

Revista Killakana Salud y Bienestar

Volumen 4, Número 4, número especial 2020

ISSN impreso: 2528-8016

ISSN electrónico: 2588-0640



**UNIVERSIDAD
CATÓLICA DE CUENCA**
COMUNIDAD EDUCATIVA AL SERVICIO DEL PUEBLO

Cuenca, Diciembre de 2020

Revista Killakana Salud y Bienestar

ISSN IMPRESO: 2528-8016

ISSN ELECTRÓNICO: 2588-0640

Departamento de Posgrado, Investigación
Vinculación con la Sociedad y Publicaciones
de la Universidad Católica de Cuenca

✉ Av. de Las Américas y Humbolt

Código Postal 010101, Cuenca - Ecuador

✉ killkana.investigacion@ucacue.edu.ec

☎ Central telefónica:

+593 (7) 2-830-751

+593 (7) 2-824-365

+593 (7) 2-826-563

🌐 <http://www.ucacue.edu.ec>

🌐 <http://killkana.ucacue.edu.ec>

Volumen 4, Número 4

Publicación trianual



Director de la revista

Ing. Humberto Salamea Carpio, Mgs.

Editor de la revista

Lic. Marilin Balmaseda Mederos, MSc.

Diseño, diagramación y maquetación en \LaTeX

Ing. Rodolfo Barbeito Rodriguez

English texts revision/edition

Lic. Tania Cecilia Bustamante Saavedra, Mgs.

Impresión: Editorial Universitaria Católica (EDÚNICA)

El sistema tipográfico empleado para componer la revista es \LaTeX , software libre utilizado para la comunicación y publicación de documentos científicos de alta calidad.

Índice general

Violencia de género en mujeres Azogueñas	1
<i>María de los Ángeles Estrella González*, Andrés Alexis Ramírez Coronel, Rosa Elvira Minchala Urgilés, Luis Francisco Altamirano Cardenas</i>	
Factores asociados a la automedicación en adultos	9
<i>Clara Esperanza Suqui Belesaca, Rocio Parra-Pérez*, Stephany Paladines-Calle, Edison Gustavo Moyano Brito</i>	
Riesgo ocupacional y autocuidado en enfermería, en atención primaria de salud	15
<i>Tania Carolina Pérez López*, Liliana Elizabeth Sotamba Aucapiña, Nataly Quito Peralta, Cristina Urgilés Barahona, Fabricio Israel Febres Calderón</i>	
Aplicación de la escala MNA en adultos mayores de la parroquia Quingeo - Cuenca, 2018	25
<i>Gabriela Liliana Jarro Calle*, Fanny Cecilia Rodríguez Quezada, Edison Gustavo Moyano Brito, Rommel Patricio Guachizaca Uyaguari</i>	
Prevalencia y factores asociados al traumatismo craneoencefálico en adultos entre 20 a 50 años que acuden al servicio de emergencia del hospital Vicente Corral Moscoso, periodo enero-junio 2018	31
<i>María Castro-Pomaquiza, Pablo Lazo-Pillaga, Johnny Vizuela-Carpio, María José Serrano-Serrano, Nube Pacurucu-Avila*</i>	
Infección del sitio quirúrgico en pacientes apendicectomizados por técnica abierta y laparoscópica, Cuenca, Ecuador	37
<i>Juan Andrés Ávila Narváez*, Jorge Eduardo Ávila Narváez, Jessica Gabriel Vásquez Cevallos, Carlos Ivan Aguilar Gaibor, Edison Gustavo Moyano Brito</i>	
Frecuencia y caracterización del trauma de tórax. Cuenca – Ecuador	45
<i>Jorge Eduardo Ávila Narváez*, Juan Andrés Ávila Narváez, Jessica Gabriel Vásquez Cevallos, Lisette Espinosa Martín, Edison Gustavo Moyano Brito</i>	
El fenómeno de <i>sexting</i> en adolescentes, Cuenca-Ecuador	51
<i>María Magdalena Piedra Argudo, Jeanneth Tapia Cárdenas*, José Luis Once Campo-verde, Zoila Katherine Salazar Torres, Vinicio Marcelo Tenemaza Ruilova</i>	
Perfil clínico y epidemiológico en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal, Cuenca - Ecuador	59

Luis Enrique Peralta Castro, Santiago Andrés Muñoz Palomeque, Gina Paola Peralta Castro, Jeanneth Tapia Cárdenas, Edison Gustavo Moyano Brito*

Patrones de crecimiento estatural y maxilofaciales en niños de 6 a 12 años de la ciudad de Cuenca	69
<i>Moyano Brito Edison Gustavo*, Pacurucu Ávila Nube Johanna, Villalobos Inciarte Noren Enrique, García López Roberto Antonio</i>	
Estado de salud de los adultos mayores institucionalizados de la ciudad de Cuenca	75
<i>Pacurucu Ávila Nube Johanna*, Moyano Brito Edison Gustavo, Parra Quevedo Katyna Cecilia, Peralta Cárdenas María Fernanda. Aguilar Valenzuela Josué Francisco</i>	
Percepción de los pacientes con insuficiencia renal crónica sobre los cuidados proporcionados por el personal de enfermería del centro de hemodiálisis Dialvida Ambato	81
<i>Rosa Mercedes Castillo Siguencia, Mishel Abigail Guerra Castillo, Edison Gustavo Moyano Brito, Nube Johanna Pacurucu Avila</i>	
Anemia durante el tercer trimestre del embarazo, Cuenca – Ecuador	89
<i>María Cecilia Ochoa Hurtado, Julio César Cárdenas Mateus, Jeanneth Patricia Tapia Cárdenas, Zoila Katherine Salazar Torres, Edison Gustavo Moyano Brito</i>	
Factores asociados al trato humanizado del personal de enfermería a usuarios ingresados en el hospital de especialidades José Carrasco Arteaga. Cuenca - 2019	99
<i>Lucia Gabriela Chin Orbes*, Johanna Melina Roldan Morales, Marcia Yolanda Cobos Alvarracín, Johnny Fabián Vizuela Carpio, Paola Valeria Rivera Asitimbay</i>	
Instructivo para la preparación de manuscritos en la revista Killkana Salud y Bienestar	107
<i>Comite editor Revista Killkana Salud y Bienestar</i>	
Sistema y proceso de arbitraje de la revista Killkana Salud y Bienestar	111
<i>Comite editor Revista Killkana Salud y Bienestar</i>	

Violencia de género en mujeres Azogueñas

Gender-based violence in women Quicksilver

María de los Ángeles Estrella González*^{1,2}, Andrés Alexis Ramírez Coronel¹, Rosa Elvira Minchala Urgilés¹, Luis Francisco Altamirano Cardenas¹

¹ Universidad Católica de Cuenca, Ecuador

² Universidad del Zulia, Maracaibo, Venezuela

*maria.estrella@ucacue.edu.ec

DOI: <https://doi.org/10.26871/killkanasalud.v4i4.741>

Resumen

Contexto: La violencia de género es un tema que genera impacto a nivel mundial, además de ser un problema de salud pública, ya que existe cifras elevadas de violencia patrimonial, psicológica, física y sexual que suceden diariamente y que no son reportados por temor, omisión y justificación, es por ello que nace la importancia de realizar la presente investigación. **Objetivo:** Describir la violencia de género en mujeres que acuden al Centro de Salud de Azogues. **Metodología:** Estudio no experimental de tipo descriptivo, analítico, prospectivo y de corte transversal con un enfoque cuantitativo. Los participantes fueron Mujeres de 15 a 49 años de edad que acuden a consulta externa. Se diseñó una encuesta que incluía factores sociodemográficos y constaba de 27 preguntas, que recogían datos sobre los tipos de violencia patrimonial, psicológica, física y sexual. **Resultados:** de 351 mujeres que conformaban la muestra establecida, en donde más del 50 % pertenecía a la población de adulto joven, manifestaron violencia patrimonial 22,5 %, Psicológica 45,6 %, Física 20,8 % y sexual el 13,1 %. Existiendo un nivel de significancia positiva entre la edad y la violencia patrimonial, psicológica y física, estado civil con todos los tipos de violencia y el nivel de instrucción con un nivel de significancia negativa con relaciona a la violencia patrimonial, psicológica y física.

Palabras clave: violencia de género, mujeres, consulta externa.

Abstract

Gender violence is an issue that generates worldwide impact, in addition to being a public health problem, since there are high levels of patrimonial, psychological, physical and sexual violence that occur daily and are not reported due to fear, omission and Justification, that is why the importance of carrying out this research is born. Describe gender violence in women who attend the Health Center of Azogues. Non-experimental study of descriptive, analytical, prospective and cross-sectional type with a quantitative approach. The participants were Women 15 to 49 years of age who went to an outpatient clinic. A survey was designed that included sociodemographic factors and consisted of 27 questions, which collected data on the types of patrimonial, psychological, physical and sexual violence. Results were obtained from 351 women who made up the established sample, where more than 50% belonged to the young adult population, they showed patrimonial violence 22.5%, Psychological 45.6%, Physical 20.8% and sexual 13, one%. There is a level of positive significance between age and patrimonial, psychological and physical violence, marital status with all types of violence and the level of instruction with a level of negative significance related to patrimonial, psychological and physical violence.

Keywords: gender violence, women, external consultation .

1 Introducción

En el año de 1994 la Organización Panamericana de Salud (OPS), en la Declaración de la Conferencia Interamericana sobre Sociedad, Violencia y Salud reconoce a La Violencia como un problema que afecta a toda la población. En la Conferencia Internacional de Las Naciones Unidas Sobre Población y Desarrollo realizada en el Cairo, se reconoció que los derechos reproductivos son derechos humanos, que la violencia de género es un obstáculo a los derechos reproductivos de las mujeres, salud sexual, educación, participación y desarrollo.¹

La violencia de género es considerada como un problema de Derechos Humanos y de Salud Pública, afectando principalmente a las mujeres de todo el mundo sin importar clase social, etnia, cultura, edad, escolaridad y niveles de atención de salud, generando un impacto en la sociedad. Es registrada por la sociedad que le da existencia, tolera y justifica a quien comete este tipo de vulneración, cuya definición se manifiesta como todo acto que provoca daño: patrimonial, psicológica, físico y sexual, atentando contra la calidad de vida y el entorno de la mujer.²

De acuerdo a Grossman³ la violencia de género es toda acción ejercida por una o varias personas, provocando de manera intencionada sufrimientos, maltratos y manipulaciones, atentando contra su dignidad.

Género es considerado un grupo de características culturales, políticas, jurídicas y económicas en donde la sociedad le atribuye lo que considera apropiado para hombres y mujeres.⁴

El primer nivel de atención es la puerta de entrada a los servicios de salud, resuelve problemas y necesidades un 85 %, siendo el primer contacto que tiene el usuario con los profesionales de salud.⁵

Los tipos de violencia que abarca la presente investigación son: Violencia Patrimonial donde el agresor utiliza los mecanismos para privarle de dinero y bienes a la víctima; violencia psicológica implica la manipulación mediante amenazas y humillaciones, disminuyendo su autoestima; violencia física aquella que deja huellas, moretones, hematomas, lesiones y fracturas siendo visible ante las demás personas; violencia sexual vulneración sobre su sexualidad utilizando comportamientos íntimos y agresivos sin su consentimiento.⁶

Para desencadenar cualquier tipo de violencia existe un ciclo que se detalla a continuación: fase de acumulación de tensión donde el agresor se muestra irritable e insoponible y cualquier actitud de la víctima le disgusta; fase de explosión violenta aquí empiezan las agresiones, amenazas con acabar con la vida de la mujer y su entorno; fase de conciliación el agresor pide disculpas y demuestra que ha cambiado y escala de violencia en la cual el maltratador se ganó la confianza de la afectada y empieza nuevamente el ciclo de violencia.⁷

Los factores de riesgo que pueden llevar a una mujer para ser víctima de violencia son: Menor grado de escolaridad, historia de maltrato familiar, bajo nivel socioeconómico, inmigrantes, abuso de alcohol y drogas, machismo, mayor tasa de alfabetización en los hombres.⁸

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) las consecuencias de la violencia son las siguientes: muerte ya que el 38 % fueron asesinadas por sus parejas, lesiones 42 %, riesgo de abuso de alcohol, contraer enfermedades de transmisión sexual, depresión, enfermedades mentales, embarazos y abortos no deseados.⁹

Según la encuesta Nacional de Estadísticas y Censos (INEC), aplicada en el año 2011, la tasa de incidencia de la población femenina según escenarios de violencia en la provincia de Cañar son los siguientes: mujeres víctimas de abuso sexual antes de los 18 años con 86.4 %, haber sufrido violencia a lo largo de su vida con un 68.7 % y violencia por parte de su expareja 56,3 %.¹⁰

En Ecuador la violencia de género es un problema de estado, a pesar de que existen políticas, leyes que contribuyen a la erradicación sigue existiendo un alto índice de violencia; esto se evidencia en la Encuesta de Relaciones Familiares y Violencia de Género, el tipo de mayor porcentaje es la psicológica con un 53.9 %, física 38 %,

patrimonial 35.3 % y sexual 25.7 %, la misma que puede ser mayor por la pareja o expareja que por otras personas y en donde se muestra en mujeres divorciadas en un 85.4 % y un 78 % en mujeres separadas.¹¹ En la actualidad los roles de género dentro de la sociedad se comportan de acuerdo a lo que nuestra cultura determina; los mismos que se aprenden y adquieren dentro del núcleo familiar y social.¹²

El objetivo principal fue describir la Violencia de género en mujeres 15 a 49 años que acuden al Centro de Salud de Azogues.

De manera que se formuló la siguiente hipótesis: Los tipos de violencia de género están relacionados directamente con los factores sociodemográficos (edad, procedencia, etnia, estado civil, ocupación, nivel instrucción. Para el primero y segundo objetivo no se plantearon hipótesis ya que es un estudio netamente descriptivo.

Un estudio realizado en Ecuador sobre Violencia de género revela datos que 6 de 10 mujeres han sufrido algún tipo de violencia debido a diversos factores que las hacen vulnerables; ya sea por padecer algún tipo de discapacidad, ser indígenas o por el nivel socioeconómico bajo.¹³

La violencia de género es un problema no identificado correctamente por la población y esta sería la primera barrera que se debe romper para resolverlo satisfactoriamente. Se debe sensibilizar para tomar conciencia y así poder percibir de manera precoz, cualquier tipo de violencia y detenerla a tiempo de manera que no se desencadene situaciones que ponen en riesgo la vida de la víctima.¹⁴

Razón por lo que se realiza la presente investigación en mujeres de 15 a 49 años mediante la revisión bibliográfica de varios estudios, evidenciando un porcentaje alto de violencia sobre todo en mujeres indígenas con un nivel socioeconómico bajo, baja escolaridad, víctimas de violencia en la infancia, inmigrantes y parejas que abusan de sustancias estupefacientes son susceptibles a ser víctimas de violencia.

Contribuirá a describir los tipos de violencia de género, en mujeres que acuden a consulta externa debido a que en nuestra localidad no existe documentación o registro que especifique la situación de violencia que sufren las mujeres que acuden al Centro de Salud de Azogues.

2 Marco teórico o antecedentes

El surgimiento de nuevas enfermedades impacta a hombres y mujeres de manera diferente, provocando situaciones de desigualdad en los diferentes grupos de la población, en especial a los llamados “grupos vulnerables”.⁵ En el caso de la violencia de género, posiblemente la mayor parte de casos permanezcan invisibles y solo se denuncie entre un 25-28 %, son muchos los factores socio culturales que influyen en la decisión de la mujer para denunciar o poner un alto a la violencia, la Pandemia no solo llegó a afectar a la salud biológica y psicológicos, pues afectó en los ámbitos económicos, laborales, sanitarios y otras instancias como el Judicial, un sistema poco eficiente para hacer frente a la violencia.

La situación de la mujer se limita ante la posibilidad de denunciar, ¿será que no quiso contar o no cuenta con medios de comunicación oportunos? y si logró denunciar ¿cuál fue la respuesta de las diferentes entidades del estado, responsables de aplicar medidas de protección frente a la agresión?, pues las circunstancias actuales frente a la pandemia, se han convertido en un factor propiciante de episodios de opresión, incertidumbre y sumisión de la mujer ante la vulneración de derechos, actos que afecta no solo a la víctima, sino deja huellas en quienes están en el círculo de convivencia familiar.

Varios países, durante la pandemia del COVID-19, ante un contexto económico desfavorable han identificado escenarios poco confiables para aminorar la violencia de género, realidad que se ve afectado por el desempleo, la inestabilidad laboral y el rol productivo y reproductivo de la mujer en el hogar; en el caso de China en el segundo mes del año, se triplicó las denuncias por violencia de género; las llamadas de auxilio fueron en aumento en Colombia, México, Australia, Chipre y Estados Unidos (entre el 20 % al 91 %), en Francia la intervención de la policía en hogares reportados con violencia superó el 30 % en una semana, en el caso de España aparentemente disminuyó un 40 % las denuncias desde que dio inició el confinamiento, dato que obliga a deducir, que muchas mujeres se ven limitadas a realizar la denuncia por presencia del agresor en el hogar.⁷

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define a la violencia como “El uso intencional de la fuerza, o el poder físico, de hecho, o como amenaza, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones”.¹⁰

En Colombia, en los seis primeros meses del 2017, el número de casos por violencia de género llegaron a 1137, acentuada en la violencia física (697), seguida de la sexual (260), negligencia y abandono (114) y la psicológica en menor rango (260), las mujeres fueron más afectadas (76,6 %), quienes ubican su residencia en el área urbana (78,89 %).⁸

La violencia de género evidencia su afectación en las diversas etapas de la vida, estadísticas de las encuestas realizadas por el INEC 2019, 32 de cada 100 mujeres fueron víctimas de violencia: área urbana 33,3 % y rural 27,4 %; casada o unida 28,7 %; la edad más afectada entre los 15 a 44 años, la escolaridad no es un limitante para la violencia, pues los datos avizoran la presencia de la violencia en los diferentes niveles y estratos sociales y culturales, ímpetu que muchas veces no se la rechaza, más bien se la acepta.⁹

Por lo tanto, la violencia de género es toda acción ejercida por una o varias personas, provocando de manera intencional maltratos, sufrimientos, presión, y manipulación, de forma que atente sobre la dignidad de la persona.¹¹ Manifestada como una relación de poder, una situación de desigualdad e imposición del hombre hacia la mujer, ocasionando secuelas físicas, psicológicas, sexuales y patrimoniales, caracterizado por el uso de la fuerza, el chantaje y

amenazas, esta asimetría de jerarquía vulnera los derechos, restringe la posibilidad de la mujer de tomar decisiones asertivas en su vida o la culminación de su proyecto de vida.¹²

3 Metodología

3.1 Tipo de Investigación

Se realizó un estudio con un diseño no experimental de tipo descriptivo, analítico, prospectivo y de corte transversal con un enfoque cuantitativo.

3.2 Participantes

La población objetivo del estudio fue 22428 mujeres de la ciudad de Azogues en edades entre 18 y 49 años. La muestra se calculó utilizando el programa informático de datos Epidat 4.1, de acuerdo con los siguientes parámetros: a) Tamaño de la población= 22428 mujeres, b) Proporción esperada=10 %, c) Nivel de confianza= 95 %, d) Exactitud absoluta= 1 %. La muestra estaba constituida por 351 mujeres que asisten a la consulta externa. El muestreo fue aleatorio simple. Los criterios de inclusión fueron los siguientes: a) mujeres azogueñas, b) edades entre 18 y 49 años, y c) aceptar participar en la investigación.

3.3 Instrumentos

En primer lugar, se aplicó una encuesta de las variables sociodemográficas (edad, procedencia, etnia, estado civil, ocupación y nivel de instrucción) y posteriormente, para la recolección de datos se elaboró una Escala Violencia de Género en Mujeres (EVG), el cual fue aplicado a una muestra piloto con los estudiantes (n=80) de la Escuela de Enfermería Azogues. El cuestionario se tituló: de 15 a 49 años de edad que acuden al Centro de Salud N°1 de Azogues, explicándoles el motivo de estudio, confidencialidad y anonimato, recopilando datos de carácter sociodemográficos y preguntas sobre tipos de violencia, con un total de 27 preguntas (patrimonial 7, psicológica 8, física 7 y sexual 5). Se utilizó la escala de LIKERT con los siguientes ítems: muchas veces, pocas veces, una vez y nunca, la información fue tomada del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC), elaborada por los investigadores y validada por expertos: Mgs. Maritza Galán, Mgs Luis Astudillo, Mgs. Andrés Ramírez.

3.4 Procedimiento

Se realizó la construcción de la escala EVG-19 para las poblaciones ecuatoriana. Primero se efectuó la lectura de cada ítem, identificando los vocablos utilizados y su significado dentro de la lengua castellana y la cultura ecuatoriana. Como segundo paso, se les solicitó a seis profesionales (dos psicólogos sociales, dos especialistas en Violencia de Género y dos literarios) que evaluaron la redacción y comprensión de los enunciados, los cuales concluirán que la redacción neutral de cada enunciado los hace entendible para la población adulta seleccionadas. En tercer lugar, se aplicó a un grupo de 80 estudiantes (mujeres), para observar cómo responden los ítems de la Escala EVG-19

e identificar inconvenientes. Se leyó cada ítem comprobando la comprensión del enunciado y las alternativas de respuestas posibles, de esta forma también se verificó que cada persona contestar la totalidad de los ítems. Se solicitó el permiso a las autoridades de la Universidad Católica de Cuenca, para aplicar la escala EVG-19 en la ciudad de Azogues. Permitiendo el acceso a los estudiantes de la carrera de pregrado de enfermería, se entregó a cada adulto el consentimiento informado, que incluyó la solicitud de participación en el estudio y de los objetivos del estudio. Una vez obtenido el consentimiento aceptado de los adultos se procesó con el llenado de la escala EVG-19 de manera virtual. Las participantes (mujeres de la ciudad de Azogues) para el presente estudio fueron contratados a través de correo electrónico, blogs y medios sociales. El consentimiento informado se obtendrá electrónicamente antes de que, se recogieran los datos de los participantes.

3.5 Análisis estadístico

Se utilizó el análisis descriptivo para conocer las características sociodemográficas de la población de estudio mediante frecuencias (f) y porcentajes (%). Posteriormente se realizó una prueba de normalidad de las variables de

estudio mediante la prueba de Shapiro Wilk (W). En la que se obtuvo supuestos no paramétricos. Por lo tanto, se realizó el análisis correlacional mediante la prueba de Rho de Spearman, por ser esta prueba adecuadamente vigorosa ante el cumplimiento de supuestos no paramétricos. Los análisis se efectuaron con el programa estadístico SPSS versión 26.

4 Resultados

Con relación a las características sociodemográficas (Tabla 1) se obtuvieron los siguientes resultados se clasifico la edad en rangos según la Organización Mundial de la Salud (OMS) en la que consta adolescencia, adulto joven y adulto, existiendo mayor prevalencia en adulto joven con el 57.3 %, residiendo la mayoría en el área urbana con el 58.7 %, la mayor parte era de etnia mestiza que representa el 91.7 %.

La mayor parte de mujeres estaba soltera con el 38.7 % seguida por la casada con el 32.2 %, un 39 % son amas de casa, existiendo un 37.9 % con un nivel de instrucción de secundaria completa. Cabe recalcar que en la población de estudio existe un mínimo porcentaje 0.6 % tienen el cuarto nivel y el mismo porcentaje no tienen estudios.

Tabla 1: Características sociodemográficas

		f	%
Edad	Adolescencia	57	16,2
	Adulto joven	201	57,3
	Adulto	93	26,5
Procedencia	Indígena	24	6,8
	Mestiza	322	91,7
	Afroecuatoriana	3	0,9
	Otros	2	0,6
Estado civil	Soltera	136	38,7
	Casada	113	32,2
	Unión Libre	67	19,1
	Separada	13	3,7
	Divorciada	18	5,1
	Viuda	4	1,1
Ocupación	Trabajo remunerado	63	17,9
	Trabajo ocasional(subempleado)	34	9,7
	Desempleada	12	3,4
	Ama de casa	137	39,0
	Estudiante	105	29,9
Nivel de instrucción	Primaria completa	63	17,9
	Primaria incompleta	19	5,4
	Secundaria completa	133	37,9
	Secundaria incompleta	95	27,1
	Tercer nivel	37	10,5
	Cuarto nivel	2	0,6
	Sin estudios	2	0,6
	Total	351	100

En relación a los tipos de violencia se revelan datos que el 22.5 % ha sufrido violencia patrimonial (el 19.7 % por una ocasión y el 2.8 % pocas veces), el 45.6 % ha sido víctima de violencia psicológica (36.5 % una vez, 8.3 %

pocas veces y 0.9 % muchas veces), el 20.8 % presencia violencia física (16.8 % una vez, 3.7 % pocas veces y 0.3 % muchas veces), según la violencia sexual 13.1 % (10.3 % una vez, 2.3 % pocas veces y 0.6 % muchas veces).

Tabla 2: Tipos de violencia –Ausencia y Presencia de violencia

		f	%		
Patrimonial	Nunca	272	77,5	Ausencia	272
	Una vez	69	19,7	Presencia	79
	Pocas veces	10	2,8		
Psicológica	Nunca	191	54,4	Ausencia	191
	Una vez	128	36,5	Presencia	160
	Pocas veces	29	8,3		
	Muchas veces	3	0,9		
Física	Nunca	278	79,2	Ausencia	278
	Una vez	59	16,8	Presencia	73
	Pocas veces	13	3,7		
	Muchas veces	1	0,3		
Sexual	Nunca	305	86,9	Ausencia	305
	Una vez	36	10,3	Presencia	46
	Pocas veces	8	2,3		
	Muchas veces	2	0,6		
Total		351	100	Total	351
					100

La relación entre características sociodemográficos y tipos de violencia es la siguiente: la edad tiene relación con la violencia patrimonial, psicológica y física, con un nivel de significancia positiva $CC:220 >0.005$, estado civil se relaciona con todos los tipos de violencia de forma

positiva, nivel de instrucción se relaciona con la violencia patrimonial, psicológica y física con un nivel de significancia negativo $CC:-151 <0.005$. Según el análisis de esta tabla los tipos de violencia no tienen ninguna relación con la procedencia, etnia y ocupación.

Tabla 3: Correlación entre características sociodemográficos y tipos de violencia

	Patrimonial	Psicológica	Física	Sexual
Edad	,220**(.00)	,200**(.00)	,227**(.00)	0,091(.08)
Procedencia	0,011(.08)	-0,046(.03)	-0,006(.09)	-0,064(.02)
Etnia	0,007(.89)	0,036(.49)	0,016(.77)	0,062(.24)
Estado civil	,284**(.00)	,228**(.00)	,270**(.00)	,116*(.03)
Ocupación	0,046(.39)	-0,028(.59)	-0,034(.52)	0,026(.62)
Nivel de instrucción	-,151**(.00)	-,133*(.01)	-,114*(.03)	-0,005(.92)

Valor de $p < .05 = *$ y $p < .01$

5 Discusión

Este estudio tiene como finalidad describir los tipos de violencia que sufren las mujeres en las relaciones de pareja en la que incluye la violencia patrimonial, psicológica, física y sexual, de forma que se conozca los factores sociodemográficos y la relación con la violencia, en mujeres que acuden a consulta externa en el Centro de Salud de Azogues.

Esta investigación se llevó a cabo con la participación de las mujeres de 15 a 49 años edad que se encontraron en la sala de espera, en donde el análisis de las características sociodemográficas dio una mayor prevalencia en la población del adulto joven, que tiene como ocupación ser ama de casa,

quizás esta es una de las razones de dependencia económica de la pareja, impidiéndole romper lazos de violencia sufrida día a día en silencio.

Cano et al, en su estudio realizado en mujeres que asisten a la atención primaria de salud, en los resultados manifiesta que la gran parte de mujeres pertenecían al área urbana con el 63,8 % comparando con presente artículo el 58,7 % forman parte de la misma, el 40,2 % tenían estudios primario y secundarios 27,2 % , resultados similares a nuestro estudio en donde las mujeres tenían la primaria completa el 17,9 % y la secundaria completa el 37,9 % evidenciando una disminución del nivel de instrucción de la población de estudio en donde la mayoría solo había terminado la secundaria completa.¹⁶

Jaen et al.¹⁷ mencionaron resultados similares al presente estudio con relación a los tipos de abuso que concuerdan con los tipos de violencia con mayor presencia en el estudio son la violencia psicológica el 32 %, física 19 %, económica 14 % y sexual con el 8,5 % datos similares al presente artículo con respecto a la violencia psicológica el 45,6 %, patrimonial 22,5 %, física 20,8 % y sexual 13,1 %, el uso de preguntas cerradas facilita las mujeres a que den una respuesta concreta, ; los hallazgos de este estudio muestran que la violencia sigue existiendo en la población en donde se vulneran los derechos y se mira al mujer como un objeto sexual.

Pérez et al.¹⁸ en su estudio contra la mujer en la pareja, un estudio realizado en la atención primaria revela datos donde el 25.6 % eran solteras, ocupación ama de casa un 35.3 %, nivel de instrucción secundaria 23.7 %, tipo de maltrato físico 5.4 %, emocional 16.9 % y sexual 3.7 %, existe relación con respecto a nuestro estudio con los tipos de violencia, ya que en la actualidad aún existe un índice elevado de casos de violencia donde la mujer es vulnerada.

6 Conclusión y recomendaciones

Los resultados de la presente investigación revelan que una proporción considerable de usuarias que acuden a consulta externa sufren algún tipo de violencia. Según las características sociodemográficas existe un porcentaje elevado de población adulto joven que residen en el área urbana, etnia mestiza, estado civil solteras y escolaridad secundaria completa.

Es evidenciable los diversos tipos de violencia que padecen las mujeres que acuden a esta casa de salud, ya que la más frecuente es la psicológica, patrimonial, física y sexual. Estas situaciones dificultan a la víctima a salir de las relaciones de maltrato por situaciones diversas como sumisión, temor, falta de apoyo por parte de la familia afectando de manera significativa a la agredida y al entorno.

Razón por lo cual se considera importante intervenir de una manera inmediata y ayudar a las maltratadas para prevenir complicaciones; el personal de salud cumple un papel fundamental en este espacio, para actuar y detectar estas situaciones y detectar este problema de salud pública.

7 Fuente de Financiamiento

Este estudio es autofinanciado.

8 Conflicto de Intereses

No existen conflictos personales, profesionales, financiero de otro tipo.

9 Consentimiento Informado

Los autores cuentan con el consentimiento informado de los pacientes para la investigación, la publicación del caso y sus imágenes.

Referencias Bibliográficas

1. Fernández M. Salud y Violencia de Género en América latina: Una Lectura de Género. Ministerio de Salud. 2016; 1(1).
2. Calvo G, Camacho R. La violencia de género: evolución, impacto y claves para su abordaje. *Enfermería Global*. 2014; 13(3): 15-28.
3. Marcano A, Palacios Y. Violencia de género, categorización, causas y consecuencias. *Comunidad y Salud*. 2017; 15(3): 73-85.
4. UNICEF. Henda Perspectiva de género. [Online]; 2017. Disponible en: https://www.unicef.org/argentina/sites/unicef.org/argentina/files/2018-04/com-1_PerspectivaGenero_WEB.pdf.
5. Virgnolo J. Niveles de atención de prevención y atención primaria de salud. *Archivo de Medicina Interna*. 2011; 33(1): 11-14.
6. Antunes M, Montalbán M, Signorini H. Discurso sobre la violencia hacia la mujer en un foro virtual: Presencias del marco de género. *Gaceta Sanitaria*. 2013; 27(2): 111-115.
7. Yungeros A. La violencia contra las mujeres: Conceptos y Causas. *Revista CastellanoManch de Ciencias Sociales*. 2014; 18(1): 147-159.
8. Puente A, Ubillos S, Echenurua E, Páez D. Factores de Riesgo asociados a la violencia sufridos por la mujer en pareja: Una revisión de metaanálisis y estudios recientes. *Anales psicológicas*. 2016; 32(1): 295-306.
9. OMS.. Informe de la OMS destaca que la violencia contra la mujer es “Un problema de Salud global de proporciones epidémicas. [Online]; 2013. Disponible en: https://www.who.int/mediacentra/news/relaces/2013/violencia_against_women_2013062.
10. INEC. Compendio Estadístico. [Online]; 2014. Disponible en: <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/compendio-estadistico-2016/>.
11. Chávez M, Méndez A. Violencia de Género en Ecuador. *Revista Publicando*. 2016; 3(8): 114-115.
12. Illescas M, Tapia J, Flores E. Factores socioculturales que influyen en mujeres víctimas de violencia intrafamiliar. *Revista Killkana Sociales*. 2018; 2(3): 187-196.
13. Piedra J, Rosa J, Muñoz M. Intervención y Prevención de la violencia de género: Un acercamiento desde el trabajo social. *Trabajo Social Global*. 2018; 8(14): 195-216.
14. Lemus O, Acosta Y, Damas L. Violencia intrafamiliar contra la mujer. *Revista Cubana de Enfermería*. 2016; 32(1): 98-109.
15. Ruiz Pérez I, Pastor Moreno G. La violencia intrafamiliar. Un problema de salud actual. [Online].; 2020. Acceso 24 de junio de 2020. Disponible en: <http://www.observatorio.saluddecaldas.gov.co/desca/saludm/Informe%20evento%20875%20Violencias%20de%20g%C3%A9nero%20Semestre%20I%20202017.pdf>.
16. Cano L, Berrocoso A, Arriba L, Quirós L, Alamar J, Cardo A. Prevalencia de Violencia de género en mujeres que acuden a consultas de Atención Primaria. *Revista Clínica Médica Familiar*. 2010; 3(1): 10-17.

17. Jaen C, Rivera S, Amorín E, Rivera L. Violencia de Pareja en Mujeres; prevalencia y factores asociados. Acta de Investigación Psicológica. 2015; 5(3): 2224-2239.
18. Ruiz I, Plazaola J, Blanco P, González J, Ayuso P, Montero M. La violencia contra la mujer en la pareja. Un estudio en el ámbito de la Atención primaria. Gaceta Sanitaria. 2006; 20(3): 202-208.

Recibido: 9 de octubre de 2020

Aceptado: 25 de octubre de 2020



Factores asociados a la automedicación en adultos

Factors associated with self-medication in adults

Clara Esperanza Suqui Belesaca¹, Rocio Parra Pérez*¹, Stephany Paladines Calle¹, Edison Gustavo Moyano Brito¹

¹ Universidad Católica de Cuenca, Ecuador

*cparrap@ucacue.edu.ec

DOI: <https://doi.org/10.26871/killkanasalud.v4i4.744>

Resumen

Introducción: En los países de Latinoamérica la automedicación es muy frecuente, es así que en países como México existe una prevalencia del 59 % de esta problemática, en Chile un 72 %, en Argentina un 83 %, en Perú un 44 % y en Ecuador un 57,8 %, a diferencia de los países como España que su prevalencia es de 5-10 %, esto puede deberse a que existe mayor concientización en esta población. **Objetivo:** Determinar los factores asociados a la automedicación en adultos que acuden al Centro de Salud Jima, periodo septiembre 2017 – febrero 2018. **Materiales y Métodos:** Se realizó un estudio descriptivo, transversal, de enfoque cuantitativo, en el cual el tamaño de la muestra fue de 169 personas. Los datos se obtuvieron mediante una encuesta y los mismos fueron procesados en el programa IBM SPSS STATISTICS versión 24, donde se realizó estadística descriptiva para cada una de las variables y la prueba Chi cuadrado de Pearson para medir la asociación entre ellas. **Resultados:** Se aplicó el cuestionario a 169 pacientes que acudieron al centro de salud Jima. Obteniendo como resultado que el 79,3 % de los participantes se han automedicado en alguna etapa de su vida, los fármacos más utilizados fueron los antigripales en un 46,6 % de la población, asimismo el 33,58 % de los pacientes reportaron sentirse influenciados por el personal de las farmacias para automedicarse. **Conclusiones:** Finalmente se logró observar que más de la mitad de los participantes reportaron automedicarse, por lo que es primordial realizar campañas informativas acerca de los efectos adversos de esta problemática y así evitar futuras complicaciones de las diversas patologías o incluso resistencias antibióticas.

Palabras clave: automedicación, autoadministración, errores de medicación, medicamentos sin prescripción, prescripción inadecuada.

Abstract

Introduction: In Latin American countries, self-medication is very frequent, so in countries like Mexico there is a prevalence of 59% of this problem, in Chile 72%, in Argentina 83%, in Peru 44%, in Ecuador 57,8%, unlike countries like Spain that its prevalence is 5-10%, this may be due to the greater awareness of this population. **Objective:** To determine the factors associated with self-medication in patients who attend the Jima Health Center, period September 2017 - February 2018. **Materials and Methods:** A descriptive, cross-sectional study with a quantitative approach was carried out, in which the size of the sample was 169 people. The data were obtained by means of a survey and they were processed in the IBM SPSS STATISTICS version 24 program, where descriptive statistics were performed for each of the variables and the Pearson Chi square test to measure the association between them. **Results:** The questionnaire was applied to 169 patients who attended the Jima health center. Obtaining as a result that 79.3% of the participants have self-medicated at some stage of their life, the most used drugs were anti-flu in 46.6% of the population, also 33.58% of the patients reported feeling influenced by pharmacy staff to self-medicate. **Conclusions:** Finally, it was observed that more than half of the participants reported self-medicating, so it is essential to carry out information campaigns about the adverse effects of this problem and thus avoid future complications of the various pathologies or even antibiotic resistance.

Keywords: self-medication, self-administration, medication errors, non-prescription medications, inadequate prescription.

1 Introducción

Se define a la automedicación como el consumo de fármacos sin la prescripción de un médico.^{1,2} La Organización Mundial de la Salud dio a conocer que el 50 % de los fármacos se distribuyen y se prescriben de forma

inapropiada, así también la mitad de los pacientes no toman la medicación de manera correcta.³

Esta conducta genera un problema a nivel mundial, de acuerdo a un estudio realizado en Latinoamérica, solo el 34 % de los medicamentos dispensados fueron prescritos;

observando que un alto índice de medicamentos fueron vendidos sin prescripción médica.⁴

Se conocen varios factores que fomentan a la automedicación, en la actualidad la publicidad influye en gran medida para que aumente la prevalencia de este problema, asimismo se ha observado que las personas siguen recomendaciones de familiares, amigos o la comunidad en general.^{4,5}

Uno de los principales factores que fomenta esta problemática; es la condición del sistema de salud de cada uno de los países, la restricción a la red de salud pública juega un papel fundamental, incluso el constante crecimiento del consumo de medicamentos se debe a la oferta y demanda de fármacos; las personas se sienten confundidas y sin una adecuada información.⁶⁻⁸

Es importante cuantificar la automedicación en nuestro país, ya que puede ocasionar distintos problemas en la salud de quien se automedica, prolongando o agravando una enfermedad; incluso puede causar resistencia antibiótica. Por tal motivo el objetivo del presente trabajo fue determinar la prevalencia y relacionar los factores que se asocian a la automedicación.

2 Marco teórico

2.1 Antecedentes

En Europa la prevalencia de la automedicación varía entre el 5 al 10 %, es una problemática que tiene una prevalencia muy inferior a los países de Latinoamérica, esto puede deberse al hecho de que son países desarrollados, que tienen normas y leyes de regulación diferentes.^{1,9}

En Latinoamérica; la prevalencia de automedicación varía de un país a otro, en México es del 59 %, en Chile del 72 %, en Argentina del 83 % y en Perú del 95,1 %. Encontrándose que la automedicación en estos países es muy frecuente, ya que al conocer la patología y saber de la farmacología de los medicamentos, tienden a realizar esta práctica por decisión propia o por consultas informales entre familiares, amistades o por influencia de algún medio de comunicación, evitando en lo posible realizar una visita médica, con la respectiva prescripción farmacológica.¹⁰

En un estudio realizado en Perú, se determinó que el 44 % de la población se automedica; entre los factores relacionados los autores describen; el ingreso económico familiar y el nivel de instrucción. Siendo la cefalea y la gripe uno de los principales síntomas que se presentan para que una persona se automedique.¹¹

En Ecuador, en un estudio realizado por Sánchez Francisco y colaboradores en la ciudad de Quito, se registró que la prevalencia de la automedicación en la población analizada fue del 57,8 %.¹² Asimismo, en una investigación realizada en la ciudad de Cuenca, se detalla que la automedicación tiene un índice elevado, debido a la facilidad de conseguir medicamentos y por el acceso a una información sesgada, esto refleja el riesgo al que está expuesta la juventud, señalando que la prevalencia de la automedicación en el grupo analizado fue del 51 %; los medicamentos de mayor

uso fueron los analgésicos y los antiinflamatorios y que las recomendaciones para el consumo de algún fármaco fue de un amigo o un familiar.¹³

2.2 Medicamentos de venta libre en Ecuador

El Ministerio de Salud Pública y la Agencia Nacional de Regulación, Control y Vigilancia Sanitaria, elaboraron un listado de medicamentos como antigripales, analgésicos, antiinflamatorios de venta libre.^{14,15}

Tabla 1: Medicamentos de venta libre en Ecuador

Nombre	Tipo de Fármaco
Acrogrip jarabe	Antigripal
Antigripina plus	Antigripal
Coldflu polvo antigripal	Antigripal
Dristan triple action NF	Antigripal
Finagrip día y noche tabletas	Antigripal
Finalin gripe fenilefrina	Antigripal
Fluzetrin f cápsulas	Antigripal
Genfargrip tabletas	Antigripal
Lemonflu miel	Antigripal
Limonada caliente tapsin noche	Antigripal
Nyflu cápsulas	Antigripal
Singripal sobre	Antigripal
Dextrometorfano jarabe 15mg/5ml	Antitusígeno
Limonada caliente tapsin día	Antitusígeno
Metorfan forte jarabe	Antitusígeno
Robitussin honey cough	Antitusígeno
Theraflu dx adultos	Antitusígeno
Sinutab plus ns	Antitusígeno
Tapsin analgésico nocturno maver	Antitusígeno
Teragrip día 500mg 30mg tabletas	Antitusígeno
Ácido acetil salicílico 100 mg tabletas	Analgésico
Alka - seltzer doble acción	Analgésico
Asawin 500 mg. Masticables	Analgésico
Aspirina 500mg tabletas	Analgésico
Aspirina advanced tabletas	Analgésico
Donfiest lua granulado efervescente	Analgésico
Dolorine 500mg tabletas	Analgésico
Mejoral tabletas	Analgésico
Paracetamol tabletas	Analgésico
Termofin plus	Analgésico
Aspirina direkt tabletas masticables	Antiinflamatorio

Fuente: Los autores

2.3 Factores asociados a la automedicación

2.3.1 Factores económicos

Dentro de los factores económicos que provocan que las personas se automediquen, se encuentra el nivel socioeconómico bajo, debido a que algunas de las veces los individuos no cuentan con un empleo estable o con un sueldo que cubre las necesidades de salud familiar, por lo que no cuentan con el dinero para acudir a una consulta médica y les resulta más fácil automedicarse para resolver sus dolencias.^{16,17}

2.3.2 Factores sociales

Los factores sociales que influyen en la automedicación se relaciona con la población que no asiste al médico, y deciden pedir consejos a sus familiares, amigos o al personal que atiende en farmacias o boticas; así también cuando presentan síntomas similares a experiencias patológicas anteriores, tienen la creencia de que la misma terapéutica farmacológica resolverá el problema.¹⁸

2.3.3 Factores culturales

Entendiendo como factores culturales a las tradiciones, estilos de vida, costumbres ancestrales, conocimientos artísticos y científicos. Además la publicidad de diversa información disponible en diferentes medios de comunicación, por parte de las empresas farmacéuticas, confunde a los individuos e influye a que la población consuma dichos fármacos.¹⁹

2.4 Riesgos de la automedicación

2.4.1 Retraso del diagnóstico

Esta problemática se presenta cuando existen algunos síntomas o dolencias por las que el individuo ingiere algún tipo de fármaco, enmascarando la sintomatología propia de la enfermedad provocando un retraso en el diagnóstico.

2.4.2 Diagnóstico incorrecto

La automedicación provoca que no se brinde el tratamiento adecuado de acuerdo al diagnóstico médico, ya que va a influir en la sintomatología y la dificultad del médico para dar un diagnóstico correcto.²⁰

3 Metodología

Se realizó un estudio descriptivo, transversal, de enfoque cuantitativo, sobre una muestra de 169 pacientes mayores de 18 años que asistieron al Centro de Salud Jima. Para la recolección de la información acerca de los factores asociados a la automedicación, se utilizó una encuesta previamente diseñada para el estudio, y el control de sesgos de este instrumento se ajustó con base a una prueba piloto realizada a 30 personas del grupo de estudio.

Previamente a la ejecución de la encuesta se solicitó el consentimiento informado de cada uno de los participantes, además de ello la información recopilada fue utilizada de manera confidencial, respetando lo establecido en los derechos de Helsinki.

Una vez aplicada la encuesta, los datos fueron procesados en el programa estadístico IBM SPSS STATISTICS versión 24, en el cual se empleó estadística descriptiva para cada una de las variables de estudio y la prueba Chi cuadrado de Pearson para medir el grado de asociación entre ellas.

4 Resultados

De los 169 participantes encuestados, el 73,9 % correspondió al sexo femenino y el 26,1 % al sexo masculino. De los cuales el 79,3 % asintió haberse automedicado en algún momento de su vida y el 20,7 % restante no.

Asimismo, se evidencio que el 33,6 % de los participantes que se automedican señalaron sentirse influenciado por las recomendaciones del personal que labora en las farmacias, el 28,4 % por criterio propio, el 26,1 % por recomendaciones de familiares y el 11,9 % por recomendaciones de amigos.

Con respecto al tipo de fármaco más usado para la automedicación, se constató que el 46,3 % de los pacientes consumen antigripales, el 35 % AINES, el 10,3 % antibióticos y con una menor incidencia los antiespasmódicos con un 8,2 %.

En cuanto a la asociación entre la automedicación y los ingresos económicos, se constató que el 64,5 % de los participantes reciben ingresos económicos mensuales entre 386 a 500 dólares, de los cuales el 87,2 % reporto automedicarse. Además de ello, la prueba Chi cuadrado, demostró una asociación significativa entre las variables con un valor p de 0,002. (Tabla 2)

Tabla 2: Asociación entre la automedicación y los ingresos económicos

		Se automedica				Total		P
		Si		No		n	%	
		n	%	n	%			
Ingresos económicos	500-100	26	81,3	6	18,7	32	18,9	0.002
	386-500	95	87,2	14	12,8	109	64,5	
	Inferior a 386	13	46,4	15	53,6	28	16,6	
Total		134	79,3	35	20,7	169	100	

Fuente: Los autores

Por otro lado, con respecto a la asociación entre el tipo de fármaco que más se usan para la automedicación y los medios de publicidad, se corroboró que el 51,6 % de los participantes han observado publicidades de antigripales en

medios televisivos, siendo este medio el que más influye en la decisión de medicarse sin una prescripción médica. Observando de igual manera asociación significativa entre las variables, con un valor p de 0,003. (Tabla 3)

Tabla 3: Asociación entre los fármacos ingeridos y los medios de publicidad

		Medios de publicidad										P		
		Televisión		Periódicos		Redes sociales		Revistas		Otros			Total	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		n	%
Fármacos	Aines	20	42,6	5	10,6	17	36,2	1	2,1	4	8,5	47	35,1	0.003
	Antigripales	32	51,6	10	16,1	10	16,1	6	9,7	4	6,5	62	46,3	
	Antibióticos	7	50	1	7,1	4	28,7	1	7,1	1	7,1	14	10,4	
	Antiespasmódicos	4	36,4	1	9	6	54,6	0	0	0	0	11	8,2	
	Total	63	47	17	12,7	37	27,6	8	6	9	6,7	134	100	

Fuente: Los autores

Adicional a ello, en lo que se refiere a la asociación entre la sintomatología que presentan los participantes y quien les recomienda automedicarse, se evidencio que los individuos que presentan malestar general, en un 37,5 % lo hacen por criterio propio, en un 30 % por que se ven influenciados por

el personal de farmacia, en un 22,5 % por recomendación de familiares y en un 10 % por recomendación de amigos. Constatando de igual manera que las variables presentan asociación significativa, con un valor p de 0,002. (Tabla 4)

Tabla 4: Asociación entre los fármacos ingeridos y los medios de publicidad

		Por criterio de ud mismo		Familiares		Amigas/os		Personal farmacia		total		P
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
		Ud. toma medicación cuando presenta algún síntoma	Cefalea	7	41,2	3	17,6	2	11,8	5	29,4	
Tos	3		27,3	3	27,3	2	18,2	5	45,5	11	8,2	
Dolor Abdominal	3		21,4	4	28,6	1	7,1	6	42,9	14	10,4	
Fiebre	4		22,2	4	22,2	3	16,7	7	38,9	18	13,4	
Malestar General	15		37,5	9	22,5	4	10	12	30	40	29,9	
Ninguno	6		17,6	12	35,3	5	14,7	11	32,4	34	25,4	
Total	38	28,4	35	26,1	16	11,9	45	33,6	134	100		

Fuente: Los autores

5 Conclusiones y recomendaciones

Finalmente, se logró observar que más de la mitad de los participantes se han automedicado en algún momento de su vida. De los cuales el mayor porcentaje refirió automedicarse por recomendaciones del personal que labora en las farmacias, asimismo reportaron que los antigripales son el tipo de fármaco que consumen con mayor frecuencia sin una prescripción médica.

Estos valores son alarmantes por lo que es importante educar a la población sobre el peligro que conlleva la automedicación mediante charlas educativas o ferias de salud. La educación se debe iniciar en los centros de salud para crear conciencia a la población ante dicha problemática. Adicional a ello, toda la publicidad de medicamentos de

venta libre deberían tener mayor control y contar con la aprobación del Ministerio de Salud Pública.

6 Fuente de Financiamiento

Este estudio es autofinanciado.

7 Conflicto de Intereses

No existen conflictos personales, profesionales, financiero de otro tipo.

8 Consentimiento Informado

Los autores cuentan con el consentimiento informado de los pacientes para la investigación, la publicación del caso y sus imágenes.

Referencias Bibliográficas

1. Morillo M, Valencia V. Factores relacionados con la automedicación en los estudiantes de enfermería de la Facultad Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica del Norte, en la ciudad de Ibarra en el periodo enero-agosto 2010. [Tesis de pregrado]; Ibarra: Universidad Técnica del Norte; 2010. 29 p.
2. Moraga C, Padilla L. Factores asociados a la prevalencia de la automedicación en los estudiantes usfx de chuquisaca en la ciudad de sucre gestion 2013. Archivos Bolivianos de Medicina. 2013; 20(88):19-25.
3. Chan M. Organización Mundial de la Salud. [Online]; 2015 [cited 2020 Julio 15]. Disponible en: <https://www.who.int/dg/speeches/2015/traditional-medicine/es/>.
4. Villegas F, Nasner K, Buitrago D, Cruz S, Ruden S, Bedoya J, et al. Patrón de automedicación en la zona urbana de la ciudad de Pereira (Colombia) en el trimestre marzo-mayo 2013. INVESTIGACIONES ANDINA. 2014; 29(6):1073-1085.
5. Gómez L, Galar M, Téllez A, Carmona F, Amaya A. Estudio de automedicación en una farmacia comunitaria de la ciudad de Toluca. Revista Mexicana de Ciencias Farmacéuticas. 2009; 40(1):5-11.
6. Caamaño A, Figueiras E, Lado J, J GO. La automedicación: concepto y perfil de sus «usuarios». Gaceta Sanitaria. 2000; 14(4):294-299.
7. Martín A, Alonso M, Iglesias de Sena H, Sáez M, Mirón J. Información sobre medicamentos y automedicación en las redes sociales. Rev. cuba. inf. cienc. salud. 2014; 25(2):145-156.
8. Salazar J, Bello L, Toledo A, Añez R, González L, Rojas J, et al. Comportamiento epidemiológico de la automedicación y polifarmacia en individuos adultos del sector Dalia de Fernández, Municipio San Francisco. Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica. 2013; 32(1).
9. Barbero-González A, Pastor-Sánchez R, del Arco-Ortiz J, Eyaralar-Riera T, Espejo-Guerrero J. Demanda de medicamentos de prescripción sin receta médica. Atención Primaria. 2006; 37(2):78-87.
10. Cancho L, Echavarría G. Factores asociados a la automedicación en usuarios de la botica Biofarma de la ciudad de Huancavelica - 2015 [Tesis de pregrado]. Perú: Universidad Nacional de Huancavelica; 2015. 125 p.
11. Ortiz F, Ortuño P, Ortega O. Estudio sobre automedicación en población mayor de 18 años del distrito de sarcobamba. Revista Científica Ciencia Médica. 2008; 11(1):5-9.
12. Sánchez F, Fornasini M. Determinación de las razones y diferencias en automedicación entre una parroquia urbana y una parroquia rural del Distrito Metropolitano de Quito [Tesis de pregrado]. Quito: Universidad San Francisco de Quito; 2008.91 p.
13. Jara M, Jaramillo L, Macías J. Frecuencia de automedicación de AINES y analgésicos-antipiréticos y características que los rodean, en hogares de la parroquia San Blas de la ciudad de Cuenca en el año 2011 [Tesis de pregrado]. Cuenca: Universidad de Cuenca; 2011. 77p.
14. Ministerio de Salud Pública. Ministerio de Salud Pública. [Online]; 2010 [cited 2020 Julio 15]. Available from: <https://www.salud.gob.ec/medidas-de-prevencion-contrala-influenza-lista-de-medicamentos-restringidos-de-venta-libre/>.
15. Ministerio de Salud Pública. Ministerio de Salud Pública. [Online]; 2012 [cited 2020 Julio 15]. Available from: <https://www.salud.gob.ec/ministerio-de-salud-publica-fortalece-gestion-de-farmacias-hospitalarias-a-traves-de-la-implementacion-del-sistema-de-distribucion-de-medicamentos-positiva-por-dosis-unitaria-sdmdu-en-hospitales-del/>.
16. Schwenkglens M. Self-treatment and self-medication of Swiss primary care physicians: a cause for concern? Swiss Med Wkly. 2007; 137((7-8)).
17. Sánchez C, Nava M. Factores que influyen en la automedicación del personal de enfermería. Enf Neurol. 2012; 11(3):120-128.
18. Nogueira-Castillo M, Orejuela-Ramírez F, Andamayo-Flores D. Factores asociados a la automedicación en pacientes que acuden a Servicios de Odontología de Hospitales del Perú. Rev Estomatol Herediana. 2018; 28(2):72-77.
19. Salazar Z, Ochoa A, Arcos M, Guapisaca C, Rea D, Sánchez G. Factores asociados a la automedicación con antibióticos, Cuenca-Ecuador, periodo 2017. Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica. 2018; 1(2).
20. Alcázar-Pichucho M, Zambrano-Santos R, Pincay-Pin V. Automedicación y los riesgos en la salud de la población adulta. Pol. Con. 2018; 3(8):434-448.

Recibido: 8 de octubre de 2020

Aceptado: 26 de octubre de 2020



Riesgo ocupacional y autocuidado en enfermería, en atención primaria de salud

Occupational risk and self-care in nursing, in APS- AZUAY 2019

Tania Carolina Pérez López*¹, Liliana Elizabeth Sotamba Aucapiña¹, Nataly Quito Peralta¹, Cristina Urgilés Barahona^{1,2}, Fabricio Israel Febres Calderón¹

¹ Universidad Católica de Cuenca, Ecuador

² Universidad Técnica Particular de Loja, Ecuador

*tcperezl26@est.ucacue.edu.ec

DOI: <https://doi.org/10.26871/killkanasalud.v4i4.745>

Resumen

Objetivo: El presente estudio tiene el fin de identificar los riesgos ocupacionales y la relación con el autocuidado en los profesionales de enfermería que laboran en el primer nivel de atención en los Distritos 01D01 y 01D02 de la provincia del Azuay en 2019. **Metodología:** Esta investigación tiene enfoque cuantitativo, correlacional de corte transversal. Para la misma se ha seleccionado una población de estudio que estuvo constituida por profesionales enfermeras/os que laboran en los distritos de salud 01D01 y 01D02. Para determinar los objetivos del estudio, se utilizaron dos instrumentos que fueron: escala de percepción de riesgo con alfa de Cronbach de 0,892 y agencia de autocuidado con 0,81. **Resultados:** Los resultados del presente estudio se analizaron con el programa SPSS V15. Donde el 60.6 % pertenece al grupo etario de 20-35 años de edad, estado civil casado 66,5 %, experiencia laboral de 1-10 años 60 %, contratación ocasional 83,2 %, el 45,2 % sufrió algún tipo de accidente laboral, con percepción de riesgo media en el 40 %, conducta preventiva normal 41,3 % y una capacidad media de autocuidado 79,4 %. Se ha identificado también que los riesgos mayormente percibidos por los enfermeros/as fueron: el trabajo con productos biológicos y el trabajo con elementos e instrumentación punzante y/o cortante 100 %, elementos comúnmente utilizados durante su jornada laboral. **Conclusiones:** Durante el desarrollo del estudio se logró evidenciar que no existe relación entre las variables de percepción de riesgo laboral y autocuidado en los profesionales de enfermería, esto por una mejor aplicación de diversas medidas de seguridad laboral, implementadas de forma personal e institucional.

Palabras clave: enfermería del trabajo, riesgos laborales, autocuidado, atención primaria de salud, salud pública .

Abstract

Objective: This study aims to identify occupational risks and the relationship with self-care in nursing professionals working at the first level of care in Districts 01D01 and 01D02 of the province of Azuay in 2019. **Methodology:** This research has a quantitative, correlational cross-sectional approach. A study population has been selected for this study, which was constituted by nursing professionals who work in health districts 01D01 and 01D02. To determine the objectives of the study, two instruments were used: risk perception scale with Cronbach's alpha of 0.892 and self-care agency with 0.81. **Results:** The results of the present study were analyzed with the SPSS V15 program. Where 60.6% belong to the age group 20-35 years, married marital status 66.5%, work experience 1-10 years 60%, occasional hiring 83.2%, 45.2% suffered some type of occupational accident, with average risk perception in 40%, normal preventive behavior 41.3% and average self-care capacity 79.4%. It has also been identified that the risks mostly perceived by nurses were: working with biological products and working with piercing and/or cutting elements and instruments 100%, elements commonly used during their working day. **Conclusions:** During the development of the study, it became evident that there is no relationship between the variables of perception of occupational risk and self-care in nursing professionals. This is due to the improved application

Keywords: occupational nursing, occupational risks, self care, primary health care, public health .

1 Introducción

Los riesgos laborales son situaciones que se presentan en el lugar de trabajo del individuo, exponiendo al empleado a una mayor exposición. Los profesionales de enfermería

dentro de su ambiente laboral se encuentran expuestos a sufrir de riesgos ocupacionales de diferente naturaleza; tomando en consideración que el riesgo es toda aquella situación que puede ocasionar un daño.¹

La salud ocupacional estudia las condiciones del trabajo y el impacto de la salud de los trabajadores; el área laboral en el que se desempeña el personal sanitario, entre ellos, el personal de enfermería se encuentran continuamente expuestos a sufrir accidentes y enfermedades profesionales que pueden provocar repercusiones no solamente económicas, sino también afectar el bienestar físico y emocional a corto y largo plazo.

Buscó evidenciar los riesgos a los que se exponen los profesionales de enfermería y cuál es la conducta de autocuidado que poseen, con el propósito de conocer el grado de relación de estas dos variables, que dentro del ámbito de salud guardan gran relevancia; debido que el enfermero debe vigilar por su bienestar y encontrarse en condiciones óptimas de salud para preservar la salud del individuo a su cuidado.

Esta investigación es trascendental por que identifica los riesgos a los que está expuesto el profesional, haciendo que estos no pasen desapercibidos al momento del desempeño, por lo que es fundamental detectar a tiempo la presencia de los causantes que podrían producir déficit en la salud con el fin de evitar enfermedades profesionales.

2 Marco teórico y antecedentes

La OMS en noviembre del 2017 calculó que anualmente 12,2 millones de personas sufre accidentes la Organización Internacional del Trabajo (OIT) informó que a causa de accidentes laborales o enfermedades relacionadas al trabajo, mueren cada año 317 millones de personas víctimas de accidentes, demostrando que existe la carga económica de las malas prácticas de seguridad y salud.²

La Organización Panamericana de la Salud -OPS-³ indica que se presentan aproximadamente treinta y seis lesiones relacionadas con el trabajo por minuto y 300 trabajadores fallecen a diario a causa de accidentes ocupacionales, cada año casi 800 muertes alrededor del mundo se deben a lesiones ocupacionales y 11.000 a enfermedades ocupacionales. Los profesionales enfermeros son una población vulnerable para padecer riesgos en su trabajo, ya que se encuentran diariamente propensos a adquirir diferentes riesgos laborales, tomando en cuenta que un riesgo laboral es la probabilidad de que se produzca un deterioro o contratiempo en el medio laboral.⁴

La Atención Primaria de Salud (APS) conforma el primer nivel de contacto entre el individuo, familia y comunidad con el Sistema Nacional de Salud (SNS) en donde la promoción y la prevención de la salud son acciones propias de enfermería, dentro de sus funciones el cuidado de la salud, tanto a población sana como enferma,⁴ El riesgo a sufrir accidentes laborales puede afectar su desempeño diario existe el contacto directo y continuo con el paciente, motivo por el cual presentan el índice más alto de enfermedades profesionales y accidentes laborales debido a su desempeño,⁶

2.1 Salud ocupacional

Actividades dirigidas hacia la promoción de la calidad de vida de los trabajadores, diagnóstico precoz, tratamiento oportuno, rehabilitación, readaptación laboral.⁷

La entidad estatal que regula, vigila, planifica, coordina, controla y gestiona el proceso de Salud del Ecuador es el Ministerio de Salud Pública (MSP), el mismo que se encarga de cuidar del personal de atención al usuario.¹⁰

2.2 Atención Primaria De Salud (APS)

La APS en una conferencia brindada por la OMS fue definida como: “La asistencia esencial, basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundadas y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos, familias y comunidades; a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo”⁹.

Dentro del SNS (Sistema Nacional de Salud), representa el núcleo principal y por consiguiente el primer nivel de contacto con el individuo, familias y comunidades.^{8,9}

El Sistema de Salud Ecuatoriano a nivel urbano cuenta con un médico, una enfermera y un técnico de salud primario (TAPS) por cada 4000 habitantes, en tanto que en el ámbito rural existe un médico, una enfermera y un TAPS por 1500 a 2500 habitantes,¹⁰ por lo tanto las poblaciones asignadas a la atención primaria varían según la disponibilidad geográfica y la distribución de la población.¹¹

2.3 Medio ambiente y trabajo

El Medio ambiente es considerado “Un conjunto de factores de orden físico, químico y biológico que actúan sobre el ser humano, ya que brindan recursos necesarios para la supervivencia; mientras que el entorno laboral es el conjunto de condiciones que rodean a la persona de forma directa o indirecta, influyendo en su salud y calidad de vida”,⁷ puesto que se relacionan con factores físicos, administrativos y sociales que afectan el ambiente laboral causando cambios en el estado de salud,¹⁶ ya que generan riesgos que pueden ser de origen tanto biológico, ergonómico, químico, físico y psicosocial.⁷

3 Bioseguridad

La bioseguridad hace referencia a las medidas y normas preventivas, destinadas a mantener un control de los factores de riesgos laborales, para lograr la prevención frente a riesgos propios de la actividad diaria, para que el desarrollo o producto final de dichos procedimientos no atenten contra la seguridad de los trabajadores de la salud,¹² se necesita de reglas y prohibiciones enlazadas con el reconocimiento del ambiente de trabajo; por lo cual, a continuación se detallan las medidas preventivas.^{13,14}

Los profesionales de la salud deben de contar con un esquema de vacunación con la finalidad de evitar enfermedades o infecciones. Las inmunizaciones que son recomendadas por tener un aporte significativo son contra la hepatitis B (HB), fiebre amarilla (FA), Sarampión y Rubéola (SR), difteria y tétanos (dT) e influenza,¹⁵ proporcionar seguridad al paciente y, sobre todo prevenir, diferentes riesgos producidos durante las tareas diarias.^{12,14}

Los riesgos ocupacionales en los profesionales de enfermería pueden ser riesgos de origen biológico, físico, ergonómico, psicosocial y químico.^{5,16}

3.1 Leyes de seguridad y salud ocupacional

Existen leyes que amparan a los empleadores en caso de sufrir accidentes o riesgos laborales por lo que es relevante mencionar las políticas vigentes en relación con la salud y seguridad ocupacional en el Ecuador.¹⁷ A pesar de que existen leyes que vigilan el bienestar del trabajador, los profesionales de enfermería son los que mayor riesgo tienen de adquirir algún accidente o enfermedad, ya que cumplen un papel fundamental en los servicios de la Atención Primaria; de la misma manera, las malas condiciones del ambiente de trabajo también influyen a que los profesionales se expongan a riesgos ocupacionales al no contar con un ambiente laboral seguro y adecuado durante la realización de sus actividades diarias.^{1,16,17}

3.2 Teorías de enfermería

La enfermería como arte y ciencia; puso énfasis en la importancia de la interrelación entre el individuo y el medio ambiente.²⁰ Para Nightingale, el entorno en el que trabaja el individuo es de importancia crucial porque todas las condiciones e influencias externas pueden afectar la vida y el desarrollo de una persona y como resultado de esta ocurrencia de enfermedades o accidentes.^{18,19}

3.3 Conceptos metaparadigmáticos de Dorothea Orem

Persona: representa al hombre como un organismo biológico, racional y pensante. Como un todo dinámico integrado con la capacidad de conocerse, usar ideas, palabras y símbolos para pensar, comunicarse y guiar esfuerzos, la capacidad de reflexionar sobre su propia experiencia y eventos de seguridad para implementar medidas de autocuidado dependientes.^{18,20}

Salud: estado de la persona que condiciona sus necesidades de atención general, habilidades y capacidades para satisfacerlas y concibe la atención como necesidades que todas las personas tienen a lo largo de sus vidas y que contribuirán a su salud, bienestar y desarrollo.²⁰

Enfermería: servicio humano, que se proporciona cuando una persona no puede cuidarse a sí misma para mantener la salud, la vida y el bienestar, esto significa proporcionar a las personas o grupos asistencia directa en el autocuidado, de acuerdo con sus requisitos, debido a las deficiencias que se dan por sus situaciones personales.²⁰

Entorno: conjunto de elementos del medio donde se encuentra la persona, que pueden ser utilizados para la realización de cuidados que contribuyan a la salud y bienestar del individuo.^{18,20}

3.4 Autocuidado

El concepto de autocuidado de Dorothea E. Orem se anunció en 1969, su teoría se basa principalmente en la atención brindada por y para sí mismo. También lo considera una función reguladora que tiene la persona y que debe realizar conscientemente por sí misma para mantener su vida, salud, desarrollo y bienestar.^{4,18,21} Dorothea E. Orem señaló que se requieren tres fases para implementar su idea de autocuidado:

- Tener en cuenta los requisitos de la acción.
- Toma de decisiones, debe ser capaz de pensar sobre la relación causa-efecto.
- Actuar, que requiere estar motivado para hacerlo, ser capaz de persistir en el curso de la acción y ser físicamente capaz de llevarlo a cabo.¹⁸

3.5 Agencia de autocuidado

Son las capacidades específicas que posee el individuo para cumplir con las tareas de su propio cuidado.⁴ Es decir, se refiere a la "Totalidad de actividades que un individuo inicia para mantener la vida y desarrollarse de una forma que sea normal para él".²²

3.6 Déficit de autocuidado

Esta teoría establece que las personas están sujetas a limitaciones relacionadas o desviadas de su salud, lo que las hace incapaces de autocuidado continuo o lo hacen ineficaz o incompleto. Con lo anteriormente expuesto, se considera relevante que los accidentes ocupacionales son parte inherente del desempeño diario de los trabajadores, tomando en cuenta que en el entorno en donde laboran los profesionales de enfermería se presentan riesgos de diferente índole, por lo que el profesional debe tomar medidas preventivas vinculadas con el autocuidado para asegurar la salud.^{21,23}

4 Materiales y métodos

Estudio con enfoque cuantitativo, de alcance correlacional, de corte transversal. La población de estudio estuvo conformada por los enfermeros pertenecientes a los

Distritos de salud 01D01 y 01D02 de la provincia del Azuay. El Distrito 01D01 está constituido por 82 profesionales de enfermería y el Distrito 01D02 por 103 profesionales, lo cual abarca una suma total de 185 profesionales enfermeros/as. Se incluyó a profesionales de enfermería que acepten ser parte de la investigación y firmen el consentimiento informado, profesionales de enfermería que se encuentren laborando con cualquier tipo de contrato laboral. Se excluyeron del estudio al profesional de enfermería que se encuentre en periodo de licencia por maternidad, vacaciones, calamidad doméstica o algún motivo de fuerza

mayor que le impidan estar en su área de trabajo y al profesional de enfermería que a pesar de firmar el consentimiento informado deciden no participar en la investigación.

Para el estudio de los riesgos ocupacionales se empleó un cuestionario de 19 ítems, el mismo que dispone es su primera parte la ausencia o presencia del riesgo en donde el profesional de Enfermería indicará el mismo según su percepción y lugar de trabajo. Posteriormente hay tres subescalas que miden: grado de existencia del riesgo, efectos para la salud y control de efectos negativos, Estas subescalas, tienen opciones de respuesta tipo likert, desde 1 a 7 que corresponden: 1: nunca, 2, casi nunca, 3 pocas

veces, 4 algunas veces, 5 frecuentemente, 6 casi siempre, 7 siempre.

Para la variable dependiente de Autocuidado se utilizó la escala de agencia de autocuidado, compuesta por 24 preguntas con formato de respuesta likert. La posible respuesta a cada una de las preguntas es: 1: Nunca, 2: casi nunca, 3: casi siempre y 4: siempre, clasificadas según el puntaje obtenido como baja capacidad de agencia de autocuidado (menor a 59 puntos) o alta capacidad de agencia de autocuidado (60 a 96 puntos). Las preguntas 6, 11 y 20, deben revertirse ya que están con enunciados negativos.⁴

PREGUNTAS	No Presente en mi Puesto de Trabajo	Grado de Existencia del Riesgo							Efectos para la Salud							Control de los Efectos Negativos						
		Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Algunas Veces	Frecuentemente	Casi Siempre	Siempre	Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Algunas Veces	Frecuentemente	Casi Siempre	Siempre	Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Algunas Veces	Frecuentemente	Casi Siempre	Siempre
9	X	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
10	X	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
11	X	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
12	X	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
13	X	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
14	X	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
15	X	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
16	X	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
17	X	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
18	X	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
19	X	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7

Si usted considera que hay algún riesgo en su trabajo que no haya sido mencionado, indíquelo aquí

Fig. 1: Cuestionario de percepción de riesgo laboral

Los datos obtenidos en este estudio de investigación se ingresaron en una base de datos en Excel 2015 y por consiguiente las medidas estadísticas que se empleo es el programa estadístico SPSS V15. Para el análisis de los datos obtenidos se empleó la estadística descriptiva, las variables cualitativas se analizan en base a medidas de frecuencia y porcentaje, para establecer la asociación entre

riesgo laboral y autocuidado se aplicó Odds Ratio con sus respectivos intervalos de confianza y como medida de significancia estadística Chi Cuadrado con un valor $p < 0,05$, para establecer la diferencia en la percepción de riesgo entre la población de los distritos de salud se aplicó U de Mann Whitney con un $p < 0,05$, la presentación de los resultados se realiza en tablas.

ESCALA DE PERCEPCIÓN DE RIESGO.**Instrucciones:**

A continuación, se le presentarán una serie de enunciados y usted tendrá que evaluar si está de acuerdo con ellos o no y en qué grado. Para ello deberá rodear con un círculo el número que considere oportuno. Tenga en cuenta que:

NUNCA	CASI NUNCA	POCAS VECES	ALGUNAS VECES	FRECUENTEMENTE	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
1	2	3	4	5	6	7

En cada uno de los enunciados aparecen tres tipos de respuesta:

- 1.- La condición laboral existe en su puesto de trabajo y en qué grado
- 2.- Si esa condición laboral es perjudicial para su salud y en qué grado
- 3.- En caso de que sea perjudicial para su salud, si puede controlar sus efectos negativos y en qué grado

Si alguna de las condiciones laborales no existe en su trabajo, rodee la X de la opción "No presente en mi trabajo" y pase al siguiente enunciado.

Los resultados de este cuestionario serán utilizados únicamente con fines de investigación, por lo que le rogamos que conteste todas las preguntas con la mayor sinceridad.

Fig. 2: Escala de percepción de riesgo laboral

ITEMS	Nunca	Casi nunca	Casi siempre	Siempre
1. A medida que cambian las circunstancias voy haciendo ajustes para mantenerme con salud	1	2	3	4
2. Reviso si son buenas las formas que practico habitualmente para mantenerme con salud.	1	2	3	4
3. Si tengo problemas para moverme o desplazarme me las arreglo para conseguir ayuda.	1	2	3	4
4. Puedo hacer lo necesario para mantener limpio el ambiente en el que vivo.	1	2	3	4
5. Hago en primer lugar lo que sea necesario para mantenerme con salud	1	2	3	4
6. Me faltan las fuerzas necesarias para cuidarme como debo	1	2	3	4
7. Puedo buscar mejores formas de cuidar mi salud de las que tengo ahora	1	2	3	4
8. Cambio la frecuencia con la que me baño para mantenerme Limpio	1	2	3	4
9. Para mantener el peso que me corresponde hago cambios en mis hábitos alimenticios	1	2	3	4
10. Cuando hay situaciones que me afectan, las manejo de manera que pueda mantener mi forma de ser	1	2	3	4
11. Pienso en hacer ejercicio y descansar un poco durante el día, pero no llego a hacerlo	1	2	3	4
12. Cuando necesito ayuda puedo recurrir a mis amigos de Siempre	1	2	3	4
13. Puedo dormir lo suficiente como para sentirme descansado	1	2	3	4
14. Cuando tengo información sobre mi salud pido explicaciones sobre lo que no entiendo	1	2	3	4
15. Examino mi cuerpo para saber si hay algún cambio	1	2	3	4
16. He sido capaz de cambiar hábitos que tenía muy arraigados con tal de mejorar mi salud.	1	2	3	4
17. Cuando tengo que tomar una nueva medicina cuento con una persona que me brinda información sobre los efectos secundarios.	1	2	3	4
18. Soy capaz de tomar medidas para garantizar que mi familia y yo no corramos peligro	1	2	3	4
19. Soy capaz de evaluar qué tanto me sirve lo que hago para mantenerme con salud	1	2	3	4
20. Debido a mis ocupaciones diarias me resulta difícil sacar tiempo para cuidarme	1	2	3	4
21. Si mi salud se ve afectada yo puedo conseguir la información necesaria sobre qué hacer	1	2	3	4
22. Si no puedo cuidarme puedo buscar ayuda	1	2	3	4
23. Puedo disponer de tiempo para mí	1	2	3	4
24. A pesar de las limitaciones para movilizarme, soy capaz de cuidarme como a mí me gusta	1	2	3	4

Fig. 3: Cuestionario de agencia de autocuidado

5 Resultados

El estudio se realizó a la población de profesionales enfermeros pertenecientes a los Distritos de salud 01D01 y 01D02 del Azuay, la población inicial estuvo conformada por 185 profesionales, pero debido a diversas situaciones como: la negatividad a la participación, licencia de maternidad, vacaciones entre otros; únicamente se trabajó con 155 profesionales de enfermería de los cuales los resultados obtenidos se evidencian en las siguientes tablas.

Tabla 1: Distribución de la población según variables socio-demográficas

Variable	Frecuencia N	Porcentaje %
Edad		
20 – 35 años	94	60,6
36 – 45 años	41	26,5
46 – 55 años	18	11,6
56 – 65 años	2	1,3
Sexo		
Femenino	149	96,1
Masculino	6	3,9
Estado civil		
Soltero	43	27,7
Casado	103	66,5
Divorciado	8	5,2
Viudo	1	0,6
TOTAL GLOBAL	155	100 %

La tabla 1 muestra que el rango etario que prevalece es el de 20 a 35 años en más de la mitad de la población al igual que el estado civil casado y predomina el sexo femenino (96,1 %). La tabla 1 muestra que el rango etario que prevalece es el de 20 a 35 años en más de la mitad de la población al igual que el estado civil casado y predomina el sexo femenino (96,1 %).

Tabla 2: Categorización de agencia de autocuidado

Variable	Frecuencia N	Porcentaje %
Autocuidado agrupado		
Baja capacidad	12	7,7
Mediana capacidad	123	79,4
Alta capacidad	20	12,9
TOTAL	155	100 %

De los 155 profesionales de enfermería encuestados el 79,4 % representan una mediana capacidad de autocuidado en tanto que el 7,7 % se puede evidenciar una baja capacidad de autocuidado.

Tabla 3: Categorización de la percepción de riesgo de los Profesionales de Enfermería

Variable	Frecuencia N	Porcentaje %
Percepción de riesgo agrupada		
Baja percepción	47	30,3
Mediana percepción	62	40
Alta percepción	46	29,7
TOTAL	155	100 %

En la tabla 4 se puede evidenciar que prevalece una mediana percepción de riesgo (40 %), en tanto que, la alta percepción se encuentra en tan solo un 29,7 % de la población.

Tabla 4: Categorización de la percepción de riesgo de los Profesionales de Enfermería

Variable	Baja Capacidad	Alta Capacidad	OR	IC	P
Percepción de riesgo					
Bajo Riesgo	2(1,3 %)	76(49 %)	0,649	0,105-3,3997	0,639
Alto Riesgo	3(1,9 %)	74(47,7 %)			
TOTAL	155	100 %			

Al aplicar los estadísticos de estimación de autocuidado con la percepción de riesgo se puede observar que no existe una asociación significativa (p 0,639).

6 Discusión

El presente estudio, se aplicó en la población de profesionales enfermeros pertenecientes a los distritos de salud 01D01 y 01D02 del Azuay, en quienes se aplicó una escala de percepción de riesgos y de autocuidado, recalando que la participación era voluntaria y la información recolectada quedará únicamente entre las investigadoras, sin embargo se debe mencionar que hubo el 16 % de pérdidas de la población en estudio, debido a diversos factores como: la negatividad a la participación, personal con licencia de maternidad, vacaciones entre otros.

La población mayoritaria en este estudio está representada por el género femenino con un 96,1 % estos resultados son similares al estudio de Girão-Arcanjo et al, en el año 2018 en donde se encontró que el sexo predominante es el de mujeres con un 92 %, ²⁴ por otra parte, en la investigación de Espinoza-Benavente también predomina este sexo con un 82 %, ⁴ por lo que cabe recalcar que estos porcentajes se les atribuye a este sexo, ya que históricamente la profesión de enfermería a sus inicios era propia del género femenino.

En la investigación se observó que los rangos de edad más predominantes están entre los 20 a 35 años demostrando que existe una población relativamente joven desempeñándose en la APS, lo cual difiere con los resultados del estudio realizado por Pires de Pires et al, en el año 2016 que busca identificar las cargas de trabajo de enfermería en donde obtuvo como resultado que el 61 % de edades estaban comprendidas entre los 30 a 39 años de edad, ²⁵ dato que resulta superior al de esta investigación.

Se observa también en esta investigación, que la mayor parte de los profesionales de Enfermería, percibe los riesgos medianamente (40 %) resultado que tuvo similitud al encontrado en el estudio de Espinoza-Benavente que indica que el 42,9 % de la población en estudio mantiene una percepción laboral de riesgo media.⁴

Una investigación manifiesta que el reconocer los riesgos a los que está expuesto, hace que los individuos tengan comportamientos más preventivos⁴ es así, que en este estudio tan solo el 29 % de los profesionales poseen una conducta preventiva, mientras que el 29,7 % presenta una conducta arriesgada y un 41,3 % presenta una conducta normal.

Se indagó también sobre la conducta de autocuidado en los profesionales enfermeros, considerando que esta forma parte de la vida diaria es así que, en este estudio se observó que tan solo un 12,9 % de los profesionales de enfermería presentan una alta capacidad de autocuidado, mientras que el 74,9 % una mediana agencia de autocuidado y el 7,7 % restante representan una baja agencia a comparación con la investigación de Sánchez- Jiménez et al, realizada en México en el año 2014 que mide el autocuidado en enfermeras, señala que en su estudio de 265 profesionales el 60 % presentaron prácticas de autocuidado inadecuadas, por lo tanto, estos resultados demuestran que los profesionales deben tomar medidas, ya que el ejercicio de su profesión contempla actividades que podrían poner en peligro la salud de los mismos.²⁶

Dentro de las medidas de asociación entre las variables de autocuidado y percepción de riesgo se analizó que cuando los valores superan a 1 indican que es un factor de riesgo, mientras que los valores inferiores señalan un factor protector, en este caso el valor de 0,639 indica que las personas que tienen una baja percepción de riesgo es un factor protector para la baja capacidad de autocuidado, mientras una baja percepción de control de efectos negativos es un factor de riesgo para tener una baja capacidad de autocuidado porque, esta superior a la unidad 1,54. Al analizar los intervalos de confianza se pudo evidenciar que en ciertos momentos el factor protector y de riesgo 0,105 - 3,997 respectivamente demuestran que en ciertos casos puede existir un factor protector y un factor de riesgo.

En este estudio la relación entre percepción de riesgo laboral y autocuidado nos arroja un valor de 0,639 lo que indica que no existe asociación significativa entre las variables, sin embargo también se realizó una comparación de los riesgos percibidos por los distritos de salud, en el cual se evidenció que ambos presentan similares respuestas en “Trabajo con productos biológicos (medicinas, toxinas, vacunas, plasma etc)” y “Trabajo con elementos e instrumentación punzante o cortante (vidrio, agujas, punzones)” en donde el distrito 01D01 presenta un 45,2 % y el distrito 01D02 un 54,8 % y en lo que respecta a las ítems menos percibidos por ambos distritos están “Trabajo en sitios elevados” y “En mi puesto de trabajo utilizo con frecuencia aparatos de elevación (grúas, ascensores, ect. .).

Para confirmar lo antes mencionado se aplicó una prueba de U de Mann Whitney en la cual se evidenció que no existe diferencia en el número de riesgos percibidos por los distritos de salud (p 0,116). Los resultados de este estudio abren las puertas a nuevas investigaciones y a un mayor desarrollo y profundización del tema para así lograr una cultura de investigación en este nivel de la salud.

7 Conclusiones

En este estudio no se evidenció relación entre la percepción de riesgo laboral y autocuidado en los profesionales de enfermería que laboran en el primer nivel de atención en los Distritos 01D01 y 01D02, los profesionales que aplicaron sus conocimientos al responder las encuestas manifestaron que presentan una mediana percepción de riesgo. De la muestra obtenida se pudo evidenciar que las enfermeras y enfermeros se encuentran más expuestos a los riesgos de origen biológico en sus actividades diarias puesto que laboran constantemente con instrumentación corto punzante y se mantienen en contacto con varios microorganismos, los profesionales de los distritos 01D01 Y 01D02 de salud no presentaron una diferencia significativa ante la percepción de riesgo laboral.

8 Fuente de Financiamiento

Este estudio es autofinanciado.

9 Conflicto de Intereses

No existen conflictos personales, profesionales, financiero de otro tipo.

10 Consentimiento Informado

Los autores cuentan con el consentimiento informado de los pacientes para la investigación, la publicación del caso y sus imágenes.

Referencias Bibliográficas

1. Barba E, Fernández S, Morales N, Rodríguez Nardelli AL, Bueno C, Giordano S. Salud Y Seguridad.2014;1-180.Disponible en: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/@americas/@ro-lima/@ilo-buenos_aires/documents/publication/wcms_248685.pdf
2. Organización Mundial de la Salud. Protección de la salud de los trabajadores [Internet]. 30 de noviembre. 2017 [citado 23 de julio de 2019]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/protecting-workers\T1\textquoteright-health>
3. Organización Panamericana de la Salud. Salud de los trabajadores: Recursos [Internet]. 14 de abril. 2017 [citado 23 de julio de 2019]. Disponible en:
4. Espinoza Benavente MC, Espinoza Venegas M. Percepción De Riesgo Laboral Y Autocuidado En Enfermeros Atención Primaria De Una Comuna Del Bio-Bío. Horiz Enferm [Internet]. 2018;29(1):6-17. Disponible en: <http://publicaciones.horizonteenfermeria.uc.cl/index.php/rhe/article/view/144>

5. Manzano MJR, Toapanta M, Andino X, Rueda ML. Enfermedades ocupacionales del personal de enfermería por desempeño de labores en turnos rotativos y la importancia de los protocolos ergonómicos de prevención. *Rev Científica Cienc y Tecnol* [Internet]. 2018;1(18):1-16. Disponible en: <http://181.39.139.66/revista/index.php/cienciaytecnologia/article/view/336>
6. Luengo Martínez C, Sanhueza O. Condiciones de trabajo y su relación con la calidad del cuidado y salud del profesional de enfermería. *Med Segur Trab (Madr)* [Internet]. 2016;62(245):368-80. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2016000500008
7. Álvarez Heredia F, Conti Parra L, Valderrama Mantilla F, Moreno Vargas O, Jiménez Barbosa I. *Salud Ocupacional*. En: Eco Ediciones, editor. *Salud Ocupacional*. 1ra ed. Bogotá; 2015. p. 15-20.
8. Arcanjo RVG, Chistovam BP, Braga ALDS, Silvino ZR. Gerenciamento dos riscos ocupacionais da enfermagem na atenção básica: estudo exploratório descritivo / Management of occupational risks of nursing in primary health care: a descriptive exploratory study. *Rev Pesqui Cuid é Fundam Online* [Internet]. 2018;10(2):351. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/324229152_Gerenciamento_dos_riscos_ocupacionais_da_enfermagem_na_atencao_basica_estudo_exploratorio_descritivo_Management_of_occupational_risks_of_nursing_in_primary_health_care_a_descriptive_exploratory_study
9. Zurro Martín A, Perez Cano J. Atención Primaria De Salud. *Rev Fac Cienc Méd Enero-Junio* [Internet]. 2015;(4). Disponible en: <http://www.bvs.hn/RFCM/pdf/2015/pdf/RFCMVol12-1-2015-2.pdf>
10. Ministerio de Salud Pública. Manual del Modelo de Atención Integral de Salud - MAIS. Msp. Ecuador; 2018. 81-84 p.
11. Ministerio de Salud Pública. Tipología para homologar Establecimientos de Salud por niveles. 2015;18. Disponible en: <http://instituciones.msp.gob.ec/cz6/images/lotaip/Enero2015/Acuerdo%20Ministerial%205212.pdf>
12. Castillo ZR, Castillo ZR, Méndez PRC, Quezada LMT, Quezada CET, Fonseca RSS. Cumplimiento de las medidas de bioseguridad en la unidad quirúrgica de cirugía ambulatoria. *Arch Médico Camagüey* [Internet]. 5 de octubre de 2018 [citado 20 de noviembre de 2019];22(5):605-14. Disponible en: <http://revistaamc.sld.cu/index.php/amc/article/view/5704>
13. Diaz-Tamayo AM, Vivas M MC. Riesgo biológico y prácticas de bioseguridad en docencia. *Rev Fac Nac Salud Pública*. 2015;34(1).
14. Colas Soria L, Iglesia Biot C, López Gonzáles D, Sayú Durand L. Aspectos sobre las medidas de bioseguridad del personal de Enfermería en servicios de hemodiálisis. *Rev Inf Científica*. 2014;83(1):144-52.
15. Ministerio de Salud Pública. ESTRATEGIA NACIONAL DE INMUNIZACIONES [Internet]. Ecuador; 2019 [citado 21 de noviembre de 2019]. Disponible en: https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2019/04/Esquema_de_vacunacion_MSP_2019-18-02-2019.pdf
16. Gámez de la Hoz J, Padilla Fortes A. Occupational risks identification at primary care through the workers communication. *Rev la Asoc Esp Espec en Med del Trab* [Internet]. 2017;26(1):22-30. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/medtra/v26n1/1132-6255-medtra-26-01-00022.pdf>
17. Rivadeneira Silva R. Defensoría del Pueblo Resolución Ecuador [Internet]. 2017. Disponible en: https://www.dpe.gob.ec/lotaip/2017/pdfagosto/JURIDICO/a3/RESOLUCION_054-2017.pdf
18. Naranjo Hernández Y, Concepción Pacheco JA, Rodríguez Larreynaga M. *Gaceta Médica Espirituana*. *Gac Médica Espirituana* [Internet]. 2017;19(3):89-100. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-89212017000300009&Ing=es&nrm=iso&tIng=es
19. Silvela F. Desarrollo de la enfermería-Teorías. En: Cañizares Artes Gráficas, editor. *Manual CTO de Enfermería*. 6ta ed. Madrid; 2014. p. 1453-6.
20. Prado L, Gonzales M, Paz N, Romero K, Romero Borges K. La teoría déficit de autocuidado Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. *Rev Med Electron* [Internet]. 2014;36:835-45. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242014000600004
21. Hernández MR. Autocuidado y promoción de la salud en el ámbito laboral. *Rev Salud Bosque*. 2016;5(2):79.
22. Universidad de Santander (Bucaramanga CP de E, Cañón-Montañez W. *Revista Cuidarte*. *Rev Cuid* [Internet]. 2015;6(1):879-81. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/331217681_Agencia_de_autocuidado_conocimientos_actitudes_y_practicas_de_riesgo_biologico_en_estudiantes_de_enfermeria?fbclid=IwAR2TrhPydEoLHeDqs89kCF-RnXqs4HKLee_xneM9MANrWHmJhriO1Vg_q30
23. Loro MM, Zeitoune RCG. Collective strategy for facing occupational risks of a nursing team TT - Estrategia coletiva de enfrentamento dos riscos ocupacionais de uma equipe de enfermagem TT - Estrategia colectiva de enfrentamiento de los riesgos ocupacionales del equipo de enfe. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2017;51:e03205-e03205. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342017000100402
24. Vieira Girão Arcanjo R, Pompeu Christovam B, Dantas de Oliveira Souza NV, Silvino ZR, da Costa TF. Conocimientos y prácticas de los trabajadores de enfermería sobre riesgos laborales en la atención primaria de salud: un estudio de intervención TT - Knowledge and practices of nursing workers on occupational risks in primary health care: an intervention. *Enfermería Glob* [Internet]. 2018;17(51):200-37. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v17n51/1695-6141-eg-17-51-200.pdf>
25. De Pires DEP, Machado RR, Soratto J, Scherer M dos A, Gonçalves ASR, Trindade LL. Cargas

de trabalho da enfermagem na saúde da família: Implicações no acesso universal. Rev Lat Am Enfermagem [Internet]. 2016;24. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692016000100313&lng=en&tlng=en

26. Sánchez-Jiménez B, Sámano R, Chinchilla-Ochoa D, Rodríguez-Ventura AL. Autocuidado en enfermeras y su asociación con su estado emocional. Salud Publica Mex [Internet]. 2014;56(3):2356. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003636342014000300001

Recibido: 10 de octubre de 2020

Aceptado: 25 de octubre de 2020



Aplicación de la escala MNA en adultos mayores de la parroquia Quingeo - Cuenca, 2018

Application of the MNA scale in older adults in the parish of Quingeo - Cuenca, 2018

Gabriela Liliana Jarro Calle*¹, Fanny Cecilia Rodríguez Quezada¹, Edison Gustavo Moyano Brito¹, Rommel Patricio Guachizaca Uyaguari¹

¹ Universidad Católica de Cuenca, Ecuador

*gljarroc55@est.ucacue.edu.ec

DOI: <https://doi.org/10.26871/killkanasalud.v4i4.746>

Resumen

Los problemas relacionados con la nutrición de las personas mayores han cobrado una especial relevancia en la actualidad y han sido un tema de estudio para los profesionales de la salud; la OMS ha señalado a este grupo de la población como nutricionalmente vulnerable debido al déficit fisiológico alcanzado. En el año 2014; cifras estimadas mundialmente; revelan que había aproximadamente 462 millones de adultos con insuficiencia ponderal y 1900 millones de personas con sobrepeso u obesidad. **Objetivo:** Valorar el estado nutricional del adulto mayor mediante la escala de medición mínima nutricional "MNA" aplicada a los integrantes del Club de Adultos Mayores de la Parroquia Quingeo, cantón Cuenca en el periodo de enero a septiembre del 2018. **Métodos y Materiales:** La siguiente investigación fue cuantitativa, de nivel descriptivo de corte transversal, se trabajó con la totalidad de la población, 130 adultos mayores. La recolección de los datos se realizó con la Escala de Evaluación Mínima Nutricional, consta de 18 ítems de opción múltiple, se integró datos sociodemográficos y antropométricos. **Resultados:** El MNA muestra que el 60 % se encuentra en riesgo de malnutrición, el 40 % está desnutrido. El IMC, el 46,2 % normo peso, 40 % con clasificación de bajo peso y con el 11.5 % sobrepeso, por último, obesidad con un porcentaje mínimo de 2,3 %. **Conclusiones:** El estado nutricional muestra que un alto porcentaje de la población está en riesgo de desnutrición según el MNA, menos de la mitad tienen bajo peso y un porcentaje similar está en normo peso con valores de IMC.

Palabras clave: adulto mayor, estado nutricional, malnutrición, obesidad, sobrepeso, desnutrición.

Abstract

*The problems related to the nutrition of the elderly have become especially relevant today and have been a subject of study for health professionals; The WHO has identified this group of the population as nutritionally vulnerable due to the physiological deficit achieved. In 2014; estimated figures worldwide; reveal that there were approximately 462 million underweight adults and 1.9 billion people who were overweight or obese. **Objective:** To assess the nutritional status of the elderly through the minimum nutritional measurement scale "MNA" applied to the members of the Club of Older Adults of Quingeo Parish, Cuenca canton in the period from January to September 2018. **Methods and Materials:** The following research was quantitative, descriptive level, cross-sectional, and worked with the entire population, 130 older adults. The data collection was carried out with the Minimum Nutritional Assessment Scale, it consists of 18 multiple-choice items, sociodemographic and anthropometric data were integrated. **Results:** The MNA shows that 60% are at risk of malnutrition, 40% are malnourished. BMI, 46.2% normal weight, 40% classified as underweight and with 11.5% overweight, and finally, obesity with a minimum percentage of 2.3%. **Conclusions:** The nutritional status shows that a high percentage of the population is at risk of malnutrition according to the MNA, less than half are underweight and a similar percentage is in normal weight with BMI values.*

Keywords: elderly, nutritional status, malnutrition, obesity, overweight, malnutrition.

1 Introducción

La Organización Mundial de la Salud se refiere al envejecimiento como el resultado de la acumulación de daños y deterioro a nivel molecular, celular a largo de la vida dando como consecuencia el declive biológico y de las capacida-

des mentales y físicas, aumentando el riesgo de enfermedad y finalmente la muerte.¹⁻⁴ En los adultos mayores el declive del estado nutricional perjudica significativamente a la calidad de vida, aumenta la morbilidad sobre todo por aumento de enfermedades agudas y crónicas.^{5,6}

Demográficamente el desarrollo de envejecimiento es el efecto de los cambios en las tasas de fecundidad, mortalidad, migración y la relación entre estas. El Ecuador vive un proceso de transición demográfica, caracterizado por el envejecimiento poblacional, este fenómeno de envejecimiento demográfico que se acelerara aún más en las próximas décadas.⁷

El estado de nutrición de los adultos mayores está determinado por el consumo y la demanda de nutrientes, este se ve afectado por estilo de vida, el entorno en donde se desenvuelve el individuo y su situación socioeconómica.⁸

El propósito de la presente investigación es valorar el estado nutricional de los adultos mayores, de esta manera, clasificando el estado nutricional en el que se encontraban los participantes del club de Adultos mayores, identificando factores de riesgo, interviniendo de forma promocional sobre un apropiado consumo de nutrientes, mejorando el estado nutricional y con ello disminuir la morbilidad a causa de una mala nutrición.

Con los resultados obtenidos se pretende influir en la búsqueda de estrategias para mejorar en nivel nutricional de esta población vulnerable, para que el personal de salud, familia y actores políticos tomen un papel activo y participativo el empoderamiento comunitario, para encaminar las diferentes alternativas para resolver problemas y necesidades que afectan a los adultos mayores.

2 Materiales y métodos

Se aplicó un enfoque cuantitativo de nivel descriptivo no experimental con temporalidad prospectiva y de corte transversal. El universo de estudio estuvo constituido por 130 adultos mayores entre hombres y mujeres que acuden al Club del Adulto Mayor del Centro de Salud Quingeo de la Parroquia Quingeo, área rural del cantón Cuenca provincia del Azuay, de enero a septiembre del año 2018. Se excluyó a las personas que no deseaban participar, a las que no firmaron el consentimiento informado, a las que no cumplían los 65 años y a las que, a pesar de firmar el consentimiento, expresaron su deseo de retirarse del estudio.

No se requirió el cálculo de una muestra, puesto que se trabajó con todos los individuos que conforman el universo, considerando los criterios de inclusión y exclusión.

Luego de socializar el proyecto de investigación se aplicó el método de una encuesta con parámetros dietéticos incluyendo datos demográficos; después se procedió a recolectar las medidas antropométricas, para lo cual se les pidió a los participantes quedarse vestidos únicamente con prendas ligeras (camisa y pantalón, blusa y falda o pantalón); y se usaron un tallímetro graduado en centímetros con una precisión de 0,5 cm (SECA 206 Hamburgo, Alemania); báscula mecánica ASTRA precisión de 100g y cinta métrica graduada en centímetros no elástica con una precisión de 1mm (SECA 206 Hamburgo, Alemania).

En cuanto al peso, se les dio algunas indicaciones como: portar prendas ligeras, despojarse de objetos como celular,

carteras, llaves o monedas, colocarse de pie en la báscula con los talones juntos formando un ángulo de 45°, haber ido al baño previamente y se indagó en cada uno si tomó o no el desayuno para realizar la respectiva resta del peso siendo este de 400 a 600gr.

Para la talla se les indicó colocarse frente al tallímetro con la cabeza, hombros y cadera pegados a la pared, talones juntos formando un ángulo de 45°, los brazos colgando naturalmente y mantenerse firmes con la vista al frente.

El perímetro braquial; se registró dejando libre de prendas el brazo, en posición sentado o de pie con los brazos colgando naturalmente. El perímetro de pantorrilla; se indicó estar de pie con las piernas separadas 20 centímetros y dejar libre de prendas de vestir el espacio desde la rodilla hasta el pie.

Para la recolección de los datos informáticos se usó como instrumento el formulario nutricional Evaluación Mínima Nutricional o MNA (Mini Nutritional Assessment). Este formulario consta de 18 preguntas divididas en 4 partes: Primero, medidas antropométricas como índice de masa corporal, circunferencia braquial, de pantorrilla y pérdida de peso. Segundo, evaluación global del estilo de vida, polimedicación y movilidad. Tercero, ingesta de líquidos, alimentación y autonomía para alimentarse. Cuarto, evaluación subjetiva es decir autoevaluación nutricional.

Con estos datos se procede a ubicar a los participantes en 3 grupos: 1.) Desnutrición (inferior a 17 puntos). 2.) Riesgo de malnutrición (entre 17 a 23,5 puntos). 3.) Normo peso (24 a 30 puntos).

El procesamiento de datos se realizó con el programa Statistical Package For the Social Sciences "SPSS" versión 24.0, donde se realizó el análisis estadístico. Las medidas que se emplearon fueron el porcentaje, la media y el promedio.

3 Resultados

La población de estudio estuvo conformada por 130 adultos mayores siendo 85 (65,4 %) de sexo femenino y 45 (34,6 %) de sexo masculino. El grupo etario que predominó fue el de 70 a 79 años con el 58,46 % (n=76), seguido por 65 a 69 años, con el 37,69 % (n=49), luego el de 80 a 84 años 2,32 % (n=3) y por último mayores de 85 años el 1,53 % (n=2). (tabla 1)

Los datos para el cálculo del índice de masa corporal demuestran que el 46,2 % (n=60) se ubican con normo peso, seguido del 40 % (n=52) con bajo peso, el 11,5 % (n=15) con sobrepeso y el 2,3 % (n=3) con obesidad. (tabla 2)

Por otra parte, el 64,6 % (n=84) no sabe si ha perdido peso en los últimos 3 meses, el 32,3 % (n=42) manifiesta pérdida de peso entre 1 a 3kg de peso y el 3,1 % (n=4) ha perdido más de 3kg de peso. (tabla 3)

Se evidenció que existe un alto porcentaje de individuos con anorexia moderada 80 % (n=104); y tan solo el 1,5 % (n=2) con anorexia grave; el resto de la población 18,5 % (n=24) no presenta anorexia. (tabla 4)

Los adultos mayores que ingieren 2 comidas completas por día corresponden al 76,2 % (n=99) y el 23,8 % (n=31) una comida completa por día. (tabla 5)

El 93,1 % (n=121) de los individuos consume 2 alimentos con base proteica por día o semana, seguido por el 6,2 % (n=8) que consumen 1 producto. y el 0,8 % (n=1) consume 3 productos. (tabla 6)

De igual manera se evaluó el consumo de frutas y verduras denotando que el 70,8 % (n=92) no consume vitaminas y solo el 9,2 %² si lo hace, estos resultados están relacionados con el nivel socioeconómico del participante. (tabla 7).

La autopercepción nutricional de los participantes demostró que el 93,1 % (n=121) no sabe cómo se encuentra nutrido o considera que tiene malnutrición moderada; el 4,6 % (n=6) no tiene problemas de nutrición y el 2,3 % (n=3) tiene malnutrición grave. (tabla 8)

Las enfermedades agudas o estrés psicológico estuvieron presentes en el 96,2 % (n=125) de los individuos. La demencia o depresión moderada se repite en los participantes con malnutrición y en más de la mitad de la población, 58 participantes con depresión moderada y en menor frecuencia con 5 participantes con depresión grave.

La interpretación según el MNA muestra que más de la mitad de la población 60,0 % (n=78) se encuentra en riesgo de desnutrición y el 40,0 % (n=52) en desnutrición. (tabla 9)

Tabla 1: Distribución de los participantes según la edad

Edad	Frecuencia	Porcentaje %
65 a 69	49	37,69
70 a 79	76	58,46
80 a 84	3	2,32
Más de 85	2	1,53
Total	130	100,0

Tabla 2: Distribución de los participantes según el índice de masa corporal

IMC	Frecuencia	Porcentaje %
IMC menor a 22 Bajo peso	52	40,0
IMC de 22 a 27 Eutrófico Normo peso	60	46,2
IMC de 27 a 32 Sobrepeso	15	11,5
IMC mayor a 32 Obesidad	3	2,3
Total	130	100,0

Tabla 3: Distribución de los participantes según pérdida reciente de peso

Pérdida reciente de peso (< tres meses)	Frecuencia	Porcentaje %
Pérdida de peso >3Kg	4	3,1
No lo sabe	84	64,6
Pérdida de peso entre 1 y 3 Kg	42	32,3
Total	130	100,0

Tabla 4: Distribución de los participantes según anorexia

¿Ha perdido el apetito? ¿Ha comido menos por falta de apetito, problemas digestivos, dificultades de masticación o deglución en los últimos 3 meses?	Frecuencia	Porcentaje %
Anorexia grave	2	1,5
Anorexia moderada	104	80,0
Sin anorexia	24	18,5
Total	130	100,0

Tabla 5: Distribución de los participantes según el número de comidas diarias

¿Cuántas comidas completas toma al día?	Frecuencia	Porcentaje %
1 comida	31	23,8
2 comidas	99	76,2
Total	130	100,0

Tabla 6: Distribución de los participantes según el consumo de alimentos con contenido proteico

¿Consume el paciente (sí o no)?	Frecuencia	Porcentaje %
• ¿Productos lácteos al menos una vez al día?		
• ¿Huevos o legumbres 1 o 2 veces a la semana?		
• ¿Carne, pescado o aves diariamente?		
0 o 1 síes	8	6,2
2 síes	121	93,1
3 síes	1	0,8
Total	130	100,0

Tabla 7: Distribución de los participantes según el consumo de frutas y verduras

¿Consume frutas y verduras al menos dos veces al día?	Frecuencia	Porcentaje %
No	92	70,8
Si	38	29,2
Total	130	100,0

Tabla 8: Distribución de los participantes según la autopercepción nutricional

¿Considera el paciente que está bien nutrido?	Frecuencia	Porcentaje %
Malnutrición grave	3	2,3
No lo sabe o malnutrición moderada	121	93,1
Sin problemas de nutrición	6	4,6
Total	130	100,0

Tabla 9: Distribución de los participantes según la clasificación MNA

¿Considera el paciente que está bien nutrido?	Frecuencia	Porcentaje %
Menor a 17 desnutrición	52	40,0
De 17 a 23 riesgo de desnutrición	78	60,0
Total	130	100,0

Tabla 10: Comparación entre MNA e IMC

			Clasificación según IMC				Total
			IMC menor a 22 Bajo peso	IMC de 22 a 27 Eutrófico	IMC de 27 a 32 Sobrepeso	IMC mayor a 32 Obesidad	
Clasificación según la Puntuación Global	Menor a 17 desnutrición	Recuento	35	13	3	0	51
		% dentro de Clasificación según la Puntuación Global	68,6 %	25,5 %	5,9 %	0,0 %	100,0 %
		% dentro de Clasificación según IMC	68,6 %	21,7 %	20,0 %	0,0 %	39,5 %
	De 17 a 23 riesgo de desnutrición	% del total	27,1 %	10,1 %	2,3 %	0,0 %	39,5 %
		Recuento	16	47	12	3	78
		% dentro de Clasificación según la Puntuación Global	20,5 %	60,3 %	15,4 %	3,8 %	100,0 %
Total		% dentro de Clasificación según IMC	31,4 %	78,3 %	80,0 %	100,0 %	60,5 %
		% del total	12,4 %	36,4 %	9,3 %	2,3 %	60,5 %
		Recuento	51	60	15	3	129
		% dentro de Clasificación según la Puntuación Global	39,5 %	46,5 %	11,6 %	2,3 %	100,0 %
		% dentro de Clasificación según IMC	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %
		% del total	39,5 %	46,5 %	11,6 %	2,3 %	100,0 %

4 Discusión

El crecimiento poblacional de adultos mayores, así como la esperanza de vida es mayor para el género femenino^{9,10}

El nivel de escolaridad de los participantes se asoció con el estado nutricional de la población, la baja instrucción educativa está relacionada con la desnutrición en un 95 %.¹¹

En cuanto a la clasificación nutricional, existe una mayor prevalencia porcentual del riesgo nutricional, seguido por la malnutrición y finalmente la desnutrición, estos resultados concuerdan con los estudios de: Calderón et al. 2104; Deossa et al. 2016; Choque 2013 y Monsalve et al. 2011. Es necesaria la intervención del personal de salud en este contexto, vale la pena mencionar que padecer desnutrición o riesgo de desnutrición repercute en la salud y la calidad de vida de los adultos mayores^{9,12,13}

La clasificación según el índice de masa corporal IMC, ubica en mayor porcentaje a normo peso (46.2 %), seguido de bajo peso (40 %), sobrepeso (11.5 %) y finalmente obesidad (2.3 %); datos similares al estudio de González donde se puede evidenciar la misma escala de porcentajes además de niveles de desnutrición leve, desnutrición moderada y finalmente desnutrición severa.^{14,15}

En cuanto a parámetros dietéticos se pueden relacionar una mayor prevalencia de riesgo de malnutrición con una ingesta por debajo de dos comidas completas al día (23.8 %), consumo bajo de frutas y verduras (70.8 %) así como de alimentos con base proteica por día o semana con poca frecuencia (6.2 %), datos que van en concordancia con el estudio de Deossa y González.^{12,16} Los alimentos de fuente de proteína y así como micronutrientes el consumo de fuente vitamínica es importante para mantener el funcionamiento del organismo y el metabolismo ya que contiene antioxidantes, vitaminas, minerales además de contener fibra son importantes para el mantenimiento de la salud y un envejecimiento saludable.¹⁷

Entre los principales hallazgos del presente estudio se encontró además que un alto porcentaje (80.0 %) refiere anorexia moderada, seguido por el grupo que desconoce

si perdió peso (64.6 %), además el 96,2 % de la población ha tenido enfermedad aguda o estrés psicológico en los últimos tres meses; el 44.6 % afirma tener demencia o depresión moderada y finalmente un 3,8 % tuvo depresión grave. Estos datos discrepan de un estudio realizado en España, en donde se usó el mismo instrumento para la recolección de datos en donde se reporta un bajo porcentaje de desnutrición grave (0.4 %), seguido de una malnutrición moderada (16.1 %). De igual manera no hay relación en cuanto al porcentaje de enfermedad aguda o estrés psicológico presente en solo el 27.9 %, depresión moderada en el 21.7 % valores muy bajos en comparación al presente estudio.⁹

La Guía de Práctica Clínica en su apartado de cambios fisiológicos del envejecimiento menciona que la reducción del apetito se conoce como “anorexia del envejecimiento” y su prevalencia es de 21 % en las personas mayores de 65 años, la conjugación de anorexia y otros factores de riesgo hacen que el adulto mayor no recupere peso y permanezca más tiempo desnutrido aumentando la morbilidad.¹⁸ Pando et al, encuentra una mayor prevalencia de depresión en mujeres adultas mayores 43 % en comparación con los hombres 27.1 %.^{19,20}

5 Conclusión

Más de la mitad de la población presento riesgo de malnutrición según parámetros de MNA. El IMC evidenció que un alto porcentaje de individuos presentó normo peso, en menor frecuencia bajo peso, seguido de sobre peso y obesidad en menor frecuencia.

Al culminar la investigación se identificó que los riesgos asociados a malnutrición fueron: la presencia de anorexia moderada; la baja frecuencia de consumo de alimentos de valor proteico y vitamínico; desconocer o considerar tener malnutrición moderada; enfermedad aguda o estrés psicológico; demencia o depresión moderada y en menor frecuencia depresión grave.

6 Fuente de Financiamiento

Este estudio es autofinanciado.

7 Conflicto de Intereses

No existen conflictos personales, profesionales, financiero de otro tipo.

8 Consentimiento Informado

Los autores cuentan con el consentimiento informado de los pacientes para la investigación, la publicación del caso y sus imágenes.

Referencias Bibliográficas

1. OMS. World Health Organization. [Online].; 2015 [cited 2018 Octubre 2. Available from: <https://www.afro.who.int/health-topics/ageing>.
2. De Loyola. LOIOLA XXI. [Online].; 2015 [cited 2018 Octubre 2. Available from: <https://loiolaxi.wordpress.com/2015/02/12/obesidad-y-sobrepeso-en-el-mundo-informe-oms/>.
3. Del Avellanal Calzadilla A. Alzheimer Universal. [Online].; 2013 [cited 2018 Octubre 2. Available from: <https://www.alzheimeruniversal.eu/2013/10/01/envejecimiento-cambios-biologicos-cambios-funcionales/>.
4. Alvarado García AM, Salazar Maya AM. Análisis del concepto de envejecimiento. Gerokomos. 2014; 25(2): p. 57-62.
5. Torrejón Mendoza C, Reyna Márquez E. Estilo de vida y estado nutricional del adulto mayor. In Cress. 2012 Octubre; 3(2): p. 267-276.
6. OMS. World Health Organization. [Online].; 2014 [cited 2018 Octubre 2. Available from: <https://www.who.int/ageing/about/facts/en/>.
7. Egas M. La población adulta mayor crecerá 34 % a partir de 2020. El Telégrafo. 2016 Junio.
8. Rosero Otero M, Rosas Estrada GM. Valoración nutricional de las personas mayores de 60 años de la ciudad de Pasto, Colombia. Ciencia y Enfermería. 2017 Diciembre ; 23(3).
9. Deossa Restrepo GC, Restrepo Betancur LF, Velásquez Vargas JE, Varela Álvarez D. Evaluación nutricional de adultos mayores con el Mini Nutritional Assessment: MNA. Universidad y Salud. 2016 Diciembre ; 18(3).
10. Social MdIEy. Ministerio de Inclusión Económica y Social. [Online].; 2017 [cited 2018 Octubre 2. Available from: <https://www.inclusion.gob.ec/direccion-poblacion-adulta-mayor/>.
11. Tarqui Mamani C, Alvarez Dongo D, Espinoza Oriundo P, Gomez Guizado G. Estado nutricional asociado a características sociodemográficas en el adulto mayor peruano. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2014 Mayo; 31(3): p. 467-472.
12. Calderón Reyes ME, Ibarra Ramírez F, García J, Gómez Alonso C, Rodríguez Orozco AR. Evaluación nutricional comparada del adulto mayor en consultas de medicina familiar. Nutr Hosp. 2010; 25(4): p. 669-675.
13. Monsalve Vega MdL, Quintanilla Zamora G, Trujillo Amoroso MV. Situación nutricional de los adultos mayores que habitan en las residencias de acogida: Miguel León y Cristo Rey de la ciudad de Cuenca - 2011. Tesis pregrado. Cuenca: Universidad de Cuenca, Facultad de Ciencias Médicas, Escuela de Tencología Médica, Área de nutrición y dietética; 2011.
14. González González JL. Evaluación del estado nutricional de un grupo de adultos mayores pertenecientes al plan nueva sonrisa dispensario Santa Francisca Romana. Tesis pregrado. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana, Carrera de Nutrición y Dietética; 2011.
15. De Arriba Muñoz A, López Úbeda M, Rueda Caballero C, Labarta Aizpún JI, Ferrández Longás Á. Valores de normalidad de índice de masa corporal y perímetro abdominal en población española desde el nacimiento a los 28 años de edad. Nutr Hops. 2016 Agosto; 33(4): p. 887-893.
16. De Moraes C, Oliveira B, Afonso C, Lumbers M, Raats M, De Almeida M. Nutritional risk of European elderly. European Journal of Clinical Nutrition. 2013 September; 67: p. 1215-1219.
17. Giraldo Acosta M. Evaluación del estado nutricional de n grupo de adultos mayores del asilo San Antonio, Honda (Tolima-Colombia). Tesis pregrado. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana, Carrera de Nutrición y Dietética; 2016.
18. Salud CNdETe. Evaluación y seguimiento nutricional del adulto mayor en el primer nivel de atención. Guía de referencia rápida. México D. F.: Instituto Mexicano del Seguro Social.; 2014.
19. Pando Moreno M, Aranda Beltrán C, Alfaro Alfaro N, Mendoza Roaf P. Prevalencia de depresion en adultos mayores en poblacion urbana. Revista Española de Geriatria y Gerontología. 2001; 36(3): p. 140-144.
20. Valdés King , González Cáceres J, Salisu Abdulkadir M. Prevalencia de depresión y factores de riesgo asociados a deterioro cognitivo en adultos mayores. Rev cuba med gen integr. 2018; 33(4).

Recibido: 9 de octubre de 2020

Aceptado: 23 de octubre de 2020



Prevalencia y factores asociados al traumatismo craneoencefálico en adultos entre 20 a 50 años que acuden al servicio de emergencia del hospital Vicente Corral Moscoso, periodo enero-junio 2018

Prevalence and factors associated with cranioencephalic trauma in adults between 20 and 50 years of age attending the emergency service of the Vicente Corral Moscoso hospital, January-June 2018

María Castro Pomaquiza¹, Pablo Lazo Pillaga¹, Johnny Vizuela Carpio¹, María José Serrano Serrano¹, Nube Pacurucu-Avila*¹

¹ Universidad Católica de Cuenca, Ecuador

*npacurucu@ucacue.edu.ec

DOI: <https://doi.org/10.26871/killkanasalud.v4i4.747>

Resumen

Objetivo: Identificar la prevalencia y factores asociados al traumatismo craneoencefálico en adultos entre 20 a 50 años que acuden al Servicio de Emergencia del Hospital Vicente Corral Moscoso, periodo Enero - Junio 2018. **Metodología:** Estudio retrospectivo, cuantitativo y descriptivo de corte transversal, el universo está constituido por 135 pacientes atendidos en el Hospital Vicente Corral Moscoso en el área de emergencia con trauma craneoencefálico, de los cuales se analizaron 100 historias clínicas de pacientes que cumplieron los criterios de inclusión. El instrumento para recolectar datos fue un formulario previamente validado de 9 ítems: las 5 primeras determinaron las variables sociodemográficas, y en los 4 consiguientes se determinaron la gravedad de trauma, mecanismo de trauma, y condiciones del paciente, y para el análisis de los mismos se utilizó el programa Statistical Product and Service Solutions para Windows. **Resultados:** El 90 % correspondiendo al trauma leve. El grupo etario más afectado fue de 20-30 años, predominando el sexo masculino en un 71 %, el nivel de instrucción de los pacientes analizados fue secundario 42 %, estado civil soltero(a) 44 %, con mayor predominio en pacientes de condición socioeconómica media 77 %, la causa principal del traumatismo craneoencefálico fue los accidentes de tránsito 34 %, y fallecieron el 1 % de la población estudiada. **Conclusión:** La frecuencia de traumatismo craneoencefálico es un problema de salud elevado en el contexto epidemiológico en el Hospital Vicente Corral Moscoso de la ciudad de Cuenca, por eso es necesario capacitar a toda la población sobre cuidados al momento de realizar actividades y la utilización de medidas de protección respectivas según la actividad que realicen.

Palabras clave: traumatismo craneoencefálico, lesiones encefálicas, escala de coma de Glasgow, urgencias médicas.

Abstract

Objective: To identify the prevalence and factors associated with brain injuries in adults between 20 to 50 years old who attend the emergency service of the Vicente Corral Moscoso Hospital, period January - June 2018. **Methodology:** Retrospective, quantitative and descriptive cross-sectional study, the universe consists of 135 patients treated at Vicente Corral Moscoso Hospital in the emergency area with head trauma, of which 100 clinical histories of patients who met the inclusion criteria were analyzed. The data collection instrument was a previously validated form of 9-items: the first 5 determined sociodemographic variable and the resulting 4 determined the severity of trauma, trauma mechanism, and patient conditions, and the Statistical Product and Service Solutions for Windows was used for their analysis. **Results:** 90% corresponding to mild trauma. The most affected group was 20-30 years old, predominantly male in 71%, the level of instruction of the patients tested was secondary 42%, single marital status 44% with the highest predominance in patients with an average socioeconomic condition of 77% and the most predominant socioeconomic conditions were the average 77%, the main cause of head trauma was 34% traffic accidents, and 1% of the studied population died. **Conclusion:** The frequency of head trauma is a high health problem in the epidemiological context at the Vicente Corral Moscoso Hospital in the city of Cuenca, that's why it's necessary to train the entire population on care when doing activities and the use of respective protective measures depending on their activity.

Keywords: traumatic, brain injuries, Glasgow coma scale, emergencies .

1 Introducción

El trauma craneoencefálico se define como una alteración en la función cerebral u otra evidencia de patología del cerebro, causada por una fuerza externa. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), es considerada a nivel mundial como un grave problema de salud pública, ocasionando más de 5 millones de muertes en el año, una cifra igual a la muerte por VIH/SIDA.¹

Debido a los traumatismos, en la actualidad han sido afectadas más de 5,8 millones de personas. Según reportes del Instituto Nacional de Estadística y Censo (INEC), en Ecuador en el año 2015 se notificaron 106,751 ingresos hospitalarios por traumatismos. En la ciudad de Cuenca por la misma causa fueron ingresados un total de 70,745 hombres y 36,006 mujeres.^{2,3} En España la incidencia de traumatismo craneoencefálico es de 200 casos por cada 100 mil habitantes, en los Estados Unidos cada año 1,1 millones de pacientes entre los 25 a 35 años de edad son tratados en la sala de emergencia por traumatismo craneoencefálico, en México, el traumatismo craneoencefálico es la tercera causa de muerte, con 35,567 defunciones; un índice de mortalidad de 38.8 por 100.mil habitantes.⁴⁻⁶

Más del 90 % de muertes por traumatismo se producen en países con ingresos medios y bajos, debido a que la financiación de investigaciones es muy insuficiente y no se han asignado recursos suficientes para fortalecer la prestación de servicios médicos en los centros de salud para afrontar este problema.⁷

Debido al creciente número de pacientes con traumatismo se ha visto la necesidad de realizar el estudio de traumatismo craneoencefálico y sus factores asociados en adultos de 20 a 50 años del Hospital Vicente Corral Moscoso de la ciudad de Cuenca, cuyos resultados obtenidos servirán de base para posteriores investigaciones institucionales y no institucionales.

2 Materiales y métodos

Estudio retrospectivo, cuantitativo y descriptivo de corte transversal, se llevó a cabo a través del análisis de historias clínicas de pacientes con edades entre 20 y 50 años con traumatismo craneoencefálico que fueron atendidos en el servicio de emergencia del Hospital Vicente Corral Moscoso durante el año 2018. Se excluyó a todos los pacientes pediátricos, adolescentes y adultos mayores y aquellos que abandonaron el servicio de emergencia antes del registro completo de la información o sin previa alta médica.

El tamaño de la muestra se obtuvo mediante la utilización de la fórmula de la unidad de epidemiología clínica y bioestadística, de una población de 135 pacientes tanto hombres como mujeres atendidos, con un nivel de confianza del 95 % y precisión del 5 %, obteniéndose un total de 100 participantes que fueron atendidos en el Servicio de Emergencia del Hospital Vicente Corral Moscoso.

El plan metodológico con el que se realizó la investigación fue de tipo deductivo, mediante la técnica de revisión de documento, y el instrumento fue una ficha de recolección

de datos. Previa a la investigación se planteó el protocolo que fue presentado y autorizado por el Comité de Bioética e Investigación en Seres Vivos de la Universidad Católica de Cuenca. Además, se solicitó la autorización pertinente para la aplicación del instrumento de recopilación de datos mediante un consentimiento informado dirigido a la comisión de docencia e investigación del Hospital Vicente Corral Moscoso. No fue necesaria la autorización de los pacientes participantes debido que la información para este proyecto se obtendrá mediante la revisión de historias clínicas.

Una vez obtenida la autorización del hospital se revisó una por una las historias clínicas de pacientes con edades comprendidas entre 20 y 50 años que presentaban traumatismos craneoencefálicos, los datos del estudio se registraron manualmente en un formulario que fue validado por tres expertos y la confiabilidad se realizó mediante Alfa de Cronbach con un resultado de 0,807, el mismo constaba de 9 ítems, las 5 primeras determinaron las variables socio-demográficas, y en los 4 consiguientes se determinaron la gravedad de trauma, mecanismo de trauma, y condiciones del paciente.

Una vez recolectada la información se procedió a organizarla para luego digitalizarla en el programa estadístico SPSS (Statistical Product and Service Solutions para Windows), finalmente se obtuvieron los resultados para cada uno de los ítems de las variables que se plantearon representados en tablas con frecuencias y porcentajes.

3 Resultados

Los resultados obtenidos de las 100 historias clínicas de pacientes con traumatismo craneoencefálico atendidos en el servicio de emergencia del Hospital Vicente Corral Moscoso demuestran que dentro de las características sociodemográficas existe un predominio en el sexo masculino en edades entre 20 y 30 años, de estado civil soltero, con nivel de instrucción secundaria y de condición socioeconómica media, que habitan dentro del casco urbano. (Tabla 1). De acuerdo a la distribución de los mecanismos de trauma tenemos en primer lugar aquellos causados por los accidentes de tránsito (34 %), seguido de las caídas (32 %), otros; como violencia, accidentes por armas de fuego, armas blancas, etc. (30 %) y finalmente los accidentes laborales (4 %). (Tabla 2). Según la clasificación del grado de severidad del traumatismo se utilizó como guía la escala de Glasgow en donde se observa mayor frecuencia en traumatismo leve (90 %). (Tabla 3). En la Tabla 4 se identifica los resultados de las condiciones del paciente luego de haberle brindado cuidados asistenciales en el servicio de emergencia en el cual se obtuvo que de las 100 historias revisadas fallecieron el 1 % de los atendidos.

Tabla 1: Características sociodemográficas en los adultos de 20 a 50 años con traumatismo craneoencefálico en el Hospital Vicente Corral Moscoso

VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
EDAD		
20-30	45	45%
30-40	38	38%
40-50	17	17%
Total	100	100%
SEXO		
Masculino	71*	71%
Femenino	29	29%
Total	100	100%
NIVEL DE INSTRUCCIÓN		
Primaria	39	39%
Secundaria	42	42%
Superior	15	15%
Ninguno	4	4%
Total	100	100%
ESTADO CIVIL		
soltera(o)	44	44%
casada(o)	36	36%
divorciada(o)	8	8%
unión libre	12	12%
Total	100	100%
PROCEDENCIA		
Rural	29	29%
Urbano	71*	71%
Total	100	100%
CONDICIONES SOCIO ECONÓMICAS		
Bajo	20	20%
Medio	77	77%
Alto	3	3%
Total	100	100%

Tabla 2: Distribución de los mecanismos que causan el traumatismo craneoencefálico

MECANISMO DE TRAUMA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Accidente de tránsito	34	34
Caída	32	32
Accidente laboral	4	4
Otros (violencias, maltrato, accidentes por arma de fuego arma blanca, etc.)	30	30
Total	100	100%

Tabla 3: Clasificación del grado de severidad del traumatismo craneoencefálico

GRADO DE SEVERIDAD DEL TRAUMA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Traumatismo leve	90	90
Traumatismo moderado	6	6
Traumatismo grave	4	4
Total	100	100%

Tabla 4: Identificación de las condiciones del paciente luego de brindar cuidados asistenciales

CONDICIÓN DEL PACIENTE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Vivo	99	99
Muerto	1	1
Total	100	100%

4 Discusión

En este estudio se encontró que el traumatismo craneoencefálico es un problema de salud muy elevado en el contexto epidemiológico en el Hospital Vicente Corral Moscoso de la ciudad de Cuenca. Al analizar los factores asociados a estos traumatismos se pudo observar una mayor prevalencia en el sexo masculino (71%), Los resultados obtenidos coinciden con el estudio de Herrera⁸ en Brasil en el año 2018 donde reveló que el 83% de los afectados son de sexo masculino. Petgrave⁹ en Costa Rica en el año 2016, también indicó que el sexo masculino registró la mayoría de los casos. Pérez¹⁰ en Cuba en el año 2020 en su estudio reveló un predominio del 79,2% en el sexo masculino. Otro estudio con el que coincide es con el de Ortega¹¹ en España en el año 2018 que muestra mayor frecuencia de traumatismos en el sexo masculino, Rondón¹² en Perú el año 2016 dio a conocer que existe un predominio en el sexo masculino (68,47%) a diferencia del sexo femenino (31,53%), No se ha encontrado ningún estudio que discrepe con los resultados obtenidos.

En cuanto a la edad los resultados indican predominio en el grupo etario entre 20 y 30 años, que tiene similitud con el estudio de Herrera⁸ en Brasil en el año 2018 que indica que el grupo de edad más frecuente fue entre 21 y 30 años y con la investigación de Ortega¹¹ en el año 2018 en España donde predomina las edades entre 20 y 35 años con el 52,2%. Los resultados obtenidos discrepan con los estudios de Petgrave⁹ en Costa Rica en el 2016 y Piña¹³ en el año 2012 en Cuba que señalan un predominio en los mayores de 43 años (54%) y mayores de 45 años (56%) respectivamente. También con el estudio de González¹⁴ en España en el año 2015 donde indica que personas de 45 años tienen más posibilidad de sufrir traumatismo craneoencefálico.

Los resultados indican que el traumatismo craneoencefálico prevalece en pacientes con estudios secundarios de estado civil soltero y de condición socioeconómica media, que tiene similitud con los resultados del estudio de Flores¹ en el año 2018 en Perú que señala que los pacientes tenían un grado de instrucción secundaria o superior completa y que contaban con empleo, pero discrepa con el estudio de Ortega¹¹ en España en el año 2018 y el de Pari¹⁵ en el año 2018 en Perú donde indica que los pacientes tenían un grado de instrucción primaria, de estado civil casado y de condición socioeconómica bajo.

En relación al mecanismo del trauma existe predominio en aquellos causado por accidentes de tránsito, que se asemeja con los estudios de Petgrave⁹ en el año 2016 en Costa Rica, González¹⁴ en España en el año 2015, Cunha¹⁶ en Brasil en el año 2018, y Bermúdez¹⁷ en Cuba en el año 2020 donde también indican una prevalencia de traumas en accidentes de tránsito. Lo que discrepa con los estudios de Flores¹ en Perú en el año 2018, Ortega¹¹ en el año 2018 en España, Rodríguez¹⁸ en Cuba en el año 2020 y Paredes¹⁹ en Ecuador en el año 2020 donde revelan que los

mecanismos causantes del trauma craneoencefálico tienen mayor incidencia por caídas ya sea laborales o domésticas.

Según el grado de severidad del trauma se analizó mayor frecuencia en traumatismo leve, lo que coincide con el estudio de Pari¹⁵ en Perú en el año 2018 y Cunha¹⁶ en el año 2018 en Brasil que también señala el trauma leve con mayor prevalencia (41,29 %) y (32,5 %) respectivamente, pero discrepan con los estudios de Rondón¹² en Perú en el año 2016, Paredes¹⁹ en Ecuador en el año 2020 y Suárez²⁰ en Cuba en el año 2017 que como resultado obtuvieron mayor incidencia en traumas graves todos guiados según la escala de Glasgow.

Según la condición de paciente fue favorable gracias a los cuidados asistenciales que recibieron dentro del área de emergencia, los resultados tienen similitud con las investigaciones de Ortega¹¹ en España en el año 2018, Paredes¹⁹ en Ecuador en el año 2020 y Amado²⁰ en Cuba en el año 2017 en donde los pacientes que presentaban traumas leves y fueron atendidos de manera inmediata no presentaron alteraciones en su salud, lo que discrepa con los estudios de Pérez¹⁰ en el año 2020 en Cuba y Piña¹³ en Cuba en el año 2012 que se obtuvo como resultado que por más que se brindó la atención necesaria en el área de emergencia los pacientes acudían con lesiones graves y por ende causaban la muerte.

5 Conclusion

Se encontró una alta prevalencia de traumatismo craneoencefálico en el Hospital Vicente Corral Moscoso de la ciudad de Cuenca, en el periodo de Enero-Junio 2018, principalmente en el sexo masculino en edades comprendidas entre 20 y 30 años de estado civil soltero, con nivel de instrucción secundaria y de condición socioeconómica media. La principal causa de trauma fueron los accidentes de tránsito con grado de severidad leve y excelentes condiciones del paciente al ser atendidos en el servicio de emergencia. Por estas razones antes mencionadas es importante dar a conocer estos resultados para capacitar a toda la población sobre cuidados al momento de realizar actividades y la utilización de medidas de protección respectivas según la actividad que realicen.

6 Fuente de Financiamiento

Este estudio es autofinanciado.

7 Conflicto de Intereses

No existen conflictos personales, profesionales, financiero de otro tipo.

8 Consentimiento Informado

Los autores cuentan con el consentimiento informado de los pacientes para la investigación, la publicación del caso y sus imágenes.

Referencias Bibliográficas

1. Flores- Botton L. Factores pre quirúrgicos asociados a mortalidad en pacientes sometidos a craneotomía descompresiva por traumatismo craneoencefálico grave. (tesis para título de médico cirujano). Trujillo-Perú. Universidad Privada Antenor Orrego. 2018.
2. INEC. Registro estadístico de camas y egresos hospitalarios. Gestión de Estadísticas Sociodemográficas en Base a Registros Administrativos. Quito Ecuador. 2018.
3. Astudillo- Molina R, Salamea Molina JC, Crespo- Riquetti P, Salamea Molina P. Trauma, Diez años de experiencia Hospital Vicente Corral Moscoso. Rev. Fac Cien Med. 2010; 29(31):23-30. DOI: 10.13140/2.1.2752.4809
4. Amado A, Cañizares O, Alba L, Alegret M. Caracterización epidemiológica y neurológica del traumatismo craneoencefálico frontal durante cinco años en Villa Clara. Medicentro (Villa Clara). 2017; 21(1).
5. Aleman R, Widmark B. Incidencia del traumatismo craneoencefálico en usuarios que acudieron al "Hospital San Vicente de Paul" en el periodo 2015-2017. (tesis para título de licenciado en enfermería). Ibarra-Ecuador Universidad Técnica del Norte. 2019.
6. Muñana- Rodríguez JE, Ramírez- Elías A. Escala de coma de Glasgow: origen, análisis y uso apropiado. Enferm. Univ. 2014; 11(1):24-35. DOI: 10.1016/S1665-7063(14)72661-2
7. Amado A, Cañizares O, Alba L, Alegret M. Caracterización neuropsicológica de pacientes con trauma craneoencefálico frontal leve y moderado. Acta Médica del Centro. 2017; 11(2).
8. Herrera M, Ariza A, Rodríguez J, Pacheco A. Epidemiología del trauma craneoencefálico. Rev. Cubana de medicina intensiva y emergencias. 2018; 17(2):3-6.
9. Petgrave A, Padilla J, Díaz J, Chacón R, Chaves C, et al. Perfil Epidemiológico del traumatismo craneoencefálico en el servicio de Neurocirugía de Hospital Dr. Rafael A. Calderón Guardia durante el periodo 2007 al 2012. SENE. 2016; 27(3):112-120. <https://doi.org/10.1016/j.neucir.2015.10.003>
10. Pérez-Pérez RM, Linares-Cánovas LP, González-Hernández A, Romero-Valdés YC, Rodríguez-Villalonga OL. Comportamiento del trauma craneoencefálico en el Hospital General Docente "Abel Santamaría Cuadrado". Univ Med Pinareña. 2020; 16(1); e438.
11. Ortega JM, Lomillos N, Choque B, Tamarit M, Poveda P, Remedios M, et al. Traumatismo craneoencefálico leve. Surg Neurol Int. 2018; 9(1): S16-S18. DOI: 10.4103/sni.sni_371_17
12. Rondón MA. "Características epidemiológicas del traumatismo encéfalo craneano por accidente de tránsito en el Hospital Regional Honorio Delgado de Arequipa julio 2014 a junio 2015". (tesis para título de médico cirujano). Arequipa- Perú. Universidad Católica de Santa María de Arequipa. 2016.
13. Piña-Tornes A, Garcés-Hernández R, Velázquez-González E, Lemes-Báez JJ. Factores pronósticos en

- el traumatismo craneoencefálico grave del adulto. Rev Cubana Neurol Neurocir. 2012; 2(1): 28-33.
14. Gonzalez-Robledo J, Martin-González F, Moreno-García M, Sánchez-Barba M, Sánchez –Hernández F. Factores pronósticos relacionados con la mortalidad de paciente con trauma grave: desde la atención prehospitalaria hasta la Unidad de Cuidados Intensivos. Med. Intensiva. 2015; 39(7): 412-421. DOI: 10.1016/j.medin.2014.06.004
 15. Pari-Tola V. “Factores asociados a la severidad del traumatismo craneoencefálico en adultos internados en el Hospital Regional Honorio Delgado- Arequipa 2017”. (tesis para título de médico cirujano.). Juliaca-Perú. Universidad Andina “Néstor Cáceres Velázquez”. 2018.
 16. Cunha-Vasconcelos A, Capistrano-Dias J, Plegge-Ristow M, Andrade-Vieira W, et al. Epidemiological Aspects of Cranioencephalic Trauma at Cuiabá Municipal Hospital, Brazil. Int.J. Odontostomat.2018;12(1): 29-34.
 17. Bermúdez-Ruíz JA, Merlán-Martínez M, Vitón-Castillo AA, Brunet-Liste JV, Lara-Merlan LM. Caracterización de pacientes con traumatismo craneoencefálico severo atendidos en el Hospital General Docente “Arnaldo Milián Castro”. Univ Med Pinareña. 2020;16(1): e376.
 18. Rodríguez-Venegas EC, Chirino-Chiang AA, Fontaine-Ortiz JE, Hernández-García OL, Zamora-Fung R. Traumatismo craneoencefálico en pacientes atendidos en el Hospital Militar Central “Dr. Carlos Juan Finlay”. Univ Med Pinareña. 2020;16(1): e375.
 19. Paredes- Zambrano K, Cedeño-Veintimilla MS, De los Ríos-Tomalá PG, Vaca-Morla F. Factores de riesgo y complicaciones del traumatismo craneoencefálico en adulto joven. RECIMUNDO. 2020;142-151. DOI: 10.26820/recimundo/4.
 20. Suarez-Monnet D, Medrano-García R, López-Delgado H. Factores pronósticos del trauma craneoencefálico moderado. Comportamiento en un periodo de un año. Rev. Archivo Médico de Camagüey.2017;10(3): 38-50.

Recibido: 10 de octubre de 2020

Aceptado: 27 de octubre de 2020



Infección del sitio quirúrgico en pacientes apendicectomizados por técnica abierta y laparoscópica, Cuenca, Ecuador

Surgical site infection in patients appendectomized by open and laparoscopic technique, Cuenca, Ecuador

Juan Andrés Ávila Narváez*¹, Jorge Eduardo Ávila Narváez², Jessica Gabriel Vásquez Cevallos³, Carlos Ivan Aguilar Gaibor⁴, Edison Gustavo Moyano Brito²

¹ Hospital General de Quevedo, Quevedo, Los Ríos, Ecuador

² Universidad Católica de Cuenca, Ecuador

³ Hospital Homero Castanier, Azogues, Ecuador

⁴ Hospital José Carrasco Arteaga, Cuenca, Ecuador

*jandres2005@gmail.com

DOI: <https://doi.org/10.26871/killkanasalud.v4i4.748>

Resumen

Antecedentes: la infección del sitio quirúrgico puede involucrar tejidos debajo de la piel, órganos o material implantado.

Objetivo: establecer la prevalencia y los factores asociados a la infección del sitio quirúrgico en pacientes apendicectomizados, en los hospitales Vicente Corral Moscoso y José Carrasco Arteaga, durante el periodo 2018. **Método y materiales:** se trata de un estudio analítico transversal. Los datos se extrajeron de la historia clínica, la nota operativa y del reporte de anestesia de 384 pacientes operados por apendicitis aguda. Para determinar los factores asociados se utilizó el estadístico OR (IC95 %), además la significancia estadística se estableció utilizando el modelo de regresión logística binaria con un valor $p < 0.05$. **Resultados:** la prevalencia de la infección sitio quirúrgico fue del 12 %. Se encontraron como factores de riesgo con significancia estadística el antecedente de diabetes (OR 3,2; IC95 % 1,62 – 6,27; $p < 0,00$), y el tiempo quirúrgico mayor a 1 hora (OR 2,5; IC95 % 1,0 – 5,9; $p < 0,04$). En cambio, hubo asociación, mas no significancia estadística entre la edad mayor a 29 años (OR 1,5; IC95 % 0,63 – 3,55; $p < 0,35$), los antecedentes de diabetes (OR 1,7; IC95 % 0,5 – 5,6; $p < 0,37$), la técnica quirúrgica convencional (OR 1,3; IC95 % 0,6 – 3,01; $p < 0,37$). La obesidad (OR 0,8; IC95 %; valor $p < 0,73$) no fue un factor asociado. **Conclusiones:** la prevalencia de infección del sitio quirúrgico en los pacientes apendicectomizados fue mayor a lo reportado que en la literatura, y está asociado a la diabetes y al tiempo quirúrgico mayor a 1 hora.

Palabras clave: infección de la herida quirúrgica, infección focal, apendicitis, apendicectomía, laparoscopia.

Abstract

Background: surgical site infection may involve tissues under the skin, organs, or implanted material. **Objective:** to establish the prevalence and factors associated with infection of the surgical site in appendectomized patients, in the Vicente Corral Moscoso and José Carrasco Arteaga hospitals, during the 2018 period. **Method and materials:** this is a cross-sectional analytical study. Data were extracted from the clinical history, the operative note and the anesthesia report of 384 patients operated on for acute appendicitis. To determine the associated factors, the OR statistic (95% CI) was used, in addition, statistical significance was established using the binary logistic regression model with a p value < 0.05 . **Results:** the prevalence of surgical site infection was 12%. The risk factors with statistical significance were the history of diabetes (OR 3.2; 95% CI 1.62 - 6.27; $p < 0.00$), and the surgical time greater than 1 hour (OR 2.5; 95% CI 1.0 - 5.9; $p < 0.04$). On the other hand, there was an association, but no statistical significance between the age over 29 years (OR 1.5; 95% CI 0.63 - 3.55; $p < 0.35$), the history of diabetes (OR 1.7; 95% CI 0.5 - 5.6; $p < 0.37$), the conventional surgical technique (OR 1.3; 95% CI 0.6 - 3.01; $p < 0.37$). Obesity (OR 0.8; 95% CI; p -value 0.73) was not an associated factor. **Conclusions:** the prevalence of surgical site infection in appendectomized patients was higher than that reported in the literature, and is associated with diabetes and a surgical time greater than 1 hour.

Keywords: surgical wound infection, focal infection, appendicitis, appendectomy, laparoscopy.

1 Introducción

La apendicectomía es uno de los procedimientos quirúrgicos de emergencia más frecuentes en el mundo, y la complicación postoperatoria más común es la infección superficial del sitio quirúrgico (ISSQ), que ocurre especialmente en apendicitis complicada (es decir, gangrenosa y apendicitis perforada). La ISSQ constituye un problema común que afecta los grupos de edad más jóvenes, sólo el 5-10 % de los casos ocurren en la población anciana, la incidencia máxima ocurre entre los 20 a 30 años y hay un ligero predominio de hombres sobre mujeres.¹

Las infecciones en el sitio quirúrgico son una causa frecuente de morbilidad después de los procedimientos quirúrgicos. Los cocos grampositivos, particularmente los estafilococos causan muchas de estas infecciones, aunque también participan frecuentemente organismos gramnegativos. El riesgo de desarrollar una infección en el sitio quirúrgico está asociado con una serie de factores, que incluyen aspectos del procedimiento quirúrgico en sí, como la clasificación de la herida y las variables relacionadas con el paciente, como las afecciones médicas preexistentes. Tanto las medidas no farmacológicas como la profilaxis antimicrobiana para procedimientos seleccionados se utilizan para prevenir el desarrollo de estas infecciones.²

En un estudio realizado en Latacunga - Ecuador en el 2015, se encontró que la infección de herida quirúrgica fue la complicación más frecuente (73 %). La edad de aparición más común fue de 11 a 14 años, hubo predominio del sexo masculino (57 %) frente al femenino (43 %). El 32 % de los pacientes utilizó analgésicos previos al diagnóstico de Apendicitis Aguda. El factor económico, nivel cultural y lugar de residencia, influyen en la presencia de complicaciones postoperatorias.³

En un estudio realizado en Cuenca en el 2009, se recopiló información de 155 pacientes a quienes se realizó apendicetomía convencional. La prevalencia de complicaciones postquirúrgicas fue de 21,9 %. La apendicitis se presentó predominantemente en mujeres (52,3 %), entre los 16 a 30 años (45,8 %), en residentes de zona urbana (77,4 %) y en personas con IMC normal (62,8 %). Los factores asociados con significancia estadística fueron: edad menor a 3 y mayor a 64 años, incisión media infraumbilical, tiempo quirúrgico mayor a 60 minutos, tiempo de evolución mayor a 48h y la presencia de fases gangrenosa o perforada en el curso de la apendicitis aguda. La herida quirúrgica fue el sitio de complicación en el 94,1 % de los casos (n: 32). Las complicaciones intraabdominales dieron cuenta del 5,9 %.⁴

Actualmente sabemos los costos que crean las largas estancias de los pacientes complicados en los servicios de hospitalización y los inconvenientes financieros que a la vez estos generan, además, se asocia a esto el uso irracional de la terapia antimicrobiana, que causa la resistencia de bacterias de hábitat nosocomial y que van a repercutir en la hospitalización prolongada en el paciente.⁵

Foster D,⁶ encontró una tasa de ISQ del 17,9 % infecciones por apendicectomías abiertas, y 8,8 % infecciones

por apendicectomías. Las tasas de ISQ fueron más altas en la apendicitis complicada y cuando no se especificó el uso preoperatorio de antibióticos.

Aranda J,⁷ encontró, que la ISQ global fue 13,4 % en AA, y en AL 14 %. Hubo asociación estadística entre el abordaje laparoscópico/ acceso abierto e ISQ, especialmente en pacientes de alto riesgo $p < 0,000$.

Ingraham A,⁸ en el año 2010, demostró en un total de 32.683 pacientes, (76,4 %) se sometieron a AL, y (23,6 %) a AA, que los pacientes que se sometieron a AA eran significativamente mayores con más comorbilidades en comparación con los que se sometieron a AL. Todos los pacientes tratados con AL tenían significativamente menos probabilidades de desarrollar complicaciones infecciosas individuales, excepto la ISQ del espacio orgánico. Entre los pacientes con apendicitis complicada la ISQ del espacio orgánico fue significativamente más común después de la AL (6,3 % frente al 4,8 %, OR 1,35; IC95 % 1,05 – 1,73).

Cho, en el año 2014, indicó que los pacientes mayores de 55 años presentaron infección del sitio quirúrgico en el 17,4 %.⁹ La ISQ, puede duplicar el tiempo que un paciente permanece en el hospital y, por lo tanto, aumentar los costos de la atención médica. Los principales costos adicionales están relacionados con la reintervención quirúrgica, requerimientos médicos y de enfermería adicionales, así como el uso extra de medicamentos.¹⁰

Una revisión sistemática desde 1998 hasta abril de 2014, halló beneficio en el baño (todo el cuerpo) con jabón (antimicrobiano o no antimicrobiano) o con un agente antiséptico al menos la noche previa a la cirugía. La profilaxis antimicrobiana se debe administrar solo cuando se indique en función de las guías de práctica clínica publicadas, con el tiempo adecuado para lograr una concentración bactericida en el suero y los tejidos en el momento de la incisión. La preparación de la piel en el quirófano debe realizarse con un agente a base de alcohol, a menos que esté contraindicado. Para procedimientos limpios y limpios contaminados, no deben administrarse dosis adicionales de agentes antimicrobianos profilácticos, incluso en presencia de un drenaje. No se deben aplicar agentes antimicrobianos tópicos a la incisión quirúrgica. Durante la cirugía, debe llevarse a cabo control glucémico, con objetivo de niveles de glucosa en la sangre menores a 200 mg/dL, y debe procurarse normotermia en todos los pacientes.¹¹

La complicación más frecuente posterior a una apendicetomía es la ISQ, que se ha visto en 3,6 % para cirugía laparoscópica y 7,3 % para cirugía abierta; el absceso intraabdominal se presenta en 1,6 % y 0,6 % para cirugía laparoscópica y abierta respectivamente.¹²

Suh y colaboradores, realizaron en Corea un estudio que sirvió para la comparación entre la apendicectomía laparoscópica y la abierta en términos de ISQ, se hallaron registros médicos de 749 pacientes (420 hombres; edad media, 33 años) a los que se realizó apendicectomía (431 abordajes abiertos vs 318 laparoscopías) entre el 1 de septiembre de 2008 y el 29 de abril de 2010. Los resultados de este es-

tudio sugieren que la Apendicetomía Laparoscópica puede conducir a una estancia hospitalaria más corta y un riesgo menor de ISQ incisional superficial que la Apendicetomía Abierta.¹³ Sin embargo, un tiempo de espera para la cirugía mayor de 6 horas se asoció con un aumento de ISQ como un factor independiente.¹⁴

Los factores que predisponen a la ISQ son varios, y para evitarlos, la American Society of Anesthesiologist (ASA) y la National Nosocomial Infection Surveillance Systema (NISS), clasifica a los individuos de acuerdo a su cuadro clínico, a la potencial presencia de microorganismos, a la posible contaminación de la herida quirúrgica, tiempo de duración de la cirugía y tipo de cirugía; además, considera la existencia de otros factores como: el estado nutricional, el consumo de tabaco, antecedentes de transfusiones sanguíneas, el aseo previo al procedimiento quirúrgico, y enfermedades crónicas preexistentes. Esto se consideró, con la evidencia en la literatura sobre la relación entre estos factores y la ISQ.

En Etiopía, en donde se evaluó del uso de profilaxis antimicrobiana y tasa de ISQ. Recolectaron muestras de heridas y las procesamos en base a un procedimiento operativo estándar, y se realizó una prueba de sensibilidad a los antibióticos con difusión por disco. Se concluyó que la tasa de ISQ fue relativamente alta. Se encontró que *Klebsiella pneumoniae* es el agente más causante de la ISQ. Los organismos que causan ISQ fueron sensibles a los agentes antimicrobianos de uso común en dicho hospital.⁹

Por los cambios asociados al envejecimiento, las personas de la tercera edad tienen una probabilidad de 3 a 5 veces más de tener una infección hospitalaria en comparación con la población de menor edad; por ello, este grupo de edad tiene más posibilidades de desarrollar una ISQ.¹⁵

Gissen,¹⁶ El sexo masculino representó el 54,3 % del grupo de estudio. La mediana de edad fue de 31 (18-46) años. La apendicetomía laparoscópica se realizó en el 78,9 % (n = 502) de los pacientes. Diez operaciones que comenzaron por vía laparoscópica se convirtieron en un procedimiento abierto (2 %). En 8 casos, el procedimiento laparoscópico no pudo continuar debido a una anatomía poco clara. En 2 casos, un infiltrado apendicular hizo imposible continuar de manera segura con la laparoscopia. Treinta y cinco por ciento (n = 225) de los pacientes tenían apendicitis compleja, de los cuales 110 pacientes tenían un apéndice perforado. En esta investigación se encontró que la edad igual o mayor a 31 años (p 0,87), el sexo masculino (p 0,95) no tuvieron relación estadística con la ISQ.

Kasatpibal N, y cols.,¹⁷ demostró que la edad igual o mayor a 40 años fue un factor asociado, pero sin significancia estadística (RR 2,23; IC95 % 0,85 – 5,83) para desarrollar ISQ. A diferencia de Brill y cols.,¹⁸ quienes realizaron un análisis retrospectivo en 11,662 ingresos en 22 hospitales en el año 2008. El análisis bivariante demostró que el sexo masculino (OR 1,9; 1,19 – 1,90) y la edad \geq 75 años (OR 2,96; IC95 % 2,25–3,90) fueron factores de riesgo para la ISQ.

Billoro B, y cols.,¹⁹ en el año 2019, realizó un estudio donde se extrajeron los datos de la historia clínica, la nota operativa y de anestesia por observación directa aplicando un cuestionario semiestructurado. Se reveló como factor asociado a la ISQ la edad mayor a 40 años (OR 7,11; IC95 % 1.47–15.022).

La obesidad como factor de riesgo para la ISQ, es debido a la necesidad de incisiones más amplias; además, el tejido subcutáneo adiposo abundante tiene la peor vascularización, y por ello, la acción de antibióticos profilácticos no es adecuada.¹⁵

La obesidad es un factor de riesgo de ISQ después de procedimientos abdominales; sin embargo, faltan datos que caractericen el riesgo de ISQ en pacientes obesos durante los procedimientos abdominales. Winfield y cols.,²⁰ en el 2016 mediante un análisis de regresión logística confirmó que la obesidad y la obesidad mórbida se asocian de forma independiente con el desarrollo general de ISQ, específicamente en un procedimiento quirúrgico limpio (Obesidad OR 1,7; obesidad mórbida OR 2,5) siendo esta relación estadísticamente significativa (p 0,001); y con un procedimiento limpio contaminado (obesidad OR 1,2; obesidad mórbida OR 1,3, p 0,001). En conclusión: la obesidad se asocia con un mayor riesgo de ISQ en general, específicamente en procedimientos abdominales limpios y contaminados, y esta relación es independiente de la diabetes mellitus.

Noorit²¹ encontró una relación significativa entre el IMC y la ISQ (p 0,023), así también, con el grosor de la grasa subcutánea (p 0,033).

La hiperglucemia favorece las infecciones producidas por bacterias y hongos. Las alteraciones vasculares propias de la enfermedad disminuyen los mecanismos de defensa del organismo. Por ello, los niveles de glucosa superiores a 200 o 230 mg/dl durante la intervención o en el postoperatorio inmediato, aumenta el riesgo de tener una ISQ. En resumen, las personas con diabetes son más propensas a las ISQ, de ahí que los protocolos indican una infusión continua con insulina.¹⁵ Noorit²¹ entre 607 pacientes, determinó con el análisis bivariado que la Diabetes fue un factor de riesgo para la ISQ en pacientes apendicectomizados (OR 2,6; IC 95 % 1,2, 5,9; p 0,005).

La piel se cierra en apendicetomía abierta tradicionalmente con pocas suturas no absorbibles interrumpidas. El uso de este antiguo método se basa en la sugerencia de que esta técnica disminuye las infecciones de la herida.²² Brill y cols.,¹⁸ en cambio, reportaron que la técnica laparoscópica (OR 0,32; IC95 % 0,21–0,52) resultó ser un factor protector para ISQ.

Xiao Y,²³ La incidencia de ISQ general fue de 6,2 %. En comparación con la AA, la AL se asoció con menores incidencias de ISQ general e incisional (4,5 vs 6,7 %, p <0,001; y 1,9 vs 4,2 %, p <0,001). El análisis de regresión logística multivariante, se encontró que AL se asociaba con ISQ global [OR 1,24 (IC95 % 1,03-1,70); p = 0,04] o ISQ incisional [OR 1,32 (IC 95 % 1,10–1,68); p = 0,01].

Jaschinski T,²⁴ encontró que en los adultos, las ISQ fueron menos probables después de AL (OR 0,42, IC 95 % 0,35 - 0,51; 63), pero la incidencia de abscesos intraabdominales aumentó después de AL (OR 1,65, 95 % IC 1,12 - 2,43). La duración de la estancia hospitalaria se acortó un día después de AL (DM -0,96; IC95 %: -1,23 a -0,70; 46). En los niños, abscesos intraabdominales después de AL (OR 0,54, IC95 % 0,24 - 1,22). Sin embargo, las infecciones de la herida fueron menos probables después de AL (OR 0,25, IC 95 % 0,15 - 0,42) y la duración de la estancia hospitalaria se acortó en 0,8 días después de AL (MD -0,81, IC 95 %: -1,01 a -0,62).

Gissen,¹⁶ no demostró, en los 637 pacientes incluidos en su estudio que el tiempo quirúrgico se relacione con la ISQ (p 0,30). En cambio, Kasatpibal N, y cols.,¹⁷ en su estudio de cohorte prospectivo en ocho hospitales de Tailandia, entre 2139 pacientes con apendicectomía, identificaron 26 casos de ISQ, lo que arroja una tasa de 1,2 infecciones / 100 operaciones. El tiempo quirúrgico mayor a 1 hora fue un factor de riesgo para la ISQ (RR 2,75; IC95 % 1,24 - 6,11). Resultados similares estableció Noorit²¹ al determinar que el tiempo operatorio >75 min (OR 3,4; IC95 % 1,8, 6,5; p 0,001) fue un factor de riesgo para ISQ.

Billoro B, y cols.,¹⁹ también determinó que el tiempo de operación más de 1 h fue un factor de riesgo asociado a la ISQ (OR 2,57; IC95 % 1,56-4,23; p 0,012).

2 Metodología

Tipo de estudio: se realizó un estudio de tipo analítico transversal.

Universo: historias clínicas de pacientes de ambos sexos, de todas las edades, con antecedentes de apendicitis aguda, que fueron operados por la técnica convencional o laparoscópica en el Hospital Vicente Corral Moscoso y José Carrasco Arteaga, Cuenca desde el periodo enero 2018 a mayo del 2019.

Muestra: para el cálculo de la muestra se utilizó la fórmula para una población infinita, considerando el 50 % de infecciones del sitio quirúrgico reportado por Noorit P.,²¹ con un nivel de confianza del 95 %, y el margen de error del 5 %. Las 384 historias clínicas se seleccionaron por muestreo aleatorio simple del registro del programa Excel, perteneciente a las instituciones de salud descritos.

Procedimientos para la recolección de información:

se solicitó los permisos pertinentes para acceder a la información en los Hospitales Vicente Corral Moscoso y José Carrasco Arteaga. Se identificó las historias clínicas de las personas que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión, previa selección por muestreo aleatorio simple.

Se creó un formulario de recolección de los datos, el cual fue validado por el director de la tesis, el asesor metodológico y un experto en el área.

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. La prevalencia se calculó tomando en cuenta el número de casos de infecciones del sitio quirúrgico, dividido por el número de personas que constituyeron la muestra de estudio durante un periodo de tiempo determinado. Para establecer los factores asociados de infección de herida quirúrgica en pacientes apendicectomizados, empleó los estadísticos: Chi-cuadrado, Odds Ratio con su Intervalo de Confianza del 95 % (IC95 %), la hipótesis 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. Esta investigación no tuvo ningún beneficio directo para los pacientes; sin embargo, se espera que estos resultados sean utilizados para mejorar la atención de los pacientes que sean intervenidos en un futuro por apendicitis aguda. Declaramos que no existió conflictos de interés. Toda la información recolectada se utilizó estrictamente con la finalidad de realizar esta investigación sin ser utilizada para otro fin.

3 Resultados

Tabla 1: Características sociodemográficas y estado nutricional de la población estudiada. Hospitales Vicente Corral Moscoso y José Carrasco Arteaga. Cuenca, año 2019

Variables sociodemográficas	n 384	%
Edad Media 40 ± 16 (DS)mm		
Adolescente	16	4,2
Juventud plena	87	22,7
Adulto joven	58	15,1
Adulto maduro	192	50,0
Adulto mayor	31	8,1
Sexo		
Femenino	223	58,1
Masculino	161	41,9
Ocupación		
Estudian	92	24,0
QQDD	84	21,9
Comercia	35	9,1
Empleado	15	3,9
Chofer	13	3,4
Mecánico	13	3,4
Arquitecto	10	2,6
Panadero	9	2,3
Modista	8	2,1
Secretaria	6	1,6
Empleada	5	1,3
Ingeniero	5	1,3
Médico	5	1,3
Profesor	5	1,3
Constructor	4	1,0
Otros	75	20,4
Estado nutricional		
Bajo peso	3	0,8
Peso normal	120	31,3
Sobrepeso	179	46,6
Obesidad tipo I	51	13,3
Obesidad tipo II	27	7,0
Obesidad Grado III	4	1,0

El sexo femenino fue el más reportado (6/10), con una edad promedio de 40 años \pm 16 (DS); siendo el grupo de edad más representativo los adultos maduros (edad \geq 35 hasta 64 años) 5/10; 5 de cada 10 participantes fueron casados, y de ocupación estudiantes, e igualmente 5 de cada 10 pacientes tenían sobrepeso (tabla 1).

Tabla 2: Prevalencia de infección de herida quirúrgica en pacientes apendicectomizados, según el procedimiento quirúrgico utilizado. Hospitales Vicente Corral Moscoso y José Carrasco Arteaga. Cuenca, año 2019

Tipo apendicectomía	Infección de herida quirúrgica		Total
	Si	No	
Laparoscópica	30 (7,8 %)	242 (63,0)	272 (70,8)
Convencional	17(4,4 %)	95 (24,7)	112 (29,2)
Total	47 (12,2 %)	337 (87,8 %)	384 (100 %)

La prevalencia de infección de herida quirúrgica, en los 384 casos de pacientes apendicectomizados fue del 12,2 % (n 47). De este porcentaje se puede indicar que 1 de cada 10 pacientes operado por vía laparoscópica, podría tener una infección de la herida quirúrgica (tabla 2).

Tabla 3: Prevalencia de infección de herida quirúrgica en pacientes apendicectomizados según la fase apendicular. Hospitales Vicente Corral Moscoso y José Carrasco Arteaga. Cuenca, año 2019

Fase apendicular	Infección de herida quirúrgica		Total
	Si	No	
Congestiva	4(8,50)	25(7,40)	29 (7,60)
Supurativa	15(31,90)	95(28,20)	110(28,60)
Necrótica	19 (40,40)	132(39,20)	151(39,30)
Perforada	9(19,10)	85(25,20)	94(24,50)
Total	47(100)	337(100)	384(100)

Chi cuadrado de Pearson 0,903087 (valor p 0,824683)

De los 47 casos con infección de herida quirúrgica, independiente del procedimiento, la fase necrótica fue la más frecuente, ya que 4 de cada 10 paciente con una apendicitis en fase necrótica puede desarrollar infección del sitio quirúrgico, sin ser esta relación estadísticamente significativa ($p > 0,05$) (tabla 3).

Tabla 4: Factores asociados a la infección del sitio quirúrgico, en pacientes apendicectomizados del Hospitales Vicente Corral Moscoso y José Carrasco Arteaga, Cuenca, año 2018

Factores asociados	Infección del sitio quirúrgico					
	Si n 47 (12,2)	No n 337 (87,8)	Total n 384 (100)	OR	IC95 %	Valor p
Edad mayor 29 años						
Si	34 (8,90)	219 (57,00)	253 (65,90)	1,4	0,71 – 2,77	0,32
No	13 (3,40)	118 (30,70)	131 (34,10)			
Obesidad						
Si	13 (3,40)	72 (18,80)	85 (22,10)	1,4	0,70 – 2,80	0,33
No	34 (8,90)	265 (69,00)	299 (77,90)			
Diabetes						
Si	16 (4,20)	47 (12,20)	63 (16,40)	3,2	1,62 – 6,27	0,00
No	31 (8,10)	290 (75,50)	321 (83,60)			
Técnica quirúrgica convencional						
Si	17 (4,40)	95 (24,70)	112 (29,20)	1,4	0,76 - 1,94	0,25
No	30 (7,80)	242 (63,00)	272 (70,80)			
Tiempo quirúrgico mayor a 1 hora						
Si	26 (6,80)	132 ((34,40)	158 (41,10)	1,9	1,04 – 1,55	0,03
No	21 (5,50)	205 (53,40)	226 (58,90)			

Se observó que hubo asociación, mas no significancia estadística, entre la infección del sitio quirúrgico con la edad mayor a 29 años (OR 1,4; IC95 % 0,71 – 2,77; p 0,32), la obesidad (OR 1,4; IC95 % 0,70 – 2,80; p 0,73), y la técnica quirúrgica convencional (OR 1,4; IC95 % 0,76

– 1,94; p 0,25); en cambio, los antecedentes de diabetes (OR 3,2; IC95 % 1,62 – 6,27; p 0,00) y el tiempo quirúrgico mayor a 1 hora fueron factores de riesgo para la ISQ (OR: 1,9; IC95 % 1,04 – 1,55; p 0,03) (Tabla 4).

Tabla 5: Análisis Multivariantes de los factores asociados a las infecciones del sitio quirúrgico en pacientes apendicectomizados del Hospital Vicente Corral Moscoso y José Carrasco Arteaga, Cuenca 2018

	B	Error estándar	Wald	gl	Sig.	Exp(B)
>29 años	,174	,364	,229	1	,632	1,190
Obesidad	,246	,374	,434	1	,510	1,279
Diabetes	1,098	,363	9,135	1	,003	2,997
Tiempo quirúrgico >1 hora	,702	,323	4,715	1	,030	2,017
Técnica convencional	,168	,350	,231	1	,631	1,183

Las variables que demostraron relación significativa fueron el antecedente de diabetes, y el tiempo quirúrgico mayor a 1 hora; la edad mayor a 29 años, la obesidad, y la técnica convencional no tuvieron significancia estadística. El test de Wald, identifica que el antecedente de diabetes es el factor que más aporta para que ocurra una infección del sitio quirúrgico en pacientes posapendicectomía independientemente de la técnica quirúrgica, pero, esto siempre y cuando estén presentes los otros factores (tabla 5).

4 Discusión

De las 384 historias clínicas de los pacientes apendicectomizados que formaron parte de nuestro estudio, el 58,1 % pertenecen al sexo femenino; con una edad promedio de 40 ± 16 (DS) años; los grupos más representativos fueron los adultos maduros (edad ≥ 35 hasta 64 años) en el 50 % de los casos; el 49,7 % estaban casados; de ocupación estudiantes en el 24,0 %; y el 46,6 % con sobrepeso (tabla 1), resultados que difieren con la investigación realizada por Giesen¹⁶ donde reportó que el 54,3 % fueron de sexo masculino con una edad promedio de 31 años; Aranda⁷ en el año 2014 en España en un grupo de 868 pacientes reporta que el sexo masculino representó el 57 % siendo la edad promedio 29,5 años; Cedillo²⁵ indica que el sexo masculino representan el 58,1 % siendo el grupo mayoritario comprendido entre los 18-30 años 74,8 %; Guachún²⁶ encontró predominio de sexo masculino del 58,1 % con edad promedio de 30,43 años. El 57,65 % vive en área urbana, en relación 1,4:1 de los del área rural. En contraposición con Cedillo,²⁵ quien indica que el 51 % de pacientes vive en el área rural. Las diferencias pueden deberse a las características propias de cada región.

La prevalencia de infección de herida quirúrgica fue del 12,2 %, de estos casos el 7,8 % fueron por cirugía laparoscópica, el 4,4 % por la convencional (tabla 2). Esto se puede comparar con el trabajo de Foster,⁶ donde la prevalencia fue del 22, 25 y 22 % respectivamente. La prevalencia más alta encontrada fue en Nigeria del 36 %. Se encontraron prevalencias más bajas como Aranda⁷ con una prevalencia del 13,47 %. Sohn²⁷ en el 2015 en Alemania, indica una prevalencia del 13,4 %. Cho²⁸ en el 2014 en Korea en 101 pacientes, reporta una prevalencia de 12,8 %, Cedillo²⁵ muestra una prevalencia de 10,5 % en apendicitis aguda no complicada; Noorit²¹ en el 2018 en Tailandia, presenta una prevalencia del 8,7 %. Giesen¹⁶ en el 2016, en un trabajo

con 637 pacientes en los Países Bajos, reportó la prevalencia del 6,6 %. Xiao²³ reporta que la prevalencia es del 6,2 %. Wu¹³ encontró una prevalencia de 4,9 % de infección del sitio quirúrgico, y la más baja fue de Fukuda²⁹ obtuvo una prevalencia del 4,5 %. Las diferencias significativas, pueden corresponder a la cultura y al nivel económico de cada país y al acceso de las técnicas quirúrgicas.

Aranda⁷ en el año 2014, reportó una infección del sitio quirúrgico del 14 % por vía laparoscópica; por vía convencional la infección del sitio quirúrgico fue del 13 %. En contraposición Giesen¹⁶ en el año 2016, en un trabajo con 637 pacientes, reportó que la apendicectomía laparoscópica fue del 78,9 % con conversión del 2 %, y prevalencia de infección del sitio quirúrgico fue del 6,18 %. Fukuda²⁹ en el 2016, en un estudio de 2074 pacientes, determinó que el 39,29 % de los pacientes fueron operados por vía laparoscópica y el 3,43 % presentó infección del sitio quirúrgico. Igualmente, las diferencias pueden deberse a las regiones donde se realizaron los estudios.

En relación a la fase de la apendicectomía, la necrótica fue la más encontrada en este estudio, siendo 40,4 % en los casos de ISQ, y de estos (tabla 3). Una apendicitis complicada que incluye fase necrótica, perforada con y sin peritonitis localizada o generalizada incrementa 3,2 veces más la probabilidad de presentar infección del sitio quirúrgico OR 3,21 (IC95 % 1,3-7,91 p 0,008), asociación que también se encontró en los trabajos de Xiao²³ en el 2014, donde la apendicitis perforada tiene OR 1.69 (IC95 % 1.44-1.97 p 0.01); Wu,²⁴ encontró OR 3.7 (IC95 % 1.6– 8.3 p 0.001), y Giesen,¹⁶ OR 4,09 (IC95 % 2.04–8.20), datos que se asemejan con este estudio.

Hubo asociación más no significancia estadística, entre la infección del sitio quirúrgico en pacientes apendicectomizados con la edad mayor a 29 años (OR 1,4; IC95 % 0,71 – 2,77; p 0,32), la obesidad (OR 1,4; IC95 % 0,70 – 2,80; p 0,73) y la técnica quirúrgica convencional (OR 1,4; IC95 % 0,76 – 1,94; p 0,37); sin embargo, los antecedentes de diabetes (OR 3,2; IC95 % 1,62 – 6,27; p 0,00) y el tiempo quirúrgico mayor a 1 hora, fueron factores de riesgo para la ISQ (OR: 1,9; IC95 % 1,04 – 1,55; p 0,03). Comparando con los resultados de Aranda,⁷ el autor no encontró diferencia significativa entre la infección del sitio quirúrgico y la apendicectomía laparoscópica o convencional; Wu¹³ igualmente, no encontró asociación significativa; así mismo, Giesen¹⁶ no reportó diferencia estadística; y Fukuda²⁹ tampoco encontró asociación con la vía de abordaje, pero

halló que la duración de la cirugía más allá de 1 hora presenta un OR 1.72 (IC95 % 1,33-2,22). En contraposición Xiao,²³ quien reporta que la apendicectomía convencional se asocia con la infección del sitio quirúrgico y es estadísticamente significativo con OR 1,24 (IC95 % 1,03-1,70; p 0.04) estos resultados se asemejan con esta investigación.

El análisis multivariado, al realizar una regresión logística bivariada, las variables que demostraron relación significativa fueron el antecedente de diabetes, y el tiempo quirúrgico mayor a 1 hora; la edad mayor a 29 años, la obesidad, y la técnica convencional no tuvieron significancia estadística (tabla 5). Estos datos difieren con los de Xiao Y,²³ donde usó un modelo de regresión logística multivariante para evaluar los factores de riesgo. El análisis encontró solamente que la apendicectomía laparoscópica se asociaba con la ISQ global [OR 1,24 (IC95 % 1,03-1,70); p = 0.04] o ISQ incisional [OR 1,32 (IC 95 % 1,10-1,68); p = 0,01].

En resumen, en esta investigación se demostró que el antecedente de diabetes y el tiempo quirúrgico mayor a 1 hora fueron condiciones relacionadas a la infección del sitio quirúrgico en pacientes posapendicectomías por vía convencional y laparoscópica. Esto se puede explicar por el hecho de que los pacientes con diabetes alteran el pH de 7,4 a un valor más alcalino, favoreciendo con ello a que las bacterias consideradas saprofitas se tornen patógena; además, el tiempo quirúrgico mayor a lo considerado, exhibe por más tiempo a los tejidos a un ambiente inadecuado exponiendo las estructuras a una posible contaminación. El aporte que dan estos resultados es que, el conocer estos factores, podrán contribuir en la toma de las medidas necesarias para evitar las complicaciones posquirúrgicas futuras. El inconveniente presentado en la realización de este trabajo, fue encontrar los datos completos en las historias clínicas de los pacientes.

5 Conclusiones

La prevalencia de infección del sitio quirúrgico en este estudio es menor a lo comparable con la prevalencia de los países en vías de desarrollo, y es mayor comparado con los países desarrollados. En relación a los factores asociados, no hubo significancia estadística entre la edad de 29 años, obesidad, y la técnica quirúrgica; a diferencia, que los antecedentes de diabetes, y el tiempo quirúrgico mayor a 1 hora si fue un factor de riesgo para la ISQ.

6 Fuente de Financiamiento

Este estudio es autofinanciado.

7 Conflicto de Intereses

No existen conflictos personales, profesionales, financiero de otro tipo.

8 Consentimiento Informado

Los autores cuentan con el consentimiento informado de los pacientes para la investigación, la publicación del caso y sus imágenes.

Referencias Bibliográficas

1. De Vries FEE, et al. A systematic review and meta-analysis including GRADE qualification of the risk of surgical site infections after prophylactic negative pressure wound therapy compared with conventional dressings in clean and contaminated surgery: Medicine (Baltimore). 2016 Sep;95(36): e4673. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27603360>
2. Teixeira PG, et al. Appendectomy timing: waiting until the next morning increases the risk of surgical site infections. Ann Surg. 2012 Sep;256(3):538-43
3. Ayora J. Complicaciones postapendicectomía convencional y factores asociados, Hospital Vicente Corral Moscoso, período agosto 2008-enero 2009, Cuenca 2009. Repositorio Institucional Universidad de Cuenca. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/18981>
4. Van Rossem CC. et al. Duration of antibiotic treatment after appendectomy for acute complicated appendicitis. Br J Surg. 2014 May;101(6):715-9. doi: 10.1002/bjs.9481. Epub 2014 Mar 26
5. Davis C, Trevatt A, Dixit A, Datta V. Systematic review of clinical outcomes after prophylactic surgery. Ann R Coll Surg Engl. 2016 Jul;98(6):353-7. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5209958/>
6. Foster D, Kethman W, Cai LZ, Weiser TG, Forrester JD. Surgical Site Infections after Appendectomy Performed in Low and Middle Human Development-Index Countries: A Systematic Review. Surg Infect (Larchmt). 2018 Apr;19(3):237-44.
7. Aranda-Narváez JM, Prieto-Puga Arjona T, García-Albiach B, Montiel-Casado MC, González-Sánchez AJ, Sánchez-Pérez B, et al. Infección de sitio quirúrgico tras apendicectomía urgente: tasa global y tipo según la vía de abordaje (abierto/laparoscópica). Enferm Infecc Microbiol Clin. 2014 Feb 1;32(2):76-81.
8. Ingraham AM, Cohen ME, Bilimoria KY, Pritts TA, Ko CY, Esposito TJ. Comparison of outcomes after laparoscopic versus open appendectomy for acute appendicitis at 222 ACS NSQIP hospitals. Surgery. 2010 Oct 1;148(4):625-35; discussion 635-7.
9. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Anuario de Estadísticas de Salud: Camas y Egresos Hospitalarios 2018. Disponible en: <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/camas-y-egresos-hospitalarios/>
10. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health (UK). Surgical Site Infection: Prevention and Treatment of Surgical Site Infection. London: RCOG Press; 2008 Oct. Disponible en: [lurlhttps://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21698848](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21698848)
11. Galli R. et al. Laparoscopic approach in perforated appendicitis: increased incidence of surgical site infection? Surg Endosc. 2013 Aug;27(8):2928-33. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23443482>
12. Takada T, et al. The Role of Digital Rectal Examination for Diagnosis of Acute Appendicitis: A Sys-

- tematic Review and Meta-Analysis. Marson L, editor. PLOS ONE. 2015 Sep 2;10(9):e0136996. Disponible en: <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0136996>
13. Wu W-T, Tai F-C, Wang P-C, Tsai M-L. Surgical Site Infection and Timing of Prophylactic Antibiotics for Appendectomy. *Surg Infect (Larchmt)*. 2014 Dec;15(6):781–5.
 14. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Anuario de Estadísticas de Salud: Camas y Egresos Hospitalarios 2018. Disponible en: <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/camas-y-egresos-hospitalarios/>
 15. Rael Ruiz S, López Pérez MV. Factores de riesgo que contribuyen a la infección del sitio quirúrgico. *Metas Enferm* jul/ago 2016; 19(6): 14-20.
 16. Giesen LJX, van den Boom AL, van Rossem CC, den Hoed PT, Wijnhoven BPL. Retrospective Multicenter Study on Risk Factors for Surgical Site Infections after Appendectomy for Acute Appendicitis. *Dig Surg*. 2017;34(2):103–7.
 17. Kasatpibal N, Nørgaard M, Sørensen HT, Schönheyder HC, Jamulitrat S, Chongsuvivatwong V. Risk of surgical site infection and efficacy of antibiotic prophylaxis: A cohort study of appendectomy patients in Thailand. *BMC Infect Dis*. 2006 Jul 12;6.
 18. Brill A, Ghosh K, Gunnarsson C, Rizzo J, Fullum T, Maxey C, et al. The effects of laparoscopic cholecystectomy, hysterectomy, and appendectomy on nosocomial infection risks. *Surg Endosc Other Interv Tech*. 2008 Apr;22(4):1112–8.
 19. Billoro BB, Nunemo MH, Gelan SE. Evaluation of antimicrobial prophylaxis use and rate of surgical site infection in surgical ward of Wachemo University Nigist Eleni Mohammed Memorial Hospital, Southern Ethiopia: Prospective cohort study. *BMC Infect Dis*. 2019 Apr 2;19(1).
 20. Winfield RD, Reese S, Bochicchio K, Mazuski JE, Bochicchio G V. Obesity and the risk for surgical site infection in abdominal surgery. In: *American Surgeon. Southeastern Surgical Congress*; 2016. p. 331–6.
 21. Noorit P, Siribumrungwong B, Thakkestian A. Clinical prediction score for superficial surgical site infection after appendectomy in adults with complicated appendicitis. *World J Emerg Surg*. 2018 Jun 18;13(1).
 22. Kotaluoto S, Pauniah SL, Helminen M, Kuokkanen H, Rantanen T. Wound healing after open appendectomies in adult patients: A prospective, randomised trial comparing two methods of wound closure. *World J Surg*. 2012 Oct;36(10):2305–10.
 23. Xiao Y, Shi G, Zhang J, Cao J-G, Liu L-J, Chen T-H, et al. Surgical site infection after laparoscopic and open appendectomy: a multicenter large consecutive cohort study. *Surg Endosc*. 2015 Jun 11;29(6):1384–93.
 24. Jaschinski T, Mosch CG, Eikermann M, Neugebauer EA, Sauerland S. Laparoscopic versus open surgery for suspected appendicitis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018 Nov 28;(11).
 25. Cedillo Villamagua AG. Profilaxis de infección del sitio quirúrgico en apendicectomía mediante infiltración local aleatoria de metronidazol, hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca, 2012. Universidad de Cuenca; 2014.
 26. Guanchún Guanchún MA. Validación de la escala de Alvarado y criterios del síndrome de respuesta inflamatoria sistémica para apendicitis aguda complicada, hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca 2014. Universidad de Cuenca; 2019.
 27. Sohn M, Hoffmann M, Hochrein A, Buhr HJ, Lehmann KS. Laparoscopic Appendectomy Is Safe. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech*. 2015 Jun;25(3):e90–4.
 28. Cho M, Kang J, Kim I, Lee KY, Sohn S-K. Underweight Body Mass Index as a Predictive Factor for Surgical Site Infections after Laparoscopic Appendectomy. *Yonsei Med J*. 2014 Nov 1;55(6):1611.
 29. Fukuda H. Patient-related risk factors for surgical site infection following eight types of gastrointestinal surgery. *J Hosp Infect*. 2016 Aug;93(4):347–54.

Recibido: 8 de octubre de 2020

Aceptado: 22 de octubre de 2020



Frecuencia y caracterización del trauma de tórax. Cuenca – Ecuador

Frequency and characterization of chest trauma. Cuenca – Ecuador

Jorge Eduardo Ávila Narváez*¹, Juan Andrés Ávila Narváez¹, Jessica Gabriel Vásquez Cevallos², Lisette Espinosa Martín³, Edison Gustavo Moyano Brito³

¹ Hospital General de Quevedo, Quevedo, Los Ríos, Ecuador

² Hospital Homero Castanier, Azogues, Ecuador

³ Universidad Católica de Cuenca, Ecuador

*edward_avnar89@hotmail.com

DOI: <https://doi.org/10.26871/killkanasalud.v4i4.749>

Resumen

Antecedentes: el traumatismo de tórax es una patología altamente desafiante debido a que existe compromiso de órganos vitales, con la elevada posibilidad de falla multiorgánica y muerte. **Objetivo:** determinar la frecuencia y la severidad del trauma de tórax en pacientes atendidos en el Hospital Vicente Corral Moscoso y José Carrasco Arteaga, periodo 2018. **Materiales y métodos:** se trata de un estudio descriptivo transversal. La muestra fueron 248 pacientes con trauma de tórax que cumplieron los criterios de inclusión. Los datos se recolectaron mediante un formulario diseñado por el autor. La estadística descriptiva se presentó con las medidas de centralización (media) y dispersión (DS) para las variables cuantitativas, y para las cualitativas con valores de frecuencia y porcentaje. La información se tabuló en el software estadístico SPSS v. 15. **Resultados:** la frecuencia trauma de tórax fue del 17,2%; el promedio de edad del 42,03 ±DS 18,74 años; el 60% pacientes fueron masculinos; además, el 30% tenían un trauma toracoabdominal; el 20% la etiología fue accidente laboral; y el 80% tuvieron un trauma cerrado y el 50% de ellos fue directo. En los traumas abiertos, el 20% fue por arma blanca. El 20% de las complicaciones fueron por neumotórax, enfisema y hemitórax; el 60% tuvieron un manejo quirúrgico, y de estos, los tipos de intervenciones más frecuentes fueron el drenaje pleural; y la severidad fueron leves en el 60%. **Conclusiones:** el trauma de tórax fue frecuente en el sexo masculino, la etiología por accidente laboral, siendo el neumotórax la complicación más usual.

Palabras clave: trauma de tórax, severidad, frecuencia, hemotórax, neumotórax .

Abstract

Background: chest trauma is a highly challenging pathology due to the involvement of vital organs, with the high possibility of multi-organ failure and death. **Objective:** to determine the frequency and severity of chest trauma in patients treated at the Vicente Corral Moscoso and José Carrasco Arteaga Hospital, period 2018. **Materials and methods:** this is a descriptive cross-sectional study. The sample consisted of 248 patients with chest trauma who met the inclusion criteria. The data were collected using a form designed by the author. Descriptive statistics were presented with measures of centralization (mean) and dispersion (SD) for quantitative variables, and for qualitative variables with frequency and percentage values. The information was tabulated in the statistical software SPSS v. 15. **Results:** chest trauma frequency was 17.2%; the average age of 42.03 ± SD 18.74 years; 60% patients were male; furthermore, 30% had a thoracoabdominal trauma; 20% the etiology was work accident; and 80% had a blunt trauma and 50% of them was direct. In open trauma, 20% was caused by a knife. 20% of the complications were due to pneumothorax, emphysema and hemothorax; 60% had a surgical management, and of these, the most frequent types of interventions were pleural drainage; and the severity were mild in 60%. **Conclusions:** chest trauma was frequent in males, the etiology was due to occupational accident, pneumothorax being the most common complication.

Keywords: chest trauma, severity, frequency, hemothorax, pneumothorax.

1 Introducción

El trauma presenta tres picos de mortalidad: el inicial o primario que se presenta durante los primeros minutos

y aporta con un 50% de probabilidades de fallecimiento, el segundo en las 3 horas siguientes y contribuye con un 20% y el tercero relacionado con la mortalidad tardía con

un 30 %. Por ello, se ha considerado que la primera hora luego del traumatismo como el "periodo de oro", durante el cual un manejo adecuado, rápido y oportuno nos otorga mayores posibilidades de prolongar la vida del paciente.¹

El traumatismo torácico es la segunda lesión no intencional más prevalente en los Estados Unidos y se asocia con una morbilidad significativa. En particular, las fracturas de costillas ocurren en hasta el 10 % de pacientes con traumatismos hospitalizados y pueden estar asociados con una mortalidad de 3 % a 13 %.²

Constituye una causa frecuente de mortalidad temprana y tardía en el paciente severamente traumatizado. La presentación, detección precoz y por supuesto una intervención adecuada, influyen directamente en el desenlace del paciente. Un alto porcentaje de personas víctimas de trauma severo desarrollarán un trauma torácico, y a su vez los pacientes cuya fuente primaria de muerte no fue recocida clínicamente presentarán dicha patología.³

El 25-50 % de los fallecimientos atribuidos a las lesiones torácicas tienen una pueden estar asociadas a una serie de causas que incluyen: caídas, accidentes de tráfico, lesiones deportivas y agresiones físicas y se especifican varias formas de presentación clínica de los traumas de tórax entre los que se describen: hematomas simples y fracturas costales, hemotórax traumático o neumotórax asociado con daño orgánico interno por fracturas costales; en casos extremos, se produce un traumatismo torácico abierto con exposición de la cavidad torácica.^{4,5}

El proceso de priorizar a los pacientes sobre la base de la agudeza clínica, es un principio clave en el manejo efectivo de un incidente importante. La efectividad general del proceso de triage no es solo un equilibrio entre la identificación de aquellos que necesitan o no una intervención para salvar vidas, sino también aquellos a quienes se subestimó o se les tildó incorrectamente de requerirla o no.⁶

La mayoría de los pacientes con trauma torácico se puede manejar de forma conservadora solo con el drenaje del tubo torácico. Sin embargo, una pequeña minoría requiere una toracotomía en el departamento de urgencias, también denominada "toracotomía de resucitación". Este procedimiento está indicado en casos de lesiones torácicas aisladas que ponen en peligro la vida, o como parte de la RCP (resucitación cardiopulmonar) en pacientes con traumatismo múltiple, o en pacientes con traumatismo torácico con sangrado masivo de otras lesiones.³

El trauma torácico sigue siendo una lesión relevante para el paciente politraumatizado.⁸ El 50 % de todos los traumas, representan los traumatismos torácicos⁴ por lo cual esta patología representa hoy en día una de las causas más importantes de mortalidad y morbilidad alrededor del mundo.^{5,6}

En Ecuador, según el Servicio de Investigación de Accidentes de Tránsito (SIAT) en un 90 % son de causa humana (conductores, peatones y pasajeros), el 5 % provocado por daños en las vías y carreteras y los demás provienen de otros problemas.¹

La Provincia del Guayas registro en el período 2004 - 2007 un promedio de 5.051 accidentes de tránsito por año de los cuales se obtuvieron 169 lesionados por caídas desde los transportes públicos, 933 por arrollamiento; el común denominador del accidente fue la imprudencia del conductor por encontrarse en estado etílico, 435 murieron, 1060 resultaron heridos y 11 sufrieron traumas severos. El común denominador del accidente fue la imprudencia del conductor por encontrarse en estado etílico.¹²

La National Library of Medicine, informaron que la muerte por trauma de tórax oscila entre el 20 al 25 % en pacientes politraumatizados, concluyendo además que su prevalencia fue de 4.57 % en el servicio de emergencias, donde 72 % lo sufrieron los hombres y 28 % a mujeres, con una edad promedio de 40.8 años.⁷

Los traumatismos torácicos representan la sexta causa de muerte y la quinta en discapacidad significativa a nivel mundial. Resultando alrededor de 5 millones de decesos anualmente por esta patología en poblaciones menores de 65 años.⁸

Según la ATLS (Advanced Trauma Life Support), el trauma de tórax se produce por acciones de fuerza extrema que lesiona estructuras óseas y órganos internos del tórax, poniendo en riesgo la función de los órganos y comprometiendo la vida del paciente. En función a que exista o no una solución de continuidad de la pared torácica, se ha clasificado a esta patología en trauma cerrado y abierto, representando el 70 % y el 30 % respectivamente.⁸

Se ha documentado que los traumatismos torácicos tienen diversas causas, estimándose que por lo general el 80 % de ellos son producto de accidentes de tránsito seguidos de los laborales, ciertas prácticas deportivas, agresiones, caídas, suicidio, entre otras.^{8,9} Las lesiones asociadas al traumatismo torácico son: hemotórax (65.3 %), hemo neumotórax (10.7 %), contusión pulmonar (4 %), neumotórax con enfisema (4 %).⁹

El traumatismo torácico se asocia con alteración de la inflamación postraumática, mayores tasas de complicación y resultados alterados en estos pacientes críticos, por lo tanto, el tratamiento correcto y estandarizado sigue siendo un reto. Con el fin de reducir las complicaciones respiratorias secundarias como la neumonía y el síndrome de dificultad respiratoria aguda (SDRA).¹⁰

Las muertes producidas dentro de las 3 horas del accidente con lesión torácica suelen ser resultado de obstrucción de vía aérea, alteraciones ventilatorias, hemorragias incontrolables o taponamiento cardiaco. Cerca del 85 % de pacientes con trauma de tórax pueden manejarse con medidas menores como: drenaje pleural, soporte ventilatorio, control del dolor y observación, del 15 al 30 % de las lesiones penetrantes requerirá toracotomía.¹¹

En EE.UU. El traumatismo estar considerado como la tercera causa de mortalidad en pacientes con edades entre los 33 a 44 años de edad, lo cual aproximadamente representa el 25 % por 100.000 muertes de esta causa, lo que

equivale a 1.2 millones de personas y deja alrededor de 50 millones de personas heridas o discapacitadas^{3,17}

El costo aproximado destinado por el Banco Mundial para los países en vías de desarrollo en lo que se refiere a los accidentes de tránsito es de aproximadamente 1 % del Producto Interno Bruto. En lo que se refiere a nuestro país, en el año 2007, se consideró la primera causa de muerte en pacientes menores que tienen entre 5 a 14 años de edad, con un promedio de 50 personas fallecidas por cada mes; lo que significa un desembolso aproximado de doscientos millones de dólares por año^{6,18}

La Provincia del Guayas registro en el período 2004 - 2007 un promedio de 5.051 accidentes de tránsito por año de los cuáles se obtuvieron 169 lesionados por caídas desde los transportes públicos, 933 por arrollamiento; el común denominador del accidente fue la imprudencia del conductor por encontrarse en estado etílico, 435 murieron, 1060 resultaron heridos y 11 sufrieron traumas severos. El común denominador del accidente fue la imprudencia del conductor por encontrarse en estado etílico^{3,19}

2 Metodología

Tipo de estudio: descriptivo transversal.

Población y muestra de estudio: todos los pacientes de ambos sexos desde los 18 años con diagnóstico de trauma de tórax en el servicio de emergencia del Hospital Vicente Corral Moscoso y el Hospital José Carrasco Arteaga durante el periodo enero-diciembre 2018.

Procedimientos: se solicitó autorización para la realización del estudio a los directores del HVCM y del HJCA. Se elaboró un cuestionario de recolección de datos con las variables de estudio el mismo que tuvo 2 secciones: la primera de variables sociodemográficas de la población de estudio y la segunda sección incluyó preguntas orientadas a determinar la información concerniente al trauma de tórax y la escala de severidad del mismo. Para medir la severidad del trauma de tórax se utilizó la escala de El Thorax Trauma Severity Score (TTSS) fue desarrollado para la evaluación temprana del traumatismo torácico e identificación de pacientes con alto riesgo de complicaciones en una población de traumatismo grave. La escala evalúa la edad del paciente, el índice PaO₂/FiO₂, el número de fracturas costales, la contusión pulmonar y la presencia de hemo/neumotórax.

Plan de tabulación y análisis de resultados: para poder conocer y detallar la tabulación de datos y los análisis, se presentaron los datos en forma de tablas. En dependencia del tipo de variable con el propósito de resumir la información se trabajó: cuantitativas con la media aritmética (\bar{x}) y la desviación estándar (DS) para variables cualitativas con frecuencias (N.^o) y porcentajes. De igual manera en el manejo, la presentación y el análisis de datos se utilizaron los programas IBM SPSS 22.0 y Epi Info 07 y Epidat 4.1.

Procedimientos bioéticos: previo a la ejecución del estudio, se presentó protocolo y fue revisado y aprobado por el Comité de Ética. El manejo de los datos recolectados fue confidencial, ya que en el formulario no se mencionó

nombres, únicamente se trabajó con números de historias clínicas y a cada una de estas se le asignó un código de referencia, además, el manejo de la base de datos se usó únicamente con fines investigativos, de esta manera se garantizó la confidencialidad de los participantes. Los beneficios son múltiples, ya que al conocer las características nos ayuda para establecer un mejor manejo a los pacientes con estas lesiones. Debido a que la información se recolectó de las historias clínicas no requirió consentimiento informado. El acceso a la información recolectada está a cargo del investigador del estudio, pero, además, se indica que se encuentra disponible, en caso de ser requerida por el Comité de Bioética de la Universidad de Cuenca. Los registros de papel se mantendrán en un lugar cerrado y protegido luego de la presentación y respectiva defensa de la tesis.

En la realización de este estudio, declaramos que no existen conflictos de interés.

3 Resultados

Se realizó el estudio en 248 pacientes con trauma de tórax, tomando como prueba evidente sus historias clínicas, de las cuáles 150 historias clínicas fueron tomados del Hospital Vicente Corral Moscoso, y 98 historias clínicas del Hospital José Carrasco Arteaga.

Tabla 1: Características sociodemográficas de los 248 pacientes con trauma de tórax de los hospitales Vicente Corral Moscoso y José Carrasco Arteaga, periodo 2018

Características sociodemográficas	n (248)	%
Edad		
18 a 35 años	114	46,0
36 a 64 años	94	37,9
65 o más años	40	16,1
Sexo		
Masculino	147	59,3
Femenino	101	40,7
Residencia		
Urbana	160	64,5
Rural	88	35,5

La media de edad de $42,03 \pm DS 18,74$; con una mínima de edad de 18 años y una máxima de 94 años. En relación al sexo, 6 de cada 10 pacientes con trauma de tórax fueron masculinos, e igualmente 6 de cada 10 de residencia urbana (Tabla 1).

Tabla 2: Características del trauma de tórax de los 248 pacientes de los hospitales Vicente Corral Moscoso y José Carrasco Arteaga, periodo 2018

Caracterización del Trauma de tórax	n	%
Extensión del Trauma		
Torácico Puro	37	14,9
Cérvico Torácico	43	17,3
Toracoabdominal	64	25,8
Tórax y extensiones	55	22,2
Politraumatismos	49	19,8
Accidentes de tránsito	52	21,0
Caídas	61	24,6
Etiología del trauma		
Accidentes Laborales	52	21,0
Arrollamiento o aplastamiento	22	8,9
Otros	61	24,6
Mecanismo del trauma		
Abierto	43	17,3
Cerrado	205	82,7
Mecanismo de trauma de tórax abierto		
Arma blanca	32	12,9
Arma de fuego	11	4,4
Otro	205	82,7
Mecanismo de trauma de tórax cerrado		
Directo	139	56,0
Indirecto	65	26,2
Otro	44	17,8
Complicaciones		
Hemitórax	82	20,9
Hemoneumotórax	66	16,8
Fracturas costales	60	15,3
Enfisema	79	20,2
Lesión Cardíaca	13	3,1
Neumotórax	91	23,3
Tipo de lesión en parénquima		
Contusión Pulmonar	112	45,2
Laceración Pulmonar	6	2,4
Quiste Trauma	1	0,4
Hematoma Pulmonar	8	3,2
Ninguno	121	48,8

La frecuencia del trauma de tórax fue del 17,2%, y en general, los pacientes presentaron complicaciones mixtas; por lo cual, 3 de cada 10 tenían un trauma toracoabdominal, seguidos del trauma de tórax por caída; en relación a la etiología, el 2 de cada 10 fueron por accidentes laborales; y por cada 10 pacientes, 8 tuvieron un trauma cerrado, y 5 de ellos fue directo. En los traumas abiertos, 2 de cada 10 fue por arma blanca. Las complicaciones más frecuentes del traumatismo de tórax fue el neumotórax, seguido del enfisema y hemitórax, esto en similar frecuencia (2 por cada 10 traumatismos torácicos) (Tabla 2).

Tabla 3: Características quirúrgicas del trauma de tórax de los 248 pacientes de los hospitales Vicente Corral Moscoso y José Carrasco Arteaga, periodo 2018

Manejo Quirúrgico	n	%
Si	139	56,0
No	109	44,0
Tipo de Cirugía		
Drenaje Pleural	223	82,2
Toracotomía	1	0,36
Laparotomía	8	2,9
V.A.T.S.	40	14,7

Tabla 3: Características quirúrgicas del trauma de tórax de los 248 pacientes de los hospitales Vicente Corral Moscoso y José Carrasco Arteaga, periodo 2018... (continuación)

Complicaciones Posquirúrgicas		
Atelectasias	16	6,5
Neumotórax Persistente	6	2,4
Síndrome de ocupación pleural	8	3,2
Empiema	7	2,8
Ninguna	211	65,1
Ingreso a UCI		
Si	7	2,8
No	241	97,2

De los pacientes que conformaron el estudio, la mayoría tuvieron de 1 a 2 resoluciones quirúrgicas; por lo que, por cada 10 paciente, 6 tuvieron un manejo quirúrgico; y de estos, los tipos de intervenciones más frecuentes fueron el drenaje pleural, seguido del video torascoscopia asistida; además, en la mayoría el tratamiento fue el adecuado, sin tener la necesidad de estar los pacientes ingresados en cuidados intensivos (Tabla 3).

Tabla 4: Severidad del trauma de tórax de los 248 pacientes de los hospitales Vicente Corral Moscoso y José Carrasco Arteaga, periodo 2018

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Leve	144	58,1
Moderado	88	35,5
Grave	16	6,5
Total	248	100,0

Para realizar el índice de severidad de trauma de tórax, se tomó en cuenta la edad, fracturas costales, contusión y lesiones de la pleura. En relación a la severidad del trauma de toras, por cada 10 pacientes 6 fueron leves segundo del moderado (Tabla 4).

4 Discusión

En esta investigación, se encontró una media de edad de $42,03 \pm DS 18,74$; con una mínima de edad de 18 años y una máxima de 94 años. En relación al sexo, 6 de cada 10 pacientes con trauma de tórax fueron masculinos, e igualmente 6 de cada 10 de residencia urbana (Tabla 1). Datos que se comparan con el estudio de Almed N, y cols.,²⁰ donde la mayoría fue del sexo masculino en el 46% de los casos, comparado con el 44,2% de mujeres que tenían un antecedente de trauma torácico. A la vez, Schulz-Drost S., y cols.,²¹ en el año 2019 en Alemania, realizó un análisis retrospectivo del conjunto de datos TraumaRegister DGU, donde incluyeron un total de 49.567 pacientes; donde el 72,7% fueron varones. Larrea M.,²² en el año 2009 encontró igualmente que esta lesión predomina más en el sexo masculino que en el femenino, en una relación de 9:1.

En este estudio la mayoría de los pacientes presentó complicaciones mixtas que se tomaron en cuenta para la caracterización; por lo cual, 3 de cada 10 tenían un trauma toracoabdominal, seguidos del trauma de tórax por caída;

en relación a la etiología, el 2 de cada 10 fueron por accidentes laborales; y por cada 10 pacientes, 8 tuvieron un trauma cerrado, y 5 de ellos fue directo. En los traumas abiertos, 2 de cada 10 fue por arma blanca. Las complicaciones más frecuentes del traumatismo de tórax fue el neumotórax, seguido del enfisema y hemitórax, esto en similar frecuencia (2 por cada 10 traumatismos torácicos) (Tabla 2). Resultados que se comparan con Schulz-Drost S., y cols.,²¹ donde el 95.9% tenían un trauma torácico cerrado, y 14.008 (28,3%) tenían contusiones pulmonares graves. A diferencia en cambio con Liebsch C.,²³ donde las fracturas de costilla representaron la complicación más común, que ocurre en el 10-20% de todos los pacientes con traumatismo torácico cerrado y conduce a lesiones concomitantes de los órganos internos en casos severos. Por ello, en Alemania, en total, se identificaron 3.735 fracturas de costillas (9,8 por paciente). El 54% de las fracturas de costillas se detectaron en el tórax izquierdo. En promedio, la mayoría de las fracturas de costillas ocurrieron en lesiones por aplastamiento / enterramiento (15,8, n13) y accidentes de peatones (12,8, n13), menos en accidentes automovilísticos / de camiones (8,9, n75).

En los pacientes de este estudio, la mayoría tuvo 1 o 2 resoluciones quirúrgicas; por lo que, por cada 10 paciente, 6 tuvieron un manejo quirúrgico; y de estos, los tipos de intervenciones más frecuentes fueron el drenaje pleural, seguido del video toroscopia asistida; además, en la mayoría el tratamiento fue el adecuado, sin tener la necesidad de estar los pacientes ingresados en cuidados intensivos (Tabla 3). En cambio, Almed N, y cols.,²⁰ en el año 2019, accedieron al conjunto de datos del Banco Nacional de Datos de Trauma (NTDB) de 2012-2014 para el estudio. Todos los pacientes, de 65 años de edad y mayores, que experimentaron una caída y sufrieron una lesión torácica, fueron incluidos en el estudio. De los 15,256 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión, aproximadamente el 52% (7994) de los pacientes fueron tratados en una institución de atención de nivel superior. Concluyeron que el tratamiento de pacientes de edad avanzada con traumatismo torácico cerrado en instituciones de atención de nivel superior no mostró ningún beneficio en la supervivencia general o la duración de la estancia hospitalaria.

En relación a la severidad del trauma de tórax, por cada 10 pacientes 6 fueron leves segundo del moderado (Tabla 4). Resultados que difieren de Leijdesdorff HA, y cols.,²³ en el año 2020, quienes analizaron un total de 497 víctimas fallecidas, de las cuales la mayoría eran ciclistas. El trauma del tórax fue más frecuente en motociclistas y automovilistas (60,9% y 65,8%, respectivamente). Las víctimas menores de 25 años sufrieron lesiones más graves (mediana 38, IC95% 29-46). Más del 10% de las víctimas fueron gravemente lesionadas y no fueron transportadas a un centro de trauma de nivel I. La mayoría de este grupo tenía más de 75 años. Schulz-Drost S., y cols.,²¹ reportó que para la contusión pulmonar severa que fue la más frecuente, la edad promedio fue (44.7 ± 19.7 años) y

la intubación, cuidados intensivos, falla (multi-) orgánica, sepsis y lesiones extratorácicas fueron más comunes en este grupo. Los pacientes más jóvenes mostraron una mayor incidencia de CP que los mayores; sin embargo, la alta edad del paciente fue un factor de riesgo altamente significativo para el desarrollo de complicaciones y un mal resultado.

Las limitaciones de este estudio fue el describir el mecanismo de transporte, y la estancia hospitalaria, no se hizo análisis relacional. Sin embargo, coinciden que el sexo masculino es el más afectado y las complicaciones aumentan según se incrementa la edad de los pacientes.

5 Conclusiones

Las lesiones torácicas fueron predominantes en el sexo masculino, con una relación 2:1. El promedio de edad fue de 41 años en ambos sexos.

Las lesiones más frecuentes según la cinemática del trauma fueron accidentes laborales y caídas sin embargo en menor cantidad, pero no menos importantes fueron los traumatismos abiertos siendo más por arma blanca.

Según la clasificación CIE- 10, las lesiones predominantes fueron: Neumotórax, Hemo neumotórax Fracturas costales Enfisema, Lesiones cardíacas

El trauma abierto se presentó con mayor frecuencia que el trauma cerrado. El promedio de días de hospitalización por trauma torácico fue de 3 días.

El trauma cerrado fue más frecuente en el grupo de cinemática clasificada como caídas y accidentes de tránsito.

El trauma abierto más frecuente en el grupo de cinemática clasificada como riña por arma blanca.

Solo una persona falleció. El paciente con el desenlace desfavorable, respondía a un trauma abierto, por arma blanca con APACHE mayor de 7, hemo neumotórax masivo.

6 Fuente de Financiamiento

Este estudio es autofinanciado.

7 Conflicto de Intereses

No existen conflictos personales, profesionales, financiero de otro tipo.

8 Consentimiento Informado

Los autores cuentan con el consentimiento informado de los pacientes para la investigación, la publicación del caso y sus imágenes.

Referencias Bibliográficas

- Rodriguez R, Ferrero L, Escalona M, Garcias L. Reintervenciones quirúrgicas en pacientes con traumatismo torácico, abdominal o ambos. *Mediciencias UTA*. 2017;1(1):1-6. doi: <https://doi.org/10.31243/mdc.uta.v1i1.7.2017>
- Galvagno SM, Smith CE, Varon AJ, Hasenboehler EA, Sultan S, Shaefer G, et al. Pain management for blunt thoracic trauma: A joint practice management guideline

- from the Eastern Association for the Surgery of Trauma and Trauma Anesthesiology Society. *J Trauma Acute Care Surg*. noviembre de 2016;81(5):936-51.
3. Unsworth A, Curtis K, Asha SE. Treatments for blunt chest trauma and their impact on patient outcomes and health service delivery. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med* 2015 Feb 8;23:17. doi: 10.1186/s13049-015-0091-5. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4322452/>
 4. Ekpe EE, Eyo C. Determinants of mortality in chest trauma patients. *Niger J Surg*. 2014;20(1):30-34. doi:10.4103/1117-6806.127107
 5. Hwang EG, Lee Y. Effectiveness of intercostal nerve block for management of pain in rib fracture patients. *J Exerc Rehabil*. 31 de agosto de 2014;10(4):241-4.
 6. Vassallo JM, Smith JE, Wallis LA. Investigating the effects of under-triage by existing major incident triage tools. *Eur J Emerg Med*. 2019 Apr;26(2):139-144. doi: 10.1097/MEJ.0000000000000513.
 7. Refaely Y, Koymfan L, Friger M, Ruderman L, Abu Saleh M, Klein M, et al. Predictors of survival after emergency department thoracotomy in trauma patients with predominant thoracic injuries in Southern Israel: a retrospective survey. *Open Access Emerg Med*. abril de 2019;Volume 20: 11:95-101.
 8. Horst K, Andruszkow H, Weber CD, Pishnamaz M, Herren C, Zhi Q, et al. Thoracic trauma now and then: A 10 year experience from 16,773 severely injured patients. Puebla I, editor. *PLOS ONE*. 19 de octubre de 2017;12(10):e0186712.
 9. Al-Koudmani I, Darwish B, Al-Kateb K, Taifour Y. Chest trauma experience over eleven-year period at al-mouassat university teaching hospital-Damascus: a retrospective review of 888 cases. *J Cardiothorac Surg*. 19 de abril de 2012;7:35.
 10. Yadollahi M, Paydar S, Sabetianfard Jahromi G, Khalili H, Etemadi S, Abbasi H, et al. Types and Causes of Death in Dead Patients Due to Traumatic Injuries. *Arch Trauma Res*. 2015;4(1):e26028. Published 2015 Mar 20. doi:10.5812/atr.26028
 11. Alborzi Z, Zangouri V, Paydar S, Ghahramani Z, Shafa M, Ziaei B, et al. Diagnosing Myocardial Contusion after Blunt Chest Trauma. *J Tehran Univ Heart Cent*. 13 de abril de 2016;11(2):49-54.
 12. Akoglu H, Celik OF, Celik A, Ergelen R, Onur O, Denizbasi A. Diagnostic accuracy of the Extended Focused Abdominal Sonography for Trauma (E-FAST) performed by emergency physicians compared to computed tomography. *Am J Emerg Med*. 2018 Jun;36(6):1014-1017. doi: 10.1016/j.ajem.2017.11.019. Epub 2017 Nov 8.
 13. Avila M, Jenit R. Fractura costal como factor asociado para contusion miocardiaca en pacientes con trauma toracico cerrado atendidos en el hospital regional docente de trujillo. 2017; TESIS. disponible en: <http://repositorio.upao.edu.pe/handle/upaorep/2663>
 14. Chien C-Y, Chen Y-H, Han S-T, Blaney GN, Huang T-S, Chen K-F. The number of displaced rib fractures is more predictive for complications in chest trauma patients. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med*. 2017 Feb 28;25(1):19. doi: 10.1186/s13049-017-0368-y.
 15. Wutzler S, Sturm K, Lustenberger T, Wyen H, Zacharowski K, Marzi I, et al. Kinetic therapy in multiple trauma patients with severe thoracic trauma: a treatment option to reduce ventilator time and improve outcome. *Eur J Trauma Emerg Surg*. 1 de abril de 2017;43(2):155-61.
 16. Mendoza Rodríguez M, Tacuba JLA, Verdiguél DG, Valerio RH, López González A. Comportamiento epidemiológico del traumatismo torácico en las unidades de cuidados intensivos de hospitales de trauma. *Med Crítica*. 2014;28(3):164-74.
 17. Coordinación General de Desarrollo Estratégico en Salud Dirección de Inteligencia de la Salud, Ministerio de Salud Pública. MSP; 2013.
 18. González Fernández AM, Ramón Torres A, Valverde Molina J. Traumatismo torácico, neumotórax, hemoptisis y tromboembolismo pulmonar. *Neumoped*. 2017:189-209
 19. Feliciano DV. Cardiac, Great Vessel, and Pulmonary Injuries. En: *Rich's Vascular Trauma* [Internet]. Elsevier; 2016 [citado 26 de mayo de 2019]. p. 71-99.
 20. Ahmed N, Kuo YH. Evaluating the outcomes of blunt thoracic trauma in elderly patients following a fall from a ground level: higher level care institution vs. lower level care institution. *Eur J Trauma Emerg Surg*. 2019; <https://doi.org/10.1007/s00068-019-01230-1>
 21. Schulz-Drost S, Finkbeiner R, Lefering R, Grosse M, Krinner S, Langenbach A, et al. Lung Contusion in Polytrauma: An Analysis of the TraumaRegister DGU. *Thorac Cardiovasc Surg*. 2019 Dec 13; DOI: 10.1055/s-0039-1700505
 22. Liebsch C, Seiffert T, Vlcek M, Beer M, Huber-Lang M, Wilke HJ. Patterns of serial rib fractures after blunt chest trauma: An analysis of 380 cases. *PLoS One*. 2019;14(12).
 23. Leijdesdorff HA, Gillissen S, Schipper IB, Krijnen P. Injury Pattern and Injury Severity of In-Hospital Deceased Road Traffic Accident Victims in The Netherlands: Dutch Road Traffic Accidents Fatalities. *World J Surg*. 2020; Doi: 10.1007/s00268-019-05348-6

Recibido: 11 de octubre de 2020

Aceptado: 25 de octubre de 2020



El fenómeno de *sexting* en adolescentes, Cuenca-Ecuador

The sexting phenomenon in adolescents, Cuenca-Ecuador

María Magdalena Piedra Argudo¹, Jeanneth Tapia Cárdenas^{*2}, José Luis Once Campoverde², Zoila Katherine Salazar Torres², Vinicio Marcelo Tenemaza Ruilova²

¹ Hospital Monte Sinai, Cuenca, Ecuador

² Universidad Católica de Cuenca, Ecuador

*janethtapiac@hotmail.com

DOI: <https://doi.org/10.26871/killkanasalud.v4i4.750>

Resumen

Antecedentes: el *sexting* es el envío de contenidos de tipo sexual, realizadas por el propio remitente y que son enviadas a otras personas. El *sexting* puede involucrar problemas legales e incluso el *CiberBullying*, ciberacoso, o sextorsion. **Objetivo:** determinar la frecuencia y caracterizar el *sexting* en los adolescentes de la Unidad Educativa del Milenio Manuela Garaicoa de Calderón, Cuenca 2018. **Materiales y métodos:** se realizó un estudio observacional, cuantitativo, descriptivo, se aplicó una encuesta a 268 adolescentes matriculados en la institución participante para el período lectivo 2017-2018, los cuales fueron seleccionados aleatoriamente, se indagó sobre características sociodemográficas, frecuencia y caracterización de *sexting*. **Resultados:** el promedio de edad fue 15,86 años, el grupo etario más frecuente se ubicó entre los 14 a 16 años, 67,9 % de sexo femenino, 69,4 % residía en áreas urbanas. El 63,1 % afirmó practicar *sexting*; 58,2 % fue pasivo y 20,5 % activo. Sobre *sexting* pasivo, el tipo de contenido más frecuente fueron las fotos 77,6 %, siendo Facebook la red social más usada 78,8 %. En el *sexting* activo su práctica se dio de manera voluntaria en 81,8 % y se caracterizó por el envío de textos con proposiciones sobre actividad sexual mediante un móvil en 41,8 %. **Conclusiones:** la práctica de *sexting* en los adolescentes fue elevada, siendo el *sexting* pasivo dos veces más frecuente que el activo.

Palabras clave: adolescencia, prevalencia, ciberacoso, sexualidad, conducta sexual.

Abstract

Background: *sexting* is the sending of sexual content, made by the sender himself and sent to other people. *Sexting* can involve legal problems and even *cyberBullying*, *cyberBullying*, or *sextorsion*. **Objective:** to determine the frequency and characterize *sexting* in adolescents of the Millennium Educational Unit Manuela Garaicoa de Calderón, Cuenca 2018. **Materials and methods:** an observational, quantitative, descriptive study was carried out, a survey was applied to 268 adolescents enrolled in the participating institution for the 2017-2018 school period, which were randomly selected, it was inquired about sociodemographic characteristics, frequency and characterization of *sexting*. **Results:** the average age was 15.86 years, the most frequent age group was between 14 to 16 years, 67.9% female, 69.4% lived in urban areas. 63.1% affirmed to practice *sexting*; 58.2% was passive and 20.5% active. Regarding passive *sexting*, the most frequent type of content was photos, 77.6%, with Facebook being the most used social network 78.8%. In active *sexting*, their practice was voluntary in 81.8% and it was characterized by sending texts with proposals about sexual activity through a mobile phone in 41.8%. **Conclusions:** the practice of *sexting* in adolescents was high, with passive *sexting* being twice more frequent than active.

Keywords: adolescence, prevalence, cyber Bullying, sexuality, sexual behavior.

1 Introducción

Actualmente los avances sociales se desarrollan simultáneamente con los progresos tecnológicos y de comunicación, los cuales han facilitado enormemente las relaciones interpersonales, por ejemplo, los teléfonos móviles han conseguido una tasa de penetración impresionante de casi la totalidad de la humanidad.¹ Sin embargo, es importante recalcar que con el advenimiento de novedosas tecnologías han nacido también nuevos delitos, lo que nos lleva a pensar de no ser utilizadas responsablemente pueden transformar-

se en un arma peligrosa para los usuarios, especialmente los adolescentes.²

El problema del uso de internet y de los dispositivos móviles para compartir información entre los adolescentes, radica en el hecho de que se encuentran en una etapa en la cual su criterio y personalidad aún no se ha formado, volviéndoles un blanco fácil para ser atrapados por tendencias peligrosas.³

En este sentido, el concepto de *sexting* surge de la unión de dos vocablos, *sex* (sexo) y *texting* (envío de mensajes

de texto), no obstante, este término se ha ampliado, con una definición que abarca otros aspectos como: el envío o reenvío de contenidos de orden erótico y/o sexual, que impliquen fotos, videos, textos a otras personas a través de dispositivos tecnológicos o medios virtuales.^{1,3,4}

Es por ello que el uso inadecuado de internet supone riesgos para los jóvenes entre los cuales podemos citar: conductas sexuales peligrosas, pornografía infantil, mayor probabilidad de victimización online, entre otras.⁵ Se cree que la expansión de dispositivos móviles que permitan el acceso a internet significa un completo desafío dentro de la sociedad actual,^{6,7} principalmente en países desarrollados donde las políticas y leyes, así como la percepción en general de la sociedad permite ampliamente la aparición de tendencias dañinas para los adolescentes que no solo permanecen en sus países de origen, sino que vencen fronteras convirtiéndose en amenazas para la humanidad.²

En base a lo expuesto, resulta indispensable despertar el interés por determinar que fenómenos están presentes entre los jóvenes, quienes actualmente viven y se desarrollan en un medio en el que la tecnología ha superado todas las expectativas y nos ha invadido de tal manera que pueden llegar a ser sujetos de abusos y delitos que atenten contra su integridad.¹

En la presente investigación se buscó poner en evidencia la prevalencia y las características de una nueva problemática que nace a raíz del internet como lo es el *sexting* que, si bien no ha sido analizada a profundidad y que seguramente resulta extraña para la mayoría de las personas, incluso para los mismos jóvenes que la están experimentando, podría estar presente entre nosotros amenazando profundamente el bienestar de la población adolescente.

2 Marco teórico

El término *sexting* resulta de la combinación de dos palabras en el idioma inglés que son sex = sexo y texting = mensaje de texto, dicha palabra nace por primera vez en Reino Unido alrededor del 2005.⁸ Hace referencia a un fenómeno relativamente nuevo, que consiste en el envío de mensajes, videos o fotos con contenido sexual y/o erótico.⁹ En primera instancia se reconocía como *sexting* única y exclusivamente a la emisión de mensajes con contenido sexual, sin embargo, con el advenimiento de los smartphone se ha llegado a la conclusión de que dicho fenómeno puede estar representado no solo por el envío de contenidos de este tipo, sino también la recepción de los mismos, y la transacción electrónica de fotos, videos y textos sexualmente explícitos o sugerentes.¹⁰

Reyns, manifiesta que el *sexting* hace referencia al envío de mensajes o fotografías sexualmente explícitos desde un teléfono móvil a otro, y también por medio del correo electrónico o la mensajería instantánea.¹¹

McLaughlin lo define como “la producción de textos, imágenes o videos digitales en los que aparecen menores de edad o personas adultas estando desnudos/as o semi-desnudos/as, con contenidos sexuales y captados por sí

mismos/as, así como su transmisión a otras personas, a través de los medios tecnológicos como la telefonía móvil, el correo electrónico o incluso las redes sociales”.¹²

El *sexting* es entonces el fenómeno por el cual un individuo realiza el envío o recibe mensajes con contenido sexual o erótico sobre sí mismo o sobre terceros; dichos mensajes pueden contener imágenes, texto o videos, y los mismos pueden ser enviados o recibidos por cualquier dispositivo tecnológico.¹³⁻¹⁵

Las principales particularidades que caracterizan a la práctica de *sexting* son:

- El uso de los medios tecnológicos: se ha identificado como facilitadores de estas prácticas a los teléfonos móviles, ordenadores, tabletas y redes sociales como: Facebook, Twitter, Tinder, Instagram, Snapchat y a los medios de mensajería instantánea como WhatsApp.¹⁶⁻¹⁹
- Carácter sexual y/o erótico de los contenidos: se ha de entender como contenido de carácter sexual a aquellos que hacen referencia a comportamientos sexuales implícitos con el propio sujeto o con otras personas; mientras que el contenido erótico ha de definirse como situaciones o actos sugerentes de actividad sexual.¹⁶⁻¹⁹
- Origen: hace referencia a que la producción o práctica de dicho fenómeno puede ser propia o ajena.¹⁶⁻¹⁹
- Edad: es muy importante determinar la edad en la que se tiende a caer en la práctica de *sexting*, pudiendo afirmar la relación directa entre el incremento de la misma con los años de vida.¹⁶⁻¹⁹
- Sexo: se ha visto que dicho fenómeno tiende a ser mayormente practicado por mujeres, sin embargo, se considera también que no existen diferencias significativas en cuanto al sexo de quienes lo practican.¹⁶⁻¹⁹
- Voluntariedad: el envío de este tipo de contenidos puede realizarse de forma voluntaria o también puede hacerse de manera obligada.¹⁶⁻¹⁹ Esta última característica se refiere a las influencias y presiones sociales que influyen de una manera desmesurada en la creación de este tipo de contenidos, y que también resulta importante sobre todo entre los adolescentes para quienes el círculo social o la pareja representa un pilar fundamental en esta etapa de sus vidas.¹⁶⁻¹⁹

Se ha realizado una subdivisión del fenómeno de *sexting*, de acuerdo a la forma en que este se manifiesta, el tipo de contenido enviado, o el uso que se le da a dichos mensajes. De manera general el *sexting* puede ser activo cuando la persona envía fotos o contenidos de sí mismo en posturas provocativas o inapropiadas y pasivo si por el contrario, se recibe contenidos eróticos, según esta clasificación se habla entonces de un emisor y un receptor de *sexting*.^{20,21}

Una vez identificada la práctica de *sexting*, se han planteado serias consecuencias asociadas a la presencia latente de este fenómeno siendo las más comunes:

- *Bullying* y *CiberBullying*: se trata del maltrato entre iguales, implica conductas hostiles por parte de un individuo o grupo en el entorno online. Dentro del *sexting*

este tipo de violencia puede evidenciarse en acciones como: insultos o difusión de rumores, hostigamiento, denigración y el “morphing” que consiste en usar la fotografía de la víctima montando su rostro en el cuerpo de otra persona, con el propósito de ridiculizarla.²¹

- *Cyberstalking*: hace referencia al acoso cibernético, consiste en la invasión de la vida de una persona, en este caso protagonista de *sexting*, que de manera repetitiva y sin consentimiento es acosada y perseguida a través de las tecnologías de internet.²¹
- *Sextorsión*: es una forma de explotación sexual, en la cual se continúa solicitando envío de imágenes con contenidos sexuales y/o eróticos a la víctima, a cambio de no hacer público imágenes, videos o mensajes enviados con anterioridad. Puede llegarse incluso a solicitar la práctica de relaciones sexuales.²¹
- *Grooming*: término utilizado para definir a los abusadores de menores. Consiste en que una persona adulta establece contacto con un menor de edad y finge establecer fuertes lazos de amistad, con el fin de conseguir contacto sexual online, o práctica de *sexting* con el/la adolescente.²¹
- *Teen Dating Violence*: es un nuevo acto de violencia que surge a partir de esta práctica, que consiste en el maltrato dentro de las relaciones entre adolescentes. En este caso se obliga a la pareja ya sea a la introducción al *sexting*, o a continuar enviando contenidos sexuales o eróticos con amenazas de terminar la relación o hacer públicos contenidos ya enviados.²⁰⁻²²

3 Metodología

Se trató de un estudio cuantitativo, observacional, descriptivo. El universo estuvo constituido por 797 estudiantes matriculados en el período lectivo 2017-2018, mismos que se encontraban cursando el octavo de básica al tercero de bachillerato de la Unidad Educativa del Milenio Manuela Garaicoa de Calderón en su sección vespertina. Se calculó una muestra de 268 estudiantes y se realizó un método de muestreo estratificado basado en el número de estudiantes de los diferentes cursos de la población del estudio, además se procedió a realizar una aleatorización sistemática de la muestra de acuerdo al listado de los alumnos para dar mayor representatividad a la misma. Como técnica de recolección aplicó una encuesta estructurada anónima, previa la firma del consentimiento y/o asentimiento informado tanto de los representantes legales así como los participantes.

El instrumento que se utilizó para evaluar el *sexting* fue un formulario diseñado y validado en otra investigación,²³ mismo que fue sometido a un plan piloto con 20 estudiantes de la Unidad Educativa Zoila Aurora Palacios, llegando al instrumento final de la presente investigación.

Tabla 1: Distribución según características sociodemográficas de 268 adolescentes de la Unidad Educativa del Milenio Manuela Garaicoa de Calderón, Cuenca 2018

	Frecuencia	Porcentaje
Edad		
10-13 años	24	8,9
14-16 años	131	48,9
17-19 años	113	42,2
Total	268	100
Sexo		
Hombre	86	32,1
Mujer	182	67,9
Total	268	100
Residencia		
Urbano	186	69,4
Rural	82	30,6
Total	268	100
Nivel de instrucción		
Educación básica	37	13,8
Bachillerato	231	86,2
Total	268	100

Participaron 268 estudiantes, el 48,9 % de adolescentes tuvieron rangos etarios entre 14 y 16 años, siendo el promedio de edad 15,86 con una desviación estándar de 1,534. El 67,9 % de encuestados correspondió a mujeres, un 69,4 % residían en las áreas urbanas y 86,2 % pertenecían a nivel educativo de bachillerato (tabla 1)

Tabla 2: Distribución según características sociodemográficas de 268 adolescentes de la Unidad Educativa del Milenio Manuela Garaicoa de Calderón, Cuenca 2018

	Frecuencia	Porcentaje
sexting		
Si	169	63,1
No	99	36,9
Total	268	100
sexting pasivo		
Si	156	58,2
No	112	41,8
Total	268	100
sexting activo		
Si	55	20,5
No	213	79,5
Total	268	100

El 63,1 % de adolescentes participantes en el estudio practicó *sexting*, con una frecuencia de *sexting* pasivo en un 58,2 % y el activo en 20,5 % (tabla 2).

Tabla 3: Caracterización de *sexting* de acuerdo a: etapa de la adolescencia, sexo, residencia y nivel de instrucción, en la Unidad Educativa del Milenio Manuela Garaicoa de Calderón, Cuenca 2018

	<i>sexting</i>	
	Frecuencia	Porcentaje
Etapas de la adolescencia		
Temprana (10-13 años)	10	5,9
Media (14-16 años)	86	50,9
Tardía (17-19 años)	73	43,2
Total	169	100
Sexo		
Hombre	63	37,3
Mujer	106	62,7
Total	169	100
Residencia		
Urbana	116	68,6
Rural	53	31,4
Total	169	100
Nivel de instrucción		
Básica	16	9,5
Bachillerato	153	90,5
Total	169	100

Además, se observó que la práctica de *sexting* prevaleció en el rango de edad de 14 a 16 años, correspondiente a la etapa media de la adolescencia 50,9 %. En cuanto al sexo,

existió mayor práctica en las mujeres 62,7 %. La frecuencia de *sexting* resultó ser mayor en el área urbana 68,6 % y fue el bachillerato donde más se manifestó este fenómeno 90,5 % (tabla 3).

Tabla 4: Caracterización de *sexting* pasivo en los adolescentes de la Unidad Educativa del Milenio Manuela Garaicoa de Calderón, Cuenca 2018

	Frecuencia	Porcentaje
Tipo de contenido		
Mensajes de texto	76	48,7
Fotos	121	77,6
Videos	57	36,5
Otros	3	4,5
Medio		
WhatsApp	83	53,2
Facebook	123	78,8
Twitter	1	0,6
Instagram	28	17,9
Snapchat	7	4,5
Tinder	2	1,3
Otros	16	10,3

El principal tipo de contenido sexual y/o erótico recibido fueron las fotografías en un 77,6 %, seguido de mensajes de texto 48,7 %; además el principal medio por el cual los adolescentes practicaron *sexting* pasivo fue Facebook en un 78,8 %, seguido de WhatsApp en un 53,2 % (tabla 4).

Tabla 5: Caracterización, voluntariedad y consecuencias de la práctica de *sexting* Activo en los adolescentes de la Unidad Educativa del Milenio Manuela Garaicoa de Calderón, Cuenca 2018

Caracterización	Frecuencia	Porcentaje
Foto y/o video sexualmente sugerente	Nunca	39
	Casi nunca	8
	En ocasiones	8
	Total	55
Foto y/o video en ropa interior por teléfono móvil	Nunca	38
	Casi nunca	12
	En ocasiones	4
	Frecuentemente	1
Total	55	
Foto y/o video en ropa interior por redes sociales	Nunca	46
	Casi nunca	6
	En ocasiones	3
	Total	55
Foto y/o video desnudo por teléfono móvil	Nunca	45
	Casi nunca	5
	En ocasiones	4
	Frecuentemente	1
Total	55	

Tabla 5: Caracterización, voluntariedad y consecuencias de la práctica de *sexting* Activo en los adolescentes de la Unidad Educativa del Milenio Manuela Garaicoa de Calderón, Cuenca 2018. . . (continuación)

Caracterización		Frecuencia	Porcentaje
Foto y/o video desnudo por redes sociales	Nunca	52	94,5
	Casi nunca	2	3,6
	En ocasiones	1	1,8
	Total	55	100
Texto sexualmente sugerente por teléfono móvil	Nunca	21	38,2
	Casi nunca	17	30,9
	En ocasiones	13	23,6
	Frecuentemente	4	7,3
Total	55	100	
Texto sexualmente sugerente por redes sociales	Nunca	40	72,7
	Casi nunca	6	10,9
	En ocasiones	9	16,4
	Total	55	100
Texto con proposiciones sobre actividad sexual por teléfono móvil	Nunca	16	29,1
	Casi nunca	23	41,8
	En ocasiones	13	23,6
	Frecuentemente	3	5,5
Total	55	100	
Texto con proposiciones sobre actividad sexual por redes sociales	Nunca	40	72,7
	Casi nunca	9	16,4
	En ocasiones	5	9,1
	Frecuentemente	1	1,8
Total	55	100	

Tabla 6: Voluntariedad y consecuencias de la práctica de *sexting* Activo en los adolescentes de la Unidad Educativa del Milenio Manuela Garaicoa de Calderón, Cuenca 2018

	Frecuencia	Porcentaje
Voluntariedad		
Si	45	81,8
No	10	18,2
Consecuencias		
Si	25	45,5
No	30	54,5
Tipo de consecuencias		
<i>Bullying</i> y <i>CiberBullying</i>	4	7,3
<i>Ciberstalking</i>	9	16,4
<i>Sextorsión</i>	2	3,6
<i>Grooming</i>	16	29,1
<i>Teen Dating Violence</i>	7	12,7

La práctica del *sexting* activo se fundamentó en el envío de fotos y/o videos en ropa interior a través de un teléfono móvil en un 21,8 % de la población y también en el envío de mensajes de texto con proposiciones sobre actividad sexual mediante un teléfono móvil 41,8 %; ambas con una frecuencia de “casi nunca”. El 81,8 % de los adolescentes han practicado *sexting* activo de manera voluntaria y hemos encontrado que de las 55 personas que han practicado

sexting activo, los adolescentes han experimentado consecuencias en un 45,5 %, dentro de las cuales la más frecuente resultó ser el *Grooming* que aparece en un 29,1 % de los jóvenes (tabla 5 y 6).

4 DISCUSIÓN

La revolución tecnológica que ha impactado el siglo XXI ha acarreado consigo el surgimiento de nuevas tendencias que han transformado las relaciones sociales, afectivas y sexuales, entre las que destaca el *sexting*; fenómeno mediante el cual los y las jóvenes han encontrado un espacio natural de relación y una nueva forma de interacción sexual, nuestro estudio se centró en conocer la frecuencia y caracterizar el *sexting* en los adolescentes por su importancia en el ámbito social e inclusive de la salud pública, pero, en especial, debido a los innumerables peligros que dicha práctica conlleva.

La existencia de estudios sobre el tema lamentablemente es escasa, lo que limita el conocimiento sobre su práctica, sus características y sus riesgos, sobre todo en países en vías de desarrollo. En España se han llevado a cabo algunas investigaciones, Gámez-Guadix M, De Santisteban P, Resett S, durante el 2016 analizaron la prevalencia de *sexting* en un grupo de adolescentes españoles y la posible relación que ello podría tener con su personalidad, encontrando que el envío o recepción de contenidos sexuales entre los jóvenes por medio de internet está presentando una importante atención social.¹⁰

Ecuador, como país, no ha logrado identificar estudios respecto al tema, sin embargo, a nivel local se cuenta con un estudio realizado por Cajamarca M, en la Unidad Educativa Octavio Cordero Palacios en el año 2016, donde la autora afirma que sus resultados reflejan “un bajo nivel de incidencia de *sexting* en los adolescentes”, pero que sí se logró determinar conductas de riesgo entre los participantes mismos que manifestaron mantener contacto con personas desconocidas a nivel online y que en el caso de enviar fotos, videos u otros, los principales destinatarios serían sus parejas sentimentales o la persona por quien se manifieste un gusto especial y que el aparato principal de comunicación sería un teléfono móvil inteligente.

En el estudio de Alonso P, España, 2017 sobre “Evaluación del fenómeno del *sexting* y de los Riesgos Emergentes de la Red en adolescentes de la provincia de Ourense” el rango de edad de la población estuvo entre los 12 a 21 años con un promedio de edad de 15,63 años, el 51,1 % pertenecía al sexo femenino, el nivel educativo fue de 32,9 % para el bachillerato y el 50,8 % de la población vivía en el área urbana. De la misma forma, Gámez-Guadix M, De Santisteban P, Resett S, España, 2016, en su investigación sobre “*sexting* entre adolescentes españoles: prevalencia y asociación con variables de personalidad” trabajaron con jóvenes cuyos rangos de edad estuvieron entre 12 y 17 años, una media de 14,06, el 49,9 % fueron mujeres, 37,6 % correspondían al bachillerato y todos pertenecían al área urbana. A nivel local, Cajamarca M, Cuenca, 2016, en su investigación titulada “Identificación de los niveles de *sexting* entre adolescentes” trabajó con jóvenes de entre 14 a 19 años, la media de edad fue de 16,1 años, en este caso el 53 % correspondían al sexo masculino, 78,6 % estudiaba en bachillerato y el 57,8 % pertenecían al área urbana. Nuestro estudio, al igual que los citados, se enfocó en la población adolescente con la diferencia de que nosotros abarcamos las tres etapas de la adolescencia, por ello nuestro rango de edad fue de 10 a 19 años, la edad promedio fue de 15,86 años, la población se caracterizó por ser mayormente del sexo femenino con un 67,9 %, el 69,4 % de los participantes pertenecían al área urbana y el 86,2 % se encontraban cursando el bachillerato, discrepando únicamente en cuanto al sexo según lo encontrado por Miriam Cajamarca.¹⁰

Sobre los resultados obtenidos en cuanto a la frecuencia y tipo de *sexting* entre los adolescentes pertenecientes a la institución en un estudio a través de una encuesta que involucró preguntas cerradas sobre la recepción de mensajes con contenido sexual o erótico y una escala de tipo Likert para indagar respecto al envío de estos contenidos, nuestros resultados muestran que la práctica general de *sexting* se sitúa en un 63,1 %, y que de entre ellos el 58,2 % practicaba *sexting* pasivo frente a un 20,5 % que practicó *sexting* activo. Estos resultados difieren de los encontrados en la investigación de Alonso P, España, 2017, donde la frecuencia general de *sexting* se situó en un 59,5 %, teniendo un 45,5 % de *sexting* pasivo y un 30,6 % de *sexting* activo, resultando ser la práctica general de *sexting* y de *sexting*

pasivo inferior a la encontrada en nuestra investigación, pero con una tendencia mucho mayor a la práctica de *sexting* activo.

En este mismo ámbito, en el trabajo bibliográfico sobre el *sexting* entre adolescentes españoles de Gámez-Guadix M, De Santisteban P, Resett S, España, 2016, se encontró una prevalencia general de *sexting* del 13,5 %, estudio en el cual además se determinó que dicha práctica tiende a incrementarse de forma directa a medida que aumenta la edad, pues a los 12 años la frecuencia de *sexting* se encontraba en 3,4 % y esta ascendió al 36,1 % a los 17 años, de la misma forma una investigación realizada en 20 países de Europa durante el año 2014 por Baumgartner S, determinó que la frecuencia de *sexting* para ese tiempo en el viejo continente oscilaba entre 1 a 5 % de la población adolescente, mientras que para el 2016 Villacampa C en su estudio titulado “*sexting*: prevalencia, características personales y conductuales y efectos en una muestra de adolescentes en España” demostró el enorme auge y popularidad que este fenómeno alcanzaba con los años al obtener un resultado de *sexting* general del 35 %, con una práctica de *sexting* pasivo del 28,6 % y un 8,2 % para el *sexting* activo, concordando además con Gámez-Guadix M y colaboradores sobre la relación directa existente entre la práctica de *sexting* y el incremento de la edad. En Estados Unidos, en cambio, Rice E y colaboradores encontraron para el 2014 una presencia de 20 % de *sexting* pasivo y 5 % de *sexting* activo entre los adolescentes, con una frecuencia general oscilante entre 2 y 54 % para todo el país. Finalmente, en Latinoamérica se cuenta con datos respecto a México en donde el Instituto Nacional de Transparencia (INAI) manifiesta una frecuencia de *sexting* pasivo del 36,7 % y *sexting* activo del 10,2 %. Dicho esto, podemos afirmar con certeza que los resultados obtenidos en nuestro estudio no se encuentran lejos de una realidad que ha sido al menos demostrada y estudiada a fondo en España, y datos a los que se suman también los obtenidos en Estados Unidos y México demostrando entonces la enorme fama que esta tendencia está ganando entre los jóvenes.^{10,16,17,21-23}

Sobre la caracterización del *sexting*, Fleschler *et al*, España, 2013, manifiesta que los adolescentes entre 14 a 16 años son los que más practican *sexting*, datos que concuerdan con los mencionados por Alonso P, en su investigación en España durante el 2017 y que son similares a nuestros resultados pues en la población estudiada hemos encontrado que el grupo adolescente más vinculado con este fenómeno fue el de la adolescencia media (14 a 16 años) con un 50,9 %. Respecto al sexo, Alonso P, identificó al sexo masculino como el más “sexter”, lo que difiere de nuestros resultados pues el 62,7 % fueron del sexo femenino. Para Villacampa C, quien realizó un estudio respecto al tema en la ciudad de Cataluña, durante el 2016, el sexo no muestra diferencias significativas, pues en sus resultados la participación femenina en *sexting* fue del 52 % frente a un 47 % para el sexo opuesto, y manifiesta incluso que no es el sexo el factor determinante para la práctica de este

fenómeno sino más bien la edad. En cuanto a la localidad Fleschler *et al*, Alonso P y Villacampa C concuerdan que es el área urbana quien muestra la mayor frecuencia de sexting con un 54,5 %, 60,3 % y 58,7 % respectivamente, datos que coinciden con los encontrados en este estudio pues el 68,6 % de jóvenes involucrados a esta tendencia manifestaron residir en el área urbana.¹⁶

En este trabajo de investigación hemos mencionado a su vez una tipificación de sexting en dos subgrupos, sexting pasivo y activo. Para el sexting pasivo hemos encontrado que el principal tipo de contenido visto o recibido por los adolescentes fueron las fotos en un 77,6 %, seguido de los mensajes de texto con el 48,7 %, resultados que difieren de los encontrados por Gámex Guadix, *et al*, España 2015, en donde el principal tipo de contenido fueron los mensajes de texto con el 58,3 %, seguido de las fotos en un 27,8 %. Respecto al principal medio usado en la práctica de este fenómeno, nuestros datos revelan que Facebook es el medio más usado 78,8 % seguido de WhatsApp con un 53,2 %, resultados que difieren de los encontrados por Van Outsyl J *et al*, Bulgaria, 2017 en su investigación sobre percepciones, motivos y consecuencias de las prácticas de sexting, donde Snapchat destaca como el medio más frecuente con un 65,2 %. En cambio, en Cataluña Villacampa C, encontró que, en el 2016, la plataforma más usada para la práctica de esta tendencia fue WhatsApp con un 98 %, seguida de Facebook en un 84 %, resultados que también se diferencian con los nuestros y cuya variación probablemente dependa del nivel de popularidad que las distintas redes sociales han alcanzado en los diferentes países.^{12, 15, 16}

Sobre sexting activo, voluntariedad y consecuencias de su práctica, son pocos los estudios realizados y datos encontrados; pese a ello en la investigación citada ya con anterioridad, Alonso P expone que en el caso del sexting activo el 30,6 % de jóvenes españoles manifestaron que al menos alguna vez han enviado fotos y/o videos de sí mismos con contenidos sexualmente sugerentes, mientras que un 48,5 % en cambio afirmó enviar mensajes de texto sexualmente sugerente usando un teléfono móvil, resultados que difieren con los encontrados en la investigación propuesta en la que un 21,8 % admitió que al menos alguna vez practicó el envío de una foto y/o video de sí mismo en ropa interior mediante un teléfono móvil y el 41,8 % admitió el envío de un mensaje de texto con proposiciones sobre actividad sexual usando un teléfono móvil, además nos interesamos en averiguar a su vez si el envío de estos contenidos se lo hizo de manera voluntaria o no, pues en el estudio referente ya mencionado se obtuvo que el 37,9 % de los jóvenes se vieron obligados a enviar contenidos de estas características, en nuestra investigación el resultado fue menor pues solo el 18,2 % se sintieron obligados, resulta preocupante saber que los jóvenes se están exponiendo a grandes peligros en contra de su voluntad, finalmente hemos concluido este estudio con la indagación respecto al padecimiento o no de consecuencias tras el envío de contenidos sexuales o eróticos encontrando que el 45,5 %

de los participantes efectivamente sufrieron consecuencias, siendo la más frecuente el *Grooming* con un 29,1 %, y que difieren de las encontradas en España, 2017, en donde 53,6 % de los jóvenes presentaron consecuencias y entre las cuales la más común resultó ser el *CiberBullying* con el 40 %, aunque las principales consecuencias encontradas en ambos estudios difieran, resulta importante destacar que ambas investigaciones encontraron datos alarmantes respecto a la práctica de este fenómeno pero sobretodo la presencia de consecuencias que lógicamente ponen en riesgo la integridad emocional, psicológica y física de los adolescentes.

5 Conclusiones y recomendaciones

Conclusiones: la prevalencia de sexting en los adolescentes de la Unidad Educativa Manuela Garaicoa de Calderón fue elevada, las dos terceras partes practicaron sexting pasivo y un tercio de ellos activo. La práctica general de sexting prevaleció en la adolescencia media, fue más frecuente en el sexo femenino, se registró mayor práctica en la residencia urbana y el bachillerato. El sexting pasivo se fundamentó en la recepción de fotos, seguido de mensajes de texto, y el medio más usado para dicha práctica fue Facebook. El sexting activo estuvo caracterizado por el envío de fotos o videos en ropa interior y de textos con proposiciones sobre actividad sexual por medio de un teléfono móvil. Esta práctica resultó ser obligada en aproximadamente un tercio de ellos, y trajo consecuencias en casi la mitad de los adolescentes siendo la principal consecuencia el *Grooming*.

Recomendaciones: resulta necesario implementar una orientación a los jóvenes respecto al manejo de estos elementos, sobre los beneficios, pero sobretodo los riesgos que implican. Además, es necesario realizar estudios similares al propuesto en otras instituciones de tal forma que se pueda tener un conocimiento más profundo del tema a nivel de ciudad, de la provincia y el país en los cuales se pueda incluso indagar las motivaciones que tienen los adolescentes para llevar a cabo esta práctica.

6 Fuente de Financiamiento

Este estudio es autofinanciado.

7 Conflicto de Intereses

No existen conflictos personales, profesionales, financiero de otro tipo.

8 Consentimiento Informado

Los autores cuentan con el consentimiento informado de los pacientes para la investigación, la publicación del caso y sus imágenes.

Referencias Bibliográficas

1. Ruiz J, Sánchez J, Trujillo J. Utilización de Internet y dependencia a teléfonos móviles en adolescentes. Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud 2016, Vol 14 (2), pp. 1357-1369. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rllcs/v14n2/v14n2a33.pdf>
2. La Red es usada para perpetrar nuevos delitos [Internet]. El Comercio. [citado 13 de octubre de 2019]. Disponible en: <https://www.elcomercio.com/actualidad/internet-sexting-pornografia-redessociales-delitos.html>
3. Homayoun A. La vida secreta de los adolescentes en las redes sociales. The New York Times [Internet]. el 14 de junio de 2017; Disponible en: <https://www.nytimes.com/es/2017/06/14/redes-adolescentes-precauciones/>
4. Las redes sociales son un arma de doble filo: Poniatowska - Grupo Milenio [Internet]. el 30 de Enero del 2015 [citado el 5 de noviembre de 2017]. Disponible en: http://www.milenio.com/cultura/redes-sociales-arma-doble-Poniatowska-honoris_causa_UCM_0_455354594.html
5. Los riesgos de Internet y las redes sociales para los niños [Internet]. guaiainfantil.com. Disponible en: <https://www.guaiainfantil.com/articulos/educacion/nuevas-tecnologias/internet-y-las-redes-sociales-riesgos-para-los-ninos/>
6. ¿A qué edad deben tener un celular los niños? [Internet]. 2015 [citado 13 de octubre de 2019]. Disponible en: <https://www.lanacion.com.ar/tecnologia/a-que-edad-los-ninos-deben-tener-un-celular-nid1819253>
7. ¿El primer móvil a los 10 años? [Internet]. La Vanguardia. 2016 [citado 13 de octubre de 2019]. Disponible en: <https://www.lavanguardia.com/tecnologia/20160523/401986500346/estudio-primer-movil-internet-ninos.html>
8. El 'sexting' se filtra en el Ecuador, advierten terapeutas familiares | Doctor Tecno | Vida y Estilo | El Universo [Internet]. [citado 13 de octubre de 2019]. Disponible en: <https://www.eluniverso.com/vida-estilo/2015/11/22/nota/5253288/sexting-se-filtra-ecuador-advierten-terapeutas-familiares>
9. Tipantuña K. Adicción a internet y sus consecuencias en adolescentes de la ciudad de Quito en el año 2013. Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Facultad de Medicina. Quito, 2013. Disponible en: <http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/5936/T-PUCE-6101.pdf>
10. Gámez-Guadix M, de Santisteban P, Resett S. Sexting among Spanish adolescents: Prevalence and personality profiles. Psicothema. febrero de 2017;(29.1):29-34.
11. 20 % de adolescentes practican «sexting» pese a riesgos [Internet]. El Comercio. [citado 13 de octubre de 2019]. Disponible en: <https://www.elcomercio.com/tendencias/adolescentes-practican-sexting-eeuu.html>
12. Lounsbury K, Mitchell K, Finkelhor D. The True Prevalence of "Sexting". Crimes Against Children Research Center. University of Hampshire. 2011.
13. West JH, Lister CE, Hall PC, Crookston BT, Snow PR, Zvietcovich ME, et al. Sexting among peruvian adolescents. BMC Public Health. diciembre de 2014;14(1):811.
14. Reyns B, Henson B, Fisher B. Digital Deviance: Low Self-Control and Opportunity as Explanations of Sexting Among College Students. Sociological Spectrum. 17 de abril de 2014;34.
15. McLaughlin, J. "Crime and Punishment: Teen Sexting in context" Penn State Law Review [Vol. 115:1] 5 de marzo del 2010.
16. Mejía-Soto G. Sexting: una modalidad cada vez más extendida de violencia sexual entre jóvenes. Perinatología y reproducción humana. diciembre de 2014;28(4):217-21.
17. Pastor EM, Gutiérrez JCS, Jiménez AG. Percepción de los riesgos en la red por los adolescentes en España: usos problemáticos y formas de control. :20.
18. King B. How Much Is Too Much? Limit Setting and Sexual Acting Out in a Digital Era. Journal of Clinical Psychology. 2012;68(11):1196-204.
19. Ringrose J, Gill R, Livingstone S, Harvey L. A qualitative study of children, young people and "sexting": a report prepared for the NSPCC [Internet]. 2012 [citado el 23 de noviembre de 2017].
20. El sexting activo entre adolescencias se asoció a una actividad más sexual [Internet]. News-Medical.net. 2014 [citado 13 de octubre de 2019]. Disponible en: <https://www.news-medical.net/news/20141008/8459/Spanish.aspx>
21. Agustina JR. ¿Menores infractores o víctimas de pornografía infantil? 2010;44.
22. Fajardo M, Gordillo M, Regalado A. Sexting: Nuevos Usos de la Tecnología y la Sexualidad en Adolescentes. International Journal of Developmental and Educational Psychology. INFAD Revista de Psicología, N°1-Vol.1, 2013 [citado el 23 de Noviembre del 2017]. pp:521-53. Disponible en: http://dehesa.unex.es/bitstream/handle/10662/958/0214-9877_2013_1_1_521.pdf?sequence=4&isAllowed=y
23. Alonso P. Evaluación del fenómeno del Sexting y de los Riesgos emergentes de la Red en adolescentes de la Provincia de Ourense. Tesis Doctoral [internet]. Universidad de Vigo, 2017. Disponible en: http://www.investigacion.biblioteca.uvigo.es/xmlui/bitstream/handle/11093/786/Evaluaci%C3%B3n_del_fen%C3%B3meno_del_sexting.pdf?sequence=1

Recibido: 9 de octubre de 2020

Aceptado: 22 de octubre de 2020



Perfil clínico y epidemiológico en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal, Cuenca - Ecuador

Clinical and epidemiological profile in patients with inflammatory intestinal disease, Cuenca - Ecuador

Luis Enrique Peralta Castro¹, Santiago Andrés Muñoz Palomeque², Gina Paola Peralta Castro³, Jeanneth Tapia Cárdenas*⁴, Edison Gustavo Moyano Brito⁴

¹ Subcentro de Salud Jesús María, Naranjal, Ecuador

² Centro de Salud Ducur, Cañar, Ecuador

³ Hospital Félix Valdivieso, Santa Isabel, Azuay, Ecuador

⁴ Universidad Católica de Cuenca, Ecuador

*janethapiac@hotmail.com

DOI: <https://doi.org/10.26871/killkanasalud.v4i4.751>

Resumen

Antecedentes: la enfermedad inflamatoria intestinal incluye tres patologías de etiología desconocida: colitis ulcerosa, enfermedad de Crohn y no clasificadas. Se caracterizan por ser crónicas y recidivantes que muestran manifestaciones intestinales y extra-intestinales. **Objetivo:** determinar el perfil clínico y epidemiológico en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal del Hospital José Carrasco Arteaga, periodo enero 2012 – abril 2019. **Materiales y Métodos:** estudio observacional, descriptivo, retrospectivo y transversal. Se revisaron 60 expedientes clínicos de pacientes diagnosticados de enfermedad inflamatoria intestinal que cumplieron los criterios de inclusión. El análisis de las variables se realizó mediante estadística descriptiva; para las variables cualitativas se aplicaron frecuencias y porcentajes y para las cuantitativas media y desviación estándar. **Resultados:** la media de edad fue 44,9 años, con rangos entre 40 a 64 años (45%), el 53,3% fueron mujeres. Respecto al tipo de enfermedades Inflamatorias intestinales, el 53,3% de pacientes fueron diagnosticados de colitis no clasificada, un 28,3% y el 18,3% tuvieron Colitis Ulcerosa y enfermedad de Crohn. En relación a la enfermedad de Crohn en el 72,7% la localización fue en el íleon terminal y en un 54,5% inflamatoria. La Colitis Ulcerosa y la Colitis Indeterminada, se diagnosticó en un 88,2% y 78,1% por ecografía, siendo el síntoma más frecuente la distensión abdominal en un 70,6% y 75%. **Conclusiones:** la colitis indeterminada fue la enfermedad inflamatoria intestinal más frecuente, seguida de la enfermedad de la colitis ulcerosa y la enfermedad de Crohn y, la mayoría de pacientes fueron mujeres con rangos de edad entre 40 a 64 años.

Palabras clave: colitis ulcerosa, enfermedad de Crohn, enfermedades inflamatorias del intestino, epidemiología, inflamación.

Abstract

Background: inflammatory bowel disease includes three pathologies of unknown etiology: ulcerative colitis, Crohn's disease, and unclassified. They are characterized by being chronic and recurrent, showing intestinal and extra-intestinal manifestations. **Objective:** to determine the clinical and epidemiological profile in patients with inflammatory bowel disease at the José Carrasco Arteaga Hospital, period January 2012 - April 2019. **Materials and Methods:** observational, descriptive, retrospective and cross-sectional study. Sixty medical records of patients diagnosed with inflammatory bowel disease who met the inclusion criteria were reviewed. The analysis of the variables was carried out using descriptive statistics; frequencies and percentages were applied for qualitative variables and mean and standard deviation for quantitative variables. **Results:** the mean age was 44.9 years, with ranges between 40 to 64 years (45%), 53.3% were women. Regarding the type of inflammatory bowel diseases, 53.3% of patients were diagnosed with unclassified colitis, 28.3% and 18.3% had Ulcerative Colitis and Crohn's disease. In relation to Crohn's disease in 72.7% the location was in the terminal ileum and in 54.5% inflammatory. Ulcerative Colitis and Indeterminate Colitis were diagnosed in 88.2% and 78.1% by ultrasound, the most frequent symptom being abdominal distention in 70.6% and 75%. **Conclusions:** indeterminate colitis was the most frequent inflammatory bowel disease, followed by ulcerative colitis disease and Crohn's disease, and the majority of patients were women with age ranges between 40 to 64 years.

Keywords: ulcerative colitis, Crohn's disease, inflammatory bowel diseases, epidemiology, inflammation.

1 Introducción

La enfermedad inflamatoria intestinal (EII), es una entidad clínica que incluye la colitis ulcerosa (CU), la enfermedad de Crohn (EC) y la colitis no clasificada, siendo considerados como trastornos con evolución crónica y períodos de remisión y recidivas, con lesiones a nivel intestinal de extensión y profundidad variable.^{1,2} Se desconoce la etiología de las patologías que comprenden la EII, pero se ha postulado como una enfermedad multifactorial debida a factores genéticos, inmunológicos y ambientales que resultan involucrados en su desarrollo.²

La incidencia en Europa Occidental y Estados Unidos se encuentra entre los 150 y 550 casos por cada 100.000 habitantes, situándose entre 6 y 8 casos nuevos por cada 100.000 habitantes anualmente. Los países europeos donde se diagnostican con mayor frecuencia son: Alemania, Reino Unido, Italia y España. Por su parte en Estados Unidos y Canadá estas enfermedades se han incrementado en un 2.8%.³ Por otro lado, respecto a la CU, anualmente se diagnostican 7 casos nuevos por cada 100.000 habitantes, siendo mayor la incidencia entre la segunda y cuarta décadas de la vida, con un segundo pico entre los 50 a 70 años.¹ Se estima, además, que el crecimiento proyectado a nivel mundial hasta el 2021 será de alrededor de 2.9% de casos, lo que equivale a casi 3 millones y medio de casos diagnosticados; a la vez que, en lo que respecta a la CU, se estima aumente su incidencia de manera paulatina en los próximos años.⁴

En general la tasa de mortalidad de la EII es reducida comparada con otras patologías; expertos atribuyen que la tasa de mortalidad de la EC entre 1 a 200 personas que la padecen y porcentajes prácticamente nulos para la CU; no obstante, estas cifras son difíciles de cuantificar debido a que en mayor parte de los casos la muerte de los pacientes se asocian a complicaciones de la EII como: cáncer, cardiovasculares, respiratorias, infecciones, entre otros.³

En nuestro país, aunque se han planteado esfuerzos para mejorar la calidad de atención en salud, se dispone de escasa información epidemiológica de la EII, por ello hemos planteado esta investigación, enfocada en determinar el perfil clínico y epidemiológico de pacientes con EII del Hospital José Carrasco Arteaga en el período enero 2012 – abril 2019, ya que estas patologías ameritan un abordaje multidisciplinario sustentado en datos actualizados de nuestro medio.

2 Marco teórico

La enfermedad inflamatoria intestinal (EII) es un término que se ha empleado para representar un sin número de enfermedades crónicas idiopáticas⁵⁻⁷ con curso recurrente y de causa desconocida,⁸ que atacan de manera directa el tubo digestivo y que se caracterizan por la aparición de inflamación⁹⁻¹¹ y en muchos de los casos, pueden comprometer otros órganos¹² manifestándose a través síntomas y signos gastrointestinales y extraintestinales.^{13,14} La EII

abarca afecciones de tipo intestinal y digestivo como la Colitis Ulcerosa (CU), la Enfermedad de Crohn (EC) y la Colitis indeterminada o inclasificable (CI),^{2,10,13,15} englobando la presentación clínica de dichas patologías características similares en todo lo que se refiere a síntomas, manifestaciones de la enfermedad, resultados del tratamiento, trastornos, agravamiento de la enfermedad que puede causar severos cuadros de desnutrición a consecuencia de la dificultad que tiene para asimilar los alimentos o por repercusión del cambio de dieta.¹⁶

Etiológicamente se desconocen las causas exactas que provoquen la EII,^{10,15-17} aunque se presume que su origen y evolución involucra una desestabilización en la inmunología intestinal,¹¹ que la originan ciertos factores ambientales, hereditarios e inmunes que ponen en riesgo la vida de personas especialmente las que se encuentran genéticamente vulnerables.^{4,18}

Según Gassull *et al.*, la CU es una afección confusa de lenta evolución que perjudica al intestino grueso hasta el recto,¹³ extendiéndose en muchas ocasiones hasta la base del ciego, y que afecta esencialmente la mucosa del colon;⁹ caracterizada por expedir una infiltración de linfocitos que van extendiéndose de forma duradera atravesando la mucosa del tracto digestivo y provocando una deformación del aspecto interno del colon por la formación de micro abscesos, así como de una infiltración inflamatoria en la lámina propia, ocasionado en el individuo eventos diarreicos con sangre y la expulsión de mucosidad.¹⁹ La mayoría de los individuos corresponde a edades entre 20 y 40 años, seguidos de aquellas personas que superan los 60 años.^{20,21} Se la puede clasificar en leve (enrojecimiento perianal y la presencia de un proceso de angiogenia), moderada (llagas no tan grandes y fluido escaso por la alteración que refiere a la permeabilidad con posibles sangrados), y severa (grandes ulceraciones abiertas de líquido infiltrado de los vasos sanguíneos, además de mucosa que permiten la formación de lesiones elevadas).^{10,22} Según su extensión se clasifica en proctitis (afectación de recto), proctosigmoiditis (recto y sigma), colitis izquierda (hasta el primer ángulo del colon, llamado ángulo esplénico), colitis extensa (hasta el segundo ángulo, llamado hepático) o pancolitis (afectación de todo el colon).^{23,24} El tipo de clasificación más utilizado y aceptado en la actualidad para diagnosticar la colitis ulcerosa es la de Montreal la misma que agrupa a los pacientes por distensión y por su perfil clínico.²⁵

Las principales técnicas de detección de la CU son la endoscopia y la radiología,²⁶ aunque en el tipo severo debe evitarse para su diagnóstico la colonoscopia por el peligro de causar alguna perforación, por lo que se recomienda realizar sigmoidoscopia y proceder a una biopsia, además de excluir una propagación de citomegalovirus.¹⁰

El tratamiento en la actualidad se basa en moduladores de la inflamación como mesalazina o ácido 5-aminosalicílico, esteroides e inmunosupresores.¹⁹ También se utilizan antibióticos en casos de infección.²

La EC es una enfermedad inflamatoria intestinal que afecta todo el espesor o las capas de las paredes del intestino ya sea en uno o varios tramos extendiéndose desde la boca hasta el ano,²⁷ en la trayectoria del tubo digestivo pueden encontrarse partes sanas y de estructura irregular;^{11,13} frecuentemente su afección suele ser en el intestino delgado en la parte inferior, sobre todo el íleon terminal y colon proximal.^{6,7} Se caracteriza por lesiones crónicas discontinuadas, de aspecto profundo y lineal que afecta el tracto digestivo por tramos,¹⁶ presentando lesiones ulcerosas severas, fisuras con infiltrado inflamatorio inespecífico y protuberancias nodulillares no degenerativas en la mucosa y submucosa.¹⁹ Denota una evolución lenta y en algunos individuos se presentan largos lapsos de remisión en los que no refieren ningún síntoma.²⁸

Esta patología compromete una serie de signos o síntomas con episodios periódicos tales como episodios diarreicos continuos y agudos, fuertes calambres abdominales, dificultad en el tránsito intestinal,²⁶ pérdida de sangre por medio del ano ya sea sola o entre las heces, espasmos, distensión abdominal, eventos diarreicos periódicos, tenesmo rectal, lesiones o ulceraciones a nivel anogenital; además de otras complicaciones como pérdida de peso involuntario, llagas en la boca, lesiones en la piel, problemas de vista, en articulaciones y a nivel hepático.²⁹ Así mismo, las molestias dependerán del tramo del tubo digestivo donde se encuentre la afección.¹⁰ Las recomendaciones rutinarias para el diagnóstico de la EC y conforme a la necesidad de cada paciente y condiciones clínicas que presente, es necesario que se realicen pruebas como examen físico, pruebas de laboratorio, colonoscopia, ecografía abdominal, radiografía, biopsia y/o cápsula endoscópica.²

Cuando no se puede establecer un diagnóstico decisivo del grupo de las EII surge la creación de la terminología colitis indeterminada (CI) que corresponde del 8 al 10 % de casos. Ésta afección se radica en el colon solamente y con una valoración clínica y otros análisis como endoscopías e histologías se puede establecer si su diagnóstico es referido como una CU o como la EC y al no corresponder a ninguna de ellas se tendrían que instaurar nuevos procesos de análisis para precisar sus causas.²⁶ Aunque la CI es poco común y existen casos con una incidencia mínima, ésta tiene manifestaciones extraintestinales, predominando las alteraciones articulares, tales como la artritis colítica o espondilitis anquilosante (16 al 26 %); además de lesiones en las membranas epidérmicas como eritema nudoso y pioderma gangrenoso (5 %), manifestaciones oculares como la conjuntivitis, uveítis y epiescleritis (4 %); y hepatobiliares como la pericolangitis, colangitis esclerosante y afecciones pulmonares.³⁰

3 Metodología

Estudio observacional, descriptivo, transversal, retrospectivo, llevado a cabo en pacientes con diagnóstico de enfermedad inflamatoria intestinal, realizado en el Hospital José Carrasco Arteaga perteneciente al Instituto Ecuato-

riano de Seguridad Social en la ciudad de Cuenca-Ecuador. El universo y muestra de estudio estuvo conformado por todos los expedientes clínicos de pacientes diagnosticados de enfermedad inflamatoria intestinal durante el periodo enero 2014 - abril 2019. La información fue recogida por medio de un formulario de recolección de datos que incluyó varias secciones, correspondiendo la primera a variables sociodemográficas, y la segunda a información sobre enfermedad inflamatoria intestinal. Para el manejo, la presentación y el análisis de los datos se utilizaron los programas: Excel perteneciente al paquete informático de Microsoft Office 2016, y Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) v15.0. El análisis se realizó en base a estadística descriptiva.

Tabla 1: Distribución según características sociodemográficas de los pacientes con EII en el Hospital José Carrasco Arteaga durante el periodo enero del 2012 -abril 2019

	Frecuencia	Porcentaje %
Edad *		
<19 años	2	3,3 %
20 a 39 años	22	36,7 %
40 a 64 años	27	45 %
≥ 65	9	15 %
Total	60	100 %
Sexo		
Hombre	28	46,7 %
Mujer	32	53,3 %
Total	60	100 %
Residencia		
Urbana	54	90 %
Rural	6	10 %
Total	60	100 %
Etnia		
Mestizo	60	100 %
Total	60	100 %

*Media: 44.9 Desviación estándar ± 16.39

Se revisaron 60 expedientes clínicos de pacientes con diagnóstico de EII y en cuanto a características sociodemográficas encontramos que el 45 % de pacientes con EII tuvieron rangos de edad entre 40 a 64 años, seguidos de personas entre 20 a 39 años con el 36,7 %, un 15 % >65 años y un 3,3 % <de 19 años; siendo la edad promedio de 44,9 años y una DS de ±16,39 años indicando una moderada dispersión de las edades. En cuanto al sexo, predominaron las mujeres con el 53,3 %, a la vez que predominó la residencia en áreas urbanas en un 90 % y la etnia mestiza en su totalidad con el 100 % (tabla 1).

Tabla 2: Distribución según tipo de EII de los pacientes atendidos en el Hospital José Carrasco Arteaga durante el periodo enero del 2012 -abril 2019

	Frecuencia	Porcentaje %
Tipo Enfermedad Inflamatoria Intestinal		
Enfermedad de Crohn	11	18,3 %
Colitis Ulcerosa	17	28,3 %
Colitis no clasificada	32	53,3 %
Total	60	100 %

En lo que respecta al tipo de EII encontramos que el 53,3 % de pacientes fueron encasillados bajo el diagnóstico de CI, seguida de CU en un 28,3 % de los casos y el 18,3 % de personas fueron diagnosticados de EC (tabla 2).

Tabla 3: Clasificación Montreal e Índice de Harvey-Bradshaw en los pacientes con EC, atendidos en el Hospital José Carrasco Arteaga durante el periodo enero del 2012 - abril 2019

	Frecuencia	Porcentaje %
Edad diagnóstico		
17 a 40 años	3	27,3 %
>40 años	8	72,7 %
Total	11	100 %
Localización		
L1: Íleon terminal	5	45,5 %
L2: Colon	2	18,2 %
L3: Ileocólica	4	36,4 %
Total	11	100 %
Patrón clínico		
B1: Inflamatorio	6	54,5 %
B1p: inflamatorio con infección perianal asociada	5	45,5 %
Total	11	100 %
Índice Harvey Bradshaw: media 3,73 DS \pm 0,78		

En relación con la EC, de acuerdo con la clasificación de Montreal en los 11 pacientes con esta patología, observamos que en un 72,7 % de personas la edad de diagnóstico se presentó sobre los 40 años; predominando la localización en el íleon terminal en un 45,5 %, seguido por la ileocólica en un 36,4 % y el colon en un 18,2 %; en cuanto al patrón clínico un 54,5 % fue categorizado B1 o inflamatorio, así como un 45,5 % B1p o inflamatorio con infección perianal asociada. Según el Índice Harvey Bradshaw, los 11 pacientes presentaron un rango inferior a 5, lo que correspondió a un estado inactivo de la EC, con una media de 3,73 y una DS de \pm 0,78 (tabla 3).

Tabla 4: Distribución según síntomas referidos por los pacientes con diagnóstico de CU y CI, atendidos en el Hospital José Carrasco Arteaga durante el período enero del 2012 -abril 2019

	Colitis Ulcerosa (n=17)		Colitis Indeterminada (n=32)	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Diarrea				
Sí	7	41,2 %	9	28,1 %
No	10	58,8 %	23	71,9 %
Total	17	100 %	32	100 %
Rectorragia				
Sí	3	17,6 %	9	28,1 %
No	14	82,4 %	23	71,9 %
Total	17	100 %	32	100 %
Dolor abdominal				
Sí	12	70,6 %	1	3,1 %
No	5	29,4 %	31	96,9 %
Total	17	100 %	32	100 %
Distensión Abdominal				
Sí	7	41,2 %	24	75 %
No	10	58,8 %	8	25 %
Total	17	100 %	32	100 %
Pujo				
Sí	1	5,9 %	3	9,4 %
No	16	94,1 %	29	90,6 %
Total	17	100 %	32	100 %
Tenesmo				
Sí	1	5,9 %	-	-
No	16	94,1 %	-	-
Total	17	100 %	-	-
Estreñimiento				
Sí	2	11,8 %	-	-
No	15	88,2 %	-	-
Total	17	100 %	-	-

Por su parte, los síntomas que con mayor frecuencia refirieron los pacientes con CU fueron dolor abdominal en el 70,6 %, distensión abdominal y la diarrea en un 41,2 % para cada uno, rectorragia en un 17,6 %, estreñimiento en un 11,8 %, y pujo y tenesmo en un 5,9 % cada síntoma. Por último, la mayoría de pacientes con CI presentaron distensión abdominal en un 75 % de los casos, un 28,1 % presentaron diarrea y rectorragia, y en menor frecuencia refirieron pujo y tenesmo con el 9,4 % y el 3,1 % respectivamente (tabla 4).

Tabla 5: Estudios diagnósticos aplicados a los pacientes con EII atendidos en el Hospital José Carrasco Arteaga durante el periodo enero del 2012 -abril 2019

	Enfermedad de Crohn (n=11)		Colitis Ulcerosa (n=17)		Colitis Indeterminada (n=32)	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Radiografía						
Sí	4	36,4 %	2	11,8 %	4	12,5 %
No	7	63,6 %	15	88,2 %	28	87,5 %
Total	11	100 %	17	100 %	32	100 %
Ecografía						
Sí	5	45,5 %	5	29,4 %	25	78,1 %
No	6	54,5 %	12	70,6 %	7	21,9 %
Total	11	100 %	17	100 %	32	100 %

Tabla 5: Estudios diagnósticos aplicados a los pacientes con EII atendidos en el Hospital José Carrasco Arteaga durante el periodo enero del 2012 -abril 2019. ... (continuación)

	Enfermedad de Crohn (n=11)		Colitis Ulcerosa (n=17)		Colitis Indeterminada (n=32)	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Tomografía *						
Sí	1	9,1 %	2	11,8 %	2	6,3 %
No	10	90,9 %	15	88,2 %	30	93,7 %
Total	11	100 %	17	100 %	32	100 %
Biopsia						
Sí	6	54,5 %	2	11,8 %	3	9,4 %
No	5	45,5 %	15	88,2 %	29	90,6 %
Total	11	100 %	17	100 %	32	100 %
Endoscopia **						
Sí	5	45,5 %	15	88,2 %	16	50 %
No	6	54,5 %	2	11,8 %	16	50 %
Total	11	100 %	17	100 %	32	100 %
Biometría						
Sí	-	-	5	29,4 %	-	-
No	-	-	12	70,6 %	-	-
Total	-	-	17	100 %	-	-

*Tomografía y Resonancia Magnética

**Endoscopia digestiva alta

Los métodos diagnósticos utilizados en la EC fueron la biopsia en un 54,5 %, seguido en un 45,5 % por la ecografía y la endoscopia, en un 36,4 % por la radiografía, y la tomografía con una frecuencia del 9,1 %; mientras que para el diagnóstico se utilizaron con mayor frecuencia exámenes complementarios como la endoscopia en un 88,2 %, ecografía y biometría en el 29,4 %; a la vez que un 11,8 %

de pacientes se realizaron simultáneamente tomografía, biopsia y radiografía. Los estudios diagnósticos aplicados a los pacientes con CI fueron en un 78,1 % ecografía, a un 50 % endoscopia alta, a un 12,5 % radiografía; y en menor frecuencia se realizaron biopsia en el 9,4 % y otros estudios como tomografía y resonancia magnética en el 6,3 % de los casos (tabla 5).

Tabla 6: Manejo terapéutico de los pacientes con EII atendidos en el Hospital José Carrasco Arteaga durante el periodo enero del 2012 -abril 2019

	Enfermedad de Crohn (n=11)		Colitis Ulcerosa (n=17)		Colitis Indeterminada (n=32)	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Cirugía						
Sí	-	-	-	-	2	6,3 %
No	-	-	-	-	30	93,8 %
Total	-	-	-	-	32	100 %
Protectores gástricos						
Sí	-	-	-	-	20	62,5 %
No	-	-	-	-	12	37,5 %
Total	-	-	-	-	32	100 %
Analgésicos antiesteroideos						
Sí	-	-	-	-	4	12,5 %
No	-	-	-	-	29	87,5 %
Total	-	-	-	-	32	100 %
Cirugía						
Sí	1	9,1 %	5	29,4 %	-	-
No	10	90,9 %	12	70,6 %	-	-
Total	11	100 %	17	100 %	-	-
Corticoides						
Sí 9	81,8 %	-	-	-	-	-
No 2 18,2 %	-	-	-	-	-	-
Total	11	100 %	-	-	-	-

Tabla 6: Manejo terapéutico de los pacientes con EII atendidos en el Hospital José Carrasco Arteaga durante el periodo enero del 2012 -abril 2019... (continuación)

	Enfermedad de Crohn (n=11)		Colitis Ulcerosa (n=17)		Colitis Indeterminada (n=32)	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Inmunomoduladores						
Sí	4	36,4 %	-	-	-	-
No	7	63,6 %	-	-	-	-
Total	11	100 %	-	-	-	-
Biológicos						
Sí	2	18,2 %	-	-	-	-
No	9	81,8 %	-	-	-	-
Total	11	100 %	-	-	-	-
Dilatación endoscópica anorectal						
Sí	-	-	3	17,6 %	-	-
No	-	-	14	82,4 %	-	-
Total	-	-	17	100 %	-	-
Otros *						
Sí	2	18,2 %	7	41,2 %	4	12,5 %
No	9	81,8 %	10	58,8 %	29	87,5 %
Total	11	100 %	17	100 %	32	100 %

* Antibiótico-benzodiacepinas

** Corticoides-antiespasmódicos-protectores gástricos

*** Laxantes-dilatación endoscópica-antiespasmódicos

A la vez que, en relación al manejo terapéutico, se observó que un 81,8 % de pacientes diagnosticados de EC fueron tratados en base a corticoides, el 36,4 % con inmunomoduladores, el 18,2 % por biológicos, un 9,1 % por cirugía y el 18,2 % con otros medicamentos como antibióticos y benzodiacepinas. Respecto al tratamiento recibido por los pacientes con CU pudimos observar que en el 41,2 % de personas se prescribieron diversos tipos de medicamentos como corticoides, antiespasmódicos y protectores gástri-

cos; un 29,3 % fueron sometidos a cirugía y al 17,6 % les realizaron dilatación endoscópica anorectal. Por su parte, en cuanto al manejo, al 62,5 % de los pacientes con CI se les prescribieron protectores gástricos y al 12,5 % analgésicos antiesteroideos. Además, un 12,5 % de los participantes recibieron tratamiento en base a laxantes, antiespasmódicos y dilatación endoscópica anorectal y finalmente un 6,3 % requirieron cirugía (tabla 6).

Tabla 7: Distribución según complicaciones extraintestinales de los pacientes con EII, atendidos en el Hospital José Carrasco Arteaga durante el enero del 2012 -abril 2019

	Enfermedad de Crohn (n=11)		Colitis Ulcerosa (n=17)		Colitis Indeterminada (n=32)	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Hepatobiliares						
Sí	1	9,1 %	2	11,8 %	1	3,1 %
No	10	90,9 %	15	88,2 %	31	96,9 %
Total	11	100 %	17	100 %	32	100 %
Enfermedad tromboembólica venosa						
Sí	2	18,2 %	3	17,6 %	3	9,7 %
No	9	81,8 %	14	82,4 %	29	90,3 %
Total	11	100 %	17	100 %	32	100 %
Articulares						
Sí	2	18,2 %	1	5,9 %	1	3,1 %
No	9	81,8 %	16	94,1 %	31	96,9 %
Total	11	100 %	17	100 %	32	100 %

En referencia a las complicaciones extraintestinales de los pacientes con EC, el 18,2 % presentaron patologías articulares y enfermedad tromboembólica cada una; y un 9,1 % enfermedades hepatobiliares concomitantes. Siendo las complicaciones extraintestinales en el 17,6 % de los casos enfermedad tromboembólica, en el 11,9 % complica-

ciones hepatobiliares y en el 5,9 % complicaciones articulares. Finalmente, según las complicaciones extraintestinales de la CI, el 9,7 % de pacientes fueron diagnosticados de enfermedad tromboembólica y un 3,1 % de alteraciones hepatobiliares y articulares (tabla 7).

4 Discusión

Este estudio representa una descripción de la situación epidemiológica actual de los pacientes con EII en nuestro medio, experiencia que es similar a otros centros hospitalarios a nivel mundial y regional. En nuestra investigación se revisaron 60 expedientes clínicos de pacientes con diagnóstico de EII, siendo la mayoría de los pacientes diagnosticados con dicha patología mujeres con rangos de edad entre 40 a 64 años, mestizas y residentes en áreas urbanas; resultados que concuerdan con las conclusiones de Bendaño y Frisanch, en Perú en el 2010, quienes revelaron que el 58,8 % de pacientes la edad de diagnóstico se presentó sobre los 40 años.²⁸ En la misma línea, Vera y cols., en Perú, en su estudio que incluyó 43 pacientes con EII, evidenciaron que el promedio de edad al momento del diagnóstico fue 45 años, de sexo predominante femenino en un 62,8 %.²⁰ No obstante, Simian y cols., en Chile en el 2014, difieren a lo expuesto en nuestra investigación, ya que ellos encontraron que pico en el diagnóstico de CU y EC entre los 20 y los 39 años de edad, sin diferencias en cuanto al sexo.³¹

Respecto a las afecciones relacionadas con la EII, en nuestra serie encontramos que el 53,3 % de pacientes fueron encasillados bajo el diagnóstico de CI, el 28,3 % CU y un 18,3 % EC; frente a lo cual, estudios como los realizados por Reyes y cols., en Colombia 2018, reportaron que 75,8 % de los casos correspondieron a CU y el 24,2 % a EC.¹² Por su parte, Pérez y cols., concluyeron que el 33 % de los casos correspondieron a la enfermedad de CU y un 17 % a EC.²⁹

La localización anatómica de compromiso de la EC más frecuente en nuestro estudio fue el íleon terminal en un 45,5 % de los casos y la categorización según la escala de Montreal fue en estadio B1 o inflamatorio en un 54,5 %; mientras que Reyes y cols., en Colombia 2018, concluyeron que comúnmente el compromiso fue ileocolónico en un 52,5 %, inflamatorio, estenosante y fistulizante en el 60 %, y además revelaron que el 20,8 % presentaban un estadio E3 de pancolitis en un 46,4 % E3.¹² A su vez, Bendaño y Frisanch, en Perú, identificaron que el 47 % se ubicaron en la zona ileocolónica y el patrón clínico un 53 % fue categorizado como perianal.²⁸ Paredes y cols., evidenciaron que la localización más común fue ileocolónica en un 54,2 %.⁵

En cuanto a la sintomatología, la mayoría de pacientes fueron diagnosticados por la ocurrencia de sus síntomas en la EC luego de los 40 años de edad, y en los que presentaron CU, el dolor abdominal se presentó en el 70,6 % de los casos, mientras que en la CI se repitió el mismo síntoma en un 75 % de los pacientes; cifras que discrepan con investigaciones como Bendaño y Frisanch, quienes concluyeron que el dolor abdominal presentó una frecuencia del 88,2 % seguido por diarrea con un 76,5 %;²⁸ y Hano y cols., en Cuba en el año 2016, quienes mostraron que aquellos pacientes que padecían de CU presentaron un 33 % diarrea y el 25 % sangrado rectal.⁸

Cabe mencionar que, en cuanto al diagnóstico de las EII, en la EC se utilizó la biopsia en un 54,5 % y la ecografía en un 45,5 %, en la CU la endoscopia en un 88,2 % y en la CI la ecografía en el 78,1 % de los casos. Al respecto de ello, Simian y cols., en Chile en el año 2014 observaron que el diagnóstico de las EII fue confirmado por histología e imágenes.³¹

Las manifestaciones extraintestinales de la EII en mayor frecuencia fueron la enfermedad tromboembólica con el 18,2 % en la EC, un 17,6 % para la CU y el 9,7 % para la CI. Estas cifras disienten a las presentadas por autores como Bendaño y Frisanch, quienes concluyeron que las lesiones dermatológicas fueron las alteraciones más comunes en los pacientes con EC en un 29,4 %.²⁸ A su vez, Hano y cols., identificaron que los casos diagnosticados con CU, las patologías auriculares se presentaron en un 27,3 % de los pacientes.⁸

En cuanto al manejo terapéutico, en 81,8 % y el 41,2 % de pacientes diagnosticados de EC y CU fueron tratados en base a corticoides respectivamente; por su parte a los pacientes con CI se les prescribieron protectores gástricos en un 62,5 % de los casos. Similares resultados se aprecian en una investigación de Reyes y cols., en Colombia 2018, donde el tratamiento de la EC a base de corticoides e inmunomoduladores y biológicos se aplicó en el 35 % de los casos para cada uno; y respecto a la CU en el 83,2 % de pacientes recibieron amino salicilatos.¹²

En conclusión, en este estudio hay un predominio de la CI, la cual tuvo un comportamiento relativamente benigno; sin embargo, consideramos que sin duda se seguirán diagnosticando casos de EC y/o CU, por varias razones, tales como el hecho de que probablemente estos casos son referidos tardíamente, o en su defecto porque resulta necesaria una gran batería de exámenes diagnósticos que logren identificar el comportamiento de la EII, esto en virtud a que su cuadro clínico suele ser confuso en la práctica médica diaria.

Finalmente, dentro de las limitaciones de nuestro estudio debemos exponer que la institución participante apenas empezó a llevar un registro y seguimiento detallado de pacientes con EII a partir de enero del 2012, razón por la cual no se pudo acceder a mayor información sobre otros casos de dichas patologías, por lo que resulta trascendental indagar más sobre la problemática en otras instituciones de salud a nivel local y/o nacional.

5 Conclusiones

La colitis indeterminada fue la EII más frecuente, seguida de la Enfermedad de la colitis ulcerosa y la Enfermedad de Cronh. La mayoría de pacientes diagnosticados de EII fueron mujeres con rangos de edad entre 40 a 64 años, residentes en áreas urbanas.

A los pacientes con EC, en su mayoría se les diagnosticó de la patología sobre los 40 años de edad, con una mayor localización anatómica en el íleon terminal y un patrón clínico inflamatorio con infección perianal asociada, además

según la cuantificación del Índice Harvey Bradshaw, todos los pacientes presentaron al momento del diagnóstico un estado inactivo de EC; en más de la mitad de pacientes se calificó de EC por medio de la biopsia y en casi todos el tratamiento se basó en corticoides y de aquellas personas que desarrollaron complicaciones extraintestinales, las articulares y enfermedad tromboembólica fueron las más comunes.

Respecto a la CU, los síntomas más frecuentes fueron el dolor, la distensión abdominal y la diarrea; además para el diagnóstico en la mayoría de los casos se aplicó la endoscopia y en casi la mitad de pacientes el tratamiento se basó en corticoides, antiespasmódicos y protectores gástricos y las complicaciones extraintestinales más habituales fueron las enfermedades tromboembólicas.

En las personas con CI, en la mayoría de casos se presentaron con distensión abdominal y para llegar a su diagnóstico en más de la mitad de los casos se le realizó ecografía y endoscopia alta; además el manejo terapéutico de estos pacientes se lo realizó con protectores gástricos, siendo la enfermedad tromboembólica la complicación más frecuente en personas con esta patología.

6 Fuente de Financiamiento

Este estudio es autofinanciado.

7 Conflicto de Intereses

No existen conflictos personales, profesionales, financiero de otro tipo.

8 Consentimiento Informado

Los autores cuentan con el consentimiento informado de los pacientes para la investigación, la publicación del caso y sus imágenes.

Referencias Bibliográficas

- Redondo Sánchez J. Enfermedad Inflamatoria Intestinal. Los principales problemas de salud. *AMF*. 2016;12(8):436-44.
- Yamamoto-Furusho JK, Bosques-Padilla F, de-Paula J, Galiano MT, Ibañez P, Juliao F, *et al*. Diagnóstico y tratamiento de la enfermedad inflamatoria intestinal: Primer Consenso Latinoamericano de la Pan American Crohn's and Colitis Organisation. *Rev Gastroenterol Mex* [Internet]. 1 de enero de 2017;82(1):46-84. Disponible en: <http://www.revistagastroenterologiamexico.org/es-diagnostico-tratamiento-enfermedad-inflamatoria-intestinal-articulo-S0375090616300829>
- Odantegui S. Enfermedad Inflamatoria Intestinal: situación actual y retos asistenciales. 2016.
- Burisch J, Munkholm P. Inflammatory bowel disease epidemiology. *Curr Opin Gastroenterol*. julio de 2013;29(4):357-62.
- Paredes-Méndez J, Otoyá-Moreno G, Mestanza-Rivas-Plata AL, Lazo-Molina L, Acuña-Ordoñez K, Arenas-Gamio JL, *et al*. Características epidemiológicas y clínicas de la enfermedad inflamatoria intestinal en un hospital de referencia de Lima-Perú. *Revista de Gastroenterología del Perú* [Internet]. julio de 2016;36(3):209-18. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1022-51292016000300004&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Ortiz Villalba J, Macchi Salim H, Di Martino Ortiz B. Enfermedad de Crohn ileal. Reporte de un caso. *Anales de la Facultad de Ciencias Médicas (Asunción)* [Internet]. abril de 2017;50(1):61-8. Disponible en: http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1816-89492017000100061&lng=en&nrm=iso&tlng=es
- Organización Mundial de la Salud. Guías Mundiales de la Organización Mundial de Gastroenterología. Enfermedad intestinal inflamatoria [Internet]. 2015. Disponible en: <https://www.worldgastroenterology.org/UserFiles/file/guidelines/inflammatory-bowel-disease-spanish-2015.pdf>
- Hano García OM, Andrade Gomes S, Villa Jiménez OM, González Fabian L, Wood Rodríguez L. Caracterización de pacientes con colitis ulcerosa atendidos en centro de nivel terciario. *Revista Cubana de Medicina* [Internet]. marzo de 2016;55(1):0-0. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0034-75232016000100005&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Jasinski C, Tanzi MN, Lagomarsino G, LÓPEZ C, Iglesias C. Enfermedad inflamatoria intestinal. *Archivos de Pediatría del Uruguay* [Internet]. marzo de 2004;75(1):74-7. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1688-12492004000100011&lng=en&nrm=iso&tlng=es
- González Y. M. Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII). *Revista chilena de pediatría* [Internet]. septiembre de 2002;73(5):508-10. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0370-41062002000500012&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Martínez Gómez MJ, Melián Fernández C, Romeo Donlo M. Nutrición en enfermedad inflamatoria intestinal. *Nutrición Hospitalaria* [Internet]. 12 de julio de 2016; Disponible en: <http://revista.nutricionhospitalaria.net/index.php/nh/article/view/348>
- Reyes M GA, Gil P FL, Carvajal P GD, Sánchez L CB, Aponte M DM, González S CA, *et al*. Enfermedad inflamatoria intestinal: características de fenotipo y tratamiento en un hospital universitario de Bogotá, Colombia. *Revista Colombiana de Gastroenterología* [Internet]. junio de 2018;33(2):117-26. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0120-99572018000200117&lng=en&nrm=iso&tlng=es
- Gassull M, Gomollón F, Obrador A, Hinojosa J. Enfermedad inflamatoria intestinal. 2007.
- Romeo Donlo M, Martínez Gómez MJ, Pizarro Pizarro I. Enfermedad inflamatoria intestinal: importancia del diagnóstico precoz. *Pediatría Atención Primaria* [Internet]. marzo de 2014;16(61):49-53. Disponible en:

- http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1139-76322014000100009&lng=es&nrm=iso&tlng=es
15. Vicentín R, Wagener M, Pais AB, Contreras M, Orsi M. Registro prospectivo durante un año de enfermedad inflamatoria intestinal en población pediátrica argentina. Archivos argentinos de pediatría [Internet]. diciembre de 2017;115(6):533-40. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0325-00752017000600004&lng=es&nrm=iso&tlng=es
 16. Marten Marén D, Ramírez Arias MC. Ecoinmunonutrición en el tratamiento de pacientes con enfermedades inflamatorias intestinales. MEDISAN [Internet]. febrero de 2013;17(2):384-97. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1029-30192013000200017&lng=es&nrm=iso&tlng=es
 17. Souza MM de, Barbosa DA, Espinosa MM, Belasco AGS. Calidad de vida de pacientes portadores de enfermedad inflamatoria intestinal. Acta Paulista de Enfermagem [Internet]. 2011;24(4):479-84. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0103-21002011000400006&lng=en&nrm=iso&tlng=pt
 18. Lopes AM, Bezerra de Moura LN, Machado RDS, Freitas da Silva GR. Qualidade de vida de pacientes com doença de Crohn. Enfermería Global [Internet]. 28 de junio de 2017;16(3):321. Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/266341>
 19. Sepúlveda SE, Beltrán CJ, Peralta A, Rivas P, Rojas N, Figueroa C, *et al.* Enfermedad inflamatoria intestinal: Una mirada inmunológica. Revista médica de Chile [Internet]. marzo de 2008;136(3):367-75. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0034-98872008000300014&lng=es&nrm=iso&tlng=es
 20. Vera Calderón A, Frisancho Velarde O, Yoza Yoshidaira M, Ruiz Barahona E. Perfil clínico y epidemiológico de la colitis ulcerativa en un Hospital de Lima. Revista de Gastroenterología del Perú [Internet]. abril de 2004;24(2):135-42. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1022-51292004000200005&lng=es&nrm=iso&tlng=es
 21. Guarnizo A, Rumie C, Abreu J, Vásquez A, Aguirre D. Modalidades de imagen en la evaluación de enfermedad inflamatoria intestinal. RAR [Internet]. 1 de julio de 2016;80(3):183-91. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-argentina-radiologia-383-articulo-modalidades-imagen-evaluacion-enfermedad-inflamatoria-S0048761916300047>
 22. Suárez L. Enfermedad inflamatoria intestinal: situación actual de las alternativas terapéuticas. Colombia Médica. 2007;38:8.
 23. Moreira N, Hinojosa J. Colitis ulcerosa. Revista Española de Enfermedades Digestivas [Internet]. agosto de 2005;97(8):602-602. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1130-01082005000800009&lng=es&nrm=iso&tlng=es
 24. Gómez V VG, Silva IN de N, Brito BS, Silva J, Silva MCM da, Santana GO, *et al.* The onset of clinical manifestations in inflammatory bowel disease patients. Archivos de Gastroenterología [Internet]. septiembre de 2018;55(3):290-5. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0004-28032018002300290&lng=en&nrm=iso&tlng=en
 25. Pizarro G, Quera R, Figueroa C. Factores pronósticos en Colitis Ulcerosa de reciente diagnóstico. Revista Médica de Chile [Internet]. 2017;145(10):1319-29. Disponible en: <https://medes.com/publication/127287>
 26. Royero G, Alberto H. Enfermedad inflamatoria intestinal. Revista Colombiana de Gastroenterología [Internet]. marzo de 2003;18(1):24-41. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0120-99572003000100006&lng=en&nrm=iso&tlng=es
 27. Bousoño G. Enfermedad inflamatoria intestinal. Bol Pediatr [Internet]. 2006;46(1):91-9. Disponible en: http://www.sccalp.org/boletin/46_supl1/BolPediatr2006_46_supl1_091-099.pdf
 28. Bendaño T, Frisancho O. Perfil clínico y evolutivo de la enfermedad de Crohn en el Hospital Rebagliati (Lima-Perú). Revista de Gastroenterología del Perú [Internet]. enero de 2010;30(1):17-24. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1022-51292010000100003&lng=es&nrm=iso&tlng=es
 29. Pérez T CP, Maestu AP. Tratamiento nutricional en la enfermedad inflamatoria intestinal. Nutr Hosp [Internet]. 2008;23(5):11. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112008000700003
 30. Fernández Maqueira G, Crespo Ramírez E, González Pérez S, Jerez Marimón D, García Capote E. Colitis ulcerosa, una mirada por dentro. Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río [Internet]. junio de 2018;22(3):63-72. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1561-31942018000300007&lng=es&nrm=iso&tlng=es
 31. Simian D, Estay C, Lubascher J, Acuña R, Kronberg U, Figueroa C, *et al.* Enfermedad inflamatoria intestinal a partir de una experiencia local. Revista médica de Chile [Internet]. agosto de 2014;142(8):1006-13. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0034-98872014000800008&lng=es&nrm=iso&tlng=es

Recibido: 9 de octubre de 2020

Aceptado: 24 de octubre de 2020



Patrones de crecimiento estatural y maxilofaciales en niños de 6 a 12 años de la ciudad de Cuenca

Statural growth patterns and maxillofacial growth in children from 6 to 12 years of age from the city of Cuenca

Edison Gustavo Moyano Brito^{*1,2}, Nube Johanna Pacurucu Ávila^{1,2}, Noren Enrique Villalobos Inciarte², Roberto Antonio García López²

¹ Universidad Católica de Cuenca, Ecuador

² Universidad del Zulia, Venezuela

*emoyanob@ucacue.edu.ec

DOI: <https://doi.org/10.26871/killkanasalud.v4i4.752>

Resumen

Objetivo: Establecer patrones de crecimiento estatural y maxilofaciales referenciales en niños de 6 a 12 años en la ciudad de Cuenca. **Materiales y métodos:** Estudio cuantitativo correlacional, la muestra se conformó por 1750 niños de 6 a 12 años seleccionados de manera probabilística y estratificada por edades y sexo. Los escolares de esta investigación pertenecían a las diferentes escuelas de la ciudad de Cuenca, a quienes se les tomó las medidas antropométricas como estatura, altura facial inferior y profundidad del maxilar, para el proceso de recopilación de información se utilizaron un estadiómetro y calibradores cuyos datos se registraron mediante una ficha de recolección de datos elaborado por los autores y validado a criterio de expertos. La altura facial inferior y profundidad del maxilar fueron utilizadas para desarrollar una distribución percentilar: p15, p50, p85 relacionadas a la talla del escolar, para el análisis de la talla se desarrolló la distribución mediante los valores de la media aritmética y desviación estándar. **Resultados:** Se estableció las estaturas promedio en niños por edad y sexo, los valores se resumieron en cinco categorías que pudieran ser utilizadas como medidas referenciales para la talla en infantes de 6 a 12 años. Las variables altura facial inferior y profundidad del maxilar se obtuvieron valores percentilares (p15, p50, p85) a partir de la estatura de los infantes obteniendo rangos de 4,4cm a 7cm para la altura facial inferior y de 9,1cm a 12,2cm para la profundidad del maxilar. **Conclusión:** Las medidas referenciales de la estatura en los niños obtenidas en el presente estudio varían de los valores establecidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS) siendo la estatura de los infantes de la ciudad de Cuenca 3cm por debajo del percentil 50 de la OMS. Los escolares de la ciudad de Cuenca podrían utilizar los patrones de crecimiento maxilofaciales elaboradas a partir de la estatura con la finalidad de monitorizar su adecuado crecimiento.

Palabras clave: crecimiento, niño, estatura, maxilar.

Abstract

Objective: To establish reference maxillofacial and stature growth patterns in children aged 6 to 12 years in the city of Cuenca. **Materials and methods:** Quantitative correlational study, the sample consisted of 1750 children from 6 to 12 years old, selected in a probabilistic way and stratified by age and sex. The schoolchildren belonged to the different schools in the city of Cuenca, from whom anthropometric measurements such as height, lower facial height and maxillary depth were taken; a height rod and calipers were used to collect the information, the data of which were recorded by means of a data collection sheet prepared by the authors and validated at the discretion of experts. The lower facial height and depth of the maxilla were used to develop a percentile distribution: p15, p50, p85 related to the height of the schoolchild, for the height analysis the distribution was developed through the values of the mean and standard deviation. **Results:** The average sizes in children were established by age and gender, the values were summarized in five categories that could be used as referential measurements for the height in infants from 6 to 12 years old. The variables lower facial height and maxillary depth were obtained percentile values (p15, p50, p85) from the height of the infants, obtaining ranges from 4.4cm to 7cm for the lower facial height and from 9.1cm to 12.2cm for maxillary depth. **Conclusion:** The reference measures of height in children obtained in the present study vary from the values established by the World Health Organization (WHO), with the height of infants in the city of Cuenca being 3cm below the 50th percentile of the WHO. Schoolchildren in the city of Cuenca could use the maxillofacial growth patterns elaborated from the height in order to monitor their adequate growth.

Keywords: growth, child, height, maxilla.

1 Introducción

En la actualidad, la literatura de referencia sobre la teoría del crecimiento se considera una de las herramientas más utilizadas y valiosas en el diagnóstico clínico, para evaluar y comprender el bienestar de las personas que integran la comunidad en la que viven, en este sentido, los niños son el grupo de edad más importante en la evaluación y ponderación del crecimiento.^{1,2} Por lo que el uso de parámetros de crecimiento inapropiados para predecir la salud de los niños puede llevar a conclusiones erróneas sobre el crecimiento, estado nutricional y diagnóstico precoz de enfermedades relacionadas al desarrollo.^{3,4}

El crecimiento es el mejor indicador mundial de la salud infantil, en este contexto el crecimiento general y maxilofacial en la primera infancia muestra enormes diferencias en tamaño, forma, función y fuerza. Sin embargo, se sabe poco sobre la investigación del crecimiento maxilofacial en niños de la segunda infancia. La investigación antropológica ha utilizado la antropometría y planos de regiones maxilofaciales para analizar el crecimiento e inferir la categoría biológica a la que pertenecen durante décadas. En la población humana, el interés por la morfología facial ha superado la definición de categorías biológicas, investigaciones realizadas por antropólogos, médicos, dentistas, pediatras y cirujanos lo demuestran porque se trata de evaluar huesos y tejidos blandos (músculos, Grasa y piel) para determinar la singularidad individual.⁵

El crecimiento de las diferentes áreas que componen el complejo maxilofacial, la morfología facial cambia gradualmente. Esto significa que la investigación sobre los cambios en estos componentes y sus expresiones es de gran interés para disciplinas como la pediatría, la odontología y la antropología forense.⁶ En los casos forenses y en odontología y odontología pediátrica, comprender el proceso de desarrollo y maduración facial en las diferentes etapas del rostro puede ayudar a mejorar la precisión del proceso de reconocimiento y reconstrucción facial.⁷ Los cambios maxilares aparecen a nivel lateral. Este es un problema común en ortodoncia. El resultado es una oclusión posterior o mordida en tijera. Suelen aparecer unilaterales, bilaterales o únicos. Debido a estos cambios, es necesario dar un diagnóstico correcto y tratamiento oportuno.^{8,9}

Como antecedente de la investigación, podemos considerar la encuesta longitudinal realizada por González. En 2013,¹⁰ realizó una caracterización de crecimiento general y craneofacial mediante la elaboración de patrones en 265 niños y niñas colombianos de 0 a 3 años residentes en Bogotá. En este estudio, los autores sugirieron replicar el método en distintos sectores del país y extender la muestra a cinco años.

Estudios realizados en poblaciones tempranas de estudios craneofaciales longitudinales, como los realizados por Bookstein¹¹ y Moss,¹² quienes establecieron el comportamiento de crecimiento de la cúpula y la base del cráneo después del estudio. Otros estudios realizados por Farkas,¹³ Hellman,¹⁴ Enlow¹⁵ y Scott¹⁶ involucran el aumento de los pa-

trones de crecimiento facial y los tres planos anatómicos del espacio, mediante estudios longitudinales y transversales para obtener la anchura, profundidad y altura, los autores coinciden que el crecimiento en las tres dimensiones tiene cierta proporcionalidad en el tiempo.

En la actualidad la investigación longitudinal, debido al alto costo, el tamaño de las muestras requeridas, la pérdida de algunas muestras durante el proceso de investigación, la falta de individuos, las limitaciones ocasionadas por el reemplazo o pérdida de interés en la investigación ha perdido espacio en los estudios antropométricos y ha sido remplazada por investigaciones transversales, en este sentido la investigación maxilofacial más relevante es la realizada por Farkas quien describió los cambios en áreas específicas en el rostro, la cabeza y sus relaciones dentro y entre áreas estaturales y maxilofaciales.¹⁷

La importancia de los estudios de crecimiento es el desarrollo de estándares o métodos antropométricos que caractericen a una población, Ecuador muestra una gran diversidad demográfica, cultural y étnica en su región, lo que incide en sus patrones de crecimiento, por lo que el presente estudio tiene por objetivo establecer patrones de crecimiento estatural y maxilofaciales referenciales en infantes de 6 a 12 años en la ciudad de Cuenca.

2 Materiales y métodos

El presente estudio tiene un enfoque cuantitativo de alcance correlacional y de tipo transversal, mediante la cual se investigaron a infantes de 6 a 12 años de edad pertenecientes a la ciudad de Cuenca. Los escolares investigados se encontraban cursando la educación básica. La población de investigación estuvo constituido por 24384 alumnos de 6 a 12 años de edad de las diferentes escuelas urbanas de la ciudad de Cuenca, para el cálculo del tamaño de la muestra se utilizó un intervalo de confianza del 95 % y un margen de error del 3 % además se consideró una proporción de 0,50. Obteniendo una muestra óptima de 1750 infantes, siendo 875 de sexo masculino y de igual forma 875 de sexo femenino, el muestreo fue probabilístico por estratos, distribuidos en 7 grupos: G1(72-83 meses), G2(84-95 meses), G3(96-107 meses), G4(108-119 meses), G5(120-131 meses), G6(132-143 meses) y G7(144-155 meses) con un total de 250 infantes para cada uno de los estratos respectivamente.

En el instante de la investigación de aplicar las mediciones antropométricas se confirmó los registros de nacimiento, esto se verificó mediante los registros de cada una de las instituciones educativas, para el proceso de recopilación de información se aplicaron un estadiómetro y calibradores cuyos datos se registraron mediante una ficha de recolección de información realizado por los autores y validado a criterio de expertos. La altura facial inferior y profundidad del maxilar fueron utilizadas para la construcción de una distribución percentilar: p15, p50, p85 relacionadas a la estatura del escolar, para el análisis de la estatura se desarrolló

la distribución mediante los valores de la media aritmética y desviación estándar.

Para la medición de las variables de tipo antropométricas se siguieron los protocolos estandarizados a nivel internacional, mediante las normas establecidas por «International Working Group of Kineanthropometry» investigado por Ross y Marfell-Jones.² Las variables de estudio se describen a continuación:

- Estatura (cm): Se realizó la evaluación de la estatura descalzo, el infante ubicado en el plano de Frankfurt, mediante el uso de un estadiómetro marca Seca graduada con una escala en milímetros.
- Altura facial inferior (cm): Se evaluó la distancia comprendida entre la base de la nariz (Sn) y la parte más inferior del mentón (Gn), ubicado el infante en el plano de Frankfurt, utilizando un calibrador digital pie de Rey marca Vernier.
- Profundidad del maxilar (cm): Se evaluó la distancia comprendida entre la base de la nariz (Sn) y la parte anterior del conducto auditivo externo, ubicado el infante en el plano de Frankfurt, utilizando un calibrador digital pie de Rey marca Vernier.

Para garantizar una mejor calidad y evitar sesgos durante los registros antropométricos, se realizó una medición doble cada 10 infantes en todas las variables de estudio de esta manera se puede conseguir un coeficiente de reproductibilidad altamente confiable.

Finalmente, para el análisis estadístico se calculó distribución percentilar mediante la media aritmética y desviación estándar de las variables cuantitativas como la estatura, altura facial inferior y profundidad del maxilar y en las variables cualitativas se analizarán mediante tablas de frecuencias mediante el programa estadístico SPSS.

3 Resultados

De los 1750 infantes evaluados, 875 (50 %) fueron de sexo masculino y 875 (50 %) del sexo femenino. La totalidad de la muestra se distribuyeron en 7 grupos con un total de 250 infantes para cada uno de los estratos respectivamente (Tabla 1)

Tabla 1: Caracterización de la población estudiada

	Frecuencia	Porcentaje %
Edad		
6 años	250	14,28 %
7 años	250	14,28 %
8 años	250	14,28 %
9 años	250	14,28 %
10 años	250	14,28 %
11 años	250	14,28 %
12 años	250	14,28 %
Total	1750	100 %
Sexo		
Masculino	875	50 %
Femenino	875	50 %
Total	1750	100 %

Para la construcción de la distribución de la estatura de acuerdo a la edad de los infantes se utilizó la técnica LMS que es un modelo estructural no matemático que permite ajustar información antropométrica transversal y obtener estándares de percentiles normalizados. La técnica indicada asume que, para cada estrato de edad, los valores antropométricos pueden calibrarse de manera que se ajuste a un tipo de distribución normal y de esta manera transformarlos de una manera adecuada, teniendo presente el nivel de asimetría (L), el valor de la tendencia central (M) y el valor de dispersión (S). La tabla 2 describe los valores de los percentiles p3, p15, p50, p85 y p97 ajustados al método LMS de las estaturas en los infantes de ambos sexos.

Tabla 2: Valores percentiles para la estatura en niños de 6 a 12 años de ambos sexos de acuerdo a la media aritmética y desviación estándar

EDAD EN AÑOS	P3 BAJA TALLA SEVERA (cm)	P15 BAJA TALLA (cm)	P50 NORMAL (cm)	P85 TALLA ALTA (cm)	P97 TALLA MUY ALTA (cm)
Niños					
6	97,9	102,7	112,3	121,9	126,7
7	103,4	108,2	117,8	127,4	132,2
8	109,7	114,5	124,1	133,7	138,5
9	115,0	119,8	129,4	139,0	143,1
10	121,3	126,1	135,7	145,3	150,1
11	127,1	131,9	141,5	151,1	155,9
12	132,8	137,6	147,2	156,8	161,6
Niñas					
6	95,8	100,6	110,2	119,8	124,6
7	101,2	106,0	115,6	125,2	130,0
8	107,9	112,7	122,3	131,9	136,7
9	113,3	118,1	127,7	137,3	142,1
10	119,4	124,2	133,8	143,4	148,2
11	125,2	130,0	139,6	159,2	154,0
12	130,9	135,7	145,3	154,9	159,7

Se puede observar una relación lineal entre las variables estatura y edad en donde existe un aumento no exponencial de la estatura con los diferentes grupos de edad según la comparación de la mediana con los valores percentilares de cada uno de los diagramas de caja y línea expresados en la figura 1.

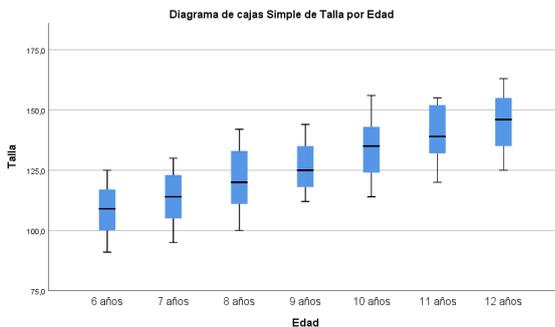


Fig. 1: Diagrama de caja y línea por grupo de edad en relación a la distribución de la estatura en los infantes

Las tablas 3 y 4 presentan la distribución percentilar de la profundidad maxilar y altura facial inferior respectivamente de acuerdo a los rangos de estatura de los infantes de 6 a 12 años de edad. Esta distribución va desde el percentil 5 hasta el percentil 95 y podría ser utilizada como referencia para representar la variabilidad de estos parámetros de acuerdo a la estatura de los infantes.

Los valores entre el percentil 5 y percentil 95 son considerados como límites de normalidad de acuerdo a la probabilidad relativa en la Campana de Gauss. Estos valores percentilares desde la perspectiva de la estadística son utilizados en estudios antropométricos, debido a que nos permiten identificar el estado de riesgo de grupos poblacionales.

Tabla 3: Distribución percentilar para la profundidad del maxilar de acuerdo a la estatura en infantes de 6 a 12 años

Rango de Estatura (cm)	Valores de la profundidad del maxilar (cm)		
	Percentil 5	Percentil 50	Percentil 95
90 - 110	9,1	10,1	11
111 - 130	9,6	10,6	11,5
131 - 150	10,3	11,3	12,2

Tabla 4: Distribución percentilar para la altura facial inferior de acuerdo a la estatura en infantes de 6 a 12 años

Rango de Estatura (cm)	Valores de la altura facial inferior (cm)		
	Percentil 5	Percentil 50	Percentil 95
90 - 110	4,4	5,1	5,8
111 - 130	4,9	5,6	6,3
131 - 150	5,6	6,3	7

4 Discusión

La evaluación del crecimiento estatural en la mayor parte de los países se realiza mediante el uso de curvas

de referencia establecidas por la Organización Mundial de la Salud^{2,3}, sin embargo, para Tarupia et al en su estudio sobre la construcción de curvas de crecimiento expresa que utilizar como referencia las curvas de crecimiento de otro lugar es inapropiado y puede producir errores en el momento de tomar decisiones, por lo que considera importante que cada país tenga sus propios patrones referenciales de crecimiento².

En virtud a lo expuesto el presente estudio elaboró parámetros referenciales de la estatura para infantes de 6 a 12 años de edad de la ciudad de Cuenca en donde se evidenció estaturas inferiores de aproximadamente 3 centímetros para cada uno de los rangos de edad en comparación con las estaturas referenciales establecidas por la Organización Mundial de la salud,² de igual manera se pudo observar una diferencia entre las estaturas de los infantes de sexo masculino y femenino en todas las edades de aproximadamente 2 centímetros.

Los parámetros de estatura de este estudio al igual que los establecidos por la Organización Mundial de Salud se realizaron por medio del método LMS que es una técnica no estructural matemático que permite ajustar datos antropométricos transversales y obtener estándares de percentiles normalizados, este método establece referencias estandarizadas de crecimiento a partir de un pequeño número de parámetros interpretables biológicamente.² Factores como las diferencias raciales o étnicas, composición corporal pueden complicar la construcción de estos patrones de crecimiento.

En Colombia en un estudio realizado por González propone el uso de patrones y las curvas referenciales de crecimiento craneofacial como parte integral en la consulta de control de crecimiento y desarrollo del infante, con el propósito de brindar un instrumento para el diagnóstico temprano de las alteraciones que pudieran presentarse;² sin embargo a nivel de nuestro país y de América Latina no existen estudios relacionados a la construcción de patrones de crecimiento referenciales de la región maxilofacial, por lo tanto surge la necesidad de realizar estudios que conlleven a la construcción de referencias de crecimiento de las regiones maxilofaciales, basados en mediciones de infantes Ecuatorianos y que representen las características antropométricas de niños del Ecuador, para que puedan ser usadas en la consulta odontológica con la finalidad de hacer diagnóstico temprano en pacientes con alteraciones en el desarrollo del complejo maxilofacial.

Este estudio tomó de referencia a la altura facial inferior y la profundidad del maxilar como valores referenciales debido a que estos parámetros tras las pruebas estadísticas de Pearson presentaron una relación significativa con respecto a la estatura de los infantes, este resultado coincide con el estudio realizado por Echeverri J et al. en donde establecen que existe una correlación positiva entre el crecimiento estatural y el crecimiento facial.^{2,3}

Los valores obtenidos de la altura facial inferior y la profundidad del maxilar fueron ordenados mediante una distribución percentilar según rangos de estatura, en donde

se tomó como referencia al percentil 5 y percentil 95 que son estos valores considerados como límites de normalidad y permiten identificar el estado de riesgo de grupos poblacionales. Actualmente no existen investigaciones en otros países sobre estos indicadores de crecimiento maxilofacial que permitan comparar los valores obtenidos en la presente investigación.

5 Conclusiones

Las medidas referenciales de la estatura en los niños obtenidas en el presente estudio varían de los valores establecidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS) siendo la estatura de los infantes de la ciudad de Cuenca 3cm por debajo del percentil 50 de la OMS.

Las tablas de crecimiento maxilar constituyen la primera referencia descriptiva del crecimiento maxilofacial de infantes ecuatorianos de 5 a 12 años, pudiendo usarse estos indicadores con la finalidad de monitorizar su adecuado crecimiento o como punto de partida para estudios posteriores

6 Fuente de Financiamiento

Este estudio es autofinanciado.

7 Conflicto de Intereses

No existen conflictos personales, profesionales, financiero de otro tipo.

8 Consentimiento Informado

Los autores cuentan con el consentimiento informado de los pacientes para la investigación, la publicación del caso y sus imágenes.

Referencias Bibliográficas

- Cole TJ, Green PJ. Smoothing reference centile curves: The lms method and penalized likelihood. *Stat Med* [Internet]. 1992 Jan 1 [cited 2021 Feb 4];11(10):1305–19. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1002/sim.4780111005>
- Métodos de valoración del estado nutricional [Internet]. [cited 2021 Feb 4]. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112010000900009
- Olsen EM, Petersen J, Skovgaard AM, Thomsen BL, Jørgensen T, Weile B. The growth pattern of 0-1-year-old Danish children, when screened by public health nurses - The Copenhagen County Child Cohort 2000. *Ann Hum Biol* [Internet]. 2005 May [cited 2021 Feb 4];32(3):297–315. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16099775/>
- Witriw A. PROGRAMA DE EVALUACION NUTRICIONAL. 2019 [cited 2021 Feb 4];undefined-undefined. Available from: https://www.mendeley.com/catalogue/a122777c-adc4-35e6-a071-eb27f1125241/?utm_source=desktop&utm_medium=1.19.4&utm_campaign=open_catalog&userDocumentId=%7B89fa628d-4f44-3aa7-896f-5c169649cbd0%7D
- Zemel BS, Riley EM, Stallings VA. Evaluation of methodology for nutritional assessment in children: Anthropometry, body composition, and energy expenditure [Internet]. Vol. 17, *Annual Review of Nutrition*. Annu Rev Nutr; 1997 [cited 2021 Feb 4]. p. 211–35. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9240926/>
- E V, F C, S M. Computer-aided morphological analysis for maxillo-facial diagnostic: a preliminary study. *J Plast Reconstr Aesthet Surg* [Internet]. 2010 [cited 2021 Feb 4];63(2). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19059819/>
- Duran P, Caballero B, de Onis M. The association between stunting and overweight in Latin American and Caribbean preschool children. *Food Nutr Bull*. 2006;27(4):300–5.
- Tedaldi J, Calderón R, Mayora L, Quirós O, Farias M, Rondóm S, et al. Tratamiento de maloclusiones según el estadio de maduración carpal. 2007 [cited 2021 Feb 4];1–30. Available from: https://www.mendeley.com/catalogue/de29fc92-d79f-3d8e-9238-ca9cc363357c/?utm_source=desktop&utm_medium=1.19.4&utm_campaign=open_catalog&userDocumentId=%7Bf4714d74-bdcc-3fd0-a713-208eb3b4bde9%7D
- Yaned González Bejarano L. Biometría Craneofacial en niños de 0-3 años Un estudio longitudinal-Caso Colombia. 2013.
- Bookstein FL. The geometry of craniofacial growth invariants. *Am J Orthod*. 1983 Mar 1;83(3):221–34.
- Moss ML, Salentijn L. The primary role of functional matrices in facial growth. *Am J Orthod*. 1969 Jun 1;55(6):566–77.
- Marentette L. Anthropometric facial proportions in medicine. Edited by Leslie G. Farkas and Ian R. Munro, 344 pp, Charles C Thomas, Springfield, Illinois, 1987, *Head Neck Surg* [Internet]. 1988 Jan 1 [cited 2021 Feb 4];10(S1):S80–1. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1002/hed.2890100718>
- Hellman M. Ossification of epiphysial cartilages in the hand. *Am J Phys Anthropol* [Internet]. 1928 Jan 1 [cited 2021 Feb 4];11(2):223–57. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1002/ajpa.1330110205>
- Crecimiento MaxiloFacial DONALD H. ENLOW.pdf | Piel | Cráneo [Internet]. [cited 2021 Feb 4]. Available from: <https://es.scribd.com/document/405093816/Crecimiento-MaxiloFacial-DONALD-H-ENLOW-pdf>
- Scott JH. The Growth of the Human Face. *J R Soc Med* [Internet]. 1954 [cited 2021 Feb 4];47(2):91–100. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1918731/>
- Farkas LG, Posnick JC, Hreczko TM, Pron GE. Growth Patterns of the Nasolabial Region: A Morphometric Study. *Cleft Palate-Craniofacial J* [Internet]. 1992 Jul [cited 2021 Feb 4];29(4):318–24. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1643060/>

17. ROSS, WD. Kinanthropometry. *Physiol Test High-performance Athl* [Internet]. 1991 [cited 2021 Feb 4]; Available from: <https://ci.nii.ac.jp/naid/10015393589>
18. OMS | El estado físico: uso e interpretación de la antropometría [Internet]. [cited 2021 Feb 4]. Available from: https://www.who.int/childgrowth/publications/physical_status/es/
19. Patrones de crecimiento [Internet]. [cited 2021 Feb 4]. Available from: <http://www.incap.int/sisvan/index.php/es/areas-tematicas/herramientas-operacionales-de-apoyo/patrones-de-crecimiento>
20. Referencias de peso, estatura e índice de masa corporal para niñas y niños ecuatorianos de 5 a 19 años de edad. *Arch Argent Pediatr*. 2020 Feb 1;118(2).
21. Rebato E, Rosique J, Salces I, San Martín L, Fernández JR, Vinagre A, et al. Estudio comparativo entre el PB1 y la combinación del PB1 con el LMS en una muestra transversal de Bizkaia [Internet]. [cited 2021 Feb 4]. Available from: www.didac.ehu.es/antropo
22. CRECIMIENTO Y DESARROLLO FACIAL Y GENERAL DE INDIVIDUOS DEL VALLE DEL ABURRA | CES Odontología [Internet]. [cited 2021 Feb 4]. Available from: <https://revistas.ces.edu.co/index.php/odontologia/article/view/1771>
23. Barrera-Dussán N, Ramos-Castañeda JA. Prevalencia de malnutrición en menores de 5 años. Comparación entre parámetros OMS y su adaptación a Colombia. *Univ y Salud*. 2019 Dec 30;22(1):92–6.

Recibido: 9 de octubre de 2020

Aceptado: 25 de octubre de 2020



Estado de salud de los adultos mayores institucionalizados de la ciudad de Cuenca

Health status of institutionalized older adults in the city of Cuenca

Nube Johanna Pacurucu Avila*^{1,2}, Edison Gustavo Moyano Brito^{1,2}, Katynna Cecilia Parra Quevedo², María Fernanda Peralta Cárdenas¹, Josué Francisco Aguilar Valenzuela¹

¹ Universidad Católica de Cuenca, Ecuador, Ecuador

² Universidad del Zulia, Venezuela

*npacurucua@ucacue.edu.ec

DOI: <https://doi.org/10.26871/killkanasalud.v4i4.753>

Resumen

Objetivo: Determinar el estado de salud de adultos mayores institucionalizados en el Geriátrico Miguel de León de la Ciudad de Cuenca. **Materiales y Métodos:** estudio cuantitativo de alcance descriptivo con temporalidad retrospectiva, la muestra estuvo conformada por 44 adultos mayores institucionalizados, la información se obtuvo mediante la revisión de historias clínicas, en donde se registraron datos sociodemográficos, valores sanguíneos como: hemograma, (neutrófilos, glóbulos blancos, glóbulos rojos, linfocitos, monocitos, perfil lipídico(colesterol, triglicéridos, HDL colesterol, LDL colesterol, glicemia) así como el estado nutricional. Las variables de estudio se recopilaron a través de una ficha de recolección de datos construida por los autores y validada a juicio de expertos. **Resultados:** en los datos socio demográficos se determinó que, del total de la población, un 47,7 % pertenecen al rango de edad entre 75 a 90 años; en un predominio del sexo femenino con 54,54 %, en lo referente al nivel socioeconómico el 34,09 % son de recursos económicos bajos, y en cuanto al estado civil 56,81 % son viudos, en cuanto al estado nutricional se encontró que el 9,10 % , adultos mayores se encuentran en riesgo de desnutrición, el 22,72 % presentó desnutrición y el 68,18 %, se encontraron en estado nutricional normal, el perfil lípido se observa que el 38,6 % se encuentran alto en lo que es colesterol. **Conclusiones:** el estado de salud de los adultos mayores se ve afectado principalmente por enfermedades como la diabetes y colesterol alto, los adultos mayores evaluados se encuentran dentro del rango normal con un 61,4 %, y el 38,6 % se encuentran con valores referenciales alterados.

Palabras clave: anciano, estado nutricional, diabetes, salud, asilo.

Abstract

Objective: To determine the health status of institutionalized older adults in the Miguel de León nursing home in the City of Cuenca. **Materials and Methods:** quantitative study of descriptive scope with retrospective temporality, the sample consisted of 44 institutionalized older adults, the information was obtained by reviewing medical records, where sociodemographic data, blood values such as: hemogram, (neutrophils, white blood cells, red blood cells, lymphocytes, monocytes, lipid profile (cholesterol, triglycerides, HDL cholesterol, LDL cholesterol, glycemia) as well as nutritional status. The study variables were collected through a data collection sheet constructed by the authors and validated in the opinion of experts. **Results:** in the socio-demographic data it was determined that, of the total population, 47.7% belong to the age range between 75 and 90 years; in a predominance of the female sex with 54.54 %, regarding socioeconomic level, 34.09% are of low economic resources, and regarding marital status, 56.81% are widowers, regarding status It was found that 9.10%, older adults are at risk of malnutrition, 22.72% presented malnutrition and 68.18% were in normal nutritional state, the lipid profile is observed that 38.6% are high in what is cholesterol. **Conclusions:** the health status of the elderly is affected mainly by diseases such as diabetes and high cholesterol, of the elderly they are within the normal range with 61.4%, and 38.6% are high.

Keywords: elderly, nutritional status, diabetes, health, asylum.

1 Introducción

El envejecimiento es un proceso interno gradual, complejo e irreversible, que se caracteriza por varios cambios en la forma, bioquímica, psicología y función, que limita la capacidad de los organismos para adaptarse al medio

ambiente. El estado nutricional de este grupo vulnerable puede cambiar debido a diferentes condiciones, la más destacada de las cuales es; cambios morfo fisiológicos durante el envejecimiento, cambios en el metabolismo y la nutrición y enfermedades crónico degenerativas.¹

El riesgo nutricional de las personas mayores se presenta después de los 60 años, debido a cambios anatómicos y fisiológicos, como: el descenso gradual de la altura, debido a la desviación del nivel de la columna (lordosis y lordosis), tejido muscular, densidad ósea debilitada y agua corporal. Disminución, pérdida de dientes, atrofia de las papilas gustativas y disminución del metabolismo basal.²

En países de Latinoamérica, la prevalencia en la desnutrición de adultos mayores que residen en zonas rurales, varía de 4,6 % y 18 % y en adultos mayores hospitalizados aumenta en un 50 %.³ En Argentina la prevalencia de riesgo nutricional alcanzó el 23,3 %, y el 10 % se encontraban malnutridos en 257 sujetos estudiados con edades superiores a 65 años según Lufrano J, et al; en el mismo estudio, de 103 adultos mayores con edad superior a 80 años se encontró que un 30 % se encontraban normo nutridos, 60 % en riesgo nutricional y un 10 % en estado de desnutrición.⁴ En el mismo País, Muñoz-Díaz B, et al, en su estudio, tomo como muestra a 218 adultos mayores de 65 años, donde estableció una prevalencia de desnutrición con un 21.2 % y riesgo de la misma en un 40.1 %⁵.

El deterioro del estado de salud de las personas mayores está relacionado con el desequilibrio de la flora intestinal, ya que tiende a consumir menos alimentos debido a diversos motivos, como la reducción de la contractilidad de los músculos masticatorios y la disminución paulatina de los músculos. Los cambios en los dientes, los umbrales del gusto y el olfato, los cambios en la función motora gástrica reducirán la síntesis y secreción de diferentes sustancias, y la relajación de la pared del estómago provocará una sensación de saciedad más temprana y reducirá el mecanismo de absorción.⁶

La anemia se ha convertido en una entidad de suma importancia entre los ancianos por su alta prevalencia y consecuencias clínicas negativas en términos de mortalidad, funcionalidad y calidad de vida. La definición de anemia en los ancianos, que es la más utilizada y aceptada internacionalmente por la comunidad científica, fue establecida por la Organización Mundial de la Salud (OMS).⁷

Dentro de la evaluación general del adulto mayor, es primordial valorar el estado nutricional, debido a que se relaciona directamente en la recuperación y tratamiento de enfermedades crónicas-degenerativas y agudas; la evaluación nutricional se realiza de forma primordial en la atención primaria por parte del personal de salud, teniendo en cuenta la etiología principal de la desnutrición en los adultos mayores valorados.^{8,9}

En los últimos años se han realizado investigaciones en diferentes campos relacionados con las ciencias de la salud, pero dado que es difícil obtener investigaciones sobre el estado nutricional de las personas mayores, existen pocos temas de investigación relacionados con el estado nutricional de las personas mayores. población. Los ancianos lucen saludables, pero el riesgo de desnutrición es alto, por lo que ni la sociedad ni los trabajadores de la salud lo notan.⁴ Por lo anterior, el objetivo principal de este estudio

fue determinar los factores de desnutrición en una muestra de adultos mayores del Geriátrico Miguel de León de la Ciudad de Cuenca.

2 Materiales y Métodos

El presente estudio se realizó con un enfoque cuantitativo de alcance descriptivo con temporalidad retrospectiva, la población de estudio estuvo conformada por 44 adultos mayores institucionalizados en el Geriátrico Miguel de León de la ciudad de Cuenca. La muestra fue censal debido al tamaño de la población.

La información se obtuvo mediante la revisión de historias clínicas obtenidas durante el periodo enero a diciembre del 2019, previa a la autorización de la directora del Geriátrico Miguel de León en donde se registraron datos sociodemográficos, valores sanguíneos como: hemograma, (neutrófilos, glóbulos blancos, glóbulos rojos, linfocitos, monocitos, perfil lipídico(colesterol, triglicéridos,HDL colesterol, LDL colesterol, glicemia;) así como el estado nutricional que se evaluó según la información recabada de la Historia clínica mediante la aplicación del MNA (Mini Nutritional Assessment). La información se recopiló a través de una ficha de recolección de datos construida por los autores y validada a juicio de expertos, se realizó un análisis descriptivo mediante tablas y frecuencias de las variables sociodemográficas, el estado nutricional y valores sanguíneos mediante el programa estadístico SPSS versión 15.

3 Resultados

En la tabla 1 se puede observar que la mayor prevalencia de edad en adultos mayores es de 75 a 90 con un porcentaje de 47,7 % siendo las viejas o ancianas las que se encuentran en el Geriátrico Miguel de León; seguidas de los adultos mayores de edad avanzada encontrándose entre 60 - 74 años con un 31,8 % y teniendo con el 20,5 % los adultos de más de 90 años.

Tabla 1: Edad en años de adultos mayores del geriátrico Miguel de León

	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
60 a 74 años son consideradas de edad avanzada	14	31,8
75 a 90 viejas o ancianas	21	47,7
90 se les denomina grandes viejos o grandes longevos	9	20,5
TOTAL	44	100 %

La población adulta mayor que acude al Centro Geriátrico Miguel de León del Cantón Cuenca, según las características sociodemográficas, se determinó que, del total de la población, un 47,7 % pertenecen al rango de edad entre 75 a 90 años; en un predominio del sexo femenino con 54,54 % , en lo referente al nivel socioeconómico el 34,09 % son de recursos económicos bajos, y en cuanto al estado civil 56,81 % son viudos (tabla 2).

Tabla 2: Distribución de las variables sociodemográficas de en adultos mayores del geriátrico Miguel de León

	Variable	Frecuencia	Porcentaje
Edad	Senectud (60-74 años).	14	31 %
	Vejez (75 a 90 años).	21	47,7 %
	Longevidad (más de 90 años).	9	20,5 %
Economía	Medio (401 a 800).	10	22,72 %
	Bajo (100 a 400).	15	34,09 %
Genero	Sin estudios.	19	43,18 %
	Primaria.	20	45,45 %
	Secundaria.	4	9,09 %
Nivel de instrucción	Sin estudios.	19	43,18 %
	Primaria.	20	45,45 %
	Secundaria.	4	9,09 %
Estado civil	Soltero.	8	18,18 %
	Casado.	7	15,90 %
	Divorciado.	4	9,09 %
	Viudo.	25	56,81 %

Fuente: Base de datos SPSS

En la tabla 3 se puede observar que en la prevalencia de colesterol de los adultos mayores se encuentran dentro del rango normal con un 61,4 %, y el 38,6 % se encuentran alto. Los triglicéridos se encuentran en un porcentaje normal con un 72,7 % y un 27,3 % entre los rangos altos. La

prevalencia de HDL colesterol se puede observar que se encuentra dentro de lo normal con un 61,4 %; y un 38,6 % se encuentra elevado. La prevalencia del colesterol LDL se encuentra en rangos normales el 10 % de los adultos mayores.

Tabla 3: Distribución perfil lipídico en adultos mayores del geriátrico Miguel de León

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Prevalencia de colesterol	Alto	17	38,6	38,6
	Normal	27	61,4	61,4
	Total	44	100,0	100,0
Prevalencia de triglicéridos	Alto	12	27,3	27,3
	Normal	32	72,7	72,7
	Total	44	100,0	100,0
Prevalencia de HDL colesterol	Alto	17	38,6	38,6
	Normal	27	61,4	61,4
	Total	44	100,0	100,0
Prevalencia de LDL colesterol	Normal	44	100,0	100,0

Fuente: Base de datos SPSS

En la tabla 4 se puede observar que, en el Geriátrico Miguel de León, existe más prevalencia de diabetes mellitus tipo 2 con un 95,5 % y diabetes mellitus tipo 1 con un 4,5 %.

Tabla 4: Distribución de los valores de glucosa en adultos mayores del geriátrico Miguel de León

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Prevalencia de diabetes	1	2	4,5	4,5	4,5
	2	42	95,5	95,5	100,0
	Total	44	100,0	100,0	

Fuente: Base de datos SPSS

Se puede observar que la prevalencia del hemograma en adultos mayores se encuentra en un rango alto con un 15,9 % y bajo un 9,1 %, mientras que el hematocrito se

encuentra en un rango alto con un 9,1 % y bajo en un 13,6 %, se puede observar que los glóbulos blancos se encuentran en un rango bajo con un 34,1 % y alto en un

9,1 %, los monocitos se encuentran en un 100 % normales. Los neutrófilos se encuentran en rango normal con un 97,7 %, los glóbulos rojos se encuentran en un

13,6 % y bajo con un 6,8 % las plaquetas y volumen celular medio MCV se encuentran rangos normales (Tabla 5).

Tabla 5: Distribución del hemograma en adultos mayores del geriátrico Miguel de León

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Prevalencia de hemoglobina	Alto	7	15,9	15,9
	Bajo	4	9,1	9,1
	Normal	33	75,0	75,0
	Total	44	100,0	100,0
Prevalencia de hematocrito	Alto	4	9,1	9,1
	Bajo	6	13,6	13,6
	Normal	34	77,3	77,3
	Total	44	100,0	100,0
Prevalencia de glóbulos blancos	Alto	4	9,1	9,1
	Bajo	15	34,1	34,1
	Normal	25	56,8	56,8
	Total	44	100,0	100,0
Prevalencia de linfocitos	BAJO	4	9,1	9,1
	NORMAL	40	90,9	90,9
	Total	44	100,0	100,0
Prevalencia de monocitos	Normal	44	100,0	100,0
Prevalencia de neutrofilos	Alto	1	2,3	2,3
	Normal	43	97,7	97,7
	Total	44	100,0	100,0
Prevalencia de MCV	Normal	44	100,0	100,0
Prevalencia de plaquetas	Normal	44	100,0	100,0
Prevalencia de neutrofilos	Alto	6	13,6	13,6
	Bajo	3	6,8	6,8
	Normal	35	79,5	79,5
	Total	44	100,0	100,0

Fuente: Base de datos SPSS

En la tabla 6 se presenta los resultados de la evaluación global del MNA (Mini Nutritional Assessment), en la cual se encontró que el 9,10 % adultos mayores se encuentran en riesgo de desnutrición, el 22,72 presentó desnutrición y el 68,18 % se encontraron en estado nutricional normal.

Tabla 6: Evaluación del estado nutricional en adultos mayores del geriátrico Miguel de León

	Frecuencia	Porcentaje
Estado nutricional normal	30	68,18 %
Riesgo de desnutrición	10	22,72 %
Desnutrición	4	9,10 %
Total	44	100 %

Fuente: Base de datos SPSS

4 Discusión

Los antecedentes clínicos del estudio realizado por Muñoz et al. Muestra que el 74,5 % de las personas padece hipertensión y el 41 % padece artritis degenerativa y diabetes, lo que representa el 34,9 %. Según investigaciones de Macías y Balbuena, encontraron que el 38,3 % tenía hipertensión arterial, el 34,5 % depresión y el 14 % diabetes. A

diferencia de nuestro estudio, la prevalencia de hipertensión fue del 30,7 %, la prevalencia de diabetes fue del 28,4 % y la prevalencia de ausencia de antecedentes fue del 28,4 %.¹⁰

En este estudio se encontró que la prevalencia de DM en la población encuestada fue 17,5 %. De acuerdo con otras encuestas SABE realizadas en diferentes países de Latinoamérica y del Caribe, la prevalencia de DM se encontró que iba desde el 13 % en Santiago de Chile hasta 22 % en México D.F y Bridgetown. Nuestros resultados son similares a los encontrados en la de la ciudad de Sao Paulo, en donde documentaron una prevalencia de 17 %.¹¹

En cuanto a la distribución por edades de la población estudiada, en la encuesta SABE realizada en cada ciudad, Bogotá tiene una mayor similitud con Montevideo y Santiago de Santiago, Chile, debido a que la población menor de 75 años encuesta tiene una mayor proporción de 67,9 % Bogotá, 66,1 % en Santiago y 69,9 % en Montevideo. En este estudio se demuestra que la correlación entre la edad mayor de 85 años y la DM es pequeña, según el análisis bivariado se encuentra que el rango de pacientes con la enfermedad es mayor, entre 70-74 años. En 2016, igual a la mayor prevalencia reportada por Montevideo y Santiago.¹¹

Podemos observar en nuestro estudio que existe tres tipos de adultos mayores la prevalencia de edad en adultos mayores es de 75 a 90 con un porcentaje de 47,7 % siendo las viejas o ancianas las que se encuentran en el Geriátrico Miguel de León; seguidas de los adultos mayores de edad avanzada encontrándose entre 60 - 74 años con un 31,8 % y teniendo con el 20,5 % los adultos de más de 90 años, en relación a los rangos de la OPS.

Según la OPS la población de todos los países de las Américas se encuentra en proceso de envejecimiento, aunque en los distintos países envejece a velocidad y en momentos diferentes. La disminución de los indicadores de fertilidad y de mortalidad, fundamentalmente a edades tempranas de la vida, está dando lugar a una transición demográfica muy rápida en la Región. No solo se ha incrementado la proporción de personas mayores en la población del continente, sino que también ha aumentado de manera importante la esperanza de vida al nacer y por edades específicas. Hoy en día, la esperanza de vida a los 60 años se ha calculado en 21 años; el 81 % de las personas que nacen en la Región vivirán hasta los 60 años, mientras que 42 % de ellas sobrepasarán los 80 años de edad.¹²

Los valores de hematocrito, hemoglobina y colesterol sérico, surge un razonamiento similar al utilizado con los valores de albúmina sérica. La hipocolesterolemia (<160) es muy importante como factor de riesgo de mortalidad, en particular asociada a cáncer. En presencia de desnutrición, sugiere que se debe a causas inflamatorias (desgaste), más que a baja ingesta. Así mismo, se puede tomar el recuento total de linfocitos en sangre periférica como indicador de desnutrición, ya que, la primera estructura del sistema inmune, el timo, y estructuras secundarias como el bazo y nódulos linfáticos, se alteran marcadamente en tamaño, peso, arquitectura y la sangre se hace evidente la depleción de linfocitos, disminuyendo su número total. Se mide en forma absoluta o se calcula basado en el recuento total de leucocitos y el porcentaje de linfocitos presentes. En la malnutrición se observan valores por debajo de 1500 linfocitos por mm³. Pero, como en la modificación de este indicador participan otras variables, su interpretación como indicador nutricional es limitado.¹³

En nuestro estudio se observa la prevalencia del hemograma en adultos mayores se encuentra en un rango alto con un 15,9 % y bajo un 9,1 %, mientras que el hematocrito se encuentra en un rango alto con un 9,1 % y bajo en un 13,6 %, se puede observar que los glóbulos blancos se encuentran en un rango bajo con un 34,1 % y alto en un 9,1 %, los monocitos se encuentran en un 100 % normales. Los neutrófilos se encuentran en rango normal con un 97,7 %, los glóbulos rojos se encuentran en un alto en un 13,6 % y bajo con un 6,8 % las plaquetas y volumen celular medio MCV se encuentran rangos normales.

En relación al estado nutricional en el estudio realizado por Josefa Danielma Lopes, detectado por MEN®, el presente estudio demostró que una parte considerablemente alta de los ancianos estaban en riesgo de desnutrición o

desnutridos, dato este corroborado con otro estudio que utiliza la MEN® como una de las maneras para evaluar el estado nutricional de los ancianos, que mostró que las mujeres presentaron 31.8 % de desnutrición y 50.0 % riesgo de desnutrición similares a los hombres, que presentaron 27.0 % y 40.0 %, respectivamente. Sin embargo, en el presente estudio la diferenciación no se hizo por sexo, sino por el número de ancianos. En una revisión sistemática de la literatura sobre indicadores antropométricos del estado nutricional en el anciano se constató que el MEN® se utilizó en nueve estudios y demostró un valor pronóstico de la desnutrición de 97,0 %.¹⁴

En nuestro estudio se presenta los resultados de la evaluación global del MNA (Mini Nutritional Assessment), en la cual se encontró que el 9,10 %⁴ adultos mayores se encuentran en riesgo de desnutrición, el 22,72 %¹⁰ presentó desnutrición y el 68,18 % se encontraron en estado nutricional normal.

5 Conclusión

Se puede observar que en la ciudad de Cuenca existe más adultos mayores institucionalizados en un rango de 70 a 95 años son viejas o ancianas y se encuentra en relación al rango de la Organización Panamericana de Salud. Con los cambios fisiológicos que se va desarrollando en el ser humano se puede observar que el individuo al llegar a ser adultos mayores existe un cambio en los perfiles lipídicos donde se puede observar que se relacionan con otros estudios, donde se debería es tener una mejor nutrición para poder evitar problemas de salud. Con el paso de los años el examen de sangre se puede verificar varios cambios del hematocrito ya que el mismo disminuye y puede provocar problemas de salud como la anemia que es muy prevalente y se tiene que prevenir con una mejor alimentación y mejor calidad de vida del adulto mayor.

6 Fuente de Financiamiento

Este estudio es autofinanciado.

7 Conflicto de Intereses

No existen conflictos personales, profesionales, financiero de otro tipo.

8 Consentimiento Informado

Los autores cuentan con el consentimiento informado de los pacientes para la investigación, la publicación del caso y sus imágenes.

Referencias Bibliográficas

1. Alvarado García AM, Salazar Maya ÁM. Aging concept analysis [Internet]. Vol. 25, Gerokomos. Spanish Publishers Associate; 2014 [citado el 4 de febrero de 2021]. p. 57-62. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2014000200002&lng=es&nrm=iso&tlng=es

2. Martínez Pérez T, González Aragón C, Castellón León G, González Aguiar B. El envejecimiento, la vejez y la calidad de vida: ¿éxito o dificultad? *Rev Finlay* [Internet]. 2018 [citado el 4 de febrero de 2021];8(1):59–65. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2221-24342018000100007
3. M RR. Valoración de factores biopsicosociales determinantes del riesgo de desnutrición en los adultos mayores en hogares de ancianos (Tesis). An la Fac Ciencias Médicas. 2015;48(2):17–32.
4. Tafur Castillo J, Guerra Ramírez M, Carbonell A, Ghisays López M. Factores que afectan el estado nutricional del adulto mayor. *Latinoam Hipertens* [Internet]. 2018;13(5). Disponible en: http://www.revhipertension.com/rlh_5_2018/factores_que_afectan_el_estado.pdf
5. Cuerda C, Álvarez J, Ramos P, Abánades JC, García-De-lorenzo A, Gil P, et al. Prevalence of malnutrition in subjects over 65 years of age in the community of Madrid. The DREAM + 65 study. *Nutr Hosp*. 2016;33(2):263–9.
6. Cordero R, Fontanillo P. Health status of the elderly. Current situation.
7. Musso AM. Anemia en el adulto mayor. *Acta Bioquim Clin Latinoam* [Internet]. 2017;51(3):319–24. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/535/53553013006.pdf>
8. Alvarado-García A, Lamprea-Reyes L, Murcia-Tabares K. La nutrición en el adulto mayor: una oportunidad para el cuidado de enfermería. *Enfermería Univ*. 2017;14(3):199–206.
9. Barrios JC, Torres AC, Vélez YF, Castellanos LB, Labrada PG, Hernández EM. Alimentación no saludable-sedentarismo-estrés asociados con HTA e IAM: Reporte de casos. *FACSALUD-UNEMI* [Internet]. el 15 de diciembre de 2020 [citado el 4 de febrero de 2021];4(7):3–10. Disponible en: <http://ojs.unemi.edu.ec/index.php/facsalud-unemi/article/view/1160>
10. Nestle Nutrition Institute. What is the MNA®? 2020;1–3.
11. Morros-González E, Borda MG, Reyes-Ortiz C, Chavarro-Carvajal D, Cano-Gutierrez C. Anciano con Diabetes y factores asociados. *Acta Médica Colomb*. 2017;42(4):230–6.
12. Loredó-Silva MT. Estado de salud de la población universitaria. *Salud Pública Mex*. 2015;19(6):867–92.
13. Faisant C, Lauque S GY. Valoración Nutricional Del Adulto Mayor. Parte I Módulos Valoración Clínica. 2009;12.
14. Ferreira Lopes JD, Guimarães Oliveira Soares MJ, Lidianne Jácome de Lima C, Maynard Costa Ferreira T, Simplício de Oliveira P, Alves da Silva M. Evaluación nutricional por el Mini Nutritional Assessment: una herramienta para las enfermeras TT - Avaliação nutricional pela Mini avaliação Nutricional: uma ferramenta para o enfermeiro TT - Nutritional assessment by the Mini-Nutritional Assessment: a. *Enferm glob*. 2018;17(51):267–305.

Recibido: 11 de octubre de 2020

Aceptado: 24 de octubre de 2020



Percepción de los pacientes con insuficiencia renal crónica sobre los cuidados proporcionados por el personal de enfermería del centro de hemodiálisis Dialvida Ambato

Perception of patients with chronic renal insufficiency about the care provided by the nursing staff of the hemodialysis center Dialvida Ambato

Rosa Mercedes Castillo Sigüencia¹, Mishel Abigail Guerra Castillo¹, Edison Gustavo Moyano Brito², Nube Johanna Pacurucu Avila²

¹ Universidad Técnica de Ambato, Ecuador

² Universidad Católica de Cuenca, Ecuador

*mguerra4913@uta.edu.ec

DOI: <https://doi.org/10.26871/killkanasalud.v4i4.754>

Resumen

Introducción: La percepción de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica es muy importante para el mejoramiento en el desempeño del personal de Enfermería en las unidades de Hemodiálisis. **Objetivo:** El objetivo fue describir la percepción de los pacientes con insuficiencia renal crónica sobre los cuidados proporcionados por el personal de enfermería del Centro de Hemodiálisis Dialvida Ambato. **Métodos:** Se realizó un estudio de tipo cualitativo, descriptivo, transversal, de campo y prospectivo para conocer las ideas, pensamientos y opiniones de pacientes con insuficiencia renal crónica que se realizan hemodiálisis sobre el cuidado de enfermería. Por efecto de la misma, la técnica de estudio que se ejecutó fue la entrevista semiestructurada a un total de 14 pacientes cumpliendo el criterio de saturación de información. **Resultados:** Los resultados en la siguiente investigación fueron de tipo fenomenológico, conceptual y descriptivo de la percepción frente al cuidado de enfermería, cuidados humanizado e influencia del proceso de la enfermedad en la vida cotidiana. **Conclusiones:** Las conclusiones que se obtuvieron de la investigación fueron positivas y de satisfacción respecto al cuidado de enfermería, cuidado humanizado, pero se hallaron respuestas negativas como la falta de aceptación y adaptación a su cambio en el estilo de vida de los pacientes.

Palabras clave: insuficiencia renal crónica, cuidado humanizado, cuidado de enfermería, hemodiálisis.

Abstract

Introduction: The perception of patients with Chronic Renal Insufficiency is very important for the improvement in the performance of the Nursing staff in the Hemodialysis units. **Objective:** The objective was to describe the perception of patients with chronic renal failure about the care provided by the nursing staff of the Dialvida Ambato Hemodialysis Center. **Methods:** A qualitative, descriptive, cross-sectional, field and prospective study was carried out to find out the ideas, thoughts and opinions of patients with chronic renal failure who undergo hemodialysis on nursing care. Due to its effect, the study technique that was carried out was the semi-structured interview with a total of 14 patients, fulfilling the information saturation criterion. **Results:** The results in the following research were phenomenological, conceptual and descriptive of the perception of nursing care, humanized care and the influence of the disease process in daily life. **Conclusions:** The conclusions that were obtained from the research were positive and of satisfaction regarding the nursing care, humanized care, but negative responses were found such as the lack of acceptance and adaptation to their change in the patients' lifestyle.

Keywords: chronic kidney failure, humanized care, nursing care, hemodialysis.

1 Introducción

El cuidado de enfermería son procedimientos y técnicas que deben ser realizadas y cumplidas a cabalidad, pero

además no se debe descuidar el cuidado humanizado del paciente, debido a que es una parte importante en su proceso de recuperación de la enfermedad. Por otra parte,

se considera que la insuficiencia renal crónica ha causado un gran impacto a cientos de personas no solamente a nivel mundial sino también a nivel nacional como es en el Ecuador debido a que es una situación clínica en el que se encuentra presente el deterioro progresivo y terminal del funcionamiento de los riñones; por consiguiente, el papel de los profesionales de enfermería debe ser especializado y humanista en la atención a pacientes con insuficiencia renal crónica y que reciben diferentes tipos de tratamientos como pueden ser la hemodiálisis, diálisis peritoneal, reemplazo renal y entre otros.

Se puede señalar que los retos para el personal de enfermería respecto al cuidado directo de pacientes con distintos tipos de enfermedades crónicas degenerativas cada vez son más grandes. Según datos de la Organización Mundial de la Salud, entre estas enfermedades crónicas degenerativas se encuentra la insuficiencia renal crónica, que es una enfermedad progresiva que no se propaga fácilmente y está muy relacionada con otras enfermedades como la enfermedad cardiovascular y la diabetes.¹ Cuando se trata de esta enfermedad, afecta aproximadamente al 10 % de la población mundial. Se puede prevenir pero no curar. Suele ser progresivo, silencioso, y los síntomas no aparecen hasta tarde, como soluciones (trasplante preventivo, diálisis (tratamiento entre domicilio y hospital), hemodiálisis diaria corta, hemodiálisis nocturna, diálisis peritoneal, diálisis diferida y cuidados paliativos) ya son muy invasivos y costosos. Muchos países carecen de recursos suficientes para comprar el equipo necesario o cubrir para todas las personas que necesitan estos tratamientos, el número de expertos disponibles tampoco es suficiente.^{2,3}

De igual forma, la alta incidencia de enfermedad renal crónica ha causado gran preocupación a nivel mundial y en América Latina, por lo que la Sociedad Latinoamericana de Nefrología e Hipertensión (SLANH) afirmó que un promedio de 613 pacientes por millón de habitantes podrían utilizarlo en 2011.² Considerando que Ecuador tiene 16'278,844 residentes (fuente INEC), se estima que para el 2015, habrá 11,460 pacientes con insuficiencia renal.⁴ Por tanto, desde un punto de vista epidemiológico, es obvio que las cifras antes mencionadas indican que la prevalencia de la enfermedad es alta, lo que tiene un gran impacto en la sociedad.

Al mismo tiempo, es cierto que la profesión de enfermería se centra en el cuidado de la salud y la vida, por lo que el esfuerzo y el trabajo de las personas por los cuidadores, las personas, las familias y las comunidades se ven comprometidos.⁵

Es por ello, la importancia de los cuidados de enfermería en pacientes con insuficiencia renal crónica ya que existe un aumento de pacientes con este diagnóstico y que requieren cuidados asistenciales y especializados del personal de enfermería durante las sesiones de hemodiálisis, "la enfermera tiene la responsabilidad de garantizar que se logre el flujo sanguíneo prescrito",⁶ además el personal debe cumplir con el rol de educación dirigida hacia el para

el cuidado del paciente en casa por sus familiares o a través de autocuidado, para garantizar una adecuada recuperación y mantenimiento de la calidad de vida.

En este sentido, es comprensible que el rol de los profesionales de enfermería en el departamento de hemodiálisis se complique principalmente por los múltiples roles que deben asumir. Tecnólogos de enfermería, personal de enfermería profesional, educadores, facilitadores y consejeros emocionales. Su responsabilidad es integrar estos roles para establecer una relación terapéutica especial con cada paciente, lo cual es una tarea compleja.⁷

Ante esta situación el desarrollo de la investigación es importante pues tiene como objetivo describir la percepción de los pacientes con insuficiencia renal crónica sobre los cuidados proporcionados por el personal de enfermería del Centro de Hemodiálisis Dialvida Ambato.

2 Materiales y métodos

La investigación fue de tipo cualitativa, descriptiva y de campo pues la aplicación y recolección de datos a través de una entrevista se realizó en el Centro de Hemodiálisis Dialvida Ambato.⁸⁻¹⁰ Además, la investigación fue de corte transversal y tuvo un enfoque prospectivo.^{11,12} La población objeto de estudio fueron los pacientes con diagnóstico de insuficiencia renal crónica que reciban tratamiento y atención de enfermería en hemodiálisis por más 1 año y de rango de edad de 30-70 años.

Este estudio, por ser cualitativo, no se estipula una muestra ni un muestreo, pues se tomó en cuenta la saturación de la información. La representatividad de estas muestras no radica en la cantidad de las mismas, sino en las posibles configuraciones subjetivas (valores-creencias-motivaciones).¹³ Se logró la saturación de la información en 14 participantes de la investigación. Finalmente, como criterios de exclusión fueron los pacientes que reciban tratamiento de diálisis peritoneal, pacientes pediátricos y con patologías agregadas que limite dar información.

Previo a la aplicación de las entrevistas, se tomó en cuenta la variedad de pacientes por horarios y días de tratamiento. Además, se cumplieron con los protocolos de bioseguridad para el ingreso a la institución. Se explicó en términos claros y sencillos sobre los objetivos y el consentimiento informado. Posterior a firmar el consentimiento informado, se le informó y se le guía al lugar donde se realizó la entrevista. Las entrevistas realizadas fueron grabadas con la finalidad de mantener fielmente las respuestas de los participantes de la investigación.

Para realizar el análisis y procesamiento de datos fue necesario, categorizar, reducir, sintetizar, clarificar, comparar y sintetizar la información con el fin de contar con una visión completa de la realidad del objeto de estudio.¹⁴ En relación a lo anteriormente mencionado se empleó la teoría de codificación de Yuni y Urbano. Mientras que para la categorización y subcategorización se utilizó como referencia la teoría de Baéz y Tudela.¹⁵

3 Resultados

Después de la codificación de la información hallada en las entrevistas, se procedió a la categorización y sub

categorización, con la finalidad de organizar la información obtenida para su posterior análisis.

Tabla 1: Categorización, subcategorización y codificación de resultados

Tema central	Categoría	Subcategoría	Codificación
Percepción de los pacientes con insuficiencia renal crónica sobre los cuidados proporcionados por el personal de enfermería del centro de hemodiálisis Dialvida Ambato	Cuidado	Autocuidado	Estilo de vida Alimentación Actividad física Higiene personal Prevención de accidentes Diagnóstico
		Asistencia sanitaria	Asistencia médica Sistema de salud Tratamiento Equipo multidisciplinario Cuidado asistencial Cuidado integral Prescripción Prevención de complicaciones
		Valores	Hermandad Solidaridad Apoyo Compañerismo
		Red de apoyo	Familia Hogar
	Cuidado Humanizado	Valores	Empatía Solidaridad Caritativo Humanidad Amabilidad Compañerismo
		Sentimientos	Preocupación
		Cuidado asistencial	Monitorización de signos vitales Tratamiento
	Cuidado de Enfermería	Cuidado asistencial	Gestión de sistema de salud Ayuda Cuidado integral Educación Tratamiento Sistema de salud Control de signos vitales Medidas de bioseguridad Desinfección del entorno Informe de enfermería
		Cuidado especializado	Conocimientos previos en dializadores Capacitación del uso de dializadoras Practica previa en dializadores Procedimiento invasivo Equipo multidisciplinario Manejo de complicaciones Prevención de complicaciones Complicaciones Condición clínica Cuidado integral
		Personal de enfermería	Virtud Amabilidad Pulcritud Cortesía Actitud positiva
		Relación paciente-enfermera	Falta de comunicación Incumplimiento del tratamiento Desinformación Cumplimiento en el tratamiento Hecho percibido
		Expectativas y experiencias	Satisfacción Experiencias positivas Experiencias negativas

Tabla 2: Categorización, subcategorización y codificación de resultados... (continuación)

Tema central	Categoría	Subcategoría	Codificación
	Influencia del diagnóstico y tratamiento en la vida cotidiana	Conocimiento	Antecedente patológico personal Antecedentes patológicos familiares Desinformación Síntomas Complicaciones post-diálisis Alteración mental Diagnóstico
		Emociones y sentimientos	Incertidumbre Tristeza Sentimientos positivos Temor Desesperanza
		Autocuidado	Tratamiento Desatención Complicación
		Nueva perspectiva	Hechos percibidos Negación Personal médico Hogar Trabajo Familia Aceptación Adaptación Convivencia Apoyo Modificación del estilo de vida Motivación

Fuente: Entrevista a los pacientes con insuficiencia renal crónica sobre los cuidados proporcionados por el personal de enfermería del Centro De Hemodiálisis Dialvida Ambato

4 Aproximación teórica

4.1 Definición de los cuidados proporcionados por el personal de enfermería según la percepción del paciente con insuficiencia renal crónica

El cuidado de enfermería a pacientes con insuficiencia renal crónica es el conjunto de actividades y procedimientos técnicos especializados ejecutados con responsabilidad, conocimientos previos en el manejo de dializadoras, estos deben ser planificados de acuerdo a la característica y valoración clínica de cada paciente con la finalidad de que durante el proceso de hemodiálisis se cumpla la prescripción médica, además de la prevención y manejo de complicaciones de manera oportuna.

Por esta razón el personal de enfermería cumple roles y funciones asistenciales, administrativas, investigación y educación. Siendo necesaria la gestión de salud en cumplimiento de la necesidad y requerimiento de cada paciente ya que presentan otras patologías asociadas a la insuficiencia renal crónica y deben ser atendidos en distintas casas de salud en caso de ser requerido la asistencia médica de otras especialidades. De esta manera lograr la satisfacción de las necesidades de los pacientes y cumplir con todas las expectativas para mejorar su calidad de vida.

4.2 Descripción de la definición de cuidado humanizado desde la perspectiva del paciente con insuficiencia renal crónica

El cuidado humanizado desde la perspectiva de los pacientes se basa primordialmente en la humanidad, la empatía, solidaridad y la preocupación por el otro. Los pacientes

no ingresan solos a una sala de diálisis, se encuentran en compañía de muchas otras personas que se van a someter a un mismo proceso, pero cada individuo es un mundo diferente y requiere de distintos cuidados a más de los procesos técnicos de la hemodiálisis. Muchos de ellos aplican el compañerismo ya que la convivencia y la asistencia al cumplimiento de la hemodiálisis y la aceptación del mismo es difícil y diferente para cada persona.

5 Discusión

5.1 El cuidado

Para definir el cuidado es necesario conocer que esta palabra etimológicamente proviene del término “cuidare/curare”.¹⁶ Del mismo modo se entiende que desde el inicio de la vida debe estar presente el cuidado como una estrategia de protección de riesgos posibles para la salud e integridad, que es aprendida desde temprana edad.¹⁷ En este contexto se puede correlacionar la información que se recopiló de las entrevistas en el que “Cuidado, tener mucha disciplina, en cuidarse uno con los alimentos, saberse cuidar bastante y no desmandarse que más le podría decir, más que todo por la diálisis que se hace, toca hacerse terapia, hacerse deporte es lo que mantiene más al paciente...” (Seudónimo: Jackson, S).

De manera similar, la palabra “cuidar” puede conceptualizarse como un proceso dinámico e interactivo. Se compone de las siguientes categorías: inclusión familiar, interacción interpersonal y atención distintiva (centrada en las personas). En los códigos involucrados en estas categorías, hay relaciones humanas dentro del significado, estas relaciones

humanas encarnan el intercambio de acciones o ideas para fines específicos, e incluyen el respeto y la individualización en entidades con características propias y específicas. Al mismo tiempo, en esta dinámica, se ha comprobado el papel fundamental de la comunicación y el interés por los demás, lo cual es una promesa de compasión de manera sincera ante las peticiones especiales de los individuos que viajan cuando lo necesitan.¹⁸

5.2 Cuidado Humanizado

Watson, autor de *The Theory of Humanistic Care*, cree que dada la estructura, los nuevos modelos y los cambios tecnológicos pueden conducir a la deshumanización de la atención de la salud, los profesionales de enfermería deben salvar los aspectos humanos, espirituales y sobrehumanos.¹⁹ Por tanto, el cuidado debe brindarse de manera personalizada, es decir, al realizar el cuidado, siempre debemos considerar a las personas que tenemos frente a nosotros, porque todos somos maravillosos, únicos e irrepetibles.²⁰ Los pacientes son el principal motivo por el que debemos mantener un cuidado humano. "¿quién ... nos pueden ayudar en todos los aspectos, nos dan la mano en todos los aspectos, pero también hay que darles a algunos compañeros que sufren mucho por la diálisis ..." (Alias: Peterson (W) Sin embargo, en el estudio de Herrera et al., Los resultados mostraron un alto nivel de comprensión del cuidado humanizado. El puntaje más bajo es promover la fe y la esperanza (M = 3.56; SD = 0.19) para promover y aceptar la expresión de sentimientos positivos y negativos (M = 2.07; SD = 0.25),²¹ y en esta encuesta, describimos la atención interpersonal, porque nos cuidamos unos a otros como pacientes, por eso nos preocupa que ese tipo de gente no venga, sentimos que nos ayudamos unos a otros ... " (seudónimo: Tesla, N)

5.3 Cuidado de enfermería a pacientes con insuficiencia renal crónica de un centro de hemodiálisis

Para lograr un adecuado cuidado a pacientes con insuficiencia renal crónica con tratamiento de hemodiálisis, es necesario personal apto ya capacitado para desempeñar las distintas funciones por ello entre las respuestas se encontró "... deben ser unas personas capacitadas especialmente en hemodiálisis, deben capacitarles antes de mandarles para acá, a veces no sacan bien las agujas, es necesario personas capacitadas y con mucha paciencia. ..." (seudónimo: Orem, D)

Así mismo, el cuidado de enfermería comprende aspectos afectivos, relativos a la actitud, conocimiento, valores, habilidades, así como elementos técnicos que no pueden ser separados para otorgar cuidados, incluyen también la identificación del significado del cuidado para quien lo otorga y para quien lo recibe, la intención y la meta que se persigue.²²

Sin embargo, en la investigación de López et al en el año 2018 en Colombia obtuvieron los resultados fueron que entre el 60 % y 85 % de la población evaluaba de manera

positiva los cuidados proporcionados por el personal de enfermería.²³ En relación al presente estudio se encontraron percepciones positivas como la siguiente respuesta: "El personal de enfermería muy bueno, nos atiende mucho, nos cuidan bastante, se preocupan por nosotros, cuando a veces necesitamos que nos ayuden con los turnos para el hospital nos dan, también cuando tenemos muchos problemas nos guían." (Nightingale, F).

Por otro lado, Vásquez et al en el año 2019 confirma que acciones como la provisión de información, la educación, el entrenamiento y seguimiento son claves para lograr un éxito en la práctica de cuidado.²⁴ En contexto con lo anteriormente mencionado, los cuidados de enfermería van de la mano con la información, preparación y capacitación previa, la educación y el seguimiento

5.4 Influencia del diagnóstico y tratamiento en la vida cotidiana

Está claro que exponer sobre el impacto que este tipo de tratamiento ejerce sobre un paciente de hemodiálisis, básicamente por la exposición a distintas fuentes de ansiedad, tales como: dependencia a una máquina y al equipo médico, restricción dietética, tratamiento multifarmacológico, dificultad para replantear y planificar su futuro, entre otras.²⁵ Es por ello que entre las respuestas se halla la negación y la aceptación de la enfermedad como se da en esta respuesta "Me ha afectado, hasta ahora no lo acepto, aceptarlo sería venir acá como si nada y hacer la vida normal como si fuera parte de mi vida, pero no, no puedo. Me ha afectado en todo sentido, no sé cuándo lo aceptaré" (seudónimo: Evans, C).

Por tanto, la respuesta y la información obtenida están directamente relacionadas con el estudio realizado por Pabón et al. En 2015. Los resultados del estudio indican que la dimensión de la calidad de vida más afectada es una fisioterapia para la insuficiencia renal, que afecta la vida de pacientes El mayor factor de calidad es la hemodiálisis.²⁶

Cabe destacar que para una persona con IRC someterse a hemodiálisis puede ser una realidad impuesta, muchas veces sin tener noción de lo que el tratamiento implica en su vida. Es aquí en donde las personas experimentan la aceptación o no de esta nueva realidad, en donde las personas pueden esforzarse por mantener la vida que mantenían antes del tratamiento o bien, pueden refugiarse en la nueva vida que conlleva, dejando trabajos, actividades de gusto o entorno social.²⁷

En este contexto, las respuestas en relación al cambio y la influencia del diagnóstico en la vida cotidiana de las personas se han visto de la siguiente manera: "Esta enfermedad al menos para mí personalmente es un cambio de vida total, es una enfermedad silenciosa. ..." (seudónimo: Jackson, S). La aceptación y el aprendizaje es algo muy distinto en cada persona siendo esencial el apoyo familiar.

Se puede observar que en el estudio de 2018 de Gómez et al., El 86,7 % de las personas cree que el papel de la familia en todos los procesos crónicos de los pacientes es crucial,

porque exhibe cambios y por tanto se adapta al eje de su proceso y procesamiento.²⁸

Por lo tanto, la felicidad de todos depende de sus propios valores, creencias, antecedentes culturales e historia de vida personal. Por lo tanto, las personas con afecciones clínicas similares experimentarán afecciones diferentes.²⁹ La calidad de vida incluye 4 aspectos básicos: salud física (autonomía y capacidad física), malestar físico (síntomas provocados por enfermedad y tratamiento), estado mental (emoción, ansiedad y depresión) y problemas de relación social (familiar y profesional), lo que significa que es necesario considerar el malestar físico independientemente del dominio físico.³⁰ Por lo que, al hablar de la vida cotidiana de una persona con IRC es necesario conocer que existe un impacto grande en los dominios antes mencionados que afectan a cada persona desde el diagnóstico y consecuentemente en el tratamiento, como se menciona en la respuesta:

“Al comienzo fue bien duro que tenía ganas hasta de quitarme la vida, porque fue un golpe bien duro, tengo un pequeñito de 7 años eso cambio totalmente mi vida, dio un giro bastante fuerte en mi vida pero gracias a las personas al psicólogo a la trabajadora social y a todos en si aquí, me han ayudado a tomar mi enfermedad como que día a día que va pasando, tomando en cuenta que es una enfermedad que va a estar conmigo hasta cuando Dios nos preste la vida y en mi casa igual mis padres y más que todo verle a mi hijo me ha dado fuerzas para seguir luchando y poder enfrentar esta enfermedad que no es nada fácil pero ahí le damos” (Seudónimo: Stark, T)

6 Conclusiones

Se describieron los cuidados proporcionados por el personal de enfermería según la percepción del paciente con insuficiencia renal crónica del Centro de Hemodiálisis Dialvida Ambato, los cuales fueron obtenidos a través de la codificación, categorización y subcategorización de las respuestas. Los cuidados fueron definidos exitosamente pues se abarca no solo el cuidado asistencial sino también el procedimiento técnico especializado que realiza el personal de enfermería y los retos a los cuales se enfrenta como es la prevención y tratamiento oportuno de complicaciones

En cuanto al cuidado de enfermería se recomienda realizar un estudio longitudinal con la finalidad de que se conozca a profundidad todos los procedimientos de enfermería en el Centro de Hemodiálisis y el nivel de cumplimiento de cada uno con relación a los objetivos y expectativas de cada paciente.

7 Fuente de Financiamiento

Este estudio es autofinanciado.

8 Conflicto de Intereses

No existen conflictos personales, profesionales, financiero de otro tipo.

9 Consentimiento Informado

Los autores cuentan con el consentimiento informado de los pacientes para la investigación, la publicación del caso y sus imágenes.

Referencias Bibliográficas

1. Lopera-Medina MM. La enfermedad renal crónica en Colombia: Necesidades en salud y respuesta del Sistema General de Seguridad Social en Salud. *Rev Gerenc y Polit Salud*. 2016 Jan 1;15(30):212–33.
2. PAHO/WHO | PAHO and Latin American Society of Nephrology call for increased prevention and better access to treatment for kidney disease [Internet]. [cited 2021 Feb 20]. Available from: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=10542:2015-opsoms-sociedad-latinoamericana-nefrologia-enfermedad-renal-mejorar-tratamiento&Itemid=1926&lang=en
3. Red R. Manual de diálisis daugirdas 4a ed [Internet]. [cited 2021 Feb 20]. Available from: https://www.academia.edu/28497488/Manual_de_diálisis_daugirdas_4a_ed
4. Presentación Diálisis Criterios de Priorización y Planificación.pdf [Internet]. [citado 28 de octubre de 2020]. Disponible en: https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/sigobito/tareas_seguimiento/1469/Presentaci%C3%B3n%20Di%C3%A1lisis%20Criterios%20de%20Priorizaci%C3%B3n%20y%20Planificaci%C3%B3n.pdf
5. Lagoueyte Gómez María Isabel. El cuidado de enfermería a los grupos humanos. *Rev. Univ. Ind. Santander. Salud* [Internet]. 2015 Aug [citado 30 octubre de 2020]; 47(2): 209-213. Disponible en : http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-08072015000200013&lng=en.
6. Thomas N. *Renal Nursing* [Internet]. 4th ed. London: WILEY Blackwell; 2014 [citado 9 de Noviembre de 2020]. Disponible en: <https://ebookcentral.proquest.com/lib/uta-ebooks/reader.action?docID=1524294&query=renal+nursing+>
7. Partida K, Tejada L, Chavez Y, Hernandez O, Lozano M. El cuidado de enfermería a los enfermos renales en hemodiálisis: desafíos, dilemas y satisfacciones. *Revista da Escola de Enfermagem da USP* [Internet]. 2019 [citado 5 de Noviembre de 2020];:2. Disponible en : https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342019000100484&script=sci_arttext
8. Sampieri, R. (2006). Enfoque cualitativo y cuantitativo, según Hernández Sampieri.. [online] Portafolio académico. Disponible en : <https://portaprodi.wordpress.com/enfoque-cualitativo-y-cuantitativo-segun-hernandez-sampieri/> [Accessed 16 oct.-20].
9. Guadalupe, S., Castillo, R., Fernandez, M. and Herrera, J. (2017). *Enfermería Investiga*. [Internet] Fcs.uta.edu.ec. Disponible en: <https://fcs.uta.edu.ec/v3.2/investigacion/>

- libros%20enfermeria/LIBRO%20ENFERMER%20C3%8DA%20INVESTIGATIVA.pdf [Accessed 16 oct.20].
10. Sanchez H, Reyes C, Mejia K. Manual de términos en investigación científica, tecnológica y humanística [Internet]. Lima: Universidad Ricardo Palma; 2018 [citado 20 de Octubre de 2020]. Disponible en : <http://repositorio.urp.edu.pe/handle/URP/1480>
 11. Manterola C, Quiroz G, Salazar P, Garcia N. Metodología de los tipos y diseños de estudio más frecuentemente utilizados en investigación clínica. Revista Medica Clinica Las Condes [Internet]. 2019 [citado 8 de Octubre de 2020];(30):36-49. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864019300057>
 12. Modelos De Estudios En Investigación Aplicada: Conceptos Y Criterios Para El Diseño. Med Segur Trab [Internet]. 2008 [cited 8 October 2020];(210):7-8. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/mesetra/v54n210/aula.pdf>
 13. Serbia J. Diseño, muestreo y análisis en la investigación cualitativa. Hologramática [Internet]. 2007 [cited 25 November 2020];(7):123-133. Available from: http://dspace.utaclca.cl/bitstream/1950/9421/1/Serbia_JM.pdf
 14. Guerrero M. La investigación cualitativa. Revista de la Universidad Internacional del Ecuador [Internet]. 2016 [citado 25 de Noviembre de 2020];:1-9. Disponible en: <https://revistas.uide.edu.ec/index.php/innova/article/view/7/1442>
 15. Urbano P. Análisis de datos cualitativos. Revista Fedumar Pedagogía y Educación [Internet]. 2016 [citado 25 de Noviembre de 2020];(3):113-126. Disponible en: <http://editorial.umariana.edu.co/revistas/index.php/fedumar/article/view/1122/1064>
 16. Alba Martín - 2015 - El concepto de cuidado a lo largo de la historia.pdf [Internet]. [citado 28 de noviembre de 2020]. Disponible en: https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/46617/1/Cultura-Cuidados_41_12.pdf
 17. Becerra A, Guarnizo M, Vargas L. Significado del cuidado antes de iniciar la formación profesional en Enfermería. Educación Médica Superior [Internet]. 2018 [Citado 2 de diciembre de 2020];32(3):133-146. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412018000300011
 18. Ramírez Elizondo N. Significado, relevancia y elementos de género asociados al cuidado: metasíntesis cualitativa. Index de Enfermería [Internet]. 2016 [Citado 28 de noviembre de 2020];25(1-2):33-7. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962016000100008
 19. Monje P, Miranda P, Oyarzún J, Seguel F, Flores E. Percepción de cuidado humanizado de enfermería desde la perspectiva de usuarios hospitalizados. Ciencia y Enfermería [Internet]. 2018 [citado 2 de diciembre de 2020];24(5):1-10. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532018000100205
 20. Vanegas P. Cuidado humanizado: un desafío para el profesional de enfermería. REVISALUD Unisucre [Internet]. 2015 [citado 30 de Noviembre de 2020];3(1):26-30. Disponible en: <https://www.recia.edu.co/index.php/revisalud/article/view/575/620>
 21. Herrera V, Tandazo B, Idrovo M. Percepción de cuidado humanizado de enfermería en pacientes con insuficiencia renal crónica. Conecta Libertad [Internet]. 2020 [citado 4 de Noviembre de 2020];:1. Disponible en: <http://revistaitsl.itslibertad.edu.ec/index.php/ITSL/article/view/93>
 22. Lascano M, Barrera E, Cedeño D, Hernandez N, Segovia A, Jimenez R et al. Competencias del personal de enfermería en el paciente con hemodiálisis. Educación y Salud Boletín Científico Instituto de Ciencias de la Salud Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo [Internet]. 2017 [citado 30 de Noviembre de 2020]; 6(11). Disponible en: <https://repository.uaeh.edu.mx/revistas/index.php/ICSA/article/view/2722/2746>
 23. Alfonso López-Soracipa V, Alexandra España-Barrios E, Elena Hernández-Garcés A. Estimación de calidad del cuidado de enfermería en pacientes sometidos a hemodiálisis. Revista Ciencia y Cuidado. 1 de enero de 2018;15:71. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/323827915_Estimacion_de_calidad_del_cuidado_de_enfermeria_en_pacientes_sometidos_a_hemodialisis
 24. Vásquez C. Plan de cuidados de enfermería en pacientes insuficientes renales atendidos en medicina interna del hospital San Vicente de Paúl 2019 [Licenciatura]. Universidad Tecnica del Norte; 2019. Disponible en: <http://repositorio.utn.edu.ec/bitstream/123456789/9851/2/06%20ENF%201141%20TRABAJO%20DE%20GRADO.pdf>
 25. Cevallos A, Anchundia A, Velez M, Cedeño C, Santana Z, Agul M. Calidad de vida en pacientes con tratamiento terapéutico de hemodiálisis. Dominio de las Ciencias [Internet]. 2019 [citado 30 de Noviembre de 2020];(1):3-31. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6869946>
 26. Pabón-Varela Y, Paez-Hernandez KS, Rodriguez-Daza KD, Medina-Atencia E, López-Tavera M. Adult's life quality with chronic kidney disease, A bibliographic view. 2015;12:8. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/5121/512156300010.pdf?fbclid=IwAR2BjpoIaFbaNQqH-5S0b9GRfAoQU-WCKKmaicvLs-oBDYm64WfQVt4FqQY>
 27. Andrade M, Guerreiro D, Rozza S. Vida después de la hemodiálisis. Texto Contexto Enferm [Internet]. 2020 [citado 2 de Diciembre de 2020];(29):1-15. Disponible en: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072020000600309&script=sci_arttext&tlng=es
 28. Martínez NG, Martínez NG, Sánchez F de JC, Caiza JNT. Intervención de enfermería en el estado emocional de pacientes hemodializados en el Hospital General Ambato. Enfermería Investiga: Investigación, Vinculación, Docencia y Gestión. 2018;3(3):142-8. Disponible en: <https://>

- dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6602842P
29. Lleixà M, Casadó L, Andújar J, Solà Miravete E, Martínez E, Salvadó T. Valoración de la calidad de vida relacionada con la salud en la enfermedad renal crónica terminal mediante un cuestionario de resultados percibidos por los pacientes. *Enfermería Nefrológica* [Internet]. 2016 [citado 3 de Diciembre de 2020]; 19(4):331-340. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S2254-28842016000400004&script=sci_arttext&tlng=pt
 30. Krederdt S, Taboada D, Meléndez E. Calidad de vida percibida en pacientes con insuficiencia renal crónica terminal ambulatorios. Servicio nefrología hospital nacional Alberto Sabogal Sologuren –ESSALUD. Callao. *Revista Científica de Enfermería* [Internet]. 2020 [citado 3 de Diciembre de 2020];(2):2-15. Disponible en: <https://revista.cep.org.pe/index.php/RECIEN/article/view/26/25>

Recibido: 9 de octubre de 2020

Aceptado: 25 de octubre de 2020



Anemia durante el tercer trimestre del embarazo, Cuenca – Ecuador

Anemia during the third quarter of pregnancy, Cuenca - Ecuador

María Cecilia Ochoa Hurtado^{1,2}, Julio César Cárdenas Mateus^{1,2}, Jeanneth Patricia Tapia Cárdenas*³, Zoila Katherine Salazar Torres³, Edison Gustavo Moyano Brito³

¹Ministerio de Salud Pública, Ecuador

²Hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social

³Universidad Católica de Cuenca, Ecuador

*jptapiac@ucacue.edu.ec

DOI: <https://doi.org/10.26871/killkanasalud.v4i4.755>

Resumen

Antecedentes: La anemia en la actualidad es considerada como un problema de salud a nivel mundial, con mayor frecuencia en países en vías de desarrollo, con un incremento en la morbi-mortalidad materno fetal. **Objetivo:** Determinar la prevalencia de la anemia y factores asociados durante el tercer trimestre del embarazo, en el Departamento de Ginecología-Obstetricia del Hospital Vicente Corral Moscoso, 2018. **Materiales y métodos:** Se realizó un estudio observacional, analítico, transversal, con la participación de 354 embarazadas que cumplieron los criterios de inclusión. La información se recolectó de los expedientes clínicos mediante un formulario. Para el análisis estadístico se empleó el programa SPSS versión 15, estadística descriptiva, y para la asociación de factores de riesgo se aplicó la prueba chi cuadrado, reportándose una razón de prevalencia con nivel de confianza del 95 % y el valor de p (<0.05). **Resultados:** La prevalencia de anemia fue del 25,7 % (IC 95 %: 21.01 %-30.4 %) siendo más elevada en adultas jóvenes con el 40,7 %, residentes en áreas rurales con 51,6 %, instrucción secundaria 62,6 %, ocupación ama de casa con 46,2 %, estado civil soltera y casada en un 40 %; además fue más común en gestantes con >5 controles prenatales con el 74,7 %, multigestas en un 62,6 %, embarazos a término con el 86,8 %. Además, se encontró relación estadísticamente significativa (p<0,05) con: adultas jóvenes y primigestas; el sobrepeso u obesidad fueron un factor protector. **Conclusiones:** La prevalencia de anemia fue elevada y se asoció con factores no modificables como: edad y ser primigesta.

Palabras clave: anemia, epidemiología, diagnóstico, embarazo .

Abstract

Background information: At present, anemia is considered a health problem worldwide, predominating at its most part in developing countries, and causing an increase in maternal-fetal morbimortality. **Objective:** To determine the prevalence of the anemia and associated factors during the third trimester of pregnancy in the Gineco-Obstetrics Department, in Vicente Corral Moscoso Hospital in 2018. **Materials and methods:** Observational, analytical, and transversal studies were conducted in this research, where 354 patients contributed and complied with the criteria for their inclusion in this study. The information was extracted from clinical files by means of a form. For the statistical analysis, version 15 of the program SPSS was utilized, making use of descriptive statistics; for the association of risk factors, the Chi-square test was applied, reporting predominance with a level of reliability of 95%, and the value of (<0.05). **Results:** The prevalence of anemia was 25,7% (IC 95%: 21.01%-30.4%) being predominantly higher in female young adults with 40,7%; rural areas inhabitants with 51,6%, secondary education with 62,6%, those with an occupation of housewife with a 46,2%, and civil status single and married respectively, with a 40%. In addition, it was common in pregnant women with >5 prenatal control with 74,7%; multiple gestations in a 62,6%, and pregnancy end periods with 86,8%. It was found a statistically significant relation (p< 0,05) between young adults and newly pregnant; overweighting and obesity were protective factors. **Conclusions:** The prevalence of anemia was high, and it was linked to non-alterable factors such as age, and the fact of being newly pregnant.

Keywords: anemia, epidemiology, diagnosis, pregnancy .

1 Introducción

Se considera anemia a la disminución del nivel de hemoglobina ocasionada por el déficit de glóbulos rojos

destinados al transporte de oxígeno hacia las células.¹ Fisiológicamente durante la gestación existe un incremento en el plasma sanguíneo además de los hematíes, que ayudan

a compensar los diversos cambios funcionales del embarazo.²

La anemia gestacional puede causar complicaciones, que, si no son detectadas durante el periodo prenatal y tratadas de manera adecuada conllevan un riesgo para desarrollar hemorragia postparto, amenaza de parto pretérmino además de consecuencias no favorables para el binomio madre e hijo.²

La Organización Mundial de la Salud (OMS)⁵ y el Colegio Estadounidense de Obstetras y Ginecólogos (ACOG), clasifican a la anemia según los niveles de hemoglobina y de acuerdo con el trimestre del embarazo en los siguientes rangos: nivel inferior a 11 g/dl en el primer y tercer trimestre y 10.5 g/dl en el segundo.⁶

En el Ecuador según las normas del Ministerio de Salud Pública (MSP), se clasifica la anemia de acuerdo al nivel de gravedad en: leve, moderada y severa en dependencia de la concentración de hemoglobina con rangos que oscilan entre 10.1 -10.9 g/dl; 7-10g/dl e inferior a 7g/dl⁵ respectivamente.⁷

La génesis de la anemia durante la gestación es multifactorial y está relacionada con la edad, ocupación, paridad, nivel de instrucción, residencia, antecedentes obstétricos, número de controles prenatales y el seguimiento de la gestación durante cada trimestre.^{8,9}

La Organización Mundial de la Salud indica una prevalencia del 41,8 % para anemia en la gestación siendo la causa principal la deficiencia de hierro,⁵ ésta realidad tiene mayor contraste en grupos de madres con menor nivel de instrucción, bajo estatus socioeconómico, cursar su tercer trimestre de la gestación y un mal manejo preconcepcional (10,11).

En la literatura biomédica se puede evidenciar que las cifras de anemia varían en dependencia de las áreas geográficas, y el tamaño muestral de los diferentes estudios consultados, es así que en Europa se muestran frecuencias de alrededor del 27,5 %, Asia y otras Islas del Pacífico un 29 %, en afroamericanas el 48,5 %, en americanas un 33,9 %, en hispanas y latinas en un 30,1 %.¹²

Un metaanálisis realizado en China con 5.8752 embarazadas determinó que la prevalencia de anemia durante la gestación fue 19,9 % y en el tercer trimestre de 28,1 %.¹³ En Etiopía en el año 2017, se determinó la prevalencia de anemia en un 23 % y conforme se analizó los factores que se relacionaron con el nivel socio económico, el cursar el tercer trimestre del embarazo, multiparidad, bajo acceso a cuidados prenatales y malnutrición.¹⁴

En Colombia en el 2010, en un estudio donde participaron 1.385 gestantes entre 13 y 49 años, la prevalencia anemia fue del 11 %; los factores asociados fueron: nivel de instrucción en 19,4 %, bajo nivel socioeconómico en 12,7 %, residencia región atlántica o pacífica 16 % y 12,7 % respectivamente y mujeres afro-colombianas en 18,6 %.¹⁵

En Perú en un estudio se incluyó 28.7691 registros, obteniéndose una prevalencia del 28 %, siendo la anemia leve

la más frecuente con el 25,1 %.¹⁶ En México se evidenció una prevalencia de anemia del 20,6 %.¹⁷

En Pereira, en un estudio realizado a 1.493 mujeres se demostró una prevalencia de anemia del 32,01 %.¹⁸ En Bolivia, en una investigación se revisaron 98 historias clínicas, la prevalencia de anemia en la gestación fue de 40,8 % y según la gravedad leve, para moderada y grave fue de 65,3 %, 28,7 % 5,9 %.¹⁹ En Venezuela en 520 gestantes se presentó una prevalencia de anemia ferropénica de 51,3 %.²⁰

En Ecuador, existen diferentes reportes de la incidencia de anemia en gestantes; es así que en el 2012 en el Hospital Isidro Ayora en embarazadas que cursaban el tercer trimestre de gestación la prevalencia fue del 12 %, en un estudio descriptivo en la ciudad de Cuenca en el mismo año se evidenció una frecuencia del 12 %.²² La Guía de Práctica Clínica del MSP, indicó un ascenso en la frecuencia de anemia a 46,9 %; en esta línea, una investigación realizada en Quito encontró una prevalencia de anemia del 46,5 %.²³

Otros estudios identificaron como factores de riesgo el nivel socioeconómico, ser madres adolescentes, sin pareja, bajo estado nutricional y etnia, no obstante, esta patología es evidentemente prevenible y manejable (24,25).

Existen múltiples causas que pueden llevar al desarrollo de anemia, por lo que se debe realizar un control adecuado para evitar complicaciones y de la misma manera iniciar un tratamiento precoz;²⁶ sin embargo, durante el embarazo se describen con mayor frecuencia la anemia asociada a la deficiencia de hierro y la fisiológica o dilucional; las otras causas deberán estudiarse en pacientes que tengan embarazos de alto riesgo.²⁷

De acuerdo a lo descrito, al iniciar la gestación ocurrirán cambios fisiológicos de adaptación del organismo que de una u otra forma pueden contribuir a que se presenten ciertas complicaciones, por lo que el objetivo de la presente investigación es determinar la prevalencia de la anemia y factores asociados durante el tercer trimestre del embarazo, en el Departamento de Ginecología-Obstetricia del Hospital Vicente Corral Moscoso, 2018.

2 Materiales y metodos

Se realizó un estudio observacional, analítico, transversal, el universo del estudio lo conformaron 4776 historiales clínicos de las pacientes que cursaron el tercer trimestre del embarazo que ingresaron al Área de Ginecología y Obstetricia del Hospital Vicente Corral Moscoso durante el año 2018. Para el cálculo el tamaño de la muestra se consideró sobre la base del 95 % del nivel de confianza, 5 % de error de inferencia y una prevalencia de anemia del 46,9 % según la Guía de Práctica Clínica del 2014,²⁸ obteniendo una muestra de 354 pacientes. Para dar representatividad a la muestra, se realizó un muestreo probabilístico aleatorio simple de las historias clínicas que cumplieron los criterios de inclusión.

Para el análisis de los datos se procedió conforme al tipo de variable, para las variables dico o politómicas se utilizó frecuencias y porcentajes, para las cuantitativas medidas de tendencia central como la media, y de dispersión como la desviación estándar (DS). Para la determinación de la asociación entre los factores y la anemia se procedió inicialmente aplicando la prueba de Chi Cuadrado de Pearson (X^2) y para cuantificar el riesgo se empleó la razón de prevalencia (RP), nivel de confianza de 95 %, para la determinación de la significancia estadística se usó el valor de p con un punto de cohorte en 0,05 (5 %).

La información recolectada se realizó a través del historial clínico que fue de manejo exclusivo para el presente estudio, con carácter de confidencialidad, por lo que la identidad de las pacientes se mantuvo en absoluta reserva por parte de la investigadora, los formularios fueron anónimos y con codificación, los datos adquiridos fueron utilizados únicamente para el desarrollo de la investigación, sin existir conflicto de interés.

3 Resultados

La tabla 1 muestra las características demográficas de la población, la media de la edad se ubicó en 26 años \pm (DS) 4,3, siendo el grupo de adultas jóvenes el más prevalente con el 55,4 %, residentes en el área rural con el 52,3 %. Más de la mitad de la población se dedicaba a tareas domésticas, de instrucción secundaria en el 57,6 %, y en el 40,7 % fueron solteras.

Tabla 1: Características sociodemográficas de 354 embarazadas del HVCM. Cuenca, 2018

Característica	n=354	%=100
Edad *		
Juventud plena	149	42,1
Adulta joven	196	55,4
Adulta madura	9	2,5
Residencia		
Urbana	169	47,7
Rural	185	52,3
Ocupación		
Estudiante	58	16,4
QQDD	183	51,7
Empleada privada	11	3,1
Empleada pública	5	1,4
Otros	97	27,4
Instrucción		
Ninguna 2	0,6	
Primaria	113	31,9
Secundaria	204	57,6
Superior	35	9,9
Estado civil		
Soltera	144	40,7
Casada	136	38,4
Divorciada	12	3,4
Unión de hecho	59	16,7
Viuda	3	0,8

*Edad: media 26 años desviación estándar \pm 4,3

Juventud plena (20-24 años)

Adulta joven (25-34 años)

Adulta madura (35-65 años)

En la tabla 2, el 73,2 % de la población se realizaron >5 controles prenatales, la edad gestacional el 87,6 % fueron a término con una media de $38,5 \pm$ (DS) 1,9 y el 72,3 % multigestas. En cuanto al estado nutricional, la media del IMC fue de $29 \pm$ (DS) 4,2 y el 44,9 % de pacientes tuvieron sobrepeso.

Tabla 2: Características obstétricas y nutricionales de 354 embarazadas del HVCM. Cuenca, 2018

Característica	n=354	%=100
Número de controles prenatales		
<5 controles	95	26,8
>5 controles	259	73,2
Edad gestacional *		
Muy pretérmino	4	1,1
Pretérmino moderado	17	4,8
Pretérmino tardío	23	6,5
A término	310	87,6
Gestación		
Primigesta	98	27,7
Multigesta	256	72,3
Estado nutricional**		
Bajo peso	2	0,6
Normal	54	15,3
Sobrepeso	159	44,9
Obesidad	139	39,3

*Muy pretérmino: 28 a 31,6 semanas de gestación

*Pretérmino moderado: 32 a 33,6 semanas de gestación

*Pretérmino tardío: 34 a 36,6 semanas de gestación.

* A término 37 a 41,6 semanas de gestación.

La tabla 3 nos indica que la prevalencia de anemia en la población fue de 25,7 % correspondiente a 91 pacientes, con un intervalo de confianza de 21.04 %-30.4 %.

Tabla 3: Características obstétricas y nutricionales de 354 embarazadas del HVCM. Cuenca, 2018

Anemia	n	%	IC 95 %
Si	91	25,7	21.04 %-30.4 %
No	263	74,3	
Total	354	100	

La tabla 4 demuestra como la prevalencia de anemia varía dependiendo de las características sociodemográficas, siendo más elevada en las mujeres adultas jóvenes con el 40,7 %, de procedencia rural 51,6 %, con instrucción secundaria 62,6 %, ocupación QQDD con el 46,2 % y de estado civil soltera y casada con el 40 %.

Tabla 4: Distribución de anemia según las características sociodemográficas de 91 embarazadas del HVCM, Cuenca, 2018

	n=91	%=100
Edad		
Juventud plena	51	56
Adulta joven	37	40,7
Adulta madura	3	3,3

Tabla 4: Distribución de anemia según las características sociodemográficas de 91 embarazadas del HVCM, Cuenca, 2018... (continuación)

	n=91	%=100
Residencia		
Rural	47	51,6
Urbana	44	48,4
Instrucción		
Ninguna	0	0
Primaria	26	28,6
Secundaria	57	62,6
Superior	8	8,8
Ocupación		
Estudiante	17	18,7
QQDD	42	46,2
Empleada privada	3	3,3
Empleada pública	1	1,1
Otros	28	30,8
Estado civil		
Soltera	40	44
Casada	40	44
Divorciada	2	2,2
Unión de hecho	9	9,9
Viuda	0	0

En la tabla 5 se determinó mayor frecuencia de anemia en las mujeres que presentaron más de 5 controles prenatales con el 74,7 %, con en embarazos a término el 86,8 %, multigestas con el 62,6 %, que no presentaron abortos, cesáreas ni partos vaginales, y el 40,7 % presentó sobrepeso.

Tabla 5: Distribución de anemia según los factores obstétricos y nutricionales de 91 embarazadas del HVCM. Cuenca, 2018

	n=91	%=100
Controles prenatales		
≤5	23	25,3
>5	68	74,7
Edad gestacional		
Muy pretérmino	1	1,1
Pretérmino moderado	5	5,5
Pretérmino tardío	6	6,6
A término	79	86,8
Gestación		
Primigesta	34	37,4
Multigesta	57	62,6
Aborto		
Si	11	12,1
No	80	87,6
Cesárea		
Si	22	24,2
No	69	75,8
Parto vaginal		
Si	42	46,2
No	49	53,8
Estado nutricional		
Normal	20	22
Sobrepeso	37	40,7
Obesidad	34	37,4

En la tabla 6 del total de la población con anemia el 76,9 % presentó anemia leve y el tipo morfológico más frecuente fue la normocítica con el 90,1 %. La media de concentración de hemoglobina fue de $12,3 \pm$ (DS) 1,5 y de hematocrito $36,4 \pm$ (DS) 4,8. La media de VCM fue de $84,78 \pm$ (DS) 3,44.

Tabla 6: Clasificación de anemia según su gravedad y morfología de 91 embarazadas del HVCM. Cuenca, 2018

Clasificación	n	%
Leve	70	76,9
Moderada	19	20,9
Severa	2	2,2
Total	91	100
Clasificación Morfológica*		
Microcítica	8	8,8
Normocítica	82	90,1
Macroscítica	1	1,1
Total	91	100

*Media VCM $84,78 \pm 3,44$

En la tabla 7 se observan los factores de riesgo analizados en el presente estudio, donde se consideró la juventud como factor de riesgo, se encontró que este grupo de edad aumentó el riesgo de anemia en 1,7 veces (IC 95 %: 1,2-2,5; valor p:0,00). Por otro lado, las pacientes primigestas mostraron 1,5 veces más riesgo de anemia en comparación con las multigestas (IC 95 %: 1-2,1; valor p:0,01).

Además, la procedencia rural, nivel de instrucción primaria y ninguna, poseer menos de 5 controles, gestación a término, aborto, cesárea y parto vaginal no fueron considerados factores de riesgo estadísticamente significativos.

El sobrepeso/obesidad, resultó ser un factor protector pues solamente el 23,8 % de gestantes con sobrepeso u obesidad presentaron anemia (RP: 0,6; IC 95 %: 0,4-0,9; valor p:0,04).

Tabla 7: Factores de riesgo asociados en las 91 pacientes embarazadas con anemia del HVCM. Cuenca, 2018

Factores asociados	Anemia				RP	IC 95 %	Valor p
	Si		No				
	n	%	n	%			
Edad							
Juventud	51	34,2	98	65,8	1,7	1,2-2,5	0,00
Adulto	40	19,5	165	80,5			
Residencia					1,1	0,8-1,4	0,74
Rural	47	27,8	122	72,2			
Urbana	44	23,8	141	72,2			
Instrucción					0,8	0,5-1,2	0,35
Ninguna/Primaria	26	22,6	89	77,4			
Secundaria/Superior	65	27,2	174	72,8			
Controles prenatales					0,9	0,6-1,3	0,69
Menos de 5	23	2,4	72	75,8			
Más de 5	68	26,2	191	73,8			
Edad gestacional					0,9	0,9-1	0,79
A término	79	25,5	231	74,5			
Pretérmino	12	27,3	32	72,8			
Gestación					1,5	1-2,1	0,01
Primigesta	34	34,7	64	65,3			
Multigesta	57	22,3	199	77,7			
Aborto					0,6	0,3-1,1	0,13
Si	11	18	50	82			
No	80	27,3	213	72,7			
Cesárea					0,9	0,6-1,4	0,91
Si	22	25,3	65	74,7			
No	69	25,9	198	74,1			
Parto vaginal					0,9	0,7-1,2	0,36
Si	42	24,6	129	75,4			
No	49	26,7	134	73,3			
Estado nutricional					0,6	0,4-0,9	0,04
Sobrepeso + Obesidad	71	23,8	227	76,2			
Normal	20	37	34	63			

4 Discusión

Se estudiaron 354 gestantes que acudieron al Hospital Vicente Corral Moscoso cursando el tercer trimestre de embarazo, donde se encontró una prevalencia de anemia del 25,7 % (IC 21.01 %-30.4 %), datos similares se obtuvieron en un metaanálisis realizado en China con un total de 58752 que determinaron una prevalencia del 19,9 % y en el tercer trimestre de 28,1 %, ¹³ este estudio, que por su nivel de evidencia mostró resultados muy consistentes expuso una prevalencia muy cercana a la presentada en la población de Cuenca.

En comparación con otros estudios, presenta diferencias significativas, tal es el caso de Rosas y colaboradores ²⁹ quienes en México encontraron una prevalencia del 13 %, es decir casi un 50 % menos que en nuestra población, esta diferencia puede deberse a varios factores uno de ellos es el nivel de obesidad elevado. Otro estudio realizado en Perú en el 2018, determinó una prevalencia de anemia en el tercer trimestre del embarazo de 43,6 %, en 172 pacientes, ³⁰ es evidente que la frecuencia de esta patología es muy variable y depende de varios factores, en este caso en Perú la prevalencia es casi el doble de la reportada en Cuenca.

Moyolema, ³¹ estudió 92 casos de anemia, se clasificó los niveles de hemoglobina, leve 56 %, moderado 29 %; y severo 15 %, en nuestro estudio encontramos datos similares anemia leve 76,9 %, moderada 20,9 % y severa en un 2,2 %. En un estudio en el Ecuador durante el 2017, utilizaron el volumen corpuscular medio para poder clasificar a la anemia según su morfología, se obtuvo como resultado un 59 % VCM bajo, 25 % alto y 16 % normal. Contrarrestando los datos de nuestro estudio en el que encontramos la mayor frecuencia correspondió a normocítica con un 90,1 %, microcítica 8,8 % y macrocítica 1,1 %.

Soto, ³² asoció a la edad como factor de riesgo, observó que las gestantes menores de 30 años presentaron 2,2 veces más de riesgo que las mayores de 30 años (IC 95 % 1,17 –4,48, p= 0,01), con lo cual demostró que existía significancia estadística, en nuestro estudio se encontró que las pacientes en el grupo de edad juventud con una media de 26 años aumenta el riesgo de anemia en 1,7 veces, siendo este resultado estadísticamente significativo (IC 95 % 1,17 –4,48, p= 0,01).

La residencia de mayor frecuencia fue en el área rural, y este factor no fue estadísticamente significativo al momento

de analizarlo con anemia ($p=0,74$), demostrando que la distribución de los datos es al azar. Al respecto se menciona que estudios como el de Jiang y colaboradores³³ y Lin y colaboradores³⁴ encontraron datos similares en el sentido de que las mujeres habitantes del área rural poseen mayor riesgo de anemia.

En cuanto a la prevalencia de anemia según el nivel de instrucción, no se demostró significancia estadística por el valor de $p=0,35$; al respecto Yilmaz y colaboradores³⁵ tampoco encontraron significancia estadística ($p=0,96$), pero se resalta que las mujeres con bajo nivel de instrucción poseen mayor frecuencia de anemia.

Abanto y colaboradores³⁶ apoyan lo expuesto pues mencionan que las mujeres con nivel de instrucción analfabeta/primaria poseen 1,53 más riesgo de anemia, datos que fueron corroborados por Huanco y colaboradores.³⁷

En lo que respecta a los controles prenatales, en este estudio la población que tenía más de 5 controles prenatales presentó un 74,7 % de anemia, Soto³² en su estudio expone que las gestantes que no presentaron controles prenatales tienen mayor porcentaje de anemia 64,9 %, además el $OR=0,03$ para la variable más de 5 controles y teniendo como valores de IC 95 % (0,01 – 0,06), se asume que los controles prenatales es un factor protector para que las gestantes no tengan anemia, y con un valor de $p = 0,00$ demostrando con esto que hay significancia estadística.

Los datos encontrados en este estudio difieren de lo expuesto por Soto,³² este autor mostró una relación inversamente proporcional entre el número de controles y anemia mientras que en nuestro estudio es directamente proporcional, al respecto se debe anotar que no se dispone de una variable que indique el seguimiento a las pacientes durante su embarazo, una paciente con más de 5 controles pudo haber tenido los 5 controles en un periodo corto y no existió el seguimiento adecuado, a esto se suma que no existe garantía que los controles prenatales y las indicaciones enviadas en los mismos sean cumplidos por las embarazadas, lo que limita el análisis de este factor.

Bustos²³ encontró a la anemia como factor de riesgo asociado a la amenaza de parto pretérmino con $OR 2,53$, IC 95 % (1,39 – 4,61), y con un valor de $P<0,002$, por lo cual se comprueba la asociación entre las dos variables en este estudio. Sin embargo, en nuestro estudio no se logró establecer dicha asociación pues el valor de X^2 y p no fueron estadísticamente significativos.

Otro estudio en el área del Mediterráneo en el Sur de Europa, determinó en el año 2018 que la anemia en el primer trimestre del embarazo fue de 3,8 % pero aumentó hasta un 21,5 % en el tercer trimestre,³⁸ en donde las condiciones socioeconómicas son mejores que en Ecuador, sin embargo, la prevalencia de anemia fue casi similar, lo cual nos lleva a considerar la presencia de otros factores asociados.

Por otra parte en Etiopía en el año 2017, se determinó la prevalencia de anemia en 23 % y conforme se analizó los factores que se relacionan estos son; el nivel socioeconómico,

el cursar el tercer trimestre del embarazo, multiparidad, bajo acceso a cuidados prenatales y malnutrición.¹⁴ Si bien es cierto, este estudio probablemente por las diferencias poblacionales no sea comparable con la población de Cuenca, es evidente que los factores si lo son: en especial el nivel socio económico que denota un mayor riesgo de anemia ante la pobreza y el cursar el tercer trimestre del embarazo.

En el estudio de Soto,³² en cuanto a la paridad de las mujeres, las gestantes multíparas presentaron anemia en mayor porcentaje con el 61,7 % con un valor de $p=0,03$ y $OR=1,83$ IC 95 % (1,04 – 3,21), ya que el periodo intergenésico entre algunas de ellas era corto, menor a 2 años, por lo que les convierte en un factor de riesgo para desarrollar anemia, por otro lado en nuestro estudio se determinó que las pacientes primigestas presentaban RP 1,5 (IC:95 % 1-2,1), más de riesgo de desarrollar anemia durante el embarazo que las multigestas. Este estudio se puede comparar con los resultados de Ortiz y colaboradores,³⁹ quienes encontraron que las pacientes con mayor cantidad de partos poseen un factor protector de 0,87 para la presentación de anemia en comparación con primigestas que poseen mayor riesgo de anemia.

En lo que respecta a los antecedentes gineco-obstétricos, en este estudio no se determinó asociación entre aborto, cesárea y parto vaginal con anemia. La frecuencia de anemia en mujeres con antecedente de cesárea fue de 24,2 %, parto vaginal 46,2 % y aborto el 12,1 %. Al respecto Flores y colaboradores⁴⁰ en el 2019 exponen que las mujeres con ninguna cesárea presentan hasta un 69 % y las que presentan al menos 1 cesárea el 31 %; estos datos presentan una relación similar a la de nuestro estudio, pero el impacto de estas vías de terminación del parto es mayor para las pacientes con parto normal.

Concerniente al estado nutricional, en este estudio se presentó un 40,7 % de sobrepeso y 37,4 % de obesidad, al analizar estas variables con anemia se encontró que la obesidad/sobrepeso es un factor protector para anemia RP 0,6 (IC 95 % 0,4-0,9), que coincide con un estudio de China⁴¹ en el 2018, con un total de 11782 mujeres, donde se determinó que el sobrepeso y la obesidad son un factor protector para anemia, para sobrepeso $OR 0,68$ y $0,30$ para obesidad. Los datos de prevalencia de sobrepeso y obesidad se contraponen con los expuestos por Agrawal y Singh⁴² quien demostró en un estudio con 1000 gestantes que la frecuencia de obesidad es de 17 % y sobrepeso de 18 %; estos datos difieren de los valores encontrados en Cuenca.

5 Conclusiones

En relación a las características sociodemográficas se presentó con mayor prevalencia en adultas jóvenes, sin encontrar significancia estadística con la residencia, ocupación, instrucción y estado civil.

Se presentó en embarazadas con >5 controles prenatales, en gestaciones a término y con sobrepeso.

De las 91 pacientes con anemia los factores asociados que se presentaron con mayor frecuencia fueron: la edad de juventud plena, en zonas rurales, de instrucción secundaria, ocupación QQDD, estado civil soltera y casadas con >5 controles prenatales, con sobrepeso y en relación a los antecedentes obstétricos no se encontró significancia estadística.

Según la clasificación de la anemia por la gravedad se presentó con mayor frecuencia la anemia leve con una morfología normocítica.

Se comportaron como factores de riesgo el grupo de edad considerado como juventud y las pacientes primigestas, el estado nutricional sobrepeso/obesidad se comportó como factor protector para anemia.

6 Fuente de Financiamiento

Este estudio es autofinanciado.

7 Conflicto de Intereses

No existen conflictos personales, profesionales, financiero de otro tipo.

8 Consentimiento Informado

Los autores cuentan con el consentimiento informado de los pacientes para la investigación, la publicación del caso y sus imágenes.

Referencias Bibliográficas

- Pavord S, Daru J, Prasannan N, Robinson S, Stanworth S, Girling J, et al. UK guidelines on the management of iron deficiency in pregnancy. *Br J Haematol* [Internet]. 2 de octubre de 2019 [citado 8 de febrero de 2020]; Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/bjh.16221>
- Milman N. Fisiopatología e impacto de la deficiencia de hierro y la anemia en las mujeres gestantes y en los recién nacidos/infantes. *Rev Peru Ginecol Obstet*. 2012;58(4):293-312.
- Kumar KJ, Asha N, Murthy DS, Sujatha M, Manjunath V. Maternal anemia in various trimesters and its effect on newborn weight and maturity: an observational study. *Int J Prev Med*. febrero de 2013;4(2):193-9.
- Aueberbach M, Landy H. Anemia in pregnancy [Internet]. *UpToDate*; 2020 [citado 8 de febrero de 2020]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/anemia-in-pregnancy?search=Anemia%20in%20pregnancy%20Michael%20Auerbach&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
- Organización Mundial de la Salud. Sistema de Información Nutricional sobre Vitaminas y Minerales (VMNIS). Prevalencia mundial de la anemia y número de personas afectadas [Internet]. 2008 [citado 8 de febrero de 2020]. Disponible en: https://www.who.int/vmnis/database/anaemia/anaemia_data_status_t2/es/
- ACOG Practice Bulletin No. 95: Anemia in Pregnancy: *Obstet Gynecol*. julio de 2008;112(1):201-7.
- Ministerio de Salud Pública. Diagnóstico y tratamiento de la anemia en el embarazo: Guía de práctica clínica. 2014.
- San Gil C, Villazán C, Ortega Y. Characterization of anemia during pregnancy and some associated risk factors in pregnant women at Regla municipality. *Rev Cuba Med Gen Integral*. 30(1):71-81.
- De La Oz F, Orozco L. Anemia en el embarazo, un problema de salud que puede prevenirse. *Medicas UIS*. 26(3):45-50.
- Erez Azulay C, Pariente G, Shoham-Vardi I, Kessous R, Sergienko R, Sheiner E. Maternal anemia during pregnancy and subsequent risk for cardiovascular disease. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 13 de octubre de 2015;28(15):1762-5.
- García A, Izaguirre D, Álvarez D. Impacto de la anemia para una embarazada e importancia del riesgo preconcepcional. *Rev Cuba Med Gen Integral*. 2017;33(1):146-53.
- Mohamed MA, Ahmad T, Macri C, Aly H. Racial disparities in maternal hemoglobin concentrations and pregnancy outcomes. *J Perinat Med* [Internet]. 1 de enero de 2012 [citado 8 de febrero de 2020];40(2). Disponible en: <https://www.degruyter.com/view/j/jpme.2012.40.issue-2/jpm.2011.137/jpm.2011.137.xml>
- Zhao S, Jing W, Liu J, Liu M. Prevalence of anemia during pregnancy in China, 2012-2016: a Meta-analysis [Internet]. *Zhonghua Yu Fang Yi Xue Za Zhi*; 2018 [citado 18 de enero de 2020]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30196645>
- Lebso M, Anato A, Loha E. Prevalence of anemia and associated factors among pregnant women in Southern Ethiopia: A community based cross-sectional study. *Clarke SL, editor. PLOS ONE*. 11 de diciembre de 2017;12(12):e0188783.
- Rincón-Pabón D, Urazán-Hernández Y, Gonzalez-Santamaria J. Prevalencia y factores sociodemográficos asociados a anemia ferropénica en mujeres gestantes de Colombia (análisis secundario de la ENSIN 2010). *Nutr Hosp* [Internet]. 2018 [citado 8 de febrero de 2020]; Disponible en: <https://www.nutricionhospitalaria.org/articles/01895/show>
- Munares O, Gómez G, Barboza J, Sánchez J. Niveles de hemoglobina en gestantes atendidas en establecimientos del Ministerio de Salud del Perú, 2011. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2012;29(3):329-36.
- Montoya J, Castelazo E, Valerio E, Velásquez G, Nava D, Escárcega J, et al. Review by expert group in the diagnosis and treatment of anemia in pregnant women. *Federación Mexicana de Colegios de Obstetricia y Ginecología. Ginecol Obstet Mex*. 2012;80(9):563-80.
- Pérez M, Peralta M, Villalba Y, Vanegas S, Rivera J, Galindo J, et al. Caracterización de la población con anemia en el embarazo y su asociación con la morbimortalidad perinatal. *Rev Médica Risaralda*. 2019;25(1):33-9.
- Cabezas D, Balderrama L, Borda V, Colque C, Jiménez

- nez M. Prevalencia de Anemia Nutricional en el Embarazo, en centros de salud Sarcobamba y Solomon Klein Enero 2010 – 2011. *Rev Científica Cienc Médica*. 2012;15(1):11-3.
20. Fernández J, Rojas M, Bojorquez I, Giraldo V, Sobczyk R, Acosta J, et al. Situación de salud de gestantes migrantes venezolanas en el Caribe colombiano: primer reporte para una respuesta rápida en Salud Pública. *Rev Univ Ind Santander Salud*. 2019;51(3):208-19.
21. Figueroa A, Chicaiza M. Prevalencia de Anemia Gestacional en pacientes con labor de parto y efecto en la reserva de hierro del recién nacido en el HGOIA [Internet]. [Tesis]. [Quito]: Universidad Central del Ecuador; 2012 [citado 5 de marzo de 2020]. Disponible en: <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/619/1/T-UCE-0006-19.pdf>
22. Narváez J, Herrera RH, Orellana M, Gloria F. Prevalencia de Anemia con y sin Hemoglobina ajustada, en parturientas del Hospital Vicente Corral Moscoso. *Rev Médica HJCA*. 2012 Sep;4(2):181-5.
23. Bustos D, Galarza B. Anemia en la gestación y su relación con amenaza de parto pretérmino y parto pretérmino, en el Hospital San Vicente de Paul de la Ciudad de Ibarra y Hospital Gustavo Domínguez de Santo Domingo de la Tsáchilas en el periodo enero a julio de 2017 [Internet] [Tesis]. [Quito]: Pontificia Universidad Católica del Ecuador; 2018 [citado 18 de enero de 2020]. Disponible en: <http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/14976/TESIS%20CORREGIDA%20DRA%20PALACIOS%20DR%20GALARZA%20DRA%20BUSTOS.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
24. Arispe C, Salgado M, Tang G, González C, Rojas J. Frecuencia de control prenatal inadecuado y de factores asociados a su ocurrencia. *Rev Medica Hered*. 2011;22(4):159-60.
25. Vaca A. Políticas y programas implementados en Ecuador para tratar las deficiencias de micronutrientes en los últimos 15 años [Internet] [Tesis]. Universidad San Francisco de Quito; 2015 [citado 8 de febrero de 2020]. Disponible en: <http://repositorio.usfq.edu.ec/handle/23000/5292>
26. Martínez A, Jaramillo L, Villegas J, Álvarez L, Ruiz C. La anemia fisiológica frente a la patológica en el embarazo. *Rev Cuba Obstet Ginecol* [Internet]. 2018 [citado 8 de febrero de 2020];44(2). Disponible en: <http://www.revginecobstetricia.sld.cu/index.php/gin/article/view/356>
27. Olukayode A. Hematological Changes in Pregnancy - The Preparation for Intrapartum Blood Loss. *Obstet Gynecol Int J* [Internet]. 2016 [citado 8 de febrero de 2020];4(3). Disponible en: <http://medcraveonline.com/OGIJ/OGIJ-04-00109.php>
28. Ministerio de Salud Pública. Diagnóstico y tratamiento de la anemia en el embarazo: Guía de práctica clínica. Quito: Ministerio de salud pública; 2014.
29. Rosas M, Ortíz M, Dávila R, González A. Prevalencia y factores predisponentes de anemia en el embarazo en una clínica de primer nivel. *Rev Hematol Mex*. 2016;17:107-13.
30. Cahuapaza F. Correlación entre anemia materna en el tercer trimestre con el peso y hemoglobina del recién nacido en el Hospital EsSalud III Juliaca - enero a diciembre - 2017 [Internet] [Tesis]. [Perú]: Universidad Nacional del Altiplano; 2018 [citado 18 de enero de 2020]. Disponible en: <http://repositorio.unap.edu.pe/handle/UNAP/6374>
31. Moyolema Y. Incidencia de anemia en gestantes atendidas en la consulta externa de un Hospital Gineco-Obstétrico de la ciudad de Guayaquil desde octubre del 2016 a febrero del 2017 [Internet] [Trabajo de titulación]. [Guayaquil]: Universidad Católica de Santiago de Guayaquil; 2017 [citado 18 de enero de 2020]. Disponible en: <http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/7498/1/T-UCSG-PRE-MED-ENF-349.pdf>
32. Soto J. Factores asociados a anemia en gestantes hospitalizadas en el servicio de ginecoobstetricia del Hospital "San José" Callao - Lima. 2018 [Internet] [Tesis]. [Lima]: Universidad Ricardo Palma; 2018 [citado 18 de enero de 2020]. Disponible en: <http://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/URP/1256/161%20SOTO%20RAMIREZ.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
33. Jiang S, Pang XH, Duan YF, Bi Y, Wang J, Yin SA, et al. [The influencing factors of anemia for pregnant women between 2010-2012 in China]. *Zhonghua Yu Fang Yi Xue Za Zhi*. 6 de enero de 2018;52(1):21-5.
34. Lin L, Zhu W, Wang C, Su R, Feng H, Yang H. Prevalence, risk factors and associated adverse pregnancy outcomes of anaemia in Chinese pregnant women: a multicentre retrospective study. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. diciembre de 2018 [citado 8 de febrero de 2020];18(1). Disponible en: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-018-1739-8>
35. Yılmaz E, Yılmaz Z, Çakmak B, Gültekin İB, Çekmez Y, Mahmutoglu S, et al. Relationship between anemia and depressive mood in the last trimester of pregnancy. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 18 de abril de 2017;30(8):977-82.
36. Abanto M, Salcedo M, Vásquez T. Anemia y factores de riesgo asociados en mujeres gestantes. Centro de Salud Patrona de Chota, 2017. 2017 [citado 8 de febrero de 2020];Caxamarca. *Revista Científica de la Universidad Nacional de Cajamarca*(16). Disponible en: <http://190.116.36.87/index.php/Caxamarca/article/view/21>
37. Huanco D, Ticona M, Aguilar J, Gomez J. Incidencia y factores de riesgo de la anemia en el embarazo en el Hospital Hipolito Unanue de Tacna 2001-2010 [Internet]. *Revista Médica Basadrina*; 2019 [citado 8 de febrero de 2020]. Disponible en: <http://revistas.unjbg.edu.pe/index.php/rmb/article/view/463>
38. Ribot B, Ruiz F, Abajo S, March G, Fargas F, Arija V. Prevalence of anaemia, risk of haemoconcentration and risk factors during the three trimesters of pregnancy. *Nutr Hosp* [Internet]. 10 de enero de 2018 [citado 18 de enero de 2020]; Disponible en: <http://revista.nutricionhospitalaria.net/index.php/nh/article/view/1045>

39. Ortiz Montalvo YJ, Ortiz Romaní KJ, Castro Trujillo BS, Nuñez Revilla SC, Rengifo Balta GL. Factores sociodemográficos y prenatales asociados a la anemia en gestantes peruanas. *Enferm Glob*. 18 de septiembre de 2019;18(4):273-90.
40. Flores S, Germes F, Levario M. Complicaciones obstétricas y perinatales en pacientes con anemia. *Ginecol Obstet Mex*. 2019;87(2):85-92.
41. Tan J, Qi Y-N, He G-L, Yang H-M, Zhang G-T, Zou K, et al. Association between Maternal Weight Indicators and Iron Deficiency Anemia during Pregnancy: A Cohort Study. *Chin Med J (Engl)*. noviembre de 2018;131(21):2566-74.
42. Agrawal S, Singh A. Obesity or Underweight—What is Worse in Pregnancy? *J Obstet Gynecol India*. diciembre de 2016;66(6):448-52.

Recibido: 7 de octubre de 2020

Aceptado: 21 de octubre de 2020



Factores asociados al trato humanizado del personal de enfermería a usuarios ingresados en el hospital de especialidades José Carrasco Arteaga. Cuenca - 2019

Factors associated with the humanized treatment of nursing staff to users admitted to the José Carrasco Arteaga specialty hospital. Cuenca - 2019

Lucia Gabriela Chin Orbes*¹, Johanna Melina Roldan Morales¹, Marcia Yolanda Cobos Alvarracín¹, Johnny Fabián Vizuela Carpio¹, Paola Valeria Rivera Asitimbay¹

¹ Universidad Católica de Cuenca, Ecuador

*lgchino59@est.ucacue.edu.ec

DOI: <https://doi.org/10.26871/killkanasalud.v4i4.756>

Resumen

Introducción: El cuidado humanizado es una forma de expresión, con otro ser y con el mundo, puede ser demostrado de manera afectiva y practicado de forma interpersonal, consta de factores que puede satisfacer las necesidades de los usuarios hospitalizados. **Objetivo:** Determinar los factores asociados al trato humanizado del personal de enfermería en usuarios ingresados en el Hospital de especialidades José Carrasco Arteaga. **Metodología:** Estudio cuantitativo, correlacional, de corte transversal, el tamaño de la muestra fue de 384 pacientes. Se utilizaron dos instrumentos, que evaluaron la percepción del cuidado humanizado de enfermería, clasificación de pacientes según su complejidad y recolección de variables a relacionar. **Resultados:** Al obtener los resultados, en cuanto a la edad prevaleció el adulto con 62,8 %, prevalece el sexo masculino con 55,7 %, en cuanto al trato humanizado la mayor parte de los encuestados dieron una respuesta de siempre reciben un trato humanizado con un porcentaje de 97,4 %, mientras que el 2,6 % dieron una respuesta de casi siempre perciben un trato humanizado, al obtener las medidas de asociación entre trato humanizado y edad, sexo, estado civil, nivel de instrucción, etnia, residencia, turno de servicio, días de hospitalización, área de servicio y complejidad del paciente no existe una asociación significativa. **Conclusión:** En el presente estudio se obtuvo una asociación significativa en la variable tipo de seguro con relación al trato humanizado, mientras que en las demás variables no se obtuvo una asociación significativa.

Palabras clave: humanización de la atención, atención al paciente, atención de enfermería.

Abstract

Introduction: Humanized care is a form of expression, with another being and with the world, it can be demonstrated affectively and practiced interpersonally, it consists of factors that can meet the needs of hospitalized users. **Objective:** To determine the factors associated with the humane treatment of the nursing staff in users admitted to the José Carrasco Arteaga Specialty Hospital. **Methodology:** It is a quantitative, correlational, cross-sectional study, the sample size was 384 patients. Two instruments were used, the first one that assessed the perception of humanized nursing care, the second instrument helped us to classify patients according to their complexity. **Results:** When obtaining the results, as for the age, the adult prevailed with 62.8%, the male sex prevails with 55.7%, as for the humanized treatment most of the respondents gave a response of always receiving a humanized treatment with a percentage of 97.4%, while 2.6% gave a response almost always perceived humanized treatment, obtaining the measures of association between humanized treatment and age, sex, marital status, level of education, ethnicity, residence, shift of service, days of hospitalization, service area and complexity of the patient there is no significant association. **Conclusion:** In the present study a significant association was obtained in the type of insurance variable in relation to humanized treatment, while in the other variables a significant association was not obtained.

Keywords: humanization of care, patient care, nursing care .

1 Introducción

El hombre como ser social está sujeto a relaciones interpersonales que se promueven entre personas que se conocen o no, estas juegan un rol importante en la actividad humana y están mediadas por la comunicación. En enfermería, se establecen relaciones con el paciente y familiares, de modo que le permita a la enfermera favorecer la relación terapéutica, satisfacer las necesidades del paciente y brindar cuidados de enfermería. El cuidado como centro de atención de la enfermería, se describe también como la relación que se da entre enfermera-paciente con el fin de promover su salud, prevenir, diagnosticar, tratar y rehabilitar las enfermedades que puedan padecer.¹

El profesional de enfermería debe estar en capacidad de brindar cuidados a todas las personas, independientemente de su condición; esta atención debe garantizar el bienestar y la seguridad de las personas, preservando su salud. Para lograr su objetivo debe estar en permanente desarrollo y fortalecer actitudes y valores que permitan la humanización en su quehacer cotidiano, siendo reflexivo, crítico, comprometido, humanista, solidario, respetuoso, honesto, creativo, participativo y responsable para atender al individuo, en un sistema de salud que busca satisfacer las necesidades de la población a cuidar.²

La enfermería se centra en el cuidado de la salud y de la vida, hacia esa pretensión se encaminan los esfuerzos y trabajos que se realizan para la atención de los sujetos de cuidado; la persona, la familia y la comunidad. Los escenarios de cuidado se dan en la vida cotidiana, en tanto que es ahí en donde se desarrollan las actividades diarias de las personas. Por otro lado, los cuidados también se dan en el ambiente hospitalario, pero no es ese el único espacio en donde se desarrolla la esencia de la enfermería.³

Considerando que la enfermera es la encargada de brindar el cuidado directo al paciente hospitalizado, este cuidado debe ser basado en el bienestar humano y velando por la satisfacción de los usuarios; en la actualidad se cree que se ha deshumanizado día a día, no es extraño que a los pacientes se les reconozca por el número de cama, o por su patología, en los hospitales ha sufrido un deterioro debido a las múltiples funciones que debe desempeñar la enfermera.⁴

En México, en 2016, el estándar de calidad para el indicador de tratamiento digno por parte del personal de enfermería disminuyó en comparación con 2012, del 97 % al 96.8 %. Para las instituciones de salud, no ha sido una tarea fácil cumplir con los estándares de calidad para mejorar la atención a la población, y el cumplimiento de este indicador no ha sido la excepción, ya que se ve afectado por diferentes factores, tales como: falta de recursos humanos en atención directa a pacientes; apoyo financiero limitado para el suministro de material de trabajo, entre otros.⁵

En Lima – Perú en el año 2015, Guerrero – Ramírez R, *et al.*, mostró que la percepción de trato humanizado es regular en un 52 % de la población, bajo en el 22 % y apenas un 26 % tiene una alta percepción. Al evaluar las

dimensiones de trato humanizado prevalece una percepción regular con valores que oscilan entre el 45 % y el 95 %.⁶

En Chile, Ramos GS, *et al.*, reporta que del total de población enfermero/a el 48,33 % menciona tener una menor percepción de entrega de trato humanizado, lo que podría indicar que los pacientes no reciben el trato humanizado óptimo, debido a que el personal de enfermería es responsable del cuidado de varios pacientes y mayor percepción el 51,67 %.⁴

En Chile, Landman C. *et al.*, en su estudio sobre satisfacción usuaria respecto a competencia de comunicación del profesional de enfermería, presenta los resultados respecto al grado de satisfacción global de la comunicación del profesional de enfermería percibida por los pacientes muestran índices positivos en las tres instituciones estudiadas, los valores de satisfacción oscilan entre 73 y 100 %, considerando los valores de satisfecho y muy satisfecho. Al analizar los datos de acuerdo a las variables de caracterización, las mujeres muestran mayores niveles de insatisfacción en relación a los hombres, siendo solo ellas quienes manifestaron un mayor grado de insatisfacción.⁷

El Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS) en Ecuador busca que las actividades desarrolladas en los establecimientos de la Red Pública Integral de Salud y la Red Complementaria tengan resultados de impacto social.⁸ En la actualidad es importante que los profesionales de enfermería incorporen medidas que satisfagan a los usuarios en un alto nivel de trato humanizado y de esta manera aportar el proceso de recuperación del paciente y brindar la seguridad a su familia, demostrando la ética y profesionalismo al brindar una atención. Para los pacientes es importante que la comunicación y la visualización por parte del personal de enfermería debe ser única y autónoma, por otra parte, el paciente tiene derecho a ser informado y a su vez tomar cualquier decisión sobre su salud, estas medidas serán respetadas de tal modo que exista una relación de persona a persona. El objetivo de la presente investigación es determinar los factores asociados al trato humanizado del personal de enfermería en usuarios ingresados en el Hospital de especialidades José Carrasco.

2 Materiales y métodos

La presente investigación tiene un enfoque cuantitativo, correlacional y de corte transversal, la población de estudio estuvo conformada por pacientes hospitalizados en el Hospital de especialidad José Carrasco Arteaga en el periodo agosto – septiembre 2019. Para el cálculo el tamaño de la muestra se consideró sobre la base del 95 % del nivel de confianza y 5 % de error de inferencia obteniendo muestra de 384 usuarios. Al no poseer un listado de pacientes previamente establecido se aplicó un muestreo no probabilístico por conveniencia, en donde se captaron pacientes que cumplan criterios de inclusión según el orden de ingreso al hospital hasta completar el número de participantes que se requiere en el estudio, se analizó mediante el programa SPSS.

Se incluyeron en el presente estudio usuarios mayores de 18 años con funciones cognitivas normales con una estadía mínima de 24h y que acepten ser parte de la investigación y firmen el consentimiento informado.

Para la recolección de información se utilizó el instrumento que mide la Percepción del Cuidado Humanizado de Enfermería (PCHE), el mismo que estuvo conformado por 32 preguntas en escala de Likert con valoraciones de 1 a 4, agrupadas a tres dimensiones que son: 1) Priorizar el sujeto de cuidado (la persona), 2) Apertura a la comunicación para proporcionar educación en salud a la persona. (apoyo emocional), 3) Cualidades de hacer de enfermería (apoyo físico).

Permite valorar los siguientes niveles:

- Siempre se percibe una relación de cuidado de enfermería (puntuación de la escala entre 104.1- 128)
- Casi siempre se percibe una relación de cuidado humanizado de enfermería (puntuación de la escala entre 80.1- 104)
- Algunas veces se percibe una relación de cuidado humanizado de enfermería (puntuación de la escala 56.1- 80)
- Nunca se percibe una relación de cuidado humanizado de enfermería (puntuación de la escala entre 32-56).⁹

Para medir la complejidad del paciente se aplicó el instrumento de PERROCA por parte de los profesionales de enfermería que realizaban asistencia directa al paciente en los diferentes turnos y áreas de servicio, para clasificación de pacientes el instrumento estuvo constituido por nueve áreas de cuidado se describe a continuación:

Planeamiento y coordinación del proceso de cuidar, investigación y monitoreo, cuidado corporal y eliminación, cuidados de la piel y mucosas, nutrición e hidratación, locomoción y actividad, terapéutica, soporte emocional y educación en salud.¹⁰

Posterior a la recolección de la información los datos fueron ingresados en Excel 2016 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 a medidas de frecuencia y porcentajes. Para encontrar una relación entre la variable complejidad del paciente se aplicó Odds Ratio con sus respectivos intervalos de confianza y Chi cuadrado como estadístico de asociación con un valor de $p > 0,05$.

3 Resultados

Se recolectaron datos de 384 pacientes que se encontraban hospitalizados en el Hospital de Especialidades y Médicas José Carrasco Arteaga, los datos se analizaron en base a estadística descriptiva utilizando medidas de frecuencia y porcentaje, para el análisis correlacional se aplicó Odds Ratio como medida de estimación de riesgo con sus respectivos intervalos de confianza y Chi cuadrado como medida de significancia estadística, considerando un valor $p < 0,05$ para comprobación de hipótesis de trabajo.

En la tabla 1, indica que la edad más prevalente en pacientes hospitalizados estuvo comprendida entre adulto joven y adulto siendo el 95,6 % y adulto mayor con el 4,4 %. Así también en relación al sexo los pacientes masculinos estuvieron más días hospitalizados que las mujeres, en relación al estado civil el 57,3 % de los pacientes fueron casados el 42,7 % de este grupo estuvieron distribuidos entre soltero, divorciados y viudos. En relación al nivel de instrucción se pudo observar que la secundaria fue de 62,2 % siendo el mayor porcentaje mientras que el 0,8 % estuvo relacionado con formación de cuarto nivel, en relación a la etnia se manifiesta que 98,9 % fueron mestizos y se manifiesta que el 0,6 % fue indígena y afro ecuatoriano y el 0,5 % fue montubio.

Tabla 1: Distribución de la población según variables socio demográficas (n=384)

Variable	Frecuencia N	Porcentaje %
Edad		
Adulto Joven	126	32,8 %
Adulto	241	62,8 %
Adulto Mayor	17	4,4 %
Sexo		
Hombre	214	55,7 %
Mujer	170	44,3 %
Estado Civil		
Soltero	47	12,2 %
Casado	220	57,3 %
Unión Libre	64	16,7 %
Divorciado	38	9,9 %
Viudo	15	3,9 %
Nivel de Instrucción		
Analfabeto	14	3,6 %
Primaria	93	24,2 %
Secundaria	239	62,2 %
Tercer Nivel	35	9,2 %
Cuarto Nivel	3	0,8 %
Etnia		
Indígena	1	0,3 %
Afro ecuatoriano	2	0,5 %
Montubio	1	0,3 %
Mestizo	380	98,9 %
Residencia		
Sierra	242	63,0 %
Costa	108	28,1 %
Oriente	34	8,9 %

Fuente: Base de datos SPSS
Elaborado por: Autores

En la tabla 2 se evidencia que el tipo de seguro que más prevalece es el seguro general con el 84,9 %, y otros seguros con el 15,1 %, en relación al número de pacientes atendidos en diferentes turnos se puede observar que 69,3 % fueron atendidos en la tarde y noche y el 30,7 %, fueron atendidos en el turno matutino, en cuanto a los días de hospitalización el 42 % estuvieron entre dos y tres días, mientras que el 58 % estuvieron hospitalizados entre cuatro y más días.

Tabla 2: Distribución de la población según tipo de seguro, turno de servicio, días de hospitalización, área de servicio y complejidad del paciente (n=384)

Variable	Frecuencia N	Porcentaje %
Tipo de Seguro		
Campesino	25	6,5 %
General	326	84,9 %
Montepío	8	2,1 %
Jubilado	25	6,5 %
Turno de servicio		
Matutino	118	30,7 %
Vespertino	151	39,4 %
Nocturno	115	29,9 %
Días de Hospitalización		
Dos	11	2,9 %
Tres	150	39,1 %
Cuatro	90	23,4 %
Más de Cuatro	133	34,6 %
Área de Servicio		
Clínica 1	50	13,0 %
Clínica 2	41	10,7 %
Clínica 3	42	10,9 %
Cardiología	32	8,3 %
Cirugía General	60	15,7 %
Neurología	39	10,2 %
Traumatología	35	9,1 %
Cirugía Oncológica	38	9,9 %
Ginecología	47	12,2 %

Fuente: Base de datos SPSS
Elaborado por: Autores

En la tabla 3 se evidencia que en relación a la complejidad baja del paciente tenemos el 61,5 %, mientras que en la complejidad intermedia de los pacientes hospitalizados es de 38,5 %.

Tabla 3: Distribución de la población según la complejidad del paciente (n=384)

Variable	Frecuencia N	Porcentaje %
Complejidad del Paciente		
Complejidad Baja	236	231 (61,5 %)
Complejidad Intermedio	148	143 (38,5 %)

Fuente: Base de datos SPSS
Elaborado por: Autores

En la tabla 4 se puede observar que, las seis categorías del trato humanizado prevalecen un nivel de siempre percibe trato humanizado y tan solo en las categorías dar apoyo emocional y empatía se percibió valores mínimos en el nivel a veces percibe trato humanizado.

Tabla 4: Percepción de trato humanizado según sus categorías (n=384)

Variable	Siempre		Casi siempre		A veces	
	N	%	N	%	N	%
Dar apoyo emocional	354	92,2 %	28	7,3 %	2	0,5 %
Dar apoyo físico	370	96,4 %	14	3,6 %	00	00
Empatía	206	53,6 %	173	45,1 %	5	1,3 %
Cualidades del hacer	364	94,8 %	20	5,2 %	00	00
Proactividad	248	64,6 %	136	35,4 %	00	00

Fuente: Base de datos SPSS
Elaborado por: Autores

En la tabla 5 se obtuvo que mayor parte de los encuestados dieron una respuesta de siempre reciben un trato humanizado con un porcentaje de 97,4 %, mientras que el 2,6 % dieron una respuesta de casi siempre perciben un trato humanizado.

Tabla 5: Representación del puntaje global del trato humanizado (n=384)

Variable	Frecuencia N	Porcentaje %
Complejidad del Paciente		
Siempre	374	97,4 %
Casi Siempre	10	2,6 %
Total	384	100 %

Fuente: Base de datos SPSS
Elaborado por: Autores

Al tener tendencia a una alta percepción de trato humanizado y necesitar 2 grupos para el análisis de asociación se agrupó la variable trato humanizado en dos categorías que son: trato humanizado óptimo, en él se ubican las personas con una percepción siempre, y el segundo grupo se lo denomina trato humanizado regular, en el cual se ubican las personas con una percepción de casi siempre.

En la tabla 6 se observan los factores de riesgo analizados en el presente estudio, donde se consideró el tipo de seguro como factor de riesgo, se encontró que este grupo de análisis el riesgo es de 6,85 (IC 95 %: 1.658 – 28,353 valor p: 0,002).

Tabla 6: Percepción de trato humanizado según sus categorías (n=384)

Variable	Trato humanizado regular	Trato humanizado óptimo	OR	IC	p
Edad					
Adulto	10 (2,6 %)	352 (91,7 %)	0,972	0,956 – 0,989	0,430
Adulto mayor	0 (0,0 %)	22(5,7 %)			
Sexo					
Hombres	6 (1,6 %)	208 (54,2 %)	1,197	0,332 – 4,312	0,783
Mujeres	4 (1,0 %)	166(43,2 %)			
Estado civil					
Con pareja	7 (1,8 %)	277 (72,1 %)	0,817	0,207 – 3,222	0,773
Sin Pareja	3 (0,8 %)	97(25,3 %)			
Nivel de instrucción					
No Profesionales	10 (2,6 %)	336 (87,5 %)	0,971	0,954 – 0,989	0,288
Profesionales	0 (0,0 %)	38(9,9 %)			
Etnia					
Mestizo	10 (2,6 %)	370 (96,4 %)	0,974	0,958 – 0,90	0,742
Otros	0 (0,0 %)	4 (1,0 %)			
Tipo de Seguro					
Seguro IESS	3 (0,8 %)	22 (5,7 %)	6,857	1.658 – 28,353	0,002
Otros seguro	7 (1,8 %)	352 (91,7 %)			
Turno de servicio					
Mañana	3 (0,8 %)	115 (29,9 %)	0,965	0,245 – 3,799	0,960
Otros	7 (1,8 %)	259 (67,5 %)			
Vespertino	3 (0,8 %)	148 (38,5 %)	0,654	0,167 – 2,571	0,541
Otros	7 (1,8 %)	226 (58,9 %)			
Nocturno	4 (1,0 %)	111 (28,9 %)	1,580	0,437 – 5,707	0,482
Otros	6 (1,6 %)	263(68,5 %)			
Días de Hospitalización					
72 horas	3 (1,9 %)	158 (98,1 %)	0,586	0,149 – 2,301	0,439
Mayor a 72 horas	7 (3,1 %)	216 (96,9 %)			
Complejidad del paciente					
Complejidad baja	5 (1,3 %)	231 (60,2 %)	0,619	0,18 – 2,17	0,451
Complejidad intermedia	5 (1,3 %)	143 (37,2 %)			

Fuente: Base de datos SPSS

Elaborado por: Autores

4 Discusión

El arte de cuidar ha ido evolucionando considerando a la persona como ser humano y utilizando las responsabilidades éticas, sociales y profesionales es por ello que la práctica de enfermería debe estar basada en un sistema de valor humano conjuntamente con la parte científica y de esta manera ayudar a la recuperación de la salud de los pacientes. Siguiendo los objetivos planteados en la investigación se discuten los siguientes resultados.¹¹

En relación a la variable edad indico que la edad de los pacientes hospitalizados se ubica entre 35 a 65 años (Adulto) con el 62,8 %, la edad mínima que se encontró fue de 20 y la edad máxima fue 85 años, estos datos se contraponen al estudio realizado de Echevarría SH, *et al.* Percepción del paciente sobre calidad del cuidado humanizado brindado por la enfermera en una clínica de Lima en 2017, en donde la edad que prevaleció fue de 32,4 % (de 20 a 29 años) siendo adultos jóvenes. En base a los resultado se pudo establecer que no tiene una relación directa entre los dos estudios.¹¹

En base a la variable sexo el predominio de ingreso en esta institución es de 55,7 %, mientras que el sexo femenino corresponde a un 44,3 %, presentando así una relación con el estudio de Pat ME, *et al.*, realizado en México en el año 2017 sobre la Satisfacción del paciente adulto hospitalizado, dando los siguientes datos el 57 % correspondía al género masculino y el 43 % al femenino, en los dos estudios existe una similitud de ingresos de los pacientes de sexo masculino.¹²

En el estado civil los pacientes con pareja (unión libre y casados) tienen un porcentaje de 73,9 %, mientras que pacientes sin pareja (solteros, divorciados) el 26,1 %, presentando así una diferencia significativa con relación al estudio de Massa RE, *et al.* En Colombia en el 2016, el estudio que buscó establecer la relación entre cuidado humanizado por enfermería con la hospitalización de pacientes, prevaleció la “unión libre” con 31.8 %, seguida de “soltero” con el 29.5 %, y en último lugar los “divorciados”, con solo el 2.3 %.¹³

En cuanto a la etnia predominan los mestizos con el mayor porcentaje del 98,9 % (380 usuarios), afro ecuatoriano e indígena con 0,3 %, se pueden observar datos contrastantes en comparación con el estudio realizado de Monje P, *et al.*, en el 2018 sobre la percepción de cuidado humanizado de enfermería desde la perspectiva de usuarios hospitalizados, en Chile en donde el 88,3 % eran mestizos y el 11,7 % se consideran parte de la etnia mapuche u otras etnias; esto podría deberse a que el IESS brinda atención prioritaria a personas que tienen dependencia laboral, y la población indígena principalmente se ubica en las regiones rurales del país y se dedican a actividades agrarias.¹¹

En la variable turno de servicio, en la jornada laboral del turno vespertino los usuarios que son atendidos y encuestados son el 39,4 %, y en la jornada laboral nocturna se obtuvo que los pacientes que se atienden son el 29,9 %, existiendo una semejanza en el turno vespertino con la presente investigación, con relación al estudio de, Santos M, *et al.*, en el 2015 sobre percepción y cumplimiento del trato digno como indicador de calidad en la atención de enfermería en derecho habientes de una institución de salud, en México, revela en su estudio que en el turno vespertino los pacientes atendidos son el 30 %, y del turno nocturno son el 17 %, cabe mencionar que en el turno nocturno existe una diferencia debido a diferentes factores ya sea por la capacidad del hospital en el cual se realizó la presente investigación, ubicación del recinto hospitalario entre otra las cuales hacen que este valor difiera.¹⁴

En lo que respecta a la percepción de Trato Humanizado el instrumento PCHE consta de 32 ítems donde la mayoría de los usuarios encuestados otorgó el máximo puntaje estableciendo que siempre perciben trato humanizado (97,4 %), y el 2,6 % casi siempre. En comparación con el estudio de Monje P, *et al.*, en el 2018 sobre la percepción de cuidado humanizado de enfermería desde la perspectiva de usuarios hospitalizados, en Chile se observa que existe semejanza con el presente estudio ya que, las categorías de siempre (86 %) y casi siempre (11,7 %), el (1,8 %) algunas veces y el (0,6 %) nunca, Es decir demuestran que los pacientes perciben que los profesionales de enfermería se toman el tiempo para aplicar técnicas o procedimientos, además demuestran que el cuidado humanizado es una labor fundamental de enfermería que se ve reflejada en su labor diaria.¹¹

En virtud de los resultados obtenidos, se puede indicar que la percepción que tienen los pacientes en relación al trato humanizado y los factores socio demográficos, no corresponde a una asociación significativa, considerando que los resultados obtenidos fueron inferiores ($p > 0.05$); de manera similar lo demuestra un estudio realizado en Lima por Echevarría A, *et al.*, en el año 2018 sobre: Relación Entre Percepción Del Cuidado Humanizado de Enfermería y Factores Sociodemográficos, el cual dio como resultado que la asociación fue inferior a ($p > 0.05$).¹⁵

En relación a la variable área de servicio y días de hospitalización asociada con el trato humanizado no existe una asociación significativa, de manera similar con el es-

tudio de Massa RE, *et al.*, En Colombia en el 2016, sobre Relación entre Cuidado Humanizado por Enfermería con la Hospitalización de Pacientes, La percepción de cuidado humanizado relacionado con la especialidad médica del servicio, tiempo actual de estancia hospitalaria y hospitalizaciones previas, con una $p > 0.05$; por consiguiente no existe una significancia con estas dos variables.¹³

En cuanto a la relación de la variable trato humanizado asociada con el tipo de seguro se encontró asociación, obteniendo los siguientes datos (OR: 6,857 IC: 1.658 – 28,353 $p > 0,002$), en relación al estudio de Rosas PE, *et al.*, sobre el Trato Adecuado respuesta del sistema mexicano de salud a las expectativas no medicas de sus usuarios. En México entre los individuos encuestados, 56 % reportaron no tener ningún tipo de seguro médico; 32 % del total informaron estar asegurados en el Instituto mexicano del seguro social (IMSS), y el 41 % de los informantes manifestaron recibir servicios medico a través de uno de los sub sistemas de seguridad social (incluido en IMSS). Solo el 1,5 % de los entrevistados manifestó tener algún tipo de seguro voluntario. La suma es mayor de 100 % debido a que el 1,5 % de los entrevistados refirieron tener más de un seguro.¹⁶

5 Conclusión

Con la aplicación del instrumento de PCHE se pudo obtener información valiosa sobre la percepción del Trato Humanizado por parte de los profesionales de enfermería; los puntajes globales determinaron que el 97,4 % de los usuarios estuvieron satisfechos con el trato brindado, al momento del análisis de las categorías los resultados con mayor puntuación fueron siempre, lo que indica que el personal es capacitado y apto para brindar una buena atención.

En base a los resultados obtenidos sobre las variables edad, sexo, estado civil se concluye que en el Hospital José Carrasco Arteaga la mayor parte de usuarios hospitalizados fueron adultos en un 62,8 % comprendido entre las edades de 35 a 65 años, por otra parte, con un 55,7 % la atención fue mayor a personas de sexo masculino, el 57,3 % eran casados y en relación a la etnia fue 98,9 % mestizos.

Como conclusión final tenemos que no existe asociación entre la percepción del trato humanizado y las siguientes variables edad, sexo, estado civil, nivel de instrucción, etnia, residencia, turno de servicio, días de hospitalización, áreas de servicio, complejidad del paciente con el único factor que se asoció fue el tipo de seguro, siendo así que tener un seguro campesino disminuye la percepción de trato humanizado.

6 Fuente de Financiamiento

Este estudio es autofinanciado.

7 Conflicto de Intereses

No existen conflictos personales, profesionales, financiero de otro tipo.

8 Consentimiento Informado

Los autores cuentan con el consentimiento informado de los pacientes para la investigación, la publicación del caso y sus imágenes.

Referencias Bibliográficas

1. Elers Mastrapa Y, Gibert Lamadrid M del P. Relación enfermera-paciente: una perspectiva desde las teorías de las relaciones interpersonales. Rev Cuba Enfermería. Diciembre de 2016; 32(4):0-0. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192016000400019
2. De Arco-Canoles ODC, Suarez-Calle ZK. Rol de los profesionales de Enfermería en el sistema de salud colombiano. Univ Salud. 30 de abril de 2018; 20(2):171. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/reus/v20n2/0124-7107-reus-20-02-00171.pdf>
3. Gómez L, Isabel M. El cuidado de enfermería a los grupos humanos. Rev Univ Ind Santander Salud. Agosto de 2015; 47(2):209-13. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-08072015000200013
4. Ramos Guajardo S, Ceballos Vásquez P. Cuidado humanizado y riesgos psicosociales: una relación percibida por profesionales de enfermería en Chile. Enferm Cuid Humaniz [Internet]. 23 de marzo de 2018 [citado 6 de febrero de 2020];7(1). Disponible en: <http://www.scielo.edu.uy/pdf/ech/v7n1/2393-6606-ech-7-01-3.pdf>
5. Hernández Terrazas LE, Díaz Oviedo A, Martínez Licona JF, Gaytan Hernandez D, Hernández Terrazas LE, Díaz Oviedo A, et al. Nursing Education in Humanized care. Esc Anna Nery [Internet]. 2018 [citado 7 de Febrero de 2020]; 22(1). Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452018000100219&lng=en&tlng=en
6. 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. Rev Enfermería Hered. 20 de febrero de 2017;9(2):125. Disponible en: <https://faenf.cayetano.edu.pe/images/2017/revistavol9/9.pdf>
7. Landman Navarro C, Cruz Osorio MJ, García García E, Pérez Meza P, Sandoval Barrera P, Serey Burgos K, et al. Satisfacción Usuaría Respecto a Competencia de Comunicación del Profesional de Enfermería. Cienc Enferm. Abril de 2015;21(1):91-102. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/pdf/cienf/v21n1/art_09.pdf
8. Manual_MAIS-MSP12.12.12.pdf [Internet]. [Citado 6 de febrero de 2020]. Disponible en: http://instituciones.msp.gob.ec/somossalud/images/documentos/guia/Manual_MAIS-MSP12.12.12.pdf
9. Monje V. P, Miranda C. P, Oyarzün G. J, Seguel P. F, Flores G. E, Monje V. P, et al. Percepción De Cuidado Humanizado De Enfermería Desde La Perspectiva De Usuarios Hospitalizados. Cienc Enferm [Internet]. 2018 [Citado 7 de Febrero de 2020];24. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/cienf/v24/0717-9553-cienf-24-5.pdf>
10. Vargas BZ, Porras MX, Legister TG, Benavides CM. Valoración de la escala (Perroca) para la categorización de pacientes. Enferm En Costa Rica. Marzo de 2016;34(2). Disponible en: http://enfermeria.cr/revista/docs/Valoracion_de_la_Escala_Perroca_para_la_categorizacion_de_pacientes_en_el_Hospital_Rafael_Angel_Calderon_Guardia_Octubre_del_2013.pdf
11. Schmidt HE. Percepción del paciente sobre calidad del cuidado humanizado brindado por la enfermera en una clínica-Lima. Cuid Salud Kawsayninchis.2017;3(1):239-48. Disponible en: http://revistas.urp.edu.pe/index.php/Cuidado_y_salud/article/view/1421/1316
12. Social R de E del IM del S. Open Journal Systems. [Citado 7 de Febrero de 2020]; Disponible en: http://revistaenfermeria.imss.gob.mx/editorial/index.php/revista_enfermeria/article/view/110
13. Romero Massa E, Contreras Méndez IM, Universidad de Cartagena, Moncada Serrano A, Universidad de Cartagena. Relación Entre Cuidado Humanizado Por Enfermería Con La Hospitalización De Pacientes. Hacia Promoc Salud. 5 de junio de 2016;0121-7577(2462-8425):26-36.Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v21n1/v21n1a03.pdf>
14. Percepción y cumplimiento del trato digno como indicador de calidad en la atención de enfermería en derechohabientes de una institución de salud. [Citado 7 de Febrero de 2020].Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/4578/457844966004.pdf?fbclid=IwAR3ySw93nr5L-2wNrJ54ylei7xJNWL4mxcyUO09iOejtPGjIt5DPtiTUiRg>
15. Relación Entre Percepción del Cuidado Humanizado de Enfermería y Factores Sociodemográficos, en Pacientes Hospitalizados en un Hospital Público de Lima-Echevarría Anyosa, Luz María.pdf [Internet]. [Citado 4 de marzo de 2020]. Disponible en: <http://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/123456789/1477/TITULO%20-%20Echevarra%20c3%ada%20Anyosa%20c%20Luz%20Mar%20c3%ada.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
16. Puentes-Rosas E. Trato adecuado: respuesta del sistema mexicano de salud a las expectativas no médicas de sus usuarios. Salud Pública México [Internet]. 2 de febrero de 2005 [citado 4 de marzo de 2020];47(0). Disponible en: <http://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/4684>

Recibido: 9 de octubre de 2020

Aceptado: 25 de octubre de 2020



Directrices para autores. Normas de presentación y estructuración

Guidelines for authors. Presentation and structuring rules

Consejo editorial - Revista Killkana Salud y Bienestar
Universidad Católica de Cuenca, Cuenca Ecuador
killkana.editorial@ucacue.edu.ec

Resumen

Este documento tiene por finalidad proporcionar las instrucciones y normas para la presentación de artículos a la Revista Killkana Salud y Bienestar. Se dan reglas sobre las fuentes de financiamiento, conflicto de intereses, limitaciones de responsabilidad, tipos de artículos que pueden ser publicados, el uso de la bibliografía. Se manifiesta el sistema de arbitraje de la revista, así como los tiempos para la realización de la misma.

Palabras clave: El autor debe proporcionar palabras clave (en orden alfabético), un mínimo de 3 y un máximo de 6, que ayuden a identificar los temas o aspectos principales del artículo.

Abstract

Debe contener la traducción del resumen en idioma Inglés (traducción con alta calidad).

Key words: Contiene la traducción de las palabras claves al idioma Inglés.

1 Introducción

La revista KILLKANA SALUD Y BIENESTAR de la Universidad Católica de Cuenca, el principal objetivo es difundir la producción científica de los docentes investigadores desde los ámbitos locales, regionales e internacionales; siempre cumpliendo criterios de calidad en contenidos, técnicas y formalidades. Los trabajos publicados están en español e inglés y son estrictamente originales, y pasan por un sistema de arbitrajes de doble par ciego. Las temáticas tratadas son las relacionadas con la Medicina y el Bienestar de las personas, entre otras.

2 Normas de presentación y estructuración

Le solicitamos a los autores que lean las directrices para que puedan identificar de una manera correcta el tipo de publicación que desean presentar y sus características. Entre la documentación a enviar se hace necesario que por cada artículo presenten una **Carta de Originalidad**, la Declaración de Responsabilidad y Autoría, y el Formulario de Declaración de Posibles Conflictos de intereses en la cual firme el autor o los autores de los artículos. De igual forma es necesario que con la presentación de cada texto, se facilite el documento de aprobación por parte del Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos y el consentimiento informado para la realización de las investigaciones.

Fuentes de financiamiento: estas son las subvenciones, los equipos, medicamentos y/o cualquier otro apoyo

que facilitó la realización de la investigación descrita en el artículo o la escritura del artículo mismo. En caso de haber recibido alguno se declara de igual forma.

Conflicto de intereses: Cada artículo debe presentarse acompañado del Formulario de Declaración de Posibles Conflictos de intereses según el formato establecido por el Comité Internacional de Directores de Revistas Biomédicas (ICMJE). La Revista Killkana Salud y Bienestar tiene su propio formato basado en el establecido por el ICMJE. El formato en idioma inglés puede descargarse en el siguiente enlace: http://www.icmje.org/coi_disclosure.pdf Para descargar el formato en idioma español, hacer clic en Formulario de Declaración de Posibles Conflictos de Intereses.

Limitaciones de responsabilidad: Cada artículo luego de la información de las fuentes de financiamiento debe venir acompañado de la declaración del/los autor/es sobre que los puntos de vista expresados son de su/s responsabilidad/es y no de la institución en la que trabaja o de la fuente de financiación.

Se pueden publicar tanto artículos originales de investigación, de revisión bibliográfica como casos clínicos.

Extensión: El artículo como mínimo deberá tener 6 páginas (3000 palabras) y como máximo 15 páginas (5000 palabras), excluyendo el resumen, títulos de tablas, figuras y las referencias bibliográficas. El número máximo de autores por cada artículo es cinco.

Título: Debe tener entre 8 y 10 palabras.

2.1 Artículos originales

Resumen: El resumen debe tener como mínimo 250 palabras y como máximo 300, y no puede contener ecuaciones, figuras, siglas, tablas ni referencias. Debe presentar el contexto o el fondo para el estudio, los procedimientos básicos (la selección de las personas participantes en el estudio, ajustes, medidas, métodos analíticos), resultados principales (dando los tamaños de efecto específicos y su importancia estadística y clínica, si es posible) y conclusiones principales. En los ensayos clínicos se deberá incluir lo que el grupo de CONSORT identifica como esencial (www.consort-statement.org/resources/downloads/extensions/consort-extension-for-resumenes-2008pdf/)

Abstract: Debe contener la traducción del resumen en idioma Inglés (traducción con alta calidad) acorde a las directrices del resumen en español.

Palabras clave: Se sugiere la utilización de los Descriptores en Ciencias de la Salud (DECS) para la identificación de las palabras claves tanto en español como en inglés. La cantidad de palabras claves a emplearse como mínimo deben ser 5 y como máximo 7. Para una correcta selección puede consultarse el siguiente enlace: <https://decs.bvsalud.org/E/homepagee.htm>

Keywords: Contiene la traducción de las palabras claves al idioma inglés, acorde a las directrices en idioma español.

Introducción: La introducción abarca los antecedentes (tratados de manera breve, concreta y específica), el planteamiento del problema (objetivos y preguntas de investigación, así como la justificación del estudio), un sumario de la revisión de la literatura, el contexto de la investigación (cómo, cuándo y dónde se realizó), las variables y los términos de la investigación, lo mismo que las limitaciones de ésta. Es importante que se comente la utilidad del estudio para el campo académico y profesional.

Marco teórico o antecedentes : En este apartado se incluyen y comentan las teorías que se manejaron y los estudios previos que se relacionan con la investigación actual. Se recomienda ser breve y conciso. Algunos autores incluyen esta parte en la introducción.

Metodología: En esta parte del artículo se describe cómo fue llevado a cabo el trabajo, e incluye, dependiendo del tipo de investigación realizada, el enfoque; el contexto; casos, universo y muestras; diseño utilizado; procedimiento; y proceso de recolección de datos.

Resultados: Los resultados son producto del análisis de los datos. Compendian el tratamiento estadístico y analítico que se dio a los datos. Regularmente el orden es a) análisis descriptivos de los datos, b) análisis inferenciales para responder a las preguntas o probar hipótesis (en el mismo orden en que fueron formula-

das las hipótesis o las variables). Se recomienda que primero se describa de manera breve la idea principal que resume los resultados o descubrimientos, y posteriormente se reporten con detalle los resultados. Es importante destacar que en este apartado no se incluyen conclusiones ni sugerencias.

Conclusiones y recomendaciones: Discusiones, recomendaciones, sugerencias, limitaciones e implicaciones. En esta parte se deben derivar las conclusiones, las mismas que deben seguir el orden de los objetivos de la investigación; señalar las recomendaciones para otros estudios o derivaciones futuras relacionadas con su trabajo; generalizar los resultados a la población; evaluar las implicaciones del estudio; Relacionar y contrastar los resultados con estudios existentes; reconocer las limitaciones de la investigación (en el diseño, muestra, funcionamiento del instrumento, alguna deficiencia, etc., con un alto sentido de honestidad y responsabilidad); destacar la importancia y significado de todo el estudio y explicar los resultados inesperados. En la elaboración de las conclusiones se debe evitar repetir lo dicho en el resumen.

Referencias: Son las fuentes primarias utilizadas por el investigador para elaborar el marco teórico u otros propósitos; se incluyen al final del reporte, en el orden de aparición en el artículo y siguiendo las normas del *International Committee of Medical Journal Editors* (ICMJE), mejor conocidas como estilo Vancouver. Se recomienda el uso de gestores bibliográficos en el documento (*Word, Zotero, Mendeley*)

Artículos: Apellido de los autores seguido de la inicial del nombre. Título del artículo. Nombre de la revista. Año; el volumen seguido del número entre paréntesis (todo lo anterior en letras itálicas), y finalmente las páginas del artículo. Ejemplos:

Waller, I., & Kapral, R. Spatial and temporal structure in systems of coupled nonlinear oscillators. *Phy. Rev. A*. 1984; 30(4), 2047-2055.

Nistal, J. M. S. El tesoro CINDOC de topónimos. *REDIAL: revista europea de información y documentación sobre América Latina*. 1992; (1), 105-126.

Libros: Apellido de los autores seguido de la inicial del nombre. Título del libro. Volumen, edición. Lugar de la publicación, nombre de la editorial; año. Ejemplos:

Sanjuán, MA., & Lineal, GDDN. *Caos, complejidad e interdisciplinariedad. Pensar como un economista, (Homenaje al profesor Andrés Fernández Díaz)*. Madris: DELTA Publicaciones; 2009.

Match, JE, & Birch, JW. *Guide to successful thesis and dissertation*, 4th Ed. New York: Marcel Dekker, 1987.

Internet: La World Wide Web nos provee una variedad de cursos que incluyen artículos de libros, revistas, periódicos

cos, documentos de agencias privadas y gubernamentales, etc. Éstas referencias deben proveer al menos, el título del recurso, fecha de publicación o fecha de acceso, y la dirección (URL) del recurso en la Web. En la medida que sea posible, se debe proveer el autor del recurso. Ejemplos:

Pang, Tao (2006). *An Introduction to Computational Physics*, 2nd Edition. Recuperado de <https://www.cambridge.org/core/books/an-introduction-to-computational-physics/1B15BEAC3749EFFE195659F4A166D0E2>

Hiperenlaces: Es recomendable más no indispensable, si los artículos o libros tienen Digital object identifier (doi) o dirección web. Por ejemplo:

Waller, I., & Kapral, R. (1984). Spatial and temporal structure in systems of coupled nonlinear oscillators. *Physical Review A*, 30(4), 2047. <https://doi.org/10.1103/PhysRevA.30.204>

Lo mismo se aplica para las citas electrónicas:

(2003, Sep.) IEEE computer society press proceedings author guidelines. Disponible en http://www.computer.org/portal/pages/cscps/cps/cps_forms.html

2.2 Artículos de revisión bibliográfica

(Tomado de: Merino-Trujillo, A; (2011). Como escribir documentos científicos (Parte 3). Artículo de revisión. *Salud en Tabasco*, 17(1) 36-40. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=48721182006>)

En la actualidad existen varias clasificaciones referidas al artículo de revisión. Sin embargo, las más relevantes se pueden clasificar en cuatro tipos de revisión:

La **revisión exhaustiva** de todo lo publicado. Se trata de un artículo de bibliografía comentada, son trabajos bastante largos, muy especializados y no ofrecen información precisa a un profesional interesado en responder a una pregunta específica.

La **revisión descriptiva** proporciona al lector una puesta al día sobre conceptos útiles en áreas en constante evolución. Este tipo de revisiones tienen una gran utilidad en la enseñanza y también interesará a muchas personas de campos afines, porque leer buenas revisiones es la mejor forma de estar al día en las áreas generales de interés.

La **revisión evaluativa** responde a una pregunta específica, muy concreta sobre aspectos etiológicos, diagnósticos, clínicos o terapéuticos. Este tipo de revisión son las que actualmente se conocen como preguntas clínicas basadas en la evidencia científica.

2.3 Casos clínicos combinados con revisión bibliográfica

Resumen descriptivo: describe brevemente cuál es el contenido del trabajo y no menciona resultados ni conclusiones. Debe tener entre 200 y 250 palabras.

Introducción: se muestran los objetivos del trabajo, y se plantea la necesidad de abordar la pregunta o preguntas que se quiere contestar (el tema a revisar).

Metodología: se expone todo lo relacionado con la búsqueda bibliográfica: cuáles criterios de selección fueron utilizados, recuperación de la información, fuentes documentales, evaluación de la calidad de los artículos seleccionados y por último análisis de la variabilidad, fiabilidad y validez de los artículos.

Desarrollo y discusión: se presentan los detalles más destacables de los artículos revisados (diseños, sesgos, resultados, etc.) y, la síntesis discutida y argumentada de los resultados.

Conclusiones: se exponen las consecuencias que se extraen de la revisión, propuestas de nuevas hipótesis y líneas de investigación concretas para el futuro.

Referencias: Son las fuentes primarias utilizadas por el investigador para elaborar el marco teórico u otros propósitos; se incluyen al final del reporte, en el orden de aparición en el artículo y siguiendo las normas del *International Committee of Medical Journal Editors* (ICMJE), mejor conocidas como estilo Vancouver.

Artículos: Apellido de los autores seguido de la inicial del nombre. Título del artículo. Nombre de la revista. Año; el volumen seguido del número entre paréntesis (todo lo anterior en letras itálicas), y finalmente las páginas del artículo. Ejemplos:

Waller, I., & Kapral, R. Spatial and temporal structure in systems of coupled nonlinear oscillators. *Phy. Rev. A*. 1984; 30(4), 2047-2055.

Nistal, J. M. S. El tesoro CINDOC de topónimos. *REDIAL: revista europea de información y documentación sobre América Latina*. 1992; (1), 105-126.

Libros: Apellido de los autores seguido de la inicial del nombre. Título del libro. Volumen, edición. Lugar de la publicación, nombre de la editorial; año. Ejemplos:

Sanjuán, MA., & Lineal, GDDN. *Caos, complejidad e interdisciplinariedad. Pensar como un economista*, (Homenaje al profesor Andrés Fernández Díaz). Madrid: DELTA Publicaciones; 2009.

Match, JE, & Birch, JW. *Guide to successful thesis and dissertation*, 4th Ed. New York: Marcel Dekker, 1987.

Internet: La World Wide Web nos provee una variedad de recursos que incluyen artículos de libros, revistas, periódicos, documentos de agencias privadas y gubernamentales, etc. Éstas referencias deben proveer al menos, el título del recurso, fecha de publicación o fecha de acceso, y la dirección (URL) del recurso en la Web. En la medida que sea posible, se debe proveer el autor del recurso. Ejemplos:

Pang, Tao (2006). *An Introduction to Computational Physics*, 2nd Edition. Recuperado de <https://www.cambridge.org/core/books/an-introduction-to-computational-physics/1B15BEAC3749EFFE195659F4A166D0E2>

Hiperenlaces: Es recomendable más no indispensable, si

los artículos o libros tienen Digital object identifier (doi) o dirección web. Por ejemplo:

Waller, I., & Kapral, R. (1984). Spatial and temporal structure in systems of coupled nonlinear oscillators. *Physical Review A*, 30(4), 2047. <https://doi.org/10.1103/PhysRevA.30.204>

3 Sistema de arbitraje de pares

El proceso de revisión por pares, es una de las fases que componen la publicación de un artículo científico. Es complejo, importante y necesario para medir la rigurosidad, la novedad científica, la calidad de la publicación, la factibilidad de la investigación.

Las Revistas Killkana adoptan la revisión a doble par ciego. El proceso comienza una vez el manuscrito pasa la primera revisión de corrección y es preparado para la revisión por pares. Una vez que la publicación sea aprobada por el Comité Editorial y el Comité Asesor, se procede a enviar el artículo sin los datos del autor a dos pares externos que funcionarán como evaluadores ciegos. Al solicitar la revisión, se le pregunta a los revisores si presentan conflicto de intereses que puedan interferir en la evaluación del manuscrito, con la finalidad de evitar sesgos en sus opiniones sobre la revisión. El tiempo de evaluación que tienen los pares académicos es de 30 a 60 días. Cuando los árbitros emitan sus evaluaciones, en caso de existir sugerencias, correcciones o modificaciones, se le enviará nuevamente al autor para que proceda a hacer los cambios pertinentes, en un plazo no mayor a quince (15) días calendarios. Si existiesen dudas en las evaluaciones, el trabajo se remitirá a un tercer evaluador.

El Equipo Editorial y el Comité Asesor, no permiten evaluadores de hasta tercer grado de consanguinidad y segundo grado de afinidad con el (los) autor (es).

4 Adopción de código de ética

Las Revistas Killkana están comprometidas con la comunidad científica para garantizar la ética y calidad de los artículos publicados. Nuestra revista tiene como referencia el [Código de Conducta y Buenas Prácticas](#) que define el Comité de Ética en Publicaciones (COPE) para editores de revistas científicas.

El Comité Editorial se compromete a publicar las correcciones, aclaraciones, retracciones y disculpas cuando sea preciso.

En función del cumplimiento de estas buenas prácticas, la revista tiene un sistema de selección de artículos que son revisados por pares externos con criterios basados en la relevancia científica del artículo, originalidad, contribución en el área del conocimiento, contenido, cobertura del tema, y presentación del artículo presentado. El Comité Editorial garantiza en todo momento la confidencialidad del proceso de evaluación, el anonimato de los evaluadores y de los autores, el contenido evaluado, el informe razonado emitido por los evaluadores y cualquier otra comunicación emitida

por los consejos editorial, asesor y científico si así procediese. De la misma forma, se mantendrá la confidencialidad ante posibles aclaraciones, reclamaciones o quejas que un autor desee remitir a los comités de la revista o a los evaluadores del artículo.

De igual forma la revista Killkana Salud y Bienestar, se adscribe a las Pautas Éticas Internacionales para la Investigación Biomédica en Seres Humanos, preparadas por el Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS) en colaboración con la Organización Mundial de la Salud <http://www1.paho.org/spanish/bio/cioms.pdf>

Sistema y proceso de arbitraje de la revista Killkana Salud y Bienestar

System and process of refereeing in the Killkana Salud y Bienestar journal

Consejo editorial - Revista Killkana Salud y Bienestar
Universidad Católica de Cuenca, Cuenca Ecuador
killkana.editorial@ucacue.edu.ec

Resumen

La publicación de trabajos científicos en la revista Killkana Salud y Bienestar se lleva a cabo a través del proceso de evaluación de dos revisores o pares ciegos, donde la identidad de los evaluadores y de los autores no son reveladas a ninguna de las partes. Este proceso colaborativo permite que los artículos recibidos sean valorados y comentados por expertos independientes a la institución, garantizando que los trabajos cumplan con un mínimo número de parámetros de calidad exigidos a nivel internacional. Adicionalmente se indican los factores que pueden influir en el tiempo del proceso de revisión y aceptación de un artículo.

Palabras clave: Proceso de publicación, revisión de pares ciegos, evaluadores, tiempo de espera.

Abstract

The publication of scientific papers in Killkana Salud y Bienestar Journal is carried out through the evaluation process of two reviewers or blind peers, where the evaluators and the authors' identities are not exposed to any of the parties. This collaborative process allows the articles received to be evaluated and commented by experts who are independent to the institution, making sure that the research works comply with a minimum number of quality parameters required at the international level. Additionally, the factors that may influence the time of the review process and acceptance of the article are stated.

Key words: Publication processes, .

La aceptación de trabajos en la revista Killkana Salud y Bienestar se lleva a cabo a través de la revisión de pares, también conocidos como referís. Éste proceso colaborativo permite que los manuscritos enviados a las revistas sean evaluados y comentados por expertos independientes a la institución, dentro de la misma área de investigación. La evaluación y crítica realizada por los pares evaluadores genera una retro alimentación para que el autor mejore y afine su trabajo, a la vez que permite al editor y/o equipo editorial valorar la calidad del artículo para ser publicado en la revista.

La revisión de trabajos realizado por pares expertos es un proceso formal y explícito para comunicaciones científicas, y se emplea desde las primeras revistas científicas aparecidas hace más de trescientos años.

El proceso de revisión de la revista Killkana Salud y Bienestar es el de dos revisores o pares ciegos: la identidad de los referís y de los autores no son reveladas a ninguna de las partes.

1 Beneficios de la revisión por pares

- El autor recibe una detallada y constructiva retro alimentación de parte de expertos en el área.
- El proceso puede alertar a los autores de errores o vacíos en la literatura que se pudieron haber omitir.
- Puede ayudar a que el artículo sea más accesible a los lectores de las revistas.
- Podría propiciar una discusión constructiva entre el autor, el referí y el editor, acerca de un campo o tópico científico.

2 Labor del editor o equipo editorial

El equipo editorial, al que se denomina también “Editor”, está conformado por los Coordinadores de los Centros de Investigación de la Universidad Católica de Cuenca, el cual tiene las responsabilidades descritas a continuación:

- El editor considerará si un trabajo es lo suficientemente bueno para enviarlo o no a los pares evaluadores. En tal sentido debe revisar que el artículo se ajusta a objetivos y alcance, directrices y las instrucciones dadas a los

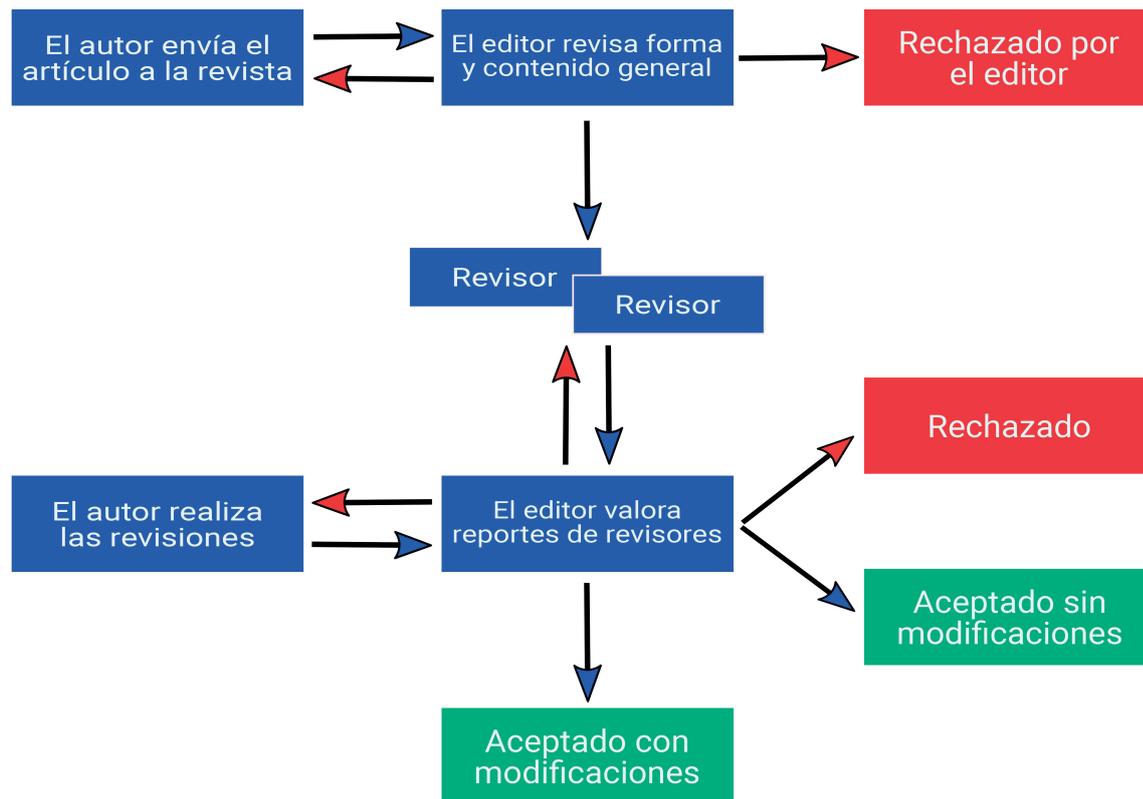


Fig. 1. Diagrama del proceso de revisión de pares evaluadores de las revistas Killkana Salud y Bienestar.

autores de las revistas. Adicionalmente debe asegurarse que el contenido del manuscrito representa una contribución seria y significativa al campo del conocimiento.

- Los artículos pueden ser rechazados sin revisión de los referís a discreción del editor. Si el mismo es conveniente, el manuscrito se enviará para su revisión por pares.
- El editor tomará la decisión de aceptar el artículo basada en los comentarios recibidos por los referís.
- La decisión del editor es definitiva e inapelable.

La figura 1 muestra el proceso de revisión de pares evaluadores empleado por la revista Killkana Salud y Bienestar.

Hay que aclarar, que luego de que el artículo ha sido aceptado, será sometido a una revisión de estilo, donde se darán los toques finales respecto a la redacción, resumen en idioma inglés, etc.

3 Quienes se consideran para ser pares evaluadores

Los pares evaluadores son investigadores académicos y profesionales, que trabajan en el campo de conocimientos del artículo. Están familiarizados con la literatura científica y tienen contribuciones y/o artículos en el área. Tales expertos no pertenecen a la Universidad Católica de Cuenca.

Los referís ofrecen su tiempo y experiencia de forma voluntaria para mejorar la calidad de los artículos de las

revistas y alentar nuevas investigaciones en sus respectivas áreas del conocimiento.

4 Objetivos de los pares evaluadores

El editor conjuntamente con los pares evaluadores deben asegurar en la medida de lo posible que los trabajos tengan las siguientes características:

- El artículo es un trabajo original, el cual no ha sido publicado previamente ni está en consideración de otra revista, total o parcialmente.
- El manuscrito tiene los estándares de ética.
- El artículo es relevante para los propósitos, alcance y lectores de la revista.
- El trabajo representa resultados originales.
- El manuscrito de revisión enviado ofrece un estudio amplio, completo y crítico, y evalúa la fuentes claves de literatura para un tópico específico.
- El artículo es metodológica y técnicamente bueno.

5 Tiempos en el proceso de aceptación

La revisión por pares es un proceso riguroso, que demanda su debido tiempo y atención. Entre los factores que pueden influir en el tiempo de respuesta de un trabajo se pueden considerar:

- Los manuscritos son revisados en primera instancia por algunos miembros del equipo editorial.

- En la fase de la revisión por pares, la demora ocurre inevitablemente cuando los referís están ocupados. Como expertos en el área y miembros de instituciones de educación e investigación superior, su tiempo es compartido con otras actividades.
- Las revistas pueden tener un gran número de sumisiones de trabajos.
- El equipo editorial de las revistas Killkana trabaja para asegurar que el proceso de revisión por pares sea riguroso y a tiempo. Los tiempos de espera pueden variar dependiendo de la revista, el campo de investigación, etc.

