

**Medicencias UTA**

REVISTA UNIVERSITARIA CON PROYECCIÓN  
CIENTÍFICA, ACADÉMICA Y SOCIAL

Vol. 6 No.1



e ISSN 2602-814X  
Enero /2022



## Carrera de Medicina

Av. Colombia y Chile. Campus Ingahurco  
Telf. 593 03 373 0266 Ext. 5218  
Ambato - Ecuador





**REVISTA UNIVERSITARIA, CON PROYECCIÓN  
CIENTÍFICA, ACADÉMICA Y SOCIAL**

**Volumen 6. Número 1**

Enero 2022

<https://medicenciasuta.uta.edu.ec/>

e-mail: [medicenciasuta@uta.edu.ec](mailto:medicenciasuta@uta.edu.ec)



**CARRERA MEDICINA - UTA**

**MEDICIENCIAS UTA: Revista Universitaria con proyección científica, académica y social**

Mediciencias UTA es una publicación universitaria, propiedad de la Carrera de Medicina de la Facultad de Ciencias de la Salud, de la UTA; dirigida a estudiantes, docentes y profesionales de las Ciencias de la Salud, donde complementan su acervo intelectual desde fundamentos teóricos que sustentan las disciplinas médicas, divulgando los resultados de investigaciones científicas mediante la presentación de diferentes modalidades de artículos científicos, en los que se exprese no sólo adelantos o experiencias médicas, sino además contribuciones académicas y aportes pedagógicos en función de las ciencias de la salud y temas de repercusión social relacionados con la salud pública en el mundo contemporáneo.

**CUERPO DE DIRECCIÓN UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO**

**Rector**

Dr. MSc. Galo Naranjo López

**Vicerrector Académico**

Dra. Mary Cruz Ph.D.

**Vicerrector Investigación**

Dra. Elsa Hernández Ph.D.

**Vicerrector Administrativo**

Ing. MBA. Edison Viera.

**Decano de la Facultad de Ciencias de la Salud**

Dr. Jesús Onorato Chicaiza Tayupanta

**Subdecano de la Facultad de Ciencias de la Salud**

Dra. Esp. Sandra Villacís Valencia

**Dirección:** Carrera de Medicina. Universidad Técnica de Ambato. Av. Colombia y Chile, Campus Ingahurco  
Ambato – Ecuador. CP: 180150

**Teléfono.** 593-03-373-0268 ext 5236

**Periodicidad:** Trimestral

**Dirección electrónica:** <https://medicienciasuta.uta.edu.ec/index.php/MedicienciasUTA>

**Email:** [medicienciauta@uta.edu.ec](mailto:medicienciauta@uta.edu.ec)

**Institución Editora:** Carrera de Medicina. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Técnica de Ambato.  
e-ISSN: 2602-814X

## Cuerpo editorial (responsables editoriales)

### Dirección General

Dr. Ricardo Javier Recalde. Esp. Medicina Familiar y Comunitaria. Universidad Técnica de Ambato. Ecuador.

### Editor Responsable (Responsable Académico y Científico)

MSc. María José Barreno.

Ingeniera Bioquímica. Universidad Técnica de Ambato. Ecuador. Máster en Bioquímica, Biología molecular y Biomedicina

### Editor Técnico

MSc. Xavier Proaño.

Magíster en Interconectividad de Redes. Universidad Técnica de Ambato. Ecuador.

### Editor de Sección

PhD. Elena Vicenta Hernández Navarro

Doctora en Ciencias Pedagógicas. Esp. Embriología Humana. Universidad Técnica de Ambato. Ecuador.

### Secretaria de Redacción y Traducción

PhD. Alicia Mariferanda Zavala Calahorrano.

Doctor Filosofía. Magister en Gerencia en Salud Para el Desarrollo Local. Pontificia Universidad católica del Ecuador. Sede Ambato.

### Diagramador

PhD. Alberto Bustillos.

Doctor del Programa Oficial en Biotecnología. Universidad Técnica de Ambato. Ecuador

### Secretaria de Gestión

Dra. Esmeralda Maricela Estrada Zamora. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Magíster en Gerencia de la Salud. Universidad Técnica de Ambato

### Consejo Editorial Externo

#### PhD. María Alexandra Cañas.

PhD en Biotecnología. IDIBAPS/Fundación Clinic per/la recerca biomédica. Servicio de Enfermedades Infecciosas. Laboratorio de Endocarditis Experimental. Barcelona, España.

#### PhD. Karla Ramírez Estrada.

Posgrado en Farmacia. Universidad Autónoma de Nuevo León. México.

#### PhD. Natalia Mallo.

Doctora en Ingeniería Biotecnológica. Universidad Santiago de Compostela. España.

#### MSc. Mario Igor del Rosario Minina.

Maestría en Biomedicina. Candidato a Doctor en Ciencias en Infecciones e Inmunología. Universidad de Glasgow. Escocia, Reino Unido.

#### MSc. Helena Maritza de la Torre Olvera.

Maestría en Infecciones e Inmunología. Candidato a Doctor en Ciencias en Infecciones e Inmunología. Universidad de Glasgow. Escocia, Reino Unido.

#### PhD. José Alejandro Concepción Pacheco.

Doctor en Ciencias Pedagógicas. Licenciado en Lengua. Universidad de Ciencias Médicas Sancti Spiritus. Cuba.

#### Dr. Esp. Bolívar Eduardo Serrano Pazmiño.

Especialista de Medicina Interna. Especialista de Gastroenterología y Endoscopia Digestiva. Diplomado en Enfermedades Infecciosas. Hospital Provincial General Latacunga. Ecuador.

#### PhD. Jorge Luis Losada Guerra.

Doctor en Ciencias Pedagógicas. Especialista en Urología. Universidad de Ciencias Médicas de Sancti Spiritus. Cuba.

#### PhD. Ana María Nazario Dolz.

Doctor en Ciencias Médicas. Especialista en Cirugía General. Profesora Titular e Investigador Titular. Universidad de Ciencias Médicas de Santiago de Cuba. Cuba.

#### PhD. Mayerlin Yanes Guzmán.

Doctor en Ciencias de la Salud. Especialista en Gerencia Hospitalaria. Magister en Salud Pública. Universidad Experimental Francisco de Miranda. Venezuela.

#### PhD. Eduardo Lino Bascó Fuentes.

Doctor en Ciencias Médicas. Especialista en Histología. Profesor Consultante y Emérito. ESPOCH Riobamba. Ecuador.

#### PhD. Haydeé Aurora del Pozo Jeréz.

Doctora en Ciencias Médicas. Especialista de Medicina Interna. Profesor Consultante. Universidad de Ciencias Médicas de la Habana. Cuba.

#### PhD. Juana María Remedios.

Doctora en Ciencias Pedagógicas. Universidad Pedagógica de Sancti Spiritus. Cuba.

### Consejo Editorial Interno

#### PhD. Lizette Elena Leiva Suero.

Doctora en Ciencias Médicas. Especialista de Medicina Interna. Profesor e Investigador Titular. Universidad Técnica de Ambato. Ecuador.

#### PhD. Elena Vicenta Hernández Navarro.

Doctora en Ciencias Pedagógicas. Especialista de Embriología Humana. Universidad Técnica de Ambato. Ecuador.

#### PhD. Yenddy Carrero Castillo.

Doctora en Medicina Clínica. Lic. Bioanálisis. MSc. Inmunología. Investigador Titular. Universidad Técnica de Ambato. Ecuador.

#### Mg. Patricia Lorena Paredes Lascano.

Magíster en Pedagogía en Ciencias de la Salud. Especialista en Pediatría. Hospital IESS Ambato. Universidad Técnica de Ambato. Ecuador.

## CONTENIDO Y AUTORES

### EDITORIAL

**Vacunas contra el COVID 19: Una visión coyuntural.  
Vaccines against COVID 19: A conjunctural visión**

Greiyz Tamar Cerón Guerra ..... 1-2

### ARTICULOS DE REVISIÓN

**Factores de riesgo de la preeclampsia.  
Risk factors for preeclampsia.**

Carlos Martínez, Noelia Bowen, Carlos Macas, Juan David Orrego, Yara Veliz..... 3 - 10

### ARTICULOS PRESENTACIÓN DE CASOS CLÍNICOS

**Embarazo ectópico cervical, manejo conservador.  
Reporte de caso clínico.**

**Cervical ectopic pregnancy, conservative management.  
Clinical case report.**

Marjury Alejandra Muriel Tendetza, Jair Germánico Albán Recalde, Carlos Adrián Aguayo Eldredge, Danny Fernando Trujillo Medina ..... 11 - 16

**Pancreatitis aguda secundaria a hipertrigliceridemia:  
caso clínico**

**Acute pancreatitis secondary to hypertriglyceridemia:  
clinical case.**  
Carla Estefanía Tovar Noroña, Cristian Miguel Romero Villegas, Alison Mishelle Ortega Carrillo ..... 17 - 23

**Sarcoma de Kaposi en Infección por VIH captado en  
atención primaria, a propósito de un caso.**

**Kaposi's Sarcoma in HIV Infection detected in primary  
care, a case report**  
Paola Silva-Gutiérrez, Ariel Mena-Amaluiza, Ma. Salomé Argotti-Zumbana ..... 24 – 30

### ARTICULOS ORIGINALES DE INVESTIGACIÓN

**Prevalencia del síndrome de burnout en el personal de  
salud del Hospital Básico Pelileo. ¿Existe síndrome de  
burnout en un hospital de segundo nivel?**

**Prevalence of burnout syndrome in the health personnel  
of the Basic Hospital Pelileo. Is there burnout syndrome  
in a Second Level Hospital?.**

Verónica Cristina Jurado Melo, Víctor Patricio Gavilanes Sáenz, Génesis Elizabeth Mayorga Zurita, Jessy Mariana Robayo Carrillo ..... 31 – 39

**Áreas de atención y el síndrome de agotamiento  
emocional del “Hospital General Docente Ambato  
durante la pandemia covid19”**

**Attention areas and the emotional exhaustion syndrome  
of the “Hospital General Docente Ambato during the  
covid19 pandemic”.**  
Giovanni Marcelo Ortiz Gavilanes, Darwin Raúl Noroña Salcedo, Johanna Vanessa Ortega Castro ..... 40 - 54

**Cuidado humanizado de enfermería en la atención de  
pacientes ingresados en los hospitales públicos de la  
ciudad de Milagro – Ecuador.**

**Humanized nursing care in the attention of patients  
admitted in the public hospitals of the city of Milagro –  
Ecuador.**  
Vásquez Espinoza Gabriela de Jesus, León Samaniego Guillermo Fernando, Clavero Soto Joanna Cecilia, Encalada Campos Grecia Elizabeth ..... 55 - 68

**Principales intoxicaciones agudas de adultos en la sala  
de emergencias del Hospital General Docente Ambato-  
Ecuador entre 2010-2018.**

**Main acute poisonings of adults in the emergency room  
of the Hospital General Docente Ambato-Ecuador  
between 2010-2018.**  
Mario Sunta, Brenda Pillajo, Galo Vinueza, Jeaneth Naranjo, Belén Fiallos..... 69 - 73

**Vivencias de mujeres durante el parto eutócico en  
establecimientos privados VS establecimientos públicos.  
Women's experiences during eutocic birth in private  
establishments VS public establishments.**

Lozada A. Mabel D, Guarate C. Yeisy C ..... 74 - 83

Editorial

**Vacunas contra el COVID 19: Una visión coyuntural.  
Vaccines against COVID 19: A conjunctural visión.**

Greizy Tamar Cerón Guerra\*

\*Especialista en Neumología - Sociedad Ecuatoriana de Neumología, Unidad de Salud Municipal Norte  
Quito-Ecuador. ORCID: 0000-0003-4250-4656  
gtcg77@hotmail.com – sen.quito@gmail.com

Recibido: 14 de diciembre del 2021

Revisado: 16 de diciembre del 2021

Aceptado: 21 de diciembre del 2021

En la historia, las vacunas se remontan a años de observación e investigación científica, constituyéndose en un pilar fundamental para la lucha contra diversas enfermedades infectocontagiosas y su prevención.

Según el Colegio de Médicos de Filadelfia el origen de las vacunas data de hace más de mil años y los primeros registros pertenecen al siglo XVI en China, donde se usaba la “variolización”, una técnica primitiva para generar inmunidad.

En el Siglo XIX, Louis Pasteur desarrolló su vacuna antirrábica e introdujo el término “vacuna”, debido a los experimentos de Jenner realizados en vacunos. A partir de ese momento, se han desarrollado miles de vacunas con el objetivo de salvar vidas y prevenir enfermedades.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a las vacunas como: “cualquier preparación destinada a generar inmunidad contra una enfermedad estimulando la producción de anticuerpos.”

Durante la actual pandemia, se consiguió desarrollar una gran cantidad de vacunas en tiempo récord. En enero del 2020 ya se había conseguido la secuencia del SARS COV2 y sumando a esto la experiencia de décadas anteriores en el diseño de las mismas, utilizando vectores adenovirales, ARN mensajero, entre otros, se logró una considerable variedad de vacunas en un periodo menor a un año. Algo inédito en la historia de la medicina. Dicho método de inmunización contribuye a despertar dos grandes vías de generación de una respuesta inmunológica. Una vía que esta mediada por células, que se considera una de las más importantes en la protección frente al SARS COV2; y, otra mediada por una respuesta humoral.

Para poder lograr esto se han utilizado vacunas con virus atenuados o con virus inactivados. De igual manera vacunas que utilizan fragmentos o partículas del virus, tales como proteínas de membrana.

Existen también vacunas que utilizan vectores virales, algo que hasta hace algún tiempo parecía lejano e improbable. Otras vacunas se valen de moléculas de ARN mensajeros, purificación de partículas o subunidades proteicas virales con vectores adenovirales, entre otras.

Existe una amplia oferta de vacunas contra el COVID19 a nivel mundial, las cuales han utilizado diferentes tecnologías para su diseño. Son cientos de plataformas de vacunas desarrolladas o en vía de desarrollo con el objetivo de vencer a la pandemia.

Sin embargo, la OMS al momento ha autorizado siete (7) vacunas para su uso y/o uso emergente, en el contexto de la pandemia, entre las que se incluyen: Pfizer/BioNTech (ARNm), Moderna (ARNm), AstraZeneca (Vector de Adenovirus), Janssen (Vector de Adenovirus), Covilo (Virus Inactivado), Coronavac (Virus Inactivado).

También, hay Vacunas que han sido autorizadas en países específicos, tal es el caso de la vacuna Sputnik V, aprobada específicamente para Rusia, la vacuna Bharat BBV152 Covaxin en la India y Convidecia/CanSino en América Latina.

En Ecuador las vacunas aceptadas y disponibles para inmunización contra COVID19 son: Pfizer/BionTech, AstraZeneca, Coronavac de Sinovac y Convidecia/CanSino. Al momento en Ecuador existe un suministro suficiente, que incluye cobertura para terceras dosis de la población durante los próximos meses.

Con relación a la tercera dosis de refuerzo, se ha probado que es beneficiosa. Un metaanálisis publicado en noviembre del 2021, elaborado por Lancet Microbe, sugiere que la administración de “boosters” (tercera dosis) puede aumentar el grado de protección frente al SARS COV2, ya que los efectos de protección de las vacunas van disminuyendo con el tiempo, pero que al colocar el “booster” dicha protección es restaurada. Por esta razón se está recomendando la colocación de la tercera dosis después de los 6 meses de haberse colocado la segunda dosis. Sin embargo, todavía está en estudio si después serán necesarias más dosis.

Al analizar la eficacia de las mismas se observó lo siguiente: Pfizer y Moderna tienen eficacia superior al 91%, Astrazeneca por encima del 80% y Sinovac del 65% para prevenir el desarrollo de enfermedad con síntomas leves o de gravedad, todas cercanas al 100% para cobertura contra la infección por SARS COV2, reduciendo el ingreso hospitalario, ingreso a UCI y muerte.

La vacunación es una vía importante y necesaria con la que contamos, en conjunto con las buenas políticas públicas y la responsabilidad tanto de autoridades, como de la población en general. En tal virtud la recomendación es que todos debemos vacunarnos para lograr un mayor beneficio social.

Todas las decisiones y acciones que tomamos como sociedad deberían estar enfocadas en una visión compartida, como comunidad, con un sentimiento de pertenencia y de solidaridad. Dejando de lado la obsesión por un estilo de vida egoísta y consumista. La pandemia nos ha enseñado, que pase lo que pase, estamos en un mismo barco, que se llama Planeta Tierra. Y que lo que le salva a uno, les salvará a todos. En consecuencia y regresando a lo pertinente, es compromiso y obligación de todos cumplir a cabalidad con las MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD y VACUNARSE de conformidad con lo que establecen las autoridades.

Artículo de Revisión

**Factores de riesgo de la preeclampsia.  
Risk factors for preeclampsia.**

\*Carlos Martínez<sup>1</sup>, \*\*Noelia Bowen<sup>2</sup>, \*\*\*Carlos Macas<sup>2</sup>, \*\*\*\*Juan David Orrego<sup>2</sup>, \*\*\*\*\*Yara Veliz<sup>2</sup>  
\*Universidad Católica de Cuenca Carrera de Medicina – Matriz. ORCID: 0000-0002-5186-6379  
\*\*Universidad Católica de Cuenca Carrera de Medicina – Matriz. ORCID: 0000-0002-4365-7120  
\*\*\*Universidad Católica de Cuenca Carrera de Medicina – Matriz. ORCID: 0000-0001-9321-2691  
\*\*\*\*Universidad Católica de Cuenca Carrera de Medicina – Matriz. ORCID: 0000-0001-9854-0184  
\*\*\*\*\*Universidad Católica de Cuenca Carrera de Medicina – Matriz. ORCID: 0000-0001-5734-7644

cmartinezs@ucacue.edu.ec

Recibido: 30 de julio del 2021

Revisado: 22 de octubre del 2021

Aceptado: 22 de diciembre del 2021

**Resumen.**

**Introducción:** La preeclampsia es una de las complicaciones que puede presentarse durante el embarazo parto o puerperio que aumentan la morbimortalidad materno perinatal y neonatal, siendo estas patologías las primeras causas de muerte materna en el país y una de las principales causas de muerte materna a nivel mundial. **Objetivos:** Demostrar aquellos factores que puedan desencadenar un episodio sintomatológico referido a un cuadro de preeclampsia. **Materiales y métodos:** Se realizó una revisión bibliográfica de artículos científicos enfocados en los factores de riesgo de la preeclampsia **Resultados:** Los factores de riesgo que se analizaron fue la nutrición en una mujer embarazada, tiene que ser correcta debido a que debe cumplir con las necesidades propias y la del bebé, es por ello que el gasto energético total con una ingesta diaria de 2150 kcal y 2200 kcal. Otro factor fueron las edades de interés obstétrico siendo el parto pretérmino en un 9,8 % de las madres jóvenes (20-35 años), en un 23,3% de las mujeres adolescentes (< 20 años) y en un 33,3% de las mujeres adultas (> 35 años adultas). Posteriormente se pudo recopilar una serie de datos post-análisis estadísticos, que mostraron una clara importancia de las condiciones cardiovasculares como un factor importante para presentar preeclampsia, así como cofactores que pueden acompañar o generar cualquier estado atípico en el sistema cardiovascular. **Conclusiones:** Se encontró que los principales factores de riesgo de la preeclampsia, son una desnutrición marcada, el sobrepeso, la edad, condiciones cardiovasculares como el hipercolesterolemia, hipertensión arterial, diabetes, y enfermedades respiratorias relacionadas con el tabaquismo que pueden desencadenar un cuadro cardiovascular atípico.

**Palabras Clave:** Hipertensión, obesidad, embarazo, atención prenatal.

**Abstract**

**Introduction:** pre-eclampsia is one of the complications that can occur during pregnancy, childbirth or puerperium that increase maternal, perinatal and neonatal morbidity and mortality, these pathologies being the leading causes of maternal death in the country and one of the main causes of maternal death worldwide. **Objectives:** To demonstrate those factors that may trigger a symptomatological episode referred to preeclampsia. **Materials and methods:** A bibliographic review of scientific articles focused on the risk factors of pre-eclampsia was carried out. **Results:** The risk factors analysed were nutrition in a pregnant woman, which must be correct because it must meet her own needs and those of the baby, which is why the total energy expenditure with a daily intake of 2150 kcal and 2200 kcal. Another factor was the age of obstetric interest, with preterm birth occurring in 9.8 % of young mothers (20-35 years), 23.3 % of adolescent women (<20 years) and 33.3 % of adult women (> 35 years). Subsequently, a series of statistical post-analysis data could be compiled, which showed a clear importance of cardiovascular conditions as a major factor for presenting with pre-eclampsia, as well as co-factors that may accompany or generate any atypical state in the cardiovascular



system. Conclusions: The main risk factors for pre-eclampsia were found to be marked malnutrition, overweight, age, cardiovascular conditions such as hypercholesterolemia, arterial hypertension, diabetes, and respiratory diseases related to smoking that can trigger an atypical cardiovascular condition.

Key words: Hypertension, obesity, pregnancy, prenatal care.

### **Introducción.**

La preeclampsia (PE) es una alteración que puede presentarse durante el embarazo y el parto se desarrolla como una enfermedad multisistémica relacionada con un desarrollo irregular de la placenta que suele a su vez cursar con un daño severo endotelial (1). Esta patología normalmente cursa con un cuadro de hipertensión grave que puede llegar a interrumpir un embarazo aparentemente normal; se presenta en la con una incidencia del 2 al 10%, con casos hasta 7 veces mayores y con mayor frecuencia en países subdesarrollados que los desarrollados (2). Dentro de los casos que puedan presentarse es necesario indicar que el 50.3% de los casos se dan en primigestas, otro 50% pacientes que presenten un récord familiar en el cual encontramos sujetos hipertensivos, 12.4% de los casos se dan en mujeres con hipertensión previa al embarazo y un 6% de los casos representan mujeres que posean cualquier tipo de diabetes previa a la gestación (3).

La prevalencia a nivel mundial es de un 10% de los embarazos y con mayor incidencia en mujeres menores de 20 años y mayores de 35 años al momento del embarazo y de estas el 75% de los casos corresponden a pacientes primigestas (4). La clasificación preeclampsia se clasifica en leve, moderada y severa actualmente se habla de preeclampsia con criterios de severidad o sin criterios de severidad, la mayoría de los casos son asintomáticos y ya cuando presenta síntomas presenta por lo general criterios de severidad por lo que es importante el control de la presión arterial dentro de los controles prenatales (5).

A nivel mundial las muertes maternas son causadas por algún tipo de enfermedad genética, trombóticas, inmunológicas o una falla en la placenta por estrés oxidativo, según la Organización Mundial de la Salud (OMS) en los países desarrollados la incidencia de que una gestante muera por preeclampsia está entre el 2 y el 10% y tienen una prevalencia menor a (0,4) que en los países que están en vía de desarrollo (6). En Latinoamérica se encuentran algunos de los porcentajes más altos solamente superados por el

continente africano y algunos países asiáticos; Costa Rica presenta una prevalencia total de prematuridad causada por la preeclampsia del total del 13.6%, seguido por El Salvador con un 12.8%, Honduras 12.2%, Uruguay 10.1%, Brasil 9.2%, Colombia 8.8% Venezuela con el 8% y Argentina igualmente con un 8% (7).

Se han descrito alrededor de 237 defunciones por cada 10 000 nacimientos, cada 3 min muere en el mundo una mujer por PE y 50 000 cada año. Factores hereditarios y adquiridos, familiares, ambientales, inmunológicos e individuales parecen interactuar de diversas maneras para que aparezca la PE (8). Esta entidad se presenta en el 5-10 % de todos los embarazos y es más bien una enfermedad de primigestas (85 %), la padecen del 14,5 al 20 % de las pacientes con embarazo múltiple y el 25 % de las mujeres con hipertensión crónica; también se identifican algunos factores de riesgo son las enfermedades maternas extremas, exposición limitada al esperma de la pareja, conyugue con antecedentes de preeclampsia en un embarazo con otra mujer , antecedente de preeclampsia, hipertensión crónica, enfermedad renal, diabetes mellitus, trombofilias, obesidad, síndrome de ovarios poliquísticos y el antecedente personal materno de restricción en el crecimiento intrauterino(4)(9). La PE constituye una de las principales complicaciones obstétricas y de mayor repercusión en la salud materna y fetal. Entre los riesgos asociados a la PE están la restricción del crecimiento fetal, el oligoamnios, la muerte fetal, el hematoma retroplacentario, la insuficiencia o infartos placentarios y el parto pretérmino (10).

En Ecuador, la preeclampsia y la eclampsia constituyen las primeras causas de morbilidad perinatal; se presentan en el 8,3 % de las gestaciones y son las responsables del 14 % de las muertes infantiles. Estas enfermedades han sido reportadas, desde el año 2006, como las primeras causas de muerte materna y representan el 27,53 % del total de muertes maternas ocurridas desde el 2006 hasta el 2014. (3) La provincia Chimborazo tiene la tercera tasa más alta a nivel nacional de

estas enfermedades con un 28,16 % de preeclampsia y eclampsia durante el año 2016(11).

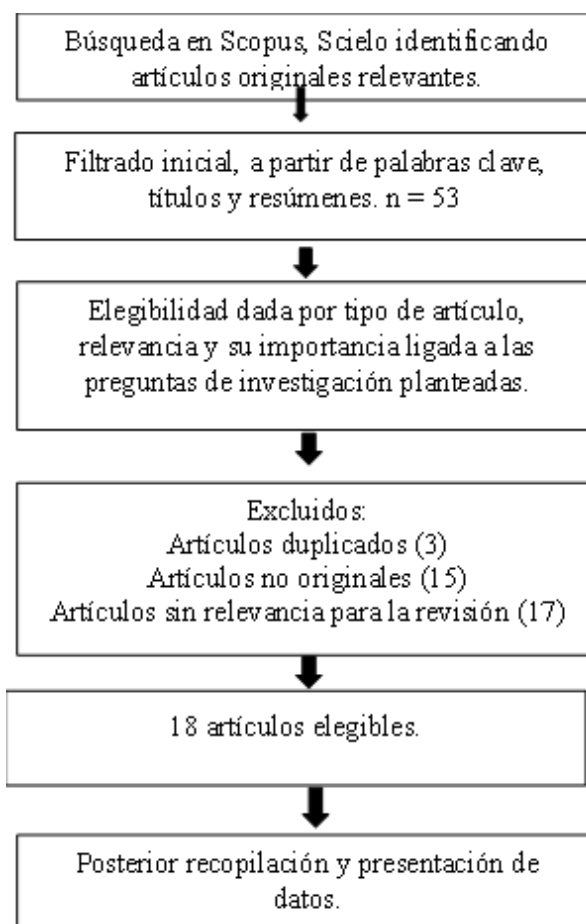
A modo de conclusión, los principales factores de riesgo para PE son generalmente la edad y el exceso de peso materno, la paridad y los antecedentes familiares de esta afección; la mayoría de ellos no modificables, por lo que se requiere una esmerada atención prenatal que garantice el diagnóstico precoz y el manejo oportuno de esta entidad. En la actualidad es un problema de salud frecuente y es significativa su relación con el aumento de la morbilidad y mortalidad materna y perinatal; por esta razón se realizó este estudio con el objetivo de identificar los factores de riesgo asociados a la PE. Por estas razones se debe tener en cuenta para la atención primaria de salud, dado su importante rol en la prevención, los siguientes elementos: incrementar

la identificación y control de las mujeres en edad fértil con riesgo preconcepcional para que se involucren en el proceso de la reproducción en el momento oportuno y en la edad adecuada y las mejores condiciones posibles, así como estar atentos en la identificación de los signos precoces de la PE que garanticen una intervención temprana en estas gestantes. El objetivo de esta revisión sistemática es demostrar aquellos factores que puedan desencadenar un episodio sintomatológico referido a un cuadro de preeclampsia.

### **Materiales y métodos**

Se realizó una revisión bibliográfica de artículos científicos pertenecientes a revistas indexadas enfocados en los factores de riesgo de la preeclampsia,

Cuadro de flujo.



### Criterios de elegibilidad

La elegibilidad de cada uno de los artículos fue de manera minuciosa incluyéndose así artículos originales, artículos de revisión y casos clínicos que determinan las causas más frecuentes de la preeclampsia. Se seleccionaron las publicaciones en idioma inglés y español.

### Estrategias de búsqueda

El trabajo investigativo es retrospectivo con un periodo de búsqueda de entre 2015-2021 y fue a partir de un protocolo de revisión bibliográfica, en el cual se procedió a consultar las bases de datos más relevantes para solventar las preguntas de investigación propuestas, tales como Scopus, Web of Science y Scielo, con la finalidad de asemejar si las causas dadas en los tiempos pasados son similares a las actuales y si existe o no algún motivo. Cabe destacar que hubo una estrategia de búsqueda mediante términos clave, en las bases de búsqueda mencionadas, en donde se combinaron términos como “preeclampsia”, “hipervitaminosis”, “hipertensión”, “hipercolesterolemia” junto con operadores booleanos como “OR” y “AND”.

### Extracción de los resultados

Una herramienta que fue indispensable para este trabajo fue Mendeley que de forma manual se almacenó u organizaron los documentos encontrados y con posible selección para la investigación.

### Resultados

Preguntas de investigación:

1. ¿De qué manera influye la ingesta de calcio y vitaminas en la dieta o suplementos en mujeres embarazadas con preeclampsia?
2. ¿Cuál es la edad en la que hay mayor riesgo de padecer esta enfermedad?
3. ¿La paridad es un factor determinante a la hora de presentar preeclampsia?
4. ¿Las enfermedades cardiovasculares en la madre son un factor decisivo para que presente preeclampsia?

La nutrición de una mujer embarazada tiene que ser correcta debido a que debe cumplir con las necesidades propias y la del bebé, es por ello que el gasto energético total (GET) con una ingesta diaria de 2150 kcal y 2200 kcal, la cual se fundamenta en 4 variables principales, la tasa metabólica basal correspondiente al 60% del gasto total, efecto termino de los alimentos en cuanto a su digestión, absorción, resíntesis y almacenaje equivalente al 5-10% del GET, además, el ejercicio térmico en personas sedentarias representa un 15-20% y la termogénesis adaptativa al medio que corresponde al 10%. (4,5). En la tabla 1 se visualiza la ingesta de vitaminas adecuadas para una dieta correcta de una mujer embarazada, y de este modo evitar contraer preeclampsia, cabe recalcar que cada una posee sus cantidades adecuadas de consumo, es por ello que hay que evitar un riesgo de hipo e hipervitaminosis.

**Tabla 1.** Dosis correctas e incorrectas de la ingesta de vitaminas en la dieta o suplementos

Vitamina	Dosis adecuada/ día	Hipervitaminosis	Hipovitaminosis
Vitamina A	770-3000 µg/día.	> 10 000 UI/día o > 25 000 UI/semanal	<20 µg/dl
Vitamina B6	1,9-2 mg/día.	>100-200 mg/día	<1 mg/día
Vitamina B12	2.6 µg/día.	>100 mg/ día	<1,5 mg/ día
Vitamina C	80-85 mg/día	>2000mg/día	<50mg/día
Vitamina D	400-800 µl/día	>15000 UI/día	<100 UI/día
Vitamina E	15 mg/día	>1500 mg/día	<0,5 mg/día
Vitamina K	75-90 mg/día.	>2000mg/día	<10mg/día
Ácido fólico	600 µg/día	>1500mg/día	<100mg/día
Niacina	18 mg/día	>1600mg/día	<0,7mg/día
Riboflavina	1,4mg/día	>90-200mg/día	<0,20mg/día
Tiamina	1,4mg/día	>100mg/día	<0,5mg/día
Colina	450mg/día	>15000mg/día	<100mg/día

Mediante un estudio analítico de madres de diferentes edades, que tuvieron un parto pretérmino, se tuvo en cuenta el último año cumplido de las pacientes, para un mejor manejo de la información en la investigación se agrupó de la siguiente forma: siendo menores a 20 años las adolescentes, las pacientes entre 20 y 35 años son jóvenes y mayores a 35 años son adultas siendo esta una avanzada edad materna. Este grupo de edades fue la de interés obstétrico por considerarse factor de riesgo menor de 20 y mayor de 35 años. De acuerdo al estudio se presentó el parto pretérmino en un 9,8 % de las madres jóvenes, en un 23,3% de las mujeres adolescentes y en un 33,3% de las mujeres adultas (6). En la tabla 2 se aprecia que las proporciones estimadas de las edades de riesgo para que una mujer en estado de gestación tenga un parto pretérmino presentando preeclampsia.

Analizando los datos del estudio se estableció un predominio de las pacientes que presentaban nuliparidad, por otra parte, solo una pequeña parte del grupo presentaban multiparidad, siendo este también un factor de riesgo en la preeclampsia (tabla 3).

Después de la correcta distinción de diversos estudios se pudo recopilar como tal, una serie de datos post-análisis estadísticos, que mostraron una clara importancia de las condiciones cardiovasculares como un factor a tener en cuenta para presentar un futuro estado de preeclampsia, así como cofactores que pueden acompañar o generar cualquier estado atípico en el sistema cardiovascular. La tabla 4 enseña las diferentes patologías que se encontraron en una muestra de 54 mujeres que llegaron a presentar un cuadro clínico de preeclampsia en un embarazo reciente.

Tabla 2. Análisis de edades en mujeres que tienden a presentar preeclampsia

Edad	Parto pretérmino	Parto a término
< 20 años adolescentes	23,3%	76,7%
20 a 35 años jóvenes	9,8%	90,2%
> 35 años adultas	33,3%	66,7%

Tabla 3. Nuliparidad y Multiparidad

Paridad	Primer cónyuge	Nuevo cónyuge	Malos antecedentes obstétricos
Nuliparidad	70%	-	-
Multiparidad	30%	16,6%	26,6%

Tabla 4. Enfermedades cardiovasculares e incidencia en la presencia de preeclampsia.

Condiciones cardiovasculares	Muestra	G. Afectado	Incidencia en preeclampsia
Hipercolesterolemia ( $\geq 5.2$ mmol/L)	54	40	74%
Hipertensión Arterial	54	50	92.5%

Fumador	54	45	83.3%
Diabetes Mellitus	54	25	46.2%
Sobrepeso (IMC $\geq$ 25.5)	54	53	98.1%

### Discusión

La manifestación de los factores analizados resulta independiente, ya que esto conlleva que la paciente puede presentar uno o varios factores de riesgo indistintamente y esto afecta indudablemente el aumento de la probabilidad para presentar preeclampsia (9). La información resultante de los datos analizados, igualmente de los resultados, fueron presentados en tablas estadísticas para una mejor comprensión e interpretación.

La influencia de la ingesta de las vitaminas ya sea en la dieta o suplementos en mujeres embarazadas que padecen de preeclampsia, es indispensable por lo que su consumo diario y correcto procura a que tanto la madre como el bebé no se encuentren propensos a enfermedades o problemas futuros en cuanto a su salud. En la vitamina A es recomendable que su ingesta provenga de la dieta y no de suplementos multivitamínicos debido a que su cantidad es excesiva provocando efectos teratogénicos (12). Las dosis elevadas de piridoxina pueden producir efectos adversos neuronales en el desarrollo del feto o síndrome de dependencia B6 en el neonato, mientras que su administración sistemática reduce las probabilidades de preeclampsia y parto prematuro (13). El déficit de la vitamina B12 es uno de los factores de riesgo más destacados por lo que produce de forma directa a que el bebé sea prematuro o tenga un parto grave, asimismo, causa problemas metabólicos para ambos como la anemia perniciosa (12). El consumo deficiente de vitamina E ha sido relacionado con el retraso de crecimiento intrauterino, rotura prematura de membranas, en recién nacidos prematuros displasia broncopulmonar, hemorragia intraventricular, leucomalacia periventricular, retinopatía y enterocolitis necrotizante. (1)

De esta manera, se relacionan la importancia de la administración de las vitaminas en la nutrición de la gestante y el feto, destacando que unas son más indispensables que otras, tal como la vitamina K que tiene mayor importancia en la vida extrauterina, es por ello que se da suplementación

parenteral a todos los recién nacidos; asimismo, el calcio es indispensable para el buen funcionamiento de los sistemas circulatorio y nervioso, además de la formación y mineralización del esqueleto fetal es por ello que la ingesta diaria recomendada 1000mg/día, destacando que la déficit normalmente produce hipertensión arterial en la madre, en lo que es un problema grave para la salud del bebé(14), asimismo, es elemental implementar la dosis si la mujer tiene un alto riesgo de preeclampsia o problemas dietéticos (4,5).

Según los datos analizados se tomó en cuenta a la edad como un factor de riesgo de incidencia de presentar preeclampsia en las mujeres gestantes, se observa que las mujeres menores de 20 años y las mujeres mayor a 35 años son más susceptibles a presentar preeclampsia debido a que su edad no es la óptima para la etapa de gestación siendo estas edades de riesgo, resultando evidentemente que la edad preferentemente para que un embarazo llegue a término con normalidad es desde los 20 a los 35 años de edad(4).

Además, se pudo constatar que la paridad o número de partos previos es un factor muy influyente al momento de presentar este estado; la nuliparidad representa uno de los marcadores a tener en cuenta pues en estos casos es mucho más común encontrar ciertos trastornos hipertensivos relacionados con el primer embarazo; por otro lado, las multíparas son menos susceptibles a sufrir cualquier condición que pueda alterar los valores normales de las presiones arteriales (15). Algo a tener en cuenta es que la nulíparas no solo pueden presentar estados hipertensivos sino también hiperglucémicos, que también son capaces de alterar el desarrollo normal de la gestación.

En la muestra de 54 mujeres en las que se realizó el estudio previo, se encontraron 5 patologías principales que influyen directamente sobre el correcto funcionamiento cardiovascular (16). El factor más importante en todas aquellas situaciones cardiovasculares con posibles repercusiones durante el embarazo fue principalmente el sobrepeso con una incidencia del 98.1% en el total

de la muestra con preeclampsia y la menos relevante de todas fue la diabetes mellitus (tipo I y tipo II) con un 46.2% (10).

El hipercolesterolemia se muestra como una patología con el 74% de incidencia de preeclampsia; mientras que la hipertensión arterial llega a un porcentaje importante alcanzando el 92.5% de incidencia. Con el análisis de los datos obtenidos se puede determinar que el hipercolesterolemia y la hipertensión arterial previas al embarazo son factores para tener muy en cuenta si se habla de la posibilidad de presentar preeclampsia, estos resultados eran esperados, pues un colesterol en sangre elevado por encima de los 5.2 mmol/L puede ser el desencadenante de una hipertensión que se agravará durante el embarazo (14,17).

### Conclusiones

En relación con lo expuesto se puede concluir lo siguiente:

- Los principales factores de riesgo de la preeclampsia establecidos en toda esta revisión sistemática en el diagnóstico de las pacientes con preeclampsia (severa y no severa).
- Se evidenció que es necesario planificar y llevar a cabo estrategias y políticas públicas que incentiven a mejores prácticas de atención prenatal, de manera que los diferentes factores de riesgo puedan detectarse de manera temprana, pues esto reduciría la incidencia de partos que no lleguen a término.
- Se planteó que la obesidad está relacionada con la preeclampsia, siendo un factor que influye de gran manera en el desarrollo de esta. Sin embargo, la desnutrición es la que tiene mayor número de casos reportados de preeclampsia, lo que indica que las gestantes desnutridas tienen mayor tendencia de presentar esta condición.
- También se evidencio que las mujeres nacidas de madres con trastornos hipertensivos son altamente susceptibles a presentar estos mismos antecedentes durante el embarazo, señala que mientras más evidente son los antecedentes de hipertensión, mayor será la frecuencia con la que se presentará esta enfermedad.

Fuentes de financiamiento

Autofinanciada.

Declaración de conflicto de intereses

Los autores negamos tener conflicto de intereses

Bibliografía

1. Ahumada JS, Barrera AM, Canosa D, Cárdenas L, Uriel M, Ibáñez EA, et al. Factores de riesgo de parto pretérmino en Bogotá D.C., Colombia. *Rev la Fac Med.* 2020 Oct;68(4):556–63.
2. Mata P, Ros E, 강용목, De Campos PCM, Dapcich V, Salvador G, et al. 濟無No Title No Title No Title. *Angew Chemie Int Ed* 6(11), 951–952 [Internet]. 1967;1(1):1–64. Available from: [http://www.nutricion.org/publicaciones/pdf/prejuicios\\_y\\_verdades\\_sobre\\_grasas.pdf%0Ahttps://www.colesterolfamiliar.org/formacion/guia.pdf%0Ahttps://www.colesterolfamiliar.org/wp-content/uploads/2015/05/guia.pdf](http://www.nutricion.org/publicaciones/pdf/prejuicios_y_verdades_sobre_grasas.pdf%0Ahttps://www.colesterolfamiliar.org/formacion/guia.pdf%0Ahttps://www.colesterolfamiliar.org/wp-content/uploads/2015/05/guia.pdf)
3. De Jesús-García A, Jimenez-Baez MV, González-Ortiz DG, De la Cruz-Toledo P, Kuc-Peña LM, Sandoval-Jurado L. Características clínicas, epidemiológicas y riesgo obstétrico de las pacientes con preeclampsia-eclampsia TT - Clinical, epidemiological and obstetric risk characteristics of patients with preeclampsia-eclampsia. *Rev enferm Inst Mex Seguro Soc.* 2018;26(4):256–62.
4. Pérez EES, Velecela GF, Jácome AL. Diagnóstico de preeclampsia e identificación de factores de riesgo Diagnosis of preeclampsia through the identification of risk factors. *Rev Cuatrimest "Conecta Lib.* 2018;2(3):43–52.
5. Checya-Segura J, Moquillaza-Alcántara VH. Factors associated with severe preeclampsia in pregnant women seen in two hospitals in Huánuco, Peru. *Ginecol Obstet Mex.* 2019;87(5):295–301.
6. González-Wong C, Fuentes-Barría H, Aguilera-Eguía R, Urbano-Cerda S, Vera-Aguirre V. El rol de la vitamina D sobre el riesgo de preeclampsia: Revisión narrativa. *Rev Chil Nutr.* 2021 Feb;48(1):118–25.
7. Mendoza Tascón LA, Claros Benítez DI, Osorio Ruíz MÁ, Mendoza Tascón LI, Peñaranda Ospina CB, Carrillo Bejarano JH, et al.

- Epidemiología de la prematuridad y sus determinantes, en una población de mujeres adolescentes y adultas de Colombia. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2016;81(5):372–80.
8. Cabero L, Santamaria R. Estados Hipertensivos Del Embarazo (Ii). *Clin Invest Ginecol Obstet.* 2017;11(5):205–25.
9. Gonzalez JAS, Muñoz MV, Machado MG, Espinosa IM, Hernández AL, Rojas FM. Condiciones maternas y resultados perinatales en gestantes con riesgo de preeclampsia - eclampsia. *Rev Cuba Obstet y Ginecol.* 2017;43(1):1–12.
10. Fernández Alba JJ, Mesa Páez C, Vilar Sánchez Á, Soto Pazos E, González Macías M del C, Serrano Negro E, et al. Sobrepeso y obesidad como factores de riesgo de los estados hipertensivos del embarazo: estudio de cohortes retrospectivo. *Nutr Hosp.* 2018 Aug;35(4):874.
11. García-Hermida M, García-Hermida MI, García-Remirez CG, García-Ríos CA. Comportamiento clínico epidemiológico de gestantes adolescentes con hipertensión arterial. *Arch Médico Camagüey [Internet].* 2020 Jul 24 [cited 2021 Dec 25];24(4):525–37. Available from: <http://revistaamc.sld.cu/index.php/amc/article/view/7571>
12. Orane Hutchinson AL. Requerimientos nutricionales en el embarazo y de dónde suplirlos. *Rev Clínica Esc Med UCR-HSJD.* 2016;6(4):11–23.
13. Salam RA, Zuberi NF, Bhutta ZA. Pyridoxine (vitamin B6) supplementation during pregnancy or labour for maternal and neonatal outcomes. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015 Jun;2016(3).
14. Suárez González JA, Gutiérrez Machado M. Riesgo cardiovascular según la intensidad del climaterio en mujeres de edad mediana con antecedentes de preeclampsia. *Medicentro (Villa Clara).* 2020;24(3):531–47.
15. Peraçoli JC, Borges VTM, Ramos JGL, Cavalli R de C, Costa SH de AM, Oliveira LG de, et al. Pre-eclampsia/Eclampsia. *Rev Bras Ginecol e Obs / RBGO Gynecol Obstet.* 2019 May;41(05):318–32.
16. McDonald SD, Malinowski A, Zhou Q, Yusuf S, Devreux PJ. Cardiovascular sequelae of preeclampsia/eclampsia: A systematic review and meta-analyses. *Am Heart J.* 2008 Nov;156(5):918–30.
17. Bryce Moncloa A, Alegría Valdivia E, Valenzuela Rodríguez G, Larrauri Vigna CA, Urquiaga Calderón J, San Martín San Martín MG. Hipertensión en el embarazo. *Rev Peru Ginecol y Obstet.* 2018 Jul;64(2):191–6.

Artículo de presentación de casos clínicos

**Embarazo ectópico cervical, manejo conservador. Reporte de caso clínico.  
Cervical ectopic pregnancy, conservative management. Clinical case report.**

Marjury Alejandra Muriel Tendetza\*, Jair Germánico Albán Recalde\*\*, Carlos Adrián Aguayo Eldredge\*\*\*,  
Danny Fernando Trujillo Medina\*\*\*\*

\*Hospital Gineco Obstétrico de Nueva Aurora “Luz Elena Arismendi”. Quito-Ecuador. <https://orcid.org/0000-0001-7948-7568>

\*\*Hospital Rafael Ruiz. Pujilí-Ecuador. <https://orcid.org/0000-0002-3713-5596>

\*\*\*Hospital Gineco Obstétrico de Nueva Aurora “Luz Elena Arismendi”. Quito-Ecuador.  
<https://orcid.org/0000-0003-3006-4171>

\*\*\*\*Hospital de Sigchos. Sigchos-Ecuador. <https://orcid.org/0000-0003-3495-6097>  
marjury.muriel@gmail.com

Recibido: 5 de mayo del 2021

Revisado: 10 de noviembre del 2021

Aceptado: 03 de diciembre del 2021

**Resumen.**

**Introducción:** El embarazo ectópico se define como la implantación del cigoto en un sitio diferente a la cavidad uterina, siendo estos la trompa de falopio, el ovario, órganos abdominales o el cérvix. Al implantarse a nivel del orificio cervical interno o por debajo, se considera embarazo ectópico cervical; cuya presentación es singular con una incidencia de 1 por cada 2500 a 98000 embarazos. Siendo esta una condición peligrosa y potencialmente mortal, debido a que el trofoblasto puede alcanzar los vasos uterinos a través del cérvix, provocando sangrados masivos. Anteriormente su diagnóstico era incidental, durante un legrado por sospecha de aborto incompleto que causaba hemorragia incontrolable y terminaba en histerectomía. En la actualidad, con el uso de la ecografía y el diagnóstico a tiempo, se puede realizar un manejo farmacológico conservador o técnicas quirúrgicas que evitan la histerectomía; permitiendo conservar la fertilidad de la mujer.

**Objetivo:** Describir un caso clínico de embarazo ectópico cervical con manejo conservador.

**Material y métodos:** Estudio descriptivo retrospectivo, presentación de caso clínico.

**Resultados:** Se presenta el caso clínico de una paciente femenina de 37 años de edad, nulípara, que cursa segunda gesta de 7,6 semanas, con antecedente de un aborto; que acude a emergencias gineco obstétricas por presentar dolor abdominal y sangrado vaginal. Se realiza ecografía en la que se reporta un cuello uterino de 63.9 mm, ocupado por saco gestacional irregular de 42.89 mm; conteniendo embrión de 12.1mm con actividad cardíaca. Determinándose como diagnóstico embarazo ectópico cervical, por lo que se decide iniciar manejo conservador, con Metotrexato 61mg intramuscular los días 1,3,5 y 7 y con ácido fólico 6.1mg intravenoso los días 2,4,6 y 8. Se realiza control ecográfico en el que se observa falla terapéutica. Por el deseo de fertilidad de la paciente, se decide utilizar cloruro de potasio intrasacular; al insertar 1 mm la aguja provoca hemorragia que obliga llevar a la paciente a quirófano. Se realizó pinzamiento de arterias cervicouterinas y posteriormente bajo guía ecográfica se ejecutó aspirado manual endouterino. Además, se colocó Balón de Bakri para controlar hemorragia, evitando efectuar histerectomía.

**Conclusiones:** El embarazo ectópico cervical es una presentación rara y muy peligrosa del embarazo. Al ser diagnosticado a tiempo mediante ecografía, se puede realizar un manejo conservador tanto farmacológico como quirúrgico, evitando la histerectomía.

**Palabras clave:** Embarazo ectópico, cuello del útero, Metotrexato.

**Abstract**

**Introduction:** Ectopic pregnancy is defined as the implantation of the zygote outside the uterine cavity such as the fallopian tube, ovary, abdominal organs, or cervix. The implantation at the level of the internal cervical os



or below is considered a cervical ectopic pregnancy. Corresponding to an unusual type, with an incidence of 1 in 2500 to 98000 pregnancies. It is an extremely dangerous and potentially fatal condition, where the trophoblast can reach the uterine vessels through the cervix producing massive bleeding. In the past, the diagnose was commonly incidentally. Performed during curettage of a suspected incomplete abortion, associated with uncontrollable bleeding resulting in a hysterectomy. Nowadays, ultrasound and early diagnosis allow treating the patient with conservative pharmacological management or surgical techniques, avoiding hysterectomy, and preserving fertility.

Objective: Describe a clinical case of cervical ectopic pregnancy treated with conservative management.

Material and methods: Retrospective descriptive study, clinical case report.

Results: Clinical case of a 37-year-old nulliparous female patient, with a second pregnancy of 7.6 weeks and history of abortion. Attending to obstetric gynecological emergencies, due to abdominal pain and vaginal bleeding. The ultrasound examination detected a 63.9 mm cervix, occupied by an irregular gestational sac of 42.89 mm containing a 12.1 mm embryo with cardiac activity. Confirming the diagnosis of cervical ectopic pregnancy. Therefore, it was decided to start conservative management with intramuscular methotrexate of 61mg on days 1,3,5 and 7 and intravenous folic acid of 6.1mg on days 2,4,6 and 8. Ultrasound examination was performed, manifesting therapeutic failure. Considering the patient's wish to preserve fertility, she was treated with an intrasacral injection of potassium chloride, inserting 1 mm of the needle provoking bleeding. The patient was transferred to the operating room, where the cervical arteries were clamp and manual vacuum aspiration was performed under ultrasound guidance. A Bakri balloon was placed to control bleeding, preventing hysterectomy.

Conclusions: Cervical ectopic pregnancy is a rare and dangerous type of pregnancy. An early ultrasound detection permits pharmacological and surgical treatment using conservative management, avoiding hysterectomy.

Keywords: Ectopic pregnancy, cervix, Methotrexate.

### **Introducción.**

Se define como embarazo ectópico a la implantación del blastocisto en un sitio anatómico diferente al endometrio de la cavidad uterina, como la trompa de falopio que representa el 95 %, en el ovario el 3.2%, en sitios abdominales el 1.3%. El embarazo ectópico cervical es raro y representa apenas el 0.15% (1).

Se considera un embarazo ectópico cervical, al existir una implantación a nivel del orificio cervical interno o por debajo de éste, teniendo una incidencia de 1 por cada 2500 a 98000 embarazos. Esta es una presentación patológica muy peligrosa, debido a que el trofoblasto puede alcanzar los vasos uterinos a través del cérvix y causar una hemorragia grave; en muchos casos termina en cirugía como histerectomía radical (2).

Antes de 1980 los embarazos ectópicos cervicales en muchas ocasiones se hallaban por casualidad al momento de realizar un legrado en sospecha de aborto incompleto, presentando hemorragias incontrolables que terminaban en histerectomía (2-4). Sin embargo, el diagnóstico temprano mediante el uso de la ecografía ha permitido que se pueda realizar un manejo conservador; con medicamentos tales como el metotrexato y ácido fólico; siendo

estos útiles en casos de pacientes con deseo de conservar su fertilidad (2-4).

En reportes de varios casos clínicos en los que mediante ecografía se ha diagnosticado un embarazo ectópico endocervical se ha reportado la utilización de metotrexato a dosis de 1 mg/kg/día en los días 1, 3, 5 y 7 más tratamiento de rescate con ácido fólico los días 2, 4, 6 y 8; con una dosis máxima de 4 dosis con resultados positivos para evacuar el embarazo ectópico (3). Aunque también existen otros casos reportados que pese a este tratamiento han sido necesarios procedimientos adyuvantes tales como electrocoagulación a través de histeroscopia (2), o legrado evacuador por aspiración (5).

Antiguamente se realizaba histerectomía radical debido al sangrado abundante, actualmente se han reportados casos en los que se utilizan nuevos procedimientos quirúrgicos, que evitan la histerectomía; tales como el taponamiento intracervical posterior al legrado endocervical, cerclaje cervical, angio-embolización de las arterias uterinas, resección por vía histeroscópica, y ligadura de las arterias uterinas o hipogástricas. Permitiendo reducir la tasa de mortalidad hasta el 6% y preservar la capacidad fértil en la mujer (5,6).

### Objetivo

Describir un caso clínico de embarazo ectópico cervical con manejo conservador.

### Material y métodos

Estudio descriptivo retrospectivo, presentación de caso clínico de embarazo ectópico cervical manejado de manera conservadora. Mediante tratamiento farmacológico y quirúrgico conservador evitando la histerectomía.

### Resultados

Paciente femenina mestiza de 37 años de edad, nacida y residente en Quito, Amagaña.

Instrucción: secundaria, ama de casa, sin antecedentes clínicos y quirúrgicos de importancia. Antecedentes obstétricos: menarquia a los 14 años, ciclos menstruales regulares con una duración de 7 días y fecha de última menstruación (FUM) el 12/02/2019.

Gestas: 2, abortos: 1, partos: 0, cesáreas: 0, hijos vivos: 0, edad gestacional: 7.6 semanas por FUM. Motivo de consulta: Dolor abdominal tipo cólico y sangrado vaginal.

Enfermedad actual: Paciente acude al servicio de emergencias del Hospital Gineco Obstétrico "Luz Elena Arismendi" por presentar dolor abdominal tipo cólico de predominio en hipogastrio de intensidad leve. Acompañado de sangrado vaginal escaso de coloración café oscuro, de 15 días de evolución. A la exploración física se encontró en buen estado general, sin ningún hallazgo relevante. En la especuloscopia se observó, cérvix violáceo, orificio cervical externo entreabierto con sangrado escaso. Se realizó un rastreo ecográfico en donde se visualizó a nivel de cérvix, saco gestacional con latido cardiaco presente. Se decide ingreso al área de Alto riesgo Obstétrico, para manejo clínico.

Se complementó estudios con análisis de la hormona beta-gonadotropina coriónica humana ( $\beta$ -HCG), pruebas de función hepática, renal, tiempos de coagulación y biometría hemática completa. La concentración inicial de la  $\beta$ -HCG fue de 75125; por lo que se solicitó ecografía transvaginal, por la unidad materno fetal (Figura 1 y 2). La cual reportó, endometrio de 20.6 mm, múltiples imágenes ecorrefringentes compatibles con pólipos endometriales, cuello uterino de 63.9 mm ocupado por saco gestacional irregular de 42.89 mm;

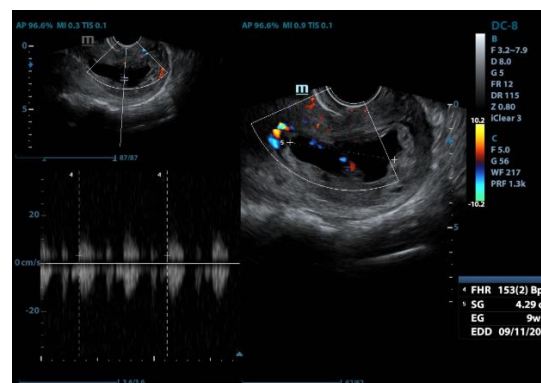
conteniendo embrión de 12.1mm con actividad cardiaca de 176 lpm, anexos de aspecto normal.

Se inicia esquema múltiple con metrotexato intramuscular 61 mg cada 48 horas los días 1-3-5-7, más ácido fólico como rescate a 0.1 mg/kg peso, 6.1 mg por vía intravenosa los días 2-4-6-8.



**Figura 1.** Embarazo ectópico cervical de 7.3 sem por LCR, saco gestacional de 42,89mm.

Fuente: Datos tomados de la historia clínica.



**Figura 2.** Saco gestacional irregular conteniendo en su interior embrión de 12.1 mm con actividad cardiaca.

Fuente: Datos tomados de la historia clínica.

En la primera dosis del tratamiento conservador, se evidenció niveles elevados de ( $\beta$ -HCG) y en el control ecográfico se observó útero aumentado de tamaño y endometrio con imágenes ecomixtas de 15 mm de grosor (Figura 3); compatibles con coágulos sanguíneos. Se apreció saco gestacional de 57.1 mm de localización cervical, con embrión en su interior que posee actividad cardiaca; fondo de saco de Douglas libre.



**Figura 3.** Saco gestacional alargado de bordes irregulares de 57,1 mm y embrión con frecuencia cardíaca.

Fuente: Datos tomados de la historia clínica.

Considerando los deseos de fertilidad de la paciente se explicó los riesgos de su condición y las posibilidades terapéuticas, tras el fallo del tratamiento conservador. Por lo que se consideró el uso de cloruro de potasio intrasacul, debido a que la tasa de fracaso terapéutico con tratamiento conservador es alta. La combinación de metrotexato y la colocación intrasacul de cloruro de potasio, aumenta la tasa de éxito en un 60 a 90 %. Para ello se tomó en cuenta los siguientes puntos: niveles de BHCG mayores a 5000, embrión con actividad cardíaca y diámetro del saco gestacional mayor a 4 cm, cumpliendo los aspectos mencionados, se inició el procedimiento y se introdujo 1 mm de la aguja espinal tipo Tohu # 18. Generando una salida abundante de sangre de cavidad uterina, aproximadamente 500 cc. Se colocó gases compresivos sin éxito, por lo que se llevó al paciente a quirófano; donde se procedió al pinzamiento de las arterias cervicouterinas (Técnica Zea). Cediendo el sangrado, posteriormente bajo guía ecográfica se realizó aspirado manual endouterino. Con cánula de Hartman 6 y 8 se extrajo restos coriodesiduales, verificando que no exista sangrado activo endocavitario. Se llevó a cabo la liberación de las pinzas que clamplean las arterias ya descritas. Se procedió a colocar el balón de Bakri, manteniendo taponamiento con compresas; logrando controlarla hemorragia. Durante el procedimiento, se evidenció un sangrado aproximado de 2500 ml. Por lo cual se efectuó un recuento sanguíneo completo, los valores reportaron hemoglobina de 6.8 g/dl, hematocrito 19.8 %, plaquetas 169.000. En la sala

de recuperación la paciente presentó hipotensión: tensión arterial sistólica de 97-100 mm Hg, tensión arterial diastólica de 60- 40 mm Hg y diuresis horaria en 20 ml en una hora; lo que se corrigió con cristaloides, las pérdidas hemáticas con 4 concentrados globulares y 7 crioprecipitados. Ingresándola a UCI, para monitorización y manejo de posibles complicaciones. Se decidió descomprimir paulatinamente la presión hidrostática del Balón de Bakri, con éxito sin evidencia de sangrado activo. En la ecografía transvaginal de control, no se observó saco gestacional intracervical (Figura 4).



**Figura 4.** Endometrio heterogéneo sin saco gestacional.

Fuente: Datos tomados de la historia clínica.

Después de permanecer por más de 24 horas en UCI, sin fallas orgánicas, ni inestabilidad hemodinámica; se trasladada al servicio de Patología Obstétrica donde presentó sangrado escaso de coloración oscuro; por lo que se administra metilergometrina 0.2 mg intramuscular, por 2 dosis. Tras haber superado las múltiples complicaciones, la paciente fue dada de alta, con prescripción de analgésicos y anticoncepción.

#### Discusión.

Antiguamente el diagnóstico de esta patología era de manera incidental, en sospecha de aborto incompleto. Siendo esto reportado en el año 1978, en la revista de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Central del Ecuador; en donde publican 2 casos clínicos de embarazos ectópicos cervicales (7). Ambas pacientes ingresaron con sospecha de aborto incompleto, siendo tratadas mediante manejo quirúrgico, presentando complicaciones con hemorragias incontrolables; terminando en histerectomía total (7).

No solo en el pasado se utilizaba la histerectomía total, como tratamiento del embarazo ectópico

cervical. En el año 2017, se reportó un caso de una paciente de 31 años de edad ingresada por aparente aborto séptico. Se realizó revisión de cérvix uterino, encontrándose saco gestacional adherido, roto y con sangrado activo, motivo por el cual el caso terminó en histerectomía total (8).

La importancia del diagnóstico temprano y la utilización de una herramienta fundamental, como es la ecografía, hace posible un manejo conservador incluso de índole quirúrgico. Lo cual se evidenció, en un caso clínico presentado en el Hospital General del IESS de Portoviejo. En donde se trata a una paciente de 40 años de edad, que presentó amenorrea de 5,6 semanas, con escaso sangrado transvaginal. Se realizó una ecografía, la que reportó un saco gestacional en el conducto endocervical de 12 mm, con actividad cardíaca. Determinando embarazo ectópico cervical, siendo tratado mediante legrado instrumental uterino sin complicaciones (9).

De igual manera, se reporta un caso clínico de una paciente con embarazo de 4,5 semanas; con hallazgo ecográfico de embarazo ectópico cervical. Utilizando tratamiento farmacológico a base de metotrexato 1 mg/kg/día los días 1, 3, 5 y 7, más tratamiento de rescate con ácido fólico los días 2, 4, 6 y 8; mismo tratamiento utilizado en el caso clínico presentado. Sin embargo, los valores de la BHCG no descendieron considerablemente, debido a esto, se resolvió mediante histeroscopia quirúrgica; sin necesidad de terminar en histerectomía (2).

Un caso de una paciente de 37 años con antecedente de aborto y que cursa embarazo de 7,4 semanas; conseguido por inseminación artificial en el que se diagnostica como embarazo ectópico cervical mediante ecografía. Se decidió el uso de mifepristona por vía oral y misoprostol por vía vaginal, por 2 ocasiones lo cual ocasiona hemorragia vaginal; tratada quirúrgicamente con ligadura de vasos paracervicales y cerclaje cervical con la técnica de McDonald. A las 4 semanas se retira cerclaje y se evidencia BHCG negativa, con eliminación total del saco gestacional determinado por ecografía (10).

El deseo de fertilidad es un factor muy importante en la toma de decisiones terapéuticas. No hay publicaciones que describan los factores de riesgo para presentar embarazo ectópico cervical, sin embargo, se pone en consideración los factores de riesgo de embarazo ectópico cervical como:

enfermedades inflamatorias pélvicas, cirugías ginecológicas previas, uso de dispositivos intrauterinos, consumo de cigarrillos, tabaco, edad materna, mioma uterino, torsión de anexos y embarazo ectópico accidentado, etcétera (11).

### Conclusiones

El embarazo ectópico cervical es una presentación grave, pudiendo ocasionar hemorragias incontrolables que terminan en histerectomía.

La presunción diagnóstica y el uso de la ecografía han permitido la introducción de esquemas terapéuticos conservadores, ya sean con fármacos o procedimientos quirúrgicos menores. Permitiendo conservar la fertilidad de las pacientes que no han podido concebir.

Es importante incentivar la presentación de casos clínicos de dicha patología, con el fin de consolidar en estudios que permitan establecer una guía de manejo, para este tipo de embarazo ectópico.

### Consideraciones éticas

Para la realización del presente reporte de caso se obtuvo el consentimiento informado de la paciente, facilitando así la realización del mismo.

### Conflicto de interés

Los autores declaramos no tener ningún conflicto de interés.

### Referencias Bibliográficas

1. Hu H, Sandoval J, Hernández A, Vargas J. Embarazo Ectópico: Revisión bibliográfica con enfoque en el manejo médico. *Rev Clin Esc Med UCR-HSJD*. 2019;9(1):28–36. Available from: <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/clinica/article/view/36490>
2. Alanis J, Brindis A, Martínez M. Cervical ectopic pregnancy. Hysteroscopy treatment, case report. *Ginecol Obstet Mex*. 2015;83(5):302-7. Available from: [www.ginecologiyobstetriciademexico.com](http://www.ginecologiyobstetriciademexico.com)
3. Valladares B, Castillo J, Valladares M, Medina D, Solórzano S, Pérez O. Embarazo Cervical: Reporte de Caso Revisión Bibliográfica. 2016;12(3):20. Available from: [www.archivosdemedicina.com](http://www.archivosdemedicina.com)
4. Martínez R, Quintero L, García C, Fernández A. Embarazo ectópico cervical:

diagnóstico preciso y enfoque de manejo médico. *Universitas Médica*. 2018;59(1):1-12. Available from:

<https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/vnimedia/article/view/21313>

5. Sanchis M, Grau M, Estruch A, Sifres M, Usó M, Carmona J. Gestación ectópica cervical: Diagnóstico y tratamiento. *Prog Obst y Gine*. 2016;59(2):78–82. Available from:

[https://sego.es/documentos/progresos/v59-2016/n2/07\\_PracticaClinica\\_Sanchis\\_esp.pdf](https://sego.es/documentos/progresos/v59-2016/n2/07_PracticaClinica_Sanchis_esp.pdf)

6. Ruipérez E, Gutiérrez A, Brenes J, Asenjo E, Coronado P, Herráiz M. Embarazo ectópico cervical: Reporte de un caso. *Rev Per Gine y Obst*. 2019;65(4):541–4. Available from:

[http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S2304-51322019000400020&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S2304-51322019000400020&script=sci_arttext)

7. Bucheli R, Orbe F, Bucheli E. Embarazo cervical. *Rev Fac Cien Med*. 2017; 4(3-4):107-13. Available from:

[https://revistadigital.uce.edu.ec/index.php/CIENCIAS\\_MEDICAS/article/view/446](https://revistadigital.uce.edu.ec/index.php/CIENCIAS_MEDICAS/article/view/446)

8. Cepeda B, Vanessa P. Histerectomía abdominal total por embarazo ectópico cervical. [Tesis de pregrado]. Ambato: Universidad Técnica de Ambato; 2018. Recuperado a partir de: <https://repositorio.uta.edu.ec/>

9. Intriago C, Cedeño I, Murillo A, Campoverde N. Embarazo ectópico cervical: Reporte de caso clínico. *QhaliKay Rev Cien Sal*. 2019;3(1):1–7. Available from:

<https://revistas.utm.edu.ec/index.php/QhaliKay/article/view/2049>

10. Arozamena B, Muñoz A, Merino A. Caso Clínico: embarazo ectópico cervical, presentación de un caso clínico. *Rev. Chil. Obst. Ginecol*. 2017;82(2):610-13. Available from:

<http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262017000600610>.

11. Salinas V, Cadena G, Tubón J, Solis M. Factores de riesgo en el embarazo ectópico cornual. *Medi ciencias UTA*. 2020;4(2):67. Available from: <https://revistas.uta.edu.ec/erevista/index.php/medicinas/article/view/1239>.

**Pancreatitis aguda secundaria a hipertrigliceridemia: caso clínico**  
**Acute pancreatitis secondary to hypertriglyceridemia: clinical case.**

Carla Estefanía Tovar Noroña \*, Cristian Miguel Romero Villegas \*\*, Alison Mishelle Ortega Carrillo\*\*\*

\* Pontificia Universidad Católica del Ecuador. ORCID 0000-0003-2812-1931

\*\*Universidad Central del Ecuador.

\*\*\* Universidad Regional Autónoma de Los Andes

carlis\_t@hotmail.com

Recibido: 19 de septiembre del 2021

Revisado: 29 de noviembre del 2021

Aceptado: 21 de diciembre del 2021

**Resumen.**

**Introducción.** La pancreatitis aguda es una patología frecuente del tracto gastrointestinal puede conllevar una elevada morbilidad y mortalidad de acuerdo con su evolución. Su incidencia a nivel mundial es de 4.9 a 73.4 casos por cada 100.000 habitantes. La hipertrigliceridemia es la tercera causa de pancreatitis aguda, ésta última ocurre cuando los niveles de triglicéridos alcanzan valores mayores a 1.000 mg/dl.

**Objetivo.** Describir un caso clínico enfocado en la pancreatitis aguda secundaria a hipertrigliceridemia severa, mediante la revisión de una historia clínica para analizar su diagnóstico y tratamiento.

**Materiales y métodos.** Estudio descriptivo retrospectivo, presentación de caso clínico. Se obtuvieron datos de la paciente a través de la historia clínica al ingreso y durante su estancia hospitalaria. Se actualizaron conocimientos sobre esta patología con artículos de la base de datos MEDSCAPE, Elsevier y PUBMED.

**Resultados.** Luego de la valoración de la paciente, y con ayuda de exámenes complementarios, se estableció un diagnóstico definitivo, pancreatitis aguda severa secundaria a hipertrigliceridemia, manejo en cuidados intensivos y tratamiento quirúrgico debido a evolución necrótica.

**Discusión.** El diagnóstico definitivo fue pancreatitis aguda por hipertrigliceridemia, se consideró el contexto de una paciente joven con sintomatología típica de este cuadro. El retraso en el resultado de exámenes complementarios no permitió el diagnóstico etiológico de forma temprana.

**Conclusión.** La hipertrigliceridemia es una causa inusual de pancreatitis aguda, con mal pronóstico. Inicialmente el diagnóstico presuntivo es clínico, se debe obtener parámetros de laboratorio de forma precoz para filiar su etiología y realizar un enfoque terapéutico adecuado.

**Palabras clave:** Hipertrigliceridemia, pancreatitis aguda, triglicéridos, dolor abdominal, pancreatitis, amilasa.

**Abstract.**

**Introduction.** Acute pancreatitis is a common pathology of the gastrointestinal tract and it can lead to high morbidity and mortality according to its evolution. Its worldwide incidence of 4.9 to 73.4 cases per 100,000 inhabitants. Hypertriglyceridaemia is the third leading cause of acute pancreatitis, it occurs when triglyceride levels reach values greater than 1,000 mg / dl.

**Objective.** To describe a clinical case focused on acute pancreatitis secondary to severe hypertriglyceridemia, by reviewing a medical history to analyze its diagnosis and treatment.

**Materials and methods.** Retrospective descriptive study, clinical case presentation. Data were obtained from the patient through the clinical history at admission and during her hospital stay. Knowledge about this pathology was updated with articles from the MEDSCAPE, Elsevier and PUBMED databases.

**Results.** After evaluation of the patient, and with the help of complementary tests, a definitive diagnosis was established, severe acute pancreatitis secondary to hypertriglyceridemia, management in intensive care and surgical treatment due to necrotic evolution.

**Discussion.** The definitive diagnosis was acute pancreatitis due to hypertriglyceridemia, the context of a young patient with typical symptoms was considered. The delay in the result of complementary examinations did not allow an early etiological diagnosis.

**Conclusion.** Hypertriglyceridemia is an unusual cause of acute pancreatitis, with a poor prognosis. Initially, the diagnosis is clinical, laboratory parameters must be obtained early to determine its etiology and carry out an adequate therapeutic approach.

**Key words.** Hypertriglyceridemia, acute pancreatitis, triglycerides, abdominal pain, pancreatitis, amylase.

### **Introducción.**

La pancreatitis aguda es una de las patologías más frecuentes del tracto gastrointestinal, puede conllevar una elevada morbilidad y mortalidad de acuerdo con su evolución. Su incidencia a nivel mundial es de 4.9 a 73.4 casos por cada 100.000 habitantes, en América Latina los resultados varían siendo en Brasil 15.9 casos por cada 100.000 habitantes y en Perú 28 casos por cada 100.000 habitantes. Según el INEC (Instituto Nacional de Estadística y Censos), en Ecuador la pancreatitis aguda presentó un aumento de la incidencia en el año 2016 y una tasa de letalidad del 2.9%. (1)

La pancreatitis aguda es una enfermedad en ocasiones grave que puede pasar de un fenómeno exclusivamente local (la inflamación de la glándula pancreática), a tener repercusiones sistémicas (síndrome de respuesta inflamatoria sistémica, SRIS), con el desarrollo de fallo multiorgánico que puede ser mortal.(2)

Las causas más comunes de pancreatitis aguda en nuestro medio son la litiasis biliar y el consumo de alcohol, siendo la hipertrigliceridemia la tercera causa en orden de frecuencia.3, 4, 5,6 Para llegar a niveles mayores de 1.000 mg/dl de triglicéridos y causar una pancreatitis aguda, el paciente usualmente tiene una alteración genética subyacente en el metabolismo lipémico, conocida como hipertrigliceridemia familiar. (7, 8, 9)

El mecanismo fisiopatológico más aceptado, sugiere que la acción de la lipasa pancreática sobre un plasma con exceso de triglicéridos provoca la acumulación de ácidos grasos en el tejido pancreático, causando inflamación.(10, 11) A esto se asocia un efecto isquémico pancreático debido a la hiperviscosidad pancreática causada por el exceso de triglicéridos.(5, 7)

Suele presentarse con dolor abdominal intenso a nivel de epigastrio e hipocondrio izquierdo con náusea y vómito.(12, 13)

Para el diagnóstico etiológico se debe tomar en cuenta algunas variaciones en los resultados de

laboratorio, con frecuencia los triglicéridos superan valores de 1.000 mg/dl, La amilasa y el sodio pueden estar falsamente descendidos. La LDL (Lipoproteínas de baja densidad) se encuentra falsamente elevada. (9, 11)

El tratamiento se basa en dieta absoluta, sueroterapia y analgesia en casos leves, en casos graves, además de los cuidados mencionados, es importante el soporte hemodinámico y ventilatorio, manteniendo la oxigenación de los tejidos. (14, 15, 16) Puede ser necesario el uso de insulina, heparina y plasmaféresis con el objetivo de disminuir el nivel de triglicéridos. (17)

**Objetivo.**

Describir el caso clínico de una paciente con pancreatitis aguda severa secundaria a hipertrigliceridemia, que fue atendida en el Hospital General de Latacunga en septiembre de 2021.

### **Materiales y Métodos.**

Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo, sobre un caso de pancreatitis aguda severa secundaria a hipertrigliceridemia, de una paciente atendida en el Hospital General de Latacunga en septiembre de 2021. Se obtuvo el consentimiento informado y posteriormente la recolección de datos clínicos y exámenes complementarios. Se tomaron los datos desde el ingreso de la paciente mediante la revisión de la historia clínica. El fundamento teórico fue revisado de literatura actualizada en bases de datos en español e inglés como: MEDSCAPE, Elsevier y PUBMED, usando las palabras clave: hipertrigliceridemia, pancreatitis aguda, triglicéridos, dolor abdominal, pancreatitis, amilasa. Se tomó en cuenta bibliografía actualizada a partir del año 2016 hasta el año 2021, obteniendo un total de 29 artículos seleccionados.

**Resultados.**

Descripción de caso clínico: a continuación, se presenta un caso clínico para el análisis de esta patología. Paciente femenina de 42 años, con antecedente de pancreatitis aguda por

hipertrigliceridemia hace 2 años, acude por cuadro de dolor abdominal de aproximadamente 24 horas de evolución. Localizado en hipocondrio izquierdo, moderada intensidad, escala EVA 8/10, continuo, irradiado a región lumbar izquierda, no refiere náusea ni vómito, leve dificultad para canalizar flatos.

Exploración física: TA: 110/70 mmHg, FC: 90 latidos por minuto, FR: 25 respiraciones por

minuto, Temperatura: 36.5°C. Paciente consciente, orientada en tiempo, espacio y persona. Ruidos cardiacos normofonéticos, rítmicos, no se escuchan soplos. Murmullo vesicular conservado, no se auscultan ruidos sobre añadidos. Abdomen distendido, ruidos hidroaéreos disminuidos, dolor a la palpación media y profunda en hipocondrio derecho e izquierdo, timpánico a la percusión.

Resultados de exámenes de laboratorio:

**Tabla 1.** Resultados de exámenes de laboratorio.

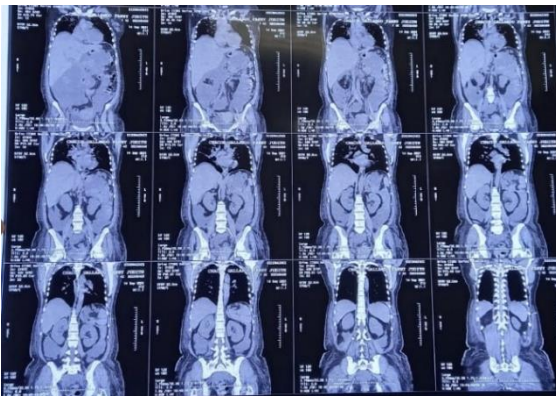
Biometría hemática		Gasometría arterial	
Leucocitos	10.700	PH	7.53
Neutrófilos	79.4%	PCO2	34.4 mmHg
Hemoglobina	8.2	PO2	52.1 mmHg
Hematocrito	25.9	HCO3	20.8 mmol/L
Plaquetas	421		
Química sanguínea		Tiempos de coagulación	
Colesterol	750 mg/dl	TP	12.8
Triglicéridos	1737 mg/dl	TTP	26.2
Creatinina	0.40		
Urea	28		
Glucosa	181		
Función hepática		Electrolitos	
AST	40.2	K	3.50
ALT	16.90	Na	142
Fosfatasa alcalina	106	Cl	107.1
GGT	23	iCa	1.11
Bilirrubina directa	0.60		
Bilirrubina indirecta	0.96		
Función pancreática		Otros	
Amilasa	55	Dímero D	1.20
Lipasa	90	Proteínas totales	6.7
		Albumina	3.7

Fuente: datos tomados de la historia clínica



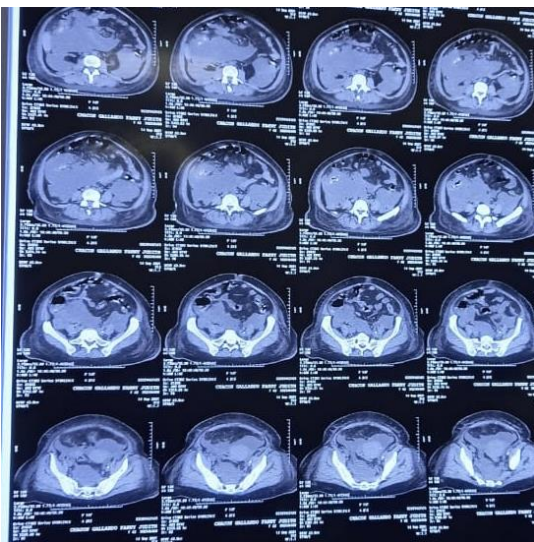
Tomografía simple y contrastada de abdomen: Páncreas aumentado de tamaño en forma difusa. Tras la administración de contraste existe realce en un 30% del volumen total del páncreas. Colecciones líquidas peripancreáticas que se acumulan en mesocolon. Necrosis de 50% del parénquima pancreático. Baltazar score 10/10, grado E, mortalidad 17%, complicaciones 92%. Bisap score: bajo. (Imagen 1, 2 y 3).

**Imagen 1.** Colección que se extiende desde la cabeza hasta la cola del páncreas



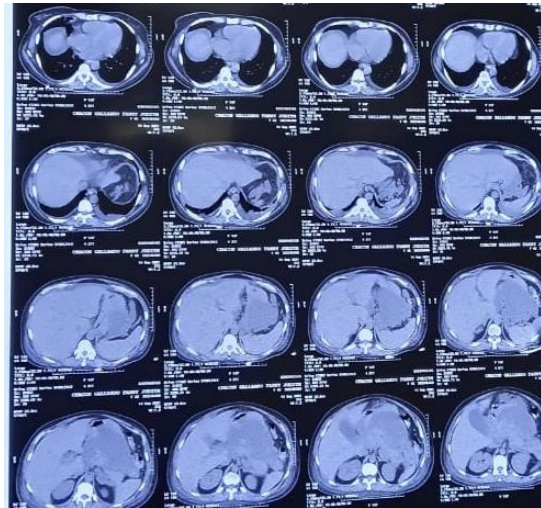
Fuente. Archivo Hospital General de Latacunga

**Imagen 2.** Cambios inflamatorios en el tejido graso mesentérico



Fuente. Archivo Hospital General de Latacunga

**Imagen 3.** Líquido en cavidad peritoneal



Fuente. Archivo Hospital General de Latacunga

Intervención quirúrgica y hallazgos. A los 30 días del ingreso de la paciente a emergencia, se realizó una laparotomía exploratoria más drenaje, se encontró líquido inflamatorio intraperitoneal de 400 ml; plastrón epigástrico conformado por hígado, vesícula biliar, epiplón mayor, estómago, duodeno, colon transverso y páncreas; colección peripancreática purulenta con detritus de 800 ml. Se procede a succionar el líquido libre intrabdominal, adhesiolisis del plastrón, aspiración de colección peripancreática y colocación de drenajes Jackson Pratt en celda pancreática cefalocaudal derecha y caudocefálica izquierda.

Evolución. Paciente que a los 7 días del ingreso hospitalario por cuadro de pancreatitis aguda leve no filiada, requirió soporte hemodinámico y ventilatorio, por lo que ingresó a unidad de cuidados intensivos, en donde se identificó una alteración metabólica, secundaria a hipertrigliceridemia como causa de pancreatitis aguda grave. Continúo con evolución desfavorable con signos importantes de infección e inflamación, por lo que se decidió intervención quirúrgica a los 30 días de su ingreso hospitalario. Al momento de la elaboración de este artículo la paciente se encuentra con estado crítico en la unidad de cuidados intensivos.

Discusión.

La pancreatitis aguda es una complicación de la hipertrigliceridemia, pudiendo ser mortal. (3, 5)

Según la evidencia actual, una pancreatitis secundaria a hipertrigliceridemia tiene peor pronóstico que las pancreatitis de otras etiologías.<sup>9</sup> Se trata de una patología cuya presentación no difiere respecto a la asociada a litiasis biliar y el consumo de alcohol, sin embargo, su diagnóstico etiológico puede ser confuso y retrasarse, al presentar inicialmente niveles normales o falsamente disminuidos de amilasa.<sup>18, 19</sup> Por lo que es importante desde el inicio investigar su etiología incluyendo el estudio de lípidos en sangre.

Tan importante como diagnosticar la etiología de la pancreatitis es determinar la etiología de la hipertrigliceridemia, pudiendo ser primaria por causa genética (hipertrigliceridemia familiar), o secundaria a obesidad, alcoholismo, hipotiroidismo, embarazo y fármacos. Pues el diagnóstico etiológico de la pancreatitis y la hipertrigliceridemia, complementan el manejo. (15,16).

**Tabla 2.** Criterios diagnósticos de hipertrigliceridemia familiar.

	Puntuación		
<b>Historia familiar</b>			
1. Familiar de primer grado con ECV precoz y/o	Si	No	1
2. Familiar de primer grado con C-LDL > 210 mg/dl y/o	Si	No	1
3. Familiar de primer grado con xantomas y/o arco corneal	Si	No	2
4. Niño menor de 18 años con C-LDL > 150 mg/dl	Si	No	2
<b>Historia personal</b>			
1. Antecedentes de enfermedad coronaria precoz	Si	No	2
2. Antecedente de enfermedad vascular periférica o cerebral precoz	Si	No	1
<b>Examen físico</b>			
1. Xantomas tendinosos	Si	No	6
2. Arco corneal antes de los 45 años	Si	No	4
<b>Analítica en ayunas, con TG &lt; 200 mg/dl</b>			
1. C-LDL > 330 mg/dl	Si	No	8
2. C-LDL 250-329 mg/dl	Si	No	5
3. C-LDL 190-249 mg/dl	Si	No	3
4. C-LDL 155-189 mg/dl	Si	No	1
Diagnóstico clínico de HF: cierto > 8 puntos, probable: 6-7 puntos			

Fuente: Datos tomados de la OMS

En el caso clínico expuesto la paciente presenta una pancreatitis aguda severa secundaria a hipertrigliceridemia, por los antecedentes patológicos personales y niveles muy elevados de colesterol y triglicéridos, se sospechó de hipertrigliceridemia del tipo familiar, sin embargo no se cuenta con información suficiente para confirmar la etiología. Como tratamiento para la dislipidemia se administró atorvastatina y gemfibrozilo. La paciente cumplió los criterios clínicos y tomográficos de la clasificación de Atlanta, a pesar de no haber tenido elevación de los

niveles de amilasa y lipasa. La clasificación de Atlanta es un sistema que estratifica la gravedad de la pancreatitis aguda.

En caso de pancreatitis leve, el tratamiento es de soporte y comprende dieta absoluta, aporte de líquidos intravenosos y analgesia, concomitantemente se busca la etiología del cuadro. Una vez identificada la hipertrigliceridemia como causa subyacente se pueden tomar en cuenta varias opciones terapéuticas como el uso de insulina, heparina y plasmáferesis.<sup>12</sup> En caso de pancreatitis grave, el paciente debe ser ingresado a unidad de cuidados intensivos con el objetivo de mantener estabilidad hemodinámica y ventilatoria.<sup>18</sup> El desarrollo de la infección en la necrosis pancreática es el principal determinante de morbilidad y mortalidad en fases tardías, en este caso se encuentra indicado el tratamiento antibiótico y quirúrgico.<sup>20, 21</sup>

En el presente caso clínico, tal como lo refiere la literatura, la pancreatitis aguda, tuvo un cuadro típico de presentación, el diagnóstico fue retrasado por niveles de amilasa normales, se identificó a la hipertrigliceridemia como etiología al séptimo día del ingreso hospitalario. La evolución fue desfavorable, por lo que la paciente ingresó a unidad de cuidados intensivos y fue intervenida quirúrgicamente por necrosis pancreática infectada.

### Conclusiones.

La pancreatitis aguda inducida por hipertrigliceridemia es una entidad infrecuente, que requiere un diagnóstico etiológico rápido para iniciar un enfoque terapéutico adecuado. Por tanto, es importante medir los niveles de triglicéridos en sangre en todos los pacientes con pancreatitis aguda.

El pronóstico de una pancreatitis aguda secundaria a hipertrigliceridemia es peor a comparación de causas más frecuentes.

Ante un caso de pancreatitis aguda secundaria a hipertrigliceridemia se debe diferenciar su etiología primaria o secundaria con el objetivo de prevenir futuras complicaciones.

Se debe realizar una historia clínica minuciosa para filiar la hipertrigliceridemia de tipo familiar basándonos en los criterios diagnósticos de la OMS.

### Bibliografía

1. Valdivieso-Herrera, M. A., Vargas-Ruiz, L. O., Arana-Chiang, A. R., & Piscocoya, A. (2016). Situación epidemiológica de la pancreatitis aguda en Latinoamérica y alcances sobre el diagnóstico. *Acta Gastroenterologica Latinoamericana*, 46(2), 102–103.
2. Jeon CY, Papachristou GI, Pisegna JR, et al. A Case-CrossOver study deSign to inform tailored interventions to prevent disease progression in Acute Pancreatitis (ACCESS-AP) - study design and population. *Pancreatology*. 2021 Jun 24.
3. Duzenci D, Yalnız M, Ispiroglu M. Comparison between prognostic indicators in organ insufficiency with acute pancreatitis. *Ulus Travma Acil Cerrahi Derg*. 2021 Jul. 27(4):410-20.
4. Bakker OJ, van Brunschot S, van Santvoort HC, et al, for the Dutch Pancreatitis Study Group. Early versus on-demand nasoenteric tube feeding in acute pancreatitis. *N Engl J Med*. 2014 Nov 20. 371(21):1983-93.
5. Guadagni S, Cengeli I, Palmeri M, et al. Early cholecystectomy for non-severe acute gallstone pancreatitis: easier said than done. *Minerva Chir*. 2017 Apr. 72(2):91-7.
6. Crockett SD, Wani S, Gardner TB, Falck-Ytter Y, Barkun AN, American Gastroenterological Association Institute Clinical Guidelines Committee. American Gastroenterological Association Institute Guideline on Initial Management of Acute Pancreatitis. *Gastroenterology*. 2018 Mar. 154(4):1096-101.
7. Vege SS, Ziring B, Jain R, Moayyedi P, and the Clinical Guidelines Committee, American Gastroenterology Association. American Gastroenterological Association institute guideline on the diagnosis and management of asymptomatic neoplastic pancreatic cysts. *Gastroenterology*. 2015 Apr. 148(4):819-22; quiz 12-3.
8. Leppaniemi A, Tolonen M, Tarasconi A, et al. 2019 WSES guidelines for the management of severe acute pancreatitis. *World J Emerg Surg*. 2019. 14:27.
9. Kim SB, Kim TN, Chung HH, Kim KH. Small gallstone size and delayed cholecystectomy increase the risk of recurrent pancreatobiliary complications after resolved acute biliary pancreatitis. *Dig Dis Sci*. 2017 Mar. 62(3):777-83.
10. Petrov MS, Yadav D. Global epidemiology and holistic prevention of pancreatitis. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol*. 2019 Mar. 16(3):175-84.
11. Machicado JD, Yadav D. Epidemiology of recurrent acute and chronic pancreatitis: similarities and differences. *Dig Dis Sci*. 2017 Jul. 62(7):1683-91.
12. Vege SS, DiMaggio MJ, Forsmark CE, Martel M, Barkun AN. Initial medical treatment of acute pancreatitis: American Gastroenterological Association Institute Technical Review. *Gastroenterology*. 2018 Mar. 154(4):1103-39.
13. Rawla P, Sunkara T, Thandra KC, Gaduputi V. Hypertriglyceridemia-induced pancreatitis: updated review of current treatment and preventive strategies. *Clin J Gastroenterol*. 2018; 11(6):441–448.
14. Garg R, Rustagi T. Management of hypertriglyceridemia induced acute pancreatitis. *Biomed Res Int*. 2018; 2018:4721357.
15. Vippera K, Somerville C, Furlan A, Koutroumpakis E, Saul M, Chennat J, Rabinovitz M, Whitcomb DC, Slivka A, Papachristou GI, Yadav D. Clinical profile and natural course in a large cohort of patients with hypertriglyceridemia and pancreatitis. *J Clin Gastroenterol*. 2017; 51(1):77–85.
16. Chait A, Eckel RH. The chylomicronemia syndrome is most often multifactorial: a narrative review of causes and treatment. *Ann Intern Med*. 2019; 170(9):626–634.
17. Adiamah A, Psaltis E, Crook M, Lobo DN. A systematic review of the epidemiology, pathophysiology and current management of hyperlipidaemic pancreatitis. *Clin Nutr*. 2018; 37(6 Pt A):1810–1822.
18. Brown RJ, Araujo-Vilar D, Cheung PT, et al. The diagnosis and management of lipodystrophy syndromes: a multi-society practice guideline. *J Clin Endocrinol Metab*. 2016; 101(12):4500–4511.
19. Kapoor H, Issa M, Winkler MA, Nair RT, Wesam F, Ganesh H. The augmented role of pancreatic imaging in the era of endoscopic necrosectomy: an illustrative and pictorial review. *Abdom Radiol (NY)*. 2020 May. 45(5):1534-49.
20. Alexopoulos AS, Qamar A, Hutchins K, Crowley MJ, Batch BC, Guyton JR. Triglycerides: Emerging Targets in Diabetes Care Review of

Moderate Hypertriglyceridemia in Diabetes. *Curr Diab Rep.* 2019 Feb 26. 19 (4):13.

21. Sanchez RJ, Ge W, Wei W, Ponda MP, Rosenson RS. The association of triglyceride levels with the incidence of initial and recurrent acute pancreatitis. *Lipids Health Dis.* 2021 Jul 18. 20 (1):72.

22. Stigliano S, Sternby H, de Madaria E, Capurso G, Petrov MS. Early management of acute pancreatitis: a review of the best evidence. *Dig Liver Dis.* 2017 Jun. 49(6):585-94.

23. Waller A, Long B, Koyfman A, Gottlieb M. Acute Pancreatitis: Updates for Emergency Clinicians. *J Emerg Med.* 2018 Dec. 55(6):769-79.

24. Leppaniemi A, Tolonen M, Tarasconi A, et al. 2019 WSES guidelines for the management of severe acute pancreatitis. *World J Emerg Surg.* 2019. 14:27.

25. Holzer H, Reisman A, Marqueen KE, et al. "Lipase only, please": reducing unnecessary amylase testing. *Jt Comm J Qual Patient Saf.* 2019 Nov. 45(11):742-9.

26. Rawla P, Sunkara T, Thandra KC, Gaduputi V. Hypertriglyceridemia-induced pancreatitis: updated review of current treatment and preventive strategies. *Clin J Gastroenterol.* 2018;11(6):441-448.

27. Garg R, Rustagi T. Management of hypertriglyceridemia induced acute pancreatitis. *Biomed Res Int.* 2018;2018:4721357.

28. Vipperla K, Somerville C, Furlan A, Koutroumpakis E, Saul M, Chennat J, Rabinovitz M, Whitcomb DC, Slivka A, Papachristou GI, Yadav D. Clinical profile and natural course in a large cohort of patients with hypertriglyceridemia and pancreatitis. *J Clin Gastroenterol.* 2017;51(1):77-85.

29. Chait A, Eckel RH. The chylomicronemia syndrome is most often multifactorial: a narrative review of causes and treatment. *Ann Intern Med.* 2019;170(9):626-634.

Artículo de presentación de casos clínicos

**Sarcoma de Kaposi en Infección por VIH captado en atención primaria,  
a propósito de un caso.**

**Kaposi's Sarcoma in HIV Infection detected in primary care, a case report**

Dra. Esp. Paola Silva-Gutiérrez \*; Ariel Mena-Amaluiza \*\*; Ma. Salomé Argotti-Zumbana \*\*\*

\* Centro de Salud No 1, Ambato, Ecuador. Facultad de Ciencia de la Salud, Universidad Técnica de Ambato, Ecuador. ORCID: 0000-0001-5587-669X

\*\* Hospital General Docente Ambato, Universidad Técnica de Ambato, Ecuador  
ORCID: 0000-0003-2275-6231

\*\*\* Hospital General Docente Ambato, Universidad Técnica de Ambato, Ecuador  
ORCID: 0000-0003-1335-7423  
amena7682@uta.edu.ec

Recibido: 17 de agosto del 2021

Revisado: 06 de diciembre del 2021

Aceptado: 23 de diciembre del 2021

**Resumen.**

**Introducción:** El virus de la inmunodeficiencia humana pertenece a la familia de lentivirus, cuya infección da como resultado la destrucción del sistema inmunológico. Se presenta en fases: aguda, latente crónica y avanzada o SIDA, en la que el sistema inmunológico ha disminuido tanto que pueden proliferar infecciones y neoplasias como el Sarcoma de Kaposi; que es multifocal, inusual y se origina por células endoteliales.

**Objetivo:** Describir el caso de un paciente con infección por VIH en fase SIDA con expresión oncológica-Sarcoma de Kaposi.

**Material y métodos:** Estudio descriptivo y retrospectivo, presentación de caso clínico de un paciente masculino con diagnóstico de Sarcoma de Kaposi, captado en la atención primaria de salud.

**Resultados:** Se describe el caso de un paciente de 28 años, que llega a consulta por presentar lesiones en piel de color violáceo desde hace 2 meses; de aparición abrupta sin causa aparente, ubicadas en cuello, tórax y extremidades superiores. Se solicita prueba para VIH con resultado reactivo, además de un recuento de CD4 en 210 células/mm<sup>3</sup>, y una carga viral de 35 000 copias/ml. La biopsia de piel mostró una lesión tumoral, constituida por células fusiformes de aspecto endotelial; se inicia la terapia antirretroviral y se realiza trámite para manejo por especialidad en oncología.

**Conclusión:** En el contexto de infecciones por el VIH, es importante que el médico se mantenga alerta a las expresiones patológicas concomitantes. Se corrobora la importancia del criterio clínico y el aporte de la atención primaria, frente al diagnóstico de patologías poco frecuentes.

**Palabras clave:** Atención primaria; Sarcoma de Kaposi; SIDA; VIH.

**Abstract**

**Introduction:** The human immunodeficiency virus belongs to the family of lentivirus, whose infection results in the destruction of the immune system. It occurs in phases: acute, latent, chronic, and advanced or AIDS, in which the immune system has decreased so much that infections and neoplasms can proliferate as Kaposi Sarcoma, which is multifocal unusual and originates from endothelial cells.

**Objective:** Describe a patient with HIV infection in the AIDS phase with oncological expression.

**Material and methods:** Descriptive and retrospective study, clinical case presentation of a male patient diagnosed with Kaposi's Sarcoma captured in primary health care.

**Results:** It's described the case of a 28-year-old patient, who came to the clinic for presenting lesions in purplish skin 2 months ago, of abrupt appearance without apparent cause, located in the neck, chest and upper extremities, HIV test with reactive results is requested, in addition to a CD4 count in 210 cells/mm<sup>3</sup> and a viral

load of 35000 copies/ml, with a skin biopsy showing a tumor lesion consisting of endothelial-looking spindle cells, antiretroviral therapy is initiated and a procedure is carried out for management by specialty in oncology. Conclusion: In the context of HIV infections, it is important for the physician to be alert to concomitant pathological expressions. The importance of clinical criteria and the contribution of primary care to the diagnosis of rare diseases is confirmed.

Keywords: AIDS; HIV; Kaposi's Sarcoma; Primary care.

### **Introducción**

El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) se desconocía hasta principios de 1980, cuando se informó un número creciente de casos de infecciones oportunistas inusuales (1). El resultado de la infección por VIH es la destrucción implacable del sistema inmunológico, que conduce al inicio del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) (2).

Históricamente, el VIH se identificó en África occidental a principios del siglo XX en la subespecie del chimpancé, y gracias a un proceso llamado zoonosis, el virus fue transmitido hacia la especie de los humanos, a través de actividades propias de estas culturas como la caza y el consumo de carne no cocida (3,4).

El VIH pertenece a la familia de lentivirus, constituidos por ácido ribonucleico (ARN). En donde el VIH-2 es menos conocido, debido a su baja patogenicidad y transmisibilidad. Mientras tanto, el VIH-1, ha sido causante de la pandemia (1,2). Caracterizándose por su asociación con la inmunosupresión y afectación sistémica, de preferencia al sistema nervioso central. El virus posee un periodo prolongado de incubación después de la infección, antes de manifestar la enfermedad (4,5).

Al ser un virus, es necesario su ingreso a la célula para su replicación; para ello requiere de receptores tales como el CXCR4 y CCR5 5. El ingreso del VIH-1 en los linfocitos CD4, involucra diversas glicoproteínas; induciendo cambios a nivel celular facilitando la fusión del virus y la membrana celular (3,5).

La fusión del virus con la membrana genera el ingreso de la nucleocápside viral a la célula, liberando el genoma viral; el cual será transportado al núcleo celular e integrándose con el genoma del huésped (2). Al fusionarse los genomas, el VIH puede permanecer latente, o replicarse ya sea de forma masiva o controlada (5,6).

Al existir una infección con dicho virus, se produce un debilitamiento del sistema inmune. El proceso de replicación dentro de la célula bloquea la

producción de nuevos linfocitos. El curso de la infección por VIH se divide en fases: aguda, latente crónica y la fase avanzada o fase SIDA; pero no es fácil enmarcar en cualquiera de estas fases, con precisión a los pacientes (2).

Varios factores determinan la progresión individual del VIH, como la genética y las comorbilidades 5. Dentro de dichos factores se considera la variabilidad genética que favorece al desarrollo de mutaciones, deleciones, subtipo viral y de correceptores que pueden determinar la tasa de progresión del virus (1,3).

Al no ser diagnosticada y tratada a tiempo la infección, puede causar un daño progresivo y crítico en el sistema inmunológico 4. Desencadenando el desarrollo a la fase avanzada SIDA, facilitando el progreso de infecciones oportunistas y cánceres como el Sarcoma de Kaposi (1,5).

El Sarcoma de Kaposi (SK) se define como una neoplasia multifocal inusual, originada por diferentes células endoteliales; las cuales se alteran generando manifestaciones cutáneas y extra cutáneas 7. Esta neoplasia fue descrita por primera vez en 1872, por el dermatólogo húngaro Moritz Kaposi; dándole el nombre de "sarcoma idiopático múltiple pigmentado de la piel" (8).

Antes de la aparición del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) ya se conocían diversos tipos de sarcomas, considerándolos neoplasias raras.(7,8).

### **Objetivo.**

Describir el caso de un paciente con infección por VIH en fase SIDA con expresión oncológica como el Sarcoma de Kaposi.

Material y métodos.

Estudio descriptivo y retrospectivo, presentación de caso clínico de un paciente masculino con diagnóstico de Sarcoma de Kaposi captado en la atención primaria de salud.

Resultados.

Paciente masculino de 28 años, con antecedentes patológicos personales de gastritis crónica hace 6

meses; en tratamiento con omeprazol. Niega hábitos nocivos, no refiere antecedentes familiares de importancia, ni alergias.

Dentro de los antecedentes sexuales: vida sexual activa y 4 parejas anteriores del mismo sexo. Actualmente pareja estable masculino desde hace 8 meses; refiere utilizar preservativo durante relaciones. Menciona que no ha tenido relaciones sexuales de riesgo, desde hace 9 meses aproximadamente.

Llega a consulta en el centro de salud N° 1 de la ciudad de Ambato en Ecuador del primer nivel de atención, por presentar lesiones en piel. Indica que hace 2 meses aparecen dichas manifestaciones clínicas de color violáceo, de aparición abrupta sin causa aparente. Localizadas en cuello y tórax inicialmente, y expandiéndose hacia las extremidades superiores. Acompañado el cuadro cutáneo de escalofríos, malestar general, y pérdida de peso que no ha sido cuantificada.

**Figura 1:** Lesiones violáceas en tórax



Fuente: Autores

**Figura 2:** Lesiones violáceas en región supraclavicular



Fuente: Autores

**Figura 3:** Lesiones violáceas en miembro superior



Fuente: Autores

En la indicación inicial, se solicita una prueba de tamizaje para VIH; obteniendo resultados reactivos de micro ELISA de tercera y cuarta generación. Y se decide realizar la referencia del paciente al segundo nivel de atención, hacia el Hospital General Docente Ambato.

En consulta externa de medicina interna en la unidad hospitalaria, se decide el ingreso del paciente a hospitalización a la zona de aislamiento protector. Se indica cotrimoxazol 800/160 mg trisemanal y fluconazol semanal como profilaxis en el contexto del VIH en su fase SIDA. Se solicitan exámenes complementarios, que incluyen estudios de laboratorio como biometría hemática, química sanguínea completa, perfil lipídico, función hepática, bilirrubinas, tiempos de coagulación; además de un elemental y microscópico de orina y un estudio coprológico.

En la unidad hospitalaria el paciente permaneció hospitalizado en el área de aislamiento de contacto durante dos días, durante los cuales, se llevó a cabo pruebas de descarte de infecciones concomitantes, tales como VDRL, Herpes, TORCH y Hepatitis B y C. Se solicitó pruebas específicas para VIH, como el recuento de CD4 y carga viral. Exámenes de imagen: tomografías computarizadas simples de tórax, abdomen y pelvis. Y se tomó una biopsia de las lesiones de la piel, para su estudio.

Regresa el paciente diez días después a consulta externa con los resultados de los exámenes: biometría hemática normal, función renal normal, función hepática normal, prueba de VDRL reactivo, Herpes y Hepatitis B y C negativo, Toxoplasma IgM negativo, Rubeola IgM negativo Citomegalovirus IgM negativo. Un recuento de

linfocitos CD4 en 210 células/mm<sup>3</sup>, y una carga viral de 35000 copias/ml.

La biopsia de las lesiones de piel mostró como resultado una lesión constituida por células fusiformes de aspecto endotelial; formando canales vasculares interconectados irregulares y aumentados en la dermis reticular. Los canales vasculares transcurren entre los haces de colágeno, se distribuyen entre los anexos y vasos sanguíneos normales. Eritrocitos extravasados presentes y hallazgos histopatológicos consistentes con Sarcoma de Kaposi, fase de parche.

Ante estos hallazgos, se inicia el trámite de derivación para especialidad oncológica. Las estrategias terapéuticas consisten en añadir al esquema profiláctico planteado anteriormente, penicilina benzatínica 2400000 UI IM una vez por semana por tres semanas para el manejo del cuadro de sífilis latente, y la instauración de la terapia antirretroviral (TARV) con el esquema triple de TDF/3TC/DTG: Tenofovir disoproxil fumarato (TDF) 300 mg + Lamivudina (3TC) 150 mg + Dolutegravir (DTG) 50 mg, por vía oral, una vez al día por un mes.

#### **Discusión.**

En el caso descrito se presenta la captación en el primer nivel de atención de una patología oncológica, como es el Sarcoma de Kaposi (SK); conllevando al diagnóstico de una infección avanzada de VIH en fase SIDA. Generalmente se presenta en un promedio de 8 a 10 años después de la infección primaria, siempre en dependencia de los factores de virulencia, así como de los factores de inmunidad del hospedador (7).

El VIH solo se puede adquirir mediante actividades específicas de riesgo, entre ellas la exposición a fluidos corporales como semen, fluido preseminal, sangre, fluido rectal o vaginal y leche materna 4. La transmisión del virus, se da si uno de estos fluidos entra en contacto con tejido dañado, una membrana mucosa como la boca, la vagina o el recto, o directamente al torrente sanguíneo (2,6).

La fase SIDA tiene un período de latencia amplio, previo al desarrollo de cualquier signo visible de infección en las personas afectadas (3). El individuo promedio infectado por el VIH puede tener una enfermedad aguda inicial autolimitada, tardando hasta varias semanas en volverse seropositivo. Pudiendo pasar varios años sin

tratamiento, antes de presentar signos y síntomas clínicos propios de la inmunosupresión (5).

Al ser la etapa más avanzada de la infección, el sistema inmunológico está severamente dañado y no es capaz de combatir infecciones por patógenos oportunistas. Se diagnostica VIH en fase SIDA, a los pacientes que tienen un recuento de células CD4 menor a 200 células/mm<sup>3</sup>. De igual manera pueden desarrollar infecciones de tipo oportunistas o neoplasias, propias de una infección en estadio tardío 1-3.

En el paciente descrito, se diagnosticó una infección por el VIH de forma tardía, encontrándose en fase SIDA y expresión oncológica de Sarcoma de Kaposi; una neoplasia maligna propia del endotelio vascular. Se pueden reconocer el SK clásico, por las lesiones que aparecen en la parte inferior del cuerpo; en piernas, tobillos y plantas de los pies (9).

El SK endémico que se encuentra asociado con el VIH en fase SIDA, siendo el tipo más común, que además de las lesiones cutáneas, puede afectar a los ganglios linfáticos y órganos como hígado, bazo, pulmones y el tracto digestivo (8,9). Si bien este es el tipo de SK que presenta el paciente, debido a su desarrollo temprano todavía no se evidencian lesiones a nivel sistémico.

El SK adquirido, se desarrolla en individuos inmunodeprimidos por el uso de fármacos, trasplante de órganos o una enfermedad autoinmune. El SK endémico, propio del continente africano, causa lesiones cutáneas sin ningún otro síntoma; siendo estas localizadas sin diseminación a otras partes del cuerpo (10).

La patogenia del SK asociado a VIH/SIDA, está relacionado con la disminución o pérdida de la competencia del sistema inmune del paciente. En donde se pierden los sistemas de control sobre el Herpes tipo 8, virus asociado con el Sarcoma de Kaposi; permitiendo la inducción oncogénica, debido a la acción de la proteína TAT del virus (9,11).

Para el desarrollo del SK intervienen varios factores de riesgo como el sexo masculino, la población de origen mediterráneo, medio-oriental o africano, las relaciones sexuales entre hombres homosexuales, pacientes que requieran tratamiento crónico de corticoesteroides o ciclosporinas, o aquellos que fueron sometidos a trasplante renal (8,9).



El SK es una neoplasia caracterizada por lesiones que van desde una expresión cutánea indolente, hasta lesiones múltiples que afectan a uno o más órganos; especialmente la mucosa oral, el tracto gastrointestinal, los ganglios linfáticos, los pulmones y los huesos (12).

Estas lesiones se caracterizan por la proliferación de células endoteliales, con diversos grados de vascularización anormal, infiltrados inflamatorios y fibrosis (12). Las lesiones en la mayoría de los pacientes aparecen generalmente en las áreas del cuerpo que se encuentran más expuestas al sol; alrededor de un 22% de pacientes van a presentar ya lesiones orales, denominadas muguet (9).

La dermatosis generalmente se presenta de manera bilateral y en las extremidades inferiores (11). Se caracterizan por manchas y placas ya sean eritematosas o de color violáceo, que van avanzando de manera progresiva; no desaparecen al realizar digitopresión y se presentan de forma ocasional como equimosis (13).

Las expresiones histopatológicas del SK reconocidas por una biopsia de las lesiones cutáneas, se presentan con variadas expresiones. Empezando por las lesiones en parche, que son las más comunes, seguidas por las lesiones en placa o extendidas y las lesiones nodulares, que son consideradas las formas avanzadas o sarcomatosas de la neoplasia (13,14).

En el caso del paciente estudiado, se reveló la presencia de un SK con lesiones en parche. Las cuales se caracterizan por mostrar en el examen histopatológico un infiltrado de tipo inflamatorio superficial y profundo; de células mononucleares que se disponen de manera perivascular, con un incremento de espacios vasculares y una morfología irregular. Luz estrecha en forma de grieta, tapizados por células endoteliales aplanadas en toda la dermis (14,15).

Para la estadificación de riesgo del SK se consideran tres factores siendo estos, la extensión del tumor, el estado del sistema inmunológico que está dado por el conteo de CD4 en sangre y el alcance de las enfermedades sistémicas dentro del cuerpo del hospedador (13).

Los pacientes dentro del grupo con buen pronóstico presentan lesiones de SK limitadas a la piel y/o nódulo linfáticas, un conteo de CD4 mayor a 150/mm<sup>3</sup> y la ausencia de antecedentes de infecciones oportunistas o la presencia de síntomas B (fiebre, sudoración, pérdida de peso, diarrea) por

más de 2 semanas 9,10. Bajo estos parámetros el paciente presenta un buen pronóstico, a la espera de nuevos estudios y manejo por oncología.

Por otro lado, un paciente que presente mal pronóstico es aquel con lesiones de la piel extendidas y asociadas a edema y ulceraciones, con un recuento de CD4 inferior a 150/mm<sup>3</sup> y que haya sido contagiado con infecciones oportunistas, muguet o con uno o más síntomas B.

En cuanto al tratamiento del VIH, en la actualidad se presta atención de forma especial a la investigación enfocada en determinar cómo se puede mejorar y personalizar la terapia contra el virus, al tiempo que se reduce la exposición de por vida a la terapia antirretroviral y los costos asociados a estos fármacos (2).

Los inhibidores de integrasa de última generación incluso en terapia dual como atazanavir o darunavir, asociados a la lamivudina, son superiores a IPS por su alta barrera genética como Dolutegravir, Elvitegravir y Cabotegravir (2,4).

La guía de práctica clínica para VIH del Ministerio de Salud Pública del Ecuador, recomienda la terapia triple; administrada en el paciente estudiado, debido a los buenos resultados y la amplia evidencia científica que sustenta esta terapéutica (16).

Siendo específicos, en el contexto paciente con Sarcoma de Kaposi y VIH el pilar del tratamiento es la TARGA puesto que favorece a la reconstitución inmunológica y por ende a generar la respuesta ante los agentes patógenos oportunistas (13,15).

En dependencia del grado de extensión del SK, la gravedad del cuadro y la inmunidad propia del paciente con diagnóstico de SIDA, el tratamiento de especialidad oncológica se va a dividir en terapias locales y sistémicas. Siendo estas últimas empleadas específicamente en paciente con mal pronóstico (9,14).

Las terapias locales para el SK incluyen la radiación, el ácido 9-cis-retinoico tópico y la terapia intralesional con crioterapia; siendo manejos limitados e individuales para cada paciente. La cirugía por su parte juega un papel menor en el manejo de estos pacientes. En términos generales se la suele utilizar únicamente para el diagnóstico certero o el tratamiento de una lesión, que presente características anatómicas peligrosas (9,13).

Conclusiones.

En el contexto de infecciones virales y más aún por el VIH, es importante que el médico se mantenga alerta a las distintas expresiones patológicas concomitantes. Siendo importante el reconocimiento temprano de una complicación como el Sarcoma de Kaposi, lo que puede mejorar de forma significativa los resultados terapéuticos y el pronóstico del paciente.

Con el caso clínico presentado, se corrobora la importancia del criterio clínico y el tamizaje universal de VIH como aporte fundamental de la atención primaria, frente al diagnóstico de patologías poco frecuentes como la expresión de la fase SIDA en pacientes que previamente no habían sido diagnosticados de una infección por el VIH; más aún, en aquellos con patologías oportunistas o procesos neoplásicos.

Consideraciones éticas.

En el presente reporte de caso se contó con el consentimiento informado del paciente.

Conflictos de interés.

Los autores declaran no tener conflicto de intereses en el desarrollo del tema.

### Bibliografía

1. Klatt E. Pathology of HIV/AIDS. 31 ed. Georgia: Mercer University; 2020.
2. Saag M. HIV Infection – Screening, Diagnosis, and Treatment. *N Engl J Med.* 2021;384 (22): p. 2131–43.
3. Wilkins T. HIV 1: epidemiology, pathophysiology and transmisión. *Nursing Times.* 2020; 116 (7): p. 39-41
4. Ghosn J, Taiwo B, Seedat S, Autran B, Katlama C. HIV. *The Lancet.* 2018; 392: p. 685–97.
5. Maldonado J, Medina C, Martín D. VIH: Ciclo biológico, patogenia y tratamiento. *Chem Evol.* 2021
6. Carvajal M, Roldán M, Herrera L, Hernández A, Álvarez L, Martínez L. Virus de inmunodeficiencia humana: hallazgos útiles en el diagnóstico, prevención y tratamiento. *Enf Inf Microbiol.* 2019; 39 (2): p. 65-70
7. Figueroa E, López L, Navarrete G. Sarcoma de Kaposi. Revisión de la literatura, un enfoque en la etiopatogenia. *Dermatología CMQ.* 2018; 16 (2): p. 128-133
8. Barja M, Nzang M, Vargas A. Sarcoma de Kaposi en pacientes que viven con el VIH en Guinea Ecuatorial. *Revista Cubana de Medicina Tropical.* 2021; 73 (1): p. 1-14
9. Yarchoan R, Uldrick T. HIV-Associated Cancers and Related Diseases. *N Engl J Med.* 2018; 378 (11): p. 1029–41.
10. Tounouga D, Kouotou E, Nansseu J, Zoung A. Epidemiological and clinical patterns of kaposi sarcoma: A 16-year retrospective cross-sectional study from Yaoundé, Cameroon. *Dermatology.* 2018; 234 (5–6): p. 226–8.
11. Vázquez N, Arenas R, Juárez E. Kaposi's sarcoma associated to HIV. *Med Int Méx.* 2020; 36 (4): p. 570–4.
12. Martínez D, Núñez Y. Sarcoma de Kaposi asociado al Síndrome de Inmunodeficiencia Humana Adquirida. *Revista Cubana de Oncología.* 2021; 19 (1): p. 1-23
13. Schneider J, Dittmer D. Diagnosis and Treatment of Kaposi Sarcoma. *Am J Clin Dermatol.* 2017; 18 (4): p. 529-39
14. Dupin N. Update on oncogenesis and therapy for Kaposi sarcoma. *Curr Opin Oncol.* 2019; 31
15. Navarro A, Sandoval A, Hernández M, González R, Romo C. Sarcoma de Kaposi clásico. *Dermatol Rev Mex.* 2018; 62 (6): p. 538-42
16. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Prevención, diagnóstico y tratamiento de la infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) en embarazadas, niños, adolescentes y adultos. *Guía de Práctica Clínica.* Quito: Ministerio de Salud Pública, Dirección Nacional de Normatización; 2019.
17. Barja J., Nzi M., Vargad A. Sarcoma de Kaposi en pacientes que viven con el VIH en Guinea Ecuatorial. *Revista Cubana de Medicina Tropical.* 2021; 73(1)
18. Freeman E., Busakhala N., Regan S., Chite F., Wenger M., Seth D., et al. Real-world use of chemotherapy for Kaposi's sarcoma in a large community-based HIV primary care system in Kenya. *MBC Cancer.* 2020; 20(1)
19. Dunbar W., Labat A., Raccurt C., Sohler N., Pape J., Maulet N. A realist systematic review of stigma reduction interventions for HIV prevention and care continuum outcomes among men who have sex with men. *Int J STD AIDS.* 2020; 31 (8): 712-723
20. Krown S., Moser C., MacPhail P., Matining R., Gosfrey C., Caruso S., et al. Treatment of advanced AIDS-associated Kaposi

sarcoma in resource-limited settings: a three-arm, open-label, randomised, non-inferiority trial. *Lancet*. 2020; 395(10231):1195-1207

21. Martínez D., Núñez Y. Sarcoma de Kaposi asociado al Síndrome de Inmunodeficiencia Humana Adquirida. *Revista Cubana de Oncología*. 2021; 19(1).

22. Chepkondol G., Jolly P., Yatich N., Mbowe O., Jaoko W. Types and prevalence of HIV-related opportunistic infections/conditions among HIV-positive patients attending Kenyatta National Hospital in Nairobi, Kenya. *Afr Health Sci*. 2020; 20(2): 615-624.

Artículo original de Investigación

**Prevalencia del síndrome de burnout en el personal de salud del Hospital Básico Pelileo. ¿Existe síndrome de burnout en un hospital de segundo nivel?**  
**Prevalence of burnout syndrome in the health personnel of the Basic Hospital Pelileo. Is there burnout syndrome in a Second Level Hospital?**

Verónica Cristina Jurado Melo \*, Víctor Patricio Gavilanes Sáenz \*\*, Génesis Elizabeth Mayorga Zurita\*\*\*, Jessy Mariana Robayo Carrillo \*\*\*\*.

\* Universidad Técnica de Ambato. ORCID 0000-0002-5516-8092

\*\* Universidad Técnica de Ambato. ORCID 0000-0002-9624-5840

\*\*\* Universidad Técnica de Ambato. ORCID 0000-0001-5210-7262

\*\*\*\* Universidad Técnica de Ambato. ORCID 0000-0001-7127-5528

vc.jurado@uta.edu.ec

Recibido: 22 de agosto del 2021

Revisado: 26 de octubre del 2021

Aceptado: 2 de diciembre del 2021

**Resumen.**

**Introducción:** El Síndrome de Burnout se lo define como un estado psicológico caracterizado por agotamiento físico e intelectual, despersonalización y baja realización personal. Afecta a quienes trabajan con personas, surge como respuesta al estrés crónico en el trabajo y puede tener graves consecuencias en la salud de quienes lo padecen y al mismo tiempo puede generar actitudes negativas hacia las personas con quienes trabajan.

**Objetivo:** Determinar la prevalencia del Síndrome de Desgaste Profesional mediante el Test de Maslach en el personal de salud del Hospital Básico Pelileo.

**Materiales y Métodos:** Diseño de estudio Analítico Transversal de Prevalencia. Se aplicó el test de Maslach a un total de 40 participantes: 6 médicos tratantes, 10 residentes, 21 enfermeras, 1 trabajador social, 1 odontólogo, 1 psicólogo en el Hospital Básico Pelileo los mismos que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión establecidos.

**Resultados:** La prevalencia del Síndrome de Desgaste Profesional en el personal de Salud del Hospital Básico Pelileo es del 15%, el grupo de estudio más afectado son los médicos residentes con una prevalencia del 30%. Se encontró una asociación estadísticamente significativa  $p < 0.001$  entre: Burnout y estado civil divorciado, edad de 25 a 35 años; jornadas de 24 horas continuas. La prevalencia de Burnout fue mayor en el grupo de mujeres sin embargo no se encontró una diferencia estadísticamente significativa al comparar el género. La dimensión del síndrome más afectada fue el cansancio emocional, seguida de realización personal baja y despersonalización. Al analizar las subescalas todas mostraron mayor puntaje en médicos residentes.

**Conclusiones:** La prevalencia del Síndrome de Burnout en el personal de salud del Hospital de Básico Pelileo es del 15%, la prevalencia es mayor en médicos residentes, Burnout se asocia a realización de jornadas de 24 horas continuas.

**Palabras Clave:** Burnout, estrés, despersonalización, agotamiento, realización personal, síndrome.

**Abstract**

**Introduction:** The Burnout syndrome is defined as a psychological condition characterized by physical and intellectual exhaustion, depersonalization and reduced personal accomplishment. It affects who works with people. It is a response to chronic stress at work and it can have serious consequences on the health of those who suffer and at the same time can generate negative attitudes towards people with whom they work.

**Objective:** To determine the prevalence of Professional Burnout Syndrome by Maslach Test in health personnel staff of "Pelileo" Hospital.

**Materials and Methods:** Prevalence Analytical Transverse study desing. The Maslach test was applied to a total of 40 participants, 6 specialist physicians, 10 residents, 21 nurses, 1 social worker, 1 dentist, 1 psychologist in "Pelileo" hospital who met the established inclusion and exclusion criteria.

Results: The prevalence of Professional Burnout Syndrome in Health staff of “Pelileo” Hospital is 15 %, the study of the group most affected is resident physicians. The study group that is most affected are resident with a prevalence of 30%. It found a statistically significant association  $p < 0.001$  between: Burnout and divorced marital status, age 25 a 35 years; take continuous 24 horas shifts. The prevalence de of burnout was higher in the group of women. However, no statistically significant difference was found when comparing gender. The dimension of síndrome most affected was emotion exhaustion, followed by low personal fulfillment and depersonalization. When analyzing the subscales, they all showed higher scores in resident physicians.

Conclusions: The prevalence of Burnout syndrome in healthcare personnel the “Pelileo” Hospital is 15%, the prevalence is higher in resident doctors, Burnout is associated with take continuous 24 horas shifts.

Keywords: Burnout, stress, depersonalization, exhaustion, personal fulfillment, syndrome.

### **Introducción.**

El Síndrome de Desgaste Profesional, conocido también como Burnout o “sentirse quemado”, es un síndrome psicológico caracterizado por agotamiento físico e intelectual, despersonalización y baja realización personal de quienes trabajan con personas, que surge como respuesta al estrés crónico en el trabajo<sup>1</sup>. En 1982, la psicóloga Cristina Maslach conceptualiza este síndrome como desgaste profesional, que afecta en especial, el personal sanitario.

Dentro de los factores desencadenantes se encuentran actividades que exigen entrega, idealismo, competitividad y responsabilidad; los trabajos rutinarios y monótonos; las condiciones físicas externas (ambiente) que distorsionan la concentración y tranquilidad; demandas en el trabajo (sobrecarga laboral, contacto con enfermedad, dolor y muerte) falta de autonomía, bajos salarios, las relaciones interpersonales inadecuadas y las personalidades ansiosas, inseguras, temerosas, con alta exigencia, perfeccionistas, de baja tolerancia al fracaso<sup>2</sup>.

Es de gran preocupación los porcentajes de prevalencia del síndrome de Burnout, reportados en la literatura, más aún si se piensa que es el personal de salud el más afectado, y son ellos quienes brindan atención a la población que requiere de sus servicios. El desempeño del personal de salud requiere de una serie de actividades que necesitan forzosamente de un control mental y emocional mucho mayor que en otros servicios e incluso profesiones, por lo que es imprescindible determinar la prevalencia y los factores causales de este síndrome que trastorna la calidad de vida familiar, social y laboral de quien lo padece<sup>3</sup>.

Los profesionales de salud están sometidos a altos niveles de estrés, lo cual se produce por la responsabilidad que tiene el personal de salud en el cuidado de la vida de sus pacientes, labor que se complementa con el compromiso de cuidar, orientar, alentar, comprender y ayudar a estas

personas. Las actividades del personal de salud lo exponen a situaciones como el manejo de pacientes en riesgo, en estado crítico o que requieren intervenciones especiales para salvaguardar la salud y la vida, lo cual a su vez obliga a una preparación constante por parte de los trabajadores, con el fin de conseguir el perfeccionamiento profesional para beneficio de sus pacientes y evitar el desprestigio social.

El personal de salud trabaja frecuentemente con pacientes que experimentan graves traumas y crisis personales, debido a que en la mayoría de los casos sus usuarios son personas jubiladas o trabajadores que muchas veces tienen cargas laborales intensas y de riesgo constante, por ello puede haber una recarga emocional, debida a la confrontación repetida y dolorosa con el sufrimiento humano y la muerte. Los factores que causan una recarga laboral son el conflicto y la ambigüedad de roles que se adjudica al personal de salud, lo cual ocurre porque hay diferencias entre lo que espera o desea el profesional y la realidad que le exige la organización, así también hay conflictos, cuando se recibe órdenes contradictorias de los superiores o cuando los deseos y metas no se corresponden con lo que la institución brinda al profesional de igual manera puede causar estrés importante cuando no se tiene claro lo que se tiene que hacer, los objetivos del trabajo y la responsabilidad inherente que conlleva, muchas veces sin poder cumplir las metas estadísticas impuestas a los profesionales de la salud.

Todo esto se suma a las jornadas de trabajo prolongadas a la que están sometidos, así tenemos que la jornada de médicos tratantes y enfermeras por lo general es intensa, ya que, en su mayoría, además de sus responsabilidades con la institución, tienen actividades profesionales de manera particular, todo lo cual produce desgaste físico y mental y dificulta al profesional hacer frente a las situaciones estresantes. De forma específica los médicos tratantes trabajan en la institución por la

mañana, el resto del día laboran en otras instituciones o en su consulta privada y en su gran mayoría realizan actividades docentes; por otro lado, los médicos residentes acuden por las mañanas, realizan turnos de 28 horas cada cuarto día y algunos tienen actividades particulares extra-institucionales; los de médicos residentes realizan turnos cada cuarto día y además cumplen actividades docentes intra y extra hospitalarias. Finalmente el personal de enfermería realiza turnos de seis horas en la mañana y en la tarde y de 12 horas en la noche, varias veces en la semana incluido días feriados, fines de semana y en algunos casos laboran en otras instituciones particulares en muchas ocasiones el personal de salud es víctima de agresiones verbales y físicas las mismas que producen frustración por parte del profesional y crean una atmósfera de tensión en la relación médico paciente.

A los factores mencionados anteriormente y que afectan sobre todo emocionalmente a los médicos y enfermeras, se suma el poco tiempo que les queda para compartir con su familia y realizar actividades sociales. En muchos casos no es posible que el profesional cumpla a cabalidad su rol en el núcleo familiar, lo cual crea estrés al no poder estar presente en momentos importantes de la familia, debido a horarios de trabajo excesivos, lo cual sin una debida comprensión por parte su familia puede causar disgregaciones familiares. El exceso de tensión al que está sometido el personal de salud a su vez puede generar actitudes agresivas hacia su familia y pacientes. Se debe además considerar la gran influencia que tiene la sociedad y los medios de comunicación al consumo de medicamentos o al desarrollo de conductas adictivas como son el alcohol o consumo de drogas, lo que puede agravar aún más los problemas laborales y familiares.<sup>5</sup>

Actualmente, es posible encontrar al síndrome de desgaste profesional en el CIE-10, como Z73.0, bajo la descripción de “fenómeno ocupacional”, en la categoría de “problemas relacionados con dificultad en el control de la vida”, el cual lo define como “síndrome psicológico causado por un cúmulo de circunstancias, como el estrés crónico, la sobrecarga profesional, los horarios excesivos, el agotamiento emocional y sensación de falta de realización personal”; teniendo especial afectación sobre los médicos, personal sanitario y todos aquellos que se dedican a trabajos demandantes de gran carga emocional, de compromiso personal.<sup>6</sup> Este síndrome provoca que se disminuya el rendimiento laboral y académico, predisponiendo al cometimiento de errores y de forma crónica,

facilita el padecimiento de enfermedades como gastritis, úlcera péptica, cefaleas, enfermedades mentales, adicciones e incluso el suicidio.

Trabajos internacionales demuestran una prevalencia en el personal médico de hospitales entre el 10% y 70% lo cual varía de acuerdo al lugar donde se realiza el estudio y la especialidad de los investigados. En nuestro país se ha efectuado contadas investigaciones y lamentablemente no disponemos de estudios amplios sobre la prevalencia del Síndrome de Desgaste Profesional en trabajadores de la salud.<sup>7</sup>

En nuestro país poco se ha estudiado sobre este tema de gran trascendencia social tal vez por desconocimiento o por considerarlo de poca importancia dentro de la Administración de los Servicios Hospitalarios, y los pocos enunciados existentes no plantean soluciones o estrategias que ayuden a disminuir los efectos que causa el mismo en la prestación de los servicios.

Un estudio realizado a los docentes de enfermería de la universidad central del Ecuador, en la que se evaluó a 46 personas, el 83% de los estudiados son de género femenino, mientras que el 17% corresponde al género masculino. El 35% del total percibió “estrés laboral ligero”, el 33% dijo que era “moderado” y finalmente el 4% describió a su estrés laboral como “severo”, y un 28% dijo no percibir estrés laboral. Además, el 33% tiene un alto nivel de cansancio emocional, 13% nivel elevado de despersonalización y 28% tuvo baja realización personal. Se hizo un análisis de manera individual de cada uno de los encuestados, dando como resultado que el 7% de la población presentó Síndrome de Burnout.<sup>8</sup>

En otro estudio realizado a profesionales de la salud del Hospital Clínica Metropolitana de Ecuador, se evaluaron 40 personas entre los cuales 22 son médicos, 1 fisioterapeuta, 8 enfermeras y enfermeros, 9 auxiliares de enfermería y personas de servicio que laboraban en la institución. La base de este estudio fue la aplicación de un cuestionario denominado Maslach Burnout Inventory (MBI) el cual tiene por objetivo establecer y medir el desgaste que sufre el profesional, obteniendo los siguientes resultados: de los 40 encuestados el 7,5% presenta agotamiento emocional de nivel alto, el 17,5% demostró despersonalización de alto nivel y el 65% mostró realización profesional indicándose como nivel alto. Este estudio demostró que el 37,5% de los profesionales evaluados padecen de Síndrome de Burnout en un nivel entre moderado y severo, el 62,5% presenta el mismo síndrome sin embargo este es de bajo nivel.<sup>9</sup>

Esta investigación se llevó a cabo con el objetivo de determinar la prevalencia del Síndrome de Desgaste Profesional mediante el Test de Maslach en el personal de salud de un Hospital Básico (Hospital del sistema de Salud de cuatro especialidades) para establecer las principales características individuales relacionadas con el apareamiento del síndrome y definir un conjunto de recomendaciones dirigidas al individuo y a su entorno que permitan reducir y controlar sus efectos negativos en la salud de los profesionales y en la calidad de atención al paciente.

Objetivo general: Determinar la prevalencia del Síndrome de Desgaste Profesional mediante el Test de Maslach en el personal de salud del Hospital Básico Pelileo 18D04.

Objetivos específicos:

Determinar las principales características individuales (edad, sexo, estado civil) relacionadas con el apareamiento del síndrome de Burnout.

Analizar las causas laborales como son la realización de turnos para el apareamiento del síndrome de Burnout en los grupos que participan en el estudio.

Definir un conjunto de recomendaciones que permitan controlar los estresores laborales y con ello disminuir la prevalencia del Síndrome de Desgaste Profesional en el personal de salud.

Sujetos y Métodos: Se diseñó un estudio analítico transversal de prevalencia llevado a cabo en el Hospital Básico Pelileo distrito 18 D04 en el período de mayo-agosto del 2021. Se tomó en total del universo debido a que son un número reducido. Los participantes incluidos en el estudio fueron médicos tratantes, residentes, enfermeras, odontólogo, trabajador social y psicólogo que labore en la institución bajo contrato o nombramiento por un tiempo mínimo de 3 meses; fueron excluidos los participantes con un tiempo de labor menor que el establecido y quienes se encontraban con licencia por cualquier causa. La presente propuesta se basó en los principios de bioética determinados para este tipo de estudios. A las personas que aceptaron participar en la investigación se les proporcionó un formulario de consentimiento informado previa explicación de los objetivos, métodos y resultados del trabajo a realizarse, respetando la confidencialidad de la información de cada participante. Se dio las instrucciones a los participantes y se aplicó una encuesta anónima (Test de Maslach) el mismo que es un instrumento con una alta consistencia interna y una fiabilidad cercana al 90%; está constituido por 22 ítems en forma de afirmaciones, sobre los

sentimientos y actitudes del profesional en su trabajo y hacia los pacientes, valora tres escalas cansancio emocional, despersonalización, realización personal. Alta puntuaciones en las dos primeras escalas y baja en la tercera permiten diagnosticar el síndrome.

El procesamiento de los datos se realiza e interpreta por los investigadores. Los datos son introducidos inicialmente en una base de EXCEL 2020, luego de su depuración son incorporados en la base de datos SPSS versión 20.0.

Para el análisis de datos se utiliza estadística descriptiva (medidas de tendencia central, resumen y dispersión); análisis bivariado (estimación de porcentajes con sus respectivos intervalos de confianza [IC] 95%; pruebas paramétricas: Chi-cuadrado); Odds Ratio de prevalencia.

Resultados.

Se aplicó el test de Maslach a un total de 40 participantes: 6 médicos tratantes, 10 residentes, 21 enfermeras, 1 trabajador social, 1 odontólogo, 1 psicólogo en el Hospital Básico Pelileo los mismos que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión establecidos.

La prevalencia del Síndrome de Burnout en el personal de salud del Hospital Básico Pelileo fue del 15% (n=6).

En los grupos con respecto al estado civil, el 60 % (n=24) son casados, el 22.5 % (n=9) divorciados, 12.5 % (n=5) solteros y 5% (n=2) viudos. La prevalencia de Burnout fue mayor en el grupo de estado civil divorciados 42,8% con una diferencia estadísticamente significativa ( $p < 0.001$ ) al comparar con los otros estados civiles. ( $\chi^2 = 2,9$  OR=3.37, IC (1.5-19.2).

En los participantes la mínima fue de 29 años y la máxima de 59 años. En los grupos de edad, el 47.5% (n=19) pertenecían al grupo de 25-35 años, el 27.5% (n=11) de 36-45 años, 15% (n=6) de 46-55 años y 10% (n=4) de 56-65 años. La prevalencia fue mayor en el grupo de 25 a 35 años de edad (47.5%) con una diferencia estadísticamente significativa ( $p < 0.001$ ) al comparar con los otros grupos de edad ( $\chi^2 = 1,94$  OR=3.39, IC (1.57-20.1).

En los grupos de género, el 70% (n=28) pertenecían al grupo de mujeres y 30% (n=12) al de hombres. La prevalencia de Burnout fue mayor en el grupo de mujeres (66%) hombres (44%) no se encontró una diferencia estadísticamente significativa al comparar el género. ( $p = 0.208$ ) ( $\chi^2 = 1,2$  OR= IC (0.20-7.5).

En lo referente al cargo los profesionales de salud más afectados son los médicos residentes con una

prevalencia del 30% (n= 3), seguido de los médicos tratantes 16% (n=1) y las enfermeras 9,5 % (n=2). La dimensión del síndrome más afectada fue el cansancio emocional 35 % (n= 14), seguida de baja realización personal baja en el 22,5 % (n=9), y despersonalización en el 20 % (n=8). (Tabla 1). Al analizar el cansancio emocional, este fue más alto en residentes 90 % (n=8) seguido de enfermeras 23,8 % (n=5) y médicos tratantes 16.6% (n=1). La despersonalización fue mayor en residentes 30% (n=3) y enfermeras 19 % (n=4). La baja realización

personal fue mayor en residentes 60% (n=6) y médicos tratantes 16 % (n= 1). El 77.5 % (n=31) del personal de la salud residentes y enfermeras realizan turnos en las noches, la prevalencia de Burnout en el grupo de profesionales que labora en jornadas de 24 horas continuas fue del 12.9 % (n=4) con una diferencia estadísticamente significativa  $p < 0.001$  comparado con el grupo que no realiza turnos cuya prevalencia fue del 5 % (n=2).  $x^2 15$  OR 3.23 IC (1.1-4.2).

**Tabla 1.-** Prevalencia de las subescalas del Síndrome de Burnout en el personal de salud del Hospital Básico Pelileo.

	Valores	Tratante		Residente		Enfermeras		Trabajador S		Odontólogo		Psicólogo	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>CANSANCIO EMOCIONAL</b>													
Alto	$\geq 27$	1	16	8	90	5	23,8	0	0	0	0	0	0
<b>DESPERSONALIZACION</b>													
Alto	$\geq 10$	1	16	3	30	4	19	0	0	0	0	0	0
<b>REALIZACION PERSONAL</b>													
Bajo	$< 33$	1	16	6	60	2	9,5	0	0	0	0	0	0

Fuente: autores

**Conclusiones:**

La prevalencia del Síndrome de Burnout en el personal de salud del Hospital Básico Pelileo fue del 15%. Los resultados obtenidos en la investigación permiten determinar que existe una diferencia estadísticamente significativa entre Burnout y las siguientes variables:

La prevalencia de Burnout fue mayor en el grupo de estado civil divorciados con una diferencia estadísticamente significativa al comparar con los otros estados civiles.

La prevalencia fue mayor en el grupo de 25 a 35 años de edad con una diferencia estadísticamente significativa al comparar con los otros grupos de edad.

En los grupos de género la prevalencia de Burnout fue mayor en el grupo de mujeres no se encontró una diferencia estadísticamente significativa al comparar el género.

En lo referente al cargo los profesionales de salud más afectados son los médicos residentes. La dimensión del síndrome más afectada fue el cansancio emocional seguida de baja realización personal baja y despersonalización. Al analizar el cansancio emocional, este fue más alto en residentes y enfermeras. La despersonalización fue mayor en residentes y enfermeras. La baja realización personal fue mayor en residentes y médicos tratantes. La prevalencia de Burnout fue

mayor en el grupo que realiza jornadas de 24 horas continuas con una diferencia estadísticamente significativa comparado con el grupo que labora 8 horas sin turnos nocturnos.

**Discusión**

El estudio de la prevalencia del síndrome de Burnout en nuestro medio es relevante por las implicaciones negativas que éste tiene tanto en la salud mental y física de los profesionales de la salud como en la calidad de atención que se brinda al paciente.

Estudios realizados en otros países han encontrado porcentajes de prevalencia diferentes de este síndrome; en nuestro medio (Quispe et al., 2009) estudiaron un grupo de 18 enfermeras de la Unidad de Terapia Intensiva del Hospital Eugenio Espejo obteniendo una prevalencia del síndrome de un 22.2 % El presente estudio encontró prevalencia similar a la encontrada en estudios latinoamericanos y locales, con un 23% de los participantes que presentaron este síndrome según los resultados del Test de Maslach.

En cuanto a los factores individuales este estudio evidenció que las mujeres presentan mayor prevalencia del síndrome de Burnout que los hombres, actualmente la diversidad de estudios publicados continúa mostrando ambivalencia en sus resultados con respecto a esta variable.



En referencia a la edad la prevalencia del síndrome de Burnout fue mayor en el grupo de edad de 25 a 35 años comparada con los otros grupos de edad, diferencia que fue estadísticamente significativa, datos que relacionan la menor edad con menos años de ejercicio profesional, la inexperiencia, la incertidumbre del futuro y el estrés que se genera al afrontar al inicio de la carrera los problemas de salud y emocionales de los pacientes<sup>5</sup>.

Otra variable estudiada es la de estado civil, los análisis estadísticos de este estudio demuestran que los divorciados y casados son los que reportaron porcentajes mayores de Burnout, sin embargo esta diferencia no alcanzó significancia estadística; el estudio de (Hernández et al., 2006<sup>11</sup>) menciona no encontrar asociación alguna entre Burnout y estado civil.

El nivel de formación profesional se relacionó con la prevalencia del síndrome, ya que fue mayor a la del promedio en médicos residentes de manera similar a lo reportado por (Ishak, et al., 2009<sup>12</sup>) en donde la prevalencia del Síndrome de Burnout variaba según el nivel de la formación médica, siendo más frecuente en estudiantes (22-26 %), internos rotativos (28-45 %) y residentes 27-75%.

Cuando se analiza este síndrome por dimensiones en las que se subdivide, se encontró que la primera dimensión que hace referencia al cansancio emocional fue la más afectada con una prevalencia general, seguida de una baja realización personal y despersonalización. Llama la atención que el 60 % de los residentes presenta cansancio emocional en este grupo de estudio. En el estudio (EGPRN study, 2008<sup>14</sup>) de síndrome de Burnout se encontró una prevalencia del 43 % para el nivel alto de cansancio emocional, 35 % para nivel alto de despersonalización y 32 % tenían un nivel bajo de realización personal, que como se evidencia son resultados muy similares a los encontrados en el presente estudio. Esto puede deberse a que los médicos residentes realizan jornadas de 24 horas continuas.

Un estudio realizado a los docentes de enfermería de la universidad central del Ecuador, en la que se evaluó a 46 personas, el 83% de los estudiados son de género femenino, mientras que el 17% corresponde al género masculino. El 35% del total percibió “estrés laboral ligero”, el 33% dijo que era “moderado” y finalmente el 4% describió a su estrés laboral como “severo”, y un 28% dijo no percibir estrés laboral. Además, el 33% tiene un alto nivel de cansancio emocional, 13% nivel elevado de despersonalización y 28% tuvo baja realización personal. Se hizo un análisis de manera

individual de cada uno de los encuestados, dando como resultado que el 7% de la población presentó Síndrome de Burnout. <sup>8</sup>

En Ecuador, (Zumárraga y col, 2008<sup>15</sup>) establecieron la prevalencia de síndrome de Burnout, encontrando que el 14.7 % de los médicos tuvieron niveles altos de agotamiento emocional, 16,7 % mostraron niveles altos de despersonalización y apenas un 2.7% evidenciaron baja realización personal. En la investigación realizada se encontró que en el grupo de médicos tratantes la prevalencia de cansancio emocional alto fue del 36%, despersonalización alta 26% y realización personal baja 26%, diferencia que puede deberse a que en esta casa de salud un alto porcentaje de médicos tratantes, de especialidades quirúrgicas sobre todo, realizan turnos nocturnos y de fin de semana, además muchos laboran jornadas continuas mayores a 12 horas.

En Ambato- Ecuador, (Paredes y col, 2016) en un estudio realizado en el hospital IESS Ambato en 50 médicos tratantes de los diferentes servicios, 40 hombres y 10 mujeres, con edades comprendidas entre 31 y 62 años de edad. La subescala de agotamiento emocional reveló un 30% de afectación baja, 56% media y 14% alta; respecto a la despersonalización se observó un 4% de afectación alta, 36% media y 60% baja. En cuanto a la subescala de realización personal, se registró un 86% de afectación alta, 12% media y 2% baja. Se concluyó que la prevalencia del síndrome de Burnout en el conglomerado de profesionales médicos del Hospital del IESS de Ambato es baja, debido a que la afectación en la subescala de realización personal es menor al 2%, sin embargo, existe afectación de las subescalas agotamiento emocional y despersonalización, lo que traduce un alto riesgo para el médico de quemarse.

Una vez conocida la prevalencia del Síndrome de Burnout en un Hospital Básico y sus efectos nocivos en la calidad de atención a los usuarios de salud, se establece una serie de estrategias las mismas que deben ser aplicadas con la finalidad de verificar su eficacia y a su vez prevenir el desarrollo del síndrome. Dentro de las estrategias se plantea estrategias individuales como talleres de temas como: adquisición de habilidades en la solución de problemas, manejo de las emociones, técnicas de relajación, organización personal y manejo del tiempo, optimización de la comunicación en relaciones familiares y sociales, planteamiento de metas reales, desarrollo de hobbies y actividades que permitan al individuo dedicar tiempo a sí mismo, estimular la formación

y preparación continua para superar la baja realización personal en especial en los médicos residentes. Estrategias grupales como: trabajo con grupos de apoyo, socialización anticipada, ambiente de trabajo óptimos. El área de talento humano de esta institución debe analizar el horario de trabajo del personal de salud que labora jornadas de más de 24 horas continuas, al haber encontrado una relación estrecha entre esta situación y altos índices de padecimiento del síndrome.

Consideraciones éticas

La presente propuesta se basó en los principios de bioética determinados para este tipo de estudios. A las personas que aceptaron participar en la investigación se les proporcionó un formulario de consentimiento informado previa explicación de los objetivos, métodos y resultados del trabajo a realizarse, respetando la confidencialidad de la información de cada participante.

Conflicto de intereses

Los autores declaramos no tener conflicto de intereses

Referencias Bibliográficas

1. Chiriboga Pabón, M. F., & Chiriboga Aguayo, A. V. (2020). Prevalencia del Síndrome de Burnout en trabajadores de la salud del Hospital Clínica Metropolitana. *La U Investiga*, 7(1), 22- 35. Recuperado a partir de <http://revistasojs.utn.edu.ec/index.php/lauinvestiga/article/view/442>
2. Chavarría R, Colunga F, Castellanos J, Méndez K. Síndrome de burnout en médicos docentes de un hospital de 2.º nivel en México [Internet]. 18th ed. Ciudad de México: Educación Médica; 2016 [cited 24 June 2021]. Available from: <https://www.elsevier.es/index.php?p=revista&pRevista=pdfsimple&pii=S1575181316301279&r=71>
3. Lovo J. Síndrome de burnout: Un problema moderno [Internet]. 70th ed. El Salvador: Revista Entorno; 2021 [cited 24 June 2021]. Available from: <https://www.lamjol.info/index.php/entorno/article/view/10371/12034#:~:text=Uno%20de%20los%20estresores%20m%C3%A1s,disminuci%C3%B3n%20de%20la%20realizaci%C3%B3n%20personal.>
4. Nakandakari Mayron D., De la Rosa Dyanne N., Failoc-Rojas Virgilio E., Huahuachampi Keyko B., Nieto Wendy C., Gutiérrez Alexander I. et al. Síndrome de burnout en estudiantes de medicina pertenecientes a sociedades científicas peruanas: Un estudio multicéntrico. *Rev Neuropsiquiatr* [Internet]. 2015

Oct [citado 2021 Jun 20]; 78(4):203-210. Disponible

en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S003485972015000400003&lng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003485972015000400003&lng=es)

5. Rendón Montoya Militza Saraí, PeraltaPeña Sandra Lidia, Hernández VillaEva Angelina, Hernández Reyna Isabel, Vargas María Rubi, Favela OcañoMaría Alejandra. Síndrome de burnout en el personal de enfermería de unidades de cuidado crítico y de hospitalización. *Enferm. glob.* [Internet]. 2020 [citado 2021 Jun 24]; 19(59): 479-506.

Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S169561412020000300479&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S169561412020000300479&lng=es).

Epub 10-Ago-2020. <https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.398221>.

6. Lovo J. Síndrome de burnout: Un problema moderno. *Entorno* [Internet]. 2020 Dec 30 [cited 2021 Jun 26]; 70 (70):110–20. Available from:

<https://www.camjol.info/index.php/entorno/article/view/10371>

7. Torres F, Piñeros V, Moreno A, Ruilova E, Casares J, Mendoza M. Síndrome de Burnout en profesionales de la salud del Ecuador y factores asociados en tiempos de pandemia. *Revista Virtual de Sociedad Paraguaya de Medicina Interna* [Internet]. 2021 [Citado el 24 de junio del 2021];8(1):126-136. Disponible en: <https://www.revistaspmi.org.py/index.php/rvspmi/article/view/209/200>

8. Ramos Armijos, D. Carvajal Andrade, L. García Rueda, D. Puchaicela Poma, M. Cerda Moscoso, V. Espín Puchaicela, A. (2020). Estrés laboral y síndrome del agotamiento (burnout) en docentes de enfermería de la Universidad Central del Ecuador: marzo 2019 – marzo 2020. *Revista de investigación académica*, 4(1), 29-41. Recuperado a partir de: *Estrés Laboral y Síndrome del Agotamiento (Burnout) en docentes de Enfermería de la Universidad Central del Ecuador: marzo 2019 - marzo 2020* ([revistaacademica-istcre.edu.ec](http://revistaacademica-istcre.edu.ec))

9. Chiriboga Pabón, M. F., & Chiriboga Aguayo, A. V. (2020). Prevalencia del Síndrome de Burnout en trabajadores de la salud del Hospital Clínica Metropolitana. *La U Investiga*, 7(1), 22- 35. Recuperado a partir de <http://revistasojs.utn.edu.ec/index.php/lauinvestiga/article/view/442>

10. Quispe M, Vargas N. Síntomas de desgaste profesional en enfermeras de una Unidad de Terapia intensiva. *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas*, 2007; 32(2): 113-114.

11. Hernández ML, Fernández CB, Ramos F, Contador I. El Síndrome de Burnout en funcionarios de vigilancia de un centro penitenciario. *International Journal of Clinical and Health Psychology* 2006; 6:599-611.
12. Ishak y col., Burnout During Residency Training. *Journal of Graduate Medical Education* December 2009;6: 22-29.
13. Toral R, Guadalupe M, Burnout and patient care in junior doctors in Mexico City *Occupational Medicine* 2009; 59:8-13.
14. Soler y col., Family Practice. Burnout in European family doctors. the EGPRN study 2008; 25:245-265.
15. Zumárraga R, García M, Yépez Lupe. Prevalencia de Síndrome de Burnout en tres Hospitales Públicos de la Ciudad de Quito, 2008; 33:96-100.
16. Paredes P, Parra M, Bravo L. ¿Existe síndrome de burnout en los médicos de un hospital de mediana complejidad?, una experiencia en el Hospital del IESS de Ambato. *Revista Facultad de Ciencias médicas (Quito)*, 2016; 40(1):60-6. Disponible en: [https://revistadigital.uce.edu.ec/index.php/CIENC\\_IAS\\_MEDICAS/article/view/1158](https://revistadigital.uce.edu.ec/index.php/CIENC_IAS_MEDICAS/article/view/1158)
17. Chavarría R, Colunga F, Castellanos J, Méndez K. Síndrome de burnout en médicos docentes de un hospital de 2.º nivel en México [Internet]. 18th ed. Ciudad de México: Educación Médica; 2016 [cited 24 June 2021]. Available from: <https://www.elsevier.es/index.php?p=revista&pRevista=pdfsimple&pii=S1575181316301279&r=71>
18. Toala, F. G. T., Piñeiros, V. I., Moreno, A. P., Coronel, E. A. R., Tamayo, J. C., & Mallea, M. M. (2021). Síndrome de Burnout en profesionales de la salud del Ecuador y factores asociados en tiempos de pandemia. *Revista Virtual de la Sociedad Paraguaya de Medicina Interna*, 126-136.
19. Huarcaya-Victoria, J., & Calle-González, R. (2021). Influencia del síndrome de burnout y características sociodemográficas en los niveles de depresión de médicos residentes de un hospital general. *Educación médica*, 22, 142-146.
20. Padrón, N. F. G., Nava, N. D., Velásquez, M. G., & Marcano, C. J. M. (2021). Cansancio emocional en médicos anestesiólogos, como factor asociado al síndrome de Burnout por el Covid-19. *Telos: Revista de Estudios Interdisciplinarios en Ciencias Sociales*, 23(2), 450-465.
21. Macaya B P, Aranda G F. Cuidado y autocuidado en el personal de salud: enfrentando la pandemia COVID-19. *Rev Chil Anest* [Internet]. 2020 [citado 6 Sep 2020]; 49(3):356-62. Disponible en: [https://revistachilenadeanestesia.cl/PII/revchilanes\\_tv49n03.014.pdf](https://revistachilenadeanestesia.cl/PII/revchilanes_tv49n03.014.pdf). doi: 10.25237/revchilanestv49n03.014
22. Guillén-Graf AM, Flores-Villalba E, Díaz-Elizondo JA, Garza-Serna U, López-Murga RE, Aguilar-Abisad D, et al. Aumento del síndrome de burnout en estudiantes de medicina durante su primer mes de rotación clínica. *Educ Medica* 2019;20(6):376-9.
23. Eckleberry-Hunt J, Kirkpatrick H, Barbera T. Los problemas con investigación sobre el agotamiento. *Acad Med*. 2018; 93: 367 --- 70.
24. Dyrbye LN, Eacker A, Durning SJ, Brazeau C, Moutier C, Massie FS y col. El impacto del estigma y las experiencias personales en el Comportamientos de búsqueda de ayuda de estudiantes de medicina con agotamiento. *Acad Medicina*. 2015; 9: 961 - 9.
25. Macía-Rodríguez C, Martín Iglesias D, Moreno Diaz J, Aranda Sánchez M, Ortiz Llauradó G, Montaña Martínez A, et al. Burnout syndrome in internal medicine specialists and factors associated with its onset. *Rev Clin Esp*. 2020;220(6):331-8.
26. 2. Fisiopatología. La ciencia del porqué y el cómo - 1st Edition [Internet]. [cited 2021 Jun 14]. Available from: <https://www.elsevier.com/books/fisiopatologia-laciencia-del-porque-y-el-como/uribe-olivares/978-84-9022-934-7>
27. Mena, J., Molina, N., & Parra, L. (2019). Prevalencia del síndrome de Burnout en médicos iberoamericanos entre 2012 y 2018: una revisión sistemática. *Revista de la Universidad Libre*, 36(50), 39-60. <https://revistas.unilibre.edu.co/index.php/dialogos/article/view/5551/5141>
28. Vinueza Veloz AF, Aldaz Pachacama NR, Mera Segovia CM, Tapia Veloz EC, Vinueza Veloz MF. Síndrome de Burnout en personal sanitario ecuatoriano durante la pandemia de la COVID-19. *CCM* [Internet]. 2021 [citado 25 Jun 2021];, 25(2):[aprox. 0 p.]. Disponible en: <http://revcocmed.sld.cu/index.php/cocmed/article/view/3808>
29. Huarcaya-Victoria, J., & Calle-González, R. (2021). Influencia del síndrome de burnout y características sociodemográficas en los niveles de depresión de médicos residentes de un hospital general. *Educación médica*, 22, 142-146.
30. Macaya B P, Aranda G F. Cuidado y autocuidado en el personal de salud: enfrentando la

pandemia COVID-19. Rev Chil Anest [Internet].  
2020 [citado 6 Sep 2020]; 49(3):356-62.  
Disponible en:  
[https://revistachilenadeanestesia.cl/PII/revchilanes  
tv49n03.014.pdf](https://revistachilenadeanestesia.cl/PII/revchilanes<br/>tv49n03.014.pdf). doi:  
10.25237/revchilanestv49n03.014

Artículo original de Investigación

**Áreas de atención y el síndrome de agotamiento emocional del “Hospital General Docente Ambato durante la pandemia covid19”**

**Attention areas and the emotional exhaustion syndrome of the “Hospital General Docente Ambato during the covid19 pandemic”**

Giovanni Marcelo Ortiz Gavilanes \*, Darwin Raúl Noroña Salcedo\*\*, Johanna Vanessa Ortega Castro\*\*\*

\* Universidad Regional Autónoma de los Andes <http://orcid.org/0000-0003-3765-406X>

\*\*Universidad Regional Autónoma de los Andes <http://orcid.org/0000-0002-0630-0456>

\*\*\*Hospital General Docente Ambato <https://orcid.org/0000-0001-9112-8939>  
marce\_ortiz1991@hotmail.com

Recibido: 15 de diciembre del 2021

Revisado: 21 de diciembre del 2021

Aceptado: 31 de diciembre del 2021

**Resumen.**

El objetivo de la investigación fue analizar las características del agotamiento emocional en las diferentes áreas de atención del Hospital General Docente Ambato durante la pandemia covid19. El estudio fue no experimental transversal descriptivo y correlacional. A una muestra de 181 personas se les aplicó el MBI-HSS (Human Services Survey) para el personal médico y administrativo en contacto directo con usuarios del Hospital General Docente Ambato, estableciendo así a las diferentes áreas clínico-quirúrgicas y demás departamentos que oferta la cartera de servicios de la institución. A través del análisis de varianza unidireccional de un factor (ANOVA) se comprobó las diferencias estadísticamente significativas entre las variables sociodemográficas y los resultados del instrumento del MBI HSS con sus respectivas subescalas. La determinación de los grupos se realizó con la prueba de comparaciones múltiples Post Hoc de Tukey. Entre los resultados más destacados, se confirmó una mayor afectación para el género masculino y el personal de farmacia conjuntamente con los médicos residentes que laboran en la institución, teniendo relación directa con las subescalas de despersonalización y agotamiento emocional del síndrome de Burnout. Se concluye que el personal más expuesto al agotamiento emocional y despersonalización fueron aquellos que presentan mayor contacto directo con pacientes y usuarios.

Palabras clave. Agotamiento emocional, síndrome de burnout, despersonalización, ineficacia profesional, personal médico.

**Abstract**

The objective of the research was to analyze the characteristics of emotional exhaustion in the different care areas of the Ambato hospital during the covid19 pandemic. The study was non-experimental, descriptive and correlational, cross-sectional. The MBI-HSS (Human Services Survey) was applied to a sample of 181 people for the medical and administrative staff in direct contact with users of the Ambato General Teaching Hospital, thus establishing the different clinical-surgical areas and other departments offered by the Institution's portfolio of services. Through the one-way analysis of variance of one factor (ANOVA), the statistically significant differences between the sociodemographic variables and the results of the MBI HSS instrument with their respective subscales were verified. The groups were determined with the Tukey Post Hoc multiple comparison test. Among the most outstanding results, a greater affectation was confirmed for the male gender and the pharmacy staff together with the resident doctors who work in the institution, having a direct relationship with the subscales of depersonalization and emotional exhaustion of the burnout syndrome. It is concluded that the person most exposed to emotional exhaustion and depersonalization were those who had more direct contact with patients and users.

Keywords. Emotional exhaustion, burnout syndrome, depersonalization, professional inefficiency, medical personnel.

### **Introducción.**

Es muy importante determinar ciertos conceptos que explican algunos fundamentos teóricos, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Internacional del trabajo (OIT) discutieron por primera vez en el año de 1950 en Ginebra el término de salud ocupacional, a partir de allí se realizaron varios estudios relacionados a las condiciones inseguras en las que se labora, por lo que surge el término denominado síndrome de Burnout, de acuerdo al consenso realizado sobre la exposición a estos agentes psicosociales llamado también síndrome de estar quemado, detectado especialmente en personal sanitario (21).

El síndrome de Burnout fue descrito por primera vez por Freudenberger (1974), médico psiquiatra quien desde un punto de vista psicológico considera ésta enfermedad como un estado de fatiga o frustración con sensación de fracaso ante una actividad establecida, al momento se muestra como una manera inadecuada de enfrentar el estrés crónico, manifestándose con características relacionadas al agotamiento emocional, despersonalización y la disminución del rendimiento profesional y personal. En el año 2019 la Organización Mundial de la Salud (OMS) reconoció como una enfermedad que será incluida en el 2022 en la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades (CIE-11). (4).

Las personas quienes atraviesan con este síndrome pueden experimentar sentimientos de distanciamiento laboral, ansiedad, depresión, entre otras y que pueden somatizarse produciendo cefaleas, molestias gastrointestinales, dificultad para conciliar el sueño entre otras manifestaciones clínicas, que se deben tomar en cuenta para llegar a un diagnóstico temprano y evitar el deterioro de la salud de los trabajadores, conservando un equilibrio de su estado físico y emocional. Al hacer esto también mejorará el desempeño en su puesto de trabajo y disminuye el ausentismo laboral ya que se estaría previniendo esos sentimientos de desapego al trabajo.

Se presenta con mayor frecuencia en el personal relacionado con la prestación de servicios y relaciones humanas donde existen cargas excesivas de trabajo como por ejemplo son los médicos, enfermeras, trabajadores sociales, entre otros. Por

este motivo Maslach y Jackson en 1981 crearon un instrumento para medir dicho padecimiento denominado como MBI (Maslach Burnout Inventory), utilizado hasta la actualidad por su gran eficacia y practicidad al momento de realizarla. Se debe tomar en cuenta que este instrumento fue diseñado para personal que tiene contacto directo con los usuarios, al cual se lo denomina como MBI-HSS (Human Services Survey).

El MBI en términos generales evalúa 3 dimensiones que hacen referencia a los disturbios que la persona puede presentar por la exposición a condiciones negativas en el trabajo como son: agotamiento emocional, despersonalización y realización personal. Estos síntomas mencionados son el resultado de un análisis de diferentes vivencias asociadas al síndrome de burnout mediante un cuestionario (1).

Al ser un síndrome tridimensional, se identifica que el agotamiento emocional aparece cuando los trabajadores experimentan demasiadas exigencias en el trabajo, demostrando cansancio y falta de interés al momento de realizar las tareas designadas, incluso aparece la auto exigencia de los trabajadores cuando se colocan metas muy altas, difíciles de conseguir, que hacen de lado su propio bienestar teniendo como causa probable la presión creada por la institución donde se labora y si a esto se suma la falta de reconocimiento a dicho esfuerzo y sacrificio, provoca un agotamiento mental que es un estado donde la fuerza psíquica ha disminuido o terminado. La fatiga emocional puede ser física, mental o en su defecto la combinación de las dos, que produce en el trabajador sensación de no poder dar más en sus labores, sintiéndose que se encuentran al límite de sus capacidades, además dichos sentimientos se reflejan también en su entorno familiar y social, comprometiendo aún más su estabilidad emocional (15).

La despersonalización a su vez se la puede valorar con el grado de indiferencia y apatía frente a la sociedad, expresándose de una manera fría y distante al relacionarse con los usuarios, pacientes o clientes. Se ha identificado también un incremento en la irritabilidad y falta de motivación, por lo que el trabajador se distancia de su entorno laboral y con su alrededor donde se muestra con cinismo, ironía e incluso de manera despectiva

tratando de hacerles sentir culpables de sus frustraciones.

Finalmente se manifiesta la baja realización personal que es la tercera dimensión, valorado con sentimientos de éxito o la carencia de los mismos. Estos se manifiestan cuando las demandas que les exigen cumplir en sus labores sobrepasan sus capacidades para resolverlas de manera eficaz y competente. Es fácil identificar a ésta esfera por la baja autoestima que experimentan, asociado al bajo rendimiento y distanciamiento social y laboral causado por la insatisfacción generalizada por la que atraviesan. Como consecuencias aparece el ausentismo laboral, atrasos recurrentes y el desapego a sus labores, que son síntomas típicos del síndrome de burnout (16).

De acuerdo a la convención de las naciones unidas en el 2006 se proclama la igualdad de condiciones de trabajo, resguardando la seguridad del trabajador incluso en aquellos que adquirieron una discapacidad laboral especialmente de carácter psiquiátrico debido a que 8 de cada 10 personas con problemas mentales no poseen trabajo de acuerdo a la Confederación Salud Mental España. En los Estados Unidos se ha identificado que el 18% de la población adulta ha sufrido en algún momento determinado alguna enfermedad mental, datos recopilados en el 2016, en el Reino Unido uno de cada 4 presentan una enfermedad mental en algún momento y cifras similares también son reportadas en España demostrando que desde hace tiempo ha ido creciendo evidencia del impacto global de las enfermedades mentales e incluso la discapacidad que pudiere provocar (21).

En América Latina, los trabajadores asalariados sometidos a estresantes laborales están relacionados con sintomatología mental quienes desarrollaron el síndrome de Burnout, identificándose como el principal causante del ausentismo laboral, para este estudio participaron los países de Venezuela, Perú, Colombia, Ecuador, Honduras y Panamá con 2608 trabajadores (22).

En Ecuador los niveles de ausentismo laboral en el personal sanitario se encuentran asociados a sintomatología mental debido al síndrome de agotamiento emocional, mismo que ha ido creciendo a causa de la pandemia producida por el Sars-cov2, que al ser una enfermedad mortal provoca sentimientos de estrés. A nivel de género se encuentra mayormente afectado el personal femenino, así también se ha evidenciado el mayor

desgaste emocional en los médicos en relación al personal de enfermería (25).

Para poder mantener a un trabajador motivado es muy importante que se den todas las comodidades que sean necesarias para que se desempeñen en dichas áreas laborales y a pesar de ello hay que realizar continuamente inspecciones para demostrar que el trabajo no está afectando su parte emocional con su entorno familiar y laboral. La pandemia producida por SARS- COV 2 ha afectado a todo el mundo por el temor a la muerte que ella representa perjudicando con mayor intensidad a las personas que se encuentran en el grupo etario mayor a 65 años, creando un miedo social a partir de la probabilidad de contagio (6).

Sentimientos de pánico son los que se experimentaron en los hospitales de todo el mundo con el personal de salud en primera línea enfrentando una enfermedad que al momento era desconocida y con una mortalidad alta, como consecuencias se tenía trabajadores tensionados por la posibilidad de llevar la enfermedad a sus familias, experimentando episodios crónicos de estrés, despersonalización y agotamiento emocional en general. Se suma a este cuadro la falta de equipos de protección que provoca ansiedad en el personal de salud con predominio en las mujeres en relación con los hombres de acuerdo a un estudio realizado por Huang Jizheng en China sobre el impacto psicológico en los trabajadores sanitarios encontrados en primera línea contra el covid19 (26).

El personal que labora fuera del área de aislamiento ha mencionado también atravesar con cansancio físico y mental, de acuerdo a los reportes obtenidos por parte del departamento de psicología, donde se involucra a los trabajadores de otras áreas médicas, así como también las áreas administrativas con contacto directo a pacientes y/o usuarios, motivo por el cual se ha creado este estudio para analizar cómo es el comportamiento del agotamiento emocional en las diferentes áreas de salud y variables sociodemográficas.

La gran mayoría de la población tiene la idea de que la salud es solamente la ausencia de la enfermedad, y el concepto tradicional no abarca otros factores importantes que se deben gestionar en los ambientes de trabajo y que se enlazan con la creatividad, autoestima, conciencia social y la grupalidad. No solo se trata de que en las empresas sus trabajadores no presenten signos y síntomas

que faculden el diagnóstico de una enfermedad, sino que se adecuen las condiciones necesarias para que las personas sanas alcancen el máximo nivel de desarrollo alejándose de la alienación (17).

En este sentido, la salud mental es un factor que no ha recibido la atención y gestión que merece a lo largo de los años, sin embargo, al tener personal motivado con sentimientos de pertenencia en sus puestos de trabajo, generaría altos desempeños, productividad, eficiencia y calidad de servicio, además de constituirse como un medio de satisfacción y superación personal. Al reconocer el trabajo de los empleados a su vez mejoramos la autoestima de los mismos con el propósito de prevenir que se desarrolle el síndrome de estar quemado, por este motivo se decidió realizar el siguiente tratado, al no existir investigaciones relacionadas en el Hospital General Docente Ambato y pobre información en el país especialmente en tiempos de pandemia.

Con la realización de éste estudio se adquiere datos muy detallados del síndrome de burnout en el recurso humano del Hospital Ambato, tanto al personal operativo como administrativo de la institución, que permita identificar el padecimiento emocional por el que atraviesan dichos trabajadores, para actuar a nivel del problema causante del malestar y de esta manera hacer prevención en el aspecto emocional, que ayudará a mejorar el desempeño laboral y conseguir elevar el nivel de calidad de atención del hospital al tener personal motivado, dispuesto a dar lo mejor de sí, para beneficio de los pacientes y usuarios de la institución y de esta manera enaltecer a la provincia y por qué no al país.

Por esta razón el objetivo de la investigación es determinar las diferencias estadísticamente significativas del síndrome de burnout con base a los criterios, variables sociodemográficas y el área de atención, para tal propósito se evaluó las tres dimensiones del síndrome y se creó un marco teórico y metodológico sobre el cual los datos fueron interpretados.

### **Materiales y métodos**

Estudio con diseño no experimental transversal descriptivo y correlacional. Se aplicó a 500 profesionales del personal del Hospital de Ambato en quienes se utilizó el instrumento MBI-HSS (Human Services Survey). Estudio no probabilístico, para el que se planificó utilizar la

totalidad del universo, no obstante, se usó criterios de selección permitió confirmar una población final de 181 trabajadores. Se incluyeron al personal de salud de Aislamiento, Cirugía, Emergencia, Farmacia, Ginecología, Imagenología, Laboratorio, Medicina interna, Neonatología, Pediatría y Traumatología además del personal administrativo con contacto directo con los usuarios, que tuviesen relación de dependencia y que firmaron el consentimiento informado. De acuerdo a los criterios de exclusión, se descartó al personal en período de vacaciones, baja médica, permisos de maternidad y procesos de desvinculación. Finalmente, se eliminaron a los informantes que remitieron de manera incompleta los instrumentos de medición o simplemente no colaboraron con el estudio.

Para este estudio se tuvo la colaboración y aprobación del consejo de bioética e investigación del Hospital General Docente Ambato, quienes autorizaron la realización de este artículo, siempre y cuando se firme el consentimiento informado previamente a la ejecución de los cuestionarios utilizados como instrumentos de evaluación emocional.

Con respecto al instrumento utilizado, el MBI-HSS fue elaborado por Maslach y Jackson en 1981. La primera versión constó de 25 preguntas que posteriormente fue disminuido a solamente 22 enunciados en el año de 1986, dispuestas en base a 3 dimensiones que son agotamiento emocional, despersonalización y realización personal. La forma de calificación se define a través de la escala de likert que posee 7 opciones: nunca (0), casi nunca (1), algunas veces (2), regularmente (3), bastantes veces (4), casi siempre (5) y siempre (6). El instrumento presenta un mecanismo de interpretación de acuerdo a las 3 sub-escalas que evalúa, por ello los ítems se encuentran divididos entre el agotamiento emocional con las preguntas 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, y 20, despersonalización con 5, 10, 11, 15 y 22 y realización personal con 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, y 21. De acuerdo a la calificación obtenida en el MBI HSS, se registra la presencia del síndrome de burnout cuando existen altas puntuaciones en las dos primeras sub escalas y baja en la tercera. La interpretación va en dependencia del nivel obtenido en las diferentes esferas para agotamiento emocional categorizado como bajo entre 0-18, medio 19-26 y alto 27-54,



para despersonalización, bajo de 0-5, medio 6-9 y alto de 10-30, finalmente la realización personal es catalogada como baja los valores entre 0-33, media 34-39 y alta 40-56. De acuerdo con Faúndez et al, el instrumento está validado con un alfa de Cronbach por encima de 0.7 para realización personal y despersonalización y de 0.86 para agotamiento emocional, lo que demuestra su alta fiabilidad (2).

Al ser un estudio donde se compara diferentes variables y tener una curva de distribución paramétrica, se utilizó el análisis de varianza unidireccional de un factor (ANOVA), se comprobó las diferencias estadísticamente significativas entre las variables: de género, edad, tiempo que labora en la institución, estado civil, área y cargo en el que se desempeña. La determinación de los grupos se realizó a través de la prueba de Tukey debido a que las varianzas de los datos eran iguales. El instrumento MBI HSS se realizó entre las áreas del Hospital Ambato tanto para el personal de salud que se encuentra en primera línea contra el covid19 como para las demás especialidades que laboran en la institución. Se realizaron 2 tipos de análisis estadísticos: descriptivo e inferencial. En el primer caso se calcularon los porcentajes y frecuencias de las medidas de tendencia central de los datos numéricos y de los resultados de los test del MBI HSS usando el programa Microsoft Excel. En segundo lugar, se procedió con el análisis de la

varianza unidireccional de un factor (ANOVA) para confirmar las diferencias de las medias de las puntuaciones del MBI HSS en las variables sociodemográficas y en las áreas donde trabaja el personal médico.

El nivel de significancia fue de 0,05 y la hipótesis planteada fue que los trabajadores que atendieron a pacientes covid19 presentarían mayor presencia de burnout en sus tres dimensiones en referencia a los trabajadores que no laboraron en este servicio.

Se realizó el consentimiento informado elaborado con la finalidad de precautar la privacidad de los encuestados, protegiendo la identidad de los mismos sin ninguna repercusión en sus puestos de trabajo, resaltando la confidencialidad de sus resultados y la libertad al momento de responder los instrumentos utilizados en la investigación. Los datos recopilados fueron utilizados exclusivamente por el autor del estudio con fines académicos e investigativos.

## Resultados

### Análisis descriptivo

Como parte de las variables sociodemográficas, los participantes informaron acerca de su género, tiempo que labora en la institución, estado civil, el departamento en el que se desempeña, el cargo que ocupa y la edad. Se realizó la relación de estos datos nominales con la apreciación de la salud mental del personal que trabaja en Hospital Ambato.

Tabla 1 Resultados socio demográficos

<b>Seleccione el género con el que se identifica</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Femenino	123	68,0
LGBTIQ	1	0,6
Masculino	57	31,5
<b>Cuál es su edad (Agrupada)</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<= 23	10	5,5
24 - 32	72	39,8
33 - 41	58	32,0
42 - 50	16	8,8
51 - 59	22	12,2
60+	3	1,7

<b>Qué tiempo labora en la institución?</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
1-5 años	114	63,0
11-20 años	17	9,4
21-30 años	30	16,6
31-40 años	5	2,8
6-10 años	15	8,3

<b>Identifique su estado civil</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Casado/a	83	45,9
Divorciado/a	13	7,2
Soltero/a	76	42,0
Unión libre	7	3,9
Viudo/a	2	1,1

<b>Cual es su área o departamento trabajo de trabajo?</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Aislamiento Respiratorio	22	12,2
Cirugía	16	8,8
Emergencia	24	13,3
Farmacia	6	3,3
Ginecología	8	4,4
Imagenología	16	8,8
Laboratorio	12	6,6
Medicina Interna	23	12,7
Neonatología	33	18,2
Pediatría	4	2,2
Traumatología	17	9,4

<b>Cargo en el que se desempeña</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Auxiliar de Enfermería	33	18,2
Licenciado/a de Enfermería	27	14,9
Licenciado/a de farmacia	6	3,3
Licenciado/a de laboratorio	10	5,5
Médico Especialista	22	12,2
Médico Resistente	43	23,8
Otros	29	16,0

Técnico/a de  
imagenología

11

6,1

Fuente. Md. Marcelo Ortiz. Autor.

Hubo mayor participación de las mujeres en este estudio con el 68%, los hombres con el 31.5% y el grupo LGBTIQ con el 0.6%, con respecto a la edad la media aritmética se posiciono en los 35.75 años y la edad que más se repite es treinta y tres años. El valor mínimo es 23 y el máximo es 61. La desviación estándar es 9,809. Las personas casadas alcanzaron el porcentaje más alto con 45.9%, seguidos de los solteros con 42%. Los divorciados se ubicaron a continuación con el 7.2% y finalmente se presentó la unión libre con el 3.9% y los viudos con el 1.1%. En referencia al personal encuestado el médico residente representa la mayoría con el 23.8% seguido por el personal de auxiliar de enfermería con el 18.2%. otros trabajadores que se desempeñan directamente con los usuarios del hospital están representados con un 16%, continuando con el personal de enfermería con el 14.9%. Los trabajadores de los departamentos de imagen con 6.1%, laboratorio con 5.5% y farmacia con el 3.3%. Los trabajadores del Hospital General Docente Ambato están representados con el (63%) con una permanencia en la institución de uno a cinco años, seguidos con aquellos entre 21 a 30 años con el 16.6%. Finalmente, los periodos comprendidos entre 11-20, 6-10 y 31-40 años representados con el 9.4%, 8.3% y 2.8% respectivamente.

### Resultado del cuestionario

El estudio realizado al personal del Hospital Ambato reportó que de los 181 personas que participaron en la investigación 74 de ellos presentan comprometida la esfera de la despersonalización, realización personal 68 y finalmente el agotamiento emocional 51 trabajadores, para ello se dicotomizó en dos categorías; presencia y ausencia del síndrome de Burnout, tomando el nivel medio y alto como la presencia del síndrome y el nivel bajo como la ausencia del síndrome dicha información se encuentra en la tabla 2.

Al aplicar la prueba de normalidad de Kolmogorov – Smirnov la significancia se ubicó en 0.053 con lo que se confirma una curva de distribución paramétrica y por este motivo se continúa con la utilización de ANOVA. A continuación, se puede observar en la tabla 3 que, de los cinco criterios, tres factores tuvieron diferencias significativas al valor total del burnout, el género, tiempo laboral y cargo que desempeña en la institución.

De acuerdo a los resultados de la investigación se identificó que el género masculino tiene mayor presencia de burnout con un valor de media de 58.14 en relación al femenino con 52.9, representado en la tabla 4, afectándose en mayor proporción la sub escala de la despersonalización con una media para el género masculino de 7.01 y 4.81 para el femenino

Tabla 2. Resultados del síndrome de burnout por escalas

	<b>AGOTAMIENTO EMOCIONAL</b>		<b>REALIZACION PERSONAL</b>		<b>DESPERSONALIZACION</b>	
<b>PRESENCIA</b>	51	28,2%	68	37,6%	74	40,9%
<b>AUSENCIA</b>	130	71,8%	113	62,4%	107	59,1%
<b>TOTAL</b>	181	100%	181	100%	181	100%

Se identificó que el estado civil y el área en el que laboran los profesionales del Hospital Ambato no poseen diferencia significativa en relación a presentar el síndrome de Burnout. Otro resultado que se identificó fue en dependencia de los años que laboran en la institución con un nivel de significancia de 0.035 siendo el grupo más

afectado aquellos que se encuentran prestando sus servicios de 31 a 40 años seguidos por el período ente 1 a 5 años, siendo el primer y el último agrupamiento de trabajadores según el tiempo laboral, como se representa en la tabla 5.

Tabla 3. Significancia de ANOVA variables sociodemográficas para burnout

SIGNIFICANCIA ANOVA PARA EL TOTAL DEL BURNOUT	
Género	0,034
Tiempo laboral	0,035
Estado civil	0,14
Área laboral	0,313
Cargo desempeñado	0,000

Fuente. Md. Marcelo Ortiz. Autor

Tabla 4. Análisis descriptivo según el género

Género	N	Media	Desviación estándar	Error estándar	95% del intervalo de confianza para la media		Mínimo	Máximo
					Límite inferior	Límite superior		
FEMENINO	123	52,9024	12,97249	1,16969	50,5869	55,2180	4,00	94,00
MASCULINO	56	58,1429	12,37362	1,65349	54,8292	61,4565	23,00	89,00
LGBTI	2	48,5000	13,43503	9,50000	-72,2089	169,2089	39,00	58,00
TOTAL	181	54,4751	12,96601	,96376	52,5734	56,3769	4,00	94,00

Fuente. Md. Marcelo Ortiz. Autor

Tabla 5. Análisis descriptivo según el tiempo laboral

Tiempo	N	Media	Desviación estándar	Error estándar	95% del intervalo de confianza para la media		Mínimo	Máximo
					Límite inferior	Límite superior		
1 A 5 AÑOS	114	56,2105	13,25814	1,24174	53,7504	58,6706	4,00	94,00
6 A 10 AÑOS	15	51,8000	12,50257	3,22815	44,8763	58,7237	33,00	77,00
11 A 20 AÑOS	17	51,1176	7,09650	1,72115	47,4690	54,7663	36,00	62,00
21 A 30 AÑOS	30	49,6667	11,65402	2,12772	45,3150	54,0183	6,00	73,00
31 A 40 AÑOS	5	63,2000	20,90933	9,35094	37,2376	89,1624	36,00	88,00
Total	181	54,4751	12,96601	,96376	52,5734	56,3769	4,00	94,00

Fuente. Md. Marcelo Ortiz. Autor

En la tabla 6 y figura 1 se evidencia claramente la formación de 2 grupos con nivel de exposición mayor y menor al síndrome de Burnout. El grupo 1 comprendido entre 1 a 5 años y 31 a 40 años de servicio y el grupo 2 con los trabajadores que realizan sus actividades de 6 a 30 años en la institución para ello se utilizó la prueba de Post hoc de Tukey.

En relación con las diferentes áreas del hospital no hubo diferencias estadísticamente significativas, sin embargo, de acuerdo al cargo en el que se desempeñan se aparecieron resultados interesantes como es el personal de farmacia y los médicos residentes, fueron los más afectados en el tiempo

de pandemia, debido a su cercanía y al contacto directo que tuvieron con los pacientes así lo demuestra con un nivel de significancia de 0,00.

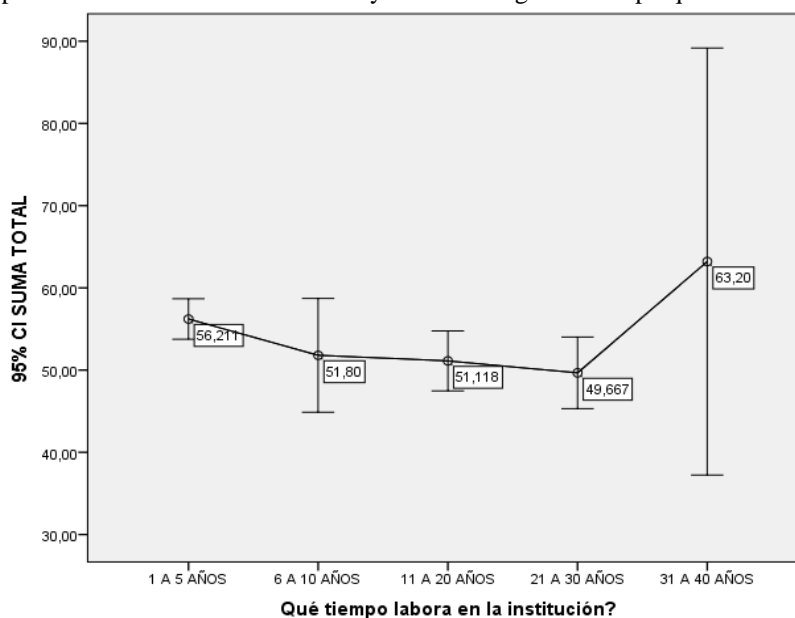
Se realiza una agrupación según el método de Tukey Post Hoc representada en la figura 2 y tabla 8 donde el personal de farmacia y los médicos residentes sobresalen con un mayor riesgo de exposición al síndrome de burnout especialmente en las sub escalas de agotamiento emocional y despersonalización, acompañados también de médicos especialistas, técnicos de imagenología y otros puestos que tienen relación directa con los pacientes y finalmente el personal de enfermería y de laboratorio estarían en menor exposición.

Tabla 6. Prueba Post hoc de Tukey según el tiempo laboral.

Qué tiempo labora en la institución?	HSD Tukey <sup>a,b</sup>	
	N	Grupo 1 Grupo 2
21 A 30 AÑOS	30	49,6667
11 A 20 AÑOS	17	51,1176
6 A 10 AÑOS	15	51,8000
1 A 5 AÑOS	114	56,2105
31 A 40 AÑOS	5	63,2000
Sig.		0,667 0,101

Fuente. Md. Marcelo Ortiz. Autor.

Figura 1. Agrupación de acuerdo al método Tukey Post Hoc según el tiempo que labora en la institución.



Fuente. Md. Marcelo Ortiz. Autor

Tabla 7. Análisis descriptivo según el cargo en el que se desempeñan

Cargo	N	Media	Desviación estándar	Error estándar	95% del intervalo de confianza para la media		Mínimo	Máximo
					Límite inferior	Límite superior		
AUXILIAR DE ENFERMERÍA LICENCIADO	33	46,1212	10,24316	1,78311	42,4891	49,7533	6,00	61,00
DE ENFERMERÍA LICENCIADO	27	49,7037	13,69114	2,63486	44,2877	55,1197	4,00	77,00
DE FARMACIA LICENCIADO	6	62,3333	5,85377	2,38979	56,1902	68,4765	58,00	74,00
DE LABORATORIO MÉDICO	10	46,6000	5,54176	1,75246	42,6357	50,5643	38,00	56,00
ESPECIALISTA	22	57,5000	11,35467	2,42082	52,4656	62,5344	36,00	88,00
MÉDICO RESIDENTE	43	61,5814	14,31155	2,18249	57,1769	65,9858	19,00	94,00
OTROS	29	56,7241	10,08852	1,87339	52,8867	60,5616	37,00	75,00
TÉCNICO DE IMAGNOLOGÍA	11	54,3636	9,97269	3,00688	47,6639	61,0634	40,00	73,00
Total	181	54,4751	12,96601	,96376	52,5734	56,3769	4,00	94,00

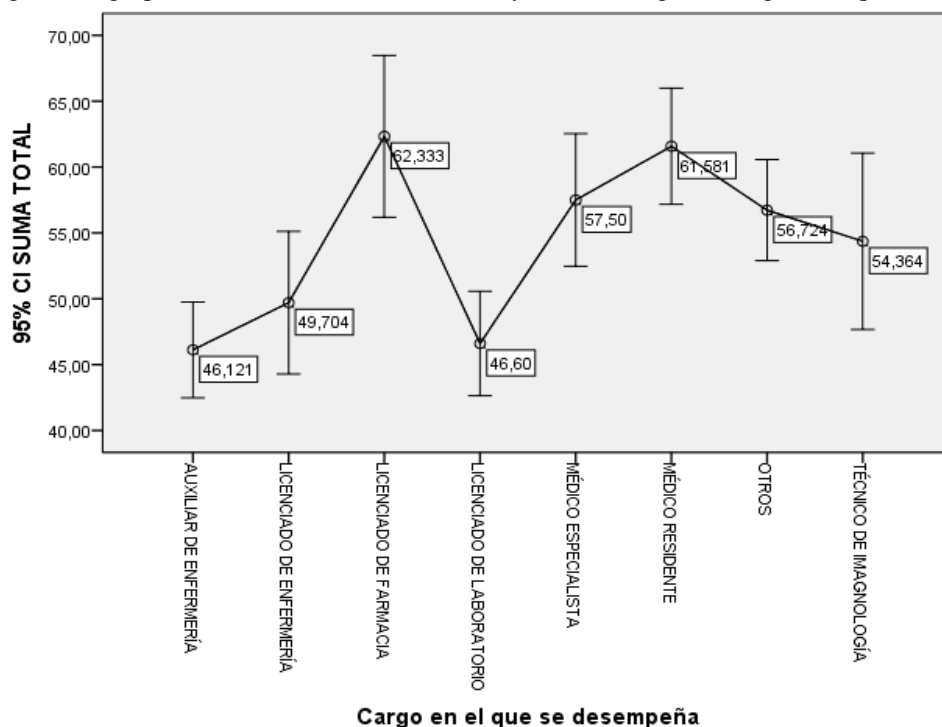
Fuente. Md. Marcelo Ortiz. Autor

Tabla 8. Prueba Post hoc de Tukey según el cargo

Cargo en el que se desempeña	N	HSD Tukey <sup>a,b</sup>	
		Grupo 1	Grupo 2
AUXILIAR DE ENFERMERÍA LICENCIADO	33	46,1212	
DE LABORATORIO LICENCIADO	10	46,6000	
DE ENFERMERÍA TÉCNICO	27	49,7037	
DE IMAGNOLOGÍA	11	54,3636	
OTROS	29	56,7241	
MÉDICO ESPECIALISTA	22	57,5000	
MÉDICO RESIDENTE	43		61,5814
LICENCIADO DE FARMACIA	6		62,3333
Sig.		,140	,067

Fuente. Md. Marcelo Ortiz. Autor

Figura 2. Agrupación de acuerdo al método Tukey Post Hoc según el cargo en el que se desempeña



Fuente. Md. Marcelo Ortiz. Autor

### Discusión

En el Hospital General Docente Ambato se identificó que la esfera más afectada del síndrome de Burnout es la despersonalización con el 40.9%, seguida de la realización personal y agotamiento emocional con el 37.6% y 28.2% respectivamente, siendo resultados muy similares a los obtenidos en un estudio realizado en España ya que también la esfera de despersonalización se reportó con mayor presencia en los médicos residentes con un 72.3%, realización personal (59.7%) y agotamiento emocional (50.4%) (5), incluso en el mismo país los resultados pueden variar como es el caso de un estudio que se realizó en la provincia de Chimborazo perteneciente a Ecuador reportando el 85% para realización personal, 78% agotamiento emocional y la despersonalización con cifras mayores a 63% (25), al igual que en Rumania donde se reportó que, el 76% del personal sanitario presenta comprometidas las tres esferas o alguna de ellas (7), que demuestra que no necesariamente debe existir la afectación de las tres esferas para considerar la presencia de dicho padecimiento ni el orden de aparición, ya que al presentar niveles altos

de cualquiera de las dimensiones también es reconocido como el síndrome del quemado.

Los resultados de la investigación en relación al cuestionario del MBI HSS reportan valores altos en el agotamiento emocional con un 13.8%, realización personal 38.1% y despersonalización el 17.7%. Al compararlas con las variables sociodemográficas, la despersonalización y el agotamiento emocional fueron quienes presentaron diferencias estadísticamente significativas, como el estudio realizado a los residentes en Madrid que presentaron relación, las variables sociodemográficas y la despersonalización teniendo como posible causa tener personas a cargo, sin embargo, al parecer no influye en el síndrome de Burnout en su totalidad, pero si afecta a dicha esfera (5).

En la literatura internacional tomando como referencia el artículo publicado en España (5), destaca que el género femenino es el más afectado con un 36.6% en relación al 13.5% del género masculino que presentaron el síndrome de burnout, lo cual difiere con los resultados de la investigación al ser los hombres quienes presentan mayor presencia de burnout con un nivel de significancia de 0.034 y diferencia de medias de 58.14 en

relación al 52.9 del género femenino y 48.50 del género LGBTI, además se pudo demostrar que la esfera afectada es la despersonalización con 7.01 para los hombres a diferencia de 4.81 para las mujeres y 2.00 al grupo considerado como LGBTI, de acuerdo a un intervalo de confianza del 95%.

Se ha encontrado relación con respecto a la variable del sexo y la afectación del síndrome de burnout, proponiendo que existe una relación con el padecimiento de dicha patología y el exceso de responsabilidad que recae sobre ellos, al tener a su cuidado personas menores de edad, embarazadas y adultos mayores (5). La influencia cultural actúa como un determinante en este país, puesto que, se considera al hombre como el principal sustento de la familia.

Por otro lado, también interviene la esfera de la satisfacción personal en el ambiente laboral puesto que las mujeres demostraron presentar una adecuada autoestima y niveles altos de realización (31), lo que no fue igual en el caso de los hombres demostrando valores bajos en esta esfera asociado a la despersonalización que experimentan los hombres en este estudio.

Los resultados sobre el tiempo laboral en la institución han sido muy variables de acuerdo a varias investigaciones (4), que no encontraron relación con el síndrome de burnout, sin embargo, también existe evidencia donde se encontró que, este síndrome afecta en mayor medida al personal que labora menos de 10 años, en comparación con los que ya se encuentran más de 10 años, aparentemente por la experiencia adquirida en sobrellevar las situaciones de estrés (25). En este estudio si se encontró relación con el tiempo laboral con un nivel de significancia de 0.035, afectando a los extremos evaluados del tiempo laboral como son el grupo comprendido entre 31 a 40 años con una diferencia de medias de 63.20 y el personal que labora entre 1 a 5 años con 56.21, así podemos confirmar con Quiroz et al y Palmer et al quienes demuestran que existe una relación con el personal que trabaja más de 12 y 13 años y el síndrome de burnout, teniendo como causa probable el agotamiento emocional que conlleva realizar las mismas actividades por larga data. Las aparentes causas en el personal que labora poco tiempo y presenta este síndrome, radica por la inexperiencia al enfrentarse a problemas demandantes y el personal que labora por muchos años en el mismo cargo, presenta falta de

realización personal y despersonalización perdiendo el interés individual, familiar laboral y social.

El personal con mayor contacto con los usuarios o pacientes son aquellos que se encuentran con mayor riesgo de exposición de desarrollar éste síndrome, por este motivo se planteó que las áreas de atención directa a pacientes con covid19 en tiempos de pandemia serían las más afectadas, pero los resultados arrojados de la investigación realizada en el Hospital de Ambato demostraron que no hay diferencia significativa entre las diferentes áreas de atención, manifestando que todos los departamentos presentan la misma exposición al síndrome de Burnout.

Los médicos residentes fueron quienes se encontraron en primera línea contra el covid19, por lo que no es producto de admiración que hayan sido uno de los grupos de trabajadores con mayor riesgo a experimentar este agotamiento mental y físico, llevando a disminuir su rendimiento laboral. (5) En una investigación realizada en Madrid identificó que el riesgo de padecer agotamiento emocional es menor en el personal de enfermería que en los médicos con un (OR 0.63;  $p < 0.001$ ) dichos resultados son similares a la investigación realizada en este estudio donde se ratifica el mayor riesgo de padecer el síndrome de burnout en médicos residentes, con una diferencia de medias de 61.58 en relación al personal de auxiliar y licenciadas en enfermería con apenas 46.12 y 49.70 respectivamente.

### Conclusiones

El síndrome de burnout consta de tres dimensiones, mismos que se los categoriza por niveles, sin embargo, no se necesita de la aparición de las tres sub escalas y tampoco existe un orden secuencial para afirmar la presencia del burnout, como se analizó en este artículo comparando los resultados de la investigación con literatura nacional e internacional. Se demostró la presencia del síndrome con mayor afectación en cualquier de las esferas, destacando la importancia de este resultado para actuar y prevenir que desarrolle a las demás sub escalas evitando niveles severos de Burnout.

Se pudo concluir que el síndrome de Burnout en tiempos de pandemia afectó más al personal que estuvo en contacto directo con los pacientes y usuarios, como como son los médicos residentes y el personal de farmacia especialmente en la sub



escala de la despersonalización, en donde se notaron los resultados más relevantes.

En la mayoría de estudios demuestra que el género femenino es el más afectado, sin embargo, en nuestra investigación realizada en el Hospital General Docente Ambato, el género masculino fue quien demostró mayor exposición al riesgo de desarrollar el síndrome de Burnout, por lo que se concluye que no existe un género predominante para este síndrome, sino dependerá de las condiciones en las que se encuentren los trabajadores.

La pandemia del covid19 ha, demostrado que, el personal de salud que no posee todas las medidas de seguridad, son más propensos a desarrollar este síndrome al mantenerlos laborando sin las medidas de seguridad necesarias, sometidos a un estrés constante que se hace crónico, lo que invita a concluir que no es suficiente diagnosticar el síndrome del quemado sino prevenir su aparición dando estabilidad emocional a los trabajadores.

Las diferentes áreas o servicios que presenta el Hospital Ambato no fue un determinante para el síndrome de burnout lo que demuestra que dicha patología la puede padecer en cualquier departamento en el que se encuentre laborando, siempre y cuando no posea un buen ambiente laboral

#### BIBLIOGRAFIA

1. Rivera-Ávila DA, Rivera-Hermosillo JC, González-Galindo C. Validación de los cuestionarios CVP-35 y MBI-HSS para calidad de vida profesional y burnout en residentes. *Investig educ médica* [Internet]. 2017;6(21):25–34. Available from: <https://www.redalyc.org/pdf/3497/349749654005.pdf>
2. Bravo DM, Suárez-Falcón JC, Bianchi JM, Segura-Vargas MA, Ruiz FJ. Psychometric properties and measurement invariance of the Maslach Burnout Inventory-General Survey in Colombia. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2021;18(10):5118. Available from: <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph18105118>
3. Bresó E, Ldo E, En Psicología M, Salanova D, Schaufeli W, Nogareda C, et al. NTP 732: Síndrome de estar quemado por el trabajo “Burnout” (III): Instrumento de medición [Internet]. Cloudfront.net. [consultado el 2 de enero de 2022]. Disponible a partir de: <https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/49618153/I>

NSTRUMENTO-with-cover-page-v2.pdf?Expires=1641149803&Signature=B3P1NBzAaY-oueiMrKHDr4wUaG4-pfz4wgpnp7LgoK12tGUhGAY2D83LHBiZ-UEn7XS1cdl~APmoBryb7kD5mpTqagzPawNrCR7a~Rv3yafE0WDInu8vQ4XaVEKN2UpiiSPdcizYztdntJ2UnFPGKnTib83w-C4kMDr8vPOCIQuR-rfgUBIoeN4Znfy01InmlcaEn89yGKoc5baDYES5IPk~aXPTA0uXUS9rZJu3glyNYQN8KJ70Xs7LxaGyBGwKem7pIppJ4uRDlf7kf~co2ObqfmZ7Apqf3dPqYZrDKFPmYKcNYk2pPSoPwEC8IUgt~QJpVeQehqYONDEnX6~Bg\_\_&Key-Pair-Id=APKAJLOHF5GGSLRBV4ZA

4. Tuesta BL, Barreto CB. Factores relacionados al síndrome de Burnout en el personal de salud del Hospital Regional Huánuco. *Revista Peruana de investigación en salud* [Internet]. 2018 [consultado el 2 de enero del 2022]; 2 (1): 56–61. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7174432>

5. Ramírez Pérez MA, Garicano Quiñones LF, González De Abreu JM, González De Buitrago EJ, Sánchez Úriz MÁ, Campo Balsa MT del. Síndrome de burnout en médicos residentes de los hospitales del área sureste de la Comunidad de Madrid. *Rev Asoc Esp Espec Med Trab* [Internet]. 2019 [cited 2022 Jan 2];28(1):57–65. Available from: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-62552019000100007&script=sci\\_arttext&tlng=pt](https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-62552019000100007&script=sci_arttext&tlng=pt)

6. García AJ. Síndrome de burnout en personal de salud durante la pandemia COVID-19: un semáforo naranja en la salud mental. *Rev Univ Ind Santander Salud* [Internet]. 2020 [cited 2022 Jan 2];52(4):432–9. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7660279>

7. Silva-Gomes RN, Silva-Gomes VT. Pandemia de la COVID-19: síndrome de Burnout en profesionales sanitarios que trabajan en hospitales de campaña en Brasil. *Enferm Clín (Engl Ed)* [Internet]. 2021 [cited 2022 Jan 2];31(2):128–9. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/labs/pmc/articles/PMC7603962/>

8. Ramírez MR. Prevalencia del síndrome de burnout y la asociación con variables sociodemográficas y laborales en una provincia de Ecuador. *Int J Dev Educ Psychol Rev INFAD psicol* [Internet]. 2017;4(1):241. Available from:

- <https://www.redalyc.org/pdf/3498/349853537025.pdf>
9. Moreno-Jiménez B, Rodríguez-Carvajal R, Escobar Redonda E. La evaluación del burnout profesional. Factorialización del MBI-GS. Un análisis preliminar. *Ansiedad y estrés*. 2001; 7:69–78.
  10. Pando Moreno M, Aranda Beltrán C, López Palomar M del R. Validez factorial del Maslach Burnout Inventory-General Survey en ocho países Latinoamericanos. *Cienc Trab* [Internet]. 2015 [cited 2022 Jan 2];17(52):28–31. Available from: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0718-24492015000100006&script=sci\\_arttext&tlng=en](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0718-24492015000100006&script=sci_arttext&tlng=en)
  11. Heredia FÁ, Geagea EF. Salud ocupacional. Guía práctica. Ediciones de la U; 2012
  12. Fajardo-Lazo FJ, Mesa-Cano IC, Ramírez-Coronel AA, Quezada FCR. Professional Burnout syndrome in health professionals. 2021; Available from: [https://www.revistaavft.com/images/revistas/2021/avft\\_3\\_2021/6\\_professional\\_urnout.pdf](https://www.revistaavft.com/images/revistas/2021/avft_3_2021/6_professional_urnout.pdf)
  13. Campo M. Bienestar y trabajo. *Revista de la Asociación Española de Especialistas en Medicina del Trabajo*. 2018;195–6.
  14. Campo M. Covid-19 y su impacto en la salud y el trabajo. *Revista de la Asociación Española de Especialistas en Medicina del Trabajo*. 2020;183
  15. Arruda Campos Neto A, Marqués Montanha H, Álvaro Estramiana JL. Relaciones entre valores humanos y síndrome de burnout: una revisión sistemática. *Rev Asoc Esp Espec Med Trab* [Internet]. 2020 [cited 2022 Jan 2];29(4):357–73. Available from: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-62552020000400357&script=sci\\_arttext&tlng=pt](https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-62552020000400357&script=sci_arttext&tlng=pt)
  16. Guitart A. El síndrome de burnout en las empresas. In: Tercer Congreso de Escuelas de Psicología de las Universidades Red Anahuac. 2017. p. 1–7
  17. González LF. Burnout: consecuencias y soluciones. México: Editorial El Manual Moderno. 2016.
  18. Guerrero Medina E. Manual de Salud Ocupacional. Colombia: Editorial El Manual Moderno Colombia. 2017.
  19. Henao Robledo F. Salud ocupacional: conceptos básicos (2a). 2010
  20. Maicon C. El síndrome de Burnout: comprensión del pasado, análisis del presente y perspectivas de futuro. España: Wanceulen Editorial; 2010
  21. Mateos Carrasco E, Mateos Rodríguez J. Salud Mental y Salud Laboral. Relaciones. Revisión, diagrama y análisis DAFO para una visión global. *Rev Asoc Esp Espec Med Trab* [Internet]. 2019 [cited 2022 Jan 2];28(2):159–68. Available from: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-62552019000200009](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-62552019000200009)
  22. Mejia CR, Chacon JI, Enamorado-Leiva OM, Garnica LR, Chacón-Pedraza SA, García-Espinosa YA. Factores asociados al estrés laboral en trabajadores de seis países de Latinoamérica. *Rev Asoc Esp Espec Med Trab* [Internet]. 2019 [cited 2022 Jan 2];28(3):204–11. Available from: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-62552019000300004&script=sci\\_arttext&tlng=pt](https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-62552019000300004&script=sci_arttext&tlng=pt)
  23. Moruno Miralles, Pedro - Talavera Valverde, Miguel Ángel. España: Elsevier Health Sciences Spain - T; 2012.
  24. Navas Cuenca E. Salud laboral de los trabajadores (2a). In: Juárez: Editorial ICB. 2018.
  25. Vinueza-Veloz AF, Aldaz-Pachacama NR, Mera-Segovia CM, Pino-Vaca DP, Tapia-Veloz EC. Síndrome de Burnout en médicos / as y enfermeros / as ecuatorianos durante la pandemia de. 2020.
  26. Lozano-Vargas A. Impacto de la epidemia del Coronavirus (COVID-19) en la salud mental del personal de salud y en la población general de China. *Rev Neuropsiquiatr* [Internet]. 2020;83(1):51–6. Available from: <http://dx.doi.org/10.20453/rnp.v83i1.3687>
  27. Faúndez VEO, Mena-Miranda L, Wilke CJ, Sepúlveda FM. Validez factorial del Maslach Burnout Inventory human services (MBI-HSS) en profesionales Chilenos. *Universitas Psychologica*. 2014;13(1).
  28. Velásquez Barba FM. Revisión del estudio del Burnout en el Ecuador, para el personal del sector de la salud. 2021 [cited 2022 Jan 2]; Available from: <http://repositorio.uisek.edu.ec/handle/123456789/4319>
  29. De F, Médicas C, Lucía A, Soto C, Karina S, González V. UNIVERSIDAD DE CUENCA [Internet]. Edu.ec. [cited 2022 Jan 2]. Available from:

<http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/35935/1/PROYECTO%20DE%20INVESTIGACION.pdf>

30. Mendoza Molinari CA. Burnout y sintomatología depresiva en personal de salud. Universidad de Lima; 2021

31. Ramírez Pérez M, Lee Maturana S-L. Síndrome de Burnout entre hombres y mujeres medido por el clima y la satisfacción laboral. Polis [Internet]. 2011 [cited 2022 Jan 3];10(30):431–46. Available from: [https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-65682011000300020&script=sci\\_arttext](https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-65682011000300020&script=sci_arttext).

Artículo original de Investigación

**Cuidado humanizado de enfermería en la atención de pacientes ingresados en los hospitales públicos de la ciudad de Milagro – Ecuador.**

**Humanized nursing care in the attention of patients admitted in the public hospitals of the city of Milagro – Ecuador.**

Vásquez Espinoza Gabriela de Jesus\*, León Samaniego Guillermo Fernando\*\*, Clavero Soto Joanna Cecilia\*\*\*, Encalada Campos Grecia Elizabeth\*\*\*\*,

\* Universidad Estatal de Milagro, Milagro, Ecuador. ORCID: 0000-0002-7825-8699

\*\* Universidad Estatal de Milagro, Milagro, Ecuador. ORCID: 0000-0002-1920-0737

\*\*\* Universidad de Zulia, Zulia, Venezuela. ORCID: 0000-0002-2699-5048

\*\*\*\* Universidad Estatal de Milagro, Milagro, Ecuador. ORCID: 0000-0002-4550-0063  
gvasqueze2@unemi.edu.ec

Recibido: 7 de octubre del 2021

Revisado: 05 de noviembre del 2021

Aceptado: 23 de diciembre del 2021

**Resumen.**

**Introducción.** El cuidado humanizado de enfermería implica un trabajo interdisciplinario, el mismo que debe ser sometido a evaluación permanente, para conseguir la prestación de un servicio competente e integral. El objetivo principal de este trabajo fue describir el tipo de cuidado humanizado que ofrece el personal de enfermería en la atención de pacientes ingresados en los Hospitales públicos de la Ciudad de Milagro - Ecuador. **Material y Métodos.** La investigación fue de tipo observacional, descriptiva, cuantitativa, de corte transversal. Se aplicó el instrumento Evaluación de los comportamientos de cuidado otorgado por enfermería (ECCOE), adaptado por Morales-Castillo et al., al personal de enfermería que labora en el Área de hospitalización del departamento de medicina interna de los hospitales públicos de la ciudad de Milagro. **Resultados.** Se investigó a 35 profesionales de enfermería, en los cuales se evidenció que, en las mayorías de las dimensiones investigadas (humanismo, fe/esperanza y sensibilidad; ayuda/confianza, enseñanza/aprendizaje, asistencia en las necesidades humanas, soporte y protección, y fuerza existencial/fenómeno- lógica/espiritual), tienen un nivel óptimo, y que únicamente la dimensión expresión de sentimientos positivos o negativos, tiene un nivel moderado. **Discusión.** Los resultados aquí obtenidos difieren de otros de la región en sus diferentes dimensiones, como el de Portillo y Reynoso realizado en el Hospital Base Carlos Alberto Segúin Escobedo de Arequipa, o el de Guerrero, Meneses y De la Cruz, realizado en el servicio de medicina del hospital Daniel Alcides Carrión en Perú; cuyos resultados son diferentes. **Conclusiones.** El cuidado humanizado que brinda el personal de enfermería a los pacientes ingresados en los hospitales públicos de la ciudad de Milagro es óptimo, por lo cual podemos decir que, el personal de enfermería de los hospitales públicos de esta ciudad tiene estándares de cuidados que están por encima de los encontrados en la región.

**Palabras clave:** Cuidado humanizado, personal de enfermería, dimensiones, teoría de Watson.

**Abstract**

**Introduction.** Humanized nursing care implies an interdisciplinary work, which should be subject to permanent evaluation in order to provide a competent and integral service. The main objective of this work was to describe the type of humanized care offered by nursing personnel in the care of patients admitted to public hospitals in the city of Milagro, Ecuador. **Material and Methods.** The research was observational, descriptive, quantitative and cross-sectional. The Evaluation of nursing care behaviors (ECCOE) instrument, adapted by Morales-Castillo et al. was applied to the nursing staff working in the internal medicine hospitalization area of the public

hospitals of the city of Milagro. Results. Thirty-five professionals were studied, showing that the level of perception of the dimensions of humanized care is optimal in most cases, with the exception of the dimension of expression of positive or negative feelings, which presents a moderate level. Discussion. There are few studies on the subject in the region and the world, the present study being a pilot in the country, and its results differ from those found in other countries of the region. Conclusions. The humanized care provided by the nursing staff to patients admitted to public hospitals in the city of Milagro is optimal, so we can say that the nursing staff of public hospitals in this city has standards of care that are above those found in the region.

Key words: humanized care, nursing personnel, dimensions, Watson's theory.

### **Introducción.**

El cuidado humanizado de enfermería implica un trabajo interdisciplinario, el mismo que debe ser sometido a evaluación permanente para conseguir la prestación de un servicio competente e integral, que dé solución a los problemas de cada paciente. Los modelos curativos, el uso de la tecnología y el sistema mercantilista, son factores que han llevado a la deshumanización de la profesión(1).

Este cuidado es la esencia del trabajo mismo, que se encarga del acompañamiento, el escuchar, el brindar un trato digno basado en conocimientos científicos, éticos y morales que permitan ofrecer al usuario un estado de confort y recuperación(2). El personal así capacitado podrá discernir sus miedos, ser considerado con ellos, ofrecer seguridad y confianza para de esta manera reducir la intranquilidad que le ocasiona su situación clínica(3).

La humanización de la salud debe de ser una política que se aplique en la planificación de la atención(4), que contemple las estrategias a desarrollar, el apoyo desde el direccionamiento estratégico y la gerencia, los comités de ética, la dirección de talento humano, salud ocupacional y atención al usuario.

Según Jean Watson: “La práctica del cuidado es fundamental en la enfermería. Un individuo debe ser acompañado en las fases de toma de decisiones y no sólo ser un receptáculo de información(5). El acompañamiento es necesario para que, paulatinamente, el individuo descubra cómo puede encontrar la mejor solución desde su propia realidad. La Enfermería, entonces, debe focalizarse en un acompañamiento sensible pero responsable, basado en el conocimiento y en la práctica de una actitud terapéutica(6)

Watson considera además que, la enfermería tiene un compromiso global con la humanidad, para sostener el cuidado, curación, salud e integridad de los humanos y garantizar un cuidado de calidad, así como evitar que el cuidado humanizado este amenazado por cualquier tipo de agente. También hace énfasis en que el cuidado es esencial para preservar y sostener la supervivencia humana, siendo sagrado el trabajo del enfermero(7).

La humanización del cuidado es una temática relevante que debe ser tratada básicamente por el impacto que tiene en la salud de las personas(8); esto demanda contar con instrumentos confiables y válidos que permitan evaluar la percepción de la satisfacción del paciente sobre el cuidado humanizado de enfermería y el planteamiento, organización, coordinación y evaluación de las actividades desarrolladas(9). La humanización genera una reflexión intrínseca, que compromete a la organización y a los trabajadores a considerar al ser humano como un ser integral, cuya vida transcurre en un entorno familiar, social, económico y laboral(10).

Los crecientes e importantes avances científico-técnicos que enriquecen la atención de la salud, han provocado que en ciertas ocasiones desaparezca la atención humanizada, los factores invisibles como la empatía, y en general el cuidado directo del paciente(11).

La deshumanización puede ocurrir por razones diferentes a la motivación de los profesionales de salud para resolver problemas de trabajo(12). Sin embargo, entre los factores que influyen en la deshumanización de la enfermería, se consideran: los sistemas institucionales impregnados del modelo biomédico curativo, el uso inevitable de la tecnología, el ambiente laboral y el sistema de relaciones económicas que priorizan la relación costo-beneficio(5), provocando en el profesional

de enfermería una sobrecarga de trabajo, pérdida de su autonomía, alejamiento de su visión humanista y holística(13); lo cual crea conflictos éticos en la toma de decisiones en situaciones complejas que pudieran afectar la evolución y recuperación del paciente en las áreas de atención de su salud(14).

Por otro lado, las investigaciones sobre cuidado humanizado en enfermería reportan que éste puede verse afectado ya que la mayoría de los trabajadores presentan insatisfacción por factores intrínsecos debido a la falta de autonomía, la falta de reconocimiento, la gran responsabilidad en la variedad de tareas que deben realizar y las repercusiones en sus funciones como la rutinización y el mismo temor a la deshumanización de su profesión(15).

En la actualidad existe una marcada preocupación por mejorar el clima laboral en el ámbito de la salud, a través de una mejora de las relaciones interpersonales, a fin que, por este medio, se pueda generalizar el trato a los pacientes de forma más humanizada(16). El paciente exige hoy en día el reconocimiento de su derecho como un acto de dignidad para recibir una atención en salud, de tal manera que se sienta valorado como persona en sus dimensiones humanas.

En el año 2016 Guerrero, Meneses y De la Cruz, realizaron un estudio, con el propósito de determinar el cuidado humanizado, que brinda el profesional de enfermería en el servicio de medicina interna del hospital Daniel Alcides Carrión en Perú. Se estudiaron a 49 enfermeras utilizando como instrumento un cuestionario del cuidado humano transpersonal basado en la teoría de Watson. Este estudio evidenció que el cuidado humanizado de enfermería que se brinda en ese hospital es medianamente regular. La dimensión que más predominó fue la de procedimientos y cuidados, siendo la dimensión relación profesional de enfermera-paciente y aspectos éticos del cuidado la que tuvo menor predominio. Los autores refieren que, es posible lograr un cuidado humanizado mediante una buena relación terapéutica enfermera-paciente; concluyendo que el cuidado humanizado está inmerso en la labor del enfermero en forma holística, teniendo en cuenta la

parte humana del paciente y esto, independiente de que la persona esté sana o enferma, con el fin de establecer que los cuidados de calidad se sustentan a través de una relación enfermera-paciente, interconectado e intersubjetivo, de sensaciones compartidas, entre la enfermera y el paciente(17).

En el departamento de Arequipa, en el año 2017 se realizó un estudio sobre conocimientos del manejo de hemodiálisis y comportamiento del cuidado humanista, en el cual se encontró que la dimensión humanismo / fe-esperanza / sensibilidad, lo practicaban el 53,6% de las personas estudiadas; la dimensión ayuda/confianza el 46,4 %, la dimensión expresión de sentimientos positivos/negativos el 46,4%, enseñanza/aprendizaje el 46,4 %, soporte / protección el 50 %, asistencia en las necesidades humanas el 50%, y la dimensión fuerza existencial/fenomenológica/espiritual el 46,4 %. A nivel global, la mayoría de las personas estudiadas (50%), muestran nivel medio, seguido del 42,9% que muestran un nivel alto(18).

En el año 2018, Portillo & Reynoso realizaron la investigación de valores personales y cuidado humanizado en enfermeras(os) que laboran en el Hospital Base Carlos Alberto Seguí Escobedo de Arequipa, en la cual se conoció que el 94% de las enfermeras tienen altos los valores personales y el 85.5% realizan un cuidado humanizado óptimo.

Actualmente, a nivel regional y mundial existen pocos trabajos e investigaciones respecto al tema que tratamos, por lo cual consideramos de mucha importancia este estudio, que servirá a futuro como referencia para nuevas investigaciones.

El objetivo principal fue describir el tipo de cuidado humanizado que ofrece el personal de enfermería en la atención de pacientes ingresados en los Hospitales públicos de la Ciudad de Milagro - Ecuador, y de esta manera contribuir a mejorar y acrecentar el cuidado del paciente en nuestras unidades de salud.

#### Material y Métodos

La presente investigación fue de tipo observacional, descriptiva cuantitativa, de corte

transversal. Participaron en el estudio 35 profesionales de enfermería que laboran en el Área de hospitalización de medicina interna de los hospitales públicos de la ciudad de Milagro Ecuador.

Cada uno de los profesionales participantes, antes de la aplicación del instrumento, firmó un consentimiento informado, en el cual se le dio a conocer el objetivo del estudio, la confidencialidad del mismo y la aceptación para participar en la investigación.

Asimismo, fue sometido al criterio y aprobación del comité de bioética de la Facultad de Medicina de la Universidad de Zulia, Maracaibo – Venezuela.

El instrumento utilizado fue la Evaluación de los comportamientos de cuidado otorgado por enfermería (ECCOE), adaptada por Morales-Castillo et al.

El ECCOE integra los 10 factores de cuidado de Jean Watson en 7 subescalas: Humanismo/fe-esperanza/sensibilidad (ítems 1 a 16), Ayuda/confianza (ítems 17 a 27), Expresión de sentimientos positivos/negativos (ítems 28 a 31), Enseñanza/aprendizaje (ítems 32 a 39), Soporte/protección/ambiente (ítems 40 a 51), Asistencia en las necesidades humanas (ítems 52 a 60) y Fuerzas existencial/fenomenológica/espiritual (ítems 61 a 63).

En la dimensión de Humanismo, fe-esperanza / sensibilidad; se incorporan valores humanísticos y altruistas, facilita el cuidado enfermero holístico y positivo en los pacientes, además describe el papel del enfermero a la hora de desarrollar las interrelaciones eficaces enfermero-persona y de promover el bienestar ayudando al paciente para que adopten las conductas que buscan la salud(19).

En la segunda dimensión de Ayuda-confianza, el cuidado de las relaciones humanas se convierte en "Desarrollo y mantenimiento de una auténtica relación de cuidado, a través de una relación de confianza"(20). El desarrollo de esta relación es importante para el cuidado transpersonal, tomando en consideración que, una relación de confianza,

promueve y acepta la expresión tanto de sentimientos positivos como de negativos(21).

La tercera dimensión que corresponde a Expresión de sentimientos positivos y negativos, valora las emociones que juegan un papel importante en la conducta humana y para Watson son "una ventana por la cual se visualiza el alma". El proceso de atención de enfermería es un espacio que permite a los pacientes expresar libremente sus sentimientos, donde la empatía entre la paciente y el profesional de enfermería juega un papel fundamental para que se dé la confianza entre el cuidador y el sujeto de cuidado(22).

La cuarta dimensión, enseñanza-aprendizaje interpersonal, es la que más ayuda al usuario a ser partícipe activo de su propia salud y a tomar las decisiones para mantenerla, recuperarla y a prepararse para determinados eventos. La educación que se brinda es ante todo información concreta en una lista de acciones a realizar o a evitar, por escasez de tiempo o falta de motivación(23).

En la quinta dimensión, soporte/protección/ambiente, Watson divide el ambiente en externo e interno, los cuales son interdependientes entre sí. Del medio ambiente externo surgen las variables como confort, abrigo, privacidad, seguridad, y los entornos limpios, estéticamente agradables; y del medio ambiente interno surgen la autorrealización, comunicación, bienestar mental y espiritual; es así que, partir de estas variables, surgen las necesidades que tienen estrecha relación con la salud del individuo(23).

En la sexta dimensión sobre necesidades humanas, la enfermera reconoce las necesidades biofísicas, psicofísicas, psicosociales e intrapersonales de ella y del paciente. Los pacientes tienen que satisfacer las necesidades de menor rango antes de intentar cubrir las necesidades de un rango superior. La comida, la eliminación de residuos y la ventilación son algunos de los ejemplos de las necesidades biofísicas de mayor rango, mientras que la actividad, inactividad y la sexualidad se consideran necesidades psicofísicas de mayor rango. La

consecución y la afiliación son necesidades psicosociales de rango superior(24).

La séptima y última dimensión sobre fuerza existencial/fenomenológica/ espiritual, investiga datos que permiten al enfermero a comprender los fenómenos que afectan a los pacientes, y a su vez ayudar a sobrellevar su existencia. La psicología existencial se basa en análisis fenomenológicos (25).

Para otorgar una cualidad al cuidado humanizado, hemos creído conveniente crear una tabla de valores que diferencien dichas cualidades. Conociendo que el valor total oscila entre 63 a 315, los valores que oscilan entre 63 y 147 son considerados como un nivel de cuidado humanizado deficiente, los puntajes entre 148 y 231 representan un cuidado humanizado moderado y puntajes entre 232 y 315 son considerados óptimos en la percepción que tiene el profesional de enfermería sobre el comportamiento en los cuidados que otorga (Ver tabla 1).

**Tabla 1.** Cualidades del cuidado humanizado

DIMENSIONES	DEFICIENTE	MODERADO	OPTIMO
Humanismo/fe-esperanza/sensibilidad	18 -39	40 -59	60 -80
Ayuda/confianza	11 - 25	26-40	41 -55
Expresión de sentimientos positivos / negativos	4 - 9	10 - 15	16 -20
Enseñanza - aprendizaje	8 - 18	19 - 30	31 -40
Soporte/ protección / ambiente	12 - 28	29 - 44	45 -60
Asistencia en las necesidades humanas	9 - 21	22 -33	34 -45
Fuerzas existencia / fenomenológica / espiritual	3 - 7	8 - 11	12 - 15
<b>TOTALES</b>	<b>63 -147</b>	<b>148 -231</b>	<b>232 - 315</b>

Fuente: Propia de los autores

**Tabla 2.** Caracterización de la población estudiada.

SEXO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Femenino	29	82,9
Masculino	6	17,1
EDAD (años)	FRECUENCIA	PORCENTAJE
25 a 29	10	28,6
30 a 34	11	31,4
35 a 39	9	25,7
40 y más	5	14,3
AÑOS DE SERVICIO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
< de 5	9	25,7
5 a 6	12	34,3



7 a 9	9	25,7
10 y más	5	14,3

Fuente: Propia de los autores.

## Resultados

Se aplicó el Instrumento ECCOE a 35 profesionales de Enfermería del área de hospitalización de medicina interna de los hospitales públicos de la ciudad de Milagro, los mismos que en su mayoría son de sexo femenino (82,9%), cuyas edades oscilan de 25 a 54 años con una media de 34,23 y una desviación estándar de  $\pm 6,5$ . El grupo etario de mayor prevalencia entre el personal de enfermería se ubicó entre 30 a 34 años (31,4%). El personal participante en el estudio tiene un tiempo de servicio entre 5 meses y 12 años, siendo su mayor porcentaje entre 5 a 6 años (24,3%), con una media de  $6 \pm 2,9$  años (Ver Tabla 2).

El humanismo, la fe/esperanza y la sensibilidad que muestran los profesionales de enfermería que participaron en el estudio resultó ser óptimo en la mayoría de los ítems, a excepción de dos (ítem 2. Trato de ver las cosas desde el punto de vista del paciente; e ítem 10. Pregunto al paciente cómo le gusta que se hagan las cosas) en los cuales obtuvimos una percepción moderada de la atención brindada (Ver Tabla 3).

La percepción de los profesionales de enfermería en relación a la dimensión ayuda/confianza, es óptimo en la mayoría de los ítems, a excepción de cuatro de estos (platico con el paciente sobre su vida cuestiones no relacionadas a su hospitalización; pregunto al paciente cómo le gusta que lo llamen; visito al paciente si es trasladado a otro servicio del hospital; tomo la mano, hombro o mejilla, cuando necesita consuelo o darle ánimo), en los cuales se obtuvo una percepción moderada de la atención brindada (Ver Tabla 4)

La expresión de sentimientos positivos/negativos, que muestra el personal de enfermería en el

presente estudio es moderada en la mayoría de los ítems, a excepción de uno (animo al paciente para que pueda expresar cómo se siente) el mismo que resulto ser óptima la expresión de sentimientos (Ver Tabla 5).

La enseñanza/aprendizaje que realiza el personal de enfermería estudiado es considerada óptima en la mayoría de los ítems, a excepción de dos de ellos (le pregunto al paciente qué desea saber acerca de su salud/enfermedad, y ayudo al paciente a fijarse metas realistas con respecto a su salud), los cuales resultaron ser moderados en la percepción de la atención brindada (Ver Tabla 6).

El soporte, la protección y el ambiente que demuestra el personal de enfermería en el cuidado del paciente reflejo ser óptimo en la mayoría de los ítems, a excepción de dos (le pregunto al paciente qué desea saber acerca de su salud/enfermedad y ayudo al paciente a fijarse metas realistas con respecto a su salud), en los cuales se obtuvo una percepción moderada (Ver Tabla 7). En la dimensión asistencia en las necesidades humanas, el personal de enfermería manifestó que el grado era óptimo en la mayoría de los ítems, a excepción de dos (permiso a los familiares que visiten al paciente las veces que sean y hago sentir al paciente que puede tomar decisiones sobre su cuidado), en los cuales se evidenció una percepción moderada en la atención brindada (Ver Tabla 8).

En relación a la dimensión fuerza existencial/fenomenológica/espiritual, la percepción del personal de enfermería es óptimo en todos los ítems, dentro de la atención brindada (Ver Tabla 9).

Si analizamos en forma global los resultados obtenidos luego de la aplicación del instrumento ECCOE, podemos evidenciar que el nivel de percepción de las dimensiones del cuidado humanizado es óptimo en su mayoría, a excepción de la dimensión expresión de sentimientos positivos/negativos, la cual presenta un nivel moderado (Tabla 10).

**Tabla 3.** Dimensión humanismo/fe-esperanza / sensibilidad

	Mínimo	Máximo	Media	Percepción
1. Trato al paciente como persona individual	4	5	4,94	Optimo
2. Trato de ver las cosas desde el punto de vista del paciente	1	5	3,49	Moderado
3. Tengo los conocimientos suficientes para brindar cuidado	4	5	4,74	Optimo
4. Brindo seguridad al paciente	3	5	4,77	Optimo
5. Atiendo las necesidades de cuidado del paciente cuando lo necesita	3	5	4,49	Optimo
6. Animo al paciente a confiar en sí mismo	3	5	4,71	Optimo
7. Destaco aspectos positivos del paciente y de su condición de salud	2	5	4,63	Optimo
8. Elogio los esfuerzos del paciente (manejo de su propia salud)	2	5	4,31	Optimo
9. Comprendo al paciente como persona	2	5	4,46	Optimo
10. Pregunto al paciente cómo le gusta que se hagan las cosas	1	5	2,83	Moderado
11. Acepto el modo de ser del paciente	2	5	4,11	Optimo
12. Demuestro sensibilidad hacia los sentimientos del paciente y su estado de ánimo	3	5	4,23	Optimo
13. Soy amable y considerada (o) con el paciente	4	5	4,77	Optimo
14. Me doy cuenta en el paciente cuando está fastidiado y tengo paciencia ante esta situación	2	5	4,14	Optimo
15. Mantengo el control de mis emociones ante situaciones personales	3	5	4,71	Optimo
16. Trato al paciente con respeto	4	5	4,91	Optimo
<b>Total</b>	<b>54</b>	<b>80</b>	<b>70,26</b>	<b>Optimo</b>

Fuente: Propia de los autores

**Tabla 4.** Dimensión ayuda/confianza.

	Mínimo	Máximo	Media	Percepción
17. Escucho al paciente cuando él me habla	4	5	4,83	Optimo
18. Acepto los sentimientos del paciente sin juzgarlo	3	5	4,60	Optimo
19. Acudo a la habitación del paciente solo para saber cómo se encuentra	2	5	4,43	Optimo
20. Platico con el paciente sobre su vida cuestiones no relacionadas a su hospitalización	1	5	3,23	Moderado
21. Pregunto al paciente cómo le gusta que lo llamen	1	5	2,60	Moderado
22. Me presento ante el paciente cuando recién lo conozco	2	5	4,63	Optimo
23. Acudo rápidamente al llamado del paciente	3	5	4,63	Optimo
24. Pongo toda la atención al paciente cuando estoy asistiéndolo	4	5	4,83	Optimo

25. Visito al paciente si es trasladado a otro servicio del hospital	1	5	2,29	Moderado
26. Tomo la mano, hombro o mejilla, cuando necesita consuelo o darle ánimo	2	5	3,14	Moderado
27. Las metas que me propongo ante el paciente me comprometo a cumplirlas	2	5	4,37	Optimo
<b>Total parte B</b>	<b>35</b>	<b>55</b>	<b>43,57</b>	<b>Optimo</b>

Fuente: Propia de los autores

**Tabla 5.** Dimensión expresión de sentimientos positivos/negativos.

	Mínimo	Máximo	Media	Percepción
28. Animo al paciente para que pueda expresar cómo se siente	2	5	4,43	Optimo
29. Cuando el paciente se encuentra enojado no me molesto	1	5	3,40	Moderado
30. Ayudo al paciente a entender sus sentimientos	2	5	4,17	Moderado
31. Cuando el paciente está pasando por un mal momento y está irritable, callado, malhumorado, no lo abandono, ni me alejo ante esta situación	1	5	3,34	Moderado
<b>Total</b>	<b>8</b>	<b>20</b>	<b>15,34</b>	<b>Moderado</b>

Fuente: Propia de los autores

**Tabla 6.** Dimensión enseñanza aprendizaje

	Mínimo	Máximo	Media	Percepción
32. Animo al paciente a que pida información sobre su enfermedad y su tratamiento	3	5	4,71	Optimo
33. Respondo de manera clara las preguntas del paciente	3	5	4,69	Optimo
34. Brindo al paciente enseñanza acerca de su enfermedad	3	5	4,60	Optimo
35. Me aseguro de que el paciente entienda lo que se le explica	4	5	4,66	Optimo
36. Le pregunto al paciente qué desea saber acerca de su salud/enfermedad	2	5	4,11	Moderado
37. Ayudo al paciente a fijarse metas reales respecto a su salud	2	5	4,09	Moderado
38. Ayudo a planificar junto con el paciente esas metas de salud	2	5	4,31	Optimo
39. Ayudo a planificar el cuidado del paciente es dado de alta	2	5	4,51	Optimo
<b>Total</b>	<b>23</b>	<b>40</b>	<b>35,69</b>	<b>4,52</b>

Fuente: Propia de los autores

**Tabla 7.** Dimensión soporte / protección / ambiente

	Mínimo	Máximo	Media	Percepción
--	--------	--------	-------	------------

40. Menciono al paciente cuáles son sus expectativas del día	1	5	3,83	Moderado
41. Entiendo cuando el paciente necesita estar solo (a)	3	5	4,66	Optimo
42. Ofrezco al paciente alternativas para estar más cómodo	3	5	4,23	Moderado
43. Dejo la habitación del paciente limpia y ordenada después de un procedimiento	4	5	4,86	Optimo
44. Explico al paciente las precauciones de seguridad que debe tener junto con su familia	3	5	4,74	Optimo
45. Proporciono los medicamentos para el dolor cuando lo necesite el paciente	2	5	4,69	Optimo
46. Animo al paciente a que haga actividades por sí mismo(a)	3	5	4,63	Optimo
47. Respeto el pudor del paciente (p. ej., no destapo al paciente en público)	3	5	4,86	Optimo
48. Antes de retirarme de la habitación, verifico junto con el paciente si tiene todo lo necesario al alcance de sus manos	3	5	4,86	Optimo
49. Considero las necesidades espirituales del paciente	3	5	4,66	Optimo
50. Soy gentil y alegre con el paciente	4	5	4,91	Optimo
51. Siempre muestro al paciente mi mejor cara	3	5	4,83	Optimo
<b>Total</b>	<b>39</b>	<b>60</b>	<b>55,74</b>	<b>Optimo</b>

Fuente: Propia de los autores

**Tabla 8.** Dimensión asistencia en las necesidades humanas

	Mínimo	Máximo	Media	Percepción
52. Ayudo al paciente en su cuidado hasta que él pueda hacerlo por su cuenta	3	5	4,80	Optimo
53. Tengo los suficientes conocimientos para aplicar las técnicas correctas (p. ej., una inyección intravenosa)	4	5	4,94	Optimo
54. Sé manejar los equipos biomédicos (p. ej., monitores, baumanómetros, etc.)	4	5	4,89	Optimo
55. Proporciono el tratamiento y los medicamentos a tiempo	4	5	4,77	Optimo
56. Mantengo informada a la familia de la evolución del paciente	1	5	4,17	Optimo
57. Permito a los familiares que visiten al paciente las veces que sean	1	5	2,11	Moderado
58. Vigilo el estado de salud del paciente muy de cerca	4	5	4,54	Optimo
59. Hago sentir al paciente que puede tomar decisiones sobre su cuidado	3	5	4,11	Moderado
60. Doy a conocer al paciente las situaciones de alarma que requieran de médicos y enfermeras	3	5	4,77	Optimo
<b>Total</b>	<b>34</b>	<b>45</b>	<b>39,11</b>	<b>2,68</b>

Fuente: Propia de los autores

**Tabla 9.** Dimensión fuerza existencial/fenomenológica/espiritual

	Mínimo	Máximo	Media	Percepción
61. Muestro ante el paciente que entiendo cómo se siente	3	5	4,80	Optimo
62. Ayudo a entender al paciente que sus experiencias de vida son importantes para crecer	3	5	4,66	Optimo
63. Ayudo al paciente a sentirse bien con él mismo	3	5	4,74	Optimo
<b>Total</b>	<b>9</b>	<b>15</b>	<b>14,20</b>	Optimo

Fuente: Propia de los autores

**Tabla 10.** Resultado global de las dimensiones estudiadas en el ECCOE

DIMENSIONES	VALOR	ESCALA
Humanismo/fe/esperanza/sensibilidad	70,26	OPTIMO
Ayuda/confianza	43,57	OPTIMO
Expresión de sentimientos positivos / negativos	15,34	MODERADO
Enseñanza/aprendizaje	35,69	OPTIMO
Soporte/protección/ambiente	55,74	OPTIMO
Asistencia en las necesidades humanas	39,11	OPTIMO
Fuerza existencial/fenomenológica/ espiritual	14,2	OPTIMO
<b>TOTALES</b>	<b>273,91</b>	<b>OPTIMO</b>

Fuente: Propia de los autores

## Discusion

El cuidado humanizado se entiende como una filosofía de vida aplicada en la práctica profesional de enfermería, definida como: una actividad con valor personal y profesional enfocado a la conservación, restablecimiento y autocuidado de la vida, que se cimienta en la relación terapéutica enfermera-paciente; de esta manera tiene el compromiso científico, filosófico y moral con la protección de la dignidad y la conservación de la vida, mediante un cuidado humanizado hacia las personas a ellos encomendadas.

El presente trabajo valoró el cuidado humanizado de enfermería en la atención de pacientes ingresados en los hospitales públicos de la ciudad de Milagro-Ecuador, en el cual se evidenció que el humanismo, la fe/esperanza y la sensibilidad es

óptimo en el cuidado que tienen con los pacientes los profesionales de enfermería que participaron en el estudio, a pesar de existir dos ítems (2. Trato de ver las cosas desde el punto de vista del paciente y 10. Pregunto al paciente cómo le gusta que se hagan las cosas), que tuvieron una percepción moderada por parte de los cuidadores enfermeros(as), demostrando, según la teoría de Watson, que el cuidado está sustentado dentro de valores universales como la gentileza, la compasión, el compromiso, la fe-esperanza, las cuales están integradas en la práctica diaria de los profesionales de enfermería que brindan cuidados a los pacientes de los hospitales públicos. Es importante destacar el respeto en trato, el considerar al paciente como una persona y no como un número de historia clínica, la seguridad que se le da al tener conocimientos suficientes para brindar el cuidado, al igual que la sensibilidad con el estado de ánimo y los sentimientos del sujeto cuidado. Estos resultados difieren en parte con el estudio de

Portillo y Reynoso realizado en el Hospital Base Carlos Alberto Seguí Escobedo de Arequipa, en el cual analizaron el cuidado humanizado que brinda el personal de enfermería, poniendo de relieve que la mayoría brindaban un cuidado óptimo, sin embargo un porcentaje no despreciable tenían un nivel deficiente, situación que debe preocuparnos, ya que la razón de ser de la enfermería es brindar cuidados óptimos y de excelente calidad en los hospitales, toda vez que de ello depende en gran parte la recuperación del paciente. Asimismo, en el estudio de Villanueva y Allazo en Arequipa, encontraron que un poco más de la mitad del personal de enfermería aplicaban correctamente el humanismo, la fe-esperanza y la sensibilidad en el cuidado de paciente hospitalizado.

La relación de confianza que brinda el personal de enfermería, impulsa a que el paciente exprese sus sentimientos, mediante una relación empática, coherente que lleve a una comunicación eficaz(21). La ayuda y la confianza que demuestran las personas participantes en nuestro estudio es óptima en su mayoría, exceptuando situaciones como platicar con el paciente sobre aspectos no relacionadas a su hospitalización; visitarlo si es trasladado a otro servicio; tomarle de la mano, hombro o mejilla, cuando necesita consuelo o darle ánimo, temas en los cuales la percepción moderada, debiendo poner especial atención, ya que de los pequeños detalles que tengamos con el paciente va a depender la percepción que él tenga y la calidad del cuidado brindado. Sin embargo es necesario recalcar las bondades del saber escuchar, el no juzgar sus sentimientos, el visitarlo con cierta frecuencia y acudir prontamente a su llamado, acciones que han sido calificadas óptimas en el estudio, lo cual difiere mucho del estudio de Villanueva, en el cual evidenció que menos de la mitad aplicaba correctamente esta dimensión.

Para Watson, “las emociones juegan un rol preponderante en la conducta humana y son “una ventana por la cual se visualiza el alma”. La libre expresión de estos sentimientos evita los sentimientos defensivos, de negación o incrementar el nivel de estrés(22). Es cuestionable el hecho de que la expresión de sentimientos positivos o negativos, que muestra el personal de enfermería en el presente estudio es moderada en su gran mayoría, exceptuando el animar al paciente

para que pueda expresar cómo se siente que es óptimo, lo cual nos demuestra que los pacientes no reciben un espacio que les permita expresar libremente sus sentimientos, donde la empatía entre el paciente y el profesional de enfermería juega un papel fundamental para que se dé la confianza entre el cuidador y el sujeto de cuidado. Este resultado coincide con el estudio de Villanueva en el cual asimismo menos de la mitad de las enfermeras brindan ese espacio necesario para el bienestar emocional del paciente.

El factor enseñanza/aprendizaje en el cuidado es el que más ayuda al usuario a ser partícipe activo de su propia salud y a tomar las decisiones para mantenerla, recuperarla y a prepararse para determinados eventos(23). El personal de enfermería de nuestro estudio realiza una función óptima en la enseñanza, ya que anima al paciente a informarse sobre su enfermedad, responde a sus preguntas, asegurándose de que entienda lo que se le explica, e incluso ayuda a planificar su cuidado una vez que sea dado de alta. Sin embargo, no es de gran ayuda al momento de fijarse metas con respecto a su salud, lo cual podría ir en desmedro de su recuperación y de su salud emocional. Villanueva, que es uno de los pocos investigadores que han realizado estudios respecto al tema, nos indica que únicamente la mitad de sus sujetos cumplen con esta actividad, que como dijimos anteriormente, es de mucha utilidad para la toma de decisiones en cuanto a la salud del paciente.

Watson indica que el ambiente influye en el cuidado humanizado, y lo divide en externo e interno, los cuales son interdependientes entre sí(23). El ambiente y la protección que brinda el personal de enfermería del presente estudio es óptimo, ya que se mantiene una habitación limpia y ordenada después de un procedimiento, se le explica las precauciones de seguridad que debe mantener, proporciona los medicamentos para el dolor cuando lo necesita, respeta su pudor y su trato es cortés y gentil; sin embargo, solo una parte del personal ofrece al paciente alternativas para estar cómodo. Asimismo, el estudio de Villanueva en Arequipa evidencia que la mitad del personal estudiado brinda la protección y el soporte necesario a los pacientes hospitalizados.

La enfermera Según Watson, reconoce sus propias necesidades biofísicas, psicofísicas, psicosociales e intrapersonales y las del paciente. Los pacientes tienen que satisfacer las necesidades de menor rango antes de intentar cubrir las necesidades de un rango superior. La comida, la eliminación de residuos y la ventilación son algunos de los ejemplos de las necesidades biofísicas de mayor rango, mientras que la actividad, la inactividad y la sexualidad se consideran necesidades psicofísicas de menor rango. La consecución y la afiliación son necesidades psicosociales de rango superior. La auto actualización es una necesidad superior intrapersonal-interpersonal(24). La asistencia en las necesidades humanas que brinda el personal de enfermería es óptima, ayuda en su cuidado hasta que él pueda hacerlo por su cuenta, tiene conocimientos suficientes para aplicar las técnicas correctas en los procedimientos, mantiene informada a la familia de la evolución del paciente, pero su actividad se reduce cuando se trata de permitir a los familiares que visiten al paciente las veces que sean o cuando debe hacer sentir al paciente que puede tomar decisiones sobre su cuidado, acciones que van en desmedro de la recuperación del mismo. Esta situación es muy similar a la que viven en Arequipa según el estudio de Villanueva, que considera que la mitad del personal de enfermería estudiado asiste en las necesidades humanas de los pacientes.

La fenomenología describe los datos de la situación inmediata que ayudan al sujeto a comprender los fenómenos en cuestión; la psicología existencial utiliza el análisis fenomenológico para el estudio de la existencia humana(22). El entender al paciente como se siente, que sus experiencias de vida son importantes para crecer, ayudarlo a sentirse bien consigo mismo, son actividades que han cumplido de manera óptima el personal de enfermería de este estudio; resultado que difiere en mucho del encontrado por Villanueva, en donde únicamente la mitad cumple con el propósito de esta dimensión.

En síntesis, la percepción del cuidado humanizado que brinda el personal de enfermería a los pacientes ingresados en los hospitales públicos de la ciudad de Milagro-Ecuador es óptimo, dejando constancia de que no existe una cantidad suficiente de trabajos relacionados con el tema tratado, razón por la cual no se ha podido relacionar estos resultados con

otros trabajos, convirtiéndose en un piloto para la región y el país. Los resultados presentados por Villanueva en Arequipa muestran una distancia considerable con los nuestros, ya que la mitad del personal estudiado presenta un nivel moderado y únicamente un porcentaje medio refiere un nivel alto en la percepción del cuidado humanizado. Asimismo, Guerrero, Meneses y De la Cruz, en su estudio evidenciaron que el cuidado humanizado de enfermería que se brinda en ese hospital es medianamente regular.

### Conclusiones

El cuidado humanizado que brinda el personal de enfermería a los pacientes ingresados en los hospitales públicos de la ciudad de Milagro es óptimo, lo cual se evidencia en el interés personal de las enfermeras para cuidar, compartir con los pacientes, apoyarlos y ayudarlos, demostrando empeño y satisfacción al hacerlo. Por lo tanto, podemos decir que, el personal de enfermería de los hospitales públicos de esta ciudad, tiene estándares de cuidados que están por encima de los encontrados en la región.

El proyecto final se complementa con la aplicación de un instrumento que valora la percepción desde el punto de vista del paciente, con la finalidad de conocer la satisfacción del usuario respecto del cuidado humanizado brindado en estas unidades de salud.

### Referencias Bibliográficas

1. del Rio LR. CUIDADOS ENFERMEROS Y HUMANIZACIÓN DE LA ASISTENCIA SANITARIA/NURSING CARE AND HUMANIZATION OF HEALTH CARE. *RevistaEnfermeríaCyL*. 2019;11(1):155–171.
2. Campiño-Valderrama SM, Duque PA, Cardozo VH. Percepción del paciente hospitalizado sobre el cuidado brindado por estudiantes de enfermería. *Univ Salud*. 2019;21(3):215–225.
3. Vega A, Marlene W. Evaluación de la calidad de atención de enfermería y grado de

satisfacción de pacientes atendidos en emergencias del Hospital General Puyo [B.S. thesis]. 2017.

4. Campos FHP, Zeitoun RCG, Iparraguirre HAR, Aguilar RMP, Souza AI. Cuidado humanizado como Política Pública. El caso peruano. *Esc Anna Nery*. 2017;21(2).

5. Martínez MSR. El arte de cuidar en Enfermería. *Rev Horiz Enferm*. 2020;15(1):11–22.

6. Gualdrón M, Ortega KB, González NP. PERCEPCIÓN DE LA ENSEÑANZA EN CUIDADO HUMANIZADO VS LA PRÁCTICA FORMATIVA POR ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA. *Aibi Rev Investig Adm E Ing*. 2019;7–12.

7. Watson J. Nursing's global covenant with humanity—Unitary caring science as sacred activism. *J Adv Nurs*. 2020;76(2):699–704.

8. Príncipe León IC. Concepciones de la enfermera emergencista sobre el cuidado de la persona adulta en estado crítico en un servicio hospitalario: implicancias para un cuidado humanizado. 2017;

9. Rodríguez AM, Concha PJ, Pereira DI, Machuca LL. Adaptación transcultural y validación de un cuestionario de cuidado humanizado en enfermería para una muestra de población Chilena. *Rev Cuid*. 2018;9(2):2245–2256.

10. Escobar-Castellanos B, Cid-Henríquez P. El cuidado de enfermería y la ética derivados del avance tecnológico en salud. *Acta Bioethica*. 2018;24(1):39–46.

11. Gálvez Herrer M, Gómez García JM, Martín Delgado MC, Ferrero Rodríguez M. Humanización de la Sanidad y Salud Laboral: Implicaciones, estado de la cuestión y propuesta del Proyecto HU-CI. *Med Secur Trab*. 2017;63(247):103–119.

12. Rodríguez LAJ, Suárez RG, Márquez M. Deshumanización en la atención de la salud? son las TIC's el problema o la solución? *Mundo FESC*. 2019;9(17):85–93.

13. Beltrán Salazar OA. The meaning of humanized nursing care for those participating in

it: Importance of efforts of nurses and healthcare institutions. *Investig Educ En Enferm*. 2016;34(1):18–28.

14. Oriundo Ramos E. Aprehensión de los enfermeros (as) en aplicar el cuidado humanizado de Jean Watson y su impacto en los pacientes hospitalizados, Hospital II EsSalud Huaraz–2014. 2017;

15. Romero Alvarón EM, Vargas Torres S. Satisfacción laboral y su relación con el cuidado humanizado en el profesional de enfermería Servicio de Cuidados Intensivos Hospital Hipólito Unanue, Tacna 2017. 2018;

16. March JC. Humanizar la sanidad para mejorar la calidad de sus servicios. *Rev Calid Asist*. 2017;32(5):245–247.

17. Guerrero Ramírez R, Meneses La Riva ME, De La Cruz Ruiz M. Cuidado humanizado de enfermería según la teoría de Jean Watson, servicio de medicina del Hospital Daniel Alcides Carrión. Lima-Callao, 2015. 2016;

18. Villanueva Cruz S, Allazo Medina KE. Conocimiento del manejo de hemodialisis y comportamiento del cuidado humanista, enfermeras Centro de Hemodialisis SERMEDIAL SAC, Sede Arequipa 2017. 2017;

19. Castillejos LM, Verónica YG, Olvera EL. Relación de la inteligencia emocional con el cuidado otorgado por enfermeras/os. *Rev Cuid*. 2020;11(3).

20. Niño Díaz RF. Percepción del paciente sobre el cuidado enfermero. Una evaluación desde los postulados de J. Watson. Servicio de Medicina, Hospital II-1 Minsa. Lambayeque, 2017. 2019;

21. Alberto A, Yanet Y. Percepción del paciente hospitalizado sobre el cuidado humanizado brindado por el profesional de Enfermería, hospital apoyo Yunguyo, Puno–2016. 2017;

22. Hernández L. La mujer con cáncer de mama: una experiencia desde la perspectiva del cuidado humano. *Enferm Univ*. 2016;13(4):253–259.



23. Castillo Alvarado MK. Percepción de los enfermeros acerca del comportamiento de cuidado humanizado Hospital General de Jaén 2019. 2019;
24. Reina R, Cardenas MH. Percepción de la enfermera en el arte de cuidar. Rev Científica Ágora. 2019;6(1):e3–e3.
25. Hernández Pérez MP. Factores de cuidado en los profesionales de enfermería [Master's Thesis]. Benemérita Universidad Autónoma de Puebla; 2016.

Artículo de presentación de casos clínicos

**Principales intoxicaciones agudas de adultos en la sala de emergencias del Hospital General Docente Ambato-Ecuador entre 2010-2018.**

**Main acute poisonings of adults in the emergency room of the Hospital General Docente Ambato-Ecuador between 2010-2018.**

Mario Sunta\*, Brenda Pillajo\*\*, Galo Vinueza\*\*\*, Jeaneth Naranjo\*\*\*\*, Belén Fiallos\*\*\*\*\*.

\*Hospital General Docente de Ambato. Universidad Técnica de Ambato - Ecuador. ORCID: 0000-0002-7897-3959

\*\*Hospital General Docente de Ambato. Universidad Técnica de Ambato - Ecuador.

\*\*\*Hospital General Docente de Ambato. Universidad Técnica de Ambato - Ecuador.

\*\*\*\*Hospital General Docente de Ambato. Universidad Técnica de Ambato - Ecuador.

\*\*\*\*\*Puesto de Salud de Piedras – El Oro. Ministerio de Salud Pública

mariosunta\_1959@yahoo.es

Recibido: 27 de julio del 2021

Revisado: 21 de agosto del 2021

Aceptado: 23 de diciembre del 2021

**Resumen.**

**Introducción:** Las intoxicaciones agudas constituyen un problema de salud a nivel mundial, varios son los agentes tóxicos que pueden incluso llegar al fallecimiento de los pacientes o pérdida de funcionalidad, por lo que es indispensable conocer más a profundidad la casuística de los mismos y ofrecer atención médica oportuna de calidad.

**Objetivo:** Determinar las características demográficas y los principales agentes tóxicos causales presentes en pacientes adultos atendidos en la sala de emergencias del Hospital General Docente Ambato, con diagnóstico de intoxicación aguda en el periodo 2010-2018.

**Materiales y Métodos.** Estudio observacional, descriptivo y longitudinal con una población igual a la muestra de 355 datos de historias clínicas de pacientes adultos que ingresaron a sala de emergencias del Hospital General Docente de Ambato (HGDA) durante el periodo 2010- 2018. Criterios de inclusión: personas mayores de 18 años con intoxicación aguda. La tabulación de datos se realizó en los programas estadísticos Microsoft Excel e International Business Machines Statistical Package for the Social Sciences, versión 20.

**Resultados:** La intoxicación voluntaria no ética es la más común, seguida de la alcohólica y en menor medida la causada por drogas ilegales. En el presente estudio se observó que las intoxicaciones más frecuentes fueron causadas por inhibidores de la colinesterasa 37,75 %, alcohol 20,56%, medicamentos 17,74%, cáusticos 12,98 %, monóxido de carbono 2,25 %, hidrocarburos 1,97% y otros 6,75%.

**Conclusiones:** Se identificó a la intoxicación por inhibidores de la colinesterasa (organofosforados), como la más usual en pacientes ingresados a la sala de emergencia.

**Palabras clave:** Intoxicaciones agudas, agente tóxico, organofosforado, alcohol étílico.

**Abstract**

**Introduction:** Acute poisonings constitute a health problem worldwide, there are several toxic agents that can even lead to the death of patients or loss of functionality, so it is essential to know more about their casuistry and offer care quality timely medical.

**Objective:** To determine the demographic characteristics and the main causal toxic agents present in adult patients treated in the emergency room of the Ambato General Teaching Hospital, diagnosed with acute poisoning in the period 2010-2018.

**Materials and methods:** Observational, descriptive and longitudinal study with a population equal to the sample of 355 data from medical records of adult patients who were admitted to the emergency room of the General Teaching Hospital of Ambato (HGDA) during the period 2010-2018. Inclusion criteria: people over 18 years of age with acute poisoning. Data tabulation was performed using the statistical programs Microsoft Excel and International Business Machines Statistical Package for the Social Sciences, version 20.

**Results:** Voluntary non-alcoholic intoxication is the most common, followed by alcoholic and to a lesser extent caused by illegal drugs. In the present study it was observed that the most frequent poisonings were caused by cholinesterase inhibitors 37.75%, alcohol 20.56%, drugs 17.74%, caustics 12.98%, carbon monoxide 2.25%, hydrocarbons 1.97% and another 6.75%.

**Conclusions:** Cholinesterase inhibitor (organophosphate) poisoning was identified as the most common in patients admitted to the emergency room.

**Keywords:** Acute poisonings, toxic agent, organophosphate, ethyl alcohol.

### **Introducción.**

Las intoxicaciones agudas son un problema de salud pública a nivel mundial, siendo la complicación más frecuente la disfunción multiorgánica que puede terminar siendo letal(1). El Centro para el Control de Enfermedades (CDC) señala que cerca de 5 millones de personas cada año tienen una intoxicación debido a agentes agrotóxicos, causando el fallecimiento de aproximadamente 900.000 individuos, en donde el 99% de los afectados pertenecen a países en vías de desarrollo(2). Para la Organización Mundial de la Salud en los países americanos en vías de desarrollo hay una incidencia de intoxicaciones por plaguicidas de 35 por cada 100.00 habitantes de los cuales el 17.8 por cada 100.000 corresponden a intoxicaciones ocupacionales(3).

En España el 80% de intoxicaciones en adultos recibe atención médica directamente en los servicios de emergencia(4). En los Estados Unidos, según Pierkarska-Wijatowska, et al, los pacientes entre los 15 y 30 años constituyeron el grupo más grande en comparación con el número total de intoxicaciones. Los medicamentos, alcohol y gases constituyeron también la principal causa de muerte por intoxicación. Las intoxicaciones suicidas comprendieron el grupo más grande(5).

En Colombia en los años 2011 y 2012, se registró a los plaguicidas como la causa principal de intoxicaciones, con respecto a los otros grupos de sustancias (medicamentos, metanol, metales, solventes, gases, sustancias psicoactivas y otras sustancias químicas); con 9811 y 9197 casos respectivamente. El 38.97 % de los plaguicidas fueron de origen organofosforados, carbamatos y

piretroides; seguidos por los rodenticidas con un 35.51 %(6).

En Ecuador en los últimos años las intoxicaciones han tenido un incremento significativo ubicándose dentro de las diez primeras causas de consulta en los servicios de emergencia (7). Asimismo, según Solís, las intoxicaciones ocupacionales durante el periodo 2015 – 2020 son en su mayoría provocados por plaguicidas inhibidores de la colinesterasa(8). De la misma manera, el SIVE-ALERTA Ecuador durante el 2020 notificó un total de 1876 casos de efectos tóxicos, de los cuales 216 fueron por plaguicidas y 102 casos correspondieron a intoxicaciones por herbicidas y fungicidas(9). Mientras que para el 2021 se reportaron en primer lugar las intoxicaciones por plaguicidas, seguidas de mordedura de serpientes, picadura de alacrán e intoxicaciones por alcohol metílico(10).

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha establecido como prioritario promover métodos eficientes de recolección de datos, relacionados con las intoxicaciones agudas(3). Si bien existen algunos datos en el Ecuador se desconoce la magnitud real del problema, por lo tanto este estudio es pionero en la Región Central del Ecuador, por lo que se propone investigar los principales agentes tóxicos y determinar las características demográficas de pacientes adultos atendidos en la sala de emergencias del HGDA con diagnóstico de intoxicación aguda.

### **Materiales y métodos**

Estudio observacional, descriptivo y longitudinal que incluyó a una población igual a la muestra de estudio de 355 datos de Historias Clínicas de

pacientes atendidos en la sala de Emergencia del Hospital General Docente de Ambato en el periodo 2010- 2018. Los criterios de inclusión fueron: mayores de 18 años de edad, con diagnóstico de envenenamiento autoinfligido intencionalmente (X60-X80) según el Código Internacional de Enfermedades (CIE 10). Criterios exclusión: menores de 18 años con intoxicación aguda, intoxicaciones por mordeduras y picaduras.

La obtención de la información fue a través de una base de recolección de datos realizado por los autores. Se estudiaron las variables demográficas como: edad, sexo, agente tóxico causante de la intoxicación aguda; para la tabulación de la

información se realizó una base de datos en Microsoft Excel y el análisis se obtuvo en el programa estadístico International Business Machines Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versión 20. Los resultados fueron presentados mediante medidas de tendencia central y porcentajes.

**Resultados**

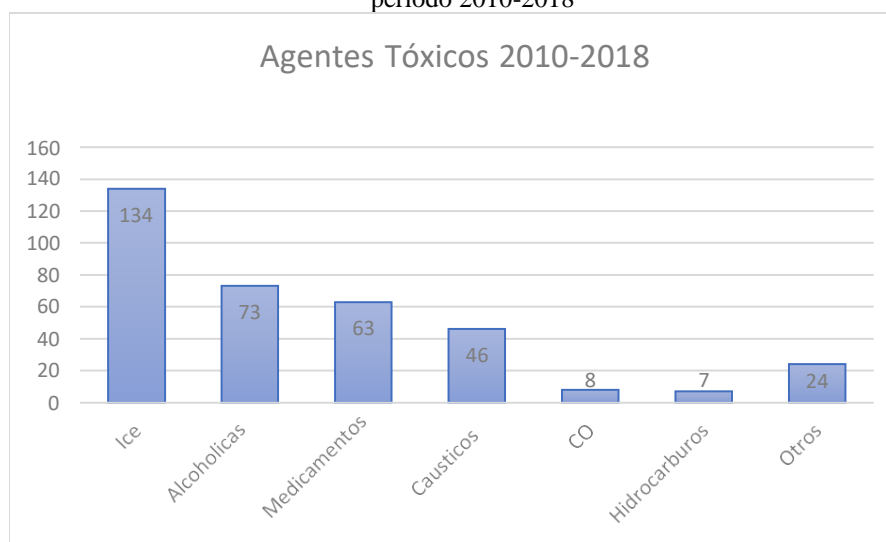
El 41,97% (149; 310) de pacientes fueron mujeres y el 58,03 % (206; 310) hombres; con una media de edad de  $42 \pm 7,34$  años; el grupo etario predominante fueron adultos (Tabla 1).

Tabla 1. Características demográficas

Grupo etario	Muestra n= 355	Sexo	
		Mujeres n -(100%)	Hombres n- %(100%)
Años			
Adulto joven (20-60 años)	347	147- 41,40%	200-56,34%
Adulto mayor (mayor 60 años)	8	2 - 0,56%	6 - 1,70%

Fuente. Archivo historias clínicas del HGDA. Elaborado por. Autores.

Figura 1. Distribución de pacientes con intoxicación aguda detallado por agente tóxico durante el periodo 2010-2018



Fuente. Archivo historias clínicas del HGDA. Elaborado por. Autores

Figura 2. Intoxicaciones medicamentosas



Fuente. Archivo historias clínicas del HGDA. Elaborado por. Autores

Fue más frecuente la intoxicación por inhibidores de la colinesterasa Ice 37,75 % (134; 355), alcohol 20,56% (73; 355), medicamentos 17,74% (63; 355), caústicos 12,98 % (46; 355), monóxido de carbono CO 2,25 % (8; 355), hidrocarburos 1,97% (7; 355), otros 6,75% (24; 355), como se observa en la figura 1.

### Discusión

Según Tafur, quien analizó 663 casos de intoxicación aguda en el Servicio de Toxicología del Departamento de Emergencias del Hospital Luis Vernaza de la ciudad de Guayaquil, indica que las intoxicaciones agudas representan más del 30% del total de pacientes atendidos en el servicio de emergencias anualmente, catalogándola como el doble de la medida referida a nivel mundial, con características etiológicas con variaciones en comparación a los reportes de otros centros toxicológicos(10). Así, en Ecuador, la tasa de intoxicaciones registradas por 100,000 habitantes subió de 14,4 en 2010 a 17,4 en 2011. En 2011 el 49% de las intoxicaciones registradas fueron por plaguicidas(11).

Para Andrade, durante el período de estudio 2009-2013, de los 449 casos de intoxicación aguda cerca del 7% fueron por inhibidores de la colinesterasa(12). Similar a la estadística precedida, nuestro estudio demostró que los principales agentes tóxicos fueron los inhibidores

de la colinesterasa, seguidos del alcohol étlico y los medicamentos.

En esta investigación encontramos que el grupo etario de adultos jóvenes de 18 a 60 años presentó mayor frecuencia de intoxicaciones, con predominio en el sexo masculino, lo que demuestra que la edad es similar a la revisión bibliográfica. Los datos anteriores son concordantes con la casuística nacional del CIATOX 2015-2019, en el que se determinó que el grupo etario más afectado se encontraba entre los 15-49 años, así como en la edad pediátrica se presentaron intoxicaciones más frecuentemente en los niños menores de 5 años(12).

En nuestro estudio encontramos que la principal intoxicación en el periodo estudiado fue por insecticidas inhibidores de la colinesterasa, lo cual lo podríamos correlacionar con estudios de la prevalencia en el Ecuador según datos obtenidos del CIATOX en el periodo 2015-2018 en el que se establece que el 4% de intoxicación ocupacional aguda por el uso de agroquímicos con tendencia a incrementarse desde el 2015 al 2017(9). Si relacionamos los datos anteriores con los reportados en nuestro estudio corroboramos que las intoxicaciones agudas son por plaguicidas definitivamente, lo que podría determinar que los pacientes expuestos, inclusive podrían presentar alteraciones genéticas, alteraciones hematológicas entre otras, lo que sería motivo para la realización de otros estudios para definir la ocurrencia de las mismas.

En relación a otros agentes causales de las intoxicaciones encontramos en nuestro estudio entre los más importantes los ansiolíticos y los AINES lo que se correlaciona con los resultados del CIATOX 2015-2019 en donde el 20.2% de las intoxicaciones se deben al consumo de medicamentos de uso humano entre los que tenemos los analgésicos, antipiréticos (AINES) y esto puede deberse a que muchos de ellos son de venta libre; así también encontramos los antipsicóticos, antidepressivos, hipnóticos sedantes, ansiolíticos, entre otros(13).

### Conclusiones

Los pacientes con intoxicación aguda en la sala de emergencia representan un reto clínico, existe un predominio masculino, siendo los agentes tóxicos más frecuentes los inhibidores de la colinesterasa (organofosforados), seguidos del alcohol etílico y medicamentos (ansiolíticos).

### Disponibilidad de datos y materiales

Se utilizaron recursos bibliográficos de uso libre y limitados. La información utilizada está disponible bajo requisición al autor principal.

### Financiamiento

Se trabajó con recursos propios de los autores.

### Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflictos de interés. La publicación se realiza con el fin de aportar conocimiento.

### Agradecimiento

Al departamento de Docencia, Estadística y la sala de Emergencia del Hospital General Docente de Ambato por permitir la realización de esta investigación.

### Referencias Bibliográficas

1. Ugare GU, Ndifon W, Bassey IAE, Oyo-Ita AE, Egba RN, Asuquo M, et al. Epidemiology of death in the emergency department of a tertiary health centre south-south of Nigeria. *Afr Health Sci.* 2012;12(4):530–7.
2. Estrada A, Berrouet M, Zuluaga M, Ortiz A, Franco A, Misas L, et al. Epidemiología de las intoxicaciones agudas en los servicios de urgencias hospitalarias. Medellín, Colombia. *Rev toxicol.* 2018;119–23.
3. Henao S, Arbelaez M. Situación epidemiológica de las intoxicaciones agudas por

plaguicidas en el Istmo Centroamericano 1992-2000. *Agromedicina.* 2002;63:90–4.

4. Munné P, Arteaga J, Munné Mas P. Asistencia general al paciente intoxicado General care of the intoxicated patient. *An Sis San Navarra [Internet].* 2003;26(1):21–48. Available from: <http://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v26s1/tres.pdf>

5. Piekarska-Wijatowska A, Czyzewska S, Kotwica M, Krakowiak A. [Epidemiology of acute poisonings during 2002-2011 in Toxicology Unit; Department of Occupational Medicine and Toxicology, Nofer Institute of Occupational Medicine, Lodz, Poland]. *Przegl Lek [Internet].* 2013;70(10):848—851. Available from: <http://europepmc.org/abstract/MED/24501810>

6. PER-01/PJ/2017 N. No Titleسلطنه عمان. *Occup Med (Chic Ill).* 2017;53(4):130.

7. COMPORTAMIENTO HUMANO Trabajo de fin de Carrera titulado : Prevalencia de intoxicaciones ocupacionales agudas con plaguicidas Inhibidores de la Colinesterasa y sus efectos en la salud en Ecuador entre el 2015 y el 2020 Realizado por : SANDRA DEL PILAR SOL. 2021;

8. Ministerio E, Pública DS, Información D, Toxicológico A, Por I, Serpientes MDE, et al. SUBSISTEMA DE VIGILANCIA SIVE-ALERTA INTRODUCCIÓN Casos de efectos tóxicos y químicos por tipo . Ecuador año EVENTO Intoxicaciones por plaguicidas Mordedura de serpiente Picadura de alacrán Intoxicaciones por alcohol metílico POR QUÍMICOS Los plaguicidas . 2021;

9. Trabajo de fin de Carrera titulado : plantación agrícola . Mario Leopoldo Sunta Ruíz Directora del proyecto : Pamela Alexandra Merino Salazar Como requisito para la obtención del título de : 2021;

10. Tafur A, Zapatier J HL. Incidencia de Intoxicaciones en el litoral ecuatoriano. *Rev Ecuatoriana Med Crítica.* 2002;

11. De la Salud OP. Salud de las Américas 2007. Población y Salud en Mesoamérica. 2011;5(2).

12. ‘거대한 잠재력’ 인도. 아세안 본격 공략 시동. No Title‘거대한 잠재력’ 인도. 2015;3:2015. Available from: <http://weekly.cnbnews.com/news/article.html?no=124000>

13. Pública M de S. Manejo de intoxicaciones agudas. 2021.

**Vivencias de mujeres durante el parto eutócico en establecimientos privados VS establecimientos públicos.**

**Women's experiences during eutocic birth in private establishments VS public establishments.**

Lozada A. Mabel D. \*, Guarate C. Yeisy C. \*\*

\*Universidad Técnica de Ambato-Facultad de Ciencias de la salud-Carrera de Enfermería-Ambato Ecuador.

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-5212-6068>

\*\* Universidad Técnica de Ambato- Facultad de Ciencias de la salud-Carrera de Enfermería-Ambato Ecuador

ORCID ID: <http://orcid.org/0000-0003-1526-4693>

[yc.guarate@uta.edu.ec](mailto:yc.guarate@uta.edu.ec)

Recibido: 30 de junio del 2021

Revisado: 21 de septiembre del 2021

Aceptado: 22 de diciembre del 2021

**Resumen.**

Introducción: El parto eutócico es un proceso que conlleva tiempo, trabajo y constancia de parte del personal de salud y la madre que está próxima a dar a luz. Objetivo: Analizar las vivencias de las mujeres durante el parto eutócico en establecimientos públicos vs establecimientos privados. Material y Métodos: Se trata de una investigación enfocada en el paradigma cualitativo, descriptivo, con un diseño de campo ya que la información fue obtenida directamente de los sujetos participantes en su comunidad; la población, un grupo de mujeres de la comunidad de Miñarica 2 quienes aceptaron participar en el estudio. La recolección de la información se realiza a través de entrevistas semiestructuradas atendiendo al principio de saturación de la información; se procede a la transcripción de cada entrevista y el análisis de la información mediante la teoría fundamentada en los datos de donde emergieron categorías y subcategorías relacionadas con el tema de estudio. De igual manera, se tomaron en cuenta los principios éticos señalados en la Declaración de Helsinki, así como el respeto, confidencialidad y autonomía de las participantes del estudio. Resultados: Las mujeres participantes del estudio señalaron que existen diferencias en cuando a la atención del parto en las instituciones públicas y privadas con relación a la atención recibida y la presencia de violencia obstétrica. Conclusión: Se concluye que las mujeres del estudio presentaron violencia obstétrica por lo tanto los establecimientos de salud deben cumplir con las guías y normativas que tiene el Ministerio de Salud Pública en cuanto a la atención al parto.

Palabras clave: Vivencias, mujeres, parto eutócico, establecimientos privados, establecimientos públicos.

**Abstract**

Introduction: Euthocic birth is a process that involves time, work and perseverance on the part of the health personnel and the mother who is about to give birth. Objective: Analyze the experiences of women during euthocic birth in public vs. private establishments. Material and Methods: This is a research focused on the qualitative, descriptive paradigm, with a field design since the information was obtained directly from the participating subjects in their community; the population, a group of women from the community of Miñarica 2, who accepted to participate in the study. The information was collected through semi-structured interviews in accordance with the principle of information saturation; each interview was transcribed and the information was analyzed by means of grounded theory in the data from which categories and subcategories related to the topic of study emerged. Likewise, the ethical principles indicated in the Declaration of Helsinki were taken into account, as well as the respect, confidentiality and autonomy of the study participants. Results: The women participating in the study indicated that there are differences in the care of childbirth in public and private institutions in relation to the care received and the presence of obstetric violence. Conclusion: It is concluded that the women in the study presented obstetric violence; therefore, health facilities should comply with the guidelines and regulations of the Ministry of Public Health regarding childbirth care.

Key words: Experiences, women, euthocic birth, private establishments, public establishments.

## **Introducción.**

### Introducción

El parto es el proceso fisiológico mediante el cual una mujer expulsa al feto, las membranas corioamnióticas y la placenta al final de la gestación (1), por lo tanto, parto eutócico se denomina al proceso que empieza de manera instintiva, es decir natural, por vía vaginal; el feto se presenta de manera céfalica y generalmente no necesita ningún instrumento extractor y por lo tanto las complicaciones para la madre y su hijo suelen ser casi nulas, a diferencia de los partos distócicos que requieren maniobras, intervenciones quirúrgicas e instrumentos para sacar al feto (2).

Actualmente, la mayoría de las mujeres pueden dar a luz con un cuidado de la salud mínimo, sin poner en riesgo la seguridad del proceso. Para ello, es necesario que las mujeres recuperen la confianza en sus posibilidades de afrontar el parto y que los profesionales comprendan cuáles son las necesidades básicas de las mujeres durante este proceso fisiológico (seguridad, tranquilidad, privacidad, autonomía) y ofrezcan una atención diferente que satisfaga a las mujeres, garantizando su bienestar y el del recién nacido(3).

Según las estadísticas, en el Ecuador se producen en promedio 300.000 nacimientos al año, y en 2016 se produjeron un total de 123.086 partos naturales según la base de datos del INEC (4), por lo tanto, el personal de salud que presta el servicio de atención del parto, a todo nivel, tiene la obligación de estar debidamente informado sobre los avances técnicos y las prácticas locales acerca de la atención del parto, para darlas a conocer a las parturientas y a sus acompañantes, y solicitar de ellos su consentimiento. El personal de salud será el encargado de informar de manera suficiente y clara sobre todos los procedimientos, sus riesgos y consecuencias, cuidando de no confundir ni atemorizar a la parturienta y/o a sus acompañantes, tampoco de condicionar la aceptación de un procedimiento en particular (5).

De tal manera que esta investigación pretende concientizar al personal de salud que prestan cuidado durante la atención del parto, a través de las experiencias de un grupo de usuarias sobre las vivencias en la atención del parto y las expectativas

con las que las mismas acuden a dichos establecimientos, puesto que van a vivir una experiencia muy importante de su vida, el alumbramiento. Cabe destacar que el parto normal o eutócico promueve la libertad de la mujer, la cual se presenta como protagonista al ayudar a nacer a su hijo, lo cual disminuye los riesgos para el binomio madre-hijo (6).

Por lo que, con esta investigación se busca que las instituciones puedan contribuir a la implementación de prácticas al momento del parto que sean en beneficio de la mujer y del recién nacido, incluyendo la aplicación de guías establecidas por el Ministerio de Salud Pública, permitir el acompañamiento de la gestante durante el proceso, entre otras; con lo cual se generará mayor confianza y deseo por un alumbramiento natural (3).

Por todo lo antes expuesto, el objetivo general de este estudio fue analizar las vivencias de las mujeres de la comunidad de Miñarica 2 durante el parto eutócico en establecimientos públicos vs establecimientos privados.

### Materiales y Métodos:

El estudio se encuentra enmarcado desde el enfoque cualitativo, descriptivo, con un diseño de campo. Vale la pena resaltar que el estudio descriptivo cualitativo es el método que se puede elegir cuando se deseen descripciones rigurosas de los fenómenos; este tipo de estudio es especialmente útil para investigadores que busquen saber el quién, qué y dónde de los eventos (7). La población objeto de estudio se refiere al conjunto de elementos que presentan una característica o condición común (8); en este caso, la población de estudio fue un grupo de mujeres de la comunidad de Miñarica 2 que tuvieron su experiencia de parto en establecimientos públicos o privados en el último año, quienes narraron sus experiencias durante el proceso. La selección se llevó a cabo tomando como criterios de inclusión: Mujeres que hayan dado a luz por parto vaginal hace menos de un año y que aceptaran participar en el estudio firmando el consentimiento informado previa información sobre los objetivos del estudio; tal como señala el Código de Helsinki: "El participante potencial debe ser informado del derecho de participar o no en la investigación y de retirar su consentimiento en cualquier momento, sin exponerse a represalias previa información



sobre la investigación y objetivos de la misma” (9). Así mismo, se cuidaron los principios éticos de confidencialidad, respeto y autonomía durante el desarrollo de la investigación.

Para la recolección de la información se realizaron entrevistas semi estructuradas que sirvieron para conocer las vivencias de la atención recibida durante el parto. En tal sentido, las entrevistas semi estructuradas cuentan con preguntas fijas, los entrevistados pueden contestar libremente sin necesidad de elegir una respuesta específica, los investigadores pueden interactuar y adaptarse a los entrevistados, por lo tanto permiten una mayor interpretación de los datos (10). En total se entrevistaron a 7 mujeres que dieron a luz en establecimientos privados y a 6 mujeres que alumbraron en el sector público; proceso que culminó cuando la información se saturó, entendida como el punto en el que el investigador reconoce la orientación y el sentido de los datos que se generan hasta el punto de considerar que no aportan mayor riqueza ni profundidad al estudio del fenómeno de interés (11).

Finalmente, se procedió a la transcripción, palabra por palabra, de las entrevistas realizadas, realizándose el análisis según la teoría fundamentada en los datos la cual proporciona una perspectiva nueva en la inducción: no se parte de la teoría ni de la bibliografía existente, sino de los datos del escenario (12), procediéndose a la triangulación de los datos, lo que permitió la comprensión de la narrativa de los sujetos investigados dando respuesta a los objetivos planteados en el presente trabajo de investigación.

## Resultados

De la palabra de las informantes del estudio, emergieron las siguientes categorías y subcategorías como resultados de la investigación: Categoría 1: La vivencia de la mujer durante el parto eutócico

Subcategoría 1: El momento más especial de la Vida

La vivencia de las mujeres durante el parto eutócico es un momento lleno de varias sensaciones que, mezcladas, se convierte en el momento más increíble que una mujer puede sentir; significa el único dolor que al final se vuelve satisfacción total con el solo hecho de tener a su hijo cerca. Este momento lo señalaron las participantes de la siguiente manera: “como madre primeriza fue

bueno, lo más bonito fue el momento cuando le recibí a mi nena, fue el momento más bonito de mi vida, no sabe cómo me sentí, es inexplicable, como decir fue especial” (Mary) “...me lo pusieron en mi pecho, lo conocí por primera vez, sentí ese contacto más allá del físico entre él y yo, lo pude ver y de ahí se llevaron a mi hijo, fue la experiencia más linda y especial” (Isabel). Las expresiones de las informantes no solo fueron verbales sino que hubo expresiones de emoción mediante el lenguaje corporal: se les quiebra la voz al momento de recordar su experiencia.

Así mismo, para las participantes que vivieron la experiencia en la institución pública, el momento no fue distinto a las del sector privado. Al respecto señalaron: “...Tenía una barriguita pequeña... todos se sorprendieron porque mi bebé nació grande entonces me felicitaron y dijeron: usted a su corta edad tuvo un buen parto, me enseñaron a mi bebé y se lo llevaron, fue bonito verle su carita, fue hermoso.(Carla) “...a mi bebé me la colocaron al pecho, la pude ver pero no tocar y se la llevaron, lo único que hice es llorar porque fue especial” (Paola)

Subcategoría 2: La hora cero: el proceso del parto y los pujos

Pero, ¿cómo fue el momento de dar a luz?, el momento de la verdad, el proceso del parto y los pujos; el preciso momento del dolor fue vivido de la siguiente manera por las informantes de la institución privada: “...en realidad las enfermeras claro era 11 de la noche y necesitaban descansar pero muy bien, me atendieron 2 enfermeras, me decían que puje y al cuarto pujo salió mi hijo. (Karina) “...Me dijeron los de enfermería como debo pujar, a ratos me llegaba el dolor... bueno la atención de ellos fue buena porque me decían qué tengo que hacer en ese momento que tenía los dolores, o sea me explicaban así y a los 10 minutos mi hijo nació fue rápido. (Mónica). Así mismo, la experiencia para las informantes sobre su experiencia en la institución pública no fue distinta a las anteriores: Carla, con una sonrisa nerviosa, dijo: “el doctor me dijo que me tranquilice que todo va a salir bien, usted concéntrese y puje, puje, entonces de ahí yo sin darme cuenta al tercer pujón creo ya ha estado afuera mi bebé y ya le sacaron”. Gisela comentó: “...la enfermera me dijo respire, cierre la boquita y puje lo más que pueda, siento que lo hice bien porque me felicitaron ya que mi nena nació rápido”

Subcategoría 3: ¿El acompañamiento es importante?

En cuanto al acompañamiento familiar durante el proceso de parto se encontró lo siguiente: "... fue una experiencia muy bonita estar acompañada, tener una persona que me está apoyando en este momento, en el momento del dolor, me dio fuerzas para los pujos, creo que me sentí segura" (Gisela). Paola, expresó, con una pizca de satisfacción y voz emocionada, que estuvo acompañada de su madre durante el proceso de parto: "...mi familiar era quién me ayudó y me apoyaba de manera física y emocional porque al momento de las contracciones el dolor es insoportable, entonces mi mamá me ayudaba me decía que tome aire, que respire, que no grite, que guarde todas esas fuerzas para cuando me toque pujar o sea me guiaba en todo, me ayudaba a caminar". Estas informantes vivieron la experiencia en la institución pública.

Por el contrario, la experiencia vivida por las informantes del sector privado fue diferente ya que coincidieron en que no les permitieron ingresar con un familiar a sala de partos; pero el motivo fundamental de este impedimento fue el tema de la pandemia de COVID-19, "...hubiese sido bonito que el momento en que mi nena nacía, en ese momento él le tenga en sus brazos y vea cómo nace, también porque me daría más que todo seguridad para no estar tan nerviosa porque sí estaba nerviosa el momento que me daban las contracciones fuertes, entonces si él hubiese estado junto a mí me hubiese dado un poco más de valor y fuerza" (Mily)

Subcategoría 4: Los profesionales de enfermería: Apoyo emocional fundamental

Con relación a este aspecto, todas las participantes de la investigación coincidieron en que los profesionales de enfermería desempeñaron un papel fundamental en el proceso del parto y les describían como "ángeles que se ponen en el lugar de otros para ayudar". La participante Alejandra señaló: "...me tenían la mano, me decían que me coja fuerte de donde yo estaba acostada, que respire profundo, que no abra mucho mi boca, estaban a cada rato ahí pendientes viendo si mi nena ya bajaba en las contracciones, Evelyn expresó: "...Me ayudaron, me pusieron las piernas donde eran, la posición que es y me dijeron que pujan, como 3 veces lo hice y me explicó que me sostenga, las enfermeras me dieron fuerza".

Subcategoría 5: El primer contacto con el nuevo ser ¿Es importante y necesario para las madres?

Según la experiencia de nuestras participantes, es importante el apego inmediato, el contacto con su hijo desde el mismo momento en que llega al mundo. Sin embargo, la experiencia no fue favorable en este aspecto para las participantes que contaron su experiencia en el sector privado; por ejemplo Mónica relató: "...el ratito que nació...me lo hicieron ver, solamente de lejitos, luego se lo llevaron a vestirle y lo trajeron". Esta experiencia no fue distinta a la de Karina: "...no, no me dejaron cogerle no me lo acercaron, ni siquiera me acercaron al bebé sólo le pusieron como que en mi barriga el ratito que nació y la enfermera le tomó con esos trapitos que hay ahí y luego se lo llevaron".

Por el contrario, la experiencia del grupo de madres entrevistadas que tuvieron su parto en una institución pública, reveló lo siguiente: "...cuando nació, la enfermera me enseñó a mi bebé, me dijo mire aquí está su bebe, me lo puso en mi pecho por poco tiempo, le di un beso y se lo llevé" (Evelin). Este testimonio contradice con el de Gisela quien, emocionada, dijo: "...cuando ya nació mi bebé, me hicieron el apego que siempre hacen, me lo pusieron al pecho y de ahí le entregaron a mi esposo en ese momento me pasaron a la sala de recuperación y ya empecé a convivir con mi bebé, inmediatamente conviví con mi bebé".

Subcategoría 6: No me explicaron cómo darle de lactar

La realidad es un poco más cruda cuando ya tienes a un ser a quien cuidar y proteger toda tu vida, un hijo; por ejemplo Karina dijo con un tono de rechazo: "...no me explicaron, sólo me decían que debo darle de comer al bebé pero no me decían como, mi bebé tomó el primer día que nació leche de tarro". Otra historia vivió Mary quien por cuestiones de la vida tuvo que acudir a la sala de neonatología para alimentar a su hija: "...me dijo la enfermera, tome siéntese aquí, dele el seno y yo no sabía qué hacer si tocarle a mi nena o no tocarle con el miedo de que le va a pasar algo y yo le di el seno a mi nena y mi nena no subió de peso, ella bajaba de peso y la enfermera me supo decir váyase, salga de aquí, váyase y me mandó y fue tan cruel conmigo esa enfermera". Estos testimonios corresponden a las informantes que fueron atendidas en la institución privada.

Sin embargo, el panorama de ellas no se distancia mucho del sector público, quienes vivieron esta experiencia de la siguiente manera: "...al siguiente

día que yo di a luz recién vinieron los de neonatal a explicarnos cómo se debe dar el seno, cómo se debe amarrar al bebé, en qué posición debe estar o sea al siguiente día, yo ya pasé tarde y noche con la nena, y ahí recién me dieron esas indicaciones” (Belén)

Categoría 2: Eventos obstétricos violentos

Subcategoría 1: Para mí no hubo maltrato

Con relación a la experiencia de maltrato obstétrico, señalaron las informantes lo siguiente: Mily, antes de responder hace un silencio prolongado y responde: “...estuve recordando si algo me incomodó pero no, las enfermeras fueron pacientes me iban explicando, nunca me trataron mal ni me dijeron cosas indebidas ni nada de eso Entonces no me puedo quejar de maltrato o de algo así. Mientras que Alejandra expresa: “...en la clínica no sufrí ningún tipo de violencia no me quejo, siempre me trataron con respeto, no sentí ningún tipo de maltrato. Para las participantes que dieron a luz en el sector privado fue de igual manera: “...no sentí nada de esas cosas mejor me sentí motivada y tuve mucho apoyo” (Gisela) “yo pienso que es normal todos los procedimientos, no siento que me hayan maltratado” (Belén)

Subcategoría 2: La experiencia del tacto

Cuando se indagó acerca del procedimiento más común durante el proceso de parto, empiezan a reflexionar y a recordar lo que fue su experiencia con esta técnica; esto fue lo que señalaron: Alejandra (institución privada): “el doctor que me iba a hacer el tacto y me dijo que me iba haciendo el tacto para ver dónde estaba la cabeza de mi hijo, porque ya iba teniendo los pujos y él me dijo que necesitaba saber, no me sentí incomoda, para nada. Su testimonio lo comparten las demás mujeres quienes dieron a luz en el sector privado; en cambio, para las participantes del sector público, su experiencia fue distinta, algunas recordaron con indignación este momento: (Belén): “...De sentirme incómoda si me incomodó bastante porque en parte también duele porque lo hacían una y otra vez, entonces eso también es un poco doloroso”. “...Me lo hicieron varias veces, incluso practicantes, era muy doloroso y vergonzoso porque no tenía privacidad, aparte que lo hacía uno y otro doctor por los cambios de turno” (Belén)

Subcategoría 3: La privacidad ¿Fue cumplida?

La participante Isabel, un poco molesta relató: “...sí, hubo mucha gente incluso después de dar a

luz yo le dije al doctor que porque había mucha gente y él me dijo que todos ellos estaban de turno y no había ninguna otra persona ni en lista ni nada entonces él me dijo por eso todos entraron porque si habían por ejemplo enfermeras así que ni siquiera estaba haciendo algo sólo estaban ahí parada y o sea sí sí hubo mucha gente y yo creo que no deberían haber estado”. Esto para nada contrastó con lo que señaló Evelyn: “...otra cosa que en parte no me gustó es que en la sala de partos hasta el conserje entra, entran otros doctores de otra especialidad, estaban muchas personas viéndonos, me sentí avergonzada porque estaba solo con la bata, sin nada por debajo”

Categoría 3: Propuestas que contribuyan a la mejora de la atención

Subcategoría 1: Esto es lo que queremos y necesitamos

Luego de todas estas experiencias que sin lugar a duda fueron gratas pero también con un poco de indignación, las participantes de este estudio, ahora sin distinción de grupo, emitieron sus opiniones acerca de cómo se debería mejorar el sistema de atención del parto: Mily: “bueno en mi parecer yo creo que no en los centros privados sería y siento que es muy importante que se pueda estar acompañada porque eso nos daría más seguridad y fuerza para dar a luz” Alejandra coincide con Mily: “pues que mi esposo estuviera ahí nada más”. Paola y Belén lo que sugieren es mayor privacidad: “...lo único que recomendaría la privacidad y también que el personal que vaya a estar en el parto esté más que todo atento al paciente porque a veces piensan que bueno ya nació el bebé y se van”. “Sería bueno que no entren y salgan personas que no están inmersas en esa área, creo que es importante la privacidad, estamos casi desnudas y todo mundo pasa por ahí...por otro lado, sería bueno que una sola persona realice el tacto o que esa persona esté en todo ese proceso, máximo dos porque hablando en lo personal es medio incómodo”.

Lo anterior significa que la vivencia de cada una de las mujeres participantes del estudio no coinciden del todo aun cuando existe un protocolo o guía de práctica a seguir de parte del Ministerio de Salud, el cual señala que las pacientes deben ser tratadas por igual y con los mismos derechos durante su labor de parto y el parto mismo. Por otro lado, las recomendaciones emitidas por las participantes si coinciden, es decir, consideran necesario e

importante el acompañamiento durante el proceso de parto, así como cuidar de su privacidad en todo momento.

#### Discusión de resultados:

El momento del parto es especial, sin duda alguna es un momento que marca un antes y un después en la vida de una mujer; es una vivencia que, en definitiva, transforma a la mujer respecto del sentido de vida, de su desarrollo como ser femenino y de la maternidad (13). El parto es un evento inolvidable y más cuando la mujer es la que tiene protagonismo; es en este momento cuando el rol de los profesionales de salud, y en especial, del profesional de enfermería, es fundamental para que el proceso culmine feliz y sin complicaciones; ayudando a la mujer en este proceso fisiológico tan importante. Es por ello que el parto debe ser atendido en centros sanitarios con especialistas en esta rama que garanticen la seguridad tanto de la madre y como del niño (14).

Con relación al parto, es importante resaltar que cada etapa requiere de un apoyo y un acompañamiento, donde el profesional de enfermería tiene un papel relevante. Por lo tanto, al momento del trabajo de parto es necesaria la explicación y educación que el personal de salud pueda proporcionar; el cuidado humano por parte del profesional de enfermería con énfasis en el acompañamiento y la educación, sobretodo en primigestas, significa un gran apoyo para un desenlace rápido y efectivo (15). La educación con relación a las técnicas de respiración, realización de pujos efectivos y, sobretodo, el tener paciencia, son fundamentales. El trabajo de parto y parto en sí, deben ser una vivencia satisfactoria donde se respete la fisiología del proceso, donde las intervenciones sean solo las necesarias, donde se comprenda y respete los aspectos sociales y culturales de la parturienta, sus momentos y tiempos; velando por los principios éticos de autonomía y privacidad. Sin embargo el rol de enfermería en gestantes y parturientas debe ir mejorando y los profesionales deben adquirir destrezas, habilidades y conocimientos en base a fundamentos científicos, con la finalidad de brindar una atención de calidad, calidez y oportuna a las gestantes (16).

Por otra parte, el acompañamiento durante el trabajo de parto es un hecho manifestado como necesario por parte de las mujeres que han vivido éste momento. Sin embargo, aún no existe un consenso en las instituciones de salud con relación a la entrada y permanencia de una persona significativa que les permita vivir con ellas el momento. En este estudio se evidenció que la experiencia fue diferente y que depende de la institución donde sea atendida la embarazada; pues mientras en algunas instituciones permitían la entrada de un familiar, en otras no; y el testimonio de las informantes resalta que para ellas, el estar acompañadas sobre todo de su esposo, es muy importante ya que les da fuerza y motivación para continuar con el parto; les permite mitigar el miedo y el temor que sienten, así como el estrés y la incertidumbre de lo que va a pasar (17,18).

Así mismo ocurre en cuanto al apoyo del personal de enfermería; es importante destacar el accionar del personal como una pieza clave en la labor de parto y parto; el apoyo emocional es de suma importancia cumplir con un parto altamente humanizado (19). Por lo tanto, el equipo de enfermeros debe valorar a la paciente y así ayudar en el proceso de parir (20), respetando su tiempo, utilizando técnicas dirigidas a la relajación y al alivio del dolor, ejercicios respiratorios, cambios de posición según su necesidad; es decir, el personal debe generar y fomentar actividades que disminuyan el estrés en la mujer (21).

Otro de los aspectos fundamentales es el relacionado con el primer contacto con el nuevo ser; esta experiencia es única e irrepetible, por lo que todas las madres deben tener la oportunidad de compartir ese primer momento con su hijo, es el momento del inicio del vínculo materno, donde afloran múltiples sentimientos. Sin embargo, la experiencia señala que no siempre se cumple con éste paso. Es importante resaltar que es en éste momento cuando se experimenta la conexión entre madres e hijo, por lo tanto, el apego precoz contribuye al establecimiento del vínculo y la adaptación postnatal (22). Además, el apego precoz es un derecho establecido en el protocolo del Ministerio de Salud Pública del Ecuador desde el año 2008; es incluso en éste momento en que se da inicio a la lactancia materna cubriendo necesidades fisiológicas y una experiencia única de vinculación

entre madre e hijo, debido a que lo estimula sensorialmente y le permite reconocer a través del olor a su madre (23). Por lo tanto, este paso no debe ser omitido.

Cabe destacar que la práctica de la lactancia materna es un instinto natural, no obstante, las explicaciones y orientaciones por parte del personal de salud con relación a la lactancia materna siempre son importantes, sobretodo en primigestas. De hecho, existen consejeros en lactancia materna y organizaciones de salud que promueven esta práctica; la OMS señala que el inicio temprano de la lactancia materna es de suma importancia puesto que el recién nacido debe recibir el calostro, “primera leche”, rico en factores de protección (24). Por tal motivo, el rol educador de enfermería es fundamental, ya que la preparación para este proceso se inicia con la educación pertinente a los padres, explicando las interminables ventajas de la práctica de la misma y luego la enseñanza del cómo realizarlo correctamente (25).

En otro orden de ideas, se encuentra lo relacionado con los hechos de violencia obstétrica durante el parto, procedimientos como el tacto vaginal frecuente y realizado por personas diferentes, significa una violencia a la mujer parturienta (26). El número de tactos vaginales debe limitarse a lo estrictamente necesario. Esta maniobra debe monitorearse por personal médico responsable y no dejarlo en manos de personal que está aprendiendo o que esté en proceso de formación (27).

Algo semejante ocurre con la privacidad a la paciente durante el parto; el cuidado de su pudor. Los profesionales de la salud deben ser particularmente sensibles con respecto a los elementos que garantizan un respeto a la privacidad física de la paciente, que ésta tenga completa libertad en su proceso y no tenga que preocuparse por los que la están viendo a su alrededor, que las mujeres sean consultadas antes de ser atendidas y que los profesionales de la salud adopten una sensibilidad ética que contribuya al respeto y autonomía de las mujeres. Que la parturienta se sienta totalmente protagonista de su vivencia, sobre todo de manera muy privada si así ella lo desea (28).

Por tal motivo, procedimientos considerados como “normales” para una mujer en trabajo de parto tales como el no permitir el ingreso de un familiar (si el caso lo permite), repeticiones frecuentes de procedimientos como el tacto vaginal por diferentes personas; son muestras de violencia obstétrica pues se consideran como una forma específica de violación a los derechos humanos y reproductivos de las mujeres, incluyendo los derechos a la igualdad, a la no discriminación, a la información, a la integridad, a la salud y a la autonomía reproductiva (29).

Finalmente y de manera general, se puede decir que el cuidado proporcionado por los profesionales de enfermería es efectivo y satisfactorio, que no existe discriminación hacia la mujer; sin embargo, es necesario que este cuidado sea impartido conforme a los lineamientos establecidos y teniendo siempre presente al binomio madre-hijo. Es el momento de cambiar y mejorar, para proporcionar una mejor atención y que la experiencia del parto sea satisfactoria.

#### Conclusiones:

Es importante tomar en cuenta las necesidades de la paciente al momento del parto. Estar pendiente de los hechos de violencia obstétrica que se puedan presentar. Mantener la privacidad de la paciente es fundamental y no dejar de practicar el apego y amamantamiento precoz con el recién nacido. El acompañamiento de la parturienta es un factor fundamental, por lo que, en la medidas de las posibilidades se debe permitir la presencia de un familiar significativo en el proceso.

Se recomienda que el personal de salud que atiende a la mujer parturienta en su labor de parto sea en número adecuado y con las que la mujer se sienta cómoda. Finalmente, se sugiere que los establecimientos de salud cumplan con las guías y normativas que tiene el Ministerio de Salud Pública en cuanto a la atención al parto y parto humanizado..

#### Referencias Bibliográficas

1. Hernández C. La epidemia de cesáreas como limitante del parto humanizado [Internet]. Medicas UIS. 2019 [citado 17 junio 2021]. Disponible en:

[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0121-03192019000100009](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-03192019000100009)

2. Negrín A. La epidemia de cesáreas como limitante del parto humanizado 2019. Universidad de La Laguna, Facultad de Ciencias de La Salud. Sección Enfermería. [citado 17 junio 2021]. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0121-03192019000100009](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-03192019000100009)

3. Ministerio de Salud Pública. Atención del trabajo parto, parto y posparto inmediato. Guía de Práctica Clínica. 1ª Edición. Quito: Dirección Nacional de Normatización; 2015. Disponible en: <http://salud.gob.ec>

4. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, INEC. Encuesta nacional sobre relaciones familiares y violencia de género contra las mujeres (envigmu) [Internet]. Ecuador en cifras. 2019 [citado 8 junio 2021]. Disponible en: <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/encuesta-nacional-sobre-relaciones-familiares-y-violencia-de-genero-contra-las-mujeres-envigmu/>

5. Borges L, Sánchez R, Domínguez R, Pérez A. El parto humanizado como necesidad para la atención integral a la mujer [Internet]. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. 2018 [citado 5 junio 2021]. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138-600X2018000300002](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2018000300002)

6. Macías M, Haro J, Piloso F, Galarza G, Quishpe M, Triviño B. Importancia y beneficios del parto humanizado [Internet]. Dialnet. 2018 [citado 5 junio 2021]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6560206>

7. Aguirre J, Jaramillo L. El papel de la descripción en la investigación cualitativa [Internet]. Cinta de moebio. 2015 [citado 5 junio 2021]. Disponible en: [https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-554X2015000200006](https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-554X2015000200006)

8. Arias J, Villacis M, Miranda M. El protocolo de investigación III: la población de estudio [Internet]. Revista Alergia México. 2016

[citado 5 junio 2021]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/4867/486755023011.pdf>

9. Álvarez, L. Aspectos éticos y legales de la práctica profesional [programas] [Internet]. [Buenos Aires]: Instituto Universitario Hospital Italiano. Licenciatura en Instrumentación Quirúrgica; 2018 [citado 5 junio 2021]. Disponible en: <http://trovare.hospitalitaliano.org.ar/descargas/planes/20180228142511/programa-aspectos-eticos-y-legales-de-la-practica-profesional-2018.pdf>

10. López C. Entrevistas semiestructuradas con NVivo: pasos para un análisis cualitativo eficaz. Anuario de Métodos de Investigación en Comunicación Social. 2020; 15. [citado 5 junio 2021]. Disponible en: <https://repositori.upf.edu/handle/10230/44605>

11. Sáenz A. Muestreo y selección de fuentes de información. En: Curso de Introducción a la Investigación Cualitativa. Barcelona-España: Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria; 2016. p. 32. [citado 5 junio 2021]. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/csc/a/VgFnXGmqhGHNMBsv4h76tyg/?lang=es&format=pdf>

12. Alarcón A, Munera L, Montes A. La teoría fundamentada en el marco de la investigación educativa [Internet]. Saber y Ciencia Libertad. 2017 [citado 18 junio 2021]. Disponible en: <https://revistas.unilibre.edu.co/index.php/saber/article/view/1475>

13. Ordoñez G, Guarate Y. Percepción de cuidado humanizado de Enfermería desde la perspectiva de usuarias parturientas de una comunidad de Latacunga, Ecuador [Internet]. Revista de Enfermería Ocronos. 2021 [citado 12 junio 2021]. Disponible en: <https://revistamedica.com/percepcion-cuidado-humanizado-enfermeria-parturientas/>

14. Muñoz C, Contreras Y, Manríquez C. Vivencias de mujeres con asistencia de parto personalizado [Internet]. Revista chilena de obstetricia y ginecología. 2018 [citado 12 junio 2021]. Disponible en:

[https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0717-75262018000600586&lng=es&nrm=iso](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0717-75262018000600586&lng=es&nrm=iso)

15. Gaitán H, Eslava J. El parto: Evento que exige la excelencia de la calidad en los servicios de salud [Internet]. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*. 2017 [citado 12 junio 2021]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=195251837001>

16. Herrera V. Rol educador del profesional de Enfermería percibido por las gestantes durante el control prenatal, parroquia La Victoria 2020 [Internet]. *Revista de Enfermería Ocronos*. 2020 [citado 12 junio 2021]. Disponible en: <https://revistamedica.com/rol-educador-enfermeria-gestantes-control-prenatal/>

17. Gómez V. Beneficio del acompañamiento durante el trabajo de parto. [Guayaquil]: UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL; 2019. [citado 12 junio 2021]. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/42306/1/CD-567-GOMEZ%20LOPEZ.pdf>

18. Rodríguez B, Duran K. Desempeño de las doulas en la atención de la mujer y su familia durante el periodo gestacional, parto y post parto en Costa Rica. [Internet]. *Enfermería Actual de Costa Rica*. 2016 [citado 12 junio 2021]. Disponible en: [https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?pid=S1409-45682016000100028&script=sci\\_abstract&tlng=es](https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?pid=S1409-45682016000100028&script=sci_abstract&tlng=es)

19. Borges L, Sixto A, Sánchez R. Influencia del desempeño de los profesionales de enfermería en la atención humanizada al parto [Internet]. *Revista Cubana de Enfermería*. 2018 [citado 12 junio 2021]. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0864-03192018000200014&lng=es&nrm=iso](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0864-03192018000200014&lng=es&nrm=iso)

20. Da Silva I, Santos S, de Oliveira M, Ciprano V, Melo T. Intervención educacional para la mejora en la asistencia al trabajo de parto normal [Internet]. *Enfermería Global*. 2020 [citado 12 junio 2021]. Disponible en:

[https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1695-61412020000200008](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412020000200008)

21. Borgues L, Sanchez R, Domiguez R. El parto humanizado como necesidad para la atención integral de la mujer [Internet]. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*. 2018 [citado 12 junio 2021]. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138-600X2018000300002](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2018000300002)

22. Diaz M. Actitud del personal de salud en el inicio precoz de la lactancia materna, Hospital General de Jaen 2018. 2018. [citado 12 junio 2021]. Disponible en: [https://repositorio.unc.edu.pe/bitstream/handle/UNC/3515/T016\\_48272434\\_T.pdf?sequence=1&Allowed=y](https://repositorio.unc.edu.pe/bitstream/handle/UNC/3515/T016_48272434_T.pdf?sequence=1&Allowed=y)

23. Martínez J, Cruz M. Nivel de cumplimiento de apego precoz durante el puerperio inmediato: El Caso del Hospital General Docente Calderón [Internet]. *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas (Quito)*. 2019 [citado 13 junio 2021]. Disponible en: [https://revistadigital.uce.edu.ec/index.php/CIENC\\_IAS\\_MEDICAS/article/view/2689](https://revistadigital.uce.edu.ec/index.php/CIENC_IAS_MEDICAS/article/view/2689)

24. OMS, Unicef. Capturar el momento: Inicio temprano de la lactancia materna. 2018. [citado 13 junio 2021]. Disponible en: [https://www.unicef.org/media/47731/file/UNICEF\\_WHO\\_Capture\\_the\\_moment\\_EIBF\\_2018\\_SP.pdf](https://www.unicef.org/media/47731/file/UNICEF_WHO_Capture_the_moment_EIBF_2018_SP.pdf)

25. Cerda L. Lactancia materna y gestión del cuidado [Internet]. *Revista Cubana de Enfermería*. 2011 [citado 13 junio 2021]. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-03192011000400010](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192011000400010)

26. Valdez R, Hidalgo E, Mojarro M, Arenas L. Nueva evidencia a un viejo problema: el abuso de las mujeres en las salas de parto [Internet]. *Revista: CONAMED*. 2016 [citado 13 junio 2021]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=79668>

27. OMS. Cuidados en el parto normal: Una guía práctica. 1997. [citado 13 junio 2021].

Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0063.pdf>

28. Biurrun A. La humanización de la asistencia al parto [Internet]. Dialnet. 2016 [citado 13 junio 2021]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/dctes?codigo=153678>

29. Villanueva E. ¿De qué hablamos cuando hablamos de violencia obstétrica? [Internet]. Revista CONAMED. 2016 [citado 13 junio 2021]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumenI.cgi?IDARTICULO=79665>



