

UCV-Scientia

Biomédica

e-ISSN 2663-614X Volumen 4 | Número 1 Año 2021



FONDO EDITORIAL
Universidad César Vallejo

UCV-Scientia Biomédica

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD – ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA VOLUMEN 4 - NÚMERO 1 | 2021

EDITOR

David Rene Rodríguez Díaz. *Universidad César Vallejo. Perú.*

EDITORES ASOCIADOS

Dr. Walter Rafael Llaque Dávila. *Universidad César Vallejo. Perú.*
Mgtr. Miguel Ángel Tresierra Ayala. *Universidad César Vallejo. Perú.*

COMITÉ EDITORIAL

Iván Montes Iturrizaga. *Universidad César Vallejo. Perú.*
Aníbal Manuel Morillo Arqueros. *Universidad César Vallejo. Perú.*
Marco Antonio Alvarado Carbonel. *Universidad César Vallejo.*
David Carmelo García Cedrón. *Universidad César Vallejo.*
Gina Chávez Ventura. *Universidad César Vallejo. Perú.*
Augusto Aldave Herrera. *Universidad Nacional de Trujillo. Perú.*
Cecilia Romero Goicochea. *Universidad Nacional de Trujillo. Perú.*
Cesar Antonio Bonilla Asalde. *Hospital Daniel Alcides Carrión. Perú.*
María Elena Luna Farro. *Universidad Nacional de Trujillo. Perú.*
Cesar Rodolfo Nureña Arias. *Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Perú.*
Luis Cuellar Ponce de León. *Universidad Nacional Federico Villarreal. Perú.*
Carlos Manuel del Águila Villar. *Universidad Nacional Federico Villarreal. Perú.*
Denis Núñez Herrera. *Hospital Regional Lambayeque. Perú.*
Shane Sergent. *Michigan State University. USA.*
Brett Etchbarne. *Michigan State University. USA.*
Cesar Ortega-Cava. *University of Nebraska Medical Center. USA.*
Evangelyn Alocilja. *Michigan State University. USA.*
Sergio Santamaria Suárez. *Universidad Autónoma del Estado Hidalgo. México.*
Robinson Pacheco López. *Universidad Libre. Colombia.*
Elvis Siprian Castro Alzate. *Universidad del Valle. Colombia.*

GESTORA DE TECNOLOGÍA DE INFORMACIÓN

Ing. Shirley Analí Vásquez Gonzáles. *Universidad César Vallejo*

Diseño y diagramación:

Fondo Editorial

Edición:

Electrónica

Contacto Principal:

Mgtr. David Rene Rodríguez Díaz
correo: drodriguez@ucv.edu.pe

Periodicidad:

Publicación trimestral

Contacto de Soporte:

Ing. Shirley Analí Vásquez Gonzales
correo: svasquezg@ucv.edu.pe

ISSN:

2663-614X versión en línea

Subscripción:

Acceso Abierto

El Comité Editorial de la revista UCV-Scientia Biomédica es responsable de garantizar la pertinencia y calidad de los artículos científicos incluidos en su publicación. Las opiniones expresadas por los autores son de su exclusiva responsabilidad y no reflejan necesariamente los criterios del Comité Editorial de UCV-Scientia Biomédica. Así mismo, la mención de nombres comerciales de productos, no implica que UCV-Scientia Biomédica los apruebe, recomiende o los prefiera a otros similares que no se mencionan.

Revista Arbitrada:

Sistema Arbitral por pares externos (doble ciego) Esto significa que la mayoría de los artículos publicados son enviados a revisión (por lo menos dos revisores independientes).

Correspondencia:

Dirigir toda correspondencia a Revista UCV-SCIENTIA BIOMÉDICA.

Universidad César Vallejo. Av. Larco 1770. Urb. Las Flores - San Andrés V Etapa - Trujillo - Perú. - Tel: 044 485000 Anx: 7288

E-mail: revistabiomedica@ucv.edu.pe

Website: <http://revistas.ucv.edu.pe/index.php/UCVSCIENTIABIOMEDICA/>

www.ucv.edu.pe



CONTENIDO

CONTENTS

05 Editorial

ARTÍCULOS ORIGINALES

07 Relación entre disfunción familiar y trastorno de ansiedad e ideación suicida en escolares
Relationship between family dysfunction and anxiety disorder and suicidal ideation in schoolchildren

15 Calidad del registro de las historias clínicas del servicio de hospitalización del Centro de Salud Materno Infantil El Bosque. Trujillo, Perú. 2019.
Quality of recording the clinical histories of the hospitalization service of the El Bosque Maternal Child Health Center. Trujillo, Perú. 2019.

23 Adherencia al tratamiento y calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en hemodiálisis
Adherence to treatment and quality of life in patients with chronic renal failure on hemodialysis

31 Percepción de la calidad de vida en mujeres con incontinencia urinaria en una unidad básica de atención primaria. Trujillo, Perú.

Perception of the quality of life in women with urinary incontinence in a basic primary care unit. Trujillo, Perú.

41 Influencia de la prueba rápida rotavirus – adenovirus y test reacción inflamatoria positiva en la prescripción de antibióticos en menores de 5 años con diarrea aguda
Influence of the rapid rotavirus - adenovirus test and positive inflammatory reaction test on the prescription of antibiotics in children under 5 years of age with acute diarrhea

47 Abordaje integral comunitario de la salud mental en La Libertad
Comprehensive community approach to mental health in La Libertad

Editorial

Salud mental en personal de salud durante la pandemia por COVID-19

Mental health in health personnel during the COVID-19 pandemic

David R. Rodríguez-Díaz¹

DOI: <https://doi.org/10.18050/ucvscientiabiomedica.v4i1.00>

Como citar: Rodríguez-Díaz DR. Salud mental en personal de salud durante la pandemia por COVID-19. UCV Sci. Biomed. 2021; 4(1): 5-6. DOI: <https://doi.org/10.18050/ucvscientiabiomedica.v4i1.00>

Derechos de reproducción: Este es un artículo en acceso abierto distribuido bajo la licencia CC



Declarada como pandemia por la Organización Mundial de la Salud (OMS) el 11 de marzo del 2020, la COVID-19 ha generado un marcado efecto sobre la salud mental (SM) de la población general, siendo esta situación extensiva al personal de salud (PS) avocado diariamente a la atención de los pacientes afectados.¹⁻³

Dentro del contexto sanitario el impacto es mayor, un considerable número de PS pasó a trabajo remoto y el limitado personal restante ha afrontado la atención de pacientes en un contexto muy incierto y con riesgo potencial de contagio o muerte a pesar de estar provistos de equipos de protección personal (EPP).^{4,5}

Los principales problemas de SM reportados en el PS durante la pandemia son: la ansiedad, la depresión, el insomnio, la

negación, la ira, el temor y el estrés.^{2,3,6} La OMS estableció algunas consideraciones de SM laboral en esta pandemia, incidiendo en: protección ante el estrés crónico, alternancia de funciones de riesgo, acceso a información actualizada y de buena calidad, descanso y pausas durante el trabajo o entre turnos, alimentarse en forma saludable y suficiente, realizar actividad física, contacto con la familia y los amigos, recepción de apoyo social y evitar el uso tabaco, alcohol u otras drogas, entre otras.⁷

El estado peruano ante esta situación y con la finalidad de atender oportunamente la SM del PS ha tomado medidas orientadas a reducir las posibles repercusiones que pudiesen acaecer en este escenario como efecto de la actual pandemia, la guía técnica "Cuidado de la Salud Mental del Personal de la Salud en el Contexto del COVID-19", emitida en abril del 2020,

¹Universidad César Vallejo (Perú). correo. drodriguez@ucv.edu.pe ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9203-3576>

ha sido una de ellas, sin embargo, aún existe la necesidad de ampliar e implementar nuevas estrategias.⁸

Siendo los trabajadores de salud un grupo en continua exposición al COVID-19 y teniendo en cuenta el riesgo que afrontan, resulta importante no solo establecer estrategias sanitarias para la atención de su protección física, sino también mental; ante ello, el rol gubernamental, el de la empresa privada y la comunidad civil juegan un papel sumamente importante.

Velar por la salud laboral del PS debe ser en todo momento un tema de agenda vigente, pues el SARS-CoV-2 formará parte de la problemática global por un largo tiempo, así también sus variantes, las cuales van en incremento y serán un reto constante con el que tendrán que lidiar diariamente.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. La OMS caracteriza a COVID-19 como una pandemia. [Accesado: 05 En. 2021]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/11-3-2020-oms-caracteriza-covid-19-como-pandemia>
2. 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.* 2020; 83(1): 51-6. DOI: <https://doi.org/10.20453/rnp.v83i1.3687>
3. Huarcaya-Victoria J. Consideraciones sobre la salud mental en la pandemia de COVID-19. *Rev Peru Med Exp Salud Publica.* 2020; 37(2): 327-34. DOI: <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2020.372.5419>
4. Palacios M, Santos E, Velásquez MA, León M. COVID-19, una emergencia de salud pública mundial. *Rev Clin Esp.* 2020. [en prensa]. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.rce.2020.03.001>
5. Nguyen LH, Drew DA, Graham MS, Joshi AD, Guo C-G, Ma W, et al. Risk of COVID-19 among front-line health-care workers and the general community: a prospective cohort study. *Lancet Public Health* 2020; 5: e475-83. DOI: [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(20\)30164-X](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(20)30164-X)
6. Torres-Muñoz V, Farias-Cortés JD, Reyes-Vallejo LA, Guillén-Díaz-Barriga C. Riesgos y daños en la salud mental del personal sanitario por la atención a pacientes con COVID-19. *Rev. Mex. Urol.* 2020; 80(3): 1-9. DOI: <https://doi.org/10.48193/rmu.v80i3.653>
7. Organización Mundial de la Salud. Consideraciones psicosociales y de salud mental durante el brote de COVID-19. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2020. [Accesado: 12 En. 2021]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/consideraciones-psicosociales-salud-mental-durante-brote-covid-19>
8. Ministerio de Salud. Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública. Dirección de Salud Mental. Guía técnica para el cuidado de la salud mental del personal de la salud en el contexto del COVID-19. Lima: Ministerio de Salud; 2020. [Accesado: 12 Feb. 2021]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/5000.pdf>

Relación entre disfunción familiar y trastorno de ansiedad e ideación suicida en escolares

Genaro E. Rodríguez-Arista¹
David R. Rodríguez-Díaz²
Alejandro E. Correa-Arangoitia³

Fecha de recepción: 20 de enero, 2021

Fecha de aprobación: 19 de febrero, 2021

DOI: <https://doi.org/10.18050/ucvscientiabiomedica.v4i1.01>

Como citar: Rodríguez-Arista GE, Rodríguez-Díaz DR, Correa-Arangoitia AE. Relación entre disfunción familiar y trastorno de ansiedad e ideación suicida en escolares. UCV Sci. Biomed. 2021; 4(1): 7-14. DOI: <https://doi.org/10.18050/ucvscientiabiomedica.v4i1.01>

Derechos de reproducción: Este es un artículo en acceso abierto distribuido bajo la licencia CC



¹Universidad César Vallejo (Perú). correo. gerodriaris@gmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3792-682X>

²Universidad César Vallejo (Perú). ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9203-3576>

³Universidad César Vallejo (Perú). ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9171-1091>

Relación entre disfunción familiar y trastorno de ansiedad e ideación suicida en escolares

Relationship between family dysfunction and anxiety disorder and suicidal ideation in schoolchildren

Genaro E. Rodríguez-Arista¹
David R. Rodríguez-Díaz²
Alejandro E. Correa-Arangoitia³

Resumen

Se determinó si la disfunción familiar y el trastorno de ansiedad se relacionaban con la ideación suicida en escolares atendidos en el consultorio integral de salud de la Institución Educativa Francisco Lizarzaburu en el distrito de El Porvenir en el 2018. El estudio fue correlacional en una muestra de 237 alumnos a quienes se les aplicó el test de Apgar familiar, el test de ansiedad de Hamilton y el test de ideación suicida de Beck. Se halló que La prevalencia de disfunción familiar fue 43,5%, mientras que la ideación suicida fue 13,1%. y la ansiedad 11,4%. Se encontró que existe una relación positiva débil entre la disfunción familiar e ideación suicida (V de Cramer=0,140; $p=0,032$). Además, existe una relación positiva débil entre la ansiedad y la ideación suicida (V de Cramer=0,294; $p=0,000$). Se concluye que la disfunción familiar y el trastorno de ansiedad se relacionan con la ideación suicida en escolares.

Palabras clave: disfunción familiar, trastorno de ansiedad, ideación suicida.

Abstract

It was determined whether family dysfunction and anxiety disorder were related to suicidal ideation in schoolchildren attended in the comprehensive health office of the Francisco Lizarzaburu Educational Institution in the district of El Porvenir in 2018. The study was correlational in a sample of 237 students to whom the family Apgar test, the Hamilton anxiety test and the Beck test of suicidal ideation were applied. It was found that the prevalence of family dysfunction was 43.5%, while suicidal ideation was 13.1% and anxiety 11.4%. A weak positive relationship was found between family dysfunction and suicidal ideation (Cramer's $V = 0.140$; $p = 0.032$). Furthermore, there is a weak positive relationship between anxiety and suicidal ideation (Cramer's $V = 0.294$; $p = 0.000$). It is concluded that family dysfunction and anxiety disorder are related to suicidal ideation in schoolchildren.

Keywords: family dysfunction, disorder of anxiety, suicidal ideation.

¹Universidad César Vallejo (Perú). correo. gerodriaris@gmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3792-682X>

²Universidad César Vallejo (Perú). ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9203-3576>

³Universidad César Vallejo (Perú). ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9171-1091>



INTRODUCCIÓN

La ideación suicida es el primer paso para el intento de suicidio y posteriormente el suicidio. En salud pública el suicidarse representa una trágica decisión que corta de manera prematura la vida del individuo. Según la OMS anualmente cerca de 810 000 personas realizan el suicidio, aproximadamente tres por cada dos minutos. En este problema el grupo de adolescentes y población joven se halla dentro de los más perjudicados, entre las edades de 15 a 29 años, ubicándose el 76% de los casos de naciones de escasos y regulares ingresos económicos. No existen datos de la ideación suicida como conglomerado mundial, por lo tanto, el dato de suicidio brinda un panorama sobre lo que puede ocurrir si no se aborda la ideación suicida.¹

En Colombia en el 2014, en un estudio aplicado a más de 600 adolescentes escolares, encontraron la que la presencia de disfuncionalidad familiar incrementaba hasta en tres veces la posibilidad de ideación suicida en los adolescentes, ($p=0,001$), la cual se veía influenciada también por el acumulo de tensión dentro del seno familiar, caracterizado por el poco apoyo entre sus integrantes, ausencia de valores y poca moral entre los integrantes.² En Chile (2017) se halló que los grupos pertenecientes a personas con ideación pertenecían a familias disfuncionales, resaltando que la ruptura de relaciones interpersonales dentro de la familia conlleva a una estrecha relación ideación de suicidarse ($r=0,768$; $p=0,000$), incluso no solo intentarlo, también llegar al suicidio.³

En un estudio en el ámbito nacional evaluaron variables asociadas a la prevalencia de ideación suicida en adolescentes limeños. La ideación al suicidio estuvo presente en el 21,5% de los encuestados, siendo mayor en las mujeres, apreciándose que los trastornos ansiosos generalizados alcanzaron el 12% de la población adolescente e incrementaban en dos veces la probabilidad de la ideación suicida ($p=0,001$), estableciéndose una ideación suicida alta en la zona rural, aunque similar a la casuística internacional.⁴

Castaño J et al (Colombia, 2016) evaluaron la ideación suicida y algunos factores asociados en 356 adolescentes. La edad fue de 14 años en promedio, de los cuales el 12% presentó ideación suicida; el 5,3% en hombres y el 17,9% en mujeres. El 42,6% tuvo disfunción familiar. Hallaron relación entre la funcionalidad familiar y la ideación suicida ($p=0,000$). Concluyeron que los alumnos que tuvieron buena funcionalidad en el seno de su familia tuvieron menor posibilidad de ideación suicida y cuando esta ideación aumentó, disminuyó la función familiar.⁵

Sábato T (Kuwait, 2013) estableció la relación de la depresión, ansiedad y autoestima en estudiantes adolescentes. El 12,3% de estudiantes presentó ansiedad e ideación suicida, mientras que el 8,5% de estudiantes no tuvieron ideación suicida, pero si ansiedad, hallándose relación entre ambas variables ($p=0,01$), concluyendo que los estudiantes con ideación suicida tienen autoestima baja, un alto nivel de ansiedad, así como de depresión.⁶

Pérez P. (Perú, 2016), determinó la presencia de relación de funcionalidad familiar e ideación suicida, en 104 estudiantes del último año de nivel secundario. Los instrumentos aplicados fueron el Apgar familiar, así como la escala de la ideación suicida de Beck. Los resultados revelaron que se encontró una relación moderada inversa significativa de $r=0,303$ ($p<0,05$), entre el funcionamiento familiar y la ideación suicida, concluyendo que cuanto más disminuye la funcionalidad familiar, se incrementa la ideación de suicidio y viceversa.⁷ Ríos J (Perú, 2014) evaluó la existencia de relación de la función familiar y la ideación suicida en 216 estudiantes de 16 años a más. Encontró que la funcionalidad familiar alcanzó el 52,8% y la ideación suicida en el 36,2%, sin significancia estadística ($p=1,78$).⁸

Considerando el contexto conductual y cognitivo, todo individuo que considera o piensa terminar con su vida es ya una ideación del suicidio. Se define como ideación suicida a la presencia de pensamiento que se asocia con culminar con su existencia de forma propia. A esta definición se agregan las ideas que involucran la ausencia del valor de su existencia, anhelos de morir, fantasías de quitarse la vida, así como la planificación de un acto de autoeliminación.⁹

Se mencionan una serie de factores influyentes en la posibilidad de ideación de suicidio, entre los que se hallan: el consumo de alcohol, síndrome depresivo, adicción a sustancias alucinógenas, psicosis, antecedentes de autolesionarse o intento de querer suicidarse, antecedente familiar de suicidio o alcoholismo, comportamiento de aislarse, enfermedades consuntivas, duelo por fallecimiento de familiar. Se incluye inestabilidad y violencia en la familia. Al evaluar los determinantes de riesgo individuales, se debe considerar que cuando existe la presencia de varios determinantes se incrementará la posibilidad que un individuo tenga una idea de tipo suicida. Sin embargo, la no presencia no elimina la probabilidad de tener un intento de suicidio.¹⁰

Para Olson, la disfuncionalidad familiar es la falta de interacción de relaciones afectivas entre los integrantes del grupo familiar y con la particularidad de modificar su estructuración y cohesión por la falta de solución a los problemas evolutivos de la familia. Esta definición incluye

situaciones que pasan las familias en el transcurrir de su existencia y las modificaciones que deben realizarse en su estructura para lograr adaptarse y cohesionarse. En la disfunción familiar hay presencia de un desbalance que imposibilita a la familia al cumplimiento exitoso de las metas y funciones asignadas. A veces esta disfunción es influenciada por algunas situaciones o determinantes estresantes que ocurre a lo largo de la evolución de la familia.¹¹

La familia se clasifica según su funcionalidad en: estructurada, caótica, rígida, flexible, separada, disgregada, aglutinada y relacionada. Apreciándose dos niveles de funcionamiento como es la adaptabilidad y la cohesión. En la dimensión denominada cohesión se evalúan la relación emotiva, las coaliciones y sus límites, la temporalidad y escenarios, toma de decisiones, amistades, y momentos recreacionales. En cuanto a la adaptabilidad se incluye el estilo de negociación, empoderamiento familiar, roles, normatividad de las relaciones. La cohesión es la relación emocional que los integrantes del conjunto familiar mantienen en conjunto y como de manera autónoma experimentan cada componente de la familia. Estima el nivel en que los integrantes se conectan o separan del resto del grupo familiar. En cambio, la adaptabilidad es la habilidad del grupo dentro del conjunto familiar con el fin de modificar estructuralmente su poderío, sus roles y normas en las relaciones familiares, respondiendo al estrés de la situación.¹²

La ansiedad está definida como la antelación de las desgracias, como daños al futuro, a la que se añade una sensación disforia o desagradable, con sintomatología de tensión. Esta sensación anticipada del daño podría ser externo o interno. Es un indicio de alarma que advierte sobre el inminente peligro, permitiendo al individuo adoptar acciones necesarias para combatir a dichas amenazas. Es necesario comprender que la ansiedad es el estado emocional normal o sensación angustiante ante una determinada situación y que representa una reacción común a distintas situaciones diarias que produce estrés. Como también algún nivel ansioso es considerado aceptable y normal dentro de las obligaciones y tareas diarias. Sólo cuando su intensidad está por encima de la capacidad de adaptación del individuo, es cuando la ansiedad se transforma en patología, ocasionando sensaciones y síntomas molestos que influyen en el aspecto físico, psicológico como el de tipo conductual.¹³

En la etapa adolescente, especialmente la escolar, se suscita una serie de transformaciones biopsicosociales, que pueden marcar el futuro del individuo llevándolo a situaciones de pensar en el suicidio. El distrito de El Porvenir es un escenario de grandes problemas sociales y que no es ajena a los problemas de disfunción tanto social como familiar.

Por o anteriormente descrito se hace necesario conocer el entorno familiar mediante su funcionalidad, así mismo la presencia de trastornos de ansiedad y como estos de alguna manera conllevar a que el individuo que se halla en su etapa adolescente se vea inmerso en situaciones de ideación suicida.

El objetivo de la presente investigación fue determinar la relación entre la disfunción familiar, el trastorno de ansiedad y la ideación suicida en escolares atendidos en el consultorio integral de salud de la Institución Educativa Francisco Lizarzaburu en el distrito de El Porvenir.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio transversal en 619 alumnos en etapa adolescente entre los once y diecinueve años de edad que se encontraban matriculados en la Institución Educativa Institución Educativa N° 80819 "Francisco Lizarzaburu del Distrito del Porvenir en el mes de noviembre del año 2018. Fueron excluidos aquellos estudiantes que presentaron ficha de recolección de datos incompleta, aquellos que no desearon participar en el estudio y cuyos padres o tutores no firmaron el consentimiento informado. en el caso de las variables por ser cualitativas se consideró tanto las frecuencias de tipo relativo, las que fueron trasladadas a tablas de entrada múltiple. En cuanto a la estadística descriptiva se aplicó el V de Cramer para variables nominales, con su significancia de tipo estadístico que fue como mínimo la $p < 0,05$.¹⁴⁻¹⁸ Se respetó la decisión del adolescente de ser parte o no de la investigación, para lo cual se consideró las pautas y normatividad de la declaratoria de la Asociación Médica Mundial.^{19,20}

RESULTADOS

Tabla 1. Relación entre la presencia de disfunción familiar y la ideación suicida en escolares del colegio Francisco Lizarzaburu en El Porvenir en el año 2018.

Disfunción Familiar	Ideación Suicida					
	Si		No		Total	
	N	%	N	%	N	%
Si	19	8,0%	84	35,4%	103	43,5%
No	12	5,1%	122	51,5%	134	56,5%
Total	31	13,1%	206	86,9%	237	100,0%

V de Cramer=0,140; $p=0,032$

Tabla 2. Relación entre la presencia de trastorno de ansiedad y la ideación suicida en escolares del colegio Francisco Lizarzaburu en El Porvenir en el año 2018.

Ideación Suicida						
Disfunción Familiar	Si		No		Total	
	N	%	N	%	N	%
Si	11	4,6%	16	6,8%	27	11,4%
No	20	8,4%	190	80,2%	210	88,6%
Total	31	13,1%	206	86,9%	237	100,0%

V de Cramer=0,294; p=0,000

Tabla 3. Caracterización según edad y sexo en escolares del colegio Francisco Lizarzaburu en El Porvenir en el año 2018.

Sexo						
Intervalo de edad (en años)	Masculino		Femenino		Total	
	N	%	N	%	N	%
11 a 13	54	22,8%	50	21,1%	104	43,9%
14 a 16	50	21,1%	50	21,1%	100	42,2%
17 a 19	17	7,2%	16	6,8%	33	13,9%
Total	121	51,1%	116	48,9%	237	100,0%

DISCUSIÓN

En la Tabla 1 se aprecia que la prevalencia de disfunción familiar en los escolares adolescentes fue 43,5%, mientras que la ideación suicida alcanzó el 13,1%. Los que presentaron disfunción familiar e ideación suicida alcanzaron el 8% del total de la muestra, encontrándose que existe una relación positiva débil entre la disfunción familiar y la ideación suicida al encontrarse una V de Cramer= 0,140 con un valor p=0,032; interpretándose que, a mayor presencia de disfunción familiar se incrementará la presencia de ideación suicida. Estimándose que el 14% de adolescentes de adolescentes que pertenecen a familias disfuncionales presentaran ideación suicida.

Estudios previos también reportaron porcentajes similares al presente estudio tal es el caso de Castaño J et al ⁵ que hallaron una prevalencia de disfunción familiar de 46,2%, por su parte Ríos J et al, ¹³ encontraron un porcentaje ligeramente mayor con 52%. Este resultado indica poca cohesión en la relación emotiva y comunicación entre los integrantes de la familia, donde el empoderamiento familiar y los roles que

desempeñan sus integrantes no están bien definidos, incluso los adolescentes estarían tomando decisiones de manera autónoma sin opiniones o apoyo del entorno familiar. ¹²

Por otro lado, la ideación suicida en los estudios previos como el Castaño J et al ⁵ hallaron cifras similares de prevalencia de ideación. Sin embargo, otras investigaciones señalan cifras mayores de ideación suicida como el de Bazán J et al ⁴ que alcanzó el 21,5% y el de Ríos J et al ¹³ quienes encontraron porcentajes que duplican a lo encontrado en el presente estudio.

Un incremento de la prevalencia de ideación suicida depende de muchos factores aparte de lo estudiado como son ciertos factores entre los que se menciona el consumo de alcohol, síndrome depresivo, adicción a sustancias alucinógenas, antecedentes de autolesionarse o intento de querer suicidarse, antecedente familiar de suicidio o alcoholismo, comportamiento de aislarse, enfermedades consuntivas, duelo por fallecimiento de familiar, adamas de la inestabilidad y violencia en la familia. Si existe por lo menos uno de estos factores ya aumenta la probabilidad de padecer ideación suicida. ⁹

Referente a la asociación, estudios reportados anteriormente como el de Castaño J et al ⁵, Bazán J ⁷, así como Ríos J ¹³ en el Perú, corroboran los hallazgos descritos en la presente investigación. Esta relación se interpreta que a mayor disfunción familiar se incrementa la posibilidad de ideación suicida, esperándose que un poco más de la décima parte de los que presentan disfunción familiar desarrollen ideación suicida. Esto se debe que en la etapa adolescente especialmente en la escolar se suscita una serie de transformaciones biopsicosociales, que por la falta de apoyo y comunicación con la familia pueden marcar el futuro del individuo llevándolo a situaciones de pensar en el suicidio. ¹³

En la Tabla 2 se observa que la prevalencia de ansiedad fue 11,4%, mientras que de la ideación suicida fue 13,1%. Los escolares adolescentes que presentaron tanto ansiedad como ideación suicida alcanzaron el 4,6%, encontrándose que existe una relación positiva débil entre la ansiedad y la ideación suicida al encontrarse una V de Cramer de 0,294 con un valor p=0,000. Este resultado indica que a mayor ansiedad mayor posibilidad de ideación suicida, estimándose que cerca del 29% de adolescentes que tienen ansiedad llegan a tener ideación suicida.

El estudio de Bazán J et al ⁴ halló cifras similares de ansiedad comparado con el presente estudio, al igual que Sábado T ⁶, quien halló cifras cercanas como que también afirmó que dichas variables de estudio se relacionaron (p=0,01). Estos resultados indican que la ansiedad al ser una sensación angustiante ante

una determinada situación y que representa una reacción común a distintas situaciones diarias que produce estrés, está afectando al adolescente conduciéndolo a la ausencia del valor de su existencia, anhelos de morir, fantasías de quitarse la vida, así como la planificación de un acto de autoeliminación.⁹

En cuanto a la característica de la población descrita en la tabla N° 3, el 51,1% de los alumnos fueron de sexo masculino y el 48,9% de sexo femenino. En cuanto a la edad el intervalo de 11 a 13 años alcanzó el mayor porcentaje con 43,9% mientras que el intervalo de 14 a 16 años alcanzó el 42,2% y el intervalo de 17 a 19 años alcanzó el 13,9%. La mayoría de la población estudiada se situó entre los 14 a 16 años que constituye la etapa intermedia de adolescencia, donde ocurren las mayores transformaciones biopsicosociales, y son más susceptibles de tener ideación suicida.¹³ En cuanto al sexo, fue mayor el sexo masculino comparado con el femenino.

Nuestro estudio concluye que la relación entre la disfunción familiar, el trastorno de ansiedad y la ideación suicida es estadísticamente débil.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Organización Panamericana de la Salud. Prevención del suicidio: un imperativo global. (internet) Washington, DC: OPS, 2014. (citado 7 de agosto del 2018) Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/136083/1/9789275318508_spa.pdf
2. Paniagua R, González C, Rueda S. Orientación al suicidio en adolescentes en una zona de Medellín, Colombia. Rev. Fac. Nac. Salud Pública (internet) 2014, [citado 10 de Agosto del 2017] ;32(3):314-321. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sciarttext&pid=S0120-386X20140003000006&lng=en>.
3. Morales S, Echávarri O, Barros J, Maino M, Armijo I, Fishman R, et al. Intento e Ideación Suicida en Consultantes a Salud Mental: Estilos Depresivos, Malestar Interpersonal y Satisfacción Familiar. Psykhe (internet) (Santiago) 2017 (citado 26 de agosto del 2017);26(1):1-14. Disponible en: <http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-222820170001000006&script=sciarttext>
4. Bazán J, Olórtegui V, Vargas H, Huayanay L. Prevalencia y factores asociados con la conducta suicida en adolescentes de Lima rural. Rev Neuropsiquiatr (internet) 2016 (citado 28 de agosto del 2017); 79 (1): 1-7 Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/mp/v79n1/a02v79n1.pdf>
5. Dela Torre M. Protocolo para la detección y manejo inicial de la ideación suicida. Madrid. Centro de Psicología Aplicada de la Universidad Autónoma de Madrid. 2013. (Citado 20 de agosto del 2017). Disponible en: [https://www.uam.es/centros/psicologia/paginas/cpa/paginas/doc/docu mentacion/ rincon/ protocoloideacion_suicida.pdf](https://www.uam.es/centros/psicologia/paginas/cpa/paginas/doc/docu%20mentacion/rincon/protocoloideacion_suicida.pdf).
6. Sábato T. Factores psicológicos relacionados con el riesgo suicida en estudiantes de Enfermería (internet). Metas de Enfermería 2013 (citado 3 de enero del 2019); 12(2): 67-74. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/262727333_Factores_psicologicos_relacionados_con_el_riesgo_suicida_en_estudiantes_de_enfermeria/download
7. Villardón L. el pensamiento de suicidio en la adolescencia. (internet). Bilbao. Universidad de Destuo. 2010. (citado 3 de setiembre del 2017). Disponible en: https://books.google.com.pe/books?id=aGT8y7P56IYC&printsec=frontcover&dq=ideacion+suicida&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwils_v879LVA-hUB6SYKHapdA2cQ6AEINTAD#v=onepage&q&f=false
8. Olson D, Russell C, Sprenkle D. Circumplex model: systemic assessment and treatment of families.(internet) EE.UU. Editorial Routledge; 2009. (citado 7 de agosto del 2017) Disponible en: <https://www.iberlibro.com/products/isbn/9780866567763/1146901756>
9. Ramírez C, Méndez E, Barrón F, Riquelme H, Cantú R. Funcionalidad Familiar y Enfermedad Crónica Infantil. (internet), México: Institución Nuevo Amanecer, 2008. (citado 25 de agosto del 2019)Disponible en: <http://www.nuevoamanecer.edu.mx/imgs/pdf/Funcionalidadfamiliar.pdf>
10. Ministerio de Sanidad y Consumo. Guía de Práctica Clínica para el manejo de pacientes con trastornos de ansiedad en atención primaria. (internet) Madrid. Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Agencia Laín Entralgo. Comunidad de Madrid; 2008. (citado 3 de agosto del 2017) Disponible en: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_430_Ansiedad_Lain_Entr_compl.pdf
11. Castaño J, Álvarez J, Cañón S, Bernier L, Castaño A, Galdino P. et al. Factor de riesgo suicida y factores asociados en adolescentes de una Institución Educativa De Palestina-Caldas en Colombia, (internet) 2012 (citado 24 de agosto del 2017). Arch Med (Manizales) 2016; 16(1):61-73. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/2738/273846452007.pdf>

12. Pérez P. Funcionamiento familiar e ideación suicida en alumnos de 5to año de educación Secundaria del distrito de San Juan de Miraflores. *Psique Mag*, (internet) 2016;.4(1):31-38. [Citado 22 de agosto del 2017]. Disponible en: <http://ojs.ucvlima.edu.pe/index.php/psiquemag/article/download/136/57>.
13. Ríos J. Funcionamiento familiar y riesgo suicida en estudiantes que acuden a clínica universitaria en la ciudad de Huancayo. (Tesis Para optar el Grado Académico de Magíster en Psicología). Lima Universidad Nacional Mayor de San Marcos Facultad De Psicología. 2014. [Citado 22 de agosto del 2017]. Disponible en: http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:VzN8qbzBdxQJ:cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/3653/1/Rios_pj.pdf+&cd=3&hl=es&ct=clnk&gl=pe
14. Vega J, Coronado O, Mazzotti G. Validez de una versión en español del Inventario de Depresión de Beck en pacientes hospitalizados de medicina general. *Validity of a version in Spanish of the Beck Depression Inventory in medical in-patients. Rev Neuro psiquiatr* (internet) 2014 [Citado 12 de mayo del 2018]; 77 (2); 95-103. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rnp/v77n2/v77n2ao2.pdf>
15. Torres E, Vega C, Vinalay G, Arenas E., Rodríguez A. Validación psicométrica de escalas PSS-14, AFA-R, HDRS, CES-D, EV en puérperas mexicanas con y sin preeclampsia. *Enfermería Universitaria* (internet) 2015 [Citado 12 de mayo del 2018]; 12(3): 122-133. Disponible en: <https://www.science-direct.com/science/article/pii/S1665706315000457>
16. Benítez A, Caballero M. Estudio psicométrico de las escalas de depresión, ansiedad y funcionalidad familiar en estudiantes de la Universidad Industrial de Santander. *Acta Colombiana de Psicología* (internet) 2017 [citado 24 de septiembre del 2017], 20(1):221-231 Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/798/79849735011.pdf>
17. Muñoz O. *Epidemiología*. (internet) Cuenca. Ediciones Universidad de Cuenca: 2009. [citado 12 de agosto del 2017] Disponible en: https://books.google.com.pe/books?id=7M-BLqVW1SMQC&pg=PA307&dq=perfil+clinico+epidemiologico+definicion&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwiyo62lg_3cAhVB11MKHdTBAvcQ6AEIJAA#v=onepage&q=perfil%20clinico%20epidemiologico%20definicion&f=false
18. Argimón J, Jiménez J. *Métodos de investigación clínica y epidemiológica*. 4ª ed. Barcelona. Elsevier España. 2013
19. Hernández R, Fernández C, y Baptista P. *Metodología de la Investigación*. 6ª edición. México Distrito Federal: Mc Graw Hill; 2014
20. Asociación Médica Mundial. *Declaración de Helsinki de los Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos*. 64ª Asamblea General, Fortaleza, Brasil, octubre 2013.

FINANCIAMIENTO

La autora declara que el estudio fue autofinanciado.

CONFLICTOS DE INTERÉS

Los autores niegan conflictos de interés.

AUTORÍA

Genaro E. Rodríguez-Arista, David R. Rodríguez-Díaz y Alejandro E. Correa-Arangoitia realizaron la concepción y diseño del artículo, recolección de resultados, análisis e interpretación de datos, redacción del artículo, revisión crítica del artículo y aprobación de la versión final.

Calidad del registro de las historias clínicas del servicio de hospitalización del Centro de Salud Materno Infantil El Bosque. Trujillo, Perú. 2019.

Melissa B. Alvarado-Díaz¹, María R. Llaque-Sánchez²
Ana M. Chian-García³, David R. Rodríguez-Díaz⁴
Sara P. Urquiaga-Casós⁵, Segundo M. Marino-Aguilar⁶

Fecha de recepción: 20 de diciembre, 2020

Fecha de aprobación: 19 de febrero, 2021

DOI: <https://doi.org/10.18050/ucvscientiabiomedica.v4i1.02>

Como citar: Alvarado-Díaz MB, Llaque-Sánchez MR, Chian-García AM, Rodríguez-Díaz DR, Urquiaga-Casós SP, Marino-Aguilar SM. Calidad del registro de las historias clínicas del servicio de hospitalización del Centro de Salud Materno Infantil El Bosque. Trujillo, Perú. 2019. UCV Sci. Biomed. 2021; 4(1): 15-22. DOI: <https://doi.org/10.18050/ucvscientiabiomedica.v4i1.02>

Derechos de reproducción: Este es un artículo en acceso abierto distribuido bajo la licencia CC



¹Universidad César Vallejo. (Perú) correo. malvaradod@ucv.edu.pe ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1908-9290>

²Universidad César Vallejo. (Perú) ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6764-4068>

³Universidad César Vallejo. (Perú) ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0907-5482>

⁴Universidad César Vallejo. (Perú) ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9203-3576>

⁵Universidad César Vallejo. (Perú) ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8873-9488>

⁶Universidad César Vallejo. (Perú) ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7593-7082>

Calidad del registro de las historias clínicas del servicio de hospitalización del Centro de Salud Materno Infantil El Bosque. Trujillo, Perú. 2019.

Quality of recording the clinical histories of the hospitalization service of the El Bosque Maternal Child Health Center. Trujillo, Perú. 2019.

Melissa B. Alvarado-Díaz¹, María R. Llaque-Sánchez²
Ana M. Chian-García³, David R. Rodríguez-Díaz⁴
Sara P. Urquiaga-Casós⁵, Segundo M. Marino-Aguilar⁶

Resumen

Se evaluó la calidad del registro (CR) de las historias clínicas (HC) del servicio de hospitalización del Centro de Salud Materno Infantil El Bosque en Trujillo (Perú) en febrero del 2019 en un estudio retrospectivo, transversal en 20 HC de pacientes atendidas por parto vaginal y puerperio. Se excluyeron HC deterioradas, incompletas, extraviadas o inubicables, y aquellas de pacientes referidas a otros nosocomios para atención definitiva. Para evaluar la CR se utilizó la Norma Técnica de Salud de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud del Ministerio de Salud del Perú. Se obtuvo un 100 % de calidad satisfactoria (CS) en el registro de las HC en la evaluación global. La CR fue satisfactoria en un 100 % en las dimensiones enfermedad actual y antecedentes, plan de trabajo, tratamiento y formatos especiales. Las dimensiones filiación, examen clínico, notas de evolución, registros de enfermería / obstetricia y especificaciones de alta presentaron un 95 % de CS. La dimensión diagnósticos presentó un 65 % de CS y la dimensión atributos de la HC, obtuvo un 45 % de CS. Ninguna HC obtuvo una calidad deficiente. Se concluye que la CR de las HC fue satisfactoria, con algunas dimensiones por mejorar.

Palabras clave: historias clínicas, calidad del registro.

Abstract

The quality of the registry (QR) of the clinical records (CR) of the hospitalization service of the El Bosque Maternal and Child Health Center in Trujillo (Perú) was evaluated in February 2019 in a retrospective, cross-sectional study in 20 CR of patients attended by vaginal delivery and puerperium. Damaged, incomplete, lost or unlocatable CRs, and those of patients referred to other hospitals for definitive care were excluded. To evaluate QR, the Health Technical Standard for Health Care Quality Audit of the Ministry of Health of Perú was used. A 100% satisfactory quality (SQ) was obtained in the registration of the CRs in the global evaluation. The QR was 100% satisfactory in the dimensions of current disease and history, work plan, treatment and special formats. The dimensions of affiliation, clinical examination, progress notes, nursing / obstetric records, and discharge specifications presented 95% SQ. The diagnostic dimension presented 65% of SQ and the dimension attributes of the CR, obtained 45% of SQ. None of the CRs were of poor quality. It is concluded that the QR of the CR was satisfactory, with some dimensions to improve.

Keywords: medical records, quality of the registry.

¹Universidad César Vallejo. (Perú) correo. malvaradod@ucv.edu.pe ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1908-9290>

²Universidad César Vallejo. (Perú) ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6764-4068>

³Universidad César Vallejo. (Perú) ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0907-5482>

⁴Universidad César Vallejo. (Perú) correo. gerodriaris@gmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9203-3576>

⁵Universidad César Vallejo. (Perú) ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8873-9488>

⁶Universidad César Vallejo. (Perú) ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7593-7082>



INTRODUCCIÓN

El derecho universal a la salud es un anhelo común en todas las personas, independiente de cualquier patrón cultural, social y territorial. Es inherente a la vida y su acceso a ella debe ser garantizado en todos los países en la mejor forma posible.^{1,2} Cada nación establece sus sistemas sanitarios con la finalidad de prevenir, promover, recuperar y rehabilitar a cada una de sus poblaciones acorde a la realidad en la que cada una de ellas se halla enmarcada, siendo a su vez cada día más complejo el poder asistir las necesidades de la demanda existente.^{1,3,4}

En las últimas décadas el desarrollo tecnológico sanitario se ha incrementado en forma acelerada, esto ha generado nuevos enfoques, en donde la aplicación de conceptos como calidad, competitividad y eficacia en el desenvolvimiento del profesional, permiten asegurar la calidad en el cuidado del paciente.^{5,6} Para lograrlo, resulta importante contar con instrumentos que promuevan la mejora en la prestación de servicios, teniendo dentro de ellos como herramienta esencial los registros de las historias clínicas (HC), los cuales son elementos objetivos dentro del marco asistencial, ético y legal.^{6,7}

La HC y en general todos los registros médicos, forman parte de documentos de un alto valor asistencial, gerencial, legal y académico; su adecuada administración y gestión contribuyen en forma directa a la mejora de la calidad de atención de los pacientes, además, a un desarrollo más óptimo de la gestión de los establecimientos de salud, proteger los intereses legales del paciente, del personal sanitario y del establecimiento, así como, proporcionar información para la investigación y docencia.^{6,8} Sin embargo, al ser un documento único y acumulativo, participan en su elaboración diversos profesionales; dando lugar a que no se encuentren en adecuado registro o completos.^{7,8}

Resulta necesaria la correcta administración de todos los mecanismos y procedimientos que siguen las HC desde su apertura, sobre todo en aquellos servicios críticos, de tal forma, que se pueda responder en forma oportuna e integra a las demandas cada vez más exigentes de los pacientes y de los prestadores de servicios de salud. Más aún, teniendo en cuenta la Ley General de Salud, que revaloriza a los usuarios de los servicios sanitarios y los ubica como eje de las instituciones sanitarias.^{2,5,7}

La presente investigación surgió del interés de evaluar la calidad del registro de las HC elaboradas por los profesionales asistenciales del Centro de Salud Materno Infantil El Bosque

en la ciudad de Trujillo en Perú, considerando no sólo medir la calidad de la información registradas en ellas, sino también, la existencia de sus registros. En ese contexto y dadas las escasas investigaciones nacionales aplicadas en el servicio de hospitalización de establecimientos de atención primaria que brindan servicios materno – infantiles se consideró pertinente su desarrollo.

MATERIALES Y MÉTODOS

La investigación fue descriptiva, retrospectiva y transversal. Se evaluaron 20 historias clínicas del servicio de hospitalización del Centro de Salud Materno Infantil El Bosque correspondientes a pacientes atendidas por parto vaginal y puerperio durante el mes de febrero del año 2019.

Fueron excluidas aquellas historias clínicas que se encontraron deterioradas, incompletas, extraviadas o inubicables al momento del desarrollo del estudio, y aquellas historias clínicas de pacientes que fueron referidas a otros centros asistenciales para atención definitiva.

Para evaluar la calidad del registro de las historias clínicas se utilizó el Anexo 7 (formato de evaluación de la calidad de registro en hospitalización) de la Norma Técnica de Salud de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud (NTS N° 029 – MINSA / DIGEPRES – V.02) diseñada, validada y aprobada por el Ministerio de Salud del Perú. El instrumento de evaluación estratificó la calidad del registro como satisfactoria (90 – 100% del puntaje máximo esperado), por mejorar (75 – 89% del puntaje máximo esperado) y deficiente (< 75% del puntaje máximo esperado).

La información obtenida fue consignada y procesada en el paquete estadístico para las ciencias sociales (SPSS por sus siglas en inglés) en su versión 25.0 en español. Se utilizó la estadística descriptiva del análisis de frecuencias para la elaboración de las tablas de resultados en forma global y para cada una de las correspondientes dimensiones (filiación, enfermedad actual y antecedentes, examen clínico general, diagnósticos, plan de trabajo, tratamiento, notas de evolución, registros de enfermería / obstetricia, especifica indicaciones de alta, atributos de la historia clínica y formatos especiales).

RESULTADOS

Los resultados obtenidos evidenciaron un 100% de calidad satisfactoria en el registro de las historias clínicas del servicio de hospitalización del Centro de Salud Materno Infantil El Bosque durante el mes de Febrero del año 2019 en cuanto a la evaluación global. La calidad de registro fue satisfactoria en un 100% en las dimensiones enfermedad actual y antecedentes, plan de trabajo, tratamiento y formatos especiales. Las dimensiones filiación, examen clínico, notas de evolución, registros de enfermería/obstetricia y especificaciones de alta presentaron sólo un 5% por mejorar en la calidad del registro, el 95% de ellas tuvieron calidad satisfactoria. La dimensión diagnósticos presentó un 65% de calidad satisfactoria y un 35% de calidad por mejorar. En cuanto a la dimensión atributos de la historia clínica, ésta obtuvo un 45% de calidad satisfactoria y un 55% de calidad por mejorar.

Los componentes de la dimensión filiación con observaciones calificadas como incompletas o no existentes fueron: estado civil (5%), grado de instrucción (80%), ocupación (10%), religión (80%) y número telefónico (15%). Los registros del componente peso - talla - IMC de la dimensión examen clínico presentaron observaciones en un 5%. El uso incompleto del registro del CIE - 10 o la no existencia de este en los diagnósticos constituyó el 35% de las observaciones evidenciadas en esta dimensión. La evaluación del tratamiento y dieta en la dimensión notas de evolución registró el 5% de sus observaciones.

Tabla 1. Calidad del registro de las historias clínicas del servicio de hospitalización del Centro de Salud Materno Infantil El Bosque. Trujillo, Perú. Febrero 2019.

Dimensiones	CALIDAD DEL REGISTRO					
	Satisfactorio		Por mejorar		Deficiente	
	n	%	n	%	n	%
Filiación	19	95%	1	5%	0	0%
Enfermedad actual y antecedentes	20	100%	0	0%	0	0%
Examen clínico	19	95%	1	5%	0	0%
Diagnósticos	13	65%	7	35%	0	0%
Plan de trabajo	20	100%	0	0%	0	0%
Tratamiento	20	100%	0	0%	0	0%
Notas de Evolución	19	95%	1	5%	0	0%
Registros de enfermería/ obstetricia	19	95%	1	5%	0	0%

Especificaciones de alta	19	95%	1	5%	0	0%
Atributos de la HC	9	45%	11	55%	0	0%
Formatos especiales	20	100%	0	0%	0	0%
Evaluación total	20	100%	0	0%	0	0%

Tabla 2. Observaciones según dimensión de la calidad del registro de las historias clínicas del servicio de hospitalización del Centro de Salud Materno Infantil El Bosque. Trujillo, Perú. Febrero 2019.

Dimensiones	Observaciones			
	Completa		Incompleta/ No existe	
	n	%	n	%
Filiación				
- Estado civil	19	95%	1	5%
- Grado de instrucción	4	20%	16	80%
- Ocupación	18	90%	2	10%
- Religión	4	20%	16	80%
- Teléfono	17	85%	3	15%
Exámen clínico				
- Peso, talla, IMC	19	95%	1	5%
Diagnósticos				
- Uso del CIE - 10	13	65%	7	35%
Notas de evolución				
- Verificación del tratamiento y dieta	19	95%	1	5%

DISCUSIÓN

La HC constituye además de un elemento asistencial de prestaciones de salud, un documento de connotación administrativa, académica y legal.^{6,7,9} Las evaluaciones de sus registros y las auditorías de las mismas se enmarcan dentro de los procesos de calidad que resultan constituir un indicador de gestión sanitaria institucional.^{9,10} En este sentido, las diversas investigaciones al respecto han sido fuente de interés particular, sobre todo en centros asistenciales del segundo y tercer nivel de atención y muy escasamente en instituciones sanitarias de atención primaria,^{5,11,12,13} motivo por el cual se generó la necesidad del desarrollo del presente estudio en un centro asistencial materno infantil de nivel de atención I - 4.

En nuestros resultados la evaluación global de los registros de las HC del servicio de hospitalización del Centro de Salud Materno Infantil El Bosque hizo evidente una calidad satisfactoria del 100%. Al evaluar las HC por dimensiones la calidad de registro fue satisfactoria al 100% en: enfermedad actual y antecedentes, plan de trabajo, tratamiento y formatos especiales. Las dimensiones filiación, examen clínico, notas de evolución, registros de enfermería / obstetricia y especificaciones de alta presentaron un 95% de calidad satisfactoria y un 5% de calidad por mejorar. En menor porcentaje, la dimensión diagnósticos presentó un 65 % de calidad satisfactoria y un 35% de calidad por mejorar. La frecuencia más baja se encontró en la dimensión atributos de la historia clínica, ésta obtuvo sólo un 45 % de calidad satisfactoria, sin embargo, el 55% de HC restantes presentaron calidad por mejorar. Tanto a nivel global como dimensional ninguna de las HC evaluadas presentaron estratificación deficiente (< 75% del puntaje máximo esperado).

Los hallazgos totales obtenidos fueron satisfactorios, esto obedece a la constante monitorización institucional de los procesos de atención que se han estipulado de acuerdo a la normativa de calidad y que ha permitido un continuo proceso de mejora, habiendo llevado inclusive al Centro de Salud Materno Infantil El Bosque a ser reconocido y considerado como un centro modelo a nivel nacional.^{14,15}

Al analizar los aspectos que generaron observaciones en las dimensiones de evaluación de las HC, se pudo evidenciar que en la dimensión filiación, éstas estuvieron constituidas por: estado civil (5%), grado de instrucción (80%), ocupación (10%), religión (80%) y número telefónico (15%). En cuanto a los registros del componente peso – talla – IMC (dimensión examen clínico), fueron observados en un 5%. El uso incompleto del registro del CIE – 10 o su inexistencia en la dimensión diagnóstico constituyó el 35% de las observaciones mientras que en la evaluación del tratamiento y dieta en la dimensión nota de evolución sólo el 5% fue observado.

Informes científicos internacionales han encontrado resultados variados, lo cual podría deberse a múltiples factores, propios de cada institución (pública o privada), de cada realidad y de acuerdo a su nivel de atención. Sin embargo, muy independientemente de ello, implican resultados de calidad para cada uno de los casos, los cuales deben ser evaluados y tomados en cuenta.^{16,17,18}

En Argentina, Morelli,¹⁶ reportó un alto porcentaje de falta de datos en las HC perinatales (20,3%), sobre todo en recién nacidos (31,8%) y mucho más al egreso de los

mismos (40,5%), detectando además faltas considerables en el registro del control prenatal (15,3%) e información de la gestación (25,9%). Zerón et al¹⁷ (Nicaragua, 2015) informaron un porcentaje de sólo un 23% del registro adecuado de las HC perinatales, siendo los aspectos de más bajo cumplimiento: las curvas de incremento de peso materno (49%) y altura uterina (45%), la consejería de lactancia materna (54%) y la preparación del parto (35%). El estudio uruguayo de Casuriaga et al¹⁸ evaluó la calidad de 385 HC de pacientes pediátricos hospitalizados, encontrando un 17% categorizados como suficientes, un 49,6% aceptables, y un 33,4% insuficientes.

A nivel nacional, se han reportado hallazgos mucho más variables al auditar los registros de las HC. Pablo¹⁹ evaluó la calidad de los registros de las HC de los pacientes fallecidos en el servicio de emergencia de un hospital general, concluyendo en un promedio de calificación regular (rango de 48% a 64%). Similares resultados encontraron Guevara et al²⁰, al evaluar la calidad del registro de la HC en la una clínica particular. Si bien es cierto, Barrera²¹ encontró mejores resultados sobre la calidad de la HC en la emergencia de un centro médico naval, la categorización de las mismas fue de regular en un 98,8%. Al evaluar el registro de HC en el servicio de pediatría de un nosocomio del tercer nivel de atención, Torres²² informó que el 91,2% se encontraron en condiciones regulares; mientras que, el 8,8% estuvo en buenas condiciones. Quispe et al²³ determinaron las características del registro de HC en un hospital del sur peruano, evidenciando que la mayor parte de las HC de hospitalización se caracterizaron por un registro aceptable en la mayoría de ítems; sin embargo, presentaron deficiencias notables en algunos de ellos.

Los resultados observados en la mayoría de las investigaciones no refieren una calidad de registro óptima en las HC.^{16,17,18,19,20} Algunos estudios reportan porcentajes altos al evaluarlas, pero en una categorización regular^{21,22}. El estudio nacional de Quispe²³ obtuvo evidencias de un registro aceptable en la mayoría de ítems de evaluados en las HC auditadas, resultado que fue el que más se asemejó a los nuestros, los cuales fueron de una calidad satisfactoria del 100%.

Existen varios motivos que generan hallazgos que concurren en no lograr puntajes óptimos de calificación al momento de auditar el correcto registro de las HC, por ejemplo: escaso personal de salud para la atención de la demanda asistencial, multiplicidad de funciones de cada personal profesional, lo que condiciona a un escaso tiempo para el total de registros correspondientes, omisión del llenado o llenado incorrecto, omisión de la codificación CIE – 10 en los diagnósticos, evoluciones parciales o ausentes, letra ilegible, elaboración y

evolución realizadas por internos de ciencias de la salud, etc.^{24,25,26,27,28} Se debe considerar también que justamente en gran parte de los casos el personal de salud por este tipo de situaciones hace caso omiso del correcto llenado de la HC, dejándolas inconclusas pudiendo dar la apariencia de una atención deficiente, cuando realmente no ocurre así.^{26,29,30} De no corregirse, estas situaciones podrían resultar en potenciales problemas administrativos y/o legales, por tal motivo resulta indicado la periodicidad y rigurosidad de la monitorización y/o auditoría de las HC a fin de garantizar los estándares de calidad correspondientes y determinar los probables factores de su inadecuado registro a fin de establecer procesos de mejora continua como planes anuales de capacitación al personal de salud y el desarrollo permanente de socialización y retroalimentación de información en cuanto a este eje temático dentro de las instituciones sanitarias.^{2,6,21,31,32}

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Manchola CH, Garrafa V, Cunha T, Hellmann F. El acceso a la salud como derecho humano en políticas internacionales: reflexiones críticas y desafíos contemporáneos. *Ciência & Saúde Coletiva* 2017; 22(7): 2151 – 60.
2. Ministerio de Salud del Perú. Norma técnica de salud de auditoría de la calidad de la atención en salud. Lima: Ministerio de Salud; 2016.
3. Gispert EA, Castell P, Lozano A. Cobertura universal de salud y su interpretación conceptual. *Rev Cub Salud Pública* 2016; 42(2): 337 – 41.
4. Quijano OI. La salud: derecho constitucional de carácter programático y operativo. *Derecho & Sociedad* 2016; 47: 307 – 19.
5. Marín A, Segura C, Villalobos L. Evaluación de la calidad de las historias clínicas de pacientes con atención domiciliaria. Trabajo de Especialización en Auditoría y Garantía de la Calidad en Salud. Universidad EAN. Bogotá, Colombia. 2018.
6. González R, Cardentey J. La historia clínica médica como documento médico legal. *Rev Méd Electrón* 2015; 37(6): 648 – 53.
7. Guzmán F, Arias CA. La historia clínica: elemento fundamental del acto médico. *Rev Colomb Cir* 2012; 27: 15 – 2.
8. Scales D, Dainty K, Hales B, Pinto R, Fowler RA, Adhikari NK, Zwarenstein M. A multifaceted intervention for quality improvement in a network of intensive care units: a cluster randomized trial. *JAMA* 2011; 305(4): 363 – 72.
9. Renau J, Pérez I. Evaluación de la calidad de las historias clínicas. *Papeles Médicos* 2001; 10(1): 32 – 40.
10. Uriarte AE, Pérez E, Pomares YM. El razonamiento clínico llevado a la historia clínica. Un punto de vista diferente. *Medi-sur* 2015; 13(3): 467 – 71.
11. Gómez L, Domínguez M, Ramos D. Proyecto de auditoría a los registros de historias clínicas en el servicio de hospitalización del Hospital Local del Municipio Lebrija, Departamento de Santander, entre diciembre 2013 a mayo 2014. Colombia: Universidad CES, Universidad de Bucaramanga; 2014.
12. Espinar JM, Rodríguez G, Espinar L. Análisis de los índices de calidad del archivo de historias clínicas del Hospital “San Juan de la Cruz” de Úbeda. Andalucía, España; 2012. Consultado el: 12/05/19. Disponible en: https://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/formacionsalud/export/sites/default/galerias/aportesDocumentos/descargas/Anxllisis_de_los_xndices_de_calidad_del_Archivo_de_Historias_Clxnicas_del_Hospital_xSan_Juan_de_la_Cruzx_de_xbeda.pdf
13. Donayre CA, Rojas EJ, Trinidad ME. Diseño de registro de historias clínicas en el Centro Materno Infantil Rímac. Tesis para optar el Título de Ingeniero de Computación y Sistemas. Universidad Peruana de las Américas. Lima, Perú. 2017.
14. Centro de Salud Materno Infantil El Bosque. Postulación al reconocimiento a la gestión de proyectos de mejora 2009. Categoría: Sector Público. Garantizando la atención de un parto humano y seguro, en el Centro de Salud Materno El Bosque, Micro Red Trujillo, Noviembre 2007– Marzo 2008. Trujillo: Centro de Salud Materno Infantil El Bosque; 2009.
15. Ministerio de Salud del Perú. Libro memoria: dirección de calidad en salud. Proyectos de mejora de la calidad reconocidos en los Encuentros Nacionales de Experiencias en Mejoramiento Continuo de la Calidad en Salud 2004 – 2014. Lima: Ministerio de Salud; 2015.
16. Morelli ML. Análisis de registros, calidad de los datos y propuesta de mejoramiento de la historia clínica perinatal en la Maternidad del Hospital Ramón Carrillo. Santiago del Estero Año 2005. Tesis para optar el Grado de Maestra en Salud Materno Infantil. Universidad Nacional de Córdoba. Córdoba, Argentina. 2007.
17. Zerón CM, Sánchez JR. Calidad del llenado de la historia clínica perinatal en el Hospital Primario Ambrosio Mogorron de San José de Bocay en el periodo de Enero a Junio del año 2015. Tesis para optar el Título de Médico y Cirujano. Uni-

versidad Nacional Autónoma de Nicaragua. Managua, Nicaragua. 2015.

18. Casuriaga A, Giachetto G, Gutiérrez S, Martínez V, García A, Martínez F, et al. Auditoría de historias clínicas: una herramienta de evaluación de la calidad asistencial. *Hospital Pediátrico – Centro Hospitalario Pereira Rossell*. Arch Pediatr Urug 2018; 89(4): 242 – 50.

19. Pablo E. Evaluación de la calidad de los registros de las historias clínicas de los pacientes fallecidos en el servicio de emergencia de un hospital general. *Rev Soc Peru Med Interna* 2008; 21(2): 51 – 4.

20. Guevara CE, La Serna PB. Calidad del registro de las historias clínicas en una clínica de la ciudad de Chiclayo – Perú. 2016. *Rev Salud & Vida Sipanense* 2017; 4(2): 42 – 9.

21. Barrera KG. Calidad de la historia clínica de la unidad de observación en el servicio de emergencia del Centro Médico Naval en el tercer trimestre del año 2016. Tesis para optar el Grado Académico de Maestra en Gestión de los Servicios de la Salud. Universidad César Vallejo. Lima, Perú. 2017.

22. Torres M. Registro de historias clínicas en el Servicio de Pediatría del Hospital Regional de Ayacucho “Andrés Ángel Mariscal Llerena” – 2018. Tesis para optar el Grado Académico de Maestra en Gestión de los Servicios de la Salud. Universidad César Vallejo. Lima, Perú. 2018.

23. Quispe CU, Navarro RY, Velásquez LG, Pinto F, Olivares E. Características del registro de historias clínicas en un hospital al sur del Perú. *Horiz Med* 2016; 16(4): 48 – 54.

24. Carrasco V. Los trabajadores de salud, los actores olvidados de las reformas. *Acta Med Per* 2014; 31(1): 50 – 6.

25. Jiménez MM, Mantilla E, Huayanay CA, Gil K, García H, Miranda JJ. Mercado de formación y disponibilidad de profesionales de ciencias de la salud en el Perú. *Rev Peru Med Exp Salud Pública* 2015; 32(1): 41 – 50.

26. Romero AL. Calidad de la historia clínica en la evolución y epicrisis en internos de medicina de dos hospitales – provincia de Chiclayo, periodo agosto a noviembre, 2016. Tesis para optar el Título Profesional de Médico Cirujano. Universidad San Martín de Porres. Chiclayo, Perú. 2018.

27. Niquén EE. Nivel de calidad del registro de historias clínicas elaboradas por internos de medicina del Hospital Regional Docente de Trujillo 2012. Tesis para optar el Grado de Bachiller en Medicina. Universidad Nacional de Trujillo. Trujillo, Perú. 2013.

28. Matzumura JP, Gutiérrez H, Sotomayor J, Pajuelo G. Evaluación de la calidad de registro de historias clínicas en consultorios externos del servicio de medicina interna de la Clínica Centenario Peruano Japonesa, 2010 – 2011. *An Fac Med* 2014; 75(3): 251 – 7.

29. Grespan V, D’Innocenzo M. Evaluation of the quality of nursing documentation through the review of patient medical records. *Acta Paul Enferm* 2009; 22(3): 313 – 7.

30. Narváez EJ. Calidad del registro de historias clínicas de los servicios de hospitalización de medicina, gineco – obstetricia, cirugía y pediatría, Hospital General de Jaén, 2014. Tesis para optar el Título de Médico Cirujano. Universidad Privada Antenor Orrego. Trujillo, Perú. 2015.

31. Zafra – Tanaka J, Veramendi – Espinoza L, Villa – Santiago N, Zapata – Sequeiros M, Yovera – Leyva E, Urbina – Yale G, et al. Calidad de registro en historias clínicas en un centro de salud del Callao, Perú 2013. *Rev Peru Med Exp Salud Pública* 2013; 30(4): 719 – 20.

32. Cabascango KE. Factores que influyen en la calidad de los registros de enfermería en la historia clínica única. Hospital San Vicente de Paúl, Ibarra – 2017. Trabajo de Investigación previo a la obtención del Título de Magíster en Gerencia de Servicios de Salud. Universidad Técnica del Norte. Ibarra, Ecuador. 2017.

FINANCIAMIENTO

Los autores declaran que la investigación fue autofinanciada.

CONFLICTOS DE INTERÉS

Los autores niegan conflictos de interés.

AUTORÍA

Melissa B. Alvarado-Díaz, María R. Llaque-Sánchez, Ana M. Chian-García, David R. Rodríguez-Díaz, Sara P. Urquiaga-Casos y Segundo M. Marino-Aguilar realizaron: concepción y diseño del artículo, recolección de resultados, análisis e interpretación de datos, redacción del artículo, revisión crítica del artículo, aprobación de la versión final.

Adherencia al tratamiento y calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en hemodiálisis

Elvis Mariscal-Quispe¹

Marco A. Alvarado-Angulo²

Fecha de recepción: 25 de diciembre, 2019

Fecha de aprobación: 01 de enero, 2021

DOI: <https://doi.org/10.18050/ucvscientiabiomedica.v4i1.03>

Como citar: Mariscal-Quispe E, Alvaro-Angulo MA. Adherencia al tratamiento y calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en hemodiálisis. Trujillo, Perú. 2019. UCV Sci. Biomed. 2021; 4(1): 23-30. DOI: <https://doi.org/10.18050/ucvscientiabiomedica.v4i1.03>

Derechos de reproducción: Este es un artículo en acceso abierto distribuido bajo la licencia CC



¹Universidad César Vallejo (Perú). correo. vle_mq@hotmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3704-3269>

²Universidad César Vallejo (Perú). ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6105-4649>

Adherencia al tratamiento y calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en hemodiálisis

Adherence to treatment and quality of life in patients with chronic renal failure on hemodialysis

Elvis Mariscal-Quispe¹
Marco A. Alvarado-Angulo²

Resumen

El objetivo general fue determinar la relación entre la adherencia al tratamiento y la calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en hemodiálisis. Los objetivos específicos, determinar la adherencia al tratamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica en hemodiálisis y determinar la calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en hemodiálisis. Se desarrolló un estudio correlacional en una muestra de 76 pacientes, a quienes se aplicó el Test de Morisky-Green para determinar la adherencia al tratamiento y el cuestionario de salud KDQOL-SF versión 1.3 para evaluar la calidad de vida. Los datos se procesaron en el programa SPSS versión 24.0 para Windows, mediante el cual se aplicó el coeficiente de contingencia con $p < 0,05$ para establecer la relación de las variables. Se obtuvo que el 60,45% de pacientes tuvo adherencia al tratamiento y el 40,8% una buena calidad de vida; el coeficiente de contingencia fue 0,22, $p:0,04$ para la relación de las dos variables. Se concluye que es baja la relación entre la adherencia al tratamiento y la calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal en hemodiálisis.

Palabras clave: adherencia al tratamiento, calidad de vida, insuficiencia renal crónica.

Abstract

The general objective was to determine the relationship between adherence to treatment and quality of life in patients with chronic renal failure on hemodialysis. The specific objectives are to determine adherence to treatment in patients with chronic kidney disease on hemodialysis and to determine the quality of life in patients with chronic kidney disease on hemodialysis. A correlational study was developed in a sample of 76 patients, to whom the Morisky-Green Test was applied to determine adherence to treatment and the KDQOL-SF version 1.3 health questionnaire to assess quality of life. The data were processed in the SPSS version 24.0 program for Windows, through which the contingency coefficient was applied with $p < 0,05$ to establish the relationship of the variables. It was found that 60,45% of patients had adherence to treatment and 40,8% had a good quality of life; the contingency coefficient was 0,22, $p: 0,04$ for the relationship of the two variables. It is concluded that the relationship between adherence to treatment and quality of life is low in patients with renal failure on hemodialysis.

Keywords: adherence to treatment, quality of life, chronic kidney failure.

¹Universidad César Vallejo (Perú). correo. vle_mq@hotmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3704-3269>

²Universidad César Vallejo (Perú). ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6105-4649>



INTRODUCCIÓN

La enfermedad renal crónica o insuficiencia renal crónica es una lesión en el riñón con el descenso de la tasa de filtración glomerular con evolución de 3 meses o más, la que debe ser inferior a 60 ml/min/1,73 m²;¹ diversos factores pueden explicar el incremento de esta, principalmente el envejecimiento progresivo de las poblaciones, la asociación con la enfermedad cardiovascular y la presencia de otras enfermedades como nefropatía diabética, nefrosclerosis hipertensiva, glomerulonefritis, otro factor importante que explica la presencia de enfermedad renal crónica es la diabetes mellitus debido a que se ha convertido en una enfermedad pandémica.² Lo que hace necesario la detección precoz que se basa en la determinación de la creatinina, la cuantificación de la filtración glomerular y la determinación de microalbuminuria en aquellos pacientes que presenten factores de riesgo para desarrollarla.¹

La detección precoz se complementa con el establecimiento de los estadios de la insuficiencia renal crónica cuyo propósito es mejorar el manejo terapéutico, describiéndose actualmente cinco estadios, para lo cual existen parámetros como la fórmula Cockcroft-Gault; que requiere datos de los niveles de creatinina, edad, peso y el género de la persona, con la finalidad de obtener la tasa de filtrado glomerular.^{3,4}

Cuando la función renal esta mínimamente alterada (filtración glomerular entre 70 y 100% de lo normal) los pacientes no presentan síntomas, evolucionan lentamente hasta llegar a la etapa terminal. A medida que se destruyen y alteran las nefronas, disminuye la capacidad del riñón para eliminar los solutos que aumenta la diuresis, se presenta nicturia y poliuria. Si la tasa de filtrado glomerular está por debajo de 30 ml/min aparece el síndrome urémico.⁵ Las complicaciones que se presentan son alteraciones del equilibrio ácido base y del metabolismo óseo mineral; anemia, alteraciones hidroelectrolíticas que deterioran el riñón produciendo la disminución del filtrado glomerular, además de aumentar el riesgo cardiovascular y de infecciones, lo que compromete la calidad de vida de los pacientes. Por ello, en los pacientes con enfermedad terminal es necesario la terapia renal sustitutiva, con diálisis peritoneal, trasplante renal o hemodiálisis que usa un circuito extracorpóreo para la eliminación de sustancias tóxicas y el exceso de líquido en el cuerpo,^{6,7} siendo muy importante la adherencia al tratamiento para mejorar la calidad de vida de los pacientes.

La adherencia al tratamiento es el grado de conducta que tiene un paciente en relación a la toma de su medicación, mencionándose que en los pacientes con enfermedades

crónicas como la insuficiencia renal es aproximadamente 50%, evidenciándose cifras menores en países en vías de desarrollo.⁸ Esta baja adherencia a la terapia ocasiona un serio problema sanitario, afecta la salud y la calidad de vida de los pacientes.⁹ La adherencia al tratamiento está relacionado a diversos factores o situaciones que producen cambios significativos en el estilo de vida del paciente, tales como estrés, temor, dolor, debilidad, fatiga, limitación de líquidos y de la actividad física, alteración del sueño, aumento de la frecuencia de hospitalizaciones debido al deterioro de la salud, teniendo un efecto importante sobre la calidad de vida del paciente con insuficiencia renal crónica.¹⁰

La calidad de vida es la percepción individual en relación a la posición de la vida dentro de un sistema cultural, además de los valores en el que la persona vive y se relaciona con sus objetivos. Es un concepto de amplio espectro, que de alguna forma incluye la salud física de una persona, el estado psicológico, las relaciones sociales conjuntamente con sus creencias personales, así como las características relacionadas a su entorno.¹¹ La calidad de vida relacionada con la salud es un concepto multidimensional, mide aspectos diferentes de la vida, como el funcionamiento físico, el bienestar psicológico, estado emocional, dolor, funcionamiento social y la percepción general de la salud.¹² Algunos criterios para establecer el concepto de calidad de vida, son bienestar, satisfacción multidimensional subjetiva y objetiva que permiten tener una percepción sobre la definición de calidad de vida como el nivel percibido de bienestar derivado de la evaluación multidimensional de cada persona de acuerdo a elementos subjetivos y objetivos.¹³

Varios factores influyen en la evaluación de la calidad de vida en los pacientes en tratamiento con hemodiálisis, la edad avanzada, el sexo femenino y la presencia de enfermedades crónicas asociadas, por lo que es muy importante la adecuada atención para disminuir el impacto negativo de la enfermedad.¹⁴

Se han realizado diversas investigaciones para relacionar la adherencia al tratamiento y la calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en hemodiálisis, incluso relacionándolas con otras variables, la mayoría de ellas establecen la relación,¹⁵⁻¹⁸ mas no se han encontrado publicaciones a nivel local.

Por lo expuesto, se formuló el problema de investigación, ¿Qué relación se puede establecer entre la adherencia al tratamiento y calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en hemodiálisis en el Hospital Víctor Lazarte Echegaray?; con la finalidad de aportar con conocimientos sobre adherencia al tratamiento y la calidad de vida en estos

pacientes, útil para diseñar intervenciones para mejorar la adherencia al tratamiento y por lo tanto la calidad de vida.

El objetivo general fue determinar la relación entre la adherencia al tratamiento y la calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en hemodiálisis. Los objetivos específicos, determinar la adherencia al tratamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica en hemodiálisis y determinar la calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en hemodiálisis.

MATERIALES Y MÉTODOS

El área de estudio fue el Hospital Víctor Lazarte Echegaray, ubicado en la ciudad de Trujillo, establecimiento de salud de referencia para los asegurados del departamento La Libertad.

El estudio es de correlación, los datos se obtuvieron de la revisión de historias clínicas y aplicando dos cuestionarios. La muestra fue de 76 pacientes, calculado a través de la fórmula utilizada para estudios correlacionales¹⁹ y mediante muestreo probabilístico, aleatorio simple. Se incluyeron pacientes mayores de 18 años de edad, con diagnóstico de insuficiencia renal crónica, que reciben tratamiento de hemodiálisis, que aceptaron participar de manera voluntaria; se excluyeron a los pacientes con enfermedades inmunosupresoras, tales como enfermedades cardiovasculares, neoplasias y personas que presenten discapacidad mental o con problemas físicos que le impidieron participar. Para determinar la adherencia al tratamiento se utilizó es el Test de Morisky-Green²⁰ y para evaluar la calidad de vida el cuestionario para enfermedad renal en su forma corta, versión 1.3 específica para este tipo de pacientes, propuesto por grupo Kidney Disease and Quality of Life²¹. Para establecer la relación entre las variables de estudio se empleó la prueba coeficiente de contingencia y $p < 0,05$.¹⁹

La investigación fue aprobada por la Escuela de Medicina de la Universidad César Vallejo y se realizó teniendo en cuenta los principios de la Declaración de Helsinki en lo que fue pertinente.²²

RESULTADOS

Tabla 1. Relación entre Adherencia al tratamiento y Calidad de Vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en hemodiálisis.

Adherencia al tratamiento	Mala calidad de vida		Buena calidad de vida		Total	
	N	%	N	%	N	%
No	22	48,9	8	25,8	30	39,5
SI	23	51,1	23	74,2	46	60,5
Total	45	100	31	100	76	100

$$r=0,22; p=0,04$$

Tabla 2. Adherencia al tratamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica en hemodiálisis.

Adherencia al tratamiento	Pacientes con insuficiencia renal crónica	
	Nro.	%
No	30	39,5
SI	46	60,5
Total	76	100

Tabla 3. Calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en hemodiálisis.

Adherencia al tratamiento	Pacientes con insuficiencia renal crónica	
	Nro.	%
Mala	45	59,2
Buena	31	40,8
Total	76	100

DISCUSIÓN

En el mundo, la insuficiencia renal crónica afecta a cerca del 10 % de la población, es preocupante que estos pacientes continúen el tratamiento ya que no hacerlo influye negativamente en la calidad de vida, por lo que se promocionan estrategias en aspectos de adherencia al tratamiento para mejorarla esta condición de los pacientes.²³

En esta investigación se obtuvo como resultado que la relación entre la adherencia al tratamiento y la calidad de vida de los pacientes con insuficiencia renal en hemodiálisis es baja, otros estudios han relacionado las variables de estudio que a continuación se comentan. Gallardo OA y Franco CB¹⁷ estudiaron la relación entre la adherencia al tratamiento y la calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal en hemodiálisis, estableciendo una relación moderada entre las variables de estudio, concluyendo que tanto la calidad de vida y la adherencia al tratamiento son muy buenas. Otra investigación realizada por Goya G.²⁴ determina que existe una fuerte relación entre la adherencia terapéutica y la calidad de vida. Por otro lado, Díaz C²⁵ también realizó un estudio similar llegando a la conclusión que existe relación entre la adherencia al tratamiento y la calidad de vida en los pacientes con insuficiencia renal crónica.

Respecto a la adherencia al tratamiento, en este estudio se encontró que representa el 60,5%. Al relacionarla con otras investigaciones como la de Darss N.²⁶ en la que la adherencia al tratamiento es del 97,8% de los pacientes y Rivas A et al²⁷ en sus resultados mencionan que el 85% de los pacientes son cumplidores y consideraron una adherencia moderadamente alta. En un estudio realizado por Ruiz E.²⁸ dentro de sus resultados evidenció que entre el 15 y 72% de los pacientes en hemodiálisis presentan adherencia, resultados disímiles a los del presente estudio; siendo la adherencia trascendental en la mejora de la atención a los pacientes, incluso se han estudiado como factores tales como la depresión, características socioeconómicas, funcionalidad familiar, nivel de autoestima, apoyo familiar, la calidad del servicio, vivir lejos del establecimiento de salud influyen en la adherencia.^{16, 29-31}

Como resultado de este estudio se evidencia que la buena calidad de vida fue 40,8%, mientras que los restantes 59,2% tienen mala calidad de vida. Al comparar este hallazgo con otras investigaciones, es similar a lo referido por Donayre D.³² quien estudió a 50 pacientes en hemodiálisis, observó que el 40% de los pacientes tienen buena calidad de vida y el 60% tienen mala calidad de vida. Por su parte Herrera AP et al³³ en el estudio que realizaron encontraron que el 67,2% de los pacientes presentan una mejor calidad de vida, igualmente Martínez I.³⁴ en su estudio concluyó que la calidad de vida en aquellos pacientes sometidos a los programas de hemodiálisis es del 65%, resultados que difieren de este trabajo de investigación.

Se concluye que: 1. La relación entre la adherencia al tratamiento y la calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal en hemodiálisis es baja, 2. La adherencia al tratamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica en hemodiálisis es

60,45% y 3. La calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en hemodiálisis fue buena es el 40,8%.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. KDIGO 2012 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease. *Kidney Int Suppl* [Internet]. 2013 [citado 8 de abril 2018];3(1):1-308. Disponible en: <https://goo.gl/T54Pi3>
2. Veltri M. Insuficiencia renal crónica: ¿qué debemos conocer para el manejo cotidiano? [Internet]. 2011 [citado 8 de abril 2018];7(2). Disponible en: <https://goo.gl/vdMWFP>
3. National Kidney Foundation. K/DOQI clinical practice guidelines for chronic kidney disease: Evaluation, classification, and stratification. *Am J Kidney Dis* [Internet]. 2002 [citado 8 de abril 2018];39(2):1-356. Disponible en: https://www.kidney.org/sites/default/files/docs/ckd_evaluation_classification_stratification.pdf
4. Levey AS, Coresh J, Balk E, Kausz AT, Levin A, Steffes MW, et al. National Kidney Foundation Practice Guidelines for Chronic Kidney Disease: Evaluation, Classification, and Stratification. *Ann Intern Med* [Internet]. 2003 [citado 8 de abril 2018];139(2):137-147. Disponible en: <https://goo.gl/md5CsR>
5. Sellarés VL. Enfermedad Renal Crónica. *Nefrología* [internet]. 2012 [citado 8 de abril 2018];7:0. Disponible en: <https://goo.gl/2gLT1P>
6. Flores J, Alvo M, Borja H, Morales J, Vega J, Zúñiga C et al. Enfermedad renal crónica: Clasificación, identificación, manejo y complicaciones. *Rev méd Chile* [Internet]. 2009 [citado 17 de abril 2018];137(1):137-177. Disponible en: <https://bit.ly/2JhAGFI>
7. Levey AS, Coresh J. Enfermedad Renal Crónica. *Lancet* [Internet]. 2012 [citado 8 de abril 2018];379:165-180. Disponible en: <https://goo.gl/hQ2kLD>
8. Adherencia a terapias a largo plazo: evidencia para la acción. Geneva: World Health Organization [Internet]. 2003 [citado 8 de abril 2018].3p. Disponible en: <https://goo.gl/SwYsPI>
9. Vilaplana PC, González JF, Ordoñana M. Adherencia al tratamiento. Una revisión desde la perspectiva farmacéutica. *Rev. Pharm Care Esp* [Internet]. 2012 [citado 8 de abril 2018];14(6):249-255. Disponible en: <http://www.pharmcareesp.com/index.php/PharmaCARE/article/view/97/92>

10. Limaylla ML, Ramos NJ. Métodos indirectos de valoración del cumplimiento terapéutico [Internet]. 2016 [citado 8 de abril 2018];19(2):95-101. Disponible en: <https://goo.gl/BdSJK7>
11. Rivera LA, Montero L, Sandoval AR. Desajuste psicológico, calidad de vida y afrontamiento en pacientes diabéticos con insuficiencia renal crónica en diálisis peritoneal. *Salud Mental* [Internet]. 2012 [citado 29 de septiembre 2018];35(4):329-337. Disponible en: <https://goo.gl/cF6ycT>
12. Organización Mundial de la Salud. Envejecimiento activo: un marco político. *Rev. Esp. Geriatr Gerontol* [Internet]. 2002 [citado 8 de abril 2018];37(2):74-105. Disponible en: http://ccp.ucr.ac.cr/bvp/pdf/vejez/oms_envejecimiento_activo.pdf
13. Miguel AR, Pardo A. Calidad de vida relacionada con la salud: Definición y utilización en la práctica médica [Internet]. 2005 [citado 11 de junio 2018];2(1):31-43. Disponible en: <https://goo.gl/wsmuN3>
14. Urzúa MA, Caqueo-Urizar A. Quality of life: A theoretical review. *Ter Psicol* [Internet]. 2012 [citado 8 de abril 2018];30(1):61-71. Disponible en: <https://goo.gl/kU5X5z>
15. Mendes S, Viana S, Gomes I, De Assis F, Gurgel E, Leal M. Factors associated with health-related quality of life in elderly patients on hemodialysis. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2011 [citado 8 de abril 2018]; 45(6):1127-36. Disponible en: <https://goo.gl/SFYfdS>
16. Huertas VM, Pérez GR, Albalade M, Sequera P, Ortega M, Puerta M. Factores psicosociales y adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes en hemodiálisis crónica [Internet]. 2014 [citado 8 de abril 2018]; 34(6):737-42. Disponible en: <https://goo.gl/QHduvb>
17. Gallardo OA, Franco CB. Calidad de vida y adherencia terapéutica en pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a hemodiálisis [Internet]. 2014 [citado 8 de abril 2018]; 1(1):1-6. Disponible en: <https://goo.gl/h61bfl>
18. Laura HM, Pérez RH. Apoyo social y adherencia terapéutica en personas con insuficiencia renal crónica sometidos a hemodiálisis [Tesis]. [Arequipa]. Universidad Nacional de San Agustín; 2016 [citado 8 de abril 2018]. Disponible en: <http://repositorio.unsa.edu.pe/handle/UNSA/1800>
19. Aguilar-Barojas S. Fórmulas para el cálculo de la muestra en investigaciones de salud. *Salud en Tabasco* [Internet]. 2005 [citado 8 de abril 2018];11(1-2):333-338. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/487/48711206.pdf>
20. Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and Predictive-Validity of A Self-Reported Measure of Medication Adherence. *Medical care* [Internet]. 1986 [citado 8 de abril 2018]; 24: 67-74. Disponible en: <https://bit.ly/2JeM9oR>
21. Hays RD, Kallich J, Mapes D, Coons S, Amin N, Carter WC, et al. Kidney Disease Quality of Life Short Form (KDQOL-SF™), Version 1.3: A Manual for Use and Scoring [Internet]. Santa Monica, CA: RAND Corporation, 1997 [citado 11 de junio 2018]. Disponible en: <https://goo.gl/CH69dS>
22. Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki-Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos [Internet]. 2013 [citado 8 de abril 2018]. Disponible en: <https://goo.gl/nzbGaz>
23. Organización Mundial de la Salud. La OPS/OMS y la Sociedad Latinoamericana de Nefrología llaman a prevenir la enfermedad renal y a mejorar el acceso al tratamiento. Organización Panamericana de la Salud [Internet]. 2015 [citado 8 de abril 2018]. Disponible en: <https://goo.gl/SQJfpK>
24. Goya RG. Calidad de vida, funcionalidad familiar y adherencia al tratamiento en el paciente en hemodiálisis ambulatoria, Pasaje 2016 [Tesis]. [Loja]: Universidad Nacional de Loja; 2017 [citado 8 de abril 2018]. Disponible en: <https://goo.gl/7CzJez>
25. Díaz SC, Présiga RP, Zapata RC. Calidad de vida relacionada con la salud y adherencia al tratamiento en pacientes con enfermedad renal crónica en Antioquia-Colombia. *Rev Edu Des* [Internet]. 2017 [citado 8 de abril 2018];(41). Disponible en: http://www.cucs.udg.mx/revistas/edu_desarrollo/anteriores/41/41_Diaz.pdf
26. Darss BN. Adherencia al tratamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica en programa de hemodiálisis [Tesis]. [Barcelona]. Universidad Pompeu Fabra; 2014 [citado 8 de abril 2018]. Disponible en: <https://goo.gl/Nu5FRJ>
27. Rivas CA, Vásquez MM, Romero CA, Escobar VL, Sinning CA, Calero CY. Adherencia farmacológica de la persona con enfermedad renal crónica en tratamiento de hemodiálisis [Internet]. 2012 [citado 8 de abril 2018]; 10(1):7-14. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4729788>
28. Ruiz GE, Latorre L, Delgado RA, Crespo MR, Sánchez LJ. Adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes en hemodiálisis. *Enferm Nefrol* [internet]. 2016 [citado 8 de abril 2018];19(3):232-241. Disponible en: http://scielo.isciii.es/pdf/enefro/v19n3/05_revisión4.pdf

29. Ramírez HC. Factores que intervienen en la adherencia al tratamiento en los pacientes con I.R.C.T. sometidos a hemodiálisis que asisten al Centro de Diálisis Vida Renal SJM [Tesis]. [Lima]: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2017 [citado 8 de abril 2018]. Disponible en: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/xmlui/handle/cybertesis/5900>

30. Aguilar RT, González LA, Pérez RA. Funcionalidad familiar y apego al tratamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica que reciben terapia sustitutiva con diálisis peritoneal [internet]. 2014 [citado 8 de abril 2018];21(2):50-54. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1405887116300141>

31. Amuy SM. La relación del Apoyo Familiar y la Aceptación de la Enfermedad para una Adecuada Adherencia al Tratamiento de Sustitución Renal en pacientes de 40 a 65 años del Área de Nefrología del Hospital Carlos Andrade Marín de la Ciudad de Quito [Tesis]. [Quito]. Universidad Central del Ecuador; 2015 [citado 8 de abril 2018]. Disponible en: <https://goo.gl/fhjnwT>

32. Donayre CD. Calidad de vida de los pacientes con insuficiencia renal crónica atendidos en la clínica de hemodiálisis "Virgen del Carmen" [Tesis]. [Chincha]. Universidad Privada San Juan Bautista; 2017 [citado 8 de noviembre 2018]. Disponible en: <https://goo.gl/dkChW7>

33. Herrera AP, Palacios GM, Mezones HE, Hernández AV, Chipayo GD. Baja adherencia al régimen de hemodiálisis en pacientes con enfermedad crónica renal, en un hospital de referencia del Ministerio de Salud en Perú. An Fac Med [Internet]. 2014 [citado 8 de abril 2018];75(4):323-6. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/afm/v75n4/a05v75n4.pdf>

34. Martínez RI. Calidad de Vida de pacientes en programas de Hemodiálisis y Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria [Tesis]. [Veracruz]. Universidad Veracruzana; 2012 [citado 8 de abril 2018]. Disponible en: <https://goo.gl/bAPLqR>

FINANCIAMIENTO

Los autores declaran que el estudio fue autofinanciado.

CONFLICTOS DE INTERÉS

Los autores niegan conflictos de interés.

AUTORÍA

Elvis Mariscal-Quispe y Marco A. Alfaro-Angulo realizaron: concepción y diseño del artículo, recolección de resultados, análisis e interpretación de datos, redacción del artículo, revisión crítica del artículo, aprobación de la versión final.

Percepción de la calidad de vida en mujeres con incontinencia urinaria en una unidad básica de atención primaria. Trujillo, Perú.

Orlando Pretell-Naccha¹

Fecha de recepción: 12 de diciembre, 2019

Fecha de aprobación: 10 de enero, 2021

DOI: <https://doi.org/10.18050/ucvscientiabiomedica.v4i1.04>

Como citar: Pretell-Naccha O. Percepción de la calidad de vida en mujeres con incontinencia urinaria en una unidad básica de atención primaria. Trujillo, Perú. UCV Sci. Biomed. 2021; 4(1): 31-40. DOI: <https://doi.org/10.18050/ucvscientiabiomedica.v4i1.04>

Derechos de reproducción: Este es un artículo en acceso abierto distribuido bajo la licencia CC



¹Universidad César Vallejo (Perú). correo. opretell@hotmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5026-781X>

Percepción de la calidad de vida en mujeres con incontinencia urinaria en una unidad básica de atención primaria. Trujillo, Perú.

Perception of the quality of life in women with urinary incontinence in a basic primary care unit. Trujillo, Perú.

Orlando Pretell-Naccha¹

Resumen

El objetivo fue describir la percepción de la calidad de vida en mujeres con incontinencia urinaria en la unidad básica de atención primaria Víctor Larco EsSalud Trujillo en el 2014. Se realizó un estudio observacional, descriptivo de corte transversal. Se analizó los datos de 41 mujeres con incontinencia urinaria a través de la King's Health Questionnaire, instrumento específico para medir la calidad de vida en pacientes con incontinencia urinaria el cual evalúa 9 dimensiones; una puntuación global media mayor a 30 indica mala calidad de vida. Los resultados obtenidos muestran una edad media de $56,4 \pm 7,4$ años y tiempo de enfermedad $3,8 \pm 3,8$ años. Se encontró que las mujeres con incontinencia urinaria perciben como mala su calidad de vida con una puntuación global media de $39,06 \pm 18,96$ siendo las dimensiones más afectadas: limitación de la actividad diaria con $42,28 \pm 22,42$ y severidad con $41,63 \pm 18,96$. Las mujeres con un tiempo de enfermedad de incontinencia urinaria ≥ 5 años perciben como mala su calidad de vida con una puntuación global media de $43,44 \pm 24,77$ siendo la dimensión más afectada impacto de la incontinencia urinaria con $51,11 \pm 24,77$. Las pacientes mayores de 60 años con incontinencia urinaria presentan mala calidad de vida con una puntuación global media de $42,09 \pm 19,25$ y la dimensión más comprometida es la limitación física con $47,92 \pm 20,07$. Se concluye que la incontinencia urinaria conlleva a mala calidad de vida, siendo las dimensiones más afectadas limitaciones de la actividad diaria y severidad; peor es la calidad de vida a mayor tiempo de enfermedad y a mayor edad.

Palabras clave: calidad de vida, incontinencia urinaria, King's Health Questionnaire.

Abstract

The objective was to describe the perception of quality of life in women with urinary incontinence in the basic primary care unit Víctor Larco EsSalud Trujillo in 2014. An observational, descriptive, cross-sectional study was carried out. The data of 41 women with urinary incontinence were analyzed through the King's Health Questionnaire, a specific instrument to measure the quality of life in patients with urinary incontinence which evaluates 9 dimensions; a mean global score greater than 30 indicates poor quality of life. The results obtained show a mean age of $56,4 \pm 7,4$ years and time of illness $3,8 \pm 3,8$ years. It was found that women with urinary incontinence perceive their quality of life as poor with a mean global score of $39,06 \pm 18,96$, the most affected dimensions being: limitation of daily activity with $42,28 \pm 22,42$ and severity with $41,63 \pm 18,96$. Women with a time of urinary incontinence disease ≥ 5 years perceive their quality of life as poor with a mean global score of $43,44 \pm 24,77$, the impact of urinary incontinence being the most affected dimension with $51,11 \pm 24,77$. Patients older than 60 years with urinary incontinence have poor quality of life with a mean global score of $42,09 \pm 19,25$ and the most compromised dimension is physical limitation with $47,92 \pm 20,07$. It is concluded that urinary incontinence leads to a poor quality of life, being the most affected dimensions limitations of daily activity and severity; The worse the quality of life the longer the illness and the older the age.

Keywords: quality of life, urinary incontinence, King's Health Questionnaire.

¹Universidad César Vallejo (Perú). correo. opretell@hotmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5026-781X>



INTRODUCCIÓN

La incontinencia urinaria es una patología frecuente caracterizada por la pérdida involuntaria de orina objetivamente demostrable, producida por una deficiencia de las estructuras y de la función del sistema genitourinario, que conlleva a una limitación o restricción en el desempeño de las actividades. Diversos estudios epidemiológicos entre mujeres adultas de todas las edades, determinaron que la tasa de prevalencia de incontinencia urinaria oscila entre el 20% y el 50%. Se incrementa con la edad, con una tasa en adultos jóvenes de 20-30%, un pico alrededor de la edad media de 30-40% y luego un incremento leve y mantenido en edades más avanzadas de 30-50 %.¹⁻³

La incontinencia urinaria afecta el bienestar físico, psicosocial, económico y familiar, las que la padecen aluden limitaciones en actividades físicas, como practicar deportes y cargar objetos, alteraciones en las actividades sociales, ocupacionales y domésticas, que influyen de negativamente en el estado emocional y en la vida sexual; además, puede causar incomodidad social e higiénica debido al miedo a la pérdida de orina, al olor de la misma, la necesidad de utilizar pañales y los cambios más frecuentes de ropa, lo que influye directamente en la calidad de vida.^{4,5}

La calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) es la evaluación subjetiva de la influencia de la salud sobre la capacidad del individuo para tener un grado de funcionamiento que le permita realizar aquellas actividades importantes y que afectan a su bienestar. La valoración de la CVRS, habitualmente realizada con cuestionarios estandarizados, es un elemento imprescindible para la toma de decisiones clínicas adecuadas, mediante la determinación de la eficacia de las intervenciones médicas y para la valoración de la calidad de los cuidados, especialmente en el seguimiento de pacientes con enfermedades crónicas.⁶

Algunos autores consideran que el impacto que presenta la incontinencia urinaria y la repercusión negativa en la calidad de vida de las mujeres que la sufren, la valoración del sentir de las mujeres, adquiere una especial relevancia en la toma de decisiones terapéuticas en la práctica clínica. Todo ello lleva a la conclusión de que el tipo, la severidad y el resultado de la evaluación clínica o urodinámica de la incontinencia, no pueden predecir el grado de malestar o la intensidad de la repercusión negativa que la incontinencia provoca en las mujeres, debido a que la valoración de estos aspectos subjetivos aporta datos diferentes de esta disfunción miccional. Por ello, la valoración de la calidad de vida de los

pacientes tiene una especial relevancia en el abordaje de este problema de salud.^{7,8}

Faria et al (Brasil, 2012) tuvieron como objetivo medir y comparar la calidad de vida y función sexual de mujeres con y sin incontinencia urinaria. Los resultados obtenidos muestran afectación de la calidad de vida en las dimensiones: impacto de la incontinencia urinaria con una media de 57,14 \pm 3,75; impacto (medida de gravedad) con 45,71 \pm 22,72; limitaciones de la actividad diaria 44,28 \pm 3,81, las dimensiones que obtuvieron un puntaje menor fueron relaciones personales con 14,88 \pm 2,80 y limitaciones sociales con 21,26 \pm 2,44.⁹ Suarez C, et al (España, 2012) valoraron la repercusión que la incontinencia urinaria tiene en la calidad de vida de las mujeres. La afectación de las dimensiones de la calidad de vida de las mujeres fue: la percepción del estado de salud general con una media 59,4 \pm 19,68, seguida de la gravedad con 59,2 \pm 29,1, impacto de la incontinencia con 51,6 \pm 30,16, limitaciones físicas 37,33 \pm 31,3 y las limitaciones de las actividades de la vida diaria 35,8 \pm 31,6; las relaciones personales se mostraron como las menos afectadas con una puntuación media de 9,4 \pm 18.¹

Knorst et al (Brasil, 2011) describieron las características de la incontinencia urinaria y su impacto en la calidad de vida relacionada a signos y síntomas depresivos de mujeres. Aplicaron la King's Health Questionnaire a 48 mujeres con incontinencia urinaria; hallaron que el 47,9 % tuvo incontinencia urinaria mixta (IUM), 39,6 % de esfuerzo (IUE) y el 12,5 % de urgencia (IUU); en el 50 % el tiempo de enfermedad media de 7,9 \pm 6,49; las mujeres con IUM tuvieron una percepción de salud más comprometida, mayores limitaciones físicas, limitaciones en las actividades cotidianas y relaciones personales ($p < 0,05$). Del análisis de las dimensiones las mujeres presentaron mayor puntuación (peor calidad de vida) en impacto de la incontinencia con un puntaje medio de 66,7 \pm 33,3; de ellas las que tuvieron IUE el puntaje fue de 33,3 para las que presentaron IUU el puntaje de IUU y para las de IUM 66,7; seguida de severidad de la incontinencia urinaria con un promedio de 53,3 \pm 46,7; de las cuales las que tuvieron IUE el puntaje fue de 53,3 para las que presentaron IUU el puntaje de 53,3 y para las de IUM 76,3.¹⁰

Valencia (España, 2011) determinó la relación de la calidad de vida en mujeres con incontinencia urinaria en atención primaria, para ello aplicó la encuesta de consulta internacional de incontinencia urinaria (ICIQ-SF e IID-SF) a 80 mujeres con incontinencia urinaria; los resultados a los que arribaron fueron el 70 % de las pacientes con incontinencia urinaria ven afectada su calidad de vida. Las esferas física y emocional, son las más afectadas, las esferas que resultaron afectadas e influyen con un impacto de calidad de vida moderado - severo

fueron las actividades de la vida diaria en un 23,8% y el impacto emocional a un 20,1% seguidos por desplazamientos y relación social 18,9% y 12,6% respectivamente. ¹¹

Frick et al (EEUU, 2010) compararon el impacto de la incontinencia urinaria mixta, de esfuerzo y de urgencia en la calidad de vida de mujeres de mediana edad; para ello aplicaron el cuestionario de impacto de la incontinencia (IIQ) a 2109 mujeres que la reportaron. Los resultados mostraron que el 37% tuvieron incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE), 31% de urgencia y 21% mixta; la dimensión con mayor impacto fue la esfera emocional con un promedio de 8 puntos, de ellas las que presentaron IUE obtuvieron 13 puntos, las de IUU 8 puntos y la IUE 4 puntos. No hubo diferencia significativa en el impacto de la calidad de vida entre la IUE y IUU (OR 1,6 IC 95%:0,9-2,7) o IUM y IUU (OR 1,6 IC 95%: 0,9-2,8). ¹²

Dedicacao et al (Brasil, 2009) compararon el impacto de los diferentes tipos de incontinencia urinaria femenina en su calidad de vida; aplicaron King's Health Questionnaire a 77 mujeres con incontinencia urinaria. Los resultados obtenidos muestran que el 44,16% fueron diagnosticadas de incontinencia urinaria mixta (IUM), el 40,26% incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE) y el 15,58 % con incontinencia de urgencia (IUU); las dimensiones con más alto puntaje (peor calidad de vida) según tipo de incontinencia urinaria fue impacto de la incontinencia urinaria con 69,89 ±31,45 puntos para IUE; 66,67 ±31,78 para IUU y de 75,49 ± 29,94 para la IUM; seguido de la dimensión impacto (medida de severidad) con puntuaciones de 62,80 ± 28,64; 45,0 ± 28,59 y 61,57 ± 25,85 para IUE, IUU e IUM, respectivamente; las dimensiones con puntajes bajos fue limitaciones sociales con 41,98 ± 27,79 para IUE, 39,81 ± 32,98 para IUU y 54,41 ± 33,25. ¹³

Araño et al (España, 2009) analizaron la calidad de vida relacionada con la salud en mujeres con incontinencia urinaria mixta, para ello aplicaron la versión española de la King's Health Questionnaire a 1100 mujeres con síntomas de incontinencia urinaria mixta; los resultados hallados fueron: el promedio general de la puntuación de las dimensiones del QHK fue de 42,2; el mayor impacto en la calidad de vida correspondió a las dimensiones: impacto de la incontinencia urinaria con una puntuación de 65,5 e impacto de la incontinencia urinaria con 57,8 puntos; en tanto los que tuvieron menor afectación fueron las dimensiones de emociones y sueño/energía con 25,3 y 31,4 puntos, para cada uno ellos respectivamente. ¹⁴

Martínez et al (España, 2008) valoraron la calidad de vida de las pacientes con incontinencia urinaria de esfuerzo, para ello aplicaron la QHK a 126 pacientes con incontinencia urinaria de esfuerzo. Los resultados encontrados fueron que el 6,3%

presentó incontinencia urinaria de urgencia el 12,7% mixta y el 81% de esfuerzo; en relación a la calidad de vida la dimensión menos afectada (mejor calidad de vida) fue el de relaciones personales con una media de 26,89 (IC 95%: 21,16 – 32,63); mientras que la dimensión peor puntuada (peor calidad de vida) fue la del impacto de la incontinencia urinaria, con una puntuación media de 82,96 (IC 95%: 80,15 – 85,77). Se comprobó que en líneas generales las puntuaciones más bajas (mejor calidad de vida) se obtuvieron en los grupos de edad más jóvenes. Las pacientes con mayor tiempo de evolución de incontinencia urinaria puntuaron más bajo para la dimensión relaciones personales ($r=0,179$; $p=0,045$). ¹⁵

Velázquez et al (México, 2007) determinaron la prevalencia de incontinencia urinaria y la calidad de vida relacionada con el estado de salud de mujeres entre 20 y 80 años de edad, a quienes se les aplicó el cuestionario de la consulta internacional de incontinencia urinaria (ICIQ-IU-SF, forma corta), el cuestionario de incontinencia urinaria y calidad de vida (I-QoL) y el cuestionario EuroQol (EQ5D y EQ VAS) a 800 personas. Los resultados que obtuvieron fueron Las mujeres con incontinencia urinaria reportaron un índice de calidad de vida con el cuestionario ICIQ-IU-SF de 8,8 ±3,3, índice de calidad de vida con el cuestionario IQoL de 77,2 ± 21,7, limitación de la actividad física de 75,1 ± 21,2, efecto psicosocial de 83,4 ± 21,8 y preocupación social de 69,5 ± 27,3. ⁴

España et al (España, 2006) determinaron la prevalencia de incontinencia urinaria y la calidad de vida relacionada con el estado de salud de mujeres entre 20 y 80 años de edad, administrándose la King's Health Questionnaire a 674 personas. Los resultados obtenidos fueron la puntuación media global del cuestionario QHK fue de 38,3 ± 19,2; en el desagregado por dimensiones se observa que las puntuaciones más altas (peor calidad de vida) corresponden a las dimensiones impacto (medida de la gravedad) 59,7; impacto de la incontinencia urinaria 59,8; limitaciones físicas 46,2 y limitaciones de las actividades diarias 39,0 y las que obtuvieron un puntaje bajo (mejor calidad de vida) fueron limitaciones sociales 29,9 puntos, sueño/energía 27,9 y relaciones personales 20,7 puntos. ¹⁶

La Sociedad Internacional de Continencia (ICS), define a la incontinencia urinaria como la pérdida involuntaria de orina a través de la uretra objetivamente demostrable y de tal magnitud que constituya un problema higiénico y social. La incontinencia urinaria no solo debe considerarse como una enfermedad, sino como la manifestación de distintas disfunciones del tracto urinario inferior, que afecta su calidad de vida, sino también porque afecta la dimensión socio-cultural, lo cual lleva a infravalorar su prevalencia.

Con el propósito de unificar las distintas terminologías y definiciones, se establece niveles descriptivos como síntoma: escape involuntario de orina; signo: objetivación del escape y patología: demostración por las técnicas urodinámicas. La aparición de las distintas clases de incontinencia va a ser el resultado de la alteración en la integridad, función y coordinación de la vejiga, los mecanismos anatómicos de la continencia y el control nervioso.¹⁷⁻¹⁹

La definición de la incontinencia, describe al síntoma como es percibido por el paciente o cuidador y al signo como el uso de los diarios miccionales, pruebas de cojín, puntuaciones de síntomas y la calidad de vida por instrumentos validados. Los estudios urodinámicos reflejan el estado fisiopatológico que está causando la incontinencia. La ICS en el 2003, aprobó la siguiente terminología: incontinencia urinaria de esfuerzo como síntoma es la queja de pérdida involuntaria de orina con el ejercicio, estornudo o tos y como signo es la observación de la pérdida involuntaria de orina por la uretra sincrónica con el esfuerzo, estornudos o tos; incontinencia urinaria de urgencia, el síntoma es la queja de una pérdida involuntaria acompañada por urgencia miccional o precedida en forma inmediata por esta; el signo es la observación de la pérdida involuntaria de orina por la uretra que se acompaña o inmediatamente precedida de urgencia. Incontinencia urinaria mixta la queja de una pérdida involuntaria de orina asociada con urgencia y con el esfuerzo.²⁰

Se estima que la incontinencia urinaria en las mujeres fue la causa de más de 1,1 millones de consultas en el año 2000 y para el año 2004 se estimó el costo total directo e indirecto de la incontinencia en los Estados Unidos de aproximadamente \$19,500 millones, en este contexto la incontinencia tiene un impacto económico superior a muchas condiciones crónicas y enfermedades. La prevalencia de incontinencia urinaria es muy variable en las diferentes regiones, probablemente por la metodología y los instrumentos utilizados para el diagnóstico; estudios recientes en cuatro países europeos (Francia, Alemania, Reino Unido y España) reportaron que el 35% de las mujeres refirieron pérdidas involuntarias de orina en los últimos 30 días. La tasa de prevalencia de incontinencia urinaria fue similar en todos los países (41 a 44%), excepto en España que fue menor (23%). Los estudios demuestran que la prevalencia de incontinencia urinaria aumenta con la edad, se presenta un pico alrededor de la edad media (prevalencia 30-40%) y luego un incremento leve y sostenido en edades más avanzadas (prevalencia 30 – 50%). Los pacientes institucionalizados, principalmente las mujeres, representan un grupo particular de elevada prevalencia de incontinencia urinaria (50 – 60%).²⁰⁻²²

Se ha determinado una serie de factores de riesgo que favorecen su desarrollo: edad, embarazo, enuresis nocturna, peso, inmovilidad, enfermedad crónica degenerativa, deterioro cognitivo, depleción estrogénica, diabetes, ictus, delirio, uso de fármacos, obesidad mórbida, debilidad de la musculatura pelviana, multiparidad, impactación fecal, barreras ambientales y actividad física de alto impacto.²³

El embarazo y el parto vaginal son factores de riesgo importantes, aunque lo son menos con la edad. No parece que la menopausia sea, en sí misma, un factor de riesgo de incontinencia urinaria; hay datos contradictorios en relación con la histerectomía. La diabetes mellitus es un factor de riesgo en la mayoría de los estudios. La investigación indica que la restitución estrogénica por vía oral y el índice de masa corporal mayor al normal son factores de riesgo modificables importantes de incontinencia urinaria. Aunque un deterioro leve de la función cognitiva no constituye un factor de riesgo de incontinencia urinaria, incrementa los efectos de esta. El tabaquismo, dieta, depresión, infecciones de las vías urinarias y ejercicio no constituyen factores de riesgo.²⁴

El diagnóstico de la incontinencia urinaria debe ir no sólo a la demostración y cuantificación de la fuga, sino a la búsqueda de la causa, ya que un diagnóstico correcto nos llevará a poder ofrecer el tratamiento adecuado a cada tipo de incontinencia según su etiología. Los puntos principales de apoyo del diagnóstico son la anamnesis o historia clínica, la exploración física y el estudio urodinámico, pudiéndose completar estos 3 con las determinaciones analíticas y el diagnóstico por imagen.^{16,18}

En las mujeres con incontinencia de esfuerzo, de urgencia o mixta, el tratamiento inicial consiste en asesoramiento adecuado sobre los hábitos de vida, fisioterapia, una pauta miccional programada, terapia conductual y medicación. Algunas recomendaciones se basan en pruebas científicas sólidas y coherentes de sus efectos. Sin embargo, muchas otras se basan en datos insuficientes de grado 1 o 2 y son, básicamente, hipótesis que precisan más pruebas de sus efectos beneficiosos. Es probable que las mujeres en que ha fracasado el tratamiento inicial sufran síntomas molestos, o que presenten un deterioro de la calidad de vida y soliciten tratamiento adicional. Si se ha agotado el tratamiento inicial un tratamiento intervencionista puede estar indicado.²³

El impacto en la calidad de vida de los pacientes con incontinencia urinaria es uno de los criterios para la decisión terapéutica a adoptar ya que socava la autoestima y las relaciones sociales; por eso la utilización de cuestionarios para objetivar este impacto es útil al profesional, no sólo para decidir tratamiento, sino para evaluar resultados¹⁷.

Actualmente existen una serie de cuestionarios validados de síntomas y calidad de vida que pueden ayudar al médico a entender mejor los síntomas de los pacientes y facilita la evaluación de los resultados del tratamiento.¹⁹

La OMS (1994) define a la calidad de vida como “la satisfacción subjetiva de un individuo con su propia vida, y es influenciada por todos los aspectos (dominios) de la personalidad: físico, psicológico, social y espiritual. Sin embargo, los índices de calidad de vida tienden a medir sólo algunos aspectos seleccionados y no la satisfacción subjetiva global”.²⁵

La Tercera Consulta Internacional sobre incontinencia ha recomendado el uso de cuestionarios sobre la base de la validez, fiabilidad y capacidad de respuesta con rigor en uno o varios grupos de datos. Los cuestionarios están diseñados para evaluar los síntomas, calidad de vida o ambos. Son útiles para obtener información basal sobre la incontinencia y también para evaluar la respuesta al tratamiento. Los cuestionarios validados pueden ser de gran utilidad en la práctica clínica como para la investigación. Los médicos deben elegir los cuestionarios que son más relevantes para su grupo de pacientes y el entorno clínico.^{20,22}

De los diversos instrumentos los más recomendados y específicos para evaluar la calidad de vida de mujeres con incontinencia urinaria se tiene el King's Health Questionnaire (KHQ), desarrollado por Kelleher et al.²⁶ en el año 1997 y validada a la versión en español por Badia en el año 2000, instrumento diseñado específicamente para medir la calidad de vida en pacientes con incontinencia urinaria²⁷; y, el cuestionario International Consultation on Incontinence Short Form (ICIQ-SF) desarrollado por Wyman en el año 1987 y validada la versión en español por Espuña M en el 2004, que es el primer cuestionario breve que permite no sólo detectar la incontinencia urinaria sino además categorizar las pacientes de acuerdo con la gravedad de los síntomas y el grado de preocupación generado.²⁰

La importancia de la presente investigación radica en que la incontinencia urinaria es una patología frecuente, con una tasa de diagnóstico infravalorada, que genera limitaciones en actividades domésticas, sociales y ocupacionales las cuales influyen de forma negativa en su estado emocional y en la calidad de vida. Además, a las personas que padecen incontinencia urinaria, actualmente, en la atención médica no se realiza la evaluación del impacto de la incontinencia urinaria en su calidad de vida, como un mecanismo de conocer la visión que tiene la persona sobre su enfermedad, como la enfrenta y como herramienta para evaluar la evolución de los resultados clínicos del tratamiento.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional, descriptivo de corte transversal. Se analizó los datos de 41 mujeres con incontinencia urinaria a través de la King's Health Questionnaire, instrumento específico para medir la calidad de vida en pacientes con incontinencia urinaria, el cual evalúa 9 dimensiones; una puntuación global media mayor a 30 indica mala calidad de vida.

Este trabajo se rigió bajo los principios de la Declaración de Helsinki, siendo considerada como investigación sin riesgo. Fue ejecutada con la aprobación y autorización de la Escuela de Medicina de la Universidad César Vallejo y del Comité Ética de Investigación de la Red Asistencial de EsSalud La Libertad; con el consentimiento informado de las mujeres para participar libre y voluntariamente.

RESULTADOS

Tabla 1. Distribución según grupo etario de las mujeres con incontinencia urinaria.

Grupo Etáreo	N	%
35-39 años	3	7,32
40-44 años	0	0,00
45-49 años	4	9,76
50-54 años	3	7,32
55-60 años	15	36,59
60-65 años	16	39,02
Total	41	100,00%

**\bar{x} : 56,4 años; desviación estándar (DE): $\pm 7,4$;
mínimo: 36 años y máximo: 65 años**

Tabla 2. Distribución de las mujeres con incontinencia urinaria según tiempo de enfermedad.

Tiempo de Enfermedad	N	%
≤ 1 año	13	31,71
1-2 años	7	17,07%
3-4 años	6	14,63%
≥ 5 años	15	36,59%
Total	41	100,00%

**\bar{x} : 3,9 años; desviación estándar (DE): $\pm 3,8$;
mínimo: 1 año y máximo: 16 años**

Tabla 3. Puntuación media del King's Health Questionnaire de la percepción de la calidad de vida en mujeres con incontinencia urinaria.

Dimensiones	n=41		
	Media	Desviación Estándar	Rango
Percepción del estado de salud general	40,85	±16,54	0-100
Impacto de la incontinencia urinaria	41,46	±25,58	0-100
Limitaciones de la actividad diaria	42,28	±22,42	0-100
Limitaciones físicas	41,06	±24,75	0-100
Limitaciones sociales	35,77	±23,44	0-100
Relaciones personales	35,77	±24,03	0-100
Emociones	35,77	±19,49	0-100
Sueño/Energía	36,99	±24,58	0-100
Severidad de la incontinencia urinaria	41,63	±18,96	0-100
Puntuación Global	39,06	±22,20	0-100

Tabla 4. Puntuación media del King's Health Questionnaire de la percepción de la calidad de vida en mujeres con incontinencia urinaria, según el tiempo de enfermedad.

Dimensiones	Tiempo de Enfermedad							
	≤ 1 año		1-2 años		3-4 años		≥ 5 años	
	Media	DE	Media	DE	Media	DE	Media	DE
Percepción del estado de salud general	42,31	±12,01	42,86	±18,89	41,67	±25,82	38,33	±16,54
Impacto de la incontinencia urinaria	30,77	±25,32	42,86	±31,71	38,89	±13,61	51,11	±24,77
Limitaciones de la actividad diaria	35,90	±22,50	35,71	±18,75	47,22	±14,96	48,89	±23,94
Limitaciones físicas	34,62	±24,97	30,95	±26,23	41,67	±13,95	51,11	±25,56
Limitaciones sociales	24,36	±22,16	30,95	±22,42	36,11	±6,81	47,78	±25,09
Relaciones personales	29,91	±25,41	42,86	±23,51	35,18	±8,36	37,78	±27,79
Emociones	32,48	±17,25	36,51	±25,43	33,33	±7,03	39,26	±22,56
Sueño/Energía	35,90	±26,22	52,38	±20,25	33,33	±21,08	32,22	±25,56
Severidad de la incontinencia urinaria	38,46	±18,89	43,81	±17,15	38,89	±6,56	44,44	±23,59
Puntuación Global	33,86	±21,63	39,88	±22,71	38,48	±13,13	43,44	±23,94

Tabla 5. Puntuación media del King's Health Questionnaire de la percepción de la calidad de vida en mujeres con incontinencia urinaria, según la edad.

Dimensiones	Grupo Etéreo							
	35-39 años		50-54 años		55-60 años		60-65 años	
	Media	DE	Media	De	Media	DE	Media	DE
Percepción del estado de salud general	50,00	±0,00	41,67	±14,43	36,67	±18,58	39,06	±15,73
Impacto de la incontinencia urinaria	22,22	±19,24	22,22	±19,24	46,67	±24,56	41,67	±22,77
Limitaciones de la actividad diaria	22,22	±15,71	44,44	±7,86	46,67	±25,96	42,71	±18,61
Limitaciones físicas	16,67	±16,67	27,78	±25,46	44,44	±27,22	47,92	±20,07
Limitaciones sociales	5,56	±9,62	27,78	±25,46	40,00	±25,82	42,71	±19,22
Relaciones personales	11,11	±11,11	33,33	±33,34	38,52	±22,95	44,44	±21,85
Emociones	25,92	±16,67	33,33	±33,34	37,04	±18,63	38,19	±21,07
Sueño/Energía	33,33	±44,09	27,78	±9,62	38,89	±28,64	41,67	±16,10
Severidad de la incontinencia urinaria	26,67	±4,76	24,44	±21,43	43,55	±16,88	40,42	±17,80
Puntuación Global	23,74	±14,82	31,42	±21,13	41,38	±23,25	42,09	±19,25

DISCUSIÓN

La incontinencia urinaria es un problema de salud frecuente, que afecta fundamentalmente al sexo femenino sin mortalidad asociada, pero con gran impacto en la calidad de vida y que constituye un problema social y familiar para la persona que lo sufre, reflejando en la actualidad un problema importante de salud en sus aspectos médicos, sociales y económicos, afectando a la calidad de vida de las personas que la padecen.⁸

Suárez et al¹ y Martínez et al³ consideran que el impacto que la incontinencia urinaria puede ser igual o incluso mayor, al que provocan otras patologías crónicas como pueden ser la diabetes mellitus, la hipertensión arterial o la osteoartritis. Esta consideración supone reconocer que la incontinencia urinaria presenta una repercusión negativa en la calidad de vida de las mujeres que la sufren, razón por lo que la valoración de la calidad de vida de las mujeres adquiere una especial relevancia en la toma de decisiones terapéuticas en la práctica clínica.³

La calidad de vida relacionada con la salud entendida como un resumen de características relacionadas con el bienestar y la capacidad de actuación de las personas afectadas por la incontinencia urinaria. El bienestar y la capacidad de actuación son fenómenos, ante todo, valorables por el propio enfermo que es quien los vive esto convierte a la medición de la percepción de la calidad de vida en una novedosa tecnología comunicativa que toma en cuenta el punto de vista del paciente en el proceso terapéutico.¹⁸

Bajo este contexto, se eligió el King's Health Questionnaire (KHQ) porque a diferencia de otros cuestionarios genéricos, es un cuestionario específico, que no sólo mide los síntomas urinarios, sino que además mide el impacto de la incontinencia urinaria en las áreas física, social y mental. Su contenido, su consistencia psicométrica y su relativa simplicidad son factores que facilitan su utilización.¹⁵

En la tabla N° 1 se evidencia que el grupo etario de 55 a 65 años representa el 75,61% con una edad media de $56,4 \pm 7,4$ años muy similar a los obtenidos por Suárez et al¹ con $52,9 \pm 11,41$ años al de Knorst et al¹⁰ para quienes fue de $53,8 \pm 10,8$, así como al de Frick et al¹² con una edad media de 57,9 años, al de Martínez et al¹⁵ con $57,09 \pm 9,57$ al de Arañó et al¹⁴ y Espuna et al¹⁶ con $57,2 \pm 12,5$ y $56,1 \pm 10,8$ para cada uno de los autores. Según la bibliografía consultada la incontinencia urinaria sufre un incremento en su prevalencia en edades medias entre los 50 y 58 años; esta patología es, extraordinariamente, frecuente y su prevalencia está estrechamente ligada con la edad, en general afecta a un 12% a 56% según la población estudiada; sin embargo, habitualmente esta afección es sub-diagnosticada, por que las mujeres no informan u ocultan la pérdida de orina por vergüenza o incluso porque la consideran un proceso natural, aun cuando puede ser muy significativo y determinar gran impacto en la calidad de vida e inserción social de aquellas que la padecen.³⁰

En la tabla N° 2 se observa que las mujeres con incontinencia urinaria con un tiempo de enfermedad mayor igual a 5 años representan el 36,59% con una media de $3,9 \pm 3,8$ años, similar al hallado por Arañó et al¹⁴ con un tiempo de enfermedad media $4,4 \pm 4,8$ años; significativamente superior al hallado por Carneiro et al³⁰ cuyo tiempo de enfermedad media fue de $1,36 \pm 1,5$ e inferior a los hallados por Suárez et al¹ con $7,4 \pm 7,2$ años, al de Knorst et al¹⁰ con $7,9 \pm 6,4$ años y al de Martínez et al¹⁵ con 9,54 años. La razón de esta diferencia radica en que estos estudios fueron realizados en pacientes con tiempo de enfermedad que va entre 10 a 30 años, muy superior al encontrado en nuestro estudio.

En la tabla N° 3 las mujeres con incontinencia urinaria evaluadas a través de la KHQ, percibieron como mala su calidad de vida, con una puntuación global de $39,06 \pm 22,20$; similar al obtenido por Espuña et al¹⁶ con una puntuación global de $38,3 \pm 19,2$ y al de Arañó et al¹⁴ quienes obtuvieron una puntuación global de $42,2 \pm 19,2$. Además, se evidencia que las dimensiones más afectadas son: limitaciones de la actividad diaria con $42,28 \pm 22,42$ puntos, severidad de la incontinencia urinaria con $41,63 \pm 18,96$ e impacto de la incontinencia urinaria con $41,46 \pm 25,58$ similar al encontrado por Faría et al⁹ siendo las dimensiones con mayor puntuación impacto de la incontinencia urinaria con $57,14 \pm 3,75$, severidad de la incontinencia urinaria con $45,71$

$\pm 22,72$ y limitaciones de la actividad diaria con $44,28 \pm 3,81$ y semejante al hallado por Nascimento et al³⁷ quienes determinaron que las dimensiones más afectadas fueron Impacto de la incontinencia urinaria con $53,33 \pm 27,60$ puntos; severidad de la incontinencia urinaria con $38,24 \pm 25,86$ y al de Ramos et al³³ para quienes las limitaciones de la actividad diaria es la más afectada con $33,3 \pm 57,7$ y al de Carneiro et al³⁰ quienes evidenciaron que las dimensiones con mayor puntuación fueron impacto de la incontinencia urinaria con $52,66 \pm 28,74$ y limitaciones de la actividad diaria con $32,22 \pm 32,98$. E inferior a los hallados por: Castro et al³⁴ siendo las dimensiones más afectadas: impacto de la incontinencia urinaria (IU) con $60,9 \pm 49,6$ puntos, limitaciones físicas con $62,1 \pm 48,6$ y limitaciones de la actividad diaria con $55,7 \pm 40,1$ al de Suárez et al¹ siendo la percepción de la salud general ($59,4 \pm 19,68$); severidad de la IU ($59,2 \pm 29,1$) e impacto de la IU ($51,6 \pm 30,16$) las dimensiones más afectadas; así como al de Knorst et al¹⁰ siendo el impacto de la IU ($66,7 \pm 33,3$) y severidad de la IU ($53,3 \pm 46,7$) las dimensiones con mayor puntuación, al de Dedicacao et al¹³ siendo las dimensiones con mayor repercusión: impacto de la IU ($69,89 \pm 31,45$), severidad de la IU ($62,80 \pm 28,64$) y limitaciones de la actividad diaria ($56,99 \pm 37,21$), al de Aranó et al¹⁴ siendo el impacto de la IU ($57,8$), severidad de la IU ($65,5$) y limitaciones física ($51,4$) las dimensiones más afectadas; así como al de Martínez et al¹⁵ que obtuvieron puntuaciones altas para las dimensiones: impacto de la IU ($82,96 \pm 15,92$); limitaciones físicas ($74,47 \pm 29,64$) y limitaciones de la actividad diaria ($62,93 \pm 35,64$) y al de Espuña et al¹⁶ que observaron mayor repercusión en las dimensiones: impacto de la IU ($59,6 \pm 27,5$), severidad de la IU ($60,5 \pm 23,4$) y limitaciones físicas ($47,1 \pm 28,6$). Estas diferencias se explican en razón a que los estudios se realizaron en mujeres con edades superiores a 65 años, con un tiempo de enfermedad que oscila entre 10 y 30 años y además probablemente acompañadas de alguna comorbilidad.

Así mismo en la tabla N° 4 se evidencia que las dimensiones menos puntuadas son: limitaciones sociales con $35,77 \pm 23,44$ y relaciones personales con $35,77 \pm 24,03$; para otros autores como Nascimento et al³⁷ la repercusión que esta disfunción provoca en las limitaciones sociales $16,30 \pm 29,95$ y las relaciones personales principalmente en la esfera sexual de las mujeres $4,44 \pm 11,73$; es importante, por lo que merece un especial interés; estas dimensiones son las que menor repercusión presentaron en las participantes, los autores consideran que ambas esferas son de gran relevancia en la vida de la mujer.

En la tabla N° 4 se evidencia que las mujeres con un tiempo de enfermedad mayor igual a 5 años perciben como mala su calidad de vida con una puntuación global de $43,44 \pm 23,94$ y

las dimensiones con mayor repercusión son: impacto de la IU con $51,11 \pm 24,77$ puntos y limitaciones físicas con $51,11 \pm 25,56$. De lo revisado en la literatura no se ha encontrado estudios que relacionen el tiempo de enfermedad de incontinencia urinaria con la calidad de vida y con las dimensiones del KHQ; no obstante Nascimento et al.³⁷ refieren que a mayor tiempo de enfermedad las paciente pueden haber desarrollado algunas adaptaciones funcionales, haciéndolas sentir de alguna manera normales, lo manifestado no concuerda con los halladas en nuestro estudio.

En la tabla N° 5 se observa que las mujeres con incontinencia urinaria entre 60 a 65 años perciben como mala su calidad de vida con una puntuación global de $42,09 \pm 19,25$ siendo las dimensiones más afectadas: las limitaciones físicas con una puntuación media de $47,92 \pm 20,07$ y relaciones personales con $44,44 \pm 21,85$; lo que apoyaría las afirmaciones de Martínez et al.¹⁵, para los que la repercusión en la calidad de vida de esta disfunción es mayor en edades avanzadas que en mujeres con una edad más joven, por tanto las mujeres con incontinencia urinaria aluden limitaciones en actividades físicas, tales como el practicar deportes y cargar objetos. Alteraciones en las actividades sociales, ocupacionales y domésticas, que influyen de forma negativa en el estado emocional y en la vida sexual. Además, puede causar incomodidad social e higiénica debido al miedo a la pérdida de orina, al olor a orina, la necesidad de utilizar pañales y los cambios más frecuentes de ropa, lo que influye directamente en la calidad de vida.³⁴

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Suárez C, Medrano E, Díaz E, De la Casa M, Chillón R, Chamorro G. Afectación de la calidad de vida en mujeres con incontinencia urinaria. *Fisioterapia*; 2012; 35(1):18-23.
2. González C. Prevalencia y demanda de asistencia sanitaria en mujeres con incontinencia urinaria en el ámbito laboral. Serie de trabajos fin de Master; 2010; 2(1):1416-29.
3. Martínez E, Ruiz J, Gómez L, Ramírez M, Delgado F, Rebollo P, et al. Prevalencia de Incontinencia Urinaria y Vejiga Hiperactiva en la población española: Resultados del Estudio EPICC. *Actas Urol Esp*; 2009; 33(2):159-66.
4. Velázquez M, Bustos H, Rojas G, Oviedo G, Neri E, Sánchez C. Prevalencia y calidad de vida en mujeres con incontinencia urinaria. Estudio en población abierta. *Ginecol Obstet Mex*; 2007; 75(6):261-9.
5. Chiang H, Susaeta R, Valdevenito R, Rosenfeld R, Finsterbusch C. Incontinencia Urinaria. *Rev Med Clin Condes*; 2012; 34(2):219-27.
6. Martínez E, Ruiz J, Gómez L, Rebollo P, Pérez M, Chávez J. Impacto de la incontinencia urinaria y del síndrome de vejiga hiperactiva en la calidad de vida relacionada con la salud de pacientes de mediana edad laboralmente activos y mayores de 65 años institucionalizados. *Actas Urol Esp*; 2010; 34(3): 242-50.
7. Cortés J, Martínez F, Reynoso C, Jiménez V, Alfonso C, Leal M. Incontinencia urinaria "oculta" ¿afecta a la calidad de vida de nuestros pacientes? *Rev Mex Uro* 2014; 74(2):123-5.
8. García M, Puentes A, Rubio E, López M, Puentes R, García G. Mejoría de la calidad de vida en mujeres con incontinencia tras el tratamiento rehabilitador. ¿Existe relación entre el ICIQ-SF y el pad test? *Rehabilitación*; 2012; 46(2):141-6.
9. Faria K, Pedrosa L. Evaluación de la calidad de vida y función sexual de mujeres con y sin incontinencia urinaria. *Rev Electr Enf*; 2012; 14(2):366-73.
10. Knorst M, Resende T, Goldim J. Clinical profile, quality of life and depressive symptoms of women with urinary incontinence attending a university hospital. *Rev Bras Fisioter*; 2011; 15(2):109-16.
11. Valencia P. Incontinencia urinaria y calidad de vida en mujeres en atención primaria. España; 2012 (citado 2013 Jul. 28); disponible http://www.alimarket.es/media/imagenes/20090607/detalle_art/42037/12248_high.pdf.
12. Frick A, Huang A, Van Den Eeden S, Knight S, Creasman J, Yang J, Ragins A, Thom D, Brown J. Mixed Urinary Incontinence: Greater Impact on Quality of Life. *J Urol*; 2009; 182(2):596-600.
13. Dedicacao A, Haddad M, Saldanha M, Driusso P. Comparação da qualidade de vida nos diferentes tipos de incontinência urinária feminina. *Rev Bras Fisioter*; 2009; 13(2):116-22.
14. Araño P, Rebollo P, Gonzalez-Segura D. Afectación de la calidad de vida relacionada con la salud en mujeres con Incontinencia Urinaria Mixta. *Actas Urol Esp*; 2009; 33(4):410-15.
15. Martinez B, Salinas A, Giménez J, Donate M, Pastor H, Virseda J. Calidad de vida en las pacientes con incontinencia urinaria. *Actas Urol Esp*; 2008; 32(2):202-10.
16. Espuña M, Puig M. Síntomas del tracto urinario inferior en la mujer y afectación de la calidad de vida: Resultados de la aplicación del King's Health Questionnaire. *Actas Urol Esp*; 2006; 30(7):684-91.
17. Berek J. Ginecología de NOVAK. 14th ed. España: Edit EDI-DE S.L; 2007.

18. Castiñeras J, Carballido J, Franco A, Gausa L, Robles J, Sánchez M, Server G, Zuluaga A. *Urología Libro del Residente*. España: Edit Gráficas Marte; 2007.
19. Sociedad Colombiana de Urología. *Guía de Práctica Clínica Incontinencia Urinaria Femenina*. Colombia; 2008 [citado 2013 Jul. 28]. Disponible en: <http://www.urologiacolombiana.com/guias/005.pdf>.
20. Wein A, Kavaussi L, Novick A, Partin A, Peter C. *Campbell Walsh Urology*. 10th ed. España: Edit Elsevier; 2011.
21. Sistema Nacional de Salud. *Guía de Práctica Clínica Detección, diagnóstico y Tratamiento Inicial de Incontinencia Urinaria en la Mujer*. México; 2009 (citado 2013 Jun. 25). Disponible en <http://www.cenetec.salud.gob.mx/interior/gpc.html>.
22. Orna M, Artero J, Caldentey E, Usieto L, Cuadra P, Isanta C. Prevalencia de la incontinencia urinaria en dos centros de salud urbanos. *Semergen*; 2011; 37(7):347-51.
23. Lucas M, Bedretdinova J, Bosch F, Cruz A, Nambiar D, Ridder A, Tubaro R. Guidelines on Urinary Incontinence. *Eur Assoc Urol*; 2013; 62(6):1130-42.
24. Schorge J, Schaffer J, Halvorson L, Hoffman B, Bradshaw K, Cunningham F. *Williams Ginecología*. México: Edit Mc Graw Hill; 2009.
25. Lemus N, Parrado R, Quintana G. Calidad de vida en el sistema de salud. *Rev Colomb Reumatol*; 2013; 21(1):1-3.
26. Kelleher C, Cardozo L, Khullar V, Salvatore S. A new questionnaire to assess the quality of life of urinary incontinent women. *Br J Obstet Gynaecol*; 1997; 104:1374-9.
27. Badía X, Castro D, Conejero J. Validez del cuestionario King's Health para la evaluación de la calidad de vida en pacientes con incontinencia urinaria. *Med Clin*; 2000; 114(17): 647-52.
28. Veiga J, Fuente E, Zimmermann M. Modelos de estudios en investigación aplicada: conceptos y criterios para el diseño. *Med segur trab*; 2008; 54(210): 81-8.
29. Hernández R, Fernández C, Baptista P. *Metodología de la investigación*. 5ta ed. México: Edit Mc Graw Hill; 2010.
30. Carneiro E, Araujo N, Dos S, Beuttenmüll L, Vieira P, Cader S, et al. Las características anatomofuncionales del suelo pélvico y la calidad de vida de mujeres con incontinencia urinaria de esfuerzo sometidas a ejercicios perineales. *Actas Urol Esp*; 2010; 34(9):788-93.
31. Helsinki 2008: 6ta Revisión de la declaración de Helsinki de la asociación médica mundial en la 59ª asamblea general, Seúl 2008, y la protección de los sujetos de investigación. *Cuad bioética*; 2010; 15(16):289-348.
32. Ministerio de Sanidad y Consumo. *Guía de Buena Práctica Clínica en Incontinencia Urinaria*. España; 2007 (citado 2013 Set. 18). Disponible en: <http://www.comsegovia.com/pdf/guias/GBPC%20INCONTINENCIA%20URINARIA.pdf>.
33. Ramos J, Neri L, Silveira R, Oliveira L, Guarisi T, Marchesini. Assessing quality of life of women with urinary incontinence using the Kings Health questionnaire. *Einstein*; 2009; 7(3):308-13.
34. Castro Y, Chacón P, Liu L. Impacto de la electro estimulación en la calidad de vida de las pacientes con incontinencia urinaria en el Hospital de las Mujeres "Dr. Adolfo Carit Eva", en el periodo enero del 2011 a mayo del 2012. *Rev Mex Urol*; 2013; 73(6):292-8.
35. García-Giralda L, Guirao L, Casas I, Alfaro J, Sánchez G, Guirao L. Trabajando la incontinencia urinaria en atención primaria: satisfacción, sexualidad y cumplimiento terapéutico. *Arch Esp Urol*; 2007; 60(6):625-32.
36. Batista J, Granda M, Rodríguez M. Incontinencia urinaria: pistas para un mejor enfoque. *Semergen*; 2005; 31(10):471-4.
37. Nascimento G, Santos V, Tahara N, Driusso P. Efectos del fortalecimiento del suelo pélvico en la calidad de vida de un grupo de mujeres con incontinencia urinaria. *Actas Urol Esp*; 2012; 36(4):216-21.

FINANCIAMIENTO

El autor declara que el estudio fue autofinanciado.

CONFLICTOS DE INTERÉS

El autor niega conflictos de interés.

AUTORÍA

Orlando Pretell-Naccha realizó: concepción y diseño del artículo, recolección de resultados, análisis e interpretación de datos, redacción del artículo, revisión crítica del artículo, aprobación de la versión final.

Influencia de la prueba rápida rotavirus – adenovirus y test reacción inflamatoria positiva en la prescripción de antibióticos en menores de 5 años con diarrea aguda

Jhon G. Saavedra-Quiroz¹

Evelyn Goicochea-Ríos²

Fecha de recepción: 01 de diciembre, 2019

Fecha de aprobación: 02 de enero, 2021

DOI: <https://doi.org/10.18050/ucvscienciabiomedica.v4i1.05>

Como citar: Saavedra-Quiroz JG, Goicochea-Ríos E. Influencia de la prueba rápida rotavirus – adenovirus y test reacción inflamatoria positiva en la prescripción de antibióticos en menores de 5 años con diarrea aguda. UCV Sci. Biomed. 2021; 4(1): 41-46. DOI: <https://doi.org/10.18050/ucvscienciabiomedica.v4i1.05>

Derechos de reproducción: Este es un artículo en acceso abierto distribuido bajo la licencia CC



¹Universidad César Vallejo (Perú). ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6295-2563>

²Universidad César Vallejo. (Perú). correo. egoicochea@ucv.edu.pe ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9994-9184>

Influencia de la prueba rápida rotavirus – adenovirus y test reacción inflamatoria positiva en la prescripción de antibióticos en menores de 5 años con diarrea aguda

Influence of the rapid rotavirus - adenovirus test and positive inflammatory reaction test on the prescription of antibiotics in children under 5 years of age with acute diarrhea

Jhon G. Saavedra-Quiroz¹
Evelyn Goicochea-Ríos²

Resumen

Se realizó una investigación en un hospital de EsSalud en Trujillo, Perú entre marzo 2017 y abril 2018, para determinar si el uso de la prueba rápida rotavirus-adenovirus y test de reacción inflamatoria positiva influye o no en la prescripción de antibióticos a menores de 5 años con diarrea aguda. El estudio fue de tipo cohorte prospectivo. La muestra estuvo conformada por dos grupos: (A) 79 niños (test de reacción inflamatoria positiva en heces) y (B) 79 niños (test de reacción inflamatoria positiva en heces y uso de la prueba rápida rotavirus - adenovirus), se analizó la prescripción o no antibióticos en cada grupo. La técnica que se usó fue la del análisis documental, siendo los datos de laboratorio e historia clínica automatizada registrados en una ficha de recolección de información para ser procesada y analizada con pruebas estadísticas. Entre los principales resultados se evidenció la disminución en la prescripción de antibióticos estadísticamente significativa ($p=0,001$) en la población.

Palabras clave: diarrea aguda, leucocitos fecales, adenovirus, rotavirus.

Abstract

An investigation was conducted in an EsSalud hospital in Trujillo, Perú between March 2017 and April 2018, to determine whether the use of the rotavirus-adenovirus rapid test and positive inflammatory reaction test influences or does not influence the prescription of antibiotics to children under 5 years of age. Acute diarrhea. The study was of the prospective cohort type. The sample consisted of two groups: (A) with 79 children (in whom the test of positive inflammatory reaction in feces was applied) and (B) with 79 children (with test of positive inflammatory reaction in feces and use of the rapid test rotavirus - adenovirus), the prescription or non-antibiotics in each group was analyzed. The technique used was that of the documentary analysis, with laboratory data and automated clinical history recorded in a data collection form to be processed and analyzed with statistical tests. Among the main results was the decrease in statistically significant antibiotic prescription ($p=0,001$) in the population.

Keywords: acute diarrhea, fecal leukocytes, adenovirus, rotavirus.

¹Universidad César Vallejo (Perú). ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6295-2563>

²Universidad César Vallejo. (Perú). correo: egoicochea@ucv.edu.pe ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9994-9184>



INTRODUCCIÓN

La diarrea aguda se define como deposiciones blandas o líquidas en número de tres o mayor por día. La causa infecciosa parece tener una prevalencia de hasta 80 % de casos, predominando patógenos como: virus, bacterias, hongos o parásitos¹.

Las de etiología viral son las que causan mayor número de diarrea aguda destacando entre éstas: rotavirus, adenovirus entérico, Norwalk y calicivirus. Entre las bacterianas predominan: *E. coli*, tipos de salmonella y shiguella, entre otros. Entre los agentes parasitarios se ubica la *Giardia lamblia* y *Entamoeba*, aunque existen otros patógenos, pero son menos frecuentes, como la diarrea por antibióticos, intoxicación alimentaria y sobrealimentación en recién nacidos².

Dentro de la fisiopatología existen varios tipos de diarrea entre ellos está la diarrea secretoria donde las patógenos bacterianos que tienen capacidad de unirse al epitelio, pero no lo invade, producen toxinas entéricas. Otra forma de presentación es la diarrea de tipo invasiva, sucede cuando las bacterias se introducen en las células epiteliales de la mucosa del intestino, provocando que la lámina propia del intestino se inflame, formando úlceras en la capa mucosa, lesiones en zonas distales del colon o del intestino delgado⁶.

Existen factores asociados a diarrea aguda entre ellas la lactancia artificial, malnutrición, coinfección con VIH/SIDA, falta de servicios sanitarios, agua no apta para consumo humano, desconocimiento de medidas higiénico dietético, bajo nivel educativo de la madre y/o cuidador de los niños^{3,4}.

Para el diagnóstico se usa una serie de pruebas que incluye el test de reacción inflamatoria en heces (presencia de leucocitos en heces, que indicaría según resultado infección invasiva), lactoferrina fecal, con alta sensibilidad como marcador de polimorfo nucleares, 5.5 o menos de PH fecal, sustancias reductoras (positivo), que indica alteración en la absorción de carbohidratos, secundaria diarrea viral. Si es mayor o igual a 8 sugiere cólera. El coprocultivo se solicita en situaciones especiales y cuando la sospecha de infección bacteriana invasiva es grande o las características epidemiológicas, macroscópicas y sobre todo la condición clínica del paciente así lo amerite⁵.

La reacción inflamatoria en heces permite la detección de leucocitos en heces y el tipo de ellos (polimorfonucleares o mononucleares). Se basa en la presencia de leucocitos y el tipo orientará al clínico si la causa del cuadro diarreico es

del tipo bacteriano o viral. La confiabilidad de los resultados depende del cuidado al recolectar las heces. Se debe recolectar una cantidad suficiente (2 a 3 grs.), en un frasco o vaso descartable de plástico, el examen de las heces debe hacerse cuando aún están frescas. Se considera negativo cuando no se observa leucocitos de ningún tipo y positivo si se observa la presencia de algún tipo de leucocitos, debiendo especificarse la cantidad y el predominio de polimorfonucleares. Se determinó que el resultado de la prueba era negativo si se evidenciaba un recuento de 0-10 leucocitos por campo y positivo si el recuento > de 10 leucocitos por campo. Los resultados de leucocitos en moco fecal se expresan según su concentración por campo de alto poder. Así, las pruebas positivas se categorizaron como positivo leve (+) de 11-20 leucocitos por campo, positivo moderado (++) 100, e intensa positividad (+++) más de 100⁶.

Una de las pruebas diagnósticas es la inmunocromatografía, la cual consiste en la captación de antígeno VP6 del rotavirus perteneciente al serogrupo A. Las ventajas de esta prueba son su especificidad y sensibilidad comparados con el gold estándar, requiere de menos muestra y los resultados se obtienen en pocos minutos. Además, existen kits virales que pueden detectar la presencia de rotavirus y adenovirus simultáneamente⁷.

La identificación del agente causal es útil para orientar en el tratamiento dado que la mayoría de casos de diarrea aguda son virales y autolimitadas, no se requiere uso de terapia antibiótica, incluso se ha descrito que empeora la evolución, pronóstico y complicaciones⁸.

Por ello las metas de la prescripción antibiótica en niños con diarrea aguda de etiología bacteriana son: disminuir los días de duración del evento diarreico agudo, disminuir los síntomas clínicos y síntomas acompañantes como lo son el vómito, fiebre, cólico abdominal, prevenir complicaciones a corto y mediano plazo, eliminar el agente bacteriano para disminuir la transmisión⁸.

Los lineamientos para el tratamiento con antibióticos en episodios de diarrea aguda son los siguientes: No prescribir y/o administrar antibióticos en forma rutinaria en niños con diarrea aguda. Prescribir medicación antibiótica en los niños previamente evaluados y con alta sospecha clínico-epidemiológico de infección bacteriana, malnutrición, o inmunidad disminuida y otros agentes como ameba y parásitos⁹.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se ejecutó un estudio de cohorte prospectivo. La muestra estuvo conformada por dos grupos A y B, cada uno con 79 niños < de 5 años con diarrea aguda atendidos por el servicio de emergencia del Hospital I Albrecht EsSalud. En el grupo B, se aplicó el test de Rotavirus/Adenovirus.

La decisión de prescribir o no antibióticos a los pacientes en función del resultado obtenido fue dejada a discreción del médico de turno. Los resultados se analizaron utilizando la estadística descriptiva y analítica. Se aplicará χ^2 siendo significativo cuando $p < 0,05$. Así mismo se calculó el riesgo relativo (RR) (IC al 95%), para determinar la influencia de una variable en la otra. La presente investigación contó con las autorizaciones del caso y ha seguido las normas éticas que preservan la confidencialidad de la información y la veracidad.

RESULTADOS

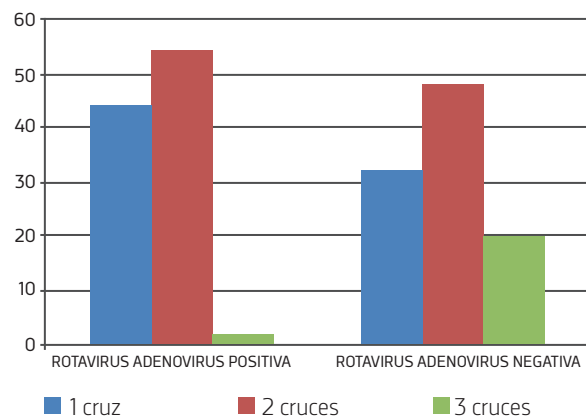
En la Tabla 1 se verifica una asociación significativa entre la mayor intensidad de la reacción inflamatoria en heces y mayor frecuencia de prescripción de antibióticos; y viceversa. Analizando por intensidad de la reacción inflamatoria en heces se observa que la prescripción de antibióticos es directamente proporcional al resultado de dicho examen.

Tabla 1. Frecuencia de prescripción de antibióticos según resultado del test de reacción inflamatoria positiva en < de 5 años con diarrea aguda. Hospital I Albrecht, Marzo 2017 – Abril 2018.

Reacción inflamatoria	Prescripción de antibióticos		Total
	Si	No	
+	20 (29%) (28.9%)	49 (55%) (71.01%)	69 (100%)
++	36 (52%) (48 %)	39 (44%) (52%)	75 (100 %)
+++	13 (19%) (92.8%)	1 (1%) (7.2%)	14 (100%)
Total	69 (100%) (43.67%)	89 (100%) (56.32%)	158 (100%)

Chi cuadrado = 9,84; p= 0,021

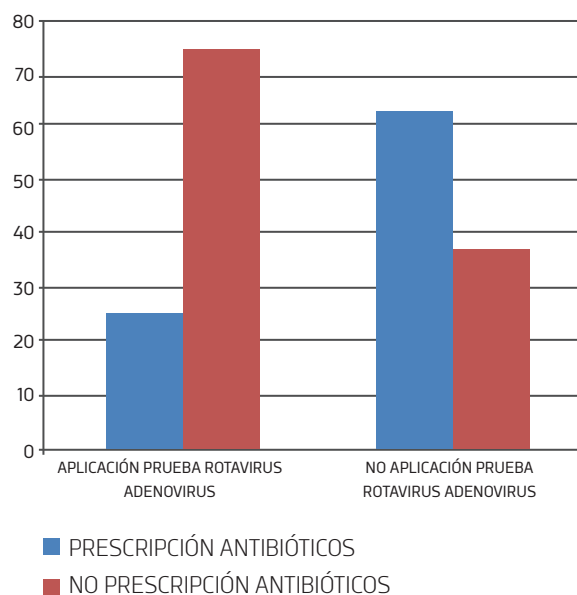
Figura 1. Asociación entre resultado de reacción inflamatoria positiva y prueba rápida de rotavirus adenovirus en < de 5 años con diarrea aguda. Hospital I Albrecht, Marzo 2017 – Abril 2018.



Chi cuadrado = 6,78; p= 0,034

La frecuencia de prescripción de antibióticos fue de 25% en el grupo en que se aplicó la prueba de rotavirus adenovirus y fue de 63% en el grupo que no se aplicó la prueba rápida rotavirus/adenovirus (Figura 2).

Gráfico 2. Asociación entre la aplicación de la prueba rápida de rotavirus adenovirus y la prescripción de antibióticos en < de 5 años con diarrea aguda. Hospital I Albrecht, Marzo 2017 – Abril 2018.



Chi cuadrado = 27,3; p= 0,001

DISCUSIÓN

Los resultados del presente estudio son concordantes con los estudios hechos con antelación, en los que el Rotavirus y Adenovirus son los agentes que causan más enfermedades diarreicas agudas en niños, donde se demostró que la aplicación de la prueba rápida Rotavirus/Adenovirus tuvo un resultado estadísticamente significativo en la disminución de la prescripción de antibióticos en niños menores de 5 años con diarrea aguda que fueron atendidos en el servicio de emergencia del Hospital I Albrecht durante el periodo de estudio.

En la Tabla 1 se verifica una asociación significativa entre la mayor intensidad de la reacción inflamatoria en heces y mayor frecuencia de prescripción de antibióticos; así como entre la menor intensidad de reacción inflamatoria y menor frecuencia de prescripción de antibióticos en la que los resultados de (+:28,9%; ++: 48%; +++:92,8%), del mismo modo que el estudio realizado por Bucher A, et al (Perú, 2012)¹⁰ en el que la intensidad de la positividad de los leucocitos en moco fecal se relacionó de manera directamente proporcional a la prescripción de antibióticos (+:27,5%; ++: 56,8%; +++: 91,8%).

En la tabla número 1 además se observa que la prescripción de antibióticos en niños menores de 5 años con diarrea aguda basado solo en el resultado del test de reacción inflamatoria en heces positiva fue de 43,67%, siendo similar a lo encontrado en el estudio realizado por Alfaro H. (Perú, 2015)⁹, quien estudió la prescripción de antibióticos en niños menores de 5 años con diarrea aguda en 100 casos y encontró que el 44% de los niños en estudio tuvo reacción inflamatoria positiva en heces y que se prescribió a todos estos pacientes manejo con antibióticos y al mismo tiempo se hizo coprocultivo, concluyó que existe un 50% de probabilidad que el coprocultivo sea positivo, por lo tanto coincidimos en que la prueba de reacción inflamatoria en heces positiva no es buen indicador de etiología bacteriana.

El presente estudio difiere en el porcentaje de prescripción de antibióticos en base a resultados de reacción inflamatoria en heces positivo, con un 43,67 % en contraste con lo hallado por Miranda J, et al (Perú, 2011)¹² quien registró en su estudio una cifra de 62% en la prescripción de antibióticos en niños menores de 5 años con diarrea aguda, siendo esto alarmante debido al uso y abuso de agentes farmacológicos en este grupo etario.

En el gráfico número 1 existe una asociación significativa entre la mayor intensidad de la reacción inflamatoria en heces y la menor frecuencia de resultado positivo para la prueba rápida de rotavirus adenovirus (+++:2%); así como entre la menor intensidad de reacción inflamatoria y la mayor frecuencia

de resultado positivo para la prueba rápida de rotavirus adenovirus (+:44%; ++:54%), este resultado coincide con lo publicado por Bucher A, et al (Perú, 2012)¹⁰ en el que la posibilidad de que la prueba de rotavirus sea positiva fue menor cuando la prueba de reacción inflamatoria en heces sea fuertemente positiva (+++:6,3%).

En el gráfico 2, se verifica que la frecuencia de prescripción de antibióticos fue significativamente menor en el grupo de pacientes en quienes se aplicó la prueba rápida de Rotavirus/Adenovirus, lo cual se evidencia con un riesgo relativo inferior a la unidad que reconoce a la aplicación de esta prueba rápida como factor protector para la prescripción de antibióticos. En nuestro estudio el riesgo de que el médico prescribiera antibióticos en niños menores de 5 años con diarrea aguda en el grupo en el que no se aplicó la prueba rápida Rotavirus/Adenovirus fue de 63%, que el grupo en el que se aplicó la prueba rápida 25% obteniendo así una disminución significativa en la prescripción de antibióticos en la población estudiada; mi estudio tiene similitud diferencias con el estudio publicado por Bucher A, et al (Perú, 2012)¹⁰ con 49.5% y 29% respectivamente en una población similar.

En publicaciones como la de Carreazo N, et al (Perú, 2010)¹³ se encontró que el rendimiento de la prueba es subóptimo y no se debe continuar su uso rutinario en la práctica pues no parece justificado, promueve el abuso de antibióticos y aumenta el riesgo de subvalorar pacientes con diarrea invasiva. Encontramos que el test de reacción inflamatoria en heces tiene reducida utilidad ya que dio positivo, en algunos casos con + o ++ leve a moderado respectivamente, en un porcentaje importante de casos de diarrea por Rotavirus/Adenovirus. La necesidad de tener disponibles herramientas diagnósticas adecuadas para la detección de patógenos virales continuará siendo tema de discusión, mientras la diarrea debida a patógenos virales siga causando problema en el sistema de salud pública nacional.

Se concluye que el uso de la prueba rápida Rotavirus/Adenovirus pudo disminuir significativamente la prescripción de antibióticos en niños menores de 5 años con diarrea aguda.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministerio de Salud. Guías de Práctica Clínica. Hospital Santa Rosa Departamento de Pediatría/ Servicio de Medicina Pediátrica, MINSA 2010. (Citado 8 de Noviembre del 2015). Disponible en: http://www.hsr.gob.pe/transparencia/pdf/guiasclinicas/pediatría/guia_diarrea_aguda_2010.pdf

2. Ucrós S, Mejía N. Guías de pediatría práctica basadas en evidencia. 2ª edición. Bogotá. Editorial Médica Panamericana 2009. (Citado 16 de Noviembre 2015) Disponible en: <https://books.google.com.pe/books?id=AdQCSR4tyvsC&pg=PA260&dq=etiologia+de+la+diarrea+en+ni%C3%B1os&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwigv9qRj73JAhXF2SYKHdNAdl4ChD0AQgkMAI#v=onepage&q=etiologia%20de%20la%20diarrea%20en%20ni%C3%B1os&f=false>
3. Kummar V, Abbas A, Nelson F, Aster J, Robbins y Cotran. Patología estructural y funcional. 8ª edición. Madrid Editorial Elsevier España. 2010. (Citado 7 de Noviembre del 2015). Disponible en <https://books.google.com.pe/books?id=43SdNblLQ3AC&pg=PA130&dq=fisiopatologia+de+la+diarrea+robbins&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwj1uikr3JAhWK1CYKHU7B DxcQ6 AEIJDAB#v=onepage&q=fisiopatologia%20de%20la%20diarrea%20robbins&f=false>
4. Román E, Barrio J, López M. Diarrea aguda. En: Asociación Española de Pediatría. Protocolos diagnóstico-terapéuticos de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica SE-GHNP-AEP 2012 pp 11-19. (Citado 16 de Noviembre 2015). Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/diarrea_ag.pdf
5. Gonzales J. Técnicas y métodos de laboratorio clínico. 3ª edición. Barcelona, Elsevier Masson. 2013. (Citado 3 de Noviembre del 2015). Disponible en: https://books.google.com.pe/books?id=IUeVMi8ViNsC&pg=PA13&dq=TEXTO+DE+LABORATORIO+CLINICO&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwilxo_PuL7JAhVHSyYKHLYvATYQ6AEIJDAA#v=onepage&q=TEXTO%20DE%20LABORATORIO%20CLINICO&f=false
6. Prieto J. Balcells La clínica y el laboratorio. 22ª edición. Barcelona. Elsevier Masson 2015. (Citado 17 de Noviembre del 2015) Disponible en: https://books.google.com.pe/books?id=pq2oILL5NowC&printsec=frontcover&dq=TEXTO+DE+LABORATORIO+CLINICO++reaccion+inflamatoria&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwi_tc6fub7JAhWJWSYKHDrqCWEQ6AEINzAF#v=onepage&q&f=false
7. Alonso L, Domínguez G. Pruebas para la detección rápida del rotavirus (v.1/2007). Guía_ABE. Infecciones en Pediatría. Guía rápida para la selección del tratamiento antimicrobiano empírico. Madrid. 2009. (Citado 2 de Noviembre del 2015). Disponible en; <http://www.corisbio.com/pdf/Science/rota/Tests%20for%20the%20rapid%20diagnostic%20of%20Rotavirus.pdf>
8. Consejo Nacional de salubridad de México. Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Diarrea Aguda en Niños de Dos Meses a Cinco Años en el Primero y Segundo Nivel de Atención. México DF Secretaria Federal de Salud. México 2011. Disponible en http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/156_GPC_ENFERMEDAD_DIARREICA_AGUDA_EN_NINOS/GRR_Diarrea_Aguda.pdf
9. Marín A, Fernando J, Jaramillo J. Manual de pediatría ambulatoria. Bogotá. Editorial medica Internacional. 2010 (Citado 16 de Noviembre del 2015). disponible en: <https://books.google.com.pe/books?id=zMQYTxUs50MC&pg=PA265&dq=tratamiento+de+diarrea+en+ni%C3%B1os&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwjH5uWJu77JAhUITCYKH-QZbCPw4FBD0AQg4MAY#v=onepage&q=tratamiento%20de%20diarrea%20en%20ni%C3%B1os&f=false>
10. Diccionario Mosby Pocket de Medicina, Enfermería y Ciencias de la Salud. 6ª edición. Barcelona. 2010.
11. Asociación Médica Mundial (AMM), Declaración de Helsinki de La Asociación Médica Mundial. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. 2008 (Citado 4 de Noviembre del 2015). Disponible en: http://www.wma.net/es/30publications/10policies/b3/17c_es.pdf
12. Dirección de planificación y presupuesto. Ministerio de Economía y Finanzas. Clasificador de gasto público. MEF. Lima. 2015. Disponible en: <http://www.unab.edu.pe/unab/index.php/component/phocadownload/category/12-investigacion?download=288:clasificador-de-gastos-del-mef>
13. Carreazo N, Ugarte K, Huicho L. Leucocitos Fecales en Niños con Diarrea Aguda: ¿Momento de Reconsiderar la Utilidad Clínica de la Prueba?. Revista de Gastroenterología del Perú. 2011;31(3), 216-23.

FINANCIAMIENTO

Los autores declaran que el estudio fue autofinanciado.

CONFLICTOS DE INTERÉS

Los autores niegan conflictos de interés.

AUTORÍA

Jhon G. Saavedra-Quiroz participó en la concepción del trabajo, recolección y obtención de resultados, redacción y análisis e interpretación de datos.

Evelyn Goicochea-Ríos participó en el diseño de la investigación, redacción y revisión crítica del manuscrito y aprobación de su versión final.



Abordaje integral comunitario de la salud mental en La Libertad

Evelyn Goicochea-Ríos¹

Fecha de recepción: 01 de enero, 2020

Fecha de aprobación: 02 de febrero, 2021

DOI: <https://doi.org/10.18050/ucvscientiabiomedica.v4i1.06>

Como citar: Goicochea-Ríos E. Abordaje integral comunitario de la salud mental en La Libertad. UCV Sci. Biomed. 2021; 4(1): 47-54. DOI: <https://doi.org/10.18050/ucvscientiabiomedica.v4i1.06>

Derechos de reproducción: Este es un artículo en acceso abierto distribuido bajo la licencia CC



¹Universidad César Vallejo. (Perú). correo. egoicochea@ucv.edu.pe ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9994-9184>

Abordaje integral comunitario de la salud mental en La Libertad

Comprehensive community approach to mental health in La Libertad

Evelyn Goicochea-Ríos¹

Resumen

En el año 2015, Se inauguraron e implementaron 5 Centros de Salud Mental Comunitarios (CSMC) en dos provincias (Trujillo y Virú) y dos distritos (Florencia de Mora y El Porvenir) de La Libertad cuyo modelo de atención estuvo basado en familia y comunidad. Se dotó a estos centros de 70 profesionales de la salud capacitados para atender la salud mental, prevenir la violencia familiar y otras actividades en trabajo articulado con los Gobiernos Locales, el Gobierno Central y la Gerencia Regional de Salud. Durante estos tres años, hemos obtenido resultados como: Diagnóstico precoz y tratamiento oportuno de casos de enfermedades mentales que antes del 2015 quedaban mayormente en la fase de tamizaje, oportunidad de atención a la salud mental en poblaciones vulnerables de distritos con alto riesgo de enfermedades mentales, adicciones y violencia que no contaban con acceso a servicios de salud mental; sectorización y visitas a familias; coordinaciones con instituciones, líderes comunales y empresas para la captación de patología mental. Asimismo, se sentaron las bases para un formar grupos de autoayuda en coordinación con los familiares de las personas con enfermedad mental o víctimas de violencia familiar.

Palabras clave: centro de salud mental comunitario, atención integral, atención basada en familia.

Abstract

In 2015, five Mental Health Community Centers (MHCC) were inaugurated at two provinces (Trujillo and Virú) and two Districts (Florencia de Mora and El Porvenir) in La Libertad Region. Seventy healthcare professionals who were qualified to deal with mental health matters, family abuse and violence, among other activities, were deployed at these establishments and worked in conjunction with the Local Governments and the Regional Healthcare Administration. Over a three-year long period, we have obtained results such as increased earlier diagnosis and treatment of mental illnesses that were usually left as screening findings prior to 2015, improved access to mental healthcare to vulnerable groups at high risk of family abuse and mental illness, improved sectorization and family visits, and increased coordination with community leaders and local institutions to provide better education regarding mental illnesses. Moreover, this also helped us establish the self-helping groups in coordination with the family of patients undergoing mental illnesses or victims of family abuse.

Keywords: community mental health center, comprehensive care, family-based care.

¹Universidad César Vallejo (Perú). correo. egoicochea@ucv.edu.pe ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9994-9184>



INTRODUCCIÓN

Según el INEI¹ la Región La Libertad, contaba el 2015 con una población de 1 852 577 habitantes distribuidos en sus doce provincias. Las estadísticas de la época en cuanto a violencia en esta región eran preocupantes; así por ejemplo se habían reportado 5370 denuncias ante la Policía Nacional del Perú (más de 1000 de las denunciadas el año anterior), cuyo análisis por género y edad reveló el predominio de la población femenina entre los 18 y 50 años de edad, con un total de 4378 casos del total denunciado como violencia familiar². En esta misma fuente, se refieren 5 casos de feminicidio y 11 tentativas², que, sumado a los casos de depresión y ansiedad, así como tentativa de suicidio en adolescentes eran temas comentados en los medios de comunicación local³.

Mientras las cifras documentaban que la violencia y enfermedades como ansiedad y depresión iban en aumento, los Servicios de Salud Mental ubicados en el Hospital Víctor Lazarte Echegaray, Hospitales Regional Docente y Belén de Trujillo, así como un centro asistencial en la Provincia de Ascope, no se daban abasto para programar actividades preventivas o de proyección a la comunidad primando las atenciones en consulta externa e internamiento de personas con patología psiquiátrica. Así, el trabajo era y es **netamente intrahospitalario** o con muy escasa proyección a la comunidad debido en parte a los escasos psiquiatras, psicólogos, médicos familiares y otros profesionales con formación en temas de salud mental para actividades extra hospitalarias.

Analizando esta problemática, surgió la necesidad de llevar salud mental a la población y prevenir las enfermedades psiquiátricas, así como la violencia, con un servicio al cual la población tenga acceso directo y sea atendido integralmente a cargo de un equipo profesional multidisciplinario contratado para los Centros de Salud Mental Comunitarios (CSMC); por ello, luego de la decisión regional para implementar dichos centros y de lograr la asignación de un presupuesto de S/ 2'500,000 para dicha implementación, se firmaron convenios con los Alcaldes Distritales de El Porvenir, Florencia de Mora y el Alcalde Provincial de Virú quienes se comprometieron a otorgar la infraestructura en tanto que la Gerencia Regional de Salud (GERESA) asumió la implementación y la contratación del RRHH para su funcionamiento. Adicionalmente, la GERESA habilitó un local en la periferia de Trujillo ex "granja psiquiátrica". La estrategia de intervención seleccionada fue atención integral de salud mental basada en familia y comunidad; es decir con intervenciones en la propia comunidad.

Las etapas y acciones realizadas durante el 2015 fueron: a) habilitación del presupuesto/mes para remuneraciones y

para compras de mobiliario y equipamiento, b) convocatoria, selección y capacitación del RRHH, firma de convenios con Municipalidades Distritales y la Municipalidad Provincial de Virú, c) inauguración de centros comunitarios y d) inicio de actividades siendo el primer CSMC el ubicado en el Distrito de Florencia de Mora.

Un CSMC, es un Establecimiento de Salud ambulatorio especializado, que forma parte de una red de servicios de salud mental comunitaria, para atender integralmente las necesidades de salud mental de una población en un territorio delimitado⁴ y que, en el caso de La Libertad, cuenta con sala de espera, consultorios para atención por etapas de vida (niño/adolescente, adulto y mujer, adulto mayor), consultorio psicológico, rehabilitación, consultorio médico y de enfermería, así como de una unidad para intervención comunitaria⁵.

Previo a la inauguración, el personal había realizado reconocimiento de las zonas, mapeo y sectorización, visitas de coordinación a otras instituciones de salud, autoridades locales y líderes de organizaciones comunales.

Cada CSMC cuenta con Resoluciones de Creación N° 1291, 1293, 1294, 1295 y 1296 GRLL/GRS de setiembre 2015 y Resoluciones de Categorización como Establecimientos I-3 N° 1787, 1789, 1790 y 1791 GRLL/GRS del 2016.

Para lograr que cada CSMC planificado se concrete, tuvimos que vencer algunas dificultades, por lo que a nivel gerencial hubo que optimizar tiempos para programar y ejecutar el presupuesto asignado, a nivel operativo se capacitó a los profesionales de la salud en un nuevo modelo de atención centrado en atender población en riesgo, a sus familias y a la comunidad; se tuvo que conseguir guías de salud mental comunitaria y realizar sectorización, responsabilizando a cada integrante del equipo, de un sector de la población; siendo el público objetivo la población residente en los Distritos El Porvenir, Florencia de Mora, Virú y Trujillo metropolitano.

El Objetivo general de la puesta en marcha de los CSMC fue:

- Abordar de modo integral la salud mental en La Libertad, basados en la atención a familias en su comunidad.

Los Objetivos específicos fueron:

- Priorizar la detección de riesgos y promover la salud mental en ambientes extra hospitalarios.
- Llevar atención de salud mental a las familias y comunidades.
- Involucrar a las autoridades locales en el fomento de comunidades saludables.
- Desmedicalizar y desestigmatizar la atención de la salud mental.

- Ordenar la atención en salud mental en la región La Libertad, estableciendo CSMC en el primer nivel de atención.
- Mejorar el sistema de referencia hacia la atención descentralizada de psiquiatras o hacia el servicio de psiquiatría del Hospital Regional Docente.

El desarrollo de estos objetivos, nos permitió la captación precoz de casos (personas aparentemente sanas) en la comunidad, así como involucrar a las autoridades, comunidad organizada y a las propias familias en el cuidado de la salud mental. Asimismo, se logró incluir en el SIS las atenciones brindadas en el CSMC, evitando el costo de bolsillo de los beneficiarios. El público objetivo fueron los pobladores de las áreas de influencia de cada CSMC ubicados en distritos periféricos con altos índices de violencia, pandillaje, extorsión o sicariato como Florencia de Mora y El Porvenir, así como población vulnerable por vivir en sectores de pobreza o pobreza extrema y población que carecía de servicios en salud mental o falta de acceso a dichos servicios en la propia localidad o en horarios apropiados.

CUERPO DE LA REVISIÓN

Los CSMC marcan un antes y un después en el abordaje de la salud mental en La Libertad. En este artículo se revisan las mejoras que hubo en cuanto a RRHH, modelo de atención y oportunidad de atención, así como las actividades (producción) que se realizaron en cada uno de los CSMC.

CSMC	Médico	Enfermero	Psiquiatra	Psicólogos	Terapeuta ocupacional	Trabajadora Social	Técnico de Enfermería	Digitador
Total: 70	6	21	0	20	9	4	5	5
Total Regional	18	36	7	60	11	6	8	5

b. Modelo de Atención

ANTES DEL 2015, no había Centros comunitarios de Salud Mental (CSMC) en la Región y en los Centros de Salud existentes se aplicaba la Norma Técnica de Salud Mental para realizar tamizajes (screening) de enfermedades de salud mental, violencia intrafamiliar y adicciones. Los profesionales de la salud, especialmente psicólogos en hospitales, médicos generales y enfermeros en puestos y centro de salud, estaban concentrados en tamizar (utilizando fichas pre elaboradas) violencia intrafamiliar, adicciones y depresión; pero como veremos más adelante la mayoría de los tamizados no eran luego atendidos por carecer de especialistas en psiquiatría, por no contar con un sistema operativo de referencia hacia los servicios de psiquiatría o por abordarse como una actividad más por cumplir en los centros del primer nivel carentes de

a. Recurso Humano

ANTES DEL 2015, se contaba en la Región La Libertad con 126 profesionales y técnicos a cargo de la salud mental, entre ellos un psiquiatra, 28 médicos generales, 15 psicólogos, 42 enfermeros, 16 técnicos de enfermería y 24 personas entre otros profesionales (Fuente OEPI, 2011 GERESA LL⁵.)

EL 2015 y DESPUÉS, la GERESA La Libertad, contrató 70 personas entre profesionales, técnicos de enfermería y digitadores para el funcionamiento de los CSMC, llegando a un total de 151 trabajadores de salud responsables de la salud mental en La Libertad. Así, se incrementó el número de profesionales a cargo de la salud mental en diferentes provincias que anteriormente no contaban con dichos profesionales ni servicios de salud mental tales como Virú, Patate y Chepén, así como los distritos El Porvenir y Florencia de Mora.

Se incrementó significativamente profesionales con quienes se conformaron equipos interdisciplinarios.

Adicionalmente, el año 2016 contrataron a 5 psiquiatras y el año 2017 a 1 químico farmacéutico y otros profesionales de la salud; personal con el cual la Región La Libertad incrementó su capacidad resolutive en psiquiatría y fortaleció los CSMC (Fuente: OPE GERESA LL⁵).

Tabla 1. Número y distribución de RRHH en salud mental en la Región La Libertad, año 2015.

RRHH y a quienes se les exige cumplimiento de metas en todas las estrategias sanitarias.

EL 2015 Y DESPUÉS, La Libertad inauguró y dio paso al funcionamiento de cinco CSMC cuyo modelo de atención se basa en la familia y comunidad y cuya misión es ...*"Ser un centro de salud mental inserto en la comunidad para brindar atención oportuna e integral al usuario y su familia con un equipo interdisciplinario y desde un enfoque biopsicosocial"*...

Así, una de las características de los CSMC, es la aproximación a las familias mediante profesionales responsables de cada sector, visitas domiciliarias, seguimiento de casos (trabajo extramuro) y atención integral de la salud mental en cada local, ambientado de modo diferente a un centro médico u hospital tradicional, bajo los siguientes criterios: a) Ser lo más

parecido a una casa cálida y acogedora, sala de espera con sillas o modulares frente a frente para facilitar la comunicación entre las personas, con información en paneles sobre la programación de actividades, entre otras características de adecuación cultural⁵. Asimismo, los consultorios se adecuaron para una entrevista sin escritorio de por medio y con mobiliario cómodo para quien consulta y su familia.

En el modelo de atención implementado, también se realizaron las coordinaciones con líderes comunales e instituciones de educación, servicios de salud públicos y privados para desarrollar actividades que promueven la salud mental en la comunidad.

c. Producción de Servicios

ANTES DEL 2015, del 2011 al 2014 la prioridad fue realizar tamizajes ya que no se contaba con RRHH suficiente ni presupuesto para actividades de salud mental en la región.

Tampoco se evidenció un registro adecuado de las actividades de salud mental. Por lo antes indicado se copian algunos datos facilitados por la GERESA- La Libertad para realizar el presente artículo (Tamizajes de violencia familiar (VIF), depresión y adicciones según etapa de vida y totales):

Gráfico 1. Tamizajes de violencia familiar (VIF), depresión y adicciones según etapa de vida y totales.

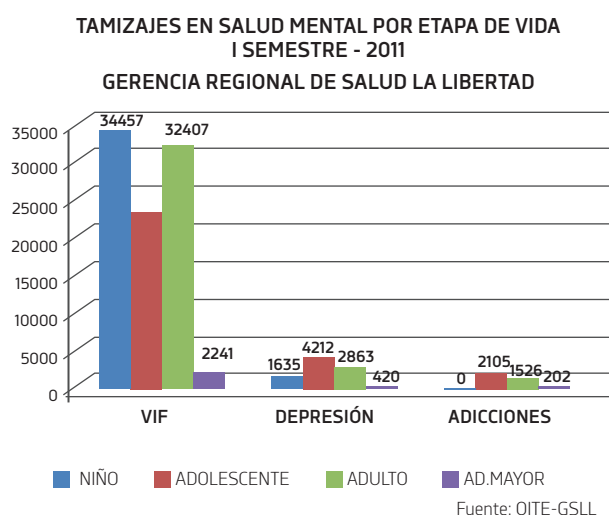


Gráfico 2. Distribución porcentual de los tamizajes de violencia familiar (VIF), depresión y adicciones según etapa de vida y totales.

TAMIZAJES EN SALUD MENTAL POR ETAPA DE VIDA I SEMESTRE - 2011
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LA LIBERTAD

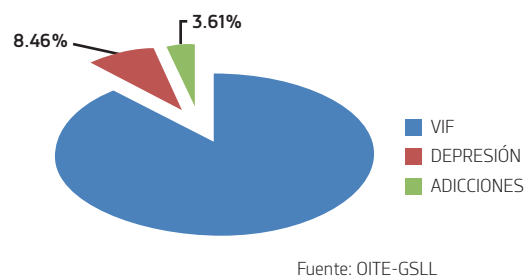
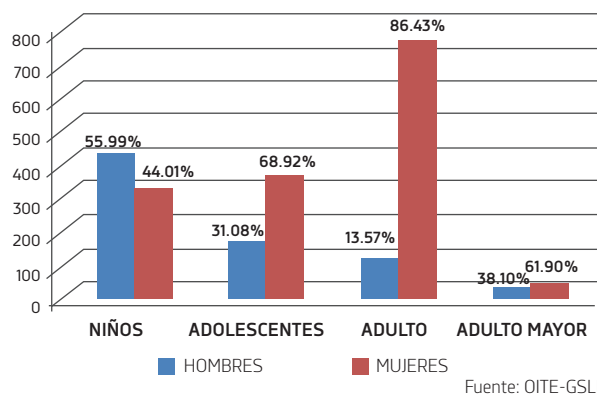


Gráfico 3. Atendidas por violencia familiar el 2011-I, Región La Libertad.

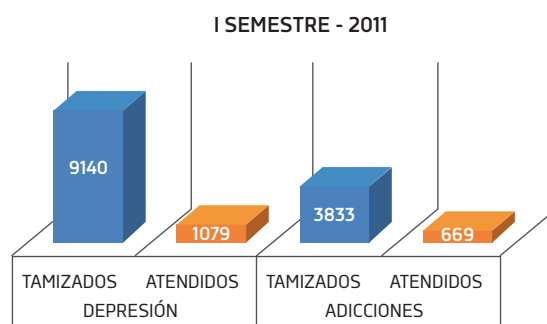
MUJERES ATENDIDAS POR VIOLENCIA FAMILIAR I SEMESTRE - 2011
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LA LIBERTAD



Este gráfico, muestra el predominio de la agresión al género femenino en la etapa adulta (86.43%) y entre los niños, se observa que es mayor en varones.

Cuando esta información se analizó por provincia, los casos de violencia familiar predominaron en las provincias de Sánchez Carrión y Trujillo.

Gráfico 4. Atendidos y tamizados por depresión y adicciones el 2011-I, Región La Libertad.



En este gráfico se observa el escaso número de atendidos en relación al número de tamizados tanto para depresión como adicciones. Evidenciándose que la atención de estos pacientes era baja por la deficiente oferta de servicios de salud mental en la Región La Libertad.

De los años 2011 al 2014 no se evidenció un registro adecuado de las actividades de salud mental en la región.

Tampoco se contaba con el personal y presupuesto para mejorar e implementar servicios de atención para la salud mental.

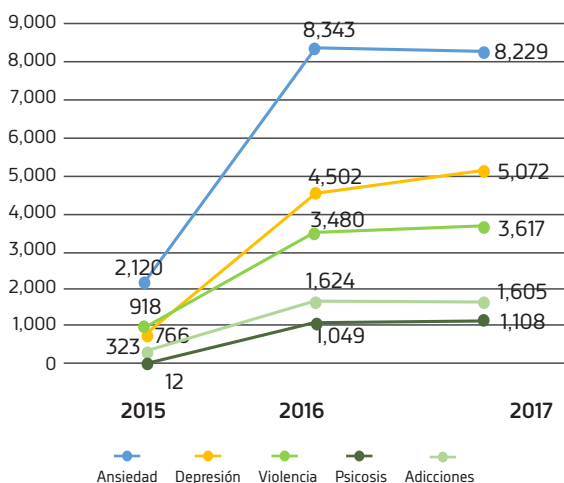
Por ello, cuando asumimos la Gerencia Regional de la Salud en La Libertad el 2015; la Dra. María Rocío del Pilar Llaque Sánchez como Subgerente de Cuidado Integral y la suscrita como Gerente Regional de Salud, teníamos claro que el abordaje de la salud mental requería ser integral, que hacía falta información, educación y comunicación en salud mental y que la comprensión de los problemas de salud mental requería, por tanto, integrar aspectos biológicos, psicosociales y culturales. Requería detección de riesgos y un trabajo basado en familia y comunidad. Es decir, ir más allá de lo que se venía dando: atención a la morbilidad psiquiátrica.

Por ello, propiciamos un trabajo interdisciplinario, multisectorial, comunitario e integral para atender al ser humano, afirmando y fortaleciendo los procesos necesarios para lograr un auténtico desarrollo económico y social sostenible.

PRODUCCIÓN DESPUES DEL 2015

A continuación, se muestran los casos atendidos por año según problema de salud mental.

Gráfico 5. Casos atendidos por año según problema de salud mental.



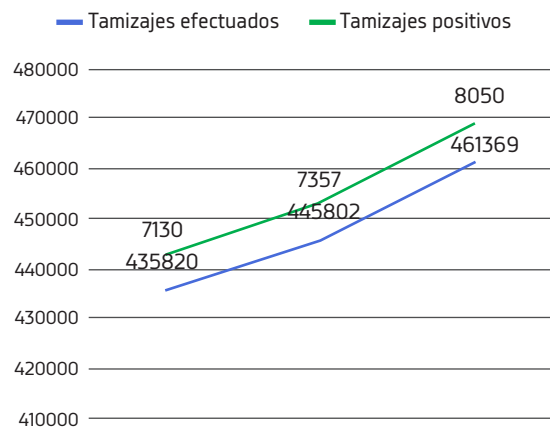
Fuente: OEI GERESA LL⁵

Este gráfico resume el número de casos atendidos por año en la Región La Libertad; enfatizando que se pasó del tamizaje inicial (identificar el problema), a la atención del caso. Muestra también la continuidad del trabajo iniciado el 2015.

Los gráficos que se muestran a continuación, corresponden al informe de evaluación de la estrategia sanitaria de salud mental en los CSMC de la Libertad⁵, proporcionado por la actual Sub Gerente de Cuidado Integral de Salud – GERESA La Libertad:

En el gráfico 6 se resume el tamizaje de salud mental correspondiente al periodo 2015-2017 en la Región La Libertad.

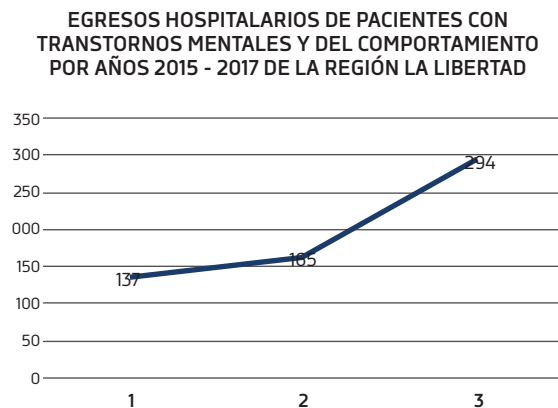
Gráfico 6. Tamizaje de salud mental en Región La Libertad. Años 2015-2017.



Fuente: OEI GERESA LL⁵

Se observa como desde el 2015 (con 4 meses de inicio) al 2017 se ha logrado mayor captación y atención de las personas víctimas de violencia, depresión, consumo de alcohol y ansiedad; casos que van en aumento.

Gráfico 7. Egresos hospitalarios del servicio de psiquiatría – Hospital Regional Docente 2015 -2017⁵.

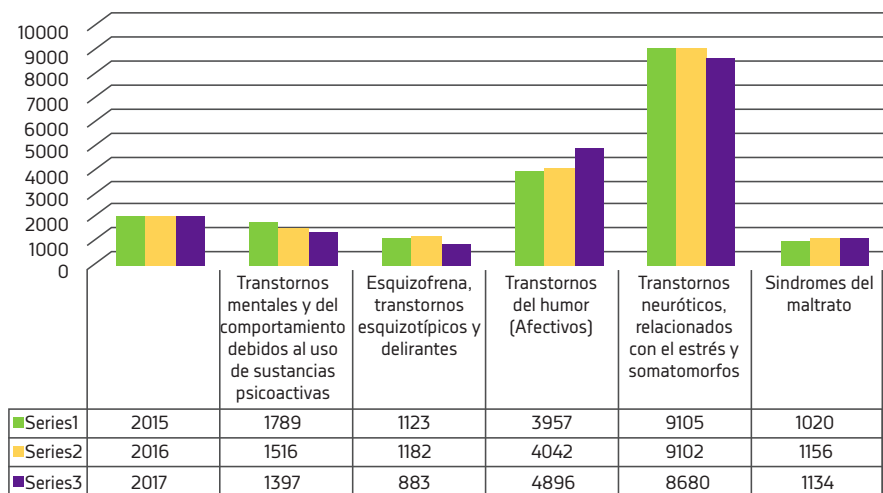


Fuente: OEI GERESA LL

Entre el 2015 (01) y el 2017 (03) el Hospital Regional Docente de Trujillo, aumentó sus egresos hospitalarios a casi el doble de usuarios con problemas de salud mental, teniendo como tiempo máximo 60 días dentro del EESS. En el 2015 también se incluyó fortalecer el Departamento de Psiquiatría

mejorando infraestructura, equipamiento, insumos médicos, personal; optimizando su capacidad resolutoria como hospital de referencia en problemas de salud mental a nivel regional.

Gráfico 8. Morbilidad en salud mental. Región La Libertad 2015 -2017.

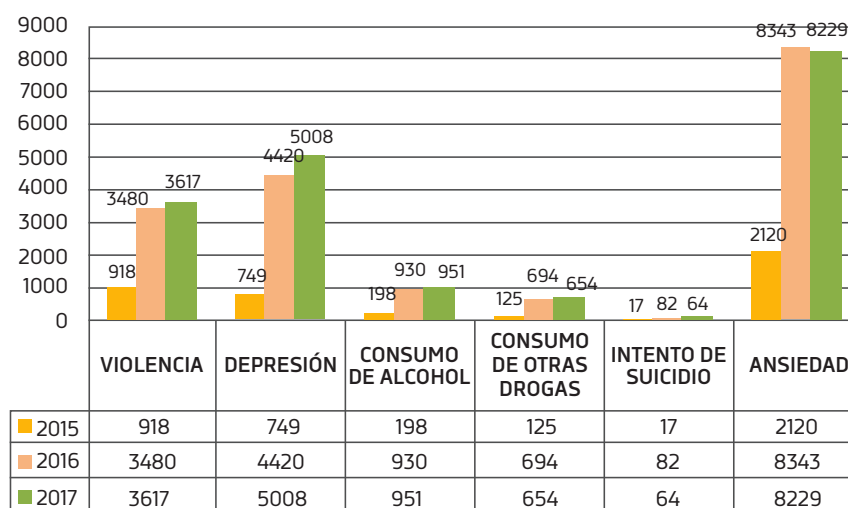


Fuente: OEI GERESA LL⁵

Los trastornos diagnosticados en su mayoría, entre los años 2015 al 2017, son trastornos relacionados con el estrés y los trastornos del humor (afectivos).

De no existir los CSMC probablemente la mayoría de estos casos no habrían sido detectados a tiempo y por ende no habrían sido tratados.

Gráfico 9. Diagnósticos más frecuentes en salud mental. Región La Libertad 2015-2017.



Los diagnósticos más frecuentes fueron ansiedad, depresión y violencia a lo largo de estos 3 últimos años.

Tabla 2. Visitas domiciliarias por cada centro de salud mental comunitario 2015-2017.

CENTRO	VISITAS DOMICILIARIAS		
	2015	2016	2017
CSMS SAN CRISPÍN	11	332	478
CSMS PERÚ	15	107	81
CSMC EL PORVENIR	17	414	567
CSMC FLORENCIA DE MORA	80	464	949
CSMC TRUJILLO	12	257	334
TOTAL	135	1574	2409

Esta tabla muestra las visitas domiciliarias realizadas por cada CSMC entre el 2015 y el 2017, las mismas que pasaron de 135 el 2015 a 2409 el 2017⁵.

Para concluir, podemos decir que logramos implementar 5 centros de salud mental comunitarios con profesionales capacitados en temas de salud mental y prevención de enfermedades psiquiátricas prevalentes. Se aplicó un modelo basado en familia y comunidad, existe un antes y un después en la historia de la atención a la salud mental en La Región La Libertad gracias al funcionamiento de estos CSMC y se ejecutó un trabajo en convenio con las autoridades locales (alcaldes). Por primera vez en la historia de La Libertad, no se requería ir a un hospital ni enfermarse para ser atendidos por un problema de salud mental.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. INEI. Evolución futura de la población total proyectada por departamentos. Cuadro N°5. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitaes/Est/Lib0015/cap-51.htm
2. Congreso de la República. Informe temático N° 126 /2014-2015: Estadísticas sobre violencia familiar y sexual, violencia contra la mujer y feminicidio en el Perú. Disponible en: [http://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con4_uibd.nsf/4D6FF68892487BCF05257E2E005F78D3/\\$FILE/INFTEM126-2014-2015.pdf](http://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con4_uibd.nsf/4D6FF68892487BCF05257E2E005F78D3/$FILE/INFTEM126-2014-2015.pdf)

3. <http://rpp.pe/peru/actualidad/incidencia-de-ansiedad-y-depresion-es-alta-en-la-region-la-libertad-noticia-529699>

4. Documento Base. Marco Referencial para los Centros de Salud Mental Comunitaria. MINSA PERU, 2015.

5. Evaluación de Salud Mental a Nivel Regional 2015 - 2017. Documento de trabajo. Gerencia Regional de Salud La Libertad, 2018.

FINANCIAMIENTO

La autora declara que el estudio fue autofinanciado.

CONFLICTOS DE INTERÉS

La autora niega conflictos de interés.

AUTORÍA

Evelyn Goicochea-Ríos realizó: concepción y diseño del artículo, recolección de resultados, análisis e interpretación de datos, redacción del artículo, revisión crítica del artículo, aprobación de la versión final.