



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

**FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
CARRERA DE MEDICINA**

TEMA:

**Factores causales de stress post traumático en el personal Médico de
Salud por enfermedades respiratorias agudas en el hospital básico de
Milagro 2020.**

AUTOR (ES):

**Lasluisa Chiza Cynthia Nohemi
Candell Reyes Génesis Nickole**

Trabajo de titulación previo a la obtención del grado de

MEDICO GENERAL

TUTOR:

Dra. Elizabeth Benítez Estupiñan

Guayaquil, Ecuador

2021



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
CARRERA DE MEDICINA**

CERTIFICACIÓN

Certificamos, que el presente trabajo de titulación fue realizado en su totalidad por **Lasluisa Chiza Cynthia Nohemi; Candell Reyes Génesis Nickole;** como requerimiento para la obtención del título de **MEDICO.**

TUTOR (A)

**ELIZABETH
MARIA
BENITES
ESTUPIÑAN**

Firmado
digitalmente por
ELIZABETH MARIA
BENITES ESTUPIÑAN
Fecha: 2021.04.12
16:05:37 -05'00'

f. _____

DRA. ELIZABETH BENÍTES ESTUPIÑAN MSC.

DIRECTOR DE LA CARRERA

f. _____

DR. AGUIRRE MARTÍNEZ JUAN LUIS, MSc.

Guayaquil, 1 del Mayo de 2021



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
CARRERA DE MEDICINA**

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

**Nosotras, Lasluisa Chiza Cynthia Nohemi & Candell Reyes Génesis
Nickole**

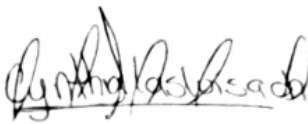
DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación, **Factores causales de stress post traumático en el personal Médico de Salud por enfermedades respiratorias agudas en el hospital básico de Milagro 2020**, previo a la obtención del Título de **MÉDICO**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, 1 de mayo del 2021

EL AUTOR (A)

f. 

LASLUISA CHIZA CYNTHIA NOHEMI

f. 

CANDELL REYES GÉNESIS NICKOLE



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA**

AUTORIZACIÓN

**Nosotras, Lasluisa Chiza Cynthia Nohemi & Candell Reyes Génesis
Nickole**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **Factores causales de stress post traumático en el personal Médico de Salud por enfermedades respiratorias agudas en el hospital básico de Milagro 2020**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, 1 de Mayo del 2021

f.

LASLUISA CHIZA CYNTHIA NOHEMI

f.

CANDELL REYES GÉNESIS NICKOLE

REPORTE URKUND

Urkund Analysis Result

Analysed Document: TESIS.docx (D97233603)
Submitted: 3/4/2021 5:12:00 PM
Submitted By: cynthialasluisa29@gmail.com
Significance: 0 %

Sources included in the report:

Instances where selected sources appear:

0

ELIZABETH
MARIA
BENITES
ESTUPIÑAN

Firmado
digitalmente por
ELIZABETH MARIA
BENITES ESTUPIÑAN
Fecha: 2021.03.22
11:33:34 -05'00'

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, agradezco a Dios por permitirme llegar a la etapa final de mi carrera, ya que no fue fácil, pero me sirvió cada uno de mis esfuerzos y cada esfuerzo. Agradezco a mi padre VICTOR HUGO LASLUIA ESTRELLA, que sé que desde el cielo supo darme las fuerzas necesarias para continuar cuando decaía y guía cada uno de mis pasos, a mi madre JUANA NOHEMI CHIZA MENDEZ, agradezco por su amor, comprensión y apoyo constante sin ella no hubiera sido posible superar los momentos duros de mi carrera, a mis hermanos gracias por todo el apoyo demostrado a GUILLERMO LASLUIA Y VICOR LASLUIA, en los cuales veo reflejados mis logros ya que siempre estuvieron cuando necesitaba su ayuda, En si a toda mi familia por creer en mi desde el primer día que decidí estudiar medicina.

Muchas gracias a mi compañera de tesis NICKOLE CANDELL, ya que desde el inicio fue mi apoyo y mi soporte para poder culminar nuestro trabajo de titulación, al DR OTTO AGUILAR BURQUE, agradecerle por brindarnos sus experiencias para que cada día mejoremos como médicos, por el apoyo incondicional en cada etapa de nuestro trabajo de titulación, por esparcir sus conocimientos previos para que esto se pueda realizar, al DR JIMMY ZAMBRANO, se convirtió un hermano más , gracias por estar ahí cuando más lo necesitamos, por compartir sus conocimientos con nosotros, por estar ahí con los consejos justos y precisos , por brindarnos el apoyo cuando decaímos y las fuerzas necesarias para poder continuar.

Y por último y no menos importante agradezco de una manera muy especial a mi tutora de tesis a la DRA. ELIZABETH ESTUPIÑA por su apoyo constante y por su ayuda incondicional para poder culminar nuestro trabajo de titulación.

CYNTHIA NOHEMI LASLUIA CHIZA

Mi agradecimiento se dirige a quien ha forjado mi camino y me ha dirigido por el sendero correcto, a Dios, el que en todo momento está conmigo ayudándome a aprender de mis errores y a no cometerlos otra vez. Eres quien guía el destino de mi vida.

Agradezco mucho a mis padres MANUEL TOBÍAS REYES YEDRA y ROSITA ANGELICA WAGNIO SANTOS por haberme dado todo su amor invaluable y paciencia, muchos de mis logros se los debo a ustedes entre los que se incluye este, sus esfuerzos son impresionantes, me han proporcionado todo y cada cosa que he necesitado. Sus enseñanzas las aplico cada día y fueron esas las que me ayudaron para la culminación de mi tesis de grado.

Les doy las gracias, padres.

GENESIS NICKOLE CANDELL REYES

DEDICATORIAS

Dedico este trabajo de titulación especialmente a mis padres, los cuales me apoyaron en mis sueños desde el día número uno, por los cuales nunca me faltó un libro o material para mi formación.

Por estar ahí en los momentos en que sentía que ya no podía más, que aun estando en una ciudad lejos de casa en los momentos de enfermedad podía confiar que estarían a mi lado mi madre siempre ahí sin pensarlo y mi padre que, aunque no esté físicamente sé que siempre ha estado ahí velando por mí.

CYNTHIA NOHEMI LASLUISA CHIZA.

Dedico este trabajo de titulación a mis padres lo más sagrado que tengo, a ustedes les debo todo, gracias por ser mi constante motivación, por sus consejos, su cariño y por no dejar que me falte nada durante toda mi formación, gracias a su amor incondicional y apoyo soy lo que soy hoy en día.

Ambos son el pilar fundamental en mi vida por los cuales me seguiré esforzando para conseguir los sueños que me faltan que serán por y para ustedes... los amo.

GENESIS NICKOLE CANDELL REYES



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA**

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

f. _____

(NOMBRES Y APELLIDOS)

TUTOR

f. _____

Dr. Juan Luis Aguirre Martínez, Mgs.

DIRECTOR DE CARRERA

f. _____

Dr. Andres Mauricio Ayon Genkuong

COORDINADOR DEL ÁREA

ÍNDICE

TABLA DE CONTENIDO

Resumen	XII
Abstract	XIV
Objetivos	XII
Métodos	XII
Resultados	XII
Conclusiones	XIII
Palabras clave:	XIII
Introducción	2
Objetivo General:	3
Objetivos específicos:	3
Hipótesis	3
Marco teórico	4
Epidemiología	6
FISIOPATOLOGIA	6
Pronóstico	7
Cuadro clínico	8
Complicaciones	8
Factores de riesgo	10
GRUPO DE RIESGO	10
COMORBILIDADES PSICOLÓGICAS/PSIQUIÁTRICAS	10
TIPO DE ESTUDIO	11
POBLACION DE ESTUDIO	11
Criterios de inclusión:	11
Criterios de exclusión:	12
METODO DE RECOGIDA DE DATOS	12
VARIABLES	12
RESULTADOS	15
Conclusiones	24
RECOMENDACIONES	25
BIBLIOGRAFIA	28

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 Frecuencias y porcentaje de casos según el grupo etario	15
Gráfico 2 Frecuencias de los casos de los factores causales de stress post traumático de acuerdo al sexo.	16
Gráfico 3 Frecuencias de los casos de los factores causales de stress post traumático de acuerdo al área de trabajo	17
Gráfico 4 Frecuencias de los casos de los factores causales de stress post traumático de acuerdo en el tiempo que trabaja	18
Gráfico 5 factores causales de estrés psicológico	18
Gráfico 6 Frecuencias y porcentaje del resultado si ha estado en aislamiento domiciliario	19
Gráfico 7 Síntomas principales en la población durante el periodo electivo 2020.	20
Gráfico 8 Niveles de estrés psicológico.	21

INDICE DE TABLAS

Tabla 1: Relación del área laboral con el número de casos que requirió aislamiento domiciliario.	21
Tabla 2: El tiempo de estadía del trabajador en las unidades de Emergencia y de UCI constituye un factor de riesgo para el trabajador?	22
Tabla 3: El tiempo de permanencia del trabajador en las unidades de Emergencia y de UCI constituye un factor de riesgo para el trabajador?	23

Resumen

El síndrome de estrés postraumático es una enfermedad mental crónica que se origina posterior a un evento severo, en la mayoría de los casos se relaciona con recuerdos intrusivos, estado de ánimo negativos, etc. Debido a la súbita aparición de cuadros respiratorios en el 2020 con complicaciones en la salud ha llevado un aumento de prevalencia en los trastornos asociados con el estrés en los profesionales de la salud que estuvieron atendiendo pacientes con dicha patología, debido a esto decidimos realizar encuestas a el personal de salud que labora en el hospital IESS Milagro donde logramos evidenciar un aumento creciente de cuadros traumáticos en el personal de salud en diferentes áreas por lo consiguiente se debería emplear intervenciones psicológicas/sociales de manera temprana.

OBJETIVOS

Identificar factores causales principales que ocasionaron estrés postraumático mediante el uso de cuestionarios dirigidos al personal de salud que atendieron a pacientes con síntomas respiratorios agudos con el fin de entrelazar la atención a pacientes con SRA y la aparición de estrés postraumático en nuestra población.

MÉTODOS

Estudio no experimental de tipo retrospectivo observacional, descriptivo, correlacional, analítico de cohorte. Donde se recolecto la información de todo el personal laborando en el hospital de milagro durante el periodo electivo 2020 usando una encuesta para la recolección de información

RESULTADOS

Los resultados obtenidos muestran que el factor principal en nuestra población (40.5%) fueron los horarios irregulares provocando alteraciones del sueño aumentando la incidencia de estrés psicológico en nuestra población.

CONCLUSIONES

Podemos concluir que en nuestra población hay un aumento significativo de trastornos psicológicos por diferentes factores que a largo plazo sin tener un control o ayuda externa podría provocar síntomas de estrés postraumático.

PALABRAS CLAVE:

- Síntomas respiratorios agudos, ESTRÉS POSTRAUMÁTICO, NIVEL DE ESTRÉS, FACTORES DE RIESGO, HABITOS NOCIVOS, AISLAMIENTO DOMICILIARIO

ABSTRACT

Post-traumatic stress syndrome is a chronic mental illness that originates after a severe event, in most cases it is related to intrusive memories, negative mood, etc. Due to the sudden appearance of respiratory symptoms in 2020 with health complications, it has led to an increase in the prevalence of disorders associated with stress in health professionals who were treating patients with said pathology, due to this we decided to conduct surveys of the health personnel who work in the IESS Milagro hospital, where we were able to show a growing increase in traumatic events in health personnel in different areas, therefore, psychological / social interventions should be used early.

OBJECTIVES

To identify the main causal factors that caused post-traumatic stress through the use of questionnaires addressed to health personnel who cared for patients with acute respiratory symptoms in order to intertwine the care of patients with ARS and the appearance of post-traumatic stress in our population.

METHODS

Non-experimental, retrospective, observational, descriptive, correlational, analytical cohort study. Where the information was collected from all the personnel working in the hospital of miracle during the elective period 2020 using a survey for the collection of information.

RESULTS

The results obtained show that the main factor in our population (40.5%) was irregular hours causing sleep disturbances, increasing the incidence of psychological stress in our population.

CONCLUSIONS

We can conclude that in our population there is a significant increase in psychological disorders due to different factors that in the long term, without having external control or help, could cause symptoms of post-traumatic stress.

KEYWORDS

- ACUTE RESPIRATORY SYMPTOMS, POST-TRAUMATIC STRESS, STRESS LEVEL, RISK FACTORS, HARMFUL HABITS, HOME ISOLATION

Introducción

El síndrome de estrés postraumático es una complicación mental crónica que se origina sucesivo a un evento y/o trauma duro, en la generalidad de los casos se relaciona con memorias intrusivos, etapa de ánimo negativos, etc. Debido a la creciente elevación de pacientes con síntomas respiratorios agudos se ha observado un crecimiento y también más una prevalencia de trastornos asociados con el estrés en los profesionales de la salud que estuvieron atendiendo durante el año 2020. Las manifestaciones clínicas de un contagio respiratorio aguda dependen en gran medida del tipo de virus y el estado de salud de la persona, pero los signos clínicos más comunes incluyen los propios de un resfriado común, destacando calentura, carraspeo y síntomas respiratorios.

Asimismo, se han informado síntomas gastrointestinales, incluyendo diarrea. En los casos más severos, la infección puede producir bronquitis o neumonía, síndrome respiratorio agudo severo, fallo o insuficiencia renal e incluso la muerte.

Como ocurre con muchos otros virus, por el instante no existe un boceto de tratamiento para las afecciones respiratorias agudas recientes. No obstante, muchos de los síntomas pueden ser manejados clínicamente, por lo que el procedimiento debe individualizarse en base al estado del enfermo y debe afirmar el soporte vital en cuestión de complicaciones. En la disputa frente al contagio el personal de salud de Ecuador se ha enfrentado a una formidable influencia de responsabilidad en el día a día^{1,2}, esta imposición incluye el vivir expuesto a un alto riesgo de sufrir los contagios, a una inadecuada protección para impedir ser contaminados, a percibir fracaso, a sufrir injusticia, a pasar al aislamiento, a interactuar con pacientes con emociones negativas, a la pérdida del contacto con la familia y al debilidad físico y cerebral. Asimismo, la posición de crisis que enfrenta el personal de salud está causando problemas de salud mental como el estrés, ansiedad, síntomas depresivos, insomnio, negación, ira y temor.

Es claro decir que este año 2020 ha puesto un peso psicológico y físico en los trabajadores de la salud, teniendo que tomar decisiones complejas y trabajar en situaciones de alto estrés. Estas decisiones pueden ser desde asignar recursos a diversos pacientes, como la incapacidad de brindar una atención óptima debido a el número escaso de insumos.

Objetivo General:

Identificar factores causales principales que ocasionaron estrés postraumático mediante el uso de cuestionarios dirigidos al personal de salud que atendieron a pacientes con síntomas respiratorios agudos con el fin de entrelazar la atención a pacientes con SRA y la aparición de estrés postraumático en nuestra población.

Objetivos específicos:

- Identificar el síntoma más común en el personal sanitario que atendió pacientes con síntomas respiratorios agudos.
- Evaluar los hábitos como factor de aumento en el estrés postraumático
- Determinar qué área fue la más afectada en el personal de salud.
- Evaluar si el género del personal de salud influye a presentar estrés postraumático.
- Relacionar si hubo ayuda psicológica en el personal de salud.

Hipótesis

El personal de salud que laboro en el hospital IESS milagro presento una mayor probabilidad de presentar síndromes postraumáticos debido a la exposición de pacientes con patologías respiratorias agudas.

Capítulo 1

Marco teórico

En 1967 David Ashbaugh y Cols dieron a conocer sobre los casos de 12 pacientes con inicio agudo de taquipnea, hipoxemia, disminución de la distensibilidad del sistema respiratorio e infiltrados difusos en la radiografía de tórax. Posterior a esta aglomeración de signos y síntomas se le denominó síndrome de insuficiencia respiratoria aguda. A principio de los 80 la comprensión del SIRA creció exponencialmente al reconocer las características clínicas que presentaban los pacientes. Al inicio, en su gran parte se necesitaba para un diagnóstico certero tres criterios principales que son: Hipoxemia, Disminución de la distensibilidad respiratoria., Anormalidades en la radiografía de tórax.1,2,3.

Al presentarse la oportunidad y uso del procedimiento de cateterización en la arteria pulmonar en el área de cuidados intensivos con la disponibilidad y utilización de la cateterización de la arteria pulmonar en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) el síndrome respiratorio logro ser identificado como un edema pulmonar sin relación cardíaca, caracterizado por un alza en la permeabilidad de la membrana alveolo-capilar.2,3.

El significado más los criterios de SIRS fueron discutidos y re catalogados en la American-European Consensus Conference on ARDS en 1994, donde se dio el significado de lesión pulmonar aguda como un trastorno inflamatorio con aumento de permeabilidad provocando alteraciones clínicas, fisiológicas que pueden coexistir con hipertensión auricular izquierda o capilar pulmonar. Los nuevos términos que se lograron logro que la investigación epidemiológica, descripción de la evolución de la enfermedad y criterios de tratamiento tuvieran bases sustentadas. El cuadro sintomatológico de hipoxemia es el pilar fundamental para la definición de dicho síndrome dando como resolución que este conjunto fuera catalogado como la forma más grave en cuanto lesiones pulmonares. 3,4

Posteriormente se logró catalogar características del SIRA con los siguientes aspectos:

- Relación $PaO_2 / FiO_2 < 200$ mmHg independientemente de la presión positiva al final de la espiración (PEEP) empleada en el ventilador.
- Presencia de opacidades bilaterales en la radiografía de tórax.

- Presión capilar pulmonar (PCP) < 18 mmHg sin datos de hipertensión de la aurícula izquierda.

En el 2012 se realizó un nuevo consenso por la sociedad europea de medicina crítica en Berlín donde se enfocaron en 3 puntos factibilidad, fiabilidad y validez. Obteniendo los valores del índice PaO₂ /FiO₂, en pacientes con soporte ventilatorio mecánica, esto incluyendo el empleo de la presión positiva de vía aérea ≥ 5 mm H₂ O, se logró definir 3 niveles de gravedad del SIRA basándose en el grado de hipoxemia con base a los niveles de PaO₂/ FiO₂:

- Leve (PaO₂ /FiO₂ 200-300 mmHg).
- Moderado (PaO₂ /FiO₂ 100-200 mmHg).
- Grave (PaO₂ /FiO₂ < 100).

Esta nueva organización se relaciona íntimamente con el índice de mortalidad³. En un estudio previo se logró evidenciar que los pacientes con alta mortalidad eran los que tenían PaO₂ /FiO₂ < 100 y distensibilidad estática ≤ 20 mL/ cm H₂ O o volumen espirado corregido por minuto ≥ 13 L/ min. Esto se debe a que la PEEP puede afectar notablemente la PaO₂/FiO₂, un nivel mínimo de PEEP en cualquier nivel de gravedad se incluyó en la definición de SIRA. La mayoría de los autores decidieron eliminar el concepto de LPA y fue reemplazado por síndrome respiratorio agudo leve con las nuevas variables previamente descritas.^{4,5,6}

Podemos definir que el síndrome de distrés respiratorio agudo es un cuadro respiratorio caracterizado por dificultad respiratoria debido a un edema agudo pulmonar debido a un incremento de la permeabilidad capilar provocando una extravasación de líquidos al intersticio pulmonar. Logrando un territorio alveolar con irrigación, pero sin capacidad de poder cumplir su función ventilatoria, esto logra el cuadro de hipoxemia refractaria en los momentos inspiratorios de oxígeno y por tal motivo se evidencia reacción positiva al uso de la presión positiva en la espiración.^{5,6,7}.

Las características principales del síndrome de distrés respiratorios inician con cuadros hipoxémicos graves, con corroboración radiológica de infiltrados pulmonares bilaterales provocando consecuentemente disminución de la distensibilidad pulmonar, por este mismo suceso se requiere como cuadro terapéutico altos niveles de presión durante la ventilación mecánica. Si evidenciamos la histopatología podemos evidenciar daños alveolares difusos con membranas hialinas, edema y en algunos casos necrosis de estas. Se evidencia que casos más avanzados se crean depósitos de colágeno, proliferación de células tipo II y fibrosis organizada en los casos más graves.^{5,6,7}.

EPIDEMIOLOGIA

La primera estimación de la incidencia de SIRA se basó en los estudios del grupo de trabajo del Instituto Nacional de Corazón y Pulmón (NHLI) en 1972, citando una cifra de 150,000 casos por año en Estados Unidos. Suponiendo una población de 200 millones para Estados Unidos, durante la década de 1970 esto representó una incidencia de 75/100,000 habitantes/año. El estudio ALIEN mostró que la incidencia del SIRA en la era actual de la ventilación mecánica protectora se situó en 7.2/100,000/año, esta cifra fue mucho más baja que 75/100,000/año generalmente citado en la literatura y la de 58.7/100,000/año y 33.8/ 100,000/año informadas recientemente en Estados Unidos.^{8,9,10}

En el año 2009 se realizó un estudio sobre la población ecuatoriana debido a la reciente pandemia de H1N1 la cual estaba provocando cuadros de Sars, de dicho estudio se evidencio que de la población en el área de cuidados intensivos los pacientes ingresados eran inmediatamente puestos en ventilación mecánica más maniobra de reclutamiento, si es que los pacientes posterior a 6 horas lograban tener una saturación mayor al 89% se procedía a disminuir la presión positiva, de la muestra total solo en 25% presentaron cuadros de barotraumas con un cuadro de recuperación del 90%.^{8,9,10}

FISIOPATOLOGIA

Se identifican tres procesos, la etapa exudativa, proliferativa temprana y proliferativa tardía. En el primer proceso se abarca en las primeras 24-48 horas, posterior inicia la fase proliferativa que tiene una duración de 2-7 días finalizando con un cuadro de fibrosis intersticial posterior al día.^{10,11}

Como se mencionó previamente el sirs es un cuadro inflamatorio por lesión del endotelio y epitelio pulmonar, probando la activación de múltiples citosinas. Recientemente se ha documentado la participación de los inflamomas, complejos intracelulares multiproteicos que facilitan la activación de la cisteína-proteasa Caspasa-1; hasta el momento se han descrito al menos cuatro complejos de inflamomas que activan la caspasa-1 en respuesta a infecciones microbianas y a diversas condiciones exógenas

y endógenas de estrés. La lesión endotelial es activada de forma local y sistémica, generando aumento de la permeabilidad vascular y expresión de moléculas de adhesión, como la endotelina-1 que es un péptido proinflamatorio y vasoconstrictor; el daño al endotelio microvascular es la causa inicial del aumento de la permeabilidad y, por lo tanto, de la formación de edema intersticial en el SIRA. 10,11,12

Los mecanismos de resolución aparecen luego de 4-7 días de fase exudativa, con reabsorción del edema y remoción de las membranas hialinas y de las proteínas depositadas en los espacios aéreos. 10,11,12

Esto se puede evidenciar en los exámenes complementarios imagenológicos, en este caso con tomografías se observó opacidades homogéneas con áreas de atelectasia. En el SDRA grave los alveolos dorsales, más afectados, requieren presiones muy elevadas para su apertura o reclutamiento. En estas condiciones, el volumen corriente aplicado se dirigirá a las regiones que le ofrecen menor resistencia, que quedarán más expuestas a sufrir sobredistensión.10,11,12

PRONÓSTICO

Se ha evidenciado en diferentes estudios una mortalidad del 60-70%, en la mayoría de los casos se excluye pacientes con mortalidad alta previamente catalogada. En la mayoría de los casos el 80% de los pacientes fallece por falla multiorgánica, con una alta tasa de correlación con sepsis. Un bajo porcentaje es el que realmente fallece por hipoxemia refractaria; la excepción ocurrió durante la pandemia mencionada previamente ocurrida en el 2009 de influenza A (H1N1) donde se evidencio que el 60% falleció por dicha causa. Los factores asociados a mal pronóstico se pueden catalogar usando diferentes escalas, también podemos usar la historia clínica para determinar enfermedades preexistentes que compliquen el cuadro clínico del paciente como inmunosupresión. Las secuelas al alta y alejadas son muy frecuentes en los pacientes con SDRA: gran disminución del peso, debilidad muscular, astenia y fatiga, atribuidas a polineuropatía y miopatía del paciente crítico, englobadas actualmente en el síndrome de parresias adquiridas en la UCI.11,12,13.

Capítulo II

CUADRO CLÍNICO

De manera característica los pacientes con el síndrome de insuficiencia respiratoria progresiva aguda inicialmente manifiestan disnea de inicio agudo; el análisis de los gases en sangre arterial muestra hipoxemia, que no se corrige con el aporte de oxígeno suplementario. Ante la sospecha inicial del SIRA es importante considerar los factores de riesgo que se vinculen con su desarrollo. La certeza diagnóstica del síndrome puede necesitar un periodo de evaluación de 12 a 24 h. Durante ese tiempo pueden reunirse los criterios diagnósticos que sugirieron en el consenso de Berlín. 14,15,16

COMPLICACIONES

El SIRA se caracteriza, en general, por su curso insidioso con complicaciones frecuentes atribuibles, en algunos casos, a la enfermedad subyacente; en otros, a la hipoxemia y en el resto a las técnicas terapéuticas empleadas. La lesión pulmonar aguda por sí, como resultado de la liberación de mediadores inflamatorios aunado a la alteración de los mecanismos de defensa normales del pulmón, puede predisponer al paciente a la adquisición de procesos infecciosos nosocomiales, lo cual constituye una causa importante de mortalidad. El cultivo de esputo permite una evaluación adecuada de la flora bacteriana existente y evita el uso indiscriminado de los antibióticos de amplio espectro. Además, las intervenciones terapéuticas pueden afectar en forma adversa los aspectos específicos de las defensas pulmonares. 15,16,17

El uso de volúmenes ventilatorios bajos va encaminado a la disminución de la lesión pulmonar y el empleo de la ventilación mecánica. A pesar del avance en el tratamiento del SIRA en la última década la mortalidad sigue siendo superior a 40%. Aproximadamente 80% de todas las muertes en pacientes adultos con SIRA se producen dentro de 2-3 semanas después del inicio del síndrome. La causa exacta de la muerte en pacientes con SIRA sigue siendo difícil de alcanzar. Los estudios de autopsia no han puesto de manifiesto por qué mueren los pacientes con SIRA. En la mayoría de los estudios epidemiológicos, utilizando la definición de la AECC, los predictores más

comunes de la mortalidad incluyen la edad, la condición médica subyacente, grado de daño pulmonar, extrapulmonar, sepsis y desarrollo de falla orgánica. Sólo una pequeña parte de los pacientes con SIRA muere por hipoxemia. 15,16,17

Sin embargo, lesión pulmonar parece predisponer a los pacientes al desarrollo de una respuesta inflamatoria sistémica que culmina en el desarrollo de falla orgánica múltiple (FOM).¹⁹ El SIRA y la FOM comparten una fisiopatología común; tanto el SIRA como la FOM son el resultado de una respuesta inflamatoria corporal total grave, no controlada, aunque si bien no necesariamente involucra bacterias o endotoxinas, la sepsis ha sido generalmente incriminada como la principal condición causante. Datos clínicos y experimentales sugieren que el desarrollo de FOM se debe a la lesión de la barrera epitelial-endotelial alveolar y la migración de las citoquinas producidas en los pulmones a la circulación sistémica. Los estudios experimentales han propuesto que las histonas, principales proteínas nucleares, son capaces de mediar daño a órganos distantes, en particular de los pulmones, y contribuir al desarrollo de FOM. 15,16,17

A la luz de la evidencia actual sobre la lesión pulmonar inducida por el ventilador (LPIV) la respuesta inflamatoria inducida por el ventilador puede alterar las vías celulares que son importantes para la función normal de los órganos y tejidos, así como ser parcialmente responsable del desarrollo de sepsis o un síndrome similar a la sepsis, incluso con cultivos de sangre negativos. 15,16,17

Aunque no está claro aún cómo los mediadores de la inflamación ejercen sus efectos perjudiciales en órganos distantes, diversos estudios experimentales han demostrado que la aplicación de estrategias de ventilación mecánica protectora se asocia con disminución de los niveles de citoquinas, disminución de FOM y disminución de la mortalidad.²⁰ Desde la primera publicación que demostró la presencia de hipertensión pulmonar y resistencia vascular pulmonar elevada en pacientes con insuficiencia respiratoria aguda grave, el desarrollo de cor pulmonale agudo en SIRA se ha considerado un factor de mal pronóstico. 15,16,17

En dos estudios observacionales prospectivos recientes, la ocurrencia de cor pulmonale fue un factor de riesgo de mortalidad a los 28 días. Teniendo en cuenta estos resultados junto con la asociación de los niveles altos de PEEP, presión meseta y presión de la arteria pulmonar elevadas, el monitoreo cuidadoso del cor pulmonale agudo está recomendado en el SIRA. 15,16,17

Factores de riesgo

Nos referimos a factores de riesgo a aquello que aumenta la probabilidad de contraer una condición y/o enfermedad, con esto en mente nos enfocaremos en los posibles factores de riesgo que aumentan la incidencia de estrés postraumático, el primordial que se menciona en múltiples estudios es antecedentes de depresión ya que suelen ser más susceptibles, segundo viene la incapacidad de poder enfrentar problemas , nos referimos a esto en un nivel psicológico debajo de lo normal lo cual inhabilita a la persona para poder tomar decisiones a momentos de gran estrés , dando como consecuencia sentimientos como remordimiento y culpa, falta de apoyo ya sea familiar o del misma área laboral ha demostrado tener impacto significativo en las personas ya que estos moderan los efectos que tienen el organismo el estrés, finalmente el historial de abuso de sustancias como el consumo de drogas o agentes nocivos han demostrado tener impacto en la salud psicológica llevando a más causas de trauma y o estrés.18,19,20

GRUPO DE RIESGO

Según la información recolectada se ha evidenciado que el grupo vulnerable para cuadros respiratorios agudos son los adultos mayores, estudiantes universitarios y personas de sexo femenino. También dentro de esta piscina se puede encasillar personas con enfermedades preexistentes o personas con algún tipo de discapacidad ya sea física y/o mental. 20,21

COMORBILIDADES PSICOLÓGICAS/PSIQUIÁTRICAS

Al momento en la república del Ecuador no se ha podido formar y/o crear base de datos de posibles comorbilidades psicológicas en el personal sanitario, los médicos especializados en salud ocupacional no presentan una matriz unificada por lo cual no es posible dar datos verídicos, pese a eso en diversos estudios se ha verificado que hay un aumento en niveles de estrés y o depresión en personales sanitarios durante la pandemia debido a aislamiento social más el compromiso de atención sanitaria durante la pandemia.21

INTERVENCIÓN EN EL PERSONAL DE SALUD

Se ha planteado el desarrollo de planes con intervención psicosocial para iniciar diagnóstico, prevención y tratamiento de las diferentes patologías y/o síntomas clínicos de enfermedades psicológicas, entre ellas están: horarios de trabajo más cortos, periodos de descanso regulares y turnos rotativos para aquellos que trabajan en áreas de alto riesgo. Se ha demostrado que la confianza es un aspecto clave del bienestar psicológico, ya que ayuda a mejorar la motivación, el rendimiento y la calidad de la atención. La experiencia de la pandemia de H1N1 en Japón en el 2009 nos sugiere que la confianza entre los trabajadores es un elemento importante para que el personal de la salud esté dispuesto a trabajar durante una crisis de salud pública, ya que fomenta mejores interacciones sociales y cooperación entre los profesionales sanitarios.^{21,22}

Capítulo III

TIPO DE ESTUDIO

Estudio no experimental de tipo retrospectivo observacional, descriptivo, correlacional, analítico de cohorte.

POBLACION DE ESTUDIO

Personal del hospital básico de milagro que estuvo laborando en el periodo electivo 2020.

Criterios de inclusión:

- Personal que laboro en el año electivo 2020
- No estar dentro de la categoría “grupo vulnerable” en el periodo electivo 2020.
- Trabajar a tiempo completo en el hospital.

Criterios de exclusión:

- Personal que tiene tiempo de ingreso a unidad de salud menor a 2 meses
- Personas que fueron puestas en aislamiento debido a ser grupo de riesgo
- Ser paciente de dicho hospital
- Haber sido diagnosticado previamente con estrés postraumático por diferente acontecimiento

Capítulo IV

METODO DE RECOGIDA DE DATOS

- Recolección de datos en base a Cuestionario (test de estrés global) y evaluación clínica y psicológica del personal de salud.

VARIABLES

Nombre Variable	Indicador	Tipo	Resultado Final
Sexo	Género de la persona	Cualitativa nominal	Masculino femenino
Edad	Edad presenta a la muestra de estudio	Cuantitativa continua	Menores a 17 18-25 25-35 36-45 46-56 Mayor a 46
Tiempo en zona laborar	Tiempo en que la persona estuvo en un cargo dentro de la institución	Cuantitativa continua	6-11 meses 12-24 meses Más de 25 meses

Área en la que se desempeña	Lugar donde desempeñan su cargo	Cualitativa nominal	Urgencias Terapia intensiva M. interna
Estado emocional y/o preocupaciones del personal sanitario	Afectación del personal sanitario y como lo afecta mentalmente	Cualitativa nominal	<p>La percepción de que el hospital estaba desbordado</p> <p>El sentimiento de impotencia</p> <p>La falta de preparación profesional</p> <p>Por contagiarse uno mismo</p> <p>Por contagiar a tu familia</p> <p>El contagio de tus compañeros en el hospital</p> <p>El estado emocional de tus compañeros</p> <p>La incapacidad para desconectar fuera del trabajo</p>
Sintomatología respiratorio agudo en personal sanitario	Si ha presentado síntomas respiratorios agudos mientras estaba laborando durante en el año electivo 2020	Cualitativa nominal	<p>Sensación de fatiga</p> <p>Taquicardia</p> <p>Ansiedad, nerviosismo</p> <p>Tristeza, miedo</p> <p>Problemas de concentración</p> <p>Cefalea</p> <p>Mal humor, hipersensibilidad</p> <p>Dificultad para conciliar, despertares frecuentes o pesadillas</p> <p>Dolor abdominal, pérdida de apetito o apetito excesivo</p> <p>Sensación de fatiga, cansancio físico</p> <p>Taquicardia</p> <p>Ansiedad, nerviosismo</p> <p>Tristeza, miedo</p> <p>Problemas de concentración</p> <p>Cefalea</p> <p>Mal humor, hipersensibilidad</p> <p>Dificultad para conciliar, despertares frecuentes o pesadillas</p> <p>Dolor abdominal, pérdida de apetito o apetito excesivo</p>
Consumo de alcohol	Si el consumo de alcohol ha aumentado por cuadros respiratorios agudos asociados a trastornos psicológicos	Cualitativa nominal	<p>Si</p> <p>No</p>
Aumento del consumo de tabaco	Si ha aumentado el consumo de tabaco por	Cualitativa nominal	<p>Si</p> <p>No</p>

	cuadros clínicos patológicos psicológicos		
Uso de estupefaciente o algún agente farmacológico para conciliar el sueño	Si ha usado algún medicamento debido a casos severos de insomnio	Cualitativa nominal	Si No
Estado emocional actual	Posterior a la pandemia como se siente emocionalmente	Cualitativa nominal	Tenso o nervioso Incapaz de disfrutar como lo hacía antes Preocupado, angustiado por un posible repunte Emocionalmente agotado por su trabajo Tenso o nervioso Incapaz de disfrutar como lo hacía antes Preocupado, angustiado por un posible repunte
Clasificación de impacto psicológico	Estratificar y valorar el impacto psicológico que tuvo la pandemia en el personal sanitario	Cualitativa nominal	Leve Moderado Severo
Reconocimiento institucional	Durante el año electivo 2020 se sintió reconocido y motivado por la casa de salud al seguir laborando	Cualitativa nominal	Si No

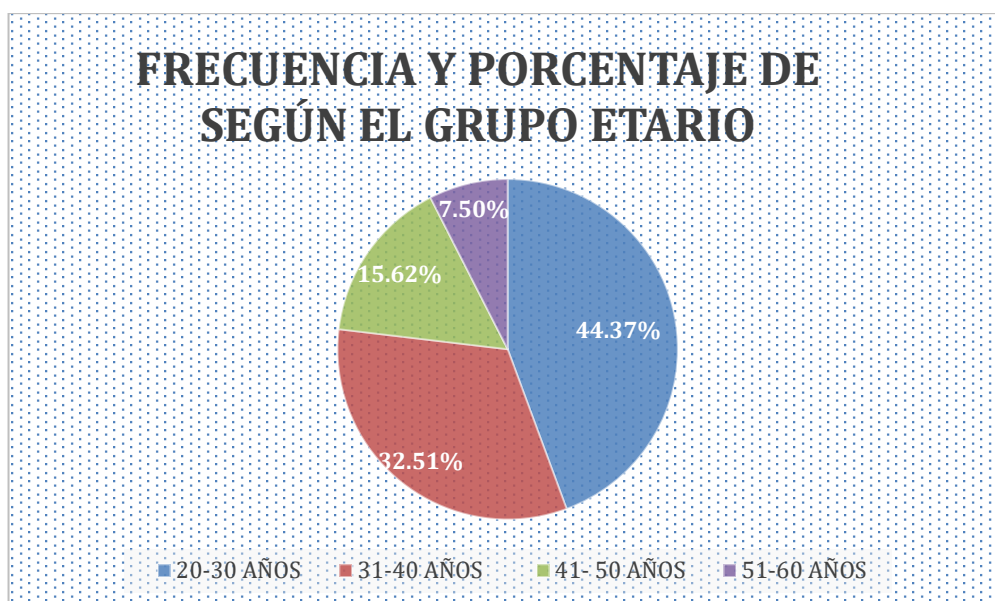
Capítulo VI

RESULTADOS

Se realizó y recopiló las encuestas realizadas en nuestra población dando los siguientes datos:

Se verificó que el grupo etario más común fue el de 20 a 30 años teniendo un total de 71 personas dando un total de 44.37%, el segundo fue de 31-40 años con 52 personas dando un total 32.51%, tercer lugar tenemos 41-50 años con 25 personas dando un 15.62%, finalmente el grupo etario de 51-60 años tuvo 12 integrantes dando un total de 7.5% de la población de 160 personas como se puede ver en el gráfico 1.

Gráfico 1: Frecuencias y porcentaje de casos según el grupo etario



Fuente: Base de datos Hospital General Milagro (IESS)

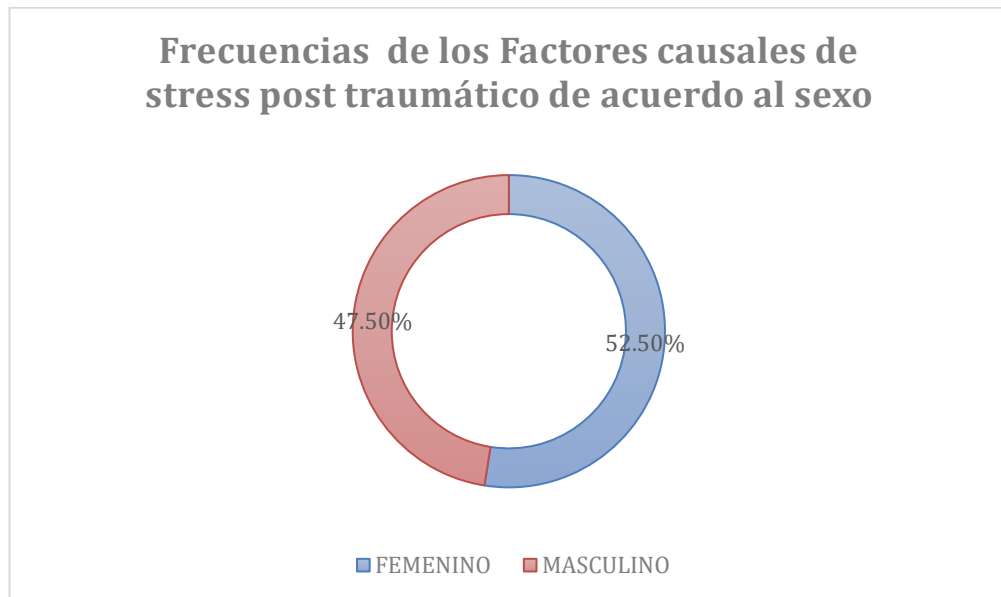
Elaborado por: Lasluisa Cynthia, Candell Nickole

Análisis: El porcentaje más alto fue del grupo de 20-30 años (44,37%) el más bajo fue menores de 51-60 años (7,50%).

Siguiendo los objetivos de nuestro trabajo, vamos a determinar el género predominante en nuestra muestra, de la población de 160 profesionales de

salud se dio a la conclusión que 84 de las personas eran de sexo femenino mientras que el género masculino eran solo 76 personas, dando como conclusión que el sexo femenino tuvo una frecuencia de 52.50% mayor en nuestro estudio.

Gráfico 2: Frecuencias de los casos de los factores causales de stress post traumático de acuerdo al sexo.



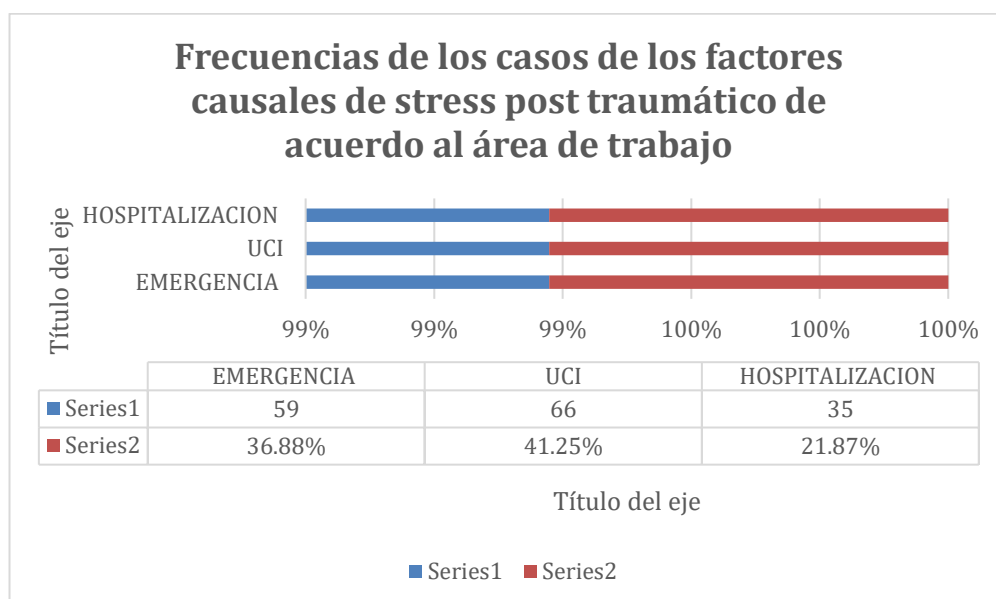
Fuente: Base de datos Hospital General Milagro (IESS)

Elaborado por: Lasluisa Cynthia, Candell Nickole

Análisis: Frecuencias de los casos según los factores causales de stress post traumático fue femenino 52,50% y masculino 47,50%

Cumpliendo con nuestros objetivos para el trabajo de titulación, verificamos la información para determinar qué área de trabajo tuvo mayor número de casos con estrés postraumático, logramos los siguientes datos: emergencia 59 casos, unidad de cuidados intensivos 66 casos, hospitalización 35 casos, dando como conclusión que el área de cuidados intensivos tuvo mayor número de casos dando un total de 41.25% de la población muestra.

Gráfico 3: Frecuencias de los casos de los factores causales de stress post traumático de acuerdo al área de trabajo



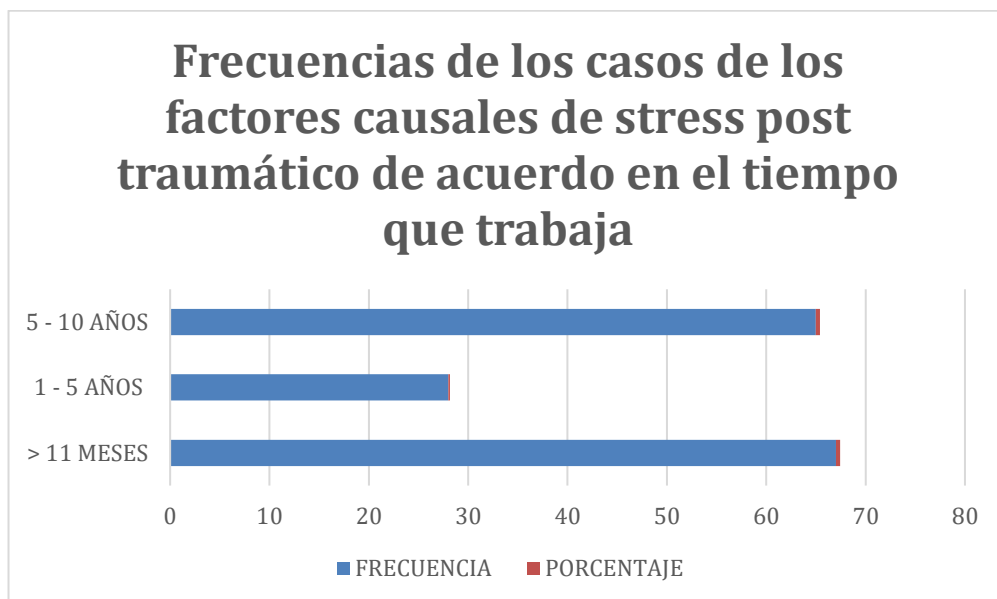
Fuente: Base de datos Hospital General Milagro (IESS)

Elaborado por: Lasluisa Cynthia, Candell Nickole

Análisis. - Frecuencias de los casos según los factores causales de stress post traumático fue en el área de Emergencia 36.88%, UCI 41,25% y Hospitalización 21,87%

Para determinar el impacto psicológico que ha tenido la pandemia quisimos determinar el tiempo laboral de la población , con la ideología que a menor tiempo de trabajo menor tiempo de exposición , dando como resultado menor probabilidad de tener síntomas de estrés postraumático, al recopilar los datos evidenciamos que el personal de salud que trabajo en nuestra unidad menor a 11 meses son 67 personas, seguidas de 65 personas que van laborando entre 5 a 10 años , y en menor cantidad de 1 a 5 años 28 personas , dando la interpretación que el grupo principal es del personal que lleva trabajando menor a 11 meses siendo este el 41.85% de nuestra población.

Gráfico 4: Frecuencias de los casos de los factores causales de stress post traumático de acuerdo en el tiempo que trabaja

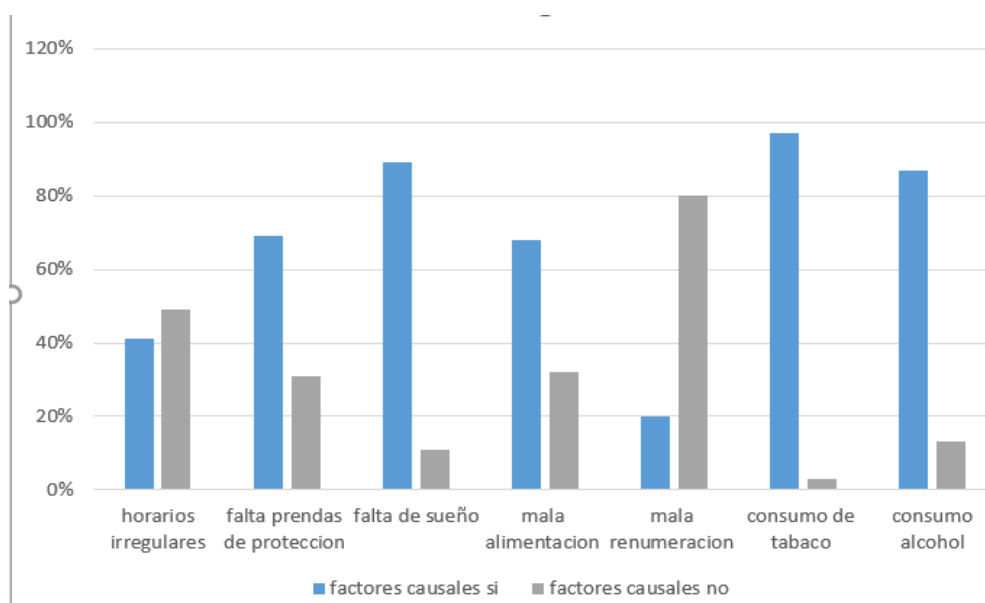


Fuente: Base de datos Hospital General Milagro (IESS)

Elaborado por: Lasluisa Cynthia, Candell Nickole

Análisis. - Frecuencias de los casos según los factores causales de stress post traumático fue en el rango > 11 MESES 41,85%, 1 - 5 AÑOS 17,50% y 5 - 10 AÑOS 40,62%.

Gráfico 5: Factores causales de estrés psicológico

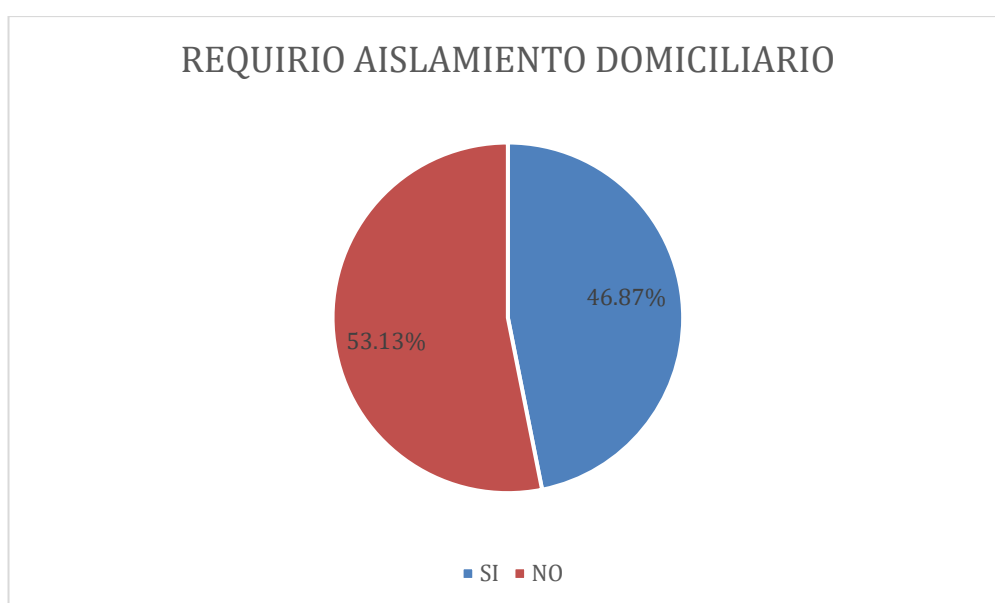


Fuente: Base de datos Hospital General Milagro (IESS)

Elaborado por: Lasluisa Cynthia, Candell Nickole

Análisis. – Al realizar la encuesta, preguntamos a nuestra población cuales son los factores que más afectan su estado psicológico, posterior a la recolección y filtración se determinó que los horarios irregulares durante el periodo electivo 2021 fue una de las causas principales, seguida de la falta de sueño, finalmente los hábitos nocivos resultaron elevados en nuestra encuesta dándoles relevancia en nuestro estudio

Gráfico 6: Frecuencias y porcentaje del resultado si ha estado en aislamiento domiciliario



Fuente: Base de datos Hospital General Milagro (IESS)

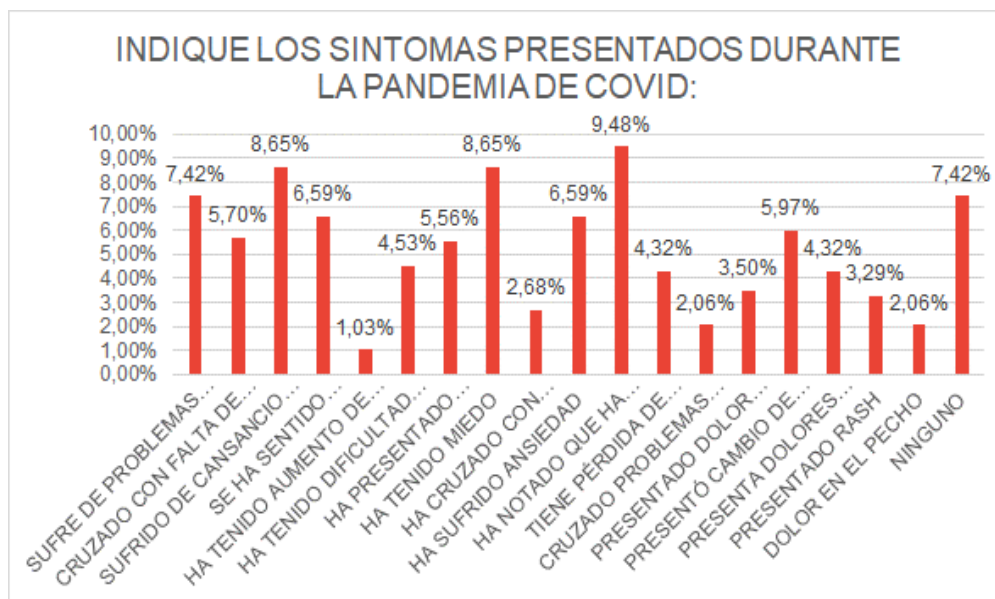
Elaborado por: Lasluisa Cynthia, Candell Nickole

Análisis. - Pacientes que ha estado en aislamiento domiciliario SI presentó 46,87% y No el 53,13%

Finalmente nos dimos al trabajo de generar una encuesta para que la población muestra nos dijeran que síntomas presentaron durante esta pandemia, los clasificamos y organizamos de acuerdo a la severidad logrando obtener como resultados: sufre de problemas de concentración, falta de sueño, cansancio físico, taquicardia, aumento de la presión arterial, dificultad respiratoria, miedo, episodios de angustia, ansiedad, irritabilidad, tiene pérdida de apetito, problemas de concentración, dolor abdominal, cambio de temperamento, cefalea, rash, dolor en el pecho, ninguno. Concluyendo que el síntoma principal fue irritabilidad 9.48%, seguido de cansancio físico 8.65%,

miedo 8.65%, problemas de concentración 7.42%, taquicardia 6.59%, dificultad respiratoria 4.53%, pérdida de apetito 4.32%, rash 3.29%, dolor de pecho 2.06%, aumento de la presión arterial 1.03%, episodio de angustia 2,68%.

Gráfico 7: Síntomas principales en la población durante el periodo electivo 2020.

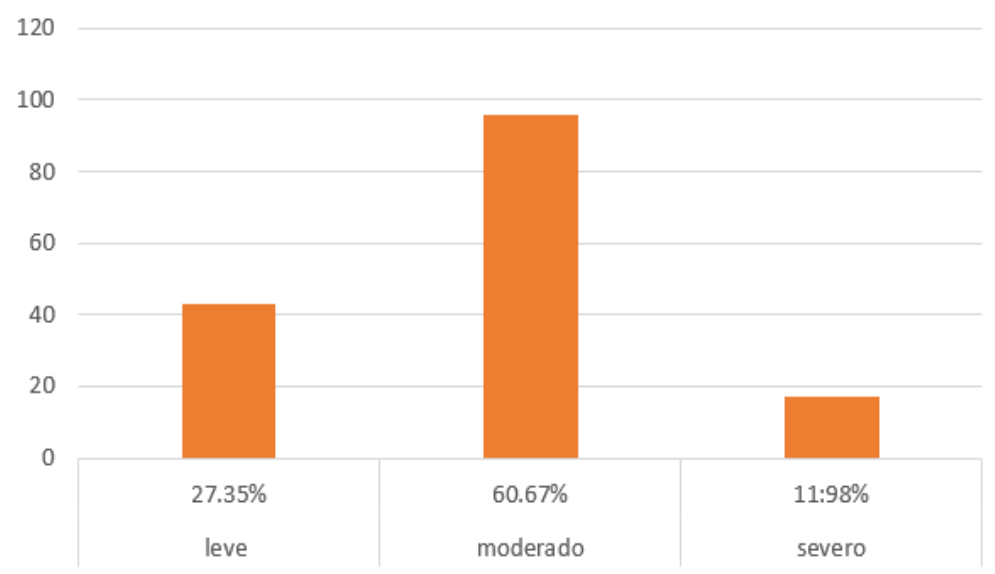


Fuente: Base de datos Hospital General Milagro (IESS)

Elaborado por: Lasluisa Cynthia, Candell Nickole

Análisis. – Los síntomas principales presenciados en la población son irritabilidad 9.48%, cansancio físico 8.65%, miedo 8.65%, problemas de concentración 7.42%, taquicardia 6.59%, ansiedad 6.59%, cambio de temperamento 5.97%, falta de sueño 5.7%, etc.

Gráfico 8: Niveles de estrés psicológico.



Fuente: Base de datos Hospital General Milagro (IESS)

Elaborado por: Lasluisa Cynthia, Candell Nickole

Análisis. – Se evidencia en nuestra población que el estrés psicológico ocasionado fue moderado en el 60.67% seguido de cuadros leves 27.35%, y finalmente leve al 11.98%.

Tabla 1: Relación del área laboral con el número de casos que requirió aislamiento domiciliario.

Área de trabajo	Aislamiento		Total
	Si	No	
Emergencia	30	29	59
Unidad de cuidados intensivos	50	16	66
Hospitalización	5	30	35
Total	85	75	160

Se evidencia un valor $\chi^2 = 39.3187$ con un valor de P menor a **0.00001**

Uno de los objetivos en nuestro estudio es comprobar que al presentar un área mayor stress postraumático por la emergencia sanitaria, nuestra meta es comprobar que hubo más personas en aislamiento durante la emergencia sanitaria y el área más afectada fue el área de cuidados intensivos, al procesar

los resultados vimos que como el valor de p es menor a 0.05 concluimos que en el momento de la emergencia sanitaria si hubo un mayor número de personas en aislamiento y se verifica que el área que mayor número de pacientes aislados fue el área de cuidados intensivos. Dando como conclusión que debido a que el área de cuidados intensivos es un área aislada hay mayor riesgo de contaminación por ende el personal médico es más susceptible por lo cual requiere aislamiento a la presencia de sintomatología.

Tabla 2: El tiempo de estadía del trabajador en las unidades de Emergencia y de UCI constituye un factor de riesgo para el trabajador?

Área de trabajo	Síndrome respiratorio		Total
	Si	No	
Área de emergencia	40	19	59
UCI	56	10	66
Hospitalización	17	18	35
Total	113	47	160

Valor de χ^2 total fue de = **14.8688** y el valor de **P** total fue de = **0.000591**

En este estudio, se evidenció que el personal médico ha presentado cuadro de síndrome respiratorio, en las áreas de Emergencia y de UCI, según los esquemas podemos evidenciar que de nuestra población estudiada, 113 personas tuvieron diagnóstico de síndrome respiratorios agudos no especificados (no se especificó el grado de complicación), esto demostró en el cuadro previo con 85 personas que fueron puestas en aislamiento, dando un déficit de 28 personas, sin embargo el 17.5% del personal sanitario no estuvo en aislamiento domiciliario. Las dos áreas tanto de emergencia como la de UCI presentaron mayor riesgo al estar expuesto en la atención de pacientes con dicha patología, finalmente para aseverar nuestra hipótesis se comprobó que el valor del chi cuadrado fue de $14.8688 > 1$ con un valor de p 0.000591 altamente significativo.

Tabla 3: El tiempo de permanencia del trabajador en las unidades de Emergencia y de UCI constituye un factor de riesgo para el trabajador?

Tiempo laborando	Presencia de factores de riesgo		Total
	Si	No	
Menor a 11 meses	26	41	67
1-5 años	27	1	28
6-10 años	54	11	65
Total	107	53	160

El χ^2 salió con valor = **42.5714** y el valor de **P** = es menor a **0.000001**

En este cuadro se demostró que la permanencia del personal sanitario en las unidades de emergencia como de UCI constituye un alto riesgo demostrado en la prueba de χ^2 : $42.5714 > 1$ siendo mayor en el personal de más de 6 años laborando en dichas unidades sanitarias lo cual constituye una significación muy alta $P < 0.000001$. De acuerdo con reportes de la agencia científica Sinc, entre el 10% y el 15% de los pacientes ingresados en el hospital con neumonía causada por el virus SARS-CoV-2 ingresan a una UCI, y el 90% de estos requieren intubación y ventilación mecánica, generalmente durante al menos dos o tres semanas ¹. Es por tal motivo que el Gobierno nacional sugiere, diseñar directrices de como minimizar el riesgo de contagio en los profesionales de salud, considerando los factores no específicos existentes que intervienen, como la exposición prolongada, un inadecuado lavado de manos, insuficiente espacio, habitaciones o lugares sin presión negativa o insuficiente recambio de aire por hora, distancia de dispersión del aire exhalado durante la administración de oxígeno y los equipos de protección personal. ²

Capítulo VII

CONCLUSIONES

Se recopila la información obtenida de las encuestas realizadas a los diferentes profesionales de la salud, al analizar se evidencio primeramente que el grupo etario afectado fue en personas entre 20-30 años con un 44.37%(anexo1), esto se debe a que las personas dentro del grupo “adultos mayores” se procedió a dar aislamiento domiciliario cambiando a la modalidad. Uno de nuestros objetivos era determinar qué área fue la más afectada en el año electivo 2020 con cuadros sintomáticos respiratorios gracias a los datos recopilados nos permiten concluir que el área de cuidados intensivos tuvo el mayor número de casualidades, recordemos que al ser una unidad de cuidados intensivos , presentan áreas limitadas con estrictos régimen de bioseguridad, así mismo los síndromes respiratorios se contraen en el ambiente, al presentar un área cerrada las posibilidades de infección están elevadas a pesar de medidas de bioseguridad. Este año 2020 la tasa de síndromes respiratorios agudos tuvo un alza abrupta por múltiples factores algunos incluso llevando a cuadros de destres respiratorio , debido al repentino aumento los médicos sintieron un efecto psicológico severo, para determinar la gravedad de este aumento de los cuadros sintomáticos respiratorios decidimos agregar un cuestionario de estrés postraumático con preguntas de énfasis psicológico para determinar cuáles fueron los principales síntomas que se presentaron; los síntomas más destacados fueron en el siguiente orden: irritabilidad9.98%, miedo 8.65%, cansancio físico 8.65%, problemas de concentración 7.42%, taquicardia 6.59% y falta de sueño (5.7%), estos datos se ven reflejados en el grafico 7 de nuestro estudio, ahora para determinar si había una relación de dichos síntomas a factores externos decidimos investigar hábitos nocivos, pudiendo recabar que el 37.8% de nuestra población fuma aproximadamente 2-3 cigarrillos en un periodo de 2-5 días a la semana , y un 33% toma ocasionalmente alcohol, podemos interpretar que con la combinación de dichos hábitos más la pandemia han aumentado la incidencia de estrés por dicha pandemia. Finalmente quisimos corroborar un tema importante pero muchas veces pasado por alto debido a su simplicidad, el seguimiento psicológico , debido a la pandemia problemas mentales han surgido ya sea por la misma atención al paciente o también debido al aislamiento social obligatorio , decidimos preguntar si en nuestra

población tenían controles o seguimientos para asegurar el bienestar de cada uno, lamentablemente el 97.5% no recibió ayuda psicológica , más aún el 2.5% restante refiere que dicha ayuda la tuvieron que conseguir por medios externos, esto nos da a interpretar que aunque el porcentaje de personal médico afectado más el personal médico que debió cumplir con el aislamiento domiciliario con los diferentes síntomas que presentaron , solo un 2.5% recibió ayuda para superar su aflicción al momento, por tal motivos la organización mundial de salud implemento seguimientos para mejorar la calidad en el personal médico.

RECOMENDACIONES

Siguiendo los esquemas en diferentes países y contemplando los datos obtenidos en nuestra investigación lo primero que se debe destacar es la importancia de la salud psicológica, una gran manera de hacer esto es con seguimientos y consultas psicológicas bimensuales para poder dar seguimiento a la salud mental del personal médico, esto asegurara que no se presenten complicaciones a futuro y mejorara el sistema de atenciones, creyendo que al presentar mejor vitalidad , el personal de salud no tendrá que recurrir a hábitos nocivos que perjudiquen la salud, finalmente se recomienda realizar este tipo de estudios en diferentes casas de salud para comparar datos y mejorar la calidad de vida de todo el personal médico de la república del Ecuador.

Capítulo VIII

Anexo 1

Tabla 1: Frecuencias y porcentaje de casos según el grupo etario

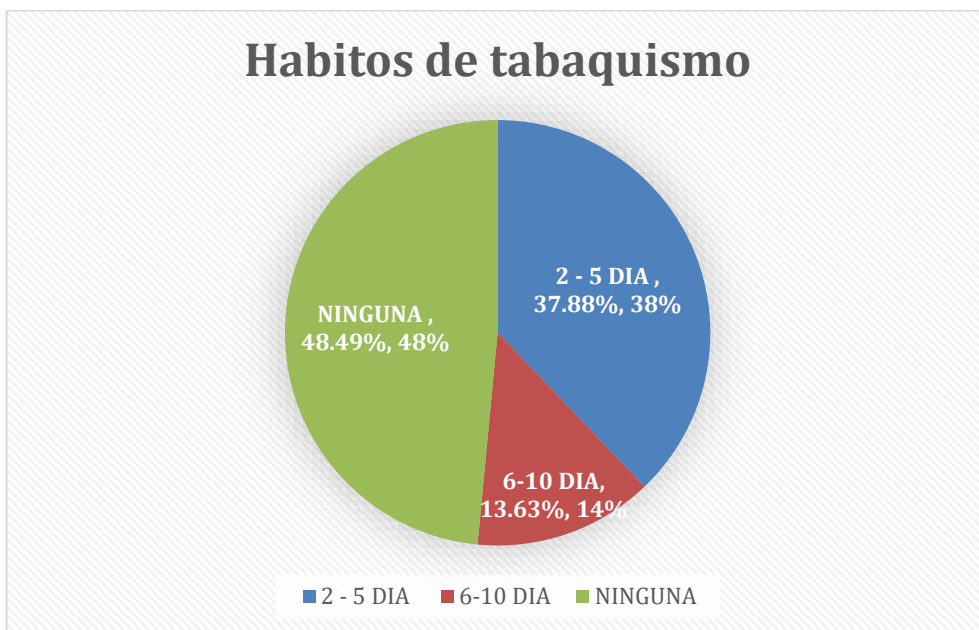
RANGO DE EDAD	PERSONAS	PORCENTAJE
20-30 AÑOS	71	44,37%
31-40 AÑOS	52	32,51%
41- 50 AÑOS	25	15,62%
51-60 AÑOS	12	7,50%
TOTAL DE ENTREVISTADOS	160	100,00%

Fuente: Base de datos Hospital General Milagro (IESS)

Elaborado por: Lasluisa Cynthia, Candell Nickole

Análisis. - El porcentaje más alto fue del grupo de 20-30 años (44,37%) el más bajo fue menores de 51-60 años (7,50%).

Anexo 2

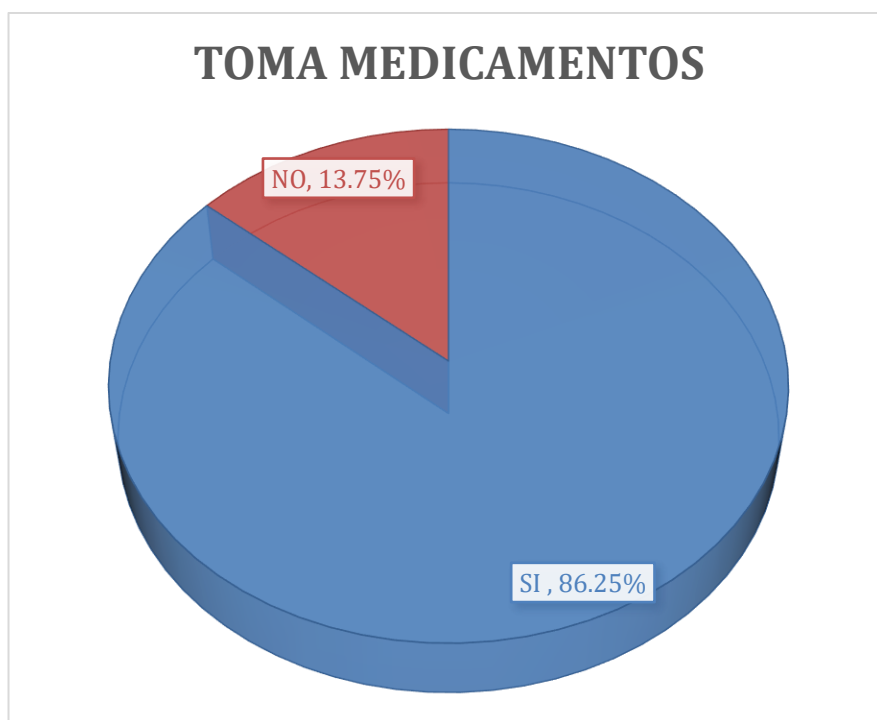


Fuente: Base de datos Hospital General Milagro (IESS)

Elaborado por: Lasluisa Cynthia, Candell Nickole

Análisis. - En nuestra población muestra se evidencio que el 52.50% de nuestra población tienen habito consumo de tabaquismo.

Anexo 3



Fuente: Base de datos Hospital General Milagro (IESS)

Elaborado por: Lasluisa Cynthia, Candell Nickole

Análisis. - Al corroborar la existencia de algún medicamento que pueda tener una reacción en el estado psicológico del personal, se evidencio que el 86.25% de nuestra muestra toma medicamentos y el medicamento más común fueron los antihistamínicos más los hipertensivos.

BIBLIOGRAFIA

1. Huarcaya-Victoria, J. (2020). Consideraciones sobre la salud mental en la pandemia de COVID-19. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 37(2).
2. RUÍZ, Complejo Asistencial Dr. Víctor Ríos. VENTILACIÓN NO INVASIVA EN INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA PEDIÁTRICA: ROL DEL TERAPEUTA VENTILATORIO. *NEUMOLOGIA PEDIÁTRICA*. Ramírez-Ortiz, J., Castro-Quintero, D., Lerma-Córdoba, C., Yela-Ceballos, F., & Escobar-Córdoba, F. (2020). Consecuencias de la pandemia covid 19 en la salud mental asociadas al aislamiento social.
3. Fernández, M. A., & de Alencar Ribeiro, A. A. (2020). Salud mental y estrés ocupacional en trabajadores de la salud a la primera línea de la pandemia de COVID-19. *Revista Cuidarte*, 11(2).
4. Dolan, S., & Sánchez, S. G. Covid-19, Estrés, Auto-Estima, Valores y bienestar psicológico: ¿Cómo evaluar los riesgos de estar deprimido, ansioso o, incluso de suicidarse?.
5. Macaya, P., & Aranda, F. (2020). Cuidado y autocuidado en el personal de salud: enfrentando la pandemia COVID-19. *Rev Chil Anest*, 49, 356-362.
6. Almaguer, A. C., Álvarez, A. K. G., & Santos, E. Z. Gestión de seguridad psicológica del personal sanitario en situaciones de emergencia por COVID-19 en el contexto hospitalario o de aislamiento.
7. Bojórquez, J. F., Irvin, S. B. A., Antonio, C. P., Manuel, E. E. V., & Ramos, O. A. G. 1. Título del proyecto: Efecto de la terapia de intervención en crisis específica para la psicopatología asociada al COVID-19 en personal de salud y derechohabiente del Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional SXXI.
8. Urzúa, A., Vera-Villaruel, P., Caqueo-Úrizar, A., & Polanco-Carrasco, R. (2020). La Psicología en la prevención y manejo del COVID-19. Aportes desde la evidencia inicial. *Terapia psicológica*, 38(1), 103-118.
9. Cabello, I. R., & Pérez, I. R. El impacto de la pandemia por COVID-19 sobre la salud mental de los profesionales sanitarios.
10. Iglesias-Osores, S., & Acosta-Quiroz, J. (2020). Estrés postraumático en trabajadores de la salud y COVID-19. *Archivos de Prevención de Riesgos Laborales*, 23(3), 363-365.
11. Ramírez-Ortiz, J., Castro-Quintero, D., Lerma-Córdoba, C., Yela-Ceballos, F., & Escobar-Córdoba, F. (2020). Consecuencias de la pandemia covid 19 en la salud mental asociadas al aislamiento social.
12. Benjamin, A. covid-19 y sus secuelas: trastorno por estrés postraumático (tept). *el covid-19*, 231.
13. Lozano-Vargas, A. (2020). Impacto de la epidemia del Coronavirus (COVID-19) en la salud mental del personal de salud y en la población general de China. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 83(1), 51-56.

14. Mira, J. J. (2020). Pandemia COVID-19: y ahora ¿qué? *Journal of Healthcare Quality Research*, 35(3), 133-135.
15. Inchausti, F., García Poveda, N. V., Prado Abril, J., & Sánchez Reales, S. (2020). La psicología clínica ante la pandemia COVID-19 en España. *Clínica y Salud*, 31(2), 105-107.
16. Esquivel-Acevedo, J. A., Sánchez-Guerrero, O., Ochoa-Palacios, R., Molina-Valdespino, D., & Muñoz-Fernández, S. I. (2020). Estrés, respuestas emocionales, factores de riesgo, psicopatología y manejo del personal de salud durante la pandemia por COVID-19. *Acta Pediátrica de México*, 41(S1), 127-136.
17. Rodríguez Rodríguez, T., Fonseca Fernández, M., Valladares González, A. M., & López Angulo, L. M. (2020). Protocolo de actuación psicológica ante la COVID-19 en centros asistenciales. Cienfuegos. Cuba. *MediSur*, 18(3), 368-380.
18. JC, P. J. (2020). Psychological effects of COVID-19. *Archivos de la Sociedad Española de Oftalmología*.
19. Huarcaya-Victoria, J. (2020). Consideraciones sobre la salud mental en la pandemia de COVID-19. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 37(2).
20. Barrios-Borjas, D. A., Béjar-Ramos, V. A., & Cauchos-Mora, V. S. (2020). Salud mental en tiempos de COVID-19. La tecnología como herramienta de soporte. *Gaceta Médica*, 156, 364-365.
21. Acosta-Quiroz, J., & Iglesias-Osores, S. (2020). Salud mental en trabajadores expuestos a COVID-19. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 83(3).
22. Gallardo, P. S. (2020). COVID-19: la vulnerabilidad en el ojo del huracán. *Enfermería Clínica*.
23. Parrado-González, A., & León-Jariego, J. C. (2020). Covid-19: factores asociados al malestar emocional y morbilidad psíquica en población española. *Rev Esp Salud Pública*, 94(8), 16.
24. Canchari, C. R. A., & Meza, R. F. O. (2020). Estudiantes de medicina en tiempos de la COVID-19. *Educación Médica Superior*, 34(2).
25. Caballero-Domínguez, C. C., & Campo-Arias, A. (2020). Problemas de salud mental en la sociedad: Un acercamiento desde el impacto del COVID 19 y de la cuarentena. *Duazary*, 17(3), 1-3.
26. de Psiquiatría, J. D. A. E. (2020). COVID-19, crisis y respuesta en salud mental. *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil*, 37(1), 3-4.
27. Torija, C. S. T. El impacto psicológico de la pandemia de covid-19 en México.
28. García-Iglesias, J. J., Gómez-Salgado, J., Martín-Pereira, J., Fagundo-Rivera, J., Ayuso-Murillo, D., Martínez-Riera, J. R., & Ruiz Frutos, C. (2020). Impacto del SARS-CoV-2 (Covid-19) en la salud mental de los profesionales sanitarios: una revisión sistemática.

29. Gargoloff, P. R. (2020). Impacto de la pandemia por COVID-19 en la salud mental, con especial foco en personas con trastornos mentales severos y persistentes. *Questión*.



Presidencia
de la República
del Ecuador



Plan Nacional
de Ciencia, Tecnología,
Innovación y Saberes



SENESCYT
Secretaría Nacional de Educación Superior,
Ciencia, Tecnología e Innovación

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Nosotras, **Lasluisa Chiza Cynthia Nohemi** con C.C: # **1721766267** y **Candell Reyes Génesis Nickole** con C.C: # **0919459669** autoras del trabajo de titulación: **Factores causales de stress post traumático en el personal Médico de Salud por enfermedades respiratorias agudas en el hospital básico de Milagro 2020**, previo a la obtención del título **Médico** de en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil,

f. _____

Nombre: CYNTHIA NOHEMI LASLUISA CHIZA
C.C: 1721766267

f. _____

Nombre: CANDELL REYES GÉNESIS NICKOLE
C.C: 0919459669



Presidencia
de la República
del Ecuador



Plan Nacional
de Ciencia, Tecnología,
Innovación y Saberes



SENESCYT

Secretaría Nacional de Educación Superior,
Ciencia, Tecnología e Innovación

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA		
FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN		
TÍTULO Y SUBTÍTULO:	Factores causales de stress post traumático en el personal Médico de Salud por enfermedades respiratorias agudas en el hospital básico de Milagro 2020	
AUTOR(ES)	Lasluisa Chiza Cynthia Nohemi Candell Reyes Génesis Nickole	
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Elizabeth Benites Estupiñán	
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil	
FACULTAD:	Ciencias medica	
CARRERA:	Medicina	
TITULO OBTENIDO:	Médico	
FECHA DE PUBLICACIÓN:	01 de mayo del 2021	No. DE PÁGINAS: 30
ÁREAS TEMÁTICAS:	Medicina interna Shock Traumático psicología clinica	
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	Síntomas respiratorios agudos, Estrés Postraumatico, Nivel De Estrés, Factores De Riesgo, Habitros Nocivos, Aislamiento Domiciliario	
RESUMEN/ABSTRAC:	<p>El síndrome de estrés postraumático es una enfermedad mental crónica que se origina posterior a un evento severo, en la mayoría de los casos se relaciona con recuerdos intrusivos, estado de ánimo negativos, etc. Debido a la súbita aparición de cuadros respiratorios en el 2020 con complicaciones en la salud ha llevado un aumento de prevalencia en los trastornos asociados con el estrés en los profesionales de la salud que estuvieron atendiendo pacientes con dicha patología, debido a esto decidimos realizar encuestas a el personal de salud que labora en el hospital IESS Milagro donde logramos evidenciar un aumento creciente de cuadros traumáticos en el personal de salud en diferentes áreas por lo consiguiente se debería emplear intervenciones psicológicas/sociales de manera temprana</p>	
ADJUNTO PDF:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: +5934984057599 +5934984057599	E-mail: cynthialasluisa29@gmail.com nicky candell@hotmail.com
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE):	Nombre: Dra. Elizabeth Benites Estupiñán	
	Teléfono: +593-9900090913	
	E-mail: ebenites@homail.com	
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA		
No. DE REGISTRO (en base a datos):		
No. DE CLASIFICACIÓN:		
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):		