

ISSN - 2960-8201

REVISTA
ESPECIALIDADES
 **HAGP**



<https://revista.hospitalguayaquil.gob.ec:9092/index.php/revista>
Hospital de Especialidades Guayaquil
Dr. Abel Gilbert Pontón

Edición no. 1
Junio 2023

Consejo de Política Editorial

ESPECIALIDADES HAGP



Dr. Miguel San Martín, Mgs
Editor General



Dr. Paulo Bonilla Acosta
Director de la Revista



Lic. Pedro Guñorez, Mgs
Editor Científico



Lic. María Elena Cchoa, Mgs
Editor De Contexto



Dr. Fernando Millán Areana
Analista De Arbitraje



Dr. Mauricio Mora
Editor De Sección



Lic. Gaby Genovesi Angutaca, Mgs
Editor De Sección



Lic. Marcos Macías
Gestión de Diseño y Publicidad



Ing. Rubén Pina
Gestión de Tecnología



Dr. Roberto Gutiérrez Gómez
Editor De Sección



Dr. Juan Mirchala Avila
Editor De Sección



Lic. Lenin Cusquillo Guaman, Mgs
Editor De Sección



Dr. Wilson Titi Aucancela
Editor De Sección



Ab. Vanesa Yaguana
Asesoría Jurídica



Dr. Carlos Venegas Arteaga
Editor De Sección

CONSEJO DE POLITICA EDITORIAL

Dr. Miguel San Martín Abarca – **EDITOR GENERAL**

Dr. Paulo Bonilla Acebo, Esp. – **DIRECTOR DE LA REVISTA**

Lic. Pedro Quiñonez Cabezas, Mgs – **EDITOR CIENTIFICO**

Lic. María Elena Ochoa, Mgs – **EDITOR DE CONTEXTO**

Dr. Fernando Miñán Arana – **ANALISTA DE ARBITRAJE**

Lic. Gabriela Genovesi Anguizaca, Mgs. – **EDITOR DE SECCIÓN**

Dr. Roberto Gutiérrez Gómez, Esp. – **EDITOR DE SECCIÓN**

Dr. Juan Minchala Ávila, Esp. – **EDITOR DE SECCIÓN**

Lic. Lenin Cusquillo Guamán, Mgs – **EDITOR DE SECCIÓN**

Dr. Wilson Tixi Aucancela, Esp. – **EDITOR DE SECCIÓN**

Dr. Carlos Venegas Arteaga, Esp. – **EDITOR DE SECCIÓN**

Dr. Mauricio Mora Orellana, Esp – **EDITOR DE SECCIÓN**

Ab. Vanesa Yaguana Herrera – **ASESORÍA JURÍDICA**

Lic. Marcos Macías Villacis, Mgs. – **GESTIÓN DE DISEÑO Y PUBLICIDAD**

Ing Ruben Puma Rodríguez, Mgs. – **GESTIÓN DE TECNOLÓGICA**

CUERPO EDITORIAL CIENTIFICO NACIONAL

Dr. Carlos Paz Sanchez, PhD. – Universidad Técnica de Babahoyo

Dr. Pablo González Sánchez, Esp. – Hospital Dr. León Becerra (Milagro)

Dr. Ricardo Cañizares Fuentes, PhD. – Universidad Católica de Santiago de Guayaquil

Dra. Betty Mazacón Roca, PhD. – Universidad Técnica de Babahoyo

Dra. Gloria Muñiz Granoble, PhD – Universidad de Guayaquil

Dra. Catherine Correa Asanza, PhD. – Universidad Católica de Santiago de Guayaquil

Dr. Holger Romero Urrea, PhD. – Universidad Estatal de Milagro

Dra. Joicy Franco Coffré, PhD.- Universidad de Guayaquil

Dr. Jorge Bucaram Matamoros, Esp. – Universidad Católica de Santiago de Guayaquil

Lic. Elena Guaña Bravo Mgs. – Universidad de Guayaquil

Lic. Luis Salazar Guashpa Mgs.- Universidad ECOTEC

Lic. Jimmy Zambrano Mazacón, Mgs. – Universidad Técnica de Babahoyo

CUERPO EDITORIAL CIENTIFICO INTERNACIONAL

Dra. Grace. Moscoso Solórzano, PhD. – España

Dra. Dinora Rebolledo Malpica, PhD – Venezuela

Dra. Maritza Placencia Medina, PhD. – Perú

Lic. Taycia Ramírez Pérez, Mgs. – Cuba

Contenido

| | |
|---|----|
| Editorial..... | 5 |
| Factores de Riesgo Asociados a las Relaparotomías no Programadas en Pacientes Tratados Quirúrgicamente por el Servicio de Cirugía General del Hospital de Especialidades de Guayaquil “Dr. Abel Gilbert Pontón” | 6 |
| Eventos Trombóticos Recurrentes como Forma de Debut de Lupus Eritematoso Sistémico: Reporte de Caso. | 16 |
| Estrategias de Afrontamiento en Pacientes con Fractura por Trauma de Arma de Fuego basado en el Modelo de Callista Roy..... | 25 |
| Incidencia de los Factores de Riesgos Psicosociales por Covid-19, en Pacientes Adultos Mayores que se encuentran bajo la Modalidad Diurna y Atención Domiciliaria en un Centro Gerontológico..... | 32 |
| Rol de Enfermería en el Cuidado de las Gestantes Consumidoras de Sustancias Psicotrópicas..... | 45 |
| Comportamiento Epidemiológico de la Leucemia Linfocítica en Niños en Hospital Solca Guayaquil | 63 |
| Factores Asociados a la Satisfacción de los Usuarios en Servicios de Salud | 71 |
| Morbilidad Materna Extremadamente Grave (near miss) y Mortalidad Materna en los Hospitales: “Dr. Teodoro Maldonado Carbo” y “Enrique C. Sotomayor” como Indicadores de Calidad de Atención Obstétrica | 90 |

EDITORIAL

La Revista de Especialidades HAGP es una revista científica que pertenece al Hospital de Especialidades “Dr. Abel Gilbert Pontón”, que cuenta con una vida institucional de 49 años en los que se ha desarrollado como un hospital de tercer nivel que proporciona a los ciudadanos, una atención en salud especializada en procesos complejos, asegurando la continuidad asistencial, en un entorno accesible, seguro, respetuoso y amable.

Nuestra institución es reconocida a nivel nacional como Unidad Asistencial docente y de investigación de excelencia, siendo el principal centro de referencia en la formación de profesionales en el área de la salud; desde este punto de vista la Revista Especialidades HAGP se convertirá en un medio de difusión de impacto con publicaciones científicas de alto interés dirigida a investigadores, estudiantes y comunidad científica nacional e internacional.

La Revista Científica Especialidades HAGP es una publicación científica digital de acceso libre. El contenido que la revista publica está accesible de manera gratuita, en su versión digital, a través de la página web, desde el momento de su publicación.

Las investigaciones realizadas y los resultados publicados en esta revista fomentarán las actividades científicas y de investigación en las áreas de la salud, permitiendo mostrar nuevos descubrimientos, avances o novedades científicas, dentro de una amplia cobertura temática.

Invitamos a todos los profesionales de la salud a que contribuyan con sus trabajos de investigación para resaltar y relevar el buen prestigio de nuestra revista.

Dr. Paulo Bonilla Acebo, Esp.
Director Revista Especialidades HAGP

Factores de Riesgo Asociados a las Relaparotomías no Programadas en Pacientes Tratados Quirúrgicamente por el Servicio de Cirugía General del Hospital de Especialidades de Guayaquil "Dr. Abel Gilbert Pontón"

Risk Factors Associated with Unscheduled Relaparotomies in Patients Surgically Treated by the General Surgery Department of the "Dr. Abel Gilbert Pontón" Hospital of Guayaquil City

DOI: <https://doi.org/10.5281/zenodo.7948834>

Dirección para correspondencia:

fminan@uees.edu.ec

Fecha de recepción: 03 / 03 / 2023

Fecha de aceptación: 25 / 04 / 2023

Fecha de publicación: 02 / 06 / 2023

Autores:

Cruz Jordán Vanessa .1

Cirujano General -Universidad de Especialidades
Espíritu Santo

Ministerio de Salud Pública del Ecuador

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7357-9250>

Miñan Arana Fernando.2

Universidad de Especialidades Espíritu Santo
Hospital de Especialidades Dr. Abel Gilbert

Pontón, Ministerio de Salud Pública del Ecuador

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8203-6848>

Resumen

La reintervención quirúrgica abdominal no programadas aumentan la morbimortalidad de los pacientes. El objetivo de este estudio es determinar los factores de riesgo asociados a las relaparotomías no programadas (RLNP) en cirugía abdominal. **Método:** se trata de un estudio retrospectivo, longitudinal y analítico, donde se formaron dos grupos de pacientes: los Reoperados (aquellos que fueron reintervenidos quirúrgicamente en un mismo periodo de hospitalización, n=147) y los Operados (aquellos que no necesitaron de una

2da reintervención abdominal, n=720), efectuado desde enero a diciembre del 2020; **Resultados:** la prevalencia de relaparotomías no programadas fue del 16,78% con predominio del sexo masculino n= 89 (60,5%); los mayores de 70 años (Reoperados: 27,2% vs Operados: 7,7%, OR: 6,15 IC95%: 2,86 – 7,12, p ≤ 0,001), la diverticulitis aguda (Reoperados: 11% vs Operados: 2%, OR: 4,5 IC95%: 2,93 – 12,96, p ≤ 0,001), la etiología oncológica (Reoperados: 17% vs Operados: 7%, OR: 2,8 IC95%: 1,67 – 4,71, p ≤ 0,001), duración de cirugía entre

2 a 4 horas (Reoperados: 50% vs Operados: 38,3%, OR: 1,6 IC95%: 1,11 – 2,26, $p \leq 0,001$), ser obeso (Reoperados: 15% vs Operados: 2,6%, OR: 7,05 IC95%: 3,70 – 13,45, $p \leq 0,001$) fueron identificados como factores asociados a relaparotomía. La mortalidad fue mayor en el grupo de reoperados sin tener significancia estadística (Reoperados: 14,3% vs Operados: 10%).

Conclusiones: La incidencia de reintervenciones quirúrgicas no programadas se encuentra dentro del rango de la tasa a nivel mundial. Tener más de 70 años, tener como etiología diverticulitis aguda o patología oncológica abdominal, ser obeso y tener un tiempo prolongado de cirugía parecen ser factores que aumentan el riesgo de relaparotomías no programadas.

Palabras claves: relaparotomías no programadas, complicaciones quirúrgicas, reintervención quirúrgica.

Summary

Unscheduled surgical abdominal reintervention increases the morbidity and mortality of patients. The objective of this study is to determine the risk factors associated with unscheduled relaparotomies (RLNP) in abdominal surgery. **Method:** this is a retrospective, longitudinal and analytical study, where two groups of patients were formed: the Reoperated (those who underwent reoperation during the same hospitalization period, $n=147$) and the Operated (those who did not need a 2nd abdominal

reoperation, $n=720$), performed from January to December 2020; **Results:** the prevalence of unscheduled relaparotomies was 16.78% with a predominance of males $n= 89$ (60.5%); those over 70 years of age (Reoperated: 27.2% vs Operated: 7.7%, OR: 6.15 95%CI: 2.86 – 7.12, $p \leq 0.001$), acute diverticulitis (Reoperated: 11% vs Operated: 2%, OR: 4.5 95%CI: 2.93 – 12.96, $p \leq 0.001$), oncological etiology (Reoperated: 17% vs Operated: 7%, OR: 2.8 95%CI: 1, 67 – 4.71, $p \leq 0.001$), duration of surgery between 2 to 4 hours (Reoperated: 50% vs Operated: 38.3%, OR: 1.6 95%CI: 1.11 – 2.26, $p \leq 0.001$), being obese (Reoperated: 15% vs Operated: 2.6%, OR: 7.05 95% CI: 3.70 – 13.45, $p \leq 0.001$) were identified as factors associated with relaparotomy. Mortality was higher in the re-operated group without statistical significance (Re-operated: 14.3% vs. Operated: 10%).

Conclusions: The incidence of unscheduled surgical reinterventions is within the range of the rate worldwide. Being over 70 years of age, having acute diverticulitis or abdominal cancer as an etiology, being obese, and having a long time in surgery seem to be factors that increase the risk of unscheduled relaparotomies.

Keywords: unscheduled relaparotomies, surgical complications, surgical reoperation.

Introducción

La relaparotomía es la reapertura de la cavidad abdominal (reintervención) en

el transcurso del postoperatorio inmediato, mediato o dentro de los primeros 30 días de la primera intervención. ⁽¹⁾ La incidencia de la reintervención quirúrgica se estima un rango de 0,5-15 %, en Medio Oriente registran 1 a 4,4 %, y en Latinoamérica de 2 a 7 % (Chile menor a 2%), sin diferenciar si la cirugía original fue electiva o de urgencia y sin distinguir la especialidad quirúrgica. ⁽²⁾ La relaparotomías están asociadas a mayor morbimortalidad, la decisión es con frecuencia desafiante, especialmente cuando los cirujanos se enfrentan a un tipo de paciente que se encuentra en estado crítico con signos y síntomas no específicos. ⁽³⁾

En el 2021, un estudio realizado en Ecuador determinó las causas y factores de riesgo de relaparotomía tras cirugía abdominal de emergencia; el abdomen agudo inflamatorio (44%), identificando una relación significativa entre la reintervención quirúrgica con la edad > 60 años, retraso de la cirugía > 24 horas, tiempo quirúrgico prolongado de > 3 horas y la isquemia mesentérica. ⁽³⁾

El análisis de reoperaciones no programadas (RONP) es un indicador de calidad solicitado por el Ministerio de Salud de Chile (MINSAL), como objetivo de promover una retroalimentación continua a los equipos quirúrgicos sobre las causas de reintervenciones en cirugía electiva, realizando discusión técnica quirúrgica; considerando que

las RONP eleva la mortalidad y prolongan la hospitalización en forma significativa. ⁽⁴⁾

El propósito del estudio es de identificar los factores de riesgo asociados a las reintervenciones no programadas (RLNP) en cirugía abdominal.

Materiales y métodos

Es un estudio retrospectivo, longitudinal y analítico, desarrollado en un hospital de III nivel de atención de la ciudad de Guayaquil durante un año (enero a diciembre 2020). Se incluyeron a los siguientes pacientes: pacientes mayores a 18 años que fueron tratados quirúrgicamente por el departamento de cirugía del hospital en el periodo de estudio. Se excluyeron aquellos pacientes que su laparotomía inicial fue en otra institución, que murieron dentro de las primeras 48 horas a su ingreso hospitalario, pacientes con trastornos hematológicos conocidos y a las mujeres embarazadas.

Durante el periodo de estudio se efectuaron 967 cirugías abdominales, luego de aplicar los criterios de inclusión y exclusión se incluyeron 867 pacientes, (Reoperados n=147 y Operados n=720).

Para el análisis estadístico fueron revisadas las historias clínicas, récord quirúrgicos dentro de los archivos de estadística y se confeccionó una base recogida de datos en EXCEL. La información obtenida se procesó con las funciones que cuenta el programa de EXCEL, usando

opciones dicotómicas en ciertas variables y respuesta con múltiples opciones. Se utilizó el programa Jamovi 2.3.18 para determinar posibles asociaciones entre las variables de estudio a través del Odds ratio, tomando en consideración, como significancia estadística, un valor de p menor a 0,05.

Resultados: La incidencia de relaparotomías no planificadas fue del 16,78% (147/867). El grupo de Reoperados fue de 147 pacientes, y de Operados de 720 pacientes.

Se puede observar que no hubo diferencias en el género entre los dos grupos. En cuanto a la etiología, la apendicitis aguda estuvo presente con mayor frecuencia en ambos grupos

(Reoperados 30% vs Operados 34,6%). En el grupo de reoperados, el tener más de 70 años (Reoperados: 27,2% vs Operados: 7,7%, OR: 6,15 IC95%: 2,86 – 7,12, $p \leq 0,001$), tener como etiología diverticulitis aguda (Reoperados: 11% vs Operados: 2%, OR: 4,5 IC95%: 2,93 – 12,96, $p \leq 0,001$) o algún tumor abdominal.

Reoperados: 17% vs Operados: 7%, OR: 2,8 IC95%: 1,67 – 4,71, $p \leq 0,001$), Tener alguna comorbilidad (Reoperados: 74,8% vs Operados: 33,2%, OR: 5,98 IC95%: 3,99 – 8,97, $p \leq 0,001$) y ser obeso (Reoperados: 15% vs Operados: 2,6%, OR: 7,05 IC95%: 3,70 – 13,45, $p \leq 0,001$) se presentaron con mayor frecuencia de forma significativa.

(Tabla No. 1)

Tabla No. 1 Características generales

| | REOPERADOS (n=147) | % | OPERADOS (n=720) | % | P |
|--------------------------------|-----------------------|------|---------------------|------|--------------|
| GENERO | | | | | |
| Masculino | 86 | 58.5 | 396 | 55 | ns |
| Femenino | 60 | 40.8 | 324 | 45 | ns |
| EDAD | | | | | |
| 15 a 40 | 40 | 27.2 | 357 | 49.5 | ≤ 0.001 |
| 41 a 60 | 31 | 21.1 | 194 | 27 | ns |
| 61 a 70 | 36 | 24.5 | 114 | 15.8 | ns |
| mayor 70 | 40 | 27.2 | 55 | 7.7 | ≤ 0.001 |
| ETIOLOGIA | | | | | |
| Apendicitis Aguda | 44 | 29.9 | 249 | 34.6 | ns |
| Colecistitis/Coledoco litiasis | 13 | 8.8 | 155 | 21.5 | ≤ 0.001 |
| Diverticulitis | 16 | 10.9 | 14 | 1.9 | ≤ 0.001 |
| Hernias | 14 | 9.5 | 133 | 18.5 | ≤ 0.003 |
| Tumores | 25 | 17.0 | 49 | 6.8 | ≤ 0.001 |
| Otros | 35 | 23.8 | 120 | 16.7 | ns |
| COMORBILIDADES | | | | | |
| Si | 110 | 74.8 | 239 | 33.2 | ≤ 0.001 |
| No | 37 | 25.2 | 481 | 66.8 | |
| TIPO DE COMORBILIDADES | | | | | |
| HTA | 33 | 22.4 | 136 | 18.9 | ns |
| DM II | 14 | 9.5 | 39 | 5.4 | ns |
| IRC | 14 | 9.5 | 19 | 2.6 | ns |
| Obesidad | 22 | 15.0 | 19 | 2.6 | ≤ 0.001 |
| Otros | 27 | 18.4 | 26 | 3.6 | ns |

HTA: Hipertensión arterial; **DM:** Diabetes mellitus; **IRC:** Insuficiencia renal crónica;

Tabla No. 2 Complicaciones abdominales y duración de cirugía

| | REOPERADOS (n=147) | % | OPERADOS (n=720) | % | P |
|-------------------------------|-----------------------|------|---------------------|------|---------|
| TIEMPO CUADRO CLINICO | | | | | |
| Menor 24 horas | 28 | 19.0 | 120 | 16.7 | ns |
| 24 a 72 horas | 60 | 40.8 | 204 | 28.3 | ≤ 0.001 |
| 3 a 7 días | 43 | 29.3 | 224 | 31.1 | ns |
| Mayor 1 semana | 16 | 10.9 | 173 | 24.0 | ns |
| TIEMPO DE CIRUGIA | | | | | |
| Menor a 2 horas | 40 | 27.2 | 444 | 61.7 | ≤ 0.001 |
| 2 a 4 horas | 73 | 49.7 | 276 | 38.3 | ≤ 0.005 |
| Mayor a 4 horas | 34 | 23.1 | 0 | 0.0 | ns |
| DIAS HOSPITALIZACIÓN | | | | | |
| Menos de 24 h | 35 | 23.8 | 441 | 61.3 | ≤ 0.001 |
| 24 a 72 h | 39 | 26.5 | 279 | 38.8 | ns |
| 3 a 7 días | 19 | 12.9 | 0 | 0.0 | ns |
| Mayor a 1 semana | 54 | 36.7 | 0 | 0.0 | ns |
| COMPLICACIÓN ABDOMINAL | | | | | |
| ISQ | 14 | 9.5 | 454 | 63.1 | ≤ 0.001 |
| Sangrado intrabdominal | 13 | 8.8 | 0 | 0.0 | ns |
| Colección intrabdominal | 15 | 10.2 | 0 | 0.0 | ns |
| Evisceración | 22 | 15.0 | 0 | 0.0 | ns |
| Deshicencia suturas | 31 | 21.1 | 0 | 0.0 | ns |
| EGRESO DEL PACIENTE | | | | | |
| Vivo | 127 | 86.4 | 649 | 90.1 | ns |
| Fallecido | 21 | 14.3 | 71 | 9.9 | ns |

ISQ: Infección del sitio quirúrgico

En la tabla No.2, se pudo observar que no hubo diferencias en relación al tiempo de evolución del cuadro clínico excepto en el tiempo de evolución de 24 a 72 horas donde se presentó con mayor frecuencia en el grupo de Reoperados (Reoperados 41% vs Operados 28,3%, $p \leq 0,001$). El tiempo de duración de la cirugía menor a 2 horas fue más frecuente en el grupo de Operados (Reoperados: 23,8% vs Operados: 61,3%, OR: 0,23 IC95%: 0,15 – 0,35, $p \leq 0,001$), mientras que el tiempo de 2 a 4 horas fue más frecuente en el grupo de Reoperados (Reoperados: 50% vs Operados: 38,3%, OR: 1,58 IC95%: 1,11 – 2,26, $p \leq 0,005$). Hubo menor estancia hospitalaria en el grupo de pacientes Operados (Menor a 24 h, Reoperados: 23,8% vs Operados: 61,3%, $p \leq 0,001$), y

mayor estancia hospitalaria en el grupo de Reoperados sin presenta significancia estadística. Los pacientes se complicaron en ambos grupos cerca del 64% sin tener diferencias estadísticas, la mayor complicación en el grupo de Operados fue la Infección del sitio quirúrgico (Reoperados: 9,5% vs Operados: 63,1%, $p \leq 0,001$), la deshicencia de suturas en el grupo de Operados (Reoperados: 21,1% vs Operados: 0%). Aunque hubo mayor fallecidos en el grupo de Reoperados, no tuvo diferencias estadísticas (Reoperados: 14,3% vs Operados: 10%). **(Tabla No. 2)**

Discusión

En el presente estudio se observó que la prevalencia de reintervenciones quirúrgicas

no planeadas fue del 16,78% encontrándose en los rangos de incidencia reportados a nivel mundial con 0.5 a 15 %, esto difiere con lo reportado por Bordon, et al. ⁽⁵⁾ y Baez,et al ⁽⁸⁾ donde se establece prevalencias entre 0,97 % y 2,9% de relaparotomía no planificadas. Otros autores, como Niveló et al ⁽³⁾ y Ibarra et al ⁽⁹⁾, analizan las causas de relaparotomía tras cirugía abdominal de emergencia, reportando una prevalencia de 11%. Esta disparidad entre las prevalencias puede deberse a la heterogeneidad de las poblaciones estudiadas.

Al igual que en nuestro trabajo, la mayoría de trabajos presentan una mayor frecuencia de reoperaciones en la población masculina, por ejemplo, Sacca ⁽²⁴⁾ en Lima, identificó un predominio del género masculino en un 54.8%, Niveló et al ⁽³⁾ reportó un 64% y Modesto Matos et al ⁽¹⁰⁾, en su estudio durante 5 años (2007 al 2011), donde analizó 172 casos, reportó 66.3% para género masculino. Estos datos difieren con lo reportado por Baez,et al ⁽⁸⁾, donde el género femenino estuvo presente en el 52 %, y Bordon et al ⁽⁵⁾ observó un 55 % en el género femenino.

Investigadores como Bordon et al ⁽⁵⁾ y Niveló et al ⁽³⁾, mostraron que la mayor parte de los pacientes que ameritaron una reintervención quirúrgica correspondieron al grupo etario > 60 años de edad, el 59,3 % y 46% respectivamente, siendo

los adultos mayores, la edad de mayor frecuencia en las relaparotomía; estos datos coinciden con nuestros resultados, donde los mayores de 70 años presentaron mayor riesgo de ser reoperados.

En cuanto a la duración de la cirugía inicial, en nuestro estudio, se evidenció que el tiempo fue prolongado (2 a 4 horas) en grupo de Reoperados (62%), este dato coincide con lo reportado por Bordon et al ⁽⁵⁾, donde el 69% de los pacientes tuvo una mediana de duración de la cirugía inicial entre 1 y 3 horas.

Se estudiaron 876 pacientes operados por cirugía abdominal en 1 año, reporto una mortalidad del 14.3%. Niveló et al ⁽³⁾ tiene la tasa de mortalidad DE 36% de un total de 89 evaluados que es bastante elevada para otros estudio, como Baez,et al ⁽⁸⁾ y Bordon et al ⁽⁵⁾, donde difiere con estas cifras, ya que en su casuística es de 4% y de 7,1 %. En las relaparotomías se puede observar una relación directamente proporcional entre el incremento de la tasa de mortalidad y el número de reintervenciones sometidas al paciente.

Debido a que es un estudio retrospectivo, se presentaron varias dificultades en la obtención de información por la falta de datos, lo que no permite evaluar otros factores asociados con las Relaparatomía no programadas con la finalidad de utilizar en la tomar decisiones en el futuro.

Conclusiones

La prevalencia de reintervenciones quirúrgicas no programadas, del presente trabajo, se encuentra dentro del rango a nivel mundial, con predominio en el género masculino, incrementando los días de hospitalización.

Los principales factores de riesgo para una reintervención no programada fueron el grupo etario mayor de 70 años, tener diverticulitis aguda y tumores como etiología, y ser obeso.

Se recomienda realizar estudios prospectivos para determinar si existen otros factores modificables que puedan disminuir la tasa de relaparotomías no planificadas.

Bibliografía

1. *Caracterización de relaparotomías realizadas en el Hospital Dr. Gustavo Aldereguía Lima (2015-2017)*. Jorge Ernesto González García, Mayquel Monzón Rodríguez, Lidia Torres Aja, Dianelys Molina Macías., 3, LIMA : MediSur, 2021, Vol. 19. 455-464.
2. *Reintervención Quirúrgica no programada. Un análisis de calidad de la atención*. Muranda German, Focacci Eduardo, Mena José, Montedónico Sandra. 06, Santiago de Chile : Revista Chilena de Pediatría, 2020, Vol. 96. ISSN 0370-4106.
3. *Relaparotomía tras cirugía abdominal de emergencia, análisis de causas y factores de riesgo*. Joel Esteban Niveló Zumba, Jorge Javier Vera Macías, Carlos Andrés Cabezas Dillon, Wilmer Raphael Mendoza García. 2, s.l. : Revista Journal of American Health, 2022, Vol. 5.
4. *REOPERACIONES NO PROGRAMADAS EN CIRUGIA GENERAL: ANALISIS DEL PROTOCOLO MINSAL*. G., Bannura. (4), Santiago de Chile : Rev. Cirugía, 2021, Vol. 73.
5. Camila Solange Bordón Luján, Margot Betina Peñares Peñaloza, Rosaluz Yesenia Poma Quispe. *Caracterización de la reintervención quirúrgica abdominal en pacientes atendidos en el Hospital Santa María del Socorro, Ica 2010-2020. Tesis para la obtención de título de médico cirujano*. Huancayo : Para optar el Título Profesional de, 2022.
6. *Normas de Seguridad del Paciente Y Calidad de Atención Respecto de: Análisis Reoperaciones No Programadas*. Risco, Dr. Ricardo Bustamante. s.l. : Resolución Excenta N° 1031, 2012. http://www.supersalud.gob.cl/observatorio/671/articulos-8928_recurso_5.pdf.
7. *Complicaciones post- operatorias: análisis de los factores de riesgos*. MONCAYO, DR. FERNANDO. Guayaquil : REVISTA FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS, 2021, Vol. 2.

8. *Reintervenciones quirúrgicas abdominales no planeadas en el Servicio de Cirugía General del Hospital Universitario de Puebla.* Báez León-Asdrúbal S, Juárez-de la Torre JC, Navarro-Tovar F, Heredia - Montaña M, Quintero-Cabrera JE. 4, s.l. : gac med mex , 2016, Vol. 152.
9. *FACTORES ASOCIADOS A LAS REINTERVENCIONES QUIRURGICAS EN CIRUGIA ABDOMINAL QUE INGRESAN POR EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES ABEL GILBERT PONTON DESDE ENERO 2020 - DICIEMBRE 2020.* BURBANO, DR RAUL IBARRA. 2, GUAYAQUIL : REVISTA FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS, 2020, Vol. 1.
10. *Caracterización de las reintervenciones en cirugía general.* Dr. Modesto Elmer Matos Tamayo, Dr. Gousse Wendy y Dr. Zenén Rodríguez Fernández. 6, Santiago de Cuba : Scielo Cuba, 2013, Vol. 17. ISSN 1029-3019.
11. *BREVE HISTORIA DE LA CIRUGÍA. HITOS EN EL DESARROLLO DE LA CIRUGÍA MODERNA.* Javier Alcalá Sanz, Almudena Alcalá Sanz, Joaquín Ahumada Bilbao, Margarita Morilla Segura. 5, s.l. : Revista Española de Podología, 2012, revista de podología, Vol. 23, págs. 176- 182. Páginas 176-182.
12. *Normas de Seguridad del Paciente Y Calidad de Atención Respecto de. Análisis Reoperaciones No Programadas.* Risco, Dr. Ricardo Bustamante. s.l. : Resolución Excenta N° 1031, 2012 . http://www.supersalud.gob.cl/observatorio/671/articles-8928_recurso_5.pdf.
13. *Agustin Mauricio Vintimilla Moscoso, Andres Ayala Ochoa, Andres Diaz Armas, Christian Rojas Dávila, David Esteban Barzallo Sánchez, Fernando Miñan Arana, Gabriel Alejandro Molina Proaño, Ricardo Negrete Ocampo, Fernando Xavier Moyón Constante,. RECOMENDACIONES PARA EL EJERCICIO QUIRÚRGICO EN LA PANDEMIA COVID 19.* s.l. : Ministerio de Salud del Ecuador, 2020. MTT2-PRT-020.
14. *El dilema de las reintervenciones quirúrgicas.* Yanet La Rosa Armero, Elmer Matos Tamayo, Zenén Rodríguez Fernández. 2, Santiago de Cuba : Panorama Cuba y Salud, 2018, Vol. 13.
15. *Carolina Concha G, Edith Rivas R. Clasificacion de las complicaciones postoperatorias.* temuco : Sociedad Chilena de Cirugía Pediátrica, 2018. <https://www.schcp.cl/wp-content/uploads/2018/02/Monograf%C3%A9-Da-M%C3%A9dicos-Complicaciones-Postoperatorias.pdf>.
16. *Nacional, Congreso. Ley organica de Salud Registro Oficial Suplemento 423 .* quito : lexis finder, 2015. <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2017/03/LEY-OR>

- G%C3%81NICA-DE-SALUD4.pdf.
17. dr. Teodoro Lopez, Lcda Miriam Palacios, Dra Angelica Bernal, Lcda Jessica Orellana. *PROTOCOLO DE CIRUGIA SEGURA HOSPITAL VICENTE CORRAL*. Cuenca : Ministerio de salud publica, 2015.
18. *PROGRAMA DE CIRUGÍA SEGURA DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD. ://seguridaddelpaciente.es/resources/documentos/2016/seguridad-bloque-quirurgico/Protocolo-Proyecto-Cirugia-Segura.pdf*. España : MINISTERIO DE SANIDAD, 2016.
19. Juan Pekolj, Victoria Ardiles, Sung Ho Hyon. *Complicaciones de la cirugía abdominal*. Buenos Aires : delhospital , 2015. ISBN 978-987-1639-38-0.
20. *Clasificación de Clavien-Dindo. Herramienta para evaluar las complicaciones tras el tratamiento quirúrgico en niños con apendicitis aguda*. O.B. Grijalva Estrada, J.I. Garrido Pérez, F.J. Murcia Pascual, M.R. Ibarra Rodríguez, R.M. Paredes Esteban. 18-24, 2022, cir pediater, Vol. 35.
21. *Causas de reintervenciones quirúrgicas por complicación postoperatoria en pacientes de una unidad de cuidados intensivos quirúrgicos sometidos a cirugía abdominal*. Andrea Mendiola, Hernán Sánchez, Ana García, Mario Del Castillo, José Rojas-Vilca. 2, Lima :
- Revista Medica Herediana, 2012, Vol. 23. ISSN 1018-130X.
22. *Eficacia del Índice de Mannheim en pacientes con peritonitis secundaria de un hospital de Huancayo*. Carlos Sedano 1, a, Leo Lizano, Javier Balbin, Ivan Condor, Joel Atencio, Carlos Villalba. 12-19, Peru : Rev Med Hered, 2019, Vol. 30.
23. *Aplicación de un sistema pronóstico de reoperación en el posoperatorio de cirugía abdominal de urgencia*. CARIDAD DE DIOS SOLER MOREJÓN, TOMÁS ARIEL LOMBARDO VAILLANT, TEDDY OSMIN TAMARGO BARBEITO, ADALZIRA STELA DE ALMEIDA FRANCISCO BORREGO, NATASCHA MEZQUIA DE PEDRO, YANKO NORIEGA AMADO. 4, s.l. : revista cubana de medicina intensiva y urgencia, 2019, Vol. 18.
24. Saccsa Auqui, Katherine. *Caracterización de la reintervención quirúrgica abdominal en pacientes atendidos en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza durante el año 2017*. lima : alicia.concytec, 2018. oai:repositorio.unfv.edu.pe:UNFV/1751.
25. *Aplicación del modelo de Kiewiet-van Ruler para predecir la necesidad de relapatomía en pacientes con peritonitis secundaria*. Ansony R. Godinez - Vidal, Itziar A. Cinta- Egaña, Luis A. Ornela- Oñate, Diego M. Garcia - Vivanco, Gabriela E.Gutierrez - Uvalle, Noe I.Gracida - Mancilla. 158:163,

Mexico : CIRUGIA Y CIRUJANOS, 2019,
Vol. 87.

26. *Validez de tres procedimientos para la predicción de reoperación en cirugía.* Caridad de Dios Soler Morejón, Teddy Osmin Tamargo Barbeito, Julio Cesar Pérez Mayo, Tomás Ariel Lombardo Vaillant, Oscar Luis Illodo Hernández. :e0200760, cuba : Revista Cubana de Medicina Militar, 2020, Vol. 49(4).

27. *Postoperative Intra-abdominal Sepsis Requiring Reoperation.* Pusajo, Jorge F., y otros. 218-222, s.l. : Arch Surg, 1993, Vol. 128.

Eventos Trombóticos Recurrentes como Forma de Debut de Lupus Eritematoso Sistémico: Reporte de Caso.

Recurrent Thrombotic Events as a Form of Systemic lupus Erythematosus Debut: Case Report

DOI: <https://doi.org/10.5281/zenodo.7948872>

Dirección para correspondencia:
mdrobertoguti@gmail.com

Fecha de recepción: 03 / 03 / 2023
Fecha de aceptación: 25 / 04 / 2023
Fecha de publicación: 02 / 06 / 2023

Resumen

El síndrome antifosfolípido es una enfermedad autoinmune sistémica que se caracteriza por la presencia de anticuerpos dirigidos contra los fosfolípidos de la membrana. La complicación más

Autores:

Gutiérrez Gómez Roberto 1

Servicio de Nefrología
Hospital de Especialidades Dr. Abel Gilbert Pontón
Ministerio de Salud Pública del Ecuador
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6075-0362>

Briones Figueroa Andrea 2

Servicio de Reumatología

Hospital de Especialidades Dr. Abel Gilbert Pontón
Ministerio de Salud Pública del Ecuador
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9149-7355>

Sarmiento Cabrera Madeleine 3

Servicio de Nefrología

Hospital de Especialidades Dr. Abel Gilbert Pontón
Ministerio de Salud Pública del Ecuador
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9325-7731>

Gutiérrez Gómez Ricardo 4

Clínica Guayaquil

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5041-2797>

temida es el síndrome antifosfolípido catastrófico, condición poco frecuente con reporte de casos limitados en la literatura.

Presentamos el caso de una mujer con

antecedentes de abortos recurrentes, que debuta con trombosis arteriales y venosas múltiples, con diagnóstico reciente de lupus eritematoso sistémico y síndrome antifosfolípido catastrófico con compromiso neurológico, cardíaco, pulmonar, vascular periférico y renal.

Palabras claves: Síndrome antifosfolípido – Trombosis – Lupus eritematoso sistémico.

Abstract

Antiphospholipid syndrome is a systemic autoimmune disease characterized by the presence of antibodies directed against membrane phospholipids. The most feared complication is catastrophic antiphospholipid syndrome, a rare condition with limited case reports in the literature.

We present the case of a woman with a history of recurrent miscarriages, who debuted with multiple arterial and venous thromboses, with a recent diagnosis of systemic lupus erythematosus and catastrophic antiphospholipid syndrome with neurological, cardiac, pulmonary, peripheral vascular, and renal involvement.

Keywords: Antiphospholipid syndrome – Thrombosis – Systemic lupus erythematosus

Introducción

El síndrome antifosfolípido (SAF) es una enfermedad autoinmune sistémica caracterizada por la presencia de eventos trombóticos y/u obstétricos que ocurren en pacientes con anticuerpos

dirigidos contra los fosfolípidos de la membrana, también llamados anticuerpos antifosfolípidos (aPL) de manera persistente.⁽¹⁾

El SAF puede presentarse de forma aislada o secundaria a otras enfermedades sistémicas, siendo el lupus eritematoso sistémico (LES) la más frecuente, reportándose su asociación en un 20-30%.^{(2),(3)}

El síndrome antifosfolípido catastrófico (SAFc) es una condición clínica que se caracteriza por la presencia de eventos trombóticos en tres o más órganos, simultáneamente o en un corto período de tiempo, acompañado de trombocitopenia o hemólisis. Aunque se presenta en menos del 1% de los sujetos con SAF, constituye una situación con alta mortalidad por lo que requiere un alto índice de sospecha clínica y tratamiento oportuno.^{(4),(1)}

El tratamiento del SAFc incluye la anticoagulación, la terapia inmunosupresora con corticoesteroides y el uso de plasmaféresis o inmunoglobulinas. En la actualidad, se recomienda la utilización de estas tres estrategias terapéuticas ya que ha demostrado ser superior al uso individual de cada una de ellas.^{(5),(6),(7)}

Presentamos el caso clínico de una paciente con diagnóstico reciente de lupus eritematoso sistémico que debuta con SAFc probable, con compromiso neurológico, cardíaco, pulmonar,

vascular periférico y renal, tratada de forma precoz con corticoesteroides y anticoagulación con mejoría clínica.

CASO CLÍNICO

Se trata de una mujer de 47 años atendida inicialmente en otra institución por clínica compatible con insuficiencia cardiaca por lo que se realiza un primer ecocardiograma transtorácico que mostró una fracción de eyección de ventrículo izquierdo deprimida, derrame pericárdico y un trombo intracavitario. Además, presentó hemiplejía derecha, con hallazgo en la resonancia magnética cerebral de infartos en múltiples territorios: lóbulo parietal derecho, hemisferios cerebelosos y ganglios basales

izquierdos, sin alteraciones en el estudio de angiorresonancia, trombosis de vena subclavia izquierda detectada por ecografía Doppler y derrame pleural bilateral en la tomografía de tórax. En los exámenes de laboratorio presentó deterioro de la función renal con creatinina 1,8 mg/dl, hemoglobina 10,10 g/dl y proteinuria de 495 mg/24 horas. El estudio inmunológico reveló anticuerpos antinucleares positivos y niveles de C3 y C4 bajos, por lo que se diagnostica de Lupus eritematoso sistémico, se indica tratamiento con corticoides, hidroxicloroquina y anticoagulación, pero la paciente abandona posteriormente el tratamiento por cuenta propia (Tabla 1).

Tabla No. 1: Exámenes de laboratorio iniciales

| LABORATORIOS | RESULTADOS INGRESOS | RESULTADOS 1 MES POSTERIOR | VALORES DE REFERENCIA |
|--------------------------|---------------------|----------------------------|-----------------------|
| Leucocitos | 7.7 | 7,5 | 4 - 10/mm3 |
| Neutrófilos | 65 | 76,3 | 55 - 70% |
| Linfocitos | 16 | 16,3 | 17 - 45 % |
| Hemoglobina | 10,9 | 11,6 | 13 - 17 g/dl |
| Hematocrito | 34,5 | 38,7 | 40 - 54 % |
| Plaquetas | 256 | 396 | 150 - 500 /mm3 |
| TGO | 570 | 32 | 15 - 37 U/L |
| TGP | 1100 | 19 | 13 - 59 U/L |
| LDH | 352 | 168 | Hasta 250 U/L |
| ANA | Positivo | - | Menor 1:40 |
| AntiDNA ds IF | Positivo | - | Positivo 1:10 o mayor |
| C3 | 54 | - | 88 - 201 mg/dl |
| C4 | 10 | - | 15 - 45 mg/dl |
| Anca P | negativo | - | Positivo mayor a 21 |
| CA 125 | 121.3 | - | 2.6-18 U/ML |
| Péptido natriurético BNP | 27653 | 11791 | Hasta 450 pg/ml |
| Beta 2 microglobulina | - | 5646 | 600 - 2280 ng/ml |
| Anticoagulante lúpico | Positivo | 1.26 | Positivo > 1,2 |
| Anticardiolipina IgG | - | Negativo | |
| Anticardiolipina IgM | - | Negativo | |
| Anti B2 Glicopr 1 IgG | - | 6.02 | Positivo > 25 |
| Anti B2 Glicopr 1 IgM | - | 3 | Positivo > 25 |
| TP | - | 31,3 | 12 - 14 seg. |
| TPT | - | 45,2 | 22 - 36,1 seg. |
| RIN | - | 2,87 | 0.8 - 1.2 |

Tras dejar el tratamiento la paciente presentó empeoramiento clínico marcado con edema de miembros inferiores y disnea progresiva, clase funcional II – III, ingresando en nuestro centro. Al reinterrogatorio refirió haber tenido 6 abortos espontáneos sin poder especificar la semana de gestación. Se realizó nueva tomografía de tórax con contraste mostró imágenes sugestivas de tromboembolismo pulmonar crónico. El ecocardiograma doppler informó

cardiomiopatía con disfunción sistólica severa de ventrículo izquierdo, hipocinesia global con paredes septoinferior y pared inferior de aspecto infiltrativo y fibrótico, sin presencia de trombo intracavitario en relación con estudio previo. Se repiten los estudios de neuroimagen donde no se evidenció cambios de las lesiones en relación con las antes descritas. (Figura 1)

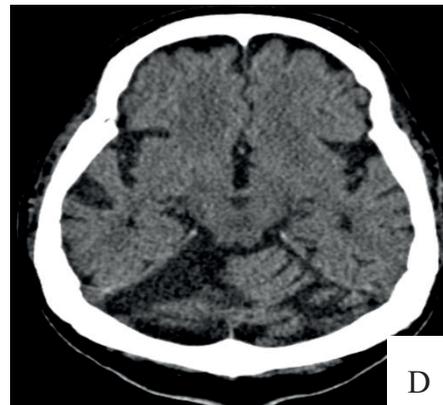
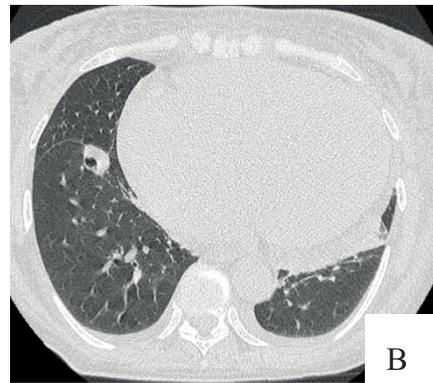
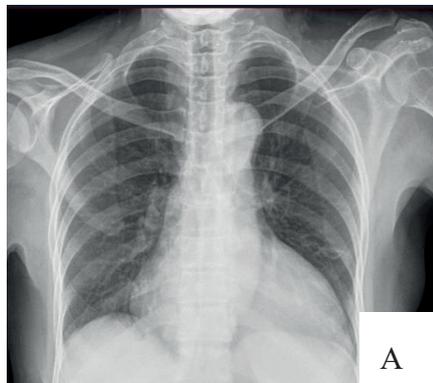


Figura 1: Eventos trombóticos sistémicos.

A) Radiografía de tórax: área cardíaca aumentada, no lesiones intersticiales.

B) Tomografía computada de tórax con contraste: Ventana pulmonar: se observa imagen nodular con área cavitada y halo hipodenso que mide 15mm x 13mm en íntimo contacto

con la cisura a nivel del segmento anterior del lóbulo inferior derecho y en campo pulmonar izquierdo se identifica otra imagen de aspecto pseudonodular en el segmento superior del lóbulo inferior derecho de 14mm.

C y D) Tomografía de cerebro : infartos

crónicos en hemisferio cerebeloso derecho, territorio profundo de arteria cerebral media izquierda, cabeza del núcleo caudado izquierdo y región frontal cortical derecha.

Durante el ingreso se constató afectación renal con creatinina 2,12 mg/dl, ecografía renal normal, sedimento urinario con microhematuria, leucocitopuria, urocultivo negativo y proteinuria de 900 mg/24 horas. En la tabla 1 se detalla los resultados de laboratorio al mes de su ingreso, incluyendo el estudio inmunológico, donde se recabó el anticoagulante lúpico positivo.

Ante los múltiples eventos trombóticos con compromiso cerebral, cardiopulmonar, renal y vascular periférico dentro de 1 semana, se hace el diagnóstico de probable SAF catastrófico como forma de debut de LES, por lo que se inicia tratamiento con metilprednisolona 500 mg /día por vía intravenosa durante 3 días y anticoagulación con warfarina. Por limitaciones técnicas no se pudo iniciar tratamiento con plasmaféresis. La paciente evolucionó de manera favorable, se mantiene con corticoterapia oral y micofenolato, así como anticoagulación oral con warfarina, sin presentar nuevos eventos trombóticos hasta el momento.

Discusión

EL SAF se considera una trombofilia autoinmune adquirida que se caracteriza por la presencia de trombosis vasculares asociadas a anticuerpos antifosfolípidos

persistentes, con una prevalencia predominante a favor de las mujeres, en particular en embarazadas. Según Cohen, et al. (2020), la forma más grave del SAF es el SAFc cuya mortalidad se encuentra cercana al 40% por lo que requiere tratamiento oportuno. ⁽⁸⁾

Asherson et al. (2006) describen el SAFc como una forma rara y potencialmente mortal del SAF, en el cual se producen múltiples trombosis en órganos vitales en un corto período de tiempo. En un estudio realizado por Rodríguez et al. (2016) se analizaron 500 pacientes con SAFc y se encontró que el 40% estaba asociado a una enfermedad autoinmune, principalmente el LES, hasta en un 75% de este subgrupo. En estos pacientes, el SAFc fue el debut del SAF en un 45%. ⁽¹⁰⁾

Está bien descrito en varios estudios acerca de la eficacia del tratamiento anticoagulante, es así como Arnau L. y col. (2015), realizaron un metaanálisis sobre el tratamiento anticoagulante en pacientes asintomáticos con aPL positivos de alto riesgo, donde se evidenció que el uso de anticoagulantes disminuía el riesgo de trombosis, en especial en eventos arteriales. ^{(11), (12)}

Por su parte en los pacientes con diagnóstico de LES, en un metaanálisis realizado por Arnaud L. en 2014, se describía la asociación de menor riesgo de trombosis tras el uso óptimo de anticoagulantes. ⁽¹²⁾

Por tanto, la opción terapéutica de primera línea en SAF se encuentra la anticoagulación con antagonistas de la vitamina K (AVK), teniendo como segunda opción la heparina de bajo peso molecular (HBPM). En concordancia a los estudios actualizados, los anticoagulantes directos como rivaroxaban no se aconsejan en el uso de forma frecuente.

El caso clínico presentado describe una mujer de 47 años, que debuta con trombosis sistémicas recurrentes con compromiso de varios órganos, con diagnóstico de SAF secundario a LES. Se diagnostica de SAFc probable según los criterios de clasificación propuestos debido a la presencia de trombosis de más de 3 órganos dentro de la misma semana, confirmándose la presencia de anti-coagulante lúpico, pero sin conseguirse la demostración histopatológica de oclusión de pequeño vaso.⁽¹³⁾

Nuestra paciente fue tratada con corticoterapia intravenosa y anticoagulación oral consiguiendo mejoría clínica sin recurrencia de trombosis. La guía de manejo de la European League Against Rheumatism (EULAR) recomienda que el tratamiento del SAFc se base en la combinación de anticoagulación, terapia inmunosupresora con corticoesteroides y el uso de plasmaféresis o inmunoglobulinas.⁽⁵⁾

En cuanto a la anticoagulación, se prefiere como primera opción el uso de heparina,

que inhibe la formación de nuevos trombos, degrada los trombos existentes y posee actividad antiinflamatoria que impide la unión de los aPL a las células diana e inhibe el depósito de complemento. Inicialmente, se suele tratar con heparina no fraccionada, siendo reemplazada, posteriormente, por heparina de bajo peso molecular, y, finalmente, por antagonistas de la vitamina K.^{(5) (14)}

En relación con la plasmaféresis, tiene la finalidad de remover los anticuerpos antifosfolípidos y citoquinas, siendo especialmente recomendado su uso en pacientes con características clínicas de trombosis microangiopática. A pesar de haber valorado la realización de esta técnica, en nuestro caso, no fue posible su uso debido a limitaciones técnicas en nuestro centro.

Conclusión

El presente caso ilustra una forma de debut inusual de LES y la importancia de un diagnóstico y tratamiento precoz ante la sospecha de SAFc. Asimismo, resalta la importancia del manejo clínico interdisciplinario en pacientes con enfermedades autoinmunes sistémicas.

Confidencialidad de los datos

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

Derecho a la privacidad y consentimiento informado

Los autores declaran que en este artículo

no aparecen datos de pacientes.

Conflicto de intereses

EL autor declara no tener ningún conflicto de interés.

Contribución de autores

RG y AB fueron los principales autores del estudio. RG contribuyó con la introducción. Ricardo Gutiérrez y MD realizaron la descripción del caso. RG, GM y AB se encargaron de la discusión del caso. Todos los autores contribuyeron en la revisión total del manuscrito, el análisis crítico de los contenidos y las correcciones pertinentes. Todos los autores han leído y aprobado el contenido del manuscrito.

Referencias Bibliograficas.

1. Ruiz-Irastorza, G. (2011). Antiphospholipid syndrome: clinical and immunologic manifestations and patterns of disease expression in a cohort of 1,000 patients. *Arthritis & Rheumatism*, 63(2), 391–397.
2. García, D., Erkan, D. (2018) Diagnosis and Management of the antiphospholipid syndrome. *The New England Journal of Medicine*, 378(21): 2010–2021. doi: 10.1056/NEJMr170545
3. Levine, J. S., Branch, D. W., & Rauch, J. (2002). The antiphospholipid syndrome. *The New England journal of medicine*, 346(10), 752–763. doi.org/10.1056/NEJMr002974
4. Asherson, R., Cervera, R., de Groot, P., Erkan, D., Boffa, M., Piette, J., et al. (2003). Catastrophic antiphospholipid syndrome: international consensus statement on classification criteria and treatment guidelines. *Lupus*, 12(7): 530–534. doi: 10.1191/0961203303lu394oa
5. Tektonidou, M. G., Andreoli, L., Limper, M., Tincani, A., & Ward, M. M. (2019). Management of thrombotic and obstetric antiphospholipid syndrome: a systematic literature review informing the EULAR recommendations for the management of antiphospholipid syndrome in adults. *RMD open*, 5(1), e000924. doi.org/10.1136/rm-dopen-2019-000924
6. Erkan, D., Aguiar, C. L., Andrade, D., Cohen, H., Cuadrado, M. J., Danowski, A., Levy, R. A., Ortel, T. L., Rahman, A., Salmon, J. E., Tektonidou, M. G., Willis, R., & Lockshin, M. D. (2014). 14th International Congress on Antiphospholipid Antibodies: task force report on antiphospholipid syndrome treatment trends. *Autoimmunity reviews*, 13(6), 685–696. doi.org/10.1016/j.autrev.2014.01.053
7. Cervera, R., Khamashta, M. A., Shoenfeld, Y., Camps, M. T., Jacobsen, S., Kiss, E., Zehner, M. M., Tincani, A., Kontopoulou-Griva, I., Galeazzi, M., Bellisai, F., Meroni, P. L., Derksen, R. H., de Groot, P. G., Gromnica-Ihle, E., Baleva, M., Mosca, M., Bombardieri, S., Houssiau, F.,

- Gris, J. C., ... Euro-Phospholipid Project Group (European Forum on Antiphospholipid Antibodies) (2009). Morbidity and mortality in the antiphospholipid syndrome during a 5-year period: a multicentre prospective study of 1000 patients. *Annals of the rheumatic diseases*, 68(9), 1428–1432. doi.org/10.1136/ard.2008.093179
8. Cohen, H., Cuadrado, M. J., Erkan, D., Duarte-Garcia, A., Isenberg, D. A., Knight, J. S., Ortel, T. L., Rahman, A., Salmon, J. E., Tektonidou, M. G., Williams, D. J., Willis, R., Woller, S. C., & Andrade, D. (2020). 16th International Congress on Antiphospholipid Antibodies Task Force Report on Antiphospholipid Syndrome Treatment Trends. *Lupus*, 29(12), 1571–1593. doi.org/10.1177/0961203320950461
9. Asherson R. A. (2006). The catastrophic antiphospholipid (Asherson's) syndrome. *Autoimmunity reviews*, 6(2), 64–67. doi.org/10.1016/j.autrev.2006.06.005
10. Rodríguez-Pintó, I., Moitinho, M., Santacreu, I., Shoenfeld, Y., Erkan, D., Espinosa, G., & Cervera, R. (2016). Catastrophic antiphospholipid syndrome (CAPS): Descriptive analysis of 500 patients from the International CAPS Registry. *Autoimmunity Reviews*, 15(12), 1120–1124. doi.org/10.1016/j.autrev.2016.09.010
11. Tektonidou, M., Andreoli, L., Limper, M., Amoura, Z., Cervera, R., Costedoat-Chalumeau, N., et al (2019). EULAR recommendations for the management of antiphospholipid syndrome in adults. *Annals of the Rheumatic Diseases*, 78: 1296–1304. doi: 10.1136/annrheumdis-2019-215213
12. Knight, J. S., Branch, D. W., & Ortel, T. L. (2023). Antiphospholipid syndrome: advances in diagnosis, pathogenesis, and management. *BMJ*, e069717. doi.org/10.1136/bmj-2021-069717
13. Arnaud, L., Mathian, A., Devilliers, H., Ruffatti, A., Tektonidou, M., Forastiero, R., Pengo, V., Lambert, M., Lefevre, G., Martinez-Zamora, M. A., Balasch, J., Wahl, D., & Amoura, Z. (2015). Patient-level analysis of five international cohorts further confirms the efficacy of aspirin for the primary prevention of thrombosis in patients with antiphospholipid antibodies. *Autoimmunity reviews*, 14(3), 192–200. doi.org/10.1016/j.autrev.2014.10.019
14. Cervera, R., Font, J., Gomez-Puerta, J., Espinosa, G., Cucho, M., Bucciarelli, S., et al. (2005). Validation of the preliminary criteria for the classification of catastrophic antiphospholipid syndrome. *Annals of the Rheumatic Diseases*, 64: 1205–1209.

15. Cohen, D., Berger, S. P., Steup-Beekman, G. M., Bloemenkamp, K. W., & Bajema, I. M. (2010). Diagnosis and management of the antiphospholipid syndrome. *BMJ (Clinical research ed.)*, 340, c2541. doi.org/10.1136/bmj.c2541

Estrategias de Afrontamiento en Pacientes con Fractura por Trauma de Arma de Fuego basado en el Modelo de Callista Roy

Coping Strategies in Patients with fracture by firearm projectile based on the Callista Roy Model

DOI: <https://doi.org/10.5281/zenodo.7948739>

Dirección para correspondencia:

maria.ochoa@hospitalguayaquil.gob.ec

Fecha de recepción: 04 / 03 / 2023

Fecha de aceptación: 20 / 04 / 2023

Fecha de publicación: 02 / 06 / 2023

Autores:

Ochoa Anastacio María Elena 1

Universidad de Guayaquil, Hospital de Especialidades Guayaquil "Dr. Abel Gilbert Pontón"

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7974-9721>

Quiñonez Cabeza Pedro 2

Hospital de Especialidades Guayaquil "Dr. Abel Gilbert Pontón"

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7974-9721>

Genovesi Anguizaca Gabriela3

Hospital de Especialidades Guayaquil "Dr. Abel Gilbert Pontón"

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4658-1851>

Cusquillo Guamán Lenin 4

Hospital de Especialidades Guayaquil "Dr. Abel Gilbert Pontón"

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3172-6408>

Resumen

La capacidad de respuesta y la adaptación son conceptos de calidad muy importante; en la vida de un individuo porque son fenómenos dinámicos donde proceso de integración entre el individuo y los ambientes que generan estilos y estrategias que activan mecanismos para hacer

frente a determinadas situaciones con el fin de tener éxito, pero cuando el estrés persiste en el tiempo, es un factor de la salud humana que supone mayores riesgos¹. Este trabajo busca comprender el afrontamiento desde una perspectiva holística, que puede contribuir y ayudar

a nuestra comprensión de los efectos del afrontamiento y adaptación en la salud humana y la capacidad de intervenir para tomar decisiones adecuadas. Los enfoques para mejorar el afrontamiento utilizando modelos de atención pueden ayudar a facilitar el proceso de adaptación del paciente que ha sufrido una fractura por trauma de arma de fuego sin olvidar a la persona como un ser único e irrepetible.

Palabras clave: Afrontamiento, cuidados de enfermería, adaptación.

Abstract

The ability to resist and adapt to your concept of quality is very important; in the life of an individual because they are dynamic phenomena where the integration process between the individual and the environments that generate styles and strategies that activate mechanisms to deal with certain situations in order to be successful, but when stress persists over time, you are a human health factor that poses greater risks¹. This work seeks to understand coping from a holistic perspective, which can contribute to a new understanding of the effects of coping and adaptation on human health and the ability to intervene to make appropriate decisions. Approaches to improve coping using care models can help facilitate the adaptation process of the patient who has suffered a fracture due to firearm trauma without forgetting the person as a unique and unrepeatable being.

Keywords: Coping, nursing care, adaptation.

Introducción

Los traumas por arma de fuego en el Ecuador han aumentado durante los últimos años, hasta convertirse en un problema de salud pública, Ecuador registra una tasa de 15,48 muertes violentas por cada 100.000 habitantes de acuerdo a datos estadísticos de la policía nacional², esta afirmación se fundamenta en las estadísticas de mortalidad, así como en el reporte de un mayor número de casos atendidos en centros hospitalarios nacionales por traumas, producto de estas armas lesivas. Estos proyectiles tienen alta energía cinética o potencia residual, por lo que alcanzan largas distancias con alta penetración; causando traumas que se define como una serie de cambios en el cuerpo provocados por la acción de los elementos que componen un disparo de arma de fuego³, el tratamiento quirúrgico local de las fracturas se basa en la reducción, la inmovilización y posteriormente la recuperación, este tipo de lesiones en algunos casos terminan con amputaciones traumáticas⁴. El objetivo de esta investigación fue determinar las estrategias de afrontamiento más utilizadas en pacientes con que han sufrido este tipo de lesiones. Para encontrar estrategias de afrontamiento que nos permita potenciar el autocuidado, darle soporte emocional, enfatizando en una educación sanitaria sistemática tanto al paciente como a su entorno familiar o afectivo para mejorar

su calidad de vida⁴.

Desarrollo:

Según el modelo de adaptación de Callista Roy, el ser humano es un sistema adaptativo que está constantemente interactuando con su entorno. Este modelo entiende que la enfermería debe centrarse en la adaptación del paciente a su entorno, con el fin de promover la salud y el bienestar. Evalúa los estímulos para esas conductas y los clasifica en estímulos focales, contextuales o residuales. Tomando en cuenta esta revisión de modelos y los parámetros estableciendo un estándar operacional de valoración inicial donde se establecen los criterios de valoración por parte del profesional en Enfermería en cada uno de los servicios⁵. Teniendo evidencia de que el uso de estrategias de afrontamiento varía en función de la apreciación cognitiva del suceso crítico⁶, es decir, la percepción del nivel de exigencia o amenaza y del grado de control de la situación por parte del sujeto.

La manera de medirlos y de registrarlos, como también los parámetros para realizar los planes de cuidado de enfermería basados en la valoración inicial realizada integrando estos los elementos del cuidado enfermero y el Proceso de Atención de Enfermería (PAE), se utiliza la clasificación de diagnósticos de enfermería de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) y la clasificación de intervenciones de enfermería de la

Nursing Interventions Classification (NIC)

Metodología:

Se realizó un estudio de corte transversal de pacientes que fueron atendidos de septiembre a noviembre del año 2022 en el Hospital de Especialidades Guayaquil Dr. Abel Gilbert Portón con Fracturas producidas por proyectil de arma de fuego.

Aplicando una metodología intencional se incluyó a aquellos pacientes mujeres y hombres adultas que han sido diagnosticadas con Fracturas causadas por trauma de arma de fuego y que recibieron tratamiento en el Hospital de Especialidades Dr. Abel Gilbert Pontón.

Con un universo de 35 adultos, en el periodo antes descrito, los mismos que cumplieron los criterios de inclusión: tener entre 18 a 45 años, tener una herida de origen por proyectil de arma de fuego, y no presentar enfermedad que invalide su capacidad intelectual.

Resultados:

En la primera fase se utilizó análisis la base de datos de las áreas de hospitalización quirúrgica y pos traumatología para obtener los datos de los pacientes atendidos en el Hospital de Especialidades Dr. Abel Gilbert Pontón, cuyo diagnóstico era fractura por trauma de arma de fuego.

De la cual se obtuvo los siguientes datos:

Tabla 1. Estadísticas de fiabilidad

Los resultados de la validación por prueba análisis factorial y Alpha de Cronbach; fiabilidad para el área de conocimientos 0.917, demuestran que el estudio es fiable.

| Alfa de Cronbach | Nº de elementos |
|------------------|-----------------|
| 0,917 | 37 |

Tabla 2. Frecuencia de fracturas por trauma de arma de fuego

| EDAD | HOMBRES | | MUJERES | | |
|--------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| | FRECUENCIA | PORCENTAJE | FRECUENCIA | PORCENTAJE | PORCENTAJE |
| 18 a 25 años | 17 | 48.57% | 4 | 11.43% | 60.04% |
| 26 a 40 años | 10 | 28.57% | 1 | 2.85% | 31.39% |
| 41 a 45 años | 3 | 8.57% | 0 | 0% | 8.57% |
| TOTAL | 30 | 85.71% | 5 | 14.28% | 100% |

Datos estadísticos HAGP

Del total de pacientes con fracturas expuestas por proyectil por arma de fuego, el sexo femenino fue representado por un 14.28% y el masculino con un 85.71%, el grupo etario de 18-25 años fue el de mayor predominio. De los cuales el 48.57 % son de sexo masculino y el 11.43% de sexo femenino.

Tabla 3. Lugar de Fractura

| | FRECUENCIA | PORCENTAJE VÁLIDO |
|---------------------|------------|-------------------|
| Miembros Superiores | 9 | 26% |
| miembros Inferiores | 24 | 69% |
| Ambos Miembros | 2 | 5% |
| Total | 35 | 100% |

Datos estadísticos HAGP

De los 35 pacientes objeto de estudio el 26% presento fracturas en miembros superiores, el 69% en miembros inferiores y el 5 % en ambos miembros.

En la segunda fase para analizar el afrontamiento se utilizó el instrumento Conceptualización de los grados de capacidad, estilos y dominios de las estrategias de afrontamiento⁷, la cual presenta una escala nominal definida en dos categorías: primero los dominios de las estrategias de afrontamiento y segundo los grados de capacidad de afrontamiento y adaptación.

Para establecer la distribución de los intervalos que evalúan la capacidad de afrontamiento y adaptación, se realizó una transformación de la variable del grado de capacidad de afrontamiento y adaptación a partir de la escala de medición nominal a una variable con escala de medición ordinal; posteriormente.

La distribución se realizó manteniendo el método de escalonamiento Likert de cuatro clases, que permite una categorización de baja capacidad, mediana capacidad, alta capacidad y muy alta capacidad. Esta categorización permite medir especialmente el grado de capacidad de afrontamiento y determinar las estrategias y estilos de afrontamiento que utiliza las personas ante una situación difícil.

Tabla 4. Dominios y estilos de afrontamiento

| DOMINIOS Y ESTILOS DE AFRONTAMIENTO | | | | | | | | |
|---|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|-------------------|
| ESTILOS DE AFRONTAMIENTO | COGNITIVO | | CONDUCTUAL | | EMOCIONAL | | | |
| | FRECUENCIA | PORCENTAJE | FRECUENCIA | PORCENTAJE | FRECUENCIA | PORCENTAJE | FRECUENCIA | PORCENTAJE VALIDO |
| Estilo pasivo o evitativo | 2 | 6% | 13 | 38% | 9 | 26% | 24 | 70% |
| Estilo pasivo o activo con estrategias muy limitadas | 0 | 0% | 4 | 11% | 1 | 3% | 5 | 15% |
| Estilo activo, con estrategias centradas en el problema | 2 | 6% | 1 | 2% | 0 | 0% | 3 | 8% |
| Estilo muy activo, con estrategias resolutivas | 3 | 7% | 0 | 0% | 0 | 0% | 3 | 7% |
| TOTAL | 7 | 20% | 18 | 52% | 10 | 28% | 35% | 100% |

Como se muestra en la tabla 4, se propone cuatro categorías para cada factor: cognitivo, conductual, emocional y un puntaje global.

Las categorías relacionadas con el grado de capacidad de afrontamiento y adaptación, la conforman: baja, mediana, alta y muy alta. En esta fase su nivel de capacidad de afrontamiento y adaptación es muy limitado, porque no genera respuestas efectivas que le permitan a la persona adaptarse y confrontar la situación de forma efectiva, por lo cual se requiere reforzar las estrategias y los cuidados de enfermería que le permita al paciente llegar a un estilo activo con estrategias resolutivas centrados en el problema y manteniendo control de la situación.

En el análisis de datos encontramos que la baja capacidad de afrontamiento y adaptación refleja un estilo pasivo o

evitativo, que consiste en la ausencia o en la reducción de los esfuerzos para enfrentar directamente el suceso conflictivo, con estrategias centradas en la emoción y con conductas de evasión y negación, percibiendo la situación como no controlable. En la mediana capacidad de afrontamiento y adaptación, la persona refleja un estilo de afrontamiento pasivo o activo, con estrategias de uso variadas y limitadas.

Mostrando un nivel de capacidad de afrontamiento y adaptación muy limitado, porque no genera respuestas tan efectivas que le permitan a la persona adaptarse y confrontar la situación de forma óptima, por lo cual requiere reforzar cada una de las estrategias y recursos que está utilizando. En la alta capacidad de afrontamiento y adaptación, la persona refleja un estilo de afrontamiento activo con estrategias centradas en el problema

tanto cognitivas como comportamentales, percibiendo la situación como controlable. La muy alta capacidad de afrontamiento y adaptación, la persona refleja un estilo de afrontamiento activo con estrategias resolutivas, centradas en el problema y con control de la situación.

Conclusiones:

La controversia radica en el número de fases o tiempos quirúrgicos necesarios para alcanzar resultados satisfactorios en pacientes con heridas por arma de fuego. Su proceso de adaptación inicia desde el momento sufre el trauma o lesión hasta su proceso de recuperación en el área de hospitalización de ahí que al implementar modelo de Callista Roy nos permitirá realizar el cuidado integral del paciente de forma satisfactoria.

Siendo meta de enfermería como ciencia y como disciplina es mejorar los procesos de vida para promover la adaptación y a partir de este estudio se aporta evidencia científica que expande la teoría de mediano rango del proceso de afrontamiento y adaptación. Por tal razón la categorización propuesta favorece el desarrollo teórico, porque determina y clarifica el grado de capacidad, los estilos y las estrategias de afrontamiento y adaptación más utilizadas por la persona.

Confidencialidad de los datos

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

Derecho a la privacidad y consentimiento informado.

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

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés.

Referencias Bibliográficas:

1. Marriner Tomey A. Modelos y teorías de enfermería. Madrid: Elsevier; 2007, 6ª ed.
2. Datos estadísticos Policía Nacional 2022 disponible en <https://www.policia.gob.ec/portal-de-estadistica-s-de-seguridad-a-disposicion-de-la-ciudadania/>
3. García P Gabriel, Deichler V Fernanda, Torres E Esteban. Lesiones por armas de fuego desde la perspectiva médico-criminalística. Rev Chil Cir [Internet]. 2011 Jun [citado 2023 Mayo 15]; 63(3) 327-331. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-40262011000300017&lng=es, <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-40262011000300017>.
4. Jarrín Valencia, E. D., Quinaluisa Erazo, C. A., Camino Guaña, E. G., & Tixilema Arias, C. M. (2023). Fracturas expuestas por armas de fuego. RECIAMU C, 7(1),

77-89. [https://doi.org/10.26820/reciamuc/7.\(1\).enero.2023.77-89](https://doi.org/10.26820/reciamuc/7.(1).enero.2023.77-89)FRAC-
 TURAS EXPUESTAS POR ARMAS DE FUEG.
 Disponible en: [https://reciamuc.-
 com/index.php/RECIAMUC/article/-
 view/985](https://reciamuc.-com/index.php/RECIAMUC/article/-view/985)

5. Bonfill Accensi Encarna, Lleixa Fortuño Mar, Sáez Vay Flor, Romaguera Genís Sara. Estrés en los cuidados: una mirada desde el modelo de Roy. *Index Enferm* [Internet]. 2010 Dic [citado 2023 Mayo 15] ; 19(4): 279-282. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/s-
 cielo.php?script=sci_arttext&pi-
 d=S1132-12962010000300010&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962010000300010&lng=es).
6. Folkman, S. & Lazarus, R. (1987). Age differences in stress and coping processes. *Psychol Aging*, 2, 171-184.
7. Gutiérrez, C., Veloza, M., Moreno, M. (2007, abril). Validez y confiabilidad de la versión en español del instrumento "Escala de medición del proceso de afrontamiento y adaptación" de Callista Roy. *Aquichán*, 7 (1), 54-63.

Incidencia de los Factores de Riesgos Psicosociales por Covid-19, en Pacientes Adultos Mayores que se encuentran bajo la Modalidad Diurna y Atención Domiciliaria en un Centro Gerontológico

Incidence of Psychosocial Risk factors due to Covid-19, in Elderly Adult Patients who are under the day Modality and Home care in a Gerontological Center

DOI: <https://doi.org/10.5281/zenodo.7948903>

Dirección para correspondencia:

mariselajaramillo6@gmail.com

Fecha de recepción: 04 / 04 / 2023

Fecha de aceptación: 05 / 05 / 2023

Fecha de publicación: 02 / 06 / 2023

Autores:

Jaramillo López Marisela Jazmín 1

Universidad Estatal de Milagro

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9918-6372>

Figueroa Cedeño Juan Kleber 2

Universidad Estatal de Milagro

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2166-938>

Mosquera Arguello Nicol Alina 3

Universidad Estatal de Milagro

ORCID: <https://orcid.org/0009-0003-3340-9152>

Romero Urrea Holguer Estuardo 4

Universidad Estatal de Milagro

ORCID: <https://orcid.org/.0000-0001-7977-4794>,

Resumen

Se asume que durante el confinamiento obligatorio se presentaron procesos acelerados en el deterioro cognitivo y afectivo de los mismos, esto se evidencia mediante la comparación de los resultados de las valoraciones geriátricas realizadas en el año 2019 antes de pandemia con las valoraciones geriátricas realizadas en el año 2020 en pandemia. **Objetivo:** identificar los factores de riesgo psicosociales como efecto del

Covid-19 en pacientes Adultos Mayores que se encuentran bajo la modalidad diurna y atención domiciliaria pertenecientes a un centro gerontológico en la ciudad de Milagro. **Metodología:** documental debido a que se han tomado de referencia los resultados de la base de datos de la aplicación de baterías psicológicas a el grupo establecido como la muestra en el año 2019, antes del confinamiento por pandemia por Covid-19, es cuantitativa,

y de tipo descriptivo. **Resultados:** existe un incremento del 7% de deterioro cognitivo y un 4% en sospecha patológica, se evidencia un 5% en depresión establecida en relación al 2019 donde no se establecía la pandemia, con el año 2020, luego de ser sometidos a cuarentena y confinamiento. **Conclusiones:** en esta investigación se observó que debido a la pandemia covid-19 se presentaron varios factores a tomar en cuenta como lo son, la depresión detonante principal y demás afectaciones a nivel psíquico del adulto mayor, así como el deterioro cognitivo.

Palabras clave: Confinamiento, Adultos Mayores, Deterioro Cognitivo, Depresión.

Abstract

It is assumed that during the mandatory confinement there were accelerated processes in their cognitive and affective deterioration, this is evidenced by comparing the results of the geriatric assessments carried out in 2019 before the pandemic with the geriatric assessments carried out in the year 2020 in pandemic. Objective: to identify psychosocial risk factors as an effect of Covid-19 in older adult patients who are under the daytime modality and home care belonging to a gerontological center in the city of Milagro. Methodology: documentary because the results of the database of the application of psychological batteries to the group established as the sample in 2019, before the confinement due to the Covid-19 pandemic, have been taken as a reference, it is quantitative,

and descriptive type. Results: there is an increase of 7% in cognitive deterioration and 4% in pathological suspicion, 5% in established depression is evident in relation to 2019 where the pandemic was not established, with the year 2020, after being subjected to quarantine and lockdown. Conclusions: in this investigation it was observed that due to the covid-19 pandemic there were several factors to take into account, such as the main triggering depression and other affectations at the psychic level of the elderly, as well as cognitive deterioration.

Keywords: Confinement, Older Adults, Cognitive Impairment, Depression.

Introducción

En el Ecuador según el informe del Comité de Operaciones de Emergencia (COE), hasta el 31 de julio del 2020, se registraron un aproximado de 76399 casos de personas contagiadas por Covid-19. Dentro de las provincias con mayor incidencia del virus se encuentra Guayas con un total de 17517 y Pichincha con 14813 ⁽¹⁾. La Organización Mundial de la Salud (OMS), indicó que entre los principales síntomas que manifestaban las personas contagiadas, “se presentan infecciones que suelen presentarse como fiebre y síntomas respiratorios (tos y disnea o dificultad para respirar). En los casos más graves, pueden causar neumonía, síndrome respiratorio agudo severo, insuficiencia renal e, incluso, la muerte” ⁽²⁾.

Es importante manifestar que con la

presencia de este letal virus se modificó drásticamente el estilo de vida de los ecuatorianos y de la población en general, el cual afectaba áreas sociales como el cambio de horarios de movilización, sistema de educación, hábitos de higiene y alimenticios. Sin embargo, se presentaron también consecuencias psicológicas y físicas negativas, como personas con altos niveles de estrés, enfermedades cardiovasculares, musculares y respiratorias. Siendo de mayor prevalencia las personas vulnerables como: adultos mayores, niños, mujeres embarazadas y personas con enfermedades catastróficas⁽³⁾.

Entre las recomendaciones dadas por el gobierno nacional, fue necesario implementar el uso de medidas de bioseguridad como mascarillas, desinfectantes y alcohol; y sobre todo mantener el distanciamiento social. Cabe indicar que estos consejos no sólo se utilizaron con desconocidos sino también se aplicaron con amigos y miembros de una misma familia, estas acciones permitían preservar la salud y la de quienes forman parte del círculo social⁽⁴⁾.

Las personas Adultas Mayores, presentan complicaciones en adaptarse a los cambios ya que esto incide radicalmente en su bienestar o en su salud (física, psíquica, emocional y social). La presencia de la pandemia incrementó en este grupo, la sintomatología afectiva asociada a estrés, como riesgo psicosocial que se desencadena en la presentación de deterioro cognitivo, que puede ser leve

(desorientación en tiempo y espacio), moderado (dificultad de comprensión de órdenes, dificultades de aprendizaje, desorientación temporoespacial, errores en las funciones de cálculo numérico, etc) o grave (pérdida total de la memoria remota e incapacidad para escribir y cuidar de sí mismo)⁽⁵⁾.

A esto se suma la depresión, ansiedad y afectación de la conducta. Lo que influye en su calidad de vida, generando enfermedades cardiovasculares, respiratorias, inmunitarias, gastrointestinales, dermatológicas, endocrinológicas, musculo esqueléticas y mentales.

Por lo que, esta investigación tiene como objetivo principal: identificar los factores de riesgo psicosociales como efecto del Covid-19 en pacientes Adultos Mayores que se encuentran bajo la modalidad diurna y atención domiciliaria pertenecientes a un centro gerontológico en la ciudad de Milagro. Puesto que es considerado importante poder identificar cuáles son los factores de riesgo psicológicos que predominan en la población objeto de estudio que corresponde a 180 adultos mayores y determinar de qué manera estos efectos afectan su bienestar biopsicosocial.

Desarrollo

Según Villalobos (2021), "los factores psicosociales deben ser entendidos como toda condición que experimenta el ser humano en cuanto se relaciona con su medio circundante y con la

sociedad que lo rodea” ⁽⁶⁾. Pero Levi (1998) citado por Martínez (2020), sostiene que entre los efectos de los factores de riesgo psicosocial, y dependiendo del tipo de respuesta, pueden derivar en enfermedades, molestias o cambios en el organismo del individuo (dolores de cabeza, migrañas, lumbalgias, fatiga crónica, trastornos digestivos, hipertensión, trastornos del sueño), psicológicos (frustración, culpa, irritabilidad, alteraciones cognitivas y conductuales, depresión, agresividad, neurosis, estrés postraumático por hechos violentos e incluso suicidio) ⁽⁷⁾.

Funciones Cognitivas

En las funciones cognitivas se realiza la recepción, selección, transformación, almacenamiento, elaboración y recuperación de información. Estas funciones se pueden alterar por el proceso de envejecimiento y presentar deterioro cognitivo, es por ello, que es indispensable realizar pruebas para brindar el diagnóstico indicado al adulto mayor. Este tipo de funciones tiene dos clasificaciones las cuales son: dispersas y localizadas. Las dispersas son aquellas en las cuales se presentan en una área o región específica, puede aparecer alteraciones o a su vez lesiones que se originan en el plexo - cerebral y afectan a los dos hemisferios. En este tipo de función cognitiva se encuentra memoria, atención, concentración, funciones intelectuales de orden

superior ⁽⁸⁾.

Deterioro cognitivo

El deterioro cognitivo, es “toda alteración de las capacidades mentales superiores (la memoria, juicio, razonamiento abstracto, concentración, atención, praxias)” en los Adultos Mayores es un estado, producto de un riesgo psicosocial en el cual el individuo pierde sus capacidades de razonamiento, entendimiento y de memoria, sin que cumpla con criterios para clasificarlo como demencia ⁽⁹⁾. Las personas que lo padecen, suelen tener problemas de convivencia dentro del núcleo familiar, lo cual los lleva a disminuir su calidad de vida.

Dentro de esta misma línea, Duk (2017), señala que es necesario no sólo conocer los grandes síndromes geriátricos (deterioro cognitivo, inmovilismo, caídas e incontinencia urinaria), sino actuar sobre ellos mediante programas y protocolos específicos, mejorando la situación en todas las esferas de la persona y tratando de conseguir la mayor independencia ⁽¹⁰⁾.

El deterioro cognitivo se presenta debido a diferentes cambios que se presenta en el adulto mayor como es el envejecimiento y por la presencia de enfermedades como son: cardiovasculares, hipertensión, diabetes, cerebrovascular, el aislamiento, se pueden manifestar problemas psicológicos y psiquiátricos. Por la presencia de factores cerebrovasculares e inflamatorios puede presentarse

el deterioro cognitivo, con el pasar de los años se van deteriorando las habilidades visuales, espacial de cálculo, la capacidad de aprender, la capacidad que aún se sigue conservando es la verbal ⁽¹¹⁾.

Al padecer de este trastorno como es el deterioro cognitivo se puede evidenciar riesgo vascular que puede terminar en infartos cerebrales asociados a cualquier enfermedad degenerativa que se presente en el cerebro, esto debe ser tratado de manera especial con todos los pacientes que presenten deterioro cognitivo, ya que se asocia con trastornos somáticos ⁽¹²⁾.

Calidad de vida

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS,2015), "la calidad de vida se manifiesta como una percepción del individuo en el contexto, cultura, existencia en el sistema de valores, normas e inquietudes". El bienestar subjetivo se encuentra en la psicología positiva, se refiere a las cualidades positivas de cada persona y se relaciona con el comportamiento de cada individuo ⁽¹³⁾.

Envejecimiento

El envejecimiento es un proceso normal vivenciado en su fase vital por la persona, pasa de ser una persona con todas sus facultades a plenitud, a experimentar poco a poco deterioro en sus capacidades y funciones, se evidencia la calidad de vida en la manera de satisfacer sus necesidades. La calidad de vida varía dependiendo de las condiciones de desarrollo de los procesos vitales, a su

vez se refiere a como se encuentra económicamente, al nivel social, permitiendo que las personas adultas se conviertan en miembros activos de las diferentes actividades en las cuales se les puede incluir. Además, el envejecimiento implica el presentar dificultades a nivel físico y psicológico. El adulto mayor se debe sentir el ser más útil, por pertenecer a una sociedad en donde puede compartir sus vivencias, alegrías y frustraciones ⁽¹⁴⁾.

Dimensiones de calidad de vida (biopsicosocial)

El termino calidad de vida, hace referencia al bienestar óptimo de las dimensiones de salud como, psicológico, físico, social, intelectual o mental y espiritual, el cual se clasifica en ⁽¹⁵⁾:

- Bienestar Emocional: Se refiere a cómo se encuentra el individuo tanto a nivel cognitivo, emocional, estabilidad mental, satisfacción y auto concepto.
- Bienestar Físico: Es la relación del sujeto con lo material, lo cual incluye su vivienda, condiciones en que se encuentra, y si cuenta con todo lo necesario para su alimentación y el entorno social en el cual se desenvuelve, además si las posibilidades económicas con las que cuenta la persona son las adecuadas para su edad.

El bienestar en la calidad de vida en los Adultos Mayores es poder disfrutar una buena salud tanto física como mental, el interactuar, participar en los diferentes eventos que se realiza para los adultos mayores, para ello es vital que el círculo

familiar brinde su apoyo, lo que favorece en la calidad de vida, el estar satisfecho con ella, y disminuir las complicaciones que implican el estar en esta edad ⁽¹⁶⁾.

Normativa legal vigente en Ecuador sobre riesgos psicosociales

Ley Orgánica de las Personas Adultas Mayores

Según la Asamblea Nacional (2019), en la Ley Orgánica de las Personas Adultas Mayores estipula lo siguiente, en beneficio de esta población objeto de estudio:

Art. 4.- Principios fundamentales y Enfoques de atención. Para la aplicación de la presente Ley, se tendrán como principios rectores: a) Atención prioritaria: Las instituciones públicas y privadas están obligadas a implementar medidas de atención prioritaria y especializada; y generar espacios preferenciales y adaptados que respondan a las diferentes etapas y necesidades de las personas adultas mayores, en la dimensión individual o colectiva; b) Igualdad formal y material: Todas las personas adultas mayores son iguales ante la ley y gozarán de su protección y beneficio sin discriminación alguna. Se garantizará el trato justo y proporcional en las condiciones de acceso y disfrute de satisfacciones necesarias para el bienestar de las personas adultas mayores, sin distinción de ninguna naturaleza, respetando los enfoques de género, generacional, intercultural, movilidad humana, territorial y de integralidad de derechos; c) Integra-

ción e inclusión: Se garantiza de manera progresiva la incorporación de las personas adultas mayores, en las actividades públicas y privadas que sean de su interés, valorando y respetando la diversidad humana con el objetivo de convivir, contribuir y construir oportunidades reales para el ejercicio de sus derechos.

Art. 9.- Deberes del Estado. Corresponde al Estado los siguientes deberes: a) Elaborar y ejecutar políticas públicas, planes y programas que se articulen al Plan Nacional de Desarrollo, enmarcadas en la garantía de los derechos de las personas adultas mayores, tomando como base una planificación articulada entre las instituciones que integran el Sistema Nacional Especializado de Protección Integral de los Derechos de las Personas Adultas Mayores. b) Garantizar el acceso inmediato, permanente, y especializado a los servicios del Sistema Nacional de Salud, incluyendo a programas de promoción de un envejecimiento saludable y a la prevención y el tratamiento prioritario de síndromes geriátricos, enfermedades catastróficas y de alta complejidad;

Art. 11.- Corresponsabilidad de la Familia. La familia tiene la corresponsabilidad de cuidar la integridad física, mental y emocional de las personas adultas mayores y brindarles el apoyo necesario para satisfacer su desarrollo integral, respetando sus derechos, autonomía y voluntad.

Art. 16.- Derecho a la vida digna. Garantizar la protección integral que el Estado,

sociedad y la familia deben dotar a las personas adultas mayores, con el propósito de lograr el efectivo goce de sus derechos, deberes y responsabilidades; tendrán el derecho de acceder a los recursos y oportunidades laborales, económicas, políticas, educativas, culturales, espirituales y recreativas, así como al perfeccionamiento de sus habilidades, competencias y potencialidades, para alcanzar su desarrollo personal y comunitario que le permitan fomentar su autonomía personal.

Metodología

La metodología utilizada en la presente investigación es documental debido a que se han tomado de referencia los resultados de la base de datos de la aplicación de baterías psicológicas a el grupo establecido como la muestra el año 2019, antes del confinamiento por pandemia por Covid-19, es cuantitativa, de tipo descriptivo, ya que se interpretó los resultados de los instrumentos aplicados en la población de estudio. Según Hernández, la investigación descriptiva: busca explicar propiedades y características sustanciales de cualquier fenómeno que se analice, además representa tendencias de un grupo o población, entonces únicamente pretenden medir o recoger información de forma independiente o conjunta sobre los conceptos o las variables a las que se describen ⁽¹⁷⁾.

Los métodos utilizados corresponden a inductivo, puesto que la información es obtenida mediante acción-reflexión,

por lo que se parte de casos peculiares, logrando obtener conocimientos generales. Hipotético – Deductivo, ya que se parte de la deducción lógica que se aplica a una hipótesis inicial, con la finalidad de obtener pronósticos que son sometidas a verificación posterior.

Población y muestra

La población está determinada por el conjunto de datos que armonizan una sucesión de distinciones, en este estudio, la población está constituida por 180 adultos mayores de 65 años en adelante, variando entre hombres y mujeres que están directamente vinculados al Centro Gerontológico Milagro. La variable de exclusión es el deterioro cognitivo puesto que las personas no podrían contestar a la evaluación respectiva. En lo que respecta al tipo de muestra, pertenece a una muestra no probabilística y de la investigación. La muestra del estudio se redujo a 100 adultos mayores, comprendidos a partir de los 65 años en adelante, y que no presentan enfermedad mental psiquiátrica.

La técnica utilizada es la encuesta, y los instrumentos corresponden a dos baterías psicológicas las cuales son:

Escala de depresión geriátrica de Yesavage

La versión abreviada en español de la Escala de depresión geriátrica de Yesavage contiene 15 preguntas. Esta prueba estándar se utiliza para detectar la depresión en la población adulta

mayor, que es una escala recomendada por la Asociación Británica de Geriátrica para evaluar la depresión en los ancianos. Evita los síntomas físicos y se centra en la semiótica y la calidad de vida de la depresión. En esta escala, si logra hacer más de cinco reacciones depresivas, se considera positivo. En un estudio en Estados Unidos, según los criterios diagnósticos, la sensibilidad de la escala de Yesavage fue del 92% y la especificidad del 89%. Tanto la práctica como la investigación clínica respaldan la efectividad y confiabilidad de esta herramienta. La prueba de Yesavage superada por el Alfa de Cronbach (valor 0,749) es fiable, lo que demuestra la fiabilidad del instrumento ⁽¹⁸⁾.

Se trata de una herramienta de evaluación que permite sospechar disfunción cognitiva en el adulto mayor. Esta prueba se utiliza para monitorear una posible demencia en el cribado sistémico de pacientes adultos mayores y monitorear su desarrollo. Hay dos versiones diferentes: una con una puntuación máxima de 30 puntos y la otra con 35 puntos. El resultado depende de la puntuación obtenida una vez finalizada la prueba. Si la puntuación está entre 24-30, se considera que no hay deterioro cognitivo. Si la puntuación de la prueba está entre (17-23), entonces es deterioro cognitivo leve; deterioro cognitivo moderado, la puntuación es (10-17); deterioro cognitivo severo (menos de 10). En el año de 1979, Lobo realizó la adaptación y validación de

esta prueba, la cual fue creada en Estados Unidos para una población española. Esa validación permite que la prueba sea más precisa en sus resultados ya que se adapta a la población de un país determinado. Esto permite controlar algunas variables que pueden generar algún tipo de sesgo, como pueden ser las diferencias culturales. El test Mini mental es confiable mediante el Alfa de Cronbach cuyo valor es de 0.807 ⁽¹⁹⁾.

RESULTADOS

Figura 1: Estadísticas variables de sexo

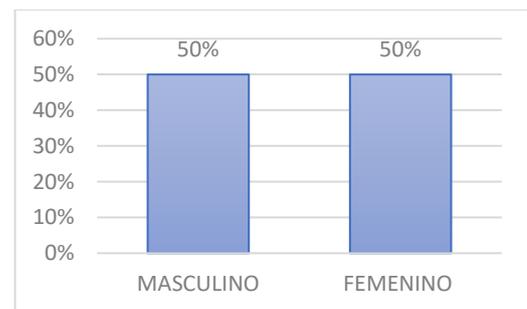


Figura 1

Análisis: En la presente grafica podemos observar que de los 100adultos mayores encuestados la población está dividida en un porcentaje igualitario es decir 50% varones 50% mujeres.

Figura 2: Estadísticas de edad

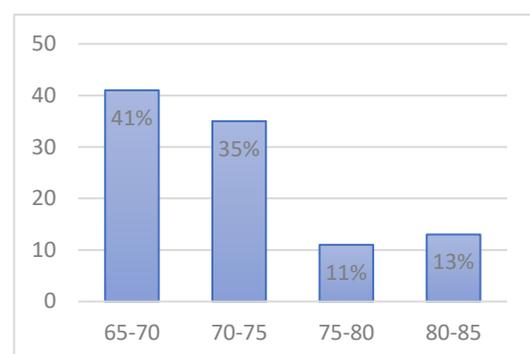


Figura 2

Análisis: la mayor parte de la muestra encuestada se encuentra en un rango de 65 a 70 años de edad, el siguiente porcentaje mayoritario va de 70 a 75 y el restante se encuentra comprendido entre los 75 a 85 años de edad.

Figura 3: Resultados test mini mental

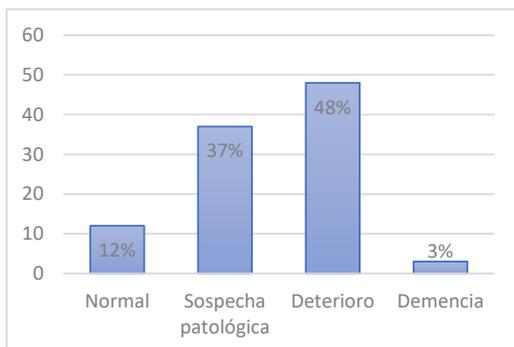


Figura 3

Análisis: En el presente gráfico podemos observar que de los 100 adultos mayores encuestados en el 2019 un 48% presentó deterioro cognitivo, un 37% sospecha patológica, un 12% se encontraba en capacidades normales.

Figura 4: Resultados escala de depresión (2019)

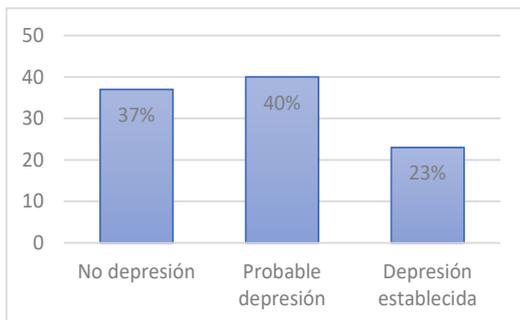


Figura 4

Análisis: En la presente grafica podemos observar que, de los 100 adultos mayores encuestados en el 2019, solo un 23% presenta depresión establecia y un 40%

probable depresión.

Figura 5: Resultados escala de depresión (2020).

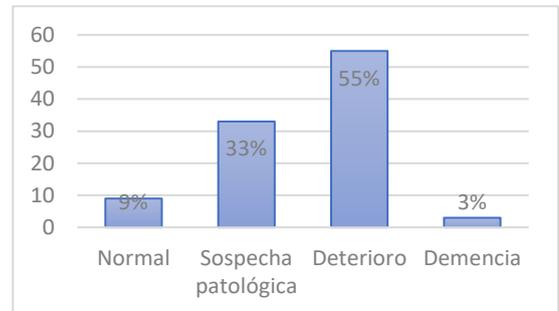


Figura 5

Análisis: En la presente grafica podemos observar que de los 100 adultos mayores encuestados el presenta año 2020 aumento un 55% de adultos mayores con deterioro cognitivo y bajó a un 9% la normalidad por lo que podemos asumir que; debido a la pandemia COVID – 19, los adultos mayores actualmente comienzan a deteriorarse cognitivamente y a presentar mayores niveles de depresión.

Figura 6: Resultados escala de depresión (2020).

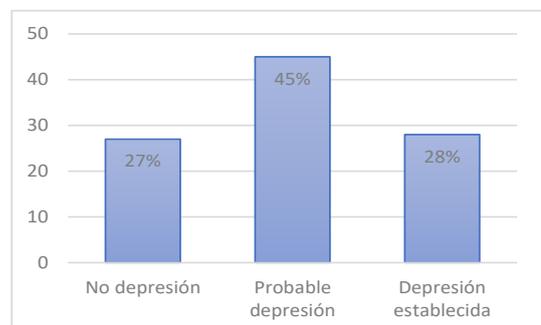


Figura 6

Análisis: En la presente grafica podemos observar que de los 100 adultos mayores encuestados aumentó la población con depresión establecida a un 28%.

Figura 7: Cuadro comparativo para deterioro cognitivo 2019 – 2020.

Cuadro comparativo Mini Mental

| I.M. | 2019 | 2020 | Diferencia significativa |
|----------------------------|------|------|--------------------------|
| Normal | 12% | 9% | 3% |
| Sospecha patológica | 37% | 33% | 4% |
| Deterioro | 48% | 55% | 7% |
| Demencia | 3% | 3% | 0% |

Análisis: En la presente tabla podemos observar un cuadro comparativo donde se evidencia el incremento de un 7% en deterioro cognitivo y un 4% en sospecha patológica.

Figura 8: Cuadro comparativo de porcentaje de depresión 2019 – 2020.

Cuadro Comparativo Depresión

| Depresión | 2019 % | 2020 % | Diferencia significativa |
|------------------------------|--------|--------|--------------------------|
| No depresión | 37% | 27% | 10% |
| Probable depresión | 40% | 45% | 5% |
| Depresión establecida | 23% | 28% | 5% |

Análisis: En la presente tabla se puede observar un cuadro comparativo donde se evidencia que en relación al 2019 donde no se establecía la pandemia el número de usuarios de este centro de atención, presentaban depresión en niveles moderados y que existe un incremento del 5% en depresión establecida, para el año 2020, luego de ser sometidos a cuarentena y confinamiento.

Discusión

La pandemia causada por COVID-19, presentó una serie de cambios significativos, a nivel físicos, sociales y psicológicos, la situación en aquel entonces se presentaba llena de inseguridad, desesperación, miedo, amenaza, soledad. Esto generó en muchos seres humanos sintomatología afectiva como depresión, irritabilidad, insomnio, somatización, angustia, ansiedad, provocada por la incertidumbre de la situación, sobre todo en la población vulnerable sobre todo en los adultos mayores ⁽²⁰⁾.

Las preocupaciones, el medio, la depresión, ansiedad en las personas que fueron sometidos a un confinamiento, se relacionan con factores secundarios como la salud de los seres queridos, la expansión global del virus y sus consecuencias económicas y sociales, etc. Entre las múltiples causas de los efectos nocivos de la pandemia, la pérdida de la libertad de las actividades de la vida diaria es una de las principales fuentes, con la autonomía limitada temporalmente por el aislamiento forzoso durante la cuarentena, considerando que los adultos mayores debían tener mayor precaución, y por ende algunos de ellos fueron aislados, sin su familia o el tener que saber y escuchar que eran la población de alto riesgo, afectaba mucho más su estado psicológico y emocional ⁽²¹⁾.

Los adultos mayores son el grupo con la tasa de mortalidad más alta por COVID 19, por lo que esta situación los hacia

más propensos a depresión y deterioro cognitivo. Ellos tuvieron que dejar de hacer muchas de sus actividades diarias como su práctica religiosa, la negativa a visitar amigos, familiares o vecinos, y la imposibilidad de realizar compras de cualquier tipo, todos estos factores pueden explicar el estado emocional insatisfecho de los adultos mayores estudiados ⁽²²⁾.

Conclusiones

La pandemia por Covid-19 se encuentra ligada a los factores de riesgos biopsicosocial identificados en la presente investigación como lo son la depresión y el deterioro cognitivo correlacionándolo a través del tiempo. Luego de realizar las evaluaciones correspondientes se llegó a la conclusión de luego de la pandemia el grupo encuestado aumentó en un 5% sus niveles de depresión. Las evaluaciones asignadas arrojaron que el deterioro cognitivo debido al confinamiento de los adultos mayores se incrementó en un 7%.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. COE. Resoluciones COE Nacional. 2020.
2. Sigua-Rodríguez EA, BPJL, LFAG, SRC, RC-J, HZS. & IFL. COVID-19 y la Odontología: una Revisión de las Recomendaciones y Perspectivas para Latinoamérica. International journal of odontostomatology. 2020; 14(3).
3. Huamán-Saavedra JJ. La pandemia del COVID-19. Revista Médica de Trujillo. 2020; 15(2).
4. Toledo PA. Pandemia Covid-19: educación a distancia. O las distancias en la educación. Revista Internacional de Educación para la Justicia Social. 2020; 9(3).
5. Naranjo-Hernández Y, MWS, RGODL, & GBR. Estados emocionales de adultos mayores en aislamiento social durante la COVID-19. Revista Información Científica. 2021; 100(2).
6. Ruiz Villalobos E. Relación entre los factores psicosociales en el trabajo y el estrés laboral en trabajadores administrativos de una municipalidad de Lima Metropolitana-2019.
7. Martínez LM. Riesgos psicosociales y estrés laboral en tiempos de COVID-19: instrumentos para su evaluación. Revista de comunicación y salud. 2020; 10(2).
8. Yambay Vilema MA. Deterioro cognitivo en las actividades instrumentales de la vida diaria, en los adultos mayores de la Unidad de Atención Domiciliaria MMA Guano El Rosario del MIES. Bachelor's thesis, Riobamba. 2020.
9. Guerrero-Hidalgo LE, HCC, RUH, dRAM-M, & GCMJ. Fundamentos teóricos sobre la esquizofrenia: una visión desde la psicoeducación del cuidador:

- Schizophrenia theoretical foundations: a view from caregiver psychoeducation. *Prohominum*. 2020; 2(1).
10. Duk García AJ. Grupos de autoayuda para la prevención del maltrato psicológico en los adultos mayores de los Auki Utas Dolores F, 19 de marzo y Franz Tamayo, de los distritos 1, 3 y 14 de la ciudad de El Alto. Doctoral dissertation.
 11. González Martínez P, OCJ, SME, & BLB. Revisión y actualización de los criterios de deterioro cognitivo objetivo y su implicación en el deterioro cognitivo leve y la demencia. *Revista de neurología*. 2021; 72(08).
 12. Vicario A, & CGH. El impacto cognitivo-conductual de la hipertensión. *Hipertensión y riesgo vascular*. 2020; 125 - 132.
 13. Jaramillo Lopez MJ BAP, & FJP. Nivel de estrés como consecuencia en el cuidador de los pacientes con enfermedades terminales. *AMMENTU-Bollettino Storico e Archivistico del Mediterraneo e delle Americhe*. 2019; 1(5).
 14. Heredia NM, RES, & GAMR. Beneficios de la actividad física para la promoción de un envejecimiento activo en personas mayores: revisión bibliográfica. *Retos: nuevas tendencias en educación física, deporte y recreación*. 2021; (39).
 15. Angeles MAV, JJM, MPYO, & LJA. Percepción de la calidad de vida del adulto mayor en México. *Retos: nuevas tendencias en educación física, deporte y recreación*. 2021; 41.
 16. Lepe-Martínez N, CDF, TVF, ZFP, M-VP, MGS, & RGC. Desempeño en funciones ejecutivas de adultos mayores: relación con su autonomía y calidad de vida. *Revista Ecuatoriana de Neurología*. 2020; 29(1).
 17. Hernández R, Fernández C, Baptista M. *Metodología de la investigación*. sexta ed. Mexico: McGRAW-HILL / INTERAMERICANA EDITORES, S.A.; 2014.
 18. Silva-Fhon JR, PRR, MK, & FNW. Causas y factores asociados a las caídas del adulto mayor. *Enfermería universitaria*. 2019; 16(1).
 19. Orduña Torres II. Memoria cotidiana y estrategias de compensación de memoria en el adulto mayor. Doctoral dissertation, Universidad Autónoma de Nuevo León. 2021.
 20. Broche-Pérez Y, FCE, & RLDA. Consecuencias psicológicas de la cuarentena y el aislamiento social durante la pandemia de COVID-19. *Revista Cubana de Salud Pública*. 2021.
 21. Sotomayor-Preciado AM, ECFM, dRR-SJ, & dRCPM. Impacto en la salud mental de los adultos mayores post

pandemia Covid-19, El Oro Ecuador. Polo del Conocimiento. 2021; 6(1).

22. Granda-Oblitas A,QGGX,&RCFM. Efectos del aislamiento en adultos mayores durante la pandemia de COVID-19: una revisión de la literatura. Acta Médica Peruana. 2021; 38(4).

23. Lemos M,CG,RT,VM,OJJ,&RCJP. Factores psicosociales asociados al estrés en profesores universitarios colombianos. Diversitas: Perspectivas en Psicología. 2019; 15(1)

Rol de Enfermería en el Cuidado de las Gestantes Consumidoras de Sustancias Psicotropicas

Role of Nursing in the Care of Pregnant Women Using Psychotropic Substances

DOI: <https://doi.org/10.5281/zenodo.7949067>

Dirección para correspondencia:

dinora.rebolledo@ug.edu.ec

Fecha de recepción: 03 / 04 / 2023

Fecha de aceptación: 04 / 05 / 2023

Fecha de publicación: 02 / 06 / 2023

Autores:

Davis Bone Angie Deyaneira ¹

Ministerio de Salud Pública del Ecuador

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7974-9721>

Flores Chávez Jefferson Aaron ²

Ministerio de Salud Pública del Ecuador

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7974-9721>

Rebolledo Malpica Dinora ³

Universidad de Guayaquil

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4658-1851>

Resumen

El presente trabajo de investigación tuvo como objetivo describir el rol de enfermería en el cuidado de las gestantes consumidoras de sustancias psicotrópicas. En el cual se aplicó la metodología cualitativa, etnográfico, con el uso de entrevista aplicada a cinco enfermeras del Hospital General Guasmo Sur. Los resultados expresaron, con relación a la responsabilidad de enfermería, que ayudan en si a contribuir en el cuidado humanizado a dichas pacientes en el estado de salud que se encuentran, además ayudando a

fomentar el autocuidado, en este grupo prioritario y no solo en la captación precoz de mujeres embarazadas consumidoras sino también a la población en general que sufre de este padecimiento y lograr un cambio en las conductas de riesgos y así prevenir la muerte materno-fetal.

Palabras claves: Cuidados en el embarazo, rol de enfermería, cuidado a gestantes, gestantes consumidoras, mujeres embarazadas.

Abstract

The objective of this research work was to

describe the role of nursing in the care of pregnant women who consume psychotropic substances. In which the qualitative, ethnographic methodology was applied, with the use of interviews applied to five nurses from the Guasmo Sur General Hospital. The results expressed, in relation to nursing responsibility, that they help themselves to contribute to the humanized care of these patients in the state of health they are in, also helping to promote self-care, in this priority group and not only in the early recruitment of pregnant women consumers but also the population in general that suffers from this condition and achieve a change in risk behaviors and thus prevent maternal-fetal death.

Keywords: Pregnancy care, nursing role, care for pregnant women, pregnant women, pregnant women.

Introducción

En el sur de Guayaquil se encuentra entre unos de los puntos que refleja el mayor consumo de sustancias psicotrópicas, datos que son ratificados con la Junta Cantonal de Protección Integral de Derechos de Guayaquil, en estos sectores se observa de consumo de estas sustancias psicotrópicas a libre demanda, estando presente en cualquier grupo etarios de esta calamidad no escapan las mujeres embarazadas, por lo tanto, en el centro de salud más cercano surge la demanda de atender, a mujeres

embarazadas que tiene por habito el consumo de sustancias ilícitas.

Tomando en cuenta lo anteriormente mencionado, el Hospital General Guasmo Sur, se encuentra ubicado en una zona donde prolifera la económica baja y población de bajos recurso, el déficit de conocimientos que presentan las adolescentes gestantes sobre el consumo de sustancias psicoactivas y sus consecuencias que causan diferentes tipos de trastornos en la conducta, generan una problemática en la salud pública.

Dado que en el Hospital General Guasmo Sur según su capacidad de infraestructura dentro del Ministerio de salud pública cuenta con un amplio portafolio de atenciones propios de una institución básica de Nivel 2 con ciertas complejidades, entre la que se puede mencionar áreas de hospitalización de Ginecología y Quirófano materno. Esta institución acoge diariamente alrededor de 1,200 pacientes por consultas y alrededor de 320 usuarios por emergencia que reciben una atención digna desde su ingreso, otorgando ser el centro médico más grande de la ciudad de Guayaquil. Por lo tanto, aceptan pacientes de diferentes puntos del país, coordinados a través de un sistema de contra solicitudes, teniendo en cuenta la capacidad resolutive requerida.

El Hospital General Guasmo Sur, presenta un problema peculiar dado que este centro de salud no parece tener algún programa de atención a mujeres embarazadas de alto riesgo por consumo

de sustancias ilícitas, esta situación se agrava porque las enfermeras no están únicamente destinada a atender esta problemática en particular, sino que son partícipes de todas las situaciones de cuidado y de gestión que se puedan presentar en este centro de salud, debido a la falta de personal y recursos, lo que agrava la situación de las gestante porque no hay un personal exclusivo para su atención.

Una de las preocupaciones que tiene el personal de enfermería, son las consecuencias que puede provocar el consumo sustancias psicotrópicas, pues estas acarrear, una serie de efectos nocivos en la madre y su descendencia, estudios realizados han revelado que el consumo de sustancias durante el embarazo se ha asociado con resultados negativos para la salud del binomio, poniendo en peligro la salud de estos. Igualmente se ha relacionado con trastornos neurológicos y neuroconductuales en recién nacidos y niños en la primera infancia, muchos de los cuales se consideran irreversibles ⁽¹⁾. Teniendo en cuenta que los efectos adversos del uso sustancias en el periodo perinatal se complican aún más, como se señaló anteriormente, además sumando la enfermedad psiquiátrica como condición de

comorbilidad, también las mujeres con trastornos por uso de sustancias experimentan con frecuencia mala nutrición y atención prenatal inadecuada.

Es por ello que es de vital importancia que el sistema de salud debe ejecutar una función social que se refleje en las necesidades y requerimientos de los servicios médicos. Estos son una mezcla de recursos, finanzas, organización y gestión que están creadas con el fin de brindar servicios de salud a una población. Una calidad de la atención adecuada es un desafío fundamental para este sector. Es por ello que la necesidad de atender correctamente los requerimientos reales de la población se vuelve la razón principal de la búsqueda de evidencias que renueven expectativas de las personas de manera satisfactoria. La labor social es la función principal que debe estar reflejada por el sistema de salud en virtud del cuidado para un mejor servicio médico ⁽²⁾.

En el ámbito de esta problemática, el rol del enfermero pasa a cumplir un papel vital, dado que estos realizan actividades gerenciales y asistenciales, fundamentales para el mantenimiento del cuidado, incluyendo la previsión y provisión

de materiales, dimensionamiento de recursos humanos, elaboración de protocolos, tamizaje y asistencia directa a los pacientes. No obstante, dentro de la experiencia de los autores notaron que las enfermeras recién graduadas mencionaban tener sentimientos de ansiedad, miedo, temor y no se sentían satisfechos relacionados con la naturaleza del cuidado, teniendo cierta incertidumbre porque sentían que no cumplían con las competencias adecuadas en cuanto al cuidado de las gestantes consumidoras de sustancias psicotrópicas.

El tránsito de la etapa de formación a la práctica profesional puede representar un desafío para los recién graduados que atienden con situaciones desconocidas en el escenario laboral. Estos nuevos profesionales pueden sentirse expuestos o inseguros sobre su capacidad para realizar correctamente las tareas ya que debido a la demanda de pacientes son múltiples las actividades que se realizan y que a su vez se dificultan al afrontar el cuidado directo con las gestantes drogodependientes, además, necesitan lidiar con sus propias expectativas y las del equipo de salud en relación con ellos ⁽³⁾.

Cabe mencionar que la mayoría de los enfermeros que se encuentran en los diferentes departamentos de salud de este centro asistencial, están dando sus primeros pasos en la profesión, por tal razón, sentían cierto temor en brindar la atención médica a estas gestantes drogodependiente; sentimientos de inconformidad, insatisfacción, pensando que no iban a tener la competencia de ayudar a estos pacientes. Los enfermeros desempeñan un papel fundamental en la promoción de un estilo de vida saludable en mujeres embarazadas, ya que son profesionales de la salud clave en contacto con las mujeres durante todo el embarazo. La práctica de enfermería es compleja y diversa, dentro de este contexto, el cuidado está marcado por la compasión y acompañado por un sentido de hacer algo bueno por los demás (4). Las mujeres embarazadas que usan sustancias ilícitas son más vulnerables que otras y requieren una atención más compleja, regímenes de medicamentos complejos que incluyen abstinencia y manejo continuo del dolor, más comprensión y más enfoque en abordar los desafíos subyacentes, a su salud y bienestar; construir una relación de confianza y brindar atención auténtica, compasiva y sensible,

son elementos fundamentales que deben estar presentes en el rol del enfermero.

Es por ello, que los profesionales de enfermería en su profesión reciben competencia para abordar a la mujer gestante con este tipo de situación para así poder reconocer la problemática real del consumo de dichas sustancias y todas las posibles consecuencias que estas causan. Así mismo reciben competencias adecuadas para de tal manera brindar cuidados a estas gestantes que sufren de abuso de sustancias psicotrópicas, y que puede afectar en la salud de este tipo de pacientes, minimizando el riesgo de padecer el síndrome de abstinencia, además de los embarazos riesgosos, y a su vez probabilidades de partos prematuros.

Es fundamental que las embarazadas drogodependientes y sus familias, sean atendidos con celeridad y a su vez, suministrar una atención oportuna. Ante todo lo anterior dicho y así generar un adecuado registro de atención en el hospital mencionado se realizó un estudio, que tiene como finalidad principal determinar los procesos de atención de enfermería aplicados a gestantes consumidoras de sustancias psicotrópicas, estas técnicas permitirán la rápida

identificación y atención adecuada, minimizando las consecuencias futuras que se puedan presentar tanto a la gestante como al neonato. El diseño de investigación corresponde a la metodología aplicada dentro del presente estudio, teniendo en cuenta que la modalidad seleccionada, de acuerdo a los lineamientos es de tipo cualitativa.

Diseño de investigación

Este es un estudio socio crítico porque queremos comprender el papel de las enfermeras relacionado al cuidado de las mujeres embarazadas que usan sustancias psicotrópicas. Esta situación afecta no solo al sistema de salud pública, sino también al sistema político, económico y social del país, porque nos permite comprender la profundidad del fenómeno desde el punto de vista de los actores⁽⁵⁾. A través de esta metodología, se comprende de la experiencia de los profesionales de salud frente a las mujeres embarazadas que usan psicofármacos. Diseños socialmente importantes porque los profesionales de la salud están preocupados por cuestiones relacionadas con el papel de las funciones disciplinarias que afectan a los segmentos de la población, el afrontamiento y la carga asociada con la atención rutinaria de las mujeres embarazadas consumidoras de sustancias

psicotrópicas.

Se realizará por medio de la selección del personal de enfermería que trabaja en el centro de salud Hospital General Guasmo Sur, que tiene contactos con los sujetos en estudios, en este caso mujeres embarazadas consumidoras de sustancias psicotrópicas que acuden a este centro de salud, y el cómo se relaciona con ellas.

Método de investigación

El método utilizado en este estudio es cualitativo. Los métodos cualitativos permiten que el investigador interprete a los grupos sociales que participan activamente en todo el proceso de investigación con el fin de conocer y generalizar la realidad natural de la sociedad". Esta metodología se emplea desde un contacto directo con la enfermera del centro de salud a la que se investigaron, se realizaron una serie de preguntas las cuales permitieron recabar sus experiencias particulares. Y por medio de esta metodología se pudo dar cumplimiento al objetivo principal fue explicar el papel de las enfermeras en el cuidado de las mujeres embarazadas que consumen psicofármacos.

Tipo de Investigación

El tipo de encuesta seleccionada como parte del trabajo de

investigación es etnográfica, la etnografía tiene como objetivo el estudio de las unidades sociales para captar, reconstruir e interpretar la realidad en términos de cultura, modo de vida y estructura social del sujeto de estudio, este es el método de investigación que permite aclarar las inquietudes del propio investigador, se considera el método idóneo para aplicarlo en la investigación en curso, que por medio de la aplicación de entrevista personalizada al personal de enfermería se pudo recabar la información pertinente para este estudio.

Participantes de la investigación

Para este tipo de investigación se inicia con la entrevista a 5 profesionales de enfermería los cuales se desempeñan en las áreas ginecológicas del hospital General Guasmo Sur brindando el cuidado a las gestantes consumidoras de sustancias psicotrópica. Logrando saturar los datos con los sujetos elegidos.

Técnica de recolección de datos

Se realizaron entrevistas a los profesionales de enfermería que forman parte de la institución para recopilar datos de forma directa de los sujetos. Para la realización de las entrevista, se les consulto si estaba

de acuerdo en participar en el estudio, posteriormente se le solcito firma un consentimiento informado, en coordinación de hora y lugar de donde se realizaría la entrevista, esta se realizado con una guía orientadora de preguntas pertinente a los objetivos de estudio, y para el registro de la misma, se utilizó un video cámara, llevado un registro por media de esta previa autorización del sujeto entrevistado, durante este proceso se les informa que pueden retirarse en el momento en que desea no obstante, se les insta a permanecer durante el proceso, la entrevista tuvo una duración de 1 hora, finalizando se le indica a los sujetos que las puertas estarán abierta y se seguirá en contacto hasta que datos sea publicados.

Cabe mencionar que las entrevistas la entrevista de investigación es uno de los métodos de recopilación de datos informativos. Este método permite recoger y analizar varios elementos: la opinión, la actitud, los sentimientos, las representaciones de la persona entrevistada ⁽⁶⁾. Es por ello que la entrevista es el medio adecuado para poder obtener datos de forma directa donde se describe, experiencia, sentimientos y actitudes acerca de cómo cuida a las pacientes embarazadas drogodependientes.

Instrumento de recolección de datos

Un instrumento de recolección de datos es en principio cualquier recurso de que pueda valerse el investigador para acercarse a los fenómenos y extraer de ellos información, de este modo el instrumento sintetiza en si toda la labor previa de la investigación ⁽⁷⁾.

En este estudio se aplicó la guía orientadora de recolección, la información captada fue a lo largo del transcurso que los investigadores permanecieron en esta institución de salud. Se tomó en cuenta videos y audios, se tomaron notas durante la observación participante, ya que esto no se consideró intrusivo en estos casos.

Con la correlación observada, se hicieron videos que posteriormente se transcribieron y se analizaron. Las grabaciones se utilizan en determinados momentos para lograr resultados sin cambiar el sentido en el que fueron expresado.

En relación con el rigor científico en la investigación cualitativa se hacen en función de verificar la calidad de investigación, la cual se hace por medio de los 5 elementos como lo son, la confiabilidad, la credibilidad, auditabilidad, conformabilidad la triangulación, en este caso utilizaremos la credibilidad y la triangulación para poder realizar el rigor científico⁽⁸⁾.

Siendo esta la veracidad que se logra cuando los investigadores, a través de la observación y largas conversaciones con los participantes del estudio, recopilan información que produce resultados de investigación que los informantes consideran aproximaciones verdaderas de sus pensamientos y sentimientos. Es la medida o el grado en que los resultados de la investigación reflejan una imagen clara y representativa de una determinada realidad o situación. Entonces, credibilidad se refiere a cómo los resultados de un estudio son verdaderos para las personas que fueron estudiadas, y para quienes lo han experimentado, o han estado en contacto con el fenómeno investigado. Los criterios de confiabilidad se pueden cumplir porque el investigador a menudo regresa con el informante durante la recopilación de datos para confirmar los resultados y revisar ciertos datos. Así mismo, en las ciencias sociales, especialmente en la investigación cualitativa, un triángulo se puede definir como:

(...) Incluir las diferentes perspectivas del investigador sobre la pregunta de investigación o, de manera más general, al responder la pregunta de investigación. Estas afirmaciones se pueden confirmar utilizando diferentes métodos, diferentes

métodos teóricos o ambos. Ambos están o deberían estar vinculados entre sí. Además, un triángulo se refiere a una combinación de diferentes tipos de datos basados en los puntos de vista teóricos que se le aplican. En la medida de lo posible, estos puntos de vista deben tratarse y aplicarse de manera equitativa y lógica. Al mismo tiempo, el método de triangulación (diferentes métodos o tipos de datos) debería proporcionar una gran cantidad de conocimiento. Por ejemplo, en generar conocimiento en diferentes niveles, es decir, más allá de lo que puede lograr el método, contribuyendo así a la calidad de la investigación.

Es por ello, que estos elementos fueron los que consideramos pertinentes para la elaboración de esta investigación.

Consideraciones éticas

La investigación ética requiere que los participantes tengan la opción de aceptar participar en el estudio proporcionando información clara y confiable sobre el tema del estudio. Las consideraciones morales de este estudio se asentaron en el consentimiento informado de los participantes para así determinar el propósito del estudio, respetando así la identidad de cada participante. ⁽⁹⁾.

En el consentimiento informado “Se explica todo lo que se va a realizar. Tiene como objetivo el derecho que tiene la persona de participar o no en la investigación culminando con la firma del documento una vez que se autoriza la realización del proceso”.

De esta forma, se optó por trabajar con el consentimiento informado porque es posible evidenciar las decisiones voluntarias de los profesionales de salud que forman parte del área de ginecología. Este documento detalla los beneficios de participar en el proyecto y también documenta el no uso y no daño que existía al momento de la entrevista en formato de texto. La privacidad de los enfermeros también se tiene en cuenta al realizar el procedimiento, ya que la información recopilada se utiliza únicamente con fines científicos y de investigación, a menos que surjan problemas legales.

Por medio de la elaboración de un oficio, el cual recababa la información del estudio, el entrevistado, y los responsables de la investigación, se solicitó la forma de este documento donde se consentía, y se ratifica la participación en el estudio.

Análisis e Interpretación de los Resultados

Debido a que el estudio de investigación es cualitativo, esta

sección utiliza técnicas específicas de comparación y categóricas. Los científicos necesitan cambiar historias, escuchar grabaciones y mirar fotografías para mirar hacia atrás en la realidad viva, revivirla y comprender su lógica y significado. Para el análisis de los datos obtenidos a través de las entrevistas se utilizó una matriz en la que se escribió palabra por palabra la información que fue proporcionada por los entrevistados, esta información se codificó con un término relacionado directamente con lo manifestado; a su vez, se utilizaron categorías en base a los códigos asignados para hacer más manejable la información proporcionada por los licenciados de enfermería.

Análisis y discusión de los resultados

En primera instancia, se recogieron los datos de forma bruta, tal y como fueron expresados por los sujetos entrevistados, se transcribieron y se organizaron en una tabla denominada matriz de codificación, que consiste en presentar los datos crudos como se reflejaron en la realidad, a esta misma matriz se realizó una sistematización, para reducir la información, esta estrategia permitió extraer los datos que se considerando pertinente, en virtud de los objetivos planteado en la investigación, y según las teórica

plasmadas en este estudio se pudo interpretar la información, la cual permitió realizar una codificación en función de la significación asignada por el investigador a los que los sujetos indicaron de su realidad.

En segunda instancia, se construye una matriz de categorización la cual consiste en tomar los códigos organizados por significado, de relaciones entre ellos y por medio de este se pudo hacer una extracción teórica, que permitió construir subcategorías, estas interpretan un nuevo valor o una nueva forma de ver la realidad que están sujetas a las relaciones identificadas en los códigos, posterior a esta subcategoría se estableció en una nueva relación entre ellas basadas también en un proceso de atracción teórica de análisis, surgiendo nuevas formas de percibir el fenómeno, por lo que se ha denominado categoría siendo esta la representación de la interpretación que se le dio a la realidad desde la perspectiva del sujeto. Finalizando así con un compendio teórico del cual era el contexto donde sucedió el fenómeno basándose en los objetivos y las teorías empleadas, ejecutando así el tema central, que fue emergiendo de lo observado en la realidad, siendo así la teoría emergente de todo este proceso.

Con relación a los hallazgos encontrados en la realidad del estudio fueron sistematizados en las matrices de codificación y categorización, se realizó la discusión de cada una de las tres categorías más importantes comparadas con el estado actual del conocimiento y con la reflexión final del investigador que nos permitirán interpretar según lo que dijeron los sujetos entrevistados con relación a la responsabilidad social de enfermería en gestantes con drogodependencia.

Significado moral del cuidado de enfermería en las gestantes consumidoras de sustancias psicotrópicas.

El significado moral del cuidado de enfermería es la percepción del comportamiento de enfermería ante las gestantes consumidoras de sustancias psicotrópicas que esto permite que la relación enfermera-paciente se centre en la confianza y la capacidad de satisfacer las necesidades individuales cuando la autonomía del paciente está habilitada o limitada para proteger su vulnerabilidad. Es por ello y en virtud de los hallazgos encontrados que se realiza la discusión de las tres categorías y que fueron organizadas como subcategorías que describen el comportamiento de las enfermeras.

Percepción de enfermería en el cuidado emocional en paciente consumidoras.

Como parte del rol de enfermería

En relación con esta subcategoría que está centrada en indagar la percepción de enfermería en el cuidado emocional, las profesionales indicaron que El consumo de sustancias psicotrópicas, las hace violentas y negativas, lo que se interpreta como percepción del estado psicológico de la gestantes consumidoras de sustancias psicotrópicas, por parte de las enfermera que las atiende, es por ello que para brindar cuidados apropiados se considera la disposición de la enfermera para mantener comportamientos adecuados al estado de salud de sus pacientes en especial los relacionados con problemas psicológicos. En este sentido, el estado actual de las gestantes se les hace imposible sentir la conciencia de una enfermedad en particular, susceptibilidad a ella o una percepción particular de la gravedad de las consecuencias de ese comportamiento. las personas consumidoras con abstinencia por obligación de su estado de salud actual generalmente presentan reacciones de violencia y respuestas negativas a cualquier forma de ayuda.

En este sentido, los sujetos entrevistados aseguran que la percepción del estado psicológico es importante para proporcionar un cuidado oportuno a este tipo de pacientes exigiendo que enfermería tenga una amplitud para la atención oportuna de las gestantes y su cuidado integral.

Con respeto al ámbito psicológico, los profesionales manifestaron que El aspecto psicológico de estas pacientes está comúnmente alterado, siendo un estado recurrente encontrado por el personal de enfermería, lo cual demuestra las necesidades especiales de los pacientes con drogodependencia. Por lo tanto enfermería es consciente de la situación psicológica de pacientes consumidoras y se esfuerza por proporcionar un cuidados oportunos basados en el proceso de atención del rol enfermería en las gestantes con drogodependencia, en virtud de ello los autores ⁽¹⁰⁾, manifestaron que la exposición a sustancias psicotrópicas puede causar una amplia gama de consecuencias negativas en muchas áreas: físicas, psicológicas del neurodesarrollo, intelectuales y conductuales. Es por ello, que enfermería es consciente del compromiso de la búsqueda del bienestar de las gestantes con drogodependencia.

Otro aspecto manifestado por las enfermeras fue la preocupación que sentían de como “Lograr el bienestar” de las pacientes gestantes drogodependientes que se presentaban con actitudes negativas a su estado de salud. En tal sentido, la perspectiva del adicto puede tener un efecto adverso al que ellos se imaginan, puesto que las personas tienden a desarrollar una autoimagen que depende en gran medida de cómo se ven a sí mismos para ser etiquetados por los demás, una etiqueta social de dependencia que se asocia fácilmente con un papel pasivo en nuestra sociedad.

Por otro lado, la importancia de la enfermedad no está separada de la evaluación de la sociedad, es por ello que lograr el bienestar propiamente dicho, en estas pacientes es un proceso que conlleva consideraciones especiales por parte del profesional de enfermería, en conformidad con ello la teoría de relaciones entre seres humanos manifiesta que la salud, puede ser objetivo o subjetivo. La meta está asociada a la subjetividad de un estado de bienestar basado en la ausencia de la enfermedad, y en la introspección del estado físico, espiritual y emocional. Para finalizar se considera que la meta de enfermería para lograr el bienestar de esta paciente está condicionada por

la percepción tanto objetiva y subjetiva de las gestantes a su estado de salud general.

Compromiso del ser en el cuidado humanizado de enfermería

Con respecto a la subcategoría de compromiso del ser en el cuidado humanizado de enfermería en su teoría relaciones entre seres humanos enfatiza que el ser humano debe ser tratado como una persona y no como un objeto de atención.

Por lo consiguiente, desarrollará relaciones interpersonales con lo que conducirá a un trato digno y sobre todo en la ayuda genuina, independientemente del resultado final.

En virtud de ello, los profesionales del estudio indicaron que, “cuando atienden a las embarazadas drogodependientes reconocen el deber de accionar con amor y comprensión”, lo que se interpreta como la identificación del nivel de compromiso que existe en el profesional de enfermería en la ejecución de su rol. Así mismo, el compromiso del cuidado humanizado hacia las gestantes en drogodependencia se lo puede lograr con intervenciones oportunas, con una excelente identificación de necesidades que prioricen el aspecto humanitario.

En tal sentido, los profesionales de enfermería, en lo que corresponde a la subcategoría compromiso del ser en el cuidado humanizado de enfermería señalaron que, “actuar con tolerancia” significa la empatía que se brinda en un cuidado humanitario. Esta es la actitud de enfermería. la respuesta que se refiere a la conducta encaminada hacia el cuidado del ser humano. Es por ello que el profesional de enfermería en su rol desarrolla competencias en el comportamiento con responsabilidad empática y tolerante, para brindar cuidados con calidad y de calidez.

La enfermería humanizada es una práctica y una guía educativa que ayuda a desarrollar la comprensión del rol del profesional de enfermería y construir relaciones terapéuticas sólidas y duraderas; Así, el profesional de salud es una enfermera cuya misión se fundamenta en los valores humanos para satisfacer las necesidades de los pacientes y mejorar su calidad de vida. ⁽¹¹⁾.

Como complemento el cuidado humanizado como parte de un comportamiento efectivo de enfermería, queda expresado en los acuerdos de la OMS, 2020, “Trato humanizado a la persona sana y enferma” este organismo enfatiza que la Humanización

“Es un proceso de comunicación y apoyo mutuo entre las personas, encausada hacia la transformación y comprensión del espíritu esencial de la vida” es por esto que el personal de enfermería conforme a la subcategoría compromiso del cuidado expresa que el “Ser humanista” es un compromiso de la actuación de enfermería en un cuidado oportuno. En tal sentido, la atención con un cuidado humanizado en las gestantes drogodependientes permite finalizar su etapa de gestación en buenos términos y evitará las complicaciones subyacentes que se puedan presentar tanto para ella como para el neonato.

Respuesta de enfermería en el cuidado de las gestantes consumidoras de sustancias psicotrópicas

El significado moral del cuidado de enfermería es la percepción del comportamiento de enfermería ante las gestantes consumidoras de sustancias psicotrópicas esto permite que la relación enfermera-paciente se centre en la confianza y la disponibilidad de las necesidades individuales, donde la autonomía del paciente se activa o se restringe para protegerlo de la vulnerabilidad. Es por ello y en virtud de los hallazgos encontrados que se realiza la discusión de las tres categorías y que

fueron organizadas como subcategorías que describen el comportamiento de las enfermeras.

Experiencia en el cuidado holístico e integral del enfermero

En cuanto a la subcategoría experiencia en el cuidado holístico actitud de enfermería, según, se refiere a la conducta encaminada hacia el cuidado del ser humano, en virtud de ello en los profesionales de enfermería en la ejecución de su rol de cuidador, los sujetos entrevistados manifestaron que pretendían que, "se logre un bienestar completo para ella y para el neonato". Tomando en consideración lo antes expuesto, se puede evidenciar que el cuidado integral de enfermería es adecuado y oportuno, tanto para la madre gestante como al neonato. Otro aspecto importante, está centrado en la concientización del paciente, para la comprensión de su situación, que le permita entender porque no deberían permitirse el consumir drogas durante su gestación, no obstante, desde el punto de vista de Joyce Travelbee que lo maneja desde la psiquiatría, asume que estas personas no son capaces de tomar sus propias decisiones, motivada a que hay algo interno que le obliga a seguir en el consumo, como se pudo constatar por lo señalado por el profesional de enfermería el cual indico "recuperar su estabilidad física

y emocional, siendo estos aspectos fundamentales para recuperación integral del paciente.

Complejidad en el afrontamiento del cuidado

En virtud de la complejidad en el afrontamiento de acuerdo con la teoría de Goleman sobre la inteligencia emocional manifiesta que, la inteligencia emocional es la capacidad de una persona para reconocer tanto las emociones propias como las de los demás y saber responder a ellas, de ahí que se caracterice como un conjunto de habilidades que aumentan la capacidad de una persona para adaptarse al cambio. Sin embargo, también se transmite por la confianza y seguridad de la persona, logrando un mayor control emocional y automotivación para alcanzar cualquier meta que se proponga, ya que la forma en que se forman las relaciones interpersonales y sus respuestas a las mismas pueden sufrir cambios significativos en la vida, y emplear mecanismos individuales de afrontamiento ⁽¹²⁾. En tal sentido los profesionales del estudio manifestaron que orientaban a las gestantes drogodependientes "para que juntos como familia puedan confrontar la situación que se les presenta" interpretando que la drogadicción no

es un problema individual, sino un problema de familia. En este sentido, del compromiso de enfermería en el cuidado de la gestantes drogodependientes juega un papel fundamental de en la responsabilidad de la atención integración familiar y psicológica de las gestantes, es por ello que el rol de enfermera - paciente parte una relación intrapersonal y por medio esta se logra una relación terapéutica, esa comunicación debe ejecutarse de forma oportuna y adecuada para a dar el cumplimiento de las necesidad específicas que se presenten.

Finalmente, el cuidado del paciente es solo un fenómeno social común positivo cuando se realiza de manera interpersonal (cuidado-paciente). Por ello, los profesionales son más conscientes, y se enfatiza a varios aspectos humanos que contribuyan a la mejora de la calidad de la atención de enfermería. Cuidar es la base del papel de las enfermeras, esta consiste en acciones transpersonales e intersubjetivas para la protección, mejora y preservación de la humanidad, ayudando al individuo a encontrar sentido a la enfermedad, al sufrimiento, al dolor y a la existencia, y ayudando al otro, al autodominio, al autoconocimiento.

Conclusiones:

Para dar inicio con las conclusiones, el cual corresponde a identificar el compromiso de enfermería en el cuidado de las gestantes consumidoras de sustancias psicotrópicas, en tal sentido el objetivo se pudo conseguir de una forma adecuada, por medio de los resultados obtenidos y se pudo caracterizar, describir el compromiso que posee enfermería en el rol del cuidado a pacientes drogodependientes. Así mismo posee a las dificultades logísticas de espacio y de capacidad de personal, las enfermeras demostraron intervenciones oportunas, que permitieron brindar una mejor evaluación de los pacientes. Esto lleva a concluir que la enfermería es consciente de su responsabilidad de brindar una atención oportuna e integral a un grupo demográfico tan vulnerable como las embarazadas drogodependientes, quienes suelen ser marginadas por la sociedad, pero cuando caen en manos de la enfermería son tratadas, con respeto, compromiso y ética, a partir de que la enfermera reconoce su compromiso con la responsabilidad social de las gestantes drogodependientes.

Con respecto a evidenciar el comportamiento que tiene el enfermero en el cuidado de las gestantes consumidoras de

sustancias psicotrópicas, se pudo evidenciar que los profesionales demostraron un comportamiento idóneo, adecuado y ajustado a la realidad que cada gestantes drogodependientes presenta, debido a esta presenta características únicas y particulares, por lo que se pudo corroborar que el personal encargado de suministra la atención a estas pacientes, demostraron tener las competencias necesarias para su atención. Así mismo, manifestaron que mientras brindan cuidados a las pacientes, lo hacen en base a las normativas y protocolos, actitudes que forman parte del rol.

Bibliografía

1. Pereira, C., Pacagnella, R., & Parpinelli, M. (2018). *Drug Use during Pregnancy and its Consequences: A Nested Case Control Study on Severe Maternal Morbidity*. *Rev Bras Ginecol Obstet*, 40(9), 518–526.
2. Kruk, M., Gage, A., Jordan, K., Leslie, H., & Roder-DeWan, S. (2018). *Sistemas de salud de alta calidad en la era de los Objetivos de Desarrollo Sostenible: es hora de una revolución*. *The Lancet Global Health Commission*.
3. Peduzzi, M., & Hernández, C. L. (2020). *La situación de la enfermería en el mundo y la Región de las Américas en tiempos de la pandemia de COVID-19*. *Revista Panamericana de Salud Publica/Pan American Journal of Public Health*, 44, 1–2. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.64>
4. Menard-Kocik, J., & Caine, V. (2021). *Obstetrical Nurses' Perspectives of Pregnant Women Who Use Illicit Substances and Their Provision of Care: A Thematic Analysis*. *The Canadian Journal of Nursing Research = Revue Canadienne de Recherche En Sciences Infirmieres*, 53⁽¹⁾, 47–55. <https://doi.org/10.1177/0844562119870419>
5. Mendoza, S. H., & Danae Duana Avila. (2020). *Técnicas e instrumentos de recolección de datos*. *Boletín Científico de Las Ciencias Económico Administrativas Del ICEA*, 9(17 SE-Resúmenes, mapas o diagramas de aplicación del conocimiento). <https://doi.org/10.29057/icea.v9i17.6019>
6. Persson, A., Lindmark, S., & Petersson, K. (2021). *Alcohol and illicit and non-medical prescription drug use before and during pregnancy in Stockholm, Sweden: A cross-sectional study*. *Sex Reprod Healthc*, 29⁽¹⁾.
7. Fernández, R. L., Martínez, R. A., Urquiza, D. E. P., Gálvez, S. S., & Álvarez, M. Q. (2019). *Validation of instruments*

- as a guarantee of credibility in scientific research. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 48⁽²⁾, 441–450.
8. Cuba, S., Urbina, G., & Ramírez, C. (2022). Estudio descriptivo comparativo de motivación laboral docente en tres instituciones educativas de Chincheros. *Apurímac*, 2021. *Cincia Latina*, 6⁽¹⁾.
 9. Fallin-Bennett, A., Lofwall, M., & Waters, T. (2020). Behavioral and Enhanced Perinatal Intervention (B-EPIC): A randomized trial targeting tobacco use among opioid dependent pregnant women. *Contemp Clin Trials Commun C*, 7⁽²⁰⁾.
 10. Khan, I. (1979). Convention on psychotropic substances, 1971. *Progress in Neuro-Psychopharmacology*, 3(1–3), 11–14. [https://doi.org/10.1016/0364-7722\(79\)90064-](https://doi.org/10.1016/0364-7722(79)90064-)
 11. Liu, C. ning, Yu, F. bing, Xu, Y. zhe, Li, J. sheng, Guan, Z. hong, Sun, M. na, Liu, C. an, He, F., & Chen, D. jin. (2021). Prevalence and risk factors of severe postpartum hemorrhage: a retrospective cohort study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 21⁽¹⁾, 1–8. <https://doi.org/10.1186/S12884-021-03818-1/TABLES/3>
 12. Pacheco, A. (2019). Estimaciones del consumo de drogas ilícitas derivadas del análisis de aguas residuales: Una revisión crítica. *Revista de La Universidad Industrial de Santander. Salud*, 51⁽¹⁾, 69–80. <https://doi.org/10.18273/revsal.v51n1-2019008>
 13. Shmulewitz, D., & Hasin, D. (2019). Risk factors for alcohol use among pregnant women, ages 15-44, in the United States, 2002 to 2017. *Prev Med*, 1⁽²⁴⁾, 73–83.
 14. Revista Panamericana de Salud Publica/Pan American Journal of Public Health, 44, 1–2. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.64> Pereira, C., Pacagnella, R., & Parpinelli, M. (2018). Drug Use during Pregnancy and its Consequences: A Nested Case Control Study on Severe Maternal Morbidity. *Rev Bras Ginecol Obstet*, 40⁽⁹⁾, 518–526.
 15. .Persson, A., Lindmark, S., & Petersson, K. (2021). Alcohol and illicit and non-medical prescription drug use before and during pregnancy in Stockholm, Sweden: A cross-sectional study. *Sex Reprod Healthc*, 29⁽¹⁾.
 16. Shmulewitz, D., & Hasin, D. (2019). Risk factors for alcohol use among pregnant women, ages 15-44, in the United States, 2002 to 2017. *Prev Med*, 1, 73–83.

17. Zamora-Chávez, S. (2016). *Satisfacción sobre la infraestructura y la calidad de atención en la consulta de Gineco-Obstetricia de un establecimiento de atención primaria. Horizonte Médico (Lima), 16*⁽¹⁾.

Comportamiento Epidemiológico de la Leucemia Linfoidea en Niños en Hospital Solca Guayaquil.

Epidemiological Behavior of Lymphoid Leukemia in Children in Solca Guayaquil Hospital.

DOI: <https://doi.org/10.5281/zenodo.7949094>

Dirección para correspondencia:

jreal_cotto@hotmail.com

Fecha de recepción: 04 / 03 / 2023

Fecha de aceptación: 20 / 04 / 2023

Fecha de publicación: 02 / 06 / 2023

Autores:

Real Cotto Jhony Joe ¹

Departamento de Bioestadísticas, hospital SOLCA –Guayaquil

Docente de la Universidad de Guayaquil

PhD Ciencias de la Salud, MSc Epidemiología. MD.

ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-4132-3792>

Jaramillo Feijoo Leyda Elizabeth ²

Departamento de Bioestadísticas, hospital SOLCA –Guayaquil

MSc en Investigación de Mercado; Ing. Estadística e Informática.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0298-7622>

Pacheco Vila Lourdes Carolina ³

Departamento de Vigilancia Epidemiológica, hospital IESS –Quevedo

Docente de la Universidad de Guayaquil

MSc Epidemiología. MD.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0721-3039>

Real-Roby Roddy Andrés ⁴

Docente Universidad Técnica de Babahoyo

Master en dirección de Empresas, Ingeniero en Negocios Internacionales

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1474-9349>

Resumen

El cáncer en pediatría es un problema a nivel mundial, no es solo una enfermedad que incluye características individuales y

un comportamiento diferente entre sí; siendo la Leucemia linfoidea la más importante. **Objetivo:** determinar el

comportamiento epidemiológico de la Leucemia linfocítica en pacientes pediátricos atendidos en el hospital de SOLCA Guayaquil, entre los años 2016 al 2022. **Metodología:** Se realizó un estudio de diseño de investigación observacional de tipo corte transversal descriptiva; cuya población fue de 679 casos atendidos en el hospital SOLCA de Guayaquil; incluyéndose a los casos nuevos de Leucemia linfocítica, de edades entre 0 a 19 años del período de estudio. **Resultados:** Se observó en los pacientes con Leucemia linfocítica en edad pediátrica mayormente en hombres con el 58%; con presencia al incremento tanto en hombres como en mujeres, observándose en hombres de 49 casos en el año 2016 a 76 casos al año 2022 y en mujeres con 38 casos en el año 2016 a 51 casos al año 2022. el mayor grupo etario afectado tanto en hombres como en mujeres fue el de 0 a 4 años con el 33% y 35% respectivamente, seguido de manera importante el grupo de 5 a 9 años de edad mayormente en hombres. **Conclusiones:** la Leucemia linfocítica ha venido incrementándose anualmente, más prevalente en niños y en edades entre 0 a 9 años, siendo muy similar a lo descrito a nivel nacional y en otros países.

Palabras clave: Leucemia linfocítica, edad pediátrica, comportamiento epidemiológico, cáncer.

Abstract

Pediatric cancer is a worldwide problem, it is not just a disease that includes

individual characteristics and behavior that differs from each other; Lymphoid leukemia being the most important. Objective: to determine the epidemiological behavior of lymphoid leukemia in pediatric patients treated at the SOLCA Guayaquil hospital, between 2016 and 2022. Methodology: A descriptive cross-sectional observational research design study was carried out; whose population was 679 cases treated at the SOLCA hospital in Guayaquil; including new cases of lymphoid leukemia, aged between 0 and 19 years of the study period. Results: It was observed in patients with lymphoid leukemia in pediatric age mostly in men with 58%; with the presence of an increase in both men and women, observing in men from 49 cases in 2016 to 76 cases in 2022 and in women with 38 cases in 2016 to 51 cases in 2022. The largest age group affected both in men as in women it was from 0 to 4 years with 33% and 35% respectively, followed in an important way by the group from 5 to 9 years of age, mostly in men. Conclusions: Lymphoid leukemia has been increasing annually, more prevalent in children and in ages between 0 and 9 years, being very similar to what is described nationally and in other countries.

Keywords:

Lymphoid leukemia, pediatric age, epidemiological behavior, cancer.

Introducción

El cáncer en edad pediátrica no es solo una enfermedad que incluye características individuales y un comportamiento diferente entre sí, tanto clínicas como epidemiológicas; con una tolerancia mejor a los tratamientos y respuesta que los adultos.⁽¹⁾ Es de anotar, que la Leucemia linfoblástica aguda (LLA) es el cáncer más frecuente en pediatría⁽²⁾⁽³⁾ y es un problema de salud mundial.⁽⁴⁾ La carga es enorme en países en desarrollo, donde en forma general, están el 57% de los casos nuevos aproximadamente; encontrándose que unos de los cánceres importantes en Guayaquil - Ecuador en el año 2018 fuera la Leucemia linfocítica tanto en morbilidad como en mortalidad en hombres.⁽⁵⁾

La Leucemia linfocítica ha tenido una importante presencia en la región de Costa del Ecuador y en Guayaquil, siendo la más frecuente entre las neoplasias del tejido hematopoyético y linfocítico en los años 2015 al 2019 en edades entre 5 a 9 años.⁽⁶⁾ Por lo que el objetivo de esta investigación es determinar el comportamiento epidemiológico de la Leucemia linfocítica en pacientes pediátricos atendidos en el hospital de SOLCA Guayaquil, entre los años 2016 al 2022.

Metodología

Se realizó un estudio de diseño de investigación observacional⁽⁷⁾ de tipo corte transversal descriptiva,⁽⁸⁾ en el que

se analizaron los pacientes atendidos con Leucemia linfocítica entre los años 2016 - 2022. Cabe indicar, que en el período de estudio fueron 841 casos nuevos de Leucemia linfocítica en ambos sexos y todas las edades, pero la población y muestra de esta investigación fue de 679 casos nuevos, atendidos el hospital de la Sociedad de Lucha contra el Cáncer en el Ecuador - SOLCA de Guayaquil; de acuerdo a los criterios de selección. Los criterios de inclusión fueron los casos nuevos de Leucemia linfocítica, entre las edades de 0 a 19 años (edad pediátrica), diagnosticados en el período descrito; excluyéndose otros tipos de Leucemia y personas con 20 o más años de edad. La información fue recolectada a través de una matriz de datos del programa informático del registro hospitalario de Tumores de SOLCA Guayaquil, que recoge las variables de tipo de tumor, período epidemiológico, sexo y edad. Lo referente a su análisis, se usaron indicadores de estadísticas descriptivas de proporción como el porcentaje y tendencia polinomial con 2 grados de variación y tendencia lineal comparando los 7 años de estudio, sexo y grupo etario; utilizando una hoja de cálculo del programa informático Excel de Microsoft office 2019, versión en español.

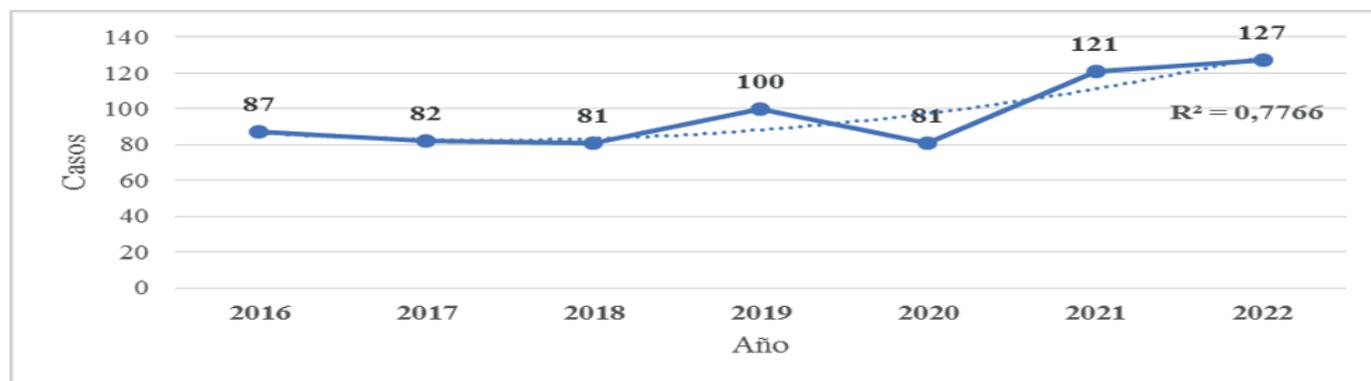
En la parte ética, este estudio se basó en datos registrados a través del registro hospitalario de tumores del sistema de información del hospital de SOLCA Guayaquil; y se cuenta con la autorización

de los Representantes de la institución, manejándose sin quebrantar ningún principio ético al respecto, como ningún nombre o referencia alguna de las personas involucradas en la investigación.

Resultados

En la figura 1, se presenta el comportamiento de la Leucemia linfoidea en el hospital de SOLCA Guayaquil, entre los años 2016 al 2022, obteniéndose un incremento sostenido de casos en forma anual que es corroborado con la tendencia polinomial con 2 grados de variabilidad del 77,6%.

Figura 1. Tendencia de la Leucemia linfoidea en hospital de SOLCA Guayaquil. Período 2016 – 2022



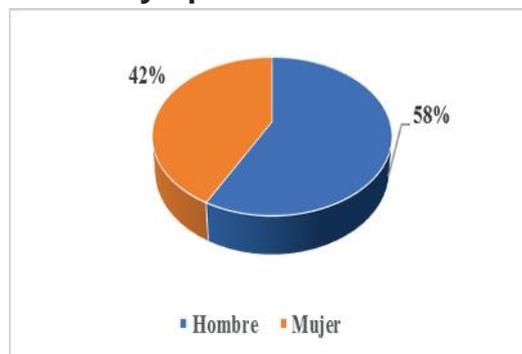
Fuente: Departamento de Bioestadísticas SOLCA Guayaquil

Tabla 1. Tipo de Leucemia linfoidea ambos sexos, según años; atendidos en hospital de SOLCA Guayaquil.

| Topográfico | Año | | | | | | | Total, Período | % Período |
|--|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|------------|------------|----------------|-------------|
| | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | | |
| Leucemia linfoblástica aguda | 87 | 82 | 81 | 98 | 78 | 118 | 126 | 670 | 98,67% |
| Leucemia linfocítica crónica de células tipo B | | | | | 3 | | | 3 | 0,44% |
| Leucemia linfoide | | | | 1 | | | | 1 | 0,15% |
| Leucemia linfoide, sin otra especificación | | | | 1 | | 3 | 1 | 5 | 0,74% |
| Total | 87 | 82 | 81 | 99 | 80 | 121 | 127 | 679 | 100% |

Fuente: Departamento de Bioestadísticas SOLCA Guayaquil

Figura 2. Leucemia linfoidea según sexo en pacientes atendidos en hospital de SOLCA Guayaquil. Período 2016 – 2022

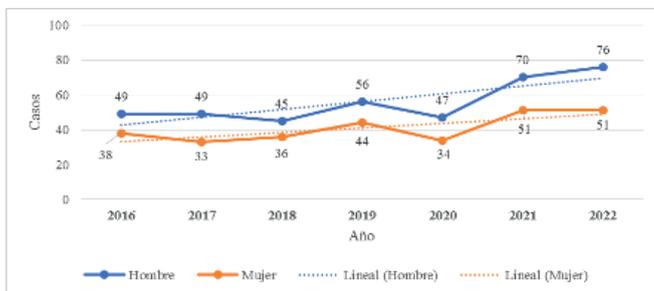


Fuente: Departamento de Bioestadísticas SOLCA Guayaquil

La Figura 2, muestra los pacientes con Leucemia linfoidea en edad pediátrica (0 a 19 años) según sexo del período de estudio, obteniéndose mayormente en hombres con el 58%.

La tabla 1, muestra los diferentes tipos de Leucemia linfoidea atendidos en el hospital de SOLCA Guayaquil, en el que se observó que el 98,67% fueron Leucemia linfoblástica aguda, entre otros tipos de Leucemias.

Figura 3. Comportamiento de la Leucemia linfoidea según sexo por años de estudio, en pacientes atendidos en hospital de SOLCA Guayaquil.



Fuente: Departamento de Bioestadísticas SOLCA Guayaquil

En la Figura 3, se demuestra el comportamiento de la Leucemia linfoidea por sexo y años presentando en ambos sexos una tendencia al incremento del año 2016 con 49 casos al año 2022 con 76 casos en hombres y en mujeres en el año 2016 con 38 casos al año 2022 con 51 casos, a excepción del año 2020 por la emergencia sanitaria internacional del Covid 19.

Tabla 2. Comportamiento de la Leucemia linfoidea según sexo, grupo etario y años atendidos en hospital de SOLCA Guayaquil.

| | Grupo etario | AÑOS | | | | | | | Total Período | % Período |
|---------------------|--------------|------|------|------|------|------|------|------|---------------|-----------|
| | | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | | |
| Hombre | G 0-4 | 19 | 14 | 9 | 20 | 13 | 27 | 28 | 130 | 33% |
| | G 5-9 | 11 | 18 | 20 | 19 | 15 | 20 | 20 | 123 | 31% |
| | G 10-14 | 15 | 10 | 10 | 12 | 11 | 11 | 16 | 85 | 22% |
| | G 15-19 | 4 | 7 | 6 | 5 | 8 | 12 | 12 | 54 | 14% |
| Total Hombre | | 49 | 49 | 45 | 56 | 47 | 70 | 76 | 392 | 100% |
| Mujer | G 0-4 | 9 | 13 | 12 | 13 | 15 | 19 | 19 | 100 | 35% |
| | G 5-9 | 16 | 10 | 5 | 16 | 10 | 16 | 8 | 81 | 28% |
| | G 10-14 | 6 | 7 | 16 | 7 | 8 | 7 | 16 | 67 | 23% |
| | G 15-19 | 7 | 3 | 3 | 8 | 1 | 9 | 8 | 39 | 14% |
| Total Mujer | | 38 | 33 | 36 | 44 | 34 | 51 | 51 | 287 | 100% |
| Total | | 87 | 82 | 81 | 100 | 81 | 121 | 127 | 679 | |

Fuente: Departamento de Bioestadísticas SOLCA Guayaquil

El comportamiento de la Leucemia linfocítica según grupo etario, sexo y de forma anual, se observó en la Tabla 3, que el mayor grupo etario afectado tanto en hombres como en mujeres fue el de 0 a 4 años con el 33% y 35% respectivamente, seguido de manera importante el grupo de 5 a 9 años de edad mayormente en hombres, los otros grupos etario presentan una forma similar.

Discusión

En esta investigación se demuestra que la Leucemia linfocítica en pediatría durante los años 2016 al 2022 ha tenido un incremento de forma anual, mayormente fueron Leucemia linfoblástica aguda, en el sexo masculino y en el grupo etario de 0 a 4 años, seguido del grupo de 5 a 9 años, por lo que su comportamiento es muy similar al estudio de la incidencia de cáncer en el hospital de SOLCA Guayaquil durante los años 2013 al 2017 donde la Leucemia linfocítica fue mayormente en edades pediátricas y en ambos sexos, pero diferente en el grupo etario afectado que fue en niños de 5 a 9 años. ⁽³⁾ De igual manera, es similar a lo descrito en el estudio de incidencia y mortalidad del cáncer en Guayaquil en el año 2018, que presenta a la Leucemias dentro de la morbilidad frecuente en hombres. ⁽⁵⁾ Asimismo, es parecido al estudio de la caracterización de las Leucemias en niños en Cuba entre 2006 al 2015, donde el 70% eran Leucemias linfocíticas con predominio en niños, con promedio de edad de 7,1

años. ⁽⁹⁾ También es diferente al estudio en el hospital III Essalud de Piura, donde el grupo etario más afectado fueron en edades escolares y la edad promedio fue de 6 años, pero similar en el tipo de Leucemia que fue la Linfoblástica aguda. ⁽¹⁰⁾ De igual manera es muy parecido al estudio mexicano del Instituto Nacional de Pediatría, donde se observó que mayormente fueron en pacientes con Leucemia linfoblástica aguda, masculinos y su mayor incidencia fue en edad preescolar (2 a 6 años). ⁽¹¹⁾

Limitaciones.

El tener una línea de base epidemiológica en este tipo de cáncer permite orientar las acciones de prevención frente a la enfermedad, pero a su vez, sería importante conocer los factores de riesgo que están incidiendo especialmente en el grupo de edad afectado, para complementar esta información.

Conclusiones

La frecuencia de la Leucemia linfocítica ha venido incrementándose anualmente, más prevalente en niños, siendo en su mayoría la Leucemia linfoblástica aguda y en edades entre 0 a 9 años, que muy similar su comportamiento a lo descrito a nivel nacional y en otros países.

Referencias bibliográficas

1. Eduardo Antonio HG, Daniela AD, Déborah MH. Comportamiento clínico epidemiológico de la neoplasia en

- edades pediátricas. En: Enfoque multidisciplinario paciente oncológico [Internet]. 2021 [citado 21 de febrero de 2023]. Disponible en: <https://oncocienfuegos2021.sld.cu/index.php/oncocfg/conferencias/paper/view/234>
2. García Villamizar SY, La Rotta Wilches DC, Lobo Sánchez C, Rodríguez Herrera CA. Análisis descriptivo de la morbimortalidad por leucemia linfocítica aguda en menores de 20 años según departamento y régimen de aseguramiento en Colombia 2010–2015 [Internet] [bachelorThesis]. reponame: Repositorio Institucional Universidad El Bosque. Universidad El Bosque; [citado 21 de febrero de 2023]. Disponible en: <https://repositorio.unbosque.edu.co/handle/20.500.12495/2864>
 3. Cotto JJR, Quinto-Briones RM, Tanca-Camposano JP, Puga-Peña GR, Jaramillo-Feijoo LE. Incidencia de cáncer en el hospital de la SOLCA Guayaquil. *Rev Cuba Med Gen Integral* [Internet]. 8 de agosto de 2019 [citado 21 de febrero de 2023];35(2). Disponible en: <https://revmgi.sld.cu/index.php/mgi/article/view/783>
 4. López Reyes YI. Prevalencia y evolución de leucemia linfocítica aguda en grupo pediátrico y grupo AyA. agosto de 2021 [citado 21 de febrero de 2023]; Disponible en: <https://repositorioinstitucional.buap.mx/handle/20.500.12371/15001>
 5. Jaramillo Feijoo LE, Real-Cotto JJ, Tanca Camposano JP, Puga Peña GR, Quinto Briones RM. Incidencia y mortalidad del cáncer, en Hospital Solca - Guayaquil. *J Health Med Sci Print*. 2020;227-32.
 6. Real Cotto JJ, Tanca Camposano JP, Jaramillo Feijoo LE, Puga Peña GR, Quinto Briones RM. Caracterización epidemiológica de las neoplasias del tejido hematopoyético y linfocítico atendidos en el Instituto Oncológico Nacional-SOLCA Guayaquil. *Oncol(Guayaquil)*. 2021;46-55.
 7. Manterola C, Otzen T. Estudios observacionales: los diseños utilizados con mayor frecuencia en investigación clínica. *Int J Morphol*. 2014;32(2):634-45.
 8. Hernández-Sampieri R, Torres CPM. Metodología de la investigación. Vol. 4. McGraw-Hill Interamericana México^ eD. F DF; 2018.
 9. Machín García SA, Leblanch Fernández CC, García Caraballos MB, Escalona Vives Y, Álvarez Molina I, Plá Del Toro MJ, et al. Caracterización de las leucemias en niños en Cuba (2006-2015). *Rev Cuba Hematol Inmunol Hemoter* [Internet]. marzo de 2020 [citado 21 de febrero de

- 2023];36(1). Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0864-0289202000100005&lng=es&nrm=iso&tlng=es
10. Morales Zapata F del P. Perfil clínico – hematológico y epidemiológico en los pacientes pediátricos con cáncer linfohematopoyético del Servicio de Pediatría en el Hospital III Essalud José Cayetano Heredia - Piura, 2014-2018. Univ Nac Piura UNP [Internet]. 2019 [citado 9 de mayo de 2023]; Disponible en:
<http://repositorio.unp.edu.pe/handle/UNP/1640>.
7. Reyes A, Augusto P. Comportamiento de las leucemias linfoblásticas agudas en niños mexicanos atendidos en el servicio de hematología del Instituto Nacional de Pediatría. 14 de febrero de 2019 [citado 9 de mayo de 2023]; Disponible en:
<http://repositorio.pediatria.gob.mx:8180/handle/20.500.12103/592>

Factores Asociados a la Satisfacción de los Usuarios en Servicios de Salud

Factors Associated with the Satisfaction of Users in Health Services

DOI: <https://doi.org/10.5281/zenodo.7948803>

Dirección para correspondencia:

karla.alvarado@hospitalguayaquil.gob.ec

Fecha de recepción: 10 / 04 / 2023

Fecha de aceptación: 15 / 05 / 2023

Fecha de publicación: 02 / 06 / 2023

Autores:

Alvarado Villegas Karla Jazmín ¹

Coordinadora de Unidad de Gestión de Calidad -
Hospital de Especialidades Dr. Abel Gilbert Pontón,
Ministerio de Salud Pública del Ecuador

ORCID: <https://orcid.org/0009-0005-2388-1693>

Ponce Gamboa Karen Veronica ²

Hospital de Especialidades Dr. Abel Gilbert
Pontón, Ministerio de Salud Pública del Ecuador

ORCID:

<https://orcid.org/0009-0008-8459-6687>

Coronel Miñan Janeth Mariela ³

Gestión de Calidad - Hospital de
Especialidades Dr. Abel Gilbert Pontón

ORCID: <https://orcid.org/0009-0007-1494-6111>

Resumen

Según la Real Academia Española (RAE, 2023a) ⁽¹⁾, el término Calidad corresponde a “la propiedad o conjunto de propiedades inherentes a algo, que permiten juzgar su valor” (parr. 1). Existen definiciones como la de Deming (1920) ⁽²⁾, considerado el fundador del movimiento de calidad, quien la describe como el grado predecible de uniformidad y fiabilidad, a bajo costo y adecuado a las

necesidades del mercado.

En este sentido, la búsqueda para lograr calidad se ha instaurado en las instituciones de salud, donde el nivel de satisfacción de los pacientes es relevante y de gran importancia para las autoridades. El Ministerio de Salud Pública, como ente rector, ha implementado un sistema de encuesta de satisfacción dirigida a los usuarios, con el objetivo a

conocer la percepción de los pacientes permitiendo así ejecutar acciones de mejora continua en cada institución.

El presente ensayo adopta un enfoque cualitativo, descriptivo y analítico, centrado en los pacientes y su percepción de los servicios entregados por instituciones de diversos niveles de atención. Se revisaron 11 artículos con metodología cuantitativa y 1 artículo de metodología cualitativa, además 3 revisiones de literatura con metodología cualitativa.

Este análisis bibliográfico permitió poner de manifiesto la percepción de los pacientes en los servicios ambulatorios y de hospitalización. Además, evidencia que las expectativas más altas del usuario se enfocan en la seguridad, capacidad de respuesta y empatía y las más bajas en confiabilidad; así también, la percepción más alta del usuario fue en la empatía y capacidad de respuesta y las más bajas en la fiabilidad, seguridad y elementos tangibles.

Palabras clave: Calidad, Satisfacción en los servicios de salud, Eficiencia.

Abstract

According to the Royal Spanish Academy⁽¹⁾, the term Quality corresponds to "the property or set of properties inherent to something, which allow judging its value" (para. 1). There are definitions such as that of Deming, considered the founder of the quality movement, who describes it as the predictable degree of uniformity and reliability, at low cost and

adequate to market needs.

In this sense, the research to achieve quality has been established in health institutions, where the level of patient satisfaction is relevant and of great importance to the authorities. The Ministry of Public Health, as the governing body, has implemented a satisfaction survey system aimed at users, with the objective of knowing the perception of patients, thus allowing continuous improvement actions to be carried out in each institution.

This essay adopts a qualitative, descriptive and analytical approach, focused on patients and their perception of the services delivered by institutions of various levels of care. 11 articles with quantitative methodology and 1 article with qualitative methodology were reviewed, as well as 3 literature reviews with qualitative methodology.

This bibliographic analysis made it possible to reveal the perception of patients in outpatient and hospitalization services. In addition, it shows that the highest expectations of the user focus on security, responsiveness and empathy and the lowest on reliability; likewise, the highest perception of the user was in empathy and responsiveness and the lowest in reliability, security and tangible elements.

Keywords: Quality, Satisfaction in health services, Efficiency

Introducción

Según el diccionario de la Real Academia Española ⁽¹⁾, el término Calidad corresponde a “la propiedad o conjunto de propiedades inherentes a algo, que permiten juzgar su valor” (párr. 1); también se considera como buena calidad, superioridad o excelencia. Existen definiciones que relacionan a la calidad con los clientes y a la satisfacción de sus necesidades como elemento común; entre ellas lo descrito por Deming (1920) ⁽²⁾, considerado el fundador del movimiento de calidad, quien la menciona como el grado predecible de uniformidad y fiabilidad, a bajo costo y adecuado a las necesidades del mercado. Parasuraman et al. ⁽³⁾, consideraron la calidad como la diferencia entre lo esperado y lo percibido. Berry ⁽⁴⁾, mantuvo la opinión de que la calidad es un tema de servicio, es decir la calidad debe ser previsión, no la ocurrencia tardía. Esta influye en cada paso del desarrollo de nuevos servicios, nuevas políticas, nuevas tecnologías y nuevas instalaciones.

En este sentido, la búsqueda por lograr calidad se ha instaurado también en las instituciones de salud, donde hay una preocupación por medir el nivel de satisfacción de los pacientes, situándose este tema, como relevante y de gran importancia para las autoridades. Al respecto, diversos autores han investigado la medición de la satisfacción

del paciente. Donabedian ⁽⁵⁾ ha discutido sobre cómo la satisfacción del paciente puede ser indicador importante de la calidad de la atención médica. Consecuentemente, Cleary ⁽⁶⁾ también argumenta que la medición de la satisfacción del paciente debe ser una parte integral de la evaluación de la calidad de la atención médica.

Como puede verse, se ha dado una evolución en el enfoque de satisfacción de usuarios, teniendo así que, en un inicio, las encuestas de satisfacción realizadas a los usuarios evaluaban las características del producto solo por su principal objetivo, que constituía en el retorno de la inversión realizada. Sin embargo, en la actualidad, la satisfacción es considerada como el resultado de un proceso informativo – cognitivo, que evidencia las preferencias de los usuarios y la percepción de los servicios de salud.

La satisfacción del usuario, es un indicador de gestión en las instituciones de salud y es el resultado de la diferencia entre percepción y expectativa, la cual está influenciada por una serie de factores, como el estilo de vida, experiencias previas, expectativas, además de ser considerada una medida de control para el funcionamiento del sistema sanitario ⁽⁷⁾.

Dicha satisfacción, ha llegado a constituirse en un indicador de calidad de la atención a través del cual se mide el

servicio prestado, permitiendo conocer los nudos críticos para desarrollar planes de mejora y brindar una atención con calidad. Consecuentemente, la Organización Mundial de la Salud ⁽⁸⁾, menciona a la calidad de atención, como el grado en que los servicios de salud prestados a las personas y la población, aumenta la probabilidad de lograr los resultados de salud esperados y es consiente con la experiencia basada en la evidencia. Así mismo, la demanda de los servicios de salud ha ido aumentando y con ello la responsabilidad de ofrecer un servicio que satisfaga a los usuarios, siendo considerado un indicador primordial para las instituciones. En este sentido, se reconoce como fundamental que, tanto las instituciones de salud (ya sean estas públicas o privadas) mantengan altos estándares de calidad para garantizar que los pacientes reciban los servicios de valoración, diagnóstico y tratamiento más apropiados para brindarles una atención óptima, ⁽⁹⁾.

Por su parte, Fan et al. también reconoce que la entrega de los servicios de salud, en la actualidad, es un tema que constituye una prioridad estratégica a nivel mundial, convirtiéndose en una presión urgente para convertir, desarrollar y garantizar servicios de salud hacia mejores niveles de calidad y competitividad ⁽¹⁰⁾. En resumen, se puede indicar que la satisfacción depende de la capacidad personal de apreciar la

calidad de servicio percibido y que es capaz de movilizar la conducta de un consumidor, cliente – usuario o paciente efectivamente satisfecho.

Ahora bien, a nivel nacional, Ecuador declara que “la salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos (...) que sustentan el buen vivir” (Constitución de la República del Ecuador ⁽¹¹⁾). Basado en esto, el Ministerio de Salud Pública, como ente rector, ha implementado un sistema de encuesta de satisfacción dirigida a los usuarios. Esta es ejecutada en todas las unidades de salud del país con la finalidad de medir el servicio brindado y determinar las situaciones en las que el usuario externo se ha sentido inconforme o insatisfecho ⁽¹²⁾. Esta estrategia ha permitido conocer cuál es la percepción de los pacientes frente a diferentes variables que van desde la infraestructura, mobiliario, limpieza, el trato, entre otros; permitiendo así ejecutar acciones de mejora continua en cada institución.

No obstante, a pesar de los esfuerzos realizados por los proveedores de servicios de salud para mejorar la calidad de la atención, aún persisten problemas en la satisfacción del usuario, sobre todo en cuanto a la capacidad de respuesta, comunicación, liderazgo y mejora continua ⁽¹³⁾. Por lo tanto, es necesario identificar los factores que influyen en la satisfacción de los usuarios en los servicios de salud prestados por los

distintos hospitales públicos y privados a fin de poder prestar una atención técnica, que implica la aplicación de conocimientos científicos y tecnológicos para solucionar el problema de salud, mientras también se fortalecen las relaciones interpersonales sanas donde interviene la interacción social, cultural y económica entre el paciente y el profesional de la salud ⁽¹⁴⁾.

Por ello, dado que la satisfacción de los usuarios, en servicios de salud, es una cuestión fundamental que afecta la calidad de atención y la eficacia de los servicios prestados, el presente trabajo investigativo se justifica puesto que, conocer el grado de satisfacción del paciente, constituye un elemento necesario para garantizar la calidad. Así, con los resultados obtenidos en este indicador, quienes lideran la gerencia en el campo de la salud deben generar programas o proyectos de mejora continua de la calidad de atención en salud e incorporar acciones de monitoreo y seguimiento ⁽¹⁵⁾. A su vez, se ve fundamental la realización de una evaluación de satisfacción de los usuarios en los servicios de salud periódica ya que permite cumplir con las expectativas de los usuarios y realzar el prestigio de la institución de salud. En virtud de esto, la presente investigación brinda resultados de una revisión sistemática dirigida a identificar los aspectos relevantes para evaluar la satisfacción de los pacientes en las instituciones de salud.

Desarrollo:

Los factores asociados a la satisfacción de los usuarios se describen a continuación, mediante conceptos y términos relacionados para la formulación del tema.

Calidad

Luft y Hunt ⁽¹⁶⁾, conceptualizan a la calidad como el nivel en el que los procedimientos y prácticas médicas aumentan la posibilidad de obtener resultados favorables para los pacientes y disminuyen la posibilidad de resultados no deseados, basándose en el conocimiento médico actual. En este sentido, Ishikawa ⁽¹⁷⁾ explica que se trata de diseñar, producir y servir un bien o servicio que sea útil, lo más económico posible y siempre satisfactorio al usuario. Para ello, se busca siempre medir la calidad mediante la verificación de características que tiene un producto para satisfacer las necesidades del cliente y, en consecuencia, hacer del producto o servicio algo satisfactorio ⁽¹⁸⁾. En virtud de esto, la Norma ISO 9004 – 2, detalla que la calidad se corresponde con el conjunto de especificaciones y características de un producto referidas a su capacidad de satisfacer las necesidades que se conocen o se suponen. En el contexto de la salud, la opinión del paciente en la evaluación de la calidad de los servicios sanitarios sobre su grado de satisfacción se considera un buen indicador de la calidad de la asistencia recibida y presenta la ventaja de permitir medir la mejora de calidad

resultante de las decisiones adoptadas⁽¹⁹⁾.

Como puede verse, el concepto de calidad está en un proceso de evolución continua y ahora es estratégico para cualquier institución que brinda servicios de salud, donde el principal elemento es el usuario o paciente y se debe buscar lograr las expectativas del usuario ya sean estas implícitas, explícitas o latentes, ya que es lo mínimo que espera recibir el paciente. Aquellas implícitas son expectativas básicas mientras que las explícitas buscan un servicio que cumpla con una serie de requisitos que desean recibir como usuarios. Por su parte, las expectativas latentes representan lo máximo en calidad de servicio⁽²⁰⁾. En la actualidad, el tema de calidad de atención en los servicios de salud, se ha convertido en uno de los aspectos fundamentales en la medicina actual por la complejidad de los servicios de salud, exigencias de los usuarios y el incremento de los costos de atención. En este sentido, la calidad y la eficiencia son conceptos abstractos, basados en una multitud de aspectos históricos y sociales que dan sentido a la aceptación. La necesidad de medirlos es clara, pero siempre un desafío.

Indicadores de Calidad

Los indicadores de calidad son herramientas de medición tangibles y cuantificables que miden la calidad de los procesos, productos y servicios para

garantizar la satisfacción del usuario. En otras palabras, miden el cumplimiento de las normas establecidas para una determinada actividad o institución. Los indicadores de gestión miden el resultado final del desempeño de la organización a escala global contra un estándar que corresponde a un nivel objetivo de calidad que el sistema espera y quiere alcanzar⁽²¹⁾.

Según Donabedian⁽¹⁶⁾, los indicadores de calidad se dividen en: estructura, procesos y resultados. Los indicadores de estructura miden la calidad de las características del marco que brindan el servicio y la salud de los recursos que brindan el servicio. Estos a su vez se subdividen en cuatro categorías, estructura física, profesional, económica y organizacional que pueden analizarse de acuerdo a los recursos materiales (instalaciones, equipos y presupuesto económico); recursos humanos (cantidad y calificación del profesional) y aspectos institucionales (organización del personal médico y métodos de evaluación). Los indicadores de procesos miden de manera directa o indirecta la calidad de las actividades realizadas por el médico durante la atención del paciente, como la historia clínica y otra documentación resultantes de la actividad asistencial. Mientras tanto, los indicadores de resultado miden la tasa de éxito alcanzada en el paciente, es decir, si se ha conseguido lo pretendido con las actividades realizadas en la atención, el beneficio logrado en los pacientes o

cambios en la salud atribuibles a la atención recibida. Estos incluyen indicadores centinelas, indicadores de datos agregados, indicadores trazadores o basados en la opinión del paciente.

Por ello evaluar la calidad de la atención del paciente es una práctica cada vez más común. De ella se obtiene conceptos y actitudes relacionados a la atención del paciente que, en definitiva, benefician a la organización y al usuario mismo; así el usuario finalmente monitoriza y juzga la calidad del servicio.

Satisfacción en Servicios de Salud

La satisfacción se describe como el producto de la experiencia personal de un proveedor de servicios de salud que logra cumplir y superar las expectativas del cliente. Se trata de una valoración de las cualidades de un producto o servicio que produce una sensación de satisfacción y plenitud, lo que se traduce en una sensación de bienestar relacionada con momentos agradables ⁽²²⁾ ⁽²³⁾. Por lo tanto, se refiere a la acción de satisfacer, corresponde a una dimensión e indicador de calidad de atención brindada en los servicios de salud. La satisfacción se relaciona con la sensación de contento que experimenta el cliente al evaluar si el servicio que ha recibido cumple o no con sus expectativas, así como con el grado de bienestar que siente el profesional sanitario al prestar el servicio en las condiciones en que se le solicita ⁽²⁴⁾.

Por consiguiente, la satisfacción del paciente es una variable

multidimensional de la calidad de la atención médica. La comunicación, la atención y cortesía y el tiempo de espera percibido son los principales factores que se deben trabajar para incrementar dicha satisfacción. Una buena medición y retroalimentación de la satisfacción del paciente con respecto al servicio, permite a las entidades identificar áreas de mejora ⁽²⁵⁾ ⁽²⁶⁾. En este sentido, si el resultado de la asistencia sanitaria se mide por la satisfacción del paciente con el resultado alcanzado, el sistema sanitario debe satisfacer no solo las necesidades del paciente sino también sus expectativas, puesto que la satisfacción es entendida como la diferencia entre expectativas del paciente y su grado de percepción del servicio público ⁽²⁷⁾.

En virtud de esto, el análisis de la satisfacción del usuario debe informar a los profesionales de la salud, así como a los gerentes y líderes de la organización.

Sin embargo, a pesar de su generalización, este tipo de investigación todavía está subutilizada como herramienta de gestión. La elaboración de encuestas de satisfacción para evaluar la calidad de los servicios prestados permite medir el desarrollo de políticas encaminadas a implementar programas de mejora y valorar de la calidad para maximizar la satisfacción de los pacientes en un hospital. Es considerada un indicador de rendición de cuentas, porque brinda información útil y se orienta

siempre en función de la percepción de los pacientes ⁽²⁸⁾ ⁽²⁷⁾. García, por su parte, aboga por una medición de satisfacción que se dé a través de un instrumento de escala rápida, funcional o de autorreporte, que no le exija al paciente mucho tiempo y que, al ser concisa, permita medir la satisfacción de forma objetiva ⁽²⁹⁾.

Seguridad del Paciente

Según la OMS ⁽³⁰⁾ define la seguridad del paciente como la reducción del riesgo de daño asociado a la asistencia sanitaria a un mínimo aceptable. Por su parte, el MSP en su manual de seguridad del paciente, conceptualiza a la seguridad como una dimensión de la calidad de la asistencia sanitaria ⁽³¹⁾. Es así que no se podría hablar de calidad de atención sin centrarse en la seguridad del usuario o paciente; entendiéndose como este a quien tiene una patología y recibe atención sanitaria y el usuario o a la persona sin patología aparente, que hace uso del servicio.

La seguridad de atención en salud es un proceso permanente que se centra en el “conocimiento de los riesgos de eventos adversos, eliminación de los riesgos innecesarios, prevención y corrección de aquellos riesgos que son evitables a través de intervenciones basadas en evidencia científica” ⁽³¹⁾. Por ello, la noción de daño relacionado con la atención sanitaria pone de relieve que los incidentes adversos son comunes y que algunos de ellos pueden tener

consecuencias graves, llegando, inclusive, a producir discapacidad o la muerte ⁽³¹⁾. Para evitar estos incidentes, la seguridad de los pacientes se fortalece desde principios fundamentales tales como: atención centrada en la persona, alianza con el paciente y la familia, alianza con el profesional y el personal de salud; cultura de seguridad, impacto, liderazgo y trabajo en equipo, así como también la visión sistémica y multicausal.

En los procesos ligados a la atención del paciente se destaca la aplicación de las prácticas seguras que son el conjunto de procedimientos cuya aplicación reduce la probabilidad de sufrir eventos adversos en la atención sanitaria. Estas prácticas se basan en la mejor evidencia científica disponible y tienen como objetivo prevenir, minimizar o eliminar el riesgo asociado a la práctica clínica ⁽³¹⁾ ⁽³²⁾. Para fortalecer los sistemas de salud y lograr una cobertura universal de salud efectiva, es esencial garantizar la seguridad del paciente. En este sentido, la meta 3.8 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible se enfoca en lograr una cobertura de salud que incluya la protección contra los riesgos financieros y el acceso a servicios de salud esenciales de calidad, así como a medicamentos y vacunas seguros, eficaces, asequibles y de calidad para todos ⁽³³⁾. Finalmente, Bustamante et al. pone en relieve la importancia de concientizar a los pacientes para que estén atentos a lo que son sus derechos y exijan mejoras significativas ⁽³⁴⁾.

Eficiencia

Según la RAE ⁽³⁵⁾, eficiencia corresponde a “la capacidad de disponer de alguien o de algo para conseguir el efecto determinado” (párr. 1). En general, el término se refiere a los recursos utilizados y resultados obtenidos; razón por la cual, todo lo que se realiza en una organización, está dirigido a lograr una meta u objetivo con recursos limitados y una capacidad o cualidad complejas, pero que son valoradas por las organizaciones. Por ello, la eficiencia es considerada la facultad de conseguir un resultado, optimizando el uso de los recursos.

Por otro lado, la eficiencia también puede referirse a la realización de un trabajo en un período de tiempo más corto. Se puede decir que un proceso eficiente es aquel que se logra usando la menor cantidad de recursos, con lo que se consigue un máximo de beneficio ⁽³⁶⁾. Por esta razón, en el campo de la salud, la eficiencia es el grado en que el sistema de salud contribuye al máximo con los objetivos sociales definidos, de acuerdo a los recursos disponibles. La eficiencia aumenta cuando se obtienen mejores resultados con menos recursos ⁽³⁷⁾.

Para llegar a la eficiencia, se debe combinar eficazmente las metas y el cumplimiento de los objetivos organizacionales. En este sentido, es la mejor relación que se puede obtener aplicando alguna medida a sus gastos y obteniendo como resultado un efecto

medido. Esto significa que, para los problemas de salud, todas las soluciones efectivas pueden evaluarse, medirse en término de costo/resultado y eficacia; es decir, obtener la mayor cantidad de beneficios a menor costo; satisfacer las necesidades de la población y garantizar el desarrollo sostenible. Los sistemas de salud son eficaces cuando pueden proporcionar productos médicos socialmente aceptables con recursos mínimos. En este contexto, la eficiencia del sector salud se estudia en tres dimensiones: desempeño social, médico y económico. Con la primera dimensión se ve la relación que hay entre la satisfacción de los ciudadanos con el acceso equitativo a los servicios, calidad y mejoras en cuanto a salud individual o colectiva. En cambio, la eficiencia médica, está relacionada con recibir atención lo antes posible y con prontitud, mientras que la económica valora el aprovechamiento racional y óptimo de los recursos en una institución ⁽³⁸⁾ ⁽³⁹⁾.

En términos de salud, vale recalcar que el lograr la eficiencia no significa reducir los servicios prestados o restringir el acceso, sino pasar por tres etapas claves para alcanzar una meta; es decir, usar la menor cantidad de recursos posibles. Así, por ejemplo, se puede hacer uso de la tecnología para gestionar el agendamiento de las citas médicas o, incluso, la telemedicina, en casos de consulta general. Como puede verse, la eficiencia no es solo un requisito previo

para el éxito y la supervivencia de las empresas de negocios, sino también para las instituciones públicas como las sanitarias y de la educación (Sierra et al., 2020, como se citó en George et al.,⁽³⁹⁾ ⁽⁴⁰⁾).

Metodología

El presente ensayo adopta un enfoque cualitativo, descriptivo y analítico, centrado en la percepción de los pacientes, en relación a los servicios entregados por diversas instituciones. Los centros de atención médica corresponden a instituciones de atención primaria y hospitales de segundo nivel (especializados) y tercer nivel de atención (especialidades). A continuación, se describen las revisiones realizadas.

Se revisaron 11 artículos con metodología cuantitativa: “Calidad de Atención y Satisfacción del Usuario de Consulta Externa del Hospital Vitarte” de Flores, R.⁽²⁶⁾., “Satisfacción de los usuarios y la calidad de atención que se brinda en las unidades operativas de atención primaria en salud” de Fariño-Cortez et al.⁽¹⁴⁾., “Factores que determinan la satisfacción de usuarios externos en la asistencia hospitalaria” de Dierssen-Sotos et al.⁽²⁸⁾., “Satisfacción de usuarios en hospitales públicos: experiencia del plan «cero colas»” de Becerra-Canales, B., y Condori-Becerra⁽¹⁵⁾., “Validez y consistencia de una escala rápida de satisfacción del paciente de consulta externa” de García et al.⁽²⁹⁾., “Satisfacción del paciente en el Sistema

Nacional de Salud español” de Valls-Martínez y Abad-Segura⁽²⁷⁾., “Desde las expectativas a la percepción de calidad de servicios de salud en Guayas, Ecuador” de Bustamante et al.⁽³⁴⁾., “Grado de Satisfacción de los usuarios atendidos en el centro de salud Campo Marte y Factores relacionados durante los meses de Enero y Febrero, 2022”, de Banda, C.⁽³³⁾., “Telemedicina y la Satisfacción de los pacientes en un establecimiento de salud, 2022” de Rivera, Y.⁽⁴⁰⁾., y “Medición de tiempos de espera relacionados con satisfacción del Usuario en consulta ambulatoria Hospital Militar”, de Ruiz, J., y Tang K⁽²³⁾. Todos estos artículos utilizaron las encuestas como instrumento de recolección de datos. Se destaca el artículo “Modelamiento estructural de la calidad de servicio en atención primaria de salud del Guayas, Ecuador” realizado también por Bustamante et al.⁽²²⁾., que incorpora las entrevistas como sus instrumentos de recolección de datos, Con metodología cualitativa, se revisó 1 artículo de Pérez et al.⁽⁴¹⁾., titulado “Satisfacción de los usuarios en 2 hospitales con diferente modelo de gestión”. A esta metodología, se incluyeron además 3 revisiones de literatura publicadas: “Dimensiones para Satisfacción del Paciente en Centros de Urgencia” realizado por Arteta y Palacio⁽²⁵⁾., “Factores que influyen en la satisfacción de usuarios de los servicios de salud” de Núñez y Ábrego⁽⁴²⁾ y “Relación entre la Satisfacción del

paciente y la calidad de atención en enfermería: Una revisión bibliográfica” de Tello, M ⁽³⁸⁾.

Resultados

Se pudo evidenciar que la mayoría de los artículos, la gran mayoría de casos las variables expuestas incluyeron:

- 1) Factores sociodemográficos,
- 2) Conformación entre médico paciente,
- 3) Expectativas de los servicios de salud
- 4) Accesibilidad económica, física y de información y
- 5) Tiempos de espera, en los cuales se obtuvieron las siguientes resoluciones.

Factores sociodemográficos y satisfacción usuaria

En los estudios de Valls-Martínez y Abad-Segura; Bustamante ; Bustamante et al. y Arteta, L., y Palacio, K. se evidenciaron características del paciente como la edad, sexo, nivel de educación, raza asociadas a la calificación de su satisfacción. En relación al género, existe la descripción que tanto hombres como mujeres perciben de manera positiva la entrega de una buena atención médica, es decir cumple con las expectativas de los usuarios^{(27) (22) (34) (25)}. Además, también fue considerado como el aspecto más frecuente la hora en la que se realizaba la medición. Las otras variables resultaron poco relevantes al momento de describir la satisfacción, ya que en todas las bibliografías se demostró que los pacientes demandan una atención óptima.

Conformidad entre médico-paciente.

Valls-Martínez y Abad-Segura , expusieron otras variables dependientes al Sistema Nacional de Salud español, entre ellos la satisfacción del paciente con el conocimiento del historial médico, el seguimiento de sus problemas de salud y la información recibida durante la consulta con el médico especialista ⁽²⁷⁾.

Por otro lado, el cuidado médico, también fue medido a través de variables entre las que destacan:

- 1) cortesía y respeto del médico, enfermeras y personal de limpieza;
- 2) claridad en la información suministrada;
- 3) experticia del médico;
- 4) cantidad suficiente del tiempo durante la atención del paciente;
- 5) apoyo frente a solicitudes del paciente, entre otras. La satisfacción es un indicador de calidad de la atención y su evaluación completa permite la identificación de mejoras para realizar sugerencias que inciden en la prestación de servicios.

Expectativas de los servicios de salud

Bustamante et al. y Núñez, M., y Ábrego M. describen en un estudio realizado en servicios de atención primaria en Guayas, Ecuador, que la percepción de los servicios en la atención primaria de salud tanto en hombres como en mujeres, se ubicaron entre satisfecho y totalmente satisfecho, mostrando un valor alto en un 86,3% del total de los entrevistados, lo que destaca que las ideas asociadas al concepto de calidad, son percibidas por

los pacientes ⁽³⁴⁾ ⁽⁴²⁾. Por lo tanto, las percepciones de los usuarios parecen evaluar positivamente los servicios que se les brindan en la APS, evaluando los tiempos de tratamiento óptimos y adecuados. Se reconocen así los componentes que se valoran como importantes dentro de una atención médica que son la comunicación, acceso a la atención personalizada y acceso a los servicios; es decir, un conjunto de sistemas que el usuario reconoce como funcionamiento exitoso de los prestadores de salud a nivel de APS.

Accesibilidad económica, física y de información

Rivera ⁽⁴⁰⁾ expone que la accesibilidad es una característica clave en los servicios sanitarios; si esta se encontrara limitada, se afectarían cualidades fundamentales como la igualdad, justicia y la universalidad. Condiciones de salud como la eficiencia y eficacia requieren que los recursos estén disponibles, tanto de manera organizacional como geográfica. De acuerdo a lo descrito, la accesibilidad económica es otro factor que afecta la satisfacción, ya que en algunos casos los usuarios utilizan sus propios medios para adquirir una atención de salud a un alto costo o el acceso a otros gastos derivados. Así mismo, la accesibilidad física hace mención al conjunto de características que debe disponer un servicio para que sea utilizado como condiciones de confort, seguridad e igualdad, los estudios revisados compararon el acceso físico en

relación a la telemedicina que en tiempos de pandemia por Covid – 19 tuvo una alta aceptación, ya que constituyo una forma de recibir atención médica de diferentes servicios.

La accesibilidad a la información es considerada un factor que afecta la calidad del servicio, por la demanda del usuario a la entrega de información sobre el estado de salud de sus familiares, todo el tiempo. La tecnología también incide un papel importante, ya que en la actualidad se dispone de historias clínicas digitales, sin embargo, la bibliografía describe que la tecnología informática utilizada no es la más adecuada, la velocidad de conexión puede ocasionar demoras en el procesamiento de citas o inclusive en la atención oportuna en servicios como farmacia, imágenes, laboratorio, entre otros. Además, se describen problemas como las fallas en los sistemas informáticos que conducen a altos niveles de insatisfacción de los usuarios. Por ello, los servicios de telemedicina pueden ser bien aceptados, siempre y cuando vayan de la mano con una tecnología sólida, que sea capaz de responder a las necesidades del sistema ⁽⁴⁰⁾.

Tiempos de espera

García et al.; Ruiz, J., y Tang, K. y Banda explican que la relación al tiempo de espera del paciente, se presenta como una dimensión importante, pero a la vez controversial en la literatura. Se

encuentran dos tipos: 1) el tiempo de espera percibido, que es un indicador subjetivo; y 2) el tiempo de espera real, que es la medición del tiempo gastado por el paciente en el centro de atención médica. Se evidencia que el tiempo de espera percibido, se presenta con frecuencia de manera significativa al momento de medir la satisfacción ⁽²⁹⁾ ⁽²³⁾ ⁽³²⁾. Este tiempo se mide por medio de: 1) el tiempo de espera para ser atendido por el médico; 2) el tiempo de espera para recibir tratamiento; y 3) si el tiempo aproximado de espera fue advertido. En este sentido, según lo descrito por Ruiz y Tang , no existe una literatura que establezca un tiempo óptimo para la atención médica, sin embargo, en México se establece un período menor a 30 minutos como un buen tiempo; mientras que, en España, el tiempo de atención varía entre 10 a 20 minutos, seguido de Perú, donde se estima un tiempo de 12 minutos ⁽²³⁾. En Estados Unidos, por su parte, se reglamenta que la consulta dure de 16 a 20.8 minutos, obteniéndose un promedio de 12 minutos por paciente.

Discusión:

La revisión bibliográfica sobre los factores asociados a la satisfacción de los usuarios en servicios de salud revela una serie de implicaciones prácticas importantes. Entre ellas, se destaca la importancia de mejorar el tiempo de respuesta, la cultura de servicio y calidad orientada al usuario, el aseguramiento de

la calidad de la atención, la participación activa del paciente, y el establecimiento de redes de apoyo.

Mejora en el tiempo de respuesta: se recomienda a las autoridades de las instituciones de salud realizar las gestiones pertinentes para adoptar medidas encaminadas a mejorar la satisfacción en cuanto al tiempo de respuesta como, por ejemplo, una reestructuración de los procedimientos administrativos para poder agilizar los trámites y educar al usuario en cuanto a la atención del servicio.

Cultura de servicio y calidad orientada al usuario: las instituciones de salud, desde el liderazgo de su gerencia, deben promover en sus empleados una cultura de servicio y calidad orientada al usuario. Esto implica una formación continua y la adopción de prácticas que fomenten el respeto, empatía y comunicación efectiva con los pacientes.

Aseguramiento de la calidad de atención: dado que la calidad de la atención médica es uno de los principales factores que influyen en la satisfacción de los usuarios, las instituciones deben adoptar medidas que aseguren dicha calidad tales como la implementación de protocolos y guías clínicas, capacitación del personal periódica y una mejora continua de los procesos y monitoreos de resultados.

Participación activa del paciente. El paciente también debe ser consciente y responsable de su propio cuidado. Es así

que, desde las instituciones médicas, pueden promover esta participación desde la educación, empoderamiento, y comunicación efectiva entre el personal de la salud y los pacientes.

Redes de apoyo: estas pueden ser una herramienta útil para mejorar la satisfacción de los usuarios en los servicios de salud. Incluyen grupos de apoyo para pacientes y familiares, servicios de atención al cliente y recursos comunitarios como organizaciones sin fines de lucro o grupos religiosos que aporten a la construcción de una comunidad más saludable y solidaria, mejorando así la experiencia de los usuarios.

Conclusiones

La satisfacción del paciente en las áreas de salud, representa un tema de interés a nivel mundial, siendo evidenciado en los estudios de los niveles de satisfacción reportados en años recientes, por lo que se considera conveniente universalizar las encuestas de satisfacción, tal como se ha realizado en algunas estrategias en salud. La mayoría de los artículos evaluados utilizaron una metodología cuantitativa, agrupando, por un lado, factores socio demográfico y exponiendo, además, variables o dimensiones ajustadas a la institución donde se realizó el estudio. Estas exponen diferentes tópicos relacionados a tiempos de espera, equipamiento e instalaciones, información y comunicación,

accesibilidad, limpieza, atención y cordialidad, entre otros. El análisis bibliográfico permitió poner de manifiesto la percepción de los pacientes tanto en los servicios ambulatorios como los de hospitalización, llegando a la conclusión de que el paciente demanda una atención con cordialidad, agendamiento de citas y atención de manera oportuna, mobiliarios y equipamiento en correcto estado para recibir una correcta atención.

Se identificaron que los componentes ligados a la calidad de servicio relevantes como la conformidad médico paciente, accesibilidad física, económica y de información, además de los tiempos de espera óptimos, alcanzan la satisfacción, siendo reconocidos por el usuario como un desempeño exitoso. Por su parte, otros estudios explican que las expectativas más altas se observaron en las dimensiones de seguridad, capacidad de respuesta y empatía y las más bajas en confiabilidad; así también, la percepción más alta fue en los factores de empatía y capacidad de respuesta y las más bajas en dimensiones de fiabilidad, seguridad y elementos tangibles.

Referencias bibliográficas:

1. Real Academia Española. Calidad. (2023^a) (consultado en mayo 2023). Disponible en: <https://dle.rae.es/calidad>
2. Deming, W. Out of the crisis.

- (1920).MIT Press.
3. Parasuraman, A., Zeithaml, V., & Berry, L. A conceptual model of service quality and its implications for future research. (1985) (consultado en mayo 2023). *Journal of Marketing* 49(4), 41-50.
 4. Berry, L., Benet, D. y Brown, C. Service quality: A profit strategy for financial institutions. (1989). (consultado en marzo 2023) U.S.A.: Richard D. Irwin, Inc. ISBN-13. 978-1556230943; Edition. First Edition, 2nd Printing; Publisher. Irwin Professional
 5. Donabedian, A. The quality of care: how can it be assessed? (1988). (consultado en abril 2023) *JAMA* 260(12), 1743-1748.
 6. Cleary, P. The increasing importance of patient satisfaction measures in assessing the quality of medical care. (1997). (consultado en abril 2023) *Quality Management in Health Care* 5(1), 1-7.
 7. Becerra, F., Andrade, A., y Díaz, L. Sistema de gestión de la calidad para el proceso de investigación: Universidad de Otavalo, Ecuador. (2019). (consultado en abril 2023) *Revista Actualidades Investigativas en Educación*, 19(1), 1-32. Disponible en: DOI 10.15517/AIE.V19I1.35235
 8. Organización Mundial de la Salud. Calidad de la atención. (2020) (consultado en mayo 2023). Disponible en: <https://n9.cl/jpifh>
 9. Mero, L., Zambrano, M., y Bravo, M. Satisfacción de los usuarios y la calidad de atención que se brinda en la Unidad de Salud Cuba Libre 24 horas. (2021) (consultado en mayo 2023). *Revista Espacios* 42(2), 117-124. Disponible en: <https://n9.cl/yk7de>
 10. Fan, L., Gao, L., Liu, X., Zhao, S., Mu, H., Li, Z., y Lou, F. Patients' perceptions of service quality in China: An investigation using the SERVQUAL model. (2017) (consultado en abril 2023). *Plos one*, 12(12), e0190123. Disponible en: <https://n9.cl/x2jt>
 11. Constitución de la República del Ecuador. [Const.]. (2008) (consultado en abril 2023). Artículo 32 [Título II]. Registro Oficial 449 de 20 de octubre de 2008 (Ecuador). Disponible en: <https://n9.cl/a0v4fz>
 12. Ministerio de Salud Pública. Arranca el Plan Nacional de medición de la satisfacción de la calidad en la atención en los servicios de salud que impulsa la Aceso. (2023) (consultado en mayo 2023). Disponible en: <https://n9.cl/29xza>
 13. Parreño, Á., Ocaña, S., Bonilla, M. Evaluación de la satisfacción de servicios de salud prestados en unidades del primer nivel de atención.

- (2022) (consultado en mayo 2023). Revista Cubana de Medicina General Integral 38(2), 1-17. Disponible en: <https://n9.cl/ctb75>
14. Fariño-Cortez, J., Cercado-Mancero, A., Vera-Lorenti, E., Valle-Flores, J., y Ocaña-Ocaña, A. Satisfacción de los usuarios y la calidad de atención que se brinda en las unidades operativas de atención primaria de salud. (2018) (consultado en abril 2023). Revista Espacio, 39(32). Disponible en: <https://n9.cl/c85yn>
15. Becerra-Canales, B., y Condori-Becerra, Á. Satisfacción de usuarios en hospitales públicos: experiencia del plan «Cero Colas» en Ica, Perú. (2019) (consultado en abril 2023). Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica 36 (4), pp. 658-663. Disponible en: <https://n9.cl/i6f3p>
16. Jiménez, R. Indicadores de calidad y eficiencia de los servicios hospitalarios: Una mirada actual. (2004) (consultado en mayo 2023). Revista cubana de salud pública 30(1), 0-0. Disponible en: <https://n9.cl/ftij5>
17. Asturias, I., y Aragón, D. Gurús de la Calidad. (2014). (consultado en marzo 2023). Revista Universidad del Valle de Guatemala 1(1), Disponible en: <https://n9.cl/clu82>
18. Frometa, G., Zayas, A., y Pérez, A. La gestión de calidad en los servicios. (2008) (consultado en abril 2023). Contribuciones a las Ciencias Sociales. Disponible en: <https://n9.cl/4n5jl>
19. Fernández-Martín, L., Iglesias-de-Sena, H., Fombellida-Velasco, C., Vicente-Torres, I., Alonso-Sardón, M., y Canelo, J. Satisfacción del paciente como indicador de calidad en salud mental. (2016) (consultado en abril 2023). Revista de Calidad Asistencial 31(5), 254-261. Disponible en: <https://n9.cl/wk1lh>
20. Cabello, E. Calidad de la Atención Médica: ¿Paciente o cliente? (2001). (consultado en abril 2023) Revista médica herediana 12(3), 96-99. Disponible en: <https://n9.cl/t0xvd>
21. Sánchez, M. Indicadores de gestión hospitalaria. (2005) (consultado en mayo 2023). Revista del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias 18(2), 132-141. Disponible en: <https://n9.cl/w13yf>
22. Bustamante, M., Lapo, M., y Tello, M. Modelamiento estructural de la calidad de servicio en atención primaria de salud del Guayas, Ecuador. (2022) (consultado en abril 2023). Información tecnológica 33(4), 171-180. Disponible en: <https://n9.cl/20qdt>

23. Ruiz, J., y Tang, K. Medición tiempos de esperar relacionados con satisfacción del usuario en consulta ambulatoria hospital militar. (2016). (consultado en mayo 2023). [Tesis de Maestría, Universidad Tecnológica Centroamericana]. Disponible en: <https://n9.cl/8ae2h>
24. Ricalde, M., Villagarcía, H., y Saco, S. Satisfacción del usuario de los servicios de hospitalización del Hospital Antonio Lorena: mayo-agosto del 2003. (2003). (consultado en mayo 2023). Situa 12(23),47-53. Disponible en: https://sisbib.unmsm.edu.pe/BvRevistas/situa/2004_n23/satisfaccion.htm
25. Arteta, L., y Palacio, K. Dimensiones para Satisfacción del Paciente en Centros de Urgencia. (2018). (consultado en febrero 2023) Disponible en: <https://n9.cl/1e85t>. Revista de Salud Pública 20 (5), 629-636.
26. Flores, R. Calidad de Atención y Satisfacción del Usuario de Consulta Externa del Hospital Vitarte, 2019. (2020) (consultado en abril 2023). [Tesis de maestría, Universidad Privada Norbert Wiener]. Disponible en: <https://n9.cl/tagg5>
27. Valls-Martínez, M., y Abad-Segura, E. Satisfacción del paciente en el Sistema Nacional de Salud español. (2018). (consultado en mayo 2023). Anales del Sistema Sanitario de Navarra 41(3), 309-320. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1137-66272018000300309
28. Dierssen-Sotos, T., Rodríguez-Cundín, P., Robles-García, M., Brugos-Llamazares, V., Gómez-Acebo, I., y Llorca, J. Factores que determinan la alta satisfacción del usuario con la asistencia hospitalaria. (2009) (consultado en abril 2023). Anales del Sistema Sanitario de Navarra 32(3), 317-325, Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v32n3/original1.pdf>
29. García, A., Díaz, J., Montiel, Á., González, A., Vázquez, E., y Morales, C. Validez y consistencia de una escala rápida de satisfacción del paciente de consulta externa. (2020) (consultado en abril 2023). Gaceta médica de México, 156(1), 47-52. Disponible en: <https://n9.cl/68ausz>
30. Organización Mundial de la Salud. World Alliance For Patient Safety: Forward Programme 2005. (2004) (consultado en mayo 2023) Disponible en: <https://n9.cl/6pglm>
31. Ministerio de Salud Pública. Seguridad del paciente- usuario. Manual. (2016) (consultado en mayo 2023). Disponible en: <https://n9.cl/3joit>

32. Banda, C. Grado de satisfacción de los usuarios atendidos en el Centro de Salud Campo Marte y factores relacionados, durante los meses de enero y febrero. (2022). (consultado en marzo 2023). [Tesis de Licenciatura, Universidad Católica de Santa María]. Disponible en: <https://n9.cl/sdraw>
33. Organización Mundial de la Salud. Seguridad del paciente. (2019) (consultado en mayo 2023). Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>
34. Bustamante, M., Zerda, E., Obando, F, y Tello, M. Desde las expectativas a la percepción de calidad de servicios en salud en Guayas, Ecuador. (2020). (consultado en abril 2023) Información tecnológica, 31(1), 161-170. Disponible en: <https://n9.cl/agilb>
35. Real Academia Española. Eficiencia. (2023b). (consultado en mayo 2023). (consultado en mayo 2023). <https://dle.rae.es/eficiencia?m=form>
36. Calvo, J., Pelegrín, M., y Gil, M. Enfoques teóricos para la evaluación de la eficiencia y eficacia en el primer nivel de atención médica de los servicios de salud del sector público. (2018) (consultado en abril 2023). Retos de la Dirección 12(1), 96-118. Disponible en: <https://n9.cl/ztnz>
37. Lam, R., y Hernández, P. Los términos: eficiencia, eficacia y efectividad ¿Son sinónimos en el área de la salud? (2008) (consultado en mayo 2023). Revista Cubana de Hematología, Inmunología y Hemoterapia 24(2), 0-0. Disponible en: <https://n9.cl/eizm8>
38. Tello, M. Relación entre la Satisfacción del paciente y la calidad de atención en enfermería: Una revisión bibliográfica. (2019). (consultado en mayo 2023). [Tesis de Licenciatura, Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo]. Disponible en: <https://n9.cl/famt1>
39. George, R., Gámez Toirac, Y., Matos, D., González, I., Labori, R., y Guevara, S. Eficacia, efectividad, eficiencia y equidad en relación con la calidad en los servicios de salud. (2021) (consultado en abril 2023). Infodir 1(35), 1-27. Disponible en: <https://n9.cl/tzgs2>
40. Rivera, Y. Telemedicina y la Satisfacción de los pacientes en un establecimiento de salud, 2022. (2023) (consultado en mayo 2023). Disponible en: <https://n9.cl/svixt>
41. Pérez, V., Maciá, L., y González, V. Satisfacción de los usuarios en 2 hospitales con diferente modelo de gestión. (2018) (consultado en mayo 2023).. Journal of Healthcare Quality Research 33(6), 334-342. Disponible en: <https://n9.cl/chyvt>

41. Núñez, M., y Ábrego M. Factores que influyen en la satisfacción de usuarios de los servicios de salud. (2020) (consultado en mayo 2023). Revista Saluta 1(2), 71-88. Disponible en: <https://n9.cl/fe4od>

Morbilidad Materna Extremadamente Grave (near miss) y Mortalidad Materna en los Hospitales: "Dr. Teodoro Maldonado Carbo" y "Enrique C. Sotomayor" como Indicadores de Calidad de Atención Obstétrica.

Extremely Severe maternal Morbidity (near miss) and Maternal Mortality in the "Dr. Teodoro Maldonado Carbo" and "Enrique C. Sotomayor" Hospitals as Indicators of Obstetric Care Quality

DOI: <https://doi.org/10.5281/zenodo.7948793>

Dirección para correspondencia:

kathe_correa@hotmail.com

Fecha de recepción: 04 / 03 / 2023

Fecha de aceptación: 20 / 04 / 2023

Fecha de publicación: 02 / 06 / 2023

Autores:

Correa Asanza Katherine ¹

Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.
Facultad de Ciencias Médicas, Carrera de
Nutrición y Dietética.

Médico Del Primer Nivel De Atención - Ministerio
de Salud Pública del Ecuador

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0516-5034>

Alvarado Villegas Karla Jazmín ²

Coordinadora de Unidad de Gestión de Calidad
- Hospital de Especialidades Dr. Abel Gilbert
Pontón, Ministerio de Salud Pública del Ecuador

ORCID:

<https://orcid.org/0009-0005-2388-1693>

Paz Sánchez Carlos Emilio ³

Gerente Hospitalario, Hospital de Especialidades
Dr. Abel Gilbert Pontón

ORCID:

<https://orcid.org/0000-0002-6975-5706>

Resumen

Introducción: La muerte materna es un problema de salud pública crítico, ya que cada año 23.000 mujeres aproximadamente fallecen a causa de las

complicaciones en el embarazo o parto, lo que conlleva a consecuencias sociales y económicas muy serias ya que la muerte de la madre reduce la supervivencia del

recién nacido, disminuye el desempeño escolar de los niños sobrevivientes y representa una pérdida de la productividad económica y de los ingresos familiares. Los indicadores de mortalidad materna son parte de los objetivos de Desarrollo Sostenible y la Estrategia Mundial para la salud de la Mujer, el niño y el adolescente, constituyen un indicador del desarrollo económico y de calidad de la atención obstétrica; por ello la importancia de su medición y monitoreo permanente. **Objetivos:** Determinar la eficacia de los indicadores de Morbilidad Materna Extremadamente Grave (Near Miss) y Mortalidad Materna para medir la calidad de atención en los servicios obstétricos de hospitalización de los hospitales: Dr. Teodoro Maldonado Carbo y Enrique C. Sotomayor. **Metodología:** Se estableció un estudio con enfoque cuantitativo de nivel investigativo observacional y diseño transversal. El estudio se efectuó en dos hospitales que pertenecen la red complementaria del Ministerio de Salud Pública, uno de tercer nivel con atención a mujeres embarazadas y un segundo hospital especializado gineco – obstétrico. En la muestra se escogió un total de 414 mujeres. **Resultados:** En el Hospital Materno Enrique C. Sotomayor se estableció 531% (163 casos) de MMEG y en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo 37,7% (52 casos). En el Hospital Materno Enrique C. Sotomayor se encontró 7,5% (23 casos) MM y el Hospital Teodoro Maldonado Carbo 2,2% (3 casos). La

relación morbilidad materna / mortalidad materna fue (6,3), lo que significa la calidad de atención brindada fue satisfactoria. **Conclusiones:** En el Hospital Enrique C. Sotomayor, la tasa de Morbilidad Materna Extremadamente Grave fue mayor que en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo. En el Hospital Enrique C. Sotomayor tuvo mayor número de casos de Mortalidad Materna que el Hospital Teodoro Maldonado Carbo. La relación morbilidad materna extrema/mortalidad materna (6,3) indica que la calidad de atención brindada fue satisfactoria.

Palabras clave: Morbilidad Materna Extremadamente Grave (Near Miss), Mortalidad Materna, Gineco – Obstétrico, Salud Pública, Hospital Materno Enrique C. Sotomayor, Hospital Teodoro Maldonado Carbo.

Summary:

Introduction: Maternal death is a critical public health problem, since each year approximately 23,000 women die from complications in pregnancy or childbirth, leading to very serious social and economic consequences since the death of the mother reduces the survival of the newborn, decreases the school performance of surviving children, and represents a loss of economic productivity and family income. Maternal mortality indicators are part of the Sustainable Development Goals and the Global Strategy for Women's, Children's and Adolescents' Health, and are an indicator

of economic development and quality of obstetric care; hence the importance of their measurement and permanent monitoring. Objectives: To determine the effectiveness of the Near Miss and Maternal Mortality indicators to measure the quality of care in obstetric hospitalization services at Dr. Teodoro Maldonado Carbo and Enrique C. Sotomayor Hospitals. Methodology: A quantitative observational research study with a cross-sectional design was carried out. The study was carried out in two hospitals belonging to the complementary network of the Ministry of Public Health, a third level hospital with attention to pregnant women and a second specialized gynecological-obstetric hospital. A total of 414 women were selected for the sample. Results: In the Enrique C. Sotomayor Maternal Hospital 531% (163 cases) of MMEG were established and in the Teodoro Maldonado Carbo Hospital 37.7% (52 cases). In the Enrique C. Sotomayor Maternal Hospital, 7.5% (23 cases) MM was found and in the Teodoro Maldonado Carbo Hospital, 2.2% (3 cases). The extreme maternal morbidity/maternal mortality ratio was (6.3), which means the quality of care provided was satisfactory. Conclusions: At the Enrique C. Sotomayor Hospital, the rate of Extremely Severe Maternal Morbidity was higher than at the Teodoro Maldonado Carbo Hospital. Hospital Enrique C. Sotomayor had a higher number of cases of Maternal Mortality than Hospital Teodoro

Maldonado Carbo. The extreme maternal morbidity/maternal mortality ratio (6.3) indicates that the quality of care provided was satisfactory.

Key words: Extremely Severe Maternal Morbidity (Near Miss), Maternal Mortality, Obstetrics and Gynecology, Public Health, Hospital Materno Enrique C. Sotomayor, Hospital Teodoro Maldonado Carbo.

Introducción:

La Mortalidad Materna es definida por la Organización Mundial de la Salud como “la muerte de una mujer durante su embarazo, parto, o dentro de los 42 días después de su terminación, por cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo, parto, puerperio, su manejo; pero no por causas accidentales ⁽¹⁾. Por lo general se hace una distinción entre «muerte materna directa» que es resultado de una complicación del propio embarazo, parto o su manejo, y una «causa de muerte indirecta» que corresponde a una muerte asociada al embarazo en una paciente con un problema de salud preexistente o de reciente aparición.⁽²⁾

Se reconoce que los datos recibidos de mortalidad materna son una importante minoría de los eventos reales, siendo menos del 40% de países miembros de la Organización Mundial de la Salud (OMS) reportan de manera correcta, sistemática y en forma verificable sus niveles de mortalidad materna. ⁽²⁾

El número total de muertes en el país es

proporcional a su población y no tiende a estimar la proporción de defunciones maternas reales.⁽³⁾ Así, el país con mayor número de muertes totales es India con 136.000, Nigeria con 37.000 y Afganistán con unas 20.000 muertes anuales. La mortalidad materna se reporta en las estadísticas locales y globales como el promedio de muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos. La más elevada está en Sierra Leona con 2.000 y Afganistán con 1.900 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos en esos países, según las Naciones Unidas en este año.

Los índices más bajos incluyen a Australia con 4 e Islandia con 10 muertes maternas por 100.000 nacidos vivos. Otra figura de interés es el riesgo de mortalidad materna en algún punto de la vida de una mujer en edad reproductiva, número que registra el número de embarazadas que están a riesgo de una mortalidad materna. Por ejemplo, en el África del Sur del desierto Sahara, el riesgo es de 1 por cada 16 embarazos, mientras que en países desarrollados es de aproximadamente 1 por cada 2.800 embarazos.⁽⁴⁾

En el año 2003 la OMS, la UNICEF y la UNFPA reportaron por estadísticas obtenidas del año 2000 que el índice de mortalidad materna promedio mundial es de 400 x 100.000 nacidos vivos, en países desarrollados es de 20 x 100.000 nacidos vivos y en países en vías de desarrollo de 440 x 100.000 nacidos vivos.⁽²⁾

Estudios previos han revelado que la mortalidad materna representa la cima de la montaña; por cada muerte materna, muchas otras mujeres han sobrevivido complicaciones severas durante el embarazo, parto y puerperio que no han sido documentadas y que nos llevan a diferentes niveles de secuelas. Las complicaciones de Near Miss son las mismas que llevan en la mayoría de los casos a la muerte materna.⁽⁵⁾

La investigación de este grupo de mujeres aumentará la comprensión de los fracasos de atención obstétrica en los sistemas de salud de los países en desarrollo.⁽⁶⁾

La morbilidad materna extremadamente grave es la antesala a la mortalidad materna por lo que el conocimiento del manejo y de los criterios correctamente de la primera ayudaría a disminuir la segunda.⁽⁷⁾

El choque hipovolémico y la hemorragia son la principal causa de muerte en África y Asia, cuadros hipertensivos sostenidos y el aborto son en Latinoamérica y el Caribe causas importantes, y el embarazo ectópico es más frecuente en países en desarrollo.⁽⁸⁾ Para el estudio de Near Miss se han empleado múltiples definiciones, basados en: 1) criterios clínicos relacionados a una entidad de enfermedad específica (por ejemplo, hemorragia postparto, preeclampsia), 2) Intervención médica basada en criterios (es decir, ingreso en UCI, necesidad de una transfusión de sangre) o 3)

disfunción clínica basada en criterios. ⁽⁴⁾. Según estos enfoques la prevalencia de Near Miss, varía.

De acuerdo con datos de una reciente revisión sistemática, las tasas de prevalencia de Near Miss tuvo una variación entre 0.6 y 14,98% criterios específicos, entre 0,04 y 4,54% para los criterios de intervención y entre 0.14 y 0,92% para la disfunción clínica. El estudio de la morbilidad materna extremadamente grave y mortalidad materna es una de las actividades más importantes para evaluar el estado de salud de una población. ⁽¹¹⁾

La identificación, definición y validación de los criterios de Near Miss por la **OMS** para mujeres que estuvieron cerca de la muerte fue desarrollado por un grupo de expertos sostenidos en un proceso de información basada en evidencia ⁽⁶⁾

Durante años se han utilizado los criterios para la evaluación de gravedad y pronósticos para enfermedades generales en las unidades de cuidados intensivos como **APACHE II, SAPS y SOFA**, pero en estos criterios las mujeres embarazadas fueron excluidas o levemente representadas debido a que la morbilidad materna extrema significaba un bajo porcentaje en los países desarrollados, razón por la cual surge la necesidad de crear nuevos criterios exclusivos para este grupo población. ⁽⁹⁾

Metodología:

Tipo y Diseño De Investigación

Se realizó un estudio con enfoque cuantitativo de nivel investigativo observacional y diseño transversal debido a que el estudio se hizo en un primer momento a partir de la observación de datos disponibles en una base de datos hospitalarios.

Unidad de análisis

Se revisó las Historias Clínicas de las mujeres embarazadas hospitalizadas en ambos hospitales mencionados, y se estableció la mortalidad materna y la morbilidad materna extrema.

Población de estudio

El estudio se efectuó en hospitales de tercer nivel con atención a mujeres embarazadas internadas. Con el propósito de que quede representado todo el sistema de salud de la ciudad, se escogió instituciones del sector privado y de la seguridad social con atención a más de 2000 nacimientos anuales.

Por este motivo se consideró la inclusión del Hospital “Dr. Teodoro Maldonado Carbo” del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social”, el hospital Gineco-Obstétrico “Enrique C. Sotomayor” de la Junta de Beneficencia del Guayaquil.

Tamaño de la muestra

A partir de este grupo se escogerá un total de 414 mujeres considerando una amplitud de la población de más de 6000

partos anuales un nivel de error del 5% y una confiabilidad del 95% y tomando como referencia la tabla de Fisher, Arkin y Colton.

Selección de muestra

De manera no aleatoria y por conveniencia, debido a la estimación previa de la prevalencia de casos de mortalidad materna extrema, se considerará como muestra todos los casos que fueron considerados como población de estudio.

- Criterios de inclusión con acceso al expediente clínico
- Criterios de exclusión

Paciente referida de otra institución en condiciones de morbilidad materna extrema o premortem.

Técnica de recolección de datos

El procedimiento para la realización del trabajo consistirá en lo siguiente:

Para la mortalidad se verificarán los registros de mortalidad del hospital y se seleccionarán aquellas de causas obstétricas.

Para verificar la morbilidad materna extrema se procederá a revisar pacientes que hayan tenido criterios clínicos o datos de disfunción de sistemas y órganos (Shock, paro cardiaco, ictericia en preeclampsia, cianosis aguda, respiración jadeante, taquipnea severa, bradipnea severa, oliguria resistente a líquidos o

diuréticos, alteraciones de la coagulación, coma, inconciencia prolongada, Accidente Cerebro Vascular (ACV), convulsiones incontrolables o estado de mal epiléptico, parálisis generalizada), alteraciones de laboratorio (plaquetas menores de 50 mil, creatinina menor a 300, bilirrubina mayor a 6.0, pH menor a 7.1, pO₂ menor de 90, PaO₂/FiO₂ menor a 300, lactato menor a 5 micromoles) e intervenciones (Administración continua de agentes vasoactivos, intubación y ventilación no relacionados a la anestesia, histerectomía, diálisis en caso de IRA, reanimación cardiopulmonar) según los criterios de MME.

Instrumento de recolección de datos: Se usará instrumento de Organización Panamericana de la Salud (OPS) para la recolección de datos.

Análisis e interpretación de la información

El diseño de la base de datos se efectuó en una hoja electrónica generada por Excel del paquete de Office 365 para la plataforma de Windows 8.1, el procesamiento de los datos se realizó empleando software estadístico de libre distribución PASW Statistics 18 en un ordenador HP.

Para el análisis de las características clínicas y etarias se calcularán medidas de estadística descriptiva, tales como media, desviación estándar y varianza, tasas y frecuencias.

Las técnicas empleadas para recolectar

la información fueron de las variables mortalidad materna y morbilidad materna extrema a través de la información documental.

Resultados:

Tabla 1. Distribución porcentual de los casos de morbilidad materna extrema y mortalidad materna.

| No. | MME y MM | Valor | Porcentaje |
|-----|-----------------------------|-------|------------|
| 1 | Muertes maternas | 29 | 7,20% |
| 2 | Casos Near | 238 | 59,40% |
| 3 | Mis otros casos de Ingresos | 133 | 33,40% |
| | | 400 | 100 |

Fuente: Hospital "Dr. Teodoro Maldonado Carbo" del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social", Hospital Gineco-Obstétrico "Enrique C. Sotomayor" de la Junta de Beneficencia del Guayaquil. Elaborado por: Los Autores

Análisis e interpretación

El 59,4% de los casos encontrados fueron de Morbilidad Materna Extrema seguido de los 33,4% de muertes maternas y 7,2% otros casos de ingresos. Lo que demuestra en este estudio que se encuentra el mayor número de casos de morbilidad materna extrema.

Tabla 2. Distribución porcentual de los casos según edad

| No. | Edad | Valor | Porcentaje |
|-----|----------|-------|------------|
| 1 | oct - 19 | 40 | 10,00% |
| 2 | 20 - 29 | 160 | 30,00% |
| 3 | 30 - 39 | 200 | 50,00% |
| 4 | 40 - 49 | 40 | 10,00% |
| | | 400 | 100,00% |

Fuente: Hospital "Dr. Teodoro Maldonado Carbo" del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social", Hospital Gineco-Obstétrico "Enrique C. Sotomayor" de la Junta de Beneficencia del Guayaquil. Elaborado por: Los Autores

Análisis e interpretación

El 50% de los casos se encuentran en el grupo de edad de entre 30 a 39 años, seguido del 30% con edad de 20 a 29 años, el 10% entre 10 a 19 y 40 a 49; siendo la edad promedio de estos casos 34,5 años.

Tabla 3. Distribución porcentual de los casos según semanas de gestación.

| No. | Semanas | Valor | Porcentaje |
|-----|---------|-------|------------|
| 1 | 00 - 20 | 30 | 7,50% |
| 2 | 21 - 29 | 60 | 15,00% |
| 3 | 30 - 32 | 60 | 15,00% |
| 4 | 33 - 37 | 220 | 55,00% |
| 5 | 38 - 42 | 30 | 7,50% |
| | | 400 | 100,00% |

Fuente: Hospital "Dr. Teodoro Maldonado Carbo" del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social", Hospital Gineco-Obstétrico "Enrique C. Sotomayor" de la Junta de Beneficencia del Guayaquil. Elaborado por: Los Autores

Análisis e interpretación

El 55,00% de los casos se encontraban entre la semana 33-37 de gestación, seguido del 15,00% cada uno entre 21-29 y 29-32, el 7,5% cada uno entre las semanas 0-20 y 38-42.

Tabla 4. Distribución porcentual de los casos según finalización del embarazo.

| No. | Embarazo | Valor | Porcentaje |
|-----|----------|-------|------------|
| 1 | Cesárea | 320 | 80,00% |
| 2 | Vaginal | 80 | 20,00% |
| | | 400 | 100,00% |

Fuente: Hospital "Dr. Teodoro Maldonado Carbo" del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social", Hospital Gineco-Obstétrico "Enrique C. Sotomayor" de la Junta de Beneficencia del Guayaquil.
Elaborado por: Los Autores

Análisis e interpretación

El 80% de los casos se puede observar que el tipo de parto fue por cesárea y el 20% por parto vaginal.

Tabla 5. Distribución porcentual de los casos según etapa de aparición.

| No. | Etapas de Aparición | Valor | Porcentaje |
|-----|---------------------|-------|------------|
| 1 | Trabajo de Parto | 320 | 80,00% |
| 2 | Parto Puerperio | 80 | 20,00% |
| | | 400 | 100,00% |

Fuente: Hospital "Dr. Teodoro Maldonado Carbo" del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social", Hospital Gineco-Obstétrico "Enrique C. Sotomayor" de la Junta de Beneficencia del Guayaquil.
Elaborado por: Los Autores

Análisis e interpretación

El 80% de los casos según la etapa de aparición es el trabajo de parto y parto puerperio el 20%.

Tabla 6. Distribución porcentual de los casos según ingreso a la unidad de cuidados intensivos

| No. | Etapas de Aparición | Valor | Porcentaje |
|-----|-----------------------------------|-------|------------|
| 1 | Convulsiones | 75 | 18,85% |
| 2 | Shock | 70 | 17,60% |
| 3 | Administración de vasopresores | 67 | 16,95% |
| 4 | Plaquetas menores a mayor... | 45 | 10,85% |
| 5 | Creatina mayor o igual a 30 mg/dl | 15 | 3,75% |
| 6 | Entubación y... | 20 | 5,00% |
| 7 | Alteración de la... | 12 | 3,00% |
| 8 | Diálisis por... | 12 | 3,00% |
| 9 | Respiración jadeante | 12 | 3,00% |
| 10 | Uso de sustancias | 12 | 3,00% |
| 11 | Fracaso Renal | 12 | 3,00% |
| 12 | Inconciencia | 8 | 2,00% |
| 13 | Paro Cardiorrespiratorio | 8 | 2,00% |
| 14 | Septicemia | 8 | 2,00% |
| 15 | Saturación menor | 8 | 2,00% |
| 16 | Resucitación | 4 | 1,00% |
| 17 | Taquipnea | 4 | 1,00% |
| 18 | Histerectomía | 4 | 1,00% |
| 19 | Cianosis | 4 | 1,00% |
| | | 400 | 100,00% |

Fuente: Hospital "Dr. Teodoro Maldonado Carbo" del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social", Hospital Gineco-Obstétrico "Enrique C. Sotomayor" de la Junta de Beneficencia del Guayaquil.
Elaborado por: Los Autores

Análisis e interpretación

El 18,85% de los casos por criterios de morbilidad materna extrema fueron por convulsiones seguido de Shock con el 17,60%, 16,95% administración de vasopresores, el 10,85% con plaquetas menor a mayor y el 6,9% de creatinina mayor o igual a 30 mg/dl; Entubación y... 5,00%; Alteración de la..., Diálisis por..., Respiración jadeante, Uso de sustancias, Fracaso Renal 3,00%; Inconciencia, Paro Cardiorrespiratorio, Septicemia, Saturación menor 2,00%; Resucitación, Taquipnea, Histerectomía, Cianosis 1,00%; con estos resultados podemos observar

que la mayoría de los casos son por fallo orgánica.

Los resultados según los indicadores se tienen lo siguiente:

1. Razón Mortalidad Materna se obtuvo las 1,2 muertes maternas por 1000 nacidos vivos, éste es un indicador muy sensible para medir el desarrollo de los países y la calidad de prestación de servicios, el análisis es de 400 como base estadística.
2. Razón Morbilidad materna extrema se encontró 10 morbilidades maternas extremas por 1000 nacidos vivos y este resultado nos indica la prevalencia.
3. El indicador de la mortalidad materna es el índice de la mortalidad en el que se obtuvo el 13,8% de muertes maternas por cada 100 casos de morbilidad materna.
4. La calidad de atención obstétrica se mide a través de los dos indicadores dando como resultado la relación de morbilidad materna extrema y mortalidad materna de 6,3, indicando que por cada 6,3 casos de morbilidad materna extrema habrá una muerte materna, es decir que la atención obstétrica fue de manera adecuada.

Discusión:

Natalia Almeida, 2012 en su investigación Caracterización de la Morbilidad Materna Extrema y Mortalidad Materna en el Hospital Universitario de Santander,

Colombia. La población de estudio fueron todas las gestantes atendidas en el HUS desde el 1 de enero 2009 hasta 30 de junio de 2011 y su muestra muertes maternas y gestantes con morbilidad materna extrema atendidas en el hospital Universitario de Santander en el periodo mencionado, teniendo como resultado 164 gestantes estudiadas, el 94,51% fueron casos de morbilidad materna extrema y 5,49% mortalidad materna.

En el actual estudio en el Hospital Materno Enrique C. Sotomayor se estableció 53,1% de MME y 37,7% (52 casos) en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo. Así mismo en el Hospital Materno Enrique C. Sotomayor se encontró 7,5% (23 casos) MM y el Hospital Teodoro Maldonado Carbo 2,2% (3 casos).

En el estudio de Nathalie Jurado, 2014 sobre Factores de riesgo para morbilidad materna extrema en gestantes, en su población hubieron todas las mujeres embarazadas (con diagnóstico ecográfico o clínico de embarazo) o púerperas (en los 42 días siguientes a su parto) ingresadas a la institución, en hospitalización, unidad de cuidados intermedios o Unidad de Cuidados Intensivos en el Hospital Universitario Mayor con una muestra de 100. Se encontró que la edad promedio de las pacientes con morbilidad materna extrema del presente estudio fue de 27.6. Se encontró en la investigación un intervalo entre 20 a 29 años con un promedio de 24,5 de edad.

En la publicación de Natalia Almeida, 2012, la MME se presenta principalmente durante el embarazo en la semana 33 de gestación, similar al trabajo realizado en el que encontramos en un intervalo de 33 a 37 semanas de gestación con un promedio de 35.

Laura M. Bello, 2018, reporta en su estudio de Indicadores de Morbilidad Materna Extrema en una Clínica Universitaria de tercer nivel de complejidad una población 230 pacientes obstétricas atendidas en CUSJD, Cartagena, Colombia, en el período comprendido de enero 1 a diciembre 31 del 2010. Institución hospitalaria privada, de tercer nivel de complejidad, La selección de la muestra se basó en la búsqueda de pacientes con diagnóstico de condiciones potencialmente fatales como son aborto, aborto séptico, embarazo ectópico, acretismo placentario, desprendimiento de placenta, hemorragia postparto, placenta previa, ruptura uterina, pre eclampsia severa, eclampsia, síndrome HELLP, choque séptico y choque hemorrágico. Se revisó la base de datos de natalidad diligenciada en el servicio de sala de partos, realizando un filtro inicial por diagnóstico trazador. Y como resultado se encontró predominio de la terminación del embarazo por cesárea en los casos morbilidad materna extrema, de manera similar en la investigación hallamos que la mayoría de los casos la finalización del embarazo es cesárea.

Omar Calco, 2010 con el título Morbilidad materna extrema en el Hospital General

Dr. Aurelio Valdivieso, Servicios de Salud de Oaxaca en el cual obtuvo el 55% de los casos fueron anteparto, 12% durante el trabajo de parto, en 31% durante postparto, y en relación al presente estudio se describe que la mayoría de los casos se presentan es en el trabajo de parto y parto y en menor cantidad en el puerperio. En la investigación sobre Caracterización de la Morbilidad Materna Extrema en el Instituto Materno Infantil, Hospital Victoria, Carlos A Mariño, Diana C Vargas, 2010, en éste Instituto Materno Infantil la mayoría de los casos de morbilidad materna extrema no ingresaron a UCI, al igual que en el vigente estudio en que se demuestra que la mayoría de los casos no ingresaron al servicio de cuidados intensivos.

En relación a los criterios para determinar los casos de morbilidad materna extrema, Carlos A Mariño, Diana C Vargas, 2010 en su estudio sobre Caracterización de la Morbilidad Materna Extrema en el Instituto Materno Infantil, Hospital Victoria, Bogotá, se presentaron 94% fallo orgánico en el Instituto Materno Infantil de Bogotá, semejante al estudio actual en que consta que la mayoría de los casos se mostró fallo orgánico.

Laura M. Bello, 2018 con su investigación de Indicadores de Morbilidad Materna Extrema en una Clínica Universitaria de tercer nivel de complejidad, el indicador de Razón morbilidad materna extrema consiguieron como resultado 15,6/1000 nacidos vivos, al contrario que en la vigente fue 10 morbilidad materna por

1000 nacidos vivos.

Carlos A Mariño, Diana C Vargas, 2010 con su título de Caracterización de la Morbilidad Materna Extrema en el Instituto Materno Infantil Hospital Victoria, Bogotá. El Índice de Mortalidad en relación a los casos de Morbilidad Materna Extrema fue de 4%, y en los hospitales estudiados fue 13,8% muertes maternas por cada 100 casos de morbilidad materna extrema.

La autora Natalia Almeida, 2012, referente a la relación de los casos de morbilidad materna extrema y mortalidad materna en el hospital universitario concluyeron que por cada 18 casos de morbilidad materna extrema hay una muerte materna. Al contrario de la presente investigación los resultados se consiguió menor cantidad de morbilidad materna extrema en relación de muerte materna indicándonos que es satisfactorio la atención obstétrica brindada por estos servicios de salud.

Conclusiones:

En el Hospital Enrique C Sotomayor la tasa de Morbilidad Materna Extrema fue mayor que en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo.

En el Hospital Enrique C. Sotomayor tuvo mayor número de casos de Mortalidad Materna que en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo.

La relación morbilidad materna extrema/mortalidad materna (6,3) indica que la calidad de atención brindada fue satisfactoria.

Recomendaciones:

Continuar aplicando la tasa de Morbilidad Materna Extremadamente Grave, como Política de Salud.

Adecuar los servicios obstétricos de acuerdo a los requerimientos recomendados por Organización Panamericana de la Salud, con relación a recursos humanos calificados, equipamiento e insumos.

Conformar Comités de Morbilidad Materna Extrema.

Referencias bibliográficas

1. Agarwal N, Jain V, Bagga R, Sikka P, Chopra S, Jain K. Near miss: determinants of maternal near miss and perinatal outcomes: a prospective case control study from a tertiary care center of India. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*. 2021 Mar 21;1-8.
2. Nungaray L. Análisis de los indicadores para medición de Morbimortalidad Materna Extrema según criterios de la OMS en una institución materno-infantil de segundo nivel del Noreste de México. 2019.
3. Cabrera H, León Ornelas Y, Díaz Puebla ME, Ocampo Sánchez JL, Rodríguez Márquez A, Ruiz Hernández A. Caracterización clínica de pacientes con morbilidad materna extremadamente grave y su repercusión perinatal. *Cienfuegos*

- 2016–2018. *MediSur*. 2016;18(5):789–99
4. Hernández-Núñez J, Au-Fonseca O. Morbilidad materna extrema y mortalidad en un hospital regional de Sudáfrica. *Rev Chil Obstet Ginecol [Internet]*. 2019;84(6):469–79. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/s0717-75262019000600469>
 5. Ávila ACP, Ortiz JAR, Méndez NG, Herrera LMC. El riesgo de recién nacidos expuestos a eventos de morbilidad materna extrema en un centro de alto riesgo obstétrico (Colombia). *Universitas Medica*. 2021; 62(4)
 6. Omoikhefe Alegbeleye J, Osita John C. Morbilidad obstétrica severa y calidad de la atención médica materna en un centro de salud de nivel terciario en el sur de Nigeria. *Revista internacional de investigación e informes en ginecología*. 2022;5(3):197–221.
 7. Tamayo-Torres RN. Near miss como estrategia para evitar la muerte materna (Doctoral dissertation). 2022.
 8. Rozo-Gutiérrez N, Ávila G., Alexa D, Forero-Motta E, López M., Vargas S, Pinto-Díaz A. La morbilidad materna extrema y la mortalidad perinatal y neonatal tardía en Colombia: un análisis integrado de la vigilancia en salud pública. 2019
 9. Shaukat F, Akhtar A, Khan B, Mustafa S, Karim S, Ali S. Frecuencia y naturaleza de las complicaciones obstétricas de Near Miss en el hospital de atención terciaria South Punjab. *Pakistan Journal of Medical & Health Sciences*. 2022;16(03):250–250.
 10. Rodríguez Palomino GI. Calidad de las atenciones prenatales y su relación con la morbilidad materna extrema en el Hospital Nacional Hipólito Unanue. 2022.
 11. Biswas J, Datta M, Kar K, Mitra D, Reddy P, Biswas A. Análisis retrospectivo del cuasi accidente materno y la aplicabilidad del parto por cesárea anterior como predictor de riesgo en un hospital de nivel terciario de la India. *Revista médica de Hamdan*. 2023;16(1).