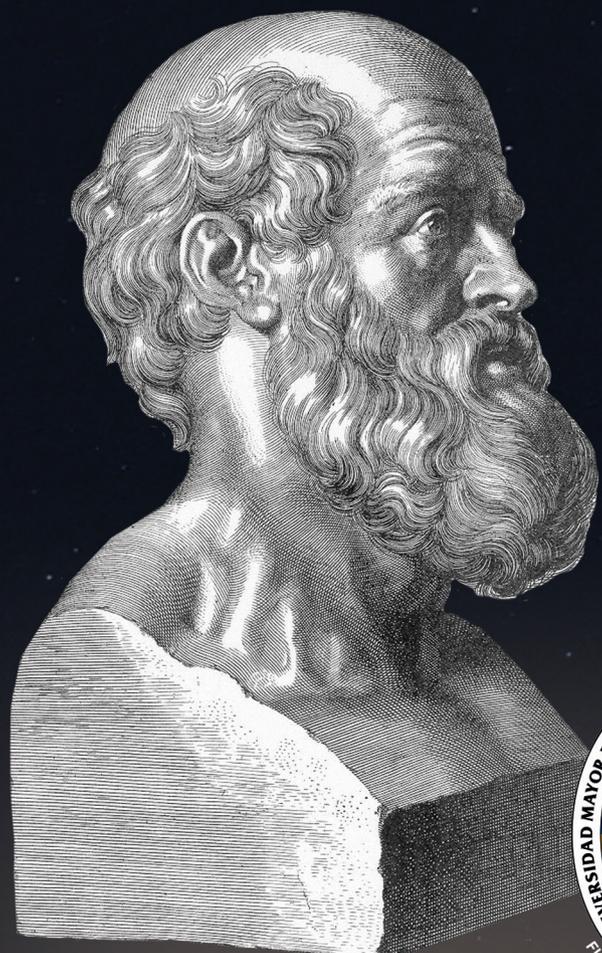


ISSN 0004 – 0525
<https://doi.org/10.56469/abm.v40i108>



Archivos Bolivianos de Medicina

Vol. 40 - Nº 108 - Julio - Diciembre, 2023 / Semestral



Revista Oficial de la Facultad de Medicina de la
Universidad Mayor, Real y Pontificia de San Francisco Xavier de Chuquisaca



DIRECTIVA 2023-2025



Dr. Fulvio Antonio M.
Arteaga Vera



Dr. José Luis Hurtado
Zambrana



Dr. Porfirio Ecos
Huanaco

COMITÉ EDITORIAL



Dr. Arancibia Andrade
Boris



Dr. Germán Palenque
Rocabado



Dr. Javier Gonzales
Alcócer



Dr. José Villaruel Conde



Dr. Daniel Llanos
Fernández



Dr. Juan Baldiviezo Salas



Dr. Julio César Coronado
Banegas



Dr. Roger Marcelo Sandi
Torres



Dr. Miguel A. Herrera
Caballero



Dr. Pedro A. Magne
Condarco



Dr. René Padilla Anibarro



Dr. Simar B. Arancibia
Yucra



Dr. Antonio Torres
Valanza



Dra. Carolina Terán
Calderón



Dra. Mirna E. Rocabado
Serrano



Dra. Aleyda González
Echalar



Dra. Lizeth Ninoska
Rosas Díaz



Juan Bautista Fernández

Subcomité Lingüística



Dra. Elena J. Márquez
Vargas



Dr. Jesús Urquiza
Linares



Dr. Hugo E. Carvajal
Oviedo



Dr. Grover A. Linares
Padilla

Subcomité Bioética

Evaluadores Externos



Dr. Jaime Rodríguez
Coariti



Dr. José Supo



Dr. Raúl Calizaya
Ramírez



Dra. Sonia Susana
Hannover Saavedra

INFORMACIÓN PARA LOS LECTORES

Archivos Bolivianos de Medicina, que es una revista científica, fue creada en el año de 1943; nace con ese ideal visionario, de proporcionar un espacio científico para la publicación de las experiencias metodológicas en el ámbito de la investigación científica, es una revista informativa.

Su **MISIÓN** es de fomentar, difundir la investigación científica histórica y la actividad académica actualizada en el área de salud a través de un marco teórico estructurado con diseño práctico siendo un nexo de comunicación. De intercambio de ideas, experiencias y vehículo de formación continua de la facultad de Medicina y otras instituciones en el área de salud.

La **VISIÓN** es Revista conocida, reconocida, arbitrada, con innovación e indexada de divulgación científica y tecnológica, posicionada por su calidad editorial y de contenido altamente científico, reconocida a nivel Nacional e Internacional.

Se publica semestralmente como revista oficial de la facultad de Medicina de la Universidad Mayor, Real y Pontificia de San Francisco Xavier de Chuquisaca ofertando a sus lectores artículos originales, reportes clínicos, contribución en cualquier especialidad médica, odontológicas, bioquímicas - farmacéuticas y otras en el área salud ya sean éstas nacionales o extranjeras.

La reproducción parcial o total y o el uso no autorizado del contenido de la revista está prohibida sin el previo permiso estricto de creadores y editores de los diferentes artículos.

La revista **está destinada** sobre todo al personal de Salud en las diferentes Áreas que contempla este grupo de profesionales y en etapa de formación académica, para ampliar y contribuir al conocimiento en el Área de Salud, pero también está destinada a la población que con las investigaciones presentadas esperamos respondan a muchas interrogantes sobre Salud.

CONFLICTO DE INTERESES

Los Editores y el Comité Editorial (Revisores internos y externos), darán a conocer cualquier conflicto de intereses que pudiera influir en el artículo o en su revisión y aprobación. En caso de que los autores declaren un conflicto de intereses, éste será informado

a los revisores del artículo. A su vez, los asignados con un conflicto de interés y revisan un artículo deben excusarse de hacerlo por tener conflicto de intereses con los autores o el tema.

Bajo la normativa referente a cualquier tipo de artículos los **editores no se hacen responsables** de la opinión vertidas en los trabajos científicos, la correspondencia debe dirigirse a Archivos Bolivianos de Medicina, centro de información bibliográfica facultad de Medicina, calle Colón final, tercer piso, casilla 385 Sucre-Bolivia.

SISTEMA DE ARBITRAJE

El sistema de arbitraje, es un proceso que se realiza por dos árbitros y a doble ciego para su aprobación, a quienes se envía los artículos y posteriormente dictamina de acuerdo al instrumento diseñado para la evaluación, si el dictamen es de aprobación se procede a la publicación del artículo, en caso que uno de los dictámenes fuese negativo y no se acepte su publicación se procederá a la elección de un tercer árbitro cuyo dictamen será de desempate.

Los árbitros o miembros del Comité Editorial son investigadores activos que colaboran de forma desinteresada en esta etapa esencial de evaluación y que hacen que la literatura especializada represente un real aporte al desarrollo de la ciencia, estos son de elección directa y están a cargo del Director y Editores de la revista "Archivos Bolivianos de Medicina".

DE LOS EVALUADORES EXTERNOS

Son investigadores de trayectoria nacional e internacional que colaboran de forma desinteresada y la evaluación especializada de artículos en forma general de la estructura de la revista, que hacen que la literatura especializada represente un real aporte al desarrollo de la ciencia y verifiquen la calidad de la revista, estos son de elección directa del Director y Editores de la revista "Archivos Bolivianos de Medicina".

Desde la presente edición, la publicación de la revista "Archivos Bolivianos de Medicina" será semestral.

ARCHIVOS BOLIVIANOS DE MEDICINA

Volumen 40 N° 108 Julio - Diciembre 2023
ISSN 0004-0525.
D.L.Ch N°24-86
Revista Oficial de la Facultad de Medicina
Calle Colón final, casilla de correo 385. Sucre-Bolivia
Fundada en 1943

DIRECTOR

Ecos Huanaco Porfirio V.

MSc. Salud Pública
Cursando MSc. Gestión Hospitalaria
Candidato PhD Neurociencias
Diplomado en Salud Familiar y Comunitario
Diplomado en Educación Superior
Diplomado en Anatomía y Fisiología Humana
Consultor en Proyectos de Salud
Docente Titular en Facultad de Medicina UMRPS-
FXCh.
Miembro Fundador de la Asociación Nacional de Ana-
tomía de Bolivia
Jefe Médico Hospital Universitario SFX
Ex Director Hospital Universitario SFX
Director de revista de Archivos Bolivianos de Medicina

EDITORES

Arteaga Vera Fulvio Antonio Máximo

MSc. Salud Pública.
MD. Salud Pública y Epidemiología.
Docente Salud Pública y Medicina Social. Facultad de
Medicina. Universidad Mayor, Real y Pontificia San
Francisco Xavier de Chuquisaca.

Hurtado Zambrana José Luis

Médico Salubrista
Docente titular Facultad de Odontología, Estomatolo-
gía Social e Investigación I (USFX)
Docente Facultad de Medicina, Salud Pública y Medi-
cina Social IV (USFX)
Maestría en Salud Pública, con mención en Geren-
cias de Servicios (UMSA)
Maestría de Proyectos de Investigación (USFX)
Diplomado en Educación Superior.
Diplomado en Planificación en Salud, (UMSS)



Diplomado en Epidemiología Aplicada, Gerencia y
Comunicación en Programas de Salud Pública. Pro-
yecto de Datos para la Toma de Decisiones (DDM)
Diplomado en Investigación Científica (USFX).

COMITÉ EDITORIAL

Terán Calderón Carolina

Médico-cirujano
Diplomado Educación Superior UMRPSFXCh.
Maestría Salud Pública Universidad Andina Simón
Bolívar
Doctorado Ciencias de la Salud Universidad de Alcalá
- España
Doctorado Salud Pública Universidad Andina Simón
Bolívar
Docente de Salud Pública UMRPSFXCh.

Llanos Fernández Daniel

Magíster en Educación Superior.
Especialista en Anatomía Patológica
Miembro de la Sociedad Boliviana de Anatomía Pa-
tológica
Miembro de la Sociedad Boliviana de Cancerología
Miembro de la Sociedad Latinoamericana de Patolo-
gía
Miembro de la Académica Internacional de Patología
Docente titular de Anatomía Patológica de la
U.M.R.P.S.F.X.CH.
Docente de Posgrado de la Universidad Andina Si-
món Bolívar

Rocabado Serrano Mirna Elena

Médico Especialista Cirujano General
Candidato a MSc. Gestión Hospitalaria
MSc. Educación Superior
Docente Titular de Cirugía Facultad de Medicina
UMRPSFXCh.
Exdirectora Hospital Universitario SFX

Cirujano general Hospital Universitario San Francisco Xavier

Magne Condarco Pedro Aurelio

Médico Cirujano
Maestría en Salud Pública
Diplomado en Educación Superior
Diplomado en Metodología de la Investigación Cualitativa
Planificador Instituto Chuquisaqueño de Oncología ICO
Docente de la materia de Salud Pública - Medicina Social III en la Facultad de Medicina de la USFX

González Echalar Aleyda

Médico Especialista Pediatra
Diplomado en Educación Superior
Médico Pediatra de planta del Hospital Universitario SFX
Docente de asignatura de Pediatría Facultad de Medicina UMRPSFXCh.

Herrera Caballero Miguel Ángel

Especialista en Neurocirugía
Msc en Educación Superior
Jefe de Servicio de Neurocirugía del Hospital Jaime Mendoza Caja Nacional de Sucre
Docente de Neurología Facultad de Medicina UMRPSFXCh.

Villarroel Conde José

Especialista en ortopedia
Subespecialista en cirugía de columna
MSc. Educación Superior
Docente de Traumatología Facultad de Medicina UMRPSFXCh.
Médico Especialista de Traumatología del Hospital Santa Bárbara. Sucre-Bolivia

Torres Balanza Antonio

Especialista en Medicina Legal y Toxicología
Docente Titular de Medicina Legal y Toxicología Facultad de Medicina USFXCH
Perito en Medicina Forense

Arancibia Yucra Simar Beltrán

Médico Cirujano
Diplomado en Educación Superior
Diplomado en Inteligencia Artificial
Cursante Especialidad en Medicina Legal y Forense
Docente Anatomía Humana Facultad de Medicina UMRPSFXCh.

Coronado Banegas Julio César

Médico Cirujano

Diplomado en Educación Superior.
Diplomado en Morfología funcional.
Diplomado en Ecografía Clínica Abdominal.
Especialidad Superior en Ecografía Clínica.
Maestría en Ecografía Especializada.
Miembro de la Asociación de Anatomía filial Chuquisaca
Miembro de la Asociación Boliviana de anatomía
Miembro de la Asociación Panamericana de Anatomía
Docente de histología de la Facultad de Medicina de la U. S. F. X. Ch.
Docente de histología de la U. C. B.

Palenque Rocabado Germán

Especialista en Anatomía Patológica
Magíster en Gestión de la Investigación
Jefe del servicio de Patología Hospital Jaime Mendoza CNS
– Docente de Anatomía Patológica UMRPSFXCh

Gonzales Alcócer Javier

MÉDICO PSIQUIATRA -Caja Nacional de Salud-
Docente de Posgrado Psicofarmacología en la residencia médica en psiquiatría
Docente de Psicopatología en la Universidad del Valle Sucre
Docente de Salud Mental UMRPSFXCh

Sandi Torres Roger Marcelo

MD. Otorrinolaringólogo.
Docente Titular de la Cátedra de Otorrinolaringología en la Facultad de Medicina de la UMRPSFXCH
Especialista Otorrinolaringólogo del Hospital Santa Bárbara

Baldivezo Salas Juan

Especialidad Neumólogo
Maestrante en Salud Pública y Epidemiología
Docente Titular de la Cátedra de Neumología en la Facultad de Medicina de la UMRPSFXCH
Médico Neumólogo Hospital de la Caja Nacional de Salud-Regional Chuquisaca

Padilla Aníbarro René

Especialista en Epidemiología - Colombia
Diplomado en Educación Basada en competencias
Diplomado en Educación Superior y Docencia Universitaria.
Diplomado en Nuevas Tics
Maestrante en Comunicación digital
Docente Titular de Anatomía Humana de la Universidad San Francisco Xavier de Chuquisaca.
Presidente de la Asociación Chuquisaqueña de Anatomía
Miembro fundador de la Asociación Boliviana de Anatomía
Miembro de la Asociación Panamericana de Anatomía

Arancibia Andrade Boris

Médico Especialista en Medicina Interna Hospital Santa Bárbara

Docente de la Cátedra de Semiología en la Facultad de Medicina de la UMRPSFXCH

Diplomado en Medicina Crítica

Diplomado en Educación Superior

Diplomado en Investigación Científica

Diplomado en Toxicología Clínica

Diplomado en Inocuidad y Toxicología Alimentaria

Médico Especialista en Medicina Interna, Hospital Santa Bárbara

Especialista en Medicina Legal Forense

Magister Internación en Toxicología, Sevilla-España.

Rosas Díaz Lizeth Ninoska

Especialista en Ginecología y Obstetricia

Diplomado en Educación en Prevención Prenatal de Discapacidades

Diplomado Morfología Humana y Funcional

Diplomado en Investigación y Formación Tutorial

Diplomado en Metodología Cualitativa Enfocada a la Investigación en Salud

Diplomado en Diagnóstico Citológico

Maestría Educación Superior

Maestría en Microbiología

Maestría en Neurociencias

Docente de Histología Facultad de Medicina UMRPS-FXCh.

Médico de Planta de Gineco-Obstetra de la Caja Banca privada

Ing. Bautista Fernández Juan

– Editor Técnico Scielo Bolivia. Revistas Bolivianas. Nodo de informática. Facultad de Medicina UMRPS-FXCh.

EDITORIAL SUBCOMITÉ LINGÜÍSTICA

Márquez Vargas Elena Jaqueline

- Licenciada en Idioma Inglés
- Licenciada en Derecho, Ciencias Políticas y Sociales (Abogada)
- Licenciada en Comunicación y Lenguajes
- Magister en Educación Superior
- Diplomado en Investigación y Formación Tutorial
- Diplomado en Derecho de las Familias y Proceso familiar
- Diplomado en Derecho Procesal Civil
- Diplomado en Educación Popular
- Diplomado en Administración y Gestión Educativa
- Diplomado en Derecho Procesal Civil

Urquizu Linares Jesús

- Lic. en Idiomas Inglés – Francés
- Lic. en Sociología
- Magister en Innovaciones Educativas en Educación Superior
- Diplomado en Docencia y Gestión de Aula en Educación Superior
- Diplomado en Derechos Humanos y Resolución Estratégica de Conflictos
- Diplomado en Innovaciones Educativas en la Docencia Universitaria
- Diplomado en Tecnologías de la información y Comunicación en Educación Superior
- Asociado a la Asociación de profesores de Inglés de Chuquisaca (CHETA)
- Docente de la asignatura de Inglés en la USFXCH

SUBCOMITÉ DE BIOÉTICA

Linares Padilla Gróver Alfredo

- Médico Cirujano
- Especialista en Pediatría
- Doctorado en Ciencias de la Educación
- Doctorado en Salud Pública
- Director Area de Salud de la Universidad Andina Simón Bolívar

Carvajal Oviedo Hugo Eduardo

- Médico – Cirujano
- Doctorante en Neurociencias Clínicas y Experimentales
- Doctorante en Ciencias Médicas y la Salud.
- Master en Medicina Forense
- Especialista en Auditoría médica
- Perito en Medicina Legal
- Perito en Violencia de Género
- Diplomado Educación Superior
- Diplomado en Administración Estratégica en Servicios de Salud
- Diplomado en Constitucionalidad y Derechos Humanos en el Proceso Penal
- Diplomado en Docencia Universitaria
- Diplomado en Educación Superior Basado en Competencias
- Diplomado en Gestión de Calidad y Auditoría Médica
- Diplomado en Valoración y Peritaje Médico
- Formación continua de consultor en auditoría médica y conciliación y solución de conflictos
- Experto en la ley 348- ley integral para garantizar a las mujeres una vida libre de violencia
- Experto en auditoría médica y derecho médico

- Experto en investigación forense, criminalística y escena del crimen, antropología física y forense, gestión de calidad, gerencia hospitalaria y actualización: "ley 1173, ley de abreviación penal y de fortalecimiento de la lucha integral contra la violencia a niñas, niños, adolescentes y mujeres".

EVALUADORES EXTERNOS

Rodríguez Coariti Jaime

Médico Cirujano egresado de la Universidad Mayor de San Andrés - Bolivia.

Diplomado en Sistema de Información Geográfica por la Escuela Militar de Ingeniería - Bolivia;

Maestría en Medio Ambiente y Recursos Hídricos por la Universidad de Federal de Itajubá Minas Gerais, Brasil.

Doctorado en Ciencias Climáticas por la Universidad de Federal do Rio Grande do Norte, Brasil.

Personal de planta en el Instituto Nacional de Investigaciones Espaciales (INPE) en São José dos Campos - Brasil.

Calizaya Ramírez Raúl

Médico Especialista en Cirugía General, Bariátrica y Metabólica

Fundador y Director del Centro Gastro Obeso

Exdirector de Postgrado Universidad Franz Tamayo

Docente de Postgrado Universidad Franz Tamayo

Diplomado en Educación Superior

Editor en Jefe de la Revista Científica del Centro Gastro Obeso

Supo José

Médico de profesión

Diplomado en Bioestadística

Especialista en Estadística Aplicada a la Investigación Científica

Maestría en Ciencias Médicas

Doctorado en Salud Pública

Doctor Honoris Causa por la Universidad Privada Antonio Guillermo Urrelo

Profesor universitario

Investigador Científico

Sonia Susana Hannover Saavedra

MSc. Salud Pública

Especialista Gerencia de Servicios de Salud

Diplomado en Gestión de Proyectos

Diplomado en Educación Superior

Diplomado en Gestión de la Información

- Docente Posgrado de Salud Pública UMSA, UASB, SIGLO XX, UTO,

- Miembro Sociedad Boliviana de Salud Pública

- Miembro del cuerpo editorial de la Revista Cuadernos del Hospital de Clínicas

- Miembro del cuerpo Editorial de la revista del Colegio Médico de La Paz
- Editora Técnica de la Revista RIAFB
- Exfuncionaria de OPS/OMS 25 Años de Servicio

REPRESENTACIONES

Dr. Tomás Saucedo
Santa Cruz

Dr. Javier Vargas
España

Dr. Guido Villagómez
La Paz

Dr. José Luis Laserna
Cochabamba

ARCHIVOS BOLIVIANOS DE MEDICINA

CONTENIDO

EDITORIAL

Porfirio Ecos Huanaco.....	13
----------------------------	----

ARTÍCULOS ORIGINALES

FACTORES DE RIESGO PARA LA NO ADHERENCIA A TRATAMIENTOS PROLONGADOS EN PACIENTES MAYORES DE 60 AÑOS EN EL MUNICIPIO DE SOPACHUY, CHUQUISACA-BOLIVIA DE ABRIL A JULIO DE 2024

Barañado Sifuentes María Elena, Vargas Pereira Israel R., Ponce Fuentes Fabiola, Eduardo Durán Fernando E. et al., Sainz Sainz Alejandro, Sandoval Ortega Carmen J.....	15
---	----

CARACTERIZACIÓN CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICA DEL ACCIDENTE CEREBROVASCULAR EN EL HOSPITAL SANTA BÁRBARA DE LA CIUDAD DE SUCRE (2017-2019)

Reynolds Pozo Carlos Melanio, Arancibia Andrade Boris, Yañez Sasamoto Rosa Katerine, Diaz Nogales Jorge Ramiro.....	24
---	----

PREVALENCIA DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR EN FAMILIAS DE LOS JÓVENES ESTUDIANTES DE TERCERO A SEXTO DE SECUNDARIA DEL COLEGIO 14 DE ENERO, DE LA LOCALIDAD DE PRESTO, DEL MUNICIPIO DE PRESTO, DEL DEPARTAMENTO DE CHUQUISACA, JULIO - SEPTIEMBRE DEL 2024

Edwin Zuna Mita, Cesar Oquendo Sandoval, Ecos Arancibia Kevin Jhasmany.....	30
---	----

PERFIL INFECTOLOGICO DE LOS PACIENTES CON SEPSIS EN LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO "SAN FRANCISCO XAVIER" DE LA CIUDAD DE SUCRE. 2019 - 2022.

Reynolds Pozo Carlos Melanio, Arancibia Andrade Boris, Diaz Nogales Jorge Ramiro	39
--	----

SÍNDROME DEPRESIVO

López Paravicini María Eugenia, Gómez Montalvo Lupe Isnelda, Serrudo Loayza Gabriela	44
--	----

CASOS CLÍNICOS

A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO: DIVERTICULO DE MECKEL EN PACIENTE PEDIÁTRICO HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN FRANCISCO XAVIER, SUCRE -BOLIVIA 2024

Morales Nayra Mónica Ximena, Miranda Laime Haydee.....	48
--	----

BOLIVIAN MEDICAL ARCHIVES

CONTENTS

EDITORIAL

Porfirio Ecos Huanaco.....	13
----------------------------	----

ORIGINAL ARTICLES

RISK FACTORS FOR NON-ADHERENCE TO LONG-TERM TREATMENTS IN PATIENTS OVER 60 YEARS OF AGE IN THE MUNICIPALITY OF SOPACHUY, CHUQUISACA, BOLIVIA, FROM APRIL TO JULY 2024. Barañado Sifuentes María Elena, Vargas Pereira Israel R., Ponce Fuentes Fabiola, Eduardo Durán Fernando E. et al., Sainz Sainz Alejandro, Sandoval Ortega Carmen J.....	15
---	----

CLINICAL EPIDEMIOLOGICAL CHARACTERIZATION OF CEREBROVASCULAR ACCIDENT AT THE SANTA BÁRBARA HOSPITAL IN THE CITY OF SUCRE (2017-2019) Reynolds Pozo Carlos Melanio, Arancibia Andrade Boris, Yañez Sasamoto Rosa Katerine, Diaz Nogales Jorge Ramiro.....	24
---	----

PREVALENCE OF DOMESTIC VIOLENCE IN FAMILIES OF YOUNG STUDENTS FROM THIRD TO SIXTH GRADE OF SECONDARY SCHOOL OF THE 14 DE ENERO SCHOOL, IN THE TOWN OF PRESTO, MUNICIPALITY OF PRESTO, DEPARTMENT OF CHUQUISACA, JULY - SEPTEMBER 2024. Edwin Zuna Mita, Cesar Oquendo Sandoval, Ecos Arancibia Kevin Jhasmany.....	30
---	----

INFECTIOUS PROFILE OF PATIENTS WITH SEPSIS IN THE INTENSIVE CARE UNIT OF THE "SAN FRANCISCO XAVIER" UNIVERSITY HOSPITAL IN THE CITY OF SUCRE. 2019 - 2022. Reynolds Pozo Carlos Melanio, Arancibia Andrade Boris, Diaz Nogales Jorge Ramiro	39
--	----

DEPRESSIVE SYNDROME

López Paravicini María Eugenia, Gómez Montalvo Lupe Isnelda, Serrudo Loayza Gabriela	44
--	----

CLINICAL CASES

ABOUT A CLINICAL CASE: MECKEL'S DIVERTICULUM IN A PEDIATRIC PATIENT SAN FRANCISCO XAVIER UNIVERSITY HOSPITAL, SUCRE -BOLIVIA 2025. Morales Nayra Mónica Ximena, Miranda Laime Haydee.....	48
--	----

EDITORIAL

Las investigaciones en el ámbito de la Salud son de suma importancia porque se pretende mejorar la calidad de vida, estos esfuerzos de los investigadores van más allá de una publicación, es darse una dedicación para corregir muchos procesos actitudes protocolos, etc. con una base científica para las nuevas generaciones.

En general las investigaciones nos permiten resolver preguntas el porqué de las cosas, sobre todo de aquellas que llevan a problemas de Salud, esa respuesta buscada será siempre con una base científica. Esta revista científica Archivos Bolivianos de Medicina pretende realizar la publicación de investigaciones que sean aplicadas las recomendaciones o puestas a disposición de esos conocimientos para la comunidad nacional e internacional.

Todo este proceso de encaminar hacia la investigación no sería posible sin tener una base en la formación de un profesional desde su inicio de estudiante, es así que la Facultad de Medicina en forma conjunta entre autoridades, docentes y estudiantes, realizan un esfuerzo conjunto para tener una visión de investigación en las diferentes materias que cursa un estudiante y de esta manera permitir que la visión de un nuevo profesional tenga siempre la posibilidad de estar capacitado, preparado para realizar una investigación en cualquier tipo de labor que esté desempeñando.

Este logro conjunto de Autoridades, Docentes y estudiantes se ha traducido en los últimos tiempos reconocimiento de la capacidad investigativa y formadora de ciencia, como el ser una Facultad de Medicina que cuenta con las acreditaciones correspondientes en las instancias que corresponde, demostrando ser una unidad formadora de recursos humanos de alta calidad y eficiencia.

A partir de la formación de un nuevo equipo de responsables de la Revista Archivos Bolivianos de Medicina, se pretende poner reglamentado toda una nueva visión de ejecución y apoyo a la investigación, con el esfuerzo y dedicación de todos sus integrantes seguro estamos seguiremos avanzando en pro de la Facultad de Medicina y por ende de la Universidad Mayor, Real y Pontificia de San Francisco Xavier de Chuquisaca.

Seguiremos avanzando apoyando en el campo de la investigación, siempre juntos saber que si el camino se ve pedregoso o dificultoso tenemos a alguien que estará a nuestro lado para acompañarnos y apoyarnos, "jamás pensemos que estamos solos", unidos "todo se puede" y "todo se logra".

Es deber de los responsables de la Revista Archivos Bolivianos de Medicina seguir impulsando, facilitando y ver la posibilidad de premiar esa vocación de investigación, así se hace y con ese espíritu de colaboración tanto los docentes estudiantes y acompañados de las autoridades se viene caminos alentadores en pro de la facultad de Medicina, Universidad en beneficio para la población.

Dr. Porfirio V. Ecos Huanaco
DIRECTOR DE REVISTA
ARCHIVOS BOLIVIANOS DE MEDICINA

FACTORES DE RIESGO PARA LA NO ADHERENCIA A TRATAMIENTOS PROLONGADOS EN PACIENTES MAYORES DE 60 AÑOS EN EL MUNICIPIO DE SOPACHUY, CHUQUISACA -BOLIVIA DE ABRIL A JULIO DE 2024

Risk factors for non-adherence to long-term treatments in patients over 60 years of age in the Municipality of Sopachuy, Chuquisaca, Bolivia, from April to July 2024

Autores:

1. Barañado Sifuentes María Elena
 2. Vargas Pereira Israel R.
 3. Ponce Fuentes Fabiola
 4. Eduardo Durán Fernando E. et al.
 5. Sainz Sainz Alejandro
 6. Sandoval Ortega Carmen J.
- 1, 2, 5, 6 Universidad Mayor, Real y Pontificia de San Francisco Xavier de Chuquisaca. Facultad de Medicina. Servicio Social de Salud Rural Obligatorio, Internos de Salud Pública del Municipio de Sopachuy.
- 3 Universidad Mayor, Real y Pontificia de San Francisco Xavier de Chuquisaca. Facultad de Medicina. Magister en Salud Pública. Docente de Histología Humana.
Correo electrónico: ponce.fabiola@usfx.bo
ORCID ID: 0009-0008-7411-1383
- 4 Universidad Mayor, Real y Pontificia de San Francisco Xavier de Chuquisaca. Facultad de Medicina. Doctor y Especialista en Salud Pública. Docente de Salud Pública y Medicina Social I.
Correo Electrónico: eduardo.fernando@usfx.bo
ORCID ID: 0009-0003-8032-8638

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: La falta de adherencia al tratamiento prescrito es un desafío global significativo, aumentando el riesgo de fracaso terapéutico, complicaciones, discapacidad y mortalidad, sobre todo en la población mayor de 60 años.

OBJETIVO: Identificar los factores de riesgo asociados con la no adherencia al tratamiento en pacientes mayores de 60 años con tratamientos prolongados en el Centro de Salud Virgen de Remedios del Municipio de Sopachuy, abril a julio de 2024.

MÉTODOS: Estudio cuantitativo, observacional, descriptivo, analítico. La población de estudio estuvo conformada por 412 pacientes con una o más patologías crónicas, se trabajó con una muestra de 200 pacientes mayores de 60 años.

RESULTADOS: De los encuestados 69% mostró un nivel de conocimiento malo sobre la razón de su tratamiento, en contraste con el 27% buen conocimiento, el 4% tiene conocimiento regular. El 60.5% presentó una práctica adecuada, mientras que el 39.5% no. Un 51.1% percibió positivamente las técnicas para mejorar el consumo de medicamentos, frente al 48.5% restante. Se identificó que de acuerdo al idioma las personas que solamente hablan quechua presentan 2 veces más riesgo de tener un conocimiento regular a malo respecto a la adherencia al tratamiento.

CONCLUSIONES: Los datos de la investigación revelan diferencias significativas en el conocimiento entre quienes sólo hablan quechua y aquellos que hablan otros idiomas (OR 2.12) siendo la barrera lingüística un factor importante que afecta la comprensión del tratamiento. Abordar este factor requiere un enfoque integral que incluya capacitación del personal médico, adaptación cultural y mejora del acceso a servicios de salud.

PALABRAS CLAVE: No adherencia al tratamiento, factores de riesgo, enfermedades crónicas, conocimientos, prácticas, percepciones.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Lack of adherence to prescribed treatment is a significant global challenge, increasing the risk of therapeutic failure, complications, disability and mortality, especially in the population over 60 years old.

OBJECTIVE: To identify risk factors associated with non-adherence to treatment in patients over 60 years old with prolonged treatments at the Centro de Salud Virgen de Remedios in the Municipality of Sopachuy, April to July 2024.

METHODS: Quantitative, observational, descriptive, analytical study. The study population consisted of 412 patients with one or more chronic pathologies, working with a sample of 200 patients over 60 years old.

RESULTS: Of those surveyed, 69% showed a poor level of knowledge about the reason for their treatment, in contrast to 27% with good knowledge, and 4% had regular knowledge. 60.5% had an adequate practice, while 39.5% did not. 51.1% positively perceived techniques to improve medication consumption, compared to the remaining 48.5%. It was identified that according to the language, people who only speak Quechua present 2 times more risk of having a regular knowledge in relation to adherence to treatment.

CONCLUSIONS: Research data reveals significant differences in knowledge between those who speak Quechua and those who speak other languages (OR 2.12) with the linguistic barrier being an important factor that affects the understanding of the treatment. Addressing this factor requires a comprehensive approach that includes medical personnel training, cultural adaptation and improved access to healthcare services.

KEYWORDS: Non-adherence to treatment, risk factors, chronic illnesses, knowledge, practices, perceptions.

Recepción 20 de enero 2024
Aceptación 10 de marzo 2025

INTRODUCCIÓN

La falta de adhesión del paciente al tratamiento prescrito representa un reto importante a nivel mundial, por lo que se ha convertido en un tema de gran necesidad, interés y objeto de varios estudios; razón por la cual, desde hace tiempo atrás es objeto de múltiples investigaciones e intervenciones, para mejorar la adherencia a los medicamentos, las cuales muestran resultados variables, siendo una posible explicación a esto que la falta de adherencia es multifactorial. La Organización Mundial de la Salud (OMS) definió el término adherencia como “el grado en el que la conducta de un paciente, en relación con la toma de medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida, se corresponde con las recomendaciones acordadas con el profesional sanitario.” Esta definición se basa en la propuesta por Haynes et al del año 1976 para el término cumplimiento, aunque la principal diferencia es que la adherencia requiere el consentimiento y compromiso del paciente con las recomendaciones recibidas, y expresa una colaboración activa entre el profesional sanitario y el paciente en la toma de decisiones que afectan a su propia salud. Según la OMS, se estima que la adherencia media a tratamientos crónicos en países desarrollados ronda el 50%; aunque si no medimos la adherencia de forma continuada desconocemos la magnitud “real” del problema en nuestro entorno. (1)

La Sociedad Internacional de Farmacoeconomía e Investigación de Resultados Sanitarios (ISPOR) define la adherencia al tratamiento como el grado en que un paciente actúa de acuerdo con la dosis, la pauta posológica y el plazo prescritos. Sin embargo, los resultados clínicos de un tratamiento se ven afectados no sólo por cómo tomen los pacientes su medicación, sino por cuánto tiempo lo hagan. Por esa razón, en los últimos años se ha comenzado a utilizar el término persistencia para definir el tiempo durante el cual el paciente continúa con el tratamiento, es decir, la cantidad de tiempo que transcurre desde el inicio hasta la interrupción. (2)

En Suecia, en la gestión 2022 se llevó a cabo un estudio de cohorte de 416 PWE con una mediana de edad de 43 años y un IQR de 29 a 62 años, a 398 pacientes se les prescribió tratamiento para Epilepsia, en el momento de la inclusión y el 39 % (n = 154) estaban en el grupo de no adherentes. Los factores significativos en el análisis multivariable fueron: edad más joven, ausencia de convulsiones durante el último año, tratamiento con valproato y experiencia de efectos secundarios. La razón de esta menor adherencia en pacientes más jóvenes es compleja y multifactorial,

como las creencias negativas sobre la medicación y la experiencia de estigma. Otros factores contribuyentes sugeridos son que las personas más jóvenes viven en mayor medida solas, los efectos adversos de la medicación son molestos y el sexo masculino son características que mostraron un mayor porcentaje de no adherencia. (3)

En Salamanca España, en el año 2022 se hizo un estudio dónde se incluyó 115 hombres y 128 mujeres, que viven en un medio rural, que son portadores de procesos crónicos y que se encuentran en tratamiento con varios fármacos, donde se concluyó que existe un riesgo significativo de abandono de los tratamientos en los hombres, en los grupos de edad comprendidos entre los 76-80 años y entre los 81 y 85 años y en las mujeres entre 81-85 años. Existe riesgo de no adherencia cuanto mayor es el número de fármacos prescritos, en los tratamientos cada 8 horas y no significativo en las tomas únicas, así como los fármacos formulados en cápsulas por dificultades de deglución. (4)

En un estudio transversal en España- Alcalá, en la gestión 2020, fueron incluidos en el estudio 144 pacientes, 106 (73,6%) mujeres y 38 varones (26,4), con una edad media de 62 años y una mediana de duración de la enfermedad de 5 años, donde se mostró como factor de riesgo que los pacientes no adherentes presentaron creencias más fuertes relativas al daño producido por los medicamentos (13 ± 5 vs. 11 ± 3 , $p = 0,013$), mientras que los pacientes que sí son adherentes presentaron creencias más fuertes relativas a la necesidad del tratamiento (21 ± 3 vs. 20 ± 3 , $p = 0,015$). (5)

En Guayaquil- Ecuador se realizó un estudio observacional, analítico, retrospectivo y transversal, conformado por 320 pacientes de la consulta externa. Se encontró asociación estadísticamente significativa entre la no adherencia al tratamiento con el sexo masculino ($p = 0,001$), adulto mayor, ($p = 0,001$), dificultad para sacar cita médica ($p = 0,0001$), nivel socioeconómico bajo ($p = 0,001$), déficit de escolaridad ($p = 0,01$) y considerar la enfermedad poco grave ($p = 0,027$). Se concluye que la no adherencia al tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2 en pacientes del Hospital General del Norte de Guayaquil los Ceibos se asocia a la presencia de factores de riesgos. (6)

En Lima- Perú, se llevó a cabo un estudio analítico-transversal, con una muestra de 270 pacientes, se incluyeron a personas que acudieron a consultorio externo de cardiología con historia previa de hipertensión esencial y se excluyeron hipertensión secundar-

ia por otras causas biológicas. Se utilizó el Test de Morisky-Green Morisky Medication Adherence Scale (MMAS-4) para evaluar la no-adherencia al tratamiento antihipertensivo, dando como resultado que los factores asociados a no-adherencia de tratamiento fueron sexo masculino (ORa: 0,45, IC95% 0,20-1,04), trabajador independiente (ORa:3,88, IC95% 1,51-9,97), IMC mayor de 30 (ORa:0,23, IC95% 0,07-0,70). (7)

En Paraguay se realizó un estudio observacional, prospectivo, multicéntrico en varones y mujeres, mayores de edad, portadores de hipertensión arterial, del área de influencia de tres Unidades de Salud Familiar de Paraguay entre mayo-noviembre 2019. Ingresaron al estudio 171 sujetos, con edad media 59 ± 11 años, con predominio del sexo femenino (68%), dónde se asoció significativamente a la falta de adherencia a los antihipertensivos debido a la dependencia de un cuidador dentro de la familia. (8)

A diferencia de estudios realizados recientemente, artículos antiguos muestran que solo se contaba con uno o dos factores de riesgo, como es el caso de un estudio en Cali, Colombia, con una muestra de 150 pacientes con hipertensión arterial del programa de control de HTA, los resultados mostraron que el ser mayor de 50 años es el único factor asociado con falta de adherencia al tratamiento, sujetos entre 50-59 años con un $OR=3,18$ (Intervalo al 95% de confianza) IC95% 1,01-10,00; y entre 60-69 años $OR=3,70$ IC95% 1,17-11,60 tienen mayor probabilidad de no adherirse al tratamiento.(9)

En la búsqueda bibliográfica no se encontraron estudios recientes realizados en Bolivia acerca de los factores de riesgo que condicionan a una mala adherencia al tratamiento; sin embargo, se realizó un estudio en la ciudad de La Paz- Bolivia, donde se evaluó la adherencia al tratamiento mediante recordatorio por teléfono, donde la muestra fue de 22 pacientes, al inicio del estudio según el test de Morisky-Green sólo 11 pacientes (50%) se catalogaron como cumplidores. Como característica influyente y mayor factor de riesgo a la hora de establecer el incumplimiento terapéutico fue predominantemente el olvido de la toma de la medicación en el 45,5% de los casos y no tomar la medicación a la hora indicada (22,7%) como la causa más frecuente de la falta de cumplimiento, asociado a la edad senil de los pacientes. (10)

En ese sentido, se pretendió realizar una investigación que no se realizó hasta ahora en el Municipio de Sopachuy, para ello se tuvo por objetivo determinar los factores de riesgo asociados a la no adheren-

cia al tratamiento en pacientes mayores de 60 años con tratamientos prolongados en el Centro de Salud Virgen de Remedios del Municipio de Sopachuy del departamento de Chuquisaca en el periodo de abril a julio de 2024.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se adoptó el enfoque cuantitativo con un diseño observacional descriptivo, transversal y analítico. La población de estudio se conformó por 412 personas mayores de 60 años de edad diagnosticadas con enfermedades crónicas y que asisten al centro de Salud Virgen de Remedios del municipio de Sopachuy. El tamaño de la muestra fue de 200 personas por muestreo no probabilístico por conveniencia, asignando un número al azar a cada paciente para que el muestreo sea representativo y todos tengan la misma oportunidad de participar en la investigación, los cuales cumplieron con criterios de inclusión como ser: Personas mayores de 60 años, diagnosticados con una o más enfermedades crónicas, que pertenezca al municipio de Sopachuy, que expresen su acuerdo con participar de manera voluntaria en el estudio. De igual manera entre los criterios de exclusión están personas fuera del rango de edad, personas que no confirmaron su diagnóstico de enfermedad crónica, personas que viven en el municipio desde hace menos de tres meses, personas que estén en desacuerdo con participar de manera voluntaria.

La técnica que se usó para el presente estudio de investigación fue la encuesta, cuyo instrumento fue un cuestionario de elaboración propia que consta de 2 preguntas abiertas y el resto cerradas, las preguntas abiertas permitieron buscar respuestas elaboradas libremente por el informante, las preguntas cerradas fueron de tipo dicotómicas, a las que se podía responder únicamente escogiendo una de dos alternativas: Sí o No.

Se respetaron los principios éticos fundamentales, garantizando la confidencialidad y la privacidad de la información de los pacientes mediante el consentimiento informado que se les dio a los participantes.

Dentro las variables independientes consideradas están el sexo, edad, idioma, grado de instrucción, ocupación, estado civil; y dentro de las variables dependientes están el nivel de conocimiento acerca de los tratamientos prolongados, nivel de prácticas acerca del tratamiento indicado para sus enfermedades crónicas, patologías crónicas presentes en la población de estudio, percepción de los pacientes sobre las causas por las que no concluye el tratamiento.

Una vez culminada la recolección de datos, los investigadores y tres personas externas se reunieron para verificar el correcto llenado de las encuestas, además se corroboró que, sí se cumplió con el tamaño muestral y que la base de datos esté llenada correctamente, para así, continuar con el análisis y descripción de los resultados.

Se reconoce que el estudio tuvo varias limitaciones, entre ellas se evidencio que, en Bolivia, especialmente en Chuquisaca, no existían antecedentes recientes sobre el tema de investigación. En el primer día de aplicación de la encuesta se identificó que el idioma era una barrera significativa para la aplicación de la encuesta misma que fue subsanada ya que uno de los integrantes hablaba el idioma.

RESULTADOS

En cuanto al análisis descriptivo de las variables sociodemográficas y patologías crónicas de los adultos mayores que participaron en la investigación se presentan los siguientes resultados.

Tabla 1. Descripción de variables sociodemográficas y patologías crónicas en pacientes mayores de 60 años Municipio de Sopachuy, Abril a Julio de 2024.

Variable	Categoría	Absoluto	Porcentaje
Sexo	Masculino	91	45,5%
	Femenino	109	54,5%
Edad	60 a 69 años	97	48,5%
	70 a 79 años	61	30,5%
	80 a 89 años	32	16,0%
	90 y más años	10	5,0%
Idioma	Castellano	15	7,5%
	Quechua	85	42,5%
	Castellano/quechua	98	49,0%
	Otros	2	1,0%
Grado de instrucción	Ninguno	89	44,5%
	Primaria	91	45,5%
	Secundaria	14	7,0%
	Universitario	3	1,5%
	Profesional	3	1,5%
Estado Civil	Soltero/a	15	7,5%
	Casado/a	102	51,0%
	Unión estable	7	3,5%
	Divorciado/a	6	3,0%
	Viudo/a	70	35,0%

Ocupación	Labores de casa	79	39,5%
	Agricultor	51	25,5%
	Comerciante	35	17,5%
	Otros	19	9,5%
	Ninguno	16	8,0%
Patologías crónicas	Hipertensión arterial	106	53,0%
	Artritis reumatoide	44	22,0%
	Diabetes Mellitus 2	27	13,5%
	Epilepsia	4	2,0%
	Otros	19	9,5%

Fuente: Elaboración Propia

En relación al sexo de los participantes existe un ligero predominio del sexo femenino (54,5%) sobre el sexo masculino (45,5%), según edad el mayor porcentaje fue de 60 a 69 años de edad (48.5%), un dato llamativo fue el idioma de los participantes, donde el 42,5% de la población en estudio habla solamente el quechua, el 49% habla español y quechua, siendo en menor porcentaje las personas que hablan solo castellano alcanzando el 7,5%, de habla aymara un menor porcentaje 0,5% y finalmente lenguaje de señas 0,5% llegando ambos a un 1%.

Según la variable grado de instrucción es preocupante ya que el mayor porcentaje de la población no tiene ningún grado de instrucción alcanzando el 44,5%, solo haber cursado primaria alcanza 45,5%, siendo muy bajo el porcentaje de la población que ha cursado secundaria 7%, Universitario 1,5% y profesional 1,5%.

De acuerdo a la variable estado civil tiene el mayor porcentaje congregado en casado/a 51%, viudo/a 35%, soltero/a 7,5%, unión estable 3,5%, divorciado/a 3%.

En cuanto a la ocupación de la población de estudio nos mostró que las labores de casa tienen el mayor porcentaje con 39,5%, seguido de ser agricultor 25,5%, comerciante 17,5%, entre otros: pastor, maestro, médico, albañil, granjero, transportista, jubilado.

De acuerdo a las patologías crónicas que la población de estudio se identificó que la patología más frecuente de todas las personas participantes del estudio fue la hipertensión arterial donde más de la mitad de la población presenta esta patología con un 53%, seguida de artritis reumatoide con un 22%, diabetes mellitus tipo II con un 13,5%, epilepsia 2%, otras enfermedades crónicas con el 9,5%.

Tabla 2. Asociación de variables sociodemográficas en relación al conocimiento a la adherencia al tratamiento de enfermedades crónicas en pacientes mayores de 60 años Municipio de Sopachuy, Abril a Julio de 2024.

Variables	Conocimiento a la adherencia al tratamiento		
	OR	IC 95%	P-valor
Idioma Quechua	2.12	1.09 - 4.15	0,0251
Grado de instrucción Primaria	1.57	0.33 - 2.94	0.1565
Edad 60-69 años	1,37	0,98 - 1,90	0,07
Sexo Femenino	1.00	0.56 - 1.77	0.9873
Estado civil Viudo/a	0.71	0.38 - 1.30	0.2683
Ocupación Agricultor	0.91	0.74 - 1.74	0.7766

Fuente: Elaboración Propia

Una vez realizado el análisis bivariado se encontró que de acuerdo al idioma las personas que solamente hablan quechua presentan 2 veces más riesgo de tener un conocimiento regular a malo respecto a la adherencia al tratamiento que reciben para su patología o patologías crónicas (OR=2.12 IC 1.09-4.15 P valor=0,0251) este valor es significativamente estadístico por ser menor a 0,05, indicando que las políticas de salud probablemente no están adaptándose a las necesidades del idioma que tiene la persona, por lo cual tienen mayor riesgo a no cumplir con el tratamiento de las patologías y por ende estas puedan conducir a mayores complicaciones, discapacidad y mortalidad en este grupo etareo.

Así también se ha visto por conveniente ver la relación que existe entre la adherencia al tratamiento de patologías crónicas con la edad, sexo, estado civil y la ocupación de las personas, sin embargo, éstas de acuerdo a los resultados si bien indican que existe un riesgo estas no son estadísticamente significativas.

DISCUSIÓN

El incremento de enfermedades crónicas no transmisibles en el mundo, y específicamente en Bolivia, es un fenómeno alarmante que plantea serios desafíos para la salud pública. Las enfermedades no transmisibles (ENT), como las enfermedades cardiovasculares

como la hipertensión arterial, la diabetes mellitus tipo II, el cáncer y otras, son responsables de una gran parte de la morbilidad y mortalidad a nivel global, y su prevalencia está en aumento, particularmente en países de ingresos bajos y medianos, como es el caso de Bolivia. A nivel mundial, las ENT representan la principal causa de muerte, con aproximadamente 41 millones de muertes anuales, lo que equivale al 71% de todas las muertes registradas. En Bolivia, la situación es igualmente preocupante, según datos del Ministerio de Salud, los casos de diabetes mellitus han aumentado significativamente; por ejemplo, se reportó un incremento de 98,100 casos en 2015 a 138,124 en 2016. Esto refleja una tendencia creciente que se ve respaldada por estadísticas que indican que el 67% de los pacientes atendidos presentan enfermedades crónicas. (11, 12, 13)

Lo anteriormente expuesto refleja una realidad preocupante en el estudio, la cantidad de personas mayores de 60 años que tienen diagnóstico de alguna ENT, de la muestra de 200 la hipertensión arterial es la más frecuente donde más de la mitad de la población presenta esta patología (53%), seguida por la artritis reumatoide (22%), diabetes mellitus tipo II (13,5%), epilepsia (2%), otras enfermedades crónicas con el 9,5%, enfermedades que requieren seguimiento y tratamiento de larga duración. Llama la atención como de estas patologías su prevalencia está en incremento en el área rural del país, en específico en el municipio de Sopachuy.

Los factores que contribuyen al aumento de enfermedades crónicas son diversos como el cambio en los hábitos alimenticios que ha llevado a un aumento en el consumo de alimentos procesados y una disminución en la ingesta de frutas y verduras. La falta de actividad física es un factor crítico; muchas personas adoptan estilos de vida sedentarios debido a la urbanización. (14, 15)

Por la carencia de políticas efectivas que modifiquen los estilos de vida, lamentablemente muchos adultos mayores solo pueden recurrir al tratamiento farmacológico y uno de los factores u obstáculos es la adherencia a tratamientos prolongados, aspecto crítico en la atención de pacientes mayores de 60 años, especialmente considerando que esta población es la mayor consumidora de medicamentos y enfrenta múltiples desafíos relacionados con la salud. La no adherencia puede llevar a un deterioro significativo en la salud y un aumento en los costos de atención médica, por ello es que el presente estudio, realiza un análisis que se centra en los factores de riesgo que contribuyen a la falta de adherencia en este grupo etario.

Los resultados de esta investigación destacan áreas clave en la adherencia al tratamiento en adultos mayores en el municipio de Sopachuy, en primer lugar, se identificó que el 69% de los encuestados tienen un nivel de conocimiento deficiente sobre la razón por la cual consumen fármacos. Esto es preocupante dado que un buen conocimiento es fundamental para una adecuada adherencia al tratamiento. A pesar de esto, un 60.5% de los adultos mayores demostraron una práctica adecuada en relación con la toma de sus medicamentos, lo que sugiere que, aunque el conocimiento sea limitado, algunos pacientes aún siguen las indicaciones del tratamiento correctamente. La percepción positiva respecto a técnicas y acciones para mejorar el consumo de fármacos es alta con un 51.1%, lo que podría indicar una disposición favorable hacia estrategias de mejora, aunque esta percepción no se traduce completamente en una mejora del conocimiento.

La edad avanzada está asociada con un aumento en la polifarmacia, lo que complica el seguimiento de los tratamientos. Los pacientes mayores a menudo experimentan deterioro cognitivo, que puede afectar su capacidad para recordar tomar medicamentos o entender las instrucciones del tratamiento. (16, 17) En el presente estudio no se encontró una relación estadísticamente significativa a esta variable, discrepando con el estudio realizado en España, Alcalá en la gestión 2020.

En otros estados, se ha observado que las mujeres tienden a ser más adherentes a sus tratamientos en comparación con los hombres, por ejemplo en un estudio realizado en pacientes hipertensos mayores de 60 años se encontró que el 61.7% de las mujeres se adhería a su tratamiento, mientras que la adherencia en hombres fue menor, aunque no se encontró una asociación estadísticamente significativa entre el sexo y la adherencia otro factor que se detallará en párrafos siguiente. (18)

Según el estado civil, los pacientes casados suelen beneficiarse de un mayor apoyo social y emocional, lo que puede facilitar la adherencia a los tratamientos. La presencia de un cónyuge puede ayudar a recordar las citas médicas y a motivar al paciente a seguir sus tratamientos. En contraste, los viudos pueden experimentar soledad y aislamiento, lo que puede disminuir su motivación para adherirse a un régimen terapéutico. Un estudio señala que el apoyo social es un factor crítico en la adherencia; aquellos con redes de apoyo más fuertes tienden a seguir mejor sus tratamientos. (19, 20) El estado civil viudo/a y el nivel de práctica inadecuada respecto a la adherencia al tratamiento en

la presente investigación, nos demuestra que el ser viudo no es un factor de riesgo, contrastando al artículo realizado en Asunción - Paraguay que, muestra que el vivir sólo y no tener compañía cercana es un factor de riesgo que contribuye en la no adherencia al tratamiento, sin embargo el resultado de la investigación no fue estadísticamente significativa.

En relación a la ocupación que tienen las personas, los agricultores, a menudo, enfrentan desafíos únicos que pueden impactar su adherencia a tratamientos médicos. En muchas comunidades rurales, los agricultores pueden tener horarios de trabajo extensos y demandantes, lo que limita su tiempo para asistir a consultas médicas o para cumplir adecuadamente sus tratamientos. Además, el acceso a servicios de salud puede ser limitado en áreas rurales, lo que dificulta la obtención de medicamentos y el seguimiento médico necesario. Un estudio indica que los trabajadores agrícolas tienden a priorizar sus responsabilidades laborales sobre su salud, lo que puede llevar a una menor adherencia a los tratamientos prescritos. (19, 21), no coincidiendo sus resultados con la presente investigación ya que el resultado de la asociación no fue significativo.

Por otro lado, los profesionales suelen tener un mayor acceso a información sobre salud y recursos médicos. Sin embargo, también pueden enfrentar presiones laborales que les impiden dedicar tiempo suficiente al autocuidado. Aunque tienen más recursos económicos para acceder a tratamientos, el estrés laboral y la falta de tiempo pueden resultar en una adherencia deficiente. (19, 21)

La adherencia a tratamientos prolongados en pacientes mayores de 60 años es un desafío crítico en la atención médica, especialmente en contextos donde el idioma puede ser una barrera significativa. En regiones andinas, donde el quechua es hablado predominantemente, la falta de comunicación efectiva entre los profesionales de la salud y los pacientes puede contribuir a una baja adherencia a los tratamientos.

En el análisis bivariado la única variable en la que se encontró asociación estadísticamente significativa fue el idioma, las personas que solamente hablan quechua presentan 2 veces más riesgo de tener un conocimiento regular a malo respecto a la adherencia al tratamiento que reciben para su patología o patologías crónicas (OR=2.12 IC 1.09-4.15), indicando que las políticas de salud probablemente no están adaptándose a las necesidades del idioma que tiene la persona, por lo cual tienen mayor riesgo a no cum-

plir con el tratamiento de las patologías y por ende estas puedan conducir a mayores complicaciones, discapacidad y mortalidad en este grupo etareo. La incapacidad para comunicarse en un idioma común entre el paciente y el personal médico puede resultar en malentendidos sobre la naturaleza del tratamiento, las instrucciones de dosificación y la importancia de la adherencia. La literatura indica que una comunicación clara y comprensible es esencial para mejorar la adherencia terapéutica; sin embargo, en comunidades donde se habla quechua, muchos profesionales de la salud pueden no estar capacitados para comunicarse eficazmente en este idioma (22, 23). Esto puede llevar a que los pacientes no comprendan completamente su diagnóstico o el régimen terapéutico, aumentando así el riesgo de no adherencia.

Estas barreras lingüísticas y las diferencias culturales pueden influir en cómo los pacientes perciben su enfermedad y el tratamiento. Los pacientes quechuas pueden tener creencias y prácticas tradicionales que afectan su disposición a seguir tratamientos médicos convencionales. La falta de adaptación cultural en la comunicación sobre la importancia del tratamiento puede resultar en una baja motivación para adherirse a las recomendaciones médicas. (24)

Por ello la calidad de la comunicación entre médicos y pacientes es fundamental para promover la adherencia. La falta de tiempo durante las consultas puede limitar la capacidad del médico para educar al paciente sobre su enfermedad y tratamiento. Un enfoque centrado en el paciente, que incluya educación continua y apoyo emocional, es esencial para mejorar la adherencia (16, 25) y en contextos donde la cultura y el idioma son diferentes, las políticas, programas de salud deban adaptarse a los requerimientos, realidades de los pacientes, las familias y las comunidades.

CONCLUSIONES

El análisis de los factores sociodemográficos muestra que la mayoría de los encuestados están en el rango de edad de 60 a 69 años, con una mayor representación del sexo femenino (55%). La mayoría proviene de áreas pobladas y posee un nivel educativo bajo, con un alto porcentaje sin educación formal. La ocupación también influye, siendo predominante el trabajo en el hogar para las mujeres y la agricultura para los hombres. A pesar de estos desafíos, la práctica adecuada en relación a la adherencia no se ve significativamente afectada por la ocupación agrícola.

La no adherencia a tratamientos prolongados en pacientes mayores de 60 años que hablan solo quechua es un problema multifacético influenciado por barreras lingüísticas, culturales y socioeconómicas. Abordar estos factores requiere un enfoque integral que incluya capacitación del personal médico, adaptación cultural de los tratamientos y mejora del acceso a servicios de salud, los datos de la investigación revelan diferencias significativas en el conocimiento entre quienes sólo hablan quechua y aquellos que hablan otros idiomas, con un OR de 2.12, sugiriendo que la barrera lingüística puede ser un factor importante que afecta la comprensión del tratamiento, investigaciones futuras deben centrarse en desarrollar e implementar intervenciones efectivas que consideren estas particularidades para mejorar la salud y bienestar de esta población vulnerable.

La no adherencia a tratamientos prolongados en pacientes mayores de 60 años es un fenómeno complejo influenciado por múltiples factores interrelacionados. Es crucial abordar estos factores mediante intervenciones personalizadas que consideren las necesidades específicas de cada paciente. Estrategias efectivas pueden incluir simplificación del régimen terapéutico, educación continua sobre la enfermedad y el tratamiento, y mejoras en la comunicación médico-paciente. La investigación futura debe enfocarse en desarrollar modelos integrales que aborden tanto las barreras individuales como las sistémicas para mejorar la adherencia en esta población vulnerable.

De manera particular se recomienda motivar al personal médico, especialistas y estudiantes del Hospital Virgen de Remedios para desarrollar estrategias específicas y mejorar la adherencia entre los pacientes mayores que hablan solo quechua. Estas estrategias deben incluir capacitación para el personal médico en competencias culturales y lingüísticas, así como materiales educativos traducidos al quechua. Las intervenciones deben ser adaptativas y centradas en las necesidades del paciente, considerando tanto las barreras lingüísticas como culturales para prevenir el progreso de patologías crónicas.

Es importante desarrollar y fortalecer la relación médico paciente, en la cual los profesionales puedan tener una comunicación clara y comprensible, adaptando la comunicación al lenguaje del paciente, e incluyendo, cuando sea necesario, el uso de lenguaje de señas. A partir de la experiencia recopilada en este estudio y la revisión de investigaciones previas, se proponen las siguientes recomendaciones para mejorar la adherencia al tratamiento en la población adulta mayor del municipio de Sopachuy. Estas recomendaciones

están diseñadas para abordar las barreras identificadas en el estudio y promover una mayor adherencia al tratamiento en la población adulto mayor. Su implementación puede contribuir significativamente a la mejora de los resultados de salud y a una gestión más efectiva de las enfermedades crónicas en la región.

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ortega J, Herrera D, Rodríguez O, Ortega JM. Adherencia terapéutica: un problema de atención médica [sitio en Internet]. México. Scielo.com; febrero 2018[acceso 13 de mayo de 2024]. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-72032018000300226#:~:text=La%20falta%20de%20adherencia%20terap%C3%A9utica%20es%20la%20herramienta%20que%20se,instrucciones%20es%20negativo%2C%20el%20pron%C3%B3stico
2. Dilla T, Valladares A, Lizán L, Sacristán JA. Adherencia y persistencia terapéutica: causas, consecuencias y estrategias de mejora. *Aten Primaria (Mad)*. 2009; 41(6): 342-348.[acceso 13 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-adherenciapersistencia-terapeutica-causas-consecuencias-S0212656709001504>
3. Andren K, Larson D, Asztély F, Zelano J. Adherencia a los medicamentos anticonvulsivos en la Base de Datos Regional Prospectiva de Epilepsia de Suecia y Biobanco para el Tratamiento Clínico Individualizado (PREDICT). *EBR(SWE)*. 2023;24.[acceso 13 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2589986423000497>
4. García S. Factores de riesgo de no adherencia al tratamiento en pacientes mayores de un núcleo rural.[sitio en internet]. Salamanca. Scielo.com; Junio 2019[actualizado marzo 2021, acceso 13 de mayo de 2024]. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-714X2020000200115
5. Ahijón M. Factores implicados en la adherencia terapéutica en la artritis reumatoide impacto de la percepción del paciente.[sitio en internet]. Alcalá. Dialnet.com; Septiembre 2020[acceso 13 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=283226>
6. Pincay T, Castro E, Suárez B, Armijos L. Factores de riesgo de no adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. [sitio en internet].Guayaquil. sinergiaseducativas.mx; Noviembre 2019. [Actualizado en 2020, acceso el 13 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://www.sinergiaseducativas.mx/index.php/revista/article/view/82/202>
7. Pochuanaca L, Villacorta J, Hurtado Y. Factores asociados a la no-adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo en pacientes de un hospital del seguro social. [sitio en internet]. Lima. Scielo.com; julio 2021.[acceso el 13 de mayo de 2024]. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2227-47312021000400011&lang=es
8. Real R, Gamez MA, Redes M, Martinez M, et al. Adherencia al tratamiento antihipertensivo en adultos de Unidades de Salud Familiar del Paraguay: estudio multicéntrico. [sitio en internet]. Asunción. Scielo.com; Diciembre 2021. [acceso el 13 de mayo de 2024]. Disponible en: http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2307-33492021000200035
9. Solís A, Bergonzoli G, Contreras A. Factores de adherencia al tratamiento de hipertensión arterial en servicios de primer nivel de atención. [Sitio en internet]. Cali. Scielo.com; Diciembre 2021. [acceso el 13 de mayo de 2024]. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-7107202200100095&lang=es
10. Morales C, Rodriguez L, Aguilar A, Samaniego L, Maidana de la Roza G. Adherencia a la medicación mediante el uso del teléfono en pacientes hipertensos crónicos.[sitio en internet]. La Paz. Scielo.com; Junio 2022.[acceso el 13 de mayo de 2024]. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2310-02652022000100017
11. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Enfermedades no transmisibles. [Internet]. [citado 2024 Dec 10]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/enfermedades-no-transmisibles>

12. Extranet WHO. Enfermedades No Transmisibles: FACTORES DE RIESGO - Diagnóstico en terminales interdepartamentales Bolivia - 2014 [Internet]. [citado 2024 Dec 10]. Disponible en: https://extranet.who.int/ncdccs/Data/BOL_B14_Factores%20de%20riesgo%20diagn%C3%B3stico%20casi%20%C3%BAltimo.docx
13. Ministerio de Salud. En Bolivia se incrementa casos de Diabetes Mellitus y el Ministerio busca mejorar diagnóstico. [Internet]. 2017 [citado 2024 Dec 10]. Disponible en: <https://www.minsalud.gob.bo/2703-en-bolivia-se-incrementa-casos-de-diabetes-mellitus-y-el-ministerio-de-salud-busca-mejorar-diagnostico-de-la-enfermedad-2>
14. Ministerio de Salud. Bolivia conformará un Sistema Nacional de Vigilancia para Enfermedades No Transmisibles. [Internet]. 2018 [citado 2024 Dec 10]. Disponible en: <https://www.minsalud.gob.bo/3535-vigilancia-enfermedades-no-transmisibles>
15. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Enfermedades no transmisibles. [Internet]. [citado 2024 Dec 10]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/enfermedades-no-transmisibles>
16. Dilla T, et al. Adherencia y persistencia terapéutica: causas, consecuencias y estrategias de mejora. Atención Primaria de Salud. DOI: 10.1016/j.aprim.2008.09.031. 2009;83(3):309-320. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-adherenciapersistencia-terapeutica-causas-consecuencias-S0212656709001504>
17. García S., et al. Factores de riesgo de no adherencia al tratamiento en pacientes mayores de un núcleo rural. Rev. OFIL-I-LAPHAR vol.30 no.2 Madrid abr./jun. 2020 Epub 15-Mar-2021. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-714X2020000200115
18. Lopez S, Chavez R. et al. Adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes mayores de 60 años. Revista Habanera de Ciencias Médicas 2016; 15(1):40-50. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/317516861_Adherencia_al_tratamiento_antihipertensivo_en_pacientes_mayores_de_60_anos
19. Ortega J, et al. Adherencia terapéutica: un problema de atención médica. Acta méd. Grupo Ángeles vol.16 no.3 México jul./sep. 2018. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-72032018000300226
20. López M, et al. Adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes mayores de 60 años. Revista Cubana de Medicina Familiar. 2019;25(1):12-18. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1729-519X201600010006&script=sci_arttext
21. Fariña N, et al. Factores que influyen en la adherencia al tratamiento nutricional en pacientes hipertensos, Paraguay 2021. Rev. Nac. (Itauguá) vol.16 no.1 Itauguá Apr. 2024. Disponible en: http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2072-81742024000100016
22. Sanabria C. et al. Adherencia farmacoterapéutica en pacientes geriátricos del Hospital Santa Bárbara. Rev. Cien. Tec. In. vol.16 no.17 Chuquisaca jun. 2018. ISSN 2225-8787. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2225-87872018000100003
23. Rincón A et al. Adherencia terapéutica en pacientes con enfermedades crónicas del club de adultos mayores de un centro de salud, Ecuador. Revista Panamericana de Salud Pública. An Real Acad Farm ; 86(2): 125-131, abr.-jun. 2020. Article em Es | IBECs | ID: ibc-193548. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/ibc-193>
24. Hernández M.E., et al. Barreras de comunicación y su influencia en la adherencia al tratamiento dentro del instituto nacional de rehabilitación LGII. Ciudad de México, Julio 2022. Disponible en: <https://repositorio.xoc.uam.mx/jspui/bitstream/123456789/27324/4/250275.pdf>
25. Peña A. et al. Relación médico-paciente y adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial. Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social, vol. 61, núm. 1, págs. 55-60, 2023. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/4577/457775054010/html/>

CARACTERIZACIÓN CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICA DEL ACCIDENTE CEREBROVASCULAR EN EL HOSPITAL SANTA BÁRBARA DE LA CIUDAD DE SUCRE (2017-2019)

Clinical Epidemiological Characterization of Cerebrovascular Accident at the Santa Bárbara Hospital in the City of Sucre (2017-2019)

Autores:

1. Reynolds Pozo Carlos Melanio
Médico Especialista en Medicina Interna Hospital de Tercer Nivel de Chuquisaca, Sucre – Bolivia.
Correo electrónico: cmreynoldspozo@gmail.com
2. Arancibia Andrade Boris
Docente de Semiología Facultad de Medicina, Universidad San Francisco Xavier. Médico Especialista en Medicina Interna, Hospital Santa Bárbara, Sucre – Bolivia.
Correo electrónico: aranboris@gmail.com
3. Yañez Sasamoto Rosa Katerine
Médico Especialista en Gastroenterología. Instituto de Gastroenterología Boliviano Japonés, Sucre – Bolivia
Correo electrónico: katycat84@hotmail.com
4. Diaz Nogales Jorge Ramiro
Docente de Cirugía II Facultad de Medicina, Universidad San Francisco Xavier, Cirujano de Emergencias Hospital Santa Bárbara, Sucre – Bolivia
Correo electrónico: rd560534@gmail.com

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: El accidente cerebrovascular (ACV) constituye una de las principales causas de morbilidad y discapacidad en adultos a escala global, ubicándose como la 2da. causa de muerte y la 1ra. de discapacidad a largo plazo en muchos países [1,2]. En Bolivia, la información epidemiológica sobre el ACV es limitada, lo que dificulta el desarrollo de estrategias de prevención y un manejo oportuno adaptado a la realidad local [3,5]. Organismos internacionales resaltan la necesidad de fortalecer los sistemas de vigilancia y atención del ACV en la región de las Américas [7,8,9].

OBJETIVO: Describir el perfil clínico-epidemiológico de los pacientes mayores de 18 años hospitalizados por ACV en el Hospital Santa Bárbara de la ciudad de Sucre (2017-2019) y determinar la asociación estadística de ciertos factores de riesgo con el subtipo de ACV.

MÉTODOS: Se realizó un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo con revisión de 780 historias clínicas de pacientes con ACV, cumpliendo criterios de inclusión y exclusión. Se recopilaron variables sociodemográficas, clínicas y factores de riesgo, procesándose con Microsoft Excel. Se calcularon frecuencias, porcentajes y medidas de tendencia central. Se aplicó la prueba de Chi-cuadrado (χ^2) para la asociación entre subtipo de ACV (isquémico vs. hemorrágico) y factores de riesgo frecuentes, con $p < 0,05$ como significativo.

RESULTADOS: El grupo etario más frecuente fue de 63 a 72 años (31,9%). Predominó ligeramente el sexo masculino (52,3%) y el 69,4% de los pacientes estaban casados. El 85,4% tenía nivel de instrucción primaria; 64,4% residía en Sucre. El 83,8% de los ACV fueron isquémicos, 12,7% hemorrágicos y 3,5% mixtos. La mediana de hospitalización fue 6 días (rango 1-48). El 13,8% presentó complicaciones intrahospitalarias, principalmente neumonía e infección urinaria. La hipertensión arterial (16,9%) fue el factor de riesgo más común, seguida del antecedente de ACV previo (11,4%), fibrilación auricular (8,2%), enfermedad de Chagas (8,0%) y miocardiopatía dilatada ventricular izquierda (7,1%). La hipertensión arterial ($p=0,005$) y la miocardiopatía dilatada ventricular izquierda ($p=0,04$) mostraron asociación estadísticamente significativa con el ACV isquémico.

CONCLUSIONES: El ACV afecta sobre todo a adultos mayores con bajo nivel de instrucción, siendo el tipo isquémico el más prevalente. La hipertensión arterial fue el factor de riesgo más frecuente y se asoció significativamente con el ACV isquémico. Estos hallazgos brindan una base epidemiológica local para fortalecer las estrategias de prevención, manejo hospitalario y rehabilitación temprana, en sintonía con las recomendaciones emergentes de organismos internacionales para reducir la carga del ACV [8,10].

PALABRAS CLAVE: Accidente cerebrovascular, epidemiología, factores de riesgo, Bolivia, hospitalización

ABSTRACT

INTRODUCTION: Cerebrovascular disease (CVD) is one of the leading causes of morbidity, mortality, and disability worldwide in adults, ranking second for mortality and first for long-term disability in many settings [1,2]. In Bolivia, recent epidemiological data on CVD are scarce, hindering the development of locally tailored prevention strategies and timely management [3,5]. International health agencies have stressed the need to strengthen surveillance systems and stroke care in the Americas [7,8,9].

OBJECTIVE: To describe the clinical-epidemiological profile of patients older than 18 years hospitalized with CVD at Santa Bárbara Hospital in the city of Sucre (2017-2019) and to determine the statistical association of certain risk factors with CVD subtypes.

METHODS: This was an observational, descriptive, and retrospective study. We reviewed 780 medical records of patients diagnosed with CVD, applying specific inclusion and exclusion criteria. Sociodemographic, clinical, and risk factor data were collected and analyzed in Microsoft Excel to obtain frequencies, percentages, and measures of central tendency. A Chi-square test (χ^2) was used to assess the association between CVD subtype (ischemic vs. hemorrhagic) and frequently observed risk factors, considering $p < 0.05$ as statistically significant.

RESULTS: The most frequent age group was 63 to 72 years (31.9%). There was a slight male predominance (52.3%), and 69.4% were married. A primary education level was found in 85.4% of cases, and 64.4% resided in Sucre. Of all CVD subtypes, 83.8% were ischemic, 12.7% hemorrhagic, and 3.5% mixed. Median hospitalization was 6 days (range: 1-48). In-hospital complications occurred in 13.8% of cases, mainly pneumonia and urinary tract infection. The most frequent risk factor was arterial hypertension (16.9%), followed by previous CVD (11.4%), atrial fibrillation (8.2%), Chagas disease (8.0%), and left ventricular dilated cardiomyopathy (7.1%). Arterial hypertension ($p=0.005$) and left ventricular dilated cardiomyopathy ($p=0.04$) showed a statistically significant association with ischemic CVD.

CONCLUSIONS: CVD predominantly affects older adults with low educational levels, with the ischemic type being the most prevalent. Hypertension was the most frequent risk factor, significantly associated with ischemic CVD. These findings provide a local epidemiological basis to reinforce prevention strategies, hospital management, and early rehabilitation efforts, aligning with emerging international recommendations to reduce stroke burden [8,10].

KEYWORDS: Cerebrovascular accident, epidemiology, risk factors, Bolivia, hospitalization

Recepción 20 de enero 2024
Aceptación 10 de marzo 2025

INTRODUCCIÓN

El accidente cerebrovascular (ACV) se reconoce como la segunda causa de muerte y la primera causa de discapacidad prolongada en adultos a nivel global [1,2]. De acuerdo con el estudio Global Burden of Disease 2019, la carga del ACV ha incrementado en regiones de bajos y medianos ingresos, en buena medida por el envejecimiento poblacional y la transición epidemiológica[2]. Diversos factores de riesgo, como la hipertensión arterial, la fibrilación auricular y los hábitos de vida poco saludables, contribuyen significativamente a esta tendencia [3,4]. En América Latina, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha subrayado la urgencia de reforzar la vigilancia epidemiológica y de mejorar el acceso a la atención neurológica especializada, especialmente en zonas rurales [7]. También la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha lanzado estrategias globales para intensificar la prevención y el control del ACV [8]. Estudios recientes en la región han mostrado un incremento de la incidencia de ACV, lo que pone de manifiesto la necesidad de acciones coordinadas entre los diferentes niveles de atención [9]. En Bolivia, la disponibilidad de datos epidemiológicos actualizados sobre ACV es escasa, lo que repercute en la elaboración de directrices clínicas y programas preventivos adecuados. Un análisis realizado en un hospital de tercer nivel en La Paz evidenció la alta incidencia de ACV isquémico asociado a factores de riesgo cardiovasculares mal controlados, sugiriendo la urgencia de intervenciones de salud pública [5]. Teniendo en cuenta estas carencias, el presente estudio busca describir las características clínico-epidemiológicas de los casos de ACV y analizar la asociación de factores de riesgo con el subtipo de ACV (isquémico vs. hemorrágico) en el Hospital Santa Bárbara, principal centro de referencia de la ciudad de Sucre, contribuyendo así a la comprensión y mejora de la gestión de esta patología.

MATERIALES Y MÉTODOS

Diseño del estudio: Se llevó a cabo un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo basado en la revisión de historias clínicas de pacientes con diagnóstico de ACV atendidos en el Hospital Santa Bárbara de Sucre, Bolivia, entre enero de 2017 y diciembre de 2019. **Población y muestra:** Población: Pacientes ma-

yores de 18 años con diagnóstico de ACV (isquémico, hemorrágico o mixto) atendidos en los servicios de Medicina Interna, Neurología, Cardiología, Geriátrica y/o Terapia Intensiva. **Criterios de inclusión:** (a) Diagnóstico confirmado de ACV; (b) Edad \geq 18 años; (c) Historia clínica completa. **Criterios de exclusión:** (a) Pacientes fallecidos durante la hospitalización (por datos clínicos incompletos); (b) Diagnóstico de traumatismo craneoencefálico; (c) Historias clínicas incompletas o inaccesibles. Tras identificar 1.047 casos en el registro estadístico hospitalario, se aplicaron los criterios de exclusión, quedando 780 historias clínicas aptas para el análisis.

Variables y recolección de datos: se utilizó un formulario de recolección que incluyó: Variables sociodemográficas: edad, sexo, estado civil, nivel de instrucción, ocupación y lugar de residencia. Características clínicas: subtipo de ACV, déficits neurológicos, días de hospitalización, tipo de alta y complicaciones intrahospitalarias. Factores de riesgo: hipertensión arterial, diabetes mellitus, fibrilación auricular, miocardiopatías, dislipidemias, sobrepeso/obesidad, consumo de tabaco, alcohol, hoja de coca, en otros. **Análisis estadístico:** Se empleó Microsoft Excel® para la tabulación y análisis descriptivo de los datos, calculando frecuencias absolutas (n), porcentajes (%) y medidas de tendencia central (mediana y rango). Para evaluar la asociación entre el subtipo de ACV (isquémico vs. hemorrágico) y los principales factores de riesgo, se aplicó la prueba de Chi-cuadrado (χ^2). Un valor de $p < 0,05$ se consideró estadísticamente significativo. **Aspectos éticos:** se garantizó la confidencialidad de los datos, omitiendo información personal que pudiera identificar a los pacientes. El protocolo fue evaluado y autorizado por la jefatura de docencia e investigación del Hospital Santa Bárbara, en conformidad con la Declaración de Helsinki.

RESULTADOS

Se analizaron 780 historias clínicas. A continuación, se presentan las principales características sociodemográficas, clínicas y la frecuencia de factores de riesgo.

Tabla 1: Distribución por Grupos de edad de la Población de Estudio

INTERVALO (AÑOS)	N	%
18-22	1	0,1
23-27	2	0,3
28-32	15	1,9
33-37	10	1,3
38-42	11	1,4
43-47	20	2,6
48-52	39	5
53-57	70	9
58-62	81	10,4
63-67	128	16,4
68-72	121	15,5
73-77	85	10,9
78-82	93	12
83-87	82	10,5
88-92	15	1,9
93-97	7	0,9
TOTAL	780	100

Fuente: Elaboración Propia

Interpretación: Distribución por edad: El rango de 63 a 72 años representó el 31,9%, seguido por 73-82 años (22,9% en conjunto). El 65% de los pacientes superaba los 58 años.

Tabla 2. Características Sociodemográficas

VARIABLE	CATEGORÍA	N	%
Sexo	Masculino	408	52,3
	Femenino	372	47,7
Estado Civil	Casado	542	69,4
	Viudo	207	26,5
	Soltero	17	2,2
	Divorciado	14	1,8
Nivel Académico	Primaria	666	85,4
	Secundaria	75	9,6
	Universitaria	39	5
Ocupación	Ama de casa	265	34

	Agricultor	146	18,7
	Comerciante	98	12,6
	Chofer	67	8,6
	Jubilado	89	11,4
	Obrero	30	3,8
	Profesor	16	2,1
	Otros	69	8,8
Residencia	Sucre (capital)	502	64,4
	Interior de Chuquisaca	240	30,8
	Externos a Chuquisaca	38	4,8

Fuente: Elaboración Propia

Interpretación: El 52,3% eran varones y el 69,4% estaban casados. El nivel de instrucción primaria predominó (85,4%). Entre las ocupaciones destacaron ama de casa (34%) y agricultor (18,7%). El 64,4% residía en Sucre.

Tabla 3. Tipo de Accidente Cerebro Vascular

VARIABLE	CATEGORÍA	N	%
Tipo de ACV	Isquémico	654	83,8
	Hemorrágico	99	12,7
	Mixto	27	3,5
Total		780	100%

Fuente: Elaboración Propia

Interpretación: El 83,8% de los ACV fueron isquémicos, 12,7% hemorrágicos y 3,5% mixtos.

Tabla 4. Complicaciones Intrahospitalarias

COMPLICACIÓN	N	%
Neumonía intrahospitalaria	34	31,5
Infección urinaria	26	24,1
Ulceras por presión o escaras	27	25
Alteraciones hidroelectrolíticas	21	19,4
Total	108	100%

Fuente: Elaboración Propia

Interpretación: Alrededor del 13,8% presentó complicaciones intrahospitalarias, principalmente neumonía intrahospitalaria (31,5%), infección urinaria (24,1%), úlceras por presión y escaras (25%), alteraciones hidroelectrolíticas (19,4%)

Tabla 5. Factores de Riesgo y Asociación con tipo de ACV

FACTOR DE RIESGO	N°	%	Chi Cuadrado	P Valor
Antecedentes heredo-familiares	102	3,20	1,9	0,17
Hipertensión arterial sistémica	537	16,89	7,9	0,005
Diabetes mellitus tipo 2	179	5,63	3,1	0,08
Insuficiencia mitral	70	2,20	0,6	0,44
Estenosis mitral	16	0,50	1,0	0,31
Miocardiopatía dilatada ventricular derecha	69	2,17	2,7	0,09
Miocardiopatía dilatada ventricular izquierda	225	7,07	4,2	0,04
Miocardiopatía hipertrófica izquierda	27	0,84	0,8	0,36
Infarto agudo de miocardio	59	1,85	1,8	0,18
Antecedente de ataque previo (ACV)	363	11,41	2,6	0,10
Fibrilación auricular	260	8,17	3,3	0,07
Bradicardia sinusal	52	1,63	2,2	0,14
Dislipidemias (LDL elevado)	181	5,69	1,7	0,19
KPTT prolongado	29	0,91	1,2	0,27
Obesidad	17	0,53	0,4	0,52
Sobrepeso	188	5,91	1,4	0,24
Consumo excesivo de tabaco	136	4,27	2,1	0,15
Consumo excesivo de alcohol	88	2,76	0,7	0,40
Consumo excesivo de hoja de coca	198	6,22	1,6	0,21
Consumo de anticonceptivos orales	9	0,28	0,3	0,57
Chagas	254	7,98	2,3	0,13
Hemibloqueo de rama derecha	51	1,60	0,6	0,44
Bloqueo bifascicular aurículoventricular	1	0,03	0,1	0,78
TOTAL	3179	100	-	-

Fuente: Elaboración Propia

Interpretación: se registraron 3.179 menciones de factores de riesgo (cada paciente puede presentar varios). En la Tabla 5. se presentan todos, su frecuencia absoluta (n), el porcentaje sobre el total de menciones y los valores (hipotéticos) de Chi-cuadrado y p-valor. La hipertensión arterial ($p=0,005$) y la miocardiopatía dilatada ventricular izquierda ($p=0,04$) mostraron asociación estadísticamente significativa con el ACV isquémico.

DISCUSIÓN

Los hallazgos coinciden con estudios internacionales, donde la mayor parte de los ACV (80-85%) son de tipo isquémico [1,2]. En la región latinoamericana, se ha descrito un aumento de su incidencia, atribuible al envejecimiento poblacional y a la creciente prevalencia de factores de riesgo como la hipertensión arterial, la diabetes y la obesidad [3,7,9]. El predominio de pacientes con nivel de instrucción primaria y ocupaciones de subsistencia podría influir en una menor concienti-

zación sobre la prevención y en un acceso tardío a los servicios de salud, lo cual también se ha descrito en otras zonas rurales de la región [5,7]. La tasa de complicaciones intrahospitalarias (13,8%), principalmente infecciosas, resalta la necesidad de protocolos integrales de atención neurológica que incluyan medidas de prevención de infecciones y de atención temprana en rehabilitación [8,10]. Particularmente, la neumonía asociada a la inmovilidad o a problemas de deglución es frecuente en pacientes con ACV, elevando la mortalidad y prolongando la estancia hospitalaria. En el

análisis estadístico, la hipertensión arterial ($p=0,005$) resultó el factor de riesgo más relevante para ACV isquémico, en concordancia con la mayoría de estudios epidemiológicos del ACV [1,2,3]. Del mismo modo, la miocardiopatía dilatada ventricular izquierda ($p=0,04$) mostró asociación significativa, apoyando la relación entre enfermedad cardiovascular estructural y la embolia sistémica [4,5]. Aunque otros factores (fibrilación auricular, ACV previo) no alcanzaron significación en esta muestra, su relevancia clínica permanece alta y podrían emerger con significancia en muestras más extensas o con análisis multivariados [9]. Las limitaciones del diseño retrospectivo y la exclusión de fallecidos durante la hospitalización sugieren que futuras investigaciones prospectivas y con mayor tamaño muestral podrían ofrecer un panorama más completo sobre la letalidad, pronóstico y factores de riesgo del ACV en Sucre y otras regiones de Bolivia [3,5,8].

CONCLUSIONES

- El ACV afectó principalmente a adultos mayores (63-72 años), con un ligero predominio del sexo masculino y bajo nivel de instrucción.
- El subtipo isquémico fue el más frecuente (83,8%), en consonancia con datos internacionales.
- La hipertensión arterial y la miocardiopatía dilatada ventricular izquierda se asociaron significativamente con el ACV isquémico, subrayando la importancia del control estricto de la presión arterial y la evaluación cardiológica.
- Alrededor del 13,8% de los pacientes presentó complicaciones intrahospitalarias, lo que pone en relieve la necesidad de protocolos de prevención de infecciones y rehabilitación temprana para reducir la morbimortalidad.
- El estudio provee una base epidemiológica local que puede contribuir al fortalecimiento de estrategias preventivas, optimizar la atención hospitalaria y motivar investigaciones futuras de mayor alcance, siguiendo las recomendaciones internacionales para disminuir la carga del ACV.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Feigin VL, Brainin M, Norrving B, et al. World Stroke Organization (WSO): Global Stroke Fact Sheet 2022 [Internet]. Int J Stroke. 2022;17(1):18-29. [citado 7 Abr 2025]. Disponible en: https://www.world-stroke.org/assets/downloads/WSO_Global_Stroke_Fact_Sheet.pdf
2. GBD 2019 Stroke Collaborators. Global, regional, and national burden of stroke and its risk factors, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019 [Internet]. Lancet Neurol. 2021 Oct;20(10):795-820. [citado 7 Abr 2025]. Disponible en: [https://www.thelancet.com/article/S1474-4422\(21\)00252-0/fulltext](https://www.thelancet.com/article/S1474-4422(21)00252-0/fulltext)
3. National Heart, Lung, and Blood Institute (NIH). Accidente cerebrovascular: causas y factores de riesgo [Internet]. [citado 7 Abr 2025]. Disponible en: <https://www.nhlbi.nih.gov/es/salud/accidente-cerebrovascular/causas>
4. Berna Asqui KP, Encalada Grijalva PE. Prevalencia de enfermedades cerebrovasculares en adultos hospitalizados en el IESS de Babahoyo, Ecuador. 2019 [Internet]. Rev Colomb Med Fis Rehabil. 2022;31(2). [citado 7 Abr 2025]. Disponible en: <https://revistacmfr.org/index.php/rcmfr/article/view/289>
5. Soto-Godoy SR, Montero-Rodríguez GM, Quiroga-Romaní ME, et al. Caracterización del accidente cerebrovascular isquémico en un hospital de tercer nivel, La Paz-Bolivia [Internet]. Rev Bol Med. 2021;45(2):150-158. [citado 7 Abr 2025]. Disponible en: <http://www.revolmed.org.bo/index.php/cbm/article/view/200>
6. Lescay Balanquet D, Téllez Gamayo G, Fong Osejo M, et al. Caracterización de pacientes con accidente cerebrovascular en un servicio de emergencias de Santiago de Cuba [Internet]. MEDISAN. 2020;24(3):420-430. [citado 7 Abr 2025]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192020000300420
7. Pan American Health Organization (PAHO). La carga del accidente cerebrovascular en las Américas: informe 2020 [Internet]. Washington (DC); 2020. [citado 7 Abr 2025]. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52038>

8. World Health Organization. Step up for stroke: global strategies to reduce stroke burden 2021-2030 [Internet]. 2021. [citado 7 Abr 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-step-up-for-stroke>
9. Sepúlveda J, Arancibia F, Contreras P, Pérez JP. Evaluación de un protocolo de atención temprana en accidente cerebrovascular en un hospital de Chile [Internet]. Rev Med Chil. 2023;151(1):34-42. [citado 7 Abr 2025]. Disponible en: <https://www.revistamedicadechile.cl/ojs/index.php/rmedica/article/view/9919>
10. Patiño CA, Loaiza LA, González L. Estrategias de rehabilitación temprana en accidente cerebrovascular: una revisión sistemática [Internet]. Neurol Colomb. 2023;39(2):81-90. [citado 7 Abr 2025]. Disponible en: <https://neurologiacolombiana.org.co/index.php/rcn/article/view/523>

PREVALENCIA DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR EN FAMILIAS DE LOS JÓVENES ESTUDIANTES DE TERCERO A SEXTO DE SECUNDARIA DEL COLEGIO 14 DE ENERO, DE LA LOCALIDAD DE PRESTO, DEL MUNICIPIO DE PRESTO, DEL DEPARTAMENTO DE CHUQUISACA, JULIO - SEPTIEMBRE DEL 2024

Prevalence Of Domestic Violence In Families Of Young Students From Third To Sixth Grade Of Secondary School Of The 14 De Enero School, In The Town Of Presto, Municipality Of Presto, Department Of Chuquisaca, July - September 2024

Autor:

1. Edwin Zuna Mita
 2. Cesar Oquendo Sandoval
 3. Ecos Arancibia Kevin Jhasmany
1. Interno de la facultad de medicina de la Universidad Mayor, Real y Pontificia de San Francisco Xavier de Chuquisaca (USFX)
 2. Interno de la facultad de medicina de la Universidad Mayor, Real y Pontificia de San Francisco Xavier de Chuquisaca (USFX)
 3. Médico Cirujano Titulado de la Universidad Mayor, Real y Pontificia de San Francisco Xavier de Chuquisaca (USFX), Investigador Adjunto Correo electrónico: kevinecos94@gmail.com

Recepción 20 de enero 2024
Aceptación 10 de marzo 2025

RESUMEN

PROBLEMA: ¿Cuál es la prevalencia de violencia intrafamiliar en familias de los jóvenes estudiantes de tercero a sexto de secundaria del Colegio 14 de Enero, de la Localidad de Presto, del Municipio de Presto, del Departamento de Chuquisaca, julio a septiembre del 2024?

OBJETIVO: Identificar la prevalencia de violencia intrafamiliar en familias de los jóvenes estudiantes de tercero a sexto de secundaria del Colegio 14 de Enero, de la Localidad de Presto. Cuantificar el número de adolescentes que sufren violencia intrafamiliar, el tipo de violencia, agresor y su denuncia; conocer las variables sociodemográficas; Determinar el número de casos de violencia conocidos por los jóvenes; Describir las acciones emprendidas para encontrar atención y solución de las víctimas; Identificar las alteraciones en el comportamiento social; Establecer las causas para que se produzcan violencia intrafamiliar.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES: De acuerdo al estudio realizado 29 de cada 100 estudiantes de tercero a sexto de secundaria en el Colegio 14 de Enero del Municipio de Presto afirman haber sufrido violencia intrafamiliar. Los tipos de violencia que más se producen son: Psicológica (66%), violencia física (40%) y violencia sexual (5%). Donde el principal agresor es la madre (34%). De los que sufren violencia intrafamiliar 16% realizaron la denuncia correspondiente y aquellos que no fue principalmente por motivos personales (37%) y por el miedo al agresor (28%), Las edades más frecuentes que son expuestas a la violencia son entre 15 a 16 años (54%), el sexo femenino es el que más sufre violencia intrafamiliar 60%, tercero de secundaria es el grado escolar más afectados por este tema. La principal solución es acudir a las autoridades correspondientes para realizar la denuncia (77%), al igual que el dialogo con el agresor (54%) o el hacer campañas de concientización (45%), un 16% de alumnos piensan que la violencia intrafamiliar se soluciona con más violencia, el 60% cree que el agresor nunca cambia y el 14% que cree que empujar, pellizcar o dar cachetadas es normal en una relación de pareja. Las conductas más frecuentes son: baja autoestima (38%), reducir la asistencia (29%) y tener un bajo rendimiento escolar (24%), relaciones violentas (21%) y la angustia (15%). Dentro las causas más frecuentes están: problemas económicos (46%), alcoholismo (37%), discusión de pareja (27%), celos (19%), otras causas (18,3%) y los problemas escolares (17%).

PALABRAS CLAVES: Violencia intrafamiliar; familia; estudiantes; adolescentes; denuncia.

ABSTRACT

PROBLEM: What is the prevalence of domestic violence in families of young students from third to sixth grade of high school of the 14 de Enero School in the Municipality of Presto, Department of Chuquisaca, from July to September 2024?

OBJECTIVE: To identify the prevalence of intra-family violence in families of young students from third to sixth grade of secondary school at the 14 de Enero School in the locality of Presto. To quantify the number of adolescents who suffer domestic violence, the type of violence, aggressor, and his denunciation; to know the sociodemographic variables; to determine the number of cases of violence known by the young people; to describe the actions taken to find attention and solution for the victims; to identify the alterations in the social behavior; to establish the causes for the occurrence of domestic violence.

RESULTS AND CONCLUSIONS: According to the study conducted 29 out of every 100 students from third to sixth grade of secondary school in the Colegio 14 de Enero in the Municipality of Presto claim to have suffered domestic violence. The types of violence that most occur are Psychological (66%), physical violence (40%), and sexual violence (5%). The main aggressor is the mother (34%). Of those who suffer domestic violence, 16% made the corresponding complaint and those who did not were mainly for personal reasons (37%) and fear of the aggressor (28%). The most frequent ages that are exposed to violence are between 15 to 16 years (54%), the female sex is the one that suffers the most domestic violence 60%, third grade is the school grade most affected by this issue. The main solution is to go to the corresponding authorities to file a complaint (77%), as well as to have a dialogue with the aggressor (54%) or to carry out awareness campaigns (45%), 16% of students think that domestic violence is solved with more violence, 60% believe that the aggressor never changes and 14% believe that pushing, pinching or slapping is normal in a couple's relationship. The most frequent behaviors are low self-esteem (38%), reduced attendance (29%), poor school performance (24%), violent relationships (21%), and anguish (15%). Among the most frequent causes are economic problems (46%), alcoholism (37%), marital disputes (27%), jealousy (19%), other causes (18.3%), and school problems (17%).

KEYWORDS: Domestic violence, family, students, adolescents, reporting.

INTRODUCCIÓN

La violencia intrafamiliar no respeta clases sociales, edad ni sexo, y afecta a todos los países del mundo y a millones de personas, sobre todo a mujeres y niñas, aunque nadie está exento de sufrirla. La violencia intrafamiliar, también nombrada como violencia familiar o violencia doméstica, puede incluir distintas formas de maltrato, desde intimidación hasta golpes pasando por el acoso o los insultos. El violento puede ejercer su accionar contra un solo integrante de la familia (como su pareja o su hijo) o comportarse de forma violenta con todos.

La violencia familiar en Bolivia es una realidad estructural donde entre los años de 2013 y 2023 se incrementó casi tres veces el valor inicial, según la base en datos de la Fiscalía General del Estado. Los datos develan un incremento de violencia contra mujeres, niñas, niños o adolescentes, ya que se puede evidenciar que en el año 2022 se reportaron 51.401 casos, mientras que en el 2023 la cifra cerró con 51.770, lo que significa que existe un incremento de 369 casos, de los cuáles el delito más denunciado a nivel nacional es Violencia Familiar o Doméstica.

De acuerdo a los datos registrados en el Ecosistema Justicia Libre del Ministerio Público a través de la Dirección de la Fiscalía Especializada en Delitos en Razón de Género y Juvenil en toda la gestión 2023, indica que se registraron 51.770 casos relacionados con delitos de la Ley N° 348 "Ley Integral para Garantizar a las Mujeres una Vida Libre de Violencia", la mayor incidencia continúa siendo el delito de Violencia Familiar o Doméstica con 39.096 casos, seguido del Abuso Sexual con 3.866, Violación 2.999, Violación de Infante, Niño, Niña o Adolescente 2.803, Estupro con 1.782 casos, Acoso Sexual 366, Substracción de un Menor o Incapaz 356, Violencia Económica 149, Aborto 127, Rapto 81, Aborto Forzado 51 y otros. Actualmente según denuncias públicas nacionales se conoce que el 99,3 % de los procesos por violencia intrafamiliar queda en la impunidad por rechazos, abandonos y sobreseimientos.

El Municipio de Presto forma parte de los 29 municipios del departamento de Chuquisaca y se ubica en la provincia de Zudáñez, junto con los municipios de Zudáñez e Icla, queda a 97 km al este de la ciudad de Sucre, capital del departamento de Chuquisaca. La población del Municipio alcanza los 9.982 habitantes.

MATERIAL Y METODOS

La investigación tuvo un enfoque cuantitativo de tipo transversal, descriptivo y observacional. El trabajo se basó en la prevalencia de violencia intrafamiliar en familias de los jóvenes estudiantes de tercero a sexto de secundaria del Colegio 14 de Enero, de la Localidad de Presto, del Municipio de Presto, del Departamento de Chuquisaca, julio a septiembre del 2024. En dicha investigación se trabaja con todo el universo de la población que consta de 131 estudiantes de secundaria. El instrumento es un formulario de encuesta que consta de 19 preguntas dividida en 5 secciones los cuales son: características sociodemográficas, preguntas dirigidas al problema de estudio, acciones emprendidas para atención y solución del problema, opiniones acerca del problema y causas para que se produzca violencia intrafamiliar. Así conteniendo los indicadores de las variables que permiten recolectar la información necesaria, para dar la respuesta al problema y objetivos.

RESULTADOS

Tabla 1: Distribución Por Edad

Edad	Frecuencia	Porcentaje
13 años	1	0,8%
14 años	19	14,5%
15 años	29	22,1%
16 años	43	32,8%
17 años	21	16,0%
18 años	13	9,9%
19 años	4	3,1%
21 años	1	0,8%
TOTAL	131	100%

Interpretación: Del total de población encuestada, el 86% son menores de edad entre 13 a 17 años, siendo un porcentaje alto la edad de 16 años, mientras que el 14% son mayores de edad entre los 18 a 21 años.

Tabla 2: Distribución por sexo

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	66	51%
Masculino	65	49%
Total	131	100%

Interpretación: De los estudiantes que participaron en la encuesta, se obtuvo que el 51% son personas de sexo femenino, mientras que el 49% son personas de sexo masculino.

Tabla 3: Distribucion si sa sufrieron violencia intrafamiliar

Violencia Intrafamiliar	Frecuencia	Porcentaje
No	93	71%
Si	38	29%
Total	131	100%

Interpretación: Del total de población encuestada, 38 alumnos que representa el 29%, indica haber sufrido Violencia Intrafamiliar y el resto 71% indicó que no sufrió Violencia.

Tabla 4: Distribución por tipo de Violencia Intrafamiliar que Sufrió.

Tipo de Violencia Intrafamiliar	Si		No		Total	
	N	%	N	%	N	%
Violencia Psicológica	25	66%	13	34%	38	100%
Violencia Física	15	39%	23	61%	38	100%
Violencia Sexual	2	5%	36	95%	38	100%

Interpretación: Del total de población encuestada que manifesto haber sufrido Violencia Intrafamiliar, según el tipo de violencia tomado en cuenta en la encuesta el 66% indica haber sufrido Violencia Psicológica, el 40% Violencia Física y el 5% Violencia Sexual

Tabla 5: Distribución de quien fue el agresor

Agresor	Si		No		Total	
	N	%	N	%	N	%
Madre	13	34%	25	66%	38	100%
Otros	12	32%	26	68%	38	100%
Padre	10	26%	28	74%	38	100%
Hermano (a)	8	21%	30	79%	38	100%
Tío (a)	2	5%	36	95%	38	100%
Pareja	2	5%	36	95%	38	100%

Interpretación: Del total de población encuestada que manifesto haber sufrido Violencia Intrafamiliar, el 34% indica que su agresor fue su madre, 32% otros en su entorno familiar, 26% fue su padre, 21% los hermanos y con un 5% sus tíos y su pareja con el mismo porcentaje ambos

Tabla 6: Frecuencia de la denuncia realizada en caso de haber sufrido violencia

Denuncia al agresor	Frecuencia	Porcentaje
No	32	84%
Si	6	16%
TOTAL	38	100,00%

Interpretación: Del total de población encuestada que manifesto haber sufrido Violencia Intrafamiliar, el 84% que no denunciaron a su agresor, mientras que solo el 13% indica que realizo la denuncia.

Tabla 7: Motivo por el que no se denunció la violencia intrafamiliar

Motivo por el que no denunció al agresor	Frecuencia	Porcentaje
Otros Motivos	12	38%
Las autoridades no hacen nada	11	34%
Miedo al agresor	9	28%
Total	32	100,00%

Interpretación: Del total de población encuestada que manifestó haber sufrido Violencia Intrafamiliar y no haber denunciado a su agresor, el 38% indica no haberlo por otras causas no mencionadas en la encuesta, mientras que el 34% indica que fue porque las autoridades no hacen nada al respecto y el 28% fue por miedo al agresor.

Tabla 8: Frecuencia de la elección de persona en quién buscaría ayuda en algún caso de violencia intrafamiliar

A Quién Buscaría en caso de Violencia Intrafamiliar	Frecuencia	Porcentaje
Otros	58	44%
Policía	55	42%
Profesor	18	14%
Medico	0	0%
Total	131	100%

Interpretación: Del total de población encuestada el 44% manifiesta que en caso de estar pasando por violencia intrafamiliar buscarían ayuda en su mayoría con un a otras autoridades u otras personas para denunciar el hecho, 42% acudiría a la policía, 14% acudiría a los profesores y en ninguna situación solicitarían ayuda al médico ante un acto de violencia

Tabla 9: Distribucion si se debe solucionar la violencia intrafamiliar de manera violenta

Solucionar la Violencia Intrafamiliar con violencia	Frecuencia	Porcentaje
No	110	84%
Si	21	16%
Total	131	100%

Interpretación: Del total de población encuestada, el 84% cree que la solución a la violencia intrafamiliar se debe solucionar de manera violenta, mientras que existe un 16% que manifiesta que sí se deben solucionar con más violencia.

Tabla 10: Distribucion de opinión sobre si el agresor violento puede cambiar

Existe cambio en las personas Violentas	Frecuencia	Porcentaje
No	78	60%
Si	53	40%
Total	131	100%

Interpretación: Del total de población encuestada, el 60% manifiesta que las personas violentas no mientras que el 40% manifiesta que las personas violentas tienen opción de pueden cambiar.

Tabla 11: Distribucion por creer que los empujones, los pellizcos o cachetadas son normales en una relación de pareja

Los Empujones, Pellizcos O Cachetadas Son Normales En Una Relación De Pareja	Frecuencia	Porcentaje
No	113	86%
Si	18	14%
Total	131	100%

Interpretación: Del total de población encuestada, el 86% manifiesta que los empujones, pellizcos o cachetadas no son normales en una relación, mientras que existe un 14% que manifiesta que estas conductas sí son normales.

Tabla 12: Distribución conductas que cree que desarrolla en el colegio la persona que sufre violencia intrafamiliar

Conductas que se desarrollan a causa de la violencia intrafamiliar	Si		No		Total	
	N	%	N	%	N	%
Baja Autoestima	50	38%	81	62%	131	100%
Reduce su Asistencia a Clases	38	29%	93	71%	131	100%
Bajo rendimiento escolar	32	24%	99	76%	131	100%
Relaciones Violentas	28	21%	103	79%	131	100%
Angustia	20	15%	111	85%	131	100%

Interpretación: Del total de población encuestada, el 38% manifiesta que un estudiante que sufre de violencia intrafamiliar desarrolla una baja autoestima, el 29% manifiesta que en este grupo se reduce su asistencia a clases, el 24% manifiesta que los estudiantes expuestos tienen bajo rendimiento escolar, el 21% indican que las personas que llegan a sufrir violencia intrafamiliar pueden desarrollar reacciones violentas,

y el 15% coincide que las personas expuestas desarrollan angustia.

Tabla 13: Distribución razón por la se produce la violencia intrafamiliar

Razón Por La Que Se Produce Violencia Intrafamiliar	Si		No		Total	
	N	%	N	%	N	%
Problemas Económicos	60	46%	71	54%	131	100%
Alcoholismo	49	37%	82	63%	131	100%
Discusión De Pareja	35	27%	96	73%	131	100%
Celos	25	19%	106	81%	131	100%
Otras Causas	24	18%	107	82%	131	100%
Problemas Escolares	22	17%	109	83%	131	100%

Interpretación: Del total de población encuestada, el 46% manifiesta que los problemas económicos son la principal causa por la que se produce este hecho, el 37% indica como una razón al alcoholismo, el 27% indica que se debe a las discusiones de pareja y alrededor del 17% indican como razones a los problemas escolares. Mientras 19% a otras causas no mencionadas por los alumnos.

RESULTADO Y CONCLUSIONES: De acuerdo a los resultados obtenidos se evidencia que 29 de cada 100 estudiantes sufrieron violencia intrafamiliar que equivale 29%.

Según las características sociodemográficas el 86,2% de los estudiantes son menores de edad, siendo los alumnos de 16 años en mayor promedio equivalentes al 32,08%. De esta distribución se obtuvo que las edades de 15 a 16 años son en porcentaje las más expuestas a la violencia (54%). El sexo femenino fue el predominante entre el total de estudiantes

El total de alumnos que afirmaron que sufrieron violencia intrafamiliar es del 38% de este mismo grupo la mayoría indica que el 66% sufrió de violencia psicológica, 34% indica que el agresor es la madre, la gran mayoría siendo el 84% no denunciaron a su agresor y dentro de este grupo el 38% indicaron otros motivos. Además, casi la mitad de los estudiantes indican que en caso de estar pasando por violencia intrafamiliar

buscaría a otros en un 44% seguido de la policía un 42.

La mayoría de los estudiantes equivalente al 84% piensan que estos problemas no se deben solucionar de manera violenta, el 60% opina que el agresor violento no puede cambiar, una minoría equivalente al 14% consideran que los empujones, pellizcos o cachetadas son conductas normales en una relación de pareja. Así mismo, los estudiantes indican en un 38% que la baja autoestima y reducir la asistencia a clases equivalente al 29% son las conductas más comunes que desarrollan en el colegio aquellas personas que sufren violencia intrafamiliar. Considerando las causas para que se produzcan violencia intrafamiliar, entre las opiniones de los estudiantes resaltan como más comunes las siguientes causas: problemas económicos en un 46%, alcoholismo equivalente al 37%, discusiones de pareja siendo el 27% y debido a celos el 19%.

BIBLIOGRAFIA:

1. Mayor Walton S, Salazar Pérez CA, Mayor Walton S, Salazar Pérez CA. La violencia intrafamiliar. Un problema de salud actual. Gac Médica Espirituana. Disponible: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-89212019000100096
2. Porto JP, Merino M. Violencia intrafamiliar [Internet]. Definición.de. Disponible en: <https://definicion.de/violencia-intrafamiliar/>
3. MINISTERIO PÚBLICO REGISTRÓ 51.770 CASOS DE DELITOS EN RAZÓN DE GÉNERO EN LA GESTIÓN 2023, LA MAYORÍA EN VIOLENCIA FAMILIAR O DOMÉSTICA [Internet]. Disponible en: <https://www.fiscalia.gob.bo/noticia/ministerio-publico-registro-51770-casos-de-delitos-en-razon-de-genero-en-la-gestion-2023-la-mayoria-en-violencia-familiar-o-domestica>
4. Analizar la violencia doméstica en el mundo: el costo de no hacer nada | Naciones Unidas [Internet]. Disponible en: <https://www.un.org/es/impacto-acad%C3%A9mico/analizar-la-violencia-dom%C3%A9stica-en-el-mundo-el-costo-de-no-hacer-nada>
5. Illanes Quispe ML. Violencia intrafamiliar y autoconcepto académico en estudiantes del nivel secundario de la provincia de Irupana, La Paz – Bolivia, 2020.; Disponible en: <http://repositorio.upeu.edu.pe/handle/20.500.12840/4635>

6. Hernández M, Falcato MA, Angulo LL, Cabrera Y, Urquiola YC. Violencia intrafamiliar directa percibida por adolescentes. Finlay [Internet]. 2019. Disponible en: <https://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/669>
7. Departamento de Chuquisaca [Internet]. Embajada de Bolivia en Canadá. Disponible en: <https://bolivianembassy.ca/bolivia/el-pais/departamentos/departamento-de-chuquisaca/>
8. Municipio Presto – CESATCH [Internet]. Disponible en: https://www.cesatch.org/?page_id=34

ANEXOS

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LA ENCUESTA.

1. ¿Cuántos años cumplidos tiene? 	2. ¿Qué sexo o género es? <input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Femenino	3. ¿Cuál es su procedencia? <input type="checkbox"/> Presto <input type="checkbox"/> San José de toca <input type="checkbox"/> Rosas Pampa <input type="checkbox"/> Motaya <input type="checkbox"/> Otros	4. ¿En qué grado de colegiatura se encuentra?
---	---	---	---

PREGUNTAS DIRIGIDAS AL PROBLEMA EN ESTUDIO.

5. ¿Ha sufrido usted de violencia intrafamiliar?

Si No

Si su respuesta es (No) pase a la pregunta número 10

6. En caso de haber respondido (Si) a la pregunta 5, ¿qué tipo de violencia familiar sufrió?

Física

Sexual

Psicológica

7. ¿Quién fue el agresor?

Padre

Madre

Hermano (a)

Tío (a)

Pareja (en caso si usted tenga)

Otros

8. En caso de haber sufrido violencia intrafamiliar, ¿alguien de su familia ha denunciado al agresor?

Si No

9. Si su respuesta es (No), ¿por qué cree usted que no se denunció?

Miedo al agresor

Autoridades no hacen nada al respecto

Otros

10. ¿conoce usted algún compañero de curso que haya sufrido violencia en su familia?

Si No

11. Si su respuesta a la pregunta 10 es SI ¿Qué tipo de violencia sufrió su compañero?

Física

Sexual

Psicológica

ACCIONES EMPRENDIDAS PARA ATENCIÓN Y SOLUCIÓN DEL PROBLEMA.

12. ¿Se debe acudir a las autoridades en casos de violencia intrafamiliar?

Si No

13. ¿En quién buscaría ayuda si usted pasara por violencia intrafamiliar?

Policía

Profesor

Médico

Otros

14. De las siguientes alternativas, ¿cuál cree usted que es una posible solución a este problema?

Dialogo con el agresor

Denunciar este problema con las autoridades

Hacer campañas de concientización

Todas las anteriores

OPINIONES ACERCA DEL PROBLEMA.

15. ¿Se debe solucionar los problemas de manera violenta?

Si No

16. ¿Los violentos pueden cambiar?

Si No

17. ¿Cree usted que los empujones, los pellizcos o cachetadas son normales en una relación de pareja?

Si No

18. De la persona que sufre violencia intrafamiliar. ¿Cuál de estas conductas cree usted que desarrolla en el colegio?

Reacciones violentas

Angustia

Baja autoestima

Bajo rendimiento escolar

Reduce su asistencia a clases

CAUSAS PARA QUE SE PRODUZCA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR.

19. ¿Por qué cree usted que se produce la violencia intrafamiliar?

Problemas económicos

Discusión de pareja

Problemas escolares

Celos

Alcoholismo

Otros ¿cuál?

.....

.....

.....

PERFIL INFECTOLOGICO DE LOS PACIENTES CON SEPSIS EN LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO “SAN FRANCISCO XAVIER” DE LA CIUDAD DE SUCRE. 2019 - 2022

Infectious Profile Of Patients With Sepsis In The Intensive Care Unit Of The “San Francisco Xavier” University Hospital In The City Of Sucre. 2019 - 2022

Autor:

1. Reynolds Pozo Carlos Melanio
Médico Especialista en Medicina Interna
Hospital de Tercer Nivel de Chuquisaca, Sucre – Bolivia.
Correo electrónico: cmreynoldspozo@gmail.com
2. Arancibia Andrade Boris
Docente de Semiología Facultad de Medicina, Universidad San Francisco Xavier. Médico Especialista en Medicina Interna Hospital Santa Bárbara, Sucre – Bolivia.
Correo electrónico: aranbori@gmail.com
3. Diaz Nogales Jorge Ramiro
Docente de Cirugía II Facultad de Medicina, Universidad San Francisco Xavier, Cirujano de Emergencias Hospital Santa Bárbara, Sucre – Bolivia
Correo electrónico: rd560534@gmail.com
4. Yañez Sasamoto Rosa Katerine
Médico Especialista en Gastroenterología. Instituto de Gastroenterología Boliviano Japonés, Sucre – Bolivia
Correo electrónico: katycat84@hotmail.com

Recepción 20 de enero 2024
Aceptación 10 de marzo 2025

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: La sepsis es una de las principales causas de ingreso y mortalidad en Unidades de Terapia Intensiva (UTI) a nivel global, presentando particularmente alta morbimortalidad cuando se asocia a microorganismos multirresistentes [1–3]. En Bolivia, la disponibilidad de datos locales sobre sepsis y resistencia antimicrobiana es limitada, dificultando la elaboración de guías de manejo basadas en evidencia [4,9]. **OBJETIVO:** Describir el perfil infectológico de pacientes mayores de 18 años con sepsis en la UTI del Hospital Universitario “San Francisco Xavier” (Sucre, Bolivia) entre 2019–2022, y analizar la relación entre mortalidad y mecanismos de resistencia antimicrobiana (BLEE, carbapenemasas, resistencia a meticilina y vancomicina). **MÉTODOS:** Se realizó un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo, con un componente analítico de casos y controles para la asociación entre mortalidad y resistencia antimicrobiana. Se incluyeron 207 historias clínicas de pacientes sépticos (clínica o microbiológicamente confirmada). Se recolectaron datos sociodemográficos, focos de infección, microorganismos aislados, patrones de resistencia antimicrobiana y condición de alta (vivo/fallecido). Se calcularon frecuencias, porcentajes y odds ratio (OR) con intervalo de confianza al 95% (IC95%), asumiendo $p < 0,05$ como significativo. **RESULTADOS:** Predominó el sexo femenino (56,04%), con 53,14% de pacientes >65 años. La letalidad global fue de 47,82%. Los focos principales fueron renal–uroológico (29,95%), respiratorio (16,90%) y gastroenterológico (16,42%). El 42,57% de los casos se clasificó como nosocomial. *Escherichia coli* (35,74%), *Staphylococcus aureus* (18,84%) y *Pseudomonas aeruginosa* (12,07%) lideraron las etiologías. Entre los gram negativos, 45,41% presentaron BLEE y 8,69% carbapenemasas. Hubo asociación significativa entre mortalidad y presencia de BLEE (OR=7,79; $p=0,00001$) y carbapenemasas (OR=11,13; $p=0,000128$). **CONCLUSIONES:** La sepsis en la UTI analizada afecta principalmente a adultos mayores, presentando alta prevalencia de patógenos gram negativos con altos índices de resistencia (BLEE, carbapenemasas), lo cual se asoció con mayor letalidad. Estos hallazgos enfatizan la importancia de protocolos de control de infecciones y optimización del uso de antimicrobianos, alineados a las estrategias globales para disminuir la carga de sepsis [5,8,10].

PALABRAS CLAVE: Sepsis, infectología, terapia intensiva, resistencia antimicrobiana, Sucre, Bolivia

ABSTRACT

INTRODUCTION: Sepsis is one of the main causes of admission and mortality in Intensive Care Units (ICUs) worldwide, with particularly high morbidity and mortality when associated with multidrug-resistant microorganisms [1–3]. In Bolivia, the availability of local data on sepsis and antimicrobial resistance is limited, hindering the development of evidence-based management guidelines [4,9]. **OBJECTIVE:** To describe the infectious profile of patients over 18 years of age with sepsis in the ICU of Hospital Universitario “San Francisco Xavier” (Sucre, Bolivia) between 2019–2022, and to analyze the relationship between mortality and antimicrobial resistance mechanisms (ESBL, carbapenemases, and resistance to methicillin and vancomycin). **METHODS:** An observational, descriptive, and retrospective study was conducted, with an analytical case-control component for the association between mortality and antimicrobial resistance. We included 207 medical records of septic patients (clinically or microbiologically confirmed). Sociodemographic data, sites of infection, isolated microorganisms, antimicrobial resistance patterns, and discharge status (survived/deceased) were collected. Frequencies, percentages, and odds ratios (OR) with a 95% confidence interval (95% CI) were calculated, considering $p < 0.05$ as significant. **RESULTS:** Female sex predominated (56.04%), with 53.14% of patients older than 65 years. Overall lethality was 47.82%. The main infection sites were renal–urological (29.95%), respiratory (16.90%), and gastrointestinal (16.42%). A total of 42.57% of cases were classified as nosocomial. *Escherichia coli* (35.74%), *Staphylococcus aureus* (18.84%), and *Pseudomonas aeruginosa* (12.07%) were the leading etiologies. Among Gram-negative bacteria, 45.41% presented ESBL and 8.69% carbapenemases. There was a significant association between mortality and the presence of ESBL (OR=7.79; $p=0.00001$) and carbapenemases (OR=11.13; $p=0.000128$). **CONCLUSIONS:** Sepsis in the analyzed ICU predominantly affects older adults and shows a high prevalence of Gram-negative pathogens with high resistance rates (ESBL, carbapenemases), which was associated with higher lethality. These findings underscore the importance of infection control protocols and the optimization of antimicrobial use, aligned with global strategies to reduce the burden of sepsis [5,8,10].

KEYWORDS: Sepsis, infectious diseases, intensive care, antimicrobial resistance, Sucre, Bolivia.

INTRODUCCIÓN

La sepsis, definida como la respuesta sistémica desregulada a una infección que puede llevar a disfunción orgánica y muerte, continúa siendo un problema prioritario en salud pública [1,2]. Estudios recientes indican que la tasa de mortalidad en Unidades de Terapia Intensiva (UTI) puede oscilar entre el 30 y el 60%, con variaciones regionales importantes [3]. En América Latina, la falta de datos epidemiológicos sólidos y la alta prevalencia de resistencia antimicrobiana (RAM) dificultan el control eficiente de la sepsis [4,9]. Organismos internacionales han lanzado iniciativas globales para disminuir la carga de la sepsis y mejorar la calidad de la atención, impulsando un abordaje multidisciplinario y el fortalecimiento de la vigilancia de la RAM [5,8,10]. En Bolivia, pese a los esfuerzos locales, se carece de información consolidada sobre la epidemiología de la sepsis y los mecanismos de resistencia predominantes, especialmente en contextos como el Hospital Universitario “San Francisco Xavier”, principal referente de la ciudad de Sucre. El presente estudio describe el perfil infectológico de los pacientes con sepsis internados en dicha UTI, investigando los patrones de resistencia y su asociación con la mortalidad, con el fin de proporcionar evidencia local que oriente la toma de decisiones clínicas y el diseño de estrategias de prevención y control.

MATERIAL Y METODOS

Diseño del estudio: Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo. Asimismo, se realizó un análisis tipo casos y controles para evaluar la relación entre mortalidad y la resistencia antimicrobiana (BLEE, carbapenemasas, resistencia a meticilina y vancomicina) [6,7]. **Ámbito y población.** **Ámbito:** Unidad de Terapia Intensiva (UTI) del Hospital Universitario “San Francisco Xavier”, Sucre (Bolivia). **Población:** Pacientes ≥ 18 años con diagnóstico de sepsis (clínico y/o microbiológico), ingresados entre enero de 2019 y diciembre de 2022. **Criterios de inclusión y exclusión:** **Inclusión:** historias clínicas completas, egreso por alta o defunción dentro de la misma UTI. **Exclusión:** infecciones virales, micóticas o parasitarias como agente primario; traslado a otra UTI; historias clínicas incompletas o inaccesibles [2]. Tras aplicar los criterios, se incluyeron 207 historias clínicas. **Variables:** Sociodemográficas: edad, sexo, nivel de instrucción. Focos de infección: respiratorio, renal-urológico, gastroenterológico, piel/partes

blandas, endovascular, ginecológico, neurológico y osteoarticular. Origen (nosocomial vs. comunitario): IAAS si ≥ 48 h de hospitalización [9]. Microorganismos aislados: identificación por antibiograma. Resistencia antimicrobiana: detección de BLEE, carbapenemasas, meticilino-resistencia (RM) o vancomicina-resistencia (RV). Condición de alta: vivo vs. fallecido [1,5]. **Procedimientos:** Se revisaron libros de internación y expedientes clínicos, registrando la información en una base de datos (Microsoft Excel). Se calculó la frecuencia absoluta (n), porcentual (%) y la asociación estadística (OR, IC95%). Un valor $p < 0,05$ se consideró significativo [3]. **Ética:** El protocolo fue aprobado por la jefatura de docencia e investigación del hospital, garantizándose la confidencialidad de datos y la omisión de información identificable. Se siguieron los lineamientos de la Declaración de Helsinki [8].

RESULTADOS

Tabla 1. Características Sociodemográficas y Condición de Alta

VARIABLE	CATEGORIA	N	%
SEXO	FEMENINO	116	56,04
	MASCULINO	91	43,96
EDAD (AÑOS)	18-47	42	20,29
	48-57	28	13,53
	58-65	27	13,04
	>65	110	53,14
NIVEL DE INSTRUCCION	PRIMARIA	116	56,03
	SECUNDARIA	47	22,71
	SUPERIOR	30	14,49
	NINGUNA	14	6,77
CONDICION DE ALTA	VIVO	108	52,17
	FALLECIDO	99	47,82
TOTAL		207	100,0

Fuente: Elaboración propia

Interpretación: Predomina la población de mayor edad (>65 años) y el sexo femenino. Casi la mitad de los pacientes con sepsis en UTI fallece, reflejando la alta gravedad de esta condición.

Tabla 2. Distribucion de Los Focos Infecciosos

FOCO	N	%
RENAL – UROLÓGICO	62	29,95
RESPIRATORIO	35	16,90
GASTROENTEROLÓGICO	34	16,42
PIEL Y PARTES BLANDAS	33	15,94
ENDOVASCULAR	31	14,97
GINECOLÓGICO	7	3,38
NEUROLÓGICO	2	0,96
OSTEOARTICULAR	3	1,44
TOTAL	207	100,0

Fuente: Elaboración propia

Interpretación: El foco renal–urológico y el respiratorio destacan como los de mayor prevalencia, seguidos por el gastrointestinal.

Tabla 3. Distribucion de los Focos Infecciosos

MICROORGANISMO	N	%
ESCHERICHIA COLI	74	35,74
STAPHYLOCOCCUS AUREUS	39	18,84
PSEUDOMONAS AERUGINOSA	25	12,07
KLEBSIELLA PNEUMONIAE	20	9,66
ACINETOBACTER SPP.	15	7,24
STAPHYLOCOCCUS COAGULASA NEGATIVA	13	6,28
ENTEROCOCCUS FAECALIS	7	3,38
OTROS (<2%)	14	6,79
TOTAL	207	100,0

Fuente: Elaboración propia

Interpretación: Se evidenció un predominio de bacterias gram negativas. *E. coli* fue el principal patógeno aislado (35,74%), seguido de *S. aureus* (18,84%) y *P. aeruginosa* (12,07%).

Tabla 4. Distribucion de Antibioticoterapia Empirica

MICROORGANISMO	N	%
PENICILINA G BENZATINICA	9	3,14 %
CEFAZOLINA	2	0,69 %
CEFTAZIDIMA	18	6,29 %
CEFTRIAXONA	43	15,03 %
CEFIXIMA	14	4,89 %
AMOXICILIAN + A/C	23	8,04 %

AMOXICILINA + SULBACTAM	25	8,74 %
AMOXICILINA	8	2,79 %
CIPROFLOXACINA	37	12,93 %
LEVOFLOXACINA	39	13,63 %
NORFLOXACINA	6	2,09 %
AZITROCIMINA	4	1,39 %
CLARITROMICINA	4	1,39 %
AMIKACINA	19	6,64 %
PIPERACILINA + TAZOVACTAM	2	0,69 %
IMIPENEM	2	0,69 %
SULFAMETOXAZOL + TRIMETRO-PRIMA	27	9,44 %
VANCOMICINA	4	1,39 %
TOTAL	286	100%

Fuente: Elaboración propia

Interpretación: En el tratamiento empírico destacan los siguientes antibióticos: ceftriaxona con un 15,03%, levofloxacina con 13,63%, ciprofloxacina con un 12,93%, sulfametoxazol + trimetoprima con un 9,44% y finalmente amikacina con un 6,64%. Con lo previo se puede denotar un elevado uso de cefalosporinas de 3° generación y quinolonas, ambas tendrían relación con la elevada tasa de resistencia a los mismos

Tabla 5. Asociacion entre Mortalidad y Mecanismo de Resistencia Antimicrobiana

		FALLECIDOS	VIVOS	TOTAL	OR	IC	P
BLEE	N°	57	17	74	7.79	4.04-15.02	0.00001
NO BLEE	N°	40	93	133			
Total				207			
PC	N°	16	2	18	11.13	2.49-49.83	0.000128
NO PC	N°	79	110	189			
Total				207			
RM	N°	13	14	27	1.06	0.47-2.38	0.8856
NO RM	N°	84	96	180			
Total				207			
RV	N°	3	0	3	8.18	0.41-160.49	0.1662
NO RV	N°	94	110	204			
Total				207			

Fuente: Elaboración propia

Interpretación: Se identificó asociación entre los microorganismos con patrón de resistencia BLEE (betalactamasas de espectro extendido) con mortalidad con un OR: 7.79 (IC: 95%: 4,04 – 15,02; P= 0,00001) teniendo 7,79 más veces de fallecer que los que no tienen dicho patrón. Por otro lado se identificó una asociación entre los microorganismos con patrón de resistencia PC (productor de carbapenemasas) con la mortalidad con un OR: 11.13 (IC: 95%: 2,49 - 49,83; P=0,000128) teniendo 11,13 más veces de fallecer que los que no tienen mencionado patrón. Los patrones de resistencia a la metilina (RM) y resistencia a la vancomicina (RV) fueron sometidos pruebas estadísticas donde no tuvieron significación estadística.

DISCUSIÓN

La mediana de edad por encima de 65 años concuerda con reportes previos que señalan a los adultos mayores como población más vulnerable a la sepsis [1,2]. La mortalidad global (47,82%) se ubica en el rango superior a lo descrito en ciertos entornos con mejor control de infecciones y mayor disponibilidad de antimicrobianos, subrayando la magnitud del problema [3,5]. Destaca el predominio de *E. coli* y *P. aeruginosa* como agentes principales, lo cual coincide con otros estudios latinoamericanos donde los gram negativos constituyen la principal etiología de sepsis hospitalaria [4,6]. El alto uso de ceftriaxona y fluoroquinolonas como terapia empírica inicial es consistente con guías regionales, pero a la vez contribuye a la selección de cepas BLEE y carbapenemasas [5,9]. La demostración de asociación significativa entre mortalidad y BLEE (OR=7,79) y carbapenemasas (OR=11,13) refuerza hallazgos de investigaciones internacionales que muestran la severa limitación terapéutica impuesta por estos mecanismos de resistencia, incrementando el riesgo de fallecimiento [7,8]. La menor relevancia estadística de la resistencia a metilina o vancomicina en esta cohorte no disminuye la importancia clínica de estos gérmenes, sino que refleja la predominancia de bacilos gram negativos en la casuística. Investigaciones futuras podrían incluir métodos prospectivos y caracterizaciones fenotípicas más detalladas para afinar el conocimiento sobre la sepsis en este entorno [2,5,10].

CONCLUSIONES

La sepsis en la UTI del Hospital Universitario “San Francisco Xavier” afecta mayoritariamente a adultos mayores, con casi la mitad de fallecimientos.

El foco renal–urológico predomina, seguido de los focos respiratorio y gastrointestinal. *E. coli* es el patógeno más frecuente, con una proporción significativa de resistencia antibiótica.

Se observan altos porcentajes de BLEE (45,41%) y carbapenemasas (8,69%), asociados de forma estadísticamente significativa con mortalidad, lo que evidencia la urgencia de reforzar el control de infecciones y la optimización de la terapia antimicrobiana.

Esta experiencia local se alinea con la necesidad, a nivel global, de implementar políticas de vigilancia, prevención y manejo de sepsis basadas en la epidemiología local y los patrones de resistencia [5,8,10].

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Vincent JL, Sakr Y, Singer M, et al. Prevalence and outcomes of infection among patients in intensive care units in 2017. *JAMA*. 2020;323(15):1478-87. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7093816/>
2. Falasca K, Vetrugno L, Borrelli P, Di Nicola M, Ucciferri C, Gambi A, et al. Antimicrobial resistance in intensive care patients hospitalized with sepsis: a comparison between the COVID-19 pandemic and pre-pandemic era. *Front Med (Lausanne)*. 2024;11:1355144. Disponible en: <https://doi.org/10.3389/fmed.2024.1355144>
3. Kumar NR, Balraj TA, Kempegowda SN, Prashant A. Multidrug-Resistant Sepsis: A Critical Healthcare Challenge. *Antibiotics (Basel)*. 2024;13(1):46. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/antibiotics13010046>
4. La Via L, Sangiorgio G, Stefani S, Marino A, Nunnari G, Cocuzza S, et al. The Global Burden of Sepsis and Septic Shock. *Epidemiologia*. 2024;5(3):456-78. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/epidemiologia5030032>
5. Martin-Loeches I, Diaz E, Valles J. Risks for multidrug-resistant pathogens in the ICU. *Curr Opin Crit Care*. 2022;28(5):510-7. Disponible en: https://journals.lww.com/co-criticalcare/fulltext/2022/10000/risks_for_multidrug_resistant_pathogens_in_the_icu.8.aspx

6. Gautam G, Satija S, Kaur R, Kumar A, Sharma D, Dhakad MS. Insight into the Burden of Antimicrobial Resistance among Bacterial Pathogens Isolated from Patients Admitted in ICUs of a Tertiary Care Hospital in India. *Can J Infect Dis Med Microbiol.* 2024;2024:7403044. Disponible en: <https://doi.org/10.1155/2024/7403044>
7. Patiño CA, Loaiza LA, González L. Estrategias de rehabilitación temprana en accidente cerebrovascular: una revisión sistemática. *Neurol Colomb.* 2023;39(2):81-90. Disponible en: <https://neurologiacolombiana.org.co/index.php/rcn/article/view/523>
8. World Health Organization. Global report on the epidemiology and burden of sepsis: current evidence, identifying gaps and future directions. Ginebra; 2020. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240010789>
9. Instituto Latinoamericano de Sepsis (ILAS). Situación de la sepsis en América Latina 2021. São Paulo; 2021. Disponible en: <https://www.ilas.org.br/documentos/relatorios/situacion-sepsis-2021.pdf>
10. Pan American Health Organization (PAHO). La carga del accidente cerebrovascular y la sepsis en América Latina: informe 2022. Washington (DC); 2022. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52038>

SÍNDROME DEPRESIVO

Depressive syndrome

Autores:

1. López Paravicini María Eugenia
 2. Gómez Montalvo Lupe Isnelda
 3. Serrudo Loayza Gabriela
-
1. Médico Especialista en Psiquiatría; Docente Facultad de Medicina USFX
Correo electrónico: mauge293@hotmail.com
 2. Médico Especialista Internista y Médico Psiquiatra; Médico del Seguro Social Universitario de Sucre; Docente Facultad de Medicina USFX
Correo electrónico: draisne@hotmail.com
 3. Médico Especialista en Psiquiatría; Docente Facultad de Medicina USFX
Correo electrónico: gabrielaserrudo200@gmail.com

RESUMEN

La depresión es una enfermedad devastadora que afecta al ser humano de manera integral, abarcando tanto el aspecto físico como el emocional. El dolor emocional asociado a la depresión suele considerarse más intenso que el dolor físico, aunque su aparición es mucho más gradual.

Muchas personas experimentan numerosos síntomas de depresión sin ser conscientes de ello. En ocasiones, asumen que solo enfrentan problemas físicos, sin reconocer que padecen depresión, o bien, evitan admitirlo. Además, en el ámbito profesional, diagnosticar y diferenciar la depresión clínica de los estados de ánimo transitorios o cotidianos representa un desafío significativo. Esta dificultad subraya la importancia de contar con una base sólida en la clínica de la depresión.

Se estima que incluso en países de altos ingresos, cerca del 50% de quienes padecen depresión no son identificados. La detección temprana es esencial, ya que permite un tratamiento más efectivo, reduciendo el riesgo de discapacidad o incluso de muerte por suicidio. En este contexto, utilizar el conocimiento disponible puede marcar una diferencia significativa.

El objetivo de esta revisión bibliográfica es describir el Síndrome Depresivo desde la psicopatología, abordando sus síntomas afectivos, conductuales, cognitivos, somáticos e interpersonales.

PALABRA CLAVE: Síndrome depresivo

SUMMARY

Depression is a devastating illness that affects the human being as a whole, encompassing both physical and emotional aspects. The emotional pain associated with depression is often considered more intense than physical pain, although its onset is much more gradual.

Many people experience numerous symptoms of depression without realizing it. At times, they assume they are only dealing with physical health issues, failing to recognize they are suffering from depression or avoiding admitting it. Additionally, in the professional realm, diagnosing and differentiating clinical depression from transient or everyday depressive moods presents a significant challenge. This difficulty underscores the importance of having a solid foundation in the study of depression.

It is estimated that even in high-income countries, nearly 50% of those suffering from depression go unidentified. Early detection is crucial as it allows for more effective treatment, reducing the risk of disability or even death by suicide. In this context, leveraging the knowledge currently available can make a significant difference.

The objective of this bibliographic review is to describe the Depressive Syndrome from a psychopathological perspective, addressing its affective, behavioral, cognitive, somatic, and interpersonal symptoms.

KEYWORD: Depressive syndrome

ANTECEDENTES

La depresión es tan antigua como la humanidad y ha sido un tema de bastante preocupación a lo largo de la historia del hombre. Existen muchísimos escritos científicos, poetas que en sus obras escribieron sobre el tema de la depresión:

Hipócrates describe los trastornos del afecto como de causa natural. Las emociones (los temperamentos) se basaban en el equilibrio de los cuatro humores básicos. La melancolía (depresión) indicaba un aumento de la bilis negra y se describía como: “un estado de aversión a la comida, desaliento, somnolencia, irritabilidad, inquietud”, para el cual el tratamiento se hacía con purgas. (1)

El término melancolía ha sido empleado desde Hipócrates con muy diversos sentidos. Hasta Esquirol, es decir hasta los inicios del siglo XIX, se denominaban melancólicos a un gran número de enfermos de todo tipo. De un modo más particular, desde el renacimiento, la melancolía designaba una especie de “locura parcial” que se oponía a los trastornos de la inteligencia, pero no implicaba forzosamente la tristeza”. (2)

Jackson, en 1985, menciona las denominaciones que recibió este estado de abatimiento e infelicidad: “Aunque el término melancolía era la etiqueta diagnóstica más usada, la palabra “depresión” se comienza a utilizar con frecuencia durante el siglo XIX, y ya a principios del siglo XX se emplea como término diagnóstico con bastante asiduidad”. (3)

Kraepelin en su manual de psiquiatría (1986) realizó una diferenciación entre la demencia precoz (esquizofrenia) y la enfermedad maniaco-depresiva (que incluía todos los casos de excesos en la afectividad), considerando a esta última menos grave y de curso menos crónico en relación a la primera. (1)

MARCO TEÓRICO Y CONCEPTUAL

Concepto de Depresión

Al referirse a la depresión en general, se está haciendo referencia a un estado de abatimiento del humor, de decaimiento del ánimo y de la voluntad. (4)

La depresión (del latín depressus, “abatido”, “derribado”) es un estado de abatimiento e infelicidad, que puede ser transitorio o permanente. En general el paciente se ve y los demás lo ven como derribado, debilitado en su potencialidad y en la base de sustentación afectiva; desplaza su eje de acción usual, está desganado y con baja energía”. (1)

La Tristeza Patológica

No es tan fácil diferenciar la tristeza patológica o depresión clínica de la tristeza normal, ya que ambas situaciones son parecidas y solamente varían en función de la intensidad. La tristeza patológica es una variante anormal del estado de ánimo en la que el individuo se siente especialmente apenado, triste y afligido. La tristeza es un fenómeno afectivo normal, que surge en el individuo en sus relaciones con el medio, aunque puede también estar vehiculada por factores orgánicos. (5)

El Síndrome Depresivo

Entre los síntomas que forman parte del síndrome depresivo tenemos los afectivos, motivacionales o conductuales, cognitivos, físicos e interpersonales.

Síntomas afectivos

En cuanto a los síntomas afectivos del síndrome depresivo, el más característico es la apariencia triste que se manifiesta en aproximadamente la mitad de los pacientes, pero algunas personas pueden manifestar irritabilidad, además de ansiedad.

En cuanto al estado de ánimo, el síntoma afectivo más llamativo de la depresión es el estado de ánimo deprimido, con sentimientos de tristeza, y un duelo excesivo y prolongado. Los sentimientos de minusvalía y de haber perdido el gozo de vivir son comunes. Llorar de forma incontrolable puede ser una reacción general a la frustración o al enojo. Esta forma de llorar no parece estar directamente correlacionada con una situación específica. (6)

Whybrow et al., en 1984, señalan que, aunque los sentimientos de tristeza, abatimiento, pesadumbre o infelicidad, son los más habituales, a veces el estado de ánimo predominante es de irritabilidad, hostilidad, ansiedad, sensación de vacío o nerviosismo que son secundarios al estado de ánimo fundamental (tristeza). (3)

La ansiedad es una acompañante habitual de la depresión, es decir los pacientes depresivos son proclives a la ansiedad. Entonces, en la depresión pueden existir síntomas ansiosos o coexistir tanto la depresión como la ansiedad. Breslaw, Shultz y Peterson, en 1995, señalan que estudios epidemiológicos más recientes han confirmado que la depresión mayor casi siempre sigue a la ansiedad y puede ser una consecuencia de ella. (7)

Síntomas motivacionales y conductuales

Es frecuente que las personas con depresión no se sientan motivadas y presenten anhedonia, además de alteraciones psicomotoras.

Las personas deprimidas con frecuencia muestran poca motivación y exhiben anhedonia, una pérdida en la capacidad de obtener placer de las experiencias normalmente placenteras. Otros síntomas incluyen la vestimenta sucia o descuidada, el cabello desarreglado y la falta de preocupación por la limpieza personal. (6)

Las alteraciones psicomotoras pueden ir desde la inhibición hasta la agitación severa. El retraso psicomotor generalizado es el síntoma más frecuente de la depresión, aunque también se observa agitación psicomotora, especialmente en pacientes mayores. Retorcerse las manos y tirarse del pelo son los síntomas más frecuentes de agitación. Clásicamente, un paciente deprimido tiene una postura encorvada, sin movimientos espontáneos y una mirada abatida que no es directa. (8)

Síntomas cognitivos

En relación a los síntomas cognitivos, la atención, concentración, la sensopercepción y la memoria están disminuidas debido a su introversión, lo que repercute en su rendimiento académico y laboral. El pensamiento y lenguaje están enlentecidos, el volumen de su voz es bajo. Es frecuente que presenten ideas de inutilidad, culpa y muerte.

En relación a la atención, a primera vista impresiona muy disminuida, pero esto es sólo en apariencia y por la gran introversión, ya que su atención está particularmente dirigida a los temas relacionados con su estado. No les interesa nada de lo exterior. (9)

Los estudios de memoria muestran, por una parte, que frecuentemente los déficit mnésicos son subjetivos y no se corresponden con una medición objetiva y, por otra, el descenso de rendimiento en pruebas de memoria inmediatamente se resuelve una vez recuperado el paciente de su depresión. Los recuerdos están lógicamente centrados en experiencias negativas, lo cual conecta con las teorías cognitivas de la depresión. (5)

Los trastornos del pensamiento se dividen en: formales y de contenido. Los primeros incluyen los fenómenos de inhibición del pensamiento, con enlentecimiento del curso, latencia incrementada, lenguaje monocorde, monótono, bajo y de pobre sintaxis. Los

trastornos del contenido están referidos a la temática persistente y estereotipada de muerte, suicidio, culpa o enfermedad. En los casos más graves el paciente entra en un verdadero “delirio depresivo”. (4)

En los estados depresivos la percepción del tiempo se hace puntual, solo se registra un presente cargado de ansiedad, culpa, tristeza, ineptitud, fracaso. Los logros del pasado no cuentan y las posibilidades del futuro no existen. (9)

La mayoría de los pacientes deprimidos están orientados en cuanto a personas, lugar y tiempo, aunque algunos pueden no tener suficiente energía o interés como para responder a las preguntas al respecto en la entrevista. (8)

En cuanto a la conciencia, no hay alteraciones groseras, si bien el desinterés que llega a ser muy intenso en los casos graves, puede hacer suponer cierto grado de obnubilación de la conciencia, leve y fácilmente descartable si se exige la atención del investigado. (9)

El juicio se valora mejor revisando las acciones del paciente en un pasado reciente y su comportamiento durante la entrevista. La descripción de su trastorno que hacen los pacientes deprimidos a menudo constituye una hipérbola, resaltan excesivamente sus síntomas, su trastorno y sus problemas vitales. Es difícil convencer a estos pacientes de que es posible mejorar. (8)

Signos y síntomas físicos

Muchas personas en vez de referir sentimientos de tristeza, se enfocan en el aspecto somático, caracterizado por fatigabilidad o astenia, alteraciones del sueño, apetito, sexuales y quejas somáticas.

El paciente expresa la astenia como “fatiga”. No corresponde a un aumento del trabajo o del esfuerzo y no se alivia por el descanso ni por la disminución de la labor. Tiende a agravarse cuando el paciente deja completamente su actividad. Es particularmente intensa por la mañana, aún después de una noche de sueño. Muchas veces se describe como localizada en los ojos, los brazos y las piernas. Otras veces se describe como algias musculares, particularmente en los miembros, nuca y espalda. (4)

La dificultad para conciliar el sueño, levantarse muy temprano, caminar erráticamente durante la noche, insomnio y pesadillas que dejan a la persona exhausta y cansada durante el día. Muchos sienten temor por la llegada de la noche pues representa una gran batalla para conciliar el sueño que genera fatiga. Algunas personas deprimidas, sin embargo, muestran

hipersomnia o sueño excesivo. A menudo se sienten continuamente cansados a pesar de dormir mucho. (6)

En relación a los cambios en el apetito y el peso, estos trastornos comienzan frecuentemente por alteraciones del gusto. Desaparece ante todo el placer por comer. El paciente encuentra que lo que come es insípido o desagradable. Muchas veces los enfermos comen más que de costumbre aun sin tener apetito. Las modificaciones del apetito están acompañadas por trastornos digestivos, entre otros: malestar epigástrico, dolor abdominal, "crisis hepática", indigestión, náuseas, vómitos, estreñimiento tenaz, etc. Con estos elementos frecuentemente se observa la pérdida de peso. (4)

En la mujer son frecuentes los trastornos menstruales que se manifiestan sobre todo bajo la forma de amenorreas, dismenorreas o de oscilaciones del ciclo. En la mujer se puede observar una disminución de la libido o una frigidez transitoria. En el hombre, se observa impotencia, anorgasmia, eyaculación precoz, etc. (4)

Entre los trastornos neurovegetativos se observan: Respiratorios: disnea, respiración suspirosa o jadeante. Laberínticos: vértigos. Oculares: fotofobia, disminución de la visión. Auditivos: zumbidos, hiperestesia auditiva, disminución subjetiva de la audición. Cardiovasculares: hipotensión, taquicardia, palpitaciones, dolores torácicos. Generales: sofocos, entumecimientos, hormigueos, cefaleas, compresión del cráneo, jaquecas, sudoración. (4) Algias diversas, dolores vertebrales o articulares, etc. Es posible incluso que estos trastornos adquieran una tal importancia que el estado depresivo quede camuflado por las quejas somáticas. Entonces sólo cabe un examen clínico muy minucioso que permita establecer que los trastornos de que se aqueja el sujeto no son de etiología orgánica, sino que expresan un estado depresivo. (2)

Síntomas interpersonales

Por último, en cuanto a los síntomas interpersonales, su aislamiento suele generar un deterioro de sus relaciones sociales, lo que agrava aún más su situación.

Barnett y Gotlib (1988), dicen que esta área puede ser foco de interés en el futuro, puesto que un funcionamiento interpersonal inadecuado en estos pacientes ha mostrado ser un buen predictor de un peor curso de la depresión. (3)

CONCLUSIONES

La depresión en un término vago, debido a que se usa para describir un amplio espectro de situaciones,

desde una leve oscilación de ánimo hasta una entidad nosológica específica. En ese sentido todas las personas caben en alguna parte de ese espectro y en alguna medida el grado de depresión varía de hora en hora y de día en día. Sin embargo la gente que está clínicamente deprimida presenta síntomas psicológicos que interfieren con su funcionamiento social, laboral, situación que marca la diferencia entre la tristeza normal y la patológica, y por lo tanto requieren una atención y un tratamiento adecuados.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gómez, C., Hernández, G., Rojas, A., Santa-cruz, H. y Uribe, M. (2008). Trastornos del afecto, *Psiquiatría Clínica* (3a. ed., pp. 185-193). Bogotá: Editorial Médica Panamericana.
2. Ey, H., Bernard, P. y Brisset, Ch. (1998). Estados depresivos y crisis de melancolía, *Tratado de Psiquiatría* (8a. ed., pp. 224-252). Barcelona: Masson, S.A. Barlow, D.H. y Durand, V.M. (2006). Trastornos del estado de ánimo, *Psicopatología* (3a. ed., pp. 200-257). Madrid: Thomson.
3. Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Trastornos del estado de ánimo: Aspectos clínicos. J. Sanz y C. Vázquez, *Manual de Psicopatología* (Vol. II, pp. 299-340). Madrid: McGraw-Hill.
4. Forselledo, A.G. (2009). El Síndrome Depresivo, *Manual Práctico De Psicopatología* (28-49). Montevideo: UNESU
5. Vallejo, J. (2015). *Introducción a la Psicopatología y la Psiquiatría* (8th. ed.). Barcelona: Masson, S.A.
6. Sue, D., Sue, D.W. y Sue, S. (2010). Trastornos del estado de ánimo, *Psicopatología-Comprendiendo la Conducta Anormal* (9ª ed., pp. 303-332). México, D.F.: CENGAGE, Learning.
7. Barlow, D.H. y Durand, V.M. (2003). *Psicopatología*. Madrid: Thomson.
8. Sadock, B.J. y Alcott, V. (2009). Trastornos del estado de ánimo, *Sinopsis de Psiquiatría* (10ª ed., pp. 527-561). USA: Wolters Kluwer/Lippincott, Williams & Wilkins
9. Cortese, E.N. (2004). Trastornos del estado de ánimo, *Manual de Psicopatología y Psiquiatría*, ((2a. ed., pp. 221-132). Buenos Aires: nobuko.

A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO: DIVERTICULO DE MECKEL EN PACIENTE PEDIÁTRICO HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN FRANCISCO XAVIER, SUCRE -BOLIVIA 2024

About A Clinical Case: Meckel's Diverticulum in a Pediatric Patient San Francisco Xavier University Hospital, Sucre -Bolivia 2025

Autores:

- Morales Nayra Mónica Ximena
- Miranda Laime Haydee
- Médico Especialista Pediatra de planta Hospital Universitario San Francisco Xavier
Correo Electrónico: nayramorales.bo@gmail.com
- Médico Especialista Pediatra.
Correo electrónico: mirandahaydee1@gmail.com

RESUMEN:

PRESENTACIÓN DE CASO CLÍNICO:

Niño de 9 años con dolor abdominal, fiebre y deposiciones sanguinolentas, asociados a anemia severa (Hb 7.1 g/dl). Los estudios imagenológicos (tomografía) revelaron un divertículo de Meckel complicado, confirmado durante cirugía laparoscópica. El tratamiento incluyó resección del divertículo, transfusión de hemoderivados y manejo antibiótico, con evolución favorable.

DISCUSIÓN TEÓRICA:

- Epidemiología: Malformación congénita en 2-3% de la población, más frecuente en varones.
- Complicaciones: Hemorragia (30-56%), obstrucción intestinal (14-42%), diverticulitis (6-14%).
- Diagnóstico: Gammagrafía con Tecnecio-99m (gold standard para sangrado), TC en obstrucción, laparoscopia en abdomen agudo.
- Tratamiento: Resección quirúrgica

(preferiblemente laparoscópica) en casos sintomáticos; manejo conservador controlado en asintomáticos.

CONCLUSIÓN: El DM es una entidad subestimada pero potencialmente grave en pediatría. Su diagnóstico requiere alto índice de sospecha y uso de imágenes avanzadas. El tratamiento quirúrgico temprano —especialmente en complicaciones hemorrágicas— es curativo y reduce morbilidad. Este caso destaca la importancia de un enfoque integral (clínico, imagenológico y quirúrgico) para optimizar resultados.

PALABRAS CLAVE: Divertículo de Meckel, hemorragia digestiva, pediatría, laparoscopia, diagnóstico por imagen.

ABSTRACT:

CLINICAL CASE PRESENTATION:

A 9-year-old boy presented with abdominal pain, fever, and bloody stools associated with severe anemia (Hb 7.1 g/dL). Imaging studies (CT) revealed a complicated Meckel's diverticulum, confirmed during laparoscopic surgery. Treatment included resection of the diverticulum, blood product transfusion, and antibiotic management, with favorable outcomes.

THEORETICAL DISCUSSION:

- Epidemiology: Congenital malformation in 2-3% of the population, more common in males.
- Complications: Hemorrhage (30-56%), intestinal obstruction (14-42%), diverticulitis (6-14%).
- Diagnosis: Technetium-99m scintigraphy (gold standard for bleeding), CT in obstruction, laparoscopy in acute abdomen.
- Treatment: Surgical resection (preferably laparoscopic) in symptomatic cases; Controversial conservative management in asymptomatic patients.

CONCLUSION: DM is an underestimated but potentially serious condition in pediatrics. Its diagnosis requires a high level of suspicion and the use of advanced imaging. Early surgical treatment—especially for hemorrhagic complications—is curative and reduces morbidity. This case highlights the importance of a comprehensive approach (clinical, imaging, and surgical) to optimize outcomes.

KEYWORDS: Meckel's diverticulum, gastrointestinal bleeding, pediatrics, laparoscopy, diagnostic imaging.

Recepción 20 de enero 2024
Aceptación 10 de marzo 2025

PRESENTACIÓN DE CASO CLÍNICO

El paciente, M.A.L.M., es un niño de 9 años y 7 meses, originario de Sucre, que acude al servicio de pediatría del Hospital Universitario San Francisco Xavier de Sucre en fecha 31 de octubre del 2024 tras un cuadro clínico complejo. Sus antecedentes perinatales revelan un nacimiento por cesárea programada a las 37 semanas de gestación, con un peso de 2900 gramos y un puntaje de Apgar de 8/9, indicando un parto sin complicaciones inmediatas. Durante su infancia, presentó infecciones respiratorias agudas (IRAs) y enfermedades diarreicas agudas (EDAs) comunes, sin otros antecedentes patológicos relevantes.

Motivo de Consulta y Enfermedad Actual

El cuadro comenzó dos días antes de su ingreso, caracterizado por cefalea intensa y fiebre alta (38-39°C), que sus padres intentaron manejar con automedicación (metamizol y paracetamol), sin éxito. Al persistir los síntomas, consultaron a un pediatra privado, quien identificó dolor abdominal y deposiciones líquidas con sangre en abundancia. El niño recibió tratamiento con penicilina y dexametasona intramuscular, pero no mostró mejoría. Un segundo pediatra le prescribió domperidona, ibuprofeno y probióticos, además de solicitar análisis de laboratorio.

La noche previa a su ingreso, el paciente experimentó un episodio de pérdida de conciencia de 10 segundos, lo que motivó su derivación urgente al hospital. Los resultados iniciales de laboratorio mostraron:

- Anemia: Hematocrito (Hto) 32%, hemoglobina (Hb) 10.2 g/dl.
- Leucocitosis: GB 9,630 mm³ con neutrofilia (86%).
- PCR elevada: 12.8 mg/dl (indicador de inflamación/infección).
- Moco fecal: Leucocitos en "campo lleno", sugiriendo infección o inflamación intestinal

Examen Físico y Hallazgos.-

Al ingreso, el paciente se encontraba en estado general regular, con facies descompuesta, mucosas

pálidas y secas, y llenado capilar prolongado (>2 segundos), signos de deshidratación y posible shock hipovolémico.

Presentaba:

- Signos vitales: TA 90/50 mmHg, FC 125 lpm, FR 24 rpm, SO₂ 93%.
- Abdomen: Plano, blando, con ruidos hidroaéreos hiperactivos, pero no doloroso a la palpación.

Diagnósticos Presuntivos.-

- Disentería: Por las deposiciones sanguinolentas y leucocitos en heces.
- Invaginación intestinal: Por el dolor abdominal y sangrado, aunque la ecografía inicial fue normal.

Estudios Complementarios.-

Laboratorios posteriores: Revelaron anemia severa (Hto 22%, Hb 7.1 g/dl) y elevación de dímero D (0.29 mg) y procalcitonina (0.67 mg/ml), sugiriendo infección y posible isquemia.

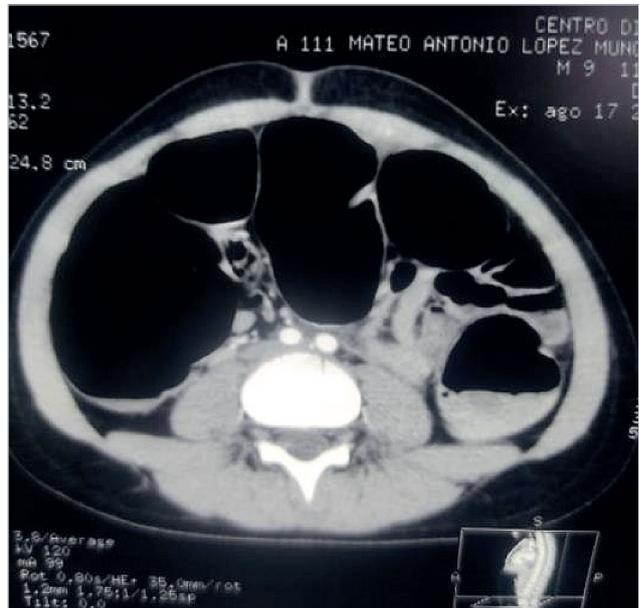
Imágenes:



Imagen N° 1: Ecografía Abdominal: se muestra parámetros de asas intestinales distendidas



Imagen N° 2: Radiografía de abdomen: Mala distribución de aire e “imagen en pila de monedas”, típica de sangrado intestinal.

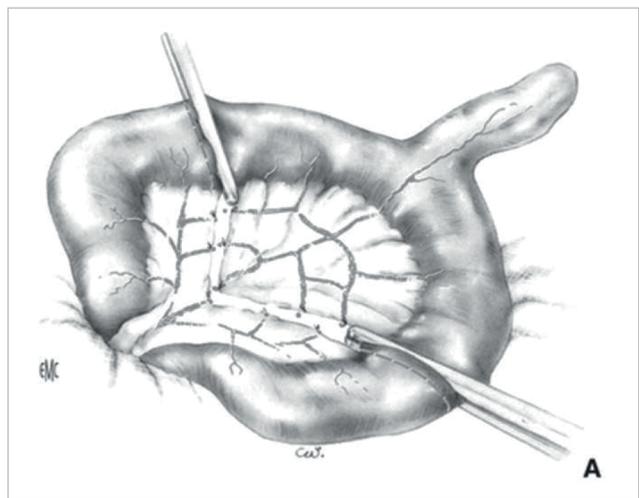


Confirmación Diagnóstica y Tratamiento.-

El diagnóstico definitivo fue divertículo de Meckel complicado con hemorragia digestiva y anemia severa. En el segundo día de hospitalización, el paciente fue llevado a cirugía exploratoria por laparoscopia, donde se identificó y resecó el divertículo, realizándose una enteroanastomosis.



Imagen N° 3: Tomografía abdominal: Mostró una estructura diverticular con realce periférico, compatible con divertículo de Meckel.



Evolución Postoperatoria:

- Recibió transfusiones de plaquetas y glóbulos rojos por las deposiciones hemorrágicas recurrentes.
- Presentó un pico febril (38.9°C) postoperatorio, manejado con antibióticos.

- Permaneció NPO (sin vía oral) hasta el quinto día, con posterior tolerancia oral adecuada.
- La mejoría fue notable: sin sangrado, fiebre o inestabilidad hemodinámica. Fue dado de alta al octavo día.

Reflexiones Clínicas Este caso destaca:

- Complejidad del diagnóstico: El divertículo de Meckel puede simular otras patologías (ej. invaginación). La tomografía fue clave.
- Importancia de la intervención quirúrgica temprana: Evitó complicaciones como perforación o shock séptico.
- Manejo multidisciplinario: Combinó pediatría, cirugía y hematología (por la anemia).

DISCUSION TEORICA

Introducción.-

El divertículo de Meckel (DM) es la malformación congénita más frecuente del tracto gastrointestinal, presente en aproximadamente 2-3% de la población general (1) (5). Se origina por la persistencia del conducto onfalomesentérico, que normalmente involuciona entre la 5ª y 9ª semana de gestación (1) (2). Aunque la mayoría de los casos son asintomáticos (95%), las complicaciones suelen manifestarse en niños menores de 2 años, siendo la hemorragia digestiva la presentación más común. (2) (6)

Este documento compila la epidemiología, fisiopatología, diagnóstico y tratamiento del DM en pediatría, basado en la literatura médica actual.

Epidemiología y Fisiopatología

Incidencia y Características Anatómicas

- Prevalencia: 2-3% en la población, con mayor incidencia en varones (2:1) (1) (6).
- Localización: Suele ubicarse en el borde antimesentérico del ileon, a 60 cm de la válvula ileocecal, con un tamaño promedio de 2-5 cm (1) (5).
- Tejido ectópico: 50-80% de los DM contienen mucosa heterotópica, principalmente gástrica (60-85%) o pancreática (5-16%), lo que explica su potencial ulcerogénico (1) (2).

Complicaciones en Pediatría:

- El DM puede complicarse en 4-5% de los casos, con manifestaciones que varían según la edad (6):
- Hemorragia digestiva (30-56%): Principalmente en niños <2 años, debido a ulceraciones por mucosa gástrica ectópica (2).
- Obstrucción intestinal (14-42%): Causada por invaginación, bridas fibrosas o hernia de Littré (2) (5).
- Diverticulitis (6-14%): Simula apendicitis aguda, con riesgo de perforación (2) (5).
- Otras complicaciones: Incluyen perforación, neoplasias (0.5-4.9%) y fístulas (6).

Diagnóstico.-

El diagnóstico del DM es un desafío clínico debido a su presentación inespecífica. Las herramientas diagnósticas incluyen:

Estudios de Imagen

- Gammagrafía con Tecnecio-99m (Scintigrafía):
 - Método de elección en niños con hemorragia digestiva, ya que detecta mucosa gástrica ectópica (sensibilidad: 75-90%) (1) (2).
 - Limitaciones: Puede dar falsos negativos si no hay tejido gástrico (2).
- Tomografía Computarizada (TC) o Angio-TC:
 - Útil en casos de obstrucción o diverticulitis, mostrando engrosamiento de la pared o signos de inflamación (2) (2).
- Ecografía Abdominal:
 - Puede identificar invaginación intestinal o masas asociadas al DM, pero su sensibilidad es baja (2).
- Cápsula Endoscópica:
 - Alternativa en sangrado oculto, mostrando imágenes de “doble lumen” o úlceras adyacentes (4).

Hallazgos de Laboratorio

- Anemia ferropénica: En casos de sangrado crónico.
- Leucocitosis: Si hay diverticulitis o perforación.

Diagnóstico Intraoperatorio

- En casos de abdomen agudo, el DM suele diagnosticarse durante laparoscopia o laparotomía exploratoria (2) (2).

Tratamiento

El manejo del DM depende de su presentación clínica:

Tratamiento Quirúrgico

Indicaciones:

- DM sintomático (hemorragia, obstrucción, diverticulitis).
- Hallazgo incidental en cirugía, especialmente si contiene tejido ectópico o mide >2 cm (3) (5).

Técnicas Quirúrgicas:

- Resección segmentaria con anastomosis: Método preferido, ya que elimina el tejido ectópico y reduce el riesgo de recurrencia (3) (2).
- Diverticulectomía simple: En casos seleccionados sin tejido ectópico (3). o Laparoscopia: Cada vez más utilizada por su menor morbilidad (2).

Manejo Conservador

- DM asintomático: En algunos casos puede no requerir cirugía, pero existe debate sobre el riesgo de complicaciones futuras (4.2% a lo largo de la vida)

CONCLUSIONES

El caso clínico presentado ilustra la complejidad diagnóstica y terapéutica del divertículo de Meckel (DM) en pediatría. A pesar de su baja incidencia de complicaciones (4-5%), cuando estas ocurren —como en este paciente con hemorragia digestiva masiva y anemia severa— requieren un manejo urgente y multidisciplinario.

Diagnóstico:

- La tomografía abdominal fue clave para identificar el DM, respaldada por hallazgos de laboratorio (anemia, leucocitosis) y clínicos (deposiciones sanguinolentas). o La gammagrafía con Tecnecio-99m, aunque no se realizó en este caso, sigue siendo el estándar para detectar mucosa gástrica ectópica en niños con sangrado.

Tratamiento:

- La resección laparoscópica con enteroanastomosis demostró ser efectiva, resolviendo la hemorragia y previniendo recurrencias.
- El soporte transfusional y el manejo de la anemia fueron esenciales para la estabilización prequirúrgica.

Reflexión final:

- Este caso refuerza la necesidad de incluir el DM en el diagnóstico diferencial de dolor abdominal y sangrado digestivo en niños, incluso sin antecedentes previos.
- La intervención quirúrgica temprana evita complicaciones graves como perforación o shock hipovolémico.

BIBLIOGRAFIA

1. Ruíz-Celorio M, La Tijera F HD, Pérez-Torres E. El divertículo de Meckel [Internet]. Revista Médica del Hospital General de México. 2014 [citado 5 de mayo de 2025]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/en-revista-revistamedica-del-hospital-general-325-articulo-eldiverticulo-meckel-X0185106314366094>
2. Urrutia Soto Hugo, Donoso Carrasco Carolina, Carvajal Flores Oscar. Divertículo de Meckel sintomático en pediatría. Andes pediatr. 2021 Feb [citado 2025 Mayo 05]; 92(1): 104-109.
3. Piñero A, Castellanos G, Rodríguez JM, Parrilla P, Martínez E, Canteras M. Complicaciones, diagnóstico y tratamiento del divertículo de Meckel. Cirugía Española [Internet]. 1 de enero de 2001;70(6):286-90. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-cirugiaespanola-36-articulo-complicacionesdiagnostico-tratamiento-del-diverticulo-S0009739X0171901X>

4. Latorre G, Gomez J, Arnold J. Diagnóstico de divertículo de Meckel mediante cápsula endoscópica – Gastroenterología
5. Latinoamericana [Internet]. gastrolat.org. 2021 [citado 5 de mayo de 2025]. Disponible en: <https://gastrolat.org/gastrolat2021001-04/>
6. Ruiz Xiao D. Divertículo de Meckel, un enfoque general en niños y adultos [Internet]. Revista Electrónica de Portales Medicos.com. 2024 [citado 5 de mayo de 2025]. Disponible en: <https://www.revistaportalesmedicos.com/revis-tamedica/diverticulo-de-meckel-un-enfoquegeneral-en-ninos-y-adultos/>
7. Martínez E. ¿Qué problemas puede dar el divertículo de Meckel? [Internet]. Blogs MAPFRE. 2022 [citado 5 de mayo de 2025]. Disponible en: <https://www.salud.mapfre.es/saludfamiliar/ninos/enfermedades-delnino/diverticulo-de-meckel/>

Reglamento de Publicaciones para Autores

“Archivos Bolivianos de Medicina”, es la Revista Oficial de la Facultad de Medicina de la Universidad Mayor, Real y Pontificia de San Francisco Xavier de Chuquisaca. Es una publicación semestral, cuyo propósito es de fomentar difundir la investigación científica, histórica y la actividad académica actualizada en el área de la salud, a través de un marco teórico estructurado, con diseño práctico, siendo un nexo de comunicación, punto de intercambio de ideas, experiencias y vehículo de formación continua de la Facultad de Medicina y otras instituciones del área. Se publica artículos de las especialidades médicas, odontológicas, bioquímico-farmacéuticas o relacionadas con ellas, previa aprobación del Comité Editorial.

Los trabajos deben ser inéditos y suministrados exclusivamente a la Revista. Su reproducción total o parcial debe contar con la aprobación del Director a través de y dar crédito a la publicación original.

Los trabajos deben ser remitidos al Director de la Revista, en dos copias, interlineado sencillo y 4 cm de margen izquierdo. Debe adjuntarse al trabajo una carta de aprobación de todos los autores.

Cada sección del trabajo debe iniciarse en una nueva página de acuerdo a la siguiente secuencia: página del título, resumen y palabras claves, texto resumen en inglés (summary), agradecimientos, bibliografías, tablas (cada tabla en página separada con título y notas) y leyendas para las figuras.

Estructura y características que deben tener los trabajos presentados a la Revista:

Artículo Original

Son trabajos de investigación realizados por el/los autor/es relacionados con cualquier área dentro de las

Ciencias Biomédicas: Básicas, Clínicas, Quirúrgicas, Especialidades y Salud Pública.

Texto del Artículo

- Título (español e inglés) debe ser corto y reflejar el contenido del artículo.
- Debe incluir el nombre del autor/es y sus colaboradores, consignando sus respectivos títulos académicos, su procedencia, nombre de la institución a la cual pertenecen. Se señalan los nombres y direcciones del autor responsable de la correspondencia relacionada al trabajo. Se especifican las fuentes de ayuda para la realización del trabajo en forma de subvenciones, equipo y drogas.
- El resumen de no más de 250 palabras, deberá ser estructurado: Debe enunciar el problema, el objetivo general, la metodología, principales resultados y las conclusiones.
- El Resumen en Inglés (Summary) debe contener los mismos puntos del resumen en español.
- Palabras claves entre 3 y 10, o frases cortas, según descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS).
- El texto debe incluir los siguientes aspectos: Introducción, Material y Métodos, Resultados y Discusión. Las abreviaturas deben explicarse y su uso debe ser limitado.
- Las Referencias Bibliográfica se debe enumerar con numeración arábiga y se escribe interlineado sencillo, debe ir acorde a la aparición de la cita en el texto:
 - I En caso de revistas: apellidos e iniciales del nombre del autor y sus colaboradores (si son más de cinco, puede escribirse después de los tres primeros “et al” o/y “col”); título completo del artículo; nombre de la revista abreviado al estilo del INDEX MEDICUS; año de publicación; página inicial y final.

- II En caso de libros; apellidos e iniciales de todos los autores, título de libro, edición, casa editora, ciudad, año, Página inicial y final.
- III En caso de capítulos de libros: apellidos e iniciales de los autores del capítulo, título del capítulo, autores o Editores del libro, título del libro, edición, casa editora, ciudad, página inicial y final, año.

Para una mejor colaboración en el asentamiento bibliográfico se ofrece las siguientes páginas web de consulta: www.amegmadrid.org/.../NORMAS_DE_VANCOUVER.pdf

- Las tablas y cuadros se denominan tablas, y deben llenar numeración arábica de acuerdo al orden de aparición y sus leyendas. El título correspondiente debe estar en la parte superior de las hojas y las notas en la parte inferior. Los símbolos para unidades deben aparecer en el encabezamiento de las columnas.
- Las fotografías, gráficas, dibujos y esquemas se denominan figuras, se enumeran según el orden de aparición y sus leyendas se escriben en hojas separadas. Al final de la Leyendas de las microfotografías se debe iniciar la colaboración y el aumento utilizado.

Si una figura o tabla ha sido previamente publicada, se requiere permiso escrito del editor y debe darse crédito a la publicación original. Si se utiliza fotografías de personas, éstas no deben ser identificadas; en caso contrario, debe obtenerse un permiso escrito para utilizarlas.

El Comité Editorial seleccionará como principal de cada número, aquel trabajo que merezca destacarse por su calidad y su importancia.

Caso Clínico

Corresponde a una comunicación médica, son observaciones registradas cuidadosamente para producir conocimiento sobre un caso en particular. El caso clínico debe ser original, ya sea por el caso concreto que presenta el paciente, el diagnóstico, el tratamiento o algún aspecto relacionado con el propio caso o que el autor considere de interés especial.

El caso para ser considerado caso clínico sujeto a publicación debe estar referido a:

- Una condición o enfermedad nueva.

- Una condición rara, infrecuente y poco comunicada.
- Una presentación inusual de una enfermedad en común.
- La asociación inesperada entre síntomas o signos infrecuentes.
- La evolución inusual o evento inesperado en el curso de una observación o tratamiento.
- El impacto del tratamiento de una condición en otra.
- Las complicaciones inesperadas de procedimientos o tratamientos (efectos colaterales no descritos).
- Los tratamientos o procedimientos diagnosticados nuevos y “únicos”.

Texto del Artículo

- Título (español e inglés) debe ser corto y reflejar el contenido del artículo.
- Debe incluir el nombre del autor/es y sus colaboradores, consignando sus respectivos títulos académicos, su procedencia, nombre de la institución a la cual pertenecen. Se señalan los nombres y direcciones del autor responsable de la correspondencia relacionada al trabajo.
- El resumen de no más de 150 palabras, deberá ser estructurado: Debe enunciar el problema, el objetivo general, la metodología, principales resultados y las conclusiones.
- El Resumen en Inglés (Summary) debe contener los mismos puntos del resumen en español.
- Palabras claves, o frases cortas 5 como máximo, según descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS).
- Debe incluir: Introducción al caso, Presentación del Caso (Anamnesis – Historia Clínica), Exploración Clínica. Pruebas complementarias, Diagnóstico diferencial y definitivo, tratamiento y Evolución, Discusión y Conclusiones.
- Las Referencias Bibliográficas se debe enumerar con numeración arábica y se escribe interlineado sencillo, debe ir acorde a la aparición de la cita en el texto.

Artículo de Revisión o Actualización

Se consideran artículos de revisión o actualizaciones, aquellos que sean fruto de una revisión bibliográfica de los adelantos recientes sobre temas relevantes y de actualidad en las Ciencias Biomédicas.

Texto del Artículo

- Título (español e inglés) debe ser corto y reflejar el contenido del artículo.
- Debe incluir el nombre del autor/es y sus colaboradores, consignando sus respectivos títulos académicos, su procedencia, nombre de la institución a la cual pertenecen. Se señalan los nombres y direcciones del autor responsable de la correspondencia relacionada al trabajo. Se especifican las fuentes de ayuda para la realización del trabajo en forma de subvenciones, equipo y drogas.
- El resumen de no más de 250 palabras, deberá ser estructurado: Debe enunciar el problema, el objetivo general, la metodología, principales resultados y las conclusiones.
- El Resumen en Inglés (Summary) debe contener los mismos puntos del resumen en español.
- Palabras clave, o frases cortas 4 como máximo, según descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS).
- El texto debe incluir los siguientes aspectos: Introducción, Material y Métodos, Resultados y Discusión. Las abreviaturas deben explicarse y su uso debe ser limitado.

- Las Referencias Bibliográficas se debe enumerar con numeración arábica y se escribe interlineado sencillo, debe ir acorde a la aparición de la cita en el texto.

Cartas al Editor

Son observaciones científicas y de opinión personal formalmente aceptables sobre trabajos publicados en fecha reciente en la revista, o sobre temas en el ámbito de la salud de relevancia y actualidad.

Texto de la Carta

- Debe incluir el nombre del autor/es y sus colaboradores, consignando sus respectivos títulos académicos, su procedencia, nombre de la institución a la cual pertenecen. Se señalan los nombres y direcciones del autor responsable de la correspondencia relacionada al trabajo.
- La comunicación debe llevar un título.
- Su extensión no debe ser mayor a cuatro páginas.
- Solo una tabla y un gráfico
- Máximo de 5 referencias bibliográficas.



Archivos Bolivianos de Medicina

Revista Oficial de la Facultad de Medicina de la Universidad Mayor, Real y Pontificia de San Francisco Xavier de Chuquisaca



ARCHIVOS BOLIVIANOS DE MEDICINA
Director: Dr. Porfirio Ecos H.
Facultad de Medicina - Calle Colón final
Casilla: 385
Sucre - Bolivia