

ISSN: 2665-4377 (EN LINEA)

REVISTA HOSDENAR INVESTIGA

producción del conocimiento



**HOSPITAL
UNIVERSITARIO**
DEPARTAMENTAL DE NARIÑO E.S.E.



Edición 5
volumen 1-2022
San Juan de Pasto – Nariño

Revista avalada por

**COMITÉ TÉCNICO PARA
EL DESARROLLO DE LA INVESTIGACION**



¡Trabajamos por mi Nariño,
tu salud,
nuestro compromiso!

DIRECCION

NILSEN ALVEAR ACOSTA - GERENTE

COMITÉ INVESTIGACION

RUBEN CHAVES BRAVO –PRESIDENTE (Asesor calidad y planeación)

ANA ISABEL VALLEJO – SECRETARIA (Epidemióloga investigación)

YALILA ORDOÑEZ ZARAMA Medica Toxicóloga

ADRIANA BRAVO (Medico auditor)

MARTIN CAICEDO (Coordinador docencia e investigación)

EUNICE YARCE P. (Representante Investigación universidades)

EDICION

FELIPE VEGA RIVERA

AUTOR/EDITOR

GRUPO INVESTIGACIÓN EN SALUD HOSDENAR

Martin Caicedo.

h.u.d.n.investigacion@gmail.com Teléfono: 7333400 ext. 212



CALLE 22 No. 7 - 93 Parque Bolivar - San Juan de Pasto / Nariño
Conmutador **7333400** * Fax **7333408** y **7333409**
www.hosdenar.gov.co *mail: **hudn@hosdenar.gov.co**



CO-SC-CER448531

CO-SA-CER448535

CO-OS-CER448536

REPORTE DE PRIMER CASO DE REIMPLANTE DE DIGITO Y PUNTA DIGITAL EN EL DEPARTAMENTO DE NARIÑO

Villacis Basante Víctor Hugo¹, Benavides Arévalo María Camila², Erazo Mora Cleo Victoria², Martínez Moreno Mayerly², Rosero López Iván Alexander³, Villacis Basante Samanta³, Benavides Jojoa Cesar Gustavo⁴

¹Cirujano Plástico estético y reconstructivo, Supraespecialista en Microcirugía y cirugía de mano

² estudiante medicina séptimo semestre Universidad Cooperativa de Colombia sede San Juan de Pasto

³ Medico General

RESUMEN: Las manos son el principal instrumento para interactuar con el entorno, por ello, se asocia a diferentes tipos de lesiones incluyendo amputaciones.

En 1965 Komatsu y Tamai en China realizan el primer reimplante digital exitoso del mundo, El primer caso en Colombia de microcirugía para reconstrucción de dedos fue registrado en la Fundación Santa Fe de Bogotá y correspondió a una transposición de dedo de pie a mano del segundo artejo del pie derecho (2003). A partir de ahí iniciaron esfuerzos por realizar reimplantes digitales, a la actualidad muy pocas ciudades de Colombia lo hacen debido a la gran experticia en talento humano y equipos que exige.

En este artículo reportamos el primer caso de reimplante de dedo y punta de dedo en el departamento de Nariño. Compartimos este caso dado que junto con el desarrollo de otras áreas quirúrgicas en el hospital es posible que este se eleve a un cuarto nivel de complejidad para el beneficio de la población local.

Palabras clave: reimplante digital, punta digital, primer caso

INTRODUCCIÓN: Las manos son el principal instrumento para la manipulación física, es asociada frecuentemente a lesiones como amputaciones digitales, estas ocurren más entre la segunda y cuarta década de la vida.¹ La mayoría de las lesiones involucran falange distal, dedo índice o medio y son asociadas a accidentes laborales.² Los accidentes son la principal causa de amputación en países en desarrollo y la segunda luego de enfermedad arterial periférica en desarrollados.³

En primer mundo 3,2 de 100.000 habitantes han sufrido amputaciones de un dedo.⁴ En países como Colombia no existen estadísticas.

Komatsu y Tamai en 1968, fueron los primeros en publicar el reimplante de un dedo; reimplantaron en 4,5 horas un pulgar a nivel metacarpofalángico.⁵ En los últimos 30 años, han aumentado las tasas de éxito en reimplantes digitales gracias a avances en técnicas y equipos microquirúrgicos.⁶ La primera reconstrucción microquirúrgica de dedos en Colombia se registró en Fundación Santa Fe de Bogotá y correspondió

a una pulgarización del segundo dedo del pie derecho realizado en diciembre del 2003.⁶

La decisión reimplantar un dedo depende del estado del muñón, las partes amputadas, nivel de lesión y coormorbilidades. Cirujanos orientales y occidentales difieren en las indicaciones de reimplantación. Actualmente desde la yema del dedo hasta la parte superior del brazo pueden reimplantarse.⁷

En este artículo hablaremos del primer caso de reimplante de dedo y punta digital en el departamento de Nariño, el cual fue realizado en San Juan de Pasto en el hospital universitario departamental de Nariño.

ANTECEDENTES: Masculino de 46 años, del municipio de Cumbal/Nariño, con trastorno mixto de ansiedad/depresión en tratamiento, por lo demás sano, sin antecedentes de alcoholismo o tabaquismo. A medio día del 30/03/22 sufrió amputación interfalángica distal de cuarto dedo (TAMAI II), punta digital de quinto dedo (TAMAI I) (Figura 1) y en tercer dedo herida semicircular en zona flexora II con fractura de falange distal de

mano izquierda, mientras realizaba mantenimiento de bicicleta estática. El paciente consulto inmediatamente al hospital local donde realizan maniobras de hemostasia, y embalan los dedos para transporte (fig 2).

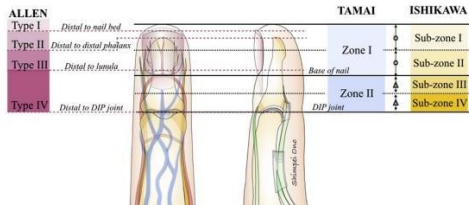


Fig. 1. Clasificación amputaciones digitales (TOMADO DE: Shimpei Ono Et al. <https://doi.org/10.1016/>)

HALLAZGOS CLÍNICOS: Paciente ingreso a urgencias conservando cadena de frio de segmentos amputados que junto con segmentos proximales presentaban bordes irregulares y machacamiento, no había signos de lesión severa como pérdida de tejidos o ensortijamiento de vasos (Fig. 2).



Fig. 2: Dedos amputados

EVALUACIÓN DIAGNOSTICA: La radiografía evidencio lesión ósea con amputación de falange distal de quinto dígito e interfalángico distal de cuarto dedo con compromiso articular y fractura de falange distal de tercer dedo mano izquierda (Fig. 3).



Fig. 3: Radiografía de mano afectada
INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA: Cuando el paciente llega a la institución se llamó al microcirujano y cirujano de mano, quien activo y guio el protocolo hasta que intervino al paciente en quirófano mediante microscopio Carl Zeiss de alta potencia, el procedimiento fue hecho mediante anestesia general ofrecida por el Dr Cabezas en ayudantía con el médico interno Cesar Gustavo Benavides Jojoa (Fig. 4).

Se realizó fijación ósea con clavos Kirchnner de segmentos amputados, tenorrafias con prolene 3/0, neurorrafias con nylon 7/0, arteriorrafias y venorrafias con nylon 9 y 10/0



Fig. 4: Reimplante digital Dr. Cesar Gustavo Benavides Jojoa (izquierda) y Dr. Victor Hugo Villacis Basante (derecha)

SEGUIMIENTO Y RESULTADOS: Hasta la fecha de elaboración de este articulo el paciente se encuentra en control ambulatorio estricto de su estado, con excelente función de su mano, reintegrado totalmente a sus actividades básicas cotidianas.



Fig. 5: Paciente a los 3 meses completamente rehabilitado

DISCUSIÓN Los reimplantes digitales son procedimientos de alta complejidad que presentan indicaciones absolutas, relativas y contraindicaciones (tabla 1, 2, 3)8,9.

Quintero & Tsai reporta que la forma óptima para transportar parte amputada es envuelta en gasa húmeda dentro de un recipiente plástico, y a su vez dentro de otro con hielo tras 8 horas de acto quirúrgico se traslada paciente a unidad de recuperación. Los siguientes días el paciente estuvo bajo control estricto, dándose alta el 23 de abril del 2022.

se recomienda no poner la parte amputada directamente en hielo porque quema el tejido produce vasoespasmo irreversible¹⁰. Otro factor en cuenta es el tiempo de isquemia, Harbour et al, afirma que el tiempo de isquemia caliente debe de 6 horas y fría 12 horas; pero en la literatura se encuentra informes de reimplantación exitosa de 42 horas en isquemia caliente y hasta 94 horas en fría, con tasas de éxito del 80%¹¹, nuestro paciente presento una isquemia fría aproximada de 13 horas.

Tejedor et al menciona que estos procedimientos deben ejecutarse por un microcirujano calificado en cirugía de mano dado que se requiere neurografías y anastomosis vasculares microquirúrgicas y reparaciones óseas y tendinosas precisas¹², en nuestro caso institucional fue ejecutado por el Dr Victor Hugo Villacis Basante supra especialista formado universitariamente en microcirugía y cirugía de mano.

Tejedor et al, reporta que la duración de la cirugía en casos de éxito es de 263 ± 144 min¹², ósea de 119 a 407 min, para el caso puntual de nuestro paciente la cirugía tuvo una duración aproximada de 8 horas, es decir 480 min, esto representa que estuvo fuera del rango de éxito. Probablemente este tiempo extra fue dado debido a que el personal no estaba entrenado para asistir este tipo de cirugías puesto que fue la primera cirugía de reimplante digital, cayéndose en tiempos muertos para capacitar al personal durante la misma. Dicha situación es evidenciada dado que para la fecha de escritura de este artículo ha habido 5 reimplantes más en los cuales el personal se ha familiarizado con el protocolo de reimplante al punto que la media de

tiempo del acto quirúrgico en total ha disminuido hasta ejecutarse el mismo en 3 horas y 30 minutos o 210 minutos, adecuándose a los estándares propuestos por Tejedor Et al.

En cuanto a los resultados funcionales, un estudio retrospectivo hecho en Francia los evaluó a largo plazo en 28 pacientes de reimplantación digital entre 2010 y 2016 encontrando que la fuerza de prensión media fue del 80% y la de pellizco del 65%, de tal manera que 22 de los pacientes empleados en el momento de la amputación, 17 (77,3%) habían vuelto a trabajar en el mismo puesto.¹³ En el caso de nuestro paciente luego del procedimiento mostro un alto grado de satisfacción, a los 7 días ya había empezado a recuperar sensibilidad e inicio su proceso terapia a partir de la semana 6 cuando se retiraron los clavos de fijación ósea, al cabo de 2 meses ya había recuperado movilidad y fuerza en los dedos amputados (figura 6).

La importancia de la realización de estos procedimientos se refleja en un estudio hecho por Diwany Et al quien encontró que la mayoría de un grupo de pacientes reimplantados optaría por repetir la reimplantación, mientras que los pacientes amputados no recomiendan ni se encuentran en satisfacción con el procedimiento¹⁴.

CONCLUSIONES

En el reimplante digital, una adecuada indicación, la ausencia de contraindicaciones, un correcto transporte de los dedos amputados, un tiempo de isquemia pertinente y desde luego la ejecución de la técnica quirúrgica por un microcirujano y cirujano de mano capacitado favorece el éxito de la intervención y la ausencia de complicaciones durante el posoperatorio. El resultado funcional y psicológico del paciente con el reimplante es mejor que la amputación.

Es importante que estas cirugías se estén realizando en Nariño porque la población tiene una mayor probabilidad de conservar sus extremidades luego de un accidente y así mismo retomar actividades laborales y recreativas; adicional a lo anterior la realización de procedimiento de tan alta complejidad contribuye en gran medida junto con otras áreas a que el hospital pueda elevarse a un nivel 4 de complejidad, por tanto es necesario más apoyo

de entes gubernamentales para seguir avanzando en nuevos procedimientos.

BIBLIOGRAFIA

1. Naquira LA, Naranjo Am, Londoño JA. (2012). Epidemiología de las lesiones de punta de dedo. Rev col ort tra, Volumen 26, No(2).
2. Yuan, F., McGlinn, E. P., Giladi, A. M., & Chung, K. C. (2015, julio). A Systematic Review of Outcomes after Revision Amputation for Treatment of Traumatic Finger Amputation. Plastic and Reconstructive Surgery, 136(1),
3. Aguilar EA, Magaña I, Huertas G, Hernández M, Avalo C. (2014). Características clínico-epidemiológicas de las amputaciones traumáticas en el Hospital de Alta Especialidad "Dr. Gustavo A. Roviroso Pérez" durante el periodo enero del 2012 a diciembre del 2013. Volumen 20 No (3), Págs. 84-97.
4. Manuel Méndez, B. (2010, enero). Cirugía reconstructiva de la mano. Revista Médica Clínica Las Condes, 21(1), 57-65.
5. Hadley SR, Capo JT. Digit Replantation The First 50 Years. BullHosp Jt Dis (2013). 2015 Jun;73(2):148-55. PMID: 26517169.
6. <https://repository.urosario.edu.co/bitstream/handle/10336/4252/AlvaradoPardo-Constanza-2012.pdf;jsessionid=9383D488EBBD57E4514ABDAE5CA6EBF4?sequence=1>
7. Woo, S. H. (2019, noviembre). Practical Tips to Improve Efficiency and Success in Upper Limb Replantation. Plastic and Reconstructive Surgery, 144(5)
8. Pet MA, Ko JH. Indications for Replantation and Revascularization in the Hand. Hand Clin. 2019 May;35(2):119-130. doi: 10.1016/j.hcl.2018.12.003
9. Woo SH. Practical Tips to Improve Efficiency and Success in Upper Limb Replantation. Plast Reconstr Surg. 2019 Nov;144(5):878e-911e.
10. Quintero JI & Tsai TM. Revascularization and digital reimplantación. Review of current concepts. Rev colombiana de ortopedia y traumatología. 2020
11. Harbour PW, Malphrus E, Zimmerman RM, Giladi AM. Delayed Digit Replantation: ¿What is the Evidence? J Hand SurgAm. 2021 Oct;46(10):908-916.
12. Tejedor Navarro A, Vendrell Jordà M, Puente Alonso C. Digital replantation/revascularization: predictive factors to microsurgery success-a single-center study. Eur J Trauma Emerg Surg. 2021 Feb;47(1):225-232
13. Charpentier K, Loisel F, Menu G, Feuvrier D, Obert L, Pluvy I. Long-term functional results of digital replantation: A survey of 28 patients. Hand Surg Rehabil. 2019 Dec;38(6):375-380. doi: 10.1016/j.hansur.2019.09.001
14. El-Diwany M, Odobescu A, Bélanger-Douet M, Berbiche D, Arsenault J, Bou-Merhi J, Harris PG, Danino AM. Replantation vs revision amputation in single digit zone II amputations. J Plast Reconstr Aesthet Surg. 2015 Jun;68(6):859-63. doi: 10.1016/j.bjps.2015.02.033.

SITUS INVERSUS TOTALIS CON HALLAZGOS DE ATRESIA YEYUNO PROXIMAL, UN REPORTE DE CASO.

Jenny Patricia Eraso Revelo¹; Melanie Xiomara Córdoba Córdoba²; Angelica Tatiana Saa Guerrero²

¹ Médico pediatra, líder línea de investigación pediátrica grupo HOSDENAR investiga

² Estudiante medicina. Semestre 12 internado rotatorio Fundación universitaria San Martín

Resumen

El Situs Inversus Totalis (SIT) es una rara entidad que se caracteriza por la imagen en espejo de las vísceras torácicas y abdominales con respecto al plano sagital(1). Se presenta con igual incidencia en ambos sexos; su prevalencia se estima de 1 a 2/10,000 nacidos vivos(3), se relaciona frecuentemente con malformaciones cardíacas y esplénicas graves(4). La asociación de atresia yeyunal con situs abdominus es rara; pero, la asociación con situs inversus totalis es extremadamente rara. Descripción de caso: Recién nacido a término de 37 semanas de gestación por capurro, madre de 31 años G4P2C1A1V3, con control prenatal sin alteraciones. APGAR adecuado para el 1, 5 y 10 minutos, con peso de 2700 gramos. Es remitido al Hospital Universitario Departamental de Nariño (HUDN), donde ingresa a los tres días de vida con diagnóstico de dextrocardia y sospecha de hipertrofia pilórica vs malrotación intestinal; en esta Institución se realizan paraclínicos, ecografía transfontanelar, ecocardiograma y radiografía toracoabdominal, diagnosticando situs inversus totalis y atresia yeyunal. Se hace manejo quirúrgico para corrección de atresia y evaluación interdisciplinaria. Conclusión: El situs inversus es una rara entidad que se presenta en 1 a 2/10,000 nacidos vivos y se asocia frecuentemente con malformaciones cardíacas y esplénicas graves. El hallazgo de situs inversus totalis con atresia yeyuno proximal es complejo y muy raro. Por ende, es fundamental reconocer su presentación clínica durante el periodo prenatal, para llegar a un diagnóstico oportuno que permita mejorar el pronóstico de estos pacientes o si es el caso, realizar diagnóstico precoz dentro del periodo neonatal, para su manejo en centros especializados donde se pueda llevar a cabo procedimientos quirúrgicos necesarios para corregir la obstrucción intestinal por atresia yeyunal y reducir la morbimortalidad.

Introducción

El Situs Inversus Totalis (SIT) es una rara entidad que se caracteriza por la imagen en espejo de las vísceras torácicas y abdominales con respecto al plano sagital(1), se debe a una perturbación durante la tercera semana del desarrollo embriológico que corresponde a la etapa de gastrulación en la que se establecen los ejes derecha-izquierda del embrión. Los elementos

patogénicos del SIT no han sido bien establecidos, aunque está involucrado un patrón genético de carácter autosómico recesivo(2). Se presenta con igual incidencia en ambos sexos; su prevalencia se estima de 1 a 2/10,000 nacidos vivos (3), se relaciona frecuentemente con malformaciones cardíacas y esplénicas graves. El hallazgo de atresia yeyuno-ileal es de aproximadamente 1/5000 nacidos vivos (4). A continuación, se presenta el siguiente reporte de caso.

Tipo de estudio

Estudio observacional: Reporte de caso

especificada, en malas condiciones generales, sin vía oral y drenaje biliar por sonda orogástrica.

Resultados

Recién nacido fruto de parto vaginal de 37 semanas sin complicaciones, APGAR de 08 al minuto, 09 a los cinco minutos, 09 a los diez minutos, con peso de 2700 gramos.

Al ingreso en el HUDN, se evidencia drenaje biliar por sonda y vómito de iguales características.

Remitido a los tres días de vida desde hospital de segundo nivel, en Florencia Caquetá con diagnósticos de hipertrofia pilórica vs malrotación intestinal, dextrocardia e ictericia neonatal no

Ecografía abdominal muestra niveles hidroaéreos, SIT y distensión de asas intestinales. Serie de abdomen reporta distensión de asas intestinales en cámara gástrica y duodenal, sin visualizar gas en la ampolla rectal hallazgo relacionado con proceso obstructivo intestinal.

Ecocardiograma evidencia SIT con dextrocardia, disfunción miocárdica biventricular ligera, foramen oval de 4 mm, arco aórtico derecho, presión pulmonar cualitativamente normal, ventrículo derecho con disfunción sistólica ligera TAPSE 4,5 mm, ventrículo izquierdo con disfunción sistólica ligera FEVI 50% por Teicholz. Se diagnostica insuficiencia cardiaca neonatal.

Recién nacido valorado por cirujano pediatra quien sospecha atresia intestinal, es llevado a laparotomía y se encuentra atresia intestinal tipo II yeyuno proximal con diferencia de calibre 8 a 1 a 20 cm del ángulo de treitz, se realiza sección de yeyuno distal a atresia, se pasa sonda y se verifica permeabilidad hasta válvula ileocecal. Se reseca segmento intestinal atrésico de 5 cm. Por localización del apéndice en fosa iliaca izquierda se decide hacer apendicectomía por invaginación. Se indicó hospitalización en cuidados intensivos neonatales, se deja en lámpara de calor radiante, se inicia nutrición parenteral y alimentación enteral temprana con lactancia materna y fórmula hidrolizada.

Discusión

El situs solitus corresponde a la anatomía normal de los órganos internos, cuando se presenta una transposición de estos se conoce como situs inversus el cual puede ser total o parcial (4); su prevalencia se estima de 1 a 2/10,000 nacidos vivos (3).

El presente caso corresponde a un situs inversus totalis donde se encuentra una reversión completa de derecha a izquierda de todos los órganos, incluida la dextrocardia, al igual que la anatomía pulmonar normal de manera que, el pulmón izquierdo tiene tres lóbulos y el pulmón derecho tiene dos, el hígado y la vesícula biliar se encuentran a la izquierda, el bazo y el estómago están en el lado derecho (5); El situs inversus puede ser asintomático y diagnosticado de forma incidental durante la laparotomía o autopsia, pero, cuando se asocia con vólvulo del intestino medio o atresias, se presentaría temprano en la edad neonatal (5). En este caso el diagnóstico de Situs Inversus se realizó de forma incidental mediante radiografía toracoabdominal, además se hace diagnóstico de obstrucción intestinal con sospecha de atresia yeyunal proximal. Es importante mencionar los factores etiológicos implicados en situs inversus los cuales corresponden a genes autosómicos recesivos, diabetes materna, abuso de cocaína, exposición

al ácido retinoico, consanguinidad familiar (patrones de herencia múltiple)(5), la extensión de la isquemia determina los diferentes grados y extensión de la atresia intestinal, la presencia de polihidramnios (28%) durante la evaluación prenatal, prematuridad (35%) y peso bajo al nacer (25-50%)(6). En el caso descrito la madre no refiere ningún factor de los que anteriormente se mencionan y cursó con un embarazo sin complicaciones con recién nacido de 37 semanas de gestación quien presentó un peso al nacer de 2700 gramos. Se ha encontrado que al momento del nacimiento la manifestación principal de los pacientes con Atresia Yeyunal Proximal es vómito de contenido biliar, distensión abdominal e ictericia y algunos no presentan paso de meconio en las primeras 24 horas de vida (6). En este caso el recién nacido presentó vómito de contenido biliar por lo que requirió paso de sonda orogástrica, donde se evidencia residuo de características biliosas.

Para realizar la confirmación del diagnóstico de atresia yeyunal en más del 95% de los casos, se basa en el cuadro clínico y exámenes radiológicos simples y contrastados, sin embargo durante el periodo prenatal se puede realizar el diagnóstico temprano mediante ultrasonido obstétrico, lo que da la oportunidad de realizar la corrección quirúrgica inmediata con una mejoría del pronóstico (6). En este paciente, se realiza ecografía abdominal donde se evidencian niveles hidroaéreos, con reporte de situs inversus y significativa distensión de asas intestinales. Se realiza radiografía toracoabdominal y serie de abdomen con reporte de distensión de asas intestinales en cámara gástrica y duodenal, sin visualizar gas en la ampolla rectal hallazgo probablemente relacionado con proceso obstructivo intestinal.

En la literatura reciente no se han encontrado reportes de asociación de situs inversus totalis con atresia yeyuno proximal.

El tratamiento que recibió el recién nacido consistió en, nada vía oral, líquidos endovenosos, fue llevado a procedimiento quirúrgico con buena evolución clínica, se logra extubar de manera temprana y se inicia alimentación enteral temprana con adecuada tolerancia.

Conclusiones

El situs inversus es una rara entidad que se presenta en 1 a 2/10,000 nacidos vivos y se

asocia frecuentemente con malformaciones cardiacas y esplénicas graves. El hallazgo de situs inversus totalis con atresia yeyuno proximal es complejo y muy raro. Por ende, es fundamental reconocer su presentación clínica durante el periodo prenatal, para llegar a un diagnóstico oportuno que permita mejorar el pronóstico de estos pacientes o si es el caso, realizar diagnóstico precoz dentro del periodo neonatal, para su manejo en centros especializados donde se pueda llevar a cabo procedimientos quirúrgicos necesarios para corregir la obstrucción intestinal por atresia yeyunal y reducir la morbimortalidad

Es importante incentivar en el personal médico en general, la realización de una historia clínica completa para poder llegar al diagnóstico; en este caso hacer el diagnóstico diferencial de hipertrofia de píloro por el cual fue remitido, donde la presentación clínica es tardía y el vómito no tiene características biliosas, a diferencia de la atresia yeyunal que se manifiesta clínicamente en los primeros días de vida con signos de obstrucción intestinal.

Bibliografía

Latinoamericana E. CIMEL Ciencia e Investigación Médica [Internet]. Redalyc.org. [citado el 5 de septiembre de 2021]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/717/71721155010.pdf>

Aljure Reales V de J, Álvarez Gallego GC, Ávila Espitia NC, Arrieta Coley A, Ángel Suárez OG. Situs inversus totalis: revisión de tema con

aproximación a la Genética y reporte de casos. Rev colomb cardiol. 2017; 24 (1): 40-7. <http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci-arttext&pid=S0120-56332017000100040>

C. MJS, LI. MMA, JuLlo Á-PI. situs inversus totalis. a propósito de 2 casos clínicos [Internet]. Conicyt.cl. [citado el 5 de septiembre de 2021]. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rcp/v85n3/art11.pdf>

Chinya A, Naranje K, Mandelia A. Situs inversus abdominalis, poliesplenía, atresia yeyunal compleja y malrotación en un neonato: una asociación rara. Int J Surg Case Rep.2019; 56: 93-5. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6411594/>

Gupta R, Soni V, Valse PD, Goyal RB, Gupta AK, Mathur P. Obstrucción intestinal neonatal asociada con situs inversus totalis: dos informes de casos y una revisión de la literatura. J Med Case Rep.2017; 11 (1): 264. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5603179/>

Argueta ER, Gaona FDC, Limón MCR, Arteaga ANG. Atresia intestinal múltiple: Reporte de un caso [Internet]. Medigraphic.com. 2008 [citado el 10 de septiembre de 2021]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/h-gral/hg-2008/hg082f.pdf>

CARACTERIZACIÓN DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN MÉDICOS DE UN HOSPITAL DEL DEPARTAMENTO DE NARIÑO

Melo Lucero Jaime David ¹; Montenegro Galvis Gabriel David¹; Montenegro Tobar Juan Camilo¹ Ana Isabel Vallejo Narvaez²

¹ Estudiante medicina. Fundación universitaria San Martín

² Epidemióloga, investigadora -Asesora metodológica y científica

RESUMEN

Esta investigación, tuvo como objetivo, determinar las características del Síndrome de Burnout en diferentes unidades de atención de un Hospital del Departamento de Nariño, en las áreas de urgencias, unidad de cuidados intensivos y cuidados intermedios durante el año 2021. Para ello, se aplicó un análisis estadístico en la caracterización socio- demográfica, luego se tuvo en cuenta la escala de Maslach, para identificar el grado del síndrome de Burnout y así describir las características de exposición involucradas en el síndrome de Burnout en los médicos. El paradigma utilizado en este proceso fue el cuantitativo, permitiendo la recolección de datos estadísticos para una mejor comprensión de este fenómeno que se presenta en este campo científico, de igual manera, se empleó el enfoque empírico analítico; utilizado en este caso, para profundizar en el estudio del síndrome de Burnout, partiendo de las causas y efectos en el campo laboral del personal médico, de acuerdo a las condiciones de trabajo que desarrollan en este contexto de la salud; entre los resultados encontrados se pudo evidenciar que en este sector de la salud si se presenta el Síndrome de Burnout, llegando a la conclusión que el síndrome de Burnout se puede considerar como una enfermedad profesional que afecta la calidad de vida del personal médico que labora en estas unidades de salud.

Palabras clave: condiciones de trabajo, enfermedad profesional, epidemiología, personal médico, Síndrome de Burnout.

ABSTRACT

The objective of this research was to determine the characteristics of the Burnout Syndrome in different care units a Hospital in the Department of Nariño a Hospital of the Department of Nariño in the areas of emergencies, intensive care unit and intermediate care during the year 2021. For this, a statistical analysis was applied in the socio-demographic characterization, then the Maslach scale was taken into account, to identify the degree of Burnout syndrome and thus describe the exposure characteristics involved in Burnout syndrome in physicians. The paradigm used in this process was quantitative, allowing the collection of statistical data for a better understanding of this phenomenon that occurs in this scientific field, in the same way, the analytical empirical approach was used; used in this case, to deepen the study of Burnout syndrome, starting from the causes and effects in the labor field of medical personnel, according to the working conditions that they develop in this health context; Among the results found, it was possible to show that in this health sector if the Burnout Syndrome is presented, reaching the conclusion that the Burnout syndrome can be considered as an occupational disease that affects the quality of life of the medical staff that works in these health units.

Keywords: working conditions, occupational disease, epidemiology, medical personnel, Burnout Syndrome

INTRODUCCIÓN

El Síndrome de Burnout (SB), actualmente es una problemática en salud, que ha ido en aumento a nivel mundial, por lo cual, se ha convertido en un tema de interés, a fin de aportar nuevos conocimientos en el contexto de la práctica médica. El síndrome de burnout (SB) fue identificado por primera vez por Maslach &

Jackson (Maslach, y otros, 1981). Es considerado como un estado de estrés psicológico y emocional prolongado en el trabajo, caracterizado por tres dimensiones clave: agotamiento emocional, despersonalización, y sentido reducido de la realización personal. De esta forma, Maslach (Maslach, y otros, 2001) dio cuenta en sus estudios de la relevancia en considerar los

aspectos emocionales que operaban en el burnout, aduciendo que la tensión laboral es una variable interviniente significativa en el proceso de estrés y agotamiento psíquico, y que adecuadas estrategias de afrontamiento tenían implicaciones importantes para los individuos en cuanto a su identidad profesional y conductas laborales.

Es así que la “salud laboral, seguridad y salud en el trabajo”,. (Pérez, y otros, 2020 pág. 23). deben incluir medidas pertinentes, para el mejoramiento de la calidad de vida del personal aún más, para aquellos que sobrellevan condición de estrés.

Ahora bien, retomando la importancia, especialmente en estos tres últimos años, en donde los médicos, han tenido que afrontar la pandemia a consecuencia del llamado COVID 19, el personal médico de la institución estudiada, y muchos de otras entidades de salud, empezaron a presentar consecuencias del estrés generado por esta situación; es más, algunos autores lo describen “como un proceso de desbalance entre las exigencias de un evento y los recursos con los que cuenta el individuo para hacerle frente” (Lopez, y otros, 2012), (Exposito, 2008)

Varios autores, (Martinez.Perez, 2010); (Aceves, y otros, 2006). Confirman que actualmente el Síndrome de Burnout, es considerada una condición que puede afectar a cualquier individuo, y en el año 2000, por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como un problema de interés de salud pública. De acuerdo a lo anterior, se evidencia que este síndrome se plantea como un problema para los médicos y demás personal de la salud, ya que, parece ser una respuesta a los estresores interpersonales en el ambiente laboral, donde el exceso de contacto con los individuos receptores de servicios produce cambios negativos en las actitudes y en las conductas hacia estas personas, dejando como consecuencias en muchas oportunidades mal servicio en la función que realizan, y es que de hecho este fenómeno se convierte en una problemática particularmente real, donde existen respuestas disfuncionales del individuo en contextos laborales caracterizados por fuertes niveles de presión y tensión laboral, teniendo consecuencias como, privación del sueño, conflictos laborales y bajo compromiso organizacional.

Sobre esta problemática, también se encuentra aportes importantes de investigación como el que

hace Burke donde explica: “el Burnout como un proceso de adaptación del estrés laboral, que se caracteriza por desorientación profesional, desgaste, sentimientos de culpa por falta de éxito profesional, frialdad o distanciamiento emocional y aislamiento” (Burke, 1987). De igual manera, y según El Ministerio del Trabajo El 60% del personal asistencial del sector salud, tiene turnos diarios de trabajo entre 9 y 12 horas y enfrentan situaciones en sus funciones tales como atender personas gravemente enfermas, tomar decisiones que implican salvar vidas o inevitablemente enfrentar la muerte. (Ministerio del Trabajo, 2019)

En el sector de la salud, diversas investigaciones, revelan que los trabajadores presentan una prevalencia entre un 33,9% y un 65% de estrés laboral, asociado con síntomas de carácter emocional y/o fisiológico, además de una exposición permanente a enfermedades (Arenas, 2016). También, un estudio en Colombia reporta que entre el 20% y 33% de los profesionales asistenciales médicos, presentan niveles de estrés laboral altos que afectan principalmente los rasgos fisiológicos y emocionales de la persona, evidenciando como consecuencia, pérdida de interés por el trabajo, baja motivación por las tareas, ansiedad, cansancio emocional, fatiga, insomnio, úlceras y despersonalización (Cabrera.A, 2015),

El personal médico está en continua relación con el paciente y esto puede producir en el médico “diversas emociones, como la necesidad de curarle, la sensación de fracaso y la frustración. La sensación de impotencia frente a la enfermedad” (Gálvez, y otros, 2011 pág. 13). otros sentimientos como “el temor a sufrir la misma enfermedad y el deseo de evitar a los pacientes para huir de los propios sentimientos” (Gálvez, y otros, 2011 pág. 13).

De esta forma, es perentorio buscar un diagnóstico poblacional de este flagelo

PROCEDIMIENTO

El paradigma utilizado en este estudio fue la investigación cuantitativa, (Rodríguez, 2020 pág. 13). En este caso, permitió enfocar el estudio en puntos esenciales del problema relacionado con el Síndrome de Burnout.

Para la recolección de datos, se hizo el contacto con talento humano de la institución, donde se solicitó una base de datos que contenía

información como: identificación, correo electrónico, celular de los médicos, en donde se los invito a participar del estudio, de igual manera, se solicitó un consentimiento informado; Se empleó un cuestionario anónimo y auto administrado para evitar sesgos de información y respetar la confidencialidad, que incluyó características sociodemográficas y laborales que se comportan como factores de riesgo: edad, sexo, estado civil y relaciones con el equipo de trabajo; mediante encuestas, estas son “procedimientos de investigación basados en el interrogatorio de una muestra de población con el fin de obtener información cualitativa y cuantitativa sobre determinadas características de la población” (Ruiz Fernández, 2020 pág. 34). Así mismo, se empleará el *Maslach Burnout Inventory* (Inventario de agotamiento Maslach).

RESULTADOS

De acuerdo a los datos estadísticos, se obtuvieron los siguientes resultados para determinar las características del Síndrome de Burnout en 53 médicos de los servicios de urgencias, unidad de cuidados intensivos y cuidados intermedios del Hospital Universitario Departamental de Nariño durante el año 2021.

Se encuestó a un total de 53 médicos, quienes son trabajadores como médicos generales o médicos especialistas en el Hospital Universitario departamental de Nariño, de los cuales el 62,3% correspondieron al sexo masculino y el 37,7% correspondieron al sexo femenino. En referencia al estado civil, 32 (60,4%) médicos son solteros, 14 (26,4%) son casados, 3 (5,7%) son divorciados y 4 (7,5%) viven en unión libre. En relación al nivel de escolaridad de 53 médicos se encontró que 33 (62,3%) son médicos generales y 21 (37,7%) son especialistas.

Tabla 1: Aspectos sociodemográficos

ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS				
Género	Hombres		Mujeres	
	38%		62%	
Estado civil	Soltero 60%	Casado 26%	Unión libre 8%	Divorciado 6%
Lugar de procedencia	Pasto 94%	Ancuya 2%	Samaniego o 2%	San José de Albán 2%
Nivel de escolaridad	Médico general 72%		Médico especialista 28%	

Fuente: resultado de la recolección de la información personal médico HUDN, autores.

Respecto al tiempo de turnos laborados, se encontró que el promedio de horas fue de 8 horas con un mínimo de 4 horas y un máximo de 12 horas, al recodificar la edad en rangos de tiempo se encontró que 31 (58,4%) médicos trabajan 6 horas al día, 14(26,4%) médicos trabajan 12 horas al día, 5(9,4%) médicos trabajan 8 horas y 2 (3,8%) médicos trabajan 4 horas al día.

Tabla 2: Prestación de servicios

PRESTACIÓN DE SERVICIOS				
Unidad de servicios laborales	Servicio de urgencias 60%	Unidad de cuidados intensivos 25%	Unidad de cuidados intermedios 15%	
Jornada laboral	Diurna - nocturna 51%	Diurna 28%	Otros 19%	Nocturna 2%
Rango de tiempo en el turno de trabajo	6 horas 61%	12 horas 27%	8 horas 10%	9 horas 2%

Fuente: resultado de la recolección de la información personal médico HUDN

ANTECEDENTES FAMILIARES

Se encontró que 46(86,8%) médicos no tienen familiares con patología psiquiátrica y 7 (13,20%) médicos afirman tener familiares con problemas de psiquiatría. Se encontró que 46 (86,8%) médicos tienen antecedentes de familiares con HTA y 7 (13,20%) médicos no tienen antecedentes de familiares de HTA. Se encontró que 27 médicos es decir el (50,9%) no presentan antecedentes familiares de DM y 26 médicos es decir el (49,1 %) encuestados tienen antecedentes de familiares con DM.

Tabla 3: Antecedentes familiares

ANTECEDENTES FAMILIARES		
Patologías psiquiátricas	No tienen 94%	Si tienen 6%
HTA	Con antecedentes 93%	Sin antecedentes 7%
Diabetes Mellitus	Si 51%	No 49%

Fuente: resultado de la recolección de la información personal médico HUDN

Se observó que 32(60,3 %) médicos no consumen alcohol y 21 (39,6%) si consumen alcohol. Respecto a la frecuencia del consumo de alcohol 16 (30,2%) aseguran que lo hace una o dos veces al mes, 1 (1,9%) afirman que toman alcohol más

de tres veces a la semana y para 35 (66,0%) médicos no aplica puesto que no consume alcohol. Se encontró que 50 (94,3%) de los médicos no consumen tabaco, pero 3 (5,7%) médicos si consumen cigarrillo.

En relación a cuantos cigarrillos consume al día un médico es decir (1,9%), respondió que consume entre 2 y 5 cigarrillos al día, 2(3,8%) médicos respondieron que consumen uno por día y 50 médicos es decir el (94,3 %) no consumen cigarrillo.

Se encontró que 37 (69,8%) médicos no tienen una patología de base y 16 (30,1%) mencionan que si tienen una patología de base.

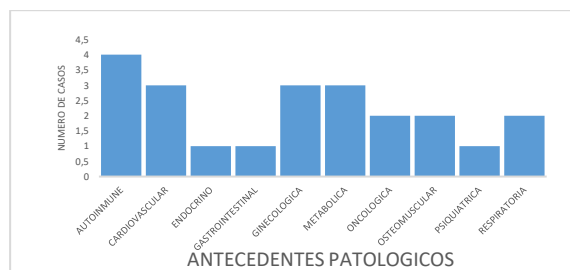
Tabla 4: Antecedentes personales

ANTECEDENTES PERSONALES			
Consumo de alcohol	Si 60%	No 40%	
Frecuencia-Consumo de alcohol	1 o 2 veces al mes 84%	No aplica 6%	Más de 3 veces a la semana 5%
Consumo de cigarrillo	No consumen 94%	Si consumen 6%	
Consumo de cigarrillo al día	No aplica 94%	Entre 2 y 5 4%	Uno por día 2%

Fuente: resultado de la recolección de la información personal médico HUDN

Se encontró que los médicos encuestados que tienen patología de base presentan enfermedades autoinmunes, enfermedades metabólicas enfermedades cardiacas, enfermedades ginecológicas y enfermedades oncológicas.

Tabla 5: Distribución de los antecedentes patológicos de los médicos HUDN. Síndrome de burnout 2022



Fuente: resultado de la recolección de la información personal médico HUDN

Se puede observar que 27 (50,9%) médicos no han recibido acoso psicológico o violencia psicológica laboral y 18 (34%) médicos refieren que sí y 8 (15,1%) médicos restantes respondieron que tal vez han recibido acoso psicológico o violencia psicológica. En cuanto a si recibe una remuneración justa en su trabajo 25 médicos es decir el (47,2%) de los médicos encuestados refieren no recibir una remuneración justa por su trabajo y 15 médicos es decir el (28,3%) dijeron que sí y los otros 13 médicos es decir el (24,5%) respondieron que tal vez. Además, se encontró que 22 médicos es decir el (41,5%) no creen que trabajan en exceso y 21 médicos es decir el (39,6%) afirma que trabaja en exceso y 10 médicos (18,9 %) no saben si están trabajando en exceso. A parte Se encontró que 23 (43,4%) médicos afirman que hay falta de comunicación laboral y 23 (35,8 %) médicos responden negativamente y 11(20,8%) no saben si hay falta de comunicación en su entorno laboral.

Se encontró que 46 (86,8%) médicos toleran personas de otra raza, religión etc., 5 (9,4%) médicos creen que hay personal médico que no tolera a personas de otra raza, religión y 2 (3,8%) no saben.

Tabla 6: Situación laboral

SITUACIÓN LABORAL			
Acoso laboral	No ha recibido acoso laboral 62%	Si ha recibido acoso laboral 35%	Probablemente ha recibido acoso laboral 3%
Acoso psicológico	No recibe remuneración justa 47%	Si recibe remuneración justa 28%	Tal vez recibe remuneración justa 25%
Jornada laboral	No trabaja en exceso 50%	Si trabaja en exceso 47%	Probablemente trabaja en exceso 3%
Comunicación laboral	Si hay comunicación laboral 49%	Falta de comunicación 48%	Probablemente no haya 3%
Inclusión social	Tolerancia 88%	Dificultad 9%	No saben 3%

Fuente: resultado de la recolección de la información personal médico HUDN

RESULTADOS ESCALA DE MASLACH: En el componente de cansancio emocional: Se demostró que el 60,4% de los encuestados presentaron niveles de cansancio emocional bajo siendo esto correspondiente a 32 médicos, el 22,6% mostro niveles de cansancio emocional medio que correspondes a 12 médicos, es decir que al menos 44 médicos muestran niveles medio-bajo de cansancio emocional y el 17% restante presenta altos niveles de cansancio emocional esto siendo correspondiente solamente a un total de 9 médicos.

En el componente de despersonalización: Se demostró que el 62,3% de los encuestados presentaron niveles de despersonalización bajo siendo esto correspondiente a 33 médicos, el 26,4% mostro niveles de despersonalización medio que correspondes a 14 médicos, es decir que al menos 47 médicos muestran niveles medio-bajo de despersonalización y el 11,3% restante presenta altos niveles de despersonalización esto siendo correspondiente solamente a un total de 6 médicos.

En el componente de realización personal: Se demostró que el 50,9% de los encuestados presentaron niveles de realización personal alto siendo esto correspondiente a 27 médicos, el 26,4% mostro niveles de realización personal medio que correspondes a 14 médicos, es decir que al menos 41 médicos muestran niveles medio-alto de realización personal y el 22,6% restante presenta bajos niveles de realización personal esto siendo correspondiente solamente a un total de 12 médicos.

Tabla 7: Escala de Maslach

ESCALA DE MASLACH			
Nivel de cansancio emocional	Bajo	Medio	Alto
	62%	27%	11%
Nivel de despersonalización	Alto	Medio	Bajo
	62%	27%	11%
Nivel de realización personal	Alto	Medio	Bajo
	51%	26%	23%

Fuente: resultado de la recolección de la información personal médico HUDN

DISCUSIÓN

Prácticamente, desde los primeros años de la década de los setenta se empieza a desarrollar estudios relacionados con el agotamiento emocional, la despersonalización y la baja

realización de los profesionales; denominando a todas estas situaciones como el Síndrome de Burnout como lo aseguró (Aceves, y otros, 2006). Para ello, se estudió diferentes condiciones para determinar las características del Síndrome de Burnout en médicos de los servicios de urgencias, unidad de cuidados intensivos y cuidados intermedios del HUDN durante el año 2021. Se inició, identificando el estado civil de los médicos, así lo manifiesta, el estudio realizado por (Palacov, y otros, 2021) Silvina Polacov en su estudio, coincide en las cifras estadísticas con relación a las presentadas en este estudio

En el estudio desarrollado por (Onofre, y otros, 2019). Manifiestan que 49% de los profesionales de la salud laboran en un horario menor a 40 horas de trabajo y en un 50.67% es mayor a 76 horas de trabajo, que al comparar con el estudio hecho en el HDUN es el 27% laboran 12 horas, el 10% 8 horas, el 61% 6 horas y el 2% 9 horas, que haciendo la conversión coinciden de forma aproximadamente las horas laboradas en los dos estudios.

Frente a los factores de riesgo relacionadas con algunas patologías de base, de acuerdo a la investigación de (Alvarado, y otros, 2018) la patologías críticas están presentes en un 15%, y se resalta los factores externos el 50.9%, en el caso del HDUN, sus médicos aseguran que el 30% presentan patologías de base y un 70% no presentan, en cuanto a las Patologías específicas, encontrando semejanzas entre la investigación de (Alvarado, y otros, 2018) y esta investigación.

El consumo de alcohol y cigarrillos, en el estudio desarrollado por (Vásquez Pichi, 2019). Se asegura, que el 26,57% manifestó nunca consumir ninguna sustancia tóxica, por consiguiente, un hábito saludable, mientras que el 34.3% manifestó que a veces lo hace, considerado como poco saludable, y el 39.13% dijo consumir alcohol o tabaco con regularidad, lo que considera poco saludable, en comparación con este estudio el 94% no consumen cigarrillo y el 6% lo consumen y al día lo hacen un 4%, no aplica el 94% y uno por día 4%, en cuanto al consumo de alcohol el 40% consumen alcohol y un 60% no lo hacen, en cuanto a la frecuencia el 84% lo hace 1 o 2 el 6% no aplica, el 5% 1 o 2 veces a la semana veces al mes, el 5% más de 3 veces a la semana, por tanto se asemeja al estudio realizado por (Vásquez Pichi, 2019), porque esto coincide en ambos casos por llevar una mejor calidad de vida.

En cuanto al acoso laboral, el estudio de (Casas, 2017), hace referencia a un clima laboral hostil, en este caso que se estudió el 62% afirman que no ha recibido acoso laboral y un 35% asegura que, si han recibido acoso laboral, y el 3% afirma que probablemente han recibido acoso laboral, aunque las preguntas difieren en los términos, están muy relacionadas, sin embargo, la estadística si difiere o se contradice, puesto que en el HDUN, se ha pactado el respeto en las relaciones de trabajo.

En relación con las jornadas de trabajo se presenta una similitud con lo expuesto por (Sánchez, y otros, 2018), quien afirma que el tiempo es en horario matutino el 54.7%, el vespertino el 17% y el nocturno el 28.3% y en el presente estudio el diurno representa un 28%, diurna nocturna 51%, nocturna el 2% y otros horarios el 19%. Que, por el hecho de pertenecer al sector de la salud, permite presentar condiciones semejantes para ser analizadas.

La comunicación laboral, en la investigación de (Casas, 2017), se obtuvieron los siguientes resultados respecto a las relaciones laborales en su entorno de trabajo, 56.2% refirió no percibir unas inadecuadas relaciones interpersonales, el 43.8% refirió si haber relaciones inadecuadas en los trabajadores de la salud. En este caso se presenta una similitud con la comunicación de acuerdo a los resultados obtenidos, 49% manifiestan que si hay comunicación laboral y falta comunicación un 48% y un 3 % afirma que probablemente no haya, por tanto, se puede inferir que la mitad del personal médico se comunican y la otra mitad no lo hacen.

EL acoso psicológico, también hace presencia en los estudios relacionados con el Síndrome de Burnout, en una investigación desarrollada por (Loor, y otros, 2019) .. aseguran que el 55% el personal médico presenta un alto nivel de acoso psicológico, un 23% es medio y un 22% es bajo, en comparación con esta investigación, los médicos encuestados aseguran en un 58% no presentan acoso psicológico, el 39% aseguran que han sido acosados psicológicamente y un 3 % dicen que tal vez, comparando los dos estudios difieren el grado de acoso psicológico, sin embargo, si se presenta.

En cuanto a los resultados de la escala de Maslach, la investigación de (Marecos Bogado, y otros, 2018) presenta los siguientes datos, en el componente de agotamiento o cansancio

emocional, una puntuación alta en el 58.9% media en 27.9%, y baja el 13.5%, en esta investigación el nivel alto es del 17%, el medio es de 23% y el bajo es del 17%, aunque los porcentajes difieren, la preocupación radica en que el cansancio emocional alto supera el 50%. Por su parte el nivel de despersonalización, en este mismo estudio tiene los siguientes resultados estadísticos así, una puntuación alta en el 58%, media en el 14% y, baja el 6.7%, en la presente investigación, el nivel de despersonalización registra los siguientes datos, alta el 62%, media el 27% y bajo el 11%, en estos casos el nivel despersonalización en las dos investigaciones es alta, por tanto, es preocupante, ahora, en el nivel de realización personal, el estudio de (Marecos Bogado, y otros, 2018), obtuvo los siguientes resultados, puntuación baja el 42.3% media el 37.5%y, alta en el 20.2%, en este proceso de investigación se obtuvieron los siguientes hallazgos, baja el 23%, media el 26% y alta el 51%, en este caso si se presenta una diferencia bastante interesante por cuanto, el nivel de realización personal es muy elevado en esta investigación con relación a la investigación de porque supera.

CONCLUSIONES

- El deterioro de la salud es una de las consecuencias de los riesgos que se presentan en los ambientes de trabajo, en otras palabras, es la materialización del riesgo a la salud del trabajador médico,
- El estudio evidencia que el nivel de despersonalización personal en el Hospital Universitario Departamental de Nariño, arroja un grado bajo del 60%, incidiendo en la práctica laboral de los médicos.
- De igual manera, se demuestra que los médicos encuestados no presentan niveles altos de cansancio emocional, en comparación con el cansancio físico.
- Se determinó que gran número de médicos que presentan agotamiento emocional en bajo grado la gran mayoría trabaja en servicio de urgencias, en comparación con las áreas de la unidad de cuidados intensivos y cuidados intermedios
- La frecuencia más baja del SB, se localiza en los menores de 35 años siendo proporcional el

incremento del SB versus el incremento de edad, en cuanto al género es equitativo.

REFERENCIAS

1. 45001 Nueva ISO Síndrome de Burnout un Trastorno Emocional Vinculado al Ambio laboral [Libro]. - 2020.
2. Aceves y G.A Síndrome de burnout. Archivos de Neurociencias [Sección de libro]. - 2006.
3. Alvarado José y Álvarez Kristhell Síndrome de Burnout asociados con depresión en médicos residentes del Hospital Escuela Danilo Rosales Argüello [Libro]. - León - Nicaragua : Universidad Autónoma de Nicaragua UNAN LEÓN, 2018.
4. Arenas Estrés en médicos residentes en una unidad de atención médica de tercer nivel. Rev Cirujano General. [Sección de libro]. - 2016.
5. Burke Burnout in police work: An examination of the Cherniss model", Group and Organization Studies [Sección de libro]. - 1987.
6. Cabrera.A Ministerio de Protección Social. Plan Nacional de Salud Ocupacional [Sección de libro]. - 2015.
7. Casas Leticia Factores asociados al síndrome de Burnout en profesionales de la microrred aucayacu- Minsa 2017 [Libro]. - Huánuco-Perú : Universidad de Huánuco, 2017.
8. Chiang Margarita, Martín José y Núñez Antonio Relaciones entre el clima escolar y la satisfacción laboral [Libro]. - Madrid : Comillas, 2010.
9. Egger Garry. Binns. Andrew, Rössner Stephan y Sagner Michael Medicina del estilo de vida, Hábitos, entorno, prevención y promoción de la salud [Libro] / trad. España Elsevier. - Barcelona : Elsevier, 2017.
10. Exposito La calidad de vida en los cuidadores primarios de pacientes [Libro]. - 2008.
11. Florenzano R [y otros] Somatización: aspectos teóricos, epidemiológicos y clínicos [Libro]. - [s.l.] : Revista Chilena de neuro-psiquiatría, 2020.
12. Fung Jason El código de la diabetes: prevenir y revertir la diabetes tipo 2 de manera natural [Libro]. - Málaga : Sirio, 2018.
13. Gálvez Macarena, Moreno Bernardo y Mingote José El desgaste profesional del médico, revisión y guía de buenas prácticas, el Vuelo de Ícaro [Libro]. - Madrid : Díaz de Santos, 2011.
14. Kumar Vina, Abbas Abul y Fausto Nelson, Aster, Jon Robbins y Cotran. Patología estructural y funcional [Libro]. - Madrid : Elsevier, 2010.
15. Loor Moserrate y Murillo Rita Análisis de los factores que inciden con mayor frecuencia en el Síndrome de Burnout en el personal médico asistencial del área de emergencias y unidad de cuidados intensivos de un hospital público en el período de enero a diciembre de 2019 [Libro]. - Guayaquil : Escuela superior Politécnica del Litoral, 2019.
16. Lopez L, Solano A y Arias A El estrés laboral y los trastornos psiquiátricos en Sarsosa-P profesionales de la medicina [Libro]. - 2012. - págs. 280-288.
17. Marecos Bogado Sandra y Moreno Martín. Asociación entre Síndrome de Burnout y funcionalidad familiar en médicos residentes [Libro]. - Asunción : Universidad Nacional de Asunción, 2018.
18. Martinez.Perez Anabella El Síndrome De Boutnout.Evolucion Conceptual y Estado Actual de la Cuestion [Sección de libro]. - 2010.
19. Maslach y Jackson S. E. The measurement of experienced burnout. J Organ Behav [Sección de libro]. - 1981.
20. Maslach, Schaufeli W y Leiter M Annu Rev Psychol. 2001 [Sección de libro]. - 2001.
21. Ministerio del Trabajo Decreto numero 1477 [Libro]. - 2014.
22. Ministerio del Trabajo II Encuesta nacional de Condiciones de Seguridad y salud en el Trabajo [Sección de libro]. - 2019.
23. Onofre Yony y Mateo Lesley Síndrome de Burnout [Libro]. - Huánuco : Perú Investig Salud, 2019.
24. Ortiz Ocaña Alexander Enfoque y métodos de investigación en las ciencias sociales y humanas [Libro]. - Bogotá : Ediciones de la U, 2015.
25. Palacov Silvina [y otros] Riesgo de Síndrome de Burnout en profesionales médicos de la ciudad de Córdoba, Argentina [Libro]. - Córdoba : Universidad Nacional de Córdoba, 2021.
26. Pérez alemán Yezid y Cárdenas Margarita Líneas de investigación institucionales San Martín Fundación Universitaria [Libro]. - Bogotá : Universidad San Martín, 2020.
27. Pérez José y Olguín Reymundo Guía práctica laboral y de seguridad social [Libro]. - México : TAX, 2021.
28. Quiceno Japcy Margarita Síndrome de Quemarse en el Trabajo.Acta Colombiana de Psicología [Libro]. - 2007.
29. Quinceno J Síndrome de quemarse en el trabajo [Libro]. - 2020.
30. Ramírez Nicolás Trastornos psicóticos [Sección de libro] // La salud mental y sus cuidados / aut. libro Cabanyes Javier y Monge Àngel. - [s.l.] : EUNSA, S.F..
31. Rico Pérez Concepción, Hernández Hortensia y Tirso Hernández Desgaste ocupacional y acoso laboral, experiencias de investigación [Libro]. - México : 2020, 2020.
32. Rodríguez Yaniris Metodología de la investigación, enfoque por competencia DGB [Libro]. - México : VLIK, 2020.
33. Ruiz Fernández María Dolores Manual de enfermería familiar y comunitaria [Libro]. - Almería : EDUAL, 2020.
34. Sánchez Bernarda [y otros] Factores relacionados a la presencia del Síndrome de Burnout en una muestra de enfermeras del sector de la salud,



¡Trabajamos por mi Nariño,
tu salud,
nuestro compromiso!

- ciudad de méxico [Libro]. - México : Revista de salud pública y nutrición, 2018.
35. Vásquez Pichi Patricia Estilos de vida y síndrome de Burnout en el personal del hospital Tarapotó

[Libro]. - Taropotó : Universidad Nacional de San Maartín, 2019.



CO-SC-CER448531



CO-SA-CER448535



CO-OS-CER448536



MODALIDAD VIRTUAL Y SUS REPERCUSIONES EN LA SALUD MENTAL DE LOS ESTUDIANTES (MEDICINA) DE LA FUNDACION UNIVERSITARIA SAN MARTIN

Nazly Maireth Juagibioy Delgado ¹ Juan David Lopez Morales ¹ Luisa Maria Verdugo Linares ¹ Daissy Lizeth Yela Solarte² Ana Isabel Vallejo Narvaez²

¹ Estudiante medicina. Fundación universitaria San Martín

² Epidemióloga, investigadora -Asesora metodológica y científica

Resumen

La educación universitaria es una de las etapas de formación más importantes para el desarrollo intelectual de los individuos y el cumplimiento de sus metas personales. El proceso de transición de la educación media a la educación universitaria exige en las personas un proceso de transformación donde el individuo debe adquirir un mayor grado de responsabilidad y compromiso. El presente estudio puede constituirse en un insumo a utilizar en el futuro, dado que el fortalecimiento de la educación virtual está creciendo en el país y por ello, la universidad podrá contar con un documento que ofrezca una visión general sobre la situación de salud mental de los estudiantes en la FUSM y planificar de antemano las estrategias desde bienestar universitario para contrarrestar los efectos negativos de la educación a distancia.

Palabras claves: Salud mental, virtualidad, estrés, depresión, ansiedad

Introducción

La virtualidad ha originado nuevas tendencias en los sistemas académicos, generando impactos sin precedentes y representando un desafío en el aspecto de salud pública, debido a las afectaciones a la salud mental ¹. Existen estudios a nivel internacional en los que se establecen que los estudiantes universitarios son una población con altos índices de estrés, ansiedad y depresión debido a la naturaleza del ambiente universitario, las exigencias propias del ciclo de formación, la competitividad del sistema educativo, las expectativas personales o de padres, las demandas de los docentes y la sobrecarga de trabajos. Aunado a lo anterior, los estudiantes que asisten a los entornos universitarios son adolescentes que están en una fase de desarrollo que propicia la generación de factores de riesgo para la adquisición de las enfermedades mencionadas anteriormente ^{2,3}. Esta situación se puede agudizar en los contextos formativos virtuales debido al bajo nivel de interacción entre el docente, el estudiante y los compañeros, la mayor carga de responsabilidad y compromiso del alumno y la ausencia de un sistema de bienestar universitario fuerte que permite prevenir y tratar este tipo de patologías.

La educación universitaria es una de las etapas de formación más importantes para el desarrollo intelectual de los individuos y el cumplimiento de sus metas personales⁴. Montoya y otros⁵ sostienen que la población universitaria se ha constituido en una de las poblaciones más llamativas para los investigadores y profesionales del campo de la salud mental, ya que, el contexto de formación superior supone la presencia de factores de riesgo como las exigencias académicas, las dificultades en el desarrollo del aprendizaje y la adquisición de destrezas para afrontar el fracaso o el éxito, que acompañadas del ritmo de estudio, la intensidad horaria, la exigencia de los docentes, las presiones de grupo, la competitividad entre compañeros, los cambios en los horarios de alimentación y los cambios en el ciclo sueño-vigilia alteran las condiciones de salud de esta población. un estudio de Micin y Bagladi⁶ realizado en Chile, identificó una alta incidencia de trastornos de salud mental en una población universitaria específica, resultados que son congruentes con los estudios reportados para este segmento y que avalarían la visión de que los problemas de salud mental en universitarios, a nivel nacional y mundial, constituyen una problemática de relevancia actual.

Teniendo en cuenta el contexto escolar universitario y las características de los individuos

que asisten a estos establecimientos educativos, este ciclo de vida se constituye como un escenario propicio para la aparición, desarrollo y agudización de enfermedades mentales como la depresión, la ansiedad y el estrés. Efectivamente, diversos estudios a nivel nacional han establecido que los universitarios es una de las poblaciones más vulnerables a desarrollar las enfermedades mencionadas previamente debido al contexto y exigencias que se presentan en las universidades⁷. En consecuencia, la presente investigación identificó la relación de las condiciones del trabajo en casa que pueden afectar la salud mental y desatar condiciones que pueden originar síntomas aislados de patologías psiquiátrica u originar o exacerbar problemas de estrés, ansiedad y depresión. En ese orden de ideas, comprender cómo influye la educación virtual en la aparición, desarrollo o agudización de enfermedades que afectan la salud mental es esencial para comprender las estrategias de mitigación y prevención en la población estudiantil. Por ello, este estudio cobra especial relevancia no solo en el contexto actual, sino también en la ciudad de Pasto donde las investigaciones relacionadas con la temática propuesta no se han abordado masivamente, ocasionando un vacío sobre esta problemática que puede ser respondida por la presente investigación ¿Cuál es el nivel de depresión, ansiedad y estrés de los estudiantes de medicina que recibieron formación académica en modalidad virtual en tiempos de pandemia? Fundación universitaria san Martin año 2020 - 2021.

Materiales y métodos

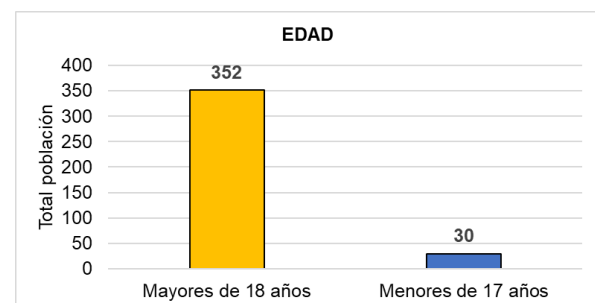
Para el presente proyecto de investigación, se utilizó el enfoque cualitativo para caracterizar las variables socio demográficas de la población objeto de estudio y para determinar las consecuencias que puede tener la virtualidad en los niveles de estrés, ansiedad y depresión de los estudiantes de Medicina de la Fundación Universitaria San Martin. A demás, determinar el grado de correlación que tiene la virtualidad con la presencia de estas enfermedades que afectaron la salud mental de los estudiantes universitarios. Se tomó como población a todos los estudiantes de primer y cuarto semestre matriculados al programa de medicina en el año 2020-2021 de la Fundación Universitaria San Martin (sede Pasto). Para la recolección de datos se procedió a realizar un cuestionario virtual a

través de Google Forms que se aplicó a los estudiantes de medicina matriculados para el semestre 2021-1 en la sede Pasto. El cuestionario se aplicó a través de un enlace virtual a los alumnos que decidieron participar en la investigación.

Las variables que se tomaron para el estudio fueron: i) estrés; ii) ansiedad; y iii) depresión. De las anteriores variables, en términos conceptuales, depresión y ansiedad difieren en su definición, pero puede recibir una superposición clínica entre ambas condiciones que pueden ser reportadas por clínico e investigador. Por ello, Lovibond y Lovibond en 1995 desarrollaron una escala de autoreporte, denominada DASS, por sus siglas en inglés (Depression, Anxiety and Stress Scale). El objetivo de esta, fue incluir el máximo de síntomas esenciales de depresión, ansiedad y estrés, para cumplir con las exigencias psicométricas y como instrumento la DASS, se desarrolló desde una concepción dimensional más que categórica de los trastornos psicológicos, basado en el supuesto de que las diferencias entre sujetos normales y los con alteraciones clínicas radican en severidad en que experimentan los estados afectivos de Depresión, Ansiedad y Estrés.

Resultados y Discusión

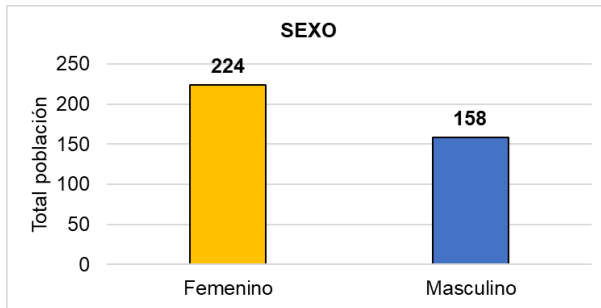
El estudio contó con un total de 382 datos recolectados de estudiantes de medicina que recibieron formación académica en modalidad virtual en tiempos de pandemia en la universidad San Martin. En la revisión de la edad se encontró que la mayor parte de los estudiantes de medicina que recibieron formación académica en modalidad virtual en tiempos de pandemia en la universidad San Martin son mayores de edad con un total de 352 estudiantes que corresponde al 92%, seguido por los menores de 17 años con un total de 30 estudiantes que corresponde al 8%. (Grafica N° 1)



Grafica N°1. Distribución por edad de los estudiantes de medicina que recibieron formación académica en modalidad virtual en tiempos de pandemia en la universidad San Martín.

Fuente: La presente investigación

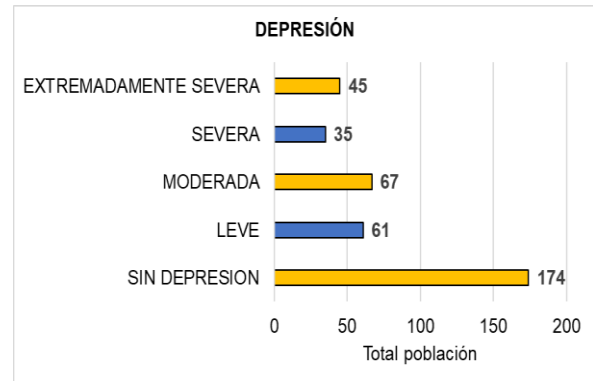
Al realizar la revisión del sexo se evidenció que la mayoría de los estudiantes pertenecen al género femenino con un total de 224 que corresponde al 59%, con menor frecuencia el sexo masculino con un total de 158 estudiantes que corresponde al 41% (Grafica N° 2)



Grafica N°2. Distribución por sexo de los estudiantes de medicina que recibieron formación académica en modalidad virtual en tiempos de pandemia en la universidad San Martín.

Fuente: La presente investigación

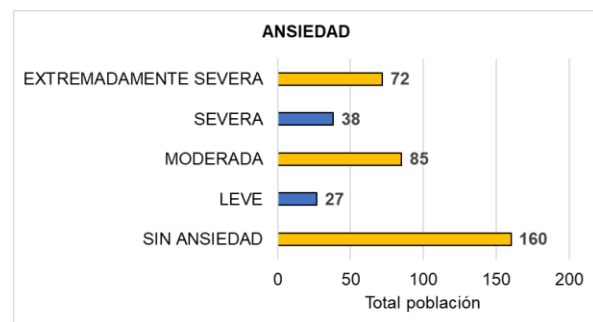
Con respecto a los niveles de depresión en los estudiantes, se encontró que en la frecuencia de mayor relevación no presentaron síntomas de depresión con un total de 174 estudiantes que corresponde al 45,6%, seguido de los estudiantes que presentaron depresión moderada con un total de 67 estudiantes que corresponde al 17,53%, posterior a ellos los estudiantes que están en depresión leve con un total de 61 estudiantes que corresponde al 16%, continuando con los estudiantes que presentaron depresión extremadamente severa con un total de 45 estudiantes que corresponde al 11,78% y con menor frecuencia los estudiantes que presentaron depresión severa con un total de 35 estudiantes que corresponde al 9,16% (Grafica N° 3)



Grafica N° 3. Distribución por grados de depresión en los estudiantes de medicina que recibieron formación académica en modalidad virtual en tiempos de pandemia en la universidad San Martín.

Fuente: La presente investigación

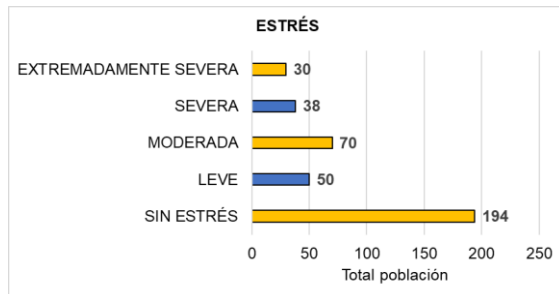
Con respecto a los niveles de ansiedad en los estudiantes, se encontró que en la frecuencia de mayor relevación no presentaron síntomas de ansiedad con un total de 160 estudiantes que corresponde al 41,88%, seguido de los estudiantes que presentaron ansiedad moderada con un total de 85 estudiantes que corresponde al 22,25%, posterior a ellos los estudiantes que están en ansiedad extremadamente severa con un total de 72 estudiantes que corresponde al 18,84%, continuando con los estudiantes que presentaron ansiedad severa con un total de 38 estudiantes que corresponde al 9,94% y con menor frecuencia los estudiantes que presentaron ansiedad leve con un total de 27 estudiantes que corresponde al 7,06% (Grafica N° 4)



Grafica N° 4. Distribución por grados de ansiedad en los estudiantes de medicina que recibieron formación académica en modalidad virtual en tiempos de pandemia en la universidad San Martín.

Fuente: La presente investigación

Con respecto a los niveles de estrés en los estudiantes, se encontró que en la frecuencia de mayor relevación no presentaron síntomas de estrés con un total de 194 estudiantes que corresponde al 50,7%, seguido de los estudiantes que presentaron estrés moderada con un total de 70 estudiantes que corresponde al 18,3%, posterior a ellos los estudiantes que están en estrés leve con un total de 50 estudiantes que corresponde al 13%, continuando con los estudiantes que presentaron estrés severo con un total de 38 estudiantes que corresponde al 9,9% y con menor frecuencia los estudiantes que presentaron estrés extremadamente severo con un total de 30 estudiantes que corresponde al 7,8% (Grafica N° 5)



Grafica N° 5. Distribución por grados de estrés en los estudiantes de medicina que recibieron formación académica en modalidad virtual en tiempos de pandemia en la universidad San Martín.

Fuente: La presente investigación

Los resultados previos guardan relación con los resultados obtenidos en la presente investigación donde se evidenció que el 54% de los estudiantes presentaron depresión y el 58% de ellos ansiedad. Igualmente, se debe recalcar que los resultados de González y col (8) en relación a los niveles de estrés son similares a los presentados en el presente estudio porque se evidencia un valor cercano al 49% del presente estudio. A pesar de las similitudes entre los estudios analizados previamente, González y col (8) reconocen que el nivel de depresión en los estudiantes universitarios durante la pandemia del Covid-19 fue bajo llegando a ser el 4.9%. Esta situación es contraria a los hallazgos del presente estudio porque se evidenció que más del 50% de ellos si presentaban episodios de depresión. Según los autores, una de las principales causas para la obtención de este resultado fue el apoyo familiar que tuvieron los estudiantes analizados, situación que en el presente estudio no se valoró.

Por otro lado, al analizar el nivel de intensidad de depresión, ansiedad y estrés se evidenció que la mayoría de los estudios identificaron que los estudiantes presentan estas enfermedades, pero en un nivel leve. Por ejemplo, el estudio realizado por Rivera (9) se evidencia que el 85.8% de los estudiantes que sufrieron depresión durante la cuarentena fue baja, el 84% de los alumnos que sufren de ansiedad y el 77.4% que sufren de estrés tienen niveles leves. Estos resultados son similares a los obtenidos por Huarcaya (10) quienes al aplicar la escala DASS evidenciaron que el 42,45% de los estudiantes que sufrieron depresión, 42,46% de lo que sufren de ansiedad y 42,45% que sufren de estrés lo padecen en un nivel leve. El comportamiento de estos indicadores se explica al considerar que el confinamiento incremento la carga académica, la satisfacción de los estudiantes y la posibilidad de intercambio de conocimiento, pero dichas circunstancias no evidenciaron un comportamiento altamente lesivo para la salud mental de los estudiantes universitarios.

Los resultados presentados previamente contrastan con los resultados encontrados en la presente investigación donde se evidenció que la mayor parte de los estudiantes de medicina de la Fundación Universitaria San Martín de la Sede Pasto padecen ansiedad, depresión y estrés en un nivel moderado con un 22,25%, 18,3% y 17,53% respectivamente. Una posible explicación para el comportamiento diferenciado con los estudios mencionados previamente se puede dar al considerar que al interior de la institución se presentó algunas dificultades para la prestación de servicios de bienestar universitario durante las primeras fases del confinamiento por el Covid-19, la cual pudo pudieron influir en los resultados arrojados por la investigación. Sin embargo, se debe reconocer que esta relación se puede abordar con mayor profundidad en próximas investigaciones y establecer relaciones estadísticas sobre el comportamiento de dichas variables.

Conclusión

El actual contexto que vive el sistema educativo nacional donde la virtualidad se ha convertido es un rasgo común en una gran parte del proceso educativo, es imperioso conocer cómo la virtualidad ha afectado el bienestar y la salud mental de los estudiantes universitarios para así

diseñar e implementar estrategias que permitan fortalecer los sistemas de bienestar universitario al interior de las instituciones educativas.

Este estudio tiene relevancia tanto para el profesional de medicina que puede diseñar estrategias de salud pública para subsanar los retos que presenta el sistema educativo a distancia, y para la Fundación Universitaria San Martín como institución de educación superior para identificar los niveles de ansiedad, depresión y estrés en los estudiantes inscritos a la institución, y así establecer una ruta de acción que permita atender a la población estudiantil que actualmente se encuentra en situación de virtualidad.

Referencias

1. The outbreak of COVID-19 coronavirus and its impact on global mental health. . Torales J, O'Higgins M, Castaldelli-Maia JM, Ventriglio A. Int J Soc Psychiatry. : PubMed PMID, 2020, Vol. 20764020915212. :
2. Repercusiones de las clases virtuales en los estudiantes universitarios en el contexto de la cuarentena por COVID- 19: El caso de la PUCP. Lovón, Marco y Cisneros, Sandra. 3, s.l. : Propósitos y Representaciones, 2020, Vol. 8.
3. Estrés académico en estudiantes universitarios. Pulido, Marío, y otros. 21, s.l. : Psicología y Salud, 2011, Vol. 1. 31-37.
4. Ansiedad y depresión en estudiantes universitarios: relación con rendimiento académico . Arévalo, Emilce, y otros. 1, s.l. : Interdisciplinary Journal of Epidemiology and Public Health , 2020, Vol. 2. 10.18041/2665-427X/ijeph.1.5342.
5. Depresión en estudiantes universitarios y su asociación con el estrés académico. Montoya, Liliana, y otros. 1, s.l. : Revista CES, 2010, Vol. 24. 7-17
6. Síntomas de depresión y ansiedad en jóvenes universitarios: prevalencia y factores relacionados. Arrieta, Karl, Díaz, Samuel y González, Fernando. 1, s.l. : Revista Clínica de Medicina de Familia, 2014, Vol. 7. 14-22.
7. Bagladi, Sonia Micin y Verónica. Salud Mental en Estudiantes Universitarios: Incidencia de Psicopatología y Antecedentes de Incidencia de Psicopatología y Antecedentes de Conducta Suicida en Población que Acude a un Servicio de Salud Estudiantil. Santiago de Chile : s.n., 2018
8. Pérez, M, y otros. Estrés, ansiedad, depresión y apoyo familiar en universitarios mexicanos durante la pandemia. Puebla : Estudios Latinoamericanos de Psicología, 2021.
9. Rivera, Javier, Cruz, Andres y Rodríguez, Luis. Demandas Tecnológicas, Académicas y Psicológicas en Estudiantes Universitarios durante la Pandemia por covid-19. 2, s.l. : Revista Caribeña de Psicología, 2020, Vol. 4.

Huarcaya, J. Consideraciones sobre la salud mental en la pandemia de covid-19. 2, s.l. : Re

IDENTIFICACIÓN DE LOS TRASTORNOS EN EL SUEÑO EN MUJERES CON DIAGNÓSTICO DE ANSIEDAD ATENDIDAS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO AÑO 2019 – 2020

Anyely J. Benavides Mera ¹ Maria T. Cordoba Benavides ¹ Erika Y. España Figueroa ¹ Maria J. Lasso Torres

¹ Estudiante medicina. Medicas internas -Fundación universitaria San Martín

RESUMEN

La ansiedad es una emoción muy común en el ser humano, es una respuesta fisiológicamente normal que se presenta como una reacción de supervivencia ante situaciones de peligro; se convierte en ansiedad patológica en el momento en que comienza a generar alteraciones físicas y a dificultar el desarrollo normal de las actividades diarias de la persona; este trastorno se presenta con más frecuencia en las mujeres, con un doble de probabilidades que en los hombres. Se pretende determinar hasta qué punto se encuentran relacionados los trastornos del sueño con los fármacos para el tratamiento de la ansiedad.

Palabras clave: Ansiedad: Trastornos del sueño: INSOMNIO: ANSIOLÍTICOS: ANTIDEPRESIVO

La ansiedad es una emoción muy común en el ser humano, es una respuesta fisiológicamente normal que se presenta como una reacción de supervivencia ante situaciones de peligro; se convierte en ansiedad patológica en el momento en que comienza a generar alteraciones físicas y a dificultar el desarrollo normal de las actividades diarias de la persona; este trastorno se presenta con más frecuencia en las mujeres, con un doble de probabilidades que en los hombres. Se pretende determinar hasta qué punto se encuentran relacionados los trastornos del sueño con los fármacos para el tratamiento de la ansiedad.

La presente investigación pretendió Identificar los trastornos en el sueño en mujeres con diagnóstico de ansiedad atendidas en el Hospital Universitario Departamental de Nariño. Año 2019 – 2020

TIPO DE ESTUDIO: enfoque cuantitativo ya que se formuló variables medibles, relacionadas con ansiedad y los trastornos del sueño como variables sociodemográficas, antecedentes personales del ritmo circadiano, características de la enfermedad, hospitalización y el tratamiento farmacológico de la ansiedad, propuestas en un instrumento de captura de datos de los registros de pacientes mujeres atendidas en el Hospital Universitario Departamental de Nariño en el 2019-2020.

De acuerdo con el control de la asignación se clasifica como un diseño observacional de tipo descriptivo dado que no cuenta con un grupo de comparación y las variables a investigar abordan características registradas por los médicos tratantes, finalmente de acuerdo al seguimiento es un estudio transversal puesto que la información se recogió en un tiempo específico basado en un solo seguimiento, en cuanto al tiempo se considera un estudio retrospectivo ya que se recogió información de tiempo pasado, 2019-2020.

El estudio contó con la revisión de 127 historias clínicas de mujeres atendidas durante el periodo 2019 y 2020 en el Hospital Departamental de Nariño con diagnóstico de trastorno de ansiedad emitido por psiquiatría, que estuvieron hospitalizadas en el Hospital Universitario Departamental de Nariño, con diagnosticadas con trastorno de ansiedad, atendidas durante el año 2019-2020. Y se excluyó a Mujeres en estado de embarazo, Pacientes que no tengan interconsulta por psiquiatría y Pacientes menores de edad

Se realizó un instrumento para extraer la información necesaria de la historia clínica y posteriormente se orientó la información hasta llegar ansiedad y trastornos del sueño, se analizó variables sociodemográficas, características clínicas, antecedentes personales, tratamiento y trastornos del sueño para así saber si el

diagnostico de ansiedad está relacionado con los trastornos del sueño y si estos influían en la vida de cada paciente, la ventaja de esto es que permitió llevar un orden adecuado de la información de acuerdo con los puntos necesarios para completar la información requerida

I. RESULTADOS

Se obtuvieron un total de 127 pacientes femeninas con diagnóstico de Ansiedad atendidas en el Hospital Universitario Departamental de Nariño y se observó que el promedio de edad es de 51 años con una desviación estándar de 19,23 una edad mínima de 18 años y una máxima de 90 años; al agrupar las edades por quinquenios se evidenció que los grupos entre 58-62 años y 63-67 años concentran cada uno el 10%; En cuanto a la variable de estado civil de las historias clínicas revisadas se identificó que el 47% de las mujeres eran casadas, 34% solteras, 11% en unión libre, 4% viudas y 4% divorciadas .

Subregiones del departamento de Nariño y se identificó que el 77% de las pacientes eran procedentes de la subregión centro (comprendida por Pasto, Buesaco, Chachagui, Consaca, El Peñol, El Tambo, La Florida, Nariño, Sandona, Tangua, Yacuanquer). El resto de la población estudiada eran procedentes de la subregión Juanambú (comprendida por Albán, Arboleda, Belén, Colón, El Rosario, El Tablón de Gómez, La Cruz, La Unión, Leiva, Policarpa, San Bernardo, San Lorenzo, San Pablo, San Pedro de Cartago, Taminango), la subregión Tumaco-Barbacoas (comprendida por Barbacoas, El charco, Francisco Pizarro, La Tola, Maguí, Mosquera, Olaya Herrera, Roberto Payan, Santabárbara, Tumaco), la Subregion de Tuquerres (comprendida por Ancuya, Cumbitara, Guaitarilla, Imues, La Llanada, Linares, Los Andes, Mallama, Ospina, Providencia, Ricaurte, Samaniego, Santacruz, Sapuyes) y la subregión Obando (comprendida por Aldana, Contadero, Cordoba, Cuaspud, Cumbal,Funes, Guachucal, Gualmatan, lles, Ipiates, Potosi, Puerres, Pupiales). También encontramos pacientes procedentes del departamento del Putumayo representado en un 3%.

Se identificó que el 54% de la población estudiada no pertenecían a ninguna etnia, 44% eran mestizas y solo un 2% eran mulatas.

En la revisión de historias clínicas se encontró que el 43% de las pacientes antes de iniciar el tratamiento para la ansiedad ya cursaban con algún tipo de trastorno del sueño y el porcentaje restante (57%) no presentaron reporte de afecciones del sueño.

De igual forma se evidenció que las pacientes al momento de la hospitalización presentaban antecedentes en los trastornos del sueño, el tipo de alteración más destacado fue el insomnio con un 43%, seguido del insomnio de conciliación y mantenimiento con un 9% y los demás tipos como alteración en conducta de sueño, somnolencia, dificultad para no conciliar el sueño, pérdida del mantenimiento del sueño, sueño no reparador, presentan frecuencias inferiores al 3% y el 35% no presentaban ningún antecedente de los trastornos del sueño

El principal motivo de consulta fue mal estado general con una frecuencia de 23%, seguido de dolor en alguna parte del cuerpo representado con el 18% de la población de estudio y otras pacientes tuvieron un motivo de consulta como depresión, estrés, exámenes de laboratorio, remisión, otras patologías diagnosticadas, idea suicida, convulsiones, cefalea, caída, ansiedad, alteración de la conducta y conciencia y valoración por primera vez representa cada uno valores inferiores al 10% así como lo representa la gráfica.

En relación con los motivos de consulta solo el 42% de la población estudiada terminó con un diagnóstico relacionado con ansiedad y/o trastornos del sueño

Por medio de la revisión que se realizó a las historias clínicas de cada una de ellas encontramos que toda la muestra obtenida fue diagnosticada con trastorno de ansiedad, según el tiempo la mayoría de pacientes fueron diagnosticados con ansiedad hace 1- 2 años durante o antes de la hospitalización esto con un porcentaje de 89% y el 11% hace más de dos años.

De acuerdo con lo anterior las pacientes fueron diagnosticados con ansiedad y según el tipo de ansiedad se encontró que el 56% presenta un

trastorno de ansiedad no especificado, el 20% presentan trastorno de ansiedad generalizada y el 13% trastorno de ansiedad orgánico, 2% insomnio y 9% otros trastornos de ansiedad especificados.

Según el diagnóstico principal revisado en las historias clínicas encontramos que el 42% de las pacientes está relacionado con psiquiatría, 15% neurología y el 21% con medicina interna y cirugía, ginecología, infeccioso, psicológico, respiratorio y trauma tuvieron valores menores al 10% así como está representado en la gráfica

Respecto a lo revisado en las historias clínicas encontramos que algunas pacientes además de su diagnóstico de ansiedad presentan otro diagnóstico de patología mental siendo el más destacado la depresión con 41% seguido de otros trastornos mentales con 24%, el 13% de las pacientes no presentaban ningún otro diagnóstico de patología mental y con diagnósticos de conducta de autoagresión, delirium, demencia, episodios de pánico, esquizofrenia tienen porcentajes menores al 10%

Se encontró que el 67% de las pacientes ya diagnosticadas con ansiedad han sido tratadas con ansiolíticos, el 36% de las pacientes evaluadas recibieron tratamiento combinado es decir necesitaron tanto tratamiento con ansiolíticos y antidepresivos y el 20% de las pacientes necesitaron solamente tratamiento con antidepresivos, un 13% de las pacientes evaluadas no recibieron tratamiento a pesar de tener el diagnóstico de ansiedad.

Se encontró que las pacientes diagnosticadas con ansiedad el 39% durante el tratamiento presento insomnio, 37% ningún trastorno del sueño y somnolencia, pesadillas recurrentes, mejoría en los hábitos del sueño, dificultad para conciliar el sueño, despertar incompleto o confusión, cansancio excesivo durante el día, al menos un despertar en medio de la noche cada uno de ellos presentaron porcentajes inferiores al 10%

Se estableció relación entre la presencia de trastorno de sueño y variables independientes que según la teoría probablemente existe una relación entre las pacientes ya diagnosticadas con ansiedad y los trastornos del sueño en la a pacientes que aún no han tenido tratamiento médico para la ansiedad, se evidencia que las pacientes han presentado trastornos del sueño, se evidencia que el existir un motivo de consulta

relacionado con ansiedad o trastorno del sueño resulta ser estadísticamente significativo con valor de P inferior a 0,05, al igual que presentar un diagnóstico relacionado con ansiedad o estar en tratamiento con ansiolítico, de ahí que se puede inferir que la presencia de trastorno de sueño está probablemente relacionado con diagnóstico de Ansiedad, tratamiento y conductas clínicas que conlleven a una hospitalización y llevar un análisis más profundo para poder obtener más información sobre la evolución de la paciente

Se estableció relación entre la presencia de trastorno de sueño y variables independientes que según la teoría probablemente existe una relación entre las pacientes ya diagnosticadas con ansiedad y los trastornos del sueño en la a pacientes que ya recibieron tratamiento médico ya sea con ansiolíticos, antidepresivos o combinado para tratar la ansiedad y con esto nos damos cuenta que si existe relación entre la ansiedad y trastornos del sueño ya que la mayoría de pacientes a pesar de llevar un adecuado tratamiento siguen presentando trastornos del sueño siendo el más destacado insomnio y estos han afectado en la vida cotidiana de las pacientes esto resulta ser estadísticamente significativo con valor de P inferior a 0,05, y para así que conlleven a una hospitalización y llevar un análisis más profundo para poder obtener más información sobre la evolución de la paciente para poder llevar un análisis más detallado de la evolución del tratamiento de ansiedad y cómo evoluciona los trastornos del sueño.

II. DISCUSION

La ansiedad está ampliamente relacionada con los trastornos del sueño, lo que genera que definitivamente la calidad de vida disminuya en varios aspectos, así como en el ámbito académico, laboral e incluso familiar. El presente estudio revela que la ansiedad tiene una relación directa con trastornos del sueño, especialmente con el insomnio, así mismo, investigaciones en otros países muestran una relación importante. Choquear (Libano) (37) demostró que la ansiedad se presenta frecuentemente en aquellos que también presentan insomnio. Además, Ganes demostró que la ansiedad no solo afecta la calidad del sueño sino también incrementa la

gravidad del insomnio e incluso provoca trastornos afectivos como la depresión. Kirwan menciona sobre la dificultad del manejo de estos trastornos en estudiantes universitarios. (36)

Por otro lado, la hipersomnia no se encuentra con frecuencia en nuestra población, sin embargo; otras poblaciones demuestran que la hipersomnia se superpone ante otros trastornos del sueño. Según esto, Morell y Watson (37) mostraron que los trastornos del sueño como el insomnio y la hipersomnia estaban asociados significativamente con ansiedad y depresión.

En cuanto a la edad, la época académica de cierta forma podría generar sensación de ansiedad inclusive cuando existe una sobrecarga de actividades. De acuerdo a esto, Samaranayake (38) mostró que, de un grupo de estudiantes universitarios con un promedio de edad de 20 años, se reportaron síntomas relacionados con algún trastorno del sueño y ansiedad. Según Manchado-Duque la edad promedio de aquellos estudiantes es 21.7 + 3 años. Al estudiar la población de mujeres con diagnóstico de ansiedad atendidas en el HUND se observó que la población más afectada es de mujeres entre 58 y 67 años, la mayor frecuencia de trastornos del sueño se da en estas edades, Según Casey 46 considera que ansiedad y estrés aumentan con la edad inclusive aquellos que tiene mayor de 30 años. (36)

En el presente estudio se incluyó una población de 127 mujeres con diagnóstico de ansiedad atendidas en el Hospital Universitario Departamental de Nariño, entre el año 2019 y 2022, se identificó alteraciones en la calidad del sueño en el 60% del total de la población estudiada. También se reveló que la ansiedad tiene una relación directa con el insomnio, puesto que el 27% de la población estudiada presentaron insomnio no especificado, 11% insomnio de consolidación y mantenimiento y 9% dificultad para conciliar el sueño.

Estos resultados ejemplifican la importancia que se le ha dado al sueño para el mantenimiento de la salud mental, el aprendizaje y el bienestar general. Se han postulado diferentes teorías sobre cómo es que la calidad del sueño interviene en el rendimiento académico, laboral y las relaciones sociales. El alto estrés y la baja calidad del sueño, a su vez, podrían influir negativamente en la preparación y el rendimiento de las actividades diarias, lo que nuevamente influye

Negativamente en el estrés y la calidad del sueño. El resultado es un círculo vicioso que requiere intervención. Puede ser que sea la mala calidad del sueño lo que realmente afecte el rendimiento mediado por el efecto negativo del estrés en el sueño. Alternativamente, la mala calidad del sueño podría aumentar el estrés resultante de la falta de sueño y, a su vez, el estrés podría afectar el rendimiento. Además, el sueño puede influir de forma independiente en el rendimiento diario.

CONCLUSIONES

- Se concluye que la ansiedad clínicamente relevante está asociada significativamente a insomnio según los criterios diagnósticos de CIE10.
- La alteración del sueño más frecuente en mujeres con ansiedad es el insomnio.
- Una variable asociada significativamente con la ansiedad es la edad siendo con mayor prevalencia entre los 58 a 67 años; sin embargo, no se encuentra asociación significativa de alguna variable con insomnio e hipersomnia.
- La dificultad para conciliar el sueño no tiene una relación significativa con la ansiedad.

REFERENCIAS

Los trastornos más comunes del sueño y cómo evitarlos [Internet]. [citado 9 de noviembre de 2020]. Disponible en: <https://www.sanmartin.edu.co/1/noticias/trastornos-comunes-sueno-evitarlos/>

¿Qué es la ansiedad? – SanaMente [Internet]. [citado 9 de noviembre de 2020]. Disponible en: <https://www.sanamente.org/retos/que-es-la-ansiedad/>

g1c03i.pdf [Internet]. [citado 9 de noviembre de 2020]. Disponible en: <https://www.acnweb.org/guia/g1c03i.pdf>

16. Universidad CES, Rojas-Bernal LÁ, Castaño-Pérez GA, Universidad CES, Restrepo-Bernal DP, Universidad CES. Salud mental en Colombia. Un análisis crítico. Ces Med [Internet]. 2018 [citado 18 de junio de

2021];32(2):129-40. Disponible en:
<http://revistas.ces.edu.co/index.php/medicina/article/view/4513>

17. 1. Quienes Somos [Internet]. Hospital Universitario Departamental de Nariño E.S.E. [citado 21 de mayo de 2022]. Disponible en:
<https://www.hosdenar.gov.co/quienes-somos/>

19. Vista de Caracterización de insomnio en estudiantes de medicina de la Universidad Tecnológica de Pereira [Internet]. [citado 21 de mayo de 2022]. Disponible en:
<https://revistas.utp.edu.co/index.php/revistamedica/article/view/7593/4515>

20. S.L.U 2022 Viguera Editores. Comorbilidad en la migraña: depresión, ansiedad, estrés y trastornos del sueño: Neurología.com [Internet]. [citado 21 de mayo de 2022]. Disponible en:
<http://www.neurologia.com/articulo/2007122>

21. Why REXULTI® (brexpiprazole)? | Uses & Benefits [Internet]. [citado 21 de mayo de 2022]. Disponible en:
https://www.rexulti.com/why-rexulti?ceid=9112&utm_source=google&utm_medium=cpc&utm_term=anti_depression_meds_names&utm_content=unbranded_textad&utm_campaign=unbrandedmdd_dtc&gclid=Cj0KCQjwm6KUBhC3ARIsAClwxBj5kli5ufeJ5nAIDRk7v6kv5BrBmb_jM7CsFtwQw1vxY8Bya-X_kt0aAkMTEALw_wcB&gclidsrc=aw.ds

22. PubMed Central Full Text PDF [Internet]. [citado 21 de mayo de 2022]. Disponible en:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3744484/pdf/pone.0070882.pdf>

23. The two-factor structure of sleep complaints and its relation to depression and anxiety - PubMed [Internet]. [citado 21 de mayo de 2022]. Disponible en:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19222324>

24. Sleep problems and their relation to cognitive factors, anxiety, and depressive symptoms in children and adolescents - Alfano - 2009 - Depression and Anxiety - Wiley Online Library [Internet]. [citado 21 de mayo de 2022]. Disponible en:
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/da.20443>

28. Valdez-Medina JL, Fuentes NIGAL, Bastida-González R, Valor-Segura I, Rivera-Aragón S. Satisfacción marital y estado civil como factores protectores de la depresión y ansiedad. Rev Argent Clínica Psicológica. 2017;XXVI(1):95-102.

29. CIE_10-Ansiedad.pdf [Internet]. [citado 21 de mayo de 2022]. Disponible en:
https://www.centromultiprofesional.com/wp-content/uploads/2016/08/CIE_10-Ansiedad.pdf

30. Sitio Web «Acercando el IMSS al Ciudadano» [Internet]. [citado 21 de mayo de 2022]. Disponible en:
<https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/385GRR.pdf>

31. Mecanismos fisiológicos implicados en la ansiedad previa a exámenes [Internet]. [citado 23 de mayo de 2022]. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192014001000012

34. PROGRAMAS DE PROMOCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD [Internet]. Comfacerar IPS. [citado 24 de mayo de 2022]. Disponible en:
<https://comfacerarips.com/programas-de-promocion-y-mantenimiento-de-la-salud/>

35. e20db749-8ff2-e072-0e97-d6d44dcf4d41.pdf [Internet]. [citado 24 de mayo de 2022]. Disponible en:

INTERVENCIÓN DE TERAPIA OCUPACIONAL DESDE LA EXPERIENCIA PRÁCTICA CLÍNICA POSCOVID19

GINNA MARCELA ARDILA VILLAREAL ¹ ERIKA JHASMÍN CABRERA BENAVIDES ² ANDREA TATIANA DÍAZ MUÑOZ ³ YOMAIRA ANDREA MENESÉS ÁLVAREZ ⁴ DIANA VERÓNICA PIAUN GUERRERO ⁵ KAREN GABRIELA SOLARTE GIRALDO

Resumen

Objetivo: Realizar una revisión bibliográfica a partir de la experiencia de temas que han impactado en la práctica clínica de disfunciones físicas. **Materiales y métodos:** Se basa en la revisión bibliográfica de patologías abordadas en la práctica clínica de disfunciones físicas, en bases de datos confiables como la página de la Organización mundial de la salud (OMS), repositorios digitales de diferentes universidades nacionales e internacionales, además se indagó información en revistas, dentro de las cuales se pueden destacar, revista TOG, revista de la ocupación humana, revista españolas de discapacidad intelectual revista sociedad española de neurología, revista neurol, revista médica panamericana entre otras. Todas las tesis y/o artículos encontrados fueron analizados, realizando el debido proceso de razonamiento clínico, donde las autoras correlacionaron los datos encontrados en cada uno de los textos con la práctica formativa en disfunciones físicas. **Resultados:** Las diferentes patologías descritas impactan directamente en el desempeño ocupacional, por tal motivo, el terapeuta ocupacional hace parte del equipo multidisciplinario en el tratamiento terapéutico y/o rehabilitador; las técnicas empleadas por parte del profesional en terapia ocupacional en el proceso de rehabilitación, están fundamentadas científicamente. Dentro de los resultados se destaca, el aprendizaje significativo de las estudiantes de terapia ocupacional, el proceso de revisión amplia el razonamiento clínico, que es la base para desarrollar procesos cognitivos, que como futuras terapeutas ocupacionales se debe integrar, para tomar decisiones asertivas en el ámbito de terapéutico. **Conclusiones:** El proceso de enfermedad, independientemente de su causa, deja secuelas a nivel cognitivo, motor, sensorial y social, como hemos visto las lesiones a nivel cerebral impactan negativamente en la funcionalidad de los pacientes, trayendo consigo grandes déficits en el desempeño ocupacional, se torna relevante el proceso de rehabilitación; dicho proceso, es abordado por un equipo multidisciplinario, en el cual uno de los actores es el terapeuta ocupacional, desde esta profesión se pretende generar el mayor grado de independencia de los usuarios.

Palabras claves: Intervención, práctica clínica, Terapia Ocupacional, Experiencia desde la práctica, diagnóstico clínico

Summary

Objective: To carry out a bibliographic review based on the experience of topics that have impacted the clinical practice of physical dysfunctions. **Materials and methods:** It is based on the bibliographic review of pathologies addressed in the clinical practice of physical dysfunctions, in reliable databases such as the World Health Organization (WHO) page, digital repositories of different national and international universities, in addition Information was investigated in magazines, among which the TOG magazine, the human occupation magazine, the Spanish intellectual disability magazine, the Spanish society of neurology magazine, the neurol magazine, the Pan-American medical magazine, among others. All the theses and/or articles found were analyzed, carrying out the due process of clinical reasoning, where the authors correlated the data found in each of the texts with the training practice in physical dysfunctions. **Results:** The different pathologies described have a direct impact on occupational performance, for this reason, the occupational therapist is part of the multidisciplinary team in therapeutic and/or rehabilitative treatment; the techniques used by the occupational therapy professional in the rehabilitation process are scientifically based. Among the results, the significant learning of the occupational therapy students stands out, the review process broadens the clinical reasoning, which is the basis for developing cognitive processes, which as future

occupational therapists must be integrated, to make assertive decisions in the therapeutic field. Conclusions: The disease process, regardless of its cause, leaves sequelae at the cognitive, motor, sensory and social levels, as we have seen, lesions at the brain level negatively impact the functionality of patients, bringing with it large deficits in occupational performance. The rehabilitation process becomes relevant; this process is approached by a multidisciplinary team, in which one of the actors is the occupational therapist, from this profession it is intended to generate the highest degree of independence of the users.

Keywords: Intervention, clinical practice, Occupational Therapy, Experience from practice, clinical diagnosis.

Introducción

En la presente revisión bibliográfica se abarca el estrés como agente etiológico del accidente cerebrovascular (ACV), dicha patología se origina en mayor medida por obstrucciones que impiden que el oxígeno y la sangre fluya hacia el cerebro, produciéndose muerte neuronal, el estrés a pesar de ser un tema de salud mental se proyecta de manera física en el cuerpo, por ello se posiciona como un factor de riesgo frente a la presencia de conductas también influyentes en el padecimiento del accidente cerebrovascular, se hace hincapié las condiciones neurológicas y motoras de las personas que han sufrido un accidente cerebrovascular, sin embargo, primeramente se profundiza en la definición, diagnóstico, características clínicas, tratamiento y pronóstico, estas definiciones son claves a la hora de adentrarse en las condiciones neurológicas y motoras, además también se pretende abordar el tratamiento terapéutico por parte de los profesionales en terapia ocupacional, haciendo énfasis en técnicas específicas como, las técnicas como de imaginación motora implícita (IMI), la terapia en espejo y el ejercicio terapéutico cognoscitivo (ETC) o método Perfetti.

Resultados de revisión

El estrés como agente etiológico del Accidente cerebrovascular. Según la OMS (2017) los accidentes cerebrovasculares (ACV) son fenómenos agudos que se originan sobre todo por obstrucciones que impiden que la sangre fluya hacia el cerebro, estos se deben a hemorragias de los vasos cerebrales, falta de oxígeno hacia el mismo, coágulos de sangre, entre otras posibles causas. Es así que, al presentarse una disminución del flujo sanguíneo se genera una reducción del oxígeno en el cerebro produciendo muerte neuronal en la zona donde fue la lesión

cerebral, razón por la cual se producen alteraciones cognitivas, emocionales, de la comunicación, espasticidad, dolor y limitación en la movilidad.

El ACV está considerado como una de las principales causas de muerte a nivel mundial. Según la OMS para 2015 el 31% de las muertes fueron ocasionadas por enfermedades cardiovasculares, de las cuales 6,7 millones se debieron a los accidentes cerebrovasculares; es por ello que es importante identificar los diferentes factores de riesgo de esta patología, como son: la hipertensión arterial, hiperlipidemia, hiperglucemia, sobrepeso y obesidad, también cabe anotar que por el confinamiento a causa de la COVID-19, se adoptaron malos hábitos alimenticios y sedentarismo generando obesidad y todas sus complicaciones.

Por otro lado, en los últimos años se han identificado otros factores de tipo psicológico, que tienen gran incidencia en la ocurrencia del accidente cerebrovascular, como el estrés y la ansiedad, estos no solo fomentan el desarrollo de obesidad, hiperlipidemia e hiperglucemia; también generan cambios fisiológicos a nivel cerebral y del sistema cardiovascular. Kivimäk y Steptoe (2018) en su investigación "Efectos del estrés en el desarrollo y progresión de la enfermedad cardiovascular" destacan que, a nivel del sistema nervioso autónomo, el ser humano al estar expuesto a factores estresantes, libera catecolaminas en la médula suprarrenal, sustancias que se vierten en el torrente sanguíneo y que actúan como respuesta al estrés, dentro de estas se encuentran la adrenalina y la noradrenalina.

Es así que, con lo mencionado anteriormente se puede identificar que el estrés a pesar de ser un tema de salud mental se proyecta de manera física en el cuerpo y se posiciona como un factor de riesgo frente a la presencia de conductas también influyentes en el padecimiento de accidente cerebrovascular, como por ejemplo el

alcoholismo o el tabaquismo. Kivimäk y Steptoe (2018) mencionan que la exposición a altos niveles de estrés puede generar el consumo reiterativo de alcohol o incluso el consumo de drogas, situación que también expone López et al, en el estudio “Dislipidemia y estrés en estudiantes universitarios: un enemigo silencioso” es por ello, que se identifica el estrés, no sólo como un agente etiológico frente al accidente cerebrovascular, sino también como un punto clave que promueve el desarrollo de otros factores de riesgo.

Con relación al tratamiento de una persona que ha presentado un accidente cerebrovascular, la intervención se lleva a cabo de manera interdisciplinaria, donde hacen parte profesionales como: médicos generales y especialistas, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, fonoaudiólogos entre otros; en este caso, se enfatiza en el área de Terapia Ocupacional y desde esta profesión se pretende generar el mayor grado de independencia al usuario, para el plan de intervención se realiza una priorización de necesidades, se identifican las alteraciones ocasionadas, se realiza un objetivo general encaminado a su desempeño ocupacional e independencia en autocuidado y tres objetivos específicos por cada habilidad que se encuentra afectada, estos objetivos son medibles a corto plazo, es así que el rol del profesional de esta área se enfoca en lo ocupacional, motor, sensorial, social y cognitivo, entendiendo que todo el proceso de rehabilitación se hace en pro de la independencia y de su reintegración a su entorno.

De esta manera se visualiza al paciente de manera integral, con un análisis del desempeño y del perfil ocupacional; entendiendo la gran relevancia que tiene el tratamiento de los usuarios desde un ámbito biopsicosocial, en donde se comprenda no sólo las causas fisiológicas de la enfermedad, sino también los factores intrínsecos y extrínsecos de la misma, entendiendo los primeros, como aquellos relacionados con la parte emocional y psicológica, y los segundos como los factores sociales o culturales que puedan generar desequilibrio mental y físico. De igual manera, se comprende que la etiología del accidente cerebrovascular, se ha ido actualizando gracias a investigaciones, es por esta razón que es necesario actualizar el conocimiento para contribuir al proceso de intervención y también a orientar la realización de campañas de promoción y prevención; partiendo de la importancia del cuidado de la salud física y

de los buenos hábitos alimenticios, como también de la salud mental y de los procesos de autorregulación, además de ello, recalcar el papel que como sociedad se desempeña en el padecimiento de accidente cerebrovascular.

Los accidentes cerebrovasculares (ACV) según la organización panamericana de la salud y la organización mundial de la salud (2021) son la segunda causa de mortalidad y discapacidad en el mundo. Según Pérez (como se citó en Martínez et al, 2019) los accidentes cerebrovasculares (ACV) se deben a un trastorno circulatorio de tipo hemorrágico en el cual ocurre en un 20% de los casos e isquémico el cual ocurre en un 80% de los casos.

El accidente cerebrovascular hemorrágico corresponde un alto índice de mortalidad, constituyendo la mayor letalidad en unidades de terapia intermedia, dentro de los accidentes cerebrovasculares hemorrágicos tenemos la hemorragia intraparenquimatosa (HIP) y la hemorragia subaracnoidea (HSA), además es relevante saber que, los accidentes cerebrovasculares hemorrágicos son más desfavorables y necesitan más seguimiento en los servicios de cuidado intensivos que los accidentes cerebrovasculares isquémicos (Consuegra, 2022).

Según Consuegra (2022) Dentro del cuadro clínico se puede describir que las hemorragias intracerebrales se presentan con síntomas y signos neurológicos bruscos, esto depende de la localización y extensión a nivel cerebral. Las hemorragias a nivel del putamen y el centro oval, cursa con vértigo, zumbido de oídos, somnolencia, cambios de carácter, parestesias e incontinencia, en ocasiones se presentan convulsiones tonicoclónicas generalizadas o localizadas. En la hemorragia protuberancial son característicos los signos de lesión piramidal bilateral y parálisis de pares craneales V, VII, VIII, y rigidez de descerebración. En la hemorragia cerebelosa en un principio no hay toma de la conciencia, hay vómitos frecuentes y repetidos; la cefalea es intensa y se localiza en la zona occipital. Además, se observa nistagmo y el paciente siente vértigos, se puede observar las pupilas son mioticas y esta conservado el reflejo fotomotor. El cuadro puede evolucionar en pocas horas hacia la muerte o estabilizarse en 3 a 5 días, después que se controle el sangrado y el edema cerebral disminuya.

Ahora bien, una vez esclarecido el cuadro clínico, es indispensable hablar de las causas del accidente cerebrovascular hemorrágico, que según Gutiérrez (como se citó en Martínez, et al. 2019) pueden ocurrir como una complicación de una lesión previa como microangiopatía hipertensiva, malformación o tumor; los accidentes cerebrovasculares intraparenquimatosos, son causados principalmente por los aneurismas cerebrales, los cuales son definidos como “una alteración patológica de la capa de músculo liso de la túnica media de la pared arterial” (Martínez, et al. 2019, p.11). Según Olmedilla & Reyes (2018) la hipertensión arterial es la causa más frecuente en adultos, esta condición afecta pequeñas arterias, ocasionando la formación de micro aneurismas que pueden romperse, otra causa es la angiopatía amiloide, se caracteriza por el depósito de amiloide en la pared de pequeñas y medianas arterias cerebrales que se debilita y puede romperse; las neoplasias hemorrágicas, incluyendo las metástasis y los tumores cerebrales y las malformaciones vasculares como la malformación arteriovenosa, son otras posibles causas. Según Hackembruch et al. (2018) dentro de los antecedentes personales previos a un accidente cerebrovascular hemorrágico se encuentra hipertensión arterial, tabaquismo, accidente cerebrovascular previo, dislipemia, arritmia, alcoholismo y diabetes mellitus.

Por otra parte, Zhang, Sun, & Xing, afirman que una de las causas también es la transformación hemorrágica, esta es definida como una complicación frecuente del ictus isquémico agudo, la transformación hemorrágica, se refiere a la hemorragia cerebral relacionada con un accidente cerebrovascular isquémico, la cual es ocasionada en mayor medida después de la terapia con trombolíticos.

Para diagnosticar un el accidente cerebrovascular hemorrágico, en primera instancia se precisa de una buena anamnesis y un buen examen físico, que permitan precisar los antecedentes patológicos y personales para poder definir la posible causa, las técnicas de neuroimagen tomografía axial computarizada, resonancia magnética nuclear, las imágenes del flujo sanguíneo, angiografía cerebral, son los exámenes más utilizados en la práctica clínica (Consuegra, 2022).

Abarcando el tratamiento, Martínez et al. (2019) comentan que el tratamiento consiste en controlar la hemorragia y reducir la presión con medicamentos o cirugía, las opciones de tratamiento son: medicamentos para disminuir la presión arterial, cirugía para drenar la sangre acumulada, ya que la presión de la sangre acumulada puede dañar el tejido cerebral, el clipaje quirúrgico y espiral endovascular, estos procedimientos son utilizados para tratar rupturas de aneurismas a nivel cerebral; los médicos también pueden hacer procedimientos para corregir vasos sanguíneos anormales. Cabe agregar que los medicamentos más utilizados para disminuir la HTA son Nitroprusiato de sodio y Labetalol (Consuegra, 2022).

En cuanto al proceso terapéutico, Campos & González (2020) comentan que el paciente debe estar vinculado a un proceso de neurorrehabilitación, este tratamiento debe iniciar de manera precoz y mantener se por lo menos 6 meses, afirma que el retraso en el inicio del tratamiento se asocia con una baja reorganización cortical y una disminución en alcanzar un óptimo desempeño funcional.

A nivel del pronóstico en el accidente cerebrovascular hemorrágico, las primeras 72 horas son críticas para la vida del paciente, hay una agresión al sistema nervioso y esto puede producir la muerte, dado que la hipertensión intracraneal es capaz de dañar los centros vitales. Es importante mencionar que el pronóstico depende de la localización y tamaño de una hemorragia cerebral; en cuanto a ello, se considera grave lesiones en la protuberancia, el cerebelo y las putamino-capsulares; el estado de conciencia toma relevancia, ya que, se ha analizado que cuanto más consciente esta la persona, mayor probabilidad de recuperación (Consuegra, 2022).

Es menester precisar las condiciones neurológicas y motoras de las personas con accidente cerebrovascular hemorrágico (ACVH), para ello, Smith et al. (2016) hace referencia que una hemorragia a nivel del putamen, ocasiona hemiplejía contralateral, existen casos que la parálisis empeora hasta que las extremidades son flácidas, presentando rigidez en extensión, cuando hay una compresión en la parte superior del tronco encefálico, paciente entra en coma, presentando rigidez por descerebración. Si la

hemorragia se produce a nivel de tálamo, también se produce hemiplejía o hemiparesia, además el paciente manifiesta una deficiencia en todas las modalidades de sensibilidad, acompañado de afasia, apraxia o mutismo. Las hemorragias a nivel de la protuberancia, se caracteriza por que el paciente entra en un coma profundo con tetraplejía, igualmente presentando rigidez en descerebración, además presenta pupilas puntiformes, hay hipertermia, hipertensión e hiperhidrosis. Pasando a una hemorragia a nivel del cerebelo el paciente tiene cefalea occipital y ataxia de la marcha, también se presenta disfagia y disartria.

En base a lo anterior, podemos decir que las consecuencias neurológicas y motoras, dependen de la zona afectada a nivel del cerebro, por tal motivo es necesario indagar por las funciones a nivel cerebral, Braidot (2018), comenta que las funciones cerebrales del lóbulo frontal son las funciones ejecutivas como razonar, planificar y decidir, también se encarga del registro consciente de las emociones, la personalidad y la conducta; el lóbulo occipital, se encarga del procesamiento visual; los lóbulos temporales cumplen funciones relacionadas con el sonido, la comprensión del habla (en el lado izquierdo) y con algunos procesos de la memoria; según Narváez et al. (2019) el lóbulo parietal tiene funciones de la sensación procesa la sensación de los sentidos como el tacto, la presión, el dolor, la temperatura y propiocepción.

Rodríguez et al. (Como se citó en Yanchapanta, 2022) expresan que dentro de las secuelas neuropsicológicas causadas por un accidente cerebrovascular hemorrágico se encuentran en mayor medida las funciones cognitivas, por otra parte, definen que la lateralización de la lesión del accidente cerebrovascular sobre el hemisferio izquierdo se traduce en trastornos del lenguaje, mientras que las perturbaciones del hemisferio derecho producirán trastornos espaciales y viso perceptivos.

Dentro de las alteraciones de la comunicación encontramos la disfonía, disartria y afasia; en las alteraciones de la función visual hemianopsia homónima, la inatención hemi-espacial, trastorno de los movimientos oculares y ceguera de tipo cortical, estas consecuencias impactan directamente en la funcionalidad y desempeño ocupacional en las actividades cotidianas; abarcando las condiciones psicopatológicas

pueden haber episodios fortuitos de risa y llanto, a esto se le llama incontinencia emocional o emocionalismo, existen déficit de atención hay reacciones súbitas de llanto, enfado y temor, ante la vivencia de fracaso al afrontar una tarea, además presentan anosognosia y cambios en la conducta social; otra consecuencia común en accidentes cerebrovasculares es la depresión grave y la ansiedad esto puede ser por cambios hormonales debido a la lesión cerebral, así como también a las dificultades en la calidad de vida. A nivel motor encontramos condiciones como hemiplejía, hemiparesia, contracturas y hombro congelado (Yanchapanta, 2022).

Por otra parte, un estudio realizado por Portilla (2019) en Lima, dentro de los resultados se describe que del total de la muestra de estudio (personas que han sufrido un accidente cerebrovascular), más del 80.3% experimenta algún nivel de dependencia en actividades de vida diaria y el 86.8% presenta deterioro de sus funciones neuromusculoesqueléticas.

Ahora bien, dentro del proceso de rehabilitación, para el paciente que ha sufrido un accidente cerebrovascular hemorrágico, hay una gran variedad de métodos y técnicas que son puestas en marcha por un equipo interdisciplinario, dentro de este equipo encontramos médico especialista en medicina física y rehabilitación, el fisioterapeuta, el logopeda y el terapeuta ocupacional (Vázquez et al. 2021).

Como ya se mencionó anteriormente, dentro del equipo de rehabilitación, se encuentra el profesional de Terapia Ocupacional, el cual dirige su tratamiento a los problemas ocupacionales del paciente, que dificultan las actividades cotidianas, dicho plan también se basa en las características y habilidades de cada paciente; se debe escoger un enfoque de tratamiento (promoción, mantener, instaurar o prevenir); dentro de las directrices están la autonomía en las actividades de la vida diaria y actividades instrumentales de la vida diaria, reducir los déficit sensoriales y motrices, mejorar aspectos cognitivos, e implementación de ayudas técnicas, además el proceso de rehabilitación debe ir acompañado de una re-evaluación periódica de del desempeño ocupacional (Yanchapanta, 2022).

Por otra parte, Pérez (2022), firma que el plan de tratamiento se lleva a cabo en tres fases; fase de evaluación, fase de intervención y fase de

reevaluación. En la primera es fase se aplican todas las escalas específicas para el caso, en la fase de intervención se destaca los modelos de intervención con los cuales se pretende abordar a los problemas ocupacionales del paciente, dentro de la intervención tenemos el planteamiento de objetivos, uno general y otros específicos, además cada una de las actividades planeadas deben ir en base a los objetivos específicos, finalmente en la fase de reevaluación, se debe aplicar las mismas escalas que se utilizaron en el inicio del proceso de rehabilitación, esto con el fin de hacer una respectiva comparación y analizar el proceso de la rehabilitación.

Acorde a lo anterior dentro del proceso de rehabilitación el terapeuta ocupacional puede emplear técnicas, dentro del plan de tratamiento que contribuyan a un óptimo desempeño ocupacional, para ello, Díaz (2022) afirma que las técnicas de imaginaria motora implícita (IMI) contribuyen a mejorar la funcionalidad del paciente que ha sufrido un accidente cerebrovascular (ACV), en esta patología hay secuelas relacionadas con alteración del esquema corporal, lo anterior debido a una alteración del input propioceptivo, vestibular, somato sensorial y a un déficit en el procesamiento. La intervención de terapia ocupacional en esta técnica es presentar a los pacientes diferentes imágenes, en la que el sujeto identifica si se trata de miembro izquierdo o derecho, las imágenes deben estar en diferentes posiciones, la terapeuta es la encargada de corregir y retroalimentar.

Otra de las técnicas que se emplean los profesionales en terapia ocupacional es la terapia en espejo, para la rehabilitación funcional en miembros superiores; esta consiste en posicionar un espejo grande (que se pueda ver el miembro superior) entre los brazos de la persona, la idea es que la imagen del miembro superior sano proporcione la ilusión de un movimiento normal en el miembro superior afectado, cabe agregar que, esta técnica es utilizada para tratamiento de pacientes con dolor del miembro fantasma en amputados, sin embargo también han sido aplicado con éxito en pacientes con disfunción a nivel de miembros superiores. Gonzales (2021) afirma que:

Mediante esta configuración se estimulan canales visuales que activan los circuitos neuronales motores lesionados que perseveran

inactivos por inmovilidad del miembro parético. Activadas las áreas cerebrales: área motora primaria, áreas de asociación, área visual primaria, entre otras, se facilita la actividad en el movimiento. (p.13)

Lisalde & Garcia (como se citó en Gonzales, 2021) comentan que en la terapia espejo se engaña al cerebro creando una ilusión visual, activando las neuronas espejo y dichas neuronas envían el comando motor al musculo seguido por comandos propioceptivo. El objetivo de la terapia espejo en pacientes que han sufrido un accidente cerebrovascular, se centra en mejorar las funciones a nivel de miembro superior, usando el reflejo de la movilidad del lado que no está afectado como retroalimentación visual, con esto se pretende lograr la recuperación de las funciones motoras de la extremidad superior afectada, además de lograr una reorganización cerebral (Gonzales, 2021).

Continuando con los diferentes métodos que un terapeuta puede emplear el proceso terapéutico, se puede implementar el método Perfetti. El ejercicio terapéutico cognoscitivo (ETC) o Método Perfetti, que según Orellana (2022):

Es uno de los procesos de neurorrehabilitación óptimo para los pacientes que presentan secuelas del accidente cerebrovascular debido a que permite la estimulación de la plasticidad cerebral, la recuperación de diferentes áreas cerebrales, el restablecimiento del movimiento, la reeducación del lenguaje y proporciona la activación de procesos cognitivos, así como la reeducación de la funcionalidad motora y la sensibilidad de la parte afectada del cuerpo. (p.15)

La teoría neurocognitiva tiene tres principios básicos, el primero es el movimiento como acto de conocimiento, el cual hace referencia a realizar movimientos tomando en cuenta la percepción; el segundo es la recuperación como aprendizaje en condiciones patológicas, el aprendizaje es fundamental para que la persona pueda reconocer su cuerpo y aprenda a manejarlo, la memoria, la atención y la motivación son indispensables en dicho proceso, y el tercera es el cuerpo como superficie receptora de información, enfocando a los puntos receptores de la persona y procesamientos a nivel del lóbulo parietal (Orellana, 2022).

El ejercicio de los círculos basado en el método Perfetti tiene como objetivo mejorar la sensibilidad en el movimiento de las articulaciones, representación del brazo en el cerebro, control sobre la espasticidad y mejorar la fluidez, la amplitud y la fuerza del brazo (Orellana, 2022). A continuación, se explicará el paso a paso de la actividad que según Orellana (2022) se debe seguir: colocar en una superficie vertical o atril círculos de grande a pequeño, la posición del paciente es sedente frente al atril, el terapeuta ocupacional se deberá colocar del lado afectado, el terapeuta sujetará con una mano la mano del paciente y la otra ubicará debajo del codo; una vez que la mano del terapeuta se encuentra en el brazo del paciente se procederá a colocar el brazo en la base de los círculos como fase inicial; la ejecución del movimiento será guiada por el terapeuta a cargo; el paciente se encontrará en ese momento con los ojos cerrados mientras el terapeuta sigue el trayecto de los círculos con la mano del paciente; cuando el paciente termine la ejecución de la circunferencia guiada, el terapeuta pedirá al paciente que abra los ojos y que intente identificar a que circunferencia corresponde la trayectoria realizada.

Cabe resaltar, la opinión de Pérez (2022), la autora afirma que, el plan de tratamiento se lleva a cabo en tres fases; fase de evaluación, fase de intervención y fase de reevaluación. Cuando se inicia un proceso de rehabilitación a un paciente, este debe ser de manera organizada, sin evadir o saltar ningún paso, ya que un error en cualquiera de sus fases puede impactar negativamente en plan de tratamiento de un paciente y por ende en el estado de salud del paciente. Desde el punto de vista de la practica formativa en disfunciones físicas seguir correctamente los pasos para elaborar el plan de tratamiento, hace que en el proceso de rehabilitación de los pacientes no haya grietas o errores en el abordaje integral. Primeramente se realiza el proceso de evaluación donde se utilizan escalas acordes a cada caso en específico (índice de barthel, escala de Glasgow, daniels, Ashworth, EVA, escala de campbell), luego se realiza el análisis del desempeño ocupacional con los resultados de las escalas de evaluación, se priorizan las necesidades y se realiza el plan de tratamiento donde debe ir un objetivo general y un objetivo específico por cada habilidad afectada, además cada actividad propuesta debe ir acorde con los objetivos propuestos, y sustentada bajo un marco o modelo de referencia. Seguir una secuencia permite al

estudiante ampliar el razonamiento clínico para poder realizar un buen plan de tratamiento. Un aspecto importante que menciona la autora es la fase reevaluación, sería muy significativo poder comparar las puntuaciones de las escalas al inicio, durante y al final del proceso terapéutico, esto puede permitir evaluar cómo se está desarrollando dicho proceso, que aspectos hay que mejorar o replantear; cabe aclarar que en la práctica formativa esta última fase es difícil de cumplir, dado que los pacientes son dados de alta, sin embargo en pacientes de larga estancia, se podría implementar el proceso de reevaluación.

Resultados.

Las diferentes patologías descritas impactan directamente en el óptimo desempeño ocupacional, por tal motivo el terapeuta ocupacional hace parte del equipo multidisciplinario en el tratamiento terapéutico y/o rehabilitador; las técnicas empleadas por parte del profesional en terapia ocupacional en el proceso de rehabilitación, están fundamentadas científicamente, además dentro de los resultados de los estudios, se destaca el avance significativo de los pacientes al utilizar las técnicas de manera adecuada, la utilización de diferentes técnicas o métodos, deben estar acorde a las características del usuario, a las necesidades y a sus condiciones neurológicas y motoras, permitiendo así, obtener resultados positivos en el proceso de rehabilitación, por ende se contribuye a una mejor calidad de vida del paciente.

Dentro de los resultados se destaca, el aprendizaje significativo de los estudiantes de terapia ocupacional, el proceso de revisión amplia el razonamiento clínico, que es la base para desarrollar procesos cognitivos, que como futuros terapeutas ocupacionales se debe integrar, y al estar destinadas a pertenecer al sector socio sanitario, adquieren el compromiso de tomar decisiones en base a un buen análisis, permitiendo así, establecer diagnósticos ocupacionales, tomar decisiones de acuerdo con las necesidades y prioridades reales de los pacientes y definir planes de tratamiento acorde a las características individuales en cada caso.

Conclusiones.

El proceso de enfermedad, independientemente de su causa, deja secuelas a nivel cognitivo,

motor, sensorial y social, dichas áreas se afectan en mayor o menor medida según la enfermedad o sitio de la lesión, como hemos visto las lesiones a nivel cerebral impactan directamente en la funcionalidad de los pacientes, trayendo consigo grandes déficits en el desempeño ocupacional, por lo anterior, se torna relevante el proceso de rehabilitación; dicho proceso, es abordado por un equipo multidisciplinario, en el cual uno de los actores es el terapeuta ocupacional, desde esta profesión se pretende generar el mayor grado de independencia de los usuarios; se abarca a la persona de manera integral, abordando habilidades motoras, de procesamiento y de interacción social, con el fin de planificar una intervención priorizando necesidades, planteando un objetivo general el cual está encaminado a favorecer o contribuir al desempeño ocupacional e independencia en autocuidado, así mismo se describen los objetivos específicos los cuales son medibles a corto plazo, y es aquí donde se especifican las habilidades de desempeño que se pretenden abordar y como se va a realizar dicho proceso dentro del plan de tratamiento. De esta manera, se puede afirmar que el profesional de Terapia Ocupacional se enfoca en lograr el óptimo desempeño ocupacional, en otras palabras, el proceso de rehabilitación se hace en pro de la independencia de las diferentes áreas ocupacionales.

Referencias Bibliográficas

Alex, J., & Consuegra, G. (2022, March). Enfermedad Cerebrovascular Hemorrágica. In *forjenciapdcl* 2022.

Bejarano, H. Lucero, K. Roberto, Erick. Ruiz Evangelista. (2021). Asociación entre enfermedades cardiovasculares y el nivel de estrés moderado. Universidad Nacional de Trujillo. para optar el Título Profesional de: Médico Cirujano.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1455542>

Braidot, N. (2018). *Cómo funciona el cerebro*. Centro de libros PAFP.
https://www.planetadelibros.com/libros_contenido_extra/38/37645_Como_funciona_cerebro_dummies.pdf

Campos, R. H., & González, W. J. P. (2020). Factores pronósticos en la recuperación motora y funcional de pacientes posictus. *Revista Cubana de Medicina Física y Rehabilitación*, 12(1), 51-54.

Díaz López, N. (2022). Uso combinado de neurorrehabilitación y técnicas de imaginería motora implícita para la mejora del control postural y el equilibrio en pacientes postictus en fase subaguda.

Díaz-Méndez, E.L, Talero-Cabrejo, P., Faustino, Y., Guzmán-Suárez, O.B., Rodríguez-Ferro, F.E. (2020). Lineamientos del Colegio Colombiano de Terapia Ocupacional para la rehabilitación hospitalaria de usuarios con COVID-19. *Revista Ocupación Humana*, 20 (1), 146-162.
<https://latinjournal.org/index.php/roh/article/view/952/748>

Farfán Portilla, R. A. D. P. (2019). Funciones neuromusculoesqueléticas y actividades de vida diaria en usuarios post accidente cerebrovascular del Servicio de Terapia Ocupacional del Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas, Lima 2018.

García Gómez, A., Argota Robles, A. F., Galindo Murgas, K., Caballero Ramos, J., Rodríguez Arrieta, H. D., & Zafra Florez, A. F. (2021). Rehabilitación multidisciplinaria y multiorgánica del paciente post COVID-19. *Scientific and Educational Medical Journal*, 2(1),185-205.
<https://www.medicaljournal.com.co/index.php/mj/article/view/40>

García, P. S., & Castelao, S. R. (2019). Estado actual de investigación en parálisis cerebral y envejecimiento: revisión sistemática. *Revista Española de Discapacidad (REDIS)*, 7(2), 103-122.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7161829>

González Suntaxi, B. M. (2021). Terapia de espejo en la rehabilitación funcional de miembros

superiores en pacientes con accidente cerebrovascular (Bachelor's thesis, Quito: UCE).

Guillén- Quintilla, M. Cantín-Cantín, M. Villarreal-Salcedo, I. (2016) Intervención desde terapia ocupacional en pacientes afectados de accidente cerebrovascular. Universidad de Zaragoza. Para optar por el título de Terapia Ocupacional. <https://zaguan.unizar.es/record/90505>

Higgie, J., Urban, L., Hackembruch, H. J., & Gaye, A. (2018). Análisis de una Cohorte de Pacientes con ACV del Joven: Hospital de Clínicas, Montevideo. Revista Uruguaya de Medicina Interna, 3(2), 3-12.

Kivimäki M, Steptoe A. (2017). Effects of stress on the development and progression of cardiovascular disease. Revista Nat Rev Cardiol. Apr;15(4):215-229. doi: 10.1038/nrcardio.2017.189. Epub 2017 Dec 7. PMID: 29213140.

Martínez, N. M. S., Mosquera, I. E. L., Moreira, K. M. S., & Casquete, K. K. C. (2019). Evento Cerebrovascular Isquémico vs Hemorrágico. Recimundo, 3(4), 177-193.

Narváez, A et al. (2019). El cerebro y sus conexiones. En Moscote L.R. et al. (2019). Neuroanatomía, conceptos esenciales, para el estudiante de medicina. (pp. 36-46). Amit Agrawal. ISBN 978-93-5347-972-5.

Olmedilla, M. S., & Reyes, J. M. S. (2018). Hemorragia intracerebral espontánea: diagnóstico etiológico. Seram, 2(1).

Orellana Chiriboga, S. P. (2022). Terapia Ocupacional y Rehabilitación Neurocognitiva en personas adultas mayores con accidente cerebrovascular (ICTUS) a través del Método Perfetti (Bachelor's thesis, Quito: UCE).

Organización Mundial de la Salud. OMS. COVID-19. 2020. https://www.who.int/es/health-topics/coronavirus#tab=tab_1

Organización Mundial de la Salud. OMS. Enfermedades Cardiovasculares. 2017. [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds))

Organización Mundial de la Salud. OMS. Las 10 principales causas de defunción. 2020. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>

Organización panamericana de la salud/ Organización mundial de la salud. (2021). Causas principales de mortalidad y discapacidad. Disponible en <https://www.paho.org/es/enlace/causas-principales-mortalidad-discapacidad>

Patiño, J. V. G., Tlatenchi, D. E. J., González, J. E. G., & Morales, A. Z. (2020). Asociación entre ansiedad, sobrepeso y obesidad en población adulta adscrita a una unidad de medicina familiar. Atención Familiar, 27(3), 131-134.

Pérez, S. P. (2022). Intervención desde Terapia Ocupacional en un caso clínico de hemiplejía a consecuencia de un ictus hemorrágico.

Smith, S. Clairborne, J. & J. Claude, H. (2016). Enfermedades cerebrovasculares. En Kasper, L.D. et al (2016). Harrison principios de medicina. (pp. 2.132-2159) McGRAW-HILL Interamericana Editores, S.A. de C.V. ISBN 978-0-07-180214-7. Vol. 2.

Vázquez-Guimaraens, M., Caamaño-Ponte, JL, Seoane-Pillado, T., & Cudeiro, J. (2021). Factores relacionados con una mayor recuperación funcional tras sufrir un ictus. Ciencias del cerebro , 11 (6), 802.

Yanchapanta Aguaiza, A. A. (2022). Terapia Ocupacional en pacientes con accidente cerebrovascular (ACV) (Bachelor's thesis, Quito: UCE).

Quito: UCE).

CONDICIONES CLÍNICAS Y DE EXPOSICIÓN DE LAS MUJERES ENTRE 45 A 65 AÑOS DE EDAD DIAGNOSTICADAS CON INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO ATENDIDAS EN UN HOSPITAL DEL DEPARTAMENTO DE NARIÑO DURANTE EL AÑO 2021.

De La Cruz Santacruz Stefany ¹ Daniela Figueroa Sánchez ² María Fernanda Jácome ³ Imbacuan Karol Stefania

RESUMEN

La siguiente investigación titulada “condiciones clínicas y de exposición de las mujeres entre 45 y 65 años diagnosticadas con infección del tracto urinario atendidas en el hospital universitario departamental de Nariño durante el año 2021.”, tuvo como objetivo determinar las condiciones clínicas y la exposición de las mujeres diagnosticadas con infección de tracto urinario atendidas en el hospital departamental de Nariño en el servicio de urgencias. Las infecciones de las vías urinarias son causadas por bacterias que invaden el aparato urinario y se multiplican. Son más frecuentes en las mujeres jóvenes, especialmente si se trata de mujeres sexualmente activas porque las relaciones sexuales hacen que las bacterias se diseminen en forma ascendente hacia la vejiga. Se realizó un estudio observacional, descriptivo, transversa retrospectivo de tipo cuantitativo. La población en estudio fueron 169 mujeres utilizando el instrumento fue información de historias clínicas existentes en la base de datos del hospital universitario departamental de Nariño. En los resultados obtenidos se identificó que la edad promedio fue 53.9 años con una desviación estándar de 5,9 años. En cuanto a la procedencia Se encontró que el 92.9% de mujeres pertenecen al departamento de Nariño, con un mayor porcentaje en mujeres que provienen de la zona centro con un 60.9% siendo el municipio de pasto el que más aporta casos en la zona. los resultados obtenidos de acuerdo con el régimen en salud de las mujeres estudiadas se observaron que el régimen subsidiado concentra el 89.5% de las mujeres estudiadas siendo la EAPB Emsanar la que aporta mayor porcentaje con un 45.03%. según el diagnóstico y origen se observó que el 66.3% de ITU según gravedad fueron no complicadas, según la anatomía el 66.3% fueron ITU de vías bajas y según el tipo diagnóstico la pielonefritis y la cistitis ocuparon la mayor proporción de casos con el 32.5% y el 66.3% respectivamente. Entre los factores de exposición para ITU se observó que el 84% se les realizó cesárea, el 22.5% padecían DM y 26.6% padecían HTA. Finalmente, en cuanto a las manifestaciones clínicas se observó que los síntomas más frecuentemente presentados en la ITU fue la disuria en un 46.2% poliuria 40,2% punto uretral positivo 22,5% fiebre 37,7% y puño percusión positiva en un 30.8% del total de las pacientes

INTRODUCCIÓN

Las infecciones del tracto urinario son las patologías más prevalentes, afectando mayoritariamente al sexo femenino estimándose aproximadamente entre un 20%-35% de frecuencia en este sexo a lo largo de su vida; esta patología en la gran mayoría de los casos es resuelta adecuadamente con tratamiento antibiótico, pero en otras ocasiones pueden generar complicaciones y mayor afectación a la salud de las mujeres por lo tanto se considera

importante el estudio de la ITU en nuestra población (1).

(Grabe, 2010) se mencionan entre otras cosas que las infecciones de este tipo plantean un problema de salud importante; fundamentalmente por la elevada frecuencia con la que se presentan, siendo en la mayoría de los casos por el ascenso de microorganismos a través de la uretra, especialmente de origen intestinal; este mecanismo además provee una explicación lógica a la mayor tasa de ITU en mujeres (2).

La infección urinaria es en frecuencia la segunda causa de visita médica de origen infeccioso; en primer lugar se encuentra las infecciones respiratorias, estos datos son aplicables a atención primaria (3); esta realidad también se evidencia en los servicios de emergencia donde cada día son atendidas mujeres con este tipo de patologías; por lo que el presente trabajo de investigación pretende determinar la prevalencia de Infección del tracto urinario en pacientes de sexo femenino del “Hospital Universitario Departamental de Nariño”; además de determinar factores de riesgo asociados a este tipo de infección.

Según el Instituto Departamental de Salud de Nariño, las Infecciones de Vías Urinarias en sitio no especificado (N390), ocupa la cuarta causa de morbilidad atendida en el Departamento de Nariño, durante el año 2019. De 58.057 patologías presentadas, 24.108 se presentaron en mujeres entre 15 a 44 años, 8.521 de 45 a 59 años y 6.897 en mayores de 60 años (4).

Para el Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas - DANE, en el Departamento de Nariño para el año 2018 la mortalidad por IVU, llegó a 52 mujeres, distribuidas de la siguiente manera: 1 mujeres entre 15 a 44 años, 2 de 45 a 59 años y 49, en mayores de 60 (4).

En el municipio de Pasto, se presentaron 16.404 casos de Infecciones del Tracto Urinario, ocupando el sexto lugar dentro de las causas de morbilidad en consulta externa. La mayor concentración se encuentra en las mujeres entre 15 a 44 años con 6.797 casos, 2.804 entre mujeres de 45 a 59 y 2.150 en mujeres mayores de 60 años (4).

Dentro de los factores de riesgo para el desarrollo de esta enfermedad se encuentran las relaciones sexuales, malos hábitos de micción, uso de espermicidas, estreñimiento, factores genéticos y disminución de estrógenos (5).

En cuanto a las consecuencias que derivan del no tratamiento de las infecciones de tracto urinario según Fundación San Rafael (2018), se pueden encontrar de diversas magnitudes que van desde infecciones recurrentes que se pueden prolongar incluso por años, pasando por la pielonefritis grave causando un daño permanente al riñón hasta la presencia de una septicemia o una infección multiorgánica y cuando la infección de tracto urinario se presenta durante el periodo de

gestación, puede afectar de manera significativa la salud del producto, ocasionando en muchas ocasiones bajo peso al nacer o prematuridad, entre otras.

Por tanto se plantea la siguiente pregunta: ¿Cuáles son las condiciones clínicas y de exposición de las mujeres de 45 a 65 años diagnosticadas con infecciones del Tracto Urinario atendidas en el Hospital Departamental de Nariño durante el año 2021?

METODOLOGÍA

La investigación tiene un enfoque cuantitativo, de Tipo observacional, descriptivo, transversal y de tipo retrospectivo. Ejecutado en Mujeres en edades entre los 45 a 65 años de edad durante el año 2021. Donde se incluyeron con diagnóstico de ITU, que tengan patologías sistémicas de base. remitidas de otras instituciones y que tengan diagnóstico de ITU. Y se excluyeron a Pacientes femeninas en estado de embarazo y Pacientes que tengan diagnóstico de bacteriuria asintomática.

Para la RECOLECCIÓN DE DATOS, se tomo como fuente secundaria las historias clínicas existentes para determinar la frecuencia de presentación de ITU con respecto a los factores de riesgo y la caracterización sociodemográfica de las pacientes.

RESULTADOS.

Se estudiaron 169 casos de Infección de vías urinarias en mujeres entre los 45 y 65 años de edad, con una edad promedio de 53,9 años y una desviación estándar de 5,9 años, la mayor proporción de mujeres se concentraron entre los 45 a 49 años de edad

En cuanto a la procedencia, el 92,9% pertenecen al Departamento de Nariño, el mayor porcentaje de mujeres provienen de la zona centro del departamento, con el 60,9 %, la zona subsecuente es el occidente con un 4,7 %, Es de resaltar que además de las zonas de Nariño se encontró pacientes de Bogotá con 0,6 %, Cauca con 1,2% y Putumayo con 5,3 %.

Los resultados obtenidos de acuerdo al régimen en salud de las mujeres estudiadas se observaron que el régimen subsidiado concentra el 89,5 % de las mujeres estudiadas, siendo la EAPB Emssanar la que aporta el 45,03%. El régimen contributivo,

aportó el 6,5%; en cuanto al régimen especial únicamente se encontró la policía nacional.

Frente a la caracterización clínica se encontró que del total de las pacientes con diagnóstico de infección de tracto urinario, el 88,8% de las mujeres tuvieron una salida en estado vivo, con respecto al 11,2% que tuvieron una salida en estado de muerte.

De los 169 casos de mujeres con diagnóstico de infección de tracto urinario en edades entre 45 y 65 años, la estancia hospitalaria es en promedio de 9,6 días.

En cuanto al diagnóstico de casos de las pacientes estudiadas, la infección de vías urinarias, en sitio no especificado con un 95,9% fue el diagnóstico más utilizado al momento de clasificar la patología

Con respecto al motivo de consulta, con un 30,2%, el dolor abdominal es el que más presentaron las pacientes, seguido de la remisión con un porcentaje de 11,2 %. Sin embargo, se evidencio que las mujeres logran identificar signos sugestivos de infección urinaria siendo referentes al momento de emitir el motivo de consulta.

Tabla 04. Distribución de los casos de ITU según el diagnóstico más frecuente y el motivo de consulta.

CATEGORIA	N (%)
DIAGNOSTICO ITU	
Cistitis agudas y las no especificada	4 (2.4)
Fistula de la vejiga, no clasificada en otra parte	1 (0.6)
Incontinencia urinaria por tension	1 (0.6)
Infeccion de vias urinarias, sitio no especificado	162 (95.9)
Otros trastornos especificados de la uretra	1 (0.6)
MOTIVO DE CONSULTA	
Accidente de transito	2 (1.2)
Cefalea	8 (4.7)
Diabetes descontrolada	2 (1.2)
Dolor abdominal	51 (30.2)
Dolor lumbar	18 (10.7)
Dolor pelvico	7 (4.1)
Edema	2 (1.2)
Fiebre	5 (3.0)

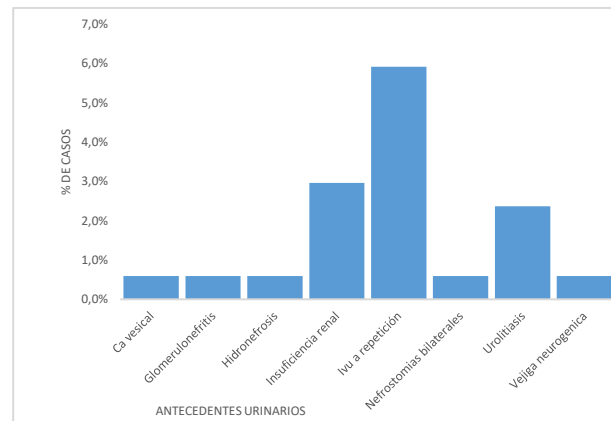
Malestar general	14 (8.3)
Penfigo vulgar	1 (0.6)
Remision	19 (11.2)
Sintomas neurologicos	5 (3.0)
Sintomas respiratorios	16 (9.5)
Sintomas urinarios(disuria, orina fetida, poliuria)	18 (10.7)
Tengo cancer	1 (0.6)

Fuente: elaboración de los autores

Según las tres clasificaciones de tipos de infección de tracto urinario se observó que el 66,3% según la gravedad fueron no complicadas, en tanto según la anatomía el 66,3% fue de vías bajas y según el tipo diagnostico la pielonefritis y la cistitis aportaron la mayor proporción de casos con el 32,5% y el 66,3% respectivamente.

Factores de exposición para la infección de tracto urinario.

Respecto a los antecedentes de las 169 pacientes estudiadas, el 84% si se les realizó cesárea, seguido de la diabetes mellitus con un 22,5%, la HTA en un porcentaje de 26,6%, el antecedente de cirugía pélvico uterina estuvo presente en el 33,7 del total de las pacientes, las gestas en un 16%, las enfermedades endocrinas con un porcentaje de 24,3, la urolitiasis en un 5,3% y la incontinencia urinaria en un 7,2% del total de las pacientes, con respecto a las que no presentaron dichos antecedentes.



Gráfica 02. Distribución de los casos de ITU según los antecedentes urinarios de las pacientes.

Fuente: elaboración de los autores,

Caracterización de manifestaciones clínicas.

Frente a los signos y síntomas presentados por las mujeres objeto de estudio, la disuria se presentó en el 46,2% de las pacientes, la poliuria en un porcentaje de 40,2%, la oliguria con un 16%, el dolor lumbar se presentó en el 57,4%, el dolor en punto uretral en un porcentaje de 22,5%, la hematuria con un porcentaje de 5,3, la fiebre con un porcentaje de 37,3%, el tenesmo vesical en el 14,2% y finalmente la puño percusión se presentó con un porcentaje de 30,8% del total de las pacientes.

Tabla 07. Distribución de los casos de ITU según los signos y síntomas presentados por las mujeres objeto de estudio.

Variable	Si	No
Disuria (%)	78 (46.2)	91 (53.8)
Poliuria (%)	68 (40.2)	101 (59.8)
Oliguria (%)	27 (16.0)	142 (84.0)
Dolorlumbar (%)	97 (57.4)	72 (42.6)
Dolorenpointoureteral (%)	38 (22.5)	131 (77.5)
Hematuria (%)	9 (5.3)	160 (94.7)
Fiebre (%)	63 (37.3)	106 (62.7)
Tenesmovesical (%)	24 (14.2)	145 (85.8)
Puñopercusion (%)	52 (30.8)	117 (69.2)

Fuente: elaboración de los autores,

El 100% de las pacientes fueron estudiadas para un diagnóstico confirmatorio a través de ayudas como las pruebas de laboratorio, las cuales muestran positividad como por ejemplo el uroanálisis que mostro un 84% de positividad equiparable a un resultado patológico que contiene nitritos, bacterias, leucocitos y en cuanto al urocultivo llama la atención que existe gramnegativos en el 50,3% de las pacientes, finalmente se resalta que el 100% de las pacientes con cáncer presentan un resultado de procalcitonina positivo como marcador de inflamación.

Tabla 08. Distribución de los casos de ITU según pruebas de laboratorio ara diagnóstico de infección de tracto urinario.

Variable	Categoría
Uroanálisis (%)	No: 25 (14.8) Si: 144 (85.2)
Resultado_Uroanálisis (%)	No aplica: 25 (14.8) No patológico: 26 (15.4) Patológico: 118 (69.8)
Uroanálisis2 (%)	No: 25 (14.8) No patológico: 26 (15.4) Patológico: 118 (69.8)
Gram (%)	No: 42 (24.9)

Resultado_gram (%)	Si: 127 (75.1) Negativo: 42 (24.9) No aplica: 42 (24.9) Positivo 85 (50.3)
Gram (%)	Negativo 42 (24.9) No 42 (24.9) Positivo 85 (50.3)
Urocultivo (%)	Negativo 79 (46.7) No 37 (21.9) Positivo 53 (31.4)
Ecografía (%)	No 121 (71.6) Si 48 (28.4)
Hemograma (%)	No 7 (4.1) No patológico 56 (33.1) Patológico 106 (62.7)
Procalcitoninapositiva (%)	No 162 (95.9) Si 7 (4.1)

Fuente: elaboración de los autores,

9. DISCUSION.

Considerando la infección urinaria como la invasión, colonización y multiplicación de patógenos dentro de las estructuras que conforman este sistema (41) y respecto a la epidemiología valorado como un problema de salud con un gran impacto social y económico, se habla de la segunda patología infecciosa más diagnosticada en el mundo con un aproximado de 150 millones de consultas al año y en aumento el reporte de casos por infecciones con organismos multidrogoresistentes (42). De acuerdo a la base de datos de esta investigación en la sé que se orientó a identificar las características sociodemográficas, descripción de los principales tipos de infección urinaria según el diagnóstico y origen, factores de exposición y manifestaciones clínicas de 169 pacientes con diagnóstico de infección de tracto urinario que consultaron al hospital universitario departamental de Nariño en el año 2021, se obtuvieron diferentes resultados que se discutirán a continuación.

Con respecto a la edad, Amador y Tafur (2016) reportan en un estudio que la edad promedio en la que se presentó la infección de vías urinarias fue a los 55 años con un mayor número de reporte de casos, así mismo, en la presente investigación

se encontró que la edad promedio de presentación fue a los 53,9 años con una desviación estándar de 5,9 años, sin embargo la mayor proporción de mujeres se concentraron entre los 45 a 49 años y por otro lado, complementando Jung y Burnett (2021) reportaron que la mayoría de pacientes en su estudio (45) sobre “etiología y manejo de infecciones recurrentes del tracto urinario”, el 83,7% eran pacientes mujeres postmenopáusicas con edad promedio de 67 años, generalmente atendiendo al hecho de que las infecciones en tracto urinario en estos grupos etarios están altamente relacionados tras la menopausia que se asocia a defectos funcionales, pérdida de micro biota normal por la falta de hormonas o episodios de ITU recurrente a lo largo de la vida (43) y si bien en los artículos revisados en los aspectos sociodemográficos se limitan a la edad y el sexo, en el presente estudio se exploró la procedencia, el régimen de salud y el estado de remisión al alta de los casos de estudio.

Dentro de la población estudiada, se reportó que el 11.2% de las pacientes tuvieron una salida después de su estancia hospitalaria en estado de muerte, por otro lado Artero y Núñez (2020) reportaron que en un estudio realizado (44) se encontró que la mortalidad global de sus pacientes fue de 12% haciendo constar lo evidenciado en nuestra investigación, en comparación con la mortalidad mundial que fue del 7% de la población(47), esta mortalidad fue o no detectada a la asociación con la presencia de bacteriemia, shock y enfermedades neoplásicas que conviven con los pacientes y muchas veces se convierten en infecciones en los detonantes para un estado séptico que conlleva a la muerte(48).

Con respecto a la estancia hospitalaria, Beltrán y Colaboradores (2021) reportan un estudio de 167 casos de infección de vías urinarias de origen hospitalario, con una mediana de edad de 75 años y una mediana de estancia de 20 días encontrándose relacionado al *proteus mirabilis* a la mayor estancia, así mismo en la presente investigación se encontró que de los 169 casos con infección de tracto urinario, la estancia hospitalaria fue en promedio de 9,6 días. (50)

García y colaboradores (2006) reportan que la mayor prevalencia de infecciones se ha adquirido en la comunidad en un promedio de (65,6%), contrario a la población estudiada en la que

reporta que 90% de las ITU fueron asociadas al cuidado de la salud y el 10% fueron adquiridas en la comunidad. (51)

En cuanto a los diagnósticos reportados en las pacientes, la infección de vías urinarias, en sitio no especificado ocupó con un 95,9%, considerando que este objetivo no se logró a cabalidad debido a que en la mayoría de veces no se especificó exactamente el tipo de ITU.

De igual manera se encontró que el 63.3% de las ITU según la severidad no fueron complicadas y un 57% si fueron complicadas, y se puede inferir que dicho resultado se presenta por que la población objeto de estudio fue del género femenino, en el cual la mayoría de las ITU no son complicadas, a diferencia de los hombres que presentan ITU complicados en mayor porcentaje. (52,53,54)

Según la caracterización de las ITU, basado en su localización, se encontró predominio en el tracto urinario bajo con un 66.30%. Lo anterior se puede fundamentar en el hecho de que la vía urinaria baja está más expuesta a la contaminación. (55)

El diagnóstico la pielonefritis y la cistitis aportaron la mayor proporción de casos con el 32,5% y el 66,3% respectivamente. En otros estudios se reporta, que la pielonefritis presentaba una mayor frecuencia (78 casos, 92.86%) (56).

Entre el motivo de consulta con mayor predominio encontramos dolor abdominal en un 30,2% como hallazgo, pero estudios reportan que entre los motivos de consulta más frecuentes estuvo lumbalgia (12.67%) (57).

El análisis de los factores de exposición al contraer ITU permite observar que los factores de riesgo de UTI sintomática recurrente incluyen diabetes, discapacidad funcional, relaciones sexuales recientes, antecedentes de cirugía urológica, retención urinaria e incontinencia urinaria (58). En el presente estudio se observó que la mayoría de las mujeres presentaron patologías de base como diabetes, hipertensión, enfermedades endocrinas, y en especial patologías urinarias como cáncer vesical, glomerulonefritis, hidronefrosis, insuficiencia renal, ita a repetición, urolitiasis y Vejiga neurogénica; como también en mujeres con cirugía pélvica uterina.

De igual manera en otro estudio se reveló que el 70% de la población tenían antecedentes patológicos personales, dentro de los cuales se

encontró con mayor porcentaje patologías que cursan con inmunodeficiencia, especialmente diabetes, lo que apoya lo establecido en estudios previos donde se considera a esta condición como un factor que facilita la colonización de microorganismo en el tracto urinario (59). Observando en el presente estudio que la diabetes no fue en su mayoría un factor que predisponga a la mayoría de las mujeres ya que aportó un 22.5 % de los casos.

En comparación con el parto vaginal previsto, el parto por cesárea previsto se asoció significativamente con un mayor riesgo de infección del tracto urinario posparto. Los estudios futuros deben centrarse en reducir el cateterismo de rutina antes del parto vaginal operatorio, así como en mejorar los procedimientos relacionados con el cateterismo. (58) en el estudio presentado se encontró una gran incidencia y predisposición en las mujeres que presentaban previa cesárea con un porcentaje del 84,0 %, interpretando así que la gran mayoría de las mujeres que se estudiaron presentaron una cesárea previa.

En relación con los factores predisponentes, la literatura menciona que dentro de los factores de riesgo más importantes para desarrollar ITU en la mujer es haber tenido historia de ITU previa, así como la historia de incontinencia urinaria (59). En el presente trabajo, en general se documenta que estos factores de predisposición se encontraron en bajos porcentajes en las mujeres estudiadas, siendo así la Itu recurrente del 5,9% y la incontinencia urinaria del 7,1% de los casos.

En un estudio se observó que las manifestaciones clínicas de los adultos mayores de la comunidad, que conservan sus habilidades funcionales y cognitivas, son de gran medida muy similares a las de los adultos jóvenes. Los síntomas clásicos de ITU baja no complicada son: disuria, con o sin aumento de la frecuencia urinaria, urgencia, dolor suprapúbico o hematuria (59). Según lo que se logró analizar en esta investigación, los síntomas más frecuentes aquejados por los pacientes fueron dolor lumbar 57.4 % en primer lugar, seguido de disuria en un 43.2%, poliuria con un 40.2%, fiebre con un 37.3%, oliguria con un 16.0%, tenesmo vesical con un 14.2% y finalmente y en menores cantidades hematuria con un 5.3% de los casos. Y teniendo en cuenta los signos clínicos se obtuvo que con puño percusión positiva se presentaron 30.8% y con dolor en punto uretral un 22.5% de las mujeres

del estudio. Este resultado es similar al encontrado por Marques y colaboradores, en un estudio de mujeres mayores de 65 años que residen en comunidad, aunque aportando otro síntoma urinario como principal y con porcentajes proporcionales a los nuestros. Ellos documentaron que la orina fétida (60,6%) ha sido el síntoma principal, segundo lugar la disuria (33.3%) y en tercer lugar la poliuria.

CONCLUSIONES

La frecuencia de los factores asociados fue la siguiente: Cirugías pélvico uterinas con un 33.7%, hipertensión arterial con un 26.6% enfermedades endocrinas con un 24.3%, diabetes mellitus con un 22.5%, cesáreas 16.0% y finalmente patologías urinarias previas con un 14.2%.

La presentación clínica no se describe con detalle en la mayoría de los casos, sin embargo, se documenta que el síntoma urinario más frecuente fue dolor lumbar con 57.4% de los casos, seguido de disuria con 46.2%.

El tipo de ITU más frecuente según la gravedad es la ITU no complicada, según la anatomía la IVU baja y según la ubicación la cistitis reportando en los tres casos un 66.3% respectivamente.

Se puede evidenciar que la ITU asociada a los cuidados de la salud está mostrando incremento mayor en relación a las ITU adquiridas en la comunidad, esto se justifica debido al largo tiempo de estancia hospitalaria.

Si bien los estudios se enfocan en la microbiología, el presente estudio no tuvo ese alcance, únicamente se evidencio que las bacterias gram negativas prevalecen en el estudio del urocultivo.

.REFERENCIAS.

1. Delgado Mallén P. Nefrología al día. [Online].; 2019 [cited 2021 06 01. Available from: <https://www.nefrologiaaldia.org/es-articulo-infecciones-urinarias-255>.
2. Pensantez Mendez G, Ruilova Blacio C. Prevalencia de infecciones de vías urinarias en pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus Tipo 2, ingresados en el Departamento de Medicina interna del Hospital Vicente Corral Mscoso durante el año 2011 y factores asociados. [Online].; 2013 [cited 2021 06 01. Available from: <http://dspace.uceuena.edu.ec/bitstream/123456789/3712/1/MED%20176.pdf>

3. Nariño IDdSd. Boletines de Epidemiología. [Online].; 2019 [cited 2021 06 01. Available from: <http://www.idsn.gov.co/images/documentos/epidemiologia/boletines/1.%20IBS%202019.pdf>
 4. Solano Mora A, Solano Castillo A, Ramirez Varga X. Actualización del manejo de infecciones de las vías urinarias no complicadas. [Online].; 2019 [cited 2021 06 01. Available from: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/356/728>.
 5. McNulty LJaMbBbDbA. Efectividad de las intervenciones conductuales para reducir las infecciones del tracto urinario y la bacteriemia por Escherichia coli para los adultos mayores en todos los entornos de atención: una revisión sistemática. [Online].; 2018 [cited 2021 06 01. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0195670118305486>
 6. Valdovinito JP, Álvarez D. Infección urinaria recurrente en la mujer. [Online].; 2018 [cited 2021 06 01. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-infeccion-urinaria-recurrente-mujer-S0716864018300282>
 7. Alvares Villarraga D, Et al. Sociedad Colombiana de Urología. [Online].; 2018 [cited 2021 06 01. Available from: <http://50.23.16.2/~scuorg/userfiles/file/2018/ABRIL/Guia%20De%20Practica%20Clinica%20De%20Infeccion%20de%20vias%20urinarias%20en%20el%20adulto.pdf>
 8. CORREDOR JM. INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS EN EL PACIENTE PEDIÁTRICO HOSPITAL BOSA II NIVEL AÑO 2014. [Online].; 2014 [cited 2021 06 01. Available from: <https://repository.udca.edu.co/bitstream/handle/11158/442/TESIS%20DE%20GRADO%20INFECCION%20DE%20V%20VIAS%20URINARIAS%20EN%20ELPACIENTE%20PED.pdf;jsessionid=877D801B9417CAC984560BE4C61D7A7D?sequence=1>
 9. Jaimes H, Ramírez , López N, Rubio L. Revisión documental, relacionado con el autocuidado de la gestante con IVU - ETS del año 2005-2015. [Online].; 2018 [cited 2021 06 01. Available from: <https://revia.areandina.edu.co/index.php/Kk/article/view/725>
 10. López D, Olivero R, al. e. Prevalencia y mortalidad por infecciones del tracto urinario asociadas a la atención de la salud en pediatría. [Online].; 2015 [cited 2021 06 01. Available from: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2016/07/957/05-lopez-d-97-103.pdf>
 11. Jorge Alberto Cortés DPRMea. Guía de práctica clínica sobre diagnóstico y tratamiento de infección de. [Online].; 2015 [cited 2021 06 01. Available from: <file:///C:/Users/aron/Downloads/44185-Article%20Text-276834-1-10-20151210.pdf>
 12. Colombia Mdsd. Ley 1850 de 2017. [Online].; 2017 [cited 2021 06 01. Available from: [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad Nueva/Ley%201850%20de%202017.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad%20Nueva/Ley%201850%20de%202017.pdf)
 13. Aires SdMFyCdHIdB. Infecciones urinarias en las mujeres adultas. [Online].; 2017 [cited 2021 06 01. Available from: <https://www.fundacionmf.org.ar/files/MEP%20Infecciones%20urinarias%20en%20la%20mujer%202017.pdf>
 14. Pranit Kakde1 NNRAY. Journal of The Association of Physicians of India (June 2018) Urinary Tract Infection in Elderly: Clinical Profile and Outcome. [Online].; 2018 [cited 2021 06 01. Available from: https://www.japi.org/june_2018/02_OA_Urinary_Tract_Infection_in_Elderly.pdf
 15. Carrasquilla M. Marco Conceptual y las Variables. [Online].; 2017 [cited 2021 02 15. Available from: <https://www.scribbr.es/estructura/marco-conceptual/>
 16. <https://www.seimc.org/contenidos/documentoscientificos/otrosdeinteres/seimc-dc2013-LibroInfecciondeltractoUrinario.pdf>
 17. Jung, Carrie y Linda Brubaker. "La etiología y el manejo de las infecciones recurrentes del tracto urinario en mujeres posmenopáusicas". Climacteric: la revista de la Sociedad Internacional de Menopausia vol. 22,3 (2019): 242-249. doi:10.1080/13697137.2018.1551871. available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6629580/>
 18. Alviz-Amador A, Gamero-Tafur K, Caraballo-Marimon R, Gamero-Tafur J. Prevalencia de infección del tracto urinario, uropatógenos y perfil de susceptibilidad en un hospital de Cartagena, Colombia. Rev. Fac. Med. 2016;66(3):313-7. Spanish. doi: <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v66n3.62601>
 19. Rodriguez Monterroza, S. (2018). Prevalencia de infecciones del tracto urinario y perfil de
 20. Susceptibilidad antimicrobiana en pacientes de la ese Hospital san jeronimo de monteria 2012-2016. Available from: <https://repositorio.unicordoba.edu.co/bitstream/handle/ucordoba/988/INFORME%20FINAL%20SALOMON%20RODRIGUEZ%20MONTERROZA%202017-%20II.pdf?sequence=1>
- ARTERO, Elisa Álvarez, et al. Utilidad del hemocultivo en la infección del tracto urinario con fiebre en el anciano. Revista Española de Quimioterapia, 2021, vol. 34, no 3, p. 249. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8179938/>
- . Iacovelli V, Gaziev G, Topazio L, Bove P, Vespasiani G, Finazzi Agrò E. Nosocomial urinary tract infections: A review. Urologia. 81(4): 222-227. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25451882>



¡Trabajamos por mi Nariño,
tu salud,
nuestro compromiso!

Gundersen TD, Krebs L, Loekkegaard ECL, Rasmussen SC, Glavind J, Clausen TD. Postpartum urinary tract infection by mode of delivery: a Danish nationwide cohort study. *BMJ Open* [Internet]. 2018 [citado el 17 de mayo de 2022];8(3):e018479. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29540408/>

Chu CM, Lowder JL. Diagnosis and treatment of urinary tract infections across age groups. *Am J Obstet Gynecol* [Internet]. 2018 [citado el 17 de mayo de 2022];219(1):40-51. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29305250/>



CO-SC-CER448531



CO-SA-CER448535



CO-OS-CER448536

