuidado mínimo 9 a 12 puntos	165	66,0
Cuidados intermedios 13 a 18 puntos	79	31,6
Cuidados semi_ intensivos 19 a 24 puntos	6	2,4
Cuidados intensivos 25 a 36 puntos	0	0
Total	250	100,0

De acuerdo con el modelo de regresión logística aplicado se confirmó la asociación estadística del trato humanizado, con el nivel de instrucción primaria: EXPB 7,815 ($p=0,018$); el ingreso mensual - menor al salario básico EXPB 5,759 ($p=0,027$) y el área de hospitalización de cirugía EXPB 4,495 ($p=0,022$), en el Hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca- Ecuador (Tabla IV).

DISCUSIÓN

El profesional de enfermería posee diversas características que van más allá del conocimiento, técnicas y habilidades, abarcando cualidades como persona las cuales son

evaluadas mediante el instrumento para la percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería (PCHE), aplicada en un total de 250 pacientes hospitalizados atendidos en los servicios de clínica, cirugía y ginecología del Hospital Vicente Corral Moscoso, en quienes identificó un porcentaje global de la percepción de trato humanizado siempre con un 41,6%, seguido de casi siempre 35,6%, algunas veces 19,6% y nunca 3,2%. Estos hallazgos difieren de los reportados por Monje P y col, quienes observaron que la percepción que tienen los pacientes hospitalizados en el servicio de medicina adulto de un hospital de alta complejidad en el cual los pacientes consideraron un 86% siempre percibe trato humanizado, 11,7% casi siempre, 1,8% algunas veces y 0,6% nunca percibió un trato humanizado (9).

Respecto a los factores de hospitalización evaluados, se detectó que el 37,6% de la población se encontraba hospitalizado en el área de cirugía, 26% en las áreas de clínica y maternidad y solo 10% en el área de ginecología, datos que se contraponen al estudio de Romero-Massa y col, donde el 27,3% pertenecían a sala quirúrgicas, 26,5% hospitalización médica, 24,2% intermedios y 22% hospitalización general (10). En relación con los días de hospitalización se observó que el 72% de la población permanecían entre 2-5 días, mientras que el 16% de 6-10 días y en menor porcentaje con un 5,2% y

TABLA III
PERCEPCIÓN DEL TRATO HUMANIZADO
TOTAL Y SEGÚN SUS DIMENSIONES
DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA.

Variables	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
Priorizar el sujeto de cuidado		
Nunca	1	0,4
Algunas veces	54	21,6
Casi siempre	76	30,4
Siempre	119	47,6
Apertura a la comunicación para proporcionar educación en salud a la persona		
Nunca	16	6,4
Algunas veces	59	23,6
Casi siempre	90	36
Siempre	85	34
Cualidades del hacer de enfermería		
Nunca	12	4,8
Algunas veces	42	16,8
Casi siempre	95	38
Siempre	101	40,4
Trato humanizado		
Nunca	8	3,2
Algunas veces	49	19,6
Casi siempre	89	35,6
Siempre	104	41,6
Total	250	100

TABLA IV
FACTORES QUE SE ASOCIAN AL TRATO HUMANIZADO.

Variable	B	Error Estándar	Wald	gl	Sig.	Exp (B)
Género femenino	-,115	0,446	0,067	1	0,796	,891
Estado civil: divorciado	-,995	0,855	0,332	1	0,244	,370
Religión Católico	-,852	0,642	1,762	1	0,184	,427
Nivel de instrucción primaria	2,056	0,867	5,620	1	0,018*	7,815
Ingreso mensual: Menor al salario básico	1,751	0,792	4,884	1	0,027*	5,759
Área de hospitalización – cirugía	1,503	0,657	5,228	1	0,022*	4,495

* $p < 0,005$.

6,8% de 11-15 días y mayor a 15 días, respectivamente. Resultado similar al reportado en el estudio realizado por Joven Z y col, donde se obtuvo un 32,7% cuatro días, 27% cinco días, 12,7% seis días y en menor porcentaje de 7-16 días (11). En cuanto a la condición del paciente según la escala perroca, el 66% de la población requería cuidados mínimos, el 31,6% cuidados intermedios y el 2,4% cuidados semi_intensivos, resaltando que en cuidados intensivos no se obtuvo porcentaje ya que no se tuvo acceso a dicha área. Estas cifras difieren de las detectadas en el estudio de Santos y col, se obtuvo 22% en cuidados mínimos, 36% intermedios, 38% semi-intensivos y el 4% en intensivos (12).

Además, de acuerdo a las dimensiones de la percepción del trato humanizado se observó que en la dimensión priorizar al sujeto de cuidado el 47,6% percibe siempre atención, mientras que el 0,4% nunca; respecto a la dimensión apertura a la comunicación para proporcionar educación en salud a la persona el 36% percibe casi siempre y el 6,4% nunca; referente a la dimensión cualidades del hacer de enfermería el 40,4% siempre percibió trato humanizado y el 4,8% nunca percibió trato humanizado; estos datos se contraponen con el estudio realizado por Campiño Valderrama y col., priorizar al sujeto de cuidado el 88,3% siempre percibe trato humanizado y el 1,8% algunas veces, en apertura a la comunicación para proporcionar educación en salud a la persona el 76,5% siempre percibe y el 5,1% nunca, en cualidades del hacer de enfermería el 82,9% siempre y el 2,6% nunca percibe un trato humanizado (2).

En cuanto a los resultados de los factores que se asocian significativamente al trato humanizado en el Hospital Vicente Corral Moscoso fue el nivel de instrucción primaria, un ingreso mensual menor al salario básico y el área de hospitalización de cirugía; estos resultados se contraponen al estudio de Real RE y Real NE, donde manifiesta que los factores que se asocian a la insatisfacción según el paciente fueron: sexo masculino, la

procedencia rural, el estado civil soltero y la presencia de comorbilidades (8).

CONCLUSIONES

Al identificar las características laborales, económicas y educativas de la población se encontró que un gran porcentaje de la población eran trabajadores independientes, con un ingreso mensual menor a un salario básico y un nivel de instrucción que más sobresale que es la primaria y secundaria ya que las dos opciones obtuvieron un mismo porcentaje de 31,6%; también se identificó los factores de hospitalización donde la mayor parte de la población se encontraba en el área de cirugía, con un promedio de estancia hospitalaria de 2-5 días y con un requerimiento de cuidado mínimo.

Con relación a la percepción del trato humanizado a los usuarios por parte del personal de enfermería, se estableció que el 41,6% de la población siempre percibió un trato humanizado, esto se identificó gracias al instrumento Percepción del cuidado humanizado de enfermería versión 3 donde califica que el personal de enfermería brinda un cuidado de calidez en el Hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca- Ecuador. En conclusión, fueron encuestados 250 pacientes en el Hospital Vicente Corral Moscoso en donde se determinó que los factores que se asocian estadísticamente al trato humanizado fueron el nivel de instrucción primaria, ingreso mensual menor al salario básico y el área de hospitalización de cirugía.

REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud. Documentos Básicos. Palabras Mayores [Internet]. 2014; Available from: <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd48/basic-documents-48th-edition-sp.pdf>.
2. Campiño-Valederrama SM, Duque PA, Cardozo VH. Percepción del paciente hospitalizado sobre el cuidado brindado por estudiantes de enfermería. Univ y Salud [Internet]. 2019;21(3):215-225. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/scie->

- [lo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-71072019000300215&lang=es&fbclid=IwAR2Z_aqnHmuZpgQv0ZJ5twrHibxk5O7yE-p6Opq8-sdldepW7PvJ6zHM-zF8](http://www.scielo.br/pdf/reben/v71n4/0034-7167-reben-71-04-2072.pdf).
3. Riegel F, Crossetti M. Contributions of Jean Watson's theory to holistic critical thinking of nurses. Contrib Jean Watson's theory to Holist Crit Think nurses [Internet]. 2018;71(4):2072-6. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v71n4/0034-7167-reben-71-04-2072.pdf>.
 4. Tous CA, Contreras Machado A, Barboza Galindo A, Barreto Pérez L, Gamarra Arroyo K. Percepción de los pacientes acerca del cuidado de enfermería en una clínica de Sincelejo Colombia. Horiz Enferm, 2017; 28 (1): 7-26 Available from: <http://publicaciones.horizonteenfermeria.uc.cl/index.php/RHE/article/view/12196>.
 5. Cárdenas Becerril L. El Humanismo en la Formación y Práctica de Enfermería: Una Esperanza Transformadora. 2016;25(1):1-2. Available from: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072016000100201&lng=en&tlng=en
 6. Ruiz Saavedra L, Molina L. Cuidado humanizado del profesional de enfermería. Cina Res [Internet]. 2018;2(1):39-45. Available from: <https://journals.uninavarra.edu.co/index.php/cinaresearch/article/view/87>.
 7. Guerrero-Ramírez R, Meneses-La Riva ME, De La Cruz-Ruiz M. Cuidado humanizado de enfermería según la teoría de Jean Watson, servicio de medicina del Hospital Daniel Alcides Carrión. Lima- Callao, 2015. Revista Enfermería Herediana 9(2):125. DOI: 10.20453/renh.v9i2.3017.
 8. Real RE y Real NE. Factores de insatisfacción al alta de un servicio de Clínica Médica del Paraguay. An. Fac. Cienc. Méd. (Asunción); 52(3): 37-46.
 9. Monje V P, Miranda C P, Oyarzün G J, Seguel P Fredy, Flores G E. Percepción de cuidado humanizado de enfermería desde la perspectiva de usuarios hospitalizados. Cienc. enferm. [Internet]. 2018 [citado 2020 Nov 11]; 24: 5. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532018000100205&lng=es.
 10. Romero Massa E, Contreras Méndez IM, Moncada Serrano A. Relación entre cuidado humanizado por enfermería con la hospitalización de pacientes. Hacia promoci. salud. 2016; 21(1): 26-36. DOI: 10.17151/hpsal.2016.21.1.3.
 11. Joven Z, Guáqueta Parada S. Percepción del paciente crítico sobre los comportamientos de cuidado humanizado de enfermería. Av Enferm [2019] 37(1):65-74. <https://doi.org/10.15446/av.enferm.v37n1.65646>.
 12. Santos CE, Klug D, Campos L, Losekann M, Nunes T, Cruz RP. Análise da Escala de Perroca em Unidade de Cuidados Paliativos. Rev. esc. enferm. USP [Internet]. 2018 [cited 2020 Nov 11]; 52: e03305. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342018000100412&lng=en.
- ENF-02. ESTILOS DE VIDA DEL ADULTO MAYOR SEGÚN NOLA J PENDER EN UNA ZONA URBANA Y RURAL ECUATORIANA.**
(Lifestyles of the older adult according to Nola J Pender in an urban and rural Ecuadorian area)
- María José Illescas Reinoso¹,
María Filomena Loja Cela¹, Nube Johanna Pacurucu Avila^{1,2}*
- ¹Licenciadas en Enfermería.
²Docente de la Carrera de Enfermería de la Universidad Católica de Cuenca.
npacurucua@ucacue.edu.ec

RESUMEN

El envejecimiento es una sucesión natural e inevitable que involucra diferentes factores como los genéticos, biológicos, fisiológicos, socio ambientales y culturales que se manifiestan en el deterioro paulatino del organismo. **Objetivo:** Determinar los estilos de vida del adulto mayor según Nola J Pender en la zona urbana y rural del distrito 01D01 del Cantón Cuenca-Ecuador. **Metodología:** Estudio cuantitativo, descriptivo de corte transversal. La población investigada

estuvo constituida por 340 adultos mayores de la zona urbana y rural del distrito 01D01 del Cantón Cuenca – Ecuador. La recolección de la información se realizó utilizando el “cuestionario de perfil de estilo de vida (PEVP-II)” de Nola J Pender, el cual brinda directrices que permiten explicar los comportamientos que forman parte del estilo de vida de los individuos. Finalmente, para la categorización de la información se utilizó el programa SPSS Versión 15. **Resultados:** La edad que predominó en la población estudiada fue de 65 a 70 años (39,4%), sexo femenino (64,7%), estado civil casado/a (63,8%), procedencia de zona urbano (63,8%). Con respecto a las condiciones de salud, el 45,3% presentó Hipertensión Arterial. **Conclusiones:** El 58,1% de los adultos mayores en la zona urbana poseen un estilo de vida no saludable y el 41,9% saludable. Por su parte, los adultos mayores en la zona rural el 87,8% poseen un estilo de vida no saludable y un 12,2% saludable.

Palabras clave: adultos mayores; grupo etario; estilo de vida.

ABSTRACT

Introduction: Aging is a natural and inevitable succession that involves different factors such as genetic, biological, physiological, socio-environmental and cultural that are manifested in the gradual deterioration of the organism. **Objectives:** Determine the lifestyles of the elderly according to Nola J Pender in the urban and rural area of the 01D01 district of the Cuenca Canton - Ecuador. **Methodology:** Quantitative, descriptive cross-sectional study. The investigated population consisted of 340 elderly patients from the urban and rural areas of the 01D01 district of the Cuenca Canton - Ecuador. The information was collected using the “lifestyle profile questionnaire (PEVP-II)” by Nola J Pender, which provides guidelines that allow explaining the behaviors that are part of the lifestyle of individuals. Finally, for the categorization of the information, the SPSS

15 program was used. **Results:** The age that predominated in the studied population was 65 to 70 years (39.4%), female (64.7%), state civil married (63.8%), and origin from urban area (63.8%). Regarding their health conditions, one (45.3%) with Arterial Hypertension. **Conclusions:** 58.1% of older adults in urban areas have an unhealthy lifestyle, and 41.9% have a healthy one. However, in rural areas 87.8% unhealthy and 12.2% healthy.

Key words: older adults; age group; lifestyle.

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento constituye uno de los acontecimientos más importantes de la vida, y en los últimos años se ha dado una aceleración de este suceso. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) implica una duplicidad de personas adultas (mayores a 60 años) entre el año 2000 y 2050, pasando de 605 millones a 2000 millones en tan solo 50 años (1). Sin embargo, el aspecto clave de discusión acerca de los adultos mayores, se centra en la reducción de la capacidad funcional que sucede a esta edad, afectando no solo a nivel físico y mental a los adultos mayores sino también en el aspecto afectivo; por lo que el estilo de vida que posee este grupo de edad cobra relevancia. Diversos estudios señalan que la autopercepción, es decir la percepción que cada adulto mayor posee acerca de su salud incide en su estilo de vida, por tanto, esta se ha convertido en una guía necesaria para identificar el estado de salud (2).

La OMS define la vejez como un proceso fisiológico que afecta y limita progresivamente rasgos y funcionalidades esenciales del ser humano, las cuales le han permitido al ser humano adaptarse al entorno durante toda la vida, desde el principio de su existencia hasta la muerte (3). En este sentido, el envejecimiento es un declive gradual de las habilidades físicas y mentales, además de una acentuación del peligro latente de contraer enfermedades que pueden incluso pro-

vocar la muerte, todo ello producto del deterioro molecular y celular del ser humano a lo largo de la vida. Sin embargo, estos cambios o deterioros son relativos, puesto que varían en cada ser humano, algunas personas de la tercera edad poseen una excelente salud y desarrollan sus actividades de manera autónoma, mientras que, otros necesitan ayuda constante de un cuidador (4).

En Colombia, el estudio nacional SABE (Salud, Bienestar y Envejecimiento) tuvo como objetivo identificar la situación de los adultos mayores en la zona rural y urbana. El estudio desarrollado en el año 2015 en una población de 23.694 personas de zonas rurales y urbanas, primero se enfocó en determinar el espacio físico en el que habitan los adultos mayores, así como en las condiciones en la que lo hacen, dando como resultado que un 63% poseen casa propia, el 18% arriendan una vivienda, el 12% habitan en una vivienda de propiedad familiar, el 88% de adultos mayores viven sin hacinamiento, el 11% viven en hacinamiento; además mientras el 95,0% de las viviendas de la zona urbana disponen de servicios de alcantarillado en la zona rural solo un 24,8% lo poseen, y de este porcentaje un 14% de la zona rural cuenta con todos los servicios básicos (5). También, se analizó la salud de las personas longevas, determinando que el 60,7% de la población adulta mayor sufre de hipertensión arterial especialmente las mujeres de zonas urbanas y de estratos socioeconómicos bajos, además existe un aumento de la inactividad física, y según aumenta la edad especialmente en los estratos más bajos de un 45,2% -67,0%, y el 2,2% presentan malnutrición (5-7).

Ecuador se encuentra en el puesto 44 del ranking de Envejecimiento Global (8), es decir el proceso de envejecimiento de los adultos mayores se está acelerando, disminuyendo su funcionalidad y su proceso metabólico debido al estilo de vida al que están sujetos, perdiendo su autonomía y necesitando una ayuda constante de los familiares o cuidadores. Además, la expectativa de

vida para los hombres es de 77,6 años y para las mujeres 83,5 años (9). Solamente en la ciudad de Quito, las personas de la tercera edad representan casi el 6% de la población total de la ciudad, es decir aproximadamente 91.000 personas adultas mayores de ambos sexos (10). Por otro lado, en el cantón Cuenca se cuenta con 38.014 adultos mayores, lo cuales están divididos en zonas urbanas y rurales, por lo que es necesario analizar qué factores les garantiza una vida plena a pesar de los años que poseen este grupo poblacional, por lo señalado el objetivo del presente trabajo fue determinar los estilos de vida del adulto mayor según Nola J Pender en la zona urbana y rural del distrito 01D01 del Cantón Cuenca – Ecuador.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio con enfoque cuantitativo, descriptivo de diseño no experimental de corte transversal, el tamaño de la muestra se definió a partir de una prevalencia esperada de 66,7%, de acuerdo con los antecedentes de un estudio realizado en Cuba (11); dando como resultado con un porcentaje de error alfa de 5% y un nivel de confianza del 95% para una población finita un tamaño de muestra de 340 adultos mayores de las distintas Unidades de Salud del Distrito 01D01. Se incluyeron en este estudio a adultos mayores que aceptaron ser parte de la investigación y firmaron voluntariamente el consentimiento informado en el momento del desarrollo de la investigación y se excluyeron a quienes presentaron problemas de conciencia o mentales que limitaran el juicio para dar respuestas fiables al instrumento.

Se utilizaron dos instrumentos de recolección de datos, una ficha para la recolección de las variables sociodemográfica, propias de la población. Para el estudio de la variable dependiente se empleó el cuestionario “Perfil de estilos de vida” según Pender que posee de 56 ítems, basado en seis dimensiones: nutrición, actividad física, manejo del estrés, soporte interpersonal, crecimiento espiritual

y responsabilidad en salud, cada dimensión contiene de 7 a 11 ítems (12, 13). La evaluación se realizó mediante la escala de Likert la cual posee cuatro parámetros de calificación, nunca (N) =1 punto, algunas veces (A) =2 puntos, frecuentemente (F) = 3 puntos y rutinariamente (R) =4 puntos. La utilización del instrumento fue satisfactoria en la medida que permitió la evaluación el comportamiento que integran modos de vida saludable y fomento de la salud, con un índice de consistencia interna de Alfa de Cronbach para la escala completa de 0.94.

Se calculó los promedios y la desviación estándar de las variables cuantitativas como edad y tiempo de padecimiento de la enfermedad, las proporciones para las distintas categorías de las variables cualitativas se realizaron mediante tablas de porcentajes y frecuencias. Las diferencias entre los dos promedios de los estilos de vida (urbano y rural) se evaluaron mediante la prueba T student, el nivel de significancia que se utilizó fue $p < 0,05$. Los datos obtenidos se ingresaron en una base de datos de Excel, y el análisis

se realizó con el programa estadístico SPSS versión 15.

RESULTADOS

En los usuarios encuestados de los centros de salud del Distrito 01D01, se puede notar que el grupo de mayor edad se encuentra entre los 65 a 75 años (39,4%), siendo en su mayoría de sexo femenino (64,7%), en cuanto al estado civil predominó casado/a (63,8%), y la patología más prevalente Hipertensión Arterial (45,3%), atendidos principalmente en la zona urbana (63,8%) (Tabla I).

En relación a los estilos de vida según las características sociodemográficas que tiene el adulto mayor en relación a la edad de 65-75 años con un 59,7% son no saludables y 40,3% saludables, el 69,1% sexo femenino es Saludable y no saludable el 30,9%, en cuanto al estado civil casados con un 65,4% son Saludables y un 34,6% no saludables, con la patología HTA un 69,3% son saludable y un 30,7% no saludable (Tabla II).

TABLA I
DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN LAS VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS.

Variable	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)	
Edad	65-75	134	39,4
	71-75	91	26,8
	76-80	53	15,6
	81-85	45	13,2
	86 >	17	5,0
Sexo	Femenino	220	64,7
	Masculino	120	35,3
Estado Civil	Casado/a	217	63,8
	Separado/a	24	7,1
	Viudo/a	77	22,6
	Unión libre	13	3,8
	Soltero	9	2,6
Patología que padece	Diabetes	88	25,9
	HTA	154	45,3
	Parkinson	7	2,1
	Diabetes/HTA	26	7,6
	Artritis	12	3,5
	Osteoporosis	6	1,8
	I.R.C	1	0,3
Otros	46	13,5	
Ubicación de centro de salud	Urbano	217	63,8
	Rural	123	36,2

TABLA II
ESTILOS DE VIDA SEGÚN LAS VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS
EN LA POBLACIÓN DE ESTUDIO

Estilo de Vida		Saludable N (%)	No Saludable N (%)	Total N (%)	Significancia <i>p</i>
Edad	65-75	80(59,7%)	54(40,3%)	34(100,0%)	, 023
	71-75	65(71,4%)	26(28,6%)	91(100,0%)	
	76-80	38(71,7%)	15(28,3%)	53(100,0%)	
	81-85	36(80,0%)	9(20,0%)	45(100,0%)	
	86 >	1(88,2%)	2(11,8%)	17(100,0%)	
Sexo	Femenino	152(69,1%)	68(30,9%)	152(69,1%)	,000
	Masculino	82(69,1%)	38(31,7%)	120(100,0%)	
Estado Civil	Casado/a	142(65,4%)	75(34,6%)	217(100,0%)	,126
	Separado/a	20(83,3%)	4(16,7%)	24(100,0%)	
	Viudo/a	53(68,8%)	24(31,2%)	77(100,0%)	
	Unión libre	12(92,3%)	1(7,7%)	13(100,0%)	
	Soltero	7(77,8%)	2(22,2%)	9(100,0%)	
Enfermedad en el centro de Salud	Diabetes	61(69,3%)	27(30,7%)	88(100,0%)	,000
	HTA	104(67,5%)	50(32,5%)	154(100,0%)	
	Parkinson	4(57,1%)	3(42,9%)	7(100,0%)	
	Diabetes/HTA	21(80,8%)	5(19,2%)	26(100,0%)	
	Artritis	12(100,0%)	0(0,0%)	12(100,0%)	
	Osteoporosis	6(100,0%)	0(0,0%)	6(100,0%)	
	Otros	26(56,5%)	20(43,5%)	46(100,0%)	
	I.R.C	0(0,0%)	1(100,0%)	1(100,0%)	

Para el grupo etario >76 años se incrementó el riesgo para una mala relación interpersonal a 2,74 ($p=0,02$). La ubicación del Centro de Salud Urbano se encontró como un factor protector para evitar un estilo de vida en la dimensión Crecimiento espiritual a 1,83 ($p=0,01$), al contrario, fue un factor de riesgo para las relaciones interpersonales con 0,95 ($p=0,00$), como se evidencia en la Tabla III.

La diferencia de los promedios de los estilos de vida entre los grupos que acuden a los centros de Salud urbano y rural con respecto a las dimensiones resultaron diferentes ($p>0,05$) en las dimensiones: Nutrición, Relaciones interpersonales y Responsabilidad de la salud. En cuanto a las dimensiones Actividad física, Manejo de estrés, Crecimiento espiritual no se observaron diferencias entre los grupos (Tabla IV).

TABLA III
FACTORES ASOCIADOS A LOS ESTILOS DE VIDA SEGÚN LAS DIMENSIONES EN LA POBLACIÓN DE ESTUDIO.

VARIABLE	Nutrición (<50%) OR P	Actividad Física (<50%) OR P	Manejo del Estrés (<50%) OR P	Relaciones interpersonales (<50%) OR P	Crecimiento Espiritual (<50%) OR P	Responsabilidad de la Salud (<50%) OR P
Sexo						
	0,85-0,55	1,06-0,85	1,19-0,53	1,63 - 0,67	0,61 - 0,38	0,57 - 0,12
	Femenino					
	Masculino					
Edad						
	1,29-0,33	1,43-0,33	1,56-0,15	2,74 - 0,02	0,98 - 0,95	1,60 - 0,19
	76 >					
	65-75					
Estado Civil						
	1,61-0,74	1,03-0,92	0,77-,37	1,56-0,13	1,70 - 0,26	1,32 - 0,44
	Separado-					
	Viudo-Soltero					
	Casado-Unión Libre					
Tiempo de padecimiento de la Enfermedad						
	1,22-0,43	1,18-0,61	0,78-0,39	1,42 - 0,18	0,83 - 0,42	1,23 - 0,51
	Mayor a 10					
	Entre 1 a 10					
Ubicación del Centro de Salud						
	0,83-0,49	1,61-0,14	0,88-0,67	0,95 - 0,00	1,83 - 0,01	0,47 - 0,47
	Urbano					
	Rural					

TABLA IV
COMPARACIÓN DE LOS ESTILOS DE VIDA POR DIMENSIÓN DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD.

Ubicación de centro de salud	N	Media	Desv. Desviación	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	IC (95%)		
						Inferior	Superior	
Nutrición	Urbano	217	21,4977	3,35427	0,014	0,87981	0,17847	1,58115
	Rural	123	20,6179	2,78026				
Actividad física	Urbano	217	11,0276	2,67346	0,140	-0,43576	1,01494	0,14341
	Rural	123	11,4634	2,49029				
Manejo de estrés	Urbano	217	14,0876	3,35226	0,125	0,59162	0,16539	1,34864
	Rural	123	13,4959	3,50964				
Relaciones interpersonales	Urbano	217	17,0138	4,32315	0,000	2,21708	1,38283	3,05132
	Rural	123	14,7967	2,45604				
Crecimiento espiritual	Urbano	217	19,1014	5,48135	0,504	-0,40268	1,58710	0,78173
	Rural	123	19,5041	5,06575				
Responsabilidad de la salud	Urbano	217	21,894	5,10018	0,000	3,60133	2,58526	4,61739
	Rural	123	18,2927	3,4611				

Se puede observar que la población que acude a centros de salud urbanos el 41,9% presentó un estilo de vida saludable, en comparación con el 12,2% de las personas que acude a centros de salud rurales (Tabla V).

TABLA V
CATEGORIZACIÓN DE LOS ESTILOS DE VIDA DE ACUERDO A LA UBICACIÓN DEL CENTRO DE SALUD EN LA POBLACIÓN DE ESTUDIO

Ubicación de centro de salud	Estilo de vida No saludable n (%)	Estilo de vida Saludable n (%)	Total categoría n (%)
Urbano	126 (58,1%)	91 (41,9%)	217 (100%)
Rural	108 (87,8%)	15 (12,2%)	123 (100%)

DISCUSIÓN

En base a los resultados expuestos en la presente investigación en cuanto a la comparación de los Estilos de Vida según las dimensiones: nutrición el 19,4% de la población estudiada llevan un estilo de vida saludable y el 80,6% presentan un estilo de vida no saludable; en la dimensión actividad física se pudo observar que el 85,1% tiene un

estilo de vida saludable y 14,9% no saludable y en cuanto al manejo del estrés se pudo evidenciar que el 76,1% demostró un estilo de vida saludable y el 22,4% no saludable. Estos resultados se contraponen al estudio realizado por Zela Ari, que indica que el 27,2% de adultos mayores tienen un estilo de vida no saludable y 57,3% saludable (14). Del mismo modo según el estudio realizado por Ventura Y Zevallos, señalan que el 49% de adultos mayores realizan actividad física regularmente y el 51% no realizan ninguna actividad física (15); de igual manera, el estudio de Puican, concluye en cuanto al manejo del estrés, que el 90% no pueden controlar de forma adecuada los problemas que se le presentan y el 10% si controlan el estrés al que están expuestos (16).

Además, se indagó sobre los estilos de vida de acuerdo con las características socio-demográficas en donde se observó que el grupo de población con edades comprendidas entre 65 y 75 años de edad presentaron un 21,4% de estilo de vida saludable a diferencia de un 78,6% no saludable, resultado que difiere del estudio realizado por Cortes y col, en el que menciona que los adultos mayores con un rango de edad de 65-70 años, el 63,4%

presentaron un estilo de vida no saludable y el 36,6% saludable (17). De igual manera, las personas con estado civil casado se pudieron observar que el 20,3% presentaron un estilo de vida saludable y el 79,7% no saludable, a comparación con el estudio realizado por Cochachin y Camino que revela que 53% de adultos mayores casados presentan un estilo de vida saludable y el 48% tienen un estilo de vida no saludable (18). Además, se pudo evidenciar que los usuarios con diabetes presentaron un 19,3% de estilo de vida saludable y el 80,7% no saludable, a diferencia realizado por Quiroz y col, en el cual el 96,8% de los adultos mayores desarrollan actividad física y evidencia un mejor estilo de vida (19). Según el presente estudio realizado en los adultos mayores en zona urbana el 41,9% llevan un estilo de vida saludable mientras que en la zona rural el 12,2% llevan un estilo de vida saludable, datos que se contraponen al estudio realizado por Laoreano indicó que el 37,9% de adultos mayores de zona rural llevan un estilo de vida saludable (20).

Finalmente, los hallazgos de este estudio permiten determinar que, de acuerdo a las seis dimensiones, la dimensión Nutrición tiene una vida saludable del 78,8% en la zona urbana a diferencia de la zona rural un 75,6%, en la dimensión: Relaciones interpersonales en la zona urbana tienen una vida saludable del 30,9%, y en lo rural un 4,1%, con respecto a la responsabilidad de la Salud en la zona urbana presento una vida saludable de 15,7% y en la zona rural un 8,1%. El estudio similar realizado por Romo (21), expresó que el 75,5% en dimensión nutrición, llevan un estilo de vida saludable en la zona urbana, mientras que, en el área rural según el estudio de Ramos, el 39,2% "llevan un estilo de vida saludable" (22). En la dimensión de relación inter personal según el estudio realizado por Mora, manifestó que el 38,7% en la zona rural registraron un estilo de vida saludable (23), mientras que en la zona urbana según el estudio realizado por Aguilar indicó que el 72,2% tiene un estilo de vida saludable y en cuanto a la dimensión responsabilidad en la salud (24). Asimismo, Puican observó que el 30%

llevan un estilo de vida saludable (16), y Ortiz y col., el 28% presentaron un estilo de vida saludable en el área rural (25).

CONCLUSIONES

En relación a la identificación sobre los modos de vida del adulto mayor que asisten a los centros de salud de la zona urbana y rural según las dimensiones de Pender, en la dimensión Nutrición, se identificó que en la zona urbana son no saludables el 46(21,2%), y saludable el 171(78,8%), en cuanto la zona rural el 30(24,4%), son no saludables y el 93(75,6%), son saludables, en la dimensión Actividad física se identificó que en la zona urbana son no saludables el 195(89,9%), y saludable el 22(10,1%), en cuanto la zona rural el 104(84,6%), son no saludables y el 19(15,4%), son saludables, en cuanto a la dimensión Manejo de estrés se identificó que en la zona urbana son no saludables el 176(81,1%), y saludable el 41(18,9%), en cuanto la zona rural el 102(82,9%), son no saludables y el 21(17,1%), son saludables, en relación a la dimensión Relaciones interpersonales se identificó que en la zona urbana son no saludables el 150(69,1%) y saludables el 67(30,9%), en cuanto la zona rural el 118(95,9%), son no saludables y el 5(4,1%), son saludables, en relación a la dimensión Crecimiento Espiritual se identificó que en la zona urbana son no saludables el 85(39,2%) y saludables el 132(60,8%) en cuanto la zona rural el 85(39,2%) son no saludables y el 91(74,0%), son saludables, en relación a la dimensión Responsabilidad de la Salud se identificó que en la zona urbana son no saludables el 183(84,3%) y saludables el 34(15,7%), en cuanto la zona rural el 113(91,9%) son no saludables y el 10(8,1%), son saludables.

Los estilos de vida de las personas que acuden a los establecimientos de salud urbano y rural, se identificaron que el 126. (58.1%) urbano es no saludable, y el 91 (41,9%) es saludable y en lo rural se identificó que el 108. (87.8%) es no saludable y el 15(12,2%) saludable.

REFERENCIAS

1. OMS. Envejecimiento y ciclo de vida. Datos interesantes acerca del envejecimiento [Internet]. 2019 [citado 2019 12 01]. Disponible en: <https://www.who.int/ageing/about/facts/es/>
2. Franco OH, Kirkwood TBL, Powell JR, Catt M, Goodwin J, Ordovas JM, van der Ouderaa F. Ten commandments for the future of ageing research in the UK: a vision for action. BMC geriatrics. 2007 [citado 2019 12 01]; 7:10. Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1471-2318/7/10/>
3. OMS. Organismos internacionales y envejecimiento 2009. [Internet] [citado 01 de diciembre de 2019]. Disponible en: http://traballo.xunta.es/export/sites/default/Biblioteca/Documentos/Publicacions/congreso_envejecimiento/congreso_envejecimiento_activo.pdf
4. OMS. Envejecimiento y Salud. [Online]. 2018 [citado 2019 01 1]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/envejecimiento-y-salud>.
5. MINSALUD COLCIENCIAS. Sabe Colombia 2015 Estudio Nacional de salud, bienestar y envejecimiento. [Online]. 2018 [citado 2019 12 22]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/Resumen-Ejecutivo-Encuesta-SABE.pdf>
6. González Quiñones JC. Sabe Colombia 2015: Estudio Nacional de Salud, Bienestar y Envejecimiento. Carta Comunitaria 2017; 25(144):24. DOI: 10.26752/ccomunitaria.v25.n144.152.
7. Ministerio de Salud y Protección Social. Envejecimiento demográfico. Colombia 1951-2020 dinámica demográfica y estructuras poblacionales 2013 [Online] [citado 01 de diciembre de 2019]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/Envejecimiento-demografico-Colombia-1951-2020.pdf>
8. Ecuador - Índice global de envejecimiento. [Online]; 2015 [citado 2019 12 22]. Disponible en: <https://datosmacro.expansion.com/demografia/indice-global-envejecimiento/ecuador>.
9. MINISTERIO DE INCLUSIÓN ECONÓMICA Y SOCIAL [Online]. 2019 [citado 2019 12 03]. Disponible en: <https://www.inclusion.gob.ec/direccion-poblacion-adulta-mayor/>
10. CENSO INDEY. https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Bibliotecas/Estudios/Estudios_Economicos/Evolucion_de_la_indus_Alimen_Beb_2001-2006/Poblac_Adulto_Mayor.pdf. [Online]; 2010 [citado 2019 12 10]. Disponible en: https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Bibliotecas/Estudios/Estudios_Economicos/Evolucion_de_la_indus_Alimen_Beb_2001-2006/Poblac_Adulto_Mayor.pdf
11. CUBA. INFORME NACIONAL SOBRE LA IMPLEMENTACIÓN DE LA AGENDA 2030. Disponible en: https://foroale2030.cepal.org/2019/sites/foro2019/files/informe_nacional_voluntario_de_cuba_sobre_implementation_de_la_agenda_2030.pdf.
12. Pender NJ, Walker SN, Stromborg MF, Sechrist KR. Predicting health-promoting lifestyles in the workplace. Nursing Research. 1990; 39 (6), 326-332.
13. Aristizábal Hoyos GP, Blanco Borjas DM, Sánchez Ramos A, Ostiguín Meléndez RM. El modelo de promoción de la salud de Nola Pender: Una reflexión en torno a su comprensión. Enferm. univ [revista en la Internet]. 2011 Dic [citado 2020 Nov 13] ; 8(4): 16-23. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632011000400003&lng=es.
14. Zela Ari L. Hipertensión Arterial y Estilo de Vida en Adultos Mayores de la Micro Red de Salud Revolución San Román, Juliaca - 2015. <https://repositorio.upeu.edu.pe/handle/UPEU/240>
15. Ventura-Suclupe AP, Zevallos-Cotrino ADR. Estilos de vida: alimentación, actividad física, descanso y sueño de los adultos mayores atendidos en establecimientos del primer nivel, Lambayeque, 2017. ACC CIETNA: Revista De La Escuela De Enfermería. 2019; 6(1), 60-67.
16. Puican M. Estilo de vida en ancianos con Hipertensión Arterial Atendido en el centro de salud de surco, 2019. [tesis de pregrado en Internet]. [Lima]. Universidad Privada Norbet Wienir; 2019 [citado 04 de diciembre de 2019].

17. Cortés-Recabal JE, Flores-Leone PE, Gómez-Muñoz CA, Reyes-Escalona KS, Romero-Díaz LA. Resiliencia y su relación con estilos de vida de los adultos mayores autovalentes. *Cienc. enferm.* [Internet]. 2012 [citado 2020 Nov 14]; 18(3): 73-81. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532012000300008&lng=es.
18. Cochachin Alegre MR, Camino Sánchez MN. Estilos de vida y Factores Biosocioculturales En Adultos Mayores Del Distrito De Ataquero - Carhuaz, Universidad Los Ángeles de Chimbote. 2017. <http://repositorio.uladech.edu.pe/handle/123456789/13998>
19. Quiroz S, Guzmán M, Pérez L. Estilos de vida y factores sociodemográficos asociados en pacientes con diabetes mellitus. *Multi-disciplinary Health Research.* 2016; 1(2).
20. Laoreano OJ. Reforzamiento en el estilo de vida del adulto mayor con Diabetes Mellitus 2 del área rural, para mejorar apego al tratamiento. [tesis de maestría en Internet]. [Veracruz]. Universidad Veracruzana; 2018 [citado 04 de diciembre de 2019].
21. Romo D. Estilos de vida y factores biosocioculturales del adulto mayor en el distrito de san juan de iscos, 2017. [tesis de pregrado en Internet]. [Chimbote]. Universidad Católica los Ángeles Chimbote; 2017 [citado 04 de diciembre de 2019].
22. Ramos C. Estilos de vida y factores biosocioculturales del adulto. Sector vi. Chonta. Santa maría 2016. [tesis de pregrado en Internet]. [Chimbote]. Universidad Católica los Ángeles Chimbote; 2016 [citado 04 de diciembre de 2019].
23. Mora F. Estilos de vida del adulto maduro en el asentamiento humano ciudadela Pachacútec sector B3, Ventanilla, Callao - 2017. [tesis de pregrado en Internet]. [Los Olivos, Perú]. Universidad Ciencia y humanidad; 201 [citado 04 de diciembre de 2019].
24. Aguilar G. Estilo de vida del adulto mayor que asiste al Hospital Materno Infantil Villa María del Triunfo, 2013. [tesis de pregrado en Internet]. [Lima]. Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2014 [citado 04 de diciembre de 2019].
25. Ortiz DA, Paniagua M, Salamanca E. Estilos de vida saludable en los adultos mayores

de la comuna 3 y 4 de Villavicencio – Colombia. Universidad de los Llanos. 2017 <https://repositorio.unillanos.edu.co/bitstream/001/954/3/Articulo%20ENF%200787.pdf>

ENF-03. APLICACIÓN DEL PROCESO ENFERMERO EN HOSPITALES ECUATORIANOS.

(Application of the nursing process in Ecuadorian Hospitals)

*Karen Lisbeth Ordoñez Delgado¹,
Anabel Maricela Ortega Uyaguari¹,
Isabel Cristina Mesa Cano^{1,2},
Cristina Elisabeth Urgilés Barahona^{1,3},
Fanny Isabel Zhunio Bermeo^{1,4}*

¹Licenciada en Enfermería -Ecuador.

²Docente de la Carrera de Enfermería de la Universidad Católica de Cuenca - Ecuador.

³Docente de la Universidad Técnica Particular de Loja - Ecuador.

⁴Docente de la Universidad Técnica de Machala- Ecuador.

imesac@ucacue.edu.ec

RESUMEN

El proceso enfermero es una metodología científica aplicada a los cuidados de forma individual, familiar y comunitaria, que se convierte en la identidad de la profesión. **Objetivo:** Describir la aplicación del proceso enfermero en hospitales ecuatorianos. **Materiales y métodos:** Estudio cuantitativo, de alcance descriptivo, de corte transversal. La muestra estuvo formada por 187 enfermeras del Hospital José Carrasco Arteaga y 179 enfermeras del Hospital General Machala, pertenecientes al Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, que respondieron a un cuestionario validado a juicio de expertos y conformado por 5 preguntas sociodemográficas y 15 preguntas sobre el proceso enfermero con cinco dimensiones: valoración,

diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. **Resultados:** El 98,15% aplican el proceso enfermero, con una frecuencia de aplicación de algunas veces (58,6%), en el Hospital José Carrasco Arteaga; la etapa de mayor dificultad fue la valoración (33,7%). **Conclusiones:** Se identificó que el proceso enfermero es aplicado por el personal de Enfermería en las instituciones evaluadas, sin embargo, en la práctica diaria no sucede así, ya que varios factores impiden su aplicación, por ello el personal de Enfermería en su mayoría señala que la saturación de pacientes en los servicios dificulta su realización.

Palabras clave: enfermería; proceso de enfermería; atención de enfermería; atención hospitalaria.

ABSTRACT

Introduction: The nursing process is a scientific methodology applied to individual, family and community care, which becomes the identity of the profession. **Objective:** To describe the application of the nursing process in Ecuadorian hospitals. **Materials and methods:** A quantitative, descriptive, cross-sectional study. The sample was made up of 187 nurses from the José Carrasco Arteaga Hospital and 179 nurses from the General Machala Hospital, belonging to the Ecuadorian Institute of Social Security, who responded to a questionnaire validated by experts and made up of 5 sociodemographic questions and 15 questions about the process nurse with five dimensions: assessment, diagnosis, planning, execution and evaluation. **Results:** 98.15% apply the nursing process, with a frequency of application of some times with 58.6%, in the Hospital José Carrasco Arteaga the stage of greatest difficulty is the assessment with 33.7%. **Conclusions:** It was identified that the nursing process is applied by the Nursing staff in the institutions, however, in daily practice this is not the case, since several factors prevent its application, for this reason the Nursing staff mostly indicate that the saturation of

patients in the services makes it difficult to carry out.

Key words: nursing; nursing process; nursing care; hospital care.

INTRODUCCIÓN

La enfermería es una de las profesiones más importantes en el ámbito de la salud, ya que se encarga de la promoción de la salud y la prevención de enfermedades a través del cuidado necesario de los pacientes, para así poder brindar bienestar, garantizando una mejor atención a las personas. En relación con el proceso enfermero se centra en una atención basada en métodos y teorías, cuyo objetivo es ofrecer cuidados de calidad y calidez que aseguren el bienestar a nivel individual, familiar y comunitario (1).

Países latinoamericanos como Chile, han reportado que el 40,2% de enfermeros no aplica el proceso, el 41,7% poseen conocimientos acerca de la Asociación Norteamericana de Diagnósticos enfermeros (NANDA por sus siglas en inglés), pero no la aplican, además de encontrar que entre 41% y 43% del personal de enfermería no usan la clasificación de intervenciones de enfermería (NIC) y la clasificación de resultados de enfermería (NOC), respectivamente (2). Por su parte, en la Habana-Cuba, 35% del personal de salud no aplica el Proceso de Atención de Enfermería (PAE) y 24% lo realiza casi siempre. En relación a las etapas del proceso enfermero señalan que la planificación y ejecución son las de mayor debilidad al momento de aplicarlas (1). Otros países como Uruguay, el 25% del personal de enfermería no aplica el proceso enfermero de manera correcta (3). Asimismo, Colombia en un estudio reportó que la sobrecarga laboral influyó negativamente en el cumplimiento del proceso enfermero con un 11,3% y el tiempo en un 14,3% para el incumplimiento de proceso enfermero (4).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1977 señala al proceso enfermero: "Un conjunto de intervenciones

propias del personal de enfermería, lo cual es aplicado en la salud del individuo, familia o comunidad". Griffin describió el proceso enfermero en tres dimensiones propósito organización, y flexibilidad (5).

El personal de enfermería en Ecuador se encuentra expuesto a muchos factores que demandan tiempo en su jornada laboral, tales como sobrecarga de pacientes, exposición a riesgos laborales, sufrimiento humano, actividades relacionadas a la docencia y gestión administrativa que no son reconocidas dentro de su jornada laboral, pero de cumplimiento obligatorio, lo que impide el correcto cumplimiento del proceso enfermero. Por lo que, es una gran responsabilidad por parte del personal enfermero su ejecución, la falta de aplicación del mismo conlleva a ciertas desventajas para los pacientes como son: los eventos adversos.

De allí que, la aplicación del proceso enfermero forma parte esencial en las actividades como promoción de salud, prevención de la enfermedad, curación, rehabilitación y cuidados paliativos, por ello, se investigó si el personal de enfermería de dos instituciones está aplicando el proceso enfermero con el fin de identificar las causas, con el propósito de mejorar la calidad y seguridad en la atención del paciente, beneficiándose con una atención humanizada y eficiente enfocada en sus necesidades.

En la actualidad los profesionales de enfermería tienen que realizar dicho proceso de atención en el paciente, por ello el objetivo principal de esta investigación fue describir si cumplen con esta aplicación hospitalaria y los objetivos complementarios fueron analizar y comparar los resultados entre los hospitales analizados.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio cuantitativo, descriptivo, de corte transversal. El universo incluyó a los profesionales de enfermería de dos instituciones hospitalarias. Se aplicó un muestreo aleatorio simple en el programa

Epidat versión 4.2, en el Hospital José Carrasco Arteaga (HJCA) se calculó una muestra de 170 enfermeras, a lo cual se sumó el 10% de pérdidas para una muestra total de 187 profesionales de Enfermería, de igual manera en el Hospital General Machala (HGM) una muestra de 163 enfermeras y se sumó el 10% de pérdidas para una muestra total de 187 profesionales de Enfermería.

Fueron incluidos en el estudio profesionales de Enfermería que laboran en las dos instituciones hospitalarias y a los que firmen el consentimiento informado. Se excluyeron a los participantes que a pesar de firmar el consentimiento informado expresen de forma verbal o escrita que no desee participar en el estudio y aquellos con calamidad doméstica, vacaciones o permisos médicos que les impidan participar.

Se aplicó un método deductivo, ya que permite la utilización de una teoría fundamentada a explicar características en una población, para la recolección de la información se utilizó una encuesta. El instrumento utilizado fue elaborado por los autores y validado a juicio de expertos, el mismo que está conformado por cinco preguntas sociodemográficas: edad, sexo, hospital al que pertenece, años de experiencia laboral y nivel de instrucción, y 15 preguntas sobre el proceso enfermero desde el modelo de cuidados de Virginia Henderson y los lenguajes NANDA, NIC, NOC (NNN); con cinco dimensiones: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación.

Para el análisis de la información se aplicó estadística descriptiva y se expresó por frecuencias y porcentajes; se utilizó el programa estadístico SPSS versión 15.

RESULTADOS

Se incluyeron 187 profesionales de enfermería del HJCA y 179 profesionales de enfermería del HGM en el estudio, en ambas instituciones resultó prevalente el género femenino; los grupos etarios más frecuentes incluyeron: en el HGM de 21 a 35 años y en

el HJCA de 36 a 50 años. En relación a los años de experiencia se logró diferenciar que en HGM la experiencia de 0 a 5 años fue mayor, y en el HJCA de 6 a 10 años. En los dos hospitales el grado académico, coincide que el de mayor porcentaje es la licenciatura.

Al analizar las variables entre grupos se observó que existe una diferencia significativa en los datos sociodemográficos entre los dos hospitales exceptuando la variable sexo (Tabla I).

En relación con la variable sobre aplicación del proceso enfermero en actividades

diarias, el 100% de los encuestados en el HGM respondió que sí lo aplica de los cuales el 78,2% lo aplica algunas veces; mientras que, en el HJCA 96,3% lo aplica y de ellos, el 57,2% lo aplica siempre. En el análisis las variables en grupo indican una diferencia significativa entre los dos hospitales (Tabla II).

Finalmente, en la Tabla III se evidencia que las dos instituciones coinciden con que la saturación de pacientes es la mayor dificultad que presentan para la aplicación del proceso enfermero, observándose diferencias significativas entre los hospitales.

TABLA I
DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Variable	IC	HGM		HJCA		IC	X ²	P
		N	%	N	%			
Sexo								
Masculino	2,7-4,09	6	3,4%	9	4,8%	4,08-5,51	0,6*	
Femenino	93,13-98,87	173	96,6%	178	95,2%	91,88-98,12		
Edad								
21-35	70,83-83,17	138	77,1%	88	47,1%	39,85-54,15	35,5	0,0
36-50	15,03-26,97	39	21,8%	90	48,1%	40,84-55,16		
51-65	0,64-1,55	2	1,1%	9	4,8%	4,08-5,51		
>65	-	0	0,0%	0	0,0%	-		
Años de Experiencia								
0-5	71,93-84,07	140	78,2%	41	21,9%	15,16-26,84	121,7	0,0
6-10	8,07-17,93	24	13,4%	73	39,0%	32,01-45,99		
11-15	7,86-8,93	15	8,4%	45	24,1%	17,88-30,12		
>15	-	0	0,0%	28	15,0%	9,88-20,12		
Grado Académico								
Licenciatura	93,13-98,87	172	96,1%	156	83,4%	77,62-88,38	21,3	0,0
Diplomado	1,15-2,25	3	1,7%	4	2,1%	1,51-2,68		
Especialidad	1,15-2,25	3	1,7%	8	4,3%	3,59-5,01		
Maestría		0	0,0%	19	10,2%	5,7-14,30		
Doctorado	0,25-0,94	1	0,6%	0	0,0%	-		

TABLA II
APLICACIÓN DEL PROCESO ENFERMERO

Variable	HGM		IC	HJCA		IC	X ²	p
	N	%		N	%			
Aplica el proceso enfermero en sus actividades diarias								
Sí	179	100%	-	180	96,3%	93,19-98,81		0,01*
No	0	0%	-	7	3,7%	3,00-4,39		
Frecuencia de Aplicación								
Siempre	39	21,8%	15,03-26,97	107	57,2%	49,90-64,10		59,6 0,0
Algunas Veces	140	78,2%	71,93-84,07	73	39,0%	32,01-45,99		
Nunca	0	0%	-	7	3,7%	3,00-4,39		

TABLA III
DIFICULTADES AL MOMENTO DE APLICACIÓN DEL PROCESO ENFERMERO.

Variable	HGM		IC	HJCA		IC	X ²	P
	N	%		N	%			
Dificultades en la aplicación								
No posee suficientes conocimientos sobre el tema	0	0,0%	-	7	3,7%	3,09-4,39		0,07*
Se le dificulta el manejo de diagnósticos enfermeros	2	1,1%	0,64-1,55	38	20,3%	14,27-25,73		0,0*
Saturación de pacientes	167	93,3%	89,2-96,74	140	74,9%	67,71-80,29		0,0*
Estrés laboral	15	8,4%	1,86-8,93	87	46,5%	38,86-53,14		0,06*
Falta de asignación de tareas	0	0,0%	-	12	6,4%	57,12-70,88		-
Horarios	10	5,6%	4,87-6,32	19	10,2	5,7-14,3		
Otros	1	0,6%	0,25-0,94	18	9,6	9,31-9,88		0,05*

DISCUSIÓN

La edad más prevalente del personal en el HGM fue entre 21 a 35 años prevalece (77,1%), mientras que, en el HJCA se ubican entre 36 y 50 años (48,1%) observándose diferencia entre los dos hospitales. Este hallazgo resulta similar al reportado por Velasco y col. (7), en Guayaquil quienes observaron que el 65% de la población estudiada se encuentra en edades comprendidas desde 21 a 30 años, asimismo con lo detectado por Duque (4) en Colombia al referir que la población se encuentra entre los 20 y 40 años de edad teniendo en cuenta que, en este país

los años de estudio son menores, por ello, las personas a edad temprana se titulan de la universidad y la jubilación puede obtenerse a los 55 años, generando mayor cantidad de plazas de trabajo para las enfermeras jóvenes aun así, los profesionales de Enfermería se encuentran dentro de la parte activa y productiva de la población adulta joven y adulta.

En relación con el grado académico se observó que el más del 83% del personal de enfermería del HGM y el HJCA tienen grado de licenciatura. Resultado similar al reportado por Batista y Alvarado (8), quienes observaron que el 72,7% tienen grado académico nivel licenciatura; debido a que se caracte-

rizan por ser una población joven, con experiencia laboral y que han recibido conocimientos actuales a lo largo de su formación.

En relación con la aplicación del proceso enfermero en el HGM el 100% de los encuestados lo aplican, en contraste con los resultados del HJCA que el 96,3% aplica el proceso enfermero. Este hallazgo supera lo reportado por Ávila y cols. (9), en una muestra de 89 enfermeras en quienes observó que solo el 41% refiere aplicar el mismo. El proceso enfermero es un método requerido en las actividades diarias de Enfermería que guía las prácticas de la profesión a un conocimiento científico y que permite diferenciar los cuidados enfermeros de la práctica médica, por lo que los resultados revelan que no está siendo aplicado en su totalidad.

Con respecto a la frecuencia de la aplicabilidad del proceso enfermero, existe una diferencia significativa entre el HGM donde el 21,8% de los encuestados lo aplica siempre y el 78,2% algunas veces, en cambio en el HJCA el 57,2%, siempre aplica el proceso, el 39,0% algunas veces y 3,7% nunca lo aplica. Estos resultados son inferiores a los señalados por Ponti y cols. (1), en Argentina quienes reportaron que el 65% realizan siempre el proceso enfermero, algunas veces 24% y el 11% nunca lo aplica.

Cabe destacar, el proceso enfermero tiene cinco etapas, cada una tiene como objetivo garantizar la calidad de los cuidados brindados al individuo. La primera etapa es la valoración que indica el primer eslabón del proceso enfermero para la recolección de datos. Con respecto al HGM el 100% de enfermeras/os lo aplican, en cambio en el HJCA el 96,3% lo aplica. En el estudio realizado por Batista y Alvarado (8), se observó que existe diferencia en relación a la aplicación de la etapa de valoración en 38,6%.

Por su parte, en el estudio de Huitzi y cols. (10), menciona que la teoría más utilizada es la de Virginia Henderson en un 86% y el Modelo de Marjorie Gordon en un 11%. Estos resultados contrastan la realidad del desempeño de la labor enfermera en Ecua-

dor. De igual manera en otro estudio realizado por Morales y cols. (11), en Colombia, se observó que el proceso enfermero tiene cierta limitación en su aplicación, así como también incluyen teorías de Enfermería, las más utilizadas son la de Virginia Henderson, Dorotea Orem y Florence Nightingale, lo cual coincide con la investigación.

En otro aspecto, en el HGM el 92,2% y el HJCA el 70,6% realizan reportes de Enfermería que cumplen con los estándares de calidad necesarios para el bienestar del paciente; ambas instituciones coinciden que el motivo principal para el incumplimiento es el exceso de pacientes. Un estudio realizado por López y cols. (12), en los tres turnos se pudo observar que la calidad del registro clínico es deficiente ya que no cumple con la mayoría de características que están inmersas en el reporte de Enfermería. Aunque existen varios fundamentos teóricos previamente establecidos que sirven para la emisión de diagnósticos de Enfermería, como la taxonomía NANDA, fue la más utilizada en las instituciones evaluadas, 66,5% en el HGM y 49,7% en el HJCA, cabe recalcar que el formato SOAPIE fue implementada en capacitaciones recientes. En el estudio de Caballero y cols. (6) reveló que 61% de los encuestados no usaban ningún fundamento teórico y 39% utilizaban NANDA internacional (taxonomía I y II). Aunque en Ecuador la taxonomía NANDA aún no es implementada de manera obligatoria por la autoridad sanitaria para emitir diagnósticos enfermeros, se observa que, es la más utilizada por el personal.

Al momento de aplicar el proceso enfermero los profesionales coinciden en que existen dificultades que impiden el cumplimiento efectivo que mejore la calidad de atención de Enfermería. En los hospitales evaluados, el problema más frecuente fue la saturación de pacientes seguido del estrés laboral; lo cual coincide con lo reportado por Gutiérrez y cols. (5), quienes refieren que el problema más destacado es la falta de tiempo durante los turnos, teniendo un promedio de 15,5

pacientes por enfermero de turno, impidiendo brindar una atención eficaz y adecuada.

CONCLUSIONES

El proceso enfermero es descrito como un método científico aplicado en los cuidados enfermeros, ésta herramienta permite que las intervenciones sean integrales, humanistas y basadas en principios éticos permitiendo tener una interacción continua, fortaleciendo la interacción paciente-enfermera.

En el presente estudio se identificó que el proceso enfermero sí es aplicado por el personal de Enfermería del Hospital General Machala y Hospital José Carrasco Arteaga del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social; sin embargo, en la práctica diaria no sucede así, ya que varios factores impiden su aplicación, por ello el personal de Enfermería en su mayoría señaló que la saturación de pacientes en los servicios dificulta su realización.

En el análisis comparativo entre las dos instituciones hospitalarias se observó que existen diferencias significativas en todas las variables sobre el proceso enfermero lo que señala disparidad entre un hospital general y un hospital de especialidades.

REFERENCIAS

1. **Ponti L, Castillo R, Vignatti R, Monaco M, Nuñez J.** Conocimientos y dificultades del proceso de atención de enfermería en la práctica. *Educ Médica Super* [Internet]. 2017 [cited 2019 Sep 16];31(4):1–12. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21412017000400007&script=sci_arttext&tlng=en
2. **Caballero E, Aguilar N, Alegría M, Díaz I, Chacón C, Hernández A, et al.** Nivel de uso del lenguaje estandarizado en el proceso de enfermería. *Enfermería Cuid Humaniz* [Internet]. 2015 [cited 2019 Sep 16];4(1):1–7. Available from: <https://revistas.ucu.edu.uy/index.php/enfermeriacuidadoshumanizados/article/view/530/535>
3. **Allonso K, Silvera S.** Aplicación del proceso enfermero en la práctica hospitalaria por los estudiantes de la licenciatura de enfermería de la FETS. *Enfermería Cuid Humaniz* [Internet]. 2016 [cited 2019 Sep 16];2(1):25–30. Available from: <https://revistas.ucu.edu.uy/index.php/enfermeriacuidadoshumanizados/article/view/780>
4. **Duque P.** Factores relacionados con la aplicabilidad del Proceso Atención de Enfermería en una institución de salud de alta complejidad en la ciudad de Medellín, Colombia. *Univ y Salud* [Internet]. 2014 [cited 2019 Sep 16];16(1):91–102. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-71072014000100009
5. **Gutiérrez O, Torres C, Lobo N.** Factores relacionados con la aplicación del proceso de enfermería en instituciones hospitalarias de Colombia. *Rev Cuid* [Internet]. 2018 [cited 2019 Sep 16];9(1):2007–16. Available from: <https://revistacuidarte.udes.edu.co/index.php/cuidarte/article/view/480>
6. **Caballero E, Aguilar N, Alegría M, Díaz I, Chacón C, Hernández A, et al.** Nivel de uso del lenguaje estandarizado en el proceso de enfermería. *Enfermería Cuid Humaniz* [Internet]. 2015 [cited 2019 Sep 16];4(1):1–7. Available from: <https://revistas.ucu.edu.uy/index.php/enfermeriacuidadoshumanizados/article/view/530/535>
7. **Velasco I, Suárez R, Rivera G, Espinoza H.** Conocimiento sobre el proceso de atención de enfermería del profesional en el cuidado que ofrece al paciente. *RECI-MUNDO Rev Científica la Investig y el Conoc* ISSN-e 2588-073X, Vol 2, N° Extra 1, 2018, págs 772-799 [Internet]. 2017 [cited 2019 Sep 16];2(1):772–99. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6732874>
8. **Batista M, Alvarado E.** Factores relacionados con la práctica del proceso de enfermería en servicios de hospitalización. *Rev Enfermería del Inst Mex Seguro Soc* [Internet]. 2015 [cited 2019 Sep 16];23(2):83–90. Available from: <https://www.mediagraphic.com/pdfs/enfermeriamss/eim-2015/eim152e.pdf>
9. **Ávila G, Maciel A, Cuevas M, Díaz B, Monroy M.** Proceso de enfermería en Hospital

de Ginecología y Obstetricia del Estado de México, 2016. Rev TecnoSalud [Internet]. 2017 [cited 2019 Sep 16]; Available from: <http://www.tecnosaludcmw2017.sld.cu/index.php/socoenf/tecnosalud2017/paper/viewFile/114/80>

10. Huitzi J, Elorza M, Urkia J, Subero J, ZU-
piria X. Uso del proceso de enfermería en
los centros públicos y privados de un área
de salud. Rev Latinoam Enferm [Internet].
2014 [cited 2019 Sep 16];20(5):1–6. Avail-
able from: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/
v20n5/es_12.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n5/es_12.pdf)
11. Morales R, Pardo C. Application of theo-
retical and methodological components of
nursing care. Rev Cienc y Cuid [Internet].
2016 [cited 2019 Sep 16];13(2):107–20.
Available from: [https://dialnet.unirioja.es/
servlet/articulo?codigo=5710345](https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5710345)
12. López J, Saavedra C, Moreno M, Flores S.
Niveles de cumplimiento de calidad del re-
gistro clínico de enfermería. Rev Electrónica
Med Salud y Soc [Internet]. 2015 [cited
2019 Sep 16];6(1):65–77. Available from:
[https://www.researchgate.net/publica-
tion/318967258_Niveles_de_cumplimien-
to_de_calidad_del_registro_clinico_de_en-
fermeria](https://www.researchgate.net/publication/318967258_Niveles_de_cumplimiento_de_calidad_del_registro_clinico_de_enfermeria)

ENF-04. ESTILOS DE VIDA Y AUTOCUIDADO EN LOS INTERNOS DE ENFERMERÍA DE UN HOSPITAL ECUATORIANO.

(Lifestyles and self-care in nursing inmates
of an Ecuadorian Hospital)

*Paola Andrea Piedra Castillo*¹,
*Adriana Elizabeth Tenecela Cárdenas*¹,
*Marcia Yolanda Cobos Alvarracin*²,
*Cristina Elisabeth Urgiles Barahona*²

¹Licenciada en Enfermería.

²Docente de la Universidad Católica
de Cuenca.

³Docente de la Universidad Técnica
Particular de Loja.

meobos@ucacue.edu.ec

RESUMEN

El autocuidado dentro de la promo-
ción de la salud se enfoca como una forma
de construir una vida saludable, aportando
componentes primordiales a los estilos de
vida, los mismos que provocan cambios en
los comportamientos de los individuos para
fomentar hábitos que potencien la salud, se-
guridad y bienestar. **Objetivo:** Determinar la
relación entre los estilos de vida y el autocui-
dado en los internos de Enfermería del Hos-
pital Vicente Corral Moscoso de la ciudad
de Cuenca, Ecuador. **Materiales y Métodos:**
Estudio de alcance correlacional, de cohorte
transversal y de enfoque cuantitativo, con
una población finita de 70 internos de En-
fermería. Para la recolección de información
de autocuidado se utilizó el cuestionario so-
bre “El nivel de autocuidado según Dorothea
Orem”, con un alfa de Cronbach de 0,80;
para estilos de vida “Perfil de estilo de vida
(PEPS-I) de Nola Pender (1996)”, con un alfa
de Cronbach de 0,89. **Resultados:** Presenta-
ron un estilo de vida saludable con el 90,0%,
al analizar las dimensiones de esta variable
predominan las dimensiones de soporte in-
terpersonal y autoactualización con el 95,7%
y el 98,6%. Además, se obtuvo un nivel alto
de autocuidado con el 67,1%, por lo que se
evidenció que la dimensión que predominó
fue la de relaciones interpersonales con el
91,4%. **Conclusiones:** En cuanto a la rela-
ción entre autocuidado y estilos de vida no
se encontró una relación significativa.

Palabras clave: estilo de vida; autocui-
dado; enfermería.

ABSTRACT

Introduction: Self-care within the pro-
motion of health is focused as a way to build
a healthy life, providing essential compo-
nents to lifestyles, the same ones that cause
changes in the behaviors of individuals to
promote habits that enhance health, safety
and wellness. **Objective:** To determine the
relationship between lifestyles and self-care

in Nursing interns of the Vicente Corral Moscoso Hospital in the city of Cuenca, Ecuador. **Materials and Methods:** A study with a correlational scope, a cross-sectional cohort and a quantitative approach, with a finite population of 70 nursing interns. To collect self-care information, the questionnaire on “The level of self-care according to Dorothea Orem” was used, with a Cronbach’s alpha of 0.80; for lifestyles “Nola Pender’s (1996) Lifestyle Profile (FIFO-I)”, with a Cronbach’s alpha of 0.89. **Results:** They presented a healthy lifestyle with 90.0%, when analyzing the dimensions of this variable, the dimensions of interpersonal support and self-actualization predominate with 95.7% and 98.6%. In addition, a high level of self-care was obtained with 67.1%, so it was evident that the dimension that predominated was that of interpersonal relationships with 91.4%. **Conclusions:** Regarding the relationship between self-care and lifestyles, no significant relationship was found ($p > 0.05$).

Key words: lifestyle; self-care; nursing.

INTRODUCCIÓN

Dentro de la disciplina de Enfermería se hace énfasis en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, por ello, la importancia de abordar el autocuidado, el cual se refiere a las actividades o conductas que las personas practican en beneficio de sí mismas y la promoción de los estilos de vida los cuales reflejan la forma de vivir de las personas, es decir, los hábitos cotidianos que realizan para lograr un adecuado estado de salud y con ello mejorar su calidad de vida (1).

En la actualidad los estudiantes universitarios debido a diversos cambios de tipo cultural, social y económico tienden a presentar cambios en su autocuidado, por lo que se observa en ellos comportamientos no saludables que pueden afectar su bienestar, de esto, no están exentos los internos de Enfermería, puesto que, por el ámbito laboral en el que se desempeñan se encuentran ex-

puestos a múltiples factores que pueden intervenir en sus estilos de vida (2).

Según Dorothea Orem, el autocuidado permite al individuo conservar su vida, desarrollo y bienestar, por lo que deber ser puesto en práctica de manera constante, además ayudará a cuidar y mantener un estado de salud óptimo durante todas las etapas del ciclo vital de acuerdo a cada una de las necesidades básicas que tienen los individuos en su diario vivir (3).

En Colombia, encontraron que, entre los cambios en las prácticas de autocuidado en los estudiantes de Enfermería, la higiene y cuidado personal se encuentran presentes en el 84% de la población, el cuidado de la piel en 50%, asistencia a programas de promoción de la salud y prevención de enfermedad 39,2%. Las prácticas interrumpidas frecuentemente y abandonadas posterior al ingreso a aulas universitarias fueron: actividad física en 76,2%, recreación y tiempo de ocio en 65,2%; los patrones de alimentación presentaron cambios negativos en 22,8%. Entre quienes consumen bebidas energizantes, el 13% lo aumentó y 50,9% se automeDICABA (4).

Como se mencionó anteriormente el autocuidado se relaciona con todo aquello que las personas hacen por sí mismas para conservar sus condiciones de salud, es por ello que se cree que los estilos de vida podrían encontrarse relacionados con el autocuidado, considerando que los estilos de vida según Ojeda y Luna son “el conjunto de pautas y hábitos comportamentales cotidianos de una persona, que mantenidos en el tiempo, pueden constituirse en dimensiones de riesgo o de seguridad dependiendo de su naturaleza” (5).

Los estilos de vida son comportamientos que un individuo realiza de manera cotidiana, por lo que pueden ayudar a mantener la salud o ponerla en una situación de riesgo frente a: una patología, las enfermedades crónicas no transmisibles o de presentar alguna discapacidad a futuro, por mantener

hábitos no saludables durante el transcurso de su vida (6).

En Colombia, se determinó los estilos de vida saludable en estudiantes de Enfermería, obteniendo que los comportamientos considerados como saludables se dieron en las dimensiones de relaciones interpersonales y crecimiento espiritual, ya que, en la etapa universitaria diferentes factores interfieren para mantener una buena salud, por lo que los hábitos saludables no son realizados de forma rutinaria considerándose estos como no saludables según lo propuesto por Nola Pender (7).

Enfermería al ser una profesión en la que su campo de acción es la salud del individuo, familia y comunidad, debe cumplir estándares altos de formación, es por ello, que durante la formación académica se enmarcan prácticas preprofesionales que permiten al alumno conocer la realidad de la profesión, en el año de internado rotativo se encuentran expuestos a modificaciones en sus estilos de vida, tales como, cumplir una carga horaria de trabajo, asumir nuevas responsabilidades, modificaciones en su ciclo circadiano por turnos rotativos y exigencias académicas (tareas, tutorías, entre otros). Al mismo tiempo, la carrera de Enfermería durante su formación brinda educación referente al autocuidado, por ello, se cree que podrían poseer un alto nivel de autocuidado, debido a los conocimientos llevados desde las aulas universitarias. Por lo antes expuesto, cobra importancia esta investigación que tiene como objetivo: determinar la relación entre los estilos de vida y el autocuidado en los internos de Enfermería del Hospital Vicente Corral Moscoso.

MATERIALES Y MÉTODOS

La presente investigación es de enfoque cuantitativo prospectivo y de alcance correlacional. La población de estudio estuvo conformada por 70 internos de Enfermería del Hospital Vicente Corral Moscoso, se incluyeron a los internos de la carrera de Enfermería que laboran en el Hospital Vicente Corral

Moscoso provenientes de diferentes Instituciones de Educación Superior y que firmaron el consentimiento informado.

Para recolectar información de las variables sociodemográficas se elaboró un instrumento, para la medición de autocuidado los autores tomaron un instrumento de medición en base a la teoría de Dorothea Orem, considerando que el autocuidado es la responsabilidad que tiene cada individuo para el fomento, conservación y cuidado de su propia salud. El mismo se encuentra estructurado por 30 preguntas que responden a las siguientes dimensiones: a) Alimentación: 10 preguntas, b) Actividad – reposo: 6 preguntas, c) Relaciones interpersonales: 7 preguntas y d) Prevención de riesgos: 7 preguntas. Con preguntas tipo Likert escala de 0 a 4, en donde 0 (nunca), 1 (Casi Nunca), 2 (Algunas Veces), 3 (Casi Siempre), 4 (Siempre). Para medir *estilos de vida* se aplicó como instrumento el cuestionario “Perfil de estilo de vida (PEPS-I) de Nola Pender (1996)” formado por 48 reactivos de tipo Likert. El mismo que se subdividen en seis dimensiones: a) Nutrición: 6 preguntas, b) Ejercicio: 5 preguntas, c) Responsabilidad en salud: 10 preguntas, d) Manejo del estrés: 7 preguntas, e) Soporte interpersonal: 7 preguntas y f) Autoactualización: 13 preguntas. Con preguntas tipo Likert de escala de 1 a 4, en donde 1 (nunca), 2 (A Veces), 3 (Frecuentemente), 4 (Rutinariamente).

La información se recolectó mediante la aplicación de los cuestionarios, posteriormente fue procesada en Excel 2010 para el desarrollo de la base de datos y finalmente los análisis fueron efectuados en el software estadístico SPSS versión 15. Las variables cuantitativas se analizaron en base de medidas de tendencia central, las variables cualitativas y cuantitativas discretas se analizaron con medidas de frecuencia y porcentaje, para encontrar la relación entre los estilos de vida y el autocuidado se aplicó el estadístico Chi cuadrado, el cual permite el análisis de grupos independientes, estableciendo una significancia con un valor de $p < 0,05$.

RESULTADOS

En la Tabla I, se evidencia que en más de dos tercios de la población prevalece el sexo mujer, el grupo etario de 20 a 24 años y el estado civil soltero.

TABLA I
DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN LAS VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS.

Variable	Frecuencia	Porcentaje
	N	%
SEXO		
Hombre	8	11,4%
Mujer	62	88,6%
EDAD		
20 a 24 años	53	75,7%
25 a 29 años	17	24,3%
ESTADO CIVIL		
Soltero	54	77,1%
Casado	12	17,1%
Unión de hecho	4	5,7%

En la Tabla II, se observó que más de la mitad de la población de estudio presentó un nivel bajo de autocuidado en las dimensiones de alimentación, actividad-reposo y prevención de riesgo, por lo que, solamente en la dimensión de relaciones interpersonales la mayor parte de la población presentó un nivel alto de autocuidado. Además, se evidenció que el 67,1% de los internos de Enfermería tienen un nivel alto de autocuidado.

En la Tabla III, se observa que los estilos de vida no saludables predominaron en las dimensiones de nutrición, ejercicio, responsabilidad en salud y manejo del estrés, mientras que, en los estilos de vida saludables predominaron las dimensiones de soporte interpersonal y autoactualización. Además, mayor parte de los internos de Enfermería presentaron un estilo de vida saludable con el 90,0%.

TABLA II
AUTOCUIDADO DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN SUS DIMENSIONES.

Dimensión	Frecuencia	Porcentaje
	N	%
Alimentación		
Alto	30	42,9%
Bajo	40	57,1%
Actividad-Reposo		
Alto	10	14,3%
Bajo	60	85,7%
Relaciones Interpersonales		
Alto	64	91,4%
Bajo	6	8,6%
Prevención de Riesgo		
Alto	30	42,9%
Bajo	40	57,1%
Autocuidado		
Alto	47	67,1%
Bajo	23	32,9%

En la Tabla IV, muestra que no existe asociación significativa entre el autocuidado y los estilos de vida, pero al analizar el valor de OR se observó que las personas que tienen estilos de vida no saludable poseen 0,55 veces más riesgo para presentar un autocuidado bajo.

En la Tabla V, se indica que no existe una asociación significativa entre el autocuidado y las dimensiones de los estilos de vida y al analizar *P* tanto en soporte interpersonal como en actualización se tomó el valor de la prueba exacta de Fisher ya que los valores fueron menores a cinco.

DISCUSIÓN

Orem en su teoría del autocuidado refiere que el individuo en su madurez o en proceso de maduración tiene conductas y capacidades necesarias para cuidar de sí mis-

mo, su vida, salud y bienestar; por lo que los internos de Enfermería forman parte de este grupo, dado que en su diario vivir deberían aplicar el autocuidado y mostrar los resultados mediante la práctica de estilos de vida más saludable en su vida cotidiana (8). En el caso de autocuidado, se encontró que los internos de Enfermería del HVCM tienen un nivel alto de autocuidado con el 67,1%, a diferencia del estudio realizado por Rodríguez y cols. (9), en el cual solo el 6% presentó conductas adecuadas de autocuidado, el 78% medianamente adecuadas y el 16% inadecuadas, concluyendo que las conductas que presentan los estudiantes no favorecen el autocuidado y dificultan la labor de promoción del mismo, al contrario de la población estudiada, los resultados muestran que son capaces de ejercer un control adecuado de su salud mediante prácticas que contribuyan en su bienestar y estado de salud.

Al realizar un análisis de las dimensiones de autocuidado se pudo evidenciar que existe un nivel alto de autocuidado en las relaciones interpersonales con el 91,4% y un nivel bajo en alimentación (57,1%), actividad-reposo (85,7%) y prevención de riesgo (57,1%), esto tiene una similitud con el estudio realizado por Escobar y col, donde analizaron los requisitos universales de autocuidado en el cual presentaron alteraciones de la alimentación en más de la mitad de la población, en cuanto actividad-descanso el 79,2% presentaron sedentarismo, prevención de riesgos con el 50,8% y en relaciones interpersonales se detectó ansiedad en 30% y depresión en 20%, mostrando así que existe un riesgo para las enfermedades crónicas degenerativas (10).

TABLA III
ESTILOS DE VIDA DE LA POBLACIÓN
DE ESTUDIO SEGÚN SUS DIMENSIONES.

Dimensión	Frecuencia	Porcentaje
	N	%
Nutrición		
Saludable	30	42,9%
No saludable	40	57,1%
Ejercicio		
Saludable	20	28,6%
No saludable	50	71,4%
Responsabilidad en Salud		
Saludable	34	48,6%
No saludable	36	51,4%
Manejo del estrés		
Saludable	31	44,3%
No saludable	39	55,7%
Soporte Interpersonal		
Saludable	67	95,7%
No saludable	3	4,3%
Autoactualización		
Saludable	69	98,6%
No saludable	1	1,4%
Estilos de Vida		
Saludable	63	90,0%
No saludable	7	10,0%

TABLA IV
ANÁLISIS DE RELACIÓN ENTRE AUTOCUIDADO Y ESTILOS DE VIDA.

Variable	Autocuidado	Autocuidado	P	OR	IC
	Bajo	Alto			
Estilos de vida no saludables	3 (42,9%)	4 (57,1)	0,55	1,61	0,32-7,89
Estilos de vida saludables	20 (31,7%)	43 (68,3%)			

TABLA V
ANÁLISIS DE RELACIÓN ENTRE AUTOCUIDADO Y LAS DIMENSIONES DE ESTILOS DE VIDA.

DIMENSIÓN	AUTOCUIDADO BAJO	AUTOCUIDADO ALTO	P	OR	IC
NUTRICIÓN					
No saludable	16 (40,0%)	24 (60,0%)	0,14	2,19	0,76- 6,30
Saludable	7 (23,3%)	23 (76,7%)			
EJERCICIO					
No saludable	18 (36,0%)	32 (64,0%)	0,38	1,69	0,52- 5,41
Saludable	5 (25,0%)	15 (75,0%)			
RESPONSABILIDAD EN SALUD					
No saludable	12 (33,3%)	24 (66,7%)	0,93	1,05	0,38- 2,83
Saludable	21 (61,8%)	23 (67,6%)			
MANEJO DEL ESTRÉS					
No saludable	16 (41,0%)	23 (59,0%)	0,10	2,39	0,82- 6,85
Saludable	7 (22,6)	24 (77,4%)			
SOPORTE INTERPERSONAL					
No saludable	0 (0,0%)	3 (100,0%)	*0,55	1,52	1,28- 1,81
Saludable	23 (34,3%)	44 (65,7%)			
AUTOACTUALIZACIÓN					
No saludable	0 (0,0%)	1 (100,0%)	*1,00	1,50	1,26- 1,77
Saludable	23 (33,3%)	46 (66,7%)			

* Valor de la prueba exacta de Fisher.

Concerniente a los estilos de vida, al realizar el análisis correspondiente se obtuvo que en la mayor parte de la población en estudio predominó los estilos de vida saludables con un 90,0% y tan solo el 10,0% presentó estilos de vida no saludables, a diferencia del estudio realizado por Sánchez y De Luna (11) en el cual tan sólo el 38,5% presentó un estilo de vida saludable y un alto porcentaje (61,5%) presentó estilos de vida no saludables, esto demuestra que los internos de Enfermería pese a las exigencias que deben cumplir durante su internado, ponen en práctica comportamientos saludables para mantener un adecuado estado de salud.

En relación con los estilos de vida por dimensiones se encontró que los internos de Enfermería tienen estilos de vida saludables tanto en relaciones interpersonales con

el 95,7% como en autoactualización con el 98,6%, situación similar se encontró en un estudio en donde los resultados obtenidos arrojaron que las dimensiones de mejor práctica fueron autoactualización con el 89,41% y relaciones interpersonales con el 76,69%, lo que muestra que esta población no presenta dificultad al momento de relacionarse, son capaces de expresar sentimientos positivos, lo cual les ayuda a incrementar la empatía entre ellos, el equipo de trabajo y el paciente, además que se encuentran constantemente actualizando sus conocimientos (12).

Por otra parte, en el estudio antes mencionado las dimensiones de peor práctica fueron las de responsabilidad en salud con el 75%, manejo del estrés con el 68,22%, nutrición con el 56,36% y la realización de ejercicios con el 57,20%, por lo que estos datos

son similares a los obtenidos en este trabajo de investigación ya que las áreas en las predominaron los estilos de vida no saludables fueron las mismas, nutrición con el 57,1%, ejercicio con el 71,4%, responsabilidad en salud con el 51,4% y manejo del estrés con el 55,7% (13), por lo cual aquí se demuestra que la gran mayoría de los internos de Enfermería, están conscientes de la importancia de cuidar su salud, pero no practican actividades saludables poniendo en riesgo su salud, ya que la adopción de estilos de vida saludables en edades tempranas están ligadas a la práctica de hábitos saludables en la edad adulta (14). Además, se puede decir que, si bien a nivel general se obtuvo un nivel alto de autocuidado y estilos de vida saludables, los internos de Enfermería obtuvieron en dimensiones muy importantes resultados negativos en ambas variables, por lo que se debe tener en cuenta, que, si bien ellos cuentan con los conocimientos sobre el cuidado de su salud, no los ponen en práctica en su diario vivir (15), como en un estudio realizado en Madrid en el cual la población presentó malos hábitos alimentarios por el consumo de dietas con alto contenido calórico, escasa o nula actividad física y consumo de sustancias nocivas regularmente.

Con lo que respecta a la relación entre el autocuidado y los estilos de vida no se encontró relación significativa ($p > 0,05$ y un valor de $r = 1,613$), ya que existen otros factores de riesgo que afectan a los estudiantes, por lo que la hipótesis planteada es falsa.

Todos estos resultados sugieren que el interno de Enfermería es consciente de lo importante que es cuidar de su salud y que es su responsabilidad como futuro profesional de Enfermería, pero debido a la mezcla de las diversas costumbres, hábitos, sobrecarga académica, los recursos económicos y con el poco tiempo libre con el que cuentan, los estilos de vida se ven alterados, por ello, los jóvenes son una población vulnerable que debe ser investigada de manera particular para crear y evaluar programas de intervención de acorde a sus necesidades (16).

CONCLUSIONES

Al analizar los datos se concluye que no existe relación entre las variables autocuidado y estilos de vida en los internos de Enfermería del Hospital Vicente Corral Moscoso.

En el autocuidado por dimensiones se encontró que, en alimentación, actividad-reposo y prevención de riesgos los resultados fueron un nivel bajo y solo en relaciones Interpersonales hubo un nivel alto.

Durante el año de internado rotativo diferentes conductas interfieren para mantener prácticas adecuadas de autocuidado y por ende los hábitos tienden a ser no saludables, aunque los resultados indican que los internos de Enfermería tienen estilos de vida saludables, se debe considerar que al realizar un análisis por dimensiones de esta variable en nutrición, ejercicio, responsabilidad en salud y manejo del estrés los resultados dieron estilos de vida no saludables según lo propuesto en la teoría de Nola Pender.

REFERENCIAS

1. **Benavent M, Ferrer E, Francisco C.** Fundamentos de Enfermería. Barcelona- España: Ediciones DAE (Grupo Paradigma); 2012. 360-375 p.
2. **Organización de la Salud. OMS.** ¿Qué es la promoción de la salud? WHO [Internet]. 2016 [cited 2019 Sep 24]; Available from: <https://www.who.int/features/qa/health-promotion/es/>
3. **Bastías E, Stiepovich J.** A review of Latin American university students' lifestyles. Cienc y Enferm [Internet]. 2014 Aug [cited 2019 Jun 13]; 20(2):93-101. Available from: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532014000200010&lng=en&nrm=iso&tlng=en
4. **Campo L, Herazo Y, García F, Suarez M, Méndez O, Vásquez F.** Healthy lifestyles of children and adolescents. Salud Uninorte [Internet]. 2017 [cited 2019 Jul 8];33(3):419–28. Available from: <http://www.redalyc.org/pdf/817/81753881016.pdf>
5. **Siappo C, Núñez Y, Cabral I.** Nursing students' experiences in selfcare during

- training process in a private university in Chimbote, Peru. *Esc Anna Nery - Rev Enferm* [Internet]. 2016;20(1):17-24. Available from: <http://www.gnresearch.org/doi/10.5935/1414-8145.20160003>
6. **Chambi A, Curaca S, Caballero L.** Factores personales y conductas de autocuidado de la salud en estudiantes de enfermería, Puno-Perú. *Coloquios* [Internet]. 2018;1-10. Available from: file:///C:/Users/carlos/AppData/Local/Packages/Microsoft.MicrosoftEdge_8wekyb3d8bbwe/TempState/Downloads/1281-3417-1-PB (1).pdf
 7. **Rafael R, Paredes Á.** Estilo de vida de los profesionales de enfermería del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, Lima. *Rev Científica Ciencias la Salud* [Internet]. 2017;9(2):39-46. Available from: https://revistas.upeu.edu.pe/index.php/re_salud/article/view/229/229
 8. **Organización Mundial de la Salud.** Directrices unificadas sobre intervenciones de autoasistencia sanitaria. Geneva, Switzerland: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.; 2019. 1-16 p. Berman A, Snyder S. *Fundamentos de Enfermería*. 9º Ed. Madrid: Pearson Educación, S.A.; 2013. 145-169.
 9. **Rodríguez L, Jordan M, Villanueva G, Medina M, Medina R.** Formación profesional y desarrollo de capacidades de autocuidado en estudiantes de Licenciatura en Enfermería. *Rev Waxapa* [Internet]. 2014;6(10):7-17. Available from: <https://www.mediagraphic.com/pdfs/waxapa/wax-2014/wax1410c.pdf>
 10. **Escobar M, Mejía Á, Betancur S.** Cambios en el Autocuidado de Estudiantes Colombianos de Enfermería, durante la Formación Profesional. 2015. *Hacia la promoción la salud* [Internet]. 2017;22(1):27-42. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v22n1/v22n1a03.pdf>
 11. **Sánchez M, De Luna E.** Hábitos de vida saludable en la población universitaria. *Nutr Hosp* [Internet]. 2015 [cited 2019 Jun 18];31(5):1910-1919. Available from: <http://www.nutricionhospitalaria.com/pdf/8608.pdf>
 12. **Laguado E, Gómez M.** Estilos de vida saludable en estudiantes de Enfermería en la Universidad Cooperativa de Colombia. 2014;(1):68-83. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v19n1/v19n1a06.pdf>
 13. **Suescún S, Sandoval C, Hernández F, Araque I, Fagua L, Bernal F, et al.** Estilos de vida en estudiantes de una universidad de Boyacá, Colombia. *Rev la Fac Med* [Internet]. 2017 Apr 1 [cited 2019 Jun 13];65(2):227-231. Available from: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/revfacmed/article/view/58640>
 14. **Naranjo Y, Concepción J, Rodríguez M.** La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem [Internet]. Vol. 19, *Gaceta Médica Espirituana*. Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas; 2017 [cited 2019 Jul 5]. 89-100 p. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-89212017000300009
 15. **Potter P, Griffin Perry A, Stockert PHA.** *Fundamentos de Enfermería*. Sva edición. España: Elsevier; 2015.
 16. **González L, Paz N, Romero K.** La teoría déficit de autocuidado y punto de partida para calidad en salud. *Rev Médica Electrónica* [Internet]. 2014 [cited 2019 Jun 21];36(6):835-845. Available from: <http://scielo.sld.cu/pdf/rme/v36n6/rme040614.pdf>

ENF-05. NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE EL AUTOUIDADO EN PACIENTES DIABÉTICOS.

(Level of knowledge about self-care in diabetic patients)

*Marjorie Alexandra Espinoza Velepucha¹,
Nube Johanna Pacurucu Ávila^{1,2},
Johnny Fabian Vizuela Carpio²*

¹Licenciada en Enfermería.

²Docente de la Carrera de Enfermería de la Universidad Católica de Cuenca. npacurucu@ucacue.edu.ec

RESUMEN

La diabetes mellitus es una enfermedad degenerativa que en la actualidad se ha triplicado el número de casos en las últimas

décadas, causada por malos hábitos y el estilo de vida no saludable aunado a la escasa información que reciben en relación con el autocuidado. **Objetivo:** Determinar el nivel de conocimiento sobre el Autocuidado en los usuarios del Club de Diabéticos en el Hospital José Carrasco Arteaga de la ciudad de Cuenca, Ecuador. **Materiales y métodos:** Enfoque cuantitativo con un alcance descriptivo y diseño no experimental, se aplicó un instrumento de recolección de datos para valorar el nivel de conocimiento sobre diabetes (DKQ 24) el cual presenta una confiabilidad alta, coeficiente de Cronbach de 0,78, que se detalla las características del fenómeno de investigación y los datos recolectados en un periodo de tiempo. **Resultados:** Se observó el 60% pertenece al grupo etario de 40 a 64 años, estado civil casados (46,7%), según el nivel de instrucción secundaria completa (33,3%), género femenino (71,7%). Y según el nivel de conocimiento entre tres variables fue medio (58,3%). **Conclusiones:** Se puede observar y valorar que el nivel de conocimiento de autocuidado sobre la diabetes mellitus no fue adecuado, del 100% de los pacientes evaluados el 25% fue bajo, siendo alto solo en 16,7%. Ameritando la creación de estrategias que intervengan en el conocimiento del paciente con esta condición crónica para disminuir la morbimortalidad.

Palabras clave: diabetes; páncreas; autocuidado; conocimiento.

ABSTRACT

Diabetes mellitus is a degenerative disease that currently has tripled the number of cases in recent decades caused by bad habits and lifestyles that people lead, a part of it due to the little information they receive. **Objective:** To determine the level of knowledge about Self-care for the users of the Diabetic Club at the José Carrasco Arteaga Hospital in the city of Cuenca, Ecuador. **Materials and methods:** Quantitative approach with a descriptive scope and non-experimental design, a data collection instrument

was applied to assess the level of knowledge about diabetes (DKQ, 24) which presents high confidentiality (Cronbach coefficient of 0.78) because the characteristics of the research phenomenon and the data collected over a period of time are detailed. **Results:** It was observed that 60% belong to the age group of 40 to 64 years, of married marital status (46.7%), according to the level of complete secondary education (33.3%), the most prevalent female gender (71.7%). And according to the level of knowledge between three variables it was medium (58.3%). **Conclusions:** It can be observed and valued that the level of knowledge of self-care about diabetes mellitus was not adequate, of 100% of the patients evaluated 25% was low, being high only in 16.7%. Promoting the creation of strategies that intervene in the knowledge of the patient with this chronic condition to reduce morbidity and mortality.

Key words: diabetes; pancreas; self-care; knowledge.

INTRODUCCIÓN

La diabetes mellitus ha triplicado el número de casos en las últimas décadas causadas por malos hábitos y estilos de vida que llevan las personas, una parte de ella por la escasa información que reciben. Según los datos proporcionados por la organización mundial de la salud (OMS), es una enfermedad grave que se produce en el páncreas por la insuficiencia de insulina, en salud pública es importante porque entra en una de las cuatro enfermedades no trasmisibles que ha incrementado el número de casos en las últimas décadas y prevalencia de la enfermedad (1).

En el primer informe la Organización Panamericana de la Salud (OPS), destaca el crecimiento de este problema de salud, las autoridades hacen hincapié en intensificar el esfuerzo para controlar y prevenir la diabetes, con políticas que faciliten estilo de vida saludable y sean capaces de diagnosticar y brindar su tratamiento adecuado. También aclaró, que para prevenir la diabetes no es

solo responsabilidad de una persona, sino hacer conciencia que la forma fácil es la opción saludable y la más adecuada de tomar, recalando que es una enfermedad crónica tanto y las complicaciones que desencadena son impredecibles (2). Cada año ha aumentado el número de la gravedad en la diabetes, por la falta de conocimiento y prácticas de autocuidado adecuado. Según varios autores, un paciente bien informado tendrá la mejor ventaja para lograr y mantener el control del factor de riesgo glucémico y cardiovascular. En consecuencia, un bajo conocimiento del autocuidado puede causar a largo plazo un control metabólico deficiente que puede llevar a desarrollar complicaciones diabéticas como retinopatía, nefropatía, neuropatía y cambios ateroscleróticos. Por lo tanto, los pacientes requieren educación sobre los diversos aspectos del cuidado personal, que van desde consejos generales sobre el estilo de vida hasta el conocimiento sobre el medicamento que se les receta, factores de riesgo cardiovascular como fumar, obesidad, exámenes médicos regulares y exámenes oftalmológicos, cuidado de los pies, dieta, entre otros (3).

En Cuenca la prevalencia más relevante según el Índice de masa corporal, presentó un riesgo de 4,57% veces para padecer Diabetes Mellitus 2, con una prevalencia observada a nivel mundial, manteniendo una estrecha relación con el índice de masa corporal, edad y antecedente familiar de DM, estos factores deben ser tomados en cuenta para realizar políticas de prevención en atención primaria que permitan disminuir la prevalencia de esta enfermedad (4).

Se estimó que los usuarios no toman su enfermedad con responsabilidad, provocando daños y complicaciones en el organismo; además, los malos hábitos que realizan en su autocuidado están relacionados con la falta de información, que es otro inconveniente de esta patología. Las complicaciones causadas por la diabetes implican, costo en la atención médica, discapacidad, reducción de la calidad de vida, e incluso la muerte. Estudios realizados, hacen hincapié que estos

problemas médicos se puede prevenir con un cuidado personal que implique mejorar su calidad de vida.

La vida diaria al que se expone un paciente diabético, por el trabajo extenuante, estrés, el cuidado de los hijos, la alimentación inadecuada, la falta de motivación por parte de la familia, son algunos de los factores que predisponen que no controlen su patología de manera adecuada resultando la aparición de complicaciones severas a corto tiempo. El autocuidado se ha definido como un proceso de desarrollo de conocimiento, aprendiendo a llevar la compleja naturaleza de la diabetes en un contexto social; debido a que la mayor parte de la atención es manejada por los pacientes y/o familiares ya que existe una necesidad de medidas confiables para el autocuidado de la misma.

En el Hospital José Carrasco Arteaga, los pacientes que acuden al Club de Diabéticos se incrementan todos los años. Según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, la prevalencia de diabetes en la población de 10 a 59 años es del 1,7%; asociada con la mala alimentación, la inactividad física, el abuso del tabaco y alcohol, convirtiéndose en los cuatro factores de riesgo de esta enfermedad. Probablemente, debido a un incremento de la obesidad, la diabetes se ha manifestado como una epidemia mundial. El cambio en la esperanza de vida y la deficiencia de atención médica son responsables del aumento en la incidencia de esta enfermedad (5). Debido a su importancia, la presente investigación tiene como objetivo determinar el nivel de conocimiento sobre el Autocuidado a los usuarios del Club de Diabéticos en el Hospital José Carrasco Arteaga de la ciudad de Cuenca, Ecuador.

MATERIALES Y MÉTODOS

La presente investigación se realizó con un enfoque cuantitativo de tipo descriptivo, la población de estudio estuvo constituida por todos los pacientes que acuden al club de diabético del Hospital José Carrasco Arteaga y que de acuerdo a los registros de esta institución son 60 pacientes, quienes asisten de forma re-

gular y que acepten y firmen el consentimiento informado voluntariamente, en el momento del desarrollo de la investigación. Se realizó un muestreo censal debido a que se seleccionó a toda la población, en donde todas las unidades de investigación fueron consideradas como la muestra en esta investigación.

El instrumento que se utilizó en esta investigación para medir el nivel de conocimiento, es el cuestionario DKQ24 (Diabetes Knowledge Questionnaire), el instrumento es de Alexandra García, el mismo que ya había sido validado en la población México – Americana que residían en Starr County, Texas, está compuesta de 24 preguntas dividida en tres dimensiones, 1°, corresponde sobre conocimientos básicos sobre la enfermedad, (10 ítems), 2°, control de la glucemia (7 ítems) y 3°, prevención de complicaciones, (7 ítems), cada uno con tres respuestas sí, no y no sabe. El coeficiente Alfa de Cronbach, denota una buena fiabilidad en cada uno de los ítems, el resultado del cálculo correspondiente fue de 0.78.

La expresión de las características categóricas de las variables, género, estado civil,

nivel de instrucción y nivel de conocimiento, se realizó con un análisis de frecuencia simple y porcentajes, las variables discretas como edad y tiempo de enfermedad, se expresó con valores estadísticos de la media \pm desviación estándar. Los datos obtenidos fueron procesados con el programa SPSS versión 15.

RESULTADOS

Los resultados obtenidos en la presente investigación, determinó que los usuarios que acuden al club de diabéticos del Hospital José Carrasco Arteaga presentaron una edad media ubicada en 59,60 años con una desviación estándar de 13,65, edad mínima de 27, edad máxima de 83, según el tiempo de la enfermedad la media está en 12,9 con una desviación estándar de 10,9. En lo correspondiente a las características sociodemográficas se pudo determinar que del total los pacientes que acuden al club de diabéticos, un 71,7 son del género femenino, en lo referente al estado civil predominaron los casados con un 46,7 y en cuanto al nivel de instrucción el 33,3% completaron la secundaria (Tabla I).

TABLA I
DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN LAS VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS.

Variable		N	%
Género	Femenino	43	71,70%
	Masculino	17	28,30%
Estado civil	Soltero	9	15%
	Casado	28	46,70%
	Divorciado	12	20%
	Viudo	11	18,30%
Nivel de instrucción	Sin estudios	1	1,70%
	1 Completa	12	20%
	Incompleta	6	10%
	2 Completa	20	33,30%
	Incompleta	8	13,30%
	3 Completa	9	15%
	Incompleta	4	6,70%
	Total	60	100%

Al interpretar los promedios de intervalo de confianza, se pudo observar que las dimensiones (Conocimientos básicos sobre la enfermedad) y (Prevención de complicaciones) representaron valores altos de 5.22 y 4.77, respectivamente a diferencia de la dimensión (Control de la glucemia), que representa un valor bajo de 3.37 (Tabla II).

En la variable nivel de conocimiento relacionada con el tiempo de la enfermedad, se obtuvo que el 20% de los pacientes que tienen más de 20 años con la patología tienen un nivel de autocuidado medio (Tabla III).

Se puede observar en la Tabla IV que el nivel de conocimiento en esta investigación presentó mayoritariamente un conocimiento medio con porcentaje de 58,3%.

DISCUSIÓN

Según la distribución sociodemográfica se pudo evidenciar que la mayor proporción

de los encuestados representaron al sexo femenino con el 71,7%, este hallazgo se compara con el análisis realizado por Jackson y cols. (6), en el cual el sexo predominante fue el femenino, en este mismo orden de ideas el estado civil más frecuente fue el de casados con un 46,7% similar al análisis de Jackson y cols., en donde los casados representaron el 78,9%, del mismo modo un 33,3% tuvo una educación completa al igual que el 29,4% en el estudio de Mende-Sorato y cols. (7).

TABLA IV
NIVEL DE CONOCIMIENTO EN LA TABLA ESTUDIADA.

Variable		N	%
Nivel de conocimiento	Bajo	15	25%
	Medio	35	58,30%
	Alto	10	16,70%
	Total	60	100%

TABLA II
NIVEL DE CONOCIMIENTO SEGÚN LAS DIMENSIONES.

Variables	95% de intervalo de confianza de la diferencia					
	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar	Inferior	Superior
Conocimientos básicos sobre la enfermedad	2	9	5,22	1,814	4,75	5,69
Control de la glucemia	0	7	3,37	1,529	2,97	3,76
Prevención de complicaciones	1	7	4,77	1,267	4,44	5,09

TABLA III
NIVEL DE CONOCIMIENTO SEGÚN EL TIEMPO CON LA ENFERMEDAD.

Variable	Bajo		Medio		Alto		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Tiempo con la enfermedad								
1 a 3 años	4	6,70%	8	13,30%	3	5,00%	15	25,00%
4 a 10 años	8	13,30%	7	11,70%	3	5,00%	18	30,00%
11 a 20 años	2	3,30%	8	13,30%	3	5,00%	13	21,70%
20 años en adelante	1	1,70%	12	20,00%	1	1,70%	14	23,30%
Total	15	25,00%	35	58,30%	10	16,70%	60	100,00%

Según el nivel de conocimiento sobre el autocuidado en los pacientes diabéticos la mayor proporción de los sujetos se encontró en un nivel medio con el 58,3%, seguido por el 25% en el cual fue bajo, este comportamiento es alarmante debido a que no se maneja la información adecuada por parte de la mayoría de los pacientes, estos resultados se diferencian de los obtenidos por Cántaro y cols., en Perú, trabajo en el cual se identificó que solo el 17% de los individuos tuvo un nivel de conocimiento bueno (8). A diferencia de una investigación realizado por Sánchez et al., en Cuba donde se obtuvo que el nivel de conocimiento fue bajo en un 45,5% de los casos.

En este estudio se obtuvo que el 75% no conoce los síntomas de hiperglucemia, este resultado se contrasta al análisis de Jackson et al., en donde el 33,9% respondió de igual forma incorrecta a esta pregunta (6).

En un análisis realizado por Cabrera y cols., el nivel de conocimiento medio se evidenció en el 54,7%, el 30% obtuvo un conocimiento bajo y el 15,4% alto; a diferencia de este estudio donde se obtuvo el 58,3% tuvieron un nivel de conocimiento medio, el 25% un nivel bajo y el 16,7% nivel alto (9). En este estudio, se encontró que en el grupo con conocimiento medio se encontró predominantemente en aquellos que tenían 20 años o más, este hecho es similar al estudio realizado por Cántaro y cols, en el cual tener más de 12 años de diagnóstico se asoció con tener un conocimiento bueno sobre la diabetes (8).

Dentro de las limitaciones del presente estudio se encuentra su metodología transversal la cual no permite conocer en el tiempo como influyen directamente los factores sobre estos niveles de conocimiento sobre la diabetes.

CONCLUSIONES

El nivel de conocimiento sobre el autocuidado fue predominantemente medio en el 58,3% de los pacientes evaluados seguido por el 25% en el cual fue bajo, siendo alto solo en

un 16,7%. Según el tiempo de transcurrido la enfermedad, el conocimiento medio prevaleció en el grupo de los que tenían más de 20 años diagnosticados.

REFERENCIAS

1. OMS. INFORME MUNDIAL SOBRE LA DIABETES. 2016.
2. OPS/OMS. El número de personas con diabetes en las Américas se triplicó desde 1980 [Internet]. Pan American Health Organization. World Health Organization. 2016 [cited 2019 Sep 25]. Available from: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=11889:diabetes-in-the-americas&Itemid=1926&lang=es
3. Soler Sánchez YM, Pérez Rosabal E, López Sánchez M del C, Quezada Rodríguez D. Conocimientos y autocuidado en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Rev Arch Méd Camagüey [Internet]. 2016 Jun [cited 2019 Sep 25];20(3):244–252. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1025-02552016000300004&lng=es&nrm=iso&tlng=es
4. Cordero LCA, Rojas J, Bermúdez V. Prevalencia de la diabetes mellitus tipo 2 y sus factores de riesgo en individuos adultos de la ciudad de Cuenca- Ecuador. Av En Biomed. 2017; 6(1):10–21.
5. ENSANUT. ENSANUT-ECU. Ministerio de Salud Pública/Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Quito-Ecuador. 2014 [cited 2018 Sep 8]; Available from: http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas_Sociales/ENSANUT/MSP_ENSANUT-ECU_06-10-2014.pdf
6. Jackson IL, Adibe MO, Okonta MJ, Ukwe CV. Knowledge of self-care among type 2 diabetes patients in two states of Nigeria. Pharm Pract (Granada). 2014 Jul; 12(3):404.
7. Mende-Sorato M, Tesfahun C, Lamessa D. Levels and Predictors of Adherence to Self-care Behaviour among Adult Type 2 Diabetics at Arba Minch General Hospital, Southern Ethiopia. J Diabetes Metab [Internet]. 2016 [cited 2019 Dec 13];7(6): Available from: <https://www.longdom.org/>

- [open-access/levels-and-predictors-of-adherence-to-selfcare-behaviour-among-adult-type-2-diabetics-at-arba-minch-general-hospital-southern-ethio-2155-6156-1000684.pdf](https://doi.org/10.2155/6156-1000684)
8. Cántaro K, Jara JA, Taboada M, Mayta-Tristán P. Asociación entre las fuentes de información y el nivel de conocimientos sobre diabetes en pacientes diabéticos tipo 2. *Endocrinol Nutr* [Internet]. 2016 May 1 [cited 2019 Dec 13];63(5):202–211.
 9. Cabrera-Morón R, Motta-Quijandría I, Rodríguez-Robladillo C, Velásquez-Carranza D. Nivel de conocimiento sobre autocuidado en la prevención de complicaciones diabéticas en usuarios del Policlínico Chíncha – EsSalud - 2009. *Rev enferm Herediana*. 2010;3(1):29-36.

GASTROENTEROLOGÍA (GASTRO)

GASTRO-01. CARACTERIZACIÓN CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICA DE LOS ADULTOS CON CIRROSIS HEPÁTICA DESCOMPENSADA POR PATOLOGÍA INFECCIOSA; HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, CUENCA – ECUADOR.

(Clinical-epidemiological characterization of adults with decompensated liver cirrhosis due to infectious pathology; hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca – Ecuador)

*Córdova López Andrés Marcelo*¹,
*Espinoza Martín Lizette*², *Salazar Torres Zoila Katherine*³, *Méndez Cabrera Saúl*⁴,
*Narea Cárdenas Verónica*⁵,
*Moyano Brito Edison Gustavo*⁶

¹Ministerio de Salud Pública – Centro de Salud Tipo A de Méndez, Morona Santiago, Ecuador.

^{2,3}Universidad Católica de Cuenca – Carrera Medicina, Cuenca, Ecuador.

⁴Ministerio de Salud Pública del

Ecuador – Hospital Básico Paute, Paute, Ecuador.

⁵Ministerio de Salud Pública del Ecuador – Centro de Salud Zapotillo 24 HD – Zapotillo, Loja, Ecuador.

⁶Universidad Católica de Cuenca – Carrera de Enfermería, Cuenca, Ecuador.

zasalazart@ucacue.edu.ec

RESUMEN

Introducción: La cirrosis es la enfermedad hepática más frecuente, asociada a una elevada mortalidad y numerosas complicaciones, entre ellas las infecciosas que involucran desafíos diagnósticos y terapéuticos que elevan la mortalidad entre 30% y 75%. **Objetivo:** caracterizar clínica y epidemiológicamente a los pacientes adultos con cirrosis hepática descompensada por patologías infecciosas en el Hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca - Ecuador. **Materiales y Métodos:** estudio retrospectivo, descriptivo. Se estudiaron 40 casos de pacientes (50% hombres y 50% mujeres), con edades entre 66 y 100 años. Se establecieron frecuencias y porcentajes para las variables estudiadas. **Resultados:** la etiología más común de la cirrosis fue la alcohólica (67,5%), la escala Child-Pugh más frecuente fue la C (65%), las infecciones más frecuentes fueron: infección del tracto urinario (54,09%), neumonía adquirida en comunidad (18,03%), peritonitis bacteriana espontánea (8,19%), gastroenteritis aguda (6,55%) e infección de tejidos blandos (4,91%). La presentación clínica habitual prevalente fue la alteración del estado de consciencia y, el principal patógeno fue *Escherichia coli*. **Conclusiones:** La cirrosis en su mayoría fue por consumo de alcohol, y afectó por igual a hombres y mujeres. La infección más común fue la infección del tracto urinario y, el organismo principalmente identificado fue la *Escherichia coli*.

Palabras clave: cirrosis hepática; descompensación clínica; infección.

ABSTRACT

Introduction: cirrhosis is the most common liver disease, associated with high mortality and numerous complications, including infectious what involve diagnostic and therapeutic challenges that increase mortality by 30% - 75%. **Objective:** to characterize clinically and epidemiologically adult patients with decompensated liver cirrhosis due to infectious pathologies. Vicente Corral Moscoso Hospital, Cuenca – Ecuador. **Materials and Methods:** descriptive, retrospective, cross-sectional. 40 cases of patients (50% men and 50% women) aged between 66 and 100 years were studied. Frequencies and percentages were established for the variables. **Results:** the most common etiology of cirrhosis was alcoholic (67.5%), the most frequent Child-Pugh scale was C (65%), the most frequent infections were: urinary tract infection (54.09%), community-acquired pneumonia (18.03%), spontaneous bacterial peritonitis (8.19%), acute gastroenteritis (6.55%) and soft tissue infection (4.91%). The most common clinical presentation was altered state of consciousness and the main pathogen was *Escherichia coli*. **Conclusions:** the most frequent etiology of cirrhosis was alcoholic and its decompensation due to infectious causes affects men and women equally. The most common infections were: urinary tract infection, community-acquired pneumonia, spontaneous bacterial peritonitis, acute gastroenteritis, and soft tissue infection. The main bacteria involved was *Escherichia coli*.

Key words: liver cirrhosis; clinical decompensation; infection.

INTRODUCCIÓN

La cirrosis es una enfermedad crónica e irreversible del hígado caracterizada por la presencia de septos fibrosos y nódulos de regeneración que conducen a una pérdida de la estructura lobular parenquimatosa y alteración de la arquitectura vascular, condicionando, así, un progresivo menoscabo de

su actividad metabólica. Representa el estadio final de una lesión inflamatoria crónica del hígado (1-8). Es la enfermedad hepática más frecuente en el mundo, alcanzando una prevalencia de 0,25% en Europa; 0,27% en Estados Unidos y cifras de hasta 24,4 casos por cada 100 000 habitantes en México (8-12). Constituye la principal causa de muerte de etiología hepática, siendo la 11° causa de muerte a nivel global (más de 1,32 millones de defunciones anuales) y la 12° en Estados Unidos, correspondiendo el 66,7% de los casos a hombres y el 33,3% a mujeres (2,6,7).

La cirrosis hepática se caracteriza por su comportamiento dinámico, implicando la progresión desde un estado compensado hacia uno descompensado, asociándose, además, a numerosas complicaciones de tipo neurológico, pulmonar, renal, hemorrágico e infeccioso (1,2,13,14).

Las infecciones bacterianas son frecuentes en pacientes cirróticos, con una prevalencia de presentación y descompensación clínica que varía entre 25% - 30% de forma ambulatoria, 25% - 47% de forma intrahospitalaria y una mortalidad global del 30% al 50%, llegando a ser superior al 75% si se asocia a fallo orgánico múltiple o shock séptico (3,4). Sin embargo, existen numerosos retos y desafíos que incrementan la morbimortalidad de los pacientes y dificultan tanto el diagnóstico como el tratamiento: inmunosupresión, exagerada respuesta inflamatoria, presentación clínica atípica (ausencia de fiebre y leucocitosis), infecciones espontáneas, infecciones asociadas a la atención en salud, patógenos atípicos y resistencia a los antibióticos (15-18).

Las infecciones más comunes en pacientes cirróticos incluyen peritonitis bacteriana espontánea (25% -31%), infección del tracto urinario (20% -25%), neumonía (15-21%), bacteriemia (12%) e infección de tejidos blandos (11%), siendo los principales agentes causales bacterias Gram negativas (*Escherichia coli*, *Klebsiella spp.*, *Enterobacter spp.*), seguidas por bacterias Gram positivas (*Staphylococcus aureus*, *En-*

terococcus), mientras los anaerobios figuran entre los microorganismos menos frecuentes (15,16,18,19).

En el presente estudio se realizó una caracterización clínica-epidemiológica de infecciones en adultos con cirrosis hepática tratados en el Hospital Vicente Corral Moscoso de la ciudad de Cuenca, Ecuador.

MATERIALES Y MÉTODOS

Diseño y tipo de estudio: Observacional descriptivo, retrospectivo, de corte transversal.

Población y muestra de estudio: El universo y muestra de este estudio estuvieron constituidos por 40 pacientes adultos y adultos mayores tratados en el Hospital Vicente Corral Moscoso, en el área de Clínica, debido a descompensación de cirrosis hepática por patologías infecciosas en el período enero - diciembre de 2018.

Variables: Sexo, edad, residencia, etnia, estado civil, instrucción, ocupación, etiología de la cirrosis, patología infecciosa y motivo de consulta, presentación clínica y agente etiológico aislado según el tipo de infección.

Análisis estadístico: La información obtenida se compiló y registró en el programa IBM SPSS Statistics. Se establecieron frecuencias y porcentajes para las variables, los cuales fueron presentados en tablas.

RESULTADOS

Se evidenció la mayoría de participantes residían en la ciudad de Cuenca (77%), eran mestizos (95%), casados (52%), con un nivel de instrucción primaria (75%), y su principal ocupación fueron los quehaceres domésticos (42%) (Tabla I). A su vez, se determinó que la etiología más frecuente de cirrosis hepática fue la alcohólica (67,5%) (Tabla II). En cuanto a la estadificación clínica de cirrosis hepática Child Pugh, se observó que el 65% se encontraba en estadio C (Tabla III). Los

TABLA I
CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE CIRROSIS HEPÁTICA DESCOMPENSADA POR UNA PATOLOGÍA INFECCIOSA, HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, ENERO-DICIEMBRE 2018.

Variable	Categoría	n	%
Sexo	Masculino	20	50%
	Femenino	20	50%
Edad	26 a 45 años	9	22,5%
	46 a 65 años	8	20%
	mayor a 65 años	23	57,5%
Residencia	Cuenca	31	77,5%
	Gualaceo	2	5%
	Otros	7	17,5%
Etnia	Mestiza	38	95%
	Indígena	1	2,5%
	Afroamericana	1	2,5%
Estado Civil	Casado/a	21	52,5%
	Viudo/a	8	20%
	Soltero/a	5	12,5%
	Divorciado/a	4	10%
	Unión Libre	2	5%
Instrucción	Primaria	30	75%
	Secundaria	5	12,5%
	Ninguna	4	10%
	Superior	1	2,5%
Ocupación	Quehaceres Domésticos	17	42,5%
	Ninguna	10	25%
	Comerciante	4	10%
	Albañil	2	5%
	Empleado Publico	2	5%
	Otros	5	12,5%

procesos infecciosos más frecuentemente asociados con cirrosis hepática en este estudio fueron: infección del tracto urinario (54%), neumonía adquirida en comunidad (18%), peritonitis bacteriana espontánea (8%), gastroenteritis aguda (7%) e infección de tejidos blandos (5%) (Tabla IV). En la infección del tracto urinario la alteración del estado de conciencia se presentó en el 13,95% y *Escherichia coli* fue aislada en el 13,51% de los casos (Tabla V). Con respecto a la neumonía adquirida en la comunidad, la disnea se presentó en el 18,18% de los casos y la presencia de estertores a la auscultación pulmonar en el 19,56%. No se aislaron gérmenes en este tipo de infección. En cuanto a la peritonitis bacteriana espontánea, el dolor abdominal se presentó en el 27,83% de los pacientes (Tabla VI) Por su parte, las deposiciones diarreicas constituyeron el motivo de consulta en el 30% de los casos de gastroenteritis agudas y, en la infección de tejidos blandos, la clínica predominante incluyó dolor, eritema y edema del miembro afecto, asociado a sequedad de mucosas en el 20% de los casos (Tablas VII, VIII y IX).

TABLA II
ETIOLOGÍA DE CIRROSIS HEPÁTICA EN PACIENTES CON ESTE DIAGNÓSTICO DESCOMPENSADO POR UNA PATOLOGÍA INFECCIOSA, HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, ENERO-DICIEMBRE 2018.

Etiología	n	%
Alcohólica	27	67,5%
No Especificada	10	25,0%
Medicamentosa	2	5,0%
Autoinmune	1	2,5%
Total	40	100%

TABLA III
ESCALA CLÍNICA DE CIRROSIS HEPÁTICA DE LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS POR PATOLOGÍAS INFECCIOSAS, HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, ENERO-DICIEMBRE 2018.

Escala	n	%
A	4	10,0
B	10	25,0
C	26	65,0
Total	40	100,0

TABLA IV
PATOLOGÍAS INFECCIOSAS MÁS FRECUENTES ENCONTRADAS EN PACIENTES CON DESCOMPENSACIÓN CLÍNICA DE CIRROSIS HEPÁTICA, HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, ENERO-DICIEMBRE 2018.

Patología	n	%
Infección del tracto urinario	33	54,09%
Neumonía adquirida en comunidad	11	18,03%
Peritonitis bacteriana espontánea	5	8,19%
Gastroenteritis aguda	4	6,55%
Infección de tejidos blandos	3	4,91%
Otros	5	8,20%
Total	61	100%

TABLA V
CATEGORIZACIÓN CLÍNICA DE LA INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO COMO UNA DE LAS PRINCIPALES PATOLOGÍAS INFECCIOSAS EN LA DESCOMPENSACIÓN DE CIRROSIS HEPÁTICA, HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, ENERO-DICIEMBRE 2018.

Variable	Categoría	n	%
Motivo de consulta	Alteración del estado de conciencia	12	13,95%
	Diagnostico incidental	10	11,62%
	Disnea	8	9,30%
	Vomito	7	8,13%
	Astenia	6	6,97%
	Dolor Abdominal	5	5,81%
	Hematemesis	5	5,81%
	Edema de miembros inferiores	4	4,65%
	Hiporexia	4	4,65%
	Tos con expectoración	3	3,48%
	Fiebre	2	2,32%
	Disuria	2	2,32%
	Distención Abdominal	2	2,32%
	Malestar General	2	2,32%
	Otros	14	16,28%
	Total	86	100%
Clínica Predominante	Distención Abdominal	16	12,12%
	Edema de miembros inferiores	13	9,84%
	Dolor Abdominal	12	9,09%
	Ascitis	11	8,33%
	Estertores en campos pulmonares	10	7,57%
	Encefalopatía Hepática West Heaven 3	8	6,06%
	Mucosas orales secas	6	4,54%
	Murmullo vesicular disminuido	5	3,78%
	Equimosis en miembros inferiores	5	3,78%
	Encefalopatía West Heaven 2	4	3,03%
	Somnolencia	4	3,03%
	Disnea	4	3,03%
	Astenia	3	2,27%
	Fiebre	3	2,27%
	Tos con expectoración	3	2,27%
	Dolor en punto ureterales	2	1,51%
	Ruidos Hidroaereos Disminuidos	2	1,51%
	Vomito	2	1,51%
	Equimosis en cara	2	1,51%
	Otros	17	12,88%
Total	132	100%	

TABLA V
CONTINUACIÓN

Variable	Categoría	n	%
Bacteria Aislada	Ninguna	13	35,14%
	<i>E. Coli</i>	5	13,51%
	<i>E. Coli BLEE</i>	4	10,81%
	<i>Candida Albicans</i>	3	8,10%
	<i>Corynebacterium</i>	3	8,10%
	<i>Acinetobacter Iwoffii</i>	2	5,40%
	<i>Proteus Mirabillis</i>	2	5,40%
	<i>Klebsiella Pneumoniae Productora de Carbapenemasas</i>	2	5,40%
	<i>Enterococcus Faecalis</i>	1	2,70%
	<i>Klebsiella Pneumoniae</i>	1	2,70%
	<i>Klebsiella Pneumoniae BLEE</i>	1	2,70%
	Total	37	100%

TABLA VI
CATEGORIZACIÓN CLÍNICA DE LA NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD COMO UNA DE LAS PRINCIPALES PATOLOGÍAS INFECCIOSAS EN LA DESCOMPENSACIÓN DE CIRROSIS HEPÁTICA, HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, ENERO-DICIEMBRE 2018.

Variable	Categoría	n	%
Motivo de consulta	Disnea	6	18,18%
	Tos con expectoración	4	12,13%
	Alteración del estado de conciencia	3	9,09%
	Diagnostico incidental	3	9,09%
	Astenia	2	6,06%
	Diaforesis	2	6,06%
	Hemoptisis	2	6,06%
	Otros	11	33,33%
Total	33	100%	
Clínica Predominante	Estertores en campos pulmonares	9	19,56%
	Murmullo vesicular disminuido	4	8,69%
	Somnolencia	4	8,69%
	Disnea	3	6,52%
	Tos con expectoración	3	6,52%
	Ascitis	3	6,52%
	Distención Abdominal	2	4,34%
	Consolidado en Rx	2	4,34%
	Diaforesis	2	4,34%
	Dolor Abdominal	2	3,34%
	Fiebre	2	2,34%
	Mucosas orales secas	2	2,34%
	Roncus en campos pulmonares	2	1,34%
Otros	6	13,05%	
Total	46	100%	
Bacteria Aislada	Ninguna	11	100%

TABLA VII

CATEGORIZACIÓN CLÍNICA DE LA PERITONITIS BACTERIANA ESPONTANEA COMO UNA DE LAS PRINCIPALES PATOLOGÍAS INFECCIOSAS EN LA DESCOMPENSACIÓN DE CIRROSIS HEPÁTICA, HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, ENERO-DICIEMBRE 2018.

Variable	Categoría	n	%
Motivo de consulta	Dolor Abdominal	3	27,28%
	Alteración del estado de conciencia	2	18,18%
	Diaforesis	2	18,18%
	Vomito	1	9,09%
	Hematemesis	1	9,09%
	Deposiciones diarreicas	1	9,09%
	Tos con expectoración	1	9,09%
	Total	11	100%
Clínica Predominante	Dolor Abdominal	3	11,11%
	Distención Abdominal	3	11,11%
	Ascitis	3	11,11%
	Murmulo vesicular disminuido	2	7,40%
	Diaforesis	2	7,40%
	Otros	14	51,86%
	Total	27	100%
Bacteria Aislada	Cocos Gram Positivos	1	9,09
	Ninguna	10	90,01%
	Total	11	100%

TABLA VIII

CATEGORIZACIÓN CLÍNICA DE LA GASTROENTERITIS AGUDA COMO UNA DE LAS PRINCIPALES PATOLOGÍAS INFECCIOSAS EN LA DESCOMPENSACIÓN DE CIRROSIS HEPÁTICA, HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, ENERO-DICIEMBRE 2018.

Variable	Categoría	n	%
Motivo de consulta	Deposiciones Diarreicas	3	30,00%
	Alteración del estado de conciencia	2	20,00%
	Dolor abdominal	2	20,00%
	Vomito	2	20,00%
	Hematemesis	1	10,00%
	Total	10	100%
Clínica Predominante	Dolor Abdominal	4	21,05%
	Distención Abdominal	4	21,05%
	Ascitis	4	21,05%
	Ruidos Hidroaéreos disminuidos	2	10,52%
	Otros	4	21,06%
	Total	19	100%
Hallazgos en Coproparasitario	Polimorfonucleares	2	40,00%
	Candida Albicans	1	20,00%
	Trichomona intestinalis	1	20,00%
	Ninguno	1	20,00%
	Total	5	100%

TABLA IX
 CATEGORIZACIÓN CLÍNICA DE LA INFECCIÓN DE TEJIDOS BLANDOS COMO UNA DE LAS PRINCIPALES PATOLOGÍAS INFECCIOSAS EN LA DESCOMPENSACIÓN DE CIRROSIS HEPÁTICA, HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, ENERO-DICIEMBRE 2018.

Variable	Categoría	n	%
Motivo de Consulta	Alteración del estado de conciencia	2	40,00%
	Dolor en miembro afectado	2	40,00%
	Diaforesis	1	20,00%
	Total	5	100%
Clínica Predominante	Dolor Articular	2	20,00%
	Edema en extremidad afectada	2	20,00%
	Eritema Articular	2	20,00%
	Mucosas orales secas	2	20,00%
	Estertores en campos pulmonares	1	10,00%
	Ulcera Sacra Grado 2	1	10,00%
	Total	19	100%
Bacteria Aislada	<i>E. Coli BLEE</i>	2	66,64%
	<i>Candida Albicans</i>	1	33,36%
	Total	3	100%

DISCUSIÓN

La cirrosis es una enfermedad crónica e irreversible asociada a numerosas complicaciones y elevada mortalidad. Es una condición patológica favorecedora de procesos infecciosos tanto para hombres como para mujeres (50% de casos para ambos grupos), según este estudio, en contraste con otros autores que evidenciaron un mayor porcentaje de infecciones entre pacientes hombres con cirrosis: Deutsch, M. y col. (Grecia, 2017), 71%; Lagadinou y col., 87,5% (20) y Saleem, S. y col. (Estados Unidos, 2019), 56,3% (15).

Los pacientes mayores a 65 años de edad se consideran vulnerables puesto que abarcaron el 57,5% de los casos estudiados, de manera similar con lo observado por Lagadinou y col., quienes reportaron una edad promedio de 61 ± 13 años (20).

Con respecto a datos sociodemográficos, la mayoría de participantes residían en la ciudad de Cuenca (77%), eran mestizos (95%), casados (52%), con un nivel de instrucción primaria (75%), y su principal ocupación fueron los quehaceres domésticos (42%).

A su vez, se determinó que la etiología más frecuente de cirrosis hepática fue la alcohólica (67,5%), coincidiendo con Pati y col., donde la causa alcohólica abarcó el 60% (21) y con Lagadinou y col. (73%) (20).

En cuanto a la estadificación clínica de cirrosis hepática Child Pugh, se observó que el 65% se encontraba en estadio C, similar a lo reportado por Lagadinou y col., donde el 50% se presentó en la mencionada categoría (20).

Los procesos infecciosos más frecuentemente asociados con cirrosis hepática en este estudio fueron: infección del tracto urinario (54%), neumonía adquirida en comunidad (18%), peritonitis bacteriana espontánea (8%), gastroenteritis aguda (7%) e infección de tejidos blandos (5%). Estos hallazgos coinciden con los estudios de Merli y col. (Italia, 2016) donde el 46% de las infecciones en pacientes cirróticos correspondió a infección del tracto urinario, el 22% a peritonitis bacteriana espontánea y el 19% a neumonía (22); por su parte, Panígraphi y col., (India, 2017) reportaron infección del tracto urinario en un 44,74% y peritonitis bacteriana espontánea en un 38,16%, mien-

tras Saleem y col. evidenciaron infección de tracto urinario en un 12,1%, neumonía en un 8,1% y peritonitis bacteriana espontánea en un 2,1% (15).

La elevada frecuencia de infecciones como causa de descompensación de cirrosis exige a los trabajadores de la salud mantener una elevada sospecha. Por tal motivo, y ante el conocimiento de la presentación clínica inespecífica, este estudio identificó los principales signos y síntomas, así como el microorganismo asociado con mayor frecuencia a cada infección: En la infección del tracto urinario la alteración del estado de conciencia se presentó en el 13,95% y *Escherichia coli* fue aislada en el 13,51% de los casos, así como lo mencionan Klimová y col. (España, 2015), quienes aislaron el mismo agente en el 52% de los casos (23). Con respecto a la neumonía adquirida en la comunidad, la disnea se presentó en el 18,18% de los casos y la presencia de estertores a la auscultación pulmonar en el 19,56%. No se aislaron gérmenes en este tipo de infección.

En cuanto a la peritonitis bacteriana espontánea, el dolor abdominal se presentó en el 27,83% de los pacientes, coincidiendo con el estudio de Pleguezelo y col., donde la clínica predominante incluyó dolor, distensión abdominal y encefalopatía hepática (3). Además, se aislaron cocos Gram positivos en líquido ascítico, mientras Pleguezelo y col., identificaron con mayor frecuencia bacterias Gram negativas (*E. coli*), seguidas de cocos Gram positivos (estreptococos y enterococos) (3). Por su parte, las deposiciones diarreicas constituyeron el motivo de consulta en el 30% de los casos de gastroenteritis agudas y, en la infección de tejidos blandos, la clínica predominante incluyó dolor, eritema y edema del miembro afecto, asociado a sequedad de mucosas en el 20% de los casos, clínica similar a la descrita por Martin y col. (España, 2016) con eritema, edema y aumento de la temperatura local a nivel del tejido celular subcutáneo de la zona afectada (24).

CONCLUSIONES

La cirrosis es una enfermedad crónica e irreversible del hígado que altera la función metabólica del mismo, volviendo a los pacientes susceptibles de padecer procesos infecciosos que descompensen su estado clínico. En este estudio la etiología más frecuente de la cirrosis fue la alcohólica y su descompensación por causas infecciosas afectó por igual a hombres y mujeres en edad adulta. Las infecciones más comunes identificadas fueron: infección del tracto urinario (54%), neumonía adquirida en comunidad (18%), peritonitis bacteriana espontánea (8%), gastroenteritis aguda (7%) e infección de tejidos blandos (5%). La principal bacteria implicada fue *Escherichia coli*.

REFERENCIAS

1. Wang X, Wu B. Critical issues in the diagnosis and treatment of liver cirrhosis. *Gastroenterol Rep.* 2019;7(4):227-230.
2. Sepanlou SG, Safiri S, Bisignano C, Ikuta KS, Merat S, Saberifiroozi M. The global, regional, and national burden of cirrhosis by cause in 195 countries and territories, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet Gastroenterol Hepatol.* 2020;5(3):245-266.
3. Pleguezelo M, Benitez JM, Jurado J, Montero JL, De la Mata M. Diagnosis and management of bacterial infections in decompensated cirrhosis. *World J Hepatol.* 2013;5(1):16-25.
4. Bruns T, Zimmermann HW, Stallmach A. Risk factors and outcome of bacterial infections in cirrhosis. *World J Gastroenterol.* 2014;20(10):2542-2554.
5. Sharma B, John S. Hepatic Cirrhosis. En: StatPearls [Internet]. 1.a ed. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2020 [citado 9 de noviembre de 2020]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK482419/>
6. Smith A, Baumgartner K, Bostis C. Cirrhosis: Diagnosis and Management. *Am Fam Physician.* 15 de 2019;100 (12):759-770.

7. **Asrani SK, Devarbhavi H, Eaton J, Kamath PS.** Burden of liver diseases in the world. *J Hepatol.* 2019;70(1):151-171.
8. **Gómez Ayala AE.** Cirrosis hepática. Actualización. *Farm Prof.* 2012;26(4):45-51.
9. **Giraldo Montoya AM, Barraza Amador M, 2 Villa Velásquez H, William Martínez J, García Castro G.** Caracterización epidemiológica de pacientes con cirrosis en una consulta de gastroenterología en Pereira, Colombia, 2009-2012. *Rev Méd Risaralda.* 20(2):86-94.
10. **Baki JA, Tapper EB.** Contemporary Epidemiology of Cirrhosis. *Curr Treat Options Gastroenterol.* 2019;17(2):244-253.
11. **Scaglione S, Kliethermes S, Cao G, Shoham D, Durazo R, Luke A, Volk ML.** The Epidemiology of Cirrhosis in the United States: A Population-based Study. *J Clin Gastroenterol.* 2015;49(8):690-696.
12. **Uribe M, Morales-Blanhir J, Rosas-Romero R, Cerda RC.** Epidemiología, fisiopatología y diagnóstico de la hipertensión arterial pulmonar (HAP) en el cirrótico. *Gac Médica México* 2011;148:153-161.
13. **Shah AS, Amarapurkar DN.** Natural History of Cirrhosis of Liver after First Decompensation: A Prospective Study in India. *J Clin Exp Hepatol.* 2018;8(1):50-57.
14. **Poordad FF.** Presentation and complications associated with cirrhosis of the liver. *Curr Med Res Opin.* 2015;31(5):925-937.
15. **Saleem S, Katragadda R, Weissman S, Bleibel W.** Morbidity and mortality of infections in the cirrhotic patients: a US population-based study. *Gastroenterol Hepatol Bed Bench.* 2019;12(3):233-238.
16. **Bunchorntavakul C, Chamroonkul N, Chavalitdhamrong D.** Bacterial infections in cirrhosis: A critical review and practical guidance. *World J Hepatol.* 2016;8(6):307-321.
17. **Deutsch M, Manolakopoulos S, Andreadis I, Giannaris M, Kontos G, Kranidioti H, Pirounaki M, Koskinas J.** Bacterial infections in patients with liver cirrhosis: clinical characteristics and the role of C-reactive protein. *Ann Gastroenterol.* 2018;31(1):77-83.
18. **Faggioli S, Colli A, Bruno R, Burra P, Cra-xi A, Gaeta GB, Grossi P, Mondelli MU, Puoti M, Sagnelli E, Stefani S, Toniutto P.** Management of infections in cirrhotic patients: Report of a Consensus Conference. *Dig Liver Dis.* 2014;46(3):204-212.
19. **Caly WR, Strauss E.** A prospective study of bacterial infections in patients with cirrhosis. *J Hepatol.* 1993;18(3):353-358.
20. **Lağadinou M, Gogos CA.** Bacterial infections in cirrhosis patients: a retrospective epidemiologic study in a greek university hospital. *Clin Hepatol Hepat Rep.* 2015;2(1):1.
21. **Pati GK, Sahu MK, Singh A, Uthansingh K, Behera MK, Narayan J, Behera D, Nanda SS, Mishra D.** Epidemiology of bacterial infections in hospitalized patients with liver cirrhosis in a tertiary care hospital. *J Clin Exp Hepatol.* 2018;8:S53.
22. **Merli M, Lucidi C, Di Gregorio V, Lattanzi B, Giannelli V, Giusto M, Farcomeni A, Ceccarelli G, Falcone M, Riggio O, Venditti M.** An empirical broad spectrum antibiotic therapy in health-care-associated infections improves survival in patients with cirrhosis: A randomized trial. *Hepatology.* 2016;63(5):1632-1639.
23. **Klímová K, Padilla C, Ávila JC, Clemente G, Ochoa A.** Epidemiología de las infecciones bacterianas en pacientes con cirrosis hepática. Experiencia de un centro terciario español. *Biomédica [Internet].* 21 de agosto de 2015 [citado 11 de noviembre de 2020];36(1). Disponible en: <http://www.revistabiomedica.org/index.php/biomedica/article/view/2600>
24. **Martín-Mateos R, Mateos B, Lledó JL, Téllez L, Albillos A.** Infecciones bacterianas en la cirrosis. *Med - Programa Form Médica Contin Acreditado.* mayo de 2016;12(12):666-672.

GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA (GO)

GO-01. CONOCIMIENTO DE AUTOCUIDADO Y SIGNOS DE ALARMA EN MUJERES GESTANTES ECUATORIANAS.

(Knowledge of self-care and alarm signs
in ecuadorian pregnant women)

*Aida Janneth Barbecho Narvaez¹,
Karla Isabel Zhagui Quizhpi¹,
Edison Gustavo Moyano Brito²,
Jhohana Rosali Vintimilla Molina^{1,2},
Karla María Cumbe Guerrero²*

¹Licenciada en Enfermería.

²Docente de la Universidad Católica
de Cuenca de la Carrera de
Enfermería.

emoyanob@ucacue.edu.ec

RESUMEN

Introducción: El embarazo es una etapa que implica varios cambios físicos, psicológicos y sociales, en el cual se debe adquirir conocimientos adecuados sobre prácticas seguras de autocuidado e información sobre signos de alarma que se pueden presentar en la gestación. **Objetivo:** Establecer el nivel de conocimiento de autocuidado y signos de alarma en mujeres gestantes, de la población urbana y rural de la provincia del Cañar, Ecuador. **Materiales y métodos:** Investigación cuantitativa, no experimental, descriptiva de corte transversal aplicada a 171 embarazadas que acudieron al control prenatal a los Centros de Salud de Cañar y Suscal pertenecientes al área Urbano y Rural de la provincia del Cañar. Los instrumentos aplicados fueron dos cuestionarios sobre el conocimiento de autocuidado y signos de alarma en las gestantes. La tabulación y la determinación de los resultados se efectuaron mediante el programa estadístico SPSS 15, los cuales se presentaron en tablas de

frecuencias y porcentajes, además de tablas cruzadas. **Resultados:** Las participantes obtuvieron un nivel medio de conocimiento de autocuidado con el 60,8% y signos de alarma con el 38% correspondiente a la zona urbana y rural de la provincia del Cañar. **Conclusiones:** El nivel de conocimiento que tenían las gestantes de las zonas urbana y rural fue un conocimiento moderado con respecto a las medidas preventivas, alimentación, hidratación, actividad física, vestimenta, sexualidad e interacción social y signos de alarma.

Palabras clave: embarazo; conocimiento; autocuidado; salud materna.

ABSTRACT

Introduction: Pregnancy is a stage that involves various physical, psychological and social changes, in which adequate knowledge must be acquired on safe self-care practices and information on warning signs that may occur in pregnancy. **Objective:** To establish the level of knowledge of self-care and warning signs in pregnant women, from the urban and rural population of the province of Cañar, Ecuador. **Materials and methods:** Quantitative, non-experimental, descriptive cross-sectional research applied to 171 pregnant women who attended prenatal care at the Cañar and Suscal Health Centers belonging to the Urban and Rural area of the Cañar province. The instruments applied were two questionnaires on self-care knowledge and warning signs in pregnant women. The tabulation and determination of the results were carried out using the SPSS 15 statistical program, which were presented in tables of frequencies and percentages, in addition to cross tables. **Results:** The participants obtained a medium level of self-care knowledge with 60.8% and alarm signs with 38% corresponding to the urban and rural areas of the province of Cañar. **Conclusions:** The level of knowledge that the pregnant women in urban and rural areas had was a moderate knowledge regarding preventive measures, food, hydra-

tion, physical activity, clothing, sexuality and social interaction and alarm signs.

Key words: pregnancy; knowledge; self-care; maternal heal.

INTRODUCCIÓN

El embarazo es un proceso fisiológico del organismo que inicia con la fecundación y culmina con el parto, en el cual se desarrollan muchos cambios físicos, emocionales y sociales (1). La Organización Mundial de la Salud (OMS), señala que cada día existe un porcentaje de mortalidad materna aproximadamente de 830 muertes a nivel mundial, por factores que pudieron ser prevenibles en la etapa de la gestación (2). Para el año 2015 se presentó un nivel de 303.000 muertes maternas, los niveles más altos se presentaron en países con ingresos bajos. La razón de los fallecimientos maternos sobre todo en países en vías de desarrollo fue de 239 por 100.000 nacidos vivos, mientras que en los países desarrollados fue de 12 por 10.000 nacidos vivos, presentándose un mayor riesgo en embarazadas menores de 15 años (2).

La Organización Panamericana de la Salud (OPS), considera que el 75% de muertes son producidas por diferentes causas principalmente por las hemorragias graves con un 27%, seguido por la presencia de trastornos hipertensivos con un 14%, las infecciones con un 11%, complicaciones de abortos con un 8%, entre otras. En los Estados Unidos la incidencia de muertes maternas fue de 23,8% por 100.000 nacidos vivos para el año 2014, los principales factores de riesgo son las enfermedades cardiovasculares con un 15,1%, sepsis 14% y hemorragias 11,3% (4). En el continente de África existe un mayor índice de mortalidad materna, en donde se considera que hay 820 muertes por cada 100.000 nacidos vivos (5). Según la Sociedad Española de Obstetricia y Ginecología de España (6), indicó que la mortalidad materna fue de 6 por 100.000 nacimientos en donde el 37,5% se debe a las hemorragias maternas.

Ecuador ocupa el segundo lugar en Latinoamérica de mortalidad materna con un porcentaje de 69,3% de muertes por cada 100.000 nacidos vivos. Dentro de las principales complicaciones del embarazo están la hemorragia postparto, la hipertensión arterial y la eclampsia (7). Además, en el estudio realizado por la Secretaria de Planificación y Desarrollo en el año 2013-2017, demuestra que la tasa de mortalidad materna fue de 83,3% por cada 100.000 nacidos vivos. En Cañar se evidenció índices altos de muertes en mujeres embarazadas con un porcentaje de 142,1%, seguido de Morona Santiago con 116,3% y Azuay con una tasa de mortalidad de 56% (8). Las tasas elevadas de muertes maternas se producen más en mujeres que residen en zonas rurales a diferencia de las mujeres que viven en las ciudades (9). Esta problemática se relaciona también al área geográfica, debido a que en el área urbana se presenta 3,8% de analfabetismo, mientras que en el área rural el 18% (9). Además, la calidad de atención que proporciona el personal sanitario a nivel de las zonas rurales es deficiente debido a que estos puestos de salud mantienen una mala infraestructura, no cuentan con el personal necesario, insumos o equipos adecuados para enfrentarse a una emergencia obstétrica.

En base a la prevalencia mencionada por la OMS (10), menciona que el autocuidado se relaciona con todas las actividades que realizan los individuos para cuidar y mantener la salud, es decir, toman decisiones saludables, adquieren y desarrollan habilidades personales, por lo que estas actividades o conocimientos van a la par a través de la información que brinda el personal sanitario (11). Siendo indispensable que la embarazada aprenda a reconocer signos y síntomas de riesgos obstétricos y el correcto autocuidado que se debe tener en este periodo (12). Por lo tanto, el papel que desarrolla la enfermera en la fomentación, educación y prácticas de autocuidado, ayuda a las gestantes a mantener un óptimo estado de salud (13).

Por lo expuesto, la prioridad del Estado Ecuatoriano es reconocer ¿cuáles son las causas prevalentes de riesgo para complicaciones durante la etapa de la gestación? Sin embargo, a pesar de que se ha implementado estrategias para mejorar la salud, aún se evidencia muertes maternas en el transcurso del embarazo con un 80,19% (9).

Esta investigación se realizó con el objetivo de establecer el nivel de conocimiento de autocuidado y signos de alarma en mujeres gestantes, de la población urbana y rural de la provincia del Cañar, Ecuador.

MATERIALES Y MÉTODOS

El presente fue un estudio cuantitativo debido a que tiene un diseño estructurado de recolectar, registrar y analizar datos obtenidos, se basó en un diseño no experimental, ya que se observó procesos sin intervenir en su desarrollo y de corte transversal debido al lapso de tiempo establecido para concluirla.

Se contó con un universo de 190 mujeres en estado de gestación que acuden al control prenatal, en donde 150 gestantes pertenecen al Centro de Salud de Cañar, correspondiente al área urbana y 40 embarazadas pertenecen al Centro de Salud de Suscal correspondiente al área rural. Cabe recalcar que durante la realización de la investigación se obtuvo una pérdida del 10% de la población estudiada, por lo que solo se aplicó la encuesta a 171 gestantes. En el presente estudio se incluyeron gestantes que aceptaron participar voluntariamente en la investigación y firmaron el consentimiento informado.

Se elaboró dos cuestionarios para la obtención de la información requerida, el primer cuestionario valoró el nivel de conocimiento sobre autocuidado de las gestantes, para la elaboración se basó en la teoría de Dorothea Orem, el cuestionario estuvo dividido en secciones: La sección 1 corresponde a características sociodemográficas que va desde los ítems 1 al 14. La sección 2 hace referencia al conocimiento de autocuidado las cuales se dividen en las siguientes dimensiones: a) Medidas de prevención: consta de

los ítems del 1 al 4, b) Alimentación e hidratación: constó de los ítems del 5 al 12, c) Actividad y reposo: constó de los ítems del 13 al 15, d) Vestimenta: consta del ítem 16, e) Sexualidad: consta del ítem 17, f) Soledad e interacción humana: constó del ítem 18.

El cuestionario estructurado constó en total de 18 preguntas que tiene 3 respuestas con un puntaje de 1 a 0 puntos obteniéndose como una nota máxima de 18 puntos que se consideró como una nota alta y 0 puntos que se consideró como una nota baja. Por lo cual, se estableció un rango de calificación: Conocimiento Alto: 13-18 puntos, conocimiento Medio: 5-12 puntos y conocimiento Bajo: 0-4 puntos.

El segundo instrumento se utilizó para medir el conocimiento que tienen las gestantes acerca de signos de alarma los cuales están establecidos en la Guía del Ministerio de Salud Pública, la encuesta estructurada consta de 15 preguntas, las cuales tienen respuestas de SI, NO. El cuestionario estructurado tiene 2 opciones de respuestas con un puntaje de 1 a 0 puntos obteniéndose como una nota máxima de 15 puntos que se consideró como una nota alta y 0 puntos que se consideró como una nota baja. Las respuestas correctas equivalen a 1 punto y las incorrectas corresponden a 0 puntos. Por lo cual, se estableció un rango de calificación: Conocimiento Alto: 12-15 puntos, conocimiento Medio: 9-11 puntos y conocimiento Bajo: 0-8 puntos.

Los instrumentos fueron sometidos a una validación estadística con la prueba de confiabilidad a través del coeficiente Alpha de Cronbach, para establecer la confiabilidad y consistencia de la escala, lo cual permitió asegurar que el instrumento fue confiable y apto para la aplicación. Los valores obtenidos fueron: Conocimiento de autocuidado (0.91) y Conocimiento de signos de alarma (0.77).

Para la interpretación y el respectivo análisis de los datos obtenidos se utilizó el programa estadístico SPSS versión 23 de libre acceso, en el cual se elaboró las respectivas tablas simples de frecuencias y por-

centajes, además de tablas cruzadas para la representación de los datos obtenidos, se utilizaron variables cualitativas dicotómicas y politómicas, además variables cuantitativas discretas.

RESULTADOS

En la Tabla I de acuerdo a los meses de embarazo y controles prenatales se observó que el 77,8% de las gestantes se encontraba cursando 3ero, 4to, 5to, 7mo, y 8vo mes de embarazo, mientras que el 22,2% se encontraba entre el 1ero, 2do, 6to, y 9no mes de gestación, en relación a la asistencia a los controles prenatales se observó que 78,9% tenían de 1 a 4 controles y solo 21% tenían de 5 a 11 controles.

TABLA I
MESES DE EMBARAZO Y CONTROLES
PRENATALES DE LAS GESTANTES
ESTUDIADAS.

Variable	Nº	Frecuencia	Porcentaje
Meses de embarazo	1	2	1,2%
	2	12	7,0%
	3	21	12,3%
	4	24	14,0%
	5	22	12,9%
	6	11	6,4%
	7	23	13,5%
	8	43	25,1%
	9	13	7,6%
Controles Prenatales	1	37	21,6%
	2	36	21,1%
	3	32	18,7%
	4	30	17,5%
	5	14	8,2%
	6	10	5,8%
	7	5	2,9%
	8	5	2,9%
	10	1	0,6%
	11	1	0,6%

En la Tabla II se da a conocer que el conocimiento de autocuidado a nivel general que prevalece es de un nivel medio con el 60,8%.

TABLA II
NIVEL DE CONOCIMIENTO DE AUTOCUIDADO
DE LA POBLACIÓN TOTAL.

Cuestionario de autocuidado		
Variable	Frecuencia	Porcentaje
Alto	39	22,8%
Medio	104	60,8%
Bajo	28	16,4%
Total	171	100,0%

En la Tabla III se describe el nivel de conocimiento sobre signos de alarma obstétricos en el cual predomina el nivel medio con el 38,0%.

TABLA III
NIVEL DE CONOCIMIENTO DE SIGNOS
DE ALARMA DE LA POBLACIÓN TOTAL.

Cuestionario de signos de alarma		
Variable	Frecuencia	Porcentaje
Alto	52	30,4%
Medio	65	38,0%
Bajo	54	31,6%
Total	171	100,0%

En la Tabla IV en relación al conocimiento de autocuidado se observó que el nivel de conocimiento de las 100 gestantes pertenecientes a la zona urbana fue de un nivel alto con el 35% y apenas el 15% con un nivel bajo, en relación a las 71 gestantes que pertenecían a la zona rural se observó que el 18,3% tenían un nivel bajo y solo el 5,6% contaban con un nivel alto de conocimiento.

De acuerdo a la Tabla V se demuestra que el nivel de conocimiento sobre signos de alarma de las 100 gestantes pertenecientes al área urbano fue alto con el 44% y el 18% con un nivel bajo, mientras que de las 71 gestantes que residen en el área rural se encontró que el 50,7% tenían un nivel bajo y apenas el 11,3% tenían un nivel alto de conocimiento.

TABLA IV
NIVEL DE CONOCIMIENTO DE AUTOCUIDADO SEGÚN LA RESIDENCIA DE LAS GESTANTES.

Residencia		Conocimiento de autocuidado			Total	Valor P Chi ²
		Alto	Medio	Bajo		
Urbano	Recuento	35	50	15	100	0,000
	%	35,0%	50,0%	15,0%	100,0%	
Rural	Recuento	4	54	13	71	100,0%
	%	5,6%	76,1%	18,3%	100,0%	
Total	Recuento	39	104	28	171	100,0%
	%	22,8%	60,8%	16,4%	100,0%	

TABLA V
NIVEL DE CONOCIMIENTO DE SIGNOS DE ALARMA SEGÚN LA RESIDENCIA DE LAS GESTANTES.

Residencia		Conocimientos de signos de alarma			Total	Valor P Chi ²
		Alto	Medio	Bajo		
Urbano	Recuento	44	38	18	100	0,000
	%	44,0%	38,0%	18,0%	100,0%	
Rural	Recuento	8	27	36	71	100,0%
	%	11,3%	38,0%	50,7%	100,0%	
Total	Recuento	52	65	54	171	100,0%
	%	30,4%	38,0%	31,6%	100,0%	

DISCUSIÓN

Sobre el conocimiento de autocuidado en las gestantes en una investigación realizada por Parada y Méndez, en el año 2015, observaron que un porcentaje del 63% de mujeres embarazadas que participaron en el estudio, tenían conocimientos adecuados con respecto a tener conocimientos sobre hábitos alimenticios idóneos, actividad física, asistir a controles prenatales, en cambio el 35% presentó conocimientos deficientes y solo el 3% no conocían ningún tipo de cuidados que se debe tener en el periodo de la gestación (14). Sin embargo, en el estudio realizado existe un nivel medio de conocimientos de autocuidado con el 60,8% según medidas de prevención, alimentación, hi-

dratación, actividad y reposo, vestimenta, sexualidad, soledad e interacción humana y 16,4% tenían un nivel bajo de conocimientos. Este porcentaje se presentó debido a que una gran parte de las gestantes tienen ingresos económicos bajos, una educación mínima, residen en lugares alejados a los establecimientos de salud por lo que se demoran en llegar a estas instituciones, además no cuentan con los equipos necesarios y falta de personal que pueda brindar una atención y educación de calidad a las pacientes.

Al respecto, Alanís y col., en el año 2015, detectaron que las gestantes a pesar de acudir a los controles prenatales mostraron tener deficiencia con respecto a los conocimientos de autocuidado, razón por la que muchas de ellas se dejan influenciar por

sus costumbres y no realizan los cuidados primordiales que se debe tener en todo el desarrollo del embarazo (15).

Según la OPS, estableció que las complicaciones principales para que se desarrolle una muerte materna son: hemorragias graves con un porcentaje del 27%, seguida de la hipertensión gestacional con un 14%, además de las infecciones con un 11%, las cuales se pudieron detectar a tiempo mediante la identificación inmediata y adecuada de los signos de alarma que se presentan en el embarazo (16).

Los resultados obtenidos en la presente investigación sobre el conocimiento de signos de alarma en las gestantes mostraron predominio de conocimiento medio (38,0%) y bajo (31,6%), resultado similar al reportado por Carrety col., en el año 2018, donde el nivel de conocimiento fue medio con el 55,8% y con un nivel bajo de 43,3% (17). Además, García y Montañez en el estudio realizado en México demostraron que también existe un nivel medio de conocimientos sobre signos obstétricos con el 62,7% y con un nivel bajo del 25% (18).

Otros estudios han observado que la mayoría de las embarazadas el 93% identificaron los signos y síntomas de alarma obstétricos como principales señales de riesgo para la gestante, con un nivel de conocimiento bueno mayor al 70% en donde los signos de alarma más reconocidos en la investigación fueron sangrado vaginal, fiebre, ausencia de movimientos fetales, y convulsiones con un 86%, igualmente los signos de alarma obstétricos menos identificados por las gestantes fue el dolor abdominal, lo cual coincide con la investigación realizada, en donde, las embarazadas identificaron como principales signos obstétricos el sangrado vaginal (95,3%), convulsiones (86%), edema (90,6%), disminución de movimientos fetales (95,9%), aumento de la presión arterial (82,5%), por el contrario con menor reconocimiento fue el dolor abdominal, presencia de flujo vaginal, náuseas, vómitos y el aumento repentino de peso. Igualmente, los autores García y Montañez, mencionan que las ges-

tantes identificaron como signos obstétricos el sangrado vaginal con el 22,9%, ruptura de amnios 10,8%, cefalea 18,7%, dolor abdominal 10,2% y edema con el 2,8% (18). Estos resultados evidencian que las embarazadas no reconocen los signos de alarma como un factor de peligro que pueden desencadenar complicaciones obstétricas o provocar muertes maternas, debido a que existe un déficit de información y educación sobre los principales signos de alarma, cuya información pudieron haber obtenido al asistir regularmente a los controles prenatales, especialmente en las gestantes que residen en parroquias rurales alejadas a las instituciones de salud.

CONCLUSIONES

El nivel de conocimiento para el autocuidado fue del 60,8% y signos de alarma el 38,0%, encontrándose en un nivel medio, por lo cual la investigación abre una ventana a las diferentes instituciones de salud, especialmente a la provincia del Cañar para mejorar la educación a las pacientes sobre estos temas.

En el estudio realizado se pudo identificar que existe un nivel medio de conocimiento sobre autocuidado con un 60,8% de las 171 gestantes que participaron en la investigación, en donde, de las 100 gestantes que residen en la zona urbana, el 50% obtuvieron este puntaje y a nivel rural el 76,1% de las 71 embarazadas, significando un problema debido a que las gestantes, especialmente de las áreas rurales se dejen influenciar más por sus costumbres, tradiciones respecto a los cuidados en el embarazo y no creen necesario la información transmitida por el personal de salud, poniendo en riesgo el bienestar del feto y la mujer.

De acuerdo al nivel de conocimiento sobre signos de alarma se determinó que el 38,0% de todas las gestantes evaluadas mostraron un nivel medio de conocimientos, sin embargo, en la zona urbana el 44% de las 100 gestantes tuvo un conocimiento alto y a nivel rural el 50,7% de las 71 embarazadas contaban con un nivel bajo de conocimientos. Esto demuestra un problema a nivel

mundial debido a que por la falta de conocimientos adecuados y concientización de las embarazadas aún persiste la tasa de morbi-mortalidad materna e infantil.

REFERENCIAS

1. **Vasconcelos T, Oliveira I, Vasconcelos M, Azevedo A OA.** Perspectivas de los cuidados de enfermería en el embarazo de alto riesgo: revisión integradora. *Enferm Glob* [Internet]. 2017 [citado 4 de diciembre de 2019];16(2). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412017000200500
2. **Organización Mundial de la Salud.** Mortalidad materna [Internet]. 2019 [citado 4 de diciembre de 2019]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/maternal-mortality>.
3. **Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. OPS/OMS |** Once países de América Latina y el Caribe registraron avances en la reducción de la mortalidad materna, según nuevo informe de la ONU [Internet]. 2014 [citado 4 de diciembre de 2019]. Disponible en: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=9552:2014-11-countries-latin-america-caribbean-reduced-maternal-mortality-new-data-show&Itemid=1926&lang=es
4. **Organización Panamericana de la Salud.** Canadá: Cifras de muerte materna [Internet]. 2017 [citado 4 de diciembre de 2019]. Disponible en: https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?page_t_es=informes-de-pais/canada&lang=es
5. **UNICEF.** Dificultades en el cálculo de las muertes maternas [Internet]. 2015. Disponible en: <https://www.unicef.org/spanish/sowc09/docs/SOWC09-allpanels-ESP.pdf>
6. **De Miguel J, Muñoz P, Muñoz A, Odrizola J, González M, Puertas A, González N, Lailla J.** Mortalidad materna en España en el periodo 2010-2012: Resultados de la encuesta de la Sociedad Española de Ginecología (SEGO). *Progresos Obstet y Ginecol* [Internet]. 2016 [citado 4 de diciembre de 2019];59(5):342-9. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-progresos-obstetricia-ginecologia-151-avance-resumen-mortalidad-materna-espana-el-periodo-S0304501315001661>.
7. **Rivera S, Andrade A.** Informe Mortalidad en la Maternidad. Coordinación General de Planificación. Ministerio de Salud Pública del Ecuador [Internet]. Ministerio de Salud Pública. 2014. p.15. Disponible en: https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivos-digitales/sigobito/tareas_seguimiento/1121/MARCO_TEORICO_MODELO_MORTALIDAD_MATERNA.pdf
8. **Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo.** Agenda Zonal. Provincias de Azuay, Cañar y Morona Santiago. 2013-2017 [Internet]. 2015. p. 1-150. Disponible en: <http://www.planificacion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2015/11/Agenda-zona-6.pdf>
9. **Ávila DJ, Paredes JM.** Ministerio de Salud Pública del Ecuador, Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Plan Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva [Internet]. Dirección de Normatización del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Salud Pública de Ecuador. 2017. p. 85. Disponible en: http://www.paho.org/ecu/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=54&Itemid=%0Ahttps://www.healthresearchweb.org/files/PoliticasyNacionalesSaludEcuador2007.pdf%0Ahttp://ecuador.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/PLAN_NACIONAL_DE_SS_Y_SR_2017.
10. **Hernández MR.** Autocuidado y promoción de la salud en el ámbito laboral. *Rev Salud Bosque* [Internet]. 2016;5(2):79. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/304008224_Autocuidado_y_promocion_de_la_salud_en_el_ambito_laboral.
11. **Organización Mundial de la Salud. OMS |** Embarazo en adolescentes: un problema culturalmente complejo [Internet]. Vol. 87, WHO. World Health Organization; 2013 [citado 4 de diciembre de 2019]. Disponible en: <https://www.who.int/bulletin/volumes/87/6/09-020609/es/>
12. **Ticona D, Torres L, Veramendi L, Zafra J.** Conocimientos y prácticas sobre signos de alarma de las gestantes atendidas en el Hospital Nacional Docente Madre-Niño San Bartolomé, Lima, Perú. *Rev Peru Ginecol*

- y Obstet [Internet]. 2014 [citado 4 de diciembre de 2019];60. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322014000200005.
13. **Quintero A, González A.** Formalización de la transmisión del cuidado entre la madre y el feto durante la gestación. *Ene* [Internet]. 2017 [citado 4 de diciembre de 2019];11. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2017000300009
 14. **Parada D, Méndez L FA.** Conocimientos, actitudes y prácticas clave en gestantes con hijos menores de 5 años de la ciudad de Cúcuta, 2012. *Av en Enfermería* [Internet]. 5 de agosto de 2015 [citado 4 de diciembre de 2019];33(1):67-74. Disponible en: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/av-enferm/article/view/36827/60875>.
 15. **Alanís M, Pérez B, Álvarez M RM.** Auto-cuidado en mujeres embarazadas en una comunidad del estado de México. *Rev Horizontes* [Internet]. 2015;61-72. Disponible en: http://web.uaemex.mx/revistahorizontes/docs/revistas/Vol5/6_AUTOUIDADO.pdf
 16. **Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. OPS/OMS CLAP - Reducción mortalidad materna en 11 países de la Región** [Internet]. 2014 [citado 4 de diciembre de 2019]. Disponible en: https://www.paho.org/clap/index.php?option=com_content&view=article&id=220:reduccion-mortalidad-materna-en-11-paises-de-la-region&Itemid=215&lang=es.
 17. **Carrete L, García P, Almeida C.** Conocimientos sobre datos de alarma obstétrica en pacientes embarazadas que asisten al Hospital General Fresnillo. *Rev Electron Semest en ciencias* [Internet]. 2018;1(june 2017):1-12. Disponible en: <http://revistas.uaz.edu.mx/index.php/ibnsina/article/view/89/75>.
 18. **García J, Montañez M.** Signos y síntomas de alarma obstétrica. Acerca del conocimiento que tienen las mujeres. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* [Internet]. 2012;50(6):651-7. Disponible en: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=5ac16010-072d-470e-b54f-e7e9cd79ff28%40sessionmgr10>.

GO-02. SÍNDROME DE HELLP: REPORTE DE CASO CLÍNICO.

(HELLP Syndrome: a clinical case report)

*Dayanna Angélica León Peñaranda¹,
Jeanneth Patricia Tapia Cárdenas²,
Zoila Katherine Salazar Torres³,
Lizette Espinosa Martín⁴, Karla Alexandra
Aspiazu Hinostrosa⁵, Pacuruco Ávila Nube
Johanna⁶.*

¹Ministerio de Salud Pública – Hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca, Ecuador.

²Universidad de Cuenca – Carrera de Medicina, Cuenca, Ecuador.

^{3,4,5}Universidad Católica de Cuenca – Carrera de Medicina, Cuenca, Ecuador.

⁶Universidad Católica de Cuenca – Carrera de Enfermería, Cuenca, Ecuador.

zsalazart@ucacue.edu.ec

RESUMEN

El Síndrome de HELLP es una de las complicaciones obstétricas con mayor relevancia, debido a la mortalidad que conllevan. **Objetivo:** describir la evolución del Síndrome de HELLP en el Hospital Vicente Corral Moscoso, año 2020. **Metodología:** estudio observacional, revisión documental. Para la revisión de artículos incluidos en la presente investigación se consultó en bases de datos biomédicas como Pubmed, Medline, Cochrane, entre otros, se incluyeron guías, revisiones y estudios publicados en los últimos 5 años, en inglés y español. Para el análisis se aplicó estadística descriptiva. Se utilizó los sistemas de Tennessee y Mississippi para realizar su clasificación y diagnóstico. Se solicitó consentimiento informado a la gestante para el acceso a la información registrada en la historia clínica. **Resultados:** este caso tuvo una presentación atípica del Síndrome de HELLP, ya que no fue precedido por un trastorno hipertensivo del embarazo;

sin embargo, se lo consideró como una complicación del mismo. Esta entidad provoca aumento de la morbi-mortalidad materna y neonatal. **Conclusiones:** los signos y síntomas del Síndrome de HELLP son inespecíficos, con poca confiabilidad y, tienen características concordantes con disfunción endotelial, activación del trofoblasto y de la cascada de coagulación y daño de la función hepática.

Palabras clave: Síndrome HELLP; Complicaciones del embarazo.

ABSTRACT

Background: HELLP Syndrome is one of the most relevant obstetric complications, due to the mortality that it entails. **Objective:** to describe the evolution of the HELLP Syndrome in the Vicente Corral Moscoso Hospital, year 2020. **Methodology:** observational study, documentary review. For the review of articles included in the present research, biomedical databases such as Pubmed, Medline, Cochrane, among others, were consulted, guides, reviews and studies published in the last 5 years, in English and Spanish, were included. Descriptive statistics were applied for the analysis. The Tennessee and Mississippi systems were used to perform their classification and diagnosis. Informed consent was requested from the pregnant woman for access to her information recorded in the medical history. **Results:** this case had an atypical presentation of HELLP Syndrome, since it was not preceded by a hypertensive disorder of pregnancy; however, it was considered as a complication of it. This entity causes an increase in maternal and neonatal morbidity and mortality. **Conclusions:** the signs and symptoms of HELLP Syndrome are nonspecific, with little reliability, and have characteristics consistent with endothelial dysfunction, activation of the trophoblast of the coagulation cascade and damage to liver function.

Key words: HELLP syndrome; complications of pregnancy.

INTRODUCCIÓN

El Síndrome de HELLP fue descrito por primera vez en por Weinstein en 1982 (1), el cual lo denominó en base a su condición clínica como HELLP, pues abarcó los siguientes aspectos: “hemolisis (H), elevated liver enzymes (EL), and low platelet count (LP)”. Este síndrome se presenta en alrededor del 0,5 -1% de todos los embarazos (2), de ellos 70% se producen antes del parto y 30% después de este, por lo general dentro de las 48 horas del puerperio, aunque en ciertos casos puede presentarse hasta el séptimo día posparto, agravando el pronóstico, pues se incrementa el riesgo de insuficiencia renal y edema pulmonar (3,4).

La etiología del Síndrome de HELLP no está clara, sin embargo, en los hallazgos histopatológicos en el hígado se observan depósitos intravasculares de fibrina, que presuntamente pueden llevar a obstrucción sinusoidal hepática e intrahepática evolucionando a necrosis de dicho órgano, además puede producir hemorragia intraparenquimatosa y subcapsular y ocasionalmente ruptura, asociándose con complicaciones clínicas graves que representan alta mortalidad tanto para la madre como el feto, por esto es esencial un diagnóstico e intervención clínica oportuna (5).

Según la literatura los criterios diagnósticos clínicos del Síndrome de HELLP son inconsistentes, pues se caracteriza principalmente por dolor en el cuadrante superior derecho del abdomen o en el epigastrio, náusea y vómito, y en aproximadamente 30% al 60% de las embarazadas se manifiesta con cefalea y en un 20% síntomas visuales, sin embargo, este síndrome puede no presentar síntomas específicos, llegando a confundirse con cuadros virales (6).

Por lo que, en casos de preeclampsia, eclampsia y gestantes con dolor en el cuadrante superior derecho de abdomen, siempre se debe solicitar los análisis de laboratorio, lo cuales son esenciales para el diagnóstico, requiriéndose de una tríada

caracterizada por la presencia de anemia hemolítica microangiopática, enzimas hepáticas elevadas y trombocitopenia, siendo la hemólisis la piedra angular en el diagnóstico de este síndrome (1).

A pesar de lo expuesto, es necesario recalcar que, aunque este síndrome se manifiesta típicamente en gestantes con preeclampsia severa, puede ocurrir en ausencia de esta patología, con una forma clínica que omite la hipertensión, proteinuria y edema, lo cual lo convierte en un verdadero desafío diagnóstico en el campo obstétrico (1,7).

La clasificación del Síndrome de HELLP, parte de dos sistemas, por un lado el de Tennessee-Sibai, que ha señalado criterios específicos basados en un recuento de plaquetas: en un HELLP clase 1, donde el recuento plaquetario es ≤ 100.000 , AST (aspartato amino transferasa) ≥ 70 UI / L y LDH (deshidrogenasa láctica) ≥ 600 UI, así como también los resultados de laboratorio de hemólisis que se observan en el frotis de sangre periférica, se agrega también el aumento de bilirrubina sérica ≥ 1.2 mg /100 mL (8). La forma incompleta de HELLP se define solo por la presencia de uno o dos componentes de la tríada (hemólisis, elevación de enzimas hepáticas o trombocitopenia, sin embargo, puede progresar a la forma completa, en raros casos ocurre una reversión parcial o total del síndrome (5,9,10).

Por otra parte, se presenta la clasificación de Mississippi, que cataloga únicamente al Síndrome de HELLP como completo, no obstante, se divide al mismo en tres, de acuerdo a los valores de plaquetas, AST O ALT (alanina aminotransferasa y LDH, es así que se obtiene el diagnóstico con los siguientes criterios (6):

1: Plaquetas < 50.000 /mL; AST o ALT ≥ 70 UI/L; LDH ≥ 600 UI/L.

2: Plaquetas 50.000-100.000/mL; AST o ALT ≥ 70 UI/L; LDH ≥ 600 UI/L.

3: Plaquetas 100.000-150.000/mL; AST o ALT ≥ 40 ; LDH ≥ 600 UI/L.

Con respecto a los estudios imagenológicos, estos conducen a una mejor búsqueda

del diagnóstico del Síndrome de HELLP, siendo la ecografía, la tomografía computarizada y la resonancia magnética de gran utilidad en pacientes embarazadas con sospecha clínica de dicha patología (11). En cuanto al tratamiento, se recomienda el uso de sulfato de magnesio, para prevenir las convulsiones, además se debe transfundir plaquetas previo a la cesárea si el conteo de plaquetas se encuentra entre 20.000 y 49.000 uL (12). No están recomendados los corticoides como tratamiento para el Síndrome de HELLP, así como el intercambio de plasma o plasmáferesis, especialmente en los 4 primeros días el postparto (13).

PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO

Mujer de 24 años de edad, ama de casa, etnia mestiza, con embarazo de 34,4 semanas de gestación por fecha última de menstruación. Acude a unidad de primer nivel por presentar 24 horas previas a su ingreso alza térmica, artralgiás, dolor ocular y cefalea; 12 horas antes evidencia dolor torácico y disnea, por lo que es referida a una institución de segundo nivel.

La paciente no tiene antecedentes personales, familiares y/o psicosociales de importancia. Presentó dos gestas, que incluyen el embarazo actual y un parto vaginal 7 años previo. Se realizó 4 controles prenatales, en los cuales no se reportó ninguna complicación.

EXAMEN FÍSICO

Los hallazgos más relevantes al examen físico mostraron los siguientes resultados: signos vitales, tensión arterial 100/60 mmHg, frecuencia respiratoria de 33 por minuto, temperatura axilar 35,4°C y saturación de oxígeno 96%. Las mucosas orales secas con estigmas de gingivorragia, respiración jadeante, murmullo vesicular disminuido; en el examen ginecológico útero gestante con altura de fondo uterino de 30 cm, cefálico dorso derecho, frecuencia cardíaca de 145 latidos por minuto, movimientos fetales activos, 2 contracciones en 10 minutos con 20

segundos de duración. Al examen neurológico el Glasgow fue 15/15. En extremidades inferiores se observaron petequias y en región inguino-genital se visualizó edema vulvar; el Score Mama fue de 8.

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

Previa a la realización de los exámenes complementarios se solicitó, por el estado de la paciente, una interconsulta con médico intensivista, quien requirió en conjunto con el ginecólogo, se realicen los siguientes exámenes: biometría hemática, química sanguínea, examen de orina, reacción en cadena de polimerasa con transcriptasa inversa para SARS COV-2 y dengue hemorrágico e hisopado nasofaríngeo; además de una tomografía y radiografía simple de tórax, con ecografía abdomino-pélvica y obstétrica.

HALLAZGOS RELEVANTES Y DIAGNÓSTICO

La paciente en la unidad de primer nivel, tuvo un diagnóstico presuntivo de Dengue Hemorrágico, el mismo que fue descartado en la institución de referencia. En relación al monitoreo previo, no se registró elevación de tensión arterial en ninguno de los controles, sin embargo, al momento de la transferencia se describe el diagnóstico de Síndrome de HELLP.

En la monitorización electrónica fetal continua, se evidenció una categoría II, y

durante la valoración preoperatoria, la paciente no presentó otras alteraciones físicas. Sin embargo, luego del reporte de exámenes complementarios se realizó la intervención quirúrgica correspondiente, es decir, cesárea categoría II en la clasificación de urgencia/emergencia para la realización de dicho procedimiento.

Durante la estancia hospitalaria, se realizaron exámenes complementarios para corroborar el diagnóstico de Síndrome de HELLP, los mismos que revelaron disminución de glóbulos rojos, disminución de plaquetas, elevación de enzimas hepáticas y deshidrogenasa láctica (LDH).

A continuación, se presentan curvas comparativas de los valores obtenidos a lo largo de la hospitalización (Gráfico 1).

Como se puede visualizar en el Gráfico 1, los valores de plaquetas se presentaron en rangos desde 50.000 a 204.000/ul según el periodo de tiempo y/o evolución clínica de la paciente.

Con respecto a las enzimas hepáticas, la TGO presentó su pico más alto durante el segundo día de hospitalización con un valor de 2466.4 U/l, mientras que, para la TGP, mostró un valor máximo de 653.6 U/l (Gráfico 2).

El valor más representativo respecto al lactato deshidrogenasa, se alcanzó durante el segundo día de hospitalización con cifras de hasta 1909.0 U/l (Gráfico 3).

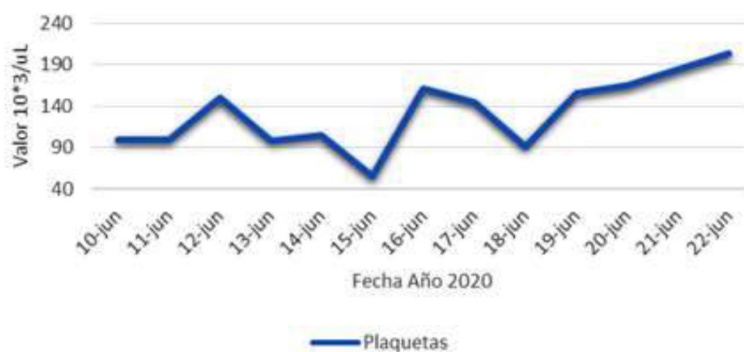


Gráfico 1. Valor de plaquetas.

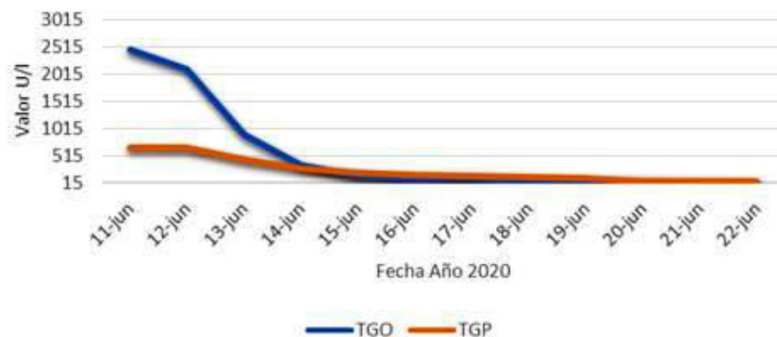


Gráfico 2. Valor de enzimas hepáticas.

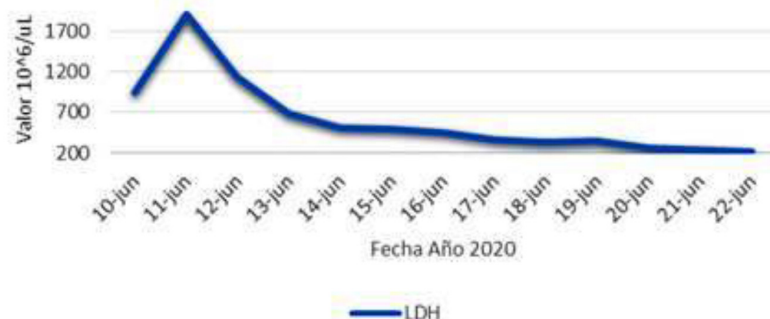


Gráfico 3. Valor de Deshidrogenasa Láctica.

Los valores de hemoglobina desde el ingreso de la paciente fluctuaron en valores de entre 5,1 gr/dl a 11,5 gr/d, catalogándose al inicio de su estancia hospitalaria como una anemia severa. En cuanto a la fórmula leucocitaria se evidenciaron cifras compatibles con leucocitosis. Además, otros exámenes concernientes al perfil renal, hepático se pueden visualizar en el anexo 3; y el examen de orina reveló la presencia de piocitos y bacterias compatibles con infección del tracto urinario. En referencia a la radiografía posteroanterior de tórax se observaron infiltrados bronconeumónicos parahiliares y basales derechos, además la reacción en cadena de polimerasa con transcriptasa inversa para SARS COV-2 y dengue hemorrágico resultaron negativos, por lo que se concluye con un diagnóstico de Neumonía adquirida en la comunidad. En la ecografía abdominal, se evidenció una colecistitis alitásica y líquido libre en cavidad abdominal; la ultrasonografía obstétrica no mostró alteraciones.

A la luz de los resultados de los exámenes complementarios realizados a la paciente, se concluye además con el diagnóstico de Síndrome de HELLP completo grado 2, según los criterios de la clasificación de Tennessee, los mismos que se basan en la trombocitopenia, con valores de plaquetas $<100.000/\text{mm}^3$, disfunción hepática, con TGP $>$ de 70 UI/L y, por último, la evidencia de hemólisis con un extendido de sangre periférica anormal, además de enzimas LDH $>$ de 600 UI/L. Y en cuanto a los criterios de Mississippi, los valores de plaquetas oscilan entre 50.000 y 10.000/mL por lo que se la cataloga como grado 2 (5).

El primer reto diagnóstico, del presente caso fue el Síndrome de HELLP, ya que, aunque según los resultados de laboratorio manifestaron claramente este padecimiento, la paciente nunca presentó signos o síntomas clínicos de preeclampsia con criterios de severidad, y como está bien descrito en la literatura este síndrome parte generalmente

de un trastorno hipertensivo de la gestación, no obstante, del 10-20% de casos atípicos de Síndrome de HELLP nunca cursaron con una preeclampsia previa. Haciendo hincapié en el caso clínico en discusión, la paciente fue normotensa durante la gestación y el ingreso, por lo que se consideraron otras patologías acordes a la evolución del cuadro clínico que, sumado al lugar de residencia de la gestante, se consideró el Dengue Hemorrágico como diagnóstico diferencial.

INTERVENCIONES

En función al diagnóstico de Síndrome de HELLP, se procedió a realizar la culminación del embarazo por vía abdominal; donde luego de dicho procedimiento, se obtuvo un recién nacido vivo de sexo femenino, peso de 2860 gramos, 41 cm de longitud, 35 cm de perímetro cefálico, APGAR 8-9, con 37 semanas según Capurro. Durante el puerperio inmediato, se presentó atonía uterina que fue revertida con la aplicación de uterotónicos, específicamente 400 mcg de misoprostol por vía sublingual y 400 mcg por vía rectal, además se administraron 20 unidades de oxitocina diluidas en solución salina; se prescribieron también otros medicamentos tales como: sulfato de magnesio, cefazolina, amoxicilina + ácido clauvulánico y fitomenadiona.

EVOLUCIÓN CLÍNICA

En el puerperio inmediato, se realizó un rastreo ecográfico, donde se evidenció la presencia de líquido libre en abundante cantidad en Fondo de saco de Douglas, a correlacionar con hemoperitoneo, por lo que se procedió a realizar laparotomía exploratoria, en la que se encontró sangrado oscuro activo a nivel de tejido celular subcutáneo, hemoperitoneo de 1800 mL, efectuándose lavado de cavidad y hemostasia por presencia de sangrado activo en peritoneo parietal y se colocó un Dren de Jackson Pratt en flanco izquierdo, concluyendo con el diagnóstico de hemorragia de pared abdominal.

Posteriormente, se transfundió en el transoperatorio 471 ml de sangre total y 5 concentrados plaquetarios, sumado a la aplicación de ácido tranexámico 500 mg por vía intravenosa cada 8 horas, azitromicina 500 mg vía oral una vez al día, 2 ampollas de calcio gluconato.

Se inició además terapia farmacológica con enoxaparina 40 mg vía subcutánea una vez al día, la misma que se suspendió 7 días después; además se añadió piperacilina + tazobactam 4,5 gramos intravenosos cada 6 horas por 10 días.

Se recomendó la administración de hidralazina 5 mg en caso de que la tensión arterial llegase a alcanzar valores superiores a 160/110 mmHg, además se aplicó 5mg de furosemida cada 8 horas.

Para el manejo de la sintomatología respiratoria se agregó ipratropio bromuro 1 cc + 0.5 cc de salbutamol cada 4 horas. En cuanto a corticoides, la elección fue dexametasona 8 mg intravenosa cada 8 horas, este medicamento se administró por 4 días.

Finalmente, la paciente recibió el alta médica 12 días después de la estancia hospitalaria, y el tratamiento enviado al domicilio fue amoxicilina+sulbactam 625 mg por vía oral cada 12 horas por 10 días.

DISCUSIÓN

El Síndrome de HELLP es una de las complicaciones con mayor relevancia en el campo de la obstetricia, este trastorno ocurre generalmente en presencia de preeclampsia grave, sin embargo, en el 15% de los casos se visibiliza en ausencia de dicha patología. Este síndrome se caracteriza principalmente por daño en el endotelial microvascular, isquemia distal y necrosis hepatocelular, debido a la agregación y consumo plaquetario. Su diagnóstico se basa principalmente en los resultados de los exámenes de laboratorio que incluyen: valores de plaquetas, AST o ALT y deshidrogenasa láctica. Su clasificación se sustenta principalmente por dos sistemas, el de Tennessee-Sibai y Mississippi, debido a que

los síntomas clínicos por su variabilidad son poco fiables para el diagnóstico, sin embargo, sirven para instaurar una sospecha de su existencia (9,12,14,15).

Debido a la inexactitud del diagnóstico con base al cuadro clínico, actualmente existen dos sistemas de clasificación del Síndrome de HELLP, el Mississippi y Tennessee, los cuales categorizan dicha patología por los resultados de los exámenes de laboratorio, el primero clasifica el síndrome en 3 grupos de acuerdo al valor de plaquetas, y el segundo lo cataloga como completo o verdadero si están presentes la trombocitopenia, disfunción hepática y hemólisis, con un extendido de sangre periférica y LDH >600 UI/L (5,6).

En el presente caso clínico se evidenció que la paciente presentó únicamente cefalea como signo y síntoma concordante con la clínica de trastornos hipertensivos. No obstante, otros autores como Rimaitis y cols. (16), en el año 2019 observaron que los síntomas presentados por pacientes con preeclampsia con criterios de severidad previo al desarrollo de Síndrome de HELLP fueron: cefalea y alteraciones visuales. A su vez, Ghorbanpour M y cols., en Irán, encontraron que los síntomas característicos al Síndrome de HELLP correspondieron con la aparición repentina de dolor en epigastrio y cuadrante superior derecho que se irradiaba a la espalda, mismos que no se presentaron en el caso en estudio, tanto en su ingreso como en su estadía hospitalaria (17).

Teórica y clínicamente, la razón por la cual los signos y síntomas que se presentan el Síndrome de HELLP son inespecíficos y con poca confiabilidad para el diagnóstico, se atribuyen a que la mencionada patología tiene características concordantes con disfunción endotelial, activación del trofoblasto de la cascada de coagulación y daño de la función hepática (18), por ello, la confusión ya que existen un sin número de patologías que pueden cursar con dichas alteraciones.

Para explicar el cuadro clínico del Síndrome de HELLP, se debe exponer que el mayor componente en este trastorno involucra

el daño endotelial, el mismo que ocasiona anemia hemolítica microangiopática debido al depósito de fibrina, lo cual genera lesiones y ruptura de los glóbulos rojos por el contacto con el área afectada. Asimismo, se evidencia necrosis del parénquima periportal y depósitos de fibrina en el espacio sinusoidal, lo que repercute en la elevación de enzimas hepáticas, además se produce obstaculización en el flujo sanguíneo hepático y distensión del hígado, con la consecuente distensión en la cápsula de Glisson y dolor en epigastrio e hipocondrio derecho. Finalmente, provoca la activación plaquetaria y adherencia a células vasculares dañadas, por lo que se manifiesta trombocitopenia, la misma que se constituye como causa principal y temprana de alteración en la coagulación (6). Este conjunto de anomalías, se visibilizan clínicamente con diversos signos y síntomas, que no son atribuidos de manera inexorable al Síndrome de HELLP, sino a las complicaciones y mecanismos fisiopatológicos del mismo.

En esta línea de ideas, resulta trascendental realizar un acertado diagnóstico diferencial, pues la presentación clínica del Síndrome de HELLP, es similar a otras patologías tales como trombocitopenia benigna e hígado graso agudo del embarazo, hepatitis viral, entre otras (19,20). Por ello, en este caso en estudio, inicialmente se plantearon diversos diagnósticos diferenciales basados meramente en la clínica presentada por la paciente, descartando inclusive el Dengue Hemorrágico, cuya sospecha se sustentó por la residencia de la materna.

En este contexto, Bracamonte y cols. (21), en el año 2018, concluyeron que los síntomas para el diagnóstico del Síndrome de HELLP son altamente inespecíficos, debido a que pueden ser consecuencia de la trombocitopenia, apareciendo sangrado de mucosas, hematuria, hemorragia petequiral, equimosis; o netamente documentándose aparición de cefalea, cambios visuales, dolor epigástrico, episodios de vómitos y náuseas. Se puede añadir que, aunque la presión arterial es un criterio principal para diagnóstico

y manejo de la preeclampsia, no se constituye como criterio diagnóstico ni pronóstico en el Síndrome de HELLP (22).

Por su parte, el rol de los exámenes de laboratorio en el diagnóstico definitivo y descarte de diagnósticos diferenciales, es decisivo en lo que respecta a Síndrome de HELLP (18). Es así que, Bracamonte y cols. (21), en su estudio de caso, mencionaron que la pesquisa de dicha patología debe sustentarse en el reconocimiento de parámetros de laboratorio característicos tales como hemólisis, enzimas hepáticas elevadas y trombocitopenia, dichos análisis han de solicitarse en casos de preeclampsia, eclampsia y embarazadas con dolor en el cuadrante superior derecho.

Haciendo referencia al papel de la proteinuria en el diagnóstico de Síndrome de HELLP, muchos autores coinciden en que en su mayoría de casos esta patología es una complicación de la preeclampsia o eclampsia, por lo que la mayor parte de pacientes que debutan con un cuadro hipertensivo tendrán proteinuria. No obstante, la cuantificación de proteínas en orina no es un requisito para la presentación o el diagnóstico del Síndrome de HELLP (22-24) lo cual fue corroborado en el caso clínico presentado.

Kinay y cols. (25) en el año 2015, mencionaron en su estudio de caso que la relación entre la preeclampsia y el Síndrome de HELLP, era controvertida, debido que estos autores asumieron que esta patología se comportó como una alteración no relacionada a los trastornos hipertensivos o a la proteinuria en 15-20% de mujeres con Síndrome de HELLP. Del mismo modo, Cui y cols. (18) en el año 2020, encontraron que en un total de 106 embarazadas con Síndrome de HELLP, únicamente 25 pacientes presentaron un diagnóstico de preeclampsia, concluyendo que este trastorno podría estar relacionado a un fenotipo de preeclampsia grave o una patología independiente de la misma. Además, Parra y cols. (13) en el año 2017, analizaron la presentación atípica del Síndrome de HELLP en un caso clínico, en la que se

llegó a determinar que en algunas ocasiones esta patología se presenta sin evidencia de hipertensión arterial y proteinuria, sin embargo, se recalcó que se manifiesta como un cuadro insidioso con dolor en hipocondrio derecho y/o epigastrio, malestar general, náuseas o vómitos y cefalea.

En cuanto al manejo, se ha sugerido la utilización de dexametasona intravenosa, con la finalidad de aumentar el recuento de plaquetas y corregir las anomalías en las pruebas de función hepática (23-26). Al respecto en su estudio, Mao y cols. (27) en el año 2015, recomendaron que se debe seguir el protocolo de Mississippi para la administración de dexametasona intravenosa, este manejo les permitió lograr los siguientes objetivos: ausencia mortalidad materna, reducción de la morbilidad materna (<20% en la clase 1 y <5% en la clase 2), una tasa baja de progresión del Síndrome de HELLP de clase 3 o 2 a clase 1 y una duración media de hospitalización después del parto de 4-4,5 días (27,28).

La explicación teórica del empleo de corticoides en la reducción de la morbilidad y mortalidad materna, se atribuye a la disminución del edema, además de que inhibe la activación endotelial y la secreción de citoquinas proinflamatorias, reduce la disfunción y previene la anemia trombótica microangiopática (4,28). Aunque en discrepancia a lo expuesto, una revisión publicada por Cochrane en 2010, observó que únicamente los corticoides ofrecían un mayor recuento de plaquetas y que existieron mayores beneficios en mujeres tratadas con dexametasona que con betametasona (4,27).

Con lo expuesto anteriormente, se enfatiza en la utilización de dexametasona intravenosa en el caso clínico analizado, puesto que se administró 8 mg tres veces al día por 4 días posteriores al parto, sin embargo, en referencia al tratamiento previo al parto, no encontramos estudios prospectivos aleatorizados estadísticamente y científicamente válidos, por lo que, su administración, se convierte en una decisión de protocolo de la institución médica individualizada (23,29).

En cuanto a la elección de vía de parto, Rimaitis y cols. (16) en el año 2019, encontraron que el 67,6% de casos con Síndrome de HELLP, culminaron en cesárea, siendo el caso clínico analizado parte del grupo mayoritario en las estadísticas de cesárea como elección en Síndrome de HELLP.

Finalmente, se debe destacar las implicaciones del caso clínico analizado, debido a que se constituye como un aporte en la clínica, la perinatología, la obstetricia y otros campos de la medicina, puesto que se otorga un análisis crítico del Síndrome de HELLP para que los trabajadores de la salud obtengan información actualizada sobre el diagnóstico y manejo, ya que se constituye como un trastorno con elevada morbilidad y mortalidad dentro del país (12).

Entre las principales limitaciones de la investigación, destacan la falta de información existente en los expedientes médicos y el difícil acceso a información científica actualizada, además, no fue posible realizar el seguimiento respectivo a la paciente, debido a que la misma reside en la provincia del Oro.

CONCLUSIONES

El Síndrome de HELLP puede tener presentaciones atípicas que no necesitan ser precedidas de un trastorno hipertensivo del embarazo, sin embargo, se lo cataloga dentro de las complicaciones de dichos trastornos.

Es importante reconocer esta entidad para prevenir y reducir la morbilidad y mortalidad materna en el Ecuador, puesto que alcanza un porcentaje de 10-35% en mortalidad fetal y 1-2% en mortalidad materna, por lo que se realizó el reporte del caso clínico de Síndrome de HELLP con presentación atípica en el Hospital Vicente Corral Moscoso y su respectivo tratamiento, para facilitar al personal del área de la Salud su reconocimiento dentro del territorio.

La literatura consultada recalca la importancia de la utilización de los sistemas de Tennessee y Mississippi, para la categorización del Síndrome de HELLP y para mejorar

la comunicación entre los distintos medios hospitalarios y lograr entablar una discusión sobre casos clínicos de Síndrome de HELLP, tanto a nivel nacional, como internacional.

REFERENCIAS

1. **Dusse L, Alpoim P, Silva J, Alves D.** Revisando el Síndrome de HELLP. *Clinica Chimica Acta.* 2015;451:117-120.
2. **Mai C, Wang B, Chen R, Duan D, Lv L, Lei Q, et al.** HELLP syndrome complicated by pulmonary edema: a case report. *Open Med.* 2018;13(1):509-511.
3. **Ditisheim A, Sibai BM.** Diagnosis and Management of HELLP Syndrome Complicated by Liver Hematoma: *Clin Obstet Gynecol.* 2017;60(1):190-197.
4. **Arigita Lastra M, Martínez Fernández GS.** Síndrome HELLP: controversias y pronóstico. *Hipertens Riesgo Vasc [Internet].* 16 de agosto de 2020 [citado 24 de agosto de 2020]; Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7428701/>
5. **Haram K, Mortensen JH, Mastrolia SA, Erez O.** Disseminated intravascular coagulation in the HELLP syndrome: how much do we really know? *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2017;30(7):779-788.
6. **Bracamonte-Peniche J, López-Bolio V, Mendicuti-Carrillo M del M, Ponce-Puerto JM, Sanabrais-López MJ, Mendez-Domínguez N.** Características clínicas y fisiológicas del síndrome de Hellp. *Rev Bioméd [Internet].* 12 de mayo de 2018 [citado 12 de agosto de 2020];29(2). Disponible en: <http://revistabiomedica.mx/index.php/revbiomed/article/view/612>
7. **Medhioub Kaaniche F, Chaari A, Turki O, Rgaieg K, Baccouch N, Zekri M, et al.** Actualité sur le syndrome HELLP (Hemolysis, Elevated Liver enzymes and Low Platelets). *Rev Médecine Interne.* 2016;37(6):406-411.
8. **Haram K, Svendsen E, Abildgaard U.** The HELLP syndrome: Clinical issues and management. A Review. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2009;9(1):8.
9. **Sisti G, Faraci A, Silva J, Upadhyay R.** Neutrophil-to-Lymphocyte Ratio, Platelet-to-Lymphocyte Ratio, and Routine Complete Blood Count Components in HELLP

- Syndrome: A Matched Case Control Study. *Medicina (Mex)*. 2019;55(5):123.
10. **Vigil-De Gracia P.** Síndrome HELLP. *Ginecol Obstet Mex* 2015;83:48-57. gom151g.pdf [Internet]. [citado 25 de agosto de 2020]. Disponible en: <https://www.medi-graphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2015/gom151g.pdf>
 11. **Rao D, Chaudhari NK, Moore RM, Jim B.** HELLP syndrome: a diagnostic conundrum with severe complications. *BMJ Case Rep* [Internet]. 17 de agosto de 2016 [citado 12 de agosto de 2020]; 2016. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5015173/>
 12. **Ministerio de Salud Pública del Ecuador.** Trastornos hipertensivos del embarazo, guía de práctica clínica Quito: Ministerio de Salud Pública, Dirección Nacional de Normatización-MSP; 2013 [Internet]. [citado 12 de agosto de 2020]. Disponible en: https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2017/03/MSP_Trastornos-hipertensivos-del-embarazo-con-portada-3.pdf
 13. **Parra JMT, Muñoz FXB.** Presentación atípica del síndrome de HELLP: reporte de caso clínico. *Rev Fac Cienc Salud Univ Cauca*. 2017; 19(2):49-53.
 14. **Kongwattanakul K, Saksiriwuttho P, Chaiyarach S, Thepsuthammarat K.** Incidence, characteristics, maternal complications, and perinatal outcomes associated with preeclampsia with severe features and HELLP syndrome. *Int J Womens Health*. 2018; 10:371-377.
 15. **Robillard P-Y, Dekker G, Chaouat G, Le Bouteiller P, Scioscia M, Hulsey TC.** Preeclampsia and the 20th century: "Le siècle des Lumières". *Pregnancy Hypertens*. 2018;13:107-9.
 16. **Rimaitis K, Grauslyte L, Zavackiene A, Baliuliene V, Nadisauskiene R, Macas A.** Diagnosis of HELLP Syndrome: A 10-Year Survey in a Perinatology Centre. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. enero de 2019 [citado 24 de agosto de 2020]; 16(1). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6339138/>.
 17. **Ghorbanpour M, Makarchian HR, Yousefi B, Taghipour M.** Conservative Management of Postpartum HELLP Syndrome and Intraparenchymal Liver Hematoma; A Case Report. *Bull Emerg Trauma*. 2019;7(2):196-198.
 18. **Cui C, Ma S, Qiao R.** Prenatal Plasma Fibrinogen Level Predicts Postpartum Hemorrhage of Patients With HELLP Syndrome. *Clin Appl Thromb*. 2020;26:107602961989405.
 19. **Yan M, Malinowski AK, Shehata N.** Thrombocytopenic syndromes in pregnancy. *Obstet Med*. 2016;9(1):15-20.
 20. **Keskinkılıç B, Engin-Üstün Y, Sanisoğlu S, Şahin Uyğur D, Keskin HL, Karahmetoğlu S, Özcan A, Esen M, Alkan A, Kabasakal A, Şencan İ.** Maternal mortality due to hypertensive disorders in pregnancy, childbirth, and the puerperium between 2012 and 2015 in Turkey: A nation-based study. *J Turk Ger Gynecol Assoc*. 2017;18(1):20-25.
 21. **Bracamonte-Peniche.** Características clínicas y fisiológicas del síndrome de Hellp | | *Revista Biomédica* [Internet]. [citado 12 de agosto de 2020]. Disponible en: <http://revistabiomedica.mx/index.php/revbiomed/article/view/612/627>.
 22. **Lam MTC, Dierking E.** Intensive Care Unit issues in eclampsia and HELLP syndrome. *Int J Crit Illn Inj Sci*. 2017;7(3):136.
 23. **Yang L, Ren C, Mao M, Cui S.** Prognostic Factors of the Efficacy of High-dose Corticosteroid Therapy in Hemolysis, Elevated Liver Enzymes, and Low Platelet Count Syndrome During Pregnancy: A Meta-analysis. *Medicine (Baltimore)*. 2016;95(13):e3203.
 24. **Reese JA, Peck JD, Deschamps DR, McIntosh JJ, Knudtson EJ, Terrell DR, Vesely SK, George JN.** Platelet Counts during Pregnancy. *N Engl J Med*. 2018 Jul 5;379(1):32-43.
 25. **Kinay T, Kucuk C, Kayikcioglu F, Karakaya J.** Severe Preeclampsia versus HELLP Syndrome: Maternal and Perinatal Outcomes at <34 and ≥34 Weeks' Gestation. *Balk Med J*. 2015;32(4):359-363.
 26. **Anthony J, Damasceno A, Ojii D.** Hypertensive disorders of pregnancy: what the physician needs to know. *Cardiovasc J Afr*. 2016;27(2):104-110.
 27. **Mao M, Chen C.** Corticosteroid Therapy for Management of Hemolysis, Elevated Liver Enzymes, and Low Platelet Count (HELLP) Syndrome: A Meta-Analysis. *Med Sci Monit*. 2015;21:3777-3783.

28. Berry C, Atta MG. Hypertensive disorders in pregnancy. *World J Nephrol.* 2016; 5(5):418-428.
29. Kascak P, Paskala M, Antal P, Gajdosik R. Recurrent HELLP Syndrome at 22 Weeks of Gestation. *Case Rep Obstet Gynecol.* 2017; 2017:1-4.

GO-03. CONOCIMIENTOS SOBRE LACTANCIA MATERNA, EN MADRES ADOLESCENTES DE LA AMAZONÍA ECUATORIANA.

(Knowledge about breastfeeding in adolescent mothers of the Ecuadorian Amazon)

María Josefa Tasé Martínez

Docente de la Universidad Católica de Cuenca carrera de enfermería extensión Macas.

maria.tase@ucacue.edu.ec

RESUMEN

La lactancia materna aporta innumerables beneficios a la madre, el niño, la familia y la sociedad, es el alimento recomendado por la organización mundial de la salud, de forma exclusiva hasta los 6 meses de edad y complementaria hasta los dos años. Existe evidencia de que el nivel de conocimiento de las madres sobre esta práctica repercute en su cumplimiento óptimo y sobre éste a su vez la educación y asesoría recibida durante la etapa prenatal. En Ecuador se encontraron escasas publicaciones sobre el tema y casi todas correspondían a zonas de la costa y sierra, no así en la Amazonía. **Objetivo:** explorar sobre asesoría recibida y nivel de conocimientos en lactancia materna, de madres adolescentes de un área de salud de la ciudad de Macas. **Materiales y métodos:** para obtener los datos se aplicó una encuesta a 50 madres adolescentes cuya atención prenatal la recibieron en un área de salud de la ciudad de Macas, seleccionadas por mues-

treo no probabilístico, los datos se exponen en tablas y gráficos y se utiliza la frecuencia absoluta y el porcentaje, los niveles de conocimiento se clasificaron en suficientes (80 a 100% de respuestas correctas), insuficientes (60 a 79,9% de respuestas correctas) y deficientes (menos de 60% de respuestas correctas). **Resultados:** entre los resultados se destacan que más del 80% de las madres recibieron asesoría sobre beneficios de lactancia materna y técnicas de amamantamiento, fundamentalmente de médicos y enfermeras. **Conclusiones:** el 60% de las madres tenían conocimientos suficientes sobre la misma, en particular sobre los beneficios nutricionales, inmunológicos, económicos y sobre el vínculo madre-hijo, además demostraron conocer el momento de inicio y duración de la lactancia materna como única fuente de alimento para el niño.

Palabras clave: lactancia materna; conocimientos; asesoría; madres adolescentes; Amazonía.

ABSTRACT

Breastfeeding brings innumerable benefits to the mother, child, family and society, it is the food recommended by the world health organization, exclusively up to 6 months of age and complementary up to two years. there is evidence that the level of knowledge of mothers about this practice affects its optimal compliance and, in turn, the education and counseling received during the prenatal stage. In Ecuador, few publications on the subject were found and almost all corresponded to areas of the coast and mountains, not in the Amazon. **Objective:** to explore the advice received and level of knowledge on breastfeeding, from adolescent mothers in a health area of the city of Macas. **Materials and methods:** to obtain the data, a simple survey was applied to 50 adolescent mothers whose prenatal care received it in a health area of the city of Macas, selected by non-probabilistic sampling, the data are presented in tables and graphs and used The

absolute frequency and the percentage, the levels of knowledge were classified as sufficient (80 to 100% of correct answers), insufficient (60 to 79.9% of correct answers) and poor (less than 60% of correct answers). **Results:** among the results, it stands out that more than 80% of the mothers received advice on the benefits of breastfeeding and breastfeeding techniques, mainly from doctors and nurses. **Conclusions:** 60% of the mothers had sufficient knowledge about it, in particular about the nutritional, immunological, economic benefits and about the mother-child bond, they also demonstrated knowing the time of initiation and duration of breastfeeding as the only source of food for the child.

Key words: breastfeeding; knowledge; advice; adolescent mothers; Amazon.

INTRODUCCIÓN

La lactancia materna exclusiva, como único alimento, hasta los 6 meses de edad del recién nacido, aporta beneficios nutricionales e inmunológicos, contribuye al neurodesarrollo del niño, al bienestar de la madre, aporta beneficios económicos a la madre y la familia e incluso beneficios al medio ambiente, siendo el alimento recomendado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) (1).

Según la OMS (2), se pretende elevar la tasa de lactancia materna exclusiva hasta un 50% para el año 2025 y cita entre los factores que contribuyen a la reducción de estas tasas: el conocimiento deficiente sobre lactancia materna, el uso de técnicas de lactancia inadecuadas, las políticas sanitarias que no apoyan la misma, entre otros; y propone entre las medidas para aumentar esta práctica, la capacitación de las madres sobre el tema.

Martínez – Galán y cols. (3), reportaron resultados a favor de la educación prenatal en lactancia materna como factor que contribuye positivamente a la prevalencia, duración y exclusividad de la misma.

El Ministerio de Salud Pública (MSP) del Ecuador (4), en el año 2016 expide el Acuerdo Ministerial 108 para la certificación como Establecimientos de Salud Amigos de la Madre y el Niño (ESAMyN), en el que establece en el componente 4, que todas las instituciones que atienden partos, deben fomentar, proteger y apoyar la lactancia materna y entre sus actividades se proponen la educación desde la etapa prenatal a las madres sobre ¿cómo amamantar?, los beneficios de la lactancia, su inicio y duración, entre otros aspectos.

La última Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT), realizada y publicada en Ecuador, arrojó que, a pesar de las recomendaciones de la OMS, en el país las prácticas de lactancia distan mucho de las recomendadas, encontrándose que el 46,2% de los niños ya fueron expuestos a otros líquidos o alimentos antes del mes de nacidos y entre los 5 a 6 meses, ya han sido expuestos el 71,5% (5). Villacreses y cols. (6), en un estudio realizado en comunidades rurales de las regiones andinas del país indican que el 61% de los niños recibieron lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses.

En Ecuador se encontraron escasas publicaciones que exploren el conocimiento, la práctica y/o los factores que pudieran contribuir al abandono de la lactancia materna exclusiva y los mismos correspondían a las zonas Sierra y Costa (7-9). A esto se suma que el embarazo en niñas y adolescentes, constituye un problema social y de salud pública en el país, que obedece a múltiples determinantes socio-culturales y según la ENSANUT el 18,3% de las adolescentes ya han tenido al menos un hijo (5). Además, en la región amazónica existen varios hospitales que se encuentran inmersos en el proceso de certificación como ESAMyN, entre ellos el Hospital provincial de Morona Santiago, todo ello impulsa la realización del presente estudio.

La principal limitación para realizar el mismo responde al estado epidemiológico

actual en que se encuentra el país, lo cual dificulta el abarcar una población más amplia a ser encuestada y el principal reto es lograr difundir los resultados del estudio a través de su presentación en un congreso y publicación en algún medio al alcance de los profesionales de salud.

La oportunidad para realizar el presente trabajo, surgió desde la necesidad académica por impulsar y apoyar la investigación, e intentar responder a algún problema que se plantea desde la profesión. De ahí la inclinación de la autora a explorar sobre la asesoría recibida y nivel de conocimientos en lactancia materna, de madres adolescentes de un área de salud de la Ciudad de Macas; además coexiste la necesidad de aportar nuevos conocimientos.

Objetivo general: Explorar sobre asesoría recibida y nivel de conocimientos en lactancia materna, de madres adolescentes de un área de salud de la Ciudad de Macas.

Objetivos específicos:

1. Determinar si las madres recibieron asesoría sobre lactancia materna y sus beneficios por profesionales de la salud.
2. Indagar sobre los conocimientos que presentan las madres adolescentes en relación a la lactancia materna y sus beneficios.

METODOLOGÍA

Estudio con enfoque cuantitativo, descriptivo, de corte transversal, en una muestra de 50 madres adolescentes de un área de salud de la Ciudad de Macas, provincia Morona Santiago de Ecuador, en octubre del 2020.

Para la obtención de datos que dan respuesta a los objetivos, se utilizó una encuesta sencilla, siguiendo los lineamientos del componente Lactancia Materna de la Normativa Sanitaria del MSP del Ecuador para la certificación como Establecimientos de Salud Amigos de la Madre y el Niño. La mis-

ma fue aplicada a una muestra de 50 madres adolescentes obtenida mediante muestreo no probabilístico, que cumplieran con los criterios de inclusión y que dieron su consentimiento para participar en el estudio.

Criterios de inclusión: ser madres adolescentes y haber recibido la atención prenatal en un área de salud de la Ciudad de Macas.

Criterios de exclusión: no hablar, leer o escribir el idioma español y/o no dar su consentimiento para participar en el estudio.

Para determinar el nivel de conocimientos, estos se clasificaron en suficientes (80 a 100% de respuestas correctas), insuficientes (60 a 79,9% de respuestas correctas) y deficientes (menos de 60% de respuestas correctas). Esta clasificación es utilizada en varios estudios con metodología similar.

Los datos fueron tabulados en una base de datos utilizando el programa Excel y se exponen los resultados mediante tablas y gráficos, utilizando la frecuencia absoluta y el porcentaje.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Como muestra la Tabla I, de las madres adolescentes encuestadas predominaron las solteras en un 60%, seguida de las casadas o en unión libre con 38%. De las mismas 15 (30%) ya tienen 2 hijos y de ellas el 18% son casadas y el 12% solteras. Los datos de paridad se corresponden con el estudio realizado por el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), en el que indica que Ecuador es el segundo país en América Latina, con mayor Tasa Específica de Fecundidad Adolescente (TEFA), así como el estudio de Guerrero Cisnero JL & Vera Bermeo JE en Ecuador, en el que se encontró que el 27% de las adolescentes ya son multíparas. Sin embargo, con relación al estado civil los resultados se oponen al de otros estudios en el que la mayoría se encontraban casadas (10-12).

TABLA I
CARACTERÍSTICAS DE LAS MADRES ADOLESCENTES.

Estado civil	Número de hijos				Total	
	1		2		n	%
	n	%	n	%		
Casada/unión libre	10	20	9	18	19	38
Soltera	24	48	6	12	30	60
Divorciada	1	2	0	0	1	2
Total	35	70	15	30	50	100

En la Tabla II se puede apreciar que el 88% de las madres indican haber recibido asesoría sobre los beneficios de la lactancia materna, de ellas el 70,4% lo recibió del personal médico y el 84% asegura que recibió asesoría sobre cómo amamantar, en este caso el 70.4% por el personal de enfermería. Estos resultados coinciden con el de otros autores en que médicos y/o enfermeras son los que brindan mayormente la asesoría (12-14). Este resultado era de esperar debido al esfuerzo que se está realizando en la provincia para lograr la certificación de los establecimientos que atienden partos y que tienen entre sus actividades la asesoría de las madres en lactancia materna, lo cual también permite inferir que la mayor información sobre los beneficios de la lactancia sean recibidos por el personal médico, quizá en las consultas prenatales, en cambio la asesoría en la posición correcta para amamantar se recibe mayormente luego del parto por el personal de enfermería, que se encuentra más tiempo brindándole sus cuidados a las puerperas.

Diferentes organizaciones como OMS, OPS, UNICEF, consideran que el nivel de conocimiento sobre lactancia materna que tienen las madres es importante para lograr el cumplimiento de la misma. En la Tabla III se exponen los resultados sobre este punto, de las madres encuestadas el 92% consideran bueno administrar el calostro a su hijo y conocen la forma correcta de agarrar el seno para alimentar al bebé; en el estudio realizado por Paredes Juárez y cols., menos del 50% de las

TABLA II
ASESORÍA RECIBIDA POR LAS MADRES
SOBRE LACTANCIA MATERNA.

Variable	n	%
<i>Asesoría sobre beneficios de la LM</i>		
Sí	44	88,0
No	6	12,0
<i>Profesional que brindó la asesoría</i>		
Médico	31	70,4
Enfermero	13	29,5
Auxiliar de enfermería	2	4,5
<i>Asesoría sobre cómo amamantar</i>		
Sí	42	84,0
No	8	16,0
<i>Profesional que brindó la asesoría</i>		
Médico	14	33,3
Enfermero	25	59,5
Auxiliar de enfermería	3	7,1

madres demostró conocer la técnica correcta de amamantamiento y el agarre de la mama (13). En el presente estudio no fue posible explorar más a fondo sobre la posición correcta para dar de lactar debido a la situación epidemiológica actual, el mantenimiento del distanciamiento social y temor de la población, por lo que se prefirió indagar solamente sobre la forma del agarre. El 90% contestó correctamente sobre el momento de introducir otros alimentos al niño, sin embargo, acertaron en 66% sobre el tiempo de alimentar solo con le-

che materna al bebé y apenas el 30% conocía el significado de lactancia materna exclusiva. Se podría inferir que realmente las madres no tienen claros estos criterios y tal vez se debe trabajar más al respecto desde la atención prenatal y durante el puerperio, aunque en general más del 60% coinciden en que hasta los 6 meses se debe alimentar solo con leche materna y a partir de ese tiempo es que se introducen otros alimentos incluyendo el agua, resultados similares se encontraron en el estudio de García N. y otros autores, mientras que en el estudio de García Carrión fue bajo el nivel de conocimiento en este aspecto (12, 14, 15). El 80% de las madres demostraron conocimiento del momento de iniciar la lactancia después del nacimiento del bebé y el 64% indican alimentar al bebé siempre que quiere y no con horarios establecidos, Gerónimo – Carrillo y cols., obtuvieron similares resultados.

TABLA III
CONOCIMIENTO SOBRE ASPECTOS
DE LA LACTANCIA MATERNA.

VARIABLES	n	%
Conoce el momento de iniciar la lactancia materna	40	80
Conoce sobre lactancia a libre demanda	15	30
Sabe cada cuánto tiempo alimentar al bebé	32	64
Sabe cuánto tiempo mantener la lactancia materna exclusiva	33	66
Conoce el tiempo para introducir otros alimentos e incluso agua	45	90
Considera bueno administrar el calostro a su hijo	46	92
Agarra el seno con la mano en forma de C	46	92

Respecto a los beneficios de la lactancia materna, en la Tabla IV se puede apreciar que el 88% de las madres encuestadas consideran que la leche materna aporta beneficios nutricionales al bebé, seguidas de las que creen que previene enfermedades en el niño (72%), que aporta beneficios económi-

cos (70%), mejoría del vínculo entre madre e hijo (66%), contribuye al neurodesarrollo (58%) y brinda bienestar a la madre (46%), el estudio de Paredes-Juárez (13) coincide con estos resultados, sin embargo García Carrión (14) encontró niveles bajos de conocimientos al respecto. Para la mayoría de las madres tal vez resulte más evidente que la leche materna aporte beneficios nutricionales y prevenga enfermedades en el niño, por lo que se debe reforzar la información acerca del resto de los beneficios desde la atención prenatal y con ello las madres conocerán no solo que deben realizar esta práctica sino el porqué de la misma, lo cual les va a permitir realizar de forma consciente esta actividad y optimizar resultados así como el cumplimiento de las metas que plantea la OMS para el 2025.

TABLA IV
CONOCIMIENTO DE LAS MADRES SOBRE LOS
BENEFICIOS DE LA LACTANCIA MATERNA.

BENEFICIOS DE LA LACTANCIA MATERNA	n	%
Beneficios nutricionales para el bebé	44	88
Previene enfermedades	36	72
Contribuye al neurodesarrollo del niño	29	58
Mejora vínculo madre – hijo	33	66
Beneficios económicos	35	70
Bienestar a la madre	23	46

A mayor nivel de conocimientos es posible obtener mayores beneficios en la práctica de la lactancia materna, en el gráfico 1, al valorar los conocimientos generales que tuvieron las madres sobre la misma, un 66% mostró conocimientos suficientes, seguidas del 28% que mostraron insuficiencias y el 6% cuyos conocimientos fueron considerados deficientes. Este resultado habla una vez más sobre la necesidad de continuar fomentando y apoyando la lactancia materna, a partir de la capacitación y preparación de las madres y la familia desde etapas tempranas del embarazo, proporcionarles información

completa, fidedigna, utilizando un lenguaje apropiado y comprensible sobre los beneficios, momento de inicio de la lactancia, tiempo de duración de forma exclusiva hasta los 6 meses y luego complementaria hasta los 2 años, utilizando la técnica correcta de amamantamiento, despejando todas sus dudas o creencias, de modo que repercute en el crecimiento y desarrollo favorable de los niños y en el bienestar de la madre, la familia y la sociedad. En otros estudios se encontraron igualmente niveles de conocimientos por encima del 60% (15,16).

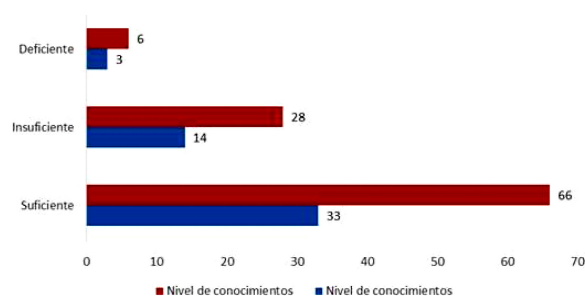


Gráfico 1. Conocimientos generales sobre lactancia materna y sus beneficios.

CONCLUSIONES

De las mujeres encuestadas el 88% habían recibido asesoría sobre los beneficios de la lactancia materna, propiciado en su gran mayoría por el personal médico y el 84% recibieron asesoría sobre cómo amamantar, esta última fue brindada mayormente por el personal de enfermería.

Más del 60% de las madres que participaron en el estudio, demostró conocimientos suficientes sobre lactancia materna, especialmente sobre sus beneficios nutricionales, inmunológicos, influencia en la relación madre-hijo, así como del tiempo de mantener la lactancia materna exclusiva, la introducción de nuevos alimentos y el momento de iniciar la lactancia.

REFERENCIAS

1. OMS. Salud de la madre, el recién nacido, del niño y del adolescente. Disponible en: https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/newborn/nutrition/breast-feeding/es/.
2. OMS. Metas mundiales de nutrición 2025: Documento normativo sobre lactancia materna. Who.int. 2017.
3. Martínez-Galán P, Martín-Gallardo E, Macarro-Ruiz D, Martínez-Martín E, Manrique-Tejedor J. Educación prenatal e inicio de la lactancia materna: Revisión de la literatura. *nferm Universitaria -Mex-* 2017; 14(1): 54-66.
4. Ministerio de Salud Pública. Acuerdos 00000108. Expídesese la Normativa sanitaria para la certificación como amigos de la madre y del niño. Registro Oficial - Legislación - VL [Internet]. Vol. 00000108, Msp. 2016. Disponible en: <https://vlex.ec/vid/expidese-normativa-sanitaria-certificacion-654941433>.
5. Freire WB, Ramírez MJ, Belmont P, Mendieta MJ, Silva MK, Romero N. et al. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición ENSANUT. Resumen Ejecutivo. 2013. Disponible en: https://www.paho.org/ecu/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=vigilancia-sanitaria-y-atencion-de-las-enfermedades&alias=452-encuesta-nacional-de-salud-y-nutricion&Itemid=599.
6. Villacreses S, Gallegos-Espinoza S, Chico P, Santillán E. Estado alimentario y nutricional de las comunidades originarias y campesinas de la región central del Ecuador. *Revista Cubana de Alimentación y Nutrición [revista en Internet]*. 2017 [citado 2020 Oct 22]; 27(1):[aprox. -24 p.]. Disponible en: <http://www.revalnutricion.sld.cu/index.php/rcan/article/view/325>.
7. Acosta Silva M, De la Rosa Ferrera JM. Causas que determinan la interrupción de la lactancia materna exclusiva en los barrios Santa Cruz y Propicia I en Esmeraldas, Ecuador. *Rev Arch Médico Camagüey*. 2018; 22(4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552018000400452.

8. **Román Collazo CA, Cabrera Castro V, Campoverde DPA, García MSF.** Alimentación neonatal asociada a sobrepeso y obesidad en niños y adolescentes de Cuenca, Ecuador. *Rev haban cienc méd [Internet]*. 2018 Ago [citado 2020 Nov 17]; 17(4): 630-640. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2018000400630&lng=es.
9. **Andrade Barcia A, Valle Carrera E.** Lactancia materna: causas de suspensión en dos ciudades de Ecuador. *Bol la Of Sanit Panam*. 1981;91(5). 408-417.
10. **Unfpa.** Consecuencias socioeconómicas del embarazo en la adolescencia en Ecuador. Implementación de la metodología para estimar el impacto socioeconómico del embarazo y la maternidad adolescentes en países de América Latina y el Caribe – Milena 1.0. Febrero de 2020. Disponible en: <https://www.unicef.org/ecuador/media/5606/file/MILENA-Consecuencias-socioeconomicas-del-Embarazo-Adolescente-en-Ecuador.pdf.pdf>.
11. **Guerrero Cisneros JL, Vera Bermeo JE.** Nivel de conocimiento en madres adolescentes sobre lactancia materna. Universidad del Azuay. 2013. Disponible en: <http://dspace.uazuay.edu.ec/bitstream/datos/2778/1/09847.pdf>.
12. **García García N, Fernández Gutiérrez P.** Conocimientos y actitudes de las madres ante la lactancia materna en un hospital IHAN. *Metas Enferm* feb 2018; 21(1):50-8. Disponible en: <https://www.enfermeria21.com/revistas/metas/articulo/81174/conocimientos-y-actitudes-de-las-madres-ante-la-lactancia-materna-en-un-hospital-ihan/>
13. **Paredes-Juárez E, Trujillo-Orozco LA, Chávez-Fernández MA, Romero-Anguiano A, León-Sánchez D, Muñoz-Cortés G.** Conocimiento y práctica sobre lactancia materna de mujeres primigestas derechohabientes de una Unidad de Medicina Familiar. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc*. 2018;26(4):239-247. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-979912>.
14. **García-Carrión LA.** Nivel de conocimientos de las madres de niños menores de seis meses acerca de la lactancia materna exclusiva. Centro de Salud Materno Infantil Tahuantinsuyo Bajo. 2015. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina. Lima, Perú. Disponible en: https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/4029/Garcia_cl.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
15. **Borre Ortiz YM, Cortina Navarro C, González Ruíz G.** Lactancia materna exclusiva: ¿La conocen las madres realmente? *Rev Cuid*. 2014; 5(2):723 -730.
16. **Gerónimo-Carrillo R, Magaña-Castillo M, Zetina-Hernández E, Herrera-Castillo Y, Contreras-Palomeque J.** Conocimiento, actitud y práctica sobre la lactancia materna en mujeres en periodo posparto de un hospital de tercer nivel. *Salud en Tabasco* 2014; 20(1): 14-20. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/487/48731722003.pdf>.

GO-04. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y MICROBIOLÓGICAS DE LA INFECCIÓN URINARIA EN MUJERES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL GENERAL MACAS.

(Clinical and microbiological characteristics of urinary infection in women treated at the Macas General Hospital)

*Michael Alfredo Guamán Jaramillo*¹,
*Kimberly Nicolé Sandoya Maza*²,
*Xiomara Rebeca Sarango Vivanco*³,
*Alicia Esperanza Zhingre Suarez*⁴,
*Carem Francelys Prieto Fuenmayor*⁵,
*Nube Johanna Pacurucu Ávila*⁶

¹Ministerio de Salud Pública – Hospital de Macas, Morona Santiago, Ecuador.

^{2,3}Ministerio de Salud Pública – Centro salud Tipo B, Paccha, El Oro, Ecuador.

^{4,5}Universidad Católica de Cuenca – carrera de Medicina, Cuenca, Azuay, Ecuador.

⁶Universidad Católica de Cuenca – carrera de Enfermería, Cuenca, Azuay, Ecuador.

npacurucua@ucacue.edu.ec

RESUMEN

Introducción: la infección de vías urinarias representa un problema de salud pública debido a su alta prevalencia, con incremento de resistencia antibiótica por diversos mecanismos, conllevando a un incremento de la estancia hospitalaria. **Objetivo:** determinar las características clínicas y microbiológicas de la infección urinaria en mujeres atendidas en el Hospital General Macas, enero-diciembre 2018. **Materiales y métodos:** estudio cuantitativo, observacional, descriptivo, de corte transversal. Se analizaron 179 historias clínicas y la base de datos de microbiología, durante el período de enero a diciembre del 2018, procesados mediante el programa SPSS versión 15.0. **Resultados:** se incluyeron 179 urocultivos de los cuales 81 fueron positivos (47,5%), prevaleciendo una edad media de 38,2 años ($\pm 24,6$) y el servicio de clínica (35,8%) con el mayor número de casos. La fiebre (45,3%) fue el síntoma más prevalente. El germen aislado más frecuente fue la *Escherichia coli* (35,8%) con un perfil de sensibilidad antimicrobiana a las cefalosporinas del 60,9% y una farmacoresistencia a las penicilinas del 26,6%. **Conclusiones:** se presenta con mayor frecuencia en la edad adulta, con un síndrome febril y una estancia hospitalaria de 4-7 días. La *Escherichia coli* es el agente causal más prevalente, sensible a las cefalosporinas.

Palabras clave: infecciones urinarias; farmacoresistencia bacteriana.

ABSTRACT

Introduction: urinary tract infection represents a public health problem due to its high prevalence, with an increase in antibiotic resistance by various mechanisms, which leads to an increase in hospital stay. **Objective:** determine the clinical and microbiological characteristics of urinary tract infection in women served in the Macas General Hospital, January to December 2018. **Methods:** quantitative, observational, descriptive, cross-sectional study. 179 medical

records and the microbiology database were analyzed, during the period from January to December 2018, processed using the SPSS version 15.0 program. **Results:** 179 urine cultures were included of which 81 were positive (47.5%), prevailing a mean age of 38.2 years (± 24.6) and the clinic service (35.8%) with the highest number of cases. Fever (45.3%) was the most prevalent symptom. The most frequent germ isolated was *Escherichia coli* (35.8%) with an antimicrobial sensitivity profile to cephalosporins of 60.9% and a drug resistance to penicillins of 26.6%. **Conclusions:** it occurs more frequently in adulthood, with a febrile syndrome and a hospital stay of 4-7 days. *Escherichia coli* is the most prevalent causative agent, sensitive to cephalosporins.

Key words: urinary tract infections; bacterial drug resistance.

INTRODUCCIÓN

La infección del tracto urinario es una de las patologías más frecuentes la práctica clínica tanto en pacientes ambulatorios como hospitalizados. Es la causa de infección bacteriana más prevalente en las mujeres jóvenes premenopáusicas (1). Según datos de epidemiología indican que la mitad de las mujeres refieren por lo menos un suceso provocado por esta clase de infección y que el 25% presentará un episodio recurrente (2).

En los últimos años diversos estudios reportan diversos mecanismos como el uso irracional de antibióticos, hospitalizaciones previas, infección urinaria recurrente, entre otros; lo que ha generado que en la infección de vías urinarias se presenten uropatógenos multiresistente, provocando un elevado índice de morbi-mortalidad, además de un incremento económico en la red de salud. Esta problemática ya no solo local si no de alcance mundial, valorando una incidencia de alrededor 2 a 3 casos por cada 100 habitantes en un año con propensión femenina (2,3).

En cuanto a la etiología de la infección del tracto urinario la mayoría se reportan

por monobacterias, encontrando como predominante primordialmente la *Escherichia coli* en el 69-90% de los casos, especialmente en pacientes ambulatorios (3). En pacientes con infecciones intrahospitalarias o con antecedentes de infección urinaria recurrente, se consideran como microorganismos frecuentes al *Proteus*, *Klebsiella ssp*, *Staphylococcus saprophyticus*, *Pseudomonas*, *Enterobacter* y *Enterococcus*. En algunos estudios señalan una resistencia superior del 20% para trimetoprim/sulfametoxazol y cefalosporinas de primera generación, así como el 50% para amoxicilina. Además, se debe citar a los agentes patógenos productores de Beta-lactamasas de espectro extendido (BLEE) que conforman parte de este problema infeccioso (3,4).

Las mujeres que presentan infección urinaria recurrente se consideran con una alta predisposición a la colonización vaginal por agentes uropatógenos; definiéndose como 3 o más episodios de infección urinaria sintomático en un periodo de 12 meses o 2 o más procesos de infección urinaria sintomática en 6 meses (3). Se describe como factores de riesgo al uso de espermicidas, relaciones sexuales frecuentes, antecedente de infección del tracto urinario en edades tempranas, antibioticoterapia reciente, historial clínico materno de infección de vías urinarias (4,5).

Objetivo: determinar las características clínicas y microbiológicas de la infección urinaria en mujeres atendidas en el Hospital General Macas, enero-diciembre 2018.

MÉTODOS

Estudio cuantitativo, observacional, descriptivo, de corte transversal; con muestreo probabilístico, que incluyó determinar las características clínicas y microbiológicas de la infección urinaria en mujeres atendidas en el Hospital General Macas, enero-diciembre 2018. Se calculó la muestra mediante un universo finito con un total de 347, con un valor esperado de prevalencia de 41% de

cultivos positivos, la misma que fue tomada de un estudio realizado en este país en la ciudad de Loja, sobre agentes bacterianos causantes de infección de vías urinarias en mujeres, realizado en el año 2018 (6). Este estudio se realizó con una probabilidad de no ocurrencia del 59%, con nivel de confianza de 95% y error de interferencia de 5%, con esta información se determinó una muestra de estudio de 179 resultados de urocultivos de mujeres hospitalizadas durante el 2018 en el Hospital General Macas.

El permiso respectivo para la obtención de la información se solicitó mediante un oficio dirigido a las autoridades correspondientes de la Unidad de salud. Los datos generales de la población en estudio se extrajeron de acuerdo a los criterios de inclusión. En cuanto a las características microbiológicas se analizaron los resultados de urocultivos los mismos que fueron procesados mediante el Método de Kirby-Bauer (Difusión-disco), en medio de cultivo como Müeller Hinton y tomando en cuenta los valores referenciales de la guía del Instituto de Estándares Clínicos y de Laboratorio (CLSI), se estableció así el perfil de sensibilidad y resistencia a los antibióticos de los diferentes microorganismos aislados.

Una vez registrada la información en el formulario, estos fueron transcritos a una base digital, luego de lo cual se realizó un análisis de la calidad de los datos. La evaluación estadística consistió en la presentación de frecuencias y porcentajes para las variables nominales y numerales. Las variables fueron presentadas en tablas para una mejor interpretación de los resultados. Con la información obtenida se realizó las conclusiones y discusión final de este estudio. Para el análisis de datos se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 15.0 para Windows y Microsoft Excel 2019.

RESULTADOS

De acuerdo a la caracterización de la población se encontró que el grupo etario de

mayor número de casos es el adulto con 106 casos (59,2%); con una desviación estándar de 24,6 años que está dentro del grupo etario adulto maduro. Referente a la etnia nos reporta a la mestiza como la más frecuente con 103 casos (57,5%). El sector rural es más prevalente con 95 casos (53,1%). De acuerdo al área hospitalaria el servicio con el mayor número de casos es clínica con 64 (35,8%) seguido de emergencia con 60 casos (33,5%) (Tabla I).

En relación a los signos y síntomas se señala a la fiebre como el más frecuente con 81 casos (45,3%) seguido del dolor abdominal con 52 casos (29,1%). No se reportó antecedentes previos de infección urinaria en el 56,4% (101 casos). La mayoría de la población en estudio (62,6%) permaneció hospitalizada durante 4-7 días (Tabla II).

TABLA I
CARACTERÍSTICAS GENERALES
DE LA POBLACIÓN.

		Recuento	%
Edad	Niñez	21	11,7
	Adolescencia	10	5,6
	Adultos	106	59,2
	Adultos Mayores	42	23,5
Etnia	Mestizo	103	57,5
	Indígena	76	42,5
Residencia	Urbano	84	46,9
	Rural	95	53,1
Área Hospitalaria	Ginecología	20	11,2
	Clínica	64	35,8
	Pediatría	14	7,8
	Cirugía	12	6,7
	Emergencia	60	33,5
	Otra especialidad	9	5,0

TABLA II
CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS.

		Recuento	%
Signos y síntomas	Fiebre	81	45,3
	Dolor Abdominal	52	29,1
	Disuria	26	14,5
	Polaquiuria	19	10,6
	Urgencia miccional	1	0,6
	Antecedentes	Ninguno	101
1-2 episodios		77	43,0
3-5 episodios		1	0,6
Hospitalización	1-3 días	58	32,4
	4-7 días	112	62,6
	8-14 días	9	5,0

Los cultivos de microorganismos reportan; 81 casos (45,3%) como positivos, 85 casos (47,5%) como negativos y 13 casos (7,3%) como muestras contaminadas. De acuerdo a los gérmenes aislados encontramos a la *Escherichia coli* como la más prevalente en esta patología con 64 casos (35,8%) seguido de la *klebsiella* (*klebsiella oxytoca* y *klebsiella pneumoniae*) con 9 casos (5,0%), también se reportaron otros microorganismos (cándida) en 4 casos (2,2%) (Tabla III).

Respecto a la sensibilidad antibiótica de estos microorganismos aislados en esta patología nos indica a las cefalosporinas (ceftriaxona) como el fármaco más frecuente en 48 casos (26,8%) seguido de las Quinolonas (ciprofloxacina) en 14 casos (7,8%). De acuerdo a la resistencia antibiótica el grupo farmacológico más resistente reportado en este estudio fueron las penicilinas (ampicilina-sulbactam, ampicilina) en 20 casos (11,2%) seguido del Trimetoprima/sulfametoxazol en 14 casos (7,8%). Referente al mecanismo de resistencia de las bacterias aisladas en esta investigación se indican 7 casos (3,9%) de B-lactamasas de espectro extendido (Tabla IV).

TABLA III
MICROORGANISMOS PRESENTES
EN LA INFECCIÓN URINARIA.

		Recuento	%
Resultado del cultivo	Positivo	81	45,3
	Negativo	85	47,5
	Contaminado	13	7,3
Germen Aislado	<i>Escherichia coli</i>	64	35,8
	<i>Klebsiella</i>	9	5,0
	<i>Proteus</i>	1	0,6
	<i>Staphylococcus aureus</i>	3	1,7
	Otro microorganismo	4	2,2
	Ninguno	98	54,7

TABLA IV
SENSIBILIDAD Y RESISTENCIA DE LOS
MICROORGANISMOS.

		Recuento	%
Sensibilidad Antibiótica	Ciprofloxacina	14	7,8
	Imipenem	5	2,8
	Ceftriaxona	48	26,8
	Gentamicina	7	3,9
	Trimetoprima/sulfametoxazol	3	1,7
	Ninguno	102	57,0
Resistencia Antibiótica	Ampicilina/sulbactam	20	11,2
	Trimetoprima/sulfametoxazol	14	7,8
	Ceftriaxona	7	3,9
	Gentamicina	3	1,7
	Ciprofloxacina	5	2,8
	Eritromicina	2	1,1
	Ninguno	128	71,5
	Mecanismo de Resistencia	BLEE	7
NO BLEE		73	40,8
No valorable		99	55,3

En cuanto al perfil de susceptibilidad antibiótica de cada microorganismo aislado en el presente estudio, se demuestra que *Escherichia coli* presenta una mayor sensibilidad a las cefalosporinas (ceftriaxona) con el 60,9% y una mayor resistencia a las penicilinas (ampicilina-sulbactam, ampicilina) con el 26,6%. La *klebsiella spp.*, presenta una mayor sensibilidad a las cefalosporinas (ceftriaxona) con el 88,9% y una mayor resistencia a las penicilinas (ampicilina-sulbactam, ampicilina) con el 3,3%. De los 7 casos reportados como BLEE positivo 6 son producidos por *Escherichia coli* y uno por *Klebsiella spp* (Tabla IV).

DISCUSIÓN

En la infección de tracto urinario es importante tanto las características microbiológicas como las clínicas para determinar su conducta terapéutica, pero también se debe considerar los aspectos generales de la población en estudio; dentro de estos encontramos aspectos como la edad media de 38,2 años, estableciendo a los adultos como el grupo etario más frecuente en presentar esta patología con 106 casos (59,2%), con mayor reporte de casos en el servicio de clínica con 35,8%. En relación a la edad se encontró evidencia de estudios con un índice mayor, tal es el ejemplo de una investigación en el 2016 realizada en 49 hospitales de España, que reporta una edad media de los pacientes de 55,5 años (7), recalando que esta investigación española consideró ambos sexos. Mientras que en el hospital de la ciudad de Cartagena-Colombia (8) describe una edad media de 55.8 años con urocultivos positivos. En contraste con un estudio realizado en Ecuador, Cuenca; en un hospital de tercer nivel, que indica una edad media de 50,03 años (9), esta media es mayor en comparación con nuestro estudio. En un estudio análogo realizado en la ciudad del Tena en el Hospital José María Velasco Ibarra en pacientes de ambos sexos en un periodo de 6 meses, nos reporta como datos más prevalentes

TABLA V
PERFIL DE SUSCEPTIBILIDAD ANTIBIÓTICA.

	Germen Aislado							
	<i>Escherichia coli</i>		<i>Klebsiella</i>		<i>Proteus</i>		<i>Staphylococcus aureus</i>	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Sensibilidad antibiética								
Ciprofloxacina	12	18,8	0	0,0	0	0,0%	2	66,7%
Imipenem	4	6,3	1	11,1	0	0,0%	0	0,0%
Ceftriaxona	39	60,9	8	88,9	1	100%	0	0,0%
Gentamicina	6	9,4	0	0,0	0	0,0%	1	33,3%
Trimetoprima/sulfametoxazol	3	4,7	0	0,0	0	0,0%	0	0,0%
Resistencia antibiética								
Ampicilina/ Sulbactam	17	26,6	3	33,3	0	0,0%	0	0,0%
Trimetoprima/ sulfametoxazol	12	18,8	0	0,0	1	100%	1	33,3%
Ceftriaxona	6	9,4	1	11,1	0	0,0%	0	0,0%
Gentamicina	2	3,1	1	11,1	0	0,0%	0	0,0%
Ciprofloxacina	4	6,3	1	11,1	0	0,0%	0	0,0%
Eritromicina	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	66,7
Mecanismo resistencia								
BLEE	6	9,4	1	11,1	0	0,0	0	0,0
No BLEE	58	90,6	8	88,9	1	100,0	3	100,0

a: un rango de 1-10 años con el 30% de los casos analizados, etnia indígena (54%), área rural (63%) (10), resaltando la diferencia en el grupo etario y étnico en comparación con el presente estudio, a pesar de poseer características geográficas similares.

Respecto a las características clínicas, un estudio realizado en dos instituciones de salud de segundo nivel de Colombia; en un periodo de 5 años, indica que el 60% de la población presentó dolor lumbar y 50% presentó disuria, polaquiuria y fiebre (11), relacionándolo con este estudio coincide con la mayoría de los síntomas reportados, pero difiere en su porcentaje de ocurrencia, lo cual podría explicarse por su enfoque analítico; es más amplio focalizado en las bacterias BLEE. Así mismo en Ecuador en el hospital

básico de Paute, Azuay se realizó una investigación similar donde se publica que dentro de la población evaluada los síntomas más frecuentes en este orden fueron la fiebre, disuria y dolor abdominal (12), resultados concordantes a respecto a nuestro estudio; lo que podría deberse a las características y cualidades del diseño de estudio.

De las 179 muestras de urocultivo examinadas en esta investigación, el 43,3% son reportadas como positivas, dentro de las cuales el uropatógeno aislado con mayor frecuencia fue *Escherichia coli* con el 35,8%; seguido de *Klebsiella* con el 5% de todos los casos. Estos resultados coinciden con un estudio semejante realizado en la ciudad de Loja el mismo que reporta el 41% de urocultivos positivos, aislando como patógenos

frecuentes a *Escherichia coli* (74%) y *Klebsiella pneumoniae* (8%) (6). A diferencia de un estudio de sensibilidad antimicrobiana realizado en Navarra-España en el año 2018; donde nos indica el 21,6% de positividad de los urocultivos analizados y como microorganismo más frecuente aislado a la *Escherichia coli* con el 60,8% seguido por el *Enterococcus faecalis* con el 11,1% (13). Esto difiere con un estudio del Hospital Básico de Paute, Azuay-Ecuador donde nos presenta un porcentaje de 63,7% de urocultivos positivos y como uropatógeno más prevalente a la *Escherichia coli* con el 44,8% seguido por el *Staphylococcus spp.*, con el 7,5% (12).

En cuanto al perfil de susceptibilidad antibiótica de cada microorganismo aislado en el presente estudio tenemos que la *Escherichia coli* presenta una sensibilidad del 60,9% a las cefalosporinas y una resistencia del 26,6% a las penicilinas. La *Klebsiella spp.*, presenta una sensibilidad del 88,9% a las cefalosporinas y una resistencia del 33,3% a las penicilinas. Considerando los resultados anteriores se describe un estudio retrospectivo de 5 años realizado en Paraguay de características similares al presente, nos reporta que la *Escherichia coli* (germen aislado más frecuente) tiene mayor resistencia al Trimetoprim sulfametoxazol con el 43%, seguido de la ciprofloxacina (32%) y en tercer lugar a la ampicilina-sulbactam con el 32% (14).

Así también en un trabajo de investigación realizado en pacientes urológicos de un hospital en México nos indica que la *Escherichia coli* tiene mayor sensibilidad al imipenem en el 100% y una resistencia del 80% a las Quinolonas y un 60% al Trimetoprim sulfametoxazol, referente a la *Klebsiella pneumoniae* nos señala una sensibilidad al imipenem y al meropenem del 92% además de una resistencia del 100% y 72% a la ampicilina y cefalosporinas en general respectivamente (15), estos resultados no se asemejan a los expuestos en este estudio, puesto que la metodología investigativa de

México está basado en pacientes urológicos ambulatorios y su período analítico es de 6 meses. En esta investigación de acuerdo al mecanismo de resistencia se reportó bacterias productoras de B-lactamasas de espectro extendido (BLEE) en el 3,9% de los casos. Esto es discordante; en relación al estudio en el hospital de Cuba que reportó el 48,6% de casos con microorganismos BLE (16), este porcentaje es sumamente alto en comparación con el del presente estudio, por lo que es oportuno citar que la mencionada investigación cubana está realizada en un periodo de más de dos años en el área de urología (consulta externa). Además, en un estudio realizado en Colombia en hospitales de tercer nivel nos indica que el 12,5% de los microorganismos aislados son reportados como BLEE (17), es conveniente señalar que este estudio colombiano fue realizado con una muestra sumamente mayor en relación con la presente investigación. En cambio, un porcentaje que se acerca más al del presente trabajo investigativo es el encontrado en un estudio realizado en el Hospital Virgen de las Nieves (Granada, España) donde nos indica un porcentaje del 10% de uropatógenos productores de betalactamasas de espectro extendido (18).

CONCLUSIONES

Las características clínicas más frecuentes analizadas en esta investigación son síndrome febril, sin antecedentes previos de infección del tracto urinario y fueron hospitalizadas durante 4-7 días. El microorganismo patógeno aislado más frecuente es la *Escherichia coli* además se reportó en algunos casos a la *Candida* como agente causal de esta patología. Los uropatógenos aislados presentaron mayor sensibilidad antibiótica a las cefalosporinas y una mayor farmacorresistencia a las penicilinas. Además, se reportaron casos de uropatógenos productores de betalactamasas de espectro extendido (BLEE).

REFERENCIAS

1. **Acosta A, Eugenia O.** Características de las madres con infección de las vías urinarias durante la gestación atendidas en el Servicio de Obstetricia del Centro de Salud Infantes enero-junio 2015. Univ San Martín Porres – USMP [Internet]. 2016 [citado 14 de noviembre de 2019]; Disponible en: <http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/handle/usmp/2417>.
2. **Álvarez D, William A.** Prevalencia y antibiograma en muestras de orina de pacientes con infecciones del tracto urinario que acuden al hospital distrital “Jerusalén” nivel II - 1, La Esperanza - La Libertad, agosto - noviembre 2018. Univ Nac Trujillo [Internet]. 2019 [citado 14 de noviembre de 2019]; Disponible en: <http://dspace.unitru.edu.pe/handle/UNITRU/14622>.
3. **Alviz-Amador A, Gamero-Tafur K, Caraballo-Marimon R, Gamero-Tafur J.** Prevalencia de infección del tracto urinario, uropatógenos y perfil de susceptibilidad en un hospital de Cartagena, Colombia. 2016. Rev Fac Med. 2018;66(3):313-317.
4. **Avilés C, Betancour P, Velasco CL, Godoy R, Barthel E, Martínez F.** Factores asociados a infecciones urinarias producidas por enterobacterias productoras de β -lactamasas de espectro extendido: una cohorte prospectiva. Rev Chil Infectol. 2016;33(6):628-634.
5. **Blanco MEP, Álvarez LMP, Cabrales JL, Elías DGR.** Incidencia de infecciones urinarias por bacterias coliformes en el municipio de Yara, 2015. MULTIMED. 2017;20(6):69-77.
6. **Jumbo S, Janneth S.** Agentes bacterianos causantes de infección de vías urinarias en mujeres que asisten al Laboratorio Clínico Medilab - Loja. 2018 [citado 14 de noviembre de 2019]; Disponible en: <http://dspace.unl.edu.ec/handle/123456789/21435>.
7. **Gálvez San Román JL, Jiménez Hidalgo C, Portillo Cano MM, García Sánchez MO, Navarro Bustos C, Julián-Jiménez A.** Características y cambios epidemiológicos de los pacientes con infección del tracto urinario en los servicios de urgencias hospitalarios. An Sist Sanit Navar. 2016; 39(1):35-46.
8. **Alviz-Amador A, Gamero-Tafur K, Caraballo-Marimon R, Gamero-Tafur J.** Prevalencia de infección del tracto urinario, uropatógenos y perfil de susceptibilidad en un hospital de Cartagena, Colombia. 2016. Rev Fac Med. 2018;66(3):313-317.
9. **Rojas F, Elizabeth K.** Prevalencia de infección del tracto urinario y factores asociados en pacientes mujeres que acuden al servicio de emergencia de clínica y cirugía del Hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca 2015. 2016 [citado 2 de enero de 2020]; Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/23545>.
10. **Villalba D, Benjamín J.** Prevalencia de las infecciones de tracto urinario y la determinación del agente etiológico mediante el uso del urocultivo en el Hospital José María Velasco Ibarra en el período de septiembre 2015 - febrero 2016. junio de 2017 [citado 9 de enero de 2020]; Disponible en: <http://localhost:8080/xmlui/handle/123456789/6009>.
11. **Méndez-Fandiño YR, Caicedo-Ochoa EY, Guio-Guerra SA, Fernández-Niño DS, Urrutia-Gómez JA, Prieto AC.** Caracterización clínica de infecciones de vías urinarias producidas por enterobacterias productoras de betalactamasas de espectro extendido en Duitama (Colombia), durante 2010-2015. Revista Infectio 2016; 4:15-18.
12. **Palacio Rojas M, Fernández E, Alcívar Banguera R, Reinozo N, Apolo M, Ortega J.** Caracterización Clínico-Demográfica y Resistencia Bacteriana de las Infecciones del Tracto Urinario en el Hospital Básico de Paute, Azuay-Ecuador. Arch Venez Farmacol Ter. 2018; 38.
13. **Aguinaga A, Gil-Setas A, Mazón Ramos A, Álvaro A, García-Irure JJ, Navascués A.** Infecciones del tracto urinario. Estudio de sensibilidad antimicrobiana en Navarra. An Sist Sanit Navar. 2018; 41(1):17-26.
14. **Melgarejo L, Walder A, Ovando F, Velázquez G, Chirico C, Cruz FS.** Susceptibilidad in vitro a los antibióticos de bacterias productoras de infecciones urinarias en la mujer: evaluación retrospectiva de 5 años. Rev Nefrol Diálisis Traspl. 2017; 37(2):96-103.
15. **Garza-Montúfar ME, Treviño-Valdez PD.** Resistencia bacteriana y comorbilidades presentes en pacientes urológicos ambulatorios con urocultivos positivos. Rev Med IMSS. 2018; 56(4):17-45.

16. Paz ARA de, Chávez AR, Rojas Hernández N. *Klebsiella pneumoniae* y *Escherichia coli* productoras de betalactamasas en pacientes con infección del tracto urinario. Rev Cuba Med Intensiva Emerg. 2015; 14(4):16-29.
17. Blanco VM, Maya JJ, Correa A, Perenguez M, Muñoz JS, Mota G. Prevalencia y factores de riesgo para infecciones del tracto urinario de inicio en la comunidad causadas por *Escherichia coli* productor de betalactamasas de espectro extendido en Colombia. Enferm Infecc Microbiol Clin. 2016; 34(9):559-565.
18. Sánchez-García JM, Sorlózano-Puerto A, Navarro-Marí JM, Gutiérrez Fernández J. Evolución de la resistencia a antibióticos de microorganismos causantes de infecciones del tracto urinario: un estudio de vigilancia epidemiológica de 4 años en población hospitalaria. Rev Clínica Esp. 2019; 219(3):116-123.

MEDICINA INTERNA (MI)

MI-01. PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS DE LAS ALTERACIONES DEL SUEÑO EN PACIENTES DIABÉTICOS EN EL HOSPITAL BÁSICO DE PAUTE, ECUADOR.

(Prevalence and associated factors of sleep disturbances in diabetic patients at the Basic Hospital of Paute, Ecuador)

*Diana Carolina Chumbay Zhunio*¹,
*Carem Francelys Prieto Fuenmayor*²,
*Andrea Catalina Ochoa Bravo*²,
*Hermel Medardo Espinosa Espinosa*²,
Nube Johanna Pacurucu Ávila.

¹Médico General del Ministerio de Salud Pública, Ecuador.

²Carrera de Medicina-Matriz, Universidad Católica de Cuenca, Cuenca-Ecuador.

³Carrera de Enfermería-Matriz, Universidad Católica de Cuenca, Cuenca-Ecuador.

carem.prieto@ucacue.edu.ec

RESUMEN

Introducción: La Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) se ha asociado a los trastornos del sueño a través de diferentes mecanismos, cuando ambas patologías coinciden en un individuo se potencian entre sí. **Objetivo:** Determinar la prevalencia y factores asociados de las alteraciones del sueño en pacientes diabéticos en el Hospital Básico de Paute; marzo-octubre del 2019. **Materiales y métodos:** Es un estudio analítico y transversal. Se aplicó el Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh y un cuestionario de antecedentes personales a 244 pacientes con DM2 que asistieron a la consulta de medicina interna en el período marzo-octubre de 2019, seleccionados con fórmula y a partir de los criterios de inclusión y exclusión establecidos, la valoración se realizó a través del programa SPSS versión 15. **Resultados:** La frecuencia de mala calidad del sueño fue 84,0%; las dimensiones más afectadas fueron las perturbaciones del sueño y la latencia del mismo, los factores asociados fueron tener 65 años o más Odds Ratio (OR)= 2,022, tener 5 años o más de diagnóstico de diabetes OR=3,379, malnutrición OR=2,851, hipertensión OR=3,384, tomar antihipertensivos OR=3,318, enfermedad cardiovascular OR=8,928, y al realizar un análisis de las dimensiones del sueño se observó relación entre estas alteraciones y el uso de insulina, no uso de hipoglucemiantes, tener anemia, enfermedad pulmonar crónica y trastornos psiquiátricos $p < 0,05$. **Conclusiones:** Los trastornos del sueño superan el 50% de frecuencia en pacientes diabéticos con múltiples factores asociados.

Palabras clave: diabetes; trastornos del sueño; malnutrición; insulina; enfermedad cardiovascular.

ABSTRACT

Introduction: type 2 diabetes mellitus (DM2) has been associated with sleep disorders through different mechanisms, when both pathologies match in an individual they

enhance each other. **Objective:** determination of the prevalence and associated factors of sleep disorders in diabetic patients in the Basic Hospital of Paute; March-October 2019 **Methodology:** analytical and cross-sectional study. The Pittsburgh Sleep Quality Index and a personal history questionnaire form were applied to 244 patients with DM2 who attended the Internal Medicine consultation in the March-October 2019 period, selected with calculation of the sample by formula and from the established inclusion and exclusion criteria, the analysis of the evaluation of the data was carried out through the statistical program SPSS in its 15 version. **Results:** the frequency of poor sleep quality was 84.0%, in the same way the most affected dimensions were sleep disturbances and its latency, the associated factors were considered to be 65 years of age or older (OR) = 2,022, have 5 years or more of diagnoses with diabetes OR = 3,379, malnutrition OR = 2,851, hypertension OR = 3,384, taking antihypertensives OR = 3,318, cardiovascular disease OR = 8,928, in the same way when analyzing the dimensions of the sleep, it could be observed a relationship between these alterations and the use of insulin, non-use of hypoglycemic agents, anemia, chronic lung disease and psychiatric disorders $p < 0.05$. **Conclusions:** sleep disorders exceed 50% frequency in diabetic patients with multiple associated factors.

Key words: diabetes; sleep disorders; malnutrition; insulin; cardiovascular disease.

INTRODUCCIÓN

La Diabetes según las últimas estimaciones muestra una prevalencia mundial de 382 millones de personas en el 2013, que se espera que suba a 592 millones en el 2035. La clasificación etiológica de esta patología ha sido ampliamente aceptada. La diabetes tipo 1 (DM1) y tipo 2 (DM2) son los dos tipos principales, esta última representando la mayoría (> 85%) de la frecuencia total de esta enfermedad (1).

Ambas formas de diabetes pueden conducir a complicaciones multisistémicas de puntos microvasculares finales que incluyen retinopatía, nefropatía y neuropatía, junto con criterios de valoración macrovasculares que contienen cardiopatía isquémica, accidente cerebrovascular y enfermedad vascular periférica. La morbilidad prematura, mortalidad, reducción de la esperanza de vida, costos financieros y de otro tipo de la diabetes hacen que sea una condición importante de salud pública (2).

La DM2 y las alteraciones del sueño son problemas de salud comunes y perjudiciales entre sí. Los trastornos del sueño son frecuentes entre las personas con diabetes, estas informan tasas más altas de insomnio, mala calidad del sueño, somnolencia diurna excesiva y mayor uso de medicamentos para dormir (3). Las variaciones del sueño pueden deberse a la enfermedad en sí o a complicaciones físicas debido a ella, como la neuropatía periférica y la poliuria. La evaluación de la calidad del sueño y sus trastornos es de suma importancia en personas con DM2 (4).

Existe una relación directa entre el riesgo de padecer diabetes y los trastornos del sueño. Presentar la primera causa la segunda y a su vez, dormir poco también predispone a sufrir esta enfermedad. La probabilidad de tener DM es doble para aquellas personas que usualmente duermen poco y/o menos de 6 horas. Por otro lado, la reducción del sueño y el comportamiento errático del mismo como resultado de las elecciones de estilo de vida, que es parte integrante de la sociedad moderna, se ha relacionado con un mayor riesgo de obesidad, síndrome metabólico y DM2 (5). En este estudio se evidenció que los pacientes diabéticos tenían un riesgo más alto de desarrollar alguna alteración de la estructura normal del sueño presentándose una mala calidad del mismo superando el 50% de los individuos estudiados, en donde las mujeres fueron mayormente afectadas (5), en este mismo orden de ideas a pesar de que es un problema que se ha planteado en otras latitudes, en la actualidad en la po-

blación de Paute no se cuenta con estudios que puedan determinar si esta relación se observa en la población de diabéticos de la localidad.

Por otro lado, hay varios estudios que confirman esta conjetura entre los cuales están: Khosravan y cols., realizaron un estudio en Irán en el 2013, en el cual se evaluó la prevalencia de trastornos del sueño en pacientes diabéticos y sus factores asociados, con un diseño transversal analizando a 507 individuos con DM2 utilizando el Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh (ICSP), encontraron que la prevalencia de los trastornos del sueño fue de 50,7%, hallándose ligados al sexo femenino, estar casado, ser empleado del gobierno, tomar entre 1 y 3 pastillas de glibenclamida y tener indicadas 41 o más unidades de insulina (6).

Del mismo modo Narisawa y cols., realizaron un análisis en Japón en el 2017, el cual tuvo como objetivo determinar la prevalencia y las características sintomáticas de los trastornos del sueño/insomnio entre pacientes japoneses con DM2. Se hizo una encuesta transversal, los participantes consistieron en 622 individuos con DM2 (media $56,1 \pm 9,56$ años) y 622 controles emparejados por sexo y edad. Según los puntajes de los sujetos en la versión japonesa del Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh (ICSP-J), donde se evaluó la hemoglobina glicosilada A1c (HbA1c), 253 tuvieron trastornos del sueño (43,9%) en el grupo de DM2, el cual registró una puntuación total media del ICSP-J más alta ($P < 0,01$) y manifestó un mantenimiento del sueño deficiente. Un índice de masa corporal más alto, la presencia del hábito de fumar y vivir solo se asociaron significativamente con los síntomas del trastorno del sueño/insomnio, pero la HbA1c no se asoció con estos en el grupo con DM2 (7).

Saad y cols., en 2019 realizaron una investigación sobre la prevalencia de la Apnea Obstructiva del Sueño (AOS) y su asociación con variables sociodemográficas en personas con DM2 en Jordán. De un total de 1.143 pacientes, 554 (48,5%) de ellos tuvie-

ron alto riesgo para la AOS y 589 (51,5%) presentaron bajo riesgo. El análisis de regresión logística, reveló que la edad (mayor de 60 años), tabaquismo y obesidad especialmente la circunferencia del cuello estaban significativamente correlacionados con este riesgo. Los autores concluyeron que, dada la alta prevalencia de los problemas del sueño en los sujetos con diabetes, se deben considerar la detección y el tratamiento de estos para mejorar así su calidad de vida (8).

La prevalencia de la AOS en la DM1 y DM2 y su relación con el sobrepeso y la obesidad fue estudiada por Feher y cols., en el 2019 en Londres mediante un análisis de corte transversal, estratificaron los pacientes de acuerdo al índice de masa corporal. Obtuvieron que en las personas con DM2, la prevalencia de la AOS fue de 0,5% en sujetos con peso normal y 9,6% en aquellos con obesidad. En la DM1 la frecuencia fue de 0,3% en pacientes de peso normal y 4,3% en individuos obesos. Los trastornos del sueño fueron más frecuentes en hombres en ambos tipos de diabetes (9).

El estudio "Asociación entre la calidad del sueño y el control glicémico en pacientes con DM2 del Hospital Vitarte desde junio hasta septiembre del 2016", fue realizado por Méndez, en el 2017. La autora empleando el Índice de Pittsburgh, valoró a 155 sujetos que acudieron a consulta por Endocrinología y Medicina Interna en este Hospital y reportó una prevalencia de mala calidad del sueño de 59%, esta estuvo relacionada a un mal control glicémico, cifras de glucosa ≥ 180 mg/dl; edad mayor de 65 años; con una evolución de la enfermedad de más de 10 años y con la presencia de comorbilidades como la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), la hipertensión arterial y la anemia. Concluyendo que estos aspectos son factores de riesgo para mala calidad de sueño en pacientes con DM2 (10).

En el estudio sobre los factores asociados a trastornos de sueño en el "Hospital Vicente Corral Moscoso", en el 2017, realizado por Sarango, se aplicó en una

muestra de 112 pacientes el Cuestionario Mexicano de Monterrey, se encontró que la diabetes estuvo presente en el 25,0% de los sujetos con somnolencia excesiva diurna, 24,7% en aquellos con insomnio inicial y 24,2% en los que roncan, sin embargo, no fue un comportamiento estadísticamente significativo (11).

En este contexto, el objetivo del presente estudio fue determinar la prevalencia y factores asociados de las alteraciones del sueño en pacientes diabéticos en el Hospital Básico de Paute, en el período marzo-octubre del 2019.

MATERIALES Y MÉTODOS

Este es un estudio de enfoque cuantitativo, analítico y transversal. El área de investigación fue el Hospital Básico de Paute, en el período marzo-octubre del 2019 en donde la población de estudio quedó conformada por los pacientes con diagnóstico de DM2 que fueron atendidos en la consulta de Medicina Interna; el cálculo muestral se realizó con fórmula para población finita, la muestra a tomar fue de 244 pacientes diabéticos. En donde participaron aquellos individuos mayores de 18 años, pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2 y pacientes que previo consentimiento informado aceptaron participar en la investigación; excluyendo los pacientes con trastornos mentales, psicopatías y discapacidades severas.

La información se obtuvo mediante la técnica de la encuesta a través del índice de calidad del sueño de Pittsburgh ICSP, el cual se aplicó a los pacientes diabéticos atendidos en el Hospital Básico de Paute que dieron su consentimiento para participar en la investigación.

El índice de calidad del sueño de Pittsburgh ICSP es un cuestionario que mide la calidad del sueño y sus alteraciones en el último mes. Consta de 19 preguntas de autoevaluación y 5 preguntas dirigidas al compañero de habitación o de cama. Las prime-

ras 19, son utilizadas para la obtención de la puntuación global. Las interrogantes se organizan en 7 componentes: calidad subjetiva de sueño, latencia, duración, eficiencia, perturbaciones del sueño, uso de medicación para dormir, disfunción diurna, este formulario fue validado por Luna-Solis y cols., en Perú, obteniendo un alfa de Cronbach de 0,564, en este análisis se utilizó la versión completa del cuestionario (12).

La muestra fue recolectada aleatoriamente utilizando el programa SPSS versión 15, y para el análisis de la información se creó una base en el mismo. Se empleó la estadística descriptiva para el cálculo de las frecuencias absolutas y relativas, así como para la representación de los datos en tablas y gráficos. Para determinar la asociación entre los factores edad, alcohol, tabaco, medicamentos, control glicémico, obesidad, comorbilidades y los trastornos del sueño en los pacientes con DM2, se realizó un estudio de la razón de momios u Odds Ratio, el cual fue interpretado con un intervalo de confianza de 95% y una p menor a 0,05 para considerar una asociación estadísticamente significativa.

RESULTADOS

El presente estudio se realizó mediante la entrevista de 244 pacientes que acudieron al Hospital Básico de Paute en el periodo; marzo-octubre de 2019 que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión, los casos fueron seleccionados al azar.

Características de la población de estudio

En la Tabla I se exponen las características sociodemográficas de la población en estudio, observándose que la mayor proporción de individuos fueron del sexo femenino con el 69,3%, del mismo modo el grupo etario predominante fue el de los mayores o iguales a 65 años con el 58,2%, mientras que la ocupación más frecuente fue la de ama de casa en el 57,4%.

TABLA I
CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS
DE LA POBLACIÓN EN ESTUDIO.

		Recuento	%
Sexo	Masculino	75	30,7
	Femenino	169	69,3
	Total	244	100,0
Grupo Etario	<45 años	7	2,9
	45-54 años	27	11,1
	55-64 años	68	27,9
	≥ 65 años	142	58,2
	Total	244	100,0
Ocupación	Ama de Casa	140	57,4
	Empleo de Oficina	2	0,8
	Comerciante	13	5,3
	Agricultor	31	12,7
	Jubilado	29	11,9
	Sin Empleo	18	7,4
	Otro	11	4,5
	Total	244	100,0

Calidad del sueño según el índice de calidad de Pittsburgh

En la Tabla II se observa que la dimensión de la calidad de sueño más afectada fue la de latencia de sueño y perturbaciones del mismo ya que tuvieron las medias más altas con un puntaje de 1,84 y 1,86 respectiva-

TABLA II
CALIDAD DE SUEÑO SEGÚN EL ÍNDICE DE PITTSBURGH.

	Media ± Desv. Estándar
Calidad subjetiva del sueño	1,20±0,73
Latencia del sueño	1,84±0,92
Duración del sueño	1,09±1,06
Eficiencia del sueño habitual	1,05±1,18
Perturbaciones del sueño	1,86±0,60
Uso de medicación hipnótica	0,01±0,19
Disfunción diurna	1,35±0,83
PSQI total	8,41±3,71

mente, del mismo modo las menos afectadas fueron el uso de medicación hipnótica y la eficiencia del sueño habitual con medias de 0,01 y 1,05 de forma respectiva.

Frecuencia de los trastornos del sueño en la población en estudio

En la Tabla III se expone que según la primera clasificación de los trastornos del sueño el 52,9% merece atención y tratamiento médico, 24,6% merece atención médica y en el 6,6% el problema de sueño es grave, del mismo modo en la segunda clasificación el 84% tuvo problemas de sueño o fue un mal dormidor.

TABLA III
FRECUENCIA DE LOS TRASTORNOS DEL SUEÑO EN LA POBLACIÓN EN ESTUDIO.

		Recuento	%
Índice de Pittsburgh	< 5 puntos (Sin problemas de sueño)	39	16,0
	5-7 puntos (Merece atención médica)	60	24,6
	8-14 puntos (Merece atención y tratamiento médico)	129	52,9
	= 15 puntos (Problema de sueño grave)	16	6,6
Índice de Pittsburgh	Mal dormidor ≥5 puntos	205	84,0
	Buen dormidor <5puntos	39	16,0

Presencia de trastornos del sueño según factores asociados

En la Tabla IV se observa que el grupo etario mayor o igual a 65 años es un factor de riesgo para el desarrollo de trastornos del sueño Odds Ratio (OR): 2,022 e Intervalo de Confianza (IC): (1,012-4,041); $p=0,044$, comportamiento similar al observado en referencia al tiempo de diagnóstico en el cual tener 5 años o más fue un factor de riesgo para ser mal dormidor OR: 3,379 (IC: 1,621-7,043); $p=0,001$, del mismo modo tener malnutrición aumentó el riesgo 2,8 veces (IC: 1,418-5,733); $p=0,003$ de ser mal dormidor, mientras que ser hipertenso establece un riesgo de 3,38 (1,598-7,166), tomar antihipertensivos de 3,31 (1,567-7,024) y tener enfermedad cardiovascular de 8,9 (1,189-67,030) de encontrarse con trastornos del sueño.

Componentes de la calidad del sueño según las características sociodemográficas y patológicas de la población en estudio

En la Tabla V se evidencia que el sexo no se asoció a los componentes de calidad del

sueño, en contraste a lo evidenciando en el grupo etario en donde las perturbaciones del sueño con una puntuación entre 1 y 9 fueron más frecuentes en el grupo de los 45 a 54 años, del mismo modo el grupo de menos de 45 años se encontró en mayor proporción en la categoría de 0 en disfunción diurna lo que quiere decir que no tenían dicha disfunción.

El tiempo de diagnóstico se asoció a la latencia del sueño en donde aquellos con menos de un año de diagnóstico se encontraron en la categoría de 0, es decir, tienen una buena latencia del sueño, del mismo modo la duración del sueño se relacionó con el tiempo de diagnóstico en donde aquellos con menos de un año solían dormir menos de 5 horas, en este orden de ideas el grado de perturbaciones de 1 a 9 se ligó a tener entre 1 y 5 años de diagnosticado, mientras que aquellos con menos de un año se vincularon a no tener disfunción diurna.

El uso de medicamentos no se encontró asociado a los componentes de calidad del sueño, de igual manera según el uso de hipoglucemiantes aquellos que no los consumían se encontraron en mayor proporción en el

TABLA IV
PRESENCIA DE TRASTORNOS DEL SUEÑO SEGÚN FACTORES ASOCIADOS.

		PSQI						
		Mal dormidor		Buen dormidor		OR	IC	P
		n	%	N	%			
Grupo etario	≥65 años	125	61,0	17	43,6	2,022	1,012-4,041	0,044
	<65 años	80	39,0	22	56,4			
Tiempo de diagnóstico de la diabetes	>= a 5 años	170	82,9	23	59,0	3,379	1,621-7,043	0,001
	< a 5 años	35	17,1	16	41,0			
Estado nutricional	Mal nutrición	141	68,8	17	43,6	2,851	1,418-5,733	0,003
	Buena nutrición	64	31,2	22	56,4			
Hipertensión	Sí	117	57,1	11	28,2	3,384	1,598-7,166	0,001
	No	88	42,9	28	71,8			
Antihipertensivos	Sí	116	56,6	11	28,2	3,318	1,567-7,024	0,001
	No	89	43,4	28	71,8			
Enfermedad Cardiovascular	Sí	39	19,0	1	2,6	8,928	1,189-67,030	0,005
	No	166	81,0	38	97,4			

TABLA V
COMPONENTES DE LA CALIDAD DEL SUEÑO SEGÚN LAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y PATOLÓGICAS
DE LA POBLACIÓN EN ESTUDIO.

	Calidad subjetiva del sueño	Latencia del sueño	Duración del sueño	Eficiencia del sueño habitual	Perturbaciones del sueño	Medicación hipnótica	Disfunción diurna
Sexo	2,843 (0,416)	4,875 (0,181)	7,423 (0,060)	3,261 (0,353)	4,191 (0,123)	0,446 (0,504)	4,450 (0,217)
Grupo etario	10,890 (0,283)	15,675 (0,074)	12,406 (0,191)	11,516 (0,242)	14,329 (0,026)	0,721 (0,868)	21,195 (0,012)
Tiempo de diagnóstico	7,293 (0,295)	18,018 (0,006)	13,304 (0,038)	8,140 (0,228)	11,491 (0,022)	0,587 (0,746)	15,799 (0,015)
Uso de medicamentos	2,418 (0,490)	6,917 (0,075)	2,059 (0,560)	1,338 (0,720)	1,413 (0,493)	0,025 (0,874)	2,551 (0,466)
Hipoglucemiantes	0,435 (0,933)	0,766 (0,858)	2,189 (0,534)	1,625 (0,654)	3,144 (0,208)	0,021 (0,885)	9,654 (0,022)
Insulina	9,099 (0,028)	10,316 (0,016)	3,838 (0,280)	4,635 (0,201)	2,771 (0,250)	0,146 (0,702)	1,519 (0,678)
Antihipertensivos	5,267 (0,153)	4,119 (0,249)	2,113 (0,549)	8,405 (0,038)	14,114 (0,001)	0,925 (0,336)	10,213 (0,017)
Estado nutricional	14,840 (0,095)	22,238 (0,008)	15,137 (0,087)	9,884 (0,360)	14,887 (0,021)	1,845 (0,605)	23,563 (0,005)
HTA	5,151 (0,161)	4,392 (0,222)	2,486 (0,748)	6,513 (0,089)	14,612 (0,001)	0,910 (0,340)	13,598 (0,004)
ECV	8,740 (0,033)	6,254 (0,100)	3,064 (0,382)	2,962 (0,398)	16,862 (<0,001)	5,121 (0,024)	15,692 (0,001)
Anemia	3,779 (0,286)	8,760 (0,033)	2,833 (0,418)	9,134 (0,028)	4,638 (0,098)	0,047 (0,828)	2,036 (0,565)
EPC	13,501 (0,004)	13,619 (0,003)	6,168 (0,104)	9,536 (0,023)	24,342 (0,001)	0,146 (0,702)	14,797 (0,002)
Trastornos psiquiátricos	13,460 (0,004)	5,327 (0,149)	22,585 (0,000)	8,025 (0,045)	2,898 (0,235)	0,008 (0,927)	3,841 (0,279)

nivel de disfunción diurna más alto con una puntuación entre 5 y 6, según la calidad subjetiva del sueño aquellos que usaban insulina se relacionaron a una calidad bastante mala y según la latencia del sueño estos pacientes estuvieron en el nivel más elevado de afectación en este componente con un puntaje entre 5 y 6.

Al evaluar el uso de antihipertensivos se mostró que aquellos que no los usaban tenían una mejor eficiencia del sueño, perteneciendo en mayor proporción a la categoría de más de 85% y aquellos que si lo tomaban se encontraron en mayor frecuencia en la categoría de menos del 65%, según las perturbaciones del sueño que aquellos que tomaban estos medicamentos tenían mayor nivel de perturbación, similar a lo evidenciado al evaluar la disfunción diurna en donde los que tomaban antihipertensivos tenían un mayor nivel de disfunción diurna.

El IMC se asoció a la latencia del sueño, perturbaciones del sueño y disfunción diurna, la hipertensión arterial a perturbaciones del sueño y disfunción diurna, la enfermedad cardiovascular se relacionó a calidad subjetiva del sueño, perturbaciones del sueño, medicación hipnótica y disfunción diurna, la anemia se ligó a latencia del sueño y a eficiencia del sueño.

Mientras que la enfermedad pulmonar crónica se asoció a calidad subjetiva del sueño, latencia del sueño, eficiencia del sueño, perturbaciones del sueño y disfunción diurna, finalmente la enfermedad psiquiátrica se relacionó a calidad subjetiva del sueño, duración del sueño y eficiencia del sueño habitual.

DISCUSIÓN

La Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) ha demostrado estar vinculada con una mayor incidencia de trastornos del sueño, que pueden deberse a la enfermedad en sí o debido a complicaciones secundarias o comorbilidades asociadas con esta patología. Por otro lado, la menor duración del sueño y el comportamiento errático de este en sí se han re-

lacionado con una mayor incidencia de obesidad, síndrome metabólico y DM2.

En el presente estudio de investigación se pudo determinar que según la calidad del sueño la dimensión más afectada fue aquella que se refiere a las perturbaciones del sueño ($1,86 \pm 0,60$), de igual manera fue seguida por la latencia del sueño ($1,84 \pm 0,92$), mientras que la media del Índice de Pittsburgh fue de 8,41 puntos lo cual supera los 5 puntos que determinan trastornos del sueño, este comportamiento es similar al obtenido en el análisis de Zhu y cols. (13), realizado en China en el cual las esferas del sueño más afectadas en aquellos diabéticos con mal control glucémico fueron la de disfunción diurna con una media de $2,19 \pm 0,78$ y la de latencia del sueño con $1,74 \pm 1,11$, con una puntuación global del ICSP de $8,30 \pm 4,12$ puntos.

La frecuencia de los trastornos del sueño o individuos mal dormidores fue del 84,0%, este comportamiento es relevante ya que quiere decir que 8 de cada 10 diabéticos tendrán algún trastorno del sueño y mala calidad del mismo, estas cifras son mayores a las encontradas en el estudio de Keskin y cols. (14), en China en el cual se determinó que el 64,3% tuvo una mala calidad del sueño, cifras igualmente superiores a las observadas en el análisis de Zhu, en el cual la frecuencia de esta patología fue del 47,1% (13).

En este mismo orden de ideas tener una mala calidad de sueño se asoció a una mayor edad, esto puede explicarse debido a las modificaciones degenerativas que sufre una persona acorde a su edad asociado a un proceso patológico como la diabetes que genera cualquier otra condición pese del individuo (15), este reporte es similar al observado por Zhu y cols, (13), en el análisis realizado en China, en el cual se expone que la media de edad de aquellos con mala calidad del sueño fue mayor ($59,48 \pm 11,19$) en comparación con el grupo de los buenos dormidores ($55,23 \pm 10,95$), con una diferencia estadísticamente significativa $p=0,006$.

Así mismo se identificó que el tener 5 años o más de diagnóstico de diabetes era un factor asociado a tener peor calidad de sueño, esto podría explicarse desde el punto de vista a un mayor impacto de la enfermedad para el paciente, dentro de los que se puedan ubicar cambios en el estilo de vida, uso de medicamentos, restricciones y/o limitaciones por complicaciones de la diabetes, entre otros, un resultado similar fue expuesto en el análisis de Keskin y cols, (14), en el cual se pudo evidenciar que la mediana de tiempo de diagnóstico de los sujetos mal dormidores fue mayor en contraste a los buenos dormidores 8,00 (4,00-14,75) y 5,50 (2,62-10,00) respectivamente ($p=0,001$), similar a lo observado en el estudio de Zhu y cols., en el cual la media de diagnóstico de los malos dormidores fue de $10,88 \pm 7,47$ y $8,70 \pm 5,80$ para los que dormían bien ($p=0,014$) (13).

Bajo estos lineamientos tener una malnutrición fue un factor asociado a ser mal dormidor, esto se ha explicado en diversos reportes en el cual se ha expuesto que la obesidad puede ser un agente desencadenante de trastornos del sueño como la somnolencia diurna excesiva, apnea obstructiva del sueño, insomnio, entre otras (16), al igual que en este estudio en el análisis realizado por Keskin y cols., se pudo evidenciar que la mediana del IMC en los malos dormidores fue mayor 30,59 (27,53-34,28) en contraste con los buenos dormidores 29,22 (26,31-31,99) $p=0,013$ (14).

Del mismo modo, tanto tener diagnóstico de hipertensión arterial como tomar antihipertensivos se relacionó a un mayor riesgo de desarrollar alteraciones del sueño, estudios han reportado esta asociación como el expuesto por Sen y cols. (17), en el cual tener esta patología fue un factor de riesgo independiente para el desarrollo de trastornos del sueño, así mismo, en el análisis de Khosravan y cols. (6), se evidenció que tener otra enfermedad adicional a la diabetes se vinculaba a ser un mal dormidor.

También, tener una enfermedad cardiovascular se asoció a ser un mal dormidor

tal observación se ha encontrado en otros análisis, sin embargo, se ha estudiado como un estado bidireccional, lo que quiere decir que, no se reconoce que se encuentra primero ya que de por sí tener trastornos del sueño se han descrito como un riesgo para la enfermedad cardiovascular (18), no obstante, en reportes realizados para determinar la frecuencia de estas alteraciones del sueño en pacientes diabéticos no ha explicado la relación asociada a la enfermedad cardiovascular.

Igualmente se evidenció que el grupo etario entre los 45 y 54 años se asoció con tener mayor número de perturbaciones del sueño, en contraste con aquellos que tienen menos de 45 años, esta vinculación con los grupos de edades no se observó en el reporte de Khosravan y cols. (6).

En este análisis también se expuso que el tiempo de diagnóstico se ligó a la latencia del sueño y a la duración del mismo en donde aquellos con menos de 1 año de diagnóstico no solían tener problemas con esta dimensión, esta relación también se obtuvo en el estudio de Keskin y cols (14).

De igual manera, aquellos que no tomaban medicamentos hipoglucemiantes tenían mayor disfunción diurna y según la calidad subjetiva del sueño, aquellos que usaban insulina expusieron una calidad bastante mala al igual que según la latencia del sueño, sin embargo, en un análisis realizado por Sokwala y cols. (19), al evaluar la calidad de sueño según el tipo de tratamiento utilizado no se evidenció una asociación estadística significativa.

La enfermedad pulmonar crónica se asoció a alteraciones en diferentes dimensiones de la calidad del sueño al igual que las enfermedades psiquiátricas, tal como lo exponen en el análisis de Khosravan y cols. (6), en el cual tener otras patologías se relacionó con ser un mal dormidor.

Se recomienda la evaluación de la calidad del sueño y los trastornos del mismo como parte de la valoración médica integral en base a evidencia emergente que sugiere

una relación entre la calidad del sueño y las personas con DM2, dentro de las limitaciones de este estudio se expone que al ser un análisis transversal no se puede determinar la dirección en la cual se muestran las diferentes asociaciones que se presentaron en los trabajos, por lo cual se recomienda realizar análisis de tipo longitudinal y estudiar más a profundidad este tema.

CONCLUSIONES

Predominó el sexo femenino, el grupo etario de adultos mayores y la ocupación de ama de casa. Las dimensiones de la calidad de vida mayormente afectadas fueron perturbaciones del sueño y latencia del mismo, así como las menos influenciadas fueron el uso de medicación hipnótica y duración del sueño. Ocho de cada 10 diabéticos tienen trastornos del sueño. Los factores asociados al diagnóstico de trastornos del sueño fueron la edad, tiempo de diagnóstico, estado nutricional, antecedente de hipertensión arterial, uso de antihipertensivos y enfermedad cardiovascular. Los factores asociados a las dimensiones alteradas de la calidad del sueño fueron el grupo etario, tiempo de diagnóstico, no uso de hipoglucemiantes, uso de insulina, IMC elevado, hipertensión arterial, enfermedad cardiovascular, anemia, enfermedad pulmonar crónica y patología psiquiátrica.

REFERENCIAS

1. **Forouhi N, Wareham N.** Epidemiology of diabetes. *Medicine*. de 2014; 42(12):698-702.
2. **Aldossari K, Aldiab A, Al-Zahrani J, Al-Ghamdi S, Abdelrazik M, Batais M, et al.** Prevalence of Prediabetes, Diabetes, and Its Associated Risk Factors among Males in Saudi Arabia: A Population-Based Survey. *J Diabetes Res*. 2018;2018:2194604.
3. **Zobeiri M, Shokoohi A.** Restless leg syndrome in diabetics compared with normal controls. *Sleep Disord*. 2014; 2014:871751.
4. **American Diabetes Association.** Comprehensive Medical Evaluation and Assessment of Comorbidities. *Diabetes Care*. 2017;40(Suppl 1):S25-S32.
5. **Koren D, O'Sullivan K, Mokhlesi B.** Metabolic and glycaemic sequelae of sleep disturbances in children and adults. *Curr Diab Rep*. 2015;15(1):562.
6. **Khosravan S, Alami A, Rahni S.** Prevalence of sleep disorder in type 2 diabetes Mellitus patients and it's related factors. *diabetes mellitus*. 2013;5(3):298-304.
7. **Narisawa H, Komada Y, Miwa T, Shikuma J, Sakurai M, Odawara M, et al.** Prevalence, symptomatic features, and factors associated with sleep disturbance/insomnia in Japanese patients with type-2 diabetes. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2017;13:1873-80.
8. **Saad A, Hiyasat D, Jaddou H, Obeidat N.** The prevalence of high risk obstructive sleep apnoea among patients with type 2 diabetes in Jordan. *Diabetes Research and Clinical Practice*. 2019;152:16-22.
9. **Fehér M, Hinton W, Munro N, De Lusignan S.** Obstructive sleep apnoea in Type 2 diabetes mellitus: increased risk for overweight as well as obese people included in a national primary care database analysis. *Diabetiemedicine*. 2019;1-8.
10. **Méndez K.** Asociación entre la calidad del sueño y el control glicémico en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 del Hospital Vitarate desde junio hasta setiembre del 2016. *Universidad Ricardo Palma*; 2017.
11. **Sarangó N.** Factores asociados a trastornos de sueño en pacientes de clínica, Hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca, 2017. *Universidad de Cuenca*; 2018.
12. **Luna Y, Robles Y, Agüero Y.** Validación del índice de calidad de sueño de pittsburgh en una muestra peruana. *Anales de Salud Mental*. 2015;XXXI(2):23-30.
13. **Zhu B, Li X, Wang D, Yu X.** Sleep quality and its impact on glycaemic control in patients with type 2 diabetes mellitus. *International Journal of Nursing Sciences*. 2014;1(3):260-265.
14. **Keskin A, Ünalacak M, Bilge U, Yildiz P, Güler S, Selçuk E, et al.** Effects of Sleep Disorders on Hemoglobin A1c Levels in Type 2 Diabetic Patients: *Chinese Medical Journal*. 2015;128(24):3292-3297.
15. **Suzuki K, Miyamoto M, Hirata K.** Sleep disorders in the elderly: Diagnosis and management. *J Gen Fam Med*. 2017;18(2):61-71.

16. Hargens T, Kaleth A, Edwards E, Butner K. Association between sleep disorders, obesity, and exercise: a review. *Nat Sci Sleep*. 2013;5:27-35.
17. Sen P, Mukhopadhyay A, Chatterjee P, Biswas T. Association of Sleep Disorders with Essential Hypertension in Subcontinental Population. *Indian Medical Gazette*. 2012;1-4.
18. Javaheri S, Redline S. Insomnia and Risk of Cardiovascular Disease. *Chest*. 2017;152(2):435-444.
19. Sokwalla S, Joshi M, Amayo E, Acharya K, Mecha J, Mutai K. Quality of sleep and risk for obstructive sleep apnoea in ambulant individuals with type 2 diabetes mellitus at a tertiary referral hospital in Kenya: a cross-sectional, comparative study. *BMC Endocrine Disorders*. 2017;17(1):158-166.

MI-02. CASO CLÍNICO: SUPERVIVENCIA A COVID-19 DE UN PACIENTE VULNERABLE.

(Clinical case: Survival to Covid-19 of a vulnerable patient)

*Rosa Elvira Minchala-Urgilés^{1,2},
Andrés Leonardo Vázquez-Cárdenas^{1,2},
María Eloisa López-Solórzano¹,
María de los Ángeles Estrella-González²,
Andrés Alexis Ramírez-Coronel^{2,3}*

¹Hospital José Carrasco Arteaga (IESS), Cuenca – Ecuador.

²Carrera de Enfermería de la Universidad Católica de Cuenca Sede Azogues.

³Laboratorio de Psicometría del Centro de Investigación, Innovación y Transferencia de Tecnología (CIITT) de la Universidad Católica de Cuenca.

rosaeminchalau@hotmail.com

RESUMEN

Introducción: La COVID-19 es una enfermedad infecciosa causada por el coronavirus SARS-CoV2, que afecta a las personas,

detectado en diciembre del 2019, en la provincia de Hubei, en China. Es una pandemia que afecta a muchos países de todo el mundo y sobre todo a personas más vulnerables. **Caso clínico:** paciente de sexo masculino, de 86 años de edad, con antecedentes de hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo II, obesidad grado II, EPOC, poliglobulia, acude a emergencia por presentar 24 horas antes del ingreso artralgias, disnea de pequeños esfuerzos, hipertermia, hipoxemia severa, mejorando la saturación con 6 a 8 litros de oxígeno. Al examen físico de ingreso, mala mecánica ventilatoria, con disociación toracoabdominal respiratoria, pafi: 104, por lo que se procede a intubación rápida e ingreso a la unidad de cuidados intensivos, toma de muestra para prueba rápida de COVID, resultando IgG e IgM positivo. Permaneció intubado por 9 días, es dado alta a hospitalización, donde se mantuvo con apoyo de oxígeno por 12 días, más tratamiento farmacológico, recibió alta médica con medidas de aislamiento, fármacos, oxigenoterapia y educación en autocuidados. **Conclusión:** se trató de un caso de supervivencia a COVID-19 de un paciente adulto mayor, vulnerable, que fue tratado en la unidad de cuidados intensivos, con ventilación mecánica, posterior a hospitalización y luego a domicilio, recibió educación sobre el manejo de aislamiento, medidas de protección, seguimiento epidemiológico y el autocontrol de la diabetes, hipertensión y medidas higiénico dietéticas. Se dió seguimiento al caso y el paciente se encuentra en mejores condiciones.

Palabras clave: supervivencia; covid-19; paciente vulnerable; pandemia.

ABSTRACT

Background: COVID-19 is an infectious disease caused by the SARS-CoV2 coronavirus, which affects people, detected in December 2019, in Hubei province, China. It is a pandemic that affects many countries around the world and especially the most vulnerable people. **Clinical case:** 86-year-old

male patient with a history of hypertension, type II diabetes mellitus, grade II obesity, COPD, went to the emergency room due to arthralgia 24 hours before admission, dyspnea on small efforts, hyperthermia, severe hypoxemia, improving saturation with 6 to 8 liters of oxygen. On admission physical examination, poor ventilatory mechanics, with respiratory thoracoabdominal dissociation, pafi: 104, for which we proceed to rapid intubation and admission to the intensive care unit, taking a sample for rapid COVID TEST, giving IgG and IgM positive. He remains intubated for 9 days, is discharged to hospitalization, where he is maintained with oxygen support for 12 days, plus pharmacological treatment, receives medical discharge with isolation measures, drugs, oxygen therapy and self-care education. **Conclusion:** it is a case of survival to covid-19 of an elderly, vulnerable patient, who was treated in the intensive care unit, with mechanical ventilation, after hospitalization and then at home, receives education on the management of isolation, protection measures, epidemiological monitoring and self-control of diabetes, hypertension and dietary hygiene measures. The case is followed up and the patient is in better condition.

Key words: survival; COVID-19; vulnerable patient; pandemic.

INTRODUCCIÓN

Los coronavirus son viejos conocidos de la humanidad, estos patógenos se caracterizan por atacar principalmente al sistema respiratorio humano; se conocían seis tipos de coronavirus con la capacidad de infectar a los humanos, de ellos, cuatro ocasionan un resfriado común y casos graves en inmunocomprometidos, los otros dos incluyen el Síndrome Respiratorio Agudo (SARS) y al Síndrome de Medio Oriente (MERS), los cuales causaron preocupación mundial (1). A fines de diciembre de 2019, se reportaron varios casos de neumonía viral de etiología desconocida en el hospital de Wuhan de China, un

nuevo brote de coronavirus surgía, se trataba del SARS-CoV-2, responsable de la enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19), denominada así por la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2) y se diseminaba por todo el mundo, los esfuerzos por parte de los países para contener el virus y frenar su propagación fueron insuficientes y poco efectivas, así se convirtió en una emergencia de salud pública mundial, siendo catalogada como una pandemia por la OMS (3).

El SARS-CoV-2, causante de la COVID-19, es un virus de ARN monocatenario, perteneciente a la orden *Nidovirales*, familia *Coronaviridae* y de subfamilia *Orthocoronavirinae*, y se convierte en el séptimo coronavirus en infectar a los humanos (4). El análisis filogenético basado en secuencias genómicas completas muestra que los murciélagos son el reservorio de origen del SARS-CoV-2 (5). En 31 de diciembre del 2019 la Organización Mundial de la Salud fue informada por las autoridades sanitarias chinas de la aparición de casos de neumonía de origen desconocido en la ciudad de Wuhan en China. El 7 de enero de 2020, científicos chinos identificaron a un nuevo coronavirus como el agente etiológico de la enfermedad denominada COVID-19. La secuenciación del genoma del nuevo coronavirus mostró gran similitud con el coronavirus (Covid-1 o SARS-CoV) causante del síndrome respiratorio agudo severo (SARS), ocurrido también en China entre los años 2002-2003 (6).

La Organización Mundial de la Salud (OMS), en abril del 2020 declaró a la infección por corona virus como una emergencia de salud pública de preocupación Mundial. La pandemia que azota a todo el planeta, se desarrolla como una infección multisistémica con afectaciones principalmente pulmonares graves. Los factores de riesgo dependen del huésped, el agente y el medio ambiente. Desde el inicio de la pandemia se describieron factores de riesgo relacionados con la edad del paciente, la presencia de enfermedades como hipertensión arterial, diabetes mellitus, obesidad y aquellas asociadas

a inmunodepresión como cáncer, VIH y otras patologías autoinmunes.

La vulnerabilidad se define como la “exposición continua al riesgo”, en salud indica la susceptibilidad de la/s persona/s a problemas y daños de la salud, siendo un claro indicador de inequidad y desigualdad (7). Canchari A. y cols., realizaron una revisión bibliográfica a partir de un total de 84 referencias bibliográficas; en los diferentes colectivos vulnerables analizados se evidenció el incremento del riesgo de contagio y a desarrollar estadios graves por infección del SARS-CoV-2, aun no existe un consenso en cuanto al manejo y tratamiento de la COVID-19 en adultos mayores, personas con comorbilidad e inmunosuprimidos (8).

Se ha informado que alrededor de 2 a 10% de los pacientes con COVID-19 presentaban síntomas gastrointestinales como diarrea, vómitos y dolor abdominal, y otros síntomas más infrecuentes son la agéusia y agnosia (9). Para el diagnóstico se realizan pruebas moleculares como el RT-PCR, a tiempo real que se realiza en muestras respiratorias y la prueba serológica ELISA de IgM. La combinación de ambas, mejora la sensibilidad de detección (10). Desde un punto de vista biológico, el envejecimiento es la consecuencia de la acumulación de daños moleculares y celulares a lo largo del tiempo, lo que lleva a un descenso gradual de las capacidades físicas y mentales y los hace más vulnerables a la COVID-19; por tal razón la implementación de medidas preventivas que disminuyan el contagio por SARS-CoV-2 son prioritarias (11). En Chile, indican que 7,2% de los casos correspondió a personas de 60 años a más. Otro estudio en Italia, reportó que el promedio de edad de personas fallecidas por el SARS-CoV-2 fue de 81 años (12).

Liu y cols., realizaron un estudio en el Hospital Universitario de Jiangnan, donde compararon pacientes con un IMC normal y elevado, encontraron que los de mayor masa corporal tenían mayor probabilidad de desarrollar la enfermedad grave ($27,0 \pm 2,5$) en

comparación con los que tenían un IMC adecuado ($22,0 \pm 1,3$) ($p < 0,001$) (13). El tratamiento de los pacientes con alto grado de obesidad se complica, debido a que los equipos se dispondrán solo en centros hospitalarios especializados y también presentan mayor dificultad durante la posición prono, utilizada en la estancia hospitalaria. Los primeros datos disponibles acerca del papel de la obesidad en COVID-19 sugieren que las personas con obesidad severa tienen más riesgo de hospitalización, cuidados intensivos, ventilación mecánica y/o muerte, independientemente de otras comorbilidades (14).

Por otra parte, la Organización Mundial de la Salud (15) señala: Los trabajadores de la salud están en la primera línea del COVID-19 en respuesta al brote y, como tal, están expuestos a peligros que ponen en riesgo de infección. Los riesgos incluyen la exposición a patógenos, largas horas de trabajo, angustia psicológica, fatiga, agotamiento ocupacional, estigma físico y psicológico. Sin embargo, el objetivo fundamental es el cuidado de la vida, la recuperación de la salud de los pacientes y la reinserción en el entorno social. En relación a ello; Minchala R. y cols (16), Manifiestan: Brindando atención con amabilidad, respeto y empatía, conocer día a día la evolución del paciente, aportando conocimientos y habilidades en la gestión de los cuidados, habilidades que se ven limitadas debido al miedo de contagio, la cantidad de protección que lleva puesta, no poder expresar o demostrar una sonrisa y expresiones de aliento; no deja de causar temor, ansiedad, al saber que el contagio se lo realiza de persona a persona y más aún al no disponer de material de protección adecuado.

El objetivo del estudio es describir la supervivencia de un paciente adulto mayor vulnerable, con comorbilidades y recuperado de COVID-19; y brindar cuidados de enfermería de calidad mediante la valoración de los dominios de estudio, según los Diagnósticos Enfermeros de NANDA Internacional.

PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO

Paciente de 86 años, sexo masculino, jubilado, viudo, con instrucción bachiller; diagnosticado de diabetes mellitus tipo II (metformina), hipertensión arterial (clopidrogel 75mg, losartan 50mg), EPOC desde hace 20 años, exfumador crónico, durante 50 años. Con diagnósticos de ingreso de COVID-19 (Virus identificado SARS cov2 (U071). Permaneció ingresado en el hospital con prueba PCR positiva para COVID, desde el 27 de mayo de 2020 hasta el 12 de junio, fue dado de alta en mejores condiciones, con apoyo domiciliario de oxígeno 2 litros por minuto con SO₂ de 90%. Durante su estancia hospitalaria recibió ceftriaxona (7 días) y azitromicina (5 días). Tres días después acudió a emergencia por hipoxemia grave, artralgias, luego de intubación ingresó a cuidados intensivos.

Antecedentes patológicos: hipertensión arterial, EPOC, obesidad grado II (IMC 31,2), diabetes mellitus tipo II, poliglobulia, insuficiencia respiratoria tipo I y trastorno emocional.

Se describe a continuación los exámenes complementarios realizados:

Radiológicos: TAC de tórax: infiltrado alveolo intersticial difuso bilateral, con imágenes de aspecto consolidativo en patrón de vidrio esmerilado de distribución central y periférico, derrame bilateral moderado, áreas de atrapamiento aéreo, bandas atelectásicas bilaterales.

Laboratorio: PCR 28.20, urea 84, creatinina 1.38, potasio 147, cloro 107, calcio total 7.89, bilirrubina total 1.55, magnesio 1.82, fosfatasa alcalina 62, proteínas totales 4.7, albumina 2.3. INR 096%: 104, TP 115, TTP 27.7, Na 137, K 3.62, AST 127, ALT 326, LDH 508, GGT 157, Leucocitos 7.13, Hemoglobina 18.5, Hematócrito 57.5, Linfocitos 1.78, Neutrófilos 2.58, Plaquetas 225, glucosa 132.

Gasometría: BE: -3000, HCO₃: 28.0, O₂SAT: 83.20, PCO₂: 82.800, PHS: 7.147, PO₂: 63.6.

El motivo de consulta: paciente de 86 años de edad, acude a emergencia por presentar disnea y malestar general, taquipnea, lenguaje entrecortado. Paciente previamente ingresado al hospital con diagnóstico de COVID-19, con reporte de PCR positivo, al alta se envía con oxígeno domiciliario a 2 litros, luego de tres días postalta es traído a emergencia por los paramédicos por pre-

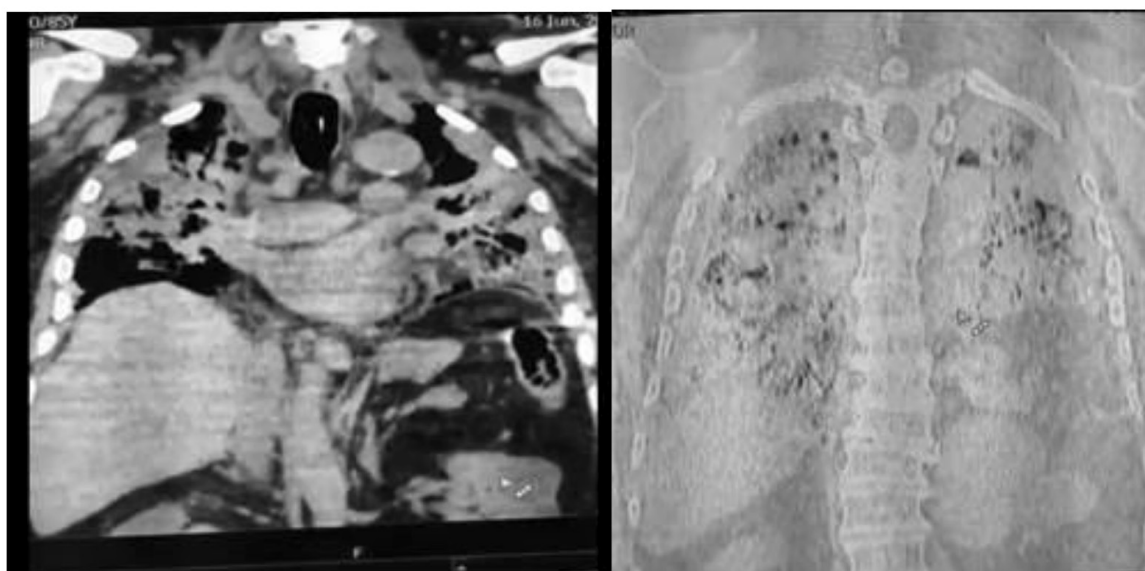


Fig. 1. Tomografía de tórax.

sentar artralgias, sensación de alza térmica, disnea con mayor requerimiento de oxígeno, de 6 a 8 litros, tras valoración y por los antecedentes, se decide al ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos posterior a intubación orotraqueal en emergencia.

Escalas: PAFI: 28/06/2020: 315 FIO2 28%.

MEWS COVID19: 1-07-2020: 10 puntos/riesgo muy alto de complicación.

Se realizaron los siguientes exámenes físico: presión arterial 130/90, hipertermia de 38.5, taquicardia 132 por minuto, taquipnea 38 por minuto, SO₂ 85%, FiO₂ 60%, consciente, orientado en tiempo, espacio y persona, actividad psicomotora disminuida, tórax con utilización de músculos accesorios, disociación toraco abdominal, abdomen con presencia de tejido adiposo prominente, blando, depresible, timpánico a la percusión, miembros inferiores con tono y fuerza muscular disminuida.

Evolución

Ingresa con diagnóstico de COVID-19, con 15 días previos en hospitalización; reingresa por emergencia por presentar disnea de pequeños esfuerzos, mala ventilación mecánica, hipoxemia severa, PAFI: 104, por lo que se procede a intubación rápida, administración de cristaloides y vasoactivos; paciente hemodinámicamente inestable, pronado durante 4 días, recibe dosis de tocilizumab, se realiza progresión ventilatoria con buena tolerancia, se extuba luego de siete días, se mantiene con apoyo suplementario de oxígeno, FIO₂ 32% con saturación sobre los 90%, el 27/06, sale a hospitalización, permanece afebril, cumpliendo antibioticoterapia con piperacilina/tazobactam. Luego de 19 días de hospitalización, es dado de alta, con hisopado nasofaríngeo negativo, temperatura de 37.4 grados, TA 100/57 mmHg, FC: 99 por minuto, FR: 22 por minuto, SO₂ 90%, FIO₂ 28%, tolera bien la alimentación. Paciente con evolución favorable, condición estable y pronóstico bueno.

Los datos de valoración en los dominios de estudio, según los Diagnósticos Enfermeros de NANDA Internacional (17) son:

Dominio 2: Nutrición; Clase 1. Ingestión; Obesidad – 00232. Acumulación excesiva de grasa para su edad y sexo, que excede los niveles de sobrepeso. IMC 31,2.

Clase 4. Metabolismo; Riesgo del nivel de glicemia inestable- 00179. Vulnerable a la variación en los niveles sanguíneos de glucosa. Glicemia 132 mg.

Dominio 3: Eliminación e intercambio; Clase 2; función gastrointestinal. Riesgo de estreñimiento – 00015. Paciente con estreñimiento, mejora con la ingesta de líquidos y actividad física.

Clase 4: Función respiratoria: Deterioro del intercambio de gases – 00030. Déficit en la oxigenación y/o eliminación de dióxido de carbono en la membrana alveolo/capilar. Es necesario la administración de oxígeno a domicilio 2 litros por minuto con SO₂ de 92%.

Dominio 4: Actividad/reposo. Clase 2: Actividad/ejercicio. Deterioro en la deambulación – 00088. Limitación del movimiento independiente a pie en el entorno. Requiere ayuda y es cuidado por enfermera particular.

Clase 5: Autocuidado. Disposición para mejorar el autocuidado – 00182. Realización de actividades por parte de la persona que ayuda a alcanzar los objetivos relacionados con la salud y es reforzado con rehabilitación física.

Dominio 7: Rol/relaciones; Clase 2: Relaciones familiares. Disposición para mejorar los procesos familiares – 00159. A pesar de las medidas de aislamiento recibe apoyo constante de su hija.

Dominio 9: Afrontamiento/tolerancia al estrés; Clase 1: Respuestas postraumáticas. Riesgo de síndrome postraumático – 00145. Vulnerabilidad a la persistencia de una respuesta desadaptada ante el acontecimiento traumático, para lo cual recibe terapia con médico psicólogo.

Clase 2: Respuestas de afrontamiento. Disposición para mejorar el afrontamiento familiar – 00075. Patrón de manejo de las tareas adaptativas, el mismo que es reforzado por la enfermera que lo cuida.

Dominio 11: Seguridad/protección; Clase 1: Infección. Riesgo de infección –

00004. Vulnerable a una invasión y multiplicación de organismos patógenos, debido a la afectación de su sistema inmunológico.

Clase 6: Termorregulación. Riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal – 00005. Vulnerable a sufrir un fallo en el mantenimiento de la temperatura corporal, riesgo de hipertermia debido a la infección.

Dominio 12: Confort; Clase 1: Confort social. Aislamiento social – 00053. No recibe visitas de sus familiares, pero tiene cuidado permanente por una enfermera particular.

DISCUSIÓN

Tras el brote de una enfermedad por un nuevo coronavirus (COVID-19) que se produjo en Wuhan, una ciudad de la provincia de Hubei, en China, se ha producido una rápida propagación a escala comunitaria, regional e internacional, con un aumento exponencial del número de casos y muertes. El 30 de enero del 2020, el Director General de la OMS declaró que el brote de COVID-19 era una emergencia de salud pública de importancia internacional (ESPII) de conformidad con el Reglamento Sanitario Internacional (2005). La COVID-19 se ha propagado a los 54 países y territorios de la Región de las Américas. Hasta el 10 de agosto del 2020 la OPS/OMS reportan 10.697.832 casos confirmados y 390.850 muertes.

El coronavirus asedió de manera drástica a los hospitales a nivel mundial desde los meses de febrero y marzo, ocasionando una genuina revolución en la condición de trabajar, adaptando espacios improvisados para la hospitalización, con incremento considerable de camas y ventiladores en las UCIs y otros espacios para pacientes menos graves; una redistribución de personal sanitario y asignación de recursos presupuestarios.

El Covid-19 ha despojado a la humanidad y a la fragilidad que representa ser individuo de sociedad en un sistema globalizado, sin respetar condición social o económica. Más allá de cómo o cuándo, el coronavirus se ha convertido en una pandemia de gran

escala sin registros históricos por la rapidez con la que se ha transmitido, y los números de mortalidad a la fecha avalan esa afirmación demostrando que los sistemas de salud son vulnerables por las capacidades instaladas de atención (8).

Las investigaciones con SARS-CoV establecieron que este virus ingresa a las células utilizando como receptor a la enzima convertidora de angiotensina tipo 2 (ECA 2). También se confirmó que SARS-CoV-2 utiliza esta misma enzima ya que no se habla de un mecanismo en si para ingresar a sus células blanco, especialmente a nivel del sistema respiratorio. ECA-2 es una proteasa integrante del sistema renina angiotensina “alterno o no canónico” con importantes acciones regulatorias sobre los sistemas cardiovascular, renal y pulmonar, entre otros (6).

La detección en tiempo real de la reacción en cadena de la polimerasa con transcripción inversa (rRT-PCR) se considera la prueba de laboratorio estándar para el diagnóstico de COVID-19. No existe un agente antiviral probado contra el SARS-CoV-2, por lo que el tratamiento es sintomático y tiene como objetivo la prevención de las complicaciones. El brote de COVID-19 ha llevado a la implementación de extraordinarias medidas de salud pública en todo el mundo. El distanciamiento social y la contención comunitaria se han implementado en varios países y han jugado un papel importante en la prevención de nuevos brotes (18). Estudios revelan que la tasa de supervivencia de los pacientes con Covid-19 que se encuentran en la UCI ha mejorado un 33%, desde el comienzo de la pandemia, debido al menos en parte a una mejor atención hospitalaria.

Algunos síntomas, como la falta de aliento y los problemas de coagulación, pueden tratarse con medicamentos, pero los expertos señalan la variedad de terapias que podrían llegar a ser necesarias, como la terapia respiratoria, física, ocupacional o de habla. Debido a esto es muy probable el aumento en la demanda de fisiatras, neurólogos y especialistas de la salud mental.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Regularmente el sobrepeso y la obesidad constituyen factores de riesgo de morbilidad y mortalidad prematura, con repercusiones directas sobre la calidad de vida de las personas; más que un factor de riesgo es considerado como una enfermedad primaria que demanda altos costos en la atención sanitaria.

La pandemia del COVID-19 ha sacudido a los especialistas de todas las áreas, provocando crisis e incertidumbre, rapidez de contagio y la urgencia de adoptar medidas, sea internacionales dictadas por la OMS, nacionales dictadas por los gobiernos o cantonales decididas por los municipios.

Las medidas terapéuticas son básicamente de soporte. Aún no se ha demostrado que los productos farmacéuticos sean seguros y efectivos para el tratamiento de COVID-19.

La orientación del equipo multidisciplinar es indispensable en el desarrollo del autocuidado, el aislamiento social, el cumplimiento de las medidas de bioseguridad y el retorno y adaptación del paciente.

Se trata de un caso de supervivencia a covid-19 de un paciente adulto mayor, vulnerable, que fue tratado en la Unidad de cuidados intensivos, con ventilación mecánica, posterior a hospitalización y luego a domicilio, recibe educación sobre el manejo de aislamiento, medidas de protección, seguimiento epidemiológico y el autocontrol de la diabetes, hipertensión y medidas higiénico dietéticas. Se da seguimiento al caso y el paciente se encuentra recuperado y en mejores condiciones.

Indicaciones al alta: aislamiento domiciliario, habitación y vajilla individual, oxígeno domiciliario para saturar >90%, terapia física y respiratoria, control de oximetrías, dieta balanceada, medidas de bioseguridad, uso de mascarilla y lavado frecuente de manos, seguimiento epidemiológico, tratamiento farmacológico de enoxaparina 60mg, losartan 50mg. Un mes después del alta, un familiar señala que el paciente se encuentra en buenas condiciones, con signos vitales

dentro de parámetros normales, no requiere oxígeno, deambula con ligera dificultad y se alimenta muy bien.

REFERENCIAS

1. **Ahn DG, Shin HJ, Kim MH, Lee S, Kim HS, Myoung J.** Current Status of Epidemiology, Diagnosis, Therapeutics, and Vaccines for Novel Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). *Rev. J Microbiol Biotechnol* 2020; 30(3): 313-324.
2. **Singhal TA.** Review of Coronavirus Disease-2019 (COVID-19). *Rev. Indian J Pediatr* 2020; 87(4): 281-286.
3. **Chung RV, Dong D, Li MM.** Socioeconomic gradient in health and the covid-19 outbreak. *Rev. BMJ* 2020; 369: 1329.
4. **Rabaan AA, Al-Ahmed SH, Haque S, Sah R, Tiwari R, Malik YS, et al.** SARS-CoV-2, SARS-CoV, and MERSCOV: A comparative overview. *Rev. Infez Med* 2020; 28(2): 174-184.
5. **Gao Y, Yan L, Huang Y, Liu F, Zhao Y, Cao L, Wang T, Sun Q, Ming Z, Zhang L, Ge J, Zheng L, Zhang Y, Wang H, Zhu Y, Zhu C, Hu T, Hua T, Zhang B, Yang X, Li J, Yang H, Liu Z, Xu W, Guddat LW, Wang Q, Lou Z, Rao Z.** Structure of the RNA-dependent RNA polymerase from COVID-19 virus. *Science* 2020; 368(6492):779-782.
6. **Ramírez-Sagredo A, Ramírez-Reyes A, Ocaranza MP, Chiong M, Riquelme J, Jalil J, Lavandero S.** Antihipertensivos en pacientes con COVID-19. *Rev. Chilena de Cardiología* 2020; 39(1): 66-74.
7. **Brennan VM.** Vulnerability. *Rev. J Health Care Poor Underserved* 2017; 28(3): 8-12.
8. **Canchari A, Renzo C; Quispe Arrieta R; Huaman Castillon K.** Covid-19 y su relación con poblaciones vulnerables. *Rev. Habanera de Ciencias Médicas* 2020; 19.
9. **Gu J, Han B, Wang J.** COVID-19: Gastrointestinal Manifestations and Potential Fecal-Oral Transmission. *Rev. Gastroenterology* 2020;158(6):1518-1519.
10. **Li Y, Xia L.** Coronavirus Disease 2019 (COVID-19): Role of Chest CT in Diagnosis and Management. *Rev. Am J Roentgenol* 2020; 215: 1-6.
11. **Lloyd-Sherlock P, Ebrahim S, Geffen L, McKee M.** Bearing the brunt of covid-19: older people in low and middle income countries. *Rev. BMJ* 2020; 368: 1052.

12. **Organización Mundial de la Salud.** Coronavirus disease 2019 (COVID-19) Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2020 Apr 17. <http://www.who.int/emergencies/diseases/novelcoronavirus-2019>.
13. **Liu M, He P, Liu HG, Wang XJ, Li FJ, Chen S, et al.** Clinical characteristics of 30 medical workers infected with new coronavirus pneumonia. *Rev. Zhonghua Jie He He Hu Xi Za Zhi* 2020; 43(3): 209-214.
14. **Petrova D, Salamanca-Fernández E, Rodríguez Barranco M, Navarro Pérez P, Jiménez Moleón JJ, Sánchez MJ.** La obesidad como factor de riesgo en personas con COVID-19: posibles mecanismos e implicaciones. *Rev. Atención Primaria* 2020; 52(7): 496-500.
15. **World Health Organization.** Coronavirus disease (COVID-19) outbreak: rights, roles and responsibilities of health workers, including key considerations for occupational safety and health. 2020. [https://www.who.int/publications-detail/coronavirus-disease-\(covid-19\)-outbreak-rights-roles-and-responsibilities-of-health-workers-including-key-considerations-for-occupational-safety-and-health](https://www.who.int/publications-detail/coronavirus-disease-(covid-19)-outbreak-rights-roles-and-responsibilities-of-health-workers-including-key-considerations-for-occupational-safety-and-health).
16. **Minchala Urgilès R, Estrella Gonzalez M, Prieto Chalen E.** Vivencias y emociones del personal de enfermería con pacientes covid-19;. *Médica y de Enfermería Ocronos* 2020; 3(1): p. 20. ISSN 2603-8358.
17. **Internacional NANDA.** Diagnósticos enfermeros, Definiciones y clasificación 2015-2017. 9781118914939th ed. España: Elsevier; 2014.
18. **Shishir P, Ganesh D, Anisha Ch, Tulsi Ram B, Ojash D.** The Coronavirus Pandemic: What Does the Evidence Show? *Rev. J Nepal Health Res Counc* 2020; 18(1):1-9.

ONCOLOGÍA (ONC)

ONC-01. MAMOGRAFÍA COMO MÉTODO DE SCREENING EN EL CÁNCER DE MAMA.

(Mammography as a screening method in breast cancer)

*Tania Ximena Cajamarca Cárdenas¹,
Dayana Angélica León Peñaranda²,
Jeanneth Patricia Tapia Cárdenas³,
Zoila Katherine Salazar Torres⁴,
Freddy Rosendo Cárdenas Heredia⁵,
Anita del Carmen Puente Arrollo⁶*

¹Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social – Hospital José Carrasco Arteaga, Cuenca Ecuador.

²Ministerio de Salud Pública – Hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca Ecuador.

³Universidad de Cuenca – Carrera de Medicina, Cuenca, Ecuador.

^{4,5}Universidad Católica de Cuenca – Carrera de Medicina, Cuenca, Ecuador.

⁶Universidad Católica de Cuenca – Carrera de Enfermería, Cuenca, Ecuador.

janethtapiac@hotmail.com

RESUMEN

El cáncer de mama es la patología más frecuente con mayor morbilidad y mortalidad a nivel mundial y, sigue siendo la primera causa de muerte por cáncer en la mujer ecuatoriana. **Objetivo:** determinar el uso de la mamografía como método de screening para el cáncer mamario en el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, José Carrasco Arteaga. **Metodología:** estudio observacional, descriptivo de corte transversal. Se incluyeron reportes mamográficos de mujeres cuyas edades oscilaron entre 40 a 70 años. La información fue tabulada en matrices de Excel y los resultados presentados de manera descriptiva, la significancia estadística se

estableció con el valor de $p < 0,05$. **Resultados:** los factores que mostraron una mayor probabilidad de realización de mamografía como screening de cáncer de mama y que tuvieron relación estadísticamente significativa fueron: edad > 50 años, instrucción superior y clase social alta. Los hallazgos más comúnmente reportados en los informes mamográficos fueron: masas y microcalcificaciones. En referencia a la clasificación BIRADS la categoría 2, 3 y 4 fueron las de mayor prevalencia. **Conclusiones:** la mamografía mostró ser un método adecuado en la detección del cáncer de mama; y su realización está influenciada por la edad, el nivel educativo y económico alto.

Palabras clave: mamografía; tamizaje masivo; neoplasias de la mama.

ABSTRACT

Background: breast cancer is the most frequent pathology with the highest morbidity and mortality worldwide and continues to be the leading cause of cancer death in Ecuadorian women. **Objective:** to determine the use of mammography as a screening method for breast cancer in the Ecuadorian Institute of Social Security, José Carrasco Arteaga. **Methodology:** observational, descriptive, cross-sectional study. Mammographic reports of women whose ages ranged from 40 to 70 years were included. The information was tabulated in Excel matrices and the results presented in a descriptive way, the statistical significance was established with the value of $p < 0.05$. **Results:** the factors that showed a greater probability of performing mammography as a breast cancer screening and that had a statistically significant relationship were: age > 50 years, higher education and high social class. The most commonly reported findings in mammographic reports were: masses and microcalcifications. Regarding the BIRADS classification, categories 2, 3 and 4 were the most prevalent. **Conclusions:** mammography proved to be an adequate method in the detection of

breast cancer; and their performance is influenced by age, high educational and economic level.

Key words: mammography; mass screening; breast neoplasms.

INTRODUCCIÓN

El cáncer de mama se define como el desarrollo acelerado y descontrolado de las células del epitelio glandular de los conductos o lobulillos mamarios, las mismas que han incrementado su reproducción y que pueden extenderse y dirigirse a través de la sangre a cualquier parte del organismo formando metástasis (1).

Según la Organización mundial de la Salud (OMS) el cáncer de mama es el tipo de patología más frecuente en la población femenina, se presenta en edades entre los 45 y 60 años, siendo actualmente catalogado como un grave problema de salud pública, que tiene elevadas tasas de morbilidad y mortalidad tanto en países desarrollados como aquellos que se encuentran en vías de desarrollo (2).

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) en el año 2012 obtuvo datos que indicaban que alrededor de 408 mil mujeres padecían esta enfermedad, además indicaron que para el año de 2030 la misma alcanzaría una incidencia de alrededor del 46% (2).

El screening de cáncer de mama, consiste en explorar a un grupo de mujeres que se encuentran aparentemente asintomáticas y aquellas que presentan factores de riesgo para patología mamaria, con la intención de encontrar anormalidades, todo esto con el fin de ayudar a disminuir la mortalidad que causa este tipo de cáncer en la población femenina; para lograr este objetivo, existen diferentes métodos que ayudan al diagnóstico, entre estos se encuentran: el autoexamen mamario, la mamografía, la biopsia, la resonancia magnética nuclear y los marcadores tumorales, cada uno de ellos revisten diferente utilidad en lo que a detección temprana del cáncer mamario concierne (3).

De los diferentes tipos de screening antes mencionados, el método diagnóstico “gold estándar” para cáncer de mama es la mamografía, el objetivo de este procedimiento es encontrar anomalías compatibles con cáncer en fases iniciales, debido a que una detección adecuada y temprana en edades entre los 50 a 74 años, en periodos de cada dos años reduce considerablemente la mortalidad y el impacto psicológico y social de la enfermedad, comparadas con aquellas que se detectan en estadios avanzados. Sin embargo, debido a su alto costo y la deficiencia de conocimientos sobre su práctica y/o utilidad, las mujeres omiten la realización de dicho examen, pues temen a una alta exposición radiológica (4).

La principal causa de muerte a nivel mundial es el cáncer, pues en el año de 2015 esta patología provocó 8,8 millones de muertes, en este sentido actualmente se considera que los cinco tipos de cáncer con mayor número de defunciones en ese año incluyen: el cáncer pulmonar con 1,69 millones, hepático con 788 000 fallecimientos, colorrectal con 774 000 defunciones, el gástrico con 754 000, seguido del cáncer de mama con alrededor de 571 000 muertes (5).

En América Latina, la mortalidad anual por cáncer de mama es de alrededor de 24.681 mujeres, describiéndose como uno de los factores más relevantes en su incidencia la insuficiente detección de dicha patología en estadios tempranos, lo cual incide directamente en una falta prematura de diagnóstico y tratamiento, desembocando en cuadros clínicos con fases avanzadas (6).

En el caso de Brasil, la incidencia de cáncer de mama es de 52 casos por 100.000 mujeres, en Colombia 35,7 casos por 100.000 habitantes (6). En Ecuador según la Sociedad de Lucha contra el Cáncer del Ecuador (SOLCA) en el año de 2017, el cáncer de mama fue el de mayor incidencia en mujeres, con 751 nuevos casos, lo cual representó un ascenso del 24% en comparación al año 2016 y entre las ciudades con mayor número de casos por cada 100.000

mujeres se incluyeron: Quito con 41%, Guayaquil con el 34,7%, Loja en un 28,3%, El Oro en 24,6%; Cuenca con el 24,3% y Manabí en un 20,5%; en cuanto a rangos de edad, dicho informe especifica que la mayor frecuencia de esta patología se encasilla en edades entre los 45 y 66 años y en aquellas mujeres que viven en zonas urbanas (7).

Existen dos tipos de prevención de cáncer de mama que son: primaria que ayuda a reducir el impacto de los factores de riesgo por medio de mejoras a nivel del estilo de vida, y la prevención secundaria que consiste en la utilización de una serie de pruebas de cribado para su detección entre estos se encuentra la mamografía, que actualmente es el método de imagen más utilizado tanto en el estudio de pacientes con síntomas mamarios como en pacientes asintomáticas, con el fin de diagnosticar la patología en estadios iniciales (8). La Organización mundial de la Salud (OMS), especifica que la mamografía es el único método de cribado que, si su cobertura supera el 70%, se lograría una disminución de la mortalidad del 39,6% en las mujeres > 50 años (9). Además, presenta una sensibilidad del 97,61% y una especificidad del 83,61% (10).

La Sociedad Americana del Cáncer recomienda que las mujeres se realicen una mamografía a los 40 años, una cada 1 ó 2 años, en edades de 40 a 50 años, y una cada año después de los 50. Existe evidencia que el tamizaje con mamografía periódica en mujeres de 50 a 74 años, después de 7 a 12 años de seguimiento, da como resultado disminuciones significativas de la mortalidad por cáncer de mama entre el 21% y 23%. Por ello, las implementaciones de programas de prevención a nivel poblacional se realizan en la mayoría de países a nivel mundial, sin embargo, la cobertura y calidad de tamizaje en mujeres es baja. Los factores que explican por qué un porcentaje tan reducido de la población llega a la detección temprana son principalmente la falta de sensibilización de las mujeres ante este problema (11).

METODOLOGÍA

Tipo de estudio: se realizó un estudio de tipo descriptivo, analítico de corte transversal.

Área de estudio: esta investigación fue realizada en Ecuador, Provincia del Azuay, Cantón Cuenca, sector urbano, en el hospital José Carrasco Arteaga, en el periodo 2020.

Universo: historias clínicas y reportes mamográficos de pacientes femeninas de entre 40 a 70 años de edad que se hayan realizado un control mamográfico, en el hospital José Carrasco Arteaga, Cuenca desde el periodo enero a junio del 2020.

Muestra: los reportes mamográficos se seleccionaron al azar y los datos fueron distinguidos del registro del programa Excel de la institución de salud descrita, para luego revisar las historias clínicas que cumplieron los criterios de inclusión.

Procedimientos para la recolección de la información: luego de la aprobación del tema de estudio por parte del Comité Académico y de Comité de Bioética de la Universidad Católica de Cuenca, se solicitó los permisos pertinentes para acceder a la información en el José Carrasco Arteaga. Se creó un formulario de recolección de los datos donde se anotó las variables sociodemográficas, y las características de los hallazgos encontrados en la mamografía.

Plan de tabulación y de análisis estadístico: se realizó un análisis descriptivo de cada una de las variables de estudio tanto en escala continua y nominal con medidas de tendencia central y dispersión. Para establecer los factores determinantes para la realización de la mamografía se empleó los estadísticos: Odds Ratio con su Intervalo de Confianza del 95% (IC 95%), la significancia estadística se aceptó con el valor de $p < 0,05$.

Procedimientos y aspectos éticos: los datos del paciente por medio de codificación

de los mismos con las iniciales de sus nombres y apellidos. No hubo riesgo para los pacientes ya que fueron revisiones de historias clínicas. Toda la información recolectada se utilizó estrictamente con la finalidad de realizar esta investigación sin ser utilizada para otro fin.

RESULTADOS

Caracterización de estudios

Se revisaron 60 reportes de mamografías de mujeres que cumplieron los criterios de inclusión.

Factores que inciden en la realización de la mamografía

Las pacientes pertenecían a clases sociales altas tenían una mayor probabilidad de realizarse una mamografía en comparación de aquellas de estratos bajos. La edad fue un factor determinante en la práctica de mamografía por parte de las mujeres en el tamizaje del cáncer de mama, y el tener >50 años elevó las probabilidades de realizarse este procedimiento radiológico. En este contexto, las mujeres con niveles altos de instrucción mostraron una relación estadísticamente significativa en la realización de la mamografía, y sincrónicamente presentaron también una mayor probabilidad de la práctica de dicho examen radiológico comparado con aquellas con niveles educativos inferiores. En relación al estado civil y la ocupación, las pacientes casadas, amas de casa y con trabajos administrativos, evidenciaron una mayor probabilidad de realizarse mamografía en comparación con otros grupos, mostrando una relación estadísticamente significativa. Las pacientes menopáusicas y aquellas que recibían terapia de reemplazo hormonal, también presentaron una mayor probabilidad de practicarse la mamografía como método de cribado en el cáncer de mama (Tabla I).

TABLA I
FACTORES QUE INCIDEN EN LA REALIZACIÓN DE LA MAMOGRAFÍA.

Factor influyentes	OR	IC 95%		Valor p
Edad > 50 años	33,4	28,3	39,5	< 0,001
Casadas	3	2,7	3,4	< 0,001
Instrucción superior	2,2	1,9	2,7	< 0,001
Clase social alta	1,4	1,2	1,5	< 0,001
Menopáusicas	1,27	1,08	1,60	< 0,001
Terapia de reemplazo hormonal	1,05	1,02	1,07	< 0,001
Trabajos administrativos	1,06	1,01	1,11	< 0,001
Amas de casa	1,05	1,00	1,11	< 0,001

Hallazgos radiológicos de la mamografía

Se observó una gran variabilidad en lo que respecta a los hallazgos radiológicos. Sin embargo, se constató que los reportes mamográficos de microcalcificaciones y masas fueron sin duda los hallazgos más frecuentes. Concretamente en lo que respecta a las microcalcificaciones, las amorfas fueron los subtipos más comunes y en relación a las masas se observaron una gran variabilidad en sus características, no obstante, se reportaron mayormente las masas según su morfología que incluyeron diferentes tipos: irregulares, redondas y ovaladas; y en cuanto a los márgenes de las masas los más comunes fueron: las irregulares, espiculadas y circunscritas. En cuanto al patrón arquitectural se encontró distorsión en la arquitectura: asimetría, además existió un menor reporte de fibroquistes, retracción del pezón y engrosamiento de la piel. En relación a los reportes BIRADS se evidenció la categoría 2, 3, 4 como más frecuentes comparado con la categoría 0,1 y 5 (Tabla II).

TABLA II
HALLAZGOS RADIOLÓGICOS DE LA MAMOGRAFÍA.

Resultados	Frecuencia
Microcalcificaciones	84,6
Microcalcificaciones amorfas agrupadas	68
Microcalcificaciones amorfas lineales	10,2
Microcalcificaciones amorfas segmentarias	5,1
BIRADS 5	10,3
BIRADS 2	46,2
BIRADS 3	46,2
Masas	35,5
Masas de forma irregular	58
Masas de forma redonda	30
Masas de forma oval	12
Masas con márgenes irregulares	51
Masas con márgenes espiculados	39
Masas con márgenes circunscritos	20
Fibroquistes	49,2
Asimetría	8,2
Retracción del pezón	2,3

DISCUSIÓN

El cáncer de mama es una patología que afecta con mayor frecuencia a mujeres; tiene altas tasas de incidencia, morbilidad y mortalidad, donde la mamografía es uno de los métodos de cribado más utilizados para su detección, pues dicho examen radiológico permite detectar la enfermedad en estadios iniciales, impidiendo así que dicha patología progrese a etapas en las que establecer un adecuado tratamiento sea casi imposible y termine afectando física, psicológicamente e incluso provocando la muerte de las pacientes que la padecen (2,4).

Se pudo constatar que el pertenecer a clases sociales altas fue un factor determinante al momento de realizarse la mamografía, dicha información fue corroborada en los estudios de autores como: Carmona y cols. (13) en España, Hernández y cols. (14) en Perú y Silva y cols. (15) en Brasil, quienes encontraron una relación estadísticamente significativa al cotejar grupos de mujeres que pertenecían a un estrato social alto en comparación con aquellas de niveles económicos bajos o marginales, concluyendo que la probabilidad de realización de este método de screening fue mayor en las pacientes con altos niveles económicos, pues teóricamente ellas tienen acceso a una mayor cobertura sanitaria tanto pública como privada, lo cual incide directamente en la aplicabilidad y frecuencia del tamizaje mamográfico.

Por su parte, la edad también se consideró un factor trascendental al momento de realizarse una mamografía, pues en general en varios estudios consultados encontramos similitudes en relación a la edad >50 años y la elevación de probabilidades en la ejecución de este método de screening, diversos estudios como Carmona y cols. (13), Hernández y cols. (14) y Silva y cols. (15), encontraron que edades entre 50-70 años, 55-59 años y 50-59 años, respectivamente tuvieron cifras altamente vinculadas con la realización de mamografía. Una explicación teórica del fenómeno expuesto es el hecho de que en los protocolos preventivos

en salud pública es obligatoria la pesquisa de Cáncer de Mama en mujeres con edades > 50 años, pues a esta edad es donde se presenta con mayor frecuencia dicha patología, considerándose en la comunidad científica que la aplicación de la mamografía en este periodo de la vida da como resultado un descenso en la mortalidad por cáncer de mama entre un 21% a un 23% (11).

En lo que respecta a la instrucción, el nivel educativo superior, también elevó la probabilidad de realización de mamografía. Es así que Carmona y cols. (13) y Hernández y cols. (14), concluyeron que existió una relación estadística en mujeres con un nivel alto de instrucción, quienes presentaron una razón de momios de 2,2 y 5,08, respectivamente en realización de cribado mamográfico comparado con aquellas de bajo nivel educativo. Consecuentemente, se atribuye que las mujeres con educación superior conocen y tienen mayor acceso a información sobre programas de cribado, elevada sensibilización y conciencia por esta enfermedad (16).

En cuanto a los hallazgos radiológicos en la mamografía, las microcalcificaciones son sin duda las más frecuentes, debido a que estas lesiones se incrementan con la edad, y aunque es su mayoría son benignas, es necesario diferenciarlas de las malignas, en función a los componentes químicos de cada una, en el caso de las benignas están formadas por oxalato de calcio y las malignas por fosfato de calcio, no obstante, es importantísima su determinación morfológica y distribución espacial (12).

Coincidentalmente, investigadores como Ferreira y cols. (17), Quiñones y cols. (18), Ebubedike y cols (19), Taskin y cols. (20) Martínez y cols. (21), Basha y cols. (22), Cohen y cols. (23), encontraron microcalcificaciones en los reportes mamográficos en un: 84,6%, 47,7%, 32,6%, 25,5%, 21%, 5,7%, 1,6%, respectivamente.

Por su parte, las masas fueron otro tipo de hallazgos radiológicos frecuentes, según Navarro y cols. (24), Quiñones y cols. (18), Martínez y cols. (21), Basha y cols. (22), Taskin y cols. (20), encontraron una frecuencia

de dichas lesiones en los reportes mamográficos de 35,5%, 38,5%, 40%, 46,5%, 63,4%, respectivamente. Una explicación teórica sugerida, respecto a la alta prevalencia de masas y/o nódulos indica que estos hallazgos son muy comunes y que se atribuye su presencia generalmente en mujeres premenopáusicas y al ciclo menstrual (12).

Las asimetrías de la mama también fueron reportadas en los informes radiológicos de las mamografías, es así que Cohen y cols. (23), Basha y cols. (22), Ebubedike y cols. (19), Martínez y cols. (21), Quiñones y cols. (18), observaron que el 97,6%, 82%, 14%, 4,8%, 3,1%, respectivamente, presentaron distorsión y asimetría en la arquitectura de las mamas; dicho fenómeno se atribuye al gran aumento de tejido fibroglandular o su reducción por cirugía, así mismo a la elevación de la densidad por procedimientos quirúrgicos o radioterapia, inflamaciones y/o patología benigna o maligna (25).

En relación a los reportes de BIRADS se evidenció una mayor frecuencia de las categorías 2, 3 y 4. En este contexto, Ebubedike y cols, Nigeria, 2018 (19), Ferreira y cols., Brasil, 2019 (17), Cohen y cols., Estados Unidos, 2018 (23), obtuvieron 51,2%, 46,2%, 23,4%, respectivamente en categoría 2, siendo teóricamente definido este estadio en “negativa a malignidad pero con hallazgos benignos, además existe 0% de probabilidad de cáncer” (12). En cuanto al BIRADS 3, Ferreira y cols (17), Basha y cols. (22), Cohen y cols. (23), Ebubedike y cols. (19), Quiñones y cols. (18), concluyeron que el 46,2%, 38,6%, 23,4%, 16,3%, 12,5%, respectivamente correspondieron a esta categoría, traducida como: “probable benignidad pero que requiere control a 6 meses, así mismo existe un 2,24% probabilidades de cáncer” (12). El BIRADS 4, coincide con los resultados de Basha y cols. (22), Quiñones y cols. (18), Acosta y cols. (26), Ebubedike y cols. (19), Cohen y cols. (23), evidenciando según esta categoría “un resultado dudoso de malignidad y que se requiere confirmación histopatológica” (12).

CONCLUSIONES

- Los factores que se relacionaron con una mayor probabilidad de realización de mamografía como screening de cáncer de mama fueron: edad >50 años, instrucción superior y clase social alta.
- Los hallazgos más frecuentes relacionados con el léxico mamográfico fueron las masas y microcalcificaciones; en cuanto a la clasificación BIRADS la categoría 2, 3 y 4 fueron las de mayor prevalencia.
- La mamografía como método de screening confiable, por lo que es necesario realizarse esta prueba para poder detectar tempranamente cáncer de mama.

REFERENCIAS

1. Ramos Águila Y de la C, Marimón Torres ER, Crespo González C, Junco Sena B, Valiente Morejón W. Cáncer de mama, su caracterización epidemiológica. Rev Cienc Médicas Pinar Río [Internet]. 2015 [citado 4 de agosto de 2020];19(4):619-29. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942015000400006
2. Tenahua-Quitl I, Arrijoa-Morales G, Salazar-Peña MTL. Conocimiento, razones y mitos en estudiantes de enfermería sobre la autoexploración de mama. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc [Internet]. 2017 [citado 4 de agosto de 2020];25(2):5. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2017/eim172d.pdf>
3. Febles DG. Revisión de los beneficios del screening del cáncer de mama y análisis de las controversias. Rev Imagenol [Internet]. 2015 [citado 4 de agosto de 2020];19(1):9-18. Disponible en: https://www.webeir.org/revistavirtual/articulos/2016/4_noviembre/ur/febles_esp.pdf
4. Abugattas Saba J, Manrique Hinojosa J, Vidaurre Rojas T. Mamografía como instrumento de tamizaje en cáncer de mama. Rev Peru Ginecol Obstet [Internet]. 2015 [citado 4 de agosto de 2020];61(3):311-

9. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322015000300018.
5. **Instituto Nacional de Estadística y Biografía.** Estadísticas a propósito del día mundial contra el cáncer. 2018 [citado 4 de agosto de 2020];61(18). Disponible en: https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2018/cancer2018_nal.pdf
6. **Santibáñez Ramírez M, Símbala Delgado A, Valenzuela Núñez N, Morales Ojeda I, Gelabert Santané R, Santibáñez Ramírez M, et al.** Conocimiento del cáncer de mama en estudiantes de enfermería. *Cienc Enferm* [Internet]. 2019 [citado 4 de agosto de 2020];25:6. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532019000100205
7. **Sociedad de Lucha Contra el Cáncer Solca Núcleo de Cuenca.** Epidemiología del Cáncer en el Cantón Cuenca. 2015 [Internet]. [citado 4 de agosto de 2020]. Disponible en: <http://www.estadisticas.med.ec/Publicaciones/PUBLICACION-CU-2005-2009.pdf>.
8. **Moscoso N, Geri M, Arnaudo MF, Laço F, Moscoso N, Geri M, et al.** Eficiencia en el uso de mamógrafos públicos en una región de Argentina. *Rev Cuba Salud Pública* [Internet]. 2018 [citado 4 de agosto de 2020];44(1):123-40. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662018000100123.
9. **World Health Organization.** WHO position paper on mammography screening. [Internet]. 2015 [citado 4 de agosto de 2020]. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2015/Mammography-screening--WHO-Guideline.pdf>.
10. **González M.** Factores de riesgo, prevención y despistaje del cáncer de mama. *Rev Obstet Ginecol Venezuela* [Internet]. 2015 [citado 4 de agosto de 2020];75(2):75-80. Disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322015000200001.
11. **Alegría-Delgado D, Huamani-Navarro M.** Factores asociados a la toma de mamografía en mujeres peruanas: análisis de la Encuesta Demográfica de Salud Familiar, 2015. *An Fac Med* [Internet]. 2019 [citado 4 de agosto de 2020];80(3):327-31. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832019000300009.
12. **Arancibia Hernández PL, Taub Estrada T, López Pizarro A, Díaz Cisternas ML, Sáez Tapia C.** Calcificaciones mamarias: descripción y clasificación según la 5.a edición BI-RADS. *Rev Chil Radiol* [Internet]. 2016 [citado 4 de agosto de 2020];22(2):80-91. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-93082016000200009.
13. **Carmona-Torres JM, Cobo-Cuenca AI, Martín-Espinosa NM, Piriz-Campos RM, Laredo-Aguilera JA, Rodríguez-Borrego MA.** [Prevalence in the performance of mammographies in Spain: Analysis by Communities 2006-2014 and influencing factors]. *Aten Primaria* [Internet]. 2018 [citado 4 de agosto de 2020];50(4):228-37. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28732722/>.
14. **Hernández-Vásquez A, Chacón-Torrico H.** Use of mammography in Peruvian women: An analysis of the 2018 Demographic and Health Survey. *Medwave* [Internet]. 2019 [citado 4 de agosto de 2020];19(9):e7701. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31665129/>.
15. **Silva R de P, Gigante DP, Amorim MHC, Leite FMC.** Fatores associados à realização de mamografia em usuárias da atenção primária à saúde em Vitória, Espírito Santo. *Epidemiol E Serviços Saúde* [Internet]. 2019 [citado 4 de agosto de 2020];28(1). Disponible en: <https://www.scielosp.org/article/ress/2019.v28n1/e2018048/#>.
16. **Carey RN, El-Zaemey S.** Lifestyle and occupational factors associated with participation in breast mammography screening among Western Australian women. *J Med Screen* [Internet]. 2020 [citado 4 de agosto de 2020];27(2):77-84. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31581885/>.
17. **Ferreira VCC de S, Etchebehere ECS de C, Bevilacqua JLB, de Barros N.** Suspicious amorphous microcalcifications detected on full-field digital mammography: correlation with histopathology. *Radiol Bras* [Internet]. 2018 [citado 4 de agosto de 2020];51(2):87-94. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29743735/>.

18. **Quiñones LC, Delgado YR, Venegas C.** Caracterización de las lesiones no palpables de la mama. *Rev Habanera Cienc Médicas [Internet]*. 2015 [citado 4 de agosto de 2020]; 14(6):747-59. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/1804/180443507005.pdf>
19. **Ebubedike UR, Umeh EO, C Anyanwu SN.** Mammographic findings of breast cancer screening in patients with positive family history in South-East Nigeria. *Niger J Clin Pract [Internet]*. 2018 [citado 4 de agosto de 2020]; 21(6):801-6. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29888731/>
20. **Taskin F, Polat Y, Erdodu H, Soyder A.** Pregnancy-associated breast cancer: A review of 47 women. *Clin Imaging [Internet]*. 2019 [citado 4 de agosto de 2020]; 58:182-6. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31404824/>
21. **Martínez Miravete P, Extano J, Zalazar R.** Características de los tumores adicionales detectados en tomosíntesis de mama: nuestra experiencia. *Rev Senol Patol Mamar [Internet]*. 2015 [citado 4 de agosto de 2020]; 28(1):11-6. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S021415821400083>.
22. **Basha MAA, Safwat HK, Alaa Eldin AM, Dawoud HA, Hassanin AM.** The added value of digital breast tomosynthesis in improving diagnostic performance of BI-RADS categorization of mammographically indeterminate breast lesions. *Insights Imaging [Internet]*. 2020 [citado 4 de agosto de 2020]; 11(1):26. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32060736/>.
23. **Cohen EO, Tso HH, Phalak KA, Mayo RC, Leung JWT.** Screening Mammography Findings from One Standard Projection Only in the Era of Full-Field Digital Mammography and Digital Breast Tomosynthesis. *AJR Am J Roentgenol [Internet]*. 2018 [citado 4 de agosto de 2020]; 211(2):445-51. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29792742/>.
24. **Navarro ME, Razmilic D, Araos I, Rodrigo A, Andia ME.** [Contrast-enhanced spectral mammography. Experience in 465 examinations]. *Rev Med Chil [Internet]*. 2018 [citado 4 de agosto de 2020]; 146(2):141-9. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29999149/>.
25. **González V, Cano Y, Ardiles V.** Asimetrías en desarrollo. Una búsqueda para el diagnóstico precoz del cáncer de mama. *Revista Argentina de Mastología [Internet]*. 2018 [citado 20 de agosto de 2020]; 37(134):56-68. Disponible en: https://www.revistasamas.org.ar/revistas/2018_v37_n134/08.pdf.
26. **Acosta-Martínez M, Karchmer-Krivitzky S, Melgar-Barriga G, Molinar-Horcasitas ML, Garza-Arrieta J.** [Mammographic and ultrasonographic BIRADS classification and its correlation with histopathologic findings]. *Ginecol Obstet Mex [Internet]*. 2016 [citado 4 de agosto de 2020]; 84(3):136-42. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27424439/>.

PEDIATRÍA (PED)

PED-01. DUPLICACIÓN RECTAL POSTERIOR EN PACIENTE PEDIÁTRICO, UNA CONDICIÓN INFRECUENTE: A PROPÓSITO DE UN CASO.

(Posterior Rectal Duplication in a Pediatric Patient, an infrequent condition: Case Report)

*Sergio Miguel Salinas Cabrera¹,
María Belén Maldonado Muñoz²,
Katia Vives Carmona³, Lizette Espinosa
Martín⁴*

¹Cirujano Pediátrico. Docente de la Universidad Católica de Cuenca – Ecuador.

²Servicio de Cirugía Pediátrica – Hospital José Carrasco Arteaga. Cuenca - Ecuador.

³Cirujana plástica. Docente de la Universidad Católica de Cuenca – Ecuador.

⁴Especialista de Medicina interna. Docente de la Universidad Católica de Cuenca – Ecuador.

sergiosalinas2ks@gmail.com

RESUMEN

Introducción: Las duplicaciones del tracto gastrointestinal son malformaciones congénitas poco usuales, que pueden implicar desde la base de la lengua hasta el orificio anal, se presentan con mayor frecuencia a nivel del íleon (22%) y en menor proporción a nivel rectal (5%). En la actualidad existen menos de 100 reportes de duplicidad rectal en la literatura mundial. La anorrectoplastia sagital posterior (técnica de Peña) es la vía de abordaje estándar para corregir las malformaciones anorrectales con un alto porcentaje de resolución. **Caso Clínico:** Paciente femenina de 3 años de edad que acudió a consulta por la presencia de doble orificio perineal. Se realizó estudio de contraste y por el orificio anal posterior (ectópico) se observó trayecto que terminaba en fondo de saco de ciego, sin paso hacia ampolla rectal, con una longitud de 3.3 centímetros aproximadamente. Al administrar contraste por el orificio anterior (correspondiente al orificio anal verdadero), se descartó comunicación con el trayecto ectópico. **Evolución:** Se efectuó cirugía correctiva del defecto mediante una anorrectoplastia sagital posterior mínima (Técnica de Peña), no se presentaron complicaciones intra o postoperatorias. Fue dada de alta con una evolución favorable. El resultado de patología confirmó el diagnóstico, siendo compatible con una duplicidad rectal tubular. **Conclusiones:** La duplicación rectal es una patología infrecuente que en general suele ser asintomática. La histopatología es confirmatoria y el abordaje sagital posterior es útil solo cuando la longitud del colon distal es adecuada.

Palabras clave: malformaciones anorrectales; cirugía colorrectal; pediatría; anomalía congénita.

ABSTRACT

Background: Duplications of the gastrointestinal tract are unusual congenital malformations of congenital origin that can

imply from the base of the tongue to the anal canal, being observed more frequently at the ileum level (22%) and to a lesser extent at the rectal level with a 5%. Currently there are less than 100 reports in the world of rectal duplicity literature, with a predominance in the pediatric population, being infrequent in adulthood. The posterior sagittal atrophy (Peña technique) is the standard approach for anorectal malformations with a high percentage of resolution. **Case report:** We present the case of a 3-year-old girl who came to the clinic for the presence of a double perineal orifice. A contrast study was carried out and through the posterior anal orifice (ectopic) a pathway ending in the bottom of the caecum sac was observed, without passing to the rectal ampulla, with a length of approximately 3.3cm. Through the anterior hole corresponding to the anal orifice, evidence of communication between them and concomitant congenital malformations is ruled out. **Evolution:** The patient is admitted and corrective surgery of the defect is planned, with a minimum posterior sagittal anorectoplasty, Peña technique. The procedure is performed without complications and is discharged with a favorable evolution. The result of pathology confirms the diagnosis, being compatible with a tubular rectal duplicity. **Conclusion:** Rectal duplication is an infrequent pathology that is usually asymptomatic. The histopathology is confirmatory and the posterior sagittal approach is useful only when the length of the distal colon is adequate.

Key words: anorectal malformations; colorectal surgery; pediatrics; congenital abnormalities.

INTRODUCCIÓN

La duplicación rectal (DR) es una malformación congénita que presume su etiología en un trastorno en la diferenciación celular caudal alrededor de los días 23-25 de gestación, reflejando una afección en la cual las estructuras resultantes de la notocorda y la cloaca son duplicadas en distintos gra-

dos (1,2). En la literatura, se evidencia que las duplicaciones intestinales son malformaciones muy raras, siendo las rectales las más infrecuentes; a pesar de que los primeros reportes de esta patología datan desde el año 1885 descritas por Middeldorf, en la literatura actual solo se han descrito experiencias anecdóticas (3,4).

Ladd y Gross plantean que una duplicación del tubo o tracto digestivo, debe presentar tres elementos claves para ser considerada como verdadera: continuidad o contigüidad con el tubo digestivo normal, presencia de dos capas musculares y una mucosa intestinal normal (3).

De manera general las DR son posteriores y pueden ser clasificadas como: tipo I, quísticas y tipo II, tubulares; las tipo I son las más habituales (90%) y no presentan comunicación con el recto, las tipo II se subdividen, en (II-A) las que terminan en un fondo de saco ciego y las que comunican con el recto y presentan una fístula (II-B); las asociadas con fístulas que comunican hacia el periné (II-C) y las de quistes múltiples (II-D) (5).

Luego del diagnóstico de las malformaciones anorrectales (MAR) resolverlas es la prioridad; antes de que en el año 1982 los Dres Peña y de Vries describieran la anorrectoplastia sagital posterior, pero desde el 1953, ya éstas se corregían por vía perineal las de ubicación baja. Las MAR que se localizaban en el tracto digestivo a nivel intermedio y alto se abordaban por vía abdominoperineal, estas a pesar de que corregían las alteraciones propias de las malformaciones era agresivas, por lo que la descripción de la nueva técnica desde el 1982 por Peña y De Vries fue un proceder quirúrgico innovador en las intervenciones para los niños ya que permite mejor abordaje porque la anatomía es más visible, lo que facilitó que el cirujano apoyado en la estimulación eléctrica que permite utilizar todo el grupo de músculos esfinterianos de la zona perineal, como son el haz puborrectal del músculo elevador del ano y el esfínter externo lo que facilita crear un nuevo orificio anal. En sentido general se

describe una gran satisfacción por parte de los cirujanos pediátricos con el uso de esta técnica ya que facilita el abordaje anatómico, la consideran menos agresiva con resultados funcionales y estéticos superiores a las usadas anteriormente (6).

CASO CLÍNICO

Niña de 3 años de edad, con antecedentes de salud, llevada a consulta médica por la presencia, como hallazgo casual, de doble orificio perineal, los padres no recuerdan sintomatología asociada a esta malformación. Niegan quejas de dolor, infección, la presencia de masas o salida de material por el orificio posterior (ectópico).

Al examen físico niña eutrófica con desarrollo psicomotor acorde a su edad, sexo y raza. El examen físico general, regional, por aparatos y sistemas excepto digestivo normales. Al examen del aparato digestivo de la región perineal, se observó doble orificio anorrectal (Fig. 1).

Atendiendo a este hallazgo se decide internar para realizar estudios diagnósticos y tratamiento corrector. Se realizó colon por enema administrando contraste a través del defecto; lo que arrojó como resultado que, por el orificio anal posterior, se observó trayecto que terminaba en fondo de saco de ciego, sin paso hacia ampolla rectal, con una longitud de 3.3 centímetros aproximadamente. Al administrar contraste por el orificio anterior (correspondiente al orificio anal verdadero), se descartó comunicación con el trayecto ectópico y malformaciones concomitantes (Fig. 2).

Con este resultado se planificó cirugía correctiva de la malformación, con una anorrectoplastia sagital posterior mínima tipo Peña. La intervención comenzó con la colocación de un catéter Foley en la vejiga, se expuso el periné ubicando a la niña en decúbito prono con la pelvis elevada. Se realizó una incisión mediana siguiendo el surco interglúteo; empleando la guía de electroestimulación del complejo esfinte-



Fig. 1. Doble orificio perineal prequirúrgico.



Fig. 2. Estudio de contraste que evidencia duplicidad rectal.

riano se pudo conservar la simetría en la sección y disección de los delicados planos musculares (Figs. 3-5). El procedimiento se realizó sin complicaciones y fue dada de alta a los siete días de la cirugía con una evolución favorable.

La pieza reseca fue enviada para estudio al departamento de patología y la histopatología mostró como resultado una pared de intestino grueso con edema, congestión vascular y hemorragia transmural, los plexos y neuronas de la submucosa y muscular estaban preservados. Con diagnóstico de una duplicidad rectal tubular (Fig. 6).

En la cita de control se realizó un nuevo colon por enema con buena funcionalidad rectal y sin la presencia de fístulas.



Fig. 3. Anorectoplastia sagital posterior mínima con técnica de peña (transoperatorio).

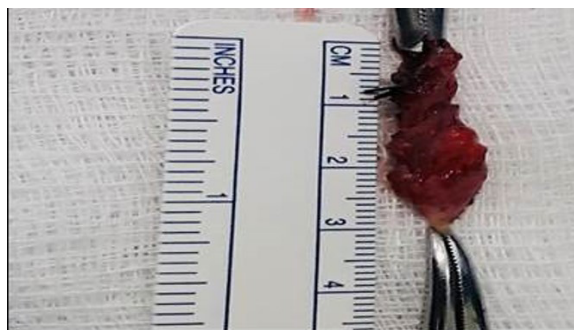


Fig. 4. Pieza quirúrgica.



Fig. 5. Resultado quirúrgico (posoperatorio).

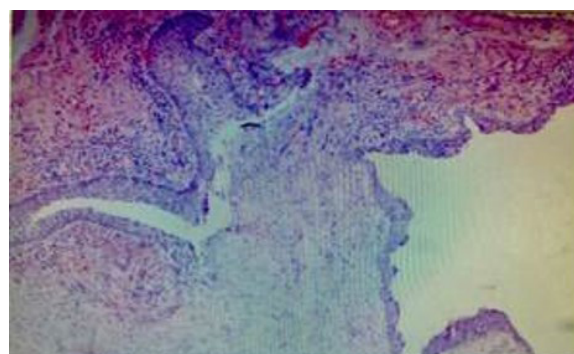


Fig. 6. Histología de la pieza quirúrgica.

DISCUSIÓN

Como se recoge en la bibliografía a nivel mundial estas malformaciones son muy poco frecuentes e inusuales; en el recto alcanzan una frecuencia menor al 5%; siendo de dos tipos: tubulares y quísticas, las tubulares dan el aspecto de “doble cañón de escopeta”, bien sea en el colon o en el recto, pero las duplicaciones quísticas presentan un aspecto sacular similar a los divertículos de gran tamaño (1,5,6). La ubicación puede presentarse anterior o posterior en relación con el recto normal (7). La variedad quística es más común y en el 90% de los casos no se comunica con el recto original.

El caso descrito fue extremadamente raro; una variedad posterior, tubular e independiente al recto, confirmado por histología. La presentación clínica en ellos es variable y obedece tanto de la ubicación que presente (anterior o posterior), como de su tamaño, o la presencia o no de complicaciones asociadas. En su gran mayoría son asintomáticos y el diagnóstico es tardío, cuando manifiestan sintomatología, suelen tener un orificio externo, tal y como fue la presentación de este caso, sin embargo en la paciente no hubo ningún tipo de manifestación, como la presencia de masas rectales, fístulas u otros síntomas compresivos que puedan presentarse, ya sean estreñimiento, dolor lumbar, obstrucción intestinal, disuria, dolor suprapúbico, retención urinaria, infección o sangrado transanal secundario a mucosa gástrica ectópica (7).

El diagnóstico se realiza con un examen proctológico prolijo que implica la inspección perineal, tacto rectal, anoscopía y rectosigmoidoscopia; complementando siempre con examen vaginal. El diagnóstico definitivo se corrobora mediante colon por enema, tomografía axial computada y actualmente el uso de imagen por resonancia magnética ha sido fuertemente avalado (8-10). En este caso se le solicitó a la paciente el estudio colon por enema pre quirúrgico, que permitió confirmar el diagnóstico, ubicar la lesión

y descartar otras malformaciones asociadas. El diagnóstico diferencial debe estar encaminado a descartar otras afecciones del espacio retrorrectal o presacro. El meningocele sacro anterior, quiste dermoide, teratoma, y cordoma pueden simular una DR de tipo quístico en imágenes radiológicas.

El tratamiento definitivo de la DR es quirúrgico, obedeciendo a la particularidad de cada caso se realizará la técnica en función de las manifestaciones asociadas (urina-rios, ginecológicos o neurológicos). Resulta importante tener en consideración que estas malformaciones están en íntima relación con un segmento intestinal y por ende compartirán un mismo riego sanguíneo, incluso parte de la pared rectal, por lo que separarlos preservando la pared intestinal o rectal resulta casi imposible, recomendándose de manera general, la resección en bloque (11).

La resección quirúrgica total es necesaria para tratar los síntomas y evitar las complicaciones infecciosas o las consecuencias de la mucosa ectópica. El proceder quirúrgico depende del sitio, de la magnitud de la lesión y las anomalías asociadas a cada caso. Las opciones disponibles son: el abordaje sagital posterior, transanal, transcoccígeo y el abordaje abdominal anterior; el primero es el más utilizado ya que permite la corrección de fístulas si existen y mantiene intacta la anatomía de la continencia (12-14). En este caso clínico, la anorrectoplastia sagital posterior o técnica de Peña resultó factible, ya que permitió una visualización correcta de la anatomía, menos agresión durante la intervención, con mejores resultados funcionales y estéticos.

CONCLUSIONES

Las duplicaciones rectales son malformaciones congénitas poco frecuentes y el diagnóstico se realiza mediante colon por enema, tomografía axial computada y actualmente el uso de imagen por resonancia magnética ha sido fuertemente avalado y se corrobora de forma definitiva con la histo-

patología. Tienen corrección quirúrgica, que es la anorrectoplastia sagital posterior (técnica de Peña) es la vía de abordaje estándar para las malformaciones anorrectales con un alto porcentaje de resolución.

RECOMENDACIONES

Se sugiere que dentro del abordaje inicial de duplicidad rectal siempre se descarten malformaciones concomitantes, al ser una patología infrecuente, se sugiere tener presente en el diagnóstico diferencial de malformaciones anorrectales en los niños con una entidad. Condiciones que fueron consideradas en la paciente atendida.

REFERENCIAS

1. **Ramirez-Resendiz A, Asz J, Medina-Vega FA, Ortega-Salgado JA.** Anterior colorectal duplication presenting as rectal prolapse. *Pediatr Surg Int.* 2007; 23(9):919-921.
2. **Stern LE, Warner BW.** Gastrointestinal duplications. *Semin Pediatr Surg* 2000;9(3):135-140.
3. **Ladd WE, Gross RE.** Surgical treatment of duplications of the alimentary tract, enterogenous cysts, enteric cysts, or ileum duplex. *Surg Gynecol Obs* 1940; 70:221-245.
4. **Craigie RJ, Abbaraju JS, Ba'ath ME, Turnock RR, Baillie CT.** Anorectal malformation with tubular hindgut duplication. *J Pediatr Surg* 2006;41(6):e31-4.
5. **Santos-Jasso KA, Ruíz-Montañez A, Vidales-Nieto E, de la Torre-Mondragón L.** Asociación de malformación anorrectal con duplicaciones anales y rectales. *Acta pediátrica de México* 2014; 35(4): 295-301.
6. **Gil-Vernet JM, Asensio M, Marhuenda C, Broto J, Wayar A.** Diecinueve años de anorrectoplastia sagital posterior como tratamiento de la malformación anorrectal [Nineteen years experience with posterior sagittal anorectoplasty as a treatment of anorectal malformation]. *Cir Pediatr* 2001;14(3):108-111.
7. **Khanna K, Yadav DK, Khanna V, Acharya SK.** Surgical surprise during Posterior Sagittal Anorectoplasty: A Rectal Duplication. *J Indian Assoc Pediatr Surg* 2019; 24(2):147-149.
8. **Pampal A, Ozbayoglu A, Kaya C, Pehlivan Y, Poyraz A, Ozen IO, Percin FE, Demirogullari B.** Rectal duplications accompanying rectovestibular fistula: report of two cases. *Pediatr Int* 2013;55(4):e86-9.
9. **Amjadi K, Poenaru D, Soboleski D, Hurlbut D, Kamal I.** Anterior rectal duplication: a diagnostic challenge. *J Pediatr Surg* 2000;35(4):613-614.
10. **Stringer MD, Spitz L, Abel R, Kiely E, Drake DP, Agrawal M, Stark Y, Brereton RJ.** Management of alimentary tract duplication in children. *Br J Surg* 1995;82(1):74-78.
11. **Lisi G, Illiceto MT, Rossi C.** Anal Canal duplication a retrospective analysis of 12 cases from two European pediatric surgical departments. *Pediatr Surg Int* 2006; 22:967-973.
12. **Rodríguez-Cabrera J, Villanueva-Sáenz E, Bolaños-Badillo L.** Duplicación rectal anterior en paciente adulto: informe de un caso. *Rev Gastroenterol Mex* 2009; 74(1): 200.
13. **Balaji DK, Basavaraju M.** Incidentally found rectal duplication during surgery for rectovestibular fistula and its management. *J Indian Assoc Pediatr Surg* 2015;20:48-50.
14. **Jackson KL, Peche WJ, Rollins MD.** An unusual presentation of a rectal duplication cyst. *Int J Surg Case Rep* 2012;3:314- 315.

PED-02. FACTORES ASOCIADOS AL CONOCIMIENTO DE CONTROL PRENATAL EN UNIDADES ASISTENCIALES DE SUCÚA.

(Factors associated with knowledge of prenatal control in care units of sucúa)

*Kevin Alexander Nugra Segarra¹,
Carlos Eduardo Pachar Vizueté¹,
Rocío del Carmen Parra Pérez^{1,2},
Mariana Alexandra Martínez Ortiz²,
Edison Gustavo Moyano Brito²*

¹Licenciada/o en Enfermería.

²Docente de la Carrera de Enfermería de la Universidad Católica de Cuenca.
emoyanob@ucacue.edu.ec

RESUMEN

En Ecuador se aplica el Modelo de Atención Integral de Salud, Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI) donde se realizan acciones de promoción y prevención en el embarazo, con una participación activa de educación en temas de control prenatal dirigido a mujeres de distinta condición sociocultural, utilizando las distintas fases y herramientas para identificar factores asociados a un control inadecuado, contribuyendo a evitar y disminuir la morbimortalidad de madre e hijo. **Objetivo:** Establecer los factores asociados al conocimiento sobre control prenatal en los usuarios que asisten a los centros de salud de Sucúa. **Metodología:** Estudio cuantitativo, de alcance correlacional. La técnica empleada fue una encuesta, este instrumento (modificado) está basado en la medición de Azcarate, E. et al, realizado en México, el contenido del instrumento está acorde a la “Guía práctica clínica de control prenatal” y la Norma técnica “Educación Prenatal” contiene 15 preguntas sobre control prenatal con respuestas de tres alternativas, el mismo fue validado por expertos en el tema. Muestra: Conformada por 237 mujeres embarazadas que asisten a los centros de salud de Sucúa. **Resultados:** Se logró constatar que el nivel de conocimiento sobre control prenatal en las gestantes de Sucúa 51,5% fue alto y 48,5% bajo. **Conclusiones:** Los factores reales asociados al conocimiento sobre control prenatal fueron: zona de residencia (Exp: 1,958) y tiempo de traslado hacia la unidad operativa (Exp: 5,273).

Palabras clave: control prenatal; conocimiento; educación para la salud; embarazo; factores asociados.

ABSTRACT

In Ecuador, the Comprehensive Health, Family, Community and Intercultural Care Model (MAIS-FCI) is applied where promotion and prevention actions are carried out in pregnancy, with an active participation in

education on prenatal control issues, to women of different sociocultural condition, using the different phases and tools to identify factors associated with inadequate control; helping to avoid and reduce the morbidity and mortality of mother and child. **Objective:** To establish the factors associated with knowledge about prenatal control in users who attend Sucúa's health centers. **Methodology:** Quantitative study, correlational scope. The technique used was a survey, this instrument (modified) is based on the measurement of Azcarate, E. et al, carried out in Mexico, the content of the instrument is in accordance with the “Clinical Practice Guide for Prenatal Control” and the Technical Standard “Prenatal Education” contains 15 questions on prenatal control with answers of three alternatives, it was validated by experts on the subject. Sample: Made up of 237 pregnant women who attend health centers in Sucúa. **Results:** It was possible to verify that the level of knowledge about prenatal control in pregnant women from Sucúa is high with 51.5% and low with 48.5%. **Conclusions:** The real factors associated with knowledge about prenatal control were: area of residence (Exp: 1,958) and travel time to the operating unit (Exp: 5,273).

Key words: prenatal control; knowledge; health education; pregnancy; associated factors.

INTRODUCCIÓN

La atención prenatal está encaminada a realizar un conjunto de acciones para promover, prevenir, diagnosticar y tratar factores de riesgo maternos, con el propósito de disminuir la morbi-mortalidad materna y neonatal, por esta razón el personal de salud se capacita para brindar un adecuada educación prenatal a la embarazada abarcando temas de nutrición, ejercicios prenatales, inmunización, complicaciones obstétricas, entre otros; a pesar de la labor que el personal sanitario realiza, se sigue observando una disminución en el conocimiento prenatal (1).

A nivel mundial solo en el año 2015 fallecieron 303.000 mujeres complicaciones maternas y 2,7 millones de niños fallecieron en sus primeros 28 días de vida, solo el 64% de las mujeres recibieron cuatro o más controles durante su embarazo (2), en México en el año 2015 se observó que la implementación de nuevas estrategia educativas logran un gran incremento control prenatal dirigido a embarazadas aplicando técnicas de participación como talleres, lluvia de ideas, entre otros; en la evaluación inicial el 52,5% de las gestantes alcanzaron un buen conocimiento, posterior a la aplicación de la estrategia educativa se consiguió el incremento del nivel de conocimiento, y el 95% obtuvo un buen conocimiento (3).

Evaluar el conocimiento es de gran importancia para observar la prevalencia que existe entre las gestantes y lograr mejorar la educación que brindan el personal de salud. En Bangladesh señalaron que solo el 26% de las embarazadas tenían buen conocimiento de complicaciones maternas (4); en México fue valorado el conocimientos de alarmas obstétricas y 72,3% de la mujeres tenían un conocimiento medio de los signos de alarma (5), al aplicar una evaluación inicial del conocimiento mostró que 52,5% de las gestantes mostró buen conocimiento, posterior a la aplicación de una estrategia educativa, el 95% alcanzó un buen conocimiento, de ésta manera se comprueba que evaluar el conocimiento es fundamental para mejorar las estrategias de educación y, lograr que un embarazo llegue a su término de forma satisfactoria.

Diversos factores sociodemográficos podrían alterar el nivel de conocimiento de cada paciente como: edad, nivel de escolaridad, etnia, nivel de ingresos familiar, ubicación geográfica, tiempo de traslado y número de embarazos. Varias investigaciones muestran diferencias en cuanto a factores prenatales en grupos etarios; en México observaron que el 20% de las madres eran menores de 20 años, su temprana paridad acarrea problemas sociales en el adolescen-

te que posteriormente se ven reflejados en sus controles prenatales (6). En Colombia identificaron que la mayoría de embarazadas tenía entre 17 y 18 años de edad, de las mismas el 60% tenían al menos una alteración nutricional (7), además observaron que las madres de 13 a 19 años no tuvieron adherencia al control prenatal, lo cual se asoció con aumento de riesgo de prematuridad y mortalidad neonatal (8).

De igual manera en Ecuador, aplicado en centros de salud de la costa, sierra y oriente amazónico, emplearon un análisis bivariado en el análisis de la utilización de los servicios de salud, en este se observó que el grupo con mayor posibilidad de asistir al menos a un control prenatal eran de etnia mestiza, y la que tenía menos posibilidad eran mujeres multigesta, en cuanto a la asistencia de al menos cuatro controles prenatales quienes tenían mayor posibilidad de asistencia eran mujeres con un alto nivel de educación y etnia mestiza; para comprobar la relación entre las variables ejecutaron un análisis multivariado obteniendo como resultado que, haber tenido gestaciones previas se mantenía como un factor de riesgo para la inasistencia a los controles (OR: 0,72), y en cuanto al alto nivel de educación (OR: 1,99) y la etnia mestiza o blanca (OR: 2,59), permanecían con una mayor posibilidad de asistencia (10).

Obviar que existen elementos o factores asociados con un mal control prenatal, provoca que médicos y enfermeras no brinden información de manera correcta. Al prestar debida atención en dichos factores el personal de salud lograría realizar planes educativos que sean fructíferos sobre la educación prenatal, trabajar en los factores que impiden una captación correcta de la información haría que los sistemas de salud prenatal trabajen de una manera más eficiente.

Dada la situación antes mencionada el presente estudio tiene como objetivo Establecer los factores asociados al conocimiento sobre control prenatal en los usuarios que asisten a los centros de salud de Sucúa.

MATERIALES Y MÉTODO

La presente investigación tiene un enfoque cuantitativo de alcance correlacional y de corte transversal, se tomó una población finita de 620 gestantes que asisten a los centros de salud de Sucúa, se realizó un cálculo muestral para población finita obteniendo una muestra de 237 participantes con una estimación del 10% de pérdidas conformándose una muestra final de 260 participantes, se aplicó un muestreo aleatorio simple.

Se incluyeron en el estudio mujeres que hayan firmado el consentimiento informado, en caso de ser menor de edad previa firma del asentimiento y consentimiento informado, excluyendo a mujeres que hayan culminado su embarazo, ya sea, por aborto o trabajo de parto.

El instrumento de la presente investigación estuvo dividido en dos partes, la primera parte ayudó a obtener datos sobre los factores sociodemográficos para posteriormente asociarlos con el conocimiento sobre control prenatal, la segunda parte de este instrumento es sobre conocimientos de control prenatal cuya estructura (modificada) está basada en el instrumento de medición, realizado en México, en el año 2015 (11), consta de 15 preguntas sobre el conocimiento de control prenatal con respuestas de tres alternativas, además se verificó que el contenido del instrumento estuviese acorde a la “Guía de Práctica Clínica de Control Prenatal” del Ministerio de Salud Pública (12) y la Norma Técnica “Educación Prenatal” del Ecuador; se clasificó el conocimiento como bajo y alto según el método de puntuaciones estandarizadas mediante la fórmula: $z_x = \frac{x - \bar{X}}{s_x}$ tomando como referencia la media estadística.

El presente instrumento fue validado por expertos en el tema con formación de cuarto nivel, con mínimo cinco años en atención primaria en salud y se sometió a razón de validez de contenido $IVC = \frac{n_c - N/2}{N/2}$ mediante la fórmula de Lawshe, C:

Luego de la recolección de la información los datos fueron ingresados en Excel

2017, los análisis estadísticos se realizaron en SPSS V15. Las variables cuantitativas continuas se analizaron en base a medidas de tendencia central, las variables cuantitativas discretas se analizaron con medidas de frecuencia y porcentaje. Para encontrar la relación entre los factores de estudio y el nivel de conocimiento se aplicó el estadístico Chi cuadrado, estableciendo un nivel de significancia $p: \leq 0,05$ los datos obtenidos se verificaron mediante una regresión logística para obtener los resultados de asociación reales.

RESULTADOS

Cada variable fue dicotomizada para una mejor tabulación e interpretación de los datos obtenidos.

En cuanto a la variable edad se observó que hay un predominio del grupo mayor de 20 años de edad sobre los menores de 20 años, por su parte la mayoría de las gestantes indicaron que tardan menos de 45 minutos en llegar a la unidad operativa, así mismo en el ingreso económico familiar la mayor frecuencia fue un ingreso medio bajo, la zona rural es la que más gestantes alberga y finalmente la instrucción básica es la que prevalece entre las participantes (Tabla I).

En la clasificación del conocimiento mediante la escala clasificación, una media estadística categorizando como conocimiento alto – bajo para una mejor interpretación de los resultados. En la población de estudio se encontró un predominio del conocimiento alto (Tabla II).

En el análisis de relación entre la escolaridad con el nivel de conocimiento se observó que existe una relación estadística significativa débil entre las variables con un coeficiente de correlación $r: 0,135$ ($p: 0,038$), en cuanto a la relación con la zona de residencia y tiempo de traslado a la unidad operativa se obtuvieron valores de correlación significativos débiles de $r: 0,226$ ($p: 0,001$) $r: 0,303$ ($p: 0,0001$) respectivamente. Para las demás variables no se observó relación estadística significativa (Tabla III).

TABLA I
DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN
VARIABLES SOCIALES – DEMOGRÁFICAS
Y ECONÓMICAS.

Variable	Frecuencia N	Porcentaje %
Edad		
≤ 20 años de edad	80	33,8
>20 años de edad	157	66,2
Tiempo de traslado a la unidad		
> 45 min	37	15,6
< 45 min	200	84,4
Zona de residencia		
Rural	142	59,9
Urbano	95	40,1
Escolaridad		
Inferior a 10 años	32	13,5
10 años o mas	205	86,5
Ingreso económico familiar		
Medio-Bajo	156	65,8
Medio-Alto	81	34,2

TABLA II
NIVEL DE CONOCIMIENTO DE CONTROL
PRENATAL DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO.

Variable	Frecuencia N	Porcentaje %
Conocimiento sobre control prenatal*		
Conocimiento alto (>13 puntos)	122	51,5
Conocimiento bajo (≤13 puntos)	115	48,5

TABLA III
ANÁLISIS DE LA CORRELACIÓN ENTRE
LAS VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y
CONOCIMIENTO SOBRE CONTROL PRENATAL.

Variable	Nivel de conocimiento	
	p	Coficiente de correlación (CC)
Edad	0,746	0,021
Etnia	0,283	0,070
Escolaridad	0,038	0,135
Ingreso económico familiar	0,366	0,059
Zona de residencia	0,001	0,226
Tiempo de traslado a la unidad operativa	0,0001	0,303
Número de embarazos	0,430	-0,051

Para la obtención de riesgo se agrupó cada variable en dos categorías, se observó que las variables escolaridad y zona de residencia son factores de riesgo (OR: >1) con asociación significativa (p: <0,05), en cambio la edad y la etnia en algunas ocasiones son factores de protectores para una disminución del conocimiento sobre control prenatal (p: >0,005) como se expresa en la Tabla IV.

En el siguiente análisis estadístico se observó que el tiempo de traslado hacia la unidad operativa es un factor de riesgo (OR: 7,135) teniendo una asociación significativa (p: 0,000), por otra parte al observar los intervalos de confianza, el ingreso económico familiar en ocasiones es un factor de protector, esta asociación no fue significativa (p: >0,005); y para el número de embarazos previos el valor (OR= 0,812) indica que es un factor protector para la disminución del conocimiento sobre control prenatal pero su asociación no es significativa (p: 0,429).

TABLA IV
ANÁLISIS DE ASOCIACIÓN ENTRE FACTORES DE RIESGO SOCIALES – DEMOGRÁFICAS,
ECONÓMICAS Y EL CONOCIMIENTO DE CONTROL PRENATAL.

VARIABLES	Conocimiento Bajo N (%)	Conocimiento Alto N (%)	OR	Intervalos de confianza (Inferior – Superior)	p
Edad					
≤20 años de edad	40 (16,9)	40 (16,9)	1,093	0,638 – 1,874	0,745
>20 años de edad	75 (31,6)	82 (34,6)			
Etnia					
Indígena	66 (28)	61 (25,8)	1,325	0,793 – 2,214	0,282
Mestiza	49 (20,8)	60 (25,4)			
Escolaridad					
≤10 años de estudio	21 (8,9)	11 (4,6)	2,254	1,034 – 4,915	0,037
>10 años de estudio	94 (39,7)	111 (46,8)			
Zona de residencia					
Rural	82 (34,6)	60 (25,3)	2,568	1,500 – 4,397	0,001
Urbana	33 (13,9)	62 (26,2)			

TABLA V
ANÁLISIS DE ASOCIACIÓN ENTRE FACTORES DE RIESGO CULTURALES Y DE CONTROL
PRENATAL CON EL CONOCIMIENTO DE CONTROL PRENATAL.

VARIABLES	Conocimiento Bajo N (%)	Conocimiento Alto N (%)	OR	Intervalos de confianza (Inferior – Superior)	p
Ingreso económico familiar					
Ingreso medio-bajo	79 (33,3)	77 (32,5)	1,282	0,748 – 2,199	0,365
Ingreso medio-alto	36 (15,2)	45 (19)			
Tiempo de traslado hacia la unidad operativa					
>45 min	31 (13,2)	6 (2,5)	7,135	2,849 – 17,871	0,000
≤45 min	84 (35,4)	116 (48,9)			
Número de embarazos previos					
Primigesta	46 (19,4)	55 (23,2)	0,812	0,485 – 1,361	0,429
Multigesta	69 (29,1)	67 (28,3)			

En la Tabla VI se observó que no existe diferencia estadística significativa en los promedios del nivel de conocimiento entre los grupos de contraste, de acuerdo con las variables edad ($p=0,877$) y número de em-

barazos previos ($p=0,39$), resultados que indican que los niveles de conocimiento no son diferentes con relación a las variables de estudio.

TABLA VI
ANÁLISIS DE DIFERENCIA ENTRE LAS VARIABLES EDAD Y NÚMERO DE EMBARAZO
CON EL CONOCIMIENTO SOBRE CONTROL PRENATAL.

VARIABLES	Conocimiento bajo Promedio (DS)	Conocimiento alto Promedio (DS)	T de student	p
Edad	24,45 (6,73)	24,58 (6,18)	0,155	0,877
Número de embarazos previos	1,02 (1,07)	0,75 (0,87)	-2,072	0,39

TABLA VII
REGRESIÓN LOGÍSTICA SIMPLE DE LAS VARIABLES RELACIONADAS AL CONOCIMIENTO
DE CONTROL PRENATAL.

Variable	B	Error estándar	Wald	Gf	p	Exp(B)
Edad	0,023	0,376	0,004	1	0,953	1,023
Etnia	-0,137	0,324	0,178	1	0,673	0,872
Escolaridad	0,323	0,442	0,534	1	0,465	1,381
Zona de residencia	0,672	0,326	4,252	1	0,039	1,958
Ingreso económico familiar	-0,211	0,354	0,353	1	0,552	0,810
Tiempo de traslado	1,663	0,500	11,042	1	0,001	5,273
Número de embarazos previos	-0,132	0,351	0,141	1	0,707	0,877
Constante	-0,461	0,282	2,665	1	0,103	0,631

De acuerdo con el modelo de regresión logística se observó asociación estadística del conocimiento sobre control prenatal con la zona de residencia Exp: 1,958 ($p= 0,039$) y el tiempo de traslado hacia la unidad operativa Exp: 5,273 ($p= 0,001$).

DISCUSIÓN

Una nueva estrategia educativa de control prenatal para mejorar el conocimiento de control prenatal en gestantes, antes de implementar la estrategia, fue aplicado un pretest donde el 52,5% de los participantes obtuvo un puntaje alto; luego de la estrategia fue evaluado el conocimiento impartido y el 95% de las gestantes obtuvo un conocimiento alto. En un estudio que se realizó en Cuba para determinar el efecto de un programa modificado de maternidad en el cual en su pretest el 47,33% de las participantes obtuvo un conocimiento adecuado, luego

de la aplicación del programa el 69,16% del conocimiento fue adecuado (13). Los hallazgos de la presente investigación revelaron que el nivel de conocimiento de embarazadas que asisten a los centros de salud pertenecientes al Cantón Sucúa donde el 51,5% obtuvo un nivel de conocimiento alto, siendo este resultado similar al pretest realizado en otros estudios, la cual permitiría al personal de salud crear un nuevo enfoque en la atención prenatal para mejorar el nivel de conocimiento de las embarazadas.

Varias investigaciones corroboran que existen determinantes o factores que condicionan la asistencia a los controles prenatales, y a la vez tienen asociación con el nivel de conocimiento. Se realizó un estudio sobre conocimiento de atención prenatal, el mismo arrojó como resultado en que la edad de las participantes no está asociado al bajo nivel de conocimiento de control prena-

tal ($p=0.327$) (14), ya que la edad igual o menor a 20 años no presentó asociación con el bajo nivel de conocimiento ($p=0,953$), por otra parte, en su investigación observó que las mujeres mayores a 20 años tienen asociación con el bajo conocimiento de control prenatal ($p=0,005$) (15); en cambio se evidenció que el ser menor de edad es un factor de riesgo para un inicio tardío de los controles prenatales (OR: 1,06), esto podría deberse a la calidad del sistema educativo y al entorno en el que la embarazada lleva a cabo su embarazo (16).

En el estudio realizado al determinar el riesgo, los intervalos de confianza demuestran que en algunos casos ser indígena podría ser un factor de riesgo para un bajo conocimiento de control prenatal (0,79 - 2,21), a pesar de que la variable etnia puede ser un factor de riesgo, se dio a conocer en un estudio que ser de etnia indígena, no es un factor de riesgo para disminuir la posibilidad de un control prenatal (OR:0,61); la presente investigación no mostró asociación significativa de la etnia y el conocimiento, por lo tanto ser indígena no significa que tenga un bajo conocimiento; se señaló anteriormente que el sistema educativo y el entorno de la paciente juegan un determinante importante en el nivel de conocimiento de la embarazada (17).

En Perú en un estudio determinó que la escolaridad y el bajo conocimiento sobre control prenatal están relacionados ($p=0.008$) (18), esto difiere del estudio actual ya que en los resultados de regresión logística mostraron que en la población de estudio no existe asociación entre la escolaridad y el bajo nivel de conocimiento sobre control prenatal.

En un estudio de conocimiento de control prenatal determinó que el nivel de ingreso familiar es un factor de riesgo sobre el bajo nivel de conocimiento (OR:1,78) (19), esto podría deberse a otro factor como la distancia, ya que vivir cerca de los centros de salud implicaría no tener que invertir en transporte, y que muchas personas que viven

lejos al querer invertir poco en transporte a los centros de salud disminuye significativamente el número de controles prenatales y por ende condiciona el conocimiento; en cambio en la investigación actual no se observa relación entre el ingreso familiar y el bajo nivel de conocimiento sobre control prenatal ($p=0,552$).

La residencia no está asociado con el bajo nivel de conocimiento sobre control prenatal ($p=0.153$), por el contrario en la investigación actual en los resultados se observa que la residencia tiene una relación significativa con el bajo nivel de conocimiento sobre control prenatal ($p=0.039$), en cuanto al tiempo de traslado se realiza una comparación con el estudio antes mencionado, el tiempo de traslado hacia la unidad operativa constituye una asociación para el bajo conocimiento sobre control prenatal con una significancia de ($p=0,001$), esta relación puede deberse a que las pacientes deben invertir tanto tiempo como dinero en transporte hacia la unidad operativa, lo que desembocaría a una disminución en algunos casos del número de controles óptimos y por ende en el nivel de conocimiento (20).

Otro estudio observó que pacientes multigestas tienen asociación con el bajo conocimiento de control prenatal ($p=0,004$), esto puede deberse a una falsa confianza creada por las pacientes multigestas, que en su mayoría piensa que si alguno de sus embarazos transcurrieron sin riesgo alguno, todos serán iguales, y por tanto disminuyen o anulan la asistencia a los controles prenatales, en el estudio actual los resultados referentes al número de embarazos no coincide, ya que la prueba de regresión logística dio como resultado que el ser multigestas no tiene relación con el nivel de conocimiento ($p=0,707$) (21).

CONCLUSIONES

En esta investigación se determinó el nivel de conocimiento de control prenatal, se realizó una clasificación mediante una media estadística categorizando como cono-

cimiento alto – bajo para una mejor interpretación de los resultados, obteniendo de esta manera un nivel de conocimiento alto con un 51,5% y un conocimiento bajo del 48,5%.

Se consiguió relacionar los factores mediante un análisis de correlación de Pearson, las variables que mostraron una relación significativa para el nivel de conocimiento fueron: escolaridad $r: 0,135$ ($p= 0,038$), zona de residencia $r: 0,226$ ($p= 0,001$) y tiempo de traslado a la unidad operativa $r: 0,303$ ($p= 0,0001$).

Se lograron identificar los factores que se asocian al nivel de conocimiento prenatal, estos factores fueron: escolaridad ($p=0,037$), la zona de residencia ($p=0,001$) y el tiempo de traslado a la unidad operativa ($p=0,000$), los mismos se sometieron a un análisis de regresión logística para confirmar esta asociación, los factores asociados reales fueron: la zona de residencia ($p=0,039$) y el tiempo de traslado ($p: 0,001$).

El nivel de conocimiento está asociado con algunos factores sociodemográficos, es así que existe una relación entre el nivel de conocimiento, ya sea como de riesgo o no, sin embargo al observar de manera general que el conocimiento alto es superior, se concluye que el sistema de salud del Ecuador logra en gran parte su objetivo, sin embargo los esfuerzos no son lo suficientemente óptimos como para abarcar toda la población, y obtener mejores resultados, esto podría deberse a que las estrategias utilizadas para llegar a todos los grupos de la sociedad, siendo estos insuficientes, en otro escenario se considera que el personal de salud no crea un vínculo de confianza lo suficiente como para que los conocimientos queden impregnados en las embarazadas, por lo que el sistema de salud debe mejorar o implementar nuevas estrategias basadas en los factores que determinaron un nivel de conocimiento bajo.

REFERENCIAS

1. **Rivera P, Carvajal R, Mateus J, Arang F, Valencia J.** Factores de servicio de salud y satisfacción de usuarias asociados al acceso al control prenatal. *Rev Hacia la Promoción la Salud.* [Internet] 2014;19(1):84-98. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/3091/309131703007.pdf>
2. **Organización Mundial de la Salud.** Recomendaciones de la OMS sobre atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo. Organización mundial de la salud. [Internet] 2016. p. 10-70. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250802/WHO-RHR-16.12-spa.pdf;jsessionid=2C5C937AEE3C664CD75A63A2A43048A9?sequence=1>
3. **Azcarate E, Valle U, Crispín L.** Grado de conocimiento declarativo posterior a estrategia educativa sobre control prenatal en embarazadas. *Rev Mex Med Fam.* [Internet] 2015;2(2):22-31. Disponible en: [http://www.revmexmedicinafamiliar.org/files/rmmf-\(volumen-2-numero-2-mayo-agosto-2015\).pdf](http://www.revmexmedicinafamiliar.org/files/rmmf-(volumen-2-numero-2-mayo-agosto-2015).pdf)
4. **Sánchez A, Cevallos W, Grijalva M, Silva L, Tamayo S, Jacobson J, et al.** Factores sociales asociados con la utilización de los servicios de atención prenatal en Ecuador. *Rev Panam Salud Pública.* [Internet] 2016;40(5):341-346. Disponible en: <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2016.v40n5/341-346/es>
5. **Moscoso L.** Calidad de atención del control prenatal en gestantes, en el P.S cono norte-ciudad nueva-2007. *Cienc y Des.* [Internet] 2007;17(3):119-122. Disponible en: <http://revistas.unjbg.edu.pe/index.php/cyd/article/download/239/231/>
6. **Gascón A.** Educación prenatal y pedagogía prenatal. *Rev Iberoam Educ.* [Internet] 2015;69(1):19-38. Disponible en: <https://redipe.org/pdf/Libro-educacion-prenatal-y-pedagogia-prenatal.pdf>
7. **Pervin J, Razzaque A, Rahman A, Rahman M, Uddin B, Johnson S, et al.** Level and determinants of birth preparedness and complication readiness among pregnant women: A cross sectional study in a rural area in Bangladesh. *Plos One.* [Internet] 2018;13(12):1-14. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6296737/pdf/pone.0209076.pdf>
8. **Carrete L, García P, Almeida C.** Conocimientos sobre datos de alarma obstétrica en pacientes embarazadas que asisten al Hospital General Fresnillo. *Rev Electron Se-*

- mest Cienc. [Internet] 2018;1:1-12 Disponible en: <http://revistas.uaz.edu.mx/index.php/ibnsina/article/view/89/75>
9. **Mora A, Hernández M.** Embarazo en la adolescencia: cómo ocurre en la sociedad actual. *Perinatología y Reproducción Humana.* [Internet] 2015;29(2):76-82. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-perinatologia-reproduccion-humana-144-articulo-embarazo-adolescencia-como-ocurre-sociedad-S0187533715000175>
 10. **Moreno C, Mesa N, Pérez Z, Vargas D.** Convertirse en madre durante la adolescencia: Activación del rol materno en el control prenatal. *Rev Cuid.* [Internet] 2015;6(2):1041-53. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/cuid/v6n2/v6n2a04.pdf>
 11. **Mendoza L, Arias M, Peñaranda C, Mendoza L, Manzano S, Varela A.** Influencia de la adolescencia y su entorno en la adherencia al control prenatal e impacto sobre la prematuridad, bajo peso al nacer y mortalidad neonatal. *Rev Chil Obstet Ginecol.* [Internet] 2015;80(4):306-15. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rhog/v80n4/art05.pdf>
 12. **Alderliesten M, Vrijkotte T, Van M, Bonsel G.** Late start of antenatal care among ethnic minorities in a large cohort of pregnant women. *BJOG An Int J Obstet Gynaecol.* [Internet] 2007;114(10):1232-9. Disponible en: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/j.1471-0528.2007.01438.x>
 13. **Armenta N, Sandín M, Bolúmar F.** Indigenous language and inequitable maternal health care, Guatemala, Mexico, Peru and the plurinational State of Bolivia. *Bull World Health Organ.* [Internet] 2019;97(1):59-67. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6307509/pdf/BLT.18.216184.pdf>
 14. **Noreña C, Leyva R, Palacio L.** Inequidad en la utilización de servicios de salud reproductiva en Colombia en mujeres indígenas y afrodescendientes. *Cad Saúde Pública.* [Internet] 2015;31(12):2635-2648. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/esp/v31n12/0102-311X-esp-31-12-2635.pdf>
 15. **Fagbamigbe A, Idemudia E.** Barriers to antenatal care use in Nigeria: Evidences from non-users and implications for maternal health programming. *BMC Pregnancy Childbirth.* [Internet] 2015;15(1):1-10. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4407543/pdf/12884_2015_Article_527.pdf
 16. **García C.** Barreras de acceso y calidad en el control prenatal. *Rev la Fac Med.* [Internet] 2017;65(2):305-10. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rfmun/v65n2/0120-0011-rfmun-65-02-305.pdf>
 17. **Ali S, Dero A, Ali S, Ali G.** Factors Affecting the Utilization of Antenatal Care among Pregnant Women: A literature review. *J Pregnancy Neonatal Med.* [Internet] 2018;2(2):41-5. Disponible en: <https://www.alliedacademies.org/articles/factors-affecting-the-utilization-of-antenatal-care-among-pregnant-women-a-literature-review.pdf>
 18. **Rodríguez F, Jiménez W, Jiménez C, Coral Á, Ramírez P, Ramos N.** Efecto de las barreras de acceso sobre la asistencia a citas de programa de control prenatal y desenlaces perinatales. *Revista Gerencia y Políticas de Salud.* [Internet] 2014; 13(27):206-21. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rgps/v13n27/v13n27a13.pdf>
 19. **García F.** Los determinantes de la calidad de la atención en salud: el caso del control prenatal. *Coyunt Económica.* [Internet] 2009;XXXIX(2):61-97. Disponible en: https://www.repository.fedesarrollo.org.co/bitstream/handle/11445/314/Co_Eco_Sem2_2009_Garcia.pdf?sequence=2&isAllowed=y
 20. **Joshi C, Torvaldsen S, Hodgson R, Hayen A.** Factors associated with the use and quality of antenatal care in Nepal: a population-based study using the demographic and health survey data. *BMC Pregnancy Childbirth.* [Internet] 2014;14:94. Disponible en: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1471-2393-14-94>
 21. **Valadez I, Aldrete G, Alfaro N, Aranda C, Celis A, Mendoza P, et al.** Atención prenatal: conocimientos, actitudes y cuidados alternativos en Jalisco. *Investig en Salud.* [Internet] 2001;III(1):34-44. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=14230106>.

**PED-03. GLAUCOMA CONGÉNITO:
REPORTE DE CASO CLÍNICO.**

(Congenital glaucoma: clinical case report)

*Daniela Estefanía Monje Ordoñez¹,
Erika Tatiana Cañar Torres¹
Prissila Banesa Calderón Guaraca^{2,4},
Paola Alexandra Solorzano Sevilla^{3,4}*

¹Estudiante de la Carrera de Enfermería de la Universidad Católica de Cuenca.

²Docente de la Carrera de Enfermería de la Universidad Católica de Cuenca.

³Tutora de Practicas Preprofesionales de la Carrera de Enfermería de la Universidad Católica de Cuenca.

⁴Licenciada en Enfermería.

dfmongeo58@est.ucacue.edu.ec

RESUMEN

El glaucoma congénito es una patología no muy común, cuya procedencia es difícil de comprobar, generalmente este tipo de casos se presentan al nacimiento causando producción de humor acuoso en los meses de vida del neonato; esta patología es un conjunto de enfermedades caracterizadas por la existencia de anomalías que provocan un aumento de la presión interna del ojo, dañando al nervio óptico, órgano encargado de transmitir la información visual al cerebro. **Objetivo:** Describir el estudio de un caso clínico de glaucoma congénito de un neonato hospitalizado en el área de neonatología en el Hospital Vicente Corral Moscoso en la Ciudad de Cuenca provincia del Azuay. **Caso Clínico:** Neonato sexo femenino de seis días de edad, ingresó al área de neonatología tras presentar fotofobia y blafarospasmo, con diagnóstico clínico de Glaucoma congénito. **Conclusiones:** El glaucoma congénito sin un oportuno diagnóstico puede conducir a una pérdida visual grande y cambios morfológicos en el ojo.

Palabras clave: glaucoma congénito; presión ocular; enfermedades neonatales congénitas hereditarias y anomalías.

ABSTRACT

Concept Congenital glaucoma is a not very common pathology, whose origin is difficult to verify, generally this type of cases appears at birth caused by production of aqueous humor in the months of the newborn's life; This pathology is a group of diseases characterized by the existence of anomalies that cause an increase in the internal pressure of the eye, damaging the optic nerve, the organ in charge of transmitting visual information to the brain. Objective to describe the study of a clinical case of congenital glaucoma of a newborn who was found hospitalized in the neonatology area at the Vicente Corral Moscoso Hospital in the city of Cuenca, Azuay province. neonatology area after presenting photophobia and blapharospasm, doctor diagnoses congenital glaucoma Conclusions Congenital glaucoma without a timely diagnosis can lead to a great visual loss and morphological changes in the eye.

Key words: congenital glaucoma; eye pressure; hereditary congenital neonatal diseases and abnormalities.

INTRODUCCIÓN

El glaucoma congénito es una enfermedad no muy común cuya incidencia exacta es difícil de determinar, en la mayoría de los pacientes se manifiesta al nacimiento a causa de la pequeña producción de humor acuoso en los primeros meses; esta patología involucra un conjunto de enfermedades caracterizadas por la existencia de anomalías que provocan un aumento de la presión interna del ojo, dañando al nervio óptico, órgano encargado de transmitir la información visual al cerebro, y que se suele suceder en los primeros meses de vida del niño o en la primera infancia (antes de los tres años) (1). En ocasiones está ya presente desde el nacimiento. Aunque el riesgo de glaucoma aumenta con la edad, existen formas exclusivas de la infancia. Es el caso del glaucoma congénito, que si bien es poco frecuente (afecta a 1 de cada 30.000 recién nacidos vivos), puede

provocar una pérdida visual severa e irreversible en el niño que lo padece (2,3).

No se tiene una incidencia exacta en casos de glaucoma congénito ya que según la bibliografía la mayoría de los autores manifiestan que 1 de cada mil nacidos vivos presentan glaucoma congénito y aproximadamente más del 50% de niños se los diagnostica después de los seis meses de vida (4-6).

El presente estudio tiene como objetivo describir el estudio de un caso clínico de glaucoma congénito de un neonato hospitalizado en el área de neonatología en el Hospital Vicente Corral Moscoso en la Ciudad de Cuenca provincia del Azuay.

DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Se manifiesta el siguiente caso clínico de un neonato sexo femenino de seis días de edad, ingresó al área de neonatología tras presentar fotofobia y blafarospasmo, el médico diagnostica Glaucoma congénito; al examen neurológico consciente, al examen físico se observó Cráneo: Fontanela anterior de 4cm y fontanela posterior de 6cm, normocefálico, cabello de color negro en poca cantidad, cara: Facies rubicundas, piel caliente al tacto, ojos presencia de blafarospasmo y secreción ocular bilateral, oídos: pabellón auricular de forma e implantación baja, con buena higiene sin presencia de lesión ni secreciones boca: mucosas orales semihúmedas, lengua saburral con buen reflejo de succión y deglución. Cuello y tórax: pulmones ventilados, ruidos cardiacos sincrónicos con el pulso, sin presencia de lesiones ni cicatrices, abdomen blando depresible no doloroso



Fig. 1. Neonato sexo femenino con diagnóstico de glaucoma congénito.

a la palpación con presencia de ruidos hidroaéreos, extremidades superiores sensibilidad y reflejos osteotendinosos conservados, llenado capilar de 2 segundos, presencia de vía periférica permeable a nivel del brazo derecho, extremidades inferiores: sensibilidad y reflejos osteotendinosos conservados, con tono, fuerza muscular conservada. genitales con presencia de pañal.

Resultados: Se diagnosticó glaucoma congénito primario a través de criterios clínicos y examen oftalmológico bajo los efectos de anestesia general, se midió la PIO, sin poner demasiada tensión al niño, además se realizó corneometría, examen del segmento anterior, gonioscopía, refracción, biometría y ultrasonografía (7-9).

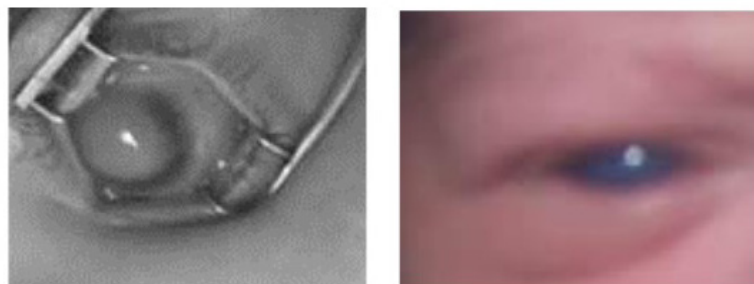


Fig. 2. Trabeculotomía bajo efectos de anestesia al neonato para evitar la tensión del recién nacido.

Discusión: El glaucoma congénito es poco frecuente. El desarrollo incompleto de las estructuras del ángulo camerular provoca mayor resistencia al flujo de salida del acuoso con aumento progresivo de la presión intraocular, como consecuencia aparecen los síntomas y signos característicos de fotofobia, epifora y blefaroespasma, así como una progresiva elongación del globo ocular con aumento del diámetro corneal y modificaciones a nivel del nervio óptico y mácula (10-11).

Diversas investigaciones señalan que el pronóstico es pobre para controlar la PIO y garantizar la visión si el glaucoma está presente al nacimiento, el tamaño del diámetro corneal está por encima de 14 mm al momento de realizar el diagnóstico y si el tratamiento quirúrgico fue demorado por alguna causa (12, 13).

Cortes y Villanueva, manifestaron que es importante realizar una exploración oftalmológica y sistémica detallada para determinar si el GC es de origen primario o asociado a otra enfermedad ocular o sistémica (1).

CONCLUSIÓN

Los casos de aparición precoz tienen un mal pronóstico. Es importante su reconocimiento temprano ya que muchos pacientes se pueden controlar de forma eficaz por cirugía. Sin embargo, un glaucoma congénito sin diagnosticar puede conducir a una pérdida visual grande y cambios morfológicos en el ojo.

El diagnóstico de la enfermedad se realiza a través de criterios clínicos y un examen oftalmológico bajo los efectos de anestesia general, esta es la única manera de medir la PIO, sin poner demasiada tensión al niño y evitar el blefaroespasma, además se realiza corneometría, examen del segmento anterior, gonioscopia, además de otros exámenes fundamentales en el diagnóstico, como la refracción, biometría y ultrasonografía.

REFERENCIAS

1. **Cortés-González V, Villanueva-Mendoza C.** Epidemiología del glaucoma congénito en la Asociación para Evitar la Ceguera en México, revisión de 5 años. *Rev Mex Oftalmol* [Internet]. 2015;89(3):150–153. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.mexoft.2015.01.003>
2. **McMonnies CW.** Glaucoma history and risk factors. *J Optom.* 2017;10 (2):71–78.
3. **Güérnez-Graniel MF, Navarro-Peña MC, Ramírez-Ortiz MA.** Glaucomas en edad pediátrica: características clínicas y tratamiento en un hospital de referencia de la Ciudad de México. *Rev Mex Oftalmol.* 2019;93(3):137–141.
4. **Rodríguez MM, Méndez STJ, Naranjo FR.** Primary congenital glaucoma: when should it be suspected? *Rev Cub Oftal* 2019; 32 (3):1-12.
5. **Instituto Mexicano del Seguro Social.** Diagnóstico y Tratamiento de Glaucoma Congénito Primario en los tres niveles de atención. Guía de Referencia Rápida. Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica. Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud 2016; IMSS-413-1:1–11.
6. **Gutiérrez Carranza VA y Carrizosa Murcia M.** Genética del glaucoma primario de ángulo abierto. *Cienc Tecnol Salud Vis Ocul.* 2016;(1): 107-116.
7. **Fumero González FY, Cárdenas Chacón D, Piloto Díaz I, Fernández Argones L, Sánchez Pacheco OA, Socarrás Stevens LM.** Cirugía del glaucoma en estos tiempos. *Revista Cubana de Oftalmología.* 2017; 30(4): 1-6.
8. **Rodríguez Bencomo DJ, Landín Sorí M, Gallardo Roca L, Fayad Rodríguez Y.** Glaucoma congénito. *Revista Archivo Médico de Camagüey.* 2009;13(2):945–956.
9. **Diago T, Harto M, Serra I, Pardo D, Montero J, Díaz-Llopis M.** Aniridia, congenital glaucoma and white corneas in a newborn baby. *Arch Soc Esp Oftalmol.* 2009;84(11):573–576.
10. **Ipiales Bruno CC, Intriago Zambrano WA, Barragán Sánchez HJ, Díaz Cepeda SP.** Tratamiento del glaucoma congénito. *Recimundo.* 2019;4(1):342–350.

11. Rao A, Raj N, Padhy D, Sarangi SP. Perspectives and impediment to eye care in caregivers of children with childhood glaucoma. *Indian J Ophthalmol.* 2020;68(5):798-804.
12. López Rojas C, Belalcazar Rey S, Dávila Ramírez P. Prevalencia del Glaucoma y su Contribución a la Discapacidad Visual en Colombia. *Rev Soc Colomb Oftalmol.* 2015;48(2):175-181.
13. Schuster AK, Erb C, Hoffmann EM, Dietlein T, Pfeiffer N. The Diagnosis and Treatment of Glaucoma. *Dtsch Arztebl Int.* 2020;117(13):225-234.

PED-04. FACTORES ASOCIADOS AL BAJO PESO AL NACER EN UN GRUPO DE NEONATOS ECUATORIANOS.

(Factors associated with low weight at birth in a group of ecuadorian neonates)

*María Ximena Sánchez Palacios¹,
Blanca Silvana Albarracín Guapisaca¹,
Isabel Cristina Mesa Cano^{1,2},
Fredy Eduardo León Martínez²*

¹Licenciada en Enfermería.

²Docente de la Carrera de Enfermería de la Universidad Católica de Cuenca.
imesac@ucacue.edu.ec

RESUMEN

El bajo peso al nacer (BPN) constituye uno de los principales problemas obstétricos actuales, está relacionado con un 70% de la mortalidad perinatal, existen factores asociados relacionados a determinantes sociales, demográficos y biológicos. **Objetivo:** Identificar los factores asociados al bajo peso al nacer en neonatos del Hospital José Carrasco Arteaga de la ciudad de Cuenca, Ecuador. **Materiales y métodos:** Estudio con enfoque cuantitativo, correlacional de corte transversal, el tamaño de la muestra fue de 405 pacientes que resultando de la aplicación del cálculo estimado para muestra finita. Para la recolección de datos se aplicó la técnica de

la observación con base en un instrumento previamente validado. **Resultados:** Se observó que los factores más predominantes relacionados al bajo peso al nacer son edad materna 28,9%, enfermedad Tiroidea, hemorragia vaginal durante el embarazo, anemia, antecedentes de alcohol, número de nacidos vivos, hipertensión arterial gestacional, preeclampsia, infecciones urinarias gestacionales y tabaco son los que más prevalecen en este estudio. **Conclusiones:** Se pudo observar que el 28,9% son madres de entre 15 y 35 años, y tienen antecedentes enfermedad tiroidea, anemia, hipertensión arterial gestacional y preeclampsia como factores que conlleva que exista un alto porcentaje de neonatos con bajo peso al nacer.

Palabras clave: bajo peso; neonato; embarazo; multifactorial.

ABSTRACT

Low birth weight (LBW) constitutes one of the main current obstetric problems, it is related to 70% of perinatal mortality, there are associated factors related to social, demographic and biological determinants. **Objective:** To identify the factors associated with low birth weight in neonates at the José Carrasco Arteaga Hospital in the city of Cuenca, Ecuador. **Materials and methods:** Study with a quantitative, correlational cross-sectional approach, the sample size was 405 patients, resulting from the application of the estimated calculation for a finite sample. For data collection, the observation technique was applied based on a previously validated instrument. **Results:** It was observed that the most predominant factors related to low birth weight are 28.9% maternal age, thyroid disease, vaginal bleeding during pregnancy, anemia, history of alcohol, number of live births, gestational hypertension, preeclampsia, infections Gestational urinary tract and tobacco are the most prevalent in this study. **Conclusions:** It was observed that 28.9% are mothers between 15 and 35 years old, and have a history of thyroid disease,

anemia, gestational arterial hypertension and pre-eclampsia are factors that lead to a high percentage of neonates with low birth weight.

Key words: low weight; newborn; pregnancy; multifactorial.

INTRODUCCIÓN

El bajo peso al nacer (BPN) sin duda es uno de los factores más importantes para que un recién nacido experimente un crecimiento y desarrollo insatisfactorio y la primera causa de morbi-mortalidad en los neonatos. La consecuencia negativa del bajo peso al nacer se desarrolla habitualmente más allá del periodo perinatal hasta la niñez, la adolescencia y aún en la edad adulta (1).

El BPN según la Organización Mundial de Salud (OMS) es definida como peso inferior a 2.5 gr en recién nacido independientemente de la semana de embarazo. Se estima que en la actualidad hay de un 15 a 20% del total de nacidos vivos en el mundo con bajo peso al nacer que representa más de 20 millones de nacimientos al año (2).

La incidencia mundial del peso bajo al nacer es de 5-7% en países desarrollados; sin embargo, en países subdesarrollados estas aumentan significativamente. Latinoamérica presenta un índice de bajo peso de un 9%-12% y Centroamérica 10,2%. En Ecuador la población estimada de recién nacidos con bajo peso es de 17,4%. En zonas de pobreza como África subsahariana se localiza un 75% del total de esta población. Los factores asociados a las estadísticas descritas según la literatura son: la desnutrición materna, enfermedades como el SIDA, pobreza, insalubridad, poca accesibilidad a los servicios médicos (3).

El BPN es un componente muy importante en el estado de salud de la población, constituye uno de los principales problemas obstétricos actuales, está relacionado con el 70% de la mortalidad perinatal, así como con la supervivencia y el desarrollo, los niños que sobreviven tienen una mayor incidencia

de: riesgo de infección, desnutrición, parálisis infantil, patologías cardiovasculares, enfermedades metabólicas, retraso en el desarrollo cognitivo, físico e intelectual causando deficiencias mentales, trastornos del aprendizaje, entre otras (1,4).

Estudios previos han demostrado que diversos factores se relacionan bajo peso al nacer, como; edad de la madre entre los 15 a 35 años, bajo nivel socioeconómico, índice de masa corporal pre gestacional bajo presencia de anemia, enfermedad hipertensiva del embarazo, diabetes mellitus, hipotiroidismo o adicciones como alcoholismo, drogadicción, estos se asocian con una mayor tasa de complicaciones posnatales (5,6).

Las causas de BPN son multifactoriales, se trata en ocasiones de una interacción entre ellos que aumentan el riesgo: control prenatal inadecuado, anemia, inseguridad alimentaria, la degradación del medio ambiente, el uso y abuso de medicamentos y de sustancias ilícitas y tóxicas (7).

Un estudio realizado en Argentina, señala que entre los factores de riesgo relacionado al BPN existe madres solteras, fumadoras, Pre eclampsia-eclampsia, amenaza de parto pre término, rotura prematura de membranas, síntomas sutiles de amenaza de parto pre término, infección cérvico-vaginal, ganancia insuficiencia de peso, las infecciones respiratorias e infecciones vaginales constituyen las principales causas de morbilidad en los neonatos (8).

Por lo antes expuesto, esta investigación se realizó con el objetivo de identificar los factores asociados al bajo peso al nacer en neonatos del Hospital José Carrasco Arteaga de la ciudad de Cuenca, Ecuador.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio con enfoque cuantitativo, correlacional, retrospectivo de corte transversal, la población de estudio se conformó en base a 1.339 Neonatos atendidos en el Hospital José Carrasco Arteaga en el período Enero 2015 – Julio 2019.

El cálculo de la muestra se realizó tomando como referencia la fórmula de Martín y Luna del Castillo, obteniendo un tamaño muestral de 399 pacientes, al cual se suma el 10% de posibles pérdidas, conformándose una muestra total de 443.

Se aplicó la técnica de muestreo probabilístico simple en la que todos los elementos que forman el universo y que por lo tanto están descritos en el marco muestral, tienen idéntica probabilidad de ser seleccionados para la muestra, la randomización se realizó mediante el paquete estadístico Epidat versión 4.2, al ser la muestra superior a 200 se extrajo la aleatorización.

Se excluyeron en el presente estudio recién nacidos cuyas historias clínicas no permitieron recopilar los datos necesarios para el estudio.

Se implementó el método deductivo, ya que a partir del análisis acerca de los factores asociados al bajo peso al nacer en neonatos y su aplicación en los pacientes hospitalizados en el Hospital José Carrasco Arteaga, se obtuvieron conclusiones inmersas en el propio tema en estudio y fueron determinados los factores asociados al bajo peso al nacer en neonatos.

Se utilizó un instrumento previamente validado el cual estuvo estructurado por dimensiones que operacionalizan las variables descritas en el estudio, las dimensiones hacen referencia a: a) Bajo peso al Nacer, b) Los factores Sociodemográficos, c) Factores Preconcepcionales y d) Factores Gestacionales.

La validación del instrumento se realizó mediante la fórmula 20 de Kuder-Richardson por tratarse de una escala que en su estructura muestra variables dicotómicas obteniéndose un valor de 0.85 lo que determina que el instrumento es consistente, este proceso fue aplicado a través de un pilotaje con una población de 20 enfermeras. Es importante manifestar que el ítem responde a las variables de estudio y que a su vez se relacionan a los objetivos específicos planteado para la presente investigación. La información obtenida se ingresó al programa SPSS.

RESULTADOS

De la muestra estudiada ($n=405$, 100%), se evidenció que el 39,5% ($n=160$) presentó bajo peso al nacer. La prevalencia para el bajo peso al nacer según la edad materna de 15-35 años (28%), las casadas (19%), la escolaridad secundaria (15,6%), el sector rural (19,5%), la etnia mestiza (38,3%) y en otras ocupaciones (20,5%). El factor Sociodemográfico asociado positivamente al bajo peso al nacer fue la edad materna con un valor de $p<0,05$. Véase en la Tabla I.

En la Tabla II, se evidenció que existe una relación positiva y estadísticamente significativa entre la edad materna con Tiroides ($p<0,01$) y anemia ($p<0,05$) y entre ocupación y Hemorragia vaginal durante el embarazo ($p<0,05$).

Se analizó que existe una relación positiva y estadísticamente significativa entre el número de cesárea con Antecedentes de alcohol ($p<0,05$), Numero de nacido vivos ($p<0,01$), Hipertensión arterial gestacional ($p<0,05$) y Preeclampsia ($p<0,01$); y entre los abortos previos con la Infección urinaria gestacional ($p<0,05$) y tabaco ($p<0,05$). Tal como se indica en la Tabla III.

DISCUSIÓN

Según el estudio en las variables sociodemográficas se pudo evidenciar que la edad materna esta relacionada con el bajo peso al nacer al agrupar las maternas con edades entre los 15 y 35 años se obtuvo 28,9% de nacidos con bajo peso, y en mayores de 35 años 9,6%.

Rivera-Maestre y cols., en el estudio describen resultados similares al exponer que existe una relación directa entre los niños nacidos con bajo peso y la edad materna, observaron que en el grupo de maternas entre los 15 y 24 años tuvieron una prevalencia de 60% de niños con bajo peso al nacer (9).

Aunque en este estudio se evaluaron otras variables sociodemográficas como: estado civil, escolaridad, procedencia, Etnia, Ocupación no se encontró ninguna relación estadísticamente significativa entre ellas con los niños nacidos con bajo peso.

TABLA I
FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS QUE PREVALECE Y ASOCIADOS AL BAJO PESO AL NACER.

		BAJO PESO AL NACER (> 2500 GR)			Chi-cuadrado <i>p</i>
		Si fi (%)	No fi (%)	Total fi (%)	
Edad Materna	<15	4 (1)	2 (0,5)	6 (1,5)	0.01
	<15-35>	117 (28,9)	207 (51,1)	324 (80)	
	>35	39 (9,6)	36 (8,9)	75(18,5)	
Estado Civil	SOLTERA	43 (10,6)	55 (13,6)	98 (24,2)	0.33
	CASADA	77 (19)	113 (27,9)	190 (46,9)	
	UNIÓN LIBRE	35 (8,6)	72 (17,8)	107 (26,4)	
	DIVORCIADA	5 (1,2)	4 (1)	9 (2,2)	
	VIUDA	0	1 (0,2)	1 (0,2)	
Escolaridad	PRIMARIA	38 (9,4)	68 (16,8)	106 (26,2)	0.21
	SECUNDARIA	63(15,6)	111(27,4)	174 (43)	
	UNIVERSIDAD	58 (14,3)	65 (16)	123 (30,4)	
	CUARTO NIVEL	1 (0,2)	1 (0,2)	2 (0,5)	
Procedencia	URBANO	81 (20)	104 (25,7)	185 (45,7)	0.10
	RURAL	79 (19,5)	141 (34,8)	220 (54,3)	
Etnia	INDÍGENA	5(1,2)	3 (0,7)	8 (2,0)	0.17
	MESTIZO	155 (38,3)	242 (59,8)	397 (98)	
Ocupación	QUEHACERES DOMESTICO	30 (7,4)	58 (14,3)	88 (21,7)	0.09
	PROFESIÓN	47 (11,6)	50 (12,3)	97 (24)	
	OTROS	83 (20,5)	137 (33,8)	220 (54,3)	
Total		160 (39,5)	245 (60,5)	405 (100)	

TABLA II
RELACIÓN ENTRE LA EDAD MATERNA CON TIROIDEA Y ANEMIA, Y ENTRE OCUPACIÓN Y HEMORRAGIA VAGINAL DURANTE EL EMBARAZO.

Neonatos con Bajo peso al nacer		Tiroidea	Hemorragia vaginal durante el embarazo	Anemia
Edad Materna	C	,221**		,161*
	<i>p</i>	0.00		0,04
Ocupación	C		,170*	
	<i>p</i>		0,03	

Nota: C = Correlación de Pearson, *p*=valor de significancia.

TABLA III
CORRELACIÓN ENTRE EL NÚMERO DE CESÁREA CON ANTECEDENTES DE ALCOHOL, NUMERO DE NACIDO VIVOS, HIPERTENSIÓN ARTERIAL GESTACIONAL Y PRE ECLAMPSIA; Y ENTRE LOS ABORTOS PREVIOS CON LA INFECCIÓN URINARIA GESTACIONAL Y TABACO.

Neonatos con Bajo peso al nacer		Antecedentes de alcohol	Número de nacido vivos	Hipertensión arterial gestacional	Preeclampsia	Infección urinaria gestacional	Tabaco
Número de cesáreas previas	C	,170*	,240**	,176*	,279**		
	p	0,03	0,00	0,02	0,00		
Abortos previos	C					,170*	,172*
	p					0,03	0,02

Nota: C = Correlación de Pearson, p =valor de significancia.

En otro estudio al explorar los factores sociodemográficos asociados al bajo peso como procedencia, estado civil, educación, extracto económico y régimen de salud encontraron que no existe una relación estadísticamente significativa en dichas variables con el bajo peso al nacer (10).

Los resultados de la presente investigación mostraron que existe una relación positiva y estadísticamente significativamente entre edad materna y enfermedad tiroidea con los nacidos con bajo peso. Al respecto, una investigación señala que las disfunciones tiroideas en embarazos de alto riesgo no evidenciaron efecto el recién nacido con esta condición (11).

En la correlación entre la ocupación de las madres de los recién nacidos con bajo peso y las hemorragias vaginales durante el embarazo existe una relación positiva significativa. Uribe Godoy y cols., encontraron que las hemorragias de tercer nivel no se asocian a complicaciones neonatales (12). Por su parte, Picos Nordet y cols., observaron que existe relación entre factores maternos como la anemia y los nacidos vivos con bajo peso, del total de su población el 29% correspondían a esta condición (13). En los resultados de esta investigación se evidenció correlación positiva significativa entre la anemia y la edad materna dando como resul-

tado nacidos vivos con bajo peso. Asimismo, entre el número de cesáreas previas y antecedentes de alcohol y abortos previos con el consumo de tabaco con nacidos vivos con bajo peso. Resultados similares fueron reportados por Jana y cols, quienes observaron el consumo de alcohol y tabaco está asociado a complicaciones neonatales con productos de nacidos con bajo peso (14).

Finalmente se evidenció correlación positiva significativa cesáreas previas y preeclampsia ($p < 0,00$), cesárea previa e hipertensión arterial gestacional ($p < 0,02$) y abortos previos e infecciones urinarias ($p < 0,03$) que se relaciona directamente con el bajo peso al nacer. Estos hallazgos coinciden con lo reportado en el hogar en Pasto, Colombia quienes observaron que la hipertensión arterial de la madre, la preeclampsia y las infecciones urinarias están directamente asociadas al bajo peso al nacer (7).

CONCLUSIONES

En la actualidad al estimar la prevalencia existe un alto porcentaje de nacidos con bajo peso, al caracterizar estadísticamente la población en función de las variables sociodemográficas: se determinó que solo la edad materna se puede considerar un factor de riesgo para el nacimiento con bajo peso.

Se estableció una influencia en los nacidos con bajo peso al correlacionar la edad materna y enfermedad tiroidea, de igual forma en la correlación de la ocupación de las madres con hemorragias vaginales y las que presentaron anemia con la edad materna.

Durante la gestación al correlacionar con hábitos tóxicos de madres con cesáreas previas como el uso de tabaco y los abortos previos con el uso de alcohol existe una relación positiva y estadísticamente significativa que conlleva a nacidos vivos con bajo peso.

Existe una correlación positiva y estadísticamente significativa en los nacidos con bajo peso en las maternas con cesáreas previas y preeclampsia, cesaría previa e hipertensión arterial gestacional y abortos previos e infecciones urinarias.

REFERENCIAS

1. **Castro-Delgado ÓE, Salas-Delgado Í, Acosta-Argoty FA, Delgado-Noguera M, Calvache JA.** Muy bajo y extremo bajo peso al nacer. *Pediatría (Santiago)*. 2016;49(1):23-30.
2. **Rojas Salazar EG, Mamani Ortiz Y, Choque Ontiveros MC, Abujder AM, Bustamante Meneses D.** Bajo peso al nacer y sus factores asociados en el Hospital Materno infantil Germán Urquidi. Cochabamba, Bolivia. *Gaceta Médica Boliviana*. 2015; 38(1), 24-27.
3. **González García I, Guillermo Conforme GM, Hoyos Mesa AJ, Torres Cancino II, González García I, Fernández Mendoza LE.** Factores de riesgo del bajo peso al nacer. Policlínico Universitario José Jacinto Milanés. 2013-2014. *Rev.Med.Electrón. [Internet]*. 2018 Feb [citado 2020 Nov 18]; 40(1): 89-98. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242018000100010&lng=es.
4. **Padrón Beltrán R, Garcés Rodríguez RA.** Factores relacionados con el bajo peso al nacer en el municipio La Lisa, en el período 2010-2014. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*. 2016; 15(2): 177-185.
5. **Arce-López KL, Vicencio-Rivas J, Iglesias-Leboreiro J, Bernárdez-Zapata I, Rendón-Macías ME, Braverman-Bronstein A.** Antecedentes maternos prenatales y riesgo de complicaciones neonatales en productos de término de bajo peso para edad gestacional. *Bol Med Hosp Infant Mex* 2018;75(4):237-243.
6. **San José Pérez DM, Mulet Bruzón BI, Rodríguez Noda O, Legrá García M.** Factores maternos relacionados con el bajo peso al nacer. *Rev Cuba Obstet y Ginecol* 2011;37(4):489-501.
7. **Morillo-Rosero HH, Rojas-Botero ML.** Bajo peso al nacer e inseguridad alimentaria en el hogar en Pasto, Colombia, 2015-2016. *Univ. Salud* 2019;21(2):166-175.
8. **Villafuerte Reinante Y.** Factores de riesgo asociados con el bajo peso al nacer. Municipio Cienfuegos. 2010-2014. *MediSur* 2016; 14(1), 34-41.
9. **Rivera Maestre D, González Roque W, Fernández González NI, Acosta González CA, Herrera Padrón DG.** Factores de riesgo asociados al bajo peso al nacer en San Juan y Martínez. *Rev Ciencias Médicas del Pinar del Río* 2018; 22(6): 19-25.
10. **López JI, Lugones Botell M, Mantecón Echevarría SM, González Pérez C, Pérez Valdés-Dapena D.** Algunos factores de riesgo relacionados con el bajo peso al nacer. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología* 2012; 38(1), 45-55.
11. **Briceño PC, Briceño SL.** Disfunciones tiroideas y embarazo. *Ginecol Obstet Mex* 2006; 74(9):462-470.
12. **Uribe Godoy GV, Oyola García AE, Valdez-Pazos WJ, Quispe Ilanzo MP.** Factores de riesgo asociados al bajo peso al nacer en recién nacidos. Hospital Regional de Ica, 2014. *Rev. méd. Panacea* 2015; 5(2): 38-45.
13. **Picos Nordet S, Santiesteban González BC, Cortés Santos MC, Morales Gómez AC, Acosta Alegría M.** Factores de riesgo en la aparición de anemia en lactantes de 6 meses. *Revista Cubana de Pediatría* 2015; 87(4), 404-412.
14. **Diabelková J, Rimárová K, Urdzík P, Dorko E, Busová A.** Risk factors of preterm birth and low birth weight neonates among Roma and non-Roma mothers. *Cent Eur J Public Health*. 2018; 26 (Suppl):S25-S31.

PSICOLOGÍA (PSIC)

PSIC-01. NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE CUIDADOS PALIATIVOS EN ESTUDIANTES DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA, ECUADOR.

(Level of knowledge on palliative care in medicine students of the Catholic University of Cuenca, Ecuador).

*Lady Rayzsa Sanche Inzquierdo*¹,
*Álvaro Fernando González Ortega*²,
*Hermel Medardo Espinosa Espinosa*³,
*Jorge Marcelo Maita Supliguicha*⁴,
*Vinicio Marcelo Tenemaza Ruilova*⁵,
*Saúl Fabricio Méndez Cabrera*⁶

¹Ministerio de Salud Pública – Hospital Moreno Vásquez, Gualaceo, Ecuador.

^{2,3,4}Universidad Católica de Cuenca – Carrera de Medicina, Cuenca, Ecuador.

⁵Universidad Católica de Cuenca – Carrera de Enfermería, Cuenca, Ecuador.

⁶Ministerio de Salud Pública – Hospital Básico de Paute.

hespinozae@ucacue.edu.ec

RESUMEN

Los cuidados paliativos engloban el cuidado integral de los pacientes y sus familiares, para tratar en lo posible de mejorar su calidad de vida cuando estos afrontan problemas asociados a enfermedades en etapa terminal. **Objetivo:** determinar el nivel de conocimientos sobre cuidados paliativos en estudiantes de medicina de la Universidad Católica de Cuenca, Ecuador. **Metodología:** se realizó un estudio descriptivo, analítico y de corte transversal a 187 estudiantes de cuarto y quinto año de medicina, a quienes se les aplicó la encuesta Palliative Care Knowledge Test (PCKT) para determinar el nivel de conocimientos sobre cuidados paliativos. **Resultados:** se evidenció que el 11,8%

de los encuestados posee un nivel de conocimiento aceptable en cuidados paliativos. Los niveles de conocimiento por áreas de salud fueron aceptables en generalidades con un 83,4%; seguido del ámbito psiquiátrico 27,8%; en el ámbito gastrointestinal, dolor y disnea tienen escasos y nulos niveles de conocimiento con el 2,7%, 1,1% y 0% respectivamente. **Conclusiones:** el nivel de conocimiento sobre cuidados paliativos en estudiantes de medicina no es el apropiado. Existe mayor falencia de conocimientos en lo que corresponden al área de dolor, disnea y manejo de sintomatología gastrointestinal.

Palabras clave: cuidados paliativos; PCKT; Enfermedades crónicas; enfermedades terminales.

ABSTRACT

Background: palliative care encompasses the comprehensive care of patients and their families, to try as much as possible to improve their quality of life when they face problems associated with end-stage diseases. **Objective:** to determine the level of knowledge about palliative care in medical students of the Catholic University of Cuenca, Ecuador. **Methodology:** a descriptive, analytical and cross-sectional study was carried out on 187 fourth and fifth year medical students, to whom the Palliative Care Knowledge Test (PCKT) survey was applied to determine the level of knowledge about palliative care. **Results:** it was evidenced that only 11.8% of the respondents have an acceptable level of knowledge in palliative care. The levels of knowledge by health areas were generally acceptable with 83.4%; followed by the psychiatric area 27.8%, it is striking that, in the gastrointestinal area, pain and dyspnea have little or no knowledge levels with 2.7%, 1.1% and 0% respectively. **Conclusions:** The level of knowledge about palliative care in medical students is not appropriate. There is a greater lack of knowledge regarding the area of pain, dyspnea and the management of gastrointestinal symptoms.

Key words: palliative care; PCKT; chronic illnesses; terminal illnesses.

INTRODUCCIÓN

Los Cuidados Paliativos, deben su nombre a la palabra “pallium” (significa calmar, dar alivio transitorio sin intención de cura), estos cuidados se enfocan en el manejo de los pacientes al final de la vida (1). La Organización Mundial de la Salud (OMS), indica que los cuidados paliativos mejoran la calidad de vida de los pacientes y los familiares que presentan enfermedades que limitan o acortan la vida y que se encuentren fuera de un tratamiento médico curativo, mediante la prevención, alivio del sufrimiento, evaluación y manejo de síntomas (2,3).

En la actualidad estos cuidados paliativos no solo están enfocados a la terapia farmacológica, sino también brindan apoyo psicológico y espiritual, desde el momento del diagnóstico de la patología hasta el final de la vida y durante el duelo; convirtiéndose así en un pilar fundamental dentro del manejo integral por parte de los servicios de salud (4). Se estima que alrededor de 2 de cada 4 hospitalizaciones en las áreas públicas y privadas de salud se deben a enfermedades no transmisibles y limitantes de la vida que requieren de una atención integral, que brinde soporte y mejore la calidad de vida en los pacientes mientras esta sea posible; así, la OMS sugiere incrementar la enseñanza de cuidados paliativos al personal de salud y carreras afines (5,6).

Cabe destacar que, para determinar el nivel de conocimientos sobre cuidados paliativos en el personal de salud, se cuenta con un instrumento el Palliative Care Knowledge Test (PCKT), se diseñó para evaluar una gama más amplia de conocimientos de cuidados paliativos (7), no solo aspectos clínicos, sino espirituales y éticos vinculados con la orientación actual que presentan estos cuidados (8); no existen muchos estudios que se enfoquen en evaluar el conocimiento sobre este tema, lo que genera la necesidad

de medir la eficacia de la preparación recibida tanto por los profesionales como por los estudiantes de medicina y carreras afines, con el propósito de mejorar o implementar los cuidados paliativos como una asignatura en las mallas curriculares de las facultades donde se forma el personal de salud (9,10).

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo, analítico y de corte transversal, que incluyó a 666 estudiantes de Universidad Católica de Cuenca matriculados en cuarto y quinto año de la carrera de medicina. Para el cálculo de la muestra se utilizó la fórmula de Sierra Bravo para universo finito de la cual se obtuvieron 187 estudiantes mediante un muestreo aleatorio simple.

Se evaluó el conocimiento mediante la encuesta PCKT, que valora las principales áreas en cuidados paliativos (generalidades, dolor, disnea, síntomas psiquiátricos y gastrointestinales); veinticinco preguntas determinaron si existe conocimientos sobre estas áreas de cuidados paliativos, se tomó como “conocimiento aceptable” a un resultado total en la encuesta mayor o igual a quince respuestas correctas de veinticinco planteadas. Además, se añadió una pregunta de opción, donde se valoró la necesidad de la formación en esta rama de la medicina en los estudiantes.

La información recopilada se ingresó a una base de datos en SPSS versión 24.0 evaluación y fue codificada para manejo de sus variables. Para caracterizar a la población se utilizó estadística descriptiva en base a frecuencias y porcentajes, medidas de tendencia central como promedio y de dispersión (desviación estándar). Se determinó la asociación entre nivel de conocimiento obtenido en el total de la encuesta y las características de la población de estudio según edad, sexo, procedencia y año de carrera mediante el análisis bivariado utilizando tablas de contingencia de 2x2, Chi cuadrado de Pearson (p), con significancia estadística < 0,05.

El estudio fue aprobado por el comité de investigación y el comité de bioética de la Facultad de Medicina de la Universidad Católica de Cuenca. Los datos obtenidos se utilizaron exclusivamente dentro la investigación y no se publicaron los datos confidenciales de los estudiantes como nombres o direcciones.

RESULTADOS

De los 187 estudiantes de medicina se obtuvo como edad media los 22,47 años ($\pm 1,58$ DS) (R: 20 - 32 años). En relación al sexo el 61,5% fueron mujeres mientras que el 38,5% hombres. El 18,7% de la muestra pertenece a la región Costa, el 76,5% a la Sierra y el 4,8% al Oriente. Acorde al año de carrera, se evidenció que el 47,6% de estudiantes cursa cuarto año, mientras que el 52,4% cursa quinto año (Tabla I).

TABLA I
CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LOS ESTUDIANTES DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA, 2019.

		Frecuencia	Porcentaje
Edad	≤ 24 años	174	93,0%
Agrupada	≥ 25 años	13	7,0%
Género	Femenino	115	61,5%
	Masculino	72	38,5%
Procedencia	Costa	35	18,7%
	Sierra	143	76,5%
	Oriente	9	4,8%
Año de carrera	Cuarto Año	89	47,6%
	Quinto Año	98	52,4%

Referente al puntaje logrado en el total de la encuesta sobre cuidados paliativos, el 11,8% de estudiantes obtuvo quince o más respuestas correctas que se considera como conocimiento aceptable en cuidados paliativos (Tabla II).

TABLA II
NIVEL DE CONOCIMIENTOS EN TOTAL DE LA ENCUESTA SOBRE CUIDADOS PALIATIVOS DE LOS ESTUDIANTES DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA, 2019.

	Frecuencia	Porcentaje
No aceptable	165	88,2%
Aceptable	22	11,8%
Total	187	100,0%

Del total de encuestados en las diferentes áreas que se incluyeron en este estudio tenemos que, en conocimientos generales sobre cuidados paliativos el 83,4% logró más de tres respuestas correctas de las cinco propuestas. En el área relacionada a dolor se obtuvo el 1,1% de encuestados lograron más de cinco respuestas correctas de las siete propuestas. En el área de disnea se obtuvo el 100,00% como valor no aceptable ya que ningún estudiante acertó a las cuatro de cuatro respuestas. Dentro del área de psiquiatría el 27,8% lograron acertar las dos preguntas propuestas. En relación al área gastrointestinal el 2,7% lograron cinco o más respuestas correctas de las siete propuestas en este ítem. (Tabla III).

En cuanto a la necesidad de educación en cuidados paliativos en estudiantes de pregrado, se encontró que el 35,3 y el 62,8% consideró como necesaria y muy necesaria la formación en esta área médica. (Tabla IV).

TABLE III
NIVEL DE CONOCIMIENTOS POR ÁREAS SOBRE CUIDADOS PALIATIVOS DE LOS ESTUDIANTES DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA, 2019.

Área/Conocimientos	No aceptable		Aceptable	
	n	%	n	%
Generalidades	31	16,6%	156	83,4%
Dolor	185	98,9%	2	1,1%
Disnea	187	100,0%	0	0,0%
Psiquiatría	135	72,2%	52	27,8%
Gastrointestinal	182	97,3%	5	2,7%

TABLE IV
NECESIDAD DE FORMACIÓN EN CUIDADOS PALIATIVOS EN LOS ESTUDIANTES DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA, 2019.

	Frecuencia	Porcentaje
Innecesaria	1	0,5%
Poco necesaria	4	2,1%
Necesaria	66	35,3%
Muy necesaria	116	62,0%
Total	187	100,0%

DISCUSIÓN

Para atender a pacientes con enfermedades crónicas avanzadas o en fase terminal, Weber et al, menciona que se requiere de una educación médica exhaustiva, está debe abarcar habilidades, conocimientos y actitudes en el campo de los cuidados paliativos, esto se debe a que dentro de su estudio realizado en Alemania, en el año 2011, obtuvo que tan solo el 33% de los estudiantes que evaluó, están capacitados en este tema; por lo que se considera que como parte de la formación académica integral en nuestro medio también existe la necesidad de mejorar el nivel de conocimientos en cuidados paliativos para que en la práctica profesional se pueda realizar un correcto abordaje de los pacientes que lo requieran (11).

En este aspecto, Fraser y cols. realizaron un estudio aplicado en seis universidades de Estados Unidos, en su resultado indicaron que el 50% de los estudiantes encuestados se sienten preparados para el manejo de las distintas áreas sobre cuidados paliativos y afirmaron que, la formación en cuidados paliativos durante pregrado, debe tener un plan de estudios formal ya que mejora el tipo de respuesta de los estudiantes frente a estos casos (12).

Al momento no existen datos en Ecuador sobre el número de instituciones que incluyen de forma obligatoria materias referentes a cuidados paliativos dentro de las mallas curriculares en las facultades de medicina en comparación al estudio de Carrasco y cols., donde expone que de cuarenta y tres países europeos analizados, solo en trece se imparte un curso de cuidados paliativos en las escuelas de medicina y solo en seis de ellos es una asignatura obligatoria (13), esto pone en consideración además que la falta de instrucción en cuidados paliativos es una barrera para su desarrollo (14).

En este estudio, los resultados sobre el nivel de conocimientos en cuidados paliativos, no fue favorable, solo el 11,8% de los encuestados obtuvo una nota igual o mayor a 15/25 aciertos que fue considerado como conocimiento aceptable, este resultado es mayor al obtenido en el estudio de Medina y cols., donde aplicó el "Palliative Care

Knowledge Test” en su adaptación al español a 144 personas del personal de salud en la ciudad de México y tan solo el 7% de los participantes lograron una nota aceptable (10); mientras que en el estudio de Rivera y cols., quienes aplicaron el PCKT a 128 estudiantes de medicina en Perú el resultado del conocimiento fue favorable, donde 114 de los participantes obtuvo un puntaje mayor a 22/31 que calificó como bueno (4).

Los resultados obtenidos mostraron que no existen diferencias significativas en relación a las variables sociodemográficas: edad, procedencia o año de carrera; en lo que respecta al nivel de conocimientos en correlación al sexo, en este estudio se demostró que existen diferencias porcentuales entre estas variables, alcanzando un resultado de conocimientos aceptables para mujeres de 68,2% y el 31,8% para hombres; en el estudio de Rivadeneira y Elizalde no se demostró que las mujeres posean un nivel de conocimientos mayor al de los hombres (15).

En relación con los resultados de la encuesta por áreas, los estudiantes conocen sobre generalidades de cuidados paliativos logrando un 83,4% en este estudio, en contraste al 24,4% del estudio realizado en Quito; en estos estudios existe concordancia en la deficiencia de conocimientos dentro de las áreas de dolor y disnea; en el área de psiquiatría existe una pequeña, pero porcentual, diferencia entre el 27,8% del resultado de conocimientos en este estudio en comparación al 24,4% del resultado de Rivadeneira y Elizalde; en cuanto al área gastrointestinal se obtiene un mejor resultado en el estudio quiteño con un 4,6% en diferencia a este estudio que obtiene el 2,7% (15).

En lo que respecta al análisis del nivel de conocimientos por áreas en relación al año de carrera son llamativas las diferencias significativas que existen en el área de dolor donde el grupo de cuarto año obtuvo un mejor nivel obteniendo el 100,0% mientras que en quinto año no se obtuvo aciertos lo que representó el 0,00%; dentro del área de disnea no se obtuvo conocimiento aceptable

en ningún año, esto se atribuye a que los estudiantes no reciben cátedras enfocadas al manejo más no se orientan a como se deben paliar los síntomas (15); de la misma manera, se obtuvo mejor resultado en el grupo de cuarto año en el área de psiquiatría con un 65,4% en relación a quinto año 34,6%. En el área gastrointestinal se obtuvo un mejor resultado en quinto año con el 60% en comparación del 40% de cuarto año.

En concordancia con Rivadeneira y Elizalde se estimó un mayor porcentaje mientras mayor es el año de carrera, nivel académico o por las asignaturas que ya han sido aprobadas por los estudiantes en este caso, de pregrado y postgrado; llama la atención que este estudio se obtuvo un mejor nivel de conocimientos en el total de la encuesta en cuarto año, con el 13,5% en relación al resultado del grupo de quinto año que obtuvo el 10,2% (15).

En este estudio se planteó además, si existe la necesidad en la formación de cuidados paliativos, los estudiantes consideraron como necesario o muy necesario el aprendizaje de estos cuidados en un porcentaje del 97,3%, esto se ve relacionado al estudio realizado en el 2019 por Fortín y cols., donde el 100% de estudiantes de las distintas universidades del Salvador consideraron importante incluir los cuidados paliativos dentro del plan de estudios de pregrado en medicina, debido al incremento en la prevalencia de enfermedades crónico degenerativas y terminales, a la limitada capacidad que existe al abordar sus síntomas y poder brindar opciones curativas a los pacientes; se menciona además que al conocer sobre esta asignatura se ayuda a vivir más y de mejor manera a pacientes y familiares que estarán acompañados de un soporte integral, interdisciplinario y especializado (16).

CONCLUSIONES

El nivel de conocimientos sobre cuidados paliativos en estudiantes de medicina no es el apropiado. Existe mayor falencia de conocimientos en lo que corresponden al área de dolor, disnea y al manejo de sintomatología gastrointestinal.

Los estudiantes de medicina consideran necesario incrementar el nivel académico en cuidados paliativos para un correcto abordaje de los pacientes que lo requieran.

REFERENCIAS

1. **Hilario Quispe R.** Conocimientos y actitudes hacia el cuidado paliativo del paciente con enfermedad terminal de los estudiantes de IV ciclo de la especialidad de Enfermería de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 2014. Repos Tesis - UNMSM [Internet]. 2016 [citado 1 de diciembre de 2019]; Disponible en: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/5713>
2. **OMS | Cuidados paliativos** [Internet]. WHO. [citado 1 de diciembre de 2019]. Disponible en: <https://www.who.int/cancer/palliative/es/>
3. **WHO | WHO Definition of Palliative Care** [Internet]. WHO. [citado 1 de diciembre de 2019]. Disponible en: <https://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>
4. **Rivera Muñoz AE, Ordóñez Molero DA, Mateluna Paredes PC.** Nivel de conocimientos acerca de cuidados paliativos en alumnos de medicina de sexto año de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima, Perú, año 2018. Univ Perú Cayetano Heredia [Internet]. 2018 [citado 13 de noviembre de 2019]; Disponible en: <http://repositorio.upch.edu.pe/handle/upch/1505>
5. **Ignorosa-Nava CA, González-Juárez L.** Cuidados paliativos para una muerte digna. Estudio de un caso. *Enferm Univ* 2014; 11(3):110-116.
6. **Ministerio de Salud Pública del Ecuador.** Cuidados paliativos: Guía de práctica clínica, adopción de GPC sobre cuidados paliativos en el SNS. Quito: Ministerio de salud pública; Dirección Nacional de Normatización-MSP, 2014, 299 pág.
7. **Nakazawa Y, Miyashita M, Morita T, Umeda M, Oyagi Y, Ogasawara T.** The palliative care knowledge test: reliability and validity of an instrument to measure palliative care knowledge among health professionals. *Palliat Med* 2009;23(8):754-766.
8. **Sujatha R, Jayagowri K.** Assessment of Palliative Care Awareness among Undergraduate Healthcare Students. *J Clin Diagn Res JCDR* 2017; 11(9):JC06-JC10.
9. **Domínguez-Marín AD.** Cuidados paliativos. Sus orígenes y su llegada a México. *Rev Hosp Juárez México* 2017; 83(3):64-65.
10. **Medina Zarco LE, Cruz Casas AM de la, Sánchez Santaella ME, González Pedraza Avilés A.** Nivel de conocimientos del personal de salud sobre cuidados paliativos. *Rev Espec Méd-Quirúrgicas* 2012;17(2):109-114.
11. **Weber M, Schmiedel S, Nauck F, Alt-Epping B.** Knowledge and attitude of final - year medical students in Germany towards palliative care- An interinstitutional questionnaire-based study. *BMC Palliat Care* 2011;10(1):19.
12. **Fraser HC, Kutner JS, Pfeifer MP.** Senior medical students' perceptions of the adequacy of education on end-of-life issues. *J Palliat Med* 2001;4(3):337-343.
13. **Carrasco JM, Lynch TJ, Garralda E, Woitha K, Elsner F, Filbet M, Ellershaw JE, Clark D, Centeno C.** Palliative Care Medical Education in European Universities: A Descriptive Study and Numerical Scoring System Proposal for Assessing Educational Development. *J Pain Symptom Manage* 2015; 50(4):516-523.
14. **Pereira Arana I.** Cuidados paliativos: el abordaje de la atención en salud desde un enfoque de derechos humanos. Bogotá: Centro de Estudios de Derecho, Justicia y Sociedad de justicia; 2016. 91 p. (Documentos de justicia).
15. **Rivadeneira Proaño DK, Elizalde Méndez FJ.** Evaluación de los conocimientos en relación con cuidados paliativos en estudiantes de la carrera de Medicina, entre sexto y décimo segundo semestre y postgrado de Medicina Familiar de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, en el periodo comprendido entre marzo y julio 2019, Quito – Ecuador. 26 de septiembre de 2019 [citado 10 de noviembre de 2019]; Disponible en: <http://repositorio.puce.edu.ec:80/xmlui/handle/22022/16818>
16. **Fortín Magaña MA, Portillo Santamaría K, Gómez Casanovas J, López Saca M.** Enseñanza de los cuidados paliativos en las escuelas de medicina de El Salvador. *Educ Médica*. 2019; 20:143-147.

PSIC-02. VIOLENCIA OBSTÉTRICA POR PARTE DEL PERSONAL DE SALUD DESDE LA PERSPECTIVA DE LAS MUJERES QUE ASISTEN A UN HOSPITAL DEL AZUAY, ECUADOR.

(Obstetric violence by health personnel from the perspective of women who attend a hospital in Azuay, Ecuador).

*Diana Cristina Vélez Palacios¹,
Tania Ximena Cajamarca Cárdenas²,
Dayanna Angélica León Peñaranda³,
Zoila Katherine Salazar Torres⁴,
Pacuruco Ávila Nube Johanna⁵*

¹Ministerio de Salud Pública – Hospital Homero Castanier Crespo, Cuenca Ecuador.

²Ministerio de Salud Pública – Hospital José Carrasco Arteaga, Cuenca Ecuador.

³Ministerio de Salud Pública – Hospital Vicente Corral Moseoso, Cuenca Ecuador.

⁴Universidad Católica de Cuenca – Carrera de Medicina, Cuenca, Ecuador.

⁵Universidad Católica de Cuenca – Carrera de Enfermería, Cuenca, Ecuador.

zsalazart@ucacue.edu.ec

RESUMEN

Antecedentes: a la violencia obstétrica se le considera un problema de salud pública y materia de derechos humanos, tiene un inicio multifactorial donde converge la violencia institucional y de género. **Objetivo:** determinar las percepciones de las parturientas sobre la violencia obstétrica en un hospital del Azuay, Ecuador periodo 2019. **Metodología:** estudio cualitativo bajo el marco de la sociología fenomenológica, dirigido a determinar los tipos de violencia: contra el cuerpo femenino, de comunicación, en la forma del servicio, de derechos, de las relaciones de poder, en las mujeres de 18 a 40 años de

edad. El muestreo fue intencionado y razonado, incluyendo a personas que accedieron voluntariamente y firmaron el consentimiento informado. Se realizaron 19 encuestas y entrevistas a profundidad, semiestructuradas. Se empleó la técnica del análisis narrativo del contenido, y el programa utilizado fue Atlas Ti. V. 8. **Resultados:** se expuso una alta violencia de comunicación, seguido de violencia contra los derechos, violencia en relaciones de poder, violencia del cuerpo femenino y por último violencia en forma de servicio. **Conclusiones:** se evidenció la presencia de violencia obstétrica; sin embargo, las pacientes debido al desconocimiento del tema sobre violencia obstétrica y de sus derechos, perciben un trato adecuado.

Palabras clave: violencia obstétrica; salud pública; violencia de género; parto humanizado.

ABSTRACT

Background: obstetric violence is considered a public health and human rights problem, it has a multifactorial beginning where institutional and gender violence converge. **Objective:** to determine the perceptions of women in labor about obstetric violence in a hospital in Azuay, Ecuador for the 2019 period. **Methodology:** qualitative study under the framework of phenomenological sociology, aimed at determining the types of violence: against the female body, communication, in the form of service, rights, power relations, in women aged 18 to 40-year-old. The sampling was intentional and reasoned, including people who voluntarily agreed and signed the informed consent. 19 in-depth, semi-structured interviews and surveys were conducted. The narrative content analysis technique was used, and the program used was Atlas Ti. V. 8. **Results:** high communication violence was exposed, followed by violence against rights, violence in power relations, violence against the female body and lastly violence in the form of service. **Conclusions:** the presence of obstetric violence was

evidenced; However, due to ignorance of the issue of obstetric violence and their rights, patients perceive adequate treatment.

Key words: obstetric violence; public health; gender violence; humanized delivery.

INTRODUCCIÓN

A nivel mundial desde hace décadas se observa que las mujeres en el momento del parto sufren cierto tipo de abusos y tratamientos irrespetuosos en el ámbito de las instituciones de salud, vulnerando sus derechos a una atención digna, y con ello su integridad física y mental se encuentran en peligro en un momento de extrema particularidad (1-3).

La Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos (DUBDH), publicada por la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) en octubre de 2005, menciona que toda mujer embarazada posee el derecho a la información, así como, la libertad para que las tomas de decisiones sean libres e informadas en relación a su salud (4). De la misma manera recomienda la Appropriate Technology for Birty, quienes establecen el derecho a la información a las pacientes del centro obstétrico (5,6).

La OMS, recomienda un parto normal, de forma espontánea, sin inducciones, con derecho a la privacidad, y elección del lugar de nacimiento, el apoyo empático de proveedores de servicios, presencia de un compañero, la libertad de posición, la vida libre de violencia, en relación con la protección de la salud reproductiva, así como la ausencia de restricción de agua (1,7). Se propone, brindar información que sensibilice al personal de salud sobre que el parto es un acontecimiento trascendental en la vida de las mujeres y que el tipo de atención brindada tiene efectos maternos y en el recién nacido (8).

El paradigma de institucionalización, medicación excesiva y el paternalismo médico, antes, durante y después del parto, nos ha conducido al sometimiento de la mujer

gestante con un abuso cotidiano por parte del personal de salud, convirtiéndose así, en un problema de salud pública y de derechos humanos, definiéndose con el nombre de violencia obstétrica (9,10).

Investigaciones recibidas de todo el mundo sobre experiencias de las mujeres en el momento del parto plantean una situación alarmante. Es común escuchar relatos de mujeres que evidencien situaciones de trato irrespetuoso, ofensivo o negligente durante el parto. Hay que tener en cuenta que las mismas son especialmente vulnerables durante el parto, situación que puede a su vez tener consecuencias adversas para la crianza del bebé, en cuanto genera poca adherencia al sistema de salud el haber tenido una mala experiencia (11).

La violencia obstétrica hace referencia a un conjunto de prácticas que degrada, intimida y oprime a las mujeres y a las niñas en el ámbito de la atención en salud reproductiva y de manera mucho más intensa, en el periodo del embarazo, parto y posparto (12,13). Es una forma de violación de los derechos humanos y reproductivos de las mujeres, incluyendo a la salud y a la autonomía reproductiva. Se genera en la esfera de la atención del embarazo, parto y posparto en los servicios de salud pública como privados, y es el producto de una estructura multifactorial en donde converge la violencia institucional y la violencia de género (14).

En Europa, la violencia obstétrica, es discutida en los movimientos sociales y de Derechos humanos, para conseguir un trato respetuoso y humano durante el parto, sin embargo, ningún país europeo aprueba una legislación contra la violencia obstétrica (15). En América Latina, gracias a los esfuerzos activistas, se formuló el concepto de violencia obstétrica, en donde el único país que logró obtener una ley orgánica que libre a las mujeres de la violencia obstétrica, con derechos humanos fue Venezuela, aunque en la práctica no se ha resuelto el problema (16,17). En Ecuador, debido a su sociedad patriarcal y

conservadora, la mujer tiene como vocación el ser madre, quien debe cumplir con dicho destino fisiológico, sometiéndose a la voluntad de sus maridos y personal médico, sin respetar su autonomía, y lo que es peor, no se reflejan datos explícitos de violencia obstétrica, ni una legislación sobre dicho tema, tampoco existen políticas públicas que mejoren dicha situación. Bajo estos antecedentes en la Asamblea Nacional del Ecuador en el año 2016 se inició un debate sobre la Ley Orgánica de atención humanizada ante el embarazo, parto y postparto. Esta Ley busca regular las prestaciones de la atención sanitaria, en institucionalizar la atención humanizada, promover en forma activa la participación de la mujer, impulsar su protagonismo, respetar las decisiones que la mujer tome sobre su cuerpo y su hijo (15, 18-20).

Por lo antes expuesto, el objetivo de la investigación fue determinar las percepciones de las parturientas sobre la violencia obstétrica en un hospital del Azuay, Ecuador periodo 2019.

METODOLOGÍA

Diseño narrativo, estudio de tipo cualitativo, bajo el marco de la sociología fenomenológica, dirigido a determinar la violencia obstétrica de las mujeres entre 18-40 años durante el proceso de parto, postparto inmediato y mediato. El muestreo fue intencionado y razonado, se incluyó a todas las pacientes que de forma voluntaria aceptaron ser parte del estudio con la firma de un consentimiento informado.

Universo y muestra de estudio: El universo y muestra de estudio correspondió a todas las pacientes atendidas en un centro obstétrico de la provincia del Azuay, durante el periodo 2019. Las mujeres que padezcan de enfermedades catastróficas fueron excluidas del grupo de estudio debido a que su estado psicológico puede influir en las respuestas del test, mujeres con discapacidad intelectual porque su respuesta probablemente nos lleve a resultados erróneos.

Métodos, técnicas e instrumentos para la obtención y procesamiento de la información: El método: análisis de conversaciones y grupos focales. La técnica utilizada fue la entrevista interpretativa y para la recolección de datos se utilizó un cuestionario semiestructurado validado, aplicado a la participante de forma individual y en grupos focales. Para el análisis narrativo del contenido se utilizó el programa Atlas Ti. V. 8. Se utilizó gráficos para clasificar a las participantes del estudio según variables sociodemográficas y, por las características y subcategorías de la violencia obstétrica. El número de entrevistas realizadas se estableció por el punto de saturación de la información, las cuales, posteriormente fueron transcritas textualmente. Se realizó, además, la identificación de inmoralidades del lenguaje y se eliminaron duplicaciones excesivas. La información obtenida fue supervisada y revisada por los investigadores y expertos en el área (triangulación del investigador). Se usó el test de violencia obstétrica, mismo que ha sido realizado y validado por varias organizaciones de salud argentinas, entre ellas Dando a Luz y Maternidad Libertaria, Asamblea de Mujeres, MTD Lucha y Libertad de Lugano (FOB-Federación de Organizaciones de Base), Centros de Salud en Córdoba, fue aplicado en la Campaña nacional en Argentina, contra la violencia a las mujeres liderada por el Consejo Nacional de Mujeres, etc. Se encuentra bajo un marco legal: Ley Nacional N°26485, Ley Nacional N°25929. El cuestionario se caracteriza por tener once preguntas abiertas sobre las percepciones durante el trabajo de parto y, cinco preguntas de información personal sociodemográfica.

Procedimientos para garantizar procesos bioéticos: La información fue confidencial, aplicando los principios de la Declaración de Helsinki, el cual protege la autonomía y los derechos de los individuos que participan en la investigación. Además, esta investigación tiene aprobación del Co-

mité de Bioética y de Investigación de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Católica de Cuenca. La información recolectada no fue manipulada; con la finalidad de determinar la violencia obstétrica por parte del personal de salud hacia las mujeres que asistieron a la atención de su parto en un hospital de la provincia del Azuay en Ecuador. Se comunicó de forma verbal a las pacientes cuales son los objetivos y beneficios de realizar esta investigación. Además, se aclaró que si en algún momento de la entrevista se sienten incomodas, se encuentran con toda la libertad de retirarse del estudio. Una vez aceptado y firmado el consentimiento informado por parte del grupo de estudio, se procedió a llenar las preguntas del cuestionario semiestructurado y validado, que tuvo una duración máxima de 10 minutos aproximadamente.

Descripción de variables: Al ser un estudio de tipo cualitativo el análisis de los datos fue interpretativo, mediante las narraciones de la perspectiva de las mujeres sobre violencia obstétrica, las cuales dependen de las categorías que se analizaron en una serie de subcategorías, respondiendo a indicadores aportados por las participantes, lo cual nos permitió hacer manejable la información recolectada durante la investigación.

RESULTADOS

El presente estudio fue realizado exclusivamente en mujeres que tuvieron un parto en el área de Gineco - Obstetricia, en donde se entrevistó individualmente a 19 mujeres, más 2 grupos focales conformados cada uno por 3 personas, en total participaron 25 pacientes en puerperio inmediato y mediano. El grupo más representativo fueron las mujeres de edad entre 20 a 29 años, seguidas de las adolescentes (18 a 19 años). El nivel de instrucción igualmente de la mayoría de las participantes fue secundaria completa, seguido de la primaria incompleta.

La gran mayoría de las mujeres que participaron en el estudio fueron amas de casa y de estado civil unión libre (Gráfico 1).

Los resultados obtenidos se clasificaron de acuerdo a los tipos de violencia (Gráfico 2), y dentro de ellos, se señala las distintas preguntas del cuestionario caracterizadas por ser identificadoras de presencia de violencia, confirmadas con las respectivas respuestas.

Violencia contra el cuerpo femenino: básicamente cita las situaciones donde el personal de salud realiza procedimientos sin justificación, abuso o uso de medicamentos injustificados y sin permiso previo a la paciente o representante legal. Cabe mencio-

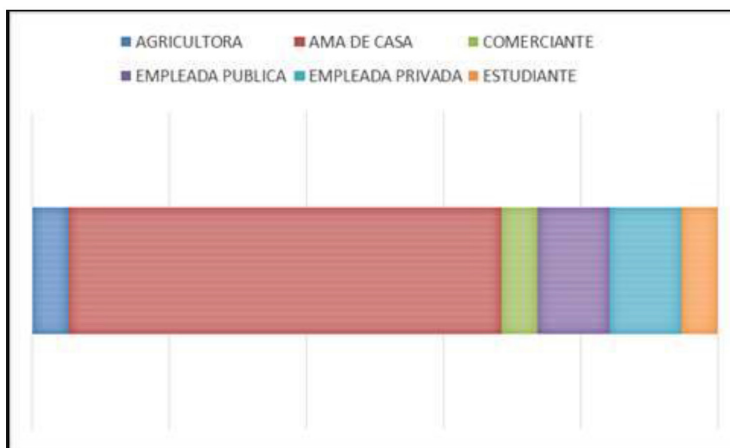


Gráfico 1. La ocupación de las mujeres en puerperio inmediato e inmediato.

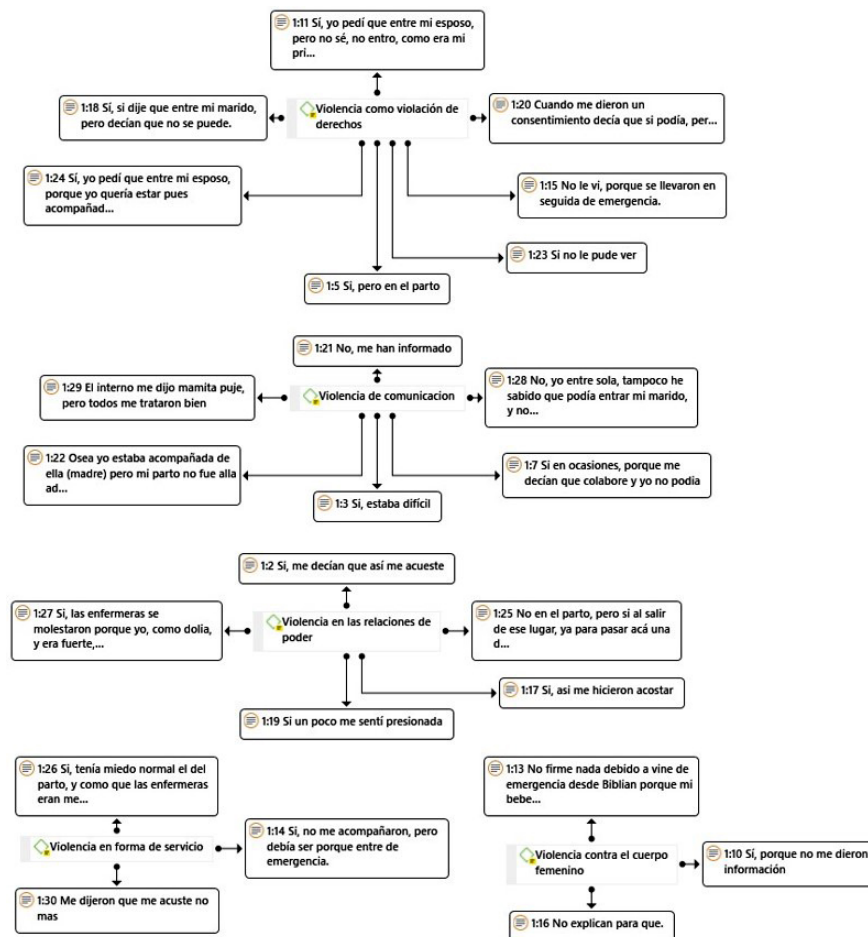


Gráfico 2. Subcategorías de la violencia obstétrica psicológica en las participantes del estudio.

nar, que la población de estudio, tiene poco interés sobre que procedimientos o medicamentos son usados en su cuerpo, esto se encuentra muy relacionado con el tipo de instrucción, y ello a su vez genera confianza total hacia los profesionales.

¿Se realizaron alguno o varios de los siguientes procedimientos médicos sin pedirte consentimiento o explicarte por qué eran necesarios?

- 0.06: Sí, porque no me dieron información.
- 0.07: No firme nada debido a vine de emergencia desde Biblian, porque mi bebe se murió en mi vientre, y ya se me salía.
- 0.08: No explican para qué.

Violencia de comunicación: manifiesta el trato inadecuado de manera verbal hacia las mujeres en período de gestación, parto o puerperio. Además, se puede presentar mediante una información incompleta, manipulada, o no brindar atención médica. Se identificó que la gran mayoría mencionó ser informada de todos los procedimientos, aunque muchas no conocían porque se encontraban con suero, o si alguna de ellas tenía algún tipo de medicación por dicha vía, en que tipos de posiciones se podía dar a luz. En general las gestantes tuvieron un parto en posición litotomía. Un alto número de mujeres que, debido a su desconocimiento, ingresaron solas al parto. Se evidenció lo descrito en las siguientes preguntas y respuestas.

¿El personal de salud hacía comentarios irónicos, descalificadores o en tono de chiste acerca de tu comportamiento?

- Todas las pacientes negaron tener dicho comportamiento por parte del personal de salud.

¿Te trataron con sobrenombres (gorda) o diminutivos (gordita-mamita-hijita) como si fueras una niña incapaz de comprender los procesos por los cuales estás atravesando?

- 0.19: El interno me dijo mamita puje, pero todos me trataron bien

¿Fuiste criticada por llorar o gritar de dolor, emoción, alegría, durante el trabajo de parto y/o el parto?

- 0.09: Si un poco me sentí presionada

¿Te fue difícil o imposible preguntar o manifestar tus miedos o inquietudes, porque no te respondían o lo hacían de mala manera?

- 0.14: Si, tenía miedo normal del parto y, como que las enfermeras eran medio bravas

¿Se te impidió estar acompañada por alguien de tu confianza?

- 0.15: No, yo entre sola, tampoco he sabido que podía entrar mi marido y, no me ofrecieron tampoco.

- 0.16: No, no entro nadie, y tampoco pedí porque no sabía que podían entrar, pero si me hubiese gustado estar acompañada.

Después del parto, ¿sentiste que no habías estado a la altura de lo que se esperaba de ti (que no habías «colaborado»)?

- 0.02: Si, estaba difícil
- 0.03: Sí, no podía pujar
- 0.04: Si, era difícil.

¿Podrías decir que la experiencia de la atención en el parto te hizo sentir vulnerable, culpable o insegura?

- 0.03: Si en ocasiones, porque me decía que colabore y yo no podía

Violencia en forma de servicio: se trata de un servicio que no se caracteriza por una buena calidad, debido a que las normas generadas para una correcta atención no son acatadas como es atender de manera precaria, ausencia de personal o una atención negada o retrasada. Se observó que las pacientes manifiestan disgusto con el personal de enfermería, refiriendo que están bravas y, que se demoran para brindar atención. Además, se identificó en una de las mujeres que tuvo un parto en la cama de hospitalización.

¿Podrías decir que la experiencia de la atención en el parto te hizo sentir vulnerable, culpable o insegura?

- 0.04: No, me parece la atención en labor de parto súper bien, solo que yo no pude mucho colaborar para pujar. Lo que, si no me gusto que las enfermeras de emergencia se demoran en atender, sabiendo que se les dijo la gravedad que estaba.

¿Se te impidió estar acompañada por alguien de tu confianza?

- 0.10: o sea yo estaba acompañada de ella (madre), pero mi parto no fue allá adentro, mi hijo salió aquí en la cama, y ella se fue a llamar y, ahí vinieron. Y ella si vio lo que nació.

Violencia como violación de derechos: es considerada cuando el personal de salud violenta o irrespeta los derechos del paciente, así impide la compañía de un familiar en el momento del parto, o no permite el contacto directo e inmediato de madre al recién nacido. Se puede decir que todas las mujeres en el momento del parto necesitaron o les hubiese gustado tener el apoyo de un ser querido, por ser un momento muy duro, pero hermoso, recalando que muchas de ellas desconocían totalmente de dicho derecho y, algunas a pesar de solicitar la compañía, fueron negadas, acatando a las normas que el personal de salud ordenó. En dos de los casos se menciona que las madres no tuvieron contacto o apego precoz con su hijo, el primero por ser un parto en la camilla y el

segundo por tratarse de un caso de un óbito, en el segundo caso la madre no conoció al recién nacido y, en el momento de la entrevista a ella ya no le nacía las ganas de conocerlo.

¿Se te impidió estar acompañada por alguien de tu confianza?

- 0.03: Sí, pero en el parto.
- 0.06: Sí, yo pedí que, entre mi esposo, pero no sé, no entro, como era mi primer parto, no se si no quiso, quizá le dio miedo no se no le pregunte tampoco.
- 0.07: Sí, no me acompañaron, pero debía ser porque entre de emergencia.
- 0.08: Sí, si dije que, entre mi marido, pero decían que no se puede.
- 0.09: Cuando me dieron un consentimiento decía que, si podía, pero rato del rato no entre acompañada y, si pedí que entre, pero no.
- 0.11: Sí, yo pedí que, entre mi esposo, porque yo quería estar pues acompañada y el también, pero me decían que no que él no puede. Ya no insistí porque pensé que así debe ser

¿Se te impidió el contacto inmediato con tu hija/o recién nacido antes de que se lo llevara el neonatólogo para control? (acariciarlo, tenerlo en brazos, verle el sexo, hablarle, darle el pecho, etc.)

- 0.07: No le vi, porque se llevaron en seguida de emergencia.
- 0.10: Si no le pude ver.

Violencia en relaciones de poder: se trata del ambiente que genera el personal de salud a los pacientes, debió a su actitud incuestionable, y con ello una relación de poder en donde la paciente obedece y acata toda regla ordenada. Se puede ver en las respuestas citadas que, si bien no fueron obligadas, se puede decir que se impuso un tipo de posición, en donde las pacientes acataron sin refutar, además las emociones emitidas durante el parto generaron malestar en el personal de enfermería.

¿En el momento del parto, ¿te obligaron a permanecer acostada boca arriba, aunque manifestaras tu incomodidad en esa posición?

- 0.02: Si, me decían que así me acueste.
- 0.08: Si, así me hicieron acostar
- 0.19: Me dijeron que me acueste no mas

¿Fuiste criticada por llorar o gritar de dolor, emoción, alegría, durante el trabajo de parto y/o el parto?

- 0.13: No en el parto, pero si al salir de ese lugar, ya para pasar acá una de las enfermeras como que se molestó diciendo que yo no debía gritar tanto.
- 0.15: Si, las enfermeras se molestaron porque yo, como dolía, y era fuerte, gritaba.

¿Fuiste obligada a quedarte en cama impidiéndote caminar o buscar posiciones según tus necesidades?

- Las pacientes mencionaron tener libertad al caminar o en buscar posiciones, incluso referían que el personal de salud les recomendaba caminar, mismo que fue presenciado por mi persona.

ANÁLISIS DE RESULTADOS

Se pudo observar que la incidencia de violencia obstétrica es baja. Dentro de los resultados el tipo de violencia más señalada es la **violencia de comunicación**, observando que la gran mayoría de mujeres mencionó no ser informada de todos los procedimientos, incluso de tener en sus manos un consentimiento informado que, lamentablemente no leyeron y, no fue explicado por parte del personal, ya que fue evidente el desconocimiento. El segundo tipo de violencia fue **violencia contra los derechos**, en donde se prohibió el acceso de un acompañante en el momento del parto, incluso cuando las pacientes lo solicitaron, pocas de ellas conocían dicho derecho y, otras con total desconocimiento

acataron el reglamento impuesto por parte del personal de salud. El tercer tipo fue la **violencia en relaciones de poder**, sabiendo que ninguna de las pacientes mencionó las distintas posiciones del parto, o que eligieran alguna de ellas y, de cierta forma se impuso la posición habitual como es la posición litotomía, incluso ciertas mujeres confirmaron dicha percepción, mencionado que solo les comunicó que se acostaran. El cuarto tipo fue la **violencia del cuerpo femenino**, llama la atención que una de ellas no firmo un consentimiento informado por encontrarse en una situación de emergencia y, la paciente se encontraba lucida. El último tipo fue la **violencia en forma de servicio**, evidenciando que uno de los partos se realizó en la sala de hospitalización, además se obtuvo respuestas negativas sobre el personal de enfermería por reiteradas ocasiones por su actitud molesta, brava, e incluso de retraso en la atención.

DISCUSIÓN

La información recolectada en esta investigación, a cerca de las mujeres atendidas, se ha percibido que en ocasiones se ha visto muestras o actos de violencia obstétrica por parte del personal de salud. A nivel mundial se han realizado estudios de violencia obstétrica teniendo resultados como los de Da Silva y cols. (1), quienes en el año 2017 en Brasil evaluaron formas de violencia obstétrica experimentada por madres que tuvieron un parto normal. Se entrevistó a 35 madres. La violencia obstétrica, se destacó en la realización de procedimientos sin un consentimiento previo o con la debida información hacia la paciente, problemas para responder preguntas y, restricción al ingreso del parto por parte de un acompañante. Igualmente, Araujo JC (21) en el año 2019 en México, describió a la Violencia obstétrica como una práctica oculta deshumanizadora, ejercida por el personal médico asistencial; además, observaron en 180 mujeres que la gran mayoría conoce el término violencia obstétrica, debido a que

un alto porcentaje de prácticas médicas fueron sin consentimiento informado, la mitad de ellas reportó sufrir algún tipo de violencia por parte del personal, manifestando tratos deshumanizados, en donde se acusa con frecuencia al personal de enfermería.

En España Aguilera y Ramos (22) en el año 2017, en un estudio observacional de violencia obstétrica, recolectaron datos mediante un test difundido en redes sociales, participaron 282 mujeres cuyos partos fueron entre 2008-2016. Los resultados reflejan que más de la mitad de las mujeres sufrió violencia obstétrica en el parto, indicando con frecuencia la participación de alumnao durante el parto sin su consentimiento y cambio de ritmo en el parto por conveniencia del personal sanitario. Según Begley y cols. (23), en la República Checa evaluaron la atención respetuosa e irrespetuosa a 52 encuestadas en donde se observó el establecimiento de la posición semi-acostada o acostada en el trabajo de parto, no se pidió consentimiento ni se explicó los procedimientos médicos como: ruptura de membranas y episiotomías. Además, en caso de rechazo al tratamiento por parte de las pacientes, el personal de la salud se manifestaba de forma amenazante y molesta, lo que generaba a las mujeres aceptar el tratamiento. Por su parte, Freedman y cols. (24), en Tanzania en la región de Tanga realizó en un estudio sobre Observación versus autoinforme en la medición de la falta de respeto y abuso durante el parto en el centro a dos hospitales a 469 pacientes evidenciando que el ítem más reportado fue el de trato inadecuado en forma de gritos y regaños, con una incidencia menor en cuanto al derecho a la privacidad y comentarios negativos y amenazantes. De igual forma, otra investigación realizada en Tanzania en la región del Lago por Solnes y cols. (25), en busca de la falta de respeto y abuso en la atención de maternidad en donde participaron 14 mujeres desde el periodo gestacional hasta el parto, confirmando que en su totalidad sufrieron violencia obstétrica

caracterizada tanto por maltrato psicológico como físico.

En Ghana según Maya y cols. (26) evaluaron las perspectivas de las mujeres sobre el maltrato durante el parto en los centros de salud en Ghana, a un grupo de 110 mujeres, lograron identificar un maltrato psicológico, influyendo el abuso verbal y ausencia de apoyo. Se observó una similitud con los referidos autores, todos ellos detectaron en sus estudios presencia de violencia obstétrica, considerado como una violación a los derechos humanos, por parte del personal de salud, debido abusos de autoridad, poder o conocimiento, misma que puede generar complicaciones maternas.

En Perú, Molina y cols. (27), realizaron una investigación sobre esterilizaciones forzadas, el cual trata sobre la política implementada en el gobierno de Alberto Fujimori, con el objetivo de reducir la natalidad en las familias vulnerables económicamente, la mayoría mujeres indígenas, formando un proyecto de planificación familiar, basado en los métodos anticonceptivos, que dio resultados positivos; sin embargo, no los esperados, introduciendo el método de anticoncepción quirúrgica voluntaria que consistía en la esterilización no siempre voluntaria, de aproximadamente 300.000 personas, de las cuales se calculó que unas 250.000 fueron mujeres, hasta el momento existen 2.000 denuncias en la fiscalía. Dejando daños irreparables, generando violencia a los derechos humanos, violencia contra el cuerpo femenino, violencia de comunicación, violencia en forma de servicio y violencia en las relaciones de poder.

A nivel nacional se ha realizado estudios en distintos hospitales, y centros de salud del país como en Quito según Borja (28), en el estudio de violencia obstétrica: percepciones de las prácticas de atención de salud, su grupo de estudio estuvo conformado por el personal de salud y mujeres atendidas en el Centro Obstétrico del Hospital General Docente de Calderón, arrojando resultados en donde todas las mujeres manifestaron

violencia obstétrica, se vio falta de consentimiento informado, limitación o escasa información a las pacientes, manipulación excesiva por parte del personal hacia las pacientes, en donde todas refirieron que se realizaron varios tactos vaginales en un corto periodo de tiempo en menos de lo recomendado y por más de dos miembros del equipo. Más de la mitad manifestó un trato no digno, por el uso de epítetos, sin embargo, el personal manifestó el uso de las mismas, como forma de un mejor lazo de confianza. Además, se menciona vulneración de la privacidad a las mujeres en labor de parto, confirmado por el personal de salud.

Por su parte, Castillo (29) en Azogues, investigó la frecuencia y caracterización de violencia obstétrica en el Hospital Homero Castanier Crespo, cuyo estudio fue cuantitativo reportó que más de la mitad de las pacientes sufrieron violencia obstétrica, y la gran mayoría de ellas pacientes no conocían dicho término. En Esmeraldas, se estudió la violencia obstétrica desde la percepción de las adolescentes que asisten al Hospital Delfina Torres de Concha, en donde el reporte de violencia obstétrica es bajo, tan solo un bajo porcentaje percibió, un trato verbal no adecuado, imposibilidad para escoger una posición de parto y no haber tenido apego precoz (19). En Cuenca según Bravo (30) analizó las percepciones de las parturientas sobre la violencia obstétrica, en el “Centro de Salud Inclusivo Carlos Elizalde”, el estudio se conformó por 86 mujeres, donde reportó una percepción de violencia obstétrica baja.

Cabe mencionar que, en nuestro estudio, se pudo notar que la gran parte de la población de estudio desconocen el término de violencia obstétrica, y a su vez de leyes que las protegen, o de cuáles son sus derechos, relacionando este desconocimiento con su nivel de instrucción. Por lo tanto, el resultado obtenido en esta investigación concuerda con Castillo, en el Hospital Homero Castanier Crespo, sobre el desconocimiento de gran parte de la población del término -violencia obstétrica-; con Borja, en el Hospital

General Docente de Calderón, en donde se evidenció la falta de información, porque, en este estudio la gran parte de las pacientes mencionaron que no fueron informadas sobre el consentimiento informado o, los procedimientos que se les realizaría. Y finalmente los resultados concuerdan con los de Da Silva, en Brasil, en cuanto a la ausencia de acompañantes durante el parto, se observó en este estudio que, las pacientes pensaban que no pueden estar acompañadas, pero algunas se percataron que en el consentimiento se les permitía un acompañante, sin embargo, al pedir el ingreso se les prohibía.

CONCLUSIÓN

Existe poco conocimiento sobre el tema de violencia obstétrica y, de sus derechos y, está ligado a los factores sociodemográficos, debido a que la gran mayoría de mujeres no ha llegado a un tercer nivel de instrucción, ello conlleva al incremento de inseguridades y sumisión, de tal manera que, por parte del personal de salud nazca una actitud paternalista que pueda llegar a emitir información o limitarla.

La gran mayoría de las usuarias manifestaron que se les impidió estar acompañadas de un familiar durante su parto, muchas de ellas desconocían dicho derecho y no insistieron, y un pequeño porcentaje conocía, pero respeto la decisión del personal de salud.

Se observó que las pacientes tenían un parto en posición litotomía o decúbito supino; sin embargo, ninguna de ellas mencionó desagrado o incomodidad con dicha posición.

En fin, se evidenció la presencia de violencia obstétrica; pero las pacientes debido al desconocimiento del tema y de sus derechos, perciben un trato adecuado.

REFERENCIAS

1. **da-Silva-Carvalho I, Santana-Brito R.** Formas de violencia obstétrica experimentada por madres que tuvieron un parto normal. *Enfermería Global* 2017; 16(47): 71-97.
2. **Faneite J, Feo A, Toro Merlo J.** Grado de conocimiento de violencia obstétrica por el personal de salud. *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela* 2012; 72(1): 4-12.
3. **Rippel JA, Medeiros CA, Maluf F.** Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos e Resolução CNS 466/2012: análise comparativa. *Revista Bioética* 2016; 24(3), 603-612.
4. **Belli LF.** La violencia obstétrica: otra forma de violación a los derechos humanos; UNESCO; *Revista red Bioética* 2013; 1(7):25-34.
5. **Salgado F, Díaz M.** Violencia obstétrica y de género mediante la medicalización del cuerpo femenino. *Revista Latinoamericana de Estudios sobre Cuerpos, Emociones y Sociedad (RELACES)*. 2019; 29(11):23-34.
6. **Al Adib Mendiri M, Ibáñez Bernáldez M, Casado Blanco M, Santos Redondo P.** La violencia obstétrica: un fenómeno vinculado a la violación de los derechos elementales de la mujer. *Medicina Legal de Costa Rica* 2017; 34(1), 104-111.
7. **Comisión Nacional de Derechos Humanos de México.** Sobre violencia obstétrica en el Sistema Nacional de Salud. [Internet]. México; 2017 Jul [cited 2020 Nov 14]. Available from: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/
8. **Gurevich I, Trusova Y, Yashina V.** Current trends in the algebraic image analysis: A survey. In: *Lecture Notes in Computer Science (including subseries Lecture Notes in Artificial Intelligence and Lecture Notes in Bioinformatics)* [Internet]. Springer, Berlin, Heidelberg; 2013 [cited 2020 Nov 14]. p. 423–30. Available from: https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-642-41822-8_53
9. **Colanzi I.** De brujas y parteras: disciplinamiento y violencia obstétrica [Internet]. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación. 2015 [cited 2020 Nov 14]. p. 2-3. Available from: <http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/50821>
10. **Ferra M.** Parto Domiciliario Planificado [Internet]. [Montevideo]: Universidad de la República de Uruguay; 2016 [cited 2020 Nov 14]. Available from: <https://sifp.psyco.>

- edu.uy/sites/default/files/Trabajos finales/Archivos/tfg_mariangel_ferra_version_final.pdf
11. **Galimberti D, Mazzoli P.** Violencia Obstétrica. [Internet]. 2015 [cited 2020 Nov 14]. p. 23–8. Available from: <https://docplayer.es/25906544-Violencia-obstetrica-dra-diana-galimberti-coordinadora-del-comite-de-violencia-de-genero-con-la-colaboracion-del-dr.html>
 12. **Arguedas Ramírez G.** La violencia obstétrica: propuesta conceptual a partir de la experiencia costarricense. Cuad Intercambio sobre Centroamérica y el Caribe [Internet]. 2014 Apr 11 [cited 2020 Nov 14];11(1):145. Available from: <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/intercambio/article/view/14238>
 13. **Ramírez W, Vinaccia S, Ramón Suárez G.** El impacto de la actividad física y el deporte sobre la salud, la cognición, la socialización y el rendimiento académico: una revisión teórica. *Rev Estud Soc* [Internet]. 2004 Aug [cited 2020 Nov 14];18:67–75. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/res/n18/n18a08.pdf>
 14. **Soto-Toussaint LH.** Violencia obstétrica. *Rev Mex Anesthesiol* [Internet]. 2016 Jun 1 [cited 2020 Nov 14];39(1):55–60. Available from: <http://www.medigraffic.com/rmawww.medigraffic.org.mx>
 15. **Quattrocchi P.** Violencia Obstétrica - Aportes desde América Latina. *Gênero & Direito*. 2018;7(1).
 16. **Bellón Sánchez S.** La violencia obstétrica desde los aportes de la crítica feminista y la biopolítica *Obstetric Violence from the Contributions of Feminist Criticism and Biopolitics*. *Rev Int Éticas Apl* [Internet]. 2015 May 31 [cited 2020 Nov 14];7(18):93–111. Available from: <https://www.dilemata.net/revista/index.php/dilemata/article/view/374>
 17. **Pozzio MR.** The Gynecology Obstetrics in México: Between “Humanized Childbirth” and Obstetric Violence. *Rev Estud Fem* [Internet]. 2016 Jan [cited 2020 Nov 14];24(1):101–117. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1805-9584-2016v24n1p101>
 18. **Slica H, Esijat EL.** Listo informe para primer debate de atención humanizada de parto | Notimundo [Internet]. Asamblea Nacional del Ecuador. 2016 [cited 2020 Nov 14]. Available from: <https://notimundo.com.ec/listo-informe-para-primer-debate-de-atencion-humanizada-de-parto/>
 19. **Castillo Ortiz LW.** Violencia Obstétrica desde la Percepción de las Adolescentes que Asisten al Hospital Delfina Torres de Concha. [Esmeraldas]: Pontificia Universidad Católica del Ecuador; 2017.
 20. **Cobo Gutiérrez C.** La violencia obstétrica. [Internet]. [Cantabria]: Universidad de Cantabria; 2016 [cited 2020 Nov 14]. Available from: https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/8917/Cobo_Gutierrez_C..pdf?sequence=4
 21. **Araujo-Cuauro JC.** Violencia obstétrica: una práctica oculta deshumanizadora, ejercida por el personal médico asistencial ¿Es un problema de salud pública y de derechos humanos? *Rev Mex Med Forense* [Internet]. 2019 [cited 2020 Nov 14];4(2):1–11. Available from: <https://www.medigraffic.com/pdfs/forense/mmf-2019/mmf192a.pdf>
 22. **Aguilera Ávila L, Ramos Rodríguez AP.** La violencia obstétrica, otra forma de violencia contra la mujer. El caso de Tenerife. *Musas*. 2017; 2(2): 56 - 74. Available from: <https://revistes.ub.edu/index.php/MUSAS/article/view/vol2.num2.4>
 23. **Begley C, Sedlicka N, Daly D.** Atención respetuosa e irrespetuosa en la República Checa: una encuesta en línea. *Reprod Health* [Internet]. 2018 Dec 4 [cited 2020 Nov 14];15(1):200. Available from: <https://reproductive-health-journal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12978-018-0648-7>
 24. **Freedman LP, Kujawski SA, Mbuyita S, Kuwawenaruwa A, Kruk ME, Ramsey K, et al.** Eye of the beholder? Observation versus self-report in the measurement of disrespect and abuse during facility-based childbirth. *Reprod Health Matters* [Internet]. 2018 Aug 27 [cited 2020 Nov 14];26(53):107–122. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/09688080.2018.1502024>
 25. **Solnes Miltenburg A, van Pelt S, Meguid T, Sundby J.** Disrespect and abuse in maternity care: individual consequences of structural violence. *Reprod Health Matters* [Internet]. 2018 Aug 27 [cited 2020

- Nov 14];26(53):88–106. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/09688080.2018.1502023>
26. **Maya ET, Adu-Bonsaffoh K, Dako-Gyeke P, Badzi C, Vogel JP, Bohren MA, et al.** Women's perspectives of mistreatment during childbirth at health facilities in Ghana: findings from a qualitative study. *Reprod Health Matters* [Internet]. 2018 Aug 27 [cited 2020 Nov 14];26(53):70–87. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/09688080.2018.1502020>
27. **Molina Serra A.** Esterilizaciones (forzadas) en Perú: Poder y configuraciones narrativas. *Rev Antropol Iberoam* [Internet]. 2017 Jan [cited 2020 Nov 14];12(1):31–52. Available from: www.aibr.org
28. **Borja Quintana CB.** Violencia obstétrica: percepciones de las prácticas de atención de salud [Internet]. [Quito]: Universidad San Francisco de Quito; 2017 [cited 2020 Nov 14]. Available from: <http://repositorio.usfq.edu.ec/bitstream/23000/6592/1/131233.pdf>
29. **Castillo LM.** Frecuencia y caracterización de violencia obstétrica hospital Homero Castañer Crespo [Internet]. [Azogues]: Universidad de Cuenca; 2017 [cited 2020 Nov 14]. Available from: https://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/28269/1/PROYECTO_DE_INVESTIGACION.pdf
30. **Bravo Regalado CA.** Percepciones de las parturientas sobre la violencia obstétrica en el centro de salud inclusivo “Carlos Elizalde”. [Internet]. Cuenca; 2019 [cited 2020 Nov 14]. Available from: http://dspace.ucuenca.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/32898/1/Trabajo_de_titulacion.pdf

PSIC-03. AUTOPERCEPCIÓN FÍSICA, DE LA ADOLESCENCIA MEDIA Y TARDÍA, DE LOS COLEGIOS FISCALES URBANOS DEL DISTRITO 01D02, ECUADOR.

(Physical self-perception, of middle and late adolescence, of the urban tax colleges of the 01D02 District, Ecuador)

Pablo Isaías Úrgiles Sigüencia¹, Zoila Katherine Salazar Torres², Dayanna Angélica León Peñaranda³, Lizette Espinosa Martín⁴, Karla Alexandra Aspiazu Hinostroza⁵, Vinicio Marcelo Tenemaza Ruilova⁶

¹Ministerio de Salud Pública - Centro de Salud Juan de Velazco Pangor, Colta, Chimborazo, Ecuador.

^{2, 4, 5}Universidad Católica de Cuenca – Carrera de Medicina, Cuenca, Ecuador.

³Ministerio de Salud Pública – Hospital Vicente Corral Moseoso, Cuenca Ecuador.

⁶Universidad Católica de Cuenca – Carrera de Enfermería, Cuenca, Ecuador.

zsalazart@ucacue.edu.ec

RESUMEN

Antecedentes: durante la adolescencia se sufre cambios tanto anatómicos, psicológicos y, del entorno social que, influyen sobre la percepción física del adolescente. **Objetivo:** determinar la autopercepción física de los adolescentes de los colegios fiscales del distrito 01D02, Ecuador 2018. **Metodología:** estudio de tipo descriptivo de corte transversal. La población fue 8.705 adolescentes, que cursaban entre 10mo y 3ero de bachillerato del distrito 01D02 de Cuenca, periodo 2017 – 2018. La muestra fueron 151 estudiantes; se empleó el cuestionario de autopercepción física CAF, validado por Goñi. Se consideró variables sociodemográficas, IMC, CAF y sus dimensiones. El análisis des-

criptivo se realizó con los valores de frecuencia y porcentaje, media y DS. **Resultados:** La edad media fue $16,37 \pm 1,42$ años; el 58,9% fueron hombres; con residencia. Indican a veces tienen más habilidad que la gente de su edad practicando deporte (46,4%), afirman estar en buena forma física (35,1%), casi siempre se destacan en actividades en las que se precisa fuerza física (35,8%), niegan físicamente sentirse peor que los demás (58,3%), por lo que indican siempre sentirse feliz (70,9%), siempre se sienten contentos con su imagen corporal (44,4%). **Conclusión:** la autopercepción física de los adolescentes demostró ser buena en relación a sus dimensiones.

Palabras clave: autoconcepto; atractivo físico; capacidad física.

ABSTRACT

Background: during adolescence, changes are suffered both anatomical, psychological and social environment that influence the physical perception of the adolescent. **Objective:** to determine the physical self-perception of the adolescents of the public schools of the district 01D02, Ecuador 2018. **Methodology:** descriptive, cross-sectional study. The population was 8.705 adolescents, who were studying between 10th and 3rd year of high school in the 01D02 district of Cuenca, period 2017 - 2018. The sample was 151 students; The CAF physical self-perception questionnaire, validated by Goñi, was used. Sociodemographic variables, BMI, CAF and their dimensions were considered. The descriptive analysis was carried out with the values of frequency and percentage, mean and SD. **Results:** The mean age was 16.37 ± 1.42 years; 58.9% were men; resident. They indicate that they sometimes have more ability than people of their age practicing sports (46.4%), claim to be in good physical shape (35.1%), almost always excel in activities that require physical strength (35.8%), physically deny feeling worse than others (58.3%), so they always indicate feeling happy (70.9%), always feeling happy with their body image

(44.4%). **Conclusion:** adolescents' physical self-perception proved to be good in relation to its dimensions.

Key words: self-concept; physical attractiveness; physical capacity; muscular strength.

INTRODUCCIÓN

En la etapa de transición, también conocida como adolescencia donde cada individuo progresa hacia su autonomía, además de los cambios morfológicos y fisiológicos los cuales llegan al término, a nivel personal, así como social, sin embargo, son aún inestables, por ende, no son capaces de interpretar consecuencias las cuales a veces generan daños irreversibles. Al ser una etapa más del desarrollo del ser humano que obligatoriamente debe cumplir, esta etapa es de general importancia debido a que la población estudiada es inestable, lo cual muchas veces sumado a factores externos pueden intervenir en el desarrollo del adolescente mientras intenta ser autónomo, de los cuales ellos mismos no son conscientes, entre ellos uno de los aspectos más importantes a considerar es la estética corporal, al visualizar, palpar, y explorar su cuerpo generan un criterio sugestivo hacia ellos mismos es decir valoran su atractivo físico (1-4).

En la actualidad, la sociedad trata de imponer ciertas formas de estética, indicando que, en el caso del sexo masculino, un abdomen marcado y abundante masa muscular, son más aceptados en la sociedad y muchas de las veces dentro del mismo ámbito familiar, en el caso de la mujer una silueta marcada un abdomen plano, mamas y glúteos voluminosos, se consideran más atractivos, exigiendo a la población a adoptarlos casi de forma obligatoria.

Para lograr adoptar ciertas formas de estética, la población recurre a métodos como ciertos tipos de dietas restrictivas, ejercicio físico forzado, fármacos, cirugías, he incluso otros métodos agresivos para el bienestar psicoemocional individual guiados por personal poco o no capacitados en este ámbito, conllevando a resultados catastróficos (5,6).

El adolescente al ser curioso se trata de adaptar a la sociedad, son guiados por personas no capacitadas en ciertos temas, promoviendo a optar por actitudes que pueden ser nocivos para su salud (7). En casos extremos podría llegar hasta el intento autolítico. Por lo expuesto, el objetivo de la investigación fue determinar la autopercepción física de los adolescentes de los colegios fiscales del distrito 01D02, Ecuador 2018.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se procedió a la recolección de la información, que se obtuvo mediante la aplicación de los cuestionarios un día laborable programado con la coordinación de los directores de cada centro educativo fiscal urbano del distrito 01D02 en el periodo comprendido entre septiembre 2017 – septiembre 2018. Cada encuestado fue seleccionado de la población en general, con la utilización de los criterios de inclusión y exclusión, y de forma aleatoria hasta obtener el número requerido en la muestra. Se imprimió cada cuestionario con su debido asentimiento informado, además, se solicitó la firma del consentimiento informado por parte de su representante legal. Los formularios, tenían un código por cada participante que sirvió para una mejor tabulación de datos. Los datos fueron recolectados en una ficha de datos elaborada para este fin. La técnica fue por medio de una encuesta.

Para identificar la autopercepción física de los adolescentes medios y tardíos, se utilizó el CAF (Cuestionario de Autoconcepto Físico), el cual fue validado y publicado por Goñi, Ruiz de Azúa y Liberal, en el año 2004 (8,9); y revisado nuevamente por Goñi, Ruiz de Azúa y Rodríguez, (R) en el año 2006, donde ofrece índices psicométricos excelentes. Pero, antes de contestar el cuestionario, a los participantes del estudio se les explicó la definición de “autoconcepto físico”, para lo cual se tomó la definición de Stein publicada en el año 1996, quien definió el “autoconcepto físico” como las percepciones

que tienen los sujetos sobre sus habilidades y apariencia física.

El Cuestionario de Autoconcepto Físico (CAF): este instrumento nos permitió obtener puntuaciones de todas y cada una de las dimensiones del autoconcepto físico según el modelo de Fox y Corbin del año 1989: habilidad física (H), condición física (C), atractivo físico (A), fuerza (F); así como dos generales, autoconcepto físico general (AFG) y autoconcepto general (AG). El CAF, consta de 36 ítems: habilidad física (H6), condición física (C6), atractivo físico (A6), fuerza (F6), autoconcepto físico general (AFG6) y autoconcepto general (AG6). Posteriormente, para rellenar el instrumento se solicitó a todos los sujetos que se describan a sí mismos, contestando un formato de preguntas con autopercepciones opuestas en diferentes aspectos. Los sujetos deben decidir, en primer lugar, a cuál de esos grupos de jóvenes se parecen más, y, en segundo lugar, el grado de similitud con los mismos. Se contesta mediante una escala del 1 al 5, siendo 1 un grado de desacuerdo alto con lo que dicta el ítem y 5 muy de acuerdo. De los 36 ítems (seis por cada dimensión), unos están redactados de forma una directa “Tengo más fuerza que la mayoría de la gente a mi edad”, por lo que, se puntúan de 1 a 5 (desde falso a verdadero respectivamente), mientras que otros están redactados de forma indirecta, es decir de forma negativa “No tengo cualidades para los deportes”, por lo que, se puntúan de 5 a 1 (desde falso a verdadero respectivamente). La puntuación de cada dimensión se hallaría sumando las puntuaciones de todos los ítems pertenecientes a esa dimensión. Además de obtener las puntuaciones de la autopercepción física de cada sujeto, se les preguntó sobre la edad, sexo, residencia, estado civil, de tal forma que posteriormente se pudieron realizar el análisis diferenciando de estas importantes características sociodemográficas.

Conjuntamente del uso del CAF, el día de la aplicación se procedió a registrar datos antropométricos, mediante equipos como ba-

lanza, en base al manual del equipo; la balanza pesa personas MPB 300K100, Balanza pesa personas de suelo con función IMC posee las siguientes características: campo de medición [Max]: 300 kg, Lectura [d]: 100 g, Dimensiones del plato de pesaje: 315x300x60 mm, calibrable, Fabricante: Kern & Sohn GmbH. Tallímetro mecánico para adultos y niños: el tallímetro seca 216 adaptado para escalas intercambiables, con un límite de tallímetro de 3,5 a 230 centímetros, que puede insertarse flexiblemente en un perfil de material plástico de 138 centímetros de longitud.

RESULTADOS

TABLA I
VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS, DE LA AUTOPERCEPCIÓN FÍSICA DE ADOLESCENTES MEDIOS Y TARDÍOS, DE LOS COLEGIOS FISCALES URBANOS DE LA CIUDAD DISTRITO 01D02, EN EL PERÍODO SEPTIEMBRE 2017 – SEPTIEMBRE 2018.

Variables sociodemográficas	Frecuencia (n= 151)	Porcentaje 100,0%
Edad	Media 16,37 DS 1,42	
Grupo de edad	Adolescencia media	85 56,3
	Adolescencia Tardía	66 43,7
Sexo	Masculino	89 58,9
	Femenino	62 41,1
Residencia	Urbano	113 74,8
	Rural	38 25,2
Estado civil	Soltero	146 96,7
	Casado	1 0,7
	Divorciado	2 1,3
	Unión de hecho	2 1,3

La unidad muestral comprendida de 151 adolescentes medios y tardíos, todos estudiantes de los colegios fiscales urbanos de la ciudad del distrito 01D02, reporta una edad media de 16,37 años, con desviación estándar de 1,42,

de los cuales adolescentes medios representan (56,3%), y tardíos (43,7%), según el sexo, masculino (58,9%), femenino (41,1%), residencia urbana (74,8%), rural (25,2%), estado civil soltero (96,7%), casado (0,7%), divorciado (1,3%), unión de hecho (1,3%).

TABLA II
ESTADO NUTRICIONAL, DE LA AUTOPERCEPCIÓN FÍSICA DE ADOLESCENTES MEDIOS Y TARDÍOS, DE LOS COLEGIOS FISCALES URBANOS DE LA CIUDAD DISTRITO 01D02. EN EL PERÍODO SEPTIEMBRE 2017 – SEPTIEMBRE 2018.

Variables	Frecuencia	Porcentaje
IMC	Media 23,27 DS 3,43	
Estado nutricional	Bajo peso	6 4,0
	Normal	102 67,5
	Sobrepeso	37 24,5
	Obesidad	6 4,0
Total	151	100,0

De los 151 adolescentes participantes del estudio, se observó, que la mayoría tenían un peso nutricional normal en el 67,5% de los casos.

TABLA III
DIMENSIONES DEL CAF, EN ADOLESCENTES MEDIOS Y TARDÍOS, DEL DISTRITO 01D02. CUENCA PERÍODO SEPTIEMBRE 2017 – SEPTIEMBRE 2018.

Dimensiones	Autopercepción física	
	Positiva	Negativa
Habilidad física	83 (54,9)	68 (45,1)
Condición física	75 (49,6)	76 (50,4)
Atractivo físico	96 (64,0)	55 (36,0)
Fuerza	74 (49,1)	77 (50,9)
Autoconcepto físico general	105 (69,4)	46 (30,6)
Autoconcepto general	96 (63,4)	55 (36,6)

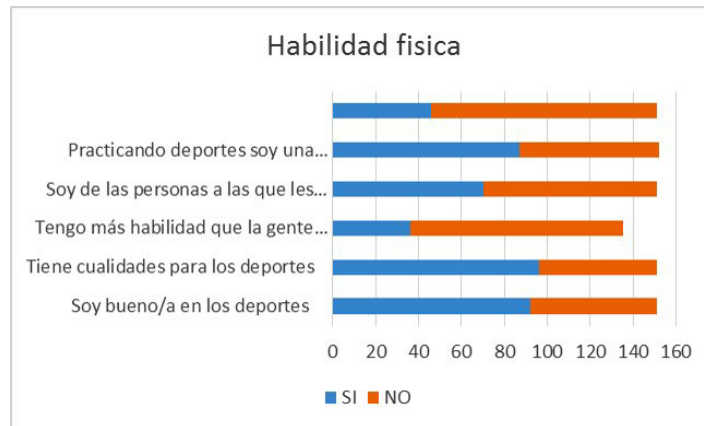


Gráfico 1. Habilidad física de los adolescentes medios y tardíos del distrito 01D02, Cuenca periodo septiembre 2017 – septiembre 2018.

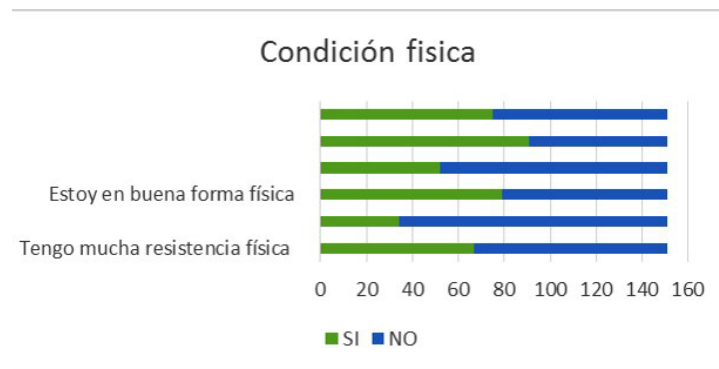


Gráfico 2. Condición física de los adolescentes medios y tardíos del distrito 01D02, Cuenca periodo septiembre 2017 –septiembre 2018.

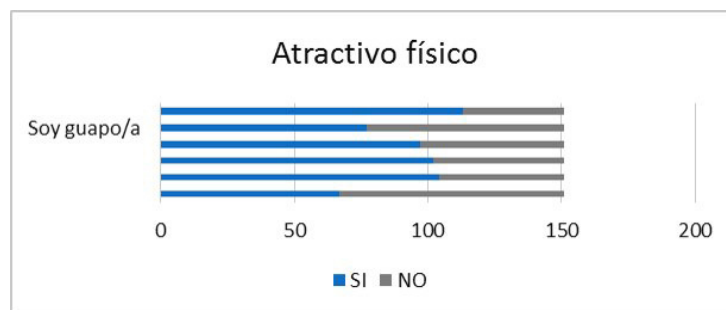


Gráfico 3. Atractivo físico de los adolescentes medios y tardíos del distrito 01D02, Cuenca periodo septiembre 2017 – septiembre 2018.



Gráfico 4. Fuerza física de los adolescentes medios y tardíos del distrito 01D02, Cuenca periodo septiembre 2017 – septiembre 2018.

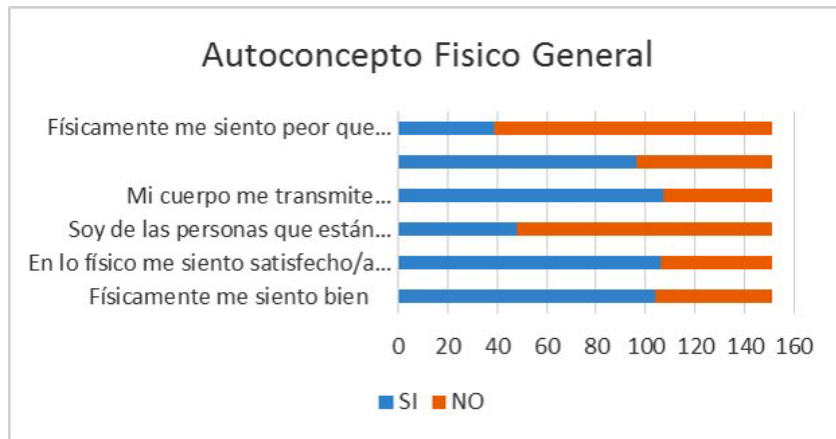


Gráfico 5. Autoconcepto físico general de los adolescentes medios y tardíos del distrito 01D02, Cuenca periodo septiembre 2017 – septiembre 2018.

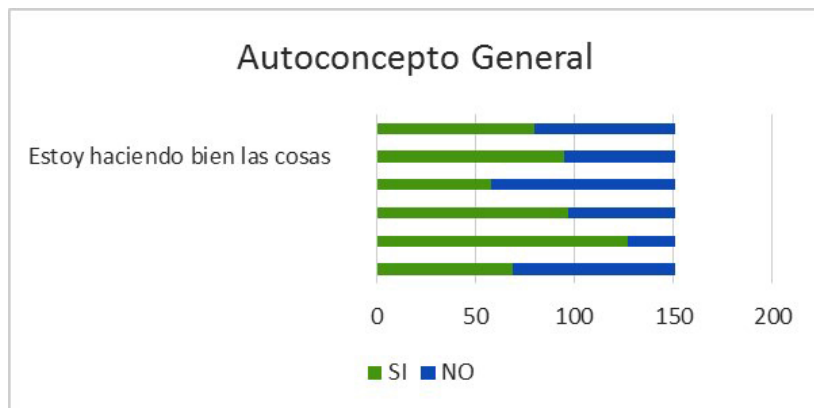


Gráfico 6. Autoconcepto general de los adolescentes medios y tardíos del distrito 01D02, Cuenca periodo septiembre 2017 –septiembre 2018.

TABLA IV
RELACIÓN ENTRE LAS DIMENSIONES DEL AUTOCONCEPTO FÍSICO CON LA EDAD, EL SEXO Y EL ESTADO NUTRICIONAL, DE LA ADOLESCENCIA MEDIA Y TARDÍA DEL DISTRITO 01D02, CUENCA PERIODO SEPTIEMBRE 2017 – SEPTIEMBRE 2018.

Dimensión	Habilidad Física	Condición física	Atractivo físico	Fuerza	Auto concepto físico general	Auto concepto general
Edad	0,16*	0,55**	0,60**	0,96**	0,50**	0,66**
Sexo	0,318	0,86**	0,20**	0,48**	0,76**	0,93**
✓Estado nutricional	0,92✓	0,73✓✓	0,26✓✓	0,89✓✓	0,88✓✓	0,87✓✓

*Prueba t para muestras independientes - **U de Mann-Whitney

✓Análisis varianza de 1 factor - ✓✓ Kruskal Wallis.

DISCUSIÓN

La presente investigación emplea como instrumento de evaluación, el cuestionario de autopercepción física (CAF) propuesta por Goñi A. Ruiz G, en el año 2004, en la ciudad de Donosia – Barcelona.

Características sociodemográficas

En presente trabajo de investigación se realizó, en una población de 8.705 estudiantes con una unidad muestral de 151 estudiantes, que se encuentran cursando la adolescencia media que representa el 56,3% y tardía el 43,7%, con una edad media de 16,37±1,42 años. De los cuales comprende en un 58,9% el sexo masculino y 41,1% el sexo femenino, con residencia urbana en el 74,8% y rural en un 25,2%. Estos resultados se difieren por los grupos de edad, pero se asemejan con el sexo participante, con los reportados por Pérez A, en el año 2016, en una muestra de 123 estudiantes en la ciudad de Buenos Aires – Molina de Segura, donde encontró 43,1% varones y 56,9% mujeres, con edades comprendidas entre 8 y 11 años, con una media de edad 9,5±1,27 años, los cuales fueron elegidos mediante proceso no probabilístico por conveniencia debido a dificultado de acceso a la muestra. Martínez y cols. (10) en el año 2017, aplicaron el cuestionario en una muestra de 1767 estudiantes chilenos de los cuales, 45,8% conformado por varones y 54,2% por mujeres, con una edad media de 18,39 años, domiciliados en el centro y sur de Chile, donde los resultados obtenidos permiten concluir que el modelo presenta adecuado ajuste a los datos sin ser necesario modificar o incorporar parámetros en el mismo.

Igualmente, en 3 centros educativos en España, aplicó se aplicó este cuestionario en una muestra de 574 estudiantes, 310 chicos y 264 chicas que cursaban la instrucción secundaria, con edades comprometidas entre 11 y 17 años con una media de 13,07 ± 1,26 años,, donde analizó la fiabilidad, su capacidad de discriminación como predictiva sobre dimensiones del autoconcepto físico, autoconcepto general y a la vez esta sobre rendimiento académico en cultura física (11).

Características del estado nutricional

Los adolescentes participantes poseen un peso promedio de 59,69 ± 10,50 kg; la media del IMC es 23,27 ± 3,43 DS. Lo cual nos indica que según los rangos establecidos en las tablas de valoración nutricional según IMC del Ministerio de Salud Pública del Ecuador, que se encuentran con un bajo peso el 4,0%, normal 68,9%, sobrepeso 23,8%, y obesidad 3,3% (12,13). Estos datos

se asemejan con los reportados por Andrade S. (14) en el año 2014, en una muestra de 1083 adolescentes representando el 63,2% mujeres, y 36,8% varones, en la Ciudad de Cuenca – Ecuador, donde encontró que la prevalencia de sobrepeso y obesidad era de alrededor del 20%. De la misma manera, en el año 2015, en una muestra de 447 mujeres adolescentes españolas entre 12 y 17 años, con una media $14,5 \pm 1,51$ años de edad, en la ciudad La Rolda – España, evidencia la gran influencia que tiene el valor del IMC siendo este positivo según percepción de fuerza, pero negativo según percepción de atractivo, así como la insatisfacción valorada por el BSQ, IMC del cuerpo deseado.

Características según habilidad física

En lo referente a la habilidad física los adolescentes indican ser buenos en los deportes (38,4%), a veces tienen más habilidad que la gente de su edad practicando deporte (46,4%), y casi siempre al momento de la práctica deportiva son personas hábiles (31,8%). Estos datos se asemejan con los reportados, en una muestra de 2160 adolescentes, donde el 46% eran hombres y 54% eran mujeres, en la ciudad de Minneapolis, donde se encontró que tanto adolescentes masculinos como femeninos refieren tener buena habilidad física.

Características según condición física

Según la condición física los adolescentes indican casi siempre tener mucha resistencia física (31,1%), niegan quedarse pronto sin aliento y tener que bajar el ritmo o abandonar en los ejercicios físicos intensos (34,4%), afirman estar en buena forma física (35,1%), además refieren que a veces pueden correr y hacer ejercicio durante mucho tiempo sin cansarse (28,5%), establecen casi siempre tener mucha energía física (33,8%). Estos datos no se asemejan con los reportados por Andrade y cols. (14) en el año 2014, en una muestra de 1083 adolescentes representando el 63,2% mujeres, y 36,8% varones, en la Ciudad de Cuenca – Ecuador, donde

se encontró que el 59% de los adolescentes tenía niveles inadecuados de aptitud física.

Características de fuerza muscular

En el área de fuerza los adolescentes refieren que a veces tienen más fuerza que la mayoría de la gente de su edad (33,8%), afirman siempre ser capaces de desarrollar actividades que exigen fuerza (33,1%), casi siempre se destacan en actividades en las que se precisa fuerza física (35,8%), están en total desacuerdo de verse en el grupo de quienes no tienen mucha fuerza física (31,1%). Estos datos son semejantes a los reportados por Álvarez y cols. (15) en el año 2015, en una muestra de 208 estudiantes, en la Ciudad de Yucatán – Murcia, donde de acuerdo a la dimensión de fuerza, no se relaciona con el grupo que realiza actividad física de forma positiva, debido a que se puede inferir que los participantes que no realizaban actividad física se consideran igual de fuertes, sin embargo, recalcan que se trata específicamente de autopercepción. De igual manera, Ortega y cols. (16) en el año 2015, en una muestra de 296 estudiantes con edades entre 12 y 15 años, con una media de 13,03 años, donde cada sexo representaba una proporción del 50%, en la Ciudad de Granada – España, se evidenció que tanto hombres como mujeres piensan que son mucho mejores que sus amigos en el área de la actividad física, de la misma forma indican que su capacidad de resistencia no les impide realizarlos en su totalidad.

Características de atractivo físico

Referente al autoconcepto físico general los adolescentes afirman siempre sentirse bien físicamente (39,7%), por lo tanto, se sienten satisfechos consigo mismo (39,7%), niegan totalmente ser de las personas que están descontentas de cómo son físicamente (57,6%), casi siempre su cuerpo les transmite sensaciones positivas (35,8%), están en total desacuerdo de no sentirse a gusto consigo mismo en lo físico (44,4%), niegan físicamente sentirse peor que los demás

(58,3%). Estos datos son similares con los evidenciados por Álvarez y cols. (15) en el año 2015, donde participaron 208 estudiantes de entre 18 y 31 años de los cuales el 64,9% eran mujeres y el 35,1% eran hombres, además el 49% refería realizar actividad física regular y el 51% no lo realizaba de forma regular o ninguna actividad física, en la Ciudad de Yucatán - Murcia, donde se encontró que quienes refieren practicar algún tipo de deporte frente a los que no lo realizan, no se evidencio diferencias estadísticamente significantes. Otros autores, menciona que el autoconcepto físico general e imagen corporal guarda estrecha relación entre sus subdominios, pues esta influye de forma decisiva en la formación del autoconcepto general (17).

Características de autoconcepto físico general

Según el autoconcepto general los adolescentes niegan sentirse a disgusto consigo mismo (40,4%), por lo que indican siempre sentirse feliz (70,9%), están en total desacuerdo de que no les gusta lo que están haciendo con su vida (44,4%), de forma similar jamás desearían ser diferentes (49,7%), casi siempre sienten estar haciendo bien las cosas (39,7%), rehúsan no tener demasiadas cualidades como persona (29,1%). Datos que no coinciden con los de Álvarez y cols. (15) en el año 2015, donde identificaron que las personas que realizan actividad física muestran un mejor nivel de autoconcepto general frente a los que no lo realizan.

Características de autoconcepto general

El autoconcepto en los adolescentes, indican ser muy bueno debido a que no demanda de esfuerzo tener un buen aspecto físico (30,5%), siempre se sienten contentos con su imagen corporal (44,4%), se sienten en confianza en cuanto a la imagen física que transmiten (36,4%), niegan que no les gusta su imagen corporal (49,0%), afirman a veces sentirse muy guapos (33,1%), de la misma forma confirman que les gusta su cara y

cuerpo (43,7%). Según Álvarez y cols. (15) la práctica físico deportiva tiene influencia netamente positiva sobre el autoconcepto físico, por lo cual sustenta la importancia del desarrollo de actividad física, mientras más alto sea esta, mejor será el nivel de su autoconcepto, por el contrario, mientras menor actividad física realice, de la misma manera disminuirá el nivel de percepción física positiva. Barrio-Hernanz y cols. (17), evidenciaron que una mayor insatisfacción se asocia en menor medida con subdominios de autoconcepto, entre ellos condición física, fuerza, y habilidad deportiva.

Todas las dimensiones presentan correlaciones con el autoconcepto físico, condición física y atractivo físico por ende parecen relacionarse con el autoconcepto general (18,19). Diversos estudios apuntan que en las mujeres su autoconcepto se ve influido según su imagen corporal, que en gran medida se da por estereotipos sociales, sin descartar que estos actúen sobre el sexo masculino debido a que este ha ido en incremento en los últimos años. Varios estudios indican que el sexo es una de las variables discriminativas, debido a que los hombres van a tener mejor puntaje en relación a la fuerza y capacidad de desarrollar nuevas aptitudes en nuevos deportes que demanden de mayor fuerza muscular (18-21).

Los adolescentes participantes en nuestro estudio consideran que tiene una buena imagen corporal, buenas aptitudes en el deporte, mucha fuerza muscular y que son guapos según su edad, siendo indicativo de un buen autoconcepto y buena salud psicopedagógica de los mismos.

CONCLUSIONES

La autopercepción física, considerado todas las dimensiones del CAF fue positiva en la mayoría los participantes del estudio.

El grupo de adolescentes medios fueron los más representativos, del sexo masculino en su mayor proporción, de residencia urbana, de estado civil soltero, a pesar que hubo casos de unión de hecho y divorciados.

- El estado nutricional de los adolescentes.
- La habilidad y el atractivo físicos fueron las dimensiones más puntuadas como positivas.
- No hubo relación estadísticamente significativa entre las dimensiones del CAF y la edad, sexo y estado nutricional en la población estudiada.

REFERENCIAS

1. **Sabido O.** Cuerpo y sentidos: el análisis sociológico de la percepción. Debate fem [internet]. junio de 2016 [citado 18 de diciembre de 2017];51:63-80. disponible en: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0188947816300317>
2. **Reigal-Garrido RE, Becerra-Fernández CA, Hernández-Mendo A, Martín-Tamayo I.** Relación del autoconcepto con la condición física y la composición corporal en una muestra de adolescentes. Anales de Psicología 2014; 30(3), 1079-1085.
3. **Granero-Gallegos A, Martín-Albo LJ, Sicilia Camacho A, Medina-Casaubón J; Alcaraz-Ibáñez M.** Análisis de los estereotipos socioculturales hacia cuerpo delgado y cuerpo musculoso. Diferencias en función del sexo y discrepancia con el peso. Revista de psicodidáctica 2018; 23(1): 26-32.
4. **Mercader-Yusa E, Neipp-López C, Gómez-Méndez P, Vargas-Torcal F, Gelves-Ospina M, Puerta-Morales L, León-Jacobusa A, Cantillo-Pacheco K, Mancera-Sarmiento M.** Ansiedad, autoestima e imagen corporal en niñas con diagnóstico de pubertad precoz. Revista Colombiana de Psiquiatría 2018; 47(4): 229-236
5. **Reloba S, Chiroso L, Reigal R.** Relación entre actividad física, procesos cognitivos y rendimiento académico de escolares: revisión de la literatura actual. rev andal med deporte [internet]. 2016 [citado 18 de diciembre de 2018];9(4):166-172. disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=323348290005>
6. **Jáuregui I, Ezquerro M, Carbonero R, Ruiz I.** Weight misperception, self-reported physical fitness, dieting and some psychological variables as risk factors for eating disorders. Nutrients [internet]. 13 de noviembre de 2013 [citado 18 de diciembre de 2018];5(11):4486-4502. disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3847744/>
7. **Rodríguez A, González O, Goñi A.** sources of perceived sociocultural pressure on physical self-concept. Psicothema 2013; 25(2):192-198.
8. **Goñi Grandmontagne A.** Propiedades psicométricas de un nuevo cuestionario para la medida del autoconcepto físico. rev psicol deporte. 2004; 13:19.
9. **Navas Martínez L, Soriano J, Holgado-Tello F.** The CAF Physical Self-Concept Questionnaire in a sample of Chilean students. Electronic Journal of Research in Educational Psychology 11(3):809-830 Disponible en: <http://www.investigacion-psicopedagogica.org/revista/new/english/contadorarticulo.php?857>.
10. **Martínez M, Llamazares C, González Y, Gómez B y Mercado E.** Los trastornos alimentarios, un problema de una época donde la imagen pesa demasiado – ubuinvestiga [internet]. 2019 [citado 29 de septiembre de 2019]. disponible en: <http://www3.ubu.es/ubuinvestiga/los-trastornos-alimentarios-un-problema-de-una-epoca-donde-la-imagen-pesa-demasiado/>
11. **López G, González S, Díaz A.** Level of habitual physical activity in children and adolescents from the region of Murcia (Spain). Springer plus [internet]. 31 de marzo de 2016 [citado 18 de octubre de 2018];5(1). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4816955/>
12. **Ecuador Ministerio de salud pública.** Encuesta nacional de salud y nutrición: ensanut-ecu 2012. Quito: INEC; 2014.
13. **Ensanut, Censos Ecuador.** Instituto nacional de estadística y censos» ensanut [internet]. instituto nacional de estadística y censos. [citado 2 de enero de 2018]. disponible en: <http://www.ecuadorencifras.gob.ec>
14. **Andrade S, Lachat C, Ochoa A, Verstraeten R, Huybrechts L, Roberfroid D, et al.** A school-based intervention improves physical fitness in ecuadorian adolescents: a cluster-randomized controlled trial. Int J Behav Nutr Phys Act [internet]. 10 de diciembre de 2014 [citado 18 de octubre de 2018]. disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4486450/>

- 2018]; 11. disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/pmc4272792>.
15. **Álvarez Rivera L, Cuevas R, Lara A, González J.** Diferencias del autoconcepto físico en practicantes y no practicantes de actividad física en estudiantes universitarios. *Cuad Psicol Deporte* 2015; 15(2):27-34.
 16. **Ortega M, Muros J, Palomares J, Martín J, Cepero M.** Influencia del índice de masa corporal en la autoestima de niños y niñas de 12-14 años. *an pediatría* 2015; 83(5):311-7.
 17. **Barrio-Hernanz D, Gómez-Ruano MÁ, Barriopedro Moro MI.** Análisis del autoconcepto físico en estudiantes de enseñanza física que participan en el proyecto de especialización deportiva de la Comunidad de Madrid. *Revista de Psicología del Deporte* 2017; 26(2), 45–53.
 18. **Ruiz A, De la torre M, Redecillas M, Martínez E.** Influencia del desplazamiento activo sobre la felicidad, el bienestar, la angustia psicológica y la imagen corporal en adolescentes. *Gac Sanit* 2015;29(6):454-7.
 19. **Fehrman P, Delgado C, Fuentes J, Hidalgo A, Quintana C, Yunge W, et al.** Association between self-perception of body image and food patterns in students of nutrition and dietetics. *Nutr Hosp* 2016; 33(3):274.
 20. **Khambalia A, Dickinson S, Hardy L, Gill T, Baur L.** A synthesis of existing systematic reviews and meta-analyses of school-based behavioral interventions for controlling and preventing obesity. *Obes Rev* 2012;13(3):214-33.
 21. **Harly L.** Relación entre imagen corporal y autoconcepto físico en mujeres adolescentes. *Rev Latinoam Psicol* 2015; 47(1):25-33.

PSIQUIATRÍA (PSIQ)

PSIQ-01. ANSIEDAD Y DEPRESIÓN FRENTE AL CONFINAMIENTO POR COVID-19 EN MUJERES ADULTAS DE AZOGUES.

(Anxiety and depression in the face of COVID-19 confinement in adult women in Azogues)

Andrés Alexis Ramírez-Coronel^{1,2,3,5,7},
Paola Fernanda Cárdenas-Castillo¹,
Pedro Carlos Martínez-Suárez^{2,4,6,7},
María de los Ángeles Estrella-González^{1,5,7}*

¹Carrera de Enfermería de la Universidad Católica de Cuenca sede Azogues, Ecuador.

²Laboratorio de Psicometría del Centro de Investigación, Innovación y Transferencia de Tecnología (CIITT) de la Universidad Católica de Cuenca, Ecuador.

³Maestría en Gestión del Cuidado de Posgrados de la Universidad Católica de Cuenca, Ecuador.

⁴Facultad de Psicología de la Universidad Católica de Cuenca, Ecuador.

⁵Grupo de Investigación PEPLAU, Ecuador.

⁶Universidad de Oviedo, España.

⁷Grupo de investigación de la Carrera de Enfermería Sede en Azogues, Ecuador.

andres.ramirez@ucacue.edu.ec

RESUMEN

El objetivo principal fue identificar la ansiedad y depresión frente al confinamiento por COVID-19 en mujeres adultas de Azogues. Se efectuó un estudio cuantitativo no experimental, prospectivo y descriptivo-correlacional con un diseño transversal correlacional y comparativo. Se realizó un muestreo aleatorio simple. La muestra estuvo

constituida por 381 mujeres adultas (18 a 65 años) de la ciudad de Azogues, Ecuador. Se administró una encuesta sociodemográfica, el inventario de Ansiedad Estado-rasgo (STAI) y el inventario de Depresión Estado-Rasgo (IDER). Se realizó un análisis descriptivo mediante (porcentajes, frecuencias, medidas de tendencia central), una prueba de normalidad mediante Shapiro Wilk (W) y un análisis de correlación (r Pearson).

Palabras clave: SARS-CoV-2; confinamiento; ansiedad; depresión.

ABSTRACT

The main objective was to identify anxiety and depression in the face of confinement by COVID-19 in adult women of Azogues. A non-experimental, prospective and descriptive-correlational quantitative study was carried out with a correlational and comparative cross-sectional design. A simple random sampling was carried out. The sample consisted of 381 adult women (18 to 65 years old) from the city of Azogues, Ecuador. A sociodemographic survey, the State-Trait Anxiety Inventory (STAI) and the State-Trait Depression Inventory (IDER) were administered. A descriptive analysis was performed using (percentages, frequencies, central tendency measures), a normality test using Shapiro Wilk (W) and a correlation analysis (r Pearson).

Key words: SARS-CoV-2; confinement; anxiety; depression.

INTRODUCCIÓN

En diciembre de 2019, en Wuhan (Hubei, China), se produjo un grupo de casos de neumonía, causada por un nuevo tipo de coronavirus, (SARS-CoV-2, anteriormente conocido como 2019-nCoV), los coronavirus son una familia de virus que normalmente afectan sólo a animales, aunque algunos tienen la capacidad de transmitirse a las personas. Esta enfermedad por coronavirus, se llegó a extender por toda China y recibió atención mundial debido a su rápido creci-

miento y cantidad de víctimas mortales (1). Si bien la mayoría de los casos son leves, en otros casos la enfermedad puede ser grave y cursar con dificultad respiratoria, neumonía, fracaso renal y otras condiciones médicas, incluso la muerte (2). Esto sucede en mayor medida en personas con perfil de riesgo: tener más de 60 años, padecer enfermedades previas a la COVID-19 (hipertensión arterial, diabetes, enfermedades cardiovasculares, enfermedades pulmonares crónicas, cáncer, inmunodeficiencias) o el embarazo. Por los conocimientos disponibles hasta el momento, la transmisión se produce por contacto con las secreciones respiratorias de una persona contagiada o enferma, y se considera poco probable la transmisión por el aire a distancias mayores de 1 a 2 metros (3).

Por ello, Sandín y cols. (4) explican que la OMS el 30 de enero de 2020, llegó a catalogar al virus como una emergencia de salud pública a escala internacional, posteriormente, el 11 de marzo de 2020, se vio obligada en declarar a la enfermedad respiratoria aguda como una pandemia global, ya que se encontraban afectados más de 100 países, con alrededor de 100.000 casos de personas contagiadas.

A nivel mundial, varios países desarrollaron una serie de medidas de contención para poder enfrentar este brote pandémico, en el caso de Ecuador, la respuesta ante esta emergencia comenzó el 26 de febrero de 2020, actualmente dicha nación conforma en la lista de países con el mayor número de casos confirmados en América del Sur, pues hasta la fecha cuenta con 69,570 casos de contagiados y 5,130 fallecidos (5).

Durante el periodo de alarma en el Ecuador, se estableció que la circulación debía realizarse individualmente y estaba limitada a actividades de primera necesidad o desplazamientos al lugar de trabajo; el transporte de viajeros debía reducir su oferta; los locales de actividades culturales, artísticas, deportivas y similares deberían permanecer cerrados; se priorizaba el trabajo a distancia y se suspendía la actividad escolar presencial

en favor de actividades educativas en línea, obligando así al confinamiento en el hogar; el cual, es una situación sin precedentes recientes en nuestro país, causando un gran impacto en el bienestar físico y psicológico, poniendo a la población en una situación extraordinaria y con múltiples estímulos generadores de estrés (6).

La población que ha vivido una cuarentena durante enfermedades pandémicas es más propensa a presentar trastorno de estrés agudo y de adaptación y dolor, el 30% con criterios de trastorno de estrés postraumático. La OMS y las autoridades de salud pública de todo el mundo están actuando para contener el brote de COVID-19. Sin embargo, este momento de crisis está generando estrés en la población. Estas consideraciones de salud mental fueron elaboradas por el Departamento de la OMS de Salud Mental y Uso de Sustancias, como mensajes dirigidos a diferentes grupos clave para apoyar el bienestar psicosocial y la salud mental durante el brote de COVID-19 (7-9).

En un estudio realizado sobre los niveles y predictores de ansiedad, depresión y ansiedad en la salud mental durante la pandemia de COVID-19 en la sociedad turca durante los meses de febrero y abril del año 2020, se encontró que, el género femenino, la vida en áreas urbanas y el historial previo de enfermedades psiquiátricas son considerados como factores de riesgo para desarrollar ansiedad (10). Cabe señalar que, hasta el momento es poca la evidencia científica que señala cual grupo etario es más vulnerable en esta pandemia, pero se considera a las mujeres, estudiantes universitarios y adultos mayores (11).

Acorde a la literatura existente relacionada al COVID-19 y sus repercusiones en la salud mental, se recalca que existe la necesidad de una investigación más representativa de otros países afectados, particularmente en poblaciones vulnerables. La evidencia mostrada sugiere que los síntomas de ansiedad y depresión (16-28%) y el estrés inducido (8%) son reacciones psicológicas comu-

nes a la pandemia y pueden estar asociados con trastornos del sueño (13).

En relación a perspectivas de género, en estudios realizados en situaciones sanitarias similares, se ha demostrado que, no solo el papel de las mujeres ha sido ignorado, sino que menos de un 1% se han centrado en estudiar este impacto (14). También, se ha demostrado la relación existente entre el impacto psicológico negativo con tener una edad más joven, un nivel académico bajo, ser mujer, y tener un hijo (15).

Al hablar de una emergencia sanitaria como la actual, es necesario considerar el impacto negativo que puede generar en la vida cotidiana, ya que, este virus no sólo amenaza con la salud en general, sino que también ha puesto en peligro la salud mental (16).

Es evidente el aumento de ansiedad en personas de toda edad a causa de este virus, sin embargo, es relevante identificar el grado de repercusión negativa en el desarrollo psicológico de mujeres adultas, pues al ser considerado un grupo vulnerable, debido a que realizan funciones dentro del hogar, o generar ingresos, en cierto modo, generan altos niveles de estrés. Por esta razón, se planteó la necesidad de conocer ¿cuál es la ansiedad y depresión frente al confinamiento por la pandemia por COVID-19 en mujeres adultas del cantón Azogues? Los resultados locales permitirán proponer estrategias que incluyan en primera instancia mayor atención a la salud mental, tratamiento oportuno y un monitoreo continuo. Por lo antes expuesto, se planteó como objetivo principal, identificar la ansiedad y depresión frente al confinamiento por COVID-19 en mujeres adultas de Azogues. Y en base al objetivo principal se plantearon los siguientes objetivos específicos: En primero lugar, describir las características sociodemográficas, variables del confinamiento por COVID-19, la ansiedad y la depresión de la población de estudio. Y, el segundo, analizar las relaciones de la ansiedad y depresión con la edad y variables del confinamiento por COVID-19 según el

estado civil, y si ha visitado un supermercado, mercado, terminal terrestre o utilizado transporte público.

METODOLOGÍA

Tipo de Investigación: Se realizó un estudio cuantitativo no experimental, prospectivo y descriptivo-correlacional con un diseño transversal correlacional y comparativo.

Participantes: Se contó con una población de 37.976 mujeres adultas de la ciudad de Azogues con un rango de edad de entre 18 y 65 años, según el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC). La muestra se realizó mediante calculó utilizando el programa informático EPIDAT 4.1, acorde a los siguientes parámetros: a) Tamaño de la población= 37976 mujeres b) Proporción esperada= 50% c) Nivel de Confianza= 95% d) Exactitud= 5%. La muestra estuvo constituida por 381 mujeres adultas de la ciudad de Azogues, se realizó un muestreo aleatorio simple. Los criterios de inclusión fueron: Mujeres Adultas que se encuentren entre los 18 y 65 años de edad, que acepten ser participantes de este estudio mediante la autorización y llenado del consentimiento informado y que residan en la ciudad de Azogues y se encuentren en confinamiento. Mientras que los criterios de exclusión fueron las personas que presenten alguna patología orgánica, psicótica, o presente registros de consumo de sustancias psicoactivas.

Instrumentos:

Variables Sociodemográficas: Se aplicó una encuesta que fue previamente analizada por los investigadores sobre las características sociodemográfica, fueron la siguientes: Edad, estado civil, nivel de instrucción, con cuantas personas convive.

Variables de aislamiento o confinamiento: Para esta variable se realizaron las siguientes preguntas: ¿Esta en aislamiento?, ¿Cuántos días lleva en cuarentena?, ¿Ha salido en alguna ocasión de casa?, ¿Tiempo que sale de casa cada día?, ¿Ha viajado al

extranjero en los últimos 20 días?, ¿Ha estado en contacto con personas que han viajado al extranjero en los últimos 20 días?, ¿Ha tenido contacto con personas que hayan sido diagnosticados como casos positivos de Covid-19?, ¿Ha visitado un supermercado, mercado, terminal terrestre o utilizado transporte público en los últimos 15 días?, ¿Participó de un evento masivo durante los últimos 20 días?, ¿Ha tenido contacto con profesionales de la salud durante los últimos días?, ¿Ha presentado alguno de los siguientes síntomas durante los últimos 20 días?, ¿Padece alguna enfermedad que requiera medicamentos?

Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI): De acuerdo a Fonseca-Pedrero et al. (18) la adaptación española del “Cuestionario de ansiedad estado-rasgo”. El STAI es un autoinforme compuesto por 40 ítems, diseñado para evaluar dos conceptos independientes de la ansiedad: la ansiedad como estado (condición emocional transitoria) y la ansiedad como rasgo (propensión ansiosa relativamente estable). El marco de referencia temporal en el caso de la ansiedad como estado es «ahora mismo, en este momento» (20 ítems) y en la ansiedad como rasgo es «en general, en la mayoría de las ocasiones» (20 ítems). Cada subescala se conforma por un total de 20 ítems en un sistema de respuesta Likert de 4 puntos según la intensidad (0= casi nunca/nada; 1= algo/a veces; 2= bastante/a menudo; 3= mucho/casi siempre).

Inventario de Depresión Estado/Rasgo (IDER): Es un inventario muy breve (20 elementos) creado por el mismo autor del STAI (19) y adaptado al español por Buela-Casal y Agudelo en el año 2008 (20) destinado a evaluar por una parte el grado de afectación (Estado) y por otra la frecuencia de ocurrencia (Rasgo) que el sujeto muestra en relación con los componentes afectivos de la depresión. Además, los elementos de la prueba están contruidos para apreciar tanto la presencia de depresión (Distimia) como la ausencia de ésta (Eutimia). Se trata por tan-

to de una herramienta breve y de fácil aplicación, que supera muchas de las limitaciones de instrumentos anteriores y que es muy útil para ayudar al diagnóstico de la depresión y como instrumento de investigación. Tiempo de administración de 7 a 10 minutos.

Procedimiento: Se realizó la adaptación al contexto ecuatoriano, accediendo a la muestra (provincia del Cañar cantón Azogues) utilizando criterios de accesibilidad y economía por medios digitales, redes sociales: Facebook, Instagram, LinkedIn, Researchgate, Twitter, WhatsApp, asimismo se distribuirá el enlace entre los departamentos de comunicación de las universidades que poseen convenio marco con la Universidad Católica de Cuenca. La información fue recogida mediante formulario de Google en el que se han implementado las preguntas correspondientes a las variables sociodemográficas y clínicas. En cuanto a las consideraciones éticas en el presente estudio un formato se utilizó de Consentimiento Informado en función del protocolo de Helsinki y revisado por el presidente y la comisión del CEISH de la Universidad UTE. Se estimó una muestra de 381 mujeres adultas de la ciudad de Azogues, misma que no permite iniciar a procesar información, datos y obtener los primeros resultados. Al ponerse en marcha este proyecto con la población ecuatoriana, los usuarios de los servicios psicológicos y los profesionales, serán quienes se beneficien directamente ya que recibirán de orientaciones claras de diagnóstico y tratamiento. En Ecuador pueden beneficiarse del estudio unos 1500 psicólogos clínicos que trabajan en el sistema de salud.

La investigación previamente fue validada bajo el Comité de Ética de Investigación de Seres Humanos (CEISH) de la Universidad de UTE, información veraz, y con sus debidas corrección y autoría de los documentos entregados, es decir, todo el contexto de la presente información está aprobado por el código: *IMP-SIC-LLA-CUIO 1408 20*.

Análisis estadístico: Se efectuó un análisis descriptivo mediante porcentajes, frecuencias, medidas de tendencia central, posteriormente se realizó una prueba de normalidad mediante Shapiro Wilk (W). Se utilizó pruebas paramétricas para la correlación de ansiedad y las variables de confinamiento, mediante el coeficiente de correlación de Pearson. Para los análisis estadísticos antes mencionados se utilizaron mediante el programa *InfoStat* y *SPSS 26*.

RESULTADOS

En la Tabla I y II se detallaron los resultados para dar respuesta al primer objetivo específico planteado para este estudio.

De las 381 mujeres encuestadas se obtuvo la siguiente caracterización: 184 (48%) de estado civil soltero, 204 (54%) estudiantes universitarias, 341 (90%) viven con alguien más en su domicilio. En relación a variables de confinamiento se encontró: 374 (98%) no han viajado al extranjero en los últimos 20 días, 349 (92%) no han tenido contacto con personas que han viajado al extranjero en los últimos 20 días, 225 (59%) aseguraron no haber estado en contacto con personas que han sido diagnosticadas como casos positivos de COVID-19, 229 (60%) han visitado un supermercado, mercado, terminal terrestre o utilizado transporte público en los últimos 15 días, 346 (91%) respondió que no han participado de un evento masivo en los últimos 20 días, 249 (65%) reportó que no han visitado un centro de salud/hospital en los últimos 20 días, 223 (59%) señaló que no han tenido contacto con profesionales de salud durante los últimos 20 días, 237 (62%) reportó que no han presentado ningún síntoma, y en cuanto a enfermedades que requieran algún medicamento 337 (88%) indicaron como ninguna. La población en estudio reportó presentar ansiedad 272 (71%), al igual que depresión 294 (77%).

TABLA I
CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS, VARIABLES DEL CONFINAMIENTO POR COVID-19,
LA ANSIEDAD Y LA DEPRESIÓN DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO.

		f	%
Estado Civil	Casada	106	28,0
	Unión Libre	46	12,0
	Viudo	5	1,0
	Separado	14	4,0
	Divorciado	26	7,0
	Soltero	184	48,0
Estudios	Estudios Primarios	5	1,0
	Graduado Escolar	3	1,0
	Bachillerato	27	7,0
	Estudiante Universitario	204	54,0
	Tercer nivel	84	22,0
	Cuarto nivel	40	1,0
	PhD Doctorado	18	5,0
¿Usted vive con alguien más en su domicilio?	No	40	12,0
	Sí	341	88,0
¿Ha viajado al extranjero en los últimos 20 días?	No	374	98,0
	Sí	7	2,0
¿Ha estado en contacto con personas que han viajado?	No	349	92,0
	Sí	32	8,0
¿Ha estado con personas diagnosticadas como casos positivos?	No	225	59,0
	Sí	21	6,0
	No se	135	35,0
¿Ha visitado un supermercado, mercado, terminal terrestre?	No	152	34,0
	Sí	229	66,0
¿Participo de un evento masivo?	No	346	91,0
	Sí	35	9,0
¿Ha visitado un centro de salud?	No	249	65,0
	Sí	132	35,0
¿Ha tenido contacto con profesionales de la salud?	No	223	59,0
	Sí	158	41,0
Ansiedad	Presenta	272	71,4
	No presenta	109	28,6
Depresión	Presenta	294	77,2
	No presenta	87	22,8
Total		381	100,0

TABLA II
 MEDIDAS DE TENDENCIA CENTRAL DE LA EDAD, CUANTOS DÍAS LLEVA EN CUARENTENA,
 TIEMPO QUE SALE DE CASA CADA DÍA Y CON CUANTAS PERSONAS VIVE.

	Edad	¿Cuántos días lleva en Cuarentena?	¿Tiempo que sale de casa cada día?	¿Con cuantas personas vive?
Media	33,98	14,62	89,69	2,85
Desv Estándar	13,81	11,8	166,67	2,15
Mínimo	18	0	0	0
Máximo	65	147	780	12

La edad media de las 381 mujeres es de 33,98, el número de días en cuarentena 14,62, tiempo que sale de casa cada día 89,69, número de personas con las que convive 2,85 (Tabla II).

Antes de la realización de las relaciones de la ansiedad y depresión con la edad y variables del confinamiento por COVID-19 según el estado civil, y si ha visitado un supermercado, mercado, terminal terrestre o utilizado transporte público (objetivo 2), se efectuó una prueba de normalidad mediante Shapiro Wilks y posteriormente, se realizó el análisis de correlación mediante la prueba paramétrica r de Pearson (Tabla III). Mediante la prueba de normalidad Shapiro Wilks se determinaron que las variables que se analizaron fueron datos paramétricos, por lo tanto, para las correlaciones de la ansiedad y de la depresión con la edad y variables del confinamiento por COVID-19 según el estado civil, y si ha visitado un supermercado, mercado, terminal terrestre o utilizado transporte público, se aplicó la prueba r de Pearson.

Se hallaron relaciones estadísticamente significativas negativas, entre débil y moderado entre la ansiedad y la edad en el Total ($r=-,22$; $p=.00$; $n_{TOTAL}=381$), con pareja ($r=-,31$; $p=.00$; $n_{CONPAREJA}=152$), sin pareja ($r=-,18$; $p=.00$; $n_{SINPAREJA}=229$), las personas que visitaron supermercados, mercados, terminal terrestre o utilizado transporte público ($r=-,20$; $p=.00$; $n_{VISITOSUPERMERCADOS}=152$) y las personas que no

visitaron supermercados, mercados, terminal terrestre o utilizado transporte público ($r=-,24$; $p=.00$; $n_{NOVISITOSUPERMERCADOS}=152$). Estos resultados indican que, a menor edad en el total de mujeres, con pareja, sin pareja, las personas que visitaron supermercados, mercados, terminal terrestre o utilizado transporte público y las personas que no visitaron supermercados, mercados, terminal terrestre o utilizado transporte público, mayor ansiedad o viceversa, a mayor edad en el total de mujeres, con pareja y sin pareja, las personas que visitaron supermercados, mercados, terminal terrestre o utilizado transporte público y las personas que no visitaron supermercados, mercados, terminal terrestre o utilizado transporte público, menor ansiedad (Tabla III).

De igual manera, se hallaron relaciones estadísticamente significativas negativas, entre débil y moderado entre la depresión y la edad en el Total ($r=-,24$; $p=.00$; $n_{TOTAL}=381$), con pareja ($r=-,35$; $p=.00$; $n_{CONPAREJA}=152$); sin pareja ($r=-,20$; $p=.00$; $n_{SINPAREJA}=229$); las mujeres que visitaron supermercados, mercados, terminal terrestre o utilizado transporte público ($r=-,21$; $p=.00$; $n_{VISITOSUPERMERCADOS}=229$); y las mujeres que no visitaron supermercados, mercados, terminal terrestre o utilizado transporte público ($r=-,27$; $p=.00$; $n_{NOVISITOSUPERMERCADOS}=229$). Es decir, estos resultados indican que, a menor edad en el total de mujeres, con pareja, sin pareja, las personas que visitaron supermercados, mercados, terminal terrestre o

TABLA III
CORRELACIONES DE LA ANSIEDAD Y DE LA DEPRESIÓN CON LA EDAD Y VARIABLES DEL CONFINAMIENTO POR COVID-19 SEGÚN EL ESTADO CIVIL, Y SI HA VISITADO UN SUPERMERCADO, MERCADO, TERMINAL TERRESTRE O UTILIZADO TRANSPORTE PÚBLICO.

		Edad	Días de Cuarentena	Tiempo fuera de casa	Número de personas
Total (n=381)	Ansiedad	-,22** (.00)	-.09 (.05)	0,06 (.02)	,16** (.00)
	Depresión	-,24** (.00)	-.01 (.07)	0,01 (.07)	,15** (.00)
Con pareja (n=152)	Ansiedad	-,31** (.00)	-,19* (.01)	-0,078 (.03)	,16* (.00)
	Depresión	-,35** (.00)	-0,12 (.01)	-0,131 (.01)	,17* (.00)
Sin pareja (n=229)	Ansiedad	-,18** (.00)	0,03 (.09)	,16* (.01)	,16* (.01)
	Depresión	-,20** (.00)	0,08 (.01)	0,11 (.08)	,14* (.02)
Visito Supermercados (n=152)	Ansiedad	-,20* (.01)	-0,03 (.06)	0,03 (.09)	0,08 (.03)
	Depresión	-,21** (.00)	0,06 (.04)	-0,12 (.01)	0,03 (.06)
No Visito Supermercados (n=152)	Ansiedad	-,24** (.00)	-0,12 (.06)	0,09 (.01)	,22** (.00)
	Depresión	-,27** (.00)	-0,05 (.04)	0,08 (.01)	,24** (.00)

Con **negrita el coeficiente de Correlación de la r de Pearson** y entre paréntesis valor de p. **Visito Supermercados**=Personas que visitaron supermercado, mercados, terminal terrestre o utilizado transporte público. **No Visito Supermercados**= Personas que no visitaron supermercado, mercados, terminal terrestre o utilizado transporte público. Valor de *Significancia a nivel de $p < .05$ y ** Significancia a nivel de $p < .01$.

utilizado transporte público y las mujeres que no visitaron supermercados, mercados, terminal terrestre o utilizado transporte público, mayor depresión o viceversa, a mayor edad en el total de mujeres, con pareja y sin pareja, las personas que visitaron supermercados, mercados, terminal terrestre o utilizado transporte público y las personas que no visitaron supermercados, mercados, terminal terrestre o utilizado transporte público, menor depresión (Tabla III).

Se encontró una relación estadísticamente significativa negativa débil entre la ansiedad, con pareja y cuantos días lleva en cuarentena ($r = -.19$; $p = .00$; $n_{TOTAL} = 152$). De tal manera que estos resultados señalan que, a mayores días de cuarentena y con pareja en el total de mujeres, menor ansiedad y viceversa, a menor días de cuarentena y con pareja mayor ansiedad (Tabla III). También, se halló una relación estadísticamente signi-

ficativa positiva débil entre ansiedad, sin pareja y tiempo que sale de casa al día ($r = .16$; $p = .00$; $n_{TOTAL} = 229$). Por lo tanto, en el total de mujeres que no tienen pareja y a menor tiempo que salen de casa presentan mayor ansiedad y viceversa, mujeres que tienen pareja y a mayor tiempo que salen de casa tienen menor ansiedad. (Tabla III).

Por otro lado, se halló una relación estadísticamente significativa positiva débil entre la ansiedad y número de personas con las que convive ($r = .16$; $p = .00$; $n_{TOTAL} = 381$); con pareja ($r = .16$; $p = .00$; $n_{CONPAREJA} = 152$); sin pareja ($r = .16$; $p = .00$; $n_{SINPAREJA} = 229$); mujeres que no visitaron supermercados, mercados, terminal terrestre o utilizado transporte público ($r = .22$; $p = .00$; $n_{NOVISITO-SUPERMERCADOS} = 152$). Es decir, estos resultados señalan que, en total las mujeres con mayor número de personas con las que convive, con pareja o sin pareja, personas que no visita-

ron supermercados, mercados, terminal terrestre o utilizado transporte público, mayor ansiedad y viceversa (Tabla III).

De la misma forma con depresión ($r=,15$; $p=.00$; $n_{TOTAL}=381$); con pareja ($r=,17$; $p=.00$; $n_{CONPAREJA}=152$); sin pareja ($r=,14$; $p=.00$; $n_{SINPAREJA}=229$); personas que no han visitado supermercados, mercados, terminal terrestre o utilizado transporte público ($r=,24$; $p=.00$; $n_{NOVISITOSUPERMERCADOS}=229$). Por lo tanto, en total las mujeres con mayor número de personas con las que convive, con pareja o sin pareja, personas que no visitaron supermercados, mercados, terminal terrestre o utilizado transporte público, mayor depresión y viceversa (Tabla III).

DISCUSIÓN

El objetivo principal de la presente investigación fue identificar la ansiedad y depresión frente al confinamiento por COVID-19 en mujeres adultas de Azógués. Los resultados obtenidos permitieron determinar las características sociodemográficas de la población en estudio, dando como resultados principales que el 48% fueron solteros, 54% estudiantes de educación superior y edad media se calculó en 33.98 años de edad.

El estudio ha buscado sentar las bases sobre la prevalencia de la enfermedad COVID-19 en el sexo femenino, pero el Ministerio de Sanidad de España no se ha atrevido a enviar los datos que corresponden a las pericias de la primera fase de contagio en el país europeo, pero tampoco ha desmentido el hecho de que el virus de acuerdo al sexo no está determinada con claridad, ya que inicialmente ellos mantenían un patrón que diferenciaba claramente la estadística hombre – mujer (21).

En una investigación en España, con una base de 1.003 pruebas contestadas, evidencian que hay similitud obtenidos en comparación con el estudio español en las características sociodemográfica, ya que predomina el sexo femenino en un 78.8%, además; el promedio de edad ha cambiado tanto en todos estos años (1).

Con respecto a las variables del confinamiento por COVID-19, tenemos que el 88% conviven con alguien en su domicilio, no han viajado al exterior en los últimos 20 días el 98%. No han estado en contacto con personas que han viajado 92%. De igual forma no han estado en contacto con personas diagnosticadas con la enfermedad en el 90%. Por el contrario, sí han visitado un supermercado, mercado, terminal terrestre el 66%, aunque no han participado de eventos masivos en el 91%, no ha visitado un centro de salud el 65% y tampoco han tenido contacto con profesionales de la salud en el 59%.

Al respecto hemos de mencionar el documento correspondiente a la Capacidad de respuesta frente a la pandemia de COVID-19 en América Latina y el Caribe (22), en el que se hace mención a la evolución en medidas de salud públicas que adoptaron los países, resaltando que cada país acopló esas medidas de acuerdo a su población, pobreza y el sistema de salud con el que contaba.

Al referirnos al tema central del trabajo investigativo, ha sido posible determinar que el 71.4% sufrían de depresión y el 77.2% evidenciaban depresión. En un estudio realizado se examinaron los efectos psicológicos de la cuarentena en personas en Toronto, Canadá, encontrándose una alta prevalencia de angustia psicológica. Los síntomas del *TEPT* y la depresión se observaron en el 28,9% y el 31,2% de los encuestados, respectivamente.

Ante la situación actual que vivimos por efecto del COVID-19, la rápida expansión entre los países y los efectos que origina este virus en cuanto a salud, las personas permanecen aisladas en cuarentena evitando la propagación de la enfermedad, generando en ellos desesperación, pérdida de la libertad, aburrimiento, insomnio, poca concentración e indecisión, irritabilidad, ira, ansiedad, angustia de no tener contacto físico o contacto con familiares, amigos, o el no poder desarrollar una rutina de vida normal, todo ello puede traer consigo efectos dramáticos sino son bien canalizados (23).

De igual forma y con referencia al punto mismo sobre las alteraciones psicológicas que sufren profesionales con niveles educativos superiores, encontramos el trabajo de Condori (24), cuyos resultados a su vez revelan que los médicos han llegado a sufrir un 56,7% de depresión y 35,7% de ansiedad y de igual forma sufren de alteraciones del sueño en un 31,9%, determinándose de esta forma la fuerte relación entre el nivel educativo de las personas con la variable de ansiedad y depresión, que han derivado en un problema psicológico muy grave.

Tito, Buendía y Sánchez (25) afirman en su texto que envejecer en las mujeres, es para toda persona, en esta época de COVID-19 todo un reto, ya que las dificultades que se presentan en el día a día no son fáciles de solucionar y muchos menos cuando se es adulto mayor, el refuerzo a estas palabras provienen de otras investigaciones, que a su vez se encuentran de acuerdo en las desigualdades no sólo de género, sino las que se derivan directamente del COVID-19. Además, la investigación permitió relacionar la ansiedad y depresión con variables del COVID-19, de tal forma que la ansiedad se relaciona débilmente con las variables si tiene o no pareja, los días que lleva en cuarentena. Por su parte la depresión se relaciona con el campo, los supermercados.

Sobre la asociación entre las variables de las relaciones de pareja y desarrollo de ansiedad y depresión, en el estudio de Rodríguez y Rodríguez (26) se precisa que durante el período de la cuarentena las personas sufrieron muchos cambios que afectaron a sus relaciones de pareja, el compartir por espacios de tiempos largos o completos ha generado en opinión de las autoras, el aumento de momentos de intimidad entendidos no sólo desde un plano sexual, sino también de recuperación de tiempo, conversaciones, energías y renovación de los objetivos en una vida doméstica en conjunto.

Este aumento de la convivencia en familia de acuerdo con Pinchak (27) trajo consigo una nueva forma de vida: clases online,

teletrabajo, aumento del uso de las plataformas digitales; aunque también se fomentaron las conversaciones, las atenciones a los adultos mayores, entre otras; pero que con el incremento del tiempo de la cuarentena derivaron a su vez en detonantes de estrés, ansiedad, depresión, tristeza.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

La investigación permitió obtener resultados que han sido de gran importancia para sustentar los objetivos planteados, entre ellos se ha conocido las características sociodemográficas de los participantes, dejando en evidencia que la edad los delimita en adultos jóvenes con una edad media de 33 años, su estado civil es el de estudiante con un buen porcentaje.

Dentro de este mismo punto, debe mencionarse que el comportamiento de la población encuestada a mantener las normas de bioseguridad, es una sin acción que evidencia mucha responsabilidad hacia nosotros mismos y las demás personas. Así, por ejemplo, los resultados obtenidos permitieron evidenciar que no han viajado, no han salido del país, se han abstenido de realizar y recibir visitas de grupos de amigos y asistiendo a lugares como mercados y supermercados, o terminales terrestres, con mucho cuidado.

Los datos obtenidos sobre el nivel de ansiedad y depresión en la población analizada, ha puesto en el punto de mira, el hecho de que la salud mental de las personas, en especial de las mujeres, está afectada a raíz del confinamiento obligatorio del que fue objeto todo el mundo y Ecuador. El encierro, las dudas, la zozobra y los momentos de incertidumbre han generado en toda la población en general.

Existe relación directa entre las variables de ansiedad y depresión con factores tales como la edad, ya que se ha quedado demostrado que las personas adultas mayores son aquellas que tienen más dificultad para poder sobrevivir y sobrellevar la etapa dura de la pandemia.

Para futuras investigación sería de suma importancia estudiar la ansiedad y depresión frente al distanciamiento social debido a la emergencia sanitaria por COVID-19 y a su vez incluir otras variables de estudio, como el miedo al COVID-19, conductas agresivas, malestar psicológico y síntomas psicopatológicos, en diferentes poblaciones como profesionales de la salud, niños, adolescentes y adultos mayor.

REFERENCIAS

- Ozamiz-Etxebarria N, Dosil-Santamaría M, Picaza-Gorrochategui M, Idoiaga-Mondragón N.** Niveles de estrés, ansiedad y depresión en la primera fase del brote del COVID-19 en una muestra recogida en el norte de España. *Cad Saúde Pública* 2020; 36(4):e00054020.
- OMS.** Manejo clínico de la infección respiratoria aguda grave (IRAG) en caso de sospecha de COVID-19; 2020. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/331660>.
- Salazar M, Barochiner J, Espeche W, Ennis I.** COVID-19, hipertensión y enfermedad cardiovascular. *Hipertens Riesgo Vas* 2020; 37(4):176-180.
- Sandín B, Valiente R, García-Escalera J, Chorot P.** Impacto psicológico de la pandemia de COVID-19: Efectos negativos y positivos en población española asociados al periodo de confinamiento nacional. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica* 2020; 25(1):1-22.
- Inca-Ruiz GP, Inca-León AC.** Evolución de la enfermedad por coronavirus (COVID-19) en Ecuador. *La Ciencia al Servicio de la Salud y la Nutrición* 2020; 11(1):5-15.
- Balluerka N, Gómez J, Hidalgo M.** Las consecuencias Psicológicas de la COVID-19 y el confinamiento. Universidad del País Vasco/Euskal Herriko Unibertsitatea, España; 2020. Disponible en: https://www.ub.edu/web/ub/ca/menu_eines/noticies/docs/Consecuencias_psicologicas_COVID-19.pdf
- OPS.** Consideraciones psicosociales y de salud mental durante el brote de COVID-19; 2020. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/consideraciones-psicosociales-salud-mental-durante-brote-covid-19>.
- Sánchez-Villena A, de La Fuente-Figueroa V.** COVID-19: cuarentena, aislamiento, distanciamiento social y confinamiento, ¿son lo mismo? *Anales de Pediatría* 2020; 93(1):73-74.
- Torres Camacho V, Chávez Mamani A.** Ansiedad. *Rev. Act. Clin. Med* 2013; 35: 1788-1792.
- Ramírez-Ortiz J, Castro-Quintero D, Lerma-Córdoba C, Yela-Ceballos F, Escobar-Córdoba F.** Consecuencias de la pandemia COVID-10 en la salud mental asociadas al aislamiento social; 2020. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/341116487_CONSECUENCIAS_DE_LA_PANDEMIA_COVID_19_EN_LA_SALUD_MENTAL_ASOCIADAS_AL_AISLAMIENTO_SOCIAL
- Huarcaya-Victoria J.** Consideraciones sobre la salud mental en la pandemia de COVID-19. *Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública* 2020; 37(2):327-334.
- Londoño C, González M.** Prevalencia de depresión y factores asociados en hombres. *Acta Colombiana de Psicología* 2016; 19(2):315-329.
- Carranza R.** Depresión y características demográficas asociados en estudiantes y líderes universitarios de Lima metropolitana. *Apuntes Universitarios* 2016; 2(2):79-90.
- Castellanos-Torres E, Tomás Mateos J, Chilet-Rosell E.** COVID-19 en clave de género. *Gaceta Sanitaria* 2020; 34(5):419-421.
- De la Serna JM.** Aspectos psicológicos del Covid-19. *Tektime* 2020.
- Tizón J.** Salud emocional en tiempos de pandemia Barcelona: Herder e-book; 2020.
- García-Calvente DM, Mateo-Rodríguez I, Maroto-Navarro G.** El impacto de cuidar en la salud y la calidad de vida de las mujeres. *Gaceta sanitaria* 2004; 18(5):83-92.
- Fonseca-Pedrero M, Paino M, Sierra S, Lemos S, Muñiz J.** Propiedades psicométricas del “Cuestionario de ansiedad estado-rasgo (STAI) en universitarios. *Behavioral Psychology-Psicología Conductual* 2012; 20:547-561.
- Spielberger C, Gorsuch R, Lushene R.** Manual del Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI) Madrid: TEA Ediciones 1982.
- Agúdelo D, Gómez Y, López P.** Propiedades psicométricas del Inventario de Depresión

- Estado Rasgo (IDER) con una muestra de población general colombiana. *Avances en Psicología Latinoamericana/Bogotá* 2014; 32(1):71-84.
21. **Ruiz M.** Las estadísticas sanitarias y la invisibilidad por sexo y de género durante la epidemia de COVID-19 Cuenca: Ecuador; 2020.
 22. **Acosta L.** Capacidad de respuesta frente a la pandemia de COVID-19 en América Latina y el Caribe. *Rev Panam Salud Pública* 2020; 44:e1109.
 23. **Piña-Ferrer L.** El COVID-19: Impacto psicológico en los seres humanos. *Rev Arbitr Interdiscip Ciencias la Salud y Vida* 2020; 4(7):188-189.
 24. **Condori Y.** Asociación entre la exposición al Covid-19 y la presencia de síntomas de depresión, ansiedad e insomnio en el personal médico que labora en los hospitales de la región Arequipa; 2020. Disponible en: <http://repositorio.unsa.edu.pe/handle/UNSA/11070>
 25. **Tito S, Buendía P, Sánchez P.** Envejecer y ser persona adulta mayor en época de la COVID-19 Uruguay; 2020.
 26. **Rodríguez T, Rodríguez Z.** Intimidad y relaciones de pareja durante la pandemia de la COVID-19 en Guadalajara. *Estudios sobre Estado y Sociedad* 2020; 28(78-79):215-264.
 27. **Pinchak C.** Pandemia por coronavirus (COVID-19); sorpresa, miedo y el buen manejo de la incertidumbre en la familia. *Archivos de Pediatría del Uruguay* 2020; 91(2):76-77.

SALUD OCUPACIONAL (SO)

SO-01. CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS DE LOS RIESGOS ERGONÓMICOS EN EL PERSONAL DE ENFERMERÍA.

(Knowledge and practice of ergonomic risks in nursing staff)

Karen Pamela Novillo Zavala¹, Viviana Esperanza Peñafiel Macas¹, Pablo Isaías Lazo Pillaña^{1,2}, María Fernanda Pesantes Calle^{2,3}

¹Licenciada/o en Enfermería.

²Docente de la Carrera de Enfermería de la Universidad Católica de Cuenca.

³Magíster en salud ocupación y seguridad en el trabajo.

plazop@ucacue.edu.ec

RESUMEN

El estado de bienestar en el trabajo se puede ver afectado en muchas formas y podrían generar daños mentales o por esfuerzo físico, los factores ergonómicos son suficientes para generar problemas a largo plazo como: escoliosis debido a mala postura, osteoartritis, lumbalgia y estrés por sobrecarga de trabajo, entre otros. **Objetivo:** Identificar los conocimientos y prácticas de los riesgos ergonómicos en el personal de enfermería del Hospital Vicente Corral Moscoso de la ciudad de Cuenca - Ecuador. **Materiales y métodos:** Se realizó un estudio cuantitativo descriptivo de corte transversal, la población de investigación fue de 188 enfermeras del Hospital Vicente Corral Moscoso de la ciudad de Cuenca, de las cuales la muestra tomada fue de 120 profesionales. La información recolectada fue por medio del cuestionario ERGOPAR, para la categorización de la información se manejó el programa SPSS versión 15. **Resultados:** El presente estudio reveló que el nivel de conocimientos del personal se en-

cuentra dentro de un nivel medio (63,3%) y con referencia a las prácticas existe un mediano cumplimiento (62,5%). **Conclusiones:** Con los resultados obtenidos podemos interpretar que el nivel de conocimiento y prácticas se encuentra dentro de un nivel medio, existiendo una similitud entre las variables.

Palabras clave: riesgos ergonómicos; práctica; postura; enfermería.

ABSTRACT

Introduction: The state of well-being at work can be affected in many ways and could cause mental damage or physical effort, ergonomic factors are enough to generate long-term problems such as: scoliosis due to poor posture, osteoarthritis, low back pain and stress due to work overload among others. **Objective:** To identify the knowledge and practices of ergonomic risks in the nursing staff of the Vicente Corral Moscoso Hospital in the city of Cuenca - Ecuador. **Materials and methods:** It is a quantitative descriptive cross-sectional study, the research population was 188 nurses from the Vicente Corral Moscoso Hospital in the city of Cuenca, of which the sample taken was 120 professionals. The information collected was through the ERGOPAR questionnaire, the SPSS 15 program was used to categorize the information. **Results:** The present study revealed that the level of knowledge of the personnel is within a medium level that corresponds to 63.3% and with reference to the practices there is a medium compliance (62.5%). **Conclusions:** With the results obtained, we can interpret that the level of knowledge and practices is within an average level, with a similarity between the variables.

Key words: ergonomic risks; practice; posture; nursing.

INTRODUCCIÓN

Los riesgos ergonómicos son causas fundamentales de lesiones músculo esquelético a los que se halla expuesto el personal asistencial de enfermería, entre ellos los más

relacionados son: carga física, posturas, levantamiento manual de objetos, movimientos corporales repetitivos, entre otros (1).

La Organización Internacional del Trabajo (OIT) estipula que cada 15 segundos un trabajador muere debido a incidentes o padecimientos profesionales y 153 trabajadores tienen un percance profesional. Diariamente fallecen 6,300 personas debido a sucesos que se pueden presentar en el área laboral, esto corresponde a 2 millones de muertes anuales. En el año suceden más de 300 millones de incidentes en el trabajo, que desemboca en ausentismo laboral (2).

En este aspecto, Artvinliv recalcó que la seguridad laboral es un problema de salud pública, que se ha mantenido en gran medida sin investigar, estando relacionada con los riesgos, traumas, enfermedades en donde la seguridad y salud no están establecidas correctamente (3). Por su parte, Díaz y Caguana, realizaron un estudio en Guayaquil –Ecuador de riesgos ergonómicos relacionados con lesiones musculoesqueléticas dando obteniendo como resultados prevalencia de 59% lesiones dorso lumbalgia, 100% mantiene una posición de pie, 69% adopta posturas forzadas no confortables, 63% presentó excesiva repetitividad de los movimientos, 63% permanece de pie más de 7 horas y manipula carga prolongada en un 25%, el 84% referente a las condiciones realiza un sobre esfuerzo físico en las actividades diarias del personal profesional de enfermería (4). Según un estudio realizado por Frontado K en el 2015 indicó que en el Hospital Belén de Trujillo en Perú en el área de emergencia solo el 14% del personal profesional de enfermería realizó correctamente la mecánica corporal, en cambio el 86% tienen un uso inadecuado. Al elevar objetos lo realizan de forma correcta en un 15% y de una forma inadecuada un 85%, el empleo de la mecánica corporal del personal de enfermería al efectuar la postura de los pies es de forma correcta en 10% y de forma incorrecta en 90%, la utilización de la mecánica corporal de las enfermeras a realizar la condición sentada de manera correcta en 30% y en un 70% de forma inadecuada, el uso de la mecánica corporal

de las enfermeras al movilizar pacientes de la forma adecuada en un 5% y de manera errónea en un 95% (5).

Cabe destacar, los trabajadores sanitarios que están expuestos a atención directa con el paciente en las diferentes áreas son propensos a sufrir una serie de riesgos específicos, como lesiones musculoesqueléticas al momento de levantar o trasladar a los pacientes (6). Aunado a lo anteriormente mencionado, realizar actividades físicas tales como: movilización de un paciente de una sala a otra, el ingreso del paciente a las salas de rayos X, retiro de medicaciones, movilización de otros equipos, realización de esterilización de las aéreas y carga de suministro de apoyo (insumos, materiales), genera aún más riesgos de accidentes laborales y hace que exista un ausentismo ocasionado por el mismo.

Por otro lado, en un estudio realizado en una clínica de Costa Atlántica, en Colombia, por la Dra. Montalvo Amparo y colaboradores, se indicó que el 49,5% del personal presentó dolencias musculares, principalmente en espalda (37,8%), también demostró asociación ($p < 0,05$) entre la carga física laboral y el riesgo de presentar síntomas de espalda ($p = 0,036$) y mano-muñeca derecha ($p = 0,014$) (7). Los riesgos ergonómicos representan un tema poco estudiado en el área laboral de los profesionales de salud, sobre todo en el área de las enfermeras y auxiliares de enfermería (8). Por lo expuesto anteriormente el objetivo de la presente investigación fue Identificar los conocimientos y prácticas de los riesgos ergonómicos en el personal de enfermería del Hospital Vicente Corral Moscoso de la ciudad de Cuenca – Ecuador.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó estudio con un enfoque cuantitativo descriptivo y de corte transversal, la población de estudio fue de 201 enfermeras que laboran en el Hospital Vicente Corral Moscoso que aceptaron ser partícipes y firmaron el consentimiento informado, se excluyeron en el estudio personal profesional

de enfermería que se encontró con permiso, así como a rurales de enfermería.

Para la recopilación de información se usó el cuestionario de ERGOPAR el instrumento evaluó el nivel de conocimiento según varias categorías, los resultados fueron analizados mediante 3 parámetros: nivel de conocimientos alto, medio, bajo de acuerdo a los valores obtenidos de la media y desviación estándar de los cuestionarios aplicados a través de la escala de Stanones.

Un segundo instrumento elaborado por las autoras, el mismo que midió el cumplimiento de la práctica que consta de seis dimensiones: en donde se valoró criterios como: traslado del paciente cama/ camilla, Traslado del material de insumos, Actividades Administrativas uso del computador, Distancia y altura a moverse de forma manual los materiales, Levantamiento manual de cargas, Posturas forzadas. Cada dimensión contiene de tres a cinco ítems, mediante dos parámetros de calificación: cumple (C) = 1 punto y no cumple (NC) = 0 cero, el mismo fue validado por una prueba piloto a 30 enfermeras con una confiabilidad Kuder Richardson de 0.72.

De todas las variables se obtuvieron las tablas y frecuencias absolutas y relativas, posteriormente se contrastaron las proporciones de las variables área hospitalaria y tiempo laboral con el nivel de conocimiento y práctica. Los datos obtenidos fueron ingresados y analizados en una matriz de datos del programa estadístico SPSS (Statistical Product and Service Solutions) versión 15.

RESULTADOS

Los profesionales de enfermería que trabajan en el Hospital Vicente Corral Moscoso presentaron una experiencia laboral mayor a 5 años (65%) con una carga horaria superior a 4 horas en la totalidad del personal de enfermería, con respecto a los turnos el 85,8% realizó turnos rotativos; las áreas con mayor número de personal fueron Cirugía y Pediatría con porcentajes del 20,8% (Tabla I).

TABLA I
DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN VARIABLES DEL ENTORNO LABORAL.

Variable	Ítems	N	%
Turnos	Turno fijo de mañana	6	5
	Turno rotativo	103	85,8
	Jornada partida (mañana y tarde)	1	0,8
	Horario irregular	10	8,3
Tipo de contrato	Eventual	51	42,5
	Indefinido	69	57,5
	Cirugía	10	8,3
	Clínica	25	20,8
	Consulta externa	13	10,8
Área	Coordinación de Enfermería	21	17,5
	Emergencia	8	6,7
	Gineco-obstetricia	12	10,0
	Pediatría	25	20,8
	Quirófano	6	5,0
Tiempo	Menos de 1 años	3	2,5
	Entre 1 y 5 años	39	32,5
	Más de 5 años	78	65,0
Horas	Más de 4 horas	120	100,0

Luego del análisis de los resultados sobre el nivel conocimiento en los riesgos ergonómicos en el personal de enfermería, se evidenció que existe en mayor proporción un nivel de conocimiento medio (63,3%) (Tabla II).

TABLA II
CATEGORIZACIÓN DEL NIVEL DE CONOCIMIENTO EN EL PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO CUENCA 2019.

Nivel de conocimiento	N	%
Bajo	19	15,8
Medio	76	63,3
Ato	25	20,8
Total	120	100,0

En la Tabla III se puede evidenciar que existe un bajo cumplimiento de procedimientos básicos enfermero en el área de emergencia 30,8% seguido del mediano cumplimiento con 68% siendo el área de Pediatría, mientras que 25% representa al área de Gineco Obstetricia con alto cumplimiento de práctica.

La Tabla IV muestra los procedimientos de riesgo ergonómicos del personal de enfermería, los cuales fueron de mediano cumplimiento (62,5%) y mínimo cumplimiento (22,5%).

TABLA III
NIVEL DE CUMPLIMIENTO SEGÚN EL ÁREA QUE LABORAN.

Área que labora	Nivel de Cumplimiento					
	Mínimo C		Mediano C		Alto C	
	N	%	N	%	N	%
Cirugía	3	30,0	5	50,0	2	20,0
Clínica	5	20,0	16	64,0	4	16,0
Consulta externa	4	30,8	7	53,8	2	15,4
Coordinación de Enfermería	4	19,9	14	66,7	3	14,3
Emergencia	1	12,5	6	75,0	1	12,5
Gineco-obstetricia	3	25,0	6	50,0	3	25,0
Pediatría	6	24,0	17	68,0	2	8,0
Quirófano	1	16,7	4	66,7	1	16,7

TABLA IV
CATEGORIZACIÓN DEL NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE LOS PROCEDIMIENTOS DE RIESGOS ERGONÓMICOS.

Nivel de Cumplimiento	N	%
Mínimo Cumplimiento	27	22,5
Mediano Cumplimiento	75	62,5
Alto Cumplimiento	18	15,0
Total	120	100,0

DISCUSIÓN

Los resultados de la presente investigación señalan que la mayoría del personal de enfermería realizó turnos rotativos (85,8%), en relación al tipo de contrato que tiene el personal de enfermería fue eventual (42,5%) e indefinido (57,5%). Al comparar con la investigación realizada por Cabrera-Quezada el 57,5% del personal de enfermería realizó turnos rotativos, 29,1% tiene contrato eventual y 70,9% contrato indefinido (9). En relación con las áreas que cuentan con más personal son el área Clínica (20,8%) y Pediatría (20,8%). Contrario a lo reportado por Cabrera-Quezada en profesionales de Enfermería quienes trabajan más en el área de quirófano (43,3%), y Hospitalización (18,9%) (9).

En cuanto a los datos obtenidos revelan que el nivel de conocimiento de las Enfermeras del Hospital Vicente Corral Moscoso se ubicó dentro de un nivel medio (63,3%) y bajo (15,8%) acerca de conocimientos sobre riesgos ergonómicos y el uso adecuado de la mecánica corporal mientras que el 14,45% posee bajo conocimientos del tema. En cuanto al nivel de práctica de los riesgos ergonómicos el personal de enfermería se observó que existe un mediano cumplimiento (62,5%), seguido de un mínimo cumplimiento (22,5%). En relación a la investigación que realizada por Reyes y Tipantuña revelaron que 48,5% del personal de enfermería manifestaron un conocimiento regular y el (37,7%) describiendo como un conocimiento deficiente en relación con el tema, estos autores además describen que existe nivel de prácticas regular (50,8%) y un deficiente nivel de práctica (26,2%) (6).

Muchos de los accidentes laborales que ocurren en los hospitales son debido a un desconocimiento acerca de riesgos ergonómicos y normas básicas de los hospitales. Sobre conocimientos de los riesgos ergonómicos adecuados del área de trabajo existe un medio nivel de conocimientos siendo el área más afectada el área sala de recuperación de quirófano (5,3%) acerca del tema en el personal de Enfermería.

CONCLUSIONES

Al finalizar el estudio se observó que el personal de Enfermería en su mayoría tuvo dificultad o no cumplía con los procedimientos correctos al realizar las actividades mencionadas en la investigación, pudiendo deberse a factores como la carga laboral, turnos de servicio, experiencia, área de atención y excesiva cantidad de pacientes. Además, se evidenció tras la realización de las encuestas al personal de enfermería que el nivel de conocimientos sobre los riesgos ergonómicos, se ubicó dentro de un nivel medio en mayor proporción, siendo muy variable, lo cual no se asoció con la experiencia y el área de servicio de los profesionales de enfermería.

REFERENCIAS

1. **Bonilla-Reyes L, Carlos-Lucas C, and Serna-Cisneros SF.** Conocimiento y aplicación de medidas preventivas en lesiones músculo esqueléticas en enfermeras de Centro Quirúrgico, Hospital Cayetano Heredia 2018. Universidad Peruana Cayetano Heredia. 2018 <http://repositorio.upch.edu.pe/handle/upch/3968>
2. **Secretaría del Trabajo y Previsión Social.** Seguridad y Salud en el Trabajo en México: Avances, Retos y Desafíos. <https://www.gob.mx/stps/documentos/seguridad-y-salud-en-el-trabajo-en-mexico-avances-retos-y-desafios>
3. **Artvinli F.** The ethics of occupational health and safety in turkey: responsibility and consent to risk. *Acta Bioeth* 2016;22(1):111-118.
4. **Díaz-Sol NL, Caгуana-Rocha EK.** Influencia de los factores ambientales y estructurales en los riesgos ergonómicos del personal de enfermería de las salas Santa María y Santa Elena del Hospital Luis Vernaza en el período de mayo a agosto del 2014. Universidad Católica De Santiago De Guayaquil. Guayaquil, Ecuador 2014 <http://repositorio.uesg.edu.ec/bitstream/3317/3050/1/T-UCSG-PRE-MED-ENF-111.pdf>
5. **Frontado-Quiroz KR, Rodríguez-Gutiérrez MM, Príncipe-León IC.** Uso de la mecánica corporal por las enfermeras del servi-

cio de emergencia del Hospital Belén de Trujillo, 2015. *Pueblo Cont.* 2017; 28 (1): 79-85. Disponible en: <http://journal.upao.edu.pe/PuebloContinente/article/download/757/700>

6. **Reyes MWC, Tipantuña MPR.** Relación entre Conocimientos, actitudes y Prácticas en la prevención de riesgos ergonómicos de los profesionales de enfermería de la clínica Good Hope, Lima, 2016. Disponible en: <https://repositorio.upeu.edu.pe/handle/UPEU/426>
7. **Montalvo AA, Cortés YM, Rojas MC.** Riesgo ergonómico asociado a sintomatología musculoesquelética en personal de enfermería. *Hacia promoc. salud* 2015; 20(2): 132-146.
8. **Anyaipoma-Tito YY, Cadillo-Medina JJ, Díaz-Vivanco LM.** Riesgo ergonómico del profesional de enfermería en el Área de Centro Quirúrgico en el Hospital Nacional Cayetano Heredia. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima-Perú 2016. Disponible en: <http://repositorio.upch.edu.pe/handle/upch/3675>
9. **Cabrera Quezada RC.** Prevalencia de síntomas musculoesqueléticos en el personal médico y de enfermería que labora en el Hospital San Vicente de Paul-Ibarra. 2014. Universidad de Cuenca. <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/21264/1/Tesis.pdf>.

SO-02. MOLESTIAS ASOCIADAS A LOS RIESGOS ERGONÓMICOS EN EL PERSONAL DE ENFERMERÍA.
(Annoyance associated with ergonomic risks in nursing personnel)

*María Fernanda Pesántez Calle^{1,3},
Gloria Cecilia Durazno Montesdeoca¹,
Marcia Yolanda Cobos Alvarracin^{1,2}*

¹Docente de la Carrera de Enfermería de la Universidad Católica de Cuenca.

²Licenciada en enfermería.

³Magister en Salud ocupación y Seguridad en el trabajo.

maria.pesantez@ucacue.edu.ec

RESUMEN

La Organización Internacional del Trabajo (OIT) define: “La ergonomía como la aplicación de las ciencias biológicas humanas para lograr la óptima recíproca adaptación del hombre y su trabajo, y los beneficios serán medidos en términos de eficiencia humana y bienestar”. **Objetivo:** Identificar las molestias asociadas a los riesgos ergonómicos en el personal de enfermería del Hospital Vicente Corral Moscoso de la ciudad de Cuenca, Ecuador. **Materiales y métodos:** Es un estudio cuantitativo descriptivo y de corte transversal, la muestra de estudio fue de 120 profesionales de enfermería del Hospital Vicente Corral Moscoso de la ciudad de Cuenca. La información recolectada fue mediante un cuestionario validado y una ficha de observación, previa al consentimiento informado, para la categorización de la información se manejó el programa SPSS. **Resultados:** El mayor predominio es el turno rotativo 85,8% (n=103), de los cuales el 74,1% (n=89) al realizar turno rotativo presentan mayores molestias en la región lumbar de la espalda. **Conclusiones:** De los factores estudiados el que presenta asociación a las molestias lumbares en el personal de Enfermería es el tipo de turno que realizan, demostrándose que del turno rotativo 85,8% (n=103), de los cuales el 74,1% (n=89) presenta molestias con una significancia estadística del (p=0,05).

Palabras clave: conocimientos; riesgos ergonómicos; prácticas; modelo de enfermería.

ABSTRACT

Introduction: The International Labor Organization (ILO) defines: “Ergonomics as the application of human biological sciences to achieve the optimal reciprocal adaptation of man and his work, and the benefits will be measured in terms of human efficiency and well-being”. **Objective:** To identify the discomfort associated with ergonomic risks in the nursing staff of the Vicente Corral Moscoso Hospital in the city of Cuenca, Ecuador.

Materials and methods: It is a descriptive and cross-sectional quantitative study, the study sample consisted of 120 nursing professionals from the Vicente Corral Moscoso Hospital in the city of Cuenca. The information collected was through a validated questionnaire and an observation sheet, prior to informed consent, for the categorization of the information the SPSS program was handled. **Results:** The highest prevalence is the rotating shift 85.8% (n = 103), of which 74.1% (n = 89) when performing a rotating shift presented greater discomfort in the lumbar region of the back. **Conclusions:** Of the factors studied, the one that presents an association with lumbar discomfort in Nursing personnel is the type of shift they perform, showing that 85.8% of the rotating shift (n = 103), of which 74.1% (n = 89) presents discomfort with a statistical significance of (p = 0.05).

Key words: knowledge; ergonomic risks; practices; nursing model.

INTRODUCCIÓN

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) coinciden en que todo ser humano tiene derecho de alcanzar un óptimo estado de salud. Para el manejo de las personas hospitalizadas en una institución hospitalaria, además del equipo interdisciplinario, es necesaria la intervención del personal de enfermería, quien realiza una serie de procesos, procedimientos y actividades relacionadas con el traslado de peso, que se constituyen en factores de riesgo, de manera que ciertas condiciones ergonómicas inadecuadas facilitan su aparición. Frente a esta problemática se estiman que en América Latina y el Caribe la notificación de enfermedades ocupacionales alcanza entre 1- 5% de los casos, ya que, por lo general, se registra solamente los casos que causan incapacidad sujeta a indemnización. La VII Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo (VII ENCT) reportó los desórdenes osteomusculares como consecuencia de las posturas doloro-

sas o fatigantes (50,3%) y de la movilización de personas (43,9%) ocasionando sintomatología de predominio lumbar. Otro estudio evaluó los factores psicosociales y ergonómicos relacionados con el trabajo de enfermería, y evidenció molestia en la espalda baja (89,1%) en los sujetos después de 5 semanas de laborar en el servicio, 29,8% de la población sufrió de dolores lumbares leves, 37,6% moderados y 21,7% severos (1).

Al respecto, Guizado y Zamora, observaron en la población general, la prevalencia anual del dolor lumbar oscila según diferentes estudios entre el 22% y 65%. Por otro lado, estimaron que la prevalencia de dolor lumbar crónico es del 7,5% en mujeres (95%; IC:7,0-8,1) y del 7,9% en hombres (95%; IC: 7,2- 8,5). En el personal evaluado 9 de 33 enfermeras presentaron lumbalgia sub aguda (6/9) y crónica (3/9) encontrándose en un riesgo nivel bajo, en cambio en un riesgo nivel medio; en 21 de 33 enfermeras presentaron lumbalgia aguda (3/21), sub aguda (17/21) y crónica (1/21), finalmente en riesgo nivel alto; se encuentran solo 3 de las 33 enfermeras presentando lumbalgia aguda (2/3) y sub aguda (1/3) (2). Otra investigación realizada en Brasil por Cargnin y col., detectaron en Enfermeras tecnológas la prevalencia de dolor o incomodidad en la región lumbar, en los últimos 12 meses fue 51,4% y en la última semana 45,4%, alcanzó los mayores índices en relación a las otras regiones del cuerpo y fue seguida por el hombro (46,1%), región cervical (40,9%), y cadera (39,7%), en los últimos 12 meses; región cervical (40,3%), hombros (34,7%) y cadera (33,3%) en la última semana. Aproximadamente el 85% de los trabajadores reportaron tener al menos un síntoma musculoesquelético (3).

Cabe destacar, la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud (OPS/ OMS), para mejorar la prevención de las enfermedades profesionales –cumpliendo con las recomendaciones de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), sugieren a los Estados Miembros elabo-

rar encuestas nacionales para construir perfiles de peligros y riesgos; definir las características de procesos de trabajo y realizar matrices de exposición; fortalecer la práctica de higiene, ergonomía, seguridad y medicina ocupacional; y organizar redes subregionales y locales con expertos en salud ocupacional. Ante esta realidad y en presencia del alto índice de molestias musculoesqueléticas, se ha visto la necesidad de identificar las molestias del personal de enfermería asociados a los riesgos ergonómicos debido a la carga de trabajo que generan desórdenes musculoesqueléticos en las enfermeras del Hospital Vicente Corral Moscoso, dejando constancia de la problemática que aqueja al mismo, a partir de ello las autoridades podrán promover la salud laboral mediante la aplicación de planes de prevención y mejora en cada una de las unidades, lo cual significará disminución en los costes por ausentismos, accidentes o enfermedades laborales.

La presente investigación tiene como objetivo identificar las molestias asociadas a los riesgos ergonómicos en el personal de enfermería del Hospital Vicente Corral Moscoso de la ciudad de Cuenca, Ecuador.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio con un enfoque cuantitativo descriptivo y de corte transversal, el estudio se realizó en las diferentes áreas del Hospital Vicente Corral Moscoso de la ciudad de Cuenca, provincia del Azuay en el año 2019, institución pública que brinda servicios generales de salud y de especialidad. El universo lo constituyeron 188 profesionales de enfermería, se aplicó un muestreo por estratos en el programa Epidat versión 4.2, obteniendo una muestra de 120 profesionales de enfermería.

Para la recolección de información se utilizó el cuestionario ERGOPAR que es un método de ergonomía participativa elaborado para la prevención de trastornos musculoesqueléticos de origen laboral, que fue realizado por el Instituto Trabajo Ambiente y Salud.

Para garantizar la confiabilidad y calidad e los datos en el instrumento fue aplicado únicamente por los investigadores para evitar errores en la información obtenida. Los datos obtenidos fueron ingresados en el programa estadístico SPSS (Statistical Product and Service Solutions), se utilizaron contrastes de chi cuadrado de Pearson para observar asociación entre las variables estudiadas. Se presentó tablas con frecuencias y porcentajes, mediante los cuales se mostró la correlación entre variables y el cumplimiento con los objetivos de esta investigación, siendo estadísticamente significativos cuando $p < 0,05$.

RESULTADOS

En los 120 profesionales de enfermería evaluados el 54,2% ($n=65$) pertenecen al rango de edad entre 30 a 39 años; de las cuales el 52,9 ($n=54$) presentan molestias a nivel lumbar y el 23,3% ($n=28$) del rango de edad 40 a 49 años, el 22,2% ($n=26$) presenta molestias (Tabla I).

TABLA I
DISTRIBUCIÓN LA POBLACIÓN ESTUDIADA SEGÚN LA EDAD Y LOS SÍNTOMAS MÚSCULO ESQUELÉTICOS EN REGIÓN LUMBAR.

Edad	Dolor	Molestias	Total
20-29 años	5 2,3%	13 12,7%	18 15,0%
30 -39 años	11 1,3%	54 52,9%	65 54,2%
40 -49 años	2 1,1%	26 22,2%	28 23,3%
50 - 59 años	0 0,0%	8 6,7%	8 6,7%
60 - 69 años	0 0,0%	1 0,8%	1 0,8%
Total	18 4,7%	102 95,3%	120 100,0%

En relación al tiempo que trabajan las enfermeras se encontró 65,0% ($n=78$) laboran más de 5 años en áreas clínicas, de las cuales el 55,5% ($n= 67$) presentan molestias en la región lumbar (Tabla II).

TABLA II
DISTRIBUCIÓN LA POBLACIÓN ESTUDIADA SEGÚN EL TIEMPO Y LOS SÍNTOMAS MÚSCULO ESQUELÉTICOS EN REGIÓN LUMBAR.

Tiempo	Dolor	Molestias	Total
Entre 1 y 5 años	7 1,1%	32 31,4%	39 32,5%
Más de 5 años	11 9,2%	67 55,5%	78 65,0%
Menos de 1 año	0 0,0%	3 2,5%	3 2,5%
Total	18 10,6%	102 89,4%	120 100,0%

Relación al área donde laboran las 120 enfermeras que participaron en la investigación, el 20,8% ($n=25$) que laboran en el área de clínica y en pediatría el 18,3 ($n=22$) presentaron molestias en la región lumbar (Tabla III).

Se evidenció que el personal de enfermería participante en la investigación trabaja más de cuatro horas en sus respectivas áreas 100% ($n=120$) de cuales presentan molestias a nivel de espalda lumbar el 85,0% ($n=102$). (Tabla IV).

Los resultados obtenidos (Tabla V) el personal que labora en turno rotativo 85,8% ($n=103$), de los cuales el 74,1% ($n=89$) al realizar turno rotativo presentan mayores molestias en la región lumbar de la espalda, luego de interpretar los porcentajes, se puede observar una asociación estadística entre los diferentes turnos que realizan las enfermeras y las molestias presentadas en la espalda lumbar ($p=0.05$).

TABLA III
DISTRIBUCIÓN LA POBLACIÓN ESTUDIADA
SEGÚN EL ÁREA EN LA QUE LABORA
Y LOS SÍNTOMAS MÚSCULO ESQUELÉTICOS
EN REGIÓN LUMBAR.

Área	Dolor	Molestias	Total
Cirugía	1 0,8%	9 7,5%	10 8,3%
Clínica	3 2,5%	22 18,3%	25 20,8%
Consulta Externa	5 4,2%	8 6,6%	13 10,8%
Coordinación de Enfermería	5 4,2%	16 13,3%	21 17,5%
Emergencia	1 0,8%	7 5,9%	8 6,7%
Gineco- Obstetricia	0 0,0%	12 10,0%	12 10,0%
Pediatría	3 2,5%	22 18,3%	25 20,8%
Quirófano	0 0,0%	6 5,0%	6 5,0%
Total	18 15,1%	102 84,9%	120 100,0%

TABLA IV
DISTRIBUCIÓN LA POBLACIÓN ESTUDIADA
SEGÚN LAS HORAS LABORADAS
Y LOS SÍNTOMAS MÚSCULO ESQUELÉTICOS
EN REGIÓN LUMBAR.

Horas	Dolor	Molestias	Total
Más de 4 horas	18 15,0%	102 85,0%	120 100,0%
Total	18 15,0%	102 85,0%	120 100,0%

DISCUSIÓN

En relación a las molestias asociadas a riesgos ergonómicos en el personal de Enfermería, un 84,7% estuvo constituido por mujeres, con un promedio de edad de 30 años; 73,9% son auxiliares de enfermería y 18,9% enfermeras asistenciales. De acuerdo a las horas laborales semanales, se encontró que 58,6% labora entre 41 a 60 horas y lleva trabajando en la clínica menos de dos años, el 46,8% y 42,3% de los participantes tiene menos de un año de desempeño en el cargo actual. En relación a presencia de dolencias musculares, 49,5% –55– del total del personal de enfermería encuestado, manifestó que en los últimos 12 meses presentó alguna molestia durante sus labores, para el 37,8% el lugar del cuerpo más afectado fue la espalda y para el 16,2% el cuello.

TABLA V
DISTRIBUCIÓN LA POBLACIÓN ESTUDIADA SEGÚN TURNO QUE REALIZA LA ENFERMERA
Y LOS SÍNTOMAS MÚSCULO ESQUELÉTICOS EN REGIÓN LUMBAR.

Turno	Dolor	Molestias	Total	P Valor
Horario irregular	1 0,8%	9 7,5%	10 8,3%	
Jornada partida (mañana y tarde)	1 0,8%	0 0,0%	1 0,8%	
Turno fijo de mañana	2 1,7%	4 3,3%	6 5,0%	0,05
Turno rotativo	14 11,7%	89 74,1%	103 85,8%	
Total	18 100,0%	102 100,0%	120 100,0%	

En cuanto a la duración de la molestia, 66,7% del grupo refirió que el dolor en espalda lo tuvo menos de un mes, al 4,8% le duró entre 4 a 6 meses y 7 a 9 meses. En cuanto a la presencia de molestias en la región del cuello, 72,2% lo tuvo menos de un mes y al 5,6% entre 10 a 12 meses, mientras que las molestias en mano-muñeca derecha al 83,3% le demoró menos de 3 meses y al 16,7% entre 10 a 12 meses. Estos resultados coinciden con lo reportado por Guizado y Zamora, quienes observaron que la lumbalgia ocupacional agrupada (se ha clasificado en tres niveles según el tiempo de evolución: aguda (>4 semanas); sub aguda (entre 4 a 12 semanas) crónica (< 12 semanas) así se ha encontrado que 5 de 33 enfermeras están clasificadas en lumbalgia ocupacional aguda (15.2%), así también 24 de 33 enfermeras tienen lumbalgia ocupacional subaguda (72,7%) y solo 4 de 33 enfermeras se encuentran clasificadas en lumbalgia ocupacional crónica (12,1%) (2). Resultado similar fue reportado en el estudio realizado en personal de salud en Perú por Venegas-Treseira y col, de los 69 trabajadores que refirieron síntomas de TME todos presentaron dolor; la espalda baja se identificó en 92,7% y la molestia al final del día laboral, así como padecerla entre 3 a 6 meses, superó la mitad de los casos; la duración de menos de 1 día fue de 49,3%. En relación con el nivel de conocimiento sobre riesgos ergonómicos y los síntomas de TME mostró un valor p de 0,000 ($p < 0,01$; $X^2 = 38,17$); adicionalmente, tanto el nivel bajo como el alto mostraron un valor p de 0.000 respectivamente, además el tipo de trabajador y el tiempo de experiencia laboral fue ≤ 5 años mostraron $p < 0,05$ (4).

Asimismo, Morales y Carcausto, en la ciudad del Callao evidenciaron que los dolores, molestias o incomodidad en la región lumbar, durante los últimos 12 meses se han presentado principalmente en el sexo femenino ($p = 0,047$). Los problemas en las muñecas y manos fueron reportados en mayor proporción por los odontólogos, técnicos en enfermería y obstetras ($p = 0,025$); mientras

que en la región lumbar los obstetras, técnicos en enfermería y los médicos presentaron en mayor proporción ($p = 0,030$). En la cadera, los odontólogos, técnicos en enfermería y obstetras presentaron en mayor proporción ($p = 0,014$) (5).

Cabe destacar en este estudio de molestias asociadas a riesgos ergonómicos en 120 Enfermeras del Hospital Vicente Corral Moscoso, el 54,2% ($n = 65$) pertenecen al rango de edad entre 30 a 39 años; de las cuales el 52,9 ($n = 54$) presentan molestias a nivel lumbar, 65,0% ($n = 78$) laboran más de 5 años en áreas clínicas, el 55,5% ($n = 67$) presenta molestias lumbares y el 20,8% ($n = 25$) que laboran en el área de clínica y en pediatría, 100% ($n = 120$) de Enfermeras trabajan más de cuatro horas en sus respectivas áreas, presentando molestias a nivel de espalda lumbar el 85,0% ($n = 102$). De todas las variables sociodemográficas analizadas, en relación al tipo de turno que realizan las enfermeras el mayor es el turno rotativo 85,8% ($n = 103$), de los cuales el 74,1% ($n = 89$) al realizar turno rotativo presentan mayores molestias en la región lumbar de la espalda, luego de interpretar los porcentajes, se puede observar una asociación estadística entre los diferentes turnos que realizan las enfermeras y las molestias presentadas en la espalda lumbar ($p = 0,05$).

CONCLUSIONES

De acuerdo a la caracterización de los variables sociodemográficas entre las más relevante tenemos el grupo de edad de 30 a 39 con un 54,2%, de los cuales el 52,9% presenta molestias en región lumbar, el tiempo de trabajo es más de cinco y el 55,5% presenta molestias en las áreas de clínica y pediatría.

De los factores estudiados el que presenta asociación a las molestias lumbares en el personal de Enfermería es el tipo de turno que realizan, demostrándose que del turno rotativo 85,8% ($n = 103$), de los cuales el 74,1% ($n = 89$) presenta molestias con una significancia estadística del ($p = 0,05$).

REFERENCIAS

1. Montalvo AA, Cortés YM, Rojas MC. Riesgo ergonómico asociado a sintomatología musculoesquelética en personal de enfermería. *Hacia promoc. salud* 2015; 20(2): 132-146.
2. Guizado-Ramos M, Zamora-Cordova K. Riesgos ergonómicos relacionados a la lumbalgia ocupacional en enfermeras que laboran en Centro Quirúrgico del Hospital Daniel Alcides Carrión, 2014. *Ágora Rev Científica* 2016 Jun 28;3(1):337.
3. Cargnin ZA, Schneider DG, Vargas MAO, Machado RR. Non-specific low back pain and its relation to the nursing work process. *Rev Lat Am Enfermagem* 2019 Oct 7;27:e3172.
4. Venegas-Tresierra CE, Cochachin-Campoblanco JE. Nivel de conocimiento sobre riesgos ergonómicos en relación a síntomas de trastornos músculo esqueléticos en personal sanitario. *Rev Asoc Esp Espec Med Trab [Internet]*. 2019 [citado 2020 Nov 14]; 28(2): 126-135. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-62552019000200005&lng=es.
5. Morales J, Carcausto W. Desórdenes musculoesqueléticos en trabajadores de salud del primer nivel de atención de la Región Callao. *Rev Asoc Esp Espec Med Trab [Internet]*. 2019 [citado 2020 Nov 14]; 28(1): 38-48. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-62552019000100005&lng=es.

SO-03. ACCIDENTES LABORALES CON RIESGO BIOLÓGICO

EN LOS INTERNOS DE ENFERMERÍA.
(Occupational accidents with biological risk during clinical practice in students of the nursing career)

*Mishel Del Cisne Tandazo Rogel¹,
Cyntia Abigail Tenesaca Cabrera¹,
Pablo Isaías Lazo Pillaga^{1,2},
Cristina Elisabeth Urgiles Barahona^{1,3}
Claudio Fernando Guevara Vizcaino²*

¹Licenciada/o en Enfermería.

² Docente de la Carrera de Enfermería de la Universidad Católica de Cuenca.

³Docente de la Universidad Técnica Particular de Loja.

plazop@ucacue.edu.ec

RESUMEN

Los accidentes laborales son lesiones que sufren los profesionales dentro de su trabajo, mismo a los que se encuentran expuestos el personal de la salud incluyendo a estudiantes que realizan sus prácticas preprofesionales. **Objetivo:** Identificar los accidentes laborales con riesgo biológico en los internos de enfermería de la Universidad Católica de Cuenca. **Materiales y métodos:** Estudio de enfoque cuantitativo con alcance descriptivo, la muestra estuvo conformada por 52 estudiantes que realizaron su internado en el periodo mayo 2018 - abril 2019 dentro de las áreas comunitarias y hospitalarias, el instrumento utilizado fue un cuestionario sometido a validación por expertos en el tema. **Resultados:** Se obtuvo que el 88,5% de la población de estudio pertenecía al sexo femenino, el rango de edad más prevalente fue de 22-24 años con un 59,8%, en lo referente a los accidentes laborales se presentaron con mayor porcentaje los de tipo biológicos con el 53,8%. **Conclusiones:** Se identificó que los accidentes laborales con mayor exposición de los internos de enfermería son: los percutáneos y mucocutáneos,

existiendo mayor exposición cuando se aplica medicación e inyecciones.

Palabras clave: biológico; accidente de trabajo; enfermería; estudiantes.

ABSTRACT

Occupational accidents are injuries suffered by professionals in their work, even to which health personnel are exposed, including students who carry out their pre-professional practices. **Objective:** Identify work accidents with biological risk in nursing interns at the Catholic University of Cuenca. **Materials and methods:** Study with a quantitative approach with a descriptive scope, the sample consisted of 52 students who completed their internship in the period May 2018 - April 2019 within the community and hospital areas, the instrument used was a questionnaire submitted to validation by experts in the subject. **Results:** It was obtained that 88.5% of the study population belonged to the female sex, the most prevalent age range was 22-24 years with 59.8%, with regard to occupational accidents, those of the type biological with 53.8%. **Conclusions:** It was identified that the occupational accidents with the highest exposure of nursing interns are: percutaneous and mucocutaneous, with higher exposure when medication and injections are applied.

Key words: biological; work accident; nursing; students.

INTRODUCCIÓN

Los accidentes laborales son cualquier tipo de lesiones o hechos repentinos que sufren los profesionales dentro de su trabajo, que puede dejar secuelas como: incapacidad o muerte, por lo antes mencionado son los principales problemas a los que se encuentran expuestos los profesionales del área de salud, incluyendo a los estudiantes de enfermería que realizan sus prácticas pre-profesionales, influyendo de manera negativa sobre la vida de los mismos (1).

Según la Organización Internacional del Trabajo (OIT) por cada año hay más de 2,3 millones de muertes ya sean por accidentes o enfermedades dentro del trabajo, por consiguiente, se busca reducir las cifras mediante el uso correcto de normas estandarizadas que contribuyan a tener un trabajo libre de accidentes, es por ello que, la prevención es un eje fundamental para evitar accidentes y mantener la salud (2,3).

El personal sanitario, durante el desenvolvimiento de su labor diario, se encuentra expuesto a diferentes riesgos laborales causados por factores químicos, físicos, ergonómicos y biológicos, siendo el profesional de enfermería el más expuesto, un estudio realizado demuestra que la parte del cuerpo con más lesiones son los dedos con un 35,6% (4). Los estudiantes de enfermería pueden sufrir algún tipo de accidente biológico, por lo que, dentro de sus actividades se encuentran en constante manipulación de instrumental punzante y cortante, de igual manera como la manipulación de líquidos contaminados, la inexperiencia, falta de habilidades al desempeñar los procedimientos manualmente y la falta de conciencia.

La bioseguridad es un conjunto de medidas, técnicas y prácticas preventivas, que se aplica con el objetivo de controlar el riesgo laboral, estas conductas deben ser aplicadas por los profesionales de la salud e implementadas en sus actividades diarias dentro del ámbito laboral. Las barreras y medidas de protección como: la utilización de batas, mascarillas, guantes, botas, entre otras, protegiendo y evitando enfermedades que amenazan la salud (5).

Los internos de enfermería en su rotación hospitalaria y comunitaria cumplen alrededor de 160 horas mensuales, se cree que al ser un grupo que pasa de aulas universitarias a un ambiente laboral requiere de adaptación a un nuevo ambiente, la formación práctica y la experiencia laboral influyen en la percepción de los estudiantes ante exposición de riesgo biológico (6), un estudio realizado en Colombia se encontró que el 66,7%

de la población con menos de 2 años de antigüedad sufrieron accidentes laborales con exposición a riesgo biológico.

El presente estudio tiene como objetivo identificar los accidentes laborales con riesgo biológico en los internos de enfermería de la Universidad Católica de Cuenca.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio con enfoque cuantitativo de alcance descriptivo, la población de estudio fue finita que consto de 52 estudiantes de enfermería que realizaron sus prácticas de internado en el periodo mayo 2018 - abril 2019, dentro de las áreas comunitarias y hospitalarias y que firmaron el consentimiento informado.

Para la recolección de la información los autores elaboraron un cuestionario que constó de 30 preguntas, los 3 primeros hacen referencia a variables sociodemográficas y las 27 relacionadas a accidentes biológicos y exposición en base a la teoría encontrada en la revisión bibliográfica. El mismo fue sometido a validación por expertos pertinentes al tema, la validez de constructo del instrumento se evaluó en la base a la fórmula creada por Lawshe.

La valoración inicial mostró una validez global de 0,96, la validez facial de 0,94, debiendo modificar 9 preguntas que obtuvieron una razón de validez entre 0,67 y 0,92; la validez de contenido mostró una puntuación global de 0,98, tres preguntas necesitaron ser modificadas al obtener puntuaciones entre 0,75 y 0,88.

Los datos obtenidos se ingresaron al programa de base de datos SPSS versión 15, las variables cualitativas (ordinales y categóricas) se analizaron en base a medidas de frecuencia y porcentaje mediante la presentación de tablas.

RESULTADOS

En la Tabla I, se muestra las características sociodemográficas de la población, siendo el grupo etario con predominio entre

22 a 24 años de edad, prevalece el sexo mujer en relación al hombre, ya que hechos históricos han descrito a la enfermería con predominio de la mujer en relación con hombres; por último, se verificó que más de la mitad de la población se encuentran solteras/os.

TABLA I
DISTRIBUCIÓN DE CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS.

Variable	Frecuencia N°	Porcentaje %
Edad		
22 – 24 años	31	59,8
25 – 28 años	18	34,5
> 29 años	3	5,7
Total	52	100
Sexo		
Hombre	6	11,5
Mujer	46	88,5
Total	52	100
Estado civil		
Soltero	42	80,8
Casado	4	7,7
Divorciado	1	1,9
Unión libre	5	9,6
Total	52	100

En la Tabla II se muestra que más de la mitad de la población en estudio ha sufrido algún tipo de accidente laboral de riesgo biológico en sus prácticas de internado hospitalario y/o comunitario; en cuanto al número de exposiciones prevalece una exposición que corresponde a un 50% del total de la población, se evidenció que algunos de ellos sufrieron exposiciones tanto percutáneas como mucocutáneas y otras solo una de ellas. Además, cerca de la mitad de la población de estudio sufrió accidentes de tipo biológico mediante lesión percutánea (datos no mostrados en tabla).

TABLA II
ACCIDENTES DE TIPO BIOLÓGICO DURANTE
LA REALIZACIÓN DE SUS PRÁCTICAS (N=52).

Variable	Frecuencia	Porcentaje
	n	%
Exposición a material biológico desde el inicio de las prácticas		
Sí	28	53,8
No	24	46,2
Número de veces de la exposición		
1 exposición	14	50
2 exposiciones	11	39,3
> 3 Exposiciones	3	10,7
Total, de accidentes de tipo biológico que sufrieron los estudiantes tanto percutáneos, mucocutáneo y mixta		
Mixta	13	
Percutánea	12	
Mucocutáneo	3	

En la Tabla III observamos que las agujas hipodérmicas fueron el instrumento con el que ocurrió el mayor número de accidentes percutáneos, además la población reportó que los mismos estaban contaminados con sangre lo que corresponde a un 60.7%, esto debido a las actividades asistenciales con los usuarios; el procedimiento con mayor riesgo de exposición fue por la aplicación de medicación.

La Tabla IV muestra que un tercio de la población de estudio sufrió accidentes por exposición mucocutánea.

La Tabla V muestra que un tercio de la población de estudio sufrió accidentes por exposición mucocutánea.

TABLA III
DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN
VARIABLES QUE RESPONDEN A ACCIDENTES
DE TIPO BIOLÓGICO MEDIANTE LESIÓN
PERCUTÁNEA.

Variable	Frecuencia	Porcentaje
	n	%
Instrumento con el que ocurrió el accidente laboral con riesgo biológico (exposición percutánea)		
Aguja hipodérmica	21	75
Lanceta	2	7,1
Catlón	2	7,1
Equipo de venoclisis	2	7,1
Equipo quirúrgico	1	3,7
Fluido con el que se encontraba contaminado el instrumento		
Sangre	17	60,7
Medicación	9	32,2
Otros	2	7,1
Procedimiento realizado al momento que ocurrió el accidente laboral con riesgo biológico (exposición percutánea)		
Administración de medicación	10	37,5
Aplicación de inyecciones	7	25
Eliminación de desechos cortopunzantes	5	17,8

TABLA IV
DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN QUE SUFRIÓ
ACCIDENTES DE TIPO BIOLÓGICO MEDIANTE
EXPOSICIÓN MUCOCUTÁNEA (N=52).

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Colocación de vía periférica	4	14,3%
Toma de muestras de laboratorio	1	3,6%
Curación de heridas	1	3,6%

TABLA V
DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN QUE SUFRIÓ
ACCIDENTES DE TIPO BIOLÓGICO MEDIANTE
EXPOSICIÓN MUCOCUTÁNEA (n=52).

Personas que sufrieron accidente laboral con riesgo biológico por exposición mucocutánea		
Sí	16	30,8%
No	36	69,2%

En la Tabla VI se observa que según el tipo de exposición mucocutánea existe predominio en las membranas mucosas con un 70,6%, de acuerdo con el volumen de fluido al que se expuso la cantidad fue pequeña; el fluido más común que se presentan en las salpicaduras es la sangre con un 64,6%, seguido de esputo y vómito, ya que las actividades realizadas dentro del área de rotación hospitalaria se tienen mayor riesgo de exposición directa con los mismos.

TABLA VI
DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN
VARIABLES QUE RESPONDEN A ACCIDENTES
DE TIPO BIOLÓGICO MEDIANTE EXPOSICIÓN
MUCOCUTÁNEA O SALPICADURAS.

Variable	Frecuencia	N
Tipo de exposición causada por el accidente mucocutáneo.		
Membrana Mucosa	12	70,6%
Piel no intacta	3	17,6%
Conjuntivas	2	11,8%
Volumen aproximado del fluido durante la exposición mucocutáneo.		
Pequeña	16	94,1%
Mediana	1	5,9%
Fluido con el que ocurrió la exposición mucocutánea.		
Sangre	11	64,6%
Esputo	2	11,8%
Vómito	2	11,8%
Fluido vaginal	1	5,9%
Medicación	1	5,9%

DISCUSIÓN

El presente estudio se centró en las diferentes actividades asistenciales que realizan las estudiantes de enfermería, mismas que son ejecutadas en las áreas rotativas tanto hospitalarias como comunitarias ya que constantemente se encuentran expuestos a material biológico. En cuanto a características sociodemográficas se han realizado diversos estudios el primero realizada por Siesto A, en cuanto al sexo se observa predominio del sexo mujer en un 83% seguido del sexo hombre en un 17% (7), por otro lado Prasuna y cols., reportó que el 9,36% de la población eran de sexo femenino (8), obteniendo resultados coincidentes con esta investigación en donde el 88,5% de la población pertenece al sexo mujer y el 11,5% pertenece al sexo hombre, hechos históricos han descrito a la enfermería con predominio de la mujer en relación con hombres.

Según Prasuna y cols., el grupo etario de 20 a 25 años tiene mayor predisposición para sufrir accidentes laborales con un 84% de la población, seguido por el grupo etario de 25-35 años con un 14,4%(8), estos datos concuerdan con esta investigación donde se obtuvo que el rango de edad de 22-24 años con un 59,8% sufrió más accidentes con riesgo biológico, seguido por el rango de edad de 25-28 años con un 34,5%, este hecho podría deberse a que existe mayor población joven dentro de los grupos etarios (9).

Según García M, en su investigación obtuvo como resultado que el 36.6% de estudiantes de pregrado sufrieron algún accidente de tipo biológico (1), a diferencia con la presente investigación, donde los resultados revelaron que un 53,8% de la población ha sufrido accidente laboral con riesgo biológico, lo que quiere decir que los internos de enfermería durante la realización de las prácticas sufrieron más accidentes a diferencia del estudio de García, esto puede deberse a que desarrollan actividades en las en las cuales existe mayor riesgo de transmisión de

microorganismos ocasionando enfermedades infecciosas.

Según García M, en su trabajo de investigación demuestra que los accidentes por salpicaduras se encuentran representado por un 17% (1), por lo antes mencionado no hay similitud con este estudio, ya que un 30.8% de la población en estudio ha tenido exposición a salpicaduras-mucocutáneos, el personal de enfermería por su accionar en el cuidado se encuentra constantemente expuesto a fluidos que pueden propagarse por salpicaduras.

Los procedimientos que realizaban los internos al momento de sufrir el accidente biológico percutáneo, dio como resultados que la mayoría de accidentes ocurren durante la administración de medicación con un 35,7%, teniendo coincidencia con el estudio realizado por Mateo B, en el cual se obtuvo como resultados que los accidentes percutáneos se presentaron en un 38.9%, durante o posterior a la administración de los medicamentos (10), debiéndose al manejo constante de elementos cortopunzantes como son las jeringas y los viales de medicación exponiendo a los estudiantes con mayor frecuencia.

Se han realizado diversas investigaciones en cuanto a los fluidos contaminados más comunes, en la primera investigación según Januario y cols., acerca de los accidentes ocupacionales con material contaminado, obtuvo como resultado que la sangre es el fluido más común en un 70,5% (9); en el segundo estudio realizado por Montufar y cols., acerca de accidentes ocupacionales con riesgo biológico, reveló que la sangre es el fluido más común al que se exponen las enfermeras con un 42,4% (11); existiendo similitud con el trabajo de Januario G, ya que en esta investigación la sangre es el fluido más común con un 60.7% en accidentes percutáneos y un 64.6% en el accidente mucocutáneo, debido a que la sangre es el

principal fluido de contaminación y es el que nos encontramos mayormente en todos los procedimientos (9).

En cuanto al lugar del cuerpo con más exposición a fluidos contaminados, según Fagundes y cols., menciona que la parte del cuerpo más afectada son las manos con un 80,6% en la exposición mucocutáneo (12), teniendo semejanza con el presente estudio donde el 70,6% de los accidentes mucocutáneos ocurrieron en las manos, esto se debe a que las manos son la parte del cuerpo donde se realiza la mayor manipulación directa con fluidos, aerosoles, gotitas de flush, entre otros. El mismo estudio determinó que el tipo de exposición más frecuente en las exposiciones mucocutáneas son en las membranas mucosas con un 19,4% (12), teniendo diferencia con los resultados de este estudio ya que la mayoría de estudiantes internos de enfermería indicaron que las membranas mucosas son el tipo de exposición más frecuente con un 70,6%, ya que no se hace uso completo de los equipos de protección personal.

CONCLUSIÓN

El tipo de accidente biológico ocurrido durante el desarrollo de las diversas actividades asistenciales se presentaron de dos maneras: por la manipulación de cortopunzantes y por salpicaduras de fluidos o gotitas de flush.

En cuanto a las características de los accidentes percutáneos el material con el que ocurrió la lesión fue la aguja hipodérmica, la profundidad de la herida fue la moderada y el tipo de fluido con el que se encontraba el objeto punzante o cortante fue sangre.

De acuerdo con las características de los accidentes mucocutáneos, el tipo de fluido con más exposición fue la sangre, la parte del cuerpo mayormente afectada fueron las manos y la cantidad de fluido fue en poca cantidad (gotas).

REFERENCIAS

1. **García Gómez MM.** Estudio de caracterización de accidentes biológicos en estudiantes de pregrado de la Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Libre. Seccional Cali. 2013. *Enfermería Glob* [Internet]. 2016; 15(2):199. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412016000200008.
2. **Ilo.org.** Seguridad y salud en el trabajo [Internet]. Organización Internacional del Trabajo (OIT). 2017 [citado el 26 de agosto de 2019]. p. 5. Disponible en: <https://www.ilo.org/global/topics/safety-and-health-at-work/lang-es/index.htm>.
3. **Díaz J, Cruz M.** Riesgo biológico del profesional de enfermería en el servicio de Biological risk of the nursing professional in the emergency service of the Hospital Daniel Alcides Carrión Callao, Peru. *Rev enferm Hered* [Internet]. 2017;10(1):54–62. Disponible en: <http://www.upch.edu.pe/vrinve/duge/revistas/index.php/RENH/article/view/3132>.
4. **Hernández MR.** Autocuidado y promoción de la salud en el ámbito laboral. *Rev Salud Bosque* [Internet] 2016;5(2):79.
5. **Moreno M, Puig M, Falco A, Lluch M, Casas I, Roldán J.** What is the perception of biological risk by undergraduate nursing students? *Rev Lat Am Enfermagem* [Internet] 2016;24(e2715).
6. **Salcedo M, Arango P, Medina J.** Accidentes con material biológico en trabajadores de la salud. Palmira-Valle del Cauca. 2014-2016. *Cienc y Cuid.* 2018;15(2):140–150.
7. **Siesto A.** Accidente con Riesgo Biológico en los Estudiantes de Enfermería de la Universidad de Salamanca durante sus Prácticas Clínicas. *RevistaEnfermeríaCyL* [Internet]. 2017;9(1):63–77. Disponible en: <http://www.revistaenfermeriacyl.com/index.php/revista-enfermeriacyl/article/view/192>.
8. **Prasuna J, Sharma R, Bhatt A, Arazoo, Painuly D, Butola H, et al.** Occurrence and knowledge about needle stick injury in nursing students. *J Ayub Med Coll Abbottabad* [Internet]. 2015 [citado el 15 de septiembre de 2019];27(2):430–3. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26411134>.
9. **Januário G, Freitas P, Carvalho G, Gir E, Malaguti S.** Occupational Accidents With Potentially Contaminated Material Involving Nursing Workers. *Cogitare Enferm* [Internet]. 2017;22(1):1–9. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/264702766_Occurrence_of_occupational_accidents_involving_potentially_contaminated_biological_material_among_nurses/link/54b4f5b50cf28ebe92e4a210/download.
10. **Mateo B, Torres G, Manet L, Saldivar I.** Comportamiento de la exposición percutánea y mucosa a sangre y fluidos corporales, en cooperantes cubanos de la salud. *CCH, Correo Cient Holguín* [Internet]. 2016;20(1):19-30. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812016000100003&lng=es&nrm=iso&tlng=es.
11. **Montufar F, Madrid C, Villa J, Díaz L, Vega J, Vélez J, et al.** Accidentes ocupacionales de riesgo biológico en Antioquia, Colombia. Enero de 2010 a diciembre de 2011. *Infectio* [Internet]. 2014;18(3):79–85. Disponible en: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0123939214000265>.
12. **Fagundes F, Araújo L, Marques L.** Occupational exposures to body fluids and behaviors regarding their prevention and post-exposure among medical and nursing students at a Brazilian public university. *Rev Inst Med Trop S Paulo* [Internet]. abril de 2014 [citado el 15 de septiembre de 2019];56(2):157–63. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-46652014000200157&lng=en&tlng=en

SALUD PÚBLICA (SP)

SP-01. CONOCIMIENTO Y PRÁCTICA DE LA DETECCIÓN OPORTUNA DEL CÁNCER CÉRVICO UTERINO.

(Relationship of knowledge and practice on the timely detection of cervical uterine cancer)

*Leidy Diana Espinoza Armijos¹,
Mélida Raquel Salto Guarquila¹,
Anita del Carmen Puente Arroyo²,
Nube Johanna Pacurucu Avila²,
Lilia Carina Jaya Vásquez²,
Rocio del Carmen Parra Pérez*

¹Licenciadas en Enfermería.

²Docentes de la Carrera de Enfermería de la Universidad Católica de Cuenca.
npacurucua@ucacue.edu.ec

RESUMEN

Introducción: El cáncer cérvico uterino es un problema de salud mundial con una elevada mortalidad y morbilidad, la cual puede ser prevenible mediante el uso de varios métodos como la toma del Papanicolaou (PAP) y la vacunación. El Virus del Papiloma Humano (VPH) se considera el agente causal de la patología neoplásica. **Objetivo:** Relacionar el conocimiento con las prácticas de las usuarias sobre la detección oportuna del cáncer cérvico uterino, en el Centro de Salud Pumapungo del Distrito 01D01. **Materiales y métodos:** Estudio de tipo cuantitativo correlacional, la muestra se conformó por 216 pacientes que acudieron al Centro de Salud Pumapungo, se utilizaron dos instrumentos validados. La asociación cruda entre detección oportuna del cáncer cérvico uterino y las variables independientes se midieron mediante un modelo de regresión logística e intervalos de confianza de 95% (IC= 95%). **Resultados:** El nivel de conocimiento fue de Medio (41,2%), mientras

que el nivel de prácticas fue Bajo (23,1%). El nivel de prácticas demostró una relación estadística con los factores de riesgo como edad, el número de parejas sexuales, número de hijos, edad del primer parto y número de partos. **Conclusiones:** El nivel de conocimiento se relaciona de manera significativa con el nivel de práctica estableciendo una correlación estadística débil entre las variables de estudio.

Palabras clave: cáncer; conocimiento; prácticas en salud; prueba de Papanicolaou.

ABSTRACT

Introduction: Cervical uterine cancer is a global health problem with high mortality and morbidity, which can be prevented through the use of various methods such as taking the Pap smear (PAP) and vaccination. The Human Papilloma Virus (HPV) is considered the causal agent of neoplastic pathology. **Objective:** To relate the knowledge with the practices of the users about the timely detection of cervical cancer, in the Pumapungo Health Center of District 01D01. **Materials and methods:** A quantitative correlational study, the sample was made up of 216 patients who attended the Pumapungo Health Center, two validated instruments were used. The crude association between early detection of cervical cancer and the independent variables was measured using a logistic regression model and 95% confidence intervals (CI = 95%). **Results:** The level of knowledge was Medium (41.2%), while the level of practices was Low in 23.1%. The level of practice showed a statistical relationship with risk factors such as age, number of sexual partners, number of children, age of first birth and number of births. **Conclusions:** The level of knowledge is significantly related to the level of practice, establishing a weak statistical correlation between the two study variables.

Key words: cancer; knowledge; health practices; Pap test.

INTRODUCCIÓN

En la actualidad el cáncer es un problema de salud pública a nivel mundial debido a su alta morbilidad y mortalidad, ocasionando un proceso complicado para la medicina por su naturaleza compleja, diversa y multifactorial. El cáncer es irreversible y progresivo, convirtiéndose así en un término temido por la sociedad por sus diversas manifestaciones y curso clínico, que puede variar de persona a persona (1).

El cáncer cérvico uterino es la segunda neoplasia en América Latina con una prevalencia de 21,2 casos por 100,000 mujeres y la magnitud de muertes se estima cuando el país es más pobre y en mujeres jóvenes en edad reproductiva, asociada de forma natural a la infección por el Virus del papiloma humano (VPH). La prevalencia del virus aumenta a medida que avanza las lesiones premalignas a fin de desencadenar sintomatología que pueden tardar años. La Organización Mundial de la Salud demuestra gran preocupación por controlarlo y reducir su prevalencia por causar impacto en la vida de la mujer, mediante la detección oportuna a través del uso de métodos como el Papanicolaou, la inmunización antes del comienzo de la vida sexual y al poseer un resultado positivo de infección del VPH recibir tratamiento de inmediato para aumentar posibilidad de cura, calidad de vida, sobrevida y especialmente disminuir la mortalidad por cáncer (2).

En México la incidencia de cáncer cérvico uterino es de 23,3 casos por 100,000 mujeres. En el año 2012, se identificó 3,832 defunciones en donde las mujeres de 25 años de edad presentan la tasa más alta de defunciones con un 6,4 por 100,000 y un promedio de edad de 59,03 años, identificándole como la segunda causa de muerte en el país (3).

En Cuba el cáncer cérvico uterino se considera un problema de salud, a pesar de la existencia del programa para la detección precoz de la enfermedad. En el año 2003 se diagnosticó 1512 casos nuevos con una tasa de 26/100.000 habitantes; 412 casos

de mortalidad entre féminas de 40 y 50 años (4). En otro estudio se mostró que el 81% de las encuestadas refieren saber sobre esta enfermedad y el 93,5% reconoce como factor más frecuente para adquirir el cáncer cérvico uterino tener múltiples parejas sexuales. Por ende, en edades de riesgo es importante que tengan conocimiento sobre el cáncer cérvico uterino, la realización de la prueba para el diagnóstico precoz y la disminución de los hábitos tóxicos, con el objetivo de disminuir la mortalidad de la enfermedad (5).

En Ecuador en el año 2015 el cáncer cérvico uterino mostró una incidencia de 2094 casos y una mortalidad de 1026 mujeres, por lo que se incrementó la estrategia de la detección oportuna del cáncer cérvico uterino; sin embargo se menciona que en los últimos 20 años no se ha logrado reducir la mortalidad de la enfermedad, motivo por el cual se desconoce el impacto real dentro de la población (6).

En un estudio realizado en Tulcán – Ecuador se evidenció que el nivel de conocimiento fue bajo de 48,38%; referente a las prácticas, el 57% resultaron incorrectas, determinando que el poco conocimiento da origen a prácticas erradas (7).

Considerando los altos índices de mortalidad, niveles bajos de conocimiento y prácticas inadecuadas en la región y en Ecuador, se ha decidido realizar una investigación con el objetivo de determinar la relación entre nivel de conocimiento y las prácticas sobre la detección oportuna del cáncer cérvico uterino.

MATERIALES Y MÉTODOS

El trabajo de investigación fue de enfoque cuantitativo de alcance correlacional, orientado a relacionar el nivel de conocimiento y práctica en la detección oportuna del cáncer cérvico uterino de las usuarias. La muestra estuvo conformada por 216 usuarias atendidas en el establecimiento de Salud Pumapungo del Distrito 01D01 en los meses de noviembre y diciembre de 2019, el

tipo de muestreo que se usó fue no probabilístico por conveniencia en donde los sujetos fueron seleccionados de acuerdo a la accesibilidad y disponibilidad de las usuarias del Centro de Salud Pumapungo. Se incluyeron en el presente estudio a usuarias en edad fértil mayores de edad, que han iniciado su vida sexual y que acepten ser parte de la investigación y firmen el consentimiento informado.

Para el presente estudio de investigación fueron aplicados dos instrumentos de recolección de datos:

1) Para medir el conocimiento se utilizó un cuestionario diseñado ADHOC, constituido por 18 preguntas; 9 ítems sobre los principales factores de riesgo (Edad de inicio de relaciones sexuales, número de parejas que ha tenido, cuántos hijos tiene, edad del primer parto, número de partos por vía vaginal, síntomas como; descensos con olor desagradable, ardor y heridas en los genitales o dolor pélvico, uso de anticonceptivos orales por más de cinco años, ha fumado o fuma cigarrillos todos los días y el consumo de alimentos vegetales crudos o semicrudos, todos los días y 9 interrogantes de conocimiento divididas en tres dimensiones: a) Conceptos b) Manifestaciones clínicas y riesgos c) Prevención.

2) Para evaluar las prácticas se usó el cuestionario de prácticas sobre el cáncer cérvico uterino validado por juicio de expertos con un coeficiente de Kuder Richardson de 0,91 constituido por 19 preguntas clasificadas en tres dimensiones: a) Toma y realización del Papanicolaou en el momento idóneo b) Verificación y prevención del Papanicolaou y c) Actividad sexual.

Para la puntuación del nivel de conocimiento se utilizó los puntos de corte del cuestionario ADHOC, para la variable prácticas se realizó un análisis de frecuencia simple y porcentajes. Para relacionar el nivel de conocimiento y práctica según las variables sociodemográficas se utilizó la prueba estadística de Spearman, el nivel de significancia que se empleo fue de $p < 0,05$. Para comparar el ni-

vel de conocimiento y práctica sobre cáncer cérvix con las variables sociodemográficas y factores de riesgo se realizó un análisis de regresión logística multivariada. Se calculó los promedios y las desviaciones estándar de las variables cuantitativas como la edad, número de hijos, número de partos por vía vaginal; así como las proporciones para las distintas categorías de las variables cuantitativas (nivel de conocimiento y práctica), con el objetivo de evaluar las diferencias estadísticas entre distintas proporciones en base de variables sexo, edad, estado civil, grado de instrucción, ocupación, procedencia y religión.

RESULTADOS

Los resultados obtenidos de la presente investigación, determinó que las usuarias que acuden al Centro de Salud Pumapungo del Distrito 01D01 presentaron una edad media de 30 años, con una desviación estándar de $(\pm) 8,62$. Una edad mínima de 18 años y máxima de 50 años.

Las usuarias que acuden al Centro de Salud Pumapungo según las características sociodemográficas, se determinó que, del total de la población referente al grado de instrucción el 1,4% expresaron no tener instrucción, en cuanto a la ocupación el 43,1% son amas de casa y el 38,4% corresponden al estado civil soltera (Tabla I).

En los resultados emitidos del conocimiento de cáncer cérvico uterino de la población en estudio el 93,5% saben cuándo hay mayor riesgo de la patología, no obstante, el 6,5% lo desconoce. Con respecto a la pregunta ¿Qué forma de detección de cáncer de cuello uterino conoce?, las usuarias identifican correctamente la prueba (87,5%); sin embargo, el 12,5% contestaron incorrectamente. En cuanto al factor de riesgo más importante para adquirir la patología se observó que el 84,3% identifican la infección por el VPH. Por último, el 13% de las mujeres encuestadas no diferencian los malestares de la enfermedad cuando está avanzada (Tabla II).

TABLA I
DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN LAS VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS.

	Variable	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Grado de instrucción	Sin Instrucción	3	1,4
	Primaria	47	21,8
	Secundaria	104	48,1
	Superior técnico	18	8,3
	Superior universitario	44	20,4
	Total	216	100
Ocupación	Estudiante	39	18,1
	Ama de casa	93	43,1
	Trabajo remunerado dependiente	32	14,8
	Trabajo remunerado independiente	52	24,1
	Total	216	100
Estado civil	Soltera	83	38,4
	Casada	68	31,5
	Conviviente	50	23,1
	Divorciada	11	5,1
	Viuda	4	1,9
	Total	216	100

TABLA II
DISTRIBUCIÓN DE LAS RESPUESTAS EMITIDAS POR LA POBLACIÓN DE ESTUDIO
SEGÚN NIVEL DE CONOCIMIENTO DE CÁNCER CÉRVICO UTERINO.

Ítems	Correcto		Incorrecto		Total	Porcentaje %
	n	%	n	%		
¿Qué es el cáncer de cérvix?	179	82,9	37	17,1	216	100
Existe un virus que aumenta el riesgo de cáncer de cuello uterino. ¿Cuál es?	181	83,8	35	16,2	216	100
El virus de papiloma humano puede provocar además	129	59,7	87	40,3	216	100
¿Qué malestares se presentan cuando el cáncer cervical se encuentra avanzado?	188	87	28	13	216	100
Hay mayor riesgo de cáncer de cuello uterino, cuando	202	93,5	14	6,5	216	100
¿Cuál es el factor de riesgo más importante para cáncer de cuello uterino?	182	84,3	34	15,7	216	100
¿Qué forma de detección de cáncer de cuello uterino conoce?	189	87,5	27	12,5	216	100
¿Qué alimentos previenen el desarrollo del cáncer cervical?	115	53,2	101	46,8	216	100
¿Qué se debe "EVITAR" para prevenir el cáncer cervical?	110	50,9	106	49,1	216	100

Según los datos obtenidos se puede observar que, de la población de estudio, el 41,2% presentan un nivel de conocimiento medio sobre la detección oportuna del cáncer cérvico uterino (Tabla III).

TABLA III
NIVEL DE CONOCIMIENTO
DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO.

Nivel de conocimiento	Frecuencia	Porcentaje
	n	%
Alto	80	37,0
Medio	89	41,2
Bajo	47	21,8
Total	216	100,0

En los resultados emitidos de la práctica en las usuarias del Centro de Salud Pumapungo, el 52,8% de las mujeres se ha tomado alguna vez la citología, de las cuales el 30,6% se toma cada año. El 22,2% se empezó a tomar la citología con el inicio de las relaciones sexuales, mientras que el 77,8% no lo hace, el 18,1% de las féminas usan siempre condón en las relaciones sexuales, por lo contrario, el 81,9% no lo usan. Así mismo el 80,1% de las usuarias tiene un solo compañero sexual. Por consiguiente, del 100% de la población encuestada el 80,6% no ha participado en charlas sobre citología (Tabla IV).

Se observó que el nivel de práctica de la población de estudio del Centro de Salud Pumapungo el 54,6% presenta un nivel medio y un nivel alto con menor porcentaje de 22,2% (Tabla V).

La prueba estadística de Spearman determinó que el nivel de conocimiento sobre la detección oportuna del cáncer cérvico uterino presenta relación estadística con el nivel de práctica en las usuarias del Centro de Salud Pumapungo, debido que presentó una significancia bilateral de P menor 0,05 y un r de Spearman de 0,141 considerado como una relación débil (Tabla VI).

Tras el análisis lineal bivariado se puede observar una distribución no homogénea de

la población de estudio entre los parámetros nivel de práctica con el nivel de conocimiento, por lo que se establece una correlación estadística débil entre estas dos variables de estudio (Fig. 1).

DISCUSIÓN

En el presente estudio los conocimientos sobre Cáncer de cuello uterino de las usuarias que asisten al Centro de Salud Pumapungo se encontraron entre Medio 41,2% a Alto el 37%, y bajo 21,8% lo cual difiere en el estudio de González y col, sobre el nivel de conocimiento en cuanto al CCU, el 55,61% Medio, 31,30% Alto y el resto con nivel bajo, dentro de este último, 61,22% indicó no haber recibido información previa sobre CCU, mientras que de las pacientes con nivel alto, 90,60% refirió si haber recibido información previa (8). Así mismo, contrasta con Salgueiro y col., quienes observaron que el 71,4% de las mujeres entrevistadas reporto haber recibido información sobre cáncer de cuello uterino, el 27,6% refirió no haberla recibido y el 1,1% que no recordaba (9).

Respecto a los conocimientos sobre la sintomatología el 87% de las mujeres contestaron correctamente, así mismo el 13% respondieron incorrectamente (Cefalea, vértigo y vómitos); en relación al estudio realizado por Molina-Curbelo y col, evalúa los conocimientos sobre los principales síntomas de CCU el 89,2% contesta como uno de los principales la hemorragia y el 82,3% manifiesta una concurrencia del flujo vaginal anormal (5). Por otro lado, concuerda con el estudio de Ezema y col., quienes detectaron que solo el 35,2% conocen al menos uno de los síntomas (sangrado después del coito vaginal) (10).

En lo referente a los factores existentes cuya exposición aumenta el riesgo de padecer cáncer de cérvix, por ello en el presente estudio en lo que representa a las conductas sexuales, el 53,7% de las féminas iniciaron sus relaciones sexuales a temprana edad, así mismo el 43,1% respondieron que tienen una

TABLA IV
DISTRIBUCIÓN DE LOS RESULTADOS EMITIDOS POR LA POBLACIÓN DE ESTUDIO
SEGÚN NIVEL DE PRÁCTICA DE CÁNCER CÉRVICO UTERINO.

Ítems	Correcto		Incorrecto		Total	Porcentaje %
	n	%	n	%		
¿Se ha tomado alguna vez la citología?	114	52,8	102	47,2	216	100
¿Se toma la citología cada año?	66	30,6	150	69,4	216	100
¿Reclamó los resultados?	92	42,6	124	57,4	216	100
¿La última citología se la hizo hace más de un año?	71	32,9	145	67,1	216	100
¿Cuándo comenzó a tener relaciones sexuales se empezó a tomar la citología?	48	22,2	168	77,8	216	100
¿Alguna vez le ha salido alterado el resultado de la citología?	24	11,1	192	88,9	216	100
¿La falta de tiempo le ha impedido tomarse la citología?	80	37	136	63	216	100
¿La falta de dinero le ha impedido tomarse la citología?	70	32,4	146	67,6	216	100
¿La falta de tiempo le ha impedido ir a recoger los resultados?	50	23,1	166	76,9	216	100
¿La falta de dinero le ha impedido ir a recoger los resultados?	47	21,8	169	78,2	216	100
¿Ha tenido relaciones sexuales?	207	95,8	9	4,2	216	100
¿Actualmente tiene vida sexual activa?	169	78,2	47	21,8	216	100
¿Inició sus relaciones sexuales antes de los 15 años?	29	13,4	187	86,6	216	100
¿Usa condón en todas sus relaciones sexuales?	39	18,1	177	81,9	216	100
¿Tiene actualmente un solo compañero o compañera sexual?	173	80,1	43	19,9	216	100
¿Tiene o ha tenido alguna vez más de un compañero o compañera sexual?	70	32,4	146	67,6	216	100
¿Usted usa algún método de planificación?	95	44	121	56	216	100
¿Usted fuma?	16	7,4	200	92,6	216	100
¿Ha participado en charlas sobre citología?	42	19,4	174	80,6	216	100

TABLA V
NIVEL DE PRÁCTICA DE LA POBLACIÓN
DE ESTUDIO.

Nivel de práctica	Frecuencia	Porcentaje
	n	%
Alto	48	22,2
Medio	118	54,6
Bajo	50	23,1
Total	216	100,0

TABLA VI
CORRELACIÓN DEL NIVEL DE
CONOCIMIENTO Y PRÁCTICA SOBRE LA
DETECCIÓN OPORTUNA DEL CÁNCER
CÉRVICO UTERINO.

Variable	Nivel de práctica	
Nivel de conocimiento	Significancia (P)	0,038
	Coefficiente de correlación (r)	0,141

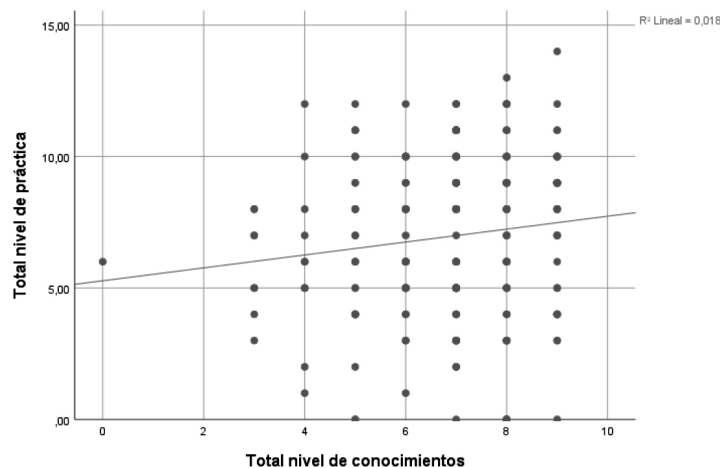


Fig. 1. Gráfica lineal bivariada entre el nivel de conocimiento y el nivel de práctica en la detección oportuna del cáncer cérvico uterino en la población de estudio.

sola pareja sexual, por otro lado, el estudio de Díaz y col., identificó que el 51,54% tuvieron relaciones sexuales a temprana edad; el 95,1% ha tenido una sola pareja sexual (11), igualmente el estudio de Carrero y col., el 40,59% manifestó su inicio de relaciones sexuales antes de los 15 años (12), en cuanto al consumo de tabaco en el presente estudio se pudo constatar que el 100% de las mujeres no fuman, respecto al uso de métodos anticonceptivos el 99,3% usan anticonceptivos y el 25% no lo usan. Sin embargo, en el estudio de Ruiz y col., en relación al uso de los métodos anticonceptivos, el 54,2% de las féminas manifestó haber usado la inyección, el 11,8% afirmó utilizar las píldoras anticonceptivas, por otro lado un 4,2% el preservativo, el 2,8% la T de cobre, por consiguiente el 25% manifiestan no usar métodos anticonceptivos y solo el 2,8% conocen sobre el control de la enfermedad, por otro lado el 100% de las usuarias no fuma (13).

Con respecto a las prácticas se encontró que el 52,8% se ha tomado alguna vez el Test, el 30,6% se realiza cada año, pero solo el 22,2% empezaron a tomarse la citología al inicio de las relaciones sexuales, seguido del 19,4% que han participado en charlas de citología, aunque el 37% indicó no tener tiempo ni dinero (32,4%) le ha impedido tomar-

se la citología, lo que se puede manifestar que solo el 22,2% poseen práctica correcta y el 23,1% práctica incorrecta; a diferencia de lo encontrado por Rodríguez y col., en el estudio realizado a 68 mujeres en quienes se observó la frecuencia de realizarse la prueba fue “una vez al año” (86,8%) y 8,8% cada tres años, respecto a la interrogante sobre la frecuencia con la que se realiza el Test, el 50% contestaron con el comienzo de las relaciones sexuales, el 50% afirman que obtuvieron información en los centros de salud. Además, respondieron como motivo para no realizarse el Papanicolaou la “falta de voluntad y tiempo”, “sangrado”, “no pudo” (14). Por otro lado, Salguero y col. mostraron que un 80% de las mujeres haberse tomado la citología en los tres últimos años, 14,3% hacía más de tres años, y el 4,9% nunca haberse-la hecho, las razones porque nunca se han hecho el Test es por la no percepción a la importancia, miedo y vergüenza (9), Estudio similar realizado por Bazán y col. Quien refiere que el 63,3% de las féminas se realizaban de manera correcta el PAP, por otro lado, el 16% se habían realizado un Test en toda su vida y el 11% nunca se habían hecho. El principal motivo para tomarse el PAP fue iniciativa propia, 53,2%, mientras el 39,8% fue por pedido médico. Por ello se pudo constatar

que el 71,3% de las usuarias tenían prácticas inadecuadas sobre el Papanicolaou (15).

Asimismo, en el estudio realizado por Garcés y col., se observó algunos factores asociados en 81 usuarias a la toma de la citología como ; las entrevistadas habían escuchado sobre el Test, sin embargo no todas se habían realizado, aunque la mayoría mencionaron que la actividad sexual es la causante de la enfermedad, así como también desconocían sobre el Virus del papiloma humano y la vacuna, en efecto manifestaron que el PAP sirve para detectar de manera precoz en cáncer de cérvix, otras mencionaron que no se realizaban la citología por el miedo a la prueba, incomodidad, dolor, vergüenza y la mala atención recibida por parte del personal de salud (16).

En relación al conocimiento con las prácticas, un estudio realizado en Tulcán – Ecuador se mostró que el nivel de conocimientos fue bajo de 48,38%, intermedios de 34,42% y altos en un 17,21%; referente a las prácticas, el 43% fueron correctas y el 57% incorrectas, determinando que el poco conocimiento da origen a prácticas erradas, estudio que coincide con la presente investigación la cual demostró una relación entre el nivel de conocimiento y práctica.

CONCLUSIONES

El conocimiento sobre la detección oportuna del Cáncer cérvico uterino se relaciona de manera significativa con la práctica en las usuarias del Centro de Salud Pumapungo del Distrito 01D01.

El nivel de conocimiento sobre la detección oportuna de Cáncer cérvico uterino de las usuarias del Centro de Salud Pumapungo fue de medio (41,2%) a Alto (37%).

Las practicas sobre la detección oportuna del cáncer cérvico uterino en las usuarias del Centro de Salud Pumapungo se identificó que el 52,8% de las usuarias se ha tomado alguna vez el Test, de las cuales el 30,6% se toma cada año, el 22,2% se empezó a tomar la prueba cuando empezó su actividad sexual, mientras que el 77,8% no lo hace, por otra parte, el 18,1% de las féminas usan

siempre preservativo en su conducta sexual, sin embargo, el 81,9% no lo usan. Así mismo el 80,1% de las usuarias tiene un solo compañero sexual. Por consiguiente, del 100% de la población encuestada no fuma y el 80,6% no ha participado en charlas sobre citología.

Los conocimientos y las practicas sobre la detección oportuna del cáncer de cérvix de las usuarias del Centro de Salud Pumapungo en comparación con los factores de riesgo se determinó que no presentan significancia alguna con el nivel de conocimiento de las féminas, en cuanto a la práctica relacionado con las variables sociodemográficas como grado de instrucción y estado civil, no existe significancia estadística. Lo que se considera que no hay diferencia estadística con el nivel de práctica de las usuarias sobre la detección oportuna del Cáncer cérvico uterino. En efecto la mayoría de los factores de riesgo tienen un valor de significancia $P < 0,05$, por ende, la sintomatología relacionada al desarrollo del CCU es alto con un rango promedio de 121,31% y las personas que no consumen alimentos vegetales como brócoli, tomate, pimentón, granada, espinaca todos los días es el 89,07% considerando como rango promedio bajo por lo cual tienen mayor riesgo a contraer la patología.

REFERENCIAS

1. **Marañón Cardonne T, Mastrapa Cantillo K, Flores Barroso Y, Vaillant Lora L, Landazuri Llaño S.** Prevención y control del cáncer de cuello uterino. *Correo Científico Médico* [Internet]. 2017;21(1):187-203. Available from: <http://scielo.sld.cu/pdf/ccm/v21n1/ccm15117.pdf>
2. **Oviedo C.** Artículo original / original article 1 1 1. *Rev. salud publica Parag.* 2018;8(2):15-20. Available from: <http://scielo.iics.una.py/pdf/rspp/v8n2/2307-3349-rspp-8-02-15.pdf>.
3. **González ZM.** Programa de detección del cáncer cervicouterino: Políticas públicas y experiencias de los actores que implementan el programa en el estado de Veracruz, México. *Salud Colect* [Internet]. 2017;13(3):521–35. Available from: <https://www.researchgate.net/publication/317111111>

- chgate.net/publication/320312345_Programa_de_deteccion_del_cancer_cervicouterino_politicas_publicas_y_experiencias_de_los_actores_que_implementan_el_programa_en_el_estado_de_Veracruz_Mexico.
4. **González-Bangó MA, Blanco-Pereira ME, Ramos-Castro G, Martínez-Leyva G, Rodríguez Acosta Y, Hernández Ugalde F.** Educación sobre cáncer cervicouterino en la adolescencia. *Rev Médica Electrónica* [Internet]. 2018;40(4):1112–25. Available from: https://www.gfmer.ch/Guidelines/Neoplasias_genitales_femeninas_es/Cancer_del_cuello_uterino.htm.
 5. **Molina-Curbelo D, Cabrera-Rodríguez H, Montenegro-Arias L, Valdes-Vales V.** Conocimientos sobre cáncer cérvico uterino en población de riesgo. Ciego Montero. Cienfuegos, Cuba 2015. *Cult del Cuid* [Internet]. 2016;13(1):22–30. Available from: <https://revistas.unilibre.edu.co/index.php/cultura/article/view/2123/1614>.
 6. **Andrade O, Cepeda LL.** Calidad del Programa de Detección Oportuna del Cáncer Cérvicoouterino, Centro de Salud Cevallos, Junio 2015 a Junio 2016. *Enfermería Investig* Vinculación, Docencia y Gestión, 2016;1(4):158-163 [Internet]. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6194286>.
 7. **Lagache D.** Diccionario de. *Revue* [Internet]. 2019;1–103. Available from: <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionario/buscar?contains=false&q=cancer+cervical>.
 8. **González-Rangel MA, Mejía-Miranda N, Martínez-Ángele J.** Nivel de conocimiento sobre cáncer cervicouterino en mujeres de 15 a 49 años en una unidad de medicina familiar. *Aten Fam* 2018;25(1):17-21.
 9. **Salguero-Tejada JC, Meglioli A, Gómez-Sánchez PI.** Conocimientos, actitudes y prácticas sobre virus del papiloma humano, cáncer cérvico uterino y prevención. *RevCOG* [Internet]. 2015;20(1):4–9. Disponible en: <http://www.revistamedica.org/index.php/revcog/article/viewFile/674/583>
 10. **Ezema CI, Uchenwoke CI, Onwuka CA, Aneke CN, Okemuo AJ, Uduonu EM.** Knowledge, Attitude and Preventive Practices of Community Dwelling Female Adults towards Cervical Cancer in Enugu State. *International Journal of Health Sciences & Research* (www.ijhsr.org) 2019; 9(5): 279-287 Disponible en: https://www.ijhsr.org/IJHSR_Vol.9_Issue.5_May2019/42.pdf
 11. **Díaz BNG, Villarreal CMP, Méndez MLV.** Conocimientos y prácticas del test de papanicolaou para la detección precoz del cáncer cérvico uterino. *Horizontes de Enfermería* [Internet]. 2018;(7):31–39. Available from: <http://revistasdigitales.upec.edu.ec/index.php/enfermeria/article/view/115>.
 12. **Carrero Y, Bracho A, García W, Mj A, Silva C.** Hallazgos citológicos y factores de riesgo asociados a lesión cervical en mujeres pertenecientes a tres etnias indígenas del Estado Zulia. *Kasmera* [Internet]. 2018;46(2):159–69. Available from: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=373061528007>.
 13. **Ruiz-Leud A, Bazán-Ruiz S, Mejía CR.** Hallazgos citológicos y factores de riesgo en citología cervical anormal en mujeres de pescadores del norte peruano, 2015. *Rev Chil Obstet Ginecol* [Internet]. 2017;82(1):37–45. Available from: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchog/v82n1/art05.pdf>.
 14. **Rodríguez G, Caviglia C, Alonso R, Sica A, Segredo S, León I.** Conocimientos, actitudes y prácticas sobre el test de Papanicolaou y estadificación del cáncer de cuello uterino. *Rev Médica del Uruguay* [Internet] 2015;31(4):231-240. Available from: <http://scielo.edu.uy/pdf/rmu/v31n4/v31n4a02.pdf>.
 15. **Bazán F, Posso M, Gutiérrez C.** Conocimientos, actitudes y prácticas sobre la prueba de Papanicolaou. *An la Fac Med* [Internet]. 2015;68(1):47. Available from: <http://www.scielo.org.pe/pdf/afm/v68n1/a06v68n1>.
 16. **Garces Palacio I, Rubio León D, Scarinci I.** Factores asociados con el tamizaje de cáncer de cuello uterino en mujeres de nivel socioeconómico medio y bajo en Bogotá, Colombia. *Fac Nac Salud Pública El Escen para la salud pública desde la Cienc* [Internet]. 2012;30(1):7–16. Available from: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=12023071002>.

SP-02. EVALUACIÓN GERIÁTRICA INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR INSTITUCIONALIZADO.

(Integral geriatric evaluation of the institutionalized older adult)

*Priscila Estefanía García Tobar¹,
Bertha Alexandra Encalada Padilla¹,
Nube Jhoanna Pacurucu Avila^{1,2},
Edison Gustavo Moyano Brito²,
Carla María Cumbe Guerrero²*

¹Licenciada en Enfermería.

²Docente de la Carrera de Enfermería de la Universidad Católica de Cuenca.
npacurucua@ucacue.edu.ec

RESUMEN

La evaluación geriátrica integral (EGI) se define como una herramienta de evaluación biopsicosocial, que admite la probabilidad de identificar las necesidades de atención multidimensional del adulto mayor institucionalizado. **Objetivo:** Determinar la Evaluación Geriátrica Integral en el Adulto Mayor Institucionalizado en la Casa Hogar Cristo Rey de la ciudad de Cuenca, Ecuador. **Metodología:** Investigación cuantitativa, transversal, aplicada a 150 adultos mayores de la Casa Hogar Cristo Rey. Los instrumentos aplicados fueron: Escala de Valoración Social de Gijón, Índice de Barthel, Escala de valoración nutricional (Mini Nutritional Assessment MNA), Escala de Tinetti modificada, Evaluación Cognitiva (MMSE) modificada. La tabulación y determinación de los resultados se efectuó con el programa SPSS 24, y estos se presentan en tablas simples, con frecuencias y porcentajes. **Resultados:** el 38,8% pertenece al grupo etario de 85 a 99 años, de estado civil soltero (53,1%), con escolaridad primaria incompleta 47,6%, religión católica 91,2%. Con dependencia funcional severa 32,7%; un alto riesgo de caídas en 55,1%, con un estado cognitivo alterado grave 61,9%. Además, con problemas social en un 96,6% y con riesgo de mal nutrición en un 65,3%. **Conclusiones:** El

estado de salud del adulto mayor institucionalizado en la casa hogar Cristo Rey se caracteriza por ser dependientes, con diferente grado de alteraciones en la dimensión médica, alto grado de alteración mental y recursos sociales deteriorados.

Palabras clave: hogares para ancianos; evaluación geriátrica; salud del anciano institucionalizado.

ABSTRACT

Introduction: The comprehensive geriatric assessment (EGI) is defined as a biopsychosocial assessment tool, which admits the probability of identifying the multidimensional care needs of institutionalized older adults. **Objective:** To determine the Comprehensive Geriatric Evaluation in the Institutionalized Elderly at the Cristo Rey Home in the city of Cuenca, Ecuador. **Methodology:** Quantitative, transversal research; applied to 150 older adults of the Casa Hogar Cristo Rey. The instruments applied were: Gijón Social Assessment Scale, Barthel Index, Nutritional Assessment Scale (Mini Nutritional Assessment MNA), modified Tinetti Scale, modified Cognitive Assessment (MMSE). The tabulation and determination of the results was carried out with the SPSS 24 program, and these are presented in simple tables, with frequencies and percentages. **Results:** 38.8% belong to the age group of 85 to 99 years, single marital status 53.1%, incomplete primary schooling 47.6%, Catholic religion 91.2%. With severe functional dependence 32.7%; a high risk of falls in 55.1%, with a severely altered cognitive state 61.9%. Also with social problems in 96.6% and with risk of malnutrition in 65.3%. **Conclusions:** The health status of the institutionalized elderly in the Cristo Rey home is characterized by being dependent, with different degrees of alterations in the medical dimension, a high degree of mental alteration and impaired social resources.

Key words: nursing homes; geriatric assessment; health of the institutionalized elderly.

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento es un proceso dinámico, continuo e irreversible, que se caracteriza principalmente por pérdidas de la capacidad de adaptación del organismo debido a la interacción de factores genéticos y ambientales; disminuyendo la capacidad funcional para realizar las actividades de la vida diaria (1). Estas características hacen que la población adulta mayor se constituya en un grupo vulnerable de crecimiento estadístico significativo, que se encuentra expuesto a problemas importantes en su condición de salud, provocando cambios en su calidad de vida (2).

Uno de los cambios más importantes en la sociedad actual, ha sido la plena y acelerada transición demográfica, que inició en la década de los treinta con el descenso paulatino de la mortalidad y, que resaltó en los setenta con la declinación de la fecundidad. Estas variaciones han implicado profundos cambios en la estructura por edad de la población, donde la cantidad relativa de personas mayores ha aumentado gradualmente y la de niños ha ido disminuido paulatinamente (3).

En el Ecuador en el año 2010, fueron censados 940.905 adultos mayores, población que conforme al informe del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC), constituía el 6,5% de la población total, cifra que de acuerdo a las proyecciones va en aumento; pronosticando para el 2050 un crecimiento poblacional de los ancianos al 18%. Este cambio demográfico estará acompañado con el incremento en la probabilidad de vida, que en el 2010 fue de 75 años y para el 2050 ascenderá a 80,5 años (4).

La evaluación geriátrica integral permite el abordaje biopsicosocial clínico del adulto mayor, facilitando la detección y seguimiento de problemas, así como la comunicación entre los diferentes profesionales que los atienden; contando con numerosas herramientas validadas de evaluación de áreas clave de la función en los adultos mayores (5,6). En este contexto, la EGI ha sido tema de varios estudios y revisiones sis-

temáticas que justifican su utilización en la valoración del adulto mayor institucionalizado. Cabe destacar, en la valoración de la población adulta mayor (7), durante el año 2015 desarrollaron un trabajo de investigación con los adultos mayores residente en casa hogar; aplicaron la Escala de Barthel para evaluar la capacidad para realizar actividades básicas de la vida diaria; los autores encontraron que el promedio de edad fue de 81 años, 27,9% mostró independencia total, 28,8% dependencia leve, 14,4% moderada, 18% severa y 10,8% total, por lo que concluyeron que el 72,1% de los adultos mayores tenían algún grado de dependencia funcional (8, 9).

Asimismo, la valoración geriátrica integral es la respuesta a la elevada prevalencia de enfermedades del adulto mayor, a las necesidades y los problemas no diagnosticados, así como a deterioros y dependencias no identificadas, las cuales no son detectadas por la valoración clínica tradicional (10).

La senectud está acompañada de transformaciones importantes, que logran intervenir positiva o negativamente en las características de vida de los mayores; por lo tanto, se instituyen como un grupo endeble, que requiere atención prioritaria considerada dentro de la Política Nacional de Salud, así como la constitución y las leyes, mismas que enfatiza la necesidad de brindar atención a grupos vulnerables o de riesgo (11).

Los adultos mayores de la casa hogar Cristo Rey, se encuentran bajo el cuidado de las religiosas de la comunidad, así como por la visita del personal del centro de salud y los estudiantes de las diferentes Carreras y Universidades de la ciudad que acuden a desarrollar sus prácticas formativas. Lamentablemente el sustento de la población institucionalizada en este centro, depende de la generosidad de las autoridades y ciudadanía, por lo tanto, por muchas ocasiones tienen que soportar carencias en los diferentes ámbitos. Además, no cuentan permanentemente con personal profesional o capacitado para su valoración, cuidado y tratamiento,

debido a esto, se cree que su salud en general se puede llegar a encontrar deteriorada en todos los parámetros evaluados.

Por lo expuesto, el objetivo de la presente investigación fue determinar la Evaluación Geriátrica Integral en el Adulto Mayor Institucionalizado en la Casa Hogar Cristo Rey de la ciudad de Cuenca, Ecuador.

MATERIALES Y MÉTODOS

La presente investigación se desarrolló con un enfoque cuantitativo de alcance descriptiva, la población de estudio estuvo compuesta por 150 adultos mayores institucionalizados en la Casa Hogar Cristo Rey de la ciudad de Cuenca, parroquia Bellavista. Por ser un universo finito y pequeño, se consideró para el presente estudio la totalidad de la población. Lamentablemente, días previos a la recolección de la información, 3 adultos mayores de la institución fallecieron; por esta razón, los resultados del trabajo investigativo aplican sobre un total de 147 adultos mayores. Se incluyeron en el estudio a Adultos Mayores que aceptaron y firmaron el formulario de consentimiento informado al momento de la investigación y se excluyeron a quienes por imposibilidad de tipo visual o auditiva dificultaron la Evaluación Geriátrica Integral.

Las escalas que permitieron realizar la Evaluación Geriátrica Integral, mismas que se describen a continuación:

Índice de Barthel (IB): instrumento para evaluar las ABVD en el anciano. Este índice consta de diez parámetros. Las categorías del IB se encuentran entre 0 y 100, con intervalos de 5 puntos para la versión original. Mientras más cerca está de 0 la puntuación, mayor es el grado de dependencia del examinado; mientras que más cerca de 100 más independencia (12).

Escala de Tinetti modificada: evalúa el riesgo de caída, a través de la determinación de alteraciones en la marcha y en el equilibrio. Esta escala es fiable con una alfa de Cronbach de 0.95. Está compuesta por

nueve ítems de equilibrio y siete de marcha valoradas de la siguiente forma (13).

Evaluación Cognitiva (MMSE) modificado: valora el estado cognitivo, medido en 5 dimensiones: Orientación, memoria inmediata, atención y cálculo, lenguaje y praxis constructiva. Con un alfa de Cronbach de 0.72 (14).

Escala de Valoración Social Gijón: instrumentos que identifica riesgo social y problemática social. Evalúa cinco áreas de riesgo social: situación familiar, vivienda, relaciones y contactos sociales, apoyos de la red social y situación económica. La puntuación oscila entre 0 y 20, indicando mayor puntuación peor situación social, La fiabilidad interobservador es muy elevada (índice de kappa de 0,957) (15).

Escala de valoración nutricional (Mini Nutritional Assessment MNA): instrumento de cribado (procedimiento estandarizado) para evaluar el estado nutricional del adulto mayor. Consistencia interna: 0.83. Fiabilidad test – retest medida con el coeficiente de correlación intraclase: 0,89. La puntuación total obtenida permite identificar o reclasificar a los adultos mayores en riesgo nutricional y a los que tienen mal estado nutricional (16).

Índice de Masa Corporal (IMC): parámetro confiable para determinar el grado de adiposidad del organismo, resultante de una operación entre el peso y talla en metros al cuadrado (17,18).

Para el estudio de datos se ejecutó un análisis descriptivo que abarcó medidas de frecuencias. La presentación de las deducciones o resultados se realizó en forma de tablas simples y compuestas, con análisis de porcentajes y medidas de tendencia central. En la administración, exposición y comparación de datos se utilizó el programa SPSS 15.0.

RESULTADOS

Se puede observar cómo los adultos mayores de la casa hogar Cristo Rey presentan una dinámica poblacional similar a la repor-

tada internacionalmente, con incremento en la esperanza de vida, encontrando personas con más de 100 años ($n=8$; 5,4%), con una proporción de 4 varones por cada 10 mujeres, de estado civil solteros (Tabla I).

TABLA I
DISTRIBUCIÓN DE 147 ADULTOS MAYORES INSTITUCIONALIZADOS, SEGÚN EDAD, SEXO Y ESTADO CIVIL, CASA HOGAR CRISTO REY, CUENCA, 2019.

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Edad¹		
60 – 64 años adulto mayor joven	13	8,9%
65 – 74 años adulto mayor maduro	28	19,0%
75 – 84 años adulto mayor	41	27,9%
85 – 99 años anciano	57	38,8%
Más 100 años centenario	8	5,4%
Total	147	100%
Sexo		
Masculino	66	44,9%
Femenino	81	55,1%
Total	147	100%
Estado civil		
Sotero/a	78	53,1%
Casado/a	20	13,6%
Unión libre	3	2,0%
Divorciado/a	10	6,8%
Viudo/a	36	24,5%
Total	147	100%

Al aplicar el índice de Barthel, se pudo determinar de manera clara la existencia de dependencia en sus diferentes niveles; mientras que independientes para la realización de actividades básicas de la vida diaria se encontró un porcentaje bajo en la casa hogar Cristo Rey (Tabla II).

TABLA II
DISTRIBUCIÓN DE 147 ADULTOS MAYORES INSTITUCIONALIZADOS, SEGÚN NIVEL DE INDEPENDENCIA, CASA HOGAR CRISTO REY, CUENCA, 2019.

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Índice de Barthel		
<= 20: Dependencia total	27	18,4%
21 – 60: Dependencia grave	48	32,7%
61 – 90: Dependencia Moderada	15	10,2%
91 – 99: Dependencia Leve	18	12,2%
100: Independencia total	39	26,5%
Total	147	100%

Las caídas son la causa principal de lesiones en los adultos mayores; de acuerdo a la escala de Tinetti los adultos mayores institucionalizados en el Hogar Cristo Rey presentan alto riesgo de caídas lo cual debe ser considerado para la planificación de intervenciones que eviten eventos adversos de este tipo (Tabla III).

TABLA III
DISTRIBUCIÓN DE 147 ADULTOS MAYORES INSTITUCIONALIZADOS, SEGÚN RIESGO DE CAÍDAS, CASA HOGAR CRISTO REY, CUENCA, 2019.

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Escala de Tinetti		
< 19 Alto riesgo de caídas	81	55,1%
20 – 24 Riesgo de caídas	66	44,9%
Total	147	100%

Al aplicar el MMSE, se encontró que los adultos mayores institucionalizados en la casa hogar Cristo Rey presentan algún nivel de deterioro del estado cognitivo, siendo preocupante la existencia de adultos mayores con estados alterados graves, que, junto al alto riesgo de caídas, se constituyen en un factor de riesgo importante de accidentes o lesiones no intencionales (Tabla IV).

TABLA IV
DISTRIBUCIÓN DE 147 ADULTOS MAYORES INSTITUCIONALIZADOS, SEGÚN ESTADO COGNITIVO, CASA HOGAR CRISTO REY, CUENCA, 2019.

Variable	Frecuencia	Porcentaje
MMSE		
< 10: EA grave	91	61,9%
11 – 14: EA moderada	22	15,0%
15 – 20: EA leve	34	23,1%
Total	147	100%

La escala social Gijón determinó que la población de adultos mayores institucionalizados en la casa hogar Cristo Rey tienen problemas sociales, relacionados principalmente con el aislamiento familiar (Tabla V).

TABLA V
DISTRIBUCIÓN DE 147 ADULTOS MAYORES INSTITUCIONALIZADOS, SEGÚN RIESGO SOCIAL, CASA HOGAR CRISTO REY, CUENCA, 2019.

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Escala social Gijón		
< = 9: situación social buena/aceptable	1	0,7%
10 – 14: Existe riesgo social	4	2,7%
15 +: Problema social	142	96,6%
Total	147	100%

Mantener una adecuada nutrición es esencial para prevenir enfermedad y deterioro funcional en el adulto mayor. En la valoración del estado nutricional con la escala MNA, se pudo detectar que los adultos mayores institucionalizados de la casa hogar Cristo Rey presentan riesgo de malnutrición y mal estado nutricional (Tabla VI).

TABLA VI
DISTRIBUCIÓN DE 147 ADULTOS MAYORES INSTITUCIONALIZADOS, SEGÚN RIESGO NUTRICIONAL, CASA HOGAR CRISTO REY, CUENCA, 2019.

Variable	Frecuencia	Porcentaje
MNA		
<= 17,0: Mal estado nutricional	48	32,7%
17,1 – 23,5: Riesgo de malnutrición	96	65,3%
23,6 +: Estado nutricional satisfactorio	3	2,0%
Total	147	100%

Fuente: Elaboración propia.

Complementando la valoración del riesgo nutricional, de acuerdo al IMC la población presenta mal nutrición, tanto por exceso como por déficit. Estos dos extremos significan riesgo para la población pues la pérdida de peso puede ser indicador de deterioro funcional, mientras que el exceso se convierte en un factor de riesgo para comorbilidades cardiovasculares (Tabla VII).

TABLA VII
DISTRIBUCIÓN DE 147 ADULTOS MAYORES INSTITUCIONALIZADOS, SEGÚN IMC, CASA HOGAR CRISTO REY, CUENCA, 2019.

Variable	Frecuencia	Porcentaje
MNA		
Desnutrición severa	6	4,1%
Desnutrición moderada	9	6,1%
Bajo peso	31	21,1%
Peso normal	29	19,7%
Sobrepeso	47	32,0%
Obesidad tipo I	19	12,9%
Obesidad tipo II	5	3,4%
Obesidad tipo III	1	0,7%
Total	147	100%

DISCUSIÓN

La evaluación geriátrica integral (EGI) surge, como respuesta a la necesidad de contar con herramientas que permitan una valoración adecuada del anciano. Por ello, la EGI es la herramienta que facilita el acercamiento al adulto mayor, se adapta a los diferentes escenarios y modelos de cuidado; además, esta valoración comprende un proceso dinámico y estructurado que permite una exploración holística del anciano en las esferas clínica, funcional, mental y social (19).

En la dimensión funcional, al evaluar las actividades básicas de la vida diaria mediante el índice de Barthel, los adultos mayores institucionalizados, presentan dependencia grave (32,7%) para la ejecución de tareas fundamentales de la vida diaria, afectando con ello su calidad de vida. Esto a diferencia de los reportado en un estudio acerca de la funcionalidad de los adultos mayores de los Centros Vida de Villavicencio – Colombia; encontrando que eran independientes para la realización de tareas de la vida diaria en el 59.4% de los valorados. En el mismo contexto, encontraron que los adultos mayores de su estudio tenían independencia para realizar actividades básicas (86,3%) e instrumentales de la vida diaria (60,8%) (20).

En el presente estudio se observó una dependencia severa, ya que los adultos mayores se vuelven sedentarios y adquieren además enfermedades crónicas degenerativas del sistema músculo-esquelético lo cual les hace llegar a ser dependientes de los cuidados brindados por otras personas.

Al realizar la valoración de la marcha y equilibrio, y con ello determinar el riesgo de caídas, los adultos mayores de la Casa Hogar Cristo Rey al aplicar la escala de Tinetti, mostraron tener el 55,1% de alto riesgo para caídas, de este el 60,6% fueron varones; a diferencia de lo reportado en el estudio sobre Caídas en ancianos institucionalizados, encontraron datos similares, donde el 37,04% sufrieron caídas, predominando el sexo femenino (21). Se encontraron que el riesgo

de caídas fue alto en el 44% de la población estudiada.

En el grupo estudiado existe un gran riesgo de caídas que en su mayoría presentan atrofia muscular, propia del adulto mayor que desarrolla en el transcurso de los años, además eso se asocia a la falta de un departamento de fisioterapia donde el personal permanezca de tiempo completo, ya que por ahora brindan dichos cuidados 2 veces por semana.

La evaluación cognitiva realizada mediante el MMSE, mostró que el 100% de la población presenta algún grado de déficit cognitivo, el 61,9% con un EA grave, el 15% con un EA moderado y el 23,1% con un EA leve a diferencia de lo que presentan otros estudios (22), en el estudio muestra un porcentaje también llamativo de deterioro cognitivo, el 51% dentro de moderado y severo.

La presencia de un nivel más alto de déficit cognitivo en el presente estudio, se debe a diferentes causas propias que presenta el adulto mayor, entre ellas la pérdida de memoria, cambios psicológicos y cambios en el organismo, la soledad llega a provocar una falta de interés en el adulto mayor lo que conlleva a que la memoria disminuya gradualmente (23). Además, esto podría estar relacionado con la ausencia de un profesional relacionado con estimulación, que pueda desarrollar actividades para terapia de las funciones mentales superiores entre las que se encuentran la memoria lenguaje, conciencia, pensamiento y razonamiento.

Al evaluar la dimensión social de la población de la casa hogar Cristo Rey, el 96,6% tienen problema social, caracterizado por el abandono familiar. Se muestran una alta prevalencia de apoyo social adecuado (89,5%), complementando con la evaluación mental que indica no presentar síntomas depresivos (86,9%). Este problema detectado por medio de la escala social, se debe a la situación social de la ciudad y del país, donde las personas sanas deben laborar durante jornadas largas, imposibilitando llegar a visitar a sus ancianos; además se ha observado en estos

últimos años la pérdida de valores como el amor, el respeto y la reciprocidad.

Como parte de la dimensión médica, resulta importante la evaluación del estado nutricional, encontrando luego de aplicar el MNA mal nutrición y riesgo de malnutrición; valoración que se fundamenta con el cálculo del IMC; muestra una población adulta mayor institucionalizada con dos polos marcados; en un extremo ancianos con sobrepeso (32%) y en el otro con bajo peso (32%), sin embargo, el estudio no permitió identificar si la causa se debía a comorbilidad como la diabetes o a la situación económica baja donde prima el consumo de hidratos de carbono (24). A diferencia de los resultados del estudio, mostró una prevalencia de desnutrición de 4,7%; malnutrición 3,5% y riesgo de malnutrición el 22,8%.

CONCLUSIONES

El nivel de independencia de los adultos mayores institucionalizados para realizar actividades básicas de la vida diaria es bajo, mostrando altos niveles de dependencia para su autocuidado, significando un problema a largo plazo por la necesidad de requerir sistemas totalmente compensatorios de autocuidado, y dadas las condiciones socioeconómicas, resultará difícil de cumplir generando complicaciones en la salud y en la calidad de vida.

Por el deterioro propio de la edad, se encuentra que los adultos mayores de la casa hogar Cristo Rey tienen un alto riesgo de caídas, constituyendo un problema inminente para el grupo de estudio. En relación al estado cognitivo se pudo detectar que todo el grupo de estudio presentó un deterioro neurológico grave, que potencializan más la posibilidad de caídas por la dificultad de respuesta ante los riesgos del entorno.

La población de adultos mayores de la casa hogar Cristo Rey presentan problemas sociales relacionados con el abandono familiar, los mismos que se acentúan más por los problemas socioeconómicos y la falta de apo-

yo gubernamental que presenta este grupo vulnerable.

Los ancianos del hogar Cristo Rey se encuentran atravesando por un problema de mal nutrición tanto de exceso como de déficit, que se ven fortalecidos principalmente los de exceso, por la dependencia funcional total y severa para realizar actividades de la vida diaria que presentan los asilados en esta institución.

El estado de salud del adulto mayor institucionalizado en la casa hogar Cristo Rey es malo, caracterizado por dependencia funcional total y severa, mal estado nutricional (sobrepeso y desnutrición), alto grado de alteración mental y recursos sociales deteriorados.

REFERENCIAS

1. **Organización Panamericana de la Salud.** Envejecimiento y cambios demográficos. Salud en las Américas. [Internet]. 2017 [citado 2019 Jun 1]. Disponible en: https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?post_type=post_t_es&p=314&lang=es
2. **Aponte-Daza VC.** Calidad de vida en la tercera edad. *Ajayu* [online]. 2015; 13(2):152-182. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-21612015000200003
3. **Varela Pinedo LF.** Salud y calidad de vida en el adulto mayor. *Rev Peru Med Exp Salud Pública* 2016; 33 (2):199-201. Disponible en: <https://www.scielosp.org/article/rp-mesp/2016.v33n2/199-201/>
4. **Organización de las Naciones Unidas.** Envejecimiento. ONU. [Internet]. 2019 [citado 2019 Jun 1]. Disponible en: <https://www.un.org/es/sections/issues-depth/ageing/index.html>
5. **Organización Mundial de la Salud.** Envejecimiento y salud. OMS. [Internet]. 2018 [citado 2019 Jul 11]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/envejecimiento-y-salud>
6. **Fernández-López J, Fernández-Fidalgo M, Cieza A.** Los conceptos de calidad de vida, salud y bienestar analizados desde la perspectiva de la Clasificación In-

- ternacional del Funcionamiento (CIF). *Rev. Esp. Salud Pública* [Internet]. 2010 Abr [citado 2019 Oct 18]; 84(2): 169-184. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272010000200005&lng=es.
7. **Rubio-Olivares D, Rivera-Martínez L, Borges-Oquendo L, González-Crespo F.** Calidad de vida en el adulto mayor. *VARONA* [Internet] 2015; (61):1-7. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=360643422019>.
 8. **Gallardo-Peralta L, Conde-Llanes D, Córdova-Jorquera I.** Asociación entre envejecimiento exitoso y participación social en personas mayores chilenas. *Gerokomos* [Internet]. 2016 Sep. [citado 2019 Oct 09]; 27(3): 104-108. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2016000300004&lng=es.
 9. **Gálvez-Cano M, Chávez-Jimeno H, Aliaga-Díaz E.** Utilidad de la valoración geriátrica integral en la evaluación de la salud del adulto mayor. *Rev. Perú. Med. Exp. salud pública* [Internet] 2016 Abr [citado 2019 Oct 09]; 33(2): 321-327. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342016000200018&lng=es.
 10. **D'Hyver de las Deses C.** Valoración geriátrica integral. *Rev. Fac. Med. (Méx.)* [revista en la Internet]. 2017 Jun [citado 2019 Oct 09]; 60(3): 38-54. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-174220170003000038&lng=es.
 11. **Domínguez-Ardilla A, García-Manríquez J.** Valoración geriátrica integral. Elsevier. [Internet]. 2014 Mar [citado 2019 Oct 09]; 21(1):1-31. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-familiar-223-articulo-valoracion-geriatrica-integral-S1405887116300062>.
 12. **Escamilla Puertos M.** Confiabilidad de la escala de funcionalidad de Barthel en personas adultas mayores de Chilpancingo, Guerrero. *Tlamati Sabiduría*. [Internet]. 2016 [citado 2019 Sep. 1]; 7(2). Disponible en: <http://tlamati.uaagro.mx/t7e2/580.pdf>
 13. **Guerrero-R N, Yépez-Ch M.** Factores asociados a la vulnerabilidad del adulto mayor con alteraciones de salud. *Rev Univ. salud*. [Internet] 2015 [citado 2019 Sep. 1]; 17(1):121-131. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/reus/v17n1/v17n1a11.pdf>
 14. **Ministerio de Inclusión Económica y Social.** Agenda de igualdad para adultos mayores. MIES. [Internet]. 2015 [citado 2019 Jun 1]. Disponible en: https://fiapam.org/wp-content/uploads/2013/06/Agendas_ADULTOS.pdf.
 15. **Kameyama FL.** Valoración geriátrica integral. Punto de vista. [Internet]. 2014 [citado 2019 Sep. 1]; 5(2):55-65. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/residente/rr-2010/rr102c.pdf>
 16. **Cervantes Becerra R, Villarreal Ríos E, Galicia Rodríguez L, Vargas Daza E, Martínez González L.** Estado de salud en el adulto mayor en atención primaria a partir de una valoración geriátrica integral. *Elsevier Aten Primaria*. [Internet]. 2015 [citado 2019 Sep. 1]; 47(6):329-335. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656714002716>
 17. **Rodríguez RJR, Zas TV, Silva JE, Sanchoyerto LR, Cervantes RMC.** Evaluación geriátrica integral, importancia, ventajas y beneficios en el manejo del adulto mayor. *Panorama Cuba y Salud*. [Internet]. 2014 [citado 2019 Sep. 1]; 9(1):35-41. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/cubaysalud/pes-2014/pes141f.pdf>
 18. **Bejines-Soto M, Velasco-Rodríguez R, García-Ortiz L, Barajas-Martínez A, Aguilar-Núñez L, Rodríguez ML.** Valoración de la capacidad funcional del adulto mayor residente en casa hogar. *Rev. Enferm Inst Mex Seguro Soc*. [Internet] 2015 [citado 2019 Jul 1]; 23(1):9-15. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2015/eim151c.pdf>
 19. **Guzmán-Olea E, Pimentel-Pérez BM, Salas-Casas A, Armenta-Carrasco AI, Oliver-González LB, Agis-Juárez RA.** Prevención a la dependencia física y al deterioro cognitivo mediante la implementación de un programa de rehabilitación temprana en adultos mayores institucionalizados. *Acta Universitaria* [Internet]. 2016 [citado 2019 Sep. 1]; 26(6):53-59. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=41649084007>

20. **Vargas-Ricardo S, Melguizo-Herrera E.** Calidad de vida en adultos mayores en Cartagena, Colombia. *Rev Salud Pública*. [Internet]. 2017 [citado 2019 Sep. 1]; 19(4):549-554. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=42255042002>.
21. **Suárez T, Lucas Di Stéfano F, Rossi M, Leal M, Cynthia M, Herrera J, Lavanda I, Carrazana C.** Evaluación del estado nutricional en adultos mayores residentes de un hogar de ancianos. *Rev. Electron Biomed/ Electron J Blomed*. [Internet]. 2015 [citado 2019 Sep. 1]; 1:9-15. Disponible en: <https://biomed.uninet.edu/2015/n1/suarez.html>.
22. Ministerio de Salud Pública. Prioridades de investigación en salud 2013 – 2017. MSP Ecuador. [Internet]. 2017 [citado 2019 Sep. 12]. Disponible en: https://www.investigacionsalud.gob.ec/wp-content/uploads/2019/03/11%C3%ADneas_de_investigaci%C3%B3n_priorizadas_por_el_ministerio_de_salud_p%C3%BAblica0670108001551892114.pdf.
23. **Villacís B, García J, Zanafria C, et al.** Perfil epidemiológico en el adulto mayor ecuatoriano. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Disponible en: https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Bibliotecas/Estudios/Estudios_Economicos/Evolucion_de_la_indus_Alimen_Beb_2001-2006/Perfil_Epidemiologico_Adul_Mayor_2006.pdf.
24. **Guevara-Peña N.** Impactos de la institucionalización en la vejez. Análisis frente a los cambios demográficos actuales. *Entramado* 2016; 12(1):138-151. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/entra/v12n1/v12n1a10.pdf>.

SP-03. CONOCIMIENTOS SOBRE CUIDADOS PALIATIVOS EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD. (Knowledge about palliative care in nursing professionals in primary health care)

*Pamela Carolina Torres Cují¹,
Eliana Magaly Vera Calle¹,
Jenniffer Nataly Quito Peralta^{1,2},
Fanny Cecilia Rodríguez Quezada^{1,2},
Edison Gustavo Moyano Brito²*

¹Licenciada en Enfermería.

²Docente de la Universidad Católica de Cuenca Carrera de Enfermería.
emoyanob@ucacue.edu.ec

RESUMEN

Los cuidados paliativos mejoran la calidad de vida de la población en sus diferentes ciclos de vida, en especial en los pacientes que presentan enfermedades potencialmente mortales; siendo la atención primaria la principal puerta de entrada para la detección de pacientes que requieren de atención paliativa. **Objetivo:** Determinar los conocimientos sobre cuidados paliativos del personal de enfermería que laboran en Atención Primaria de Salud en la ciudad de Cuenca, Ecuador. **Metodología:** Estudio de enfoque cuantitativo con un alcance descriptivo y diseño no experimental de cohorte transversal. Se utilizó un instrumento validado mediante el criterio de expertos y fiabilidad de la escala con un valor de alfa de Cronbach de 0,701. El cuestionario estuvo conformado por 9 preguntas sociodemográficas y 20 preguntas basadas en la teoría del final tranquilo de la vida de Cornelia Ruland y Shirley Moore. La muestra estuvo constituida por 147 profesionales de enfermería que laboran en los distritos de salud 01D01 y 01D02 de la ciudad de Cuenca, para el análisis de los resultados se utilizó el programa SPSS versión 15. **Resultados:** El nivel de conocimiento de

los profesionales de enfermería en atención primaria sobre cuidados paliativos es medio con el 43,5%. **Conclusiones:** Se determinó que el nivel de conocimiento por cada dimensión es similar en ambos distritos, es decir los profesionales de salud que laboran en atención primaria posee una igualdad de conocimiento entre las cinco dimensiones evaluadas.

Palabras clave: cuidados paliativos; enfermedad terminal; atención primaria; enfermería.

ABSTRACT

Introduction: Palliative care improves the quality of life of the population in their different life cycles, of patients with potentially fatal diseases. Primary care being the main gateway for the detection of patients who require palliative care. **Objective:** To determine the knowledge about palliative care of the nursing personnel that work in Primary Health Care in the city of Cuenca, Ecuador. **Methodology:** A quantitative approach study with a descriptive scope and a non-experimental cross-sectional cohort design. A validated instrument was used through the criteria of experts and a reliability of the scale with a Cronbach's alpha value of 0.701. The questionnaire consists of 9 sociodemographic questions and 20 questions based on the theory of the quiet end of life by Cornelia Ruland and Shirley Moore. The sample was made up of 147 nursing professionals who work in the health districts 01D01 and 01D02 of the city of Cuenca, for the analysis of the results the SPSS version 15 program was used. **Results:** The level of knowledge of the nursing professionals in primary care on palliative care it is average with 43.5%. **Conclusions:** It was determined that the level of knowledge for each dimension is similar in both districts, that is, the health professionals who work in primary care have equal knowledge between the five dimensions evaluated.

Key words: palliative care; terminal disease; primary care; nursing.

INTRODUCCIÓN

La organización mundial de la salud (OMS) define cuidados paliativos como aquello que ayuda a mejorar la calidad de vida de los distintos usuarios y sus familiares, ante la afrontación de la enfermedad, mediante la detección temprana para prevenir, aliviar el sufrimiento humano y disminuir el dolor entre otros síntomas (1,2).

En la actualidad a nivel mundial, existe una numerosa cantidad de enfermedades que necesitan cuidados paliativos entre las principales están: diabetes (4,6%), SIDA (5,7%), enfermedades respiratorias crónicas (10,3%), cáncer (34%) y las enfermedades cardiovasculares (38,5%), siendo las que más requieren de dichos cuidados; entre otras enfermedades como Parkinson, esclerosis múltiple, artritis reumatoide, demencia, enfermedades neurológicas, enfermedades hepáticas crónicas, tuberculosis resistente a los medicamentos, insuficiencia renal y anomalías congénitas (1).

En los últimos tiempos, la enfermería ha adquirido un papel muy importante en cuanto a los cuidados paliativos, ya que son los que mantienen un cercano contacto con los usuarios y la familia, en especial en la etapa terminal de la enfermedad, por lo que deben brindar cuidados adecuados en todas las fases, con conocimientos cada vez más actualizados, mejorando así la calidad de vida (3).

Los cuidados paliativos no solo van enfocados a pacientes con enfermedades oncológicas, sino también a todas las enfermedades crónicas transmisibles y no transmisibles, por lo que es importante tener en cuenta que la OMS en el año 2016 registró a nivel mundial 56,4 millones de defunciones, siendo el 72% de las muertes por enfermedades no transmisibles, demostrando que este elevado porcentaje de personas necesitaron de asistencia paliativa (4), a la vez certifica que los recursos, la disponibilidad y el acceso a estos cuidados son reducidos en todos los países (5), ya que solo el 14% de quie-

nes necesitan lo reciben, debido a que existe deficiencia de conocimiento y formación de los profesionales de salud. En relación con lo expuesto, diversos estudios señalan el 86,8% del personal de salud conocen de manera regular sobre este tema, mientras que solo el 3,8% tienen un alto nivel, lo que indica un déficit de conocimientos en los profesionales que brindan atención paliativa (6). Además, el 35% de los enfermeros(as) obtuvieron un nivel bajo y solamente en 4% de licenciadas en enfermería demostraron tener conocimiento adecuado sobre el tema, demostrando un nivel de conocimiento medio (5). Otra investigación en el área hospitalaria de medicina interna, demostró que el 80,49% tienen conocimientos sobre cuidados paliativos, mientras que el 19,41% no poseen suficientes conocimientos sobre este tema, por lo que es primordial que los profesionales de enfermería tengan altos niveles de conocimientos sobre cuidados (6).

Por lo anteriormente mencionado, el presente estudio tiene por objetivo determinar los conocimientos sobre cuidados paliativos del personal de enfermería que laboran en Atención Primaria de Salud en la ciudad de Cuenca, Ecuador.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio de nivel descriptivo, con un enfoque cuantitativo, de diseño no experimental y tipo transversal, la población estudio estuvo conformada por 185 profesionales de enfermería, 82 pertenecientes al Distrito 01D01 y 103 al Distrito 01D02. Para lo cual, se calculó una muestra con un 95% de nivel de confianza y un margen de error del 5% obteniendo una muestra de 147 profesionales de enfermería, se efectuó un muestreo probabilístico por estratos. Se incluyeron en el presente estudio profesionales de enfermería independientemente del tiempo laboral y que aceptaron participar y firmar el consentimiento informado.

Para la evaluación del nivel de conocimiento se validó un instrumento por criterio

de expertos y con una consistencia interna 0,701, que constó de 20 ítems divididos en cinco dimensiones: ausencia del dolor (4 ítems), experiencia de bienestar (4 ítems), experiencia de dignidad y respeto (4 ítems), estado de tranquilidad (4 ítems) y proximidad a los allegados (4 ítems). Basándose en la teoría de enfermería de Cornelia Ruland y Shirley Moore que trata sobre el final tranquilo de la vida y en el manual de cuidados paliativos del Ministerio de Salud del Ecuador, el mismo que fue validado por tres expertos en el tema. Para establecer los intervalos se aplicó la escala de Stanones en la Curva de Gaus estableciendo los siguientes rangos: bajo 0-11, medio 12-14 y alto 15-20.

El análisis estadístico se realizó mediante el cálculo de medias y las desviaciones estándar de las variables cuantitativas (edad, años de profesión), para las variables cualitativas se evaluaron las proporciones de sus distintas categorías mediante frecuencias y porcentajes representados en tablas. Las diferencias entre los niveles de conocimiento de los profesionales de enfermería del distrito 01D01 y 01D02, se evaluaron mediante la T Student, el nivel de significancia que se utilizó fue $p < 0,05$. Los datos obtenidos fueron procesados con el programa SPSS versión 15.

RESULTADOS

Los resultados obtenidos de la presente investigación, determinó que los profesionales en enfermería que laboran en atención primaria de salud de los distritos 01D01 y 01D02 presentó una edad media de 33 años (\pm) con una desviación estándar de 8,07, además según los años transcurridos desde la obtención del título de tercer nivel, la media está en 9 años (\pm) con una desviación estándar de 7,49, mínima de 0 años y máxima de 33 años.

Los profesionales de enfermería que laboran en Atención Primaria de Salud según las características sociodemográficas, se determinó que, del total de la población,

el 51,7% pertenecen al distrito 01D02, con un predominio del sexo femenino con un 95,9%, en lo referente al estado civil 53,1% son casados, el 94,6% poseen licenciatura, en cuanto a la experiencia laboral se puede observar que existe una similitud entre el personal que labora de 1 a 3 años (27,9%) y los que laboran de 10 años en adelante (27,2%), actualmente en las instituciones el 39,5% laboran de 1 a 3 años y 61,9% manifiestan que si reciben capacitaciones sobre cuidados paliativos (Tabla I).

La prueba estadística T de student determinó que el nivel de conocimiento por cada dimensión es similar entre los dos distritos 01D01 y 01D02, debido que presentó una significancia de P mayor a 0,05 para cada una de las dimensiones (Tabla II).

La prueba estadística T de student determinó que el nivel de conocimiento entre los dos distritos 01D01 y 01D02 es similar, debido que presentó una significancia de P mayor a 0,05 para cada uno de los distritos (Tabla III).

TABLA I
DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN LAS VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS.

Variable		Frecuencia	Porcentaje	Total
Distrito	01D01	71	48,3%	100%
	01D02	76	51,7%	
Sexo	Masculino	6	4,1%	100%
	Femenino	141	95,9%	
Estado Civil	Soltero	53	36%	100%
	Casado	78	53,1%	
	Unión Libre	11	7,5%	
	Divorciado	5	3,4%	
Formación Académica	Licenciatura	139	94,6%	100%
	Especialidad	3	2%	
	Maestría	2	1,4%	
	Diplomado	3	2%	
Experiencia Laboral	Menor de 1 año	19	12,9%	100%
	De 1 año a 3 años	41	27,9%	
	De 4 años a 6 años	17	11,6%	
	De 7 años a 10 años	30	20,4%	
	De 10 años en adelante	40	27,2%	
Años en la institución actual	Menor de 1 año	28	19%	100%
	De 1 año a 3 años	58	39,5%	
	De 4 años a 6 años	26	17,7%	
	De 7 años a 10 años	19	12,9%	
	De 10 años en adelante	16	10,9%	
Capacitaciones	Sí	91	61,9%	100%
	No	56	38,1%	

TABLA II
NIVEL DE CONOCIMIENTO POR DISTRITO SEGÚN LAS DIMENSIONES DE ESTUDIO.

Estadísticas de grupo	Distrito	N	Media	Desviación estándar	Prueba t para la igualdad de medias			
					Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	95% de intervalo de confianza de la diferencia	
							Inferior	Superior
Dimensión 1. Ausencia de Dolor	01D01	71	2,27	0,792	0,975	0,004	-0,273	0,282
	01D02	76	2,26	0,9				
Dimensión 2. Experiencia de Bienestar	01D01	71	3,01	0,886	0,138	0,211	-0,069	0,492
	01D02	76	2,8	0,833				
Dimensión 3. Experiencia de Dignidad y Respeto	01D01	71	2,48	0,969	0,499	0,11	-0,212	0,433
	01D02	76	2,37	1,005				
Dimensión 4. Estado de Tranquilidad	01D01	71	1,97	1,242	0,73	0,064	-0,302	0,43
	01D02	76	1,91	0,996				
Dimensión 5. Proximidad a los Allegados	01D01	71	3,13	0,925	0,347	0,14	-0,153	0,433
	01D02	76	2,99	0,872				

TABLA III
COMPARACIÓN DEL NIVEL DE CONOCIMIENTO ENTRE LOS DISTRITOS 01D01 Y 01D02.

	Distrito	N	Media	Desviación estándar	Media de error estándar	P
	01D02	76	12,33	2,773	0,318	0,255

Según los datos obtenidos se puede observar que de la población de estudio el

43,5% presentan un nivel de conocimiento medio (Tabla IV).

TABLA IV
NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO.

Variable		Frecuencia	Porcentaje
Nivel de conocimiento	Bajo	47	32%
	Medio	64	43,5%
	Alto	36	24,5%
	Total	147	100%

DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos en el nivel de conocimiento sobre cuidados paliativos reflejaron un nivel de conocimiento medio del personal de enfermería que labora en atención primaria con el 43,5% que corresponde a un puntaje de 12-14 sobre 20 de preguntas correctas, presentando una similitud con otros autores donde evidenciaron un nivel de conocimiento medio con un porcentaje de aciertos del 54%, puntuación que pertenece a 10,8 sobre 20 de la encuesta aplicada (7). De igual manera, se encontró una semejanza con otro estudio, donde el 35% obtuvieron un nivel bajo y solo el 4% tuvieron conocimiento alto, dando a entender que las diferencias de los porcentajes mostraron tener un nivel de conocimiento medio (5). Por el contrario, existen datos que no concuerdan con la presente investigación, sobre conocimiento de cuidados paliativos en profesionales de enfermería demuestra que el 79,74% tienen un nivel alto de conocimiento (6).

Sin embargo, existe una gran diferencia de conocimientos entre el continente Americano y los continentes de Asia y África, demostrándolo así en los siguientes estudios: existen estudios con bajo nivel de conocimiento como se evidencia en el estudio realizado por Sorifa y col, en la India, en el que se observó que los profesionales de enfermería tuvieron un nivel de conocimiento bajo con un 79% y solo el 21% tienen conocimiento moderado y nadie tuvo conocimiento adecuado sobre cuidados pa-

liativos (7), así también en otra investigación realizada en Etiopía sobre conocimientos y actitudes en enfermeras, mostró que el 7,5% de la población de estudio tuvieron poco conocimiento sobre dicho tema y solo el 26,5% alcanzaron un buen nivel de conocimiento (8). De igual manera, en Lubumbashi, Tshamba y col, demostraron que el 70,5% tenían un bajo nivel de conocimiento de los cuidados paliativos y solo el 29,5% tienen un buen conocimiento (9).

De acuerdo a los datos obtenidos del presente estudio acerca del conocimiento sobre cuidados paliativos en Atención Primaria, demostró que los profesionales de enfermería que laboran en los centros de salud que pertenecen a los distritos 01D01 y 01D02 tienen un nivel de conocimiento medio presentando una similitud de conocimiento entre ellos, dado que el procesamiento sistemático arrojó una significancia de P mayor a 0,05 para cada uno de los distritos. Esto se puede atribuir a que en la malla curricular de las Universidades del Ecuador existe la cátedra de cuidados paliativos, pero no es una materia base ya que esto da paso a que los profesionales accedan a una maestría sobre este tema, aun cuando en las universidades la carrera de enfermería reconoce la importancia de los cuidados paliativos, es importante la implementación de programas y capacitaciones que servirán para su desarrollo en el ámbito laboral.

CONCLUSIONES

Según los datos obtenidos en este estudio cerca de la mitad de los profesionales en enfermería que laboran en Atención Primaria de Salud de los distritos 01D01 y 01D02 de la Ciudad de Cuenca presentaron un nivel de conocimiento medio sobre cuidados paliativos, lo que involucraría que los cuidados entregados a los pacientes en etapa terminal podrían ser deficientes y no cubrir las necesidades para un final de vida tranquilo.

Las características sociodemográficas en relación a la población de estudio, entre

el distrito 01D01 y 01D02 hubo una mínima diferencia de participantes que formaron parte del estudio 48,3% y 51,7% respectivamente, según el sexo el 95,9% pertenecen al sexo femenino, respecto al estado civil se encontró que el 53,1% se encuentran casados, en relación a la edad, la media fue de 33 años, en cuanto a la formación académica la mayoría poseen licenciatura en enfermería con el 94,6 y solo el 5,4% tienen formación en cuarto nivel, además según los años transcurridos desde la obtención del título de tercer nivel la media está en 9 años, en lo que concierne a la experiencia laboral, la mayoría de la población posee experiencia de 1 a 3 años, de igual manera en el caso de los años laborales en la institución actual con el 39,5% y por último respecto a las capacitaciones el 61,9% manifestaron haber recibido capacitaciones sobre cuidados paliativos.

Al analizar el nivel de conocimiento de los profesionales de enfermería que laboran en los distritos 01D01 y 01D02 según las dimensiones, a través de la prueba estadística T de student se determinó que el nivel de conocimiento por cada dimensión es similar en ambos distritos, es decir los profesionales de salud que laboran en atención primaria posee una igualdad de conocimiento entre las cinco dimensiones evaluadas.

En cuanto al nivel de conocimientos por distritos se evidenció que tanto los profesionales en enfermería del distrito 01D01 como del distrito 01D02 tienen el mismo nivel de conocimiento medio, demostrando que no influye el distrito al que pertenecen.

REFERENCIAS

1. **OMS.** Cuidados paliativos [Internet]. 2018 [cited 2019 Sep 18]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/palliative-care>.
2. **OMS.** Cáncer-Cuidados paliativos [Internet]. WHO. World Health Organization; 2014 [cited 2019 Sep 18]. Available from: <https://www.who.int/cancer/palliative/es/>
3. **Medina I, Chacón E, Hernández O.** Conocimientos de los enfermeros del Hospital Neumológico Benéfico Jurídico sobre cuidados paliativos. *Medi Sur* [Internet]. 2015 [cited 2019 Sep 18];13(4). Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2015000400006
4. **Ruland C, Moore S.** Theory Construction Based on Standards of Care: A Proposed Theory of the Peaceful End of Life 1998;(August):7.
5. **MSP.** Guía de Práctica Clínica (Adopción de GPC sobre cuidados paliativos en el SNS) [Internet]. Quito; 2014. 314 p. Available from: http://instituciones.msp.gob.ec/documentos/Guias/guias2014/GPC_Cuidados_paliativos_completa.pdf
6. **OPS-OMS.** OPS/OMS | De Alma-Ata a Astaná 2018 [Internet]. 2018 [cited 2019 Sep 19]. Available from: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=14725:from-alma-ata-1978-to-astana-2018&Itemid=39594&lang=es
7. **Sorifa B MK.** Knowledge and Practice of Staff Nurses on Palliative Care. *IJHRMLP* [Internet]. 2015;1(2). Available from: <https://pdfs.semanticscholar.org/a507/6bff873d70dc815f3e6179ab66dff58732bb.pdf>
8. **Gedamu S, Berhane E, Dires A, Anteneh S, Goshiye D, Tilahun L.** Knowledge and Attitude of Nurses towards Palliative Care in Government Hospitals of Addis Ababa, Ethiopia. *J Nurs Care* [Internet]. 2019;8(2). Available from: <https://www.omicsonline.org/open-access/knowledge-and-attitude-of-nurses-towards-palliative-care-in-government-hospitals-of-addis-aba-aba-ethiopia-109423.html>
9. **Tshamba HM, Ntambue A, Mukemo AK, Kasongo NM, Kabamba Nzaji M, Tshamba HM, et al.** The Nurses' Knowledge and Attitudes towards the Palliative Care in Lubumbashi Hospitals. *Am Int J Res Humanit Arts Soc Sci AIJRHASS* [Internet] 2017;18(2):17-236. Available from: <http://www.iasir.net>

SP-04. ANTIBIÓTICOS, EN LAS CARNES DE POLLO Y RES, PROCEDENTES DE LOS MERCADOS DE CUENCA - ECUADOR.

(Antibiotic residues, in the meat of chicken and res, procedures of the markets of Cuenca – Ecuador)

*Berrezueta Banegas Esteban Sebastián¹,
Ochoa Bravo Andrea Catalina²,
Espinosa Cárdenas Carlos Rolando³,
Torres Medicis Enma Catalina⁴,
Ochoa Zamora Patricia⁵,
Moyano Brito Edison Gustavo⁶*

¹Ministerio Salud Publica – Hospital Vicente Corral Moscoso.

^{2,3,4,5}Universidad Católica de Cuenca – Carrera de Medicina, Cuenca, Ecuador.

⁶Universidad Católica de Cuenca – Carrera de Enfermería, Cuenca, Ecuador.

aochoab@ucacue.edu.ec

RESUMEN

La producción y consumo de carne se ha convertido en parte fundamental en la economía de un país, es por esto que la industria ganadera busca obtener mayores beneficios de sus productos, empleando varias técnicas, entre estas destaca el uso de antibióticos para tratamiento, prevención de enfermedades y estimulación del crecimiento. **Objetivo:** determinar la presencia de límites superiores a los permitidos de antibióticos en las carnes de res y pollo. **Metodología:** estudio descriptivo de corte transversal. Se analizaron 37 muestras de pollo y 55 de res, obtenidas de los puestos expendedores de productos cárnicos ubicados en los mercados de la ciudad de Cuenca, se analizaron en busca de residuos antibióticos empleando la técnica de cromatografía líquida. **Resultados:** de las 92 muestras analizadas en ninguna se detectó residuos antibióticos que superen los límites permitidos de cefalospo-

rinas, sulfonamidas, penicilinas y tetraciclinas. La principal fuente de obtención de la carne de res comercializada, fue del camal de la ciudad de Cuenca. La carne de pollo, se conseguía por la crianza por otra persona. **Conclusiones:** no hubo la presencia de límites superiores a los permitidos de antibióticos, en las carnes de consumo humano procedentes de los mercados de Cuenca.

Palabras clave: residuo de medicamentos; farmacoresistencia bacteriana; cromatografía líquida.

ABSTRACT

Background: the production and consumption of meat has become a fundamental part of the economy of a country, this is why the livestock industry seeks to obtain greater benefits from its products, using various techniques, among which the use of antibiotics for treatment stands out. Disease prevention and growth stimulation. **Objective:** to determine the presence of limits higher than those allowed for antibiotics in beef and chicken. **Methodology:** descriptive cross-sectional study. 37 samples of chicken and 55 of beef were analyzed, obtained from the vending stalls of meat products located in the markets of the city of Cuenca, they were analyzed for antibiotic residues using the liquid chromatography technique. **Results:** of the 92 samples analyzed, none were detected antibiotic residues that exceed the permitted limits for cephalosporins, sulfonamides, penicillins and tetracyclines. The main source of obtaining commercialized beef was from the slaughterhouse of the city of Cuenca. Chicken meat was obtained by raising it by another person. **Conclusions:** there was no presence of limits higher than those allowed for antibiotics in meats for human consumption from the Cuenca markets.

Key words: drug residues; drug resistance, bacterial; chromatography, liquid.

INTRODUCCIÓN

El uso de antibióticos en la producción animal tanto para el tratamiento o prevención de enfermedades infecciosas como la estimulación de su crecimiento se conoce desde finales de la década de los cuarenta, esto acompañado de un escaso control en el empleo de los mismos y el riesgo sanitario que implica dicha conducta, convierte a este en un potencial problema de salud (1,2). Varios fármacos se emplean durante el proceso de cría de animales destinados al consumo humano entre ellos destacan los antibióticos, los cuales al emplearse en dosis subterapéuticas y por tiempos prolongados tienen el objetivo de modificar la flora microbiana intestinal del animal, esto con el objetivo de disminuir la capacidad de los microorganismos de proliferar en las mismas, además de evitar la competencia con el huésped por los nutrientes incrementando así la productividad y reduciendo la mortalidad (1,2).

El problema radica en el uso incorrecto y no controlado de dichos fármacos lo cual se transforma en un factor para el desarrollo de resistencias bacterianas. Estas bacterias resistentes pueden llegar transmitirse al ser humano mediante el consumo de la carne de estos animales, el consumo de estos residuos antibióticos provenientes de dicha carne puede provocar una alteración en la flora intestinal del ser humano provocando una disminución en aquellas bacterias encargadas de competir contra microorganismos patógenos, incrementando de esta manera el riesgo de infecciones, a esto se le puede sumar la transmisión de bacterias resistentes lo cual trae consigo dificultades al momento de tratar la infección (2-6).

Por lo general, en todos los animales de consumo humano se utilizan antimicrobianos, un ejemplo es el *cefotiofur* una cefalosporina utilizada en bovinos, porcinos, ovinos, y caninos, para tratar mastitis, infecciones de piel, vías respiratorias, urogenitales, y de tejidos blandos; por lo que, se recomienda retirar el antibiótico en un periodo mínimo

de 48 horas previo al consumo de la carne; pero, otros medicamentos necesitan ser retirados con más tiempo. Por ello, las diversas propiedades químicas que presentan y diferencian las familias de antibióticos entre sí, muestra la necesidad de buscar métodos de análisis específicos.

A pesar de todo esto en el Ecuador existe poco o casi nulo control por parte de los organismos encargados de regular el uso adecuado de estos fármacos, el tiempo de tratamiento o el cumplimiento del tiempo de retiro del tratamiento desde la finalización del mismo hasta el sacrificio del animal, a esto se le puede sumar la escasez de estudios enfocados a la calidad de la carne de consumo humano y la presencia de residuos farmacológicos en el país y se obtiene como resultado un potencial problema de salud (4).

El objetivo de la investigación fue determinar la presencia de residuos antibióticos entre las carnes de pollo y res comercializadas en los mercados de la ciudad.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño: no experimental

Tipo de estudio: descriptivo de corte transversal.

Universo y muestra: Estuvo constituida por 92 muestras de carnes de res y pollo obtenidas de los puestos de expendio de productos cárnicos de los mercados 10 de agosto, 9 de octubre, 3 de noviembre, el Arenal, 12 de abril y 27 de febrero, durante el periodo 2018; para la recolección de las muestras, el muestreo fue probabilístico, aleatorio simple de las cuales 37 fueron de pollo y 55 de res.

Las variables de estudio: Mercado de origen de la carne de res y pollo; obtención de la muestra (crianza propia, lo cría otra persona, avícola, camal); residuos de antibióticos (límites superiores) identificados por cromatografía líquida.

Procedimientos para la recolección de información, instrumentos a utilizar y métodos para el control y calidad de los datos.

La detección del límite máximo de residuos antibióticos, se realizó por el método inmunocromatográfico (cromatografía líquida de alta eficiencia), esta técnica permite identificar:

- Penicilinas: penicilina G (3 – 4 $\mu\text{g/l}$), ampicilina (4 – 5 $\mu\text{g/l}$), amoxicilina (4 – 5 $\mu\text{g/l}$), cloxacilina (4 – 8 $\mu\text{g/l}$), oxacilina (4 – 8 $\mu\text{g/l}$), dicloxacilina (5 – 8 $\mu\text{g/l}$), nafcilina (15 – 30 $\mu\text{g/l}$).
- Cefalosporinas: ceftiofur (75 – 100 $\mu\text{g/l}$), cefapirina (6 – 15 $\mu\text{g/l}$), cefazolin (35 – 50 $\mu\text{g/l}$), cefoperazona (5 – 20 $\mu\text{g/l}$), cefquinona (10 – 20 $\mu\text{g/l}$), cefalonium (4 – 8 $\mu\text{g/l}$).
- Fulfamidas: sulfametazina (25 – 50 $\mu\text{g/l}$), sulfametoxazola (25 – 50 $\mu\text{g/l}$), sulfadiazina (50 – 75 $\mu\text{g/l}$), sulfatiazola (75 – 100 $\mu\text{g/l}$), sulfadimetoxina (50 – 75 $\mu\text{g/l}$), sulfaquinoxalina (75 – 100 $\mu\text{g/l}$), sulfapyridina (2 – 4 $\mu\text{g/l}$), sulfametoxypyridazina (3 – 4 $\mu\text{g/l}$), sulfametizola (40 – 50 $\mu\text{g/l}$), sulfamerazina (25 – 50 $\mu\text{g/l}$), sulfacloropyridazina (25 – 50 $\mu\text{g/l}$).
- Tetraciclinas: tetraciclina (50 – 100 $\mu\text{g/l}$), clorotetraciclina (15 – 50 $\mu\text{g/l}$), doxyciclina (5 – 20 $\mu\text{g/l}$), oxytetraciclina (50 – 70 $\mu\text{g/l}$).

La identificación de los residuos de los antibióticos, fue realizada por los laboratorios LASA que es un organismo de la evaluación de la conformidad OEC, acreditado por el SAE (Servicio de Acreditación Ecuatoriano), bajo la Norma Internacional ISO 17025, Registro OAE-LE-1C 06-002. Este laboratorio LASA realiza control de la calidad de alimentos, bebidas alcohólicas, cosméticos, aguas y efluentes industriales, como principales matrices del país.

Para la recolección de la información se empleó un cuestionario, que tuvo una validez cualitativa y cuantitativa realizada por expertos; posteriormente, se creó una base de datos en el programa SPSS v 15 para el análisis estadístico de la información.

Procedimientos para garantizar aspectos éticos: La encuestas realizadas durante el macroproyecto fueron llenadas de forma anónima, las mismas cuentan con un número de puesto asignado por el encuestador lo que permitió llevar un registro de los puestos encuestados para evitar confusiones al momento de procesar los datos obtenidos, la investigación realizada no requirió de datos personales, toda la información obtenida tanto en el macroproyecto como en la presente investigación fueron conocidos únicamente por los investigadores y no fueron comunicados a terceros.

Plan de análisis de los resultados: La información obtenida de los resultados de laboratorio de las muestras de carne recolectadas utilizando la cromatografía líquida, fueron procesados en el programa estadístico IBM SPSS v.15.0. Los datos fueron presentados en tablas con los valores de frecuencias y porcentajes.

La principal fuente de obtención de carne de res es el camal de la ciudad de Cuenca (39,13%) por su parte la carne de pollo proviene principalmente de la cría de fuente avícola (31,5%). Respecto a la carne obtenida del camal, el mercado que expende en el mayor porcentaje es el 27 de febrero (27,78%) seguido por el mercado de El Arenal (25%).

Independientemente del origen de las carnes de los mercados de Cuenca, ninguna tuvo límites máximos de residuos de antibióticos cuando fueron analizadas con el test de cromatografía líquida.

RESULTADOS

TABLA I
ORIGEN DE LA CARNE DE RES Y POLLO.

Mercado	Mercado/Origen de la carne de venta tabulación cruzada				
	Origen de la carne de venta				
	Crianza propia	Lo cría otra persona	Avícola	Camal	Total
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
10 de agosto	0 (0,00)	6 (20,69)	3 (18,8)	8 (22,22)	17 (18,48)
9 de octubre	2 (18,18)	5 (17,24)	5 (31,3)	4 (11,11)	16 (17,39)
3 de noviembre	0 (0,00)	0 (0,00)	5 (31,3)	1 (2,78)	6 (6,52)
El arenal	3 (27,27)	8 (27,59)	1 (6,3)	9 (25,00)	21 (22,83)
12 de abril	1 (9,09)	3 (10,34)	0 (0,0)	4 (11,11)	8 (8,70)
27 de febrero	5 (45,45)	7 (24,14)	2 (12,5)	10 (27,78)	24 (26,09)
Total	11 (100,00)	29(100,00)	16(100,0)	36 (100,00)	92 (100,00)

TABLA II
RESULTADOS DEL ANÁLISIS DE LAS CARNES POR EL TEST DE CROMATOGRFÍA LIQUIDA, CUENCA – ECUADOR.

Muestra de carne/Origen de la carne de venta/Resultado de la muestra							
Resultado de la muestra		Origen de la carne de venta					
		Crianza propia	Lo cría otra persona	Avícola	Camal	Total	
		Valor (%)	Valor (%)	Valor (%)	Valor (%)	Valor (%)	
Negativo	Muestra de carne	Res	8 (72,73)	17 (58,62)	2 (12,50)	28 (77,78)	55 (59,78)
		Pollo	3 (27,27)	1 (41,38)	14 (87,50)	8 (22,22)	37 (40,22)
	Total	11	29	16	36	92 (100,00)	

TABLA III
RESULTADO DE ANÁLISIS POR LA TÉCNICA DE CROMATOGRFÍA LIQUIDA SEGÚN EL TIPO DE LA CARNE DE LOS MERCADOS DE CUENCA – ECUADOR.

Resultado de la muestra	Muestra de carne		Total
	Res	Pollo	
	Valor (%)	Valor (%)	Valor (%)
Negativo	55 (59,7)	37 (40,21)	92 (100)
Total	55 (59,7)	37 (40,21)	92 (100)

De las 92 muestras analizadas, representadas por la carne de res (59,7%) y de pollo (40,21%), los resultados de laboratorio fueron negativos para residuos antibióticos dentro de los rangos detectables por la técnica cromatografía líquida.

DISCUSIÓN

Según el estudio de Ujeta y cols. (8) en el 2016, en Bogotá, se analizaron 212 muestras por el método ELISA y el método de cribado, de las cuales el 33% presentó residuos de por lo menos un antimicrobiano; de las muestras de músculo 9,7% presentaron residuos de betalactámicos, y de las muestras de

hígado 45,2% mostraron residuos a estreptomomicina 10,8% y a sulfametazina 28,6%. Según Garza Polanco y cols. (2) en el 2015, en Santa Ana, El Salvador, se analizaron 48 muestras de carne e hígado bovinos, obtenidas del mercado municipal de la ciudad mediante el método de cilindro placa, de las cuales 29,16% presentaron residuos de betalactámicos y tetraciclinas, pero, ninguna sobrepasa los límites máximos permitidos.

En otro estudio realizado por Pacheco (9) en el año 2018, en el estado de Jalisco se analizaron 267 muestras de pollo utilizando el método de difusión en placa, con resultados de 64% muestras positivas para residuos, 20% muestras sospechosas y 56% de muestras negativas, en músculo 4,11% de las muestras fueron positivas, este estudio compara sus resultados con los obtenidos en otro estudio similar realizado en Bangladesh en el cual se empleó como técnica la cromatografía de capa fina, en el cual se obtuvieron resultados similares con un 4,5% de muestras positivas. En un estudio realizado por Noroña y cols. (4) en Quito en el año 2017, acerca de la determinación de residuos antibióticos en carne y vísceras de origen bovino, se encontró que de 27 muestras analizadas mediante el B100 basados en el método ELISA, 22 de las muestras (81,48%) fueron positivas a penicilinas, y 44,44% para sulfonamidas; en las muestras de músculo, 7 fueron positivas a penicilinas, y dentro de la concentración de antibióticos en las muestras, la familia antibiótica con mayor concentración fue la de los aminoglucósidos, a pesar de esto ninguno de los resultados excedía los límites máximos de residuos normados por el Codex Alimentarius. Por otra parte, según el estudio realizado por Chiriboga (10), en el año 2017, en Ambato, en el cual se analizaron 53 muestras de carne de pollo procedente de los mercados de la ciudad donde emplearon el método ELISA. Los resultados que evidenciaron que del total de las muestras el 54% presentó residuos principalmente de sulfonamidas, a pesar del porcentaje de residuos presentes, los valores

no excedían los máximos permitidos en el Codex Alimentarius.

En otro estudio realizado en Santa Rosa por Aguilar y cols. (11) en el año 2018 analizaron 74 muestras de carne bovina obtenidas en el camal municipal en busca de residuos de tetraciclinas, se emplearon pruebas rápidas SmartKit para el análisis, sus resultados expresan que del total de analizados 32,4% dieron positivo para residuos de antibióticos los cuales superaban los límites permitidos por el Codex Alimentarius.

Los resultados observados en los distintos estudios realizados en diferentes partes del país durante los últimos 3 años reflejan una notable discrepancia con los resultados obtenidos en la presente investigación, entre estas diferencias destaca el método de análisis de muestras empleado en cada uno, la mayoría de los estudios citados emplearon la técnica ELISA mediante el uso de reactivos de pruebas rápidas, por otra parte en el presente estudio se empleó el método de la cromatografía líquida, el cual destaca por sobre el método ELISA por poseer la mayor sensibilidad. Otra notable diferencia a señalar es la de las muestras analizadas, los estudios comparativos emplearon muestras de carne y vísceras o únicamente carne de un animal en específico al contraste del presente, en el cual se analizaron muestras cárnicas tanto de pollo como de res. Estas diferencias en técnicas de análisis y tipo de muestras recolectadas destacan aún más al momento de comparar los resultados obtenidos, pues en los estudios antes mencionados se observan residuos antibióticos dentro de las muestras e incluso residuos que sobrepasan los límites permitidos, a diferencia del estudio, en el cual todos los resultados fueron negativos, esto puede deberse principalmente a las discrepancias entre los rangos de análisis de cada método, pues si bien la cromatografía líquida posee una mayor sensibilidad, solo detecta la presencia de antibióticos fuera de los rangos establecidos en el análisis, pero no descarta la presencia de residuos.

Según el estudio de Riera y colaboradores en el año 2010, en el cual analizaron los métodos de detección rápida para residuos

de medicamentos en animales de granja, los test rápidos ELISA destacan por la relativa rapidez con las que se pueden analizar un gran número de muestras, con una relativa alta sensibilidad y especificidad si se comparan con los estudios tradicionales, la eficacia de esta técnica depende o está limitada por la extracción y la purificación previa que se haga en las muestras, pudiendo obtenerse resultados semi-cuantitativos, a pesar de esto la técnica ELISA es una técnica de barrido rápido, por lo cual pueden llegar a presentarse falsos positivos, esto debido a reacciones cruzadas por estructuras químicas similares entre sustancias (12).

Por su parte, la cromatografía líquida de alta resolución es una técnica de cribado cuya eficacia depende únicamente del detector, esta técnica ha sido empleada para la detección de residuos antibióticos tanto en muestras cárnicas, como en muestras de vísceras huevos o leche, al ser una técnica cuantitativa la sensibilidad de esta prueba aumenta en comparación con otras técnicas de cribado, es por esto que se considera como un método confirmatorio para la presencia de residuos (12).

Conclusiones: al comparar los diferentes porcentajes de residuos antibióticos encontrados en las diferentes muestras de los otros estudios tanto nacionales como internacionales, con los resultados obtenidos en la presente investigación, la incidencia de residuos antibióticos en las carnes de pollo y res de la ciudad de Cuenca es del 0%, esto puede deberse al método de crianza de la ciudad, en la cual el ganado es alimentado de una manera más natural, con productos que no han sido procesados, obtenidos de la propia agricultura de la zona, lo cual es una conducta que se evidencia de mayor manera en países industrializados.

Limitaciones del estudio: los costos en relación al tipo de análisis utilizado son altos, por lo cual algunos estudios son realizados con pruebas cualitativas más económicas, observándose esto en la obtención de los artículos para la realización de esta investigación.

REFERENCIAS

1. **Acevedo D, Montero PM, Jaimes JDC.** Determinación de Antibióticos y Calidad Microbiológica de la Carne de Pollo Comercializada en Cartagena (Colombia). *Inf Tecnológica* 2015;26(1):71-76.
2. **Polanco G, Amanda L, Maldonado H, Humberto J.** Determinación de residuos antibióticos betalactámicos y tetraciclinas en carne e hígado de bovinos faenados en el rastro municipal de Santa Ana (tesis de grado). El Salvador: Universidad del Salvador, 2015.
3. **Negrete Díaz CDJ, Segura Castro EP, Torres Sibaja ME, Badel Causil JA.** Identificación de Residuales Químicos de Oxitetraciclina, OTC, en la Carne Fresca Bovina obtenida en Plantas de Beneficio Categorías Nacional y Autoconsumo, destinada para consumo humano en el Departamento de Córdoba. *Rev Colomb Investig Agroindustriales* [Internet]. 7 de noviembre de 2017 [citado 30 de agosto de 2018];4. Disponible en: <http://revistas.sena.edu.co/index.php/recia/article/view/727>.
4. **Jiménez SNB, Gómez MLG.** Determinación de residuos de antibióticos en carne de ganado bovino por el método de ELISA en el Centro de Faenamiento de la Empresa Pública Metropolitana de rastro Quito- La Ecuatoriana. Diciembre de 2017;168.
5. **Fajardo-Zapata ÁL, Méndez-Casallas FJ, Molina LH.** Residuos de fármacos anabolizantes en carnes destinadas al consumo humano. *Univ Sci.* 1 de enero de 2011;16(1):77.
6. **Talero-Pérez YV, Medina OJ, Roza-Núñez W.** Técnicas analíticas contemporáneas para la identificación de residuos de sulfonamidas, quinolonas y cloranfenicol. *Univ Sci* [Internet]. 26 de noviembre de 2014 [citado 30 de agosto de 2018];19(1). Disponible en: <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/scientarium/article/view/6618>
7. **Ospina CV.** Determinación de antibióticos en carne vacuna y porcina, proveniente del Norte Antioqueño en la planta Frigocolanta ubicada en el Municipio de Santa Rosa de Osos. :67.
8. **Ujueta Rodríguez S, Araque Marín A.** Detección de residuos antimicrobianos en músculo, hígado y riñón de cerdo expendi-

- dos en Bogotá, Colombia. Rev UDCA Actual Divulg Científica 2016;19(2):371-379.
9. **Pacheco C.** Residuos de antimicrobianos en carne de pollos en el estado de Jalisco. Av Investig En Inocuidad Aliment [Internet]. 1 de noviembre de 2018 [citado 3 de octubre de 2019];1(1). Disponible en: <http://www.e-gnosis.udg.mx/index.php/trabajos-inocuidad/article/view/509>.
 10. **Chiriboga V.** Estudio piloto sobre el análisis de residuos de antibióticos en pechuga de pollos comercializados en la ciudad de Ambato. 2017;92.
 11. **Aguilar Galvez FL, Flores Blacio MV, Sanchez Quinche AR, Zapata Saavedra ML.** Determinación de residuos de tetraciclinas en muestras de carne bovina destinadas al consumo humano. Téc Rev Las Agrocienc 2018;(20):67.
 12. **Reig Riera MM.** Desarrollo de métodos rápidos de detección de residuos medicamentosos en animales de granja [Internet]. [Valencia (Spain)]: Universitat Politècnica de València; 2010 [citado 5 de diciembre de 2019]. Disponible en: <https://riunet.upv.es/handle/10251/8644>.

SP-05. INDICADORES CLÍNICOS Y PARACLÍNICOS DE PRONÓSTICO DE COVID-19: A PROPÓSITO DE UN CASO.

(Clinical and paraclinical indicators of prognosis of COVID-19: Case Study)

*Larry Miguel Torres-Criollo¹,
Andrés Alexis Ramírez-Coronel^{2,3},
Saquicela-Espinoza Alberto¹,
Marcia Iliana Criollo Vargas^{4,5}*

¹Docente e investigador Carrera de Medicina de la Universidad Católica de Cuenca Sede Azogues, Ecuador.

²Docente e investigador Carrera de Enfermería de la Universidad Católica de Cuenca Sede Azogues, Ecuador.

³Laboratorio de Psicometría del Centro de Investigación, Innovación y Transferencia de Tecnología (CIITT) de la Universidad Católica de Cuenca, Ecuador.

⁴Docente investigadora de la Universidad Nacional de Loja.

⁵Doctoranda en La Globalización a Examen: Retos y Respuestas Interdisciplinarias en la Universidad del País Vasco- España.
larry.torres@ucacue.edu.ec

RESUMEN

El coronavirus es una enfermedad que afecta al sistema respiratorio, proviene del virus SARS-COV-2 que pertenece al grupo Betacoronavirus y en la actualidad es la causa de una alta tasa de mortalidad a nivel mundial. El diagnóstico a través de imágenes y pruebas orofaríngeas y nasofaríngeas ayudan en el reconocimiento de esta afección respiratoria. Presentamos un caso clínico de un paciente de 74 años de edad con diarrea, disnea y tos, estableciéndose el diagnóstico de COVID-19. Se encontraron parámetros clínicos y paraclínicos como: edad avanzada, antecedente de hipertensión arterial, disnea, saturación baja de oxígeno, aumento de azoados, aumento de enzimas hepáticas (AST), leucocitosis, linfopenia, neutrofilia, aumento de PCR y procalcitonina, plaquetopenia, aumento de deshidrogenasa láctica, aumento de ferritina, infiltrado pulmonar con aspecto de vidrio esmerilado evidenciado en la Rx y TAC de tórax; todos estos factores determinantes de pronóstico desfavorable según la evidencia científica actual. Se discuten los resultados del análisis del caso.

Palabras clave: SARS.COV-2; COVID 19; factores de riesgo; factores predictivos; mortalidad; pronóstico.

ABSTRACT

The coronavirus is a disease that affects the respiratory system, it comes from the SARS-COV-2 virus that belongs to the Beta-coronavirus group which is currently the cause of a high mortality rate worldwide. The diagnosis through images and oropharyngeal and nasopharyngeal tests help in

the identification of this respiratory illness. We present a clinical case of a 74-year-old patient with diarrhea, dyspnea and cough, establishing the diagnosis of COVID-19. We found clinical and paraclinical parameters such as: advanced age, history of arterial hypertension, dyspnea, low oxygen saturation, increased azoados (nitrogen), increased hepatic enzymes (AST), leukocytosis, lymphopenia, neutrophilia, increased PCR and procalcitonin, plaquetopenia, increased lactic dehydrogenase, increased ferritin, pulmonary infiltrate with a frosted glass appearance, evidenced in the X-ray and CT scan of the chest; all these determining factors of unfavorable prognosis according to current scientific evidence are discussed. The results of the case study are discussed.

Key words: SARS.COVID-2; COVID 19; risk factors; predictive factors; mortality; prognosis.

INTRODUCCIÓN

El COVID-19 es una enfermedad causada por el virus (SARS-CoV-2) afeción respiratoria que posee un período de incubación de 2-14 días, puede ser transmitido de persona a persona mediante gotas respiratorias al hablar, toser y estornudar a una distancia aproximada de 2 metros, los pacientes con coronavirus presentan neumonía en ambos pulmones (1). No existe un tratamiento para este virus, los afectados son tratados de manera sintomática.

La enfermedad dio inicio en China (Wuhan) con 3.287 personas infectadas, las autoridades dieron aviso a la Organización Mundial de la Salud (OMS) el 8 de diciembre del 2019; se realizó el monitoreo de las pacientes realizando la recolección de muestras tomadas a pacientes que presentaban disnea, astenia y fiebre (2). El COVID-19 es reconocido como una pandemia por la Organización Mundial de la Salud (OMS) el 11 de marzo del 2020 por lo que declaró una emergencia sanitaria a nivel mundial (3).

Hasta el 12 de mayo en el mundo se registran 4.233.5504 (53% de asintomáticos) casos confirmados de los cuales 1.481.314 son personas recuperadas y 289.932 han fallecido (0,68% de mortalidad), 193 países afrontan al COVID-19 lo que ocasiona un descenso de la población y de la economía a nivel mundial. Por tal razón la OMS dispuso el aislamiento social para evitar la propagación a mayor escala, capacitando a los gobiernos de los distintos países para que tomen medidas higiénico sanitarias (4).

China, país de origen del virus presentó 82.926 casos confirmados, 78.189 casos recuperados y 4.633 muertos, nación que superó el virus manteniéndose en aislamiento 3 meses y utilizando las medidas de bioseguridad propuestas por la OMS. Estados Unidos es el país con más casos positivos de contagios presenta 1.399.905 casos confirmados, 234.607 casos recuperados y 83.019 muertos, a pesar de la alta cifra de contagios el gobierno estadounidense ha tomado medidas drásticas para evitar la crisis económica rigiéndose a las medidas sanitarias propuestas (4).

En Ecuador el primer caso de coronavirus se presentó el 29 de febrero del 2020 desde entonces las cifras han incrementado, hasta la actualidad se presenta 30.419 casos confirmados, 3.433 casos recuperados y 2.327 muertos. Guayas es la provincia con más casos positivos corresponde al 62% de los casos a nivel nacional.

Esta pandemia ha ocasionado una crisis económica al impedir el desarrollo de las actividades cotidianas, las zonas vulnerables se han visto más afectadas ya que al depender de las ganancias diarias no pueden cubrir sus necesidades básicas. Uno de los factores que también ha afectado es el toque de queda debido a que los comerciantes tienen un tiempo límite para realizar la venta de sus productos (2).

En relación a la edad como factor de pronóstico en COVID-19, Wu et al en su estudio titulado: Factores de riesgo asociados con el

síndrome de dificultad respiratoria aguda y muerte en pacientes con neumonía por enfermedad por coronavirus 2019 en Wuhan, China, mencionan que la mayor parte de pacientes pueden desarrollar enfermedad leve e incluso ser asintomáticos, sin embargo, la edad avanzada y comorbilidades dan los peores pronósticos (5). Los autores estudiaron los signos, síntomas y factores asociados a desarrollo de síndrome de dificultad respiratoria aguda (SDRA) después del ingreso hospitalario y la progresión a muerte de los pacientes. El estudio demostró que factores como edad avanzada, fiebre alta, comorbilidades, neutrofilia, trombocitopenia, factores proinflamatorios elevados y alteraciones de los factores de la coagulación, tuvieron asociación significativa con desarrollo de SDRA y muerte del paciente (5).

Las imágenes en pacientes con COVID-19, como radiografía simple de tórax en las neumonías virales son muy inespecíficas, encontrándose imágenes similares en otros procesos inflamatorios o infecciosos. El 85% de las radiografías simples de tórax muestran patrón intersticial, el 75% son bilaterales, ello se relacionó con la necesidad de ingreso a cuidados intensivos (6).

La tomografía muestra imágenes de vidrio esmerilado con o sin condensación pulmonar con broncograma aéreo, afectación de uno o más lóbulos generalmente bilaterales (6-8).

La procalcitonina alta se asocia con un riesgo 5 veces mayor a desarrollar infección grave por SARS, sin embargo, también se ha observado que existe un número reducido de pacientes con COVID-19 con valores aumentados de calcitonina; se demostró en un metaanálisis realizado por Lippi y Plebani (9), quienes recomiendan también medir procalcitonina seriada para predecir la enfermedad hacia un pronóstico grave y fatal (8).

Xu, Deng, Han, Zhou, He, Chen y cols., realizaron un estudio para demostrar la utilidad de la maniobra prono en pacientes con influenza tipo A, se encontró que esta maniobra mejoraba la oxigenación y el des-

censo de pCO₂. Con relación al uso de la maniobra prono en pacientes infectados por SARS-COV-2 la t maniobra se realizó en 6 pacientes, 4 de ellos fallecieron (10). Del total de pacientes, que necesitaron terapia de oxigenación con circulación extracorpórea 6 (11,5%), 5 de ellos fallecieron. Esto demuestra que la ventilación protectora y la maniobra prono no lograron mejorar la condición de los pacientes (11).

CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 74 años de edad, masculino, con antecedente de hipertensión arterial, acude de al servicio de emergencia por cuadro clínico de 4 días de evolución caracterizado por alza térmica no cuantificada, se acompaña de diarreas; concomitantemente presenta tos seca persistente para lo cual recibió tratamiento domiciliario con paracetamol, sales de rehidratación oral, amoxicilina, sin ceder sintomatología, luego progresa a disnea. A la llegada a emergencias paciente cianótico, disneico, intranquilo, con saturación capilar de 36%, taquipneico (34 respiraciones por minuto), taquicárdico (120 latidos por minuto), murmullo vesicular disminuido en ambos campos pulmonares, se auscultan estertores en ambos campos pulmonares. Se administró oxígeno a alto flujo con lo cual mejora la saturación a 70%, se realiza gasometría al ingreso revelando pH: 7.35, PCO₂:19, PO₂: 50. Ingresa con diagnóstico de síndrome de dificultad respiratoria más neumonía, Se mantiene con oxígeno de alto flujo, se realizan exámenes de laboratorio y TAC de tórax.

Exámenes de laboratorio

Leucocitos: 12.73; Hemoglobina: 12.5 gr/dl; Hematocrito: 38.4%; Plaquetas: 45000/ mm³; Monocitos%: 0.9; Eosinófilos%: 0.1; Linfocitos%: 3.2; Neutrófilos%: 95.5; Glucosa: 122.10; Sodio: 142.0; Potasio: 3.6; Cloro: 104; Bilirrubina directa : 0.20; Bilirrubina indirecta: 0.04; Bilirrubina total: 0.24; Examen: LDH (deshidrogen-

nasa láctica): 1380; Albumina: 2.19; Urea: 36mg/dl; Creatinina: 2mg/dl; AST (SGOT): 71u/L; ALT (SGPT): 29U/L; PCR:336,88, procalcitonina:2,85md/dl, ferritina: mayor a 2000.

Imágenes

Se visualiza en las imágenes obtenidas de radiografía standart de tórax (Fig. 1 y Fig. 2) en proyección frontal: Hilios pulmonares congestivos; Infiltrados intersticios alveolares difusos condensativos en ambos campos pulmonares, así mismo opacidades moteadas que ocupan casi la totalidad de ambos campos pulmonares, presencia de tubo endotraqueal; presencia de broncograma aéreo.



Fig. 1.



Fig. 2. En TAC Simple de Tórax (Fig. 3 y Fig. 4) Se observa gran compromiso pulmonar de patrón en vidrio esmerilado, engrosamiento de trama bronquio-alveolar.

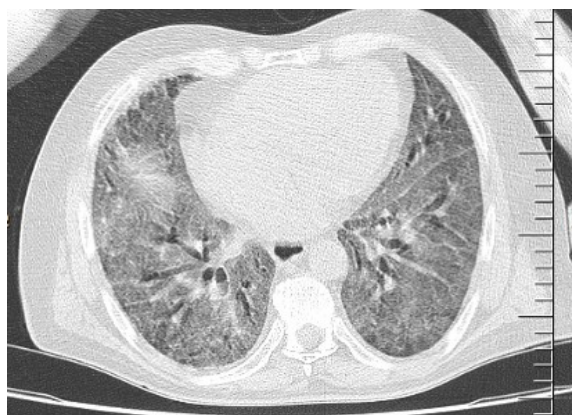


Fig. 3. TAC simple de tórax.



Fig. 4. TAC simple de tórax.

Evolución

Paciente con diagnóstico de insuficiencia respiratoria más neumonía grave, ingresa con en la Unidad de Cuidados Intensivos, se realiza prueba COVID-19 y resulta positiva, se inicia soporte hemodinámico y vasoactivo, ventilación mecánica asistida controlada más pseudoanalgesia, antibioticoterapia de amplio espectro, tratamiento con hidroxiquina, se lo sitúa en posición prona, tratamiento con tocilizumab, enoxaparina, nitaxozanida, acetilcisteína, dexametasona. Sin embargo, paciente no mejora clínica ni radiológicamente, cursa con insuficiencia renal y fallo hepático, aumento de paráme-

tros inflamatorios (PCR y procalcitonina), así mismo aumento de ferritina y deshidrogenasa láctica, linfopenia, plaquetopenia; tras el transcurso de nueve días de hospitalización se produce el deceso del paciente.

DISCUSIÓN

La COVID-19 puede causar desde síntomas leves hasta enfermedad respiratoria severa e incluso la muerte. La gran mayoría de las muertes han ocurrido en personas mayores de 65 años, con una comorbilidad o patología crónica. En cambio, la población infantil parece ser poco susceptible a la enfermedad, aunque todavía no se sabe cómo contribuye a transmitir el virus.

En la actualidad, se han encontrado múltiples variables clínicas y paraclínicas predictoras de pronóstico en pacientes con COVID-19, su presentación clínica puede ser leve, moderada, incluso presentarse como un síndrome de dificultad respiratorio agudo (SDRA) y falla orgánica multisistémica (FOM) con desenlace fatal. La identificación de los factores pronósticos, tanto clínicos como paraclínicos, permite graduar el riesgo de los pacientes y controlar activamente la gravedad de la enfermedad.

Existen diferentes estudios que predicen riesgo de mortalidad como el caso de nuestro paciente: Edad avanzada, comorbilidad (hipertensión), disnea, saturación baja de oxígeno, leucocitosis, linfopenia, aumento de Dímero D y ferritina, aumento en enzimas hepáticas y renales; como el estudio de Fei Zhou (12) en Wuhan reporta como factores de riesgo asociados a mortalidad en pacientes hospitalizados: hipertensión arterial 30%, diabetes 19%, enfermedad coronaria 8%; edad avanzada, puntuación SOFA alta, dímero D superior a $1 \mu\text{g} / \text{l}$.

Así mismo, en el estudio de Wuhan de Ruan, Yang, Wang y col (13), analizaron los predictores clínicos de mortalidad por COVID-19, en 150 pacientes y encontraron factores predictores de desenlace fatal: La edad, enfermedades subyacentes, infeccio-

nes secundarias e indicadores proinflamatorios elevados en sangre.

Existe también una revisión sistemática con metaanálisis por Jain y Yuan. (14) [7 estudios, 1813 pacientes] en el cual se encontró que el grupo de pacientes ingresados en UCI, edad promedio de 62,4 años comparado con 46 años de los no admitidos. La disnea fue el único síntoma predictivo, para admisión a UCI, EPOC fue la comorbilidad que se asoció a enfermedad grave y riesgo de admisión a UCI.

Otros estudios (15-17) realizados en la ciudad de Wuhan, China sobre el curso clínico y factores de riesgo de mortalidad de pacientes hospitalizados por COVID-19 dan cuenta que entre los principales factores de riesgo de mal pronóstico se encuentran: edad avanzada, comorbilidades, linfopenia, insuficiencia respiratoria tipo I, sepsis, patología cardíaca, alcalosis, hipercalcemia, daño renal agudo, encefalopatía hipóxica, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), la enfermedad cardiovascular, el incremento de lactato deshidrogenasa (LDH), proteína C reactiva (PCR).

También cabe notar que la extensión del infiltrado alveolar y el patrón en vidrio esmerilado evidenciado en la radiografía y tomografía de tórax es un factor predictor de pronóstico agravante, como el estudio de Shi et al. (18) que indica que el hallazgo más frecuente encontrado en la tomografía de tórax fue la opacidad en vidrio esmerilado (65%), además de márgenes mal definidos (81%); además termina concluyendo vejez, el sexo masculino, las comorbilidades subyacentes y el deterioro radiográfico progresivo en la TAC de seguimiento pueden ser factores de riesgo para un mal pronóstico en pacientes con neumonía por COVID-19.

Encontramos en la bibliografía la Escala "CALL" para predecir resultados en pacientes con neumonía por COVID-19, Abarca una lista de 4 a 13 puntos (comorbilidad 1-4, edad 1-3, linfocitos 1-3, LDH 1-3), clasificándose en 3 niveles de riesgo de acuerdo con sus probabilidades de progresión de

la patología. Puntuaciones de 4-6 (clase A), bajo riesgo con probabilidad de progresión menor al 10%; de 7-9 puntos (clase B) con riesgo intermedio probabilidad de progresión del 10-40%; y, de 10-13 puntos (clase c) con alto riesgo de probabilidad de progresión mayor al 50%. En nuestro caso obtuvo 11 puntos, es decir alto riesgo de progresión de la enfermedad, por lo tanto, encontramos de mucho valor predictivo a esta escala (19).

Los datos actuales sitúan la tasa de mortalidad alrededor del 2%. Podría ser más baja si hubiera muchos casos asintomáticos o con síntomas muy leves que no se han diagnosticado. La tasa de mortalidad es menor que la del SARS (10%) y mayor que la de la influenza estacional (IE) (que se sitúa por debajo del 0,1%).

CONCLUSIONES

Con relación a esta enfermedad se conoce que la mayoría de las muertes han ocurrido en personas mayores de 65 años, con una comorbilidad o patología crónica. Mediante la identificación de los factores pronósticos, tanto clínicos como paraclínicos, nos permite graduar el riesgo de los pacientes y controlar activamente la gravedad de la enfermedad. Además, en la actualidad se han validado varios indicadores clínicos y paraclínicos de pronóstico de gravedad y mortalidad de la COVID-19, su presentación clínica puede ser leve, moderada, incluso presentarse como un síndrome de dificultad respiratorio agudo (SDRA) y falla orgánica multisistémica (FOM) con desenlace fatal.

Lista de abreviaturas

- ALT (SGPT): Alanina aminotransferasa.
- AST (SGOT): Aspartato aminotransferasa.
- COVID-19: Corona Virus disease.
- ECMO: Extra Corporeal Membrane Oxygenation - Oxigenación por Membrana Extracorpórea.

- EPOC: Enfermedad pulmonar obstructiva crónica.
- FOM: Falla orgánica multisistémica.
- IE: Influenza estacional.
- LDH: Lactato Deshidrogenasa.
- LDL: Lipoproteínas de baja densidad (colesterol malo).
- OMS: Organización Mundial de la Salud.
- PCO2: Presión Parcial de Dióxido de Carbono en la Sangre Arterial.
- PCR: Prueba de Proteína C Reactiva.
- PCT: Prueba de Procalcitonina.
- pH: Potencial de Hidrógeno.
- PO2: Presión Parcial de Oxígeno.
- Prueba de Dímero D: Fragmento de proteína que se produce cuando un coágulo de sangre se disuelve en el cuerpo.
- RSC: Recuento Sanguíneo Completo.
- SARS-COV-2: Coronavirus 2 del Síndrome Respiratorio Agudo Severo.
- SDRA: Síndrome de dificultad respiratorio agudo.
- SOFA: Sequential Organ Failure Assessment (Evaluación secuencial de insuficiencia orgánica).
- TAC de Tórax: Tomografía Computarizada de Tórax.
- UCI: Unidad de cuidados intensivos.
- VNI: Ventilación No Invasiva.

REFERENCIAS

1. **Paredes J, Ronquillo M.** Evaluación de la atención de un hospital público del Ecuador. Sinergias educativas 2020; 5(1):96-114.
2. **Zhou F, Yu T, Du R, Fan G, Liu Y, Liu Z, Xiang J, Wang Y, Song B, Gu X, Guan L, Wei Y, Li H, Wu X, Xu J, Tu S, Zhang Y, Chen H, Cao B.** Clinical course and risk factors for mortality of adult inpatients with COVID-19 in

- Wuhan, China: a retrospective cohort study. *Lancet*. 2020;395(10229):1054-1062.
3. **Ruan, Q., Yang, K., Wang, W. et al.** Clinical predictors of mortality due to COVID-19 based on an analysis of data of 150 patients from Wuhan, China. *Intensive Care Med* (2020). <https://doi.org/10.1007/s00134-020-05991-x4>.
 4. **Organización Mundial de la Salud (OMS).** Rueda de prensa. 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>
 5. **Wu C, Chen X, Cai Y, Xia J, Zhou X, Xu S, Huang H, Zhang L, Zhou X, Du C, Zhang Y, Song J, Wang S, Chao Y, Yang Z, Xu J, Zhou X, Chen D, Xiong W, Xu L, Zhou F, Jiang J, Bai C, Zheng J, Song Y.** Risk Factors Associated With Acute Respiratory Distress Syndrome and Death in Patients With Coronavirus Disease 2019 Pneumonia in Wuhan, China. *JAMA Intern Med* 2020;180(7):934-943.
 6. **Kanne JP.** Chest CT Findings in 2019 Novel Coronavirus (2019-nCoV) Infections from Wuhan, China: Key Points for the Radiologist. *Radiology* 2020;295(1):16-17.
 7. **Huang Z, Zhao S, Li Z, Chen W, Zhao L, Deng L, Song B.** The Battle Against Coronavirus Disease 2019 (COVID-19): Emergency Management and Infection Control in a Radiology Department. *J Am Coll Radiol* 2020;17(6):710-716.
 8. **Lippi G, Plebani M.** Procalcitonin in patients with severe coronavirus disease 2019 (COVID-19): A meta-analysis. *Clin Chim Acta* 2020;505:190-191.
 9. **Xu Y, Deng X, Han Y, Zhou L, He W, Chen S, Nong L, Huang H, Zhang Y, Yu T, Li Y, Liu X.** A Multicenter Retrospective Review of Prone Position Ventilation (PPV) in Treatment of Severe Human H7N9 Avian Flu. *PLoS One* 2015;10(8):e0136520.
 10. **Chen T, Wu D, Chen H, Yan W, Yang D, Chen G, Ma K, Xu D, Yu H, Wang H, Wang T, Guo W, Chen J, Ding C, Zhang X, Huang J, Han M, Li S, Luo X, Zhao J, Ning Q.** Clinical characteristics of 113 deceased patients with coronavirus disease 2019: retrospective study. *BMJ* 2020 Mar 26;368:m1091.
 11. **Arabi YM, Balkhy HH, Hayden FG, Bouchama A, Luke T, Baillie JK, Al-Omari A, Hajeer AH, Senga M, Denison MR, Nguyen-Van-Tam JS, Shindo N, Birmingham A, Chappell JD, Van Kerkhove MD, Fowler RA.** Middle East Respiratory Syndrome. *N Engl J Med* 2017 Feb 9;376(6):584-594.
 12. **Ren LL, Wang YM, Wu ZQ, Xiang ZC, Guo L, Xu T, Jiang YZ, Xiong Y, Li YJ, Li XW, Li H, Fan GH, Gu XY, Xiao Y, Gao H, Xu JY, Yang F, Wang XM, Wu C, Chen L, Liu YW, Liu B, Yang J, Wang XR, Dong J, Li L, Huang CL, Zhao JP, Hu Y, Cheng ZS, Liu LL, Qian ZH, Qin C, Jin Q, Cao B, Wang JW.** Identification of a novel coronavirus causing severe pneumonia in human: a descriptive study. *Chin Med J (Engl)* 2020 May 5;133(9):1015-1024.
 13. **Li Y, Han X, Alwalid O, Cui Y, Cao Y, Liu J, Gu J, Wang L, Fan Y, Shi H.** Baseline characteristics and risk factors for short-term outcomes in 132 COVID-19 patients with diabetes in Wuhan China: A retrospective study. *Diabetes Res Clin Pract* 2020 Aug;166.
 14. **Jain V, Yuan JM.** Predictive symptoms and comorbidities for severe COVID-19 and intensive care unit admission: a systematic review and meta-analysis. *Int J Public Health* 2020 Jun;65(5):533-546.
 15. **Wynants L, Van Calster B, Collins GS, Riley RD, Heinze G, Schuit E, Bonten MMJ, Damen JAA, Debray TPA, De Vos M, Dhiman P, Haller MC, Harhay MO, Henckaerts L, Kreuzberger N, Lohman A, Luijken K, Ma J, Andaur CL, Reitsma JB, Sergeant JC, Shi C, Skoetz N, Smits LJM, Snell KIE, Sperrin M, Spijker R, Steyerberg EW, Takada T, van Kuijk SMJ, van Royen FS, Wallisch C, Hooft L, Moons KGM, van Smeden M.** Prediction models for diagnosis and prognosis of covid-19 infection: systematic review and critical appraisal. *BMJ* 2020 Apr 7;369:m1328.
 16. **Ji Y, Ma Z, Peppelenbosch MP, Pan Q.** Potential association between COVID-19 mortality and health-care resource availability. *Lancet Glob Health*. 2020 Apr;8(4):e480.
 17. **Baud D, Qi X, Nielsen-Saines K, Musso D, Pomar L, Favre G.** Real estimates of mortality following COVID-19 infection. *Lancet Infect Dis* 2020 Jul;20(7):773.

18. Shi H, Han X, Jiang N, Cao Y, Alwalid O, Gu J, Fan Y, Zheng C. Radiological findings from 81 patients with COVID-19 pneumonia in Wuhan, China: a descriptive study. *Lancet Infect Dis* 2020 Apr;20(4):425-434.
19. Ji D, Zhang D, Xu J, Chen Z, Yang T, Zhao P, Chen G, Cheng G, Wang Y, Bi J, Tan L, Lau G, Qin E. Prediction for Progression Risk in Patients With COVID-19 Pneumonia: The CALL Score. *Clin Infect Dis* 2020 Sep 12;71(6):1393-1399.

SP-06. APLICACIÓN DEL ÍNDICE SCORE COMO PREDICTOR DE RIESGO DE OSTEOPOROSIS EN MENOPAÚSICAS, HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, CUENCA - ECUADOR.

(Application of the score index as a predictor of osteoporosis risk in menopause, Vicente Corral Moscoso Hospital, Cuenca – Ecuador)

*Thalía Belén Tapia Escandón*¹,
*Álvaro González Ortega*², *Hermel Medardo Espinosa*³, *Lizette Espinosa Martín*⁴,
*Karla Alexandra Aspiazu Hinostroza*⁵,
*Edison Gustavo Moyano Brito*⁶

^{1,2}Ministerio de Salud Pública – Hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca Ecuador.

^{3,4,5}Universidad Católica de Cuenca – Carrera de Medicina, Cuenca Ecuador.

⁶Universidad Católica de Cuenca – Carrera de Enfermería, Cuenca Ecuador.

kaspiazuh@ucacue.edu.ec

RESUMEN

Introducción: la osteoporosis es un problema de salud pública, que puede afectar a más del 70% de las mujeres posterior a los 50 años debido a la menopausia, siendo la principal causa de fracturas no traumáticas que resultan en deterioro de su calidad

de vida y mortalidad. **Objetivo:** aplicar el Índice SCORE como predictor de riesgo de osteoporosis en menopaúsicas, Hospital Vicente Corral Moscoso, 2019. **Metodología:** estudio descriptivo de corte transversal. Se evaluaron a todas las pacientes menopaúsicas, en total 272. Los datos se tomaron datos por medio de entrevista que constituyó el Índice SCORE, considerando: etnia, artritis reumatoide, fracturas, edad, uso de estrógenos, peso, de igual manera se evaluaron: estado civil, nivel de instrucción y residencia. **Resultados:** la edad media fue de 54,7 ± 8,5 años; mestiza, 60,7%; tuvo un nivel de instrucción primaria, 64,7%; reside en zona urbana y 60,7% fue casada. 52,9% tuvo moderado riesgo de osteoporosis y 11,1%, alto riesgo (n=64); asociándose significativamente con la edad mayor a 50 años (p = 0,001), donde el 81,6% presentó riesgo (moderado-alto) de esta patología. **Conclusiones:** el Índice SCORE es útil como predictor de osteoporosis, encontrándose que 8 de cada 10 mujeres menopaúsicas tienen riesgo moderado a alto.

Palabras clave: osteoporosis; osteopenia; índice score; menopausia.

ABSTRACT

Introduction: osteoporosis is a public health problem that can affect more than 70% of women after the age of 50 due to menopause, being the main cause of non-traumatic fractures that result in deterioration of their quality of life and mortality. **Objective:** to apply the SCORE Index as a predictor of risk of osteoporosis in menopausal women, Hospital Vicente Corral Moscoso, 2019. **Methodology:** descriptive cross-sectional study. All the menopausal patients were evaluated, a total of 272. The data was collected through an interview that constituted the SCORE Index, considering: ethnicity, rheumatoid arthritis, fractures, age, use of estrogens, weight, in the same way the following were evaluated: marital status, educational level and residence. **Results:** the mean age was 54.7 ± 8.5

years; mestizo, 60.7%; had a primary education level, 64.7%; reside in urban areas and 60.7% were married. 52.9% had a moderate risk of osteoporosis and 11.1%, a high risk (n 64); being significantly associated with age older than 50 years ($p = 0.001$), where 81.6% presented risk (moderate-high) of this pathology. **Conclusions:** the SCORE Index is useful as a predictor of osteoporosis, finding that 8 out of 10 menopausal women have moderate to high risk.

Key words: osteoporosis; osteopenia; score index; menopause.

INTRODUCCIÓN

La menopausia de causa natural es definida como la presencia de amenorrea de al menos 12 meses consecutivos, en el que se descartan patologías médicas o quirúrgicas como etiología. La edad de inicio de esta patología varía a nivel mundial, pero se ha reportado que es aproximadamente 51 años en los países desarrollados o industrializados, mientras que, en regiones en vías de desarrollo, la media de edad disminuye a 48 años. Esto indica que la mujer vive un tercio de su vida en menopausia, haciéndola susceptible a mayor morbilidad y mortalidad por causas como la enfermedad cardiovascular y la osteoporosis (1).

La osteoporosis es una patología caracterizada por una reducción de la densidad mineral en el tejido óseo aumentando el riesgo de fracturas no traumáticas. Hay que destacar que la osteoporosis no es exclusiva en la mujer, no obstante; tiene mayor propensión que en el sexo masculino (2). Esto puede ser explicado por 3 mecanismos: 1) en primera instancia, la mujer exhibe una menor masa ósea al compararse con el hombre durante el desarrollo; 2) el inicio de la menopausia se asocia a la reducción de la secreción de estrógenos, por lo tanto este factor hormonal impide mantener el equilibrio entre la formación y resorción ósea, superando así la reducción de la densidad mineral a la que se provoca en el hombre con la edad y 3) la mujer

vive más años, por lo que estos cofactores entre sexo y envejecimiento hacen que esta enfermedad predomine en la mujer (2). El diagnóstico se realiza por medio de la medición de la densidad mineral ósea en el cuello femoral de 2,5 desviaciones estándar o más por debajo de la media del adulto joven (puntuación $T < -2,5$); o una fractura de cadera independientemente de los resultados de esta cuantificación; así como en pacientes con fractura vertebral clínica, en húmero proximal, pelvis o antebrazo distal en conjunto a una puntuación $T -1$ a $-2,5$ (3).

A nivel mundial, la osteoporosis es causa de un aproximado de 9 millones de fracturas anualmente, donde 1,6 millones fueron en cadera, 1,7 millones en antebrazo y 1,4 millones fracturas vertebrales clínicas. De estas cifras, el 61% afectó a las mujeres con un ratio mujeres-hombres de 1,6. Por otro lado, el 15,7% de la totalidad de fracturas ocurrió en la región de las Américas, además de generar una pérdida de 827 años de vida ajustados por discapacidad en el año 2000 (4).

En las mujeres sin factores de riesgo se recomienda realizar la medición de la densidad mineral ósea a los 65 años de edad y/o mayor a los 50 años dependiendo del riesgo clínico, sin embargo, debido a las implicaciones en la salud de la osteoporosis en las mujeres menopaúsicas, es necesario identificar de forma temprana a las pacientes en peligro incluso menores a 50 años que hayan entrado en este período, para poder aplicar medidas de prevención que disminuyan el impacto negativo en su calidad de vida, pudiéndose utilizar índices de fácil aplicación como el SCORE (5).

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio cuantitativo de tipo descriptivo de corte transversal de la prevalencia y factores de riesgo de osteoporosis las pacientes con diagnóstico de menopausia que acuden a consulta externa en el área de medicina interna del Hospital Vicente Corral

Moscoso durante un periodo de 1 año comprendido entre octubre 2018 y junio 2019, el mismo que se llevó a cabo mediante la recolección de datos en un formulario de información, previa firma de un consentimiento informado.

Se eligieron las unidades de análisis las mismas que fueron transcritos en el programa Excel para Windows que luego de ser aleatorizadas se migraron al paquete estadístico, procesada por el programa SPSS versión 15 (Statistical Product and Service Solutions for Windows), posterior al análisis de los datos obtenidos a través de la entrevista de las pacientes, se procedió a la elaboración de una base de datos que conste de todas las variables, las cuantitativas fueron expresadas como medias. Las variables cualitativas se expusieron en frecuencias y porcentajes a través de gráficos y tablas, la evaluación de las cuantitativas se realizó mediante ANOVA de un factor, la evaluación de las cualitativas se realizó mediante la prueba de Chi² tomándose como referencia para las diferencias estadísticamente significativas una p menor de 0,05.

RESULTADOS

En la Tabla I, se exhibe la distribución de frecuencia de las variables sociodemográficas de las pacientes menopáusicas estudiadas, observando que 3 de cada 10 mujeres tuvo entre 40-49 años de edad y 4 de cada 10 entre 50-59 años de edad. En relación a la etnia, la totalidad de las pacientes fueron mestizas, por otro lado, 6 de cada 10 mujeres tuvo educación primaria, así como también vive en zonas urbanas y estuvieron casadas.

Riesgo de osteoporosis mediante el índice score: En la Tabla II, se muestra la frecuencia de los antecedentes de riesgo de osteoporosis que son utilizados para calcular el Índice SCORE, evidenciando que casi 3 de cada 10 mujeres menopáusicas padece artritis reumatoide, mientras que 6 de cada 10 mujeres niega uso previo de estrógenos y 2 de cada 10 mujeres tiene antecedente de fractura no traumática.

TABLA I
EDAD, RAZA, NIVEL DE INSTRUCCIÓN,
RESIDENCIA Y ESTADO CIVIL DE LAS
PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE
MENOPAUSIA DE LA CONSULTA DE MEDICINA
INTERNA DEL HOSPITAL VICENTE CORRAL
MOSCOSO. 2018-2019.

	n	%
Edad		
40-49 años	82	30,1
50-59 años	110	40,4
60-69 años	67	24,6
70 años o más	13	4,9
Total	272	100,0
Etnia		
Mestiza	272	100,0
Nivel de instrucción		
Analfabeta	10	3,7
Primaria	165	60,7
Secundaria	76	27,9
Superior	21	7,7
Total	272	100,0
Residencia		
Rural	96	35,3
Urbano	176	64,7
Total	272	100,0
Estado civil		
Soltera	42	15,4
Casada	165	60,7
Divorciada	34	12,5
Viuda	18	6,6
Unión libre	13	4,8
Total	272	100,0

Edad media: 54,7 ± 8,5.

TABLA II
 ANTECEDENTES DE RIESGO
 DE OSTEOPOROSIS EN LAS PACIENTES
 CON DIAGNÓSTICO DE MENOPAUSIA
 DE LA CONSULTA DE MEDICINA INTERNA
 DEL HOSPITAL VICENTE CORRAL
 MOSCOSO. 2018-2019.

	n	%
Artritis reumatoide		
Sí	77	28,3
No	195	71,7
Total	272	100,0
Uso previo de estrógenos		
Sí	102	37,5
No	170	62,5
Total	272	100,0
Fracturas no traumáticas		
No	215	79,0
1 fractura	49	18,0
2 fracturas	6	2,2
3 o más	2	0,8
Total	272	100,0

El nivel de riesgo de osteoporosis según el Índice SCORE se muestra en la Tabla III así como su influencia sobre la edad, se obtuvo una media de la puntuación de 8,7 y una mediana de 8, con un rango entre -9 a 26 y encontrando que 6 de cada 10 pacientes diagnosticadas con menopausia tienen

riesgo (moderado-alto) de padecer la patología. Por otro lado, se evidenció que a mayor categoría del índice incrementa la media de edad de las mujeres menopáusicas, siendo estas diferencias estadísticamente significativas con un valor p igual a 0,001. Al aplicar la prueba de Tukey, se evidenció que las pacientes con riesgo bajo de osteoporosis tienen una media de edad menor comparadas a las pacientes con riesgo moderado ($p = 0,001$) y alto ($p = 0,001$).

En la Tabla IV, se presenta la clasificación del nivel de riesgo según las variables sociodemográficas, en esta, la etnia no fue analizada, debido a que el 100% de las pacientes fueron mestizas por lo que no se encuentran diferentes categorías.

En pacientes con diagnóstico de menopausia, la edad mayor a 50 años se asoció significativamente al Índice SCORE ($\text{Chi}^2 = 85,094$; $p = 0,001$), observando que 8 de cada 10 mujeres con esta edad tienen una probabilidad significativa (moderada-alta) de padecer osteoporosis, por el contrario, casi 8 de cada 10 mujeres menores a 50 años tuvieron riesgo bajo de la enfermedad.

No se encontró asociación significativa entre el nivel de riesgo del Índice SCORE con la instrucción académica ($\text{Chi}^2 = 6,394$; $p = 0,380$), la residencia ($\text{Chi}^2 = 0,788$; $p = 0,674$) y el estado civil ($\text{Chi}^2 = 12,691$; $p = 0,123$).

TABLA III
 EDAD E ÍNDICE SCORE EN LAS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE MENOPAUSIA DE LA
 CONSULTA DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO. 2018-2019.

Índice SCORE	Edad		p^*	vs riesgo bajo**	vs riesgo moderado**	Vs riesgo alto**
	n	%				
Riesgo bajo	98	36,0	48,1 ± 5,2	0,001	-	0,001
Riesgo moderado	144	52,9	57,4 ± 7,1		0,001	-
Riesgo alto	30	11,1	63,4 ± 8,4		0,001	0,001
Total	272	100,0	54,7 ± 8,5			-

DE: desviación estándar. * Prueba ANOVA de un factor. ** Prueba de Tukey.

TABLA IV
RIESGO DE OSTEOPOROSIS SEGÚN LAS VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS DE LAS PACIENTES
CON DIAGNÓSTICO DE MENOPAUSIA DE LA CONSULTA DE MEDICINA INTERNA
DEL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO. 2018-2019.

	Índice SCORE						Chi ² (p)*
	Riesgo bajo		Riesgo moderado		Riesgo alto		
	n	%	N	%	N	%	
Edad							85,094 (0,001)
< 50 años	63	76,8	17	20,7	2	2,5	
≥ 50 años	35	18,4	127	66,8	28	14,8	
Total	98	36,0	144	52,9	30	11,1	
Nivel de instrucción							6,394 (0,380)
Analfabeta	1	10,0	7	70,0	2	20,0	
Primaria	55	33,3	92	55,8	18	10,9	
Secundaria	34	44,7	34	44,7	8	10,6	
Superior	8	38,1	11	52,4	2	9,5	
Total	98	36,0	144	52,9	30	11,1	
Residencia							0,788 (0,674)
Rural	33	34,4	54	56,2	9	9,4	
Urbano	65	36,9	90	51,2	21	11,9	
Total	98	36,0	144	52,9	30	11,1	
Estado civil							12,691 (0,123)
Soltera	13	31,0	23	54,8	6	14,2	
Casada	68	41,2	83	50,3	14	8,5	
Divorciada	10	29,4	19	55,9	5	14,7	
Viuda	3	16,7	10	55,6	5	27,7	
Unión libre	4	30,8	9	69,2	0	0	
Total	98	36,0	144	52,9	30	11,1	

*Prueba chi².

DISCUSIÓN

La osteoporosis es una de las principales patologías que aquejan a la mujer postmenopáusica y que al presentarla disminuye significativamente su calidad de vida, teniendo riesgo de fracturas no traumáticas de difícil manejo como columna vertebral, cadera o muñeca. Este estudio permitió conocer el riesgo de esta enfermedad en mujeres diagnosticadas como menopáusicas que asisten al Hospital Vicente Corral Moscoso; de esta

manera se podrán diseñar estrategias de prevención en base a estos datos autóctonos.

En primer lugar, la edad media evidenciada en este estudio fue de 54,7 años de edad con una desviación estándar que corresponde a la mediana lo que sugiere una distribución normal de la variable, confirmada por medio de la prueba de normalidad. Esta cifra es similar a la presentada por Aggarwal y cols., en mujeres peri y postmenopáusicas en India, con una edad media de 51 años en aquellas con baja densidad mineral y

de 53 años de edad en las pacientes sin esta alteración (6).

Por el contrario, este resultado difiere a lo reportado por Blundell y cols., en el año 2006 en España, en una investigación de cribado de osteoporosis que incluyó a 100 mujeres, con una edad media de 64 años con un rango de edad entre 50-83 años (7); así como por Reyes y Moreno en el mismo país, incluyendo a mujeres menopáusicas entre 49-85 años de edad, con una edad media de 65 años (8).

Algunos estudios indican que la edad en la que ocurre la menopausia natural difiere en los países en vías de desarrollo como los de la región latinoamericana, siendo esta más temprana en comparación a los países de desarrollados como Estados Unidos que tienen una edad media de inicio de menopausia en torno a los 50-52 años (9). Esto podría ser la causa de estas diferencias ya que en este análisis se incluyeron pacientes mayores a 40 años de edad.

En cuanto a las otras variables sociodemográficas, la totalidad de mujeres menopáusicas fueron mestizas, con mayor frecuencia de educación primaria, residencia en zonas urbanas y casadas. Estos factores sociodemográficos dependen en gran medida de la población estudiada, teniendo en consideración por ejemplo que, en países como Ecuador, predomina la raza mestiza, donde el 89,6% se auto-identifica de esta manera (10).

Por el contrario, en una investigación realizada en Estados Unidos para realizar un cribado de osteoporosis en mujeres entre 50-64 años de edad utilizando el Índice SCORE, se encontró que el 72,2% de las participantes eran caucásicas, 17,3% afroamericanos y 8,1% hispánicos donde se engloban la migración de habla hispana de Centro y Suramérica (11).

Asimismo, en la Provincia de Azuay, la mayoría son casadas y poseen una media de instrucción académica de 8 años (dentro del nivel secundario) (10); estos resultados poblacionales se asemejan con lo encontrado en

este estudio. A su vez, en un estudio en 100 mujeres europeas postmenopáusicas con osteoporosis, se evidenció una frecuencia de instrucción secundaria o menor de 78% y 58% de las mujeres refirieron estar casadas (12), mientras que, en Asia, en el Norte de China, Tian y cols., estudiaron a mujeres postmenopáusicas para determinar los factores asociados a osteoporosis, encontraron una frecuencia de educación secundaria o menor del 95% (13).

La importancia de tomar en cuenta estos factores sociodemográficos al estudiar enfermedades como osteoporosis, es determinar las poblaciones de riesgo que pueden variar según el país o localidad incluidos, para poder tomar medidas como mejorar la educación, reducir inequidades socioeconómicas entre grupos sociales o facilitar el acceso de salud en los sitios rurales.

Con respecto al segundo objetivo específico planteado, se aplicó el Índice SCORE en las mujeres menopáusicas de la investigación. Este índice incluye variables personales como edad, etnia y peso; así como otros antecedentes que son predictores de la enfermedad de estudio.

Al evaluar estos predictores de riesgo de osteoporosis, la frecuencia de artritis reumatoide diagnosticada en las mujeres menopáusicas estudiadas fue de 28,3%, mientras que el uso previo de estrógenos fue del 37,5%. Por el contrario, en el estudio de cribado de la patología en mujeres postmenopáusicas de Estados Unidos, se encontró una frecuencia de artritis reumatoide de 5% y 44,7% refirió utilización de terapia de reemplazo hormonal (11), por lo tanto, el perfil de riesgo de osteoporosis de las pacientes en esta investigación fue peor al compararlo con estas cifras.

Como se ha reportado en estudios, las pacientes con artritis reumatoide y menopausia poseen una mayor probabilidad de osteoporosis, debido al perfil inflamatorio de la enfermedad que estimula la resorción ósea, además de que muchas de ellas también toman glucocorticoides con efectos negativos

en el tejido óseo, lo que podría aminorarse con el uso de estrógenos (14).

La terapia de reemplazo hormonal posee efectos positivos sobre la densidad ósea y reducen el riesgo de fracturas, aunque generalmente se asocia a efectos adversos (cáncer de mama, hiperplasia endometrial, tromboembolismo venoso). Algunos estudios sugieren el uso de estrógenos a baja dosis y de administración transdérmica, los cuales han presentado menos incidencia de estos efectos indeseados, en comparación a los regímenes orales, por lo que se puede considerar su uso para la prevención primaria y tratamiento en candidatas específicas según las últimas evidencias del perfil de seguridad a largo plazo que vayan surgiendo (15).

En relación a las fracturas no traumáticas, el 21% de las mujeres menopáusicas evaluadas en esta investigación tuvo 1 o más de estas complicaciones. Esta cifra es elevada si se comparan a las reportadas previamente por Guevara y cols., en dos Hospitales de la ciudad de Cuenca, incluido el centro asistencia donde se llevó a cabo este estudio. En su reporte caso control, observó un antecedente de fracturas de 9,8% en 112 mujeres postmenopáusicas con osteoporosis, similar a un 13,6% en las pacientes control (16). A su vez, en una investigación en 1.102 mujeres de Estados Unidos realizada por Geusens y cols., se evidenció una frecuencia de fracturas no traumáticas del 14% (17), que al compararse con este estudio (21%) son cifras bajas.

Se aplicó el Índice SCORE y se obtuvo una media de la puntuación de 8,7 y una mediana de 8, con un rango entre -9 a 26. En el estudio de desarrollo y validación del cuestionario, la autora Lydick observó valores en un rango similar entre -12 y 28 puntos (18), de igual manera, Von Mühlen y cols., en una investigación realizada en California-Estados Unidos, evaluó a mujeres de raza blanca por medio del Índice SCORE, obteniendo valores entre -7 y 30 puntos (19).

Al clasificar el nivel de riesgo, 64% de las mujeres menopáusicas tuvieron probabi-

lidad de padecer osteoporosis (6 de cada 10), es decir una puntuación mayor a 6 (52,9% riesgo moderado y 11,1% riesgo alto) por lo tanto, es necesario evaluar su densidad mineral ósea. Estas cifras son elevadas en comparación a otras investigaciones como la de Rosales y cols., en México que reporta una prevalencia de osteoporosis del 13,6% (20) y por Blundell y cols., en España por medio de diversas herramientas auto-administrada similares al SCORE, encontrando un riesgo de osteoporosis entre 11-14,3% (7).

En este sentido, González-Ruiz y cols., en Colombia realizaron un estudio que incluyó más de 400 pacientes en Santa Marta, de las cuáles 16% tenían menos de 50 años de edad y 27% padeció osteoporosis (21) y en Cuenca-Ecuador en pacientes menopáusicas del Hospital José Carrasco Arteaga, se encontró una frecuencia de osteoporosis del 35% entre el 2010-2011 (22), siendo igualmente baja comparada a la de este estudio. Por el contrario, en mujeres postmenopáusicas de España entre 49 a 85 años de edad, encontraron un riesgo de osteoporosis del 50% (8), que se asemeja al 64% obtenido en este análisis.

El tercer objetivo específico estima las diferencias del nivel de riesgo de osteoporosis entre las variables sociodemográficas como edad, nivel de instrucción, residencia y estado civil, aplicándose la prueba χ^2 para determinar la significancia estadística.

La edad fue una variable sociodemográfica que se relacionó de forma significativa con el riesgo de osteoporosis, encontrándose un incremento progresivo de esta a medida que el riesgo se elevaba, similar a lo reportado en un estudio llevado a cabo en el Hospital Arteaga de la ciudad de Cuenca, evaluando a 125 pacientes menopáusicas con osteoporosis con una edad media de 64 años y 229 pacientes menopáusicas sin esta enfermedad que exhibieron una edad media igual a 59 años, con diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,001$) (22).

En este sentido, la frecuencia de riesgo de osteoporosis (moderado-alto) en las

mujeres menopáusicas mayores a 50 años fue de 81,6% (8 de cada 10 en este rango de edad) con una asociación estadísticamente significativa ($p = 0,001$). Este porcentaje es elevado y es diferente a los publicados en el estudio de Rosales y cols., en México, donde evidenció que el 32% de las mujeres mayores a 51 años padeció esta patología (20) y por Tian y cols., en el Norte de China, que evaluó a 324 mujeres postmenopáusicas, de las cuales ninguna tuvo osteoporosis entre los 40-49 años de edad, 1,9% en aquellas entre 50-59 años, 11% entre 60-69 años y 26% en las mayores a 70 años de edad (13).

Este estudio incluyó pacientes entre 40-45 años, lo puede sugerir que en la localidad no es inusual que las mujeres entren en período menopáusico en este rango etario, generando un mayor riesgo de complicaciones a medida que la mujer siga envejeciendo (por ejemplo, cuando cumplan más de 60 años).

Muchos factores influyen en la edad de inicio de la menopausia, entre estas causas personales como edad de menarquía, edad del primer embarazo, paridad o peso; así como variables sociodemográficas como el nivel de instrucción académica o el nivel socioeconómico en países en vías de desarrollo, probablemente relacionado con hipoxemia durante el parto o malnutrición que afectan el desarrollo folicular de las mujeres (23).

El rango de tiempo para el inicio de la menopausia en la localidad podría explicar la alta frecuencia de riesgo de osteoporosis en el estudio realizado, es decir, las mujeres con más de 50 años estudiadas en el Hospital entraron en esta etapa en torno a los 40 años y han tenido un período de exposición mayor.

Esta es una hipótesis que debe ser estudiada en investigaciones posteriores de diseño prospectivo, en el cual se siga por un período mínimo de 10 años a estas mujeres menopáusicas entre 40-45 años hasta los 50 años y se compare la frecuencia de complicaciones frente a las que fueron diagnosticadas recientemente a los 50 años.

Por otro lado, no se encontró asociación estadísticamente significativa al aplicar la prueba χ^2 entre el riesgo de osteoporosis y el nivel de instrucción, la residencia o el estado civil. De igual manera, Bijelic y cols., en un estudio caso control de mujeres postmenopáusicas en Bosnia que incluyó a 100 pacientes con osteoporosis y 100 mujeres sin esta patología, no evidenciaron asociación significativa con la educación ($p = 0,872$) y el estatus marital ($p = 0,330$) al aplicar la prueba χ^2 , los factores asociados a osteoporosis que encontraron fueron el fumar y no realizar actividad física (12).

Por el contrario, Tian y cols., en el Norte de China, obtuvieron datos que confirmaron una asociación estadísticamente significativa entre el nivel de instrucción y la osteoporosis ($p < 0,001$), donde las mujeres postmenopáusicas sin esta patología tuvieron una mayor frecuencia de educación del tercer nivel (12%) al compararse con las que presentaron osteoporosis (4,6%). A su vez, no encontraron asociación significativa entre el lugar de residencia (urbano o rural) con la frecuencia de esta enfermedad ($p = 0,409$) (13).

En Cuenca-Ecuador, Guevara y cols., evidenciaron que la condición socioeconómica baja se asoció a osteoporosis en mujeres postmenopáusicas estudiadas en el Hospital Vicente Corral Moscoso y José Carrasco Arteaga durante un período de estudio de un año ($p = 0,009$) (16), si bien, en este análisis no se incluyó de forma directa la medición de la condición socioeconómica, esta se relaciona de manera estrecha con el nivel de instrucción y el lugar de residencia, siendo diferente a lo obtenido ya que en esta investigación no se encontró diferencias en el nivel de riesgo de osteoporosis según estas variables.

La edad parece ser el principal factor sociodemográfico asociado al riesgo de osteoporosis. Otras causas encontradas en este estudio, podrían ser la mayor frecuencia de artritis reumatoide y bajo uso de estrógenos previos, comparado a otras

poblaciones como se comentó previamente. La hipótesis del reporte se confirmó, donde el 81,6% de las mujeres postmenopáusicas mayores a 50 años presentan riesgo de osteoporosis y sus complicaciones como fracturas no traumáticas. Por lo tanto, el uso de esta herramienta en la localidad permite identificar a pacientes que requieren estudios especializados.

Este estudio presenta limitaciones que deben considerarse al interpretar los resultados: en primera instancia, tiene un diseño transversal por lo tanto carece de poder estadístico para determinar relación causa-efecto, solo asociación entre las variables, pero al ser la edad un factor no modificable, se asume que es esta la que influye sobre el riesgo de osteoporosis. Además, no se toman en cuenta otras variables confusoras que pueden interceder en esta relación, por ejemplo, la edad de menarquia o la edad de inicio de la menopausia.

CONCLUSIONES

El Índice SCORE fue aplicado a mujeres menopáusicas del Hospital Vicente Corral Moscoso, demostrando su utilidad como predictor de riesgo de osteoporosis.

De las mujeres menopáusicas evaluadas, la media de edad fue de 54,7 años y la totalidad fue de etnia mestiza; mientras que la mayoría refirió nivel de instrucción primaria, residir en sitios urbanos y estar casada.

El riesgo de osteoporosis mediante el Índice SCORE fue predominantemente moderado a alto, es decir, que 6 de cada 10 mujeres estudiadas tiene un riesgo significativo de padecer esta patología.

La edad mayor a 50 años se asoció con el Índice SCORE en donde 8 de cada 10 mujeres menopáusicas en esta edad tienen riesgo moderado a alto de osteoporosis ($p = 0,001$), por otro lado, al clasificar el nivel de riesgo según el nivel de instrucción, residencia y estado civil, no hubo asociación estadísticamente significativa.

REFERENCIAS

1. **Ji MX, Yu Q.** Primary osteoporosis in postmenopausal women. *Chronic Dis Transl Med* 2015 Mar 21;1(1):9-13.
2. **Berriche O, Chiraz A, Othman RB, Souheila H, Lahmer I, Wafa C, et al.** Nutritional risk factors for postmenopausal osteoporosis. *Alex J Med* 2016;53(2):187-192.
3. **Watts NB.** Postmenopausal Osteoporosis: A Clinical Review. *J Womens Health (Larchmt)* 2018;27(9):1093-1096
4. **Johnell O, Kanis JA.** An estimate of the worldwide prevalence and disability associated with osteoporotic fractures. *Osteoporos Int* 2006 Dec;17(12):1726-1733.
5. **Cosman F, de Beur SJ, LeBoff MS, Lewiecki EM, Tanner B, Randall S, Lindsay R; National Osteoporosis Foundation.** Clinician's Guide to Prevention and Treatment of Osteoporosis. *Osteoporos Int* 2014;25(10):2359-2381.
6. **Aggarwal N, Raveendran A, Khandelwal N, Sen RK, Thakur JS, Dhaliwal LK, Singla V, Manoharan SR.** Prevalence and related risk factors of osteoporosis in peri- and postmenopausal Indian women. *J Midlife Health* 2011;2(2):81-85.
7. **Barris Blundell D, Rodríguez Zarzuelo C, Sabio Sánchez B, Gutiérrez Álvarez JL, Navarro Visa E, Muñoz Valdés O, Garrido Jiménez B, Gómez RS.** Screening for osteoporosis among post-menopausal women in community pharmacy. *Pharm Pract (Granada)* 2006;4(2):95-101.
8. **Reyes J, Moreno J.** Prevalencia de osteopenia y osteoporosis en mujeres posmenopáusicas. *Aten Primaria* 2005;35(7):342-345.
9. **Eastell R, O'Neill TW, Hofbauer LC, Langdahl B, Reid IR, Gold DT, Cummings SR.** Postmenopausal osteoporosis. *Nat Rev Dis Primers* 2016; 29;2:16069.
10. **Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC).** Fascículo Provincial Azuay: resultados del censo 2010 de población y vivienda en el Ecuador [Internet]. 2012. Disponible en: <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/wp-content/descargas/Manualateral/Resultados-provinciales/azuay.pdf>
11. **Crandall CJ, Larson JC, Watts NB, Gourlay ML, Donaldson MG, LaCroix A, Cauley JA, Wactawski-Wende J, Gass ML, Robbins JA, Ensrud KE.** Comparison of fracture

- risk prediction by the US Preventive Services Task Force strategy and two alternative strategies in women 50-64 years old in the Women's Health Initiative. *J Clin Endocrinol Metab.* 2014;99(12):4514-4522.
12. **Bijelic R, Milicevic S, Balaban J.** Risk Factors for Osteoporosis in Postmenopausal Women. *Med Arch.* 2017;71(1):25-28.
 13. **Tian L, Yang R, Wei L, Liu J, Yang Y, Shao F, Ma W, Li T, Wang Y, Guo T.** Prevalence of osteoporosis and related lifestyle and metabolic factors of postmenopausal women and elderly men: A cross-sectional study in Gansu province, Northwestern of China. *Medicine (Baltimore).* 2017;96(43):e8294.
 14. **Talsania M, Scofield RH.** Menopause and Rheumatic Disease. *Rheum Dis Clin North Am.* 2017 May;43(2):287-302.
 15. **Levin VA, Jiang X, Kagan R.** Estrogen therapy for osteoporosis in the modern era. *Osteoporos Int.* 2018 May;29(5):1049-1055.
 16. **Guevara S, Feicán A, Ochoa M, Arévalo C, Aguirre M.** Factores de riesgo asociados a la osteoporosis posmenopáusica: Estudio de casos de los Hospitales Vicente Corral y José Carrasco. *Maskana.* 2013;4(1):17-27.
 17. **Geusens P, Hochberg MC, van der Voort DJ, Pols H, van der Klift M, Siris E, Melton ME, Turpin J, Byrnes C, Ross P.** Performance of risk indices for identifying low bone density in postmenopausal women. *Mayo Clin Proc.* 2002 Jul;77(7):629-637.
 18. **Lydick E, Cook K, Turpin J, Melton M, Stine R, Byrnes C.** Development and validation of a simple questionnaire to facilitate identification of women likely to have low bone density. *Am J Manag Care.* 1998 Jan;4(1):37-48.
 19. **Von Mühlen D, Visby Lunde A, Barrett-Connor E, Bettencourt R.** Evaluation of the simple calculated osteoporosis risk estimation (SCORE) in older Caucasian women: the Rancho Bernardo study. *Osteoporos Int.* 1999;10(1):79-84.
 20. **Rosales-Aujang E, Muñoz-Enciso JM, Arias-Ulloa R.** Prevalencia de osteopenia y osteoporosis en mujeres posmenopáusicas y su relación con factores de riesgo. *Ginecol Obstet México.* 2014;82(04):223-228.
 21. **González-Ruiz GE, Álvarez-Miño L, Borré-Ortiz YM, Oduber ER, Angarita NSS, Galeano NT.** Prevalencia y factores asociados a osteoporosis en pacientes de Santa Marta (Colombia). *Enferm Glob.* 9 de enero de 2016;15(1):153-63.
 22. **Cardenas G, Vásquez J.** Determinación de los factores de riesgo para osteoporosis en mujeres mayores de 50 años en el Hospital José Carrasco Arteaga periodo junio del 2010 a junio del 2011 [Internet] [Tesis]. [Cuenca, Ecuador]: Universidad del Azuay; 2011. Disponible en: <http://201.159.222.99/bitstream/datos/52/1/08493.pdf>
 23. **Castelo-Branco C, Blümel JE, Chedraui P, Calle A, Bocanera R, Depiano E, Figueroa-Casas P, Gonzalez C, Martino M, Royer M, Zuñiga C, Dulon A, Espinoza MT, Futchner C, Mostajo D, Soto E, Albernaz MA, Aravena H, Busquets M, Campodonico I, Germain A, Alba A, Baron G, Gomez G, Monterrosa A, Onatra W, Broutin G, Manzano B, Gabriela A, Hidalgo L, Leon P, Orbea M, Sanchez H, Vallejo S, Vallecillo G, Hernandez-Bueno J, Motta E, Andrade R, Tserotas K, Gonzalez MC, Benitez Z, Calle E, Danckers L, Del Castillo A, Izaguirre H, Ojeda E, Rojas J, Bencosme A, Lima S, Motta E, Figueroa-Casas P.** Age at menopause in Latin America. *Menopause.* 2006;13(4):706-712.