

[Coordinadora]
María Auxiliadora Santacruz Vélez

Medicina y Salud

Un Panorama Integral de
Especialidades y Avances
Científicos
(Volumen I)



Religación Press

María Auxiliadora Santacruz Vélez
Coordinadora

Medicina y Salud

Un Panorama Integral de Especialidades y Avances Científicos (Volumen I)



Quito, Ecuador
2025

María Auxiliadora Santacruz Vélez
Coordinator

Medicine and Health

A Comprehensive Overview of Specialties and Scientific Advances (Volume I)



Quito, Ecuador
2025

Religación Press

[Ideas desde el Sur Global]

Equipo Editorial / Editorial team

Ana B. Benalcázar
Editora Jefe / Editor in Chief
Felipe Carrión
Director de Comunicación / Scientific Communication Director
Melissa Díaz
Coordinadora Editorial / Editorial Coordinator
Sarahi Licango Rojas
Asistente Editorial / Editorial Assistant

Consejo Editorial / Editorial Board

Jean-Arsène Yao
Dilrabo Keldiyorovna Bakhronova
Fabiana Parra
Mateus Gamba Torres
Siti Mistima Maat
Nikoleta Zampaki
Silvina Sosa

Religación Press, es parte del fondo editorial del
Centro de Investigaciones CICSHAL-RELIGACIÓN |
Religación Press, is part of the editorial collection
of the CICSHAL-RELIGACIÓN Research Center |
Diseño, diagramación y portada | Design, layout and
cover: Religación Press.
CP 170515, Quito, Ecuador. América del Sur.
Correo electrónico | E-mail: press@religacion.com
www.religacion.com

Disponible para su descarga gratuita en
| Available for free download at | [https://
press.religacion.com](https://press.religacion.com)

Este título se publica bajo una licencia de
Atribución 4.0 Internacional (CC BY 4.0)
This title is published under an Attribution
4.0 International (CC BY 4.0) license.



CITAR COMO [APA 7]

Santacruz Vélez, M. A. (Coord) (2025). *Medicina y Salud. Un Panorama Integral de Especialidades y Avances Científicos (Volumen I)*. Religación Press. <https://doi.org/10.46652/ReligacionPress.275>

Derechos de autor | Copyright: Religación Press, María Auxiliadora Santacruz Vélez; Isaac Lira Rivera, Lucio Alberto Sosa Bitulas, Juan Ramos López, Lidia Gonzalez Paucarhuanca, Angelica Ramirez Espinoza, Rosa Natali Argumedo Morote, Luisa Katerine Bustamante Espinoza, Erika Viviana Tapia Urgilez, Narcisa Elizabeth Pineda Loja, José Isidro Yamasqui Padilla, Luis Salvador Moncayo Molina, Annel González-Vázquez, Jonathan Hermayn Hernández-Valles, Josefina Sarai Candía Arredondo, Arodi Tizoc Márquez, Tannia Briones, Veronica Sumba, Isabel Mesa.

Primera Edición | First Edition: 2025

Editorial | Publisher: Religación Press

Materia Dewey | Dewey Subject: 613 - Promoción de la salud

Clasificación Thema | Thema Subject Categories: MB - Medicina: cuestiones generales | MKE - Odontología | MBD - Profesión médica | MQC - Enfermería | JKSR - Programas de asistencia y ayuda

BISAC: MED000000

Público objetivo | Target audience: Profesional / Académico | Professional / Academic

Colección | Collection: Salud

Soporte | Format: PDF / Digital

Publicación | Publication date: 2025-03-25

ISBN: 978-9942-561-10-7

Título: Medicina y Salud. Un Panorama Integral de Especialidades y Avances Científicos (Volumen I)

Medicine and Health. A Comprehensive Overview of Specialties and Scientific Advances (Volume I)

Medicina e Saúde. Um Panorama Integral de Especialidades e Avanços Científicos (Volume I)

Revisión por pares

La presente obra fue sometida a un proceso de evaluación mediante el sistema de dictaminación por pares externos bajo la modalidad doble ciego. En virtud de este procedimiento, la investigación que se desarrolla en este libro ha sido avalada por expertos en la materia, quienes realizaron una valoración objetiva basada en criterios científicos, asegurando con ello la rigurosidad académica y la consistencia metodológica del estudio.

Peer Review

This work was subjected to an evaluation process by means of a double-blind peer review system. By virtue of this procedure, the research developed in this book has been endorsed by experts in the field, who made an objective evaluation based on scientific criteria, thus ensuring the academic rigor and methodological consistency of the study.

Coordinadora

María Auxiliadora Santacruz Vélez

Universidad Católica de Cuenca | Unidad Académica de Posgrado | Maestría en Derecho Médico | Cuenca | Ecuador

<https://orcid.org/0000-0001-9617-7289>

maria.santacruz@ucacue.edu.ec

Médica por la Universidad de Cuenca, Especialista en Medicina Legal por la Universidad Nacional de Rosario (Argentina); Magister en Gerencia en Salud para el Desarrollo Local por la Universidad Técnica Particular de Loja, Docente de la carrera de Medicina de la Universidad Católica de Cuenca (5 años), Docente de Posgrado Maestría en Derecho Médico de la Universidad Católica de Cuenca (3 años), Coordinadora Académica de la Maestría en Derecho Médico de la Universidad Católica de Cuenca (4 años), Miembro del Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos de la Universidad Católica de Cuenca, Gerente del Hospital Universitario Católico de Cuenca.

Autores/as

María Auxiliadora Santacruz Vélez; Isaac Lira Rivera, Lucio Alberto Sosa Bitulas, Juan Ramos López, Lidia Gonzalez Paucarhuanca, Angelica Ramirez Espinoza, Rosa Natali Argumedeo Morote, Luisa Katerine Bustamante Espinoza, Erika Viviana Tapia Urgilez, Narcisa Elizabeth Pineda Loja, José Isidro Yamasqui Padilla, Luis Salvador Moncayo Molina, Annel González-Vázquez, Jonathan Hermayn Hernández-Valles, Josefina Sarai Candia Arredondo, Arodi Tizoc Márquez, Tannia Briones, Verónica Sumba, Isabel Mesa.

Resumen

Esta obra presenta un abordaje multidisciplinar de diversos aspectos de la salud contemporánea. Inicia con un caso clínico detallado de psoriasis vulgar en una paciente de 46 años, proponiendo un innovador enfoque fisioterapéutico. Examina luego las respuestas culturales al COVID-19 en la comunidad peruana de Lorenzayuq, revelando cómo las prácticas tradicionales interactúan con las medidas sanitarias. La sección clínico-quirúrgica analiza casos reales que ilustran desafíos y soluciones en la práctica médica. Un estudio sobre conductas de riesgo en población universitaria identifica factores psicosociales críticos y oportunidades de intervención. Finalmente, profundiza en el manejo no farmacológico de la EPOC, evaluando su impacto en la calidad de vida de los pacientes. Dirigido a profesionales de la salud, el libro combina investigación rigurosa con aplicaciones prácticas, ofreciendo perspectivas valiosas para el tratamiento de enfermedades crónicas, la salud pública y la prevención, con especial énfasis en enfoques integrales e interculturales.

Palabras clave:

Psoriasis; COVID-19; cirugía; conductas riesgo; EPOC.

Abstract

This work presents a multidisciplinary approach to various aspects of contemporary healthcare. It begins with a detailed clinical case of psoriasis vulgaris in a 46-year-old female patient, proposing an innovative physiotherapeutic approach. It then examines cultural responses to COVID-19 in the Peruvian community of Lorenzayuq, revealing how traditional practices interact with health measures. The clinical-surgical section analyzes real cases illustrating challenges and solutions in medical practice. A study on risk behaviors in university students identifies critical psychosocial factors and intervention opportunities. Finally, it explores non-pharmacological management of COPD, assessing its impact on patients' quality of life. Aimed at healthcare professionals, the book combines rigorous research with practical applications, offering valuable perspectives for treating chronic diseases, public health, and prevention, with special emphasis on comprehensive and intercultural approaches.

Keywords: Psoriasis; COVID-19; surgery; risk behaviors; COPD.

Resumo

Esta obra apresenta uma abordagem multidisciplinar de diversos aspectos da saúde contemporânea. Inicia com um caso clínico detalhado de psoríase vulgar em uma paciente de 46 anos, propondo uma abordagem fisioterapêutica inovadora. Em seguida, examina as respostas culturais à COVID-19 na comunidade peruana de Lorenzayuy, revelando como as práticas tradicionais interagem com as medidas sanitárias. A seção clínico-cirúrgica analisa casos reais que ilustram desafios e soluções na prática médica. Um estudo sobre comportamentos de risco em universitários identifica fatores psicossociais críticos e oportunidades de intervenção. Por fim, aprofunda-se no manejo não farmacológico da DPOC, avaliando seu impacto na qualidade de vida dos pacientes. Dirigido a profissionais da saúde, o livro combina pesquisa rigorosa com aplicações práticas, oferecendo perspectivas valiosas para o tratamento de doenças crônicas, saúde pública e prevenção, com ênfase especial em abordagens integrais e interculturais.

Palavras-chave: Psoríase; COVID-19; cirurgia; comportamentos de risco; DPOC.

Contenido

Revisión por pares	6
Peer Review	6
Sobre los autores/ About the authors	8
Resumen	10
Abstract	10
Resumo	11

Capítulo 1

<i>Caso clínico: paciente femenino de 46 años con Psoriasis Vulgaris, propuesta y abordaje mediante tratamiento Fisioterapéutico</i>	18
Isaac Lira Rivera	

Capítulo 2

<i>Salud pública y prácticas culturales frente al COVID-19 en la comunidad Lorenzayuuq, Perú</i>	35
Lucio Alberto Sosa Bitulas, Juan Ramos López, Lidia Gonzalez Paucarhuanca, Angelica Ramirez Espinoza, Rosa Natali Argumedo Morote	

Capítulo 3

<i>Perspectivas Clínico-Quirúrgico: casos reales</i>	58
Luisa Katerine Bustamante Espinoza, Erika Viviana Tapia Urgilez, Narcisa Elizabeth Pineda Loja, José Isidro Yamasqui Padilla, Luis Salvador Moncayo Molina	

Capítulo 4

<i>Conductas de riesgo en jóvenes universitarios</i>	95
Annel González-Vázquez, Jonathan Hermayn Hernández-Valles, Candia Arredondo Josefina Sarai, Arodi Tizoc Márquez	

Capítulo 5

<i>Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica. Impacto y abordaje no farmacológico</i>	113
Tannia Briones, Veronica Sumba, Isabel Mesa	

Tablas

Capítulo 3

Tabla 1. Signos vitales	68
Tabla 2. Examen céfalo-caudal o por sistemas	68
Tabla 3. Evolución de enfermería Soapie	76
Tabla 4. Tratamiento farmacológico	77
Tabla 5. Valoración de exámenes de laboratorio	85
Tabla 6. Plance	86
Tabla 7. Diagnósticos nanda NIC NOC	87

Capítulo 4

Tabla 1. Datos sociodemográficos	99
Tabla 3. Prevalencia de consumo de tabaco	100
Tabla 4. Prevalencia del consumo de alcohol por sexo	101
Tabla 5. Prevalencia del consumo de tabaco por sexo	101
Tabla 6. Frecuencias y proporciones del cuestionario de hábitos alimenticios.	102
Tabla 7. Frecuencias y proporciones del cuestionario de hábitos alimenticios.	103
Tabla 8. Frecuencias y proporciones del cuestionario de hábitos alimenticios por sexo.	103

Capítulo 5

Tabla 1. Prevalencia de la depresión en el adulto mayor en Latinoamérica	120
Tabla 2. Clasificaciones de la capacidad Física según la literatura científica.	122
Tabla 3. Factores de Riesgo de disminución de la capacidad Física.	123
Tabla 4. Complicaciones más prevalentes.	124
Tabla 5. Intervenciones de Enfermería.	125
Tabla 6. Necesidad de reforzar el autocuidado en los pacientes se utiliza la teoría de Marjory Gordón.	126

Figuras

Capítulo 3

Figura 1. Anatomía y fisiología normal conceptualización de la enfermedad 71

Figura 2. Etiología del cáncer de colon 72

Capítulo 5

Figura 1. Diagrama sobre la búsqueda de información. 119

Medicina y Salud

Un Panorama Integral de Especialidades y Avances Científicos

(Volumen I)

Lira Rivera, I. (2025). Caso clínico: paciente femenino de 46 años con Psoriasis Vulgaris, propuesta y abordaje mediante tratamiento Fisioterapéutico. En M. A. Santacruz Vélez (Coord). *Medicina y Salud. Un Panorama Integral de Especialidades y Avances Científicos (Volumen I)*. (pp. 18-33). Religación Press. <http://doi.org/10.46652/religacionpress.275.c455>



Capítulo 1

Caso clínico: paciente femenino de 46 años con Psoriasis Vulgaris, propuesta y abordaje mediante tratamiento Fisioterapéutico

Isaac Lira Rivera

Resumen

La psoriasis vulgaris es una enfermedad autoinmune que afecta al tejido epitelial, causando placas rojas y escamosas. Aunque existen opciones farmacológicas, la fisioterapia no ha sido ampliamente explorada como tratamiento. Este estudio busca demostrar la eficacia de la terapia física en los síntomas asociados a la psoriasis, mediante el uso de agentes físicos y técnicas de rehabilitación. Se realizó una revisión exhaustiva de la literatura para determinar las causas y cómo reducir los síntomas, con el objetivo de mejorar la calidad de vida de los pacientes. Se utilizaron herramientas como la escala PASI y el cuestionario DLQI para evaluar los efectos antes y después de la intervención fisioterapéutica. El enfoque fue cualitativo y exploratorio, y se identificaron limitaciones en la evidencia disponible, como la falta de ensayos clínicos de alta calidad. Se resalta la necesidad de una colaboración interdisciplinaria entre dermatólogos, fisioterapeutas y otros profesionales para un tratamiento integral.

Palabras clave: Psoriasis; Fisioterapia; Piel; Bienestar; Agentes físicos.

Introducción

La psoriasis vulgaris es una enfermedad inflamatoria crónica de la piel que se estima que “afecta entre el 1 y 3% de la población mundial” (Ferrandiz et al., 2014), de la cual no se conoce una causa directa, sin embargo, hay tres factores principales que pueden desencadenar el desarrollo de esta patología, los cuales son: factores socio-ambientales, componente genético y fallos del sistema inmunitario.

Para dar solución a esta patología es importante conocer todas las características por las que cursa la enfermedad así mismo saber su cuadro clínico cutáneo y sus clasificaciones, para preparar un correcto tratamiento dependiendo del tipo de psoriasis, de igual manera se identifican las zonas donde se presentan las placas, para lo cual se ocupan principalmente dos métodos: el primero es para evaluar la calidad de vida del paciente y el segundo para valorar la gravedad de la enfermedad donde se clasifican como psoriasis leve, moderada y severa.

Cuando aparece un brote agudo de psoriasis el principal tratamiento es la aplicación de corticoides tópicos para reducir la inflamación y el picor local, la terapia física tiene como principal objetivo en esta enfermedad disminuir los padecimientos que causa la psoriasis vulgaris mediante el uso de agentes físicos, ejercicio terapéutico, estiramientos y terapia manual, para esto se realizó una investigación de cada una de las herramientas que se ocuparían y se identificó en qué modalidades iban a ser aplicadas en la paciente, es importante tener en cuenta que la terapia física en patologías de la piel generalmente se realiza como parte de un enfoque de tratamiento integral, de la mano de otros profesionales, que puede incluir medicamentos tópicos, medicamentos orales y cambios en el estilo de vida.

Planteamiento del problema

La psoriasis es una enfermedad crónica autoinmune con manifestaciones predominantemente dermatológicas y articulares. El componente genético juega un papel muy importante, puesto que alrededor del 30% de los pacientes con psoriasis tienen un familiar de primer grado con la enfermedad (Velasquéz, 2017).

Es tanta la necesidad de encontrar un verdadero tratamiento para la psoriasis, que nace esta ideología de influir positivamente en esta por medio de la fisioterapia. En la ciudad de Tulancingo, Hidalgo, nos encontramos con un paciente femenino de 46 años, ama de casa, y residente en esta ciudad, con historia de psoriasis diagnosticada desde hace más de 15 años, recidivante, y con escasos periodos de remisión espontánea, sin presentar mejoría clínica en

respuesta a todos los tratamientos tópicos a los que se ha sometido. Actualmente se encuentra con 4 puntos de zonas psoriásicas: en el borde inferior de la escápula izquierda a nivel de la séptima costilla un brote elipsal del 1%, en glúteo izquierdo un brote elipsal del 2%, en el sacro un brote circular del 1% y por último en el tercio medio distal de la parte posterior de la pierna un brote elipsal del 2%, números establecidos según la escala BSA de acuerdo al porcentaje del tamaño corporal, si buscáramos clasificar el estadio actual de su psoriasis según la escala de PASI se encontraría en severo, de acuerdo al DLQI en gran afectación con 18 puntos y en un estado general de salud óptimo, sin secuelas psicológicas graves por su condición médica.

Para el abordaje de este caso clínico vamos a requerir de la fisioterapia, que según la OMS es:

El arte y la ciencia del tratamiento por medio del ejercicio terapéutico, calor, frío, luz, agua, masaje y electricidad. Además, la Fisioterapia incluye la ejecución de pruebas eléctricas y manuales para determinar el valor de la afectación y fuerza muscular, pruebas para determinar las capacidades funcionales, la amplitud del movimiento articular y medidas de la capacidad vital, así como ayudas diagnósticas para el control de la evolución. (Cuadra et al., 2021)

Tal como lo refiere Velasquez (2017), quien menciona que,

Por su condición crónica y recidivante, la psoriasis es una enfermedad difícil de tratar. Sumado a esto, el paciente puede experimentar estrés emocional y deterioro de la calidad de vida que lo pone en riesgo de desarrollar depresión. Por lo anterior, el fisioterapeuta debe proporcionar al enfermo toda la información disponible acerca de su padecimiento para que conozca la gravedad de su cuadro clínico y las opciones que tiene. Esto aumenta su confianza y le animará a cumplir su terapia, porque conocerá los objetivos y el alcance del tratamiento asignado.

El tratamiento tópico es apropiado en la psoriasis localizada (BSA < 5%). Los agentes de primera línea son los corticosteroides de alta potencia. Para evitar farmacodependencia se busca formular un método de intervención, más sano, más seguro, más económico, y con mejores resultados mediante la fisioterapia (Velasquez, 2017, pp 105).

Pregunta de investigación

¿La aplicación de las técnicas de rehabilitación existentes son elegibles como tratamiento para psoriasis vulgaris?

Objetivo General

Demostrar la eficacia de la fisioterapia en los padecimientos asociados a la psoriasis vulgaris mediante el uso de agentes físicos y las técnicas de rehabilitación humana.

Objetivos específicos

- Determinar qué métodos fisioterapéuticos ya conocidos se adaptan a la mejora de la sintomatología de la psoriasis vulgaris y aplicarlos.
- Reconocer los cambios físicos y estructurales en la piel luego de la intervención fisioterapéutica
- Mejorar la calidad de vida de la paciente mediante la disminución de la sintomatología asociada a la psoriasis vulgaris

Marco Teórico

Generalidades de la psoriasis

García (2022), refiere que “la psoriasis es una enfermedad inflamatoria crónica cuya manifestación característica es la hiperplasia de la epidermis en forma de lesiones eritematosas (enrojecidas) y descamativas en la piel” (p. 21). Actualmente, se define como una enfermedad de causa desconocida con base poligénica e inmunomediada, donde influyen factores ambientales y psicológicos. En cuanto a su prevalencia, que es muy variable según la zona geográfica, “se estima que afecta a entre el 1 y el 3% de la población mundial, y es una de las pocas enfermedades no transmisibles que la Organización Mundial de la Salud ha identificado como un importante problema de salud” (Formaggia et al., s.p) Dentro de las patologías inflamatorias autoinmunes, la psoriasis fluctúa entre periodos de remisión y exacerbación.

Para determinar la expresión elemental de esta afección García (2022), menciona que la presencia de lesiones eritemato-escamosas, pero puede presentar gran heterogeneidad clínica. En base a las características de las manifestaciones clínicas cutáneas, se clasifica en dos tipos principales:

Tipo estable crónico: psoriasis en placa o vulgaris: Engloba el 80 - 90% de los casos. Se caracteriza por la aparición de placas bien delimitadas en la piel, de color rojo mate con escamas laxamente adheridas, laminares, de color blancuzco que pueden formar lesiones más amplias y ser asintomáticas o producir prurito, ardor, dolor y/o sangrado. La mayoría de los pacientes con lesiones inactivas crónicas tiene una evolución de meses y años que se modifica con lentitud.

Tipo eruptivo inflamatorio: psoriasis en gota o guttate. Representa aproximadamente un 2 - 10% de los casos, se suele dar más en población infantil. Caracterizada por la aparición de múltiples lesiones pequeñas dispersas, por lo general en el tronco, y con una mayor tendencia a la desaparición espontánea, aunque pueden volverse recidivantes y evolucionar hacia la psoriasis estable crónica. (pp. 22)

Epidemiología

Es una enfermedad de distribución mundial con mayor predominio en países nórdicos y menor en zonas ecuatorianas. Se considera que existe una prevalencia de 1 – 2% en naciones industrializadas. En Latinoamérica, aunque no existen registros obligatorios, se considera que el 1% de la población está afectada por esta patología. La psoriasis se presenta en adultos con dos picos bimodales alrededor de los 20 y 60 años de vida. Las etnias afroamericanas y nativas de Latinoamérica presentan menor prevalencia, pero esto puede corresponder a un subregistro de los casos (González et al., 2024).

Clínicamente, la forma en placas corresponde al 80% de los pacientes, Así mismo, se sabe que es una enfermedad frecuentemente no diagnosticada, subclasificada en su severidad y/o sin el tratamiento adecuado, incluso en países primer mundistas (González et al., 2024).

Clasificación

Gonzalez et al. (2024), hace mención que existen varios métodos para clasificar la psoriasis basada en la patogenia, el área de piel afectada, la severidad o los patrones clínicos de presentación y según su evolución. Un mismo paciente

puede presentar varios tipos de psoriasis a la vez o en diferentes momentos de su vida. “El objetivo de las clasificaciones basados en la severidad es el de facilitar el manejo y la mejor evolución del paciente en cada situación” (p. 11).

Según Gonzalez et al. (2024), el porcentaje de área afectada de la piel

- Leve: menos del 3% de la piel
- Moderada: del 3-10% de la piel
- Severa: mayor del 10% de la piel

Según Gonzalez et al. (2024), las formas clínicas:

En placas o vulgar: es la forma más común, representando el 80-90%. Presenta placas eritematoescamosas **típicas de diferentes diámetros que suelen localizarse en zonas de extensión articular.**

Guttata: forma frecuente en niños y adultos jóvenes. Se presenta como pequeñas lesiones en forma de gota que predominan en tronco y regiones proximales de extremidades.

Invertida: forma localizada en grandes pliegues, con lesiones más eritematosas y brillantes que escamosas.

Eritrodérmica: Afecta 1-2% de los pacientes con psoriasis. Presenta eritema y descamación generalizada en más del 90% de la superficie corporal, con compromiso del estado general por alteración hidroelectrolítica y termoreguladora.

Pustulosa: forma infrecuente, caracterizada por pústulas estériles no foliculares. Puede ser generalizada con compromiso del estado general o localizada en palmas y plantas. (pp. 11)

Diagnóstico

Para determinar el diagnóstico de la enfermedad, Gonzalez et al. (2024), menciona que se puede usar la técnica del raspado metódico que consiste en el raspado de una placa de psoriasis, con la cual se ponen de manifiesto tres signos, que suelen ocurrir en forma ordenada:

Signo de la vela de estearina: desprendimiento de escamas secas blanquecinas

Signo de la membrana desplegable: película consistente, blanco pardusca y húmeda

Signo del rocío sangrante: se evidencia un puntillado hemorrágico dentro de la placa escamosa. (pp. 12)

La evaluación e interpretación conjunta del área e índice de gravedad de la psoriasis PASI (Psoriasis Area and Severity Index), del índice de calidad de vida dermatológico DLQI, (Dermatology Life Quality Index) y de la superficie de cuerpo afectada BSA, (Body Surface Area) son de los principales métodos médicos para la valoración de la gravedad de la enfermedad y su clasificación como psoriasis leve, moderada o severa. Se considera psoriasis grave aquella con valores de PASI, BSA y/o puntuación DLQI mayor de 10, o si, aún por debajo de estas puntuaciones, hay gran compromiso de áreas visibles del cuerpo, cuero cabelludo, genitales, presencia de onicólisis de al menos dos uñas, presencia de prurito elevada o placas recalcitrantes (Nast et al., 2022, citado por García, 2022). “Aproximadamente un 20% de los casos son considerados como psoriasis moderada-severa” (Puig, 2007, citado por García, 2022 p. 24).

Pautas higiénicas

La base para el control y manejo de la psoriasis, es evitar o controlar los factores desencadenantes. De igual forma, recomienda utilizar los métodos higiénicos adecuados para la prevención, cuidado y mantenimiento de la epidermis, las pautas higiénicas que sugiere Palomar (2009), donde explica que,

Al tratarse de una patología inflamatoria a nivel dérmico, las pautas higiénicas a seguir se encuentran en la misma línea que aquellas que se aplican en los casos de personas con dermatitis atópica. Las principales medidas a nivel higiénico son evitar productos agresivos, uñas bien recortadas, evitar la aplicación colonias o irritantes directamente sobre la piel, aplicación de baños con avena o aceites e hidratación con la aplicación de lociones nutritivas. Uso del ácido salicílico e la urea como principales queratolíticos usados en la psoriasis, siendo el primero el más indicado para las placas más gruesas. (Palomar, 2009, citado por Iborra, 2023, pp. 64)

Tratamiento tópico

Cuando una persona tiene picor, inflamación o algún otro síntoma relacionado con psoriasis, la principal opción de tratamiento son los corticoides de uso tópico.

Para el tratamiento de la psoriasis se emplean tratamientos tópicos a base de vitamina D que por sus características que ayudan a regular la hiperactividad del sistema inmunológico. “En los últimos años se investiga la aplicación y preparación

conjunta de análogos de la vitamina D como el calcipotriol y corticoides”, (Harder, 2015 citado por Iborra, 2023, p.65). La sinergia de ambos es más efectiva que la terapia individual donde se aplican por separado.

Para ello Wang (2020), hace énfasis en que los,

retinoides, derivados liposolubles de la vitamina A, aplicados de forma tópica también son otra de las opciones indicadas para tratar las placas de psoriasis. Si se centra la atención en otros tratamientos tópicos disponibles se encuentran los inhibidores de la calcineurina como el tacrolimus y el primecrolimus. Se trata de agentes que inhiben la activación de los linfocitos T y consiguen controlar la clínica de la psoriasis (Wang, 2020, citado por Iborra, 2023, p.65).

Metodología

Enfoque

Se definió el método cualitativo ya que se orienta a profundizar casos específicos y no a generalizar. La prioridad no fue medir, sino cualificar y describir lo que sucede al someter a la psoriasis vulgaris con la terapia física, para determinar si es una vía de tratamiento eficaz que pudiera explorarse más o detenerse ahí (Hernández y Mendoza, 2018).

Alcance

El alcance fue exploratorio ya que el objetivo era familiarizarse con el cuadro clínico de la psoriasis e influir en el por medio de agentes físicos, donde se iban modificando conforme los síntomas mejoraran. Al ser un tema poco abordado lo que se buscó fue documentar sobre las herramientas fisioterapéuticas y constatar la necesidad de una mayor investigación del tema (Hernández y Mendoza, 2018).

Diseño

Se eligió el diseño investigación-acción ya que es un método muy aplicado en los procesos exploratorios actuales, para estudiar, controlar y alcanzar los objetivos en la aplicación clínica. Constituye una importante alternativa en los métodos de investigación cualitativa, muy aplicado en entornos académicos donde existe una

fuerte vinculación de la teoría con la práctica, donde se producen un conjunto de espirales cíclicas de planeamiento, acción, observación y reflexión, que son consustanciales a las aproximaciones sucesivas en que se convierte la solución del problema (Hernández y Mendoza, 2018).

Población

Se eligió para la aplicación del protocolo de rehabilitación un paciente femenino de 46 años, con diagnóstico médico de psoriasis vulgaris. En la región de Tulancingo luego de hacer un estudio demográfico no se encontraron casos de personas con el mismo padecimiento, sin embargo, este mismo estudio puede aplicarse a cualquier persona de sexo indistinto que tenga psoriasis vulgaris ya sea aguda o crónica.

Instrumentos de recolección de datos

- Historia clínica completa del paciente: En este apartado se deberá indagar acerca de la aparición del cuadro clínico y los síntomas del paciente. Así como la evolución, recaídas, tratamientos previos y todo lo que tenga que ver con la enfermedad. De igual forma, servirá para determinar la posible causa.
- Medición del PASI: Está aceptada para medir la mejoría en los ensayos clínicos. Se obtiene una puntuación única entre 0 (no psoriasis) y 72 (psoriasis muy grave) calculada a partir de la superficie corporal afectada y de la gravedad de los signos de la psoriasis (eritema, induración y descamación) en cada zona corporal. Presenta varios problemas: solo es útil en psoriasis en placas, baja sensibilidad ante cambios en psoriasis leves, alta variabilidad interobservador.
- BSA (Body Surface Area): Se calcula asumiendo que la superficie de una palma incluyendo los dedos supone un 1% de la superficie corporal
- El impacto de la enfermedad en la calidad de vida del paciente suele medirse utilizando el Dermatology Index of Disease Severity (DLQI). Consta de 10 preguntas sencillas y es útil en la práctica clínica habitual.

Protocolo de intervención

Intervención fisioterapéutica a paciente femenino con psoriasis vulgaris, la cual presenta 4 puntos principales de brotes psoriásicos activos severos según la escala de PASI. Se identificaron los medios físicos que mejor se adaptaban al tratamiento y a las necesidades de la paciente:

Tabla 1. Protocolo de intervención

Día	Actividad a realizar	Procedimiento
22 de enero del 2024	Presentación del caso clínico	Acudir al centro de fisioterapia y rehabilitación LUX y proponer la intervención fisioterapéutica. Realizar plática informativa explicando el protocolo a seguir durante los días de trabajo y los requisitos que debe acatar la paciente para proceder a la intervención fisioterapéutica. Dar a conocer los días y horarios de la capacitación
24 de enero del 2024	Evaluación del estatus actual de la paciente	Aplicar escalas de valoración y realizar historia clínica de la paciente.
24 de enero-31 de enero	Aplicación de propuesta de tratamiento fisioterapéutico	Radiofrecuencia (15 minutos) Fototerapia (15 minutos) Ejercicio terapéutico (30 minutos): Calentamiento (5 minutos): Ejercicios de movilidad y resistencia (20 minutos) Estiramientos (5 minutos)
31 de enero-7 de febrero	Aplicación de propuesta de tratamiento fisioterapéutico	Crioterapia, (15 minutos) Presoterapia (15 minutos) Ejercicio terapéutico (30 minutos) Calentamiento (5 minutos): Ejercicios de fuerza y pliometría (20 minutos) Estiramientos (5 minutos)
7 de febrero-14 febrero	Aplicación de propuesta de tratamiento fisioterapéutico	Vaporizador (10 minutos) Alta frecuencia (10 minutos) Masaje para cicatriz (10 minutos) Ejercicio terapéutico Calentamiento (5 minutos): Ejercicios de coordinación y equilibrio (20 minutos) Estiramientos (5 minutos)

Día	Actividad a realizar	Procedimiento
14 de febrero- 21 de febrero	Aplicación de propuesta de tratamiento fisioterapéutico	Electroterapia (15 minutos) Ultrasonido pulsado (7 minutos) Ultrasonido continuo (7 minutos) Ejercicio terapéutico Calentamiento (5 minutos): Ejercicios posturales para mejorar y corregir la postura (20 minutos) Estiramientos (5 minutos)
21 de febrero- 28 de febrero	Aplicación de propuesta de tratamiento fisioterapéutico	Magnetoterapia (15 minutos) Presoterapia (15 minutos) Ejercicio terapéutico: Calentamiento (5 minutos): Ejercicios enfocados a la relajación y respiración (20 minutos) Estiramientos (5 minutos)
28 de febrero- 6 de marzo	Aplicación de propuesta de tratamiento fisioterapéutico	Radiofrecuencia (15 minutos) Masaje para cicatriz (15 minutos) Ejercicio terapéutico Calentamiento (5 minutos): Ejercicios para mantener y aumentar la amplitud de movimiento (20 minutos) Estiramientos (5 minutos)
6 de marzo- 13 de marzo	Aplicación de propuesta de tratamiento fisioterapéutico	Crioterapia (15 minutos) Alta frecuencia (10 minutos) Ejercicio terapéutico Calentamiento (5 minutos): Ejercicios Aumentar la fuerza y resistencia muscular (20 minutos) Estiramientos (5 minutos)
13 de marzo- 20 de marzo	Aplicación de propuesta de tratamiento fisioterapéutico	Fototerapia (15 minutos) Electroterapia (15 minutos) Ejercicio terapéutico Calentamiento (5 minutos): Ejercicios de equilibrio y coordinación (20 minutos) Estiramientos (5 minutos)
20 de marzo- 27 de marzo	Aplicación de propuesta de tratamiento fisioterapéutico	Ultrasonido pulsátil (7 minutos) Ultrasonido continuo (7 minutos) Vaporizador (15 minutos) Ejercicios terapéuticos Calentamiento (5 minutos): Ejercicios pliométricos (20 minutos) Estiramientos (5 minutos)

Fuente: elaboración propia

Discusión

Luego de cumplir con la intervención fisioterapéutica para la disminución de la sintomatología de la psoriasis vulgaris mediante agentes físicos y ejercicio terapéutico, concluyo que este programa de rehabilitación ayudo a disminuir los síntomas como lo son la comezón, enrojecimiento, escamación, ardor y el dolor, además de reducir el porcentaje corporal de las zonas activas de psoriasis según la escala de BSA iniciando con un 6% y al finalizar las terapias un 4%, la segunda escala que demuestra los resultados positivos es PASI ya que la paciente inicio con 11.7 puntos estableciendo que su psoriasis se clasificaba en severo, al finalizar la terapia y valorando de nuevo, la escala arrojó que la paciente obtuvo 4 puntos clasificándose en psoriasis “leve”, la última escala que fue utilizada fue DLQI la cual sirve para valorar la calidad de vida de los pacientes que cursan por este padecimiento, en la valoración inicial se obtuvieron 18 puntos después de realizar las 10 preguntas identificado como gran afección en su calidad de vida, al finalizar el mismo cuestionario obtuvo un resultado de 3 puntos indicando que había poca afección después de las 10 semanas de terapias.

Roman (2020), menciona que es importante también que dicho tratamiento sea individualizado por las diferentes variaciones en el tiempo y el curso de la enfermedad en los diversos pacientes con afecciones reumáticas y, en concreto, en la AP, lo cual fue reflejado en las recomendaciones establecidas para el abordaje de la misma.

Es importante mencionar que para valorar de mejor manera la eficacia del tratamiento este debería de ser constante y repetitivo, ya que, si bien fueron óptimos los resultados obtenidos, se asume que con el seguimiento de la terapia las zonas afectadas por la psoriasis podrían inactivarse en su totalidad, complementando las terapias fisioterapéuticas con el tratamiento médico.

La mayor parte de los estudios investigan sobre el efecto de determinados tipos de técnicas fisioterápicas con efecto sobre todo a nivel de la mano y columna espinal, quizás por ser más discapacitantes (Roman, 2020).

A continuación, se muestran los resultados obtenidos de acuerdo a las escalas BSA, PASI Y DLQI antes y después de la intervención:

Tabla 2. Discusión de resultados

	Escala de BSA	Escala de PASI	Escala de DLQI
Día o Evaluación inicial	6%	Severo 11.7 puntos	Gran afectación 18 puntos
Primera semana de intervención fisioterapéutica	6%	Severo 10.4 puntos	Gran afección 17 puntos
Segunda semana de intervención fisioterapéutica	6%	Moderado 10 puntos	Gran afección 17 puntos
Tercera semana de intervención fisioterapéutica	5%	Moderado 9.6 puntos	Gran afección 15 puntos
Cuarta semana de intervención fisioterapéutica	5%	Moderado 8.7 puntos	Gran afección 11 puntos
Quinta semana de intervención fisioterapéutica	5%	Moderada 7.8 puntos	Afección moderada 10 puntos
Sexta semana de intervención fisioterapéutica	5%	Moderada 6 puntos	Afección moderada 10 puntos
Séptima semana de intervención fisioterapéutica	4%	Moderado 5.4 puntos	Afección moderada 8 puntos
Octava semana de intervención fisioterapéutica	4%	Moderado 5 puntos	Afección moderada 7 puntos
Novena semana de intervención fisioterapéutica	4%	Leve 4 puntos	Poca afección 4 puntos

Fuente: elaboración propia

Conclusión

Al culminar este plan de intervención con el objetivo de demostrar la eficiencia de un plan de rehabilitación para el tratamiento de los padecimientos asociados a la psoriasis vulgaris, demostrando que hubo cambios significativos en

el cuadro clínico donde el área afectada disminuyo su tamaño, así como los datos clínicos como el enrojecimiento, comezón e inflamación.

Se concluye que se cumplió el objetivo general debido a los resultados positivos de las terapias con el uso de medios físicos y ejercicio terapéutico en la sintomatología de la psoriasis vulgaris, evaluando de primera instancia los agentes físicos adecuados para este padecimiento e investigando sus beneficios, indicaciones y contraindicaciones, para saber si eran aplicables en la psoriasis. Una vez teniendo en cuenta los agentes que se usarían se organizó un protocolo de atención para la paciente y organizar las terapias, fueron visibles los cambios que tenía la paciente terapia con terapia, en las zonas activas de psoriasis y la paciente refería que los síntomas como comezón, enrojecimiento, descamación, ardor y dolor bajaban en el transcurso del tratamiento.

Se demostró la efectividad de los medios físicos en el manejo de la psoriasis vulgaris: se observó que los medios físicos utilizados mediante fototerapia, crioterapia, presoterapia, alta frecuencia, ultrasonido terapéutico, vaporizador, electroestimulación, magnetoterapia y masaje para cicatriz, fueron efectivos para reducir la gravedad de los síntomas y disminuir significativamente el tamaño de cada zona afectada en la paciente comparando el estadio inicial con las escalas de PASI, BSA Y DLQI y evaluando el final del tratamiento con las mismas. Estos resultados respaldan la utilidad de los medios físicos como parte del tratamiento integral de esta condición cutánea al igual que demuestra los beneficios del ejercicio terapéutico. Se encontró que el ejercicio terapéutico tuvo efectos positivos en la salud física y emocional de la paciente. Además de mejorar la movilidad y la fuerza muscular, el ejercicio terapéutico ayudó a reducir el estrés y mejorar la calidad de vida de la paciente. Se destaca la importancia de un enfoque multidisciplinario en el manejo de la psoriasis vulgaris, que incluya la colaboración entre dermatólogos, fisioterapeutas y otros profesionales de la salud. Integrar medios físicos y ejercicio terapéutico en el plan de tratamiento puede proporcionar beneficios significativos adicionales a los pacientes.

Aunque los resultados fueron positivos, se reconoce la necesidad de realizar estudios para evaluar la efectividad a largo plazo de los medios físicos y el ejercicio terapéutico en el manejo de la psoriasis vulgaris. Esto ayudaría a determinar la durabilidad de los beneficios y a identificar cualquier efecto secundario o limitación que pudiese ocurrir.

Referencias

- Cuadra, L. (2021). El rol del fisioterapeuta en la actualidad. Comunicación breve. *Revista Sanitaria de Investigación*, 2(11).
- Ferrandiz, C., y Carrascosa, J. M. (2023). Prevalencia de la psoriasis en España en la era de los biológicos. *Actas Dermosifiliorg*, 5(105), 504-509.
- Formaggia, V., Chessé, C., Marabini, N., Tenerinni, M. L., y Innocenti, A. C. (2019). Psoriasis postulosa generalizada desencadenada por el uso inadecuado de corticoides sistémicos en un paciente con psoriasis vulgar. *Revista médica universitaria*, 15(2), 3-7.
- García, M. P. (2022). *Caracterización del efecto de los medicamentos biológicos sobre la inflamación vascular en pacientes con psoriasis* [Tesis doctoral, Universidad de Valencia].
- González, M., Acevedo, A., Baccharinni, E., Crespo, M., Filgueira, M., Gato, F., Gómez, B., Greco, C., López, V., Maiolino, M., Messina, R., Páez, L., Raco, C., Rodríguez, G., y Talanczuk, J. (2024). Consenso nacional de psoriasis. Guía de tratamiento. *Sociedad Argentina de Dermatología*, 2(2), 7-64.
- Hernández-Sampieri, R., y Mendoza, C. (2018). *Metodología de la investigación: las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. McGraw Hill.
- Iborra, P. E. (2023). *Psoriasis y dermatitis atópica: Adherencia a la fototerapia, conocimiento, percepción y manejo del proceso salud* [Tesis doctoral, Universidad de Valencia].
- Roman, N. N. (2020). *Fisioterapia y su influencia en el tratamiento de artritis psoriásica* [Tesis de licenciatura, Universidad de Salamanca].
- Velásquez, F. J. (2017). Psoriasis: Presentación de un caso clínico y revisión bibliográfica. *Revista médica hondureña*, 85(3-4), 103-107.

Clinical case: 46-year-old female patient with Psoriasis Vulgaris, proposal and approach by means of physiotherapeutic treatment.

Caso clínico: Paciente do sexo feminino, 46 anos, com Psoríase Vulgar, proposta e abordagem por meio de tratamento fisioterápico

Isaac Lira Rivera

Universidad del Fútbol y Ciencias del Deporte | Tulancingo | México

cidiv_tulancingo@uva.edu.mx

super-isaac1@hotmail.com

Licenciado de Fisioterapia egresado de la Universidad Tecnológica de Tulancingo.

Maestría en Fisioterapia y Kinesiología Deportiva egresado de la Universidad del Fútbol y Ciencias del Deporte.

Abstract

Psoriasis vulgaris is an autoimmune disease that affects epithelial tissue, causing red, scaly plaques. Although pharmacologic options exist, physical therapy has not been widely explored as a treatment. This study seeks to demonstrate the efficacy of physical therapy on the symptoms associated with psoriasis, using physical agents and rehabilitation techniques. A comprehensive review of the literature was conducted to determine the causes and how to reduce symptoms, with the aim of improving the quality of life of patients. Tools such as the PASI scale and the DLQI questionnaire were used to assess the effects before and after physiotherapeutic intervention. The approach was qualitative and exploratory, and limitations in the available evidence were identified, such as the lack of high quality clinical trials. The need for interdisciplinary collaboration between dermatologists, physiotherapists and other professionals for comprehensive treatment is highlighted.

Keywords: Psoriasis; Physical therapy; Physiotherapy; Skin; Wellness; Physical agents.

Resumo

A psoríase vulgar é uma doença autoimune que afeta o tecido epitelial, causando placas vermelhas e escamosas. Embora existam opções farmacológicas, a fisioterapia não tem sido amplamente explorada como tratamento. Este estudo tem como objetivo demonstrar a eficácia da fisioterapia nos sintomas associados à psoríase, usando agentes físicos e técnicas de reabilitação. Foi realizada uma revisão abrangente da literatura para determinar as causas e como reduzir os sintomas, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida dos pacientes. Ferramentas como a escala PASI e o questionário DLQI foram usadas para avaliar os efeitos antes e depois da intervenção fisioterapêutica. A abordagem foi qualitativa e exploratória, e foram identificadas limitações nas evidências disponíveis, como a falta de ensaios clínicos de alta qualidade. Destaca-se a necessidade de colaboração interdisciplinar entre dermatologistas, fisioterapeutas e outros profissionais para um tratamento abrangente.

Palavras-chave: Psoríase; Fisioterapia; Pele; Bem-estar; Agentes físicos.

Sosa Bitulas, L. A., Ramos López, J., Gonzalez Paucarhuanca, L., Ramirez Espinoza, A., y Argumedo Morote, R. N. (2025). Salud pública y prácticas culturales frente al COVID-19 en la comunidad Lorenzayuq, Perú. M. A. Santacruz Vélez (Coord). *Medicina y Salud. Un Panorama Integral de Especialidades y Avances Científicos (Volumen I)*. (pp. 35-56). Religación Press. <http://doi.org/10.46652/religacionpress.2715.c456>



Capítulo 2

Salud pública y prácticas culturales frente al COVID-19 en la comunidad Lorenzayuq, Perú

Lucio Alberto Sosa Bitulas, Juan Ramos López, Lidia Gonzalez Paucarhuanca, Angelica Ramirez Espinoza, Rosa Natali Argumedo Morote

Resumen

El estudio analizó las prácticas culturales y la respuesta sanitaria ante el COVID-19 en la comunidad rural de Lorenzayuq y la ciudad de Ayacucho, Perú. Se enmarcó en un enfoque cualitativo y descriptivo, con observación participante y entrevistas semiestructuradas a 30 personas. Se examinó cómo los imaginarios y percepciones sobre la enfermedad, el uso de mascarillas, el acceso a medicamentos y la vacunación variaron según el contexto. El artículo exploró las diferencias entre lo rural y lo urbano en la implementación de medidas sanitarias. Mientras en las ciudades se aplicaron restricciones estrictas, en zonas rurales se adoptaron estrategias propias, influidas por la organización comunitaria, el acceso a la información y las creencias tradicionales. Se abordó la interacción entre medicina convencional y tratamientos alternativos, así como la resistencia a la vacunación en algunos sectores. El análisis resaltó la importancia de los imaginarios colectivos en la interpretación de la pandemia. Se destacó la necesidad de estrategias de salud pública que consideren las particularidades culturales y sociales de cada contexto, permitiendo una respuesta más efectiva y pertinente.

Palabras clave: Prácticas culturales; salud pública; resiliencia; COVID-19; percepción comunitaria.

Introducción

En los últimos tiempos, desde el enfoque de las ciencias sociales, se ha analizado cómo las sociedades construyen percepciones e imaginarios colectivos en torno a determinados hechos. Es evidente que no todas las personas deben pensar de la misma manera; las diferencias son inevitables y, a su vez, constituyen el punto de partida para reconocer y valorar la diversidad humana, pues responden a realidades y contextos específicos y diversos (Arguedas, 2014).

Intentar uniformar una nación con múltiples identidades culturales implica forzar la idea de eliminar diferencias, algo promovido, en parte, por las dinámicas de la globalización. Sin embargo, en un contexto de transformación de identidades, queda claro que las discrepancias persisten incluso en los niveles más pequeños de la sociedad. Esto lleva a reflexionar que la riqueza de una nación no reside en la homogeneidad, sino en la preservación de su memoria colectiva y en el conocimiento que puede emerger de su diversidad, elementos esenciales para avanzar hacia una verdadera interculturalidad.

La antropología médica no se limita a estudiar el impacto del COVID-19, sino que también explora cómo las personas interpretan las enfermedades y los procesos de diagnóstico, tratamiento y curación. Además, examina las percepciones de la pandemia en contextos urbanos y rurales, destacando las diferencias en la implementación de protocolos. Mientras las ciudades adoptaron restricciones estrictas, en áreas rurales se implementaron medidas particulares, como el cierre de fronteras locales y cuarentenas para migrantes, utilizando espacios comunitarios como instituciones educativas o municipios. Sin embargo, la percepción de estas acciones varió ampliamente según el contexto; en muchos casos, las actividades cotidianas continuaron con aparente normalidad. Asimismo, se reconoce la eficacia de tratamientos tradicionales, aunque persisten resistencias hacia la vacunación, motivadas por creencias culturales y diferencias contextuales.

Cuando el Estado peruano declaró la emergencia sanitaria e implementó medidas preventivas, estas se establecieron para todo el país, sin distinciones claras entre zonas urbanas y rurales. Aunque las recomendaciones de bioseguridad fueron atendidas en gran medida en las ciudades, en áreas rurales, como Quinua, muchas personas carecían de información sobre la razón de medidas como el confinamiento, el uso de mascarillas o el lavado de manos. Este desconocimiento revela una brecha significativa en la comunicación y aplicación de políticas públicas en territorios con dinámicas culturales y sociales diferentes (Berger y Luckmann, 1986).

Las acciones del gobierno y la población durante la pandemia reflejaron cómo los ideales tradicionales de roles sociales siguen influyendo en la sociedad,

siendo más factible el confinamiento en zonas urbanas que en áreas rurales, donde la época de cosecha impedía un encierro estricto y aseguraba el suministro de alimentos a las ciudades. Desde la antropología, se entiende que las percepciones sobre las medidas sanitarias varían según los contextos, evidenciando cómo las diferencias culturales y sociales condicionaron su cumplimiento

En este análisis se destacan las categorías de imaginario, percepciones y el impacto de la COVID-19, considerando una integración de enfoques provenientes de las ciencias sociales. Este enfoque interdisciplinario permite abordar con mayor claridad las percepciones que, en algunos casos, pueden resultar abstractas o inconsistentes entre los actores sociales. No obstante, muchas disciplinas que estudian al ser humano tienden a adoptar una perspectiva “ética”, es decir, externa y general, que a menudo ignora el contexto práctico y particular de cada individuo. La diversidad de experiencias humanas es un aspecto clave, ya que las relaciones de las personas no siempre son horizontales. Estas se fundamentan, en gran medida, en interacciones cercanas y significativas dentro de su entorno social más próximo. Este factor resulta fundamental en el análisis de percepciones, ya que omitirlo conllevaría a una visión reduccionista que homogeniza a las sociedades, desconociendo su complejidad y pluralidad.

En relación con el concepto de lo imaginario, Durand (1982), lo define como “el conjunto de imágenes y de relaciones de imágenes que constituyen el capital pensado” (p. 11). Este “capital pensado” incluye conocimientos, experiencias y perspectivas que conforman lo que se denomina capital humano, el cual influye directamente en nuestro comportamiento y en la toma de decisiones, ya sea de manera favorable o desfavorable, en respuesta a las demandas del entorno social. Castoriadis (1975), complementa esta idea al señalar que los imaginarios sociales están constituidos por creencias y significados compartidos que desempeñan un rol esencial en la formación y sostenimiento de la sociedad y sus instituciones. Estos imaginarios no solo afectan la percepción individual de la realidad, sino que también moldean las estructuras sociales y determinan la manera en que interactuamos y nos relacionamos en sociedad. Posteriormente, Castoriadis (2013), amplía esta perspectiva, argumentando que lo imaginario es una creación constante e indeterminada, tanto en lo histórico-social como en lo psíquico, a través de figuras y formas que fundamentan lo que entendemos como realidad y racionalidad (p. 12). Baeza (2011), también contribuye al análisis, afirmando que el imaginario se refiere a tipos específicos de relaciones sociales que incluyen estilos de pensamiento, comportamiento y juicio. Estos elementos configuran la percepción de la realidad, definiendo lo que se considera plausible y aceptado dentro de un contexto social compartido. En esta línea, Taylor (2006), añade que los imaginarios sociales influyen en cómo las personas conciben su existencia, las relaciones que establecen, los eventos que interpretan, y las expectativas y valores que guían su interacción. En esencia, los imaginarios no solo modelan la

percepción de la realidad, sino que también impactan las normas y valores que estructuran las interacciones humanas.

De modo que, el imaginario puede entenderse como el conjunto de ideas, representaciones y conceptos que una persona o sociedad construye respecto a una realidad, tanto subjetiva como objetiva, y que influye directamente en las acciones humanas. Este proceso está profundamente vinculado a la creatividad de nuestras mentes y a la influencia de los contextos culturales y sociales en los que nos desenvolvemos. Así, la “realidad” y la “racionalidad” se presentan como construcciones dinámicas, en constante transformación, adaptándose a las percepciones y comprensiones cambiantes del mundo.

La percepción, como elemento esencial de la existencia humana, ha sido ampliamente estudiada desde diversas perspectivas, destacándose su capacidad para reflejar tanto factores internos como externos en la construcción de la realidad. Según Carterette y Friedman (1982), citados por Arias (2006), la percepción es una función clave de la conciencia, que configura la realidad experimentada a través de la actividad de receptores estimulados por el entorno físico y modulada por la actividad del sujeto. Barthey (1982), también citado por Arias (2006), amplía este concepto al señalar que la percepción no solo pertenece al ámbito psicológico, sino que es un término de uso cotidiano, asociado con el conocimiento sensorial e intuitivo de los objetos y hechos. Estos enfoques resaltan cómo la percepción no solo se forma a partir de los elementos culturales internos, sino también de influencias externas, lo que la convierte en un proceso dinámico y multidimensional, fundamental para comprender la realidad desde contextos individuales y colectivos.

Aunque compartamos un mismo grupo social e identidad, cada persona interpreta de manera distinta los fenómenos, sucesos y manifestaciones que ocurren a su alrededor. Este contexto es clave para entender por qué, durante la pandemia, muchas comunidades no comprendieron el mensaje del confinamiento. En áreas donde las viviendas están separadas por distancias de 30 a 45 minutos de caminata, estas condiciones no fueron consideradas como un factor esencial de convivencia. Por ello, es fundamental analizar cada experiencia en su contexto específico, ya que solo así podremos identificar los elementos subyacentes que explican la realidad de las personas. Moya (1999), destaca que una comprensión integral de cada dimensión es crucial para sistematizar y construir significados, aunque como investigadores, a menudo podríamos pasar por alto ciertos aspectos implícitos. En este sentido, la percepción, según Bruner et al. (1958, citado en Arias, 2006), implica dos procesos esenciales: primero, la selección y simplificación de los datos externos para facilitar su almacenamiento y recuperación, y segundo, un esfuerzo por extrapolar la información obtenida, permitiendo predecir eventos futuros y reducir la incertidumbre.

Para abordar este proceso cultural, utilizamos los postulados de la psicología, reconociendo que la percepción es, en cierto sentido, una especulación. Sin embargo, permite comprender integralmente los procesos mediante los cuales el ser humano intenta interpretar su realidad, destacando la importancia de estas dimensiones en el desarrollo humano. La percepción social, como disciplina de la psicología social, ha enfrentado crisis de relevancia desde las décadas de 1960 y 1970 (Lara y Ocampo, 2002). Durante este período, al igual que la psicología social, buscó soluciones a problemas sociales y adaptó sus definiciones y enfoques en función de orientaciones críticas (Arias, 2006). Las percepciones individuales y grupales se construyen a partir de una realidad contextualizada, lo que influye directamente en cómo entendemos nuestro entorno y abordamos los problemas. Esta diferencia es inherente a la condición humana y refleja cómo cada individuo valora los elementos subyacentes de una problemática. No es posible, ni debería ser el objetivo, que todos tengan una misma valoración sobre un hecho. Más bien, esta diversidad debe ser reconocida y explicada, ya que a partir de ella se fundamentan las percepciones construidas en un contexto determinado (Geertz, 1973).

En síntesis, cada percepción es el resultado de una construcción personal basada en experiencias vividas. Estas experiencias previas son fundamentales para comprender un fenómeno, hecho o suceso, ya que ninguna realidad puede ser entendida sin la existencia de antecedentes significativos que hayan sido experimentados, ya sea de manera individual o colectiva. Este aprendizaje previo constituye un elemento esencial para interpretar y dar sentido a la realidad que enfrentamos.

Metodología

Esta investigación se enmarcó en un enfoque cualitativo, tal como lo proponen Hernández, Fernández y Baptista (2010), lo que permitió un análisis profundo de las experiencias y percepciones de los participantes en su contexto específico. Al tener una naturaleza no experimental y descriptiva, el diseño metodológico se centró en observar y registrar los fenómenos en su estado natural, sin manipular las variables de estudio. Además, el artículo se ubica en el nivel explicativo, el cual, según Hernández (2018), busca ir más allá de la mera descripción de los fenómenos, explorando las causas que subyacen en los eventos sociales y físicos, así como las condiciones que los determinan. Este enfoque fue fundamental para comprender por qué y bajo qué circunstancias se manifiestan las diferencias en los imaginarios y percepciones entre los contextos rural y urbano.

En cuanto a los instrumentos de investigación, se emplearon dos principales: la observación participante y las entrevistas semiestructuradas. La observación participante se realizó durante el periodo de emergencia sanitaria provocado por

la pandemia de COVID-19, permitiendo al investigador involucrarse directamente en el contexto y capturar detalles significativos sobre las dinámicas sociales. Por su parte, las entrevistas semiestructuradas se llevaron a cabo en dos localidades: la comunidad rural de Lorenzayuq y la ciudad de Ayacucho. Este instrumento se diseñó con 12 preguntas abiertas, lo que facilitó la obtención de respuestas detalladas y reflexivas por parte de los participantes. Se entrevistó a un total de 30 personas, distribuidas equitativamente entre las dos localidades (15 en cada una), generando un total de 360 respuestas que fueron analizadas con profundidad.

Este enfoque metodológico también resuena con las propuestas de Creswell (2013), quien enfatiza que los métodos cualitativos deben ser emergentes y adaptativos, permitiendo que las preguntas y técnicas se ajusten al contexto específico de la investigación. Creswell también subraya la importancia de los relatos y narrativas como herramientas para captar las percepciones y subjetividades de los participantes, un aspecto crucial en este estudio. Además, Flick (2007), contribuye a la discusión al resaltar que la metodología cualitativa se centra en comprender los casos en profundidad dentro de sus contextos particulares, y no en buscar generalizaciones amplias, lo cual fue esencial para explorar las diferencias en los imaginarios rurales y urbanos durante la pandemia.

El objetivo principal de esta investigación fue identificar y analizar las diferencias en los imaginarios y percepciones entre los contextos rural y urbano, especialmente en relación con las medidas de confinamiento y la gestión de la pandemia. Este análisis reveló cómo las realidades socioculturales, económicas y espaciales de cada contexto influyeron en las formas en que las personas interpretaron y respondieron a la emergencia sanitaria. En el ámbito rural, por ejemplo, se observaron percepciones influenciadas por las dinámicas comunitarias y la lejanía de las viviendas, mientras que en el ámbito urbano las respuestas estuvieron más condicionadas por la densidad poblacional y el acceso a información.

El periodo temporal de la investigación se centró en el año 2021, en el contexto del confinamiento social obligatorio impuesto durante la pandemia de COVID-19. Este marco temporal fue particularmente relevante, ya que permitió estudiar las respuestas de las personas en un momento de crisis global, donde las diferencias entre lo rural y lo urbano se hicieron especialmente evidentes. Este enfoque temporal y contextual enriqueció el análisis, proporcionando una comprensión integral de cómo las percepciones e imaginarios se moldearon en función de las condiciones particulares de cada entorno.

Resultados y discusión

El COVID-19

Uno de los aspectos estudiados en esta investigación es la percepción del COVID-19 como un fenómeno que impacta la salud, analizado desde los contextos rural y urbano. Para comprender esta percepción, se consideran las particularidades de cada escenario. En las áreas urbanas, la pandemia ha sido entendida como un fenómeno que exige estrictas medidas de distanciamiento social y aislamiento, además de una serie de precauciones destinadas a evitar la propagación del virus y su ingreso a los hogares. Este enfoque refleja una percepción más estructurada y alineada con las recomendaciones emitidas por las autoridades sanitarias.

Por otro lado, cabe destacar que, históricamente, las poblaciones han enfrentado diversas enfermedades utilizando una combinación de tratamientos caseros y medicamentos proporcionados por la medicina científica. Esta interacción entre prácticas tradicionales y modernas ofrece un contexto relevante para analizar cómo las comunidades, tanto rurales como urbanas, han respondido y adaptado sus estrategias frente al COVID-19, reflejando las particularidades culturales y sociales que influyen en su comprensión y manejo de la pandemia.

En ciertas comunidades campesinas, las autoridades locales implementaron medidas restrictivas para controlar la circulación de personas, tanto de entrada como de salida, como parte de su estructura organizativa social. Al mismo tiempo, algunas comunidades acogieron a poblaciones que buscaban escapar de las zonas urbanas, considerando que la pandemia podía expandirse e ingresar con quienes llegaban, un riesgo real desde el punto de vista médico. En este contexto, uno de los elementos recurrentes fue la generación de un miedo colectivo frente al contagio. Este temor, además de las implicancias sanitarias, estuvo asociado al miedo a la muerte, cuya connotación varía según el contexto: para las comunidades campesinas, la muerte es vista como un hecho inevitable contra el que no se puede luchar, mientras que en las áreas urbanas predomina la búsqueda de alternativas ofrecidas por la ciencia médica para preservar la vida.

En estas comunidades rurales, las medidas de inmovilización fueron implementadas, pero no tuvieron la misma duración que en los entornos urbanos. En un periodo relativamente corto, los pobladores rurales retomaron sus actividades cotidianas, como el cuidado de animales, cultivos y sembríos. Sin embargo, enfrentaron desafíos importantes relacionados con aquellos que retornaron a las comunidades tras un largo tiempo en las ciudades. Este retorno, en algunos casos percibido como unas “vacaciones forzadas”, dio lugar a nuevas dinámicas y conflictos territoriales, ya que muchos de estos retornantes

comenzaron a reclamar tierras, cultivarlas o construir viviendas. Además, este traslado implicaba la llegada de familias enteras, incluidos hijos y nietos, acostumbrados a las comodidades urbanas, lo que generó tensiones culturales y sociales dentro de las comunidades campesinas. Estos fenómenos reflejan las complejidades que emergieron en la convivencia entre los diferentes contextos durante la pandemia y su impacto en la organización comunitaria.

Es posible que las percepciones construidas dentro de un mismo grupo social presenten diferencias significativas entre sus integrantes. Esto se debe a que dichas construcciones no son uniformes ni aplicables de manera homogénea a todos los hombres y mujeres del grupo. Cada individuo desarrolla percepciones únicas influenciadas por sus experiencias personales y las dinámicas de su red de relaciones familiares. En algunos casos, estas construcciones también reflejan la necesidad de interacción y conexión con otros grupos familiares, lo que amplía las perspectivas individuales. Además, la modernidad ha facilitado la posibilidad de transitar entre diversos espacios en un solo día, lo que contribuye a una mayor interrelación y reconocimiento de nuestra identidad como seres sociales. Este fenómeno refuerza la construcción de percepciones colectivas e individuales, destacando cómo las experiencias y relaciones particulares moldean nuestra comprensión de la realidad y nuestro papel dentro de la sociedad.

Tabla 1. Respuestas de la pregunta 01, en el ámbito de lo rural y lo urbano.

Cód.	Pregunta 01: ¿Conoce la enfermedad del COVID-19?	
E1	No conozco mucho.	Por información de los medios de comunicación.
E2	Muy poco.	Sobre esta nueva enfermedad muy poco se conoce y se sabe.
E3	La gente habla, pero no se.	En realidad, siendo nueva enfermedad, nadie sabe explicar de qué se trata, excepto que digan que tienen un origen chino.
E4	Que será, pero todo y remedio.	El difícil saber de qué se trata esta nueva enfermedad por la poca información que existe.
E5	Eso es la gente débil.	De alguna manera si sabemos algo es porque lo hemos escuchado en los medios de comunicación a los médicos y especialistas
E6	No se.	De la aparición de esta enfermedad ya han transcurrido más de un año, y al parecer nadie tiene una explicación coherente y creíble.

Cód. Pregunta 01: ¿Conoce la enfermedad del COVID-19?		
E7	He escuchado muy poco.	He buscado información en Internet, pero no hay una información que ayude a entender de qué se trata esta enfermedad, lo único que se sabe es que es de alto riesgo
E8	La radio dice que es peligroso.	La mayor parte de los medios de comunicación han informado que el origen está en China, y lo que se nos ha dicho es que tengamos bastante cuidado en la limpieza e higiene.
E9	todos le tienen miedo.	Evidentemente es una enfermedad para el que no estuvimos preparados ni las personas ni el Estado peruano.
E10	Nosotros no sabemos nada de esa enfermedad.	Uno ya no sabe qué creer, tanto de la información sobre la enfermedad, que parece que se viene el fin de la humanidad.
E11	Sólo algunas personas dicen que es malo.	Todos los días escucho información en la televisión, y se habla de que es muy peligroso y muy riesgoso, a su vez el tratamiento es demasiado costoso.
E12	Muy poco, mi hijo es el que sabe más.	Nadie sabe explicar con mucha certeza de que se trata esta enfermedad.
	Rural	Urbano

Fuente: elaboración propia

Las diferencias en el conocimiento sobre el COVID-19 entre contextos rurales y urbanos destacan disparidades significativas en términos de acceso a la información, fuentes de conocimiento y percepciones sobre la enfermedad. En las áreas rurales, se observa un conocimiento más limitado, acompañado de una fuerte dependencia de fuentes locales de información, lo que genera percepciones estigmatizantes, temor generalizado y una falta de comprensión clara sobre el virus y su impacto. Estas limitaciones reflejan barreras estructurales en el acceso a información confiable y oportuna. Por su parte, en los contextos urbanos, las respuestas evidencian un mayor acceso a diversas fuentes de información, como los medios masivos y las plataformas digitales. Sin embargo, este acceso no está exento de desafíos, ya que se identifican confusión y escepticismo frente a la calidad y veracidad de los datos recibidos. A pesar de esto, en las zonas urbanas se percibe una mayor conciencia sobre los riesgos asociados al COVID-19, el origen del virus y las medidas preventivas necesarias, junto con preocupaciones específicas relacionadas con los costos del tratamiento y la efectividad de la gestión gubernamental. Las respuestas ponen de manifiesto las desigualdades

en la percepción y el entendimiento del COVID-19 entre lo rural y lo urbano. Esto subraya la necesidad de diseñar estrategias de comunicación y educación en salud que se adapten a las particularidades y necesidades de cada contexto, promoviendo una mejor comprensión y acción frente a la enfermedad en ambos entornos.

En este contexto, se identifican tres percepciones principales relacionadas con el impacto del COVID-19. La primera corresponde a las autoridades sanitarias a nivel nacional, quienes establecieron directrices y estrategias para contener la pandemia. La segunda abarca las perspectivas de las autoridades regionales y locales, cuyas interpretaciones y acciones estuvieron influenciadas por las particularidades de cada territorio. La tercera percepción proviene de las personas y familias dentro de las comunidades campesinas, donde las experiencias y entendimientos del virus estuvieron profundamente enraizados en sus dinámicas culturales y sociales.

Aunque podrían existir múltiples interpretaciones adicionales sobre la pandemia, estas tres perspectivas han sido asumidas como clave para analizar cómo se percibió el COVID-19 en las comunidades campesinas. Sin embargo, individualizar estas percepciones dificulta una comprensión integral de la magnitud y las implicancias de ser portador del virus en estos contextos. En un caso observado, una persona creyó estar enferma basándose en sueños recurrentes, lo que la llevó a aislarse voluntariamente de su familia y comunidad. Curiosamente, esta misma experiencia onírica le indicó más tarde que estaba recuperada, manteniendo todo el proceso en privado. Este ejemplo resalta cómo las percepciones individuales pueden estar influenciadas por creencias culturales y cómo estas moldean las formas de afrontar la enfermedad, a menudo alejadas de los enfoques médicos convencionales.

En términos generales, a pesar de contar con diversos medios de comunicación, como internet, televisión, prensa escrita y, especialmente, la radio, la difusión de información sobre la pandemia resultó insuficiente para transmitir de manera clara y efectiva los conocimientos y las implicancias del COVID-19. Este problema se agravó por la circulación de información distorsionada, lo que dificultó una comprensión precisa de la situación.

En las zonas rurales, como Quinua, las dinámicas organizativas y el uso de los espacios siguieron patrones diferentes a los de las áreas urbanas. Aunque las personas continuaron utilizando espacios públicos, las celebraciones habituales se suspendieron, mientras que actividades esenciales, como la agricultura, se mantuvieron con relativa normalidad. Además, la feria semanal se reprogramó de los domingos a otros días, adaptándose a las nuevas condiciones. El uso de mascarillas, por su parte, no era común en las zonas rurales, salvo en eventos específicos como reuniones o actividades públicas. Este contexto evidencia la

dificultad de implementar medidas como el confinamiento en comunidades rurales, donde las actividades cotidianas, como la agricultura, constituyen el núcleo de la vida diaria y son indispensables para la subsistencia.

Por el contrario, en las zonas urbanas, un porcentaje significativo de la población acató las disposiciones gubernamentales, particularmente las impulsadas por el sector salud. Estas medidas, respaldadas por el uso de fuerzas coercitivas, incluyeron multas y sanciones para garantizar su cumplimiento. Este contraste entre lo rural y lo urbano pone de manifiesto las diferencias estructurales y culturales en la forma de afrontar la pandemia, destacando la necesidad de estrategias diferenciadas y adaptadas a cada contexto.

La percepción del COVID-19 mostró una notable variación según el contexto territorial, lo que influyó directamente en las dinámicas de las comunidades campesinas y su capacidad para cumplir con las medidas de inmovilización y distanciamiento social. En estas comunidades, se observó una rápida vuelta a la cotidianidad, lo que dificultó la implementación sostenida de estas medidas. En este contexto, emergen dos aspectos clave. En primer lugar, se evidenció una discrepancia entre las percepciones declaradas y las acciones efectivas. Aunque el miedo a la enfermedad estaba presente, este no siempre se tradujo en prácticas concretas de prevención ni en una comprensión clara de los riesgos asociados al COVID-19. En segundo lugar, muchas comunidades campesinas optaron por organizarse a través de rondas campesinas, estableciendo estrategias locales como el bloqueo de la entrada de personas externas, la implementación de cuartos de cuarentena y la adopción de un distanciamiento social estricto durante actividades esenciales como las agrícolas. Estas medidas reflejan un esfuerzo por adaptar las recomendaciones generales a las particularidades de sus contextos, con el objetivo de minimizar el riesgo de contagio dentro de sus comunidades.

El uso de mascarillas

El uso de mascarillas se consolidó como un símbolo predominante en las ciudades para prevenir la propagación del COVID-19, especialmente en entornos médicos. Este equipo de protección, inicialmente vinculado al personal de salud y a laboratorios, se adoptó masivamente como una herramienta esencial para evitar la entrada de agentes contaminantes a través de las vías respiratorias. Además, su implementación se complementó con prácticas de higiene en la manipulación de alimentos y objetos cotidianos. Con el tiempo, la mascarilla se normalizó en los entornos urbanos, siendo considerada no solo como un equipo de protección personal, sino también como parte del atuendo diario.

En las zonas rurales, el uso de mascarillas fue principalmente obligatorio y, de no ser así, probablemente no habría sido adoptado de manera espontánea. Las

características de estas áreas, con mayor amplitud territorial y menor densidad de población, contribuyeron a una menor frecuencia de casos de COVID-19 en comparación con las ciudades. Sin embargo, cuando se requería su uso, la implementación en las zonas rurales fue limitada, ya que las medidas relacionadas con su uso no se difundieron ni aplicaron de manera efectiva. Incluso en contextos urbanos, era común que las personas reutilizaran una misma mascarilla en diferentes momentos de su rutina diaria. Dentro de las comunidades campesinas, el uso de mascarillas adquirió un significado particular. Su utilización se asociaba principalmente con visitas a centros de abastecimiento, como ferias o mercados, como una forma de mostrar obediencia a las disposiciones del gobierno nacional. En estos contextos, las mascarillas representaban una práctica “reapropiada” de las áreas urbanas, adoptada durante el tránsito por espacios públicos dentro de la comunidad.

Entre los pobladores rurales, el uso de mascarillas era percibido en dos escenarios principales. El primero surgía cuando una persona había tenido contacto directo con la sociedad urbana, y el segundo, cuando la comunidad percibía que existía un riesgo de contagio. En ambos casos, llevar mascarilla generaba la percepción de estar enfermo, lo que con frecuencia derivaba en aislamiento voluntario o la exigencia de abandonar la comunidad. Este fenómeno ilustra las diferencias culturales y contextuales en la adopción de medidas sanitarias entre lo rural y lo urbano, resaltando cómo las prácticas preventivas adquirieron significados sociales particulares en cada entorno.

Cultural y socialmente, el rechazo al uso de mascarillas era prevalente en las comunidades rurales. Esta decisión no puede ser interpretada únicamente como negligencia, sino como una elección consciente cargada de significados culturales y sociales. El no uso de mascarillas reflejaba la complejidad de las circunstancias individuales y colectivas, y no se limitaba a una cuestión puramente sanitaria. Era un acto que integraba creencias locales, percepciones sobre la salud y la conexión con elementos culturales propios. El tiempo durante el cual las personas en estas comunidades usaron mascarillas fue breve. Uno de los argumentos frecuentes entre los habitantes era que, debido a su dieta basada en productos naturales, estaban protegidos de la enfermedad. Además, consideraban que las deidades andinas no presentaban ninguna desarmonía con ellos, y atribuían el impacto del COVID-19 en las ciudades a los errores cometidos por quienes vivían allí, percibiendo la pandemia como un castigo que no tendría efectos duraderos en sus comunidades.

Esta perspectiva generó una percepción crítica hacia los gestores de las medidas sanitarias, quienes no tomaron en cuenta las particularidades de las comunidades rurales. Se asumió que el Perú era una realidad homogénea en la que todos debían cumplir estrictamente las disposiciones del gobierno central. Sin embargo, estas recomendaciones no consideraban las circunstancias específicas

de cada entorno, lo que dificultó la implementación efectiva de las medidas y evidenció la desconexión entre las políticas sanitarias y las realidades culturales y sociales de las comunidades rurales.

Las comunidades campesinas retomaron rápidamente sus actividades cotidianas y sus quehaceres habituales, alineados con los ciclos del calendario solar y lunar. En un primer momento, las actividades se limitaron principalmente a los grupos de parentesco más cercanos, sin la participación activa de la comunidad en su conjunto. Sin embargo, poco antes de la primera ola de la pandemia de COVID-19 en el Perú, las actividades comunitarias se reanudaron por completo, permitiendo que estas comunidades comenzaran nuevamente a abastecer de productos agrícolas a las ciudades.

El uso de mascarillas en estos contextos fue percibido más como un gesto de aceptación hacia las recomendaciones sanitarias para contrarrestar la COVID-19. La enfermedad fue considerada una de las más graves a las que las personas podían enfrentarse, y los tratamientos variaron desde el empleo de plantas medicinales hasta la utilización de minerales y productos derivados de animales. Todas estas prácticas y recomendaciones fueron asumidas como válidas y efectivas para combatir la enfermedad, reflejando la integración de saberes tradicionales y modernos en la gestión de la pandemia. El uso de mascarillas en las comunidades campesinas fue limitado. Principalmente, las personas que mantenían contacto directo con las poblaciones urbanas fueron quienes las utilizaron, ya que debían acceder a los centros de abasto para obtener los alimentos esenciales para sus hogares. Esta dinámica destaca cómo la interacción con las ciudades influyó en la adopción de medidas sanitarias en los entornos rurales, mientras que las prácticas tradicionales siguieron desempeñando un papel central en la respuesta comunitaria a la pandemia.

Acceso a medicamentos

En cuanto al acceso a medicamentos, las comunidades mostraron una evidente desconfianza hacia el sistema médico oficial, percibiendo sus esfuerzos como un proceso de prueba y error. Ante esta incertidumbre, cada persona y familia emprendió diversas acciones basadas en sus propios saberes y prácticas tradicionales, buscando alternativas para enfrentar la enfermedad. En este contexto, la COVID-19 fue interpretada por algunos como un castigo impuesto por las deidades andinas, lo que reforzó la recurrencia a tratamientos y rituales locales como parte de la respuesta a la pandemia. Estas dinámicas reflejan la interacción entre las creencias culturales y las estrategias de cuidado adoptadas en ausencia de confianza en los sistemas médicos convencionales.

Tabla 2. Respuestas de la pregunta 02, en el ámbito de lo rural y lo urbano.

Cód.	Pregunta 04: ¿Para el tratamiento del COVID-19 ha utilizado conocimientos tradicionales?	
E1	Nosotros utilizamos puras hierbas.	Todo lo que podía curar hemos utilizado.
E2	Con comida y hierbas nos curamos.	En mi familia hemos utilizado medicamentos, pero también hemos utilizado recetas caseras.
E3	Tenemos que comer bien para no enfermarnos.	Más hemos utilizado remedios caseros en familia, aun cuando hemos comprado bastantes medicamentos, y muchos de ellos no eran aptos para el consumo humano.
E4	Hay que cocinar alimentos sanos.	Cualquier remedio en plena enfermedad era bueno, las recetas los puedes encontrar en cualquiera de las redes sociales.
E5	Las personas tenemos que comer bien.	Todos hemos utilizado medicamentos y remedios caseros.
E6	Mi vecina me ha contado que sus hijos en la ciudad han comprado medicamentos en el hospital y la farmacia.	Ya tenía parientes en el norte y en la selva, y ellos me han enviado sus recetas y creo que esa receta nos ha mejorado más que los medicamentos.
E7	Lo importante es comer bien.	Cuando uno tenía la enfermedad, todos tomamos cualquier medicamento que puede mejorarnos y aliviarnos.
E8	Todas comemos bastante y alimentos naturales.	Si yo te contara hemos tomado de todo y mi familia han tomado, no sabemos en realidad cual nos ha mejorado, pero estamos sanos en la actualidad.
E9	Mi suegra conoce todo tipo de recetas.	Los medicamentos empezaron a costar mucho y no quedaba de otra que acudir a los remedios caseros.
E10	nuestra comida es siempre comida sana.	nosotros los hemos tratado con puro remedios caseros.
E11	Cualquier enfermedad puede curarse con hierbas.	Yo tenía que trabajar y todos los días tomaba mis preparados.
E12	Muy poco nos enfermamos, a no ser que estemos viejitos.	Ya ni recuerdo qué cosas he tomado para mejorar, todos tenían una receta salvadora.
	Rural	Urbano

Fuente: elaboración propia

Las respuestas sobre el tratamiento del COVID-19 utilizando conocimientos tradicionales evidencian claras diferencias entre los contextos rurales y urbanos. En las áreas rurales, predominó el uso de hierbas, alimentos naturales y recetas transmitidas de generación en generación, subrayando la importancia de la dieta y las prácticas preventivas. Por el contrario, en los entornos urbanos, aunque los remedios caseros también fueron mencionados, se observó una mayor diversidad en las prácticas de tratamiento, incluyendo el uso de medicamentos comprados y recetas caseras influenciadas por la información obtenida en redes sociales y recomendaciones de familiares de otras regiones. Estas diferencias reflejan no solo la diversidad cultural, sino también las distintas concepciones sobre la salud y el manejo del COVID-19, destacando la necesidad de valorar y respetar las prácticas tradicionales en ambos contextos.

El enfoque de “ensayo y error” se convirtió en una estrategia común cuando los síntomas del COVID-19 se manifestaban. En casos de afecciones respiratorias, como dolor de garganta o problemas en las vías respiratorias, se priorizaron tratamientos como inhalaciones y frotaciones, cuya efectividad se basó en la experiencia personal y familiar. Estas prácticas se replicaron con éxito, adaptándose a la complejidad y diversidad de los síntomas, lo que permitió una combinación de métodos ajustados al contexto específico.

En momentos donde el acceso a medicamentos y la consulta médica fue prácticamente nulo o ineficaz, las comunidades recurrieron a un “baúl cultural” de conocimientos tradicionales. Este recurso permitió a las personas distinguir que las propuestas médicas convencionales no respondían eficazmente a sus necesidades, obligándolas a buscar alternativas en saberes provenientes de otros contextos. Este enfoque demuestra cómo las comunidades integraron sus conocimientos culturales con nuevas adaptaciones para enfrentar la crisis sanitaria, reforzando la importancia de la resiliencia cultural en tiempos de incertidumbre.

Los centros de salud en las zonas rurales enfrentaron serias limitaciones al inicio de la pandemia, comenzando por la falta de especialistas capacitados para abordar una crisis de esta magnitud. Además, el sistema de salud peruano en su conjunto estaba en un proceso de aprendizaje, enfrentándose a una enfermedad desconocida que requería nuevas estrategias y enfoques. Este contexto de incertidumbre no solo afectó al personal médico, sino también a los pobladores de las comunidades campesinas, quienes recurrieron a sus propios métodos para experimentar y validar tratamientos, algunos de los cuales resultaban poco convencionales o incluso desagradables.

La gestión de la pandemia por parte del sistema de salud generó aún más confusión al intentar comprender las características del virus y su impacto. En las comunidades, el temor y la incertidumbre se apoderaron de las personas

y las familias, dando lugar a respuestas culturales para combatir este miedo. Entre estas prácticas destacaron los rituales tradicionales para tratar el “susto”, que demostraron ser sorprendentemente efectivos en aliviar el estrés y el temor. Asimismo, organizaciones religiosas no católicas comenzaron a realizar asambleas de sanación, buscando restablecer la salud a través de prácticas espirituales.

Estas experiencias vividas reforzaron el “baúl cultural” de las comunidades, un reservorio de conocimientos que valida socialmente el uso de recursos locales para la recuperación de la salud. Este cúmulo de saberes tradicionales no solo se mantuvo dentro de los entornos rurales, sino que también comenzó a llegar a las ciudades, donde fue replicado en algunos casos. Este intercambio evidencia un contexto en el que todas las prácticas, sean tradicionales o modernas, son consideradas válidas en la búsqueda de soluciones rápidas y efectivas contra el virus. Este conocimiento empírico, basado en la experiencia comunitaria, ofrece un punto de partida valioso para que la ciencia médica lo integre como base para el desarrollo de estrategias más efectivas, incluidas las vacunas y otros tratamientos.

La “Vacuna”

En las ciudades, la espera por la llegada de las vacunas se vivió con gran ansiedad, mientras los medios de comunicación informaban constantemente sobre los avances científicos y tecnológicos que prometían desarrollar una solución en un tiempo récord. Esta cobertura diaria convirtió la información sobre la vacuna, tanto veraz como especulativa, en un tema de consumo masivo, alimentando una especie de dependencia informativa. Pronto, comenzó a surgir una competencia global y mediática entre los países y laboratorios por demostrar quién lograría producir la vacuna más eficaz, generando una “guerra” comunicacional sobre los avances científicos.

Mientras tanto, la población urbana permanecía bajo estrictas medidas de confinamiento y restricciones sociales, sin una perspectiva clara de cuándo podría retomarse la normalidad. Estas medidas afectaron severamente las economías familiares, obligando a muchas personas a consumir sus ahorros y agotar sus recursos de contingencia durante el aislamiento prolongado. En contraste, en las zonas rurales, para cuando llegó la segunda ola del COVID-19, las actividades comunitarias y cotidianas ya se habían normalizado, reflejando una diferencia significativa en la forma en que los distintos contextos territoriales enfrentaron la pandemia y sus consecuencias.

Tabla 3. Respuestas de la pregunta 09, en el ámbito de lo rural y lo urbano.

Cód.	Pregunta 09: ¿Dónde adquirido los medicamentos?	
E1	Botica.	Farmacia.
E2	Farmacia.	Farmacia.
E3	Hospital.	Farmacia.
E4	Botica.	Farmacia.
E5	Farmacia.	Farmacia.
E6	La tienda.	Farmacia.
E7	En la feria.	Farmacia.
E8	En la feria.	Farmacia.
E9	En la botica.	Farmacia.
E10	En la feria.	Farmacia.
E11	Farmacia.	Farmacia.
E12	Hospital.	Farmacia.
	Rural	Urbano

Fuente: elaboración propia

Las respuestas sobre los lugares donde se adquieren medicamentos en contextos rurales y urbanos muestran cierta uniformidad, especialmente en la preferencia por las farmacias como la principal fuente de abastecimiento en ambos entornos. Sin embargo, en las áreas rurales se mencionan además otros lugares, como boticas, hospitales, tiendas locales y ferias, lo que refleja una mayor diversidad de opciones. Esta variedad sugiere que, en los contextos rurales, donde la infraestructura y los recursos están más dispersos, las comunidades recurren a diferentes puntos de acceso según su disponibilidad. En contraste, en las áreas urbanas, la farmacia emerge como la opción predominante y, en muchos casos, la única mencionada, debido a la mayor concentración de servicios en estas zonas.

Dentro del imaginario social de las poblaciones rurales, las vacunas y los tratamientos del sistema médico oficial no eran percibidos como necesarios. En lugar de ello, los conocimientos y prácticas tradicionales se extendieron incluso a las ciudades a través de las dinámicas pendulares de las poblaciones rurales. Este fenómeno dio lugar a una masificación de recetas caseras frente a la lentitud y la falta de accesibilidad del sistema médico oficial.

A pesar de la llegada de las vacunas, las percepciones hacia ellas fueron profundamente diversas y, en muchos casos, contradictorias. Surgieron numerosos discursos cargados de desinformación, que no correspondían a la realidad, y se asociaron a teorías sobre supuestos efectos negativos y conspiraciones globales. Algunas personas consideraron que las vacunas eran un medio de control universal, diseñado para regular el comportamiento humano en un contexto de globalización tecnológica. Paralelamente, distintas religiones aportaron discursos que calificaban a las vacunas como parte de un plan “diabólico” cuyo objetivo final sería la extinción de la humanidad. Estas narrativas dificultaron el proceso de vacunación promovido por las políticas públicas del Estado peruano.

No obstante, los discursos negativos no se limitaron a las posiciones religiosas. Movimientos y organizaciones antivacunas también jugaron un papel importante en la resistencia a la inmunización, especialmente en las zonas rurales, donde su impacto fue mayor. A pesar de los esfuerzos por implementar una vacunación masiva, persiste un grupo de población que ha rechazado la vacuna sin haber experimentado complicaciones graves de salud. Este fenómeno ha generado diversas conjeturas científicas, algunas de las cuales sugieren que ciertos factores, como el tipo de sangre, la constitución corporal, la dieta basada en productos locales y las características geográficas, podrían conferir cierta inmunidad natural frente a enfermedades como el COVID-19. Este debate sigue abierto, reflejando las complejidades socioculturales y científicas asociadas a la percepción y aceptación de las vacunas.

Los comentarios y actitudes frente a las vacunas han surgido en contextos y realidades específicas. Existe una población que no solo rechaza la vacuna contra el COVID-19, sino también otras inmunizaciones esenciales para la salud pública. En el marco de la política de salud peruana, el Ministerio de Salud (MINSA) establece el uso obligatorio de la Tarjeta de Control de Crecimiento y Desarrollo (CRED), un sistema diseñado para realizar un seguimiento periódico y sistemático del crecimiento y desarrollo infantil, con el objetivo de detectar riesgos de manera oportuna. Aunque estas vacunas son obligatorias, su administración puede ser rechazada por las personas, lo que puede excluirlas del acceso a servicios de salud y educación, ya que estos están condicionados por la participación en las políticas sociales implementadas por el país.

En este contexto, muchas personas de zonas urbanas se trasladaron a áreas rurales para acceder a las vacunas. El sistema médico oficial no tuvo más opción que aplicar las vacunas a quienes lo requerían. Sin embargo, en las primeras campañas de vacunación, la cobertura en las zonas rurales fue muy limitada, dejando a una gran parte de la población sin inmunizar.

Fueron los programas sociales los que impulsaron una vacunación más masiva en estas áreas, ya que el acceso a sus beneficios estaba condicionado al

cumplimiento del esquema de vacunación. En nuestra zona de estudio, este vínculo con los programas sociales permitió que muchas personas inscritas en ellos se vacunaran para no perder los apoyos que estos ofrecían.

A pesar de estos esfuerzos, no existen datos concluyentes sobre cuántas personas realmente se vacunaron en las circunscripciones rurales. Esto se debe, en parte, a la aparición de “facilitadores” que ofrecían carnets y constancias de vacunación falsas, tanto en formato físico como digital. Esta situación complicó el monitoreo y la precisión de los registros oficiales, impidiendo que las autoridades gubernamentales tengan certeza sobre la cantidad real de personas vacunadas en áreas rurales. Este fenómeno refleja las dificultades estructurales y sociales que enfrentó el proceso de vacunación en el país.

Conclusiones

Esta investigación evidencia una marcada diferenciación en las percepciones, imaginarios y respuestas frente al COVID-19 entre la comunidad rural de Lorenzayuy y la ciudad de Ayacucho. Estos hallazgos resaltan la necesidad de diseñar estrategias de comunicación y salud pública adaptadas a las particularidades de cada contexto. En Lorenzayuy, el COVID-19 es interpretado como un castigo de las deidades andinas, lo que motiva el uso de tratamientos basados en recursos naturales, alimentos nutritivos y saberes transmitidos de generación en generación. Este conocimiento limitado está profundamente enraizado en prácticas tradicionales y culturales, reflejando la cosmovisión de la comunidad.

En contraste, en la ciudad de Ayacucho, las percepciones urbanas se caracterizan por confusión y escepticismo hacia la información moderna. Factores como el uso de mascarillas, el acceso a medicamentos y las actitudes hacia la vacunación muestran variaciones significativas en comparación con el contexto rural. Las prácticas de tratamiento en áreas urbanas, influenciadas por redes sociales y dinámicas regionales, evidencian una mayor diversidad, pero también una desconfianza hacia las intervenciones sanitarias.

Estas diferencias subrayan la importancia de respetar y valorar las prácticas culturales en ambos contextos. Adaptar las intervenciones de salud pública desde un enfoque intercultural no solo garantiza una respuesta más efectiva, sino también más respetuosa hacia las creencias, valores y necesidades de cada comunidad. Reconocer la diversidad de respuestas y percepciones, tanto en lo rural como en lo urbano, es esencial para abordar de manera integral las implicancias de la pandemia, promoviendo estrategias que integren los saberes tradicionales y las herramientas modernas en beneficio de todas las poblaciones.

Referencias

- Arguedas, J. M. (2014). *Todas las sangres*. Horizonte.
- Arias Castilla, C. A. (2006). Enfoques teóricos sobre la, percepción que tienen las personas. *Pedagógica*, 8(1), 9 - 22.
- Baeza, M. (2011). Elementos básicos de una teoría fenomenológica de los imaginarios sociales. En J. Coca, J. Valero, F. Randazzo, y J. Pintos, (eds.). *Nuevas posibilidades de los imaginarios sociales* (pp. 31-42). TREMN-CEASGA.
- Berger, P. L., & Luckmann, T. (1986). *La construcción social de la realidad*. Amorrortu Editores.
- Castoriadis, C. (1975). *La constitución imaginaria de la sociedad*. Tusquets.
- Castoriadis, C. (2013). *La institución imaginaria de la sociedad*. Tusquets.
- Creswell, J. W. (2013). *Diseño de investigación: Enfoques cualitativo, cuantitativo y mixto*. SAGE Publications.
- Durand, G. (1982). *Las estructuras antropológicas de lo imaginario*. Taurus.
- Estermann, J. (1998). *Filosofía andina. Estudio intercultural de la sabiduría autóctona andina*. Abya-Yala.
- Flick, U. (2007). *El diseño de la investigación cualitativa*. Morata.
- Geertz, C. (1973). *La Interpretación de las Culturas*. Gedisa.
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, M. P. (2010). *Metodología de la investigación*. McGraw-Hill.
- Hernández, R. (2018). *Metodología de la Investigación: Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. McGraw Hill México.
- Moya, M., & Vasquez, J. (2010). De la Cultura a la Cibercultura: la mediatización tecnológica en la construcción de conocimiento y en las nuevas formas de sociabilidad. *Cuadernos de antropología social*, (31), 75 - 96.
- Taylor, C. (2006). *Imaginarios Sociales Modernos*. Paidós.
- Zapata, A., Rojas, R., & Pereyra, N. (2010). *Historia y cultura de Ayacucho*. UNICEF - IEP.

Public Health and Cultural Practices in Response to COVID-19 in the Lorenzayuq Community, Peru

Saúde pública e práticas culturais em relação à COVID-19 na comunidade de Lorenzayuq, Peru

Lucio Alberto Sosa Bitulas

Universidad Nacional San Cristóbal de Huamanga | Ayacucho | Perú

<https://orcid.org/0000-0003-0328-9674>

lucio.sosa@unsch.edu.pe

Juan Ramos López

Universidad Nacional San Cristóbal de Huamanga | Ayacucho | Perú

<https://orcid.org/0000-0001-5324-2554>

juan.ramos.10@unsch.edu.pe

Lidia Gonzalez Paucarhuanca

Universidad Nacional San Cristóbal de Huamanga | Ayacucho | Perú

<https://orcid.org/0000-0002-8722-6787>

lidia.gonzalez@unsch.edu.pe

Angelica Ramirez Espinoza

Universidad Nacional San Cristóbal de Huamanga | Ayacucho | Perú

<https://orcid.org/0000-0001-5310-6253>

angelica.ramirez@unsch.edu.pe

Rosa Natali Argumedo Morote

Universidad Nacional San Cristóbal de Huamanga | Ayacucho | Perú

<https://orcid.org/0009-0001-3225-7658>

rargumedo26@gmail.com

Abstract

The study analysed cultural practices and the public health response to COVID-19 in the rural community of Lorenzayuq and the city of Ayacucho, Peru. It followed a qualitative and descriptive approach, incorporating participant observation and semi-structured interviews with 30 individuals. The research examined how imaginaries and perceptions of the disease, mask usage, access to medicines, and vaccination varied according to context. The article explored differences between rural and urban areas in the implementation of health measures. While strict restrictions were enforced in cities, rural areas adopted their own strategies, influenced by community organisation, access to information, and traditional beliefs. The study addressed the interaction between conventional medicine and alternative treatments, as well as vaccine hesitancy in certain sectors. The analysis highlighted the role of collective imaginaries in interpreting the pandemic. It emphasised the need for public health strategies that consider the cultural and social particularities of each context, ensuring a more effective and appropriate response.

Keywords: Cultural practices; public health; resilience; COVID-19; community perception.

Resumo

O estudo analisou as práticas culturais e a resposta de saúde à COVID-19 na comunidade rural de Lorenzayuq e na cidade de Ayacucho, Peru. Ele foi enquadrado em uma abordagem qualitativa e descritiva, com observação participante e entrevistas semiestruturadas com 30 pessoas. Ele examinou como os imaginários e as percepções sobre a doença, o uso de máscaras, o acesso a medicamentos e a vacinação variavam de acordo com o contexto. O artigo explorou as diferenças entre as zonas rurais e

urbanas na implementação de medidas de saúde. Enquanto as cidades aplicavam restrições rigorosas, as áreas rurais adotavam suas próprias estratégias, influenciadas pela organização comunitária, pelo acesso a informações e pelas crenças tradicionais. A interação entre a medicina convencional e os tratamentos alternativos foi abordada, bem como a resistência à vacinação em alguns setores. A análise destacou a importância dos imaginários coletivos na interpretação da pandemia. Ressaltou a necessidade de estratégias de saúde pública que considerem as particularidades culturais e sociais de cada contexto, permitindo uma resposta mais eficaz e relevante.

Palavras-chave: Práticas culturais; saúde pública; resiliência; COVID-19; percepção da comunidade.

Bustamante Espinoza, L. K., Tapia Urgilez, E. V., Pineda Loja, N. E., Yamasqui Padilla, J. I., y Moncayo Molina, L. S. (2025). Perspectivas Clínico-Quirúrgico: casos reales. En M. A. Santacruz Vélez (Coord). *Medicina y Salud. Un Panorama Integral de Especialidades y Avances Científicos (Volumen I)*. (pp. 58-94). Religación Press. <http://doi.org/10.46652/religacionpress.275.c457>



Capítulo 3

Perspectivas Clínico-Quirúrgico: casos reales

Luisa Katerine Bustamante Espinoza, Erika Viviana Tapia Urgilez, Narcisa Elizabeth Pineda Loja, José Isidro Yamasqui Padilla, Luis Salvador Moncayo Molina

Resumen

El libro enfatiza la práctica clínica y quirúrgica mediante el análisis de casos reales, integrando conocimientos de anatomía, fisiología, patología y toma de decisiones. Su objetivo es fomentar la reflexión crítica sobre técnicas diagnósticas y terapéuticas. A través del estudio de casos, se comprende la evolución de enfermedades y su impacto en la práctica médica. Aborda patologías de gran relevancia como el accidente cerebrovascular isquémico, la hemorragia subaracnoidea, la pancreatitis aguda asociada con coledolitiasis, la insuficiencia renal crónica, la anemia, el vitiligo y la hiperplasia prostática. Cada caso permite analizar síntomas, evolución, diagnóstico y opciones terapéuticas, promoviendo un enfoque interdisciplinario. El capítulo es una herramienta didáctica que vincula teoría y práctica, favoreciendo el razonamiento crítico y el perfeccionamiento de habilidades clínicas y quirúrgicas. Su metodología basada en casos clínicos facilita decisiones fundamentadas y su aplicación en escenarios reales.

Palabras clave: Enfermedad; salud; bienestar; hemorragia; cáncer de colon.

Estudio de caso clínico: cáncer de colon

La paciente, una mujer de 83 años residente en Chontamarca, viuda y mestiza, ha sido diagnosticada con un tumor maligno de colon. Refiere dolor abdominal punzante en el flanco izquierdo (EVA 8/10) y tiene antecedentes de carcinoma de colon tratado hace dos años. Vive sola en condiciones básicas y no aplica los cuidados de salud recomendados debido a su edad. Su dieta es moderadamente equilibrada, con un IMC normal (23,6 kg/m²). Presenta movilidad reducida y alterada en el equilibrio, lo que incrementa el riesgo de caídas.

El cáncer de colon es una de las neoplasias más prevalentes a nivel global. Su diagnóstico temprano y tratamiento integral, como cirugía y quimioterapia, son esenciales para mejorar la supervivencia. Factores como una dieta alta en grasas, tabaquismo, sedentarismo y antecedentes familiares aumentan el riesgo de esta enfermedad. El paciente recibe tratamiento farmacológico con capecitabina, un citostático y analgésicos como morfina, según prescripción.

Las intervenciones de enfermería incluyen manejo del dolor, prevención de caídas y apoyo emocional. Se educa al paciente ya su familia sobre el control del dolor, el uso adecuado del bastón y técnicas para reducir la ansiedad. Asimismo, se promueve una dieta equilibrada y la adherencia al tratamiento médico. El paciente debe ser monitoreado regularmente para ajustar el manejo de su enfermedad y mejorar su calidad de vida.

Además, se destaca la importancia del diagnóstico temprano y un enfoque multidisciplinario para mejorar la calidad de vida del paciente, incluyendo apoyo psicológico, educación sanitaria y adherencia al tratamiento.

Introducción

Según la OMS (2023), el cáncer de colon es una de las neoplasias malignas más prevalentes a nivel mundial y representa una importante causa de morbilidad y mortalidad en adultos. Este tipo de cáncer se origina en el revestimiento interno del colon, que forma parte del tracto digestivo, y puede desarrollarse a partir de pólipos adenomatosis benignos que, con el tiempo, experimentan transformaciones malignas. Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), el cáncer color rectal ocupa el tercer lugar en incidencia global, afectando tanto a hombres como a mujeres.

Además, se notificaron 19.292.789 nuevos casos de cáncer en todo el mundo, de los cuales el cáncer de colon representó los hombres y las mujeres ocuparon el tercer lugar con 1.931.590 (10%), los hombres con el 10,6% y las mujeres en tercer

lugar, las mujeres ocuparon el segundo lugar con una incidencia del 9,6%. América Latina registró 1.470.274 nuevos casos. Entre los hombres se reportaron 720.267 casos, el cáncer y el cáncer de colon ocuparon el segundo lugar con un 9,3%, con 750.007 casos entre mujeres.

Ocupa el segundo lugar con una participación del 9% la tasa de incidencia por 100.000 habitantes fue de 16,6 y la tasa de mortalidad de 8,2. Ecuador reportó 29.273 nuevos casos en 2020, de ellos 15.123, según Globocan número de muertos. Tanto en hombres como en mujeres la tasa fue del 8,5% (2.481 casos) (Sociedad Ecuatoriana de Oncología, 2023).

Entre los factores de riesgo asociados al desarrollo de cáncer de colon se incluyen antecedentes familiares de la enfermedad, síndromes genéticos como la poliposis adenomatosa familiar o el síndrome de Lynch, y factores ambientales relacionados con el estilo de vida, como una dieta rica en grasas y carnes procesadas, sedentarismo, tabaquismo y consumo excesivo de alcohol. Además, condiciones como la obesidad y enfermedades inflamatorias del intestino, como la colitis ulcerosa o la enfermedad de Crohn, también incrementan el riesgo de desarrollar esta neoplasia.

El diagnóstico temprano del cáncer de colon es fundamental para mejorar las tasas de supervivencia, ya que en etapas iniciales puede ser tratado con éxito mediante cirugía y, en algunos casos, terapia adyuvante como quimioterapia o radioterapia. Las pruebas de cribado, como la colonoscopia y los análisis de sangre oculta en heces, han demostrado ser eficaces para detectar lesiones premalignas y cáncer en estadios tempranos, lo que resalta la importancia de los programas de detección preventiva en la población general.

Las intervenciones de enfermería se centran en aliviar el dolor mediante el uso adecuado de analgésicos, como la morfina, y en prevenir complicaciones asociadas a la enfermedad y el tratamiento. Además, se realiza educación sanitaria sobre el manejo del estrés y el uso de dispositivos de apoyo, como el bastón, para mejorar su movilidad y reducir el riesgo de caídas. También se promueve un enfoque integral que incluye el control de efectos secundarios relacionados con medicamentos, la promoción de un estilo de vida saludable y el fortalecimiento del apoyo emocional.

Anamnesis de enfermería

Datos de identificación del paciente

Nombres y Apellidos: NN

Fecha de nacimiento: 07-01-1940

Edad: 84 años

Estado civil: viuda

Procedencia: Chontamarca

Residencia: Chontamarca

Ocupación: ninguna

Género: Femenino

Pertenencia a grupo étnico: Mestiza

Religión: católica

Fuente de información: Directa

Grupo sanguíneo: ORH+ Positivo

Fecha de ingreso: 27-11-2024

Diagnóstico médico: Cáncer de colon

Motivo de consulta: Presencia de sangrado rectal y dolor abdominal

Enfermedad Actual: Paciente de sexo femenino de 83 años de edad residente en Chontamarca acude al servicio de salud por presentar dolor abdominal con una escala de Eva de 8/10 a nivel de flanco izquierdo dolor tipo cólico punzante de moderada intensidad donde el medico realiza control se revisa historia clínica y se conoce que presenta un diagnóstico de cáncer de colon es valorada por medico en Chontamarca y se refiere al Hospital Homero Castanier Crespo. En los últimos 3 meses, los síntomas han progresado, presentándose con mayor frecuencia y acompañados de dolor abdominal en el cuadrante inferior izquierdo, pérdida de peso de aproximadamente 5 kg sin dieta intencionada, y fatiga constante

Antecedentes Patológicos Personales: Carcinoma de colon hace 2 años en tratamiento

Antecedentes Patológicos Familiares: no refiere

Antecedentes Quirúrgicos: no refiere

Alergias: no refiere

Antecedentes socioeconómicos: vive sola en una casa de ladrillo de un piso.

Valoración según patrones funcionales de salud de Margory Gordon

Patrón 1: percepción y manejo de la salud

- **Motivo de consulta:** Presencia de sangrado rectal y dolor abdominal y acompañado de dolor.
- **Medicación-automedicación** NO (x) SI () **tipo:**
- **Revisión periódica de salud:** cada 3 meses y cuando se siente mal.
- **Vacunas:** NO () SI (x) **Alergias:** NO (x) SI ()

- **Tabaco:** NO (x) SI () **Alcohol:** NO (x) SI () **Drogas:** NO (x) SI ()
- **Cómo valora su salud:** Regular
- Conocimiento de su enfermedad: si conoce
- **Conocimiento de los cuidados:** si, pero no los aplica
- **Conducta ante su salud:** no aplica los cuidados que recomienda el personal de salud por su edad.
- **Accidentes/ caídas:** NO () SI (x) Ingresos hospitalarios SI () NO (x)
- **Imagen personal:** Adecuado (x) Descuidado () Extravagante ()
- Meticuloso () Sucio ()
- **Higiene/ Seguridad del paciente:** regular
- **Observación:**

Paciente refiere que hace 6 meses empezó con episodios ocasionales de estreñimiento, sensación de evacuación incompleta y heces con sangre roja brillante. En los últimos 3 meses, los síntomas han progresado, presentándose con mayor frecuencia y acompañados de dolor abdominal en la región de flanco izquierdo, pérdida de peso de aproximadamente 5 kg sin dieta intencionada, y fatiga constante, también refiere episodios intermitentes de diarrea, por lo que hace 12 horas aproximadamente el dolor es más intenso de 8/10 según la escala de EVA en fosa iliaca izquierda, por lo que decide acudir al área de emergencia en donde tras la valoración se decide hospitalización. Además, conoce su enfermedad, pero no aplica los cuidados recomendados por su edad, va a controles medicas cada 3 meses o cuando tiene dolor, refiere haberse caído más de una vez en su casa.

Patrón 2: nutricional/metabólico:

T°: 36.90C Peso: 56kg Talla: 1.54m IMC: 23,62 kg/m2 normal según la OMS

- **Horario:**
- **Desayuno:** 7:30am
- **Media mañana:** no
- **Almuerzo:** 12:00pm
- **Merienda:** 5:00pm
- **Cena:** no
- ¿Pica entre horas? NO (x) SI ()

Grupos de alimentos (Veces por semana): verduras, frutar, hortalizas, legumbres, carne lácteos, etc.

- **Preferencias/ Gustos:** ninguno
- **Ingesta de líquidos/ día:** 2 a 3 vasos de agua al día
- **Perdida/ ganancia de peso:** NO (x) SI ()
- **Dificultad de masticación:** NO () SI (x)
- **Dificultad de deglución:** NO (x) SI ()
- **Dificultad de digestión:** NO (x) SI ()

Problemas de piel/ mucosas (ulcera, sequedad, psoriasis): ninguna

- **Dolor:** NO () SI (x) **Prurito:** NO (x) SI ()
- **Eritema:** NO (x) SI () **Entumecimiento:** NO (x) SI ()

Pelo, describa: cabello con distribución normal, contextura fina, con regular implantación, color blanco, no desprendible a la tracción.

- **Cicatrización:** Normal () Queloide ()

Uñas, describa: cortas con buena higiene y llenado capilar menos de 2 segundos

Problemas dentales, describa: Prótesis dental en maxilar superior

Observación: paciente con IMC: 23,62 kg/m2 normal según la OMS, se alimenta de verduras, frutas y hortalizas, ingiere 3 comidas en la mañana, medio día y tarde, ha presentado pérdida de peso, además tiene una prótesis dental en maxilar superior.

Patrón 3: eliminación

- **N.º de micciones:** 5 al día
- **N.º de deposiciones/día:** cada 2 días
- **Incontinencia:** Orina NO (x) SI () Heces NO (x) SI ()
- Ayudas laxantes NO (x) SI ()
- **Control urológico:** NO (x) SI ()
- **¿Ostomías, sondas, colectores, dispositivos de absorción?:**
- Sudor NO () COPIOSO () NORMAL (x)

Observaciones: ninguna

Patrón 4: actividad/ ejercicio

TA:110/80 mmHg **FC:** 75x1 **FR:** 18x1 **SO₂:** 91%.

- **Ejercicio físico:** NO (x) SI () Tipo: Frecuencia:
- **Actividad laboral:** ama de casa
- **Actividades de ocio:** NO () SI (x) **Tipo:** caminar cerca de su casa
Frecuencia: 1 vez por semana
- **Fatiga/disnea:** NO (x) SI ()
- **Dolor:** NO () SI (x)
- **Estabilidad en la marcha:** NO (x) SI ()
- **Alteración del equilibrio:** NO () SI (x)
- **Movilidad independiente:** NO (x) SI ()

Observaciones:

Paciente femenina de 83 años de edad, debido a su avanzada edad tiene alteraciones en el equilibrio y la marcha, además, utiliza bastón para caminar

Patrón 5: descanso/sueño

- **Horas de sueño:** 5 horas
- **Sensación de descanso:** SI (x) NO ()
- **Insomnio:** NO () SI (x)
- **Irritabilidad:** SI (x) NO ()
- **Nerviosismo:** SI () NO (x)
- **Toma medicamentos para dormir:** NO (x) SI ()
- **Factores que afecten el sueño:** si
- Internos: por estrés, su enfermedad y por su edad
- **Externos:** ruido

Observaciones: la paciente refiere que duerme 5 horas, pero no descansa ya que se despierta muy seguido en la noche por factores internos y externos como es el estrés de su enfermedad y el ruido.

Patrón 6: cognitivo/perceptivo

- **Lee:** NO (x) SI () **Escribe:** NO (x) SI ()
- Pérdida de memoria NO () SI (x)
- Dificultad de aprendizaje NO (x) SI ()
- Dificultad comprensión NO () SI (x)

- **Dificultad de expresión:** NO (x) SI ()
- Lenguaje Comprensible (x) Incomprensible ()
- **Conciencia:** Alerta (x) Apático () Confuso () Estuporoso () Comatoso ().
- Fobias/miedos NO (x) SI ()
- **Auditivos/audición:** normal sin secreción
- **Ojos/visión:** normal
- **Nariz/olfato:** normal
- **Piel/tacto:** normal
- **Dolor:** NO () SI (x) **Intensidad:** 8 de 10 en escala de EVA
Localización: flanco izquierdo

Observaciones:

Paciente femenina de 83 años de edad, refiere que no sabe ni leer ni escribir ya que no acudió a la escuela y que a veces se le olvida donde pone sus cosas.

Patrón 7: autopercepción/auto concepto:

- Autoconfianza (1-5): 3
- **Imagen de sí mismo:** normal
- **¿Está preocupado por algún cambio reciente?** NO (x) SI () Cual:
- **Tiene últimamente sentimiento de:** ninguno

Temor NO (x) SI () **Ansiedad** NO () SI (x) **Preocupación** NO () SI (x) **Culpa:** NO (x) SI () **Desesperanza:** NO (x) SI () **Falta de control:** NO (x) SI () **Tristeza:** NO (x) SI ()

- **Valorar durante la entrevista:**
- **Vos/postura:** normal
- **Mantiene contacto ocular:** SI (x) NO () **Nervioso:** SI () NO (x)
- **Relajado:** NO () SI (x)
- **Uso de recursos sociales:** NO (x) SI ()
- **Animales de compañía:** NO () SI (x) **Tipo de animal:** 1 perro

Observaciones: Paciente femenina de 83 años de edad refiere sentir ansiedad y preocupación por su enfermedad ya que ella quiere luchar por su vida.

Patrón 8: rol/relaciones

- **Relaciones familiares:** NO () SI (x) con familia NO () SI (x)
- **Acepta la familia la enfermedad actual:** NO () SI (x)
- **Depende su familia de usted:** SI () NO(x)
- **Se siente solo frecuentemente:** NO () SI (x)
- **Tiene problemas con sus hijos:** no
- **Su trabajo considera:** Bueno () Muy Bueno () Malo ()
- **Posee suficientes ingresos económicos para cubrir las necesidades** NO (x) SI ()
- **Participa en las actividades comunitarias** NO () SI (x) Tipo: reuniones

Observaciones:

Paciente femenina de 83 años de edad, refiere que depende de su familia económicamente y son sus hijos que le mantienen.

Patrón 9: sexualidad/reproducción

- **Menarquia edad:** 12 años **Ciclos/duración/ritmo:** regulares
- **Dismenorrea:** NO () SI ()
- **Menopausia** NO () **SÍ (x)** a qué edad: 45
- **Nulípara ()** **Múltipara (x)** **primípara ()** **gravídica ()** **Cesáreas ()**
- **Sangrado vaginal postmenopáusico:** No () **Sí (x)**
- **Citología:** NO (x) SI () **Fecha:** **Resultados:**
- **Mamografía:** NO (x) SI () **Fecha:** **Resultados:**
- **Satisfacción en las relaciones sexuales:** NO (x) SI ()
- **Métodos anticonceptivos** NO (x) SI () **Tipo:**
- **Disfunciones sexuales** NO (x) SI ()
- **¿Tiene o ha recibido información/educación sexual?** NO (x) SI ()

Observaciones:

Paciente femenina de 83 años de edad, refiere haber entrado a la menopausia a los 45 años además refiere que no ha recibido ningún tipo de educación sexual.

Patrón 10: adaptación/tolerancia al estrés

- **Acontecimientos vitales relevantes en los últimos 2 años:** no

- **Te causa:** ninguna
- **Amenaza:** NO (x) SI () **Preocupación:** NO (x) SI () **Ansiedad/miedo:** NO () SI (x)
- **Te autolesionas:** NO (x) SI () **Abusos de sustancias:** NO (x) SI ()

Éxito en la resolución del problema (1-5): 3

Se adaptó a los cambios: NO () SI (x)

Cambios en el estilo de vida: NO (x) SI ()

Observaciones: ninguna

Patrón 11: valores/creencias

- ¿Cómo se siente? Bien
- En las elecciones de tu vida. Los valores/creencias te ayudan?
NO (x) SI ()
- ¿Cuáles?
- ¿Se enfrentan sus creencias con su salud o con el tratamiento?
NO (x) SI ()
- **Es la religión importante en su vida:** NO () SI (x)

Observaciones: ninguna

- Examen físico general

Observación

1. Apariencia general

Primera Impresión: tranquila y colaboradora

Expresión Facial: tranquila

Higiene, Pulcritud, Prolijidad: buena higiene

Vestimenta: limpia y adecuada para el lugar

Postura y movilidad: semifowler

Lenguaje hablado: comprensible

Estado de conciencia: alerta

2. El examen físico

Sonometría: Signos Vitales

Tabla 1. Signos vitales

	VALORES DEL PACIENTE	VALORES NORMALES	INTERPRETACIÓN
TEMPERATURA	36.9° C	36°-37.5°	Normotermia
FRECUENCIA CARDIACA.	75 ´x	60-100	Normocardia
RESPIRACIÓN	18 ´x	12-20	Eupnea
TENSIÓN ARTERIAL	100/80 mmHg	120/80	Normotenso
SATURACIÓN DE OXÍGENO	91%	90-100%	Normoxemico
Peso en Kg	Talla:	IMC:	INTERPRETACIÓN
Peso: 56kg	Talla: 1.54m	IMC: 23.6kg/m ²	Normal según la OMS

Fuente: elaboración propia

Interpretación

Examen céfalo-caudal o por sistemas

Tabla 2. Examen céfalo-caudal o por sistemas

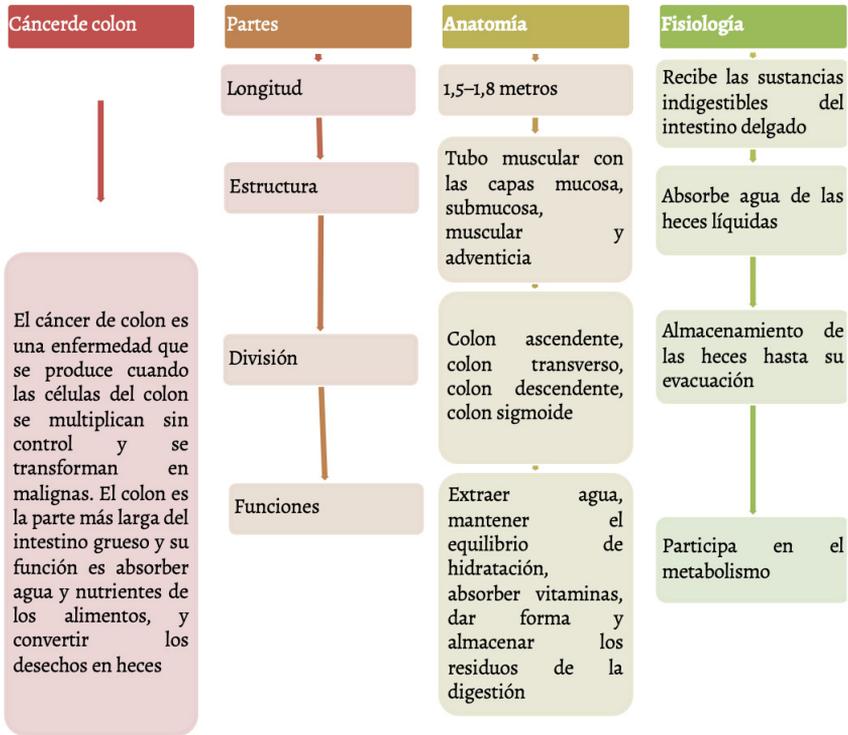
Aspectos a valorar	Hallazgos	Problemas identificados
Cráneo:	Normo cefálico sin presencia de cicatrices	Sin alteraciones
Cabello:	Cabello con distribución normal, contextura fina, con regular implantación, color blanco, no desprendible a la tracción.	Sin alteración
Cara		

Aspectos a valorar	Hallazgos	Problemas identificados
Ojos	Simétricos, móviles sin agudeza visual	Sin alteración
Parpados	Movilidad conservada reflejos presentes	Sin alteración
Aparato lagrimal	Húmedo	Sin alteración
Conjuntivas	Conjuntivas de color transparente no presenta lesiones	Sin alteración
Volumen ocular	Conservado	Sin alteración
Movimiento ocular	Movimientos voluntarios	Sin alteración
Pupilas	Isocóricas, reactivas a la luz	Sin alteración
Iris	Normoreactivas	Sin alteración
Escleras	Blanca	Sin alteración
Cornea	Transparente	Sin alteración
Oídos		
Pabellón auricular	Simétrico, correctamente formado	Sin alteración
Conducto auditivo externo	Sin presencia de secreciones	Sin alteración
Oído medio	Sin presencia de líquido/ secreciones	Sin alteración
Mastoides	Sin alteración	Sin alteración
Nariz		
Permeabilidad	Fosas nasales izquierda y derechas permeables	Sin alteración
Secreciones	Sin secreciones	Sin alteración
Boca		
Labios	Simétricos, delgados, agrietados	Alterado
Encías	Rosadas	Sin alteración
Dientes	Prótesis dental en maxilar superior	Alterado
Lengua	Corta, móvil, hidratada	Sin alteración
Mucosa buco – faríngea	Saburra blanquecina, Húmeda, lisa, movimientos libres sin lesiones	Sin alteración
Cuello		
Características	Simétrico, móvil, sin presencia de adenopatías, ni cicatrices	Sin alteración
Columna		

Aspectos a valorar	Hallazgos	Problemas identificados
Características	No hay ninguna alteración	Sin alteración
Tórax		
Observación	Simétrico	Sin alteración
Palpación	Sin alteración	Sin alteración
Percusión	Mormullo vesicular	Sin alteración
Auscultación	pulmonares ventilados con 20 respiraciones por minuto	Sin alteración
Cardiovascular (ruidos cardiacos)		
Inspección	Simétrico expansibilidad conservada	Sin alteración
Palpación	sin presencia de cicatrices	Sin alteración
Percusión	Simétricos con movimiento torácico	Sin alteración
Auscultación	Conservado	Sin alteración
Abdomen		
Inspección	Abdomen no globuloso sin presencia de cicatrices	Sin alteración
Palpación	Abdomen blando depresible doloroso ala palpación con una escala de EVA de 8/10 a nivel de flanco izquierdo dolor tipo cólico punzante de moderada intensidad	Alterado
Percusión	Timpanismo y matidez presentes	Sin alteración
Auscultación	Ruidos hidroaéreos conservados	Sin alteración
Genitales		
Con buena higiene vello púbico y si presenta adenopatías		
Extremidades		
Extremidades con tono y fuerza muscular disminuida por la edad de la paciente		

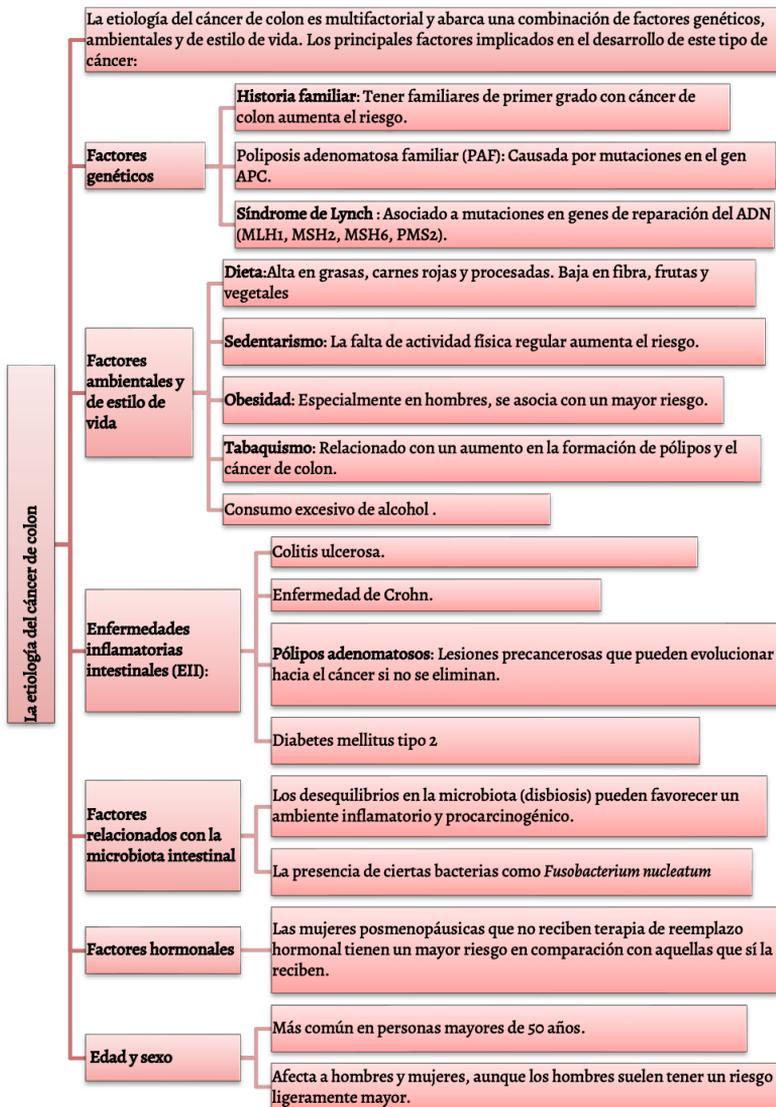
Fuente: elaboración propia

Figura 1. Anatomía y fisiología normal conceptualización de la enfermedad



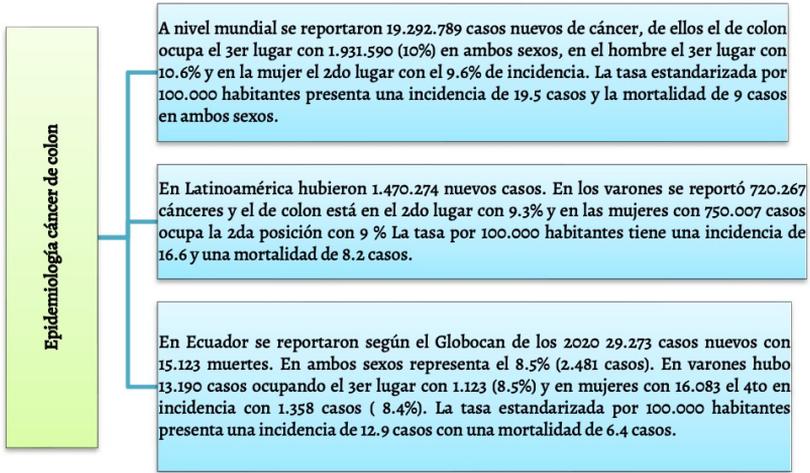
Fuente: elaboración propia

Figura 2. Etiología del cáncer de colon



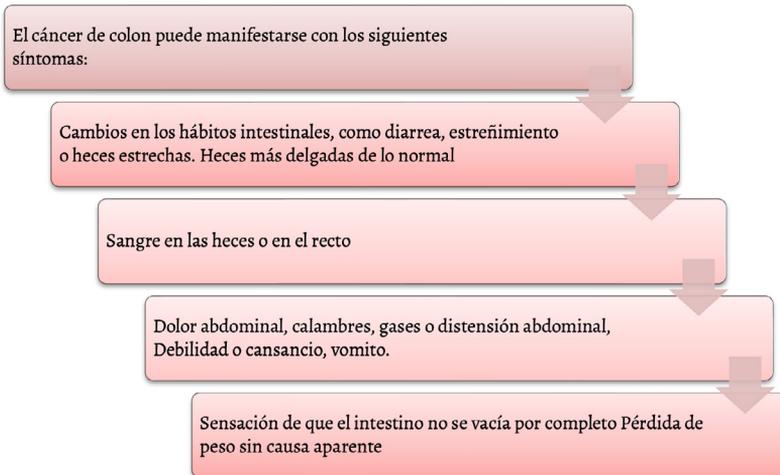
Fuente: Bernalte (2020).

Figura 3. Epidemiología cáncer de colon



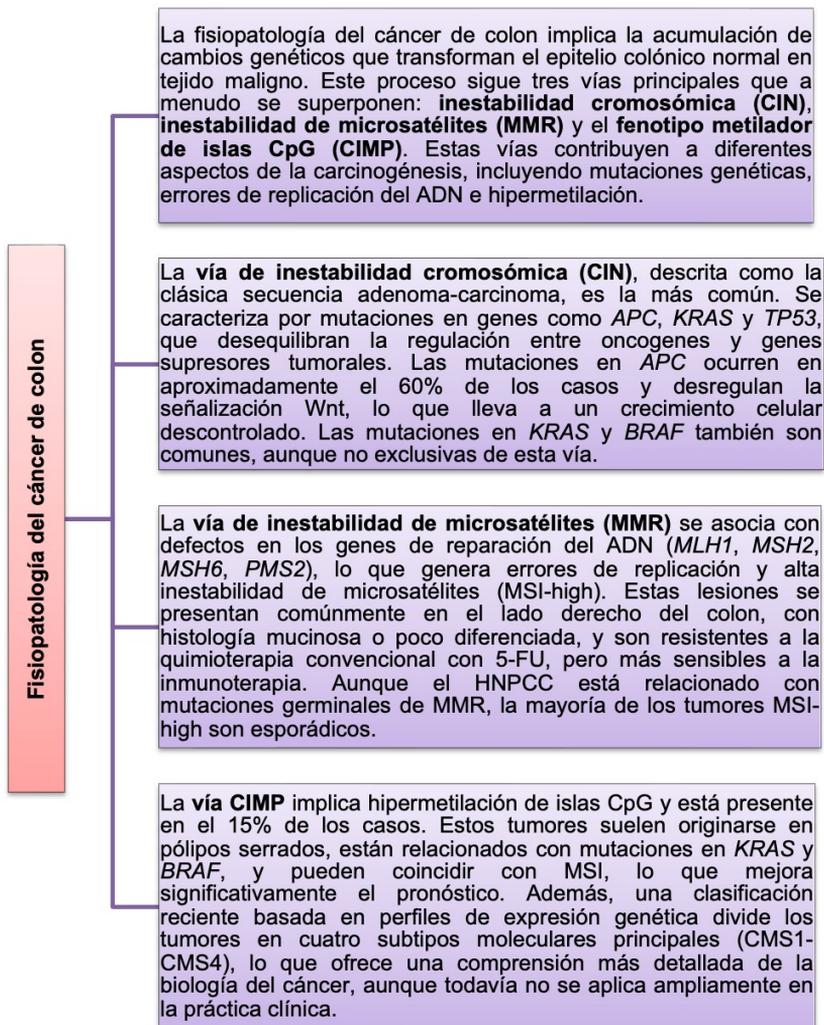
Fuente: Sociedad Ecuatoriana de Oncología (2023).

Figura 4. Manifestaciones clínicas



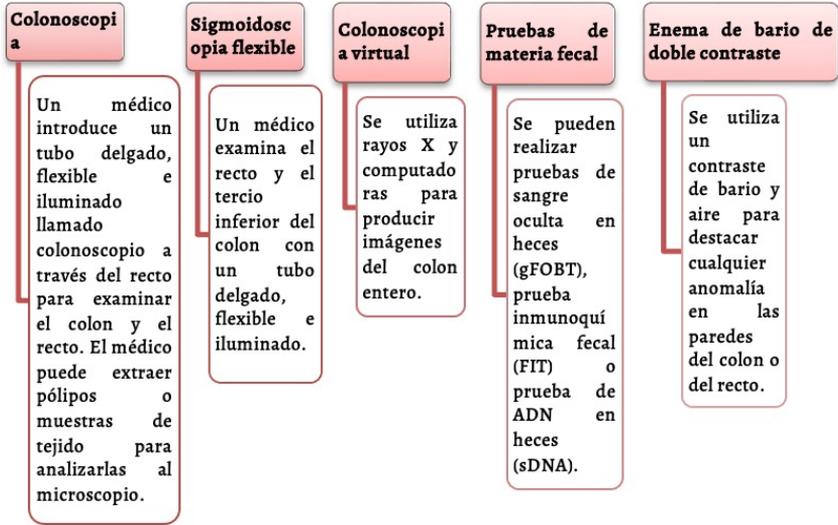
Fuente: Mayo Clinic (s. f.).

Figura 5. Fisiopatología del cáncer de colon



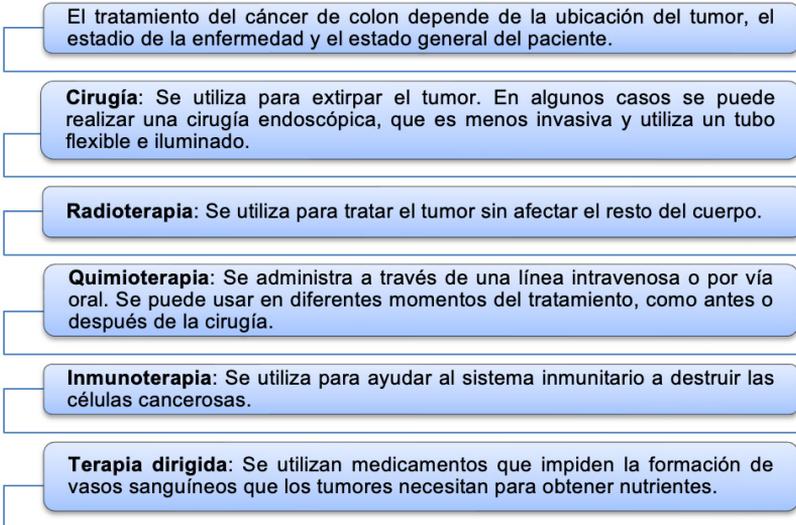
Fuente: Menon (2024).

Figura 6. Métodos de diagnóstico



Fuente: Roche Pacientes (s. f.).

Figura 7. Tratamiento



Fuente: Mayo Clinic (s. f.).

Tabla 3. Evolución de enfermería Soapie

Ansiedad		DOLOR Crónico		Deterioro de la movilidad física	
Fecha		Fecha		Fecha	
Reporte de enfermería		Reporte de enfermería		Reporte de enfermería	
S	Paciente refiere que quiere mejorar su salud que tiene ganas de vivir	S	Paciente refiere: Me duele no tendrá algo para aliviar el dolor	S	Paciente refiere: ya me he caído antes y me da miedo lastimarme
O	Signos. Vitales: T°: 36,90C FC: 75x1 P/A: 110/80mmHg SAT: 91% FR: 18x1	O	Signos. Vitales: T°: 36,90C FC: 75x1 P/A: 110/80mmHg SAT: 91% FR: 18x1	O	Signos. Vitales: T°: 36,90C FC: 75x1 P/A:110/80mmHg SAT: 91% FR: 18x1
A	Patrón 7 Autopercepción-autoconcepto DX Ansiedad R/C: Personas que atraviesan una crisis situacional M/P: Expresa ansiedad por los cambios en los eventos de la vida	A	Patrón 6 Cognitivo-perceptivo DX Dolor crónico M/P: Lesiones de tejidos blandos R/C: Expresión facial de dolor	A	Patrón 4 actividad-ejercicio DX Deterioro de la movilidad física R/C: Disminución de la fuerza muscular M/P: Alteración de la marcha
P	Paciente lograra controlar su ansiedad	P	Paciente disminuirá el dolor	P	Paciente aprenderá a utilizar de manera más eficaz su bastón
I	Explorar con el paciente qué ha desencadenado las emociones. Realizar afirmaciones empáticas o de apoyo Permanecer con el paciente y proporcionar sentimientos de seguridad durante los períodos de más ansiedad	I	Siga las cinco reglas de la administración correcta de medicación. Instruir al paciente ya la familia acerca de las acciones y los efectos adversos esperados de la medicación. Observe si se producen efectos adversos, toxicidad e interacciones en el paciente por los medicamentos administrados	I	Identificar déficits cognitivos o físicos del paciente que puedan aumentar la posibilidad de caídas en un ambiente dado. Revisar los antecedentes de caídas con el paciente y la familia. Enseñar al paciente a utilizar un bastón o un andador, según corresponda
E	Las intervenciones de enfermería, se realiza promoción de la salud, y se da información de cómo llevar la ansiedad	E	Se realiza las actividades de enfermería y se administra medicación según prescripción	E	Gracias a las intervenciones de enfermería el paciente no ha sufrido ninguna caída

Ansiedad	DOLOR Crónico	Deterioro de la movilidad física
Firma:	Firma:	Firma:
Medicación:	Medicación:	Medicación:

Fuente: elaboración propia

Tabla 4. Tratamiento farmacológico

FÁRMACO	Capecitabina
Nombre comercial	Xeloda
Grupo farmacológico	Citostáticos
Mecanismo de acción	Actúa como un precursor del citotóxico 5-fluorouracilo. La incorporación del 5-FU conduce a la inhibición del ARN y síntesis proteica.
Presentación	Comprimidos de 150 y 500 mg
Vías de administración	Vía oral
Indicaciones	Tratamiento adyuvante tras cirugía en pacientes con cáncer de colon estadio I, Monoterapia en el cáncer colorrectal melastásico, Cáncer gástrico avanzado en combinación con un régimen que Incluya platino, Cáncer de mama avanzado melastásico en combinación con docelaxel previo debe haber incluida una sesión con tetraciclina, Monoterapia para el tratamiento de pacientes con cáncer de mama localmente avanzado o melastásico las fallo a tásanos y a un régimen quimioterápico que incluya una tetraciclina o bien para aquellos pacientes en los que no esté indicada una terapia posterior con tetraciclinas.
Contraindicaciones	Hipersensibilidad a capecitabina; antecedentes de reacciones graves e inesperadas con fluoropirimidinas; pacientes con probada deficiencia de dihidropirimidina deshidrogenasa; embarazo y lactancia; leucopenia, neutropenia o trombocitopenia graves; I.H. grave; I.R. grave; tratamiento reciente o concomitante con brivudina si existen contraindicaciones a cualquiera de las sustancias del régimen combinado, no se deberá utilizar esa sustancia. La administración de capecitabina está contraindicada en pacientes con deficiencia completa de DPD.
Efectos secundarios	Diarrea, Náuseas, Vómitos, Dolor abdominal, Estomatitis, Fatiga y síndrome mano-pie, Neurotoxicidad central que provoca una bajada de la calidad de vida del paciente importante, Dolor agudo lorácico que resembia o se parece al que se produce en el síndrome coronario agudo.

FÁRMACO	Capecitabina
Interacciones farmacológicas	<ul style="list-style-type: none"> • Alopurinol: Se debe evitar el uso concomitante de alopurinol con capecitabina. • Se debe evitar la administración concomitante con vivos, bacilo de Calmette-Guérin (BCG), belimumab, natalizumab, pimecrolimus o tacrolimus (tópico). • Monitorizar cuidadosamente a los pacientes si se produce la administración concomitante con vacunas de virus atenuados, carvedilol, diclofenaco, denosumab, trastuzumab. • Considerar otras opciones de tratamiento en caso de administración concomitante con inhibidores del CYP2C9, leflunomida o roflumilast.
Cuidados de enfermería	<ul style="list-style-type: none"> • Las tabletas se deben dar por vía oral con abundante agua después de las comidas, la dosis indicada se toma dividida cada 12 horas • No triture, mastique ni disuelva los comprimidos. • Si olvida una dosis de este medicamento, no tome la dosis aliviada en absoluto ni tome doble cantidad en su próxima dosis. En lugar de hacerla, regrese a su horario regular de dosificación • Guarde este medicamento fuera del alcance de los niños. Guárdelo alejado del calor y la luz directa. El calor o la humedad pueden deteriorar el medicamento. No conserve medicamentos cuya fecha de vencimiento haya expirado. • Se debe tener precaución en pacientes con antecedentes de enfermedad cardíaca importante, arritmias y angina de pecho • Control de ingesta y eliminación.
FÁRMACO	Morfina
Nombre comercial	MS Contin®, Oramorph® SR, Kadian®, MSIR®, RMS®, Roxanol®, Dolq®, Dropizol®, Sevredol®.
Grupo farmacológico	analgésicos opioides, también conocidos como narcóticos.
Mecanismo de acción	Analgésico agonista de los receptores opiáceos μ , y en menor grado los kappa, en el SNC.
Presentación	<ul style="list-style-type: none"> • Comprimidos de 10 y 60mg, • Solución oral de 2 y 10mg/ml, ampolla de 10mg/al
Vías de administración	Vía oral y intravenosa.

FÁRMACO	Morfina
Indicaciones	<p>Sol. inyectable de morfina hidrocloreuro al 1% o 2%: Tratamiento del dolor intenso. Tratamiento del dolor postoperatorio inmediato. Tratamiento del dolor crónico maligno. Dolor asociado a infarto de miocardio. Dispnea asociada a insuficiencia ventricular izquierda y edema pulmonar. Ansiedad ligada a procedimientos quirúrgicos. - Solución inyectable al 0,1% y 4%: Tratamiento del dolor intenso. Dispnea asociada a insuficiencia ventricular izquierda y edema pulmonar. - Formas orales: Tratamiento prolongado del dolor crónico intenso y para el alivio de los dolores postoperatorios.</p>
Contraindicaciones	<p>Inyectables: Hipersensibilidad conocida a la morfina. Pacientes con depresión respiratoria o enfermedad respiratoria obstructiva grave. Pacientes con asma bronquial agudo. Pacientes tratados con inhibidores de la monoaminooxidasa o durante los 14 días siguientes a la suspensión del tal tratamiento. Pacientes con enfermedad hepática aguda y/o grave. Pacientes con lesión craneal; aumento de la presión intracraneal. Pacientes en coma. Oral Hipersensibilidad a la morfina. Íleo paralítico. Depresión respiratoria. Afecciones obstructivas de las vías aéreas. Cianosis. Vaciado gástrico tardío. Síntomas de íleo paralítico. Abdomen agudo. Enfermedad hepática aguda. Asma bronquial agudo. No está indicado su uso en pacientes con traumatismo craneal o cuando la presión intracraneal esté aumentada. Contraindicado en la administración concomitante de IMAOs o dentro de las dos semanas posteriores a la suspensión de su uso. No indicado en niños menores de cinco años (formas solidas). Niños menores de 1 año (formas líquidas).</p>
Efectos secundarios	<p>Hipotensión, hipertensión, bradicardia, arritmias, broncoespasmo, probablemente debido a efecto directo sobre el músculo liso bronquial, visión borrosa, síncope, euforia, disforia, miosis, espasmo del tracto biliar, estreñimiento, náuseas y vómitos, retraso del vaciado gástrico.</p>

FÁRMACO	Morfina
Interacciones farmacológicas	<ul style="list-style-type: none"> • Crisis de hiper- o hipotensión con IMAO. • Depresión central aumentada por tranquilizantes, anestésicos, hipnóticos, sedantes, fenotiazinas, antipsicóticos, bloqueantes neuromusculares, otros derivados morfínicos, antihistamínicos H₁ y alcohol. • Incrementa la actividad de anticoagulantes orales y relajantes musculares. • Efecto reducido por agonistas/antagonistas opioides. • Riesgo de estreñimiento severo con antidiarreicos, antiperistálticos y antimuscarínicos. • Efecto bloqueado por naltrexona; no asociar. • Riesgo de hipotensión con antihipertensivos y diuréticos.
Cuidados de enfermería	<p>Aplicar los cinco correctos en la administración de la medicación</p> <p>Valorar el dolor del paciente aplicando la escala del dolor EVA identificando las características de los dolores podrán determinar las medidas más adecuadas para aliviarlo, si es necesario</p> <p>Hacer una valoración extensa del dolor tanto en cantidad como en cualidad</p> <p>Administrar el analgésico prescrito por el médico que se hará a horas fijas</p> <p>Se deben reconocer los efectos secundarios de los medicamentos y si aparecen reforzar la información que el médico hubiera dado al paciente de forma clara y comprensible</p> <p>Es preciso evitar el movimiento innecesario</p> <p>Hacer que el enfermo adopte las posiciones más adecuadas para evitar al dolor</p> <p>Ayudar a colocarlo cómodamente, sin tensores musculares</p>
FÁRMACO	Prednisona
Nombre comercial	Prelone", Pediapred", Deltasone", Orapred", Medrol
Grupo farmacológico	corticosteroides
Mecanismo de acción	<p>Interacciona con receptores citoplasmáticos intracelulares específicos, formando el complejo receptor-glucocorticoide, éste penetra en el núcleo, donde interactúa con secuencias específicas de ADN, que estimulan o reprimen la transcripción génica de ARNm específicos que codifican la síntesis de determinadas proteínas en los órganos diana, que, en última instancia, son las auténticas responsables de la acción del corticoide.</p>
Presentación	Tabletas de 5, 10 y 20 mg
Vías de administración	Vía oral

FÁRMACO	Prednisona
Indicaciones	<p>Enf. autoinmunes, del colágeno y de los vasos (lupus eritematoso sistémico, polimiositis, dermatomiositis y vasculitis). Enf. bronquiales y pulmonares incluyendo asma bronquial. Enf. dermatológicas en las que debido a su severidad o a la afectación de zonas profundas de la piel, no se pueden tratar adecuadamente con corticoides de uso externo incluyendo entre otras urticaria aguda severa y pénfigos. Enf. hematológicas/ tratamiento tumoral incluyendo pero sin limitarse a anemia hemolítica autoinmune, púrpura trombocitopénica y leucemia linfoblástica aguda. Tratamiento paliativo de enf. malignas (la prednisona puede ser administrada para el alivio de síntomas). Enf. del tracto gastrointestinal y del hígado como colitis ulcerosa, enfermedad de Chron, hepatitis crónica autoinmune agresiva. Enf. de los riñones y tracto urinario incluyendo síndrome nefrótico. Enf. inflamatorias oculares como conjuntivitis alérgica, queratitis, iritis, uveitis, coriorretinitis y neuritis óptica</p>
Contraindicaciones	<p>Hipersensibilidad a prednisona; además por vía oral: osteomalacia y osteoporosis; diabetes grave; psicosis no controlada por tto.; úlcera péptica, gastritis, esofagitis; tuberculosis activa (a menos que se utilicen simultáneamente drogas quimioterapéuticas); estados infecciosos, incluyendo los indicados en este apartado; enf. víricas progresivas (hepatitis, herpes, herpes simple ocular, herpes zoster, varicela), antes e inmediatamente después de una vacunación preventiva; infecciones fúngicas; linfomas secundarios de una vacunación con BCG; amebiasis y micosis sistémicas; alteraciones psiquiátricas; HTA grave; asistolia con edema pulmonar y uremia; miastenia grave; I.R.</p>
Efectos secundarios	<p>Signos de hiperactividad adrenal (Síndrome de Cushing) a dosis altas, insuf. adrenocortical (con tratamientos prolongados); hiperglucemia, polifagia; osteoporosis, fragilidad ósea; linfopenia, eosinopenia, retraso en cicatrización de heridas; erupciones acneiformes, hirsutismo, hiperpigmentación, esclerodermia (a dosis altas); sofocos, disminución de la resistencia a las infecciones (candidiasis orofaríngea), retraso del crecimiento en niños en tratamientos prolongados</p>
Interacciones farmacológicas	<p>La administración simultánea con fenobarbital, fenitoína, efedrina disminuye el efecto terapéutico de la PREDNISONA al incrementar el metabolismo de ésta.</p> <p>Pacientes que reciben PREDNISONA y estrógeno pueden presentar efecto corticosteroide excesivo. Corticosteroide y diurético puede producir depleción de potasio que favorece la hipocaliemia. Corticoide con glucósidos puede elevar la posibilidad de arritmias o intoxicación por digital asociado.</p> <p>Corticosteroides con anticoagulantes tipo cumarina pueden aumentar o disminuir los efectos anticoagulantes.</p> <p>La combinación de glucocorticoides con antiinflamatorios no corticoides puede producir úlceras gastrointestinales.</p>

FÁRMACO	Prednisona
Cuidados de enfermería	<p>Dosis correcta del medicamento. vigilar efectos adversos Control de ingesta y eliminación Control seriado de electrolitos plasmáticos Proteger de la luz. No refrigerar Tener en cuenta que hay riesgo especialmente con dosis altas, de crisis renales esclerodermias en pacientes con esclerosis sistémicas.</p>

FÁRMACO	Daunorubicina
Nombre comercial	Cerubidine®, Daunoblastin™, Daunoxome™, Rubomycin (Rubomicina)™, Daunorubicina Kemex®.
Grupo farmacológico	antibióticos antraciclinas.
Mecanismo de acción	<p>Fármaco antineoplásico que ejerce sus efectos citotóxicos/ antiproliferativos mediante interferencia con un número de funciones biológicas y bioquímicas en células diana. Aunque el mecanismo de acción exacto no se conoce por completo, parece que el fármaco inhibe principalmente la síntesis de ADN y ARN dependiente de ADN por formación de un complejo con el ADN, vía intercalación entre los pares de bases y desenrollado de la hélice. Daunorubicina también puede interferir en la actividad de la polimerasa y la topoisomerasa II, con regulación de la expresión genética y con reacciones de oxidación/reducción (generándose radicales libres altamente reactivos/altamente tóxicos).</p>
Presentación	Ampollas de 20 mg
Vías de administración	Vía intravenosa
Indicaciones	<p>Sola o en combinación con otros antineoplásicos, está indicada para inducir la remisión de la leucemia mieloide aguda y la leucemia linfoide aguda. Daunorubicina, como parte de un tto. en combinación, está indicada en el tto. de la leucemia mieloide aguda y de la leucemia linfoide aguda en niños.</p>
Contraindicaciones	<p>Hipersensibilidad a daunorubicina, a otras antraciclinas o antra-cenodionas; mielosupresión persistente; infecciones graves; I.H. grave (Child-Pugh grado C); I.R. grave (velocidad de filtración glomerular < 10 ml/min o creatinina sérica > 7,9 mg/dl); insuf. cardiaca; infarto de miocardio reciente; arritmias graves; ttos. anteriores con dosis acumulativas máx. de daunorubicina (500-600 mg/m² en ads., 300 mg/m² en niños de 2 años o >, 10 mg/kg en niños < dos años) u otras antraciclinas cardiotóxicas; embarazo y lactancia.</p>

FÁRMACO	Daunorubicina
Efectos secundarios	Sepsis/septicemia, infección; insuficiencia medular, leucopenia, granulocitopenia, neutropenia, trombocitopenia, anemia; cardiomiopatía (manifestada clínicamente por disnea, cianosis, edema periférico, hepatomegalia, ascitis, derrame pleural e ICC manifiesta); hemorragia; náuseas/vómitos, diarrea, esofagitis, mucositis/estomatitis, dolor abdominal, colitis; alopecia, eritema, erupción cutánea; fiebre, dolor, flebitis en el lugar de administración; aumento de bilirrubina sérica, de AST, de fosfatasa alcalina, ECG anormal (cambio en el intervalo ST-T del electrocardiograma, electrocardiograma QRS complejo anormal, ondas T del electrocardiograma anormales).
Interacciones farmacológicas	Potenciación de efectos adversos con: metotrexato, sulfonamidas y algunos diuréticos. Riesgo de hemorragias en pacientes trombocitopénicos con: antiagregantes plaquetarios. No administrar con vacunas de virus vivos.
Cuidados de enfermería	<ul style="list-style-type: none"> - No tomar mientras usted este embarazada - No administrarse en periodo de lactancia o a su vez no continuar lactando al niño - Tomar en cuenta debido a la coloración del líquido puede ser que la orina se vuelva de color rojo - Tener en cuenta que puede provocar incontinencia urinaria - Monitorización de signos vitales - Vigilar posibles efectos adverso Control de ingesta y eliminación.

FÁRMACO	Fluoracilo
Nombre comercial	Carac, Tolak, Efudex, Fluoroplex, Actikerall, Verrucutan, Adrucil.
Grupo farmacológico	antimetabolitos
Mecanismo de acción	El fluorouracilo es un análogo del uracilo, un componente del ácido ribonucleico. Se cree que el fármaco funciona como un antimetabolito. Después de la conversión intracelular al desoxinucleótido activo, interfiere con la síntesis de ADN al bloquear la conversión del ácido desoxiuridílico a ácido timidílico por la enzima celular timidilato sintetasa. El fluorouracilo también puede interferir con la síntesis de ARN.
Presentación	Ampollas de 25 y 50 mg Ungüento/gel al 5 %
Vías de administración	Parenteral y tópico

FÁRMACO	Fluoracilo
Indicaciones	<p>Parenteral:</p> <p>Fluorouracilo está indicado para el tratamiento de las siguientes neoplasias malignas y enfermedades en adultos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tratamiento de cáncer colorrectal metastásico - Tratamiento adyuvante en cáncer de colon y recto - Tratamiento de cáncer gástrico avanzado - Tratamiento de cáncer de páncreas avanzado - Tratamiento de cáncer de esófago avanzado - Tratamiento de cáncer de mama avanzado o metastásico - Tratamiento adyuvante en paciente con cáncer de mama invasivo primario operable - Tratamiento de carcinoma de células escamosas de cabeza y cuello inoperable localmente avanzado e inoperable en pacientes no tratados previamente - Tratamiento de carcinoma de células escamosas de cabeza y cuello localmente recurrente o metastásico. <p>Tópica: tratamiento tópico de la queratosis actínica (QA) no hiperqueratósica y no hipertrófica (grado I y II de Olsen) de la cara, las orejas y/o el cuero cabelludo en adultos.</p>
Contraindicaciones	<p>Hipersensibilidad a fluorouracilo. Infecciones graves (p. ej. herpes zóster, varicela). Pacientes gravemente debilitados. Depresión de la médula ósea tras la radioterapia o el tratamiento con otros antineoplásicos. Tratamiento de neoplasias no malignas. I.H. grave. Concomitante con brivudina, sorivudina y análogos. La brivudina, sorivudina y análogos son potentes inhibidores de la enzima que metaboliza el 5-FU, la dihidropirimidina deshidrogenasa (DPD). Fluorouracilo (5-FU) no debe administrarse a pacientes homocigotos para dihidropirimidina deshidrogenasa (DPD). Fluorouracilo está estrictamente contraindicado en mujeres embarazadas o en periodo de lactancia. Deficiencia completa conocida de dihidropirimidina deshidrogenasa (DPD).</p>
Efectos secundarios	<p>Neutropenia, Trombocitopenia, Dermatitis, Pequeñas lesiones dentro de la nariz que puedan sangrar, Conjuntivitis, Lagrimeo, Sensación de arenilla en los ojos, Mareos, Marcha inestable, Mucositas.</p>
Interacciones farmacológicas	<p>Modulan bioquímicamente la eficacia antineoplásica o la toxicidad del fluorouracilo: metotrexato, metronidazol, leucovorina, interferón alfa y alopurinol.</p> <p>Acción y toxicidad aumentada por: metronidazol.</p> <p>Potenciación de la toxicidad con: cisplatino.</p> <p>Niveles plasmáticos incrementados por: cimetidina.</p> <p>Incrementa concentración plasmática de: fenitoína.</p> <p>Riesgo mayor de agranulocitosis con: clozapina.</p> <p>Potencia la acción y toxicidad de: warfarina.</p> <p>Toxicidad potenciada por: sustancias que afectan a la actividad de la enzima dihidropirimidina deshidrogenasa, tal como los análogos de nucleósidos brivudina, sorivudina y otros análogos relacionados químicamente.</p>

FÁRMACO	Fluoracilo
Cuidados de enfermería	<p>Mantener una buena higiene bucal cepillarse los dientes con un capillo suave</p> <p>Evitar los alimentos y líquidos muy calientes a muy fríos, ácidos o muy condimentados, Tomar una dieta blanda</p> <p>Verificar permeabilidad de la vena porque su extravasación produce irritación y daño tisular</p> <p>Mantener una buena hidratación si no está contraindicado administrar por vía oral mínimo 2 litros de agua al día hasta 5 días posterior a su administración</p> <p>Si es posible administrar por vía central al Fluorouracilo puede producir toxicidad cardíaca en un porcentaje muy pequeño de pacientes si presenta dolor torácico, in brazo izquierda, cuello o la zona del estómago o cualquier síntoma comuniqué inmediatamente al personal de salud</p>

Fuente: elaboración propia

Tratamiento dietético

Tabla 5. Valoración de exámenes de laboratorio

HEMOGRAMA			
PARÁMETROS	DATOS DEL PACIENTE	VALOR DE REFERENCIA	INTERPRETACIÓN
LEUCOCITOS	10,9	4.5—10 mm ³	Linfocitosis
LINFOCITOS	38,6	20-40%	Normal
HEMOGLOBINA	16,9	12—16 G/DL	Policitemia
HEMATOCRITO	40,1	32—43%	Normal
PLAQUETAS	251	150—450K/UL	Normal
RECuento DE GLÓBULOS ROJOS	5.23	3.8—5.3K/UL	Normal
GLUCOSA	101	70—110MG/DL	Normal

HEMOGRAMA			
PARÁMETROS	DATOS DEL PACIENTE	VALOR DE REFERENCIA	INTERPRETACIÓN
BIOQUÍMICA SANGUÍNEA			
SODIO	140	135—145 mEq/L	Normal
POTASIO	4.26	3.5—5 mEq/L	Normal
CLORO	101	98—107mEq/L	Normal
FUNCION RENAL			
UREA	47	10—50MG/DL	Normal
CREATININA	0.83	0.7—1.2MG/DL	Normal
TGO	27	0-37 U/L	Normal
TGP	30	0-40 U/L	Normal

Fuente: elaboración propia

Tabla 6. Place

PROBLEMA IDENTIFICADO	PATRÓN FUNCIONAL	DOMINIO NANDA
	7 Autopercepción-autoconcepto	9 Afrontamiento/Tolerancia al Estrés
	6 Cognitivo-perceptivo	12 Confort
	4 Actividad-ejercicio	4 Actividad/Reposo

Fuente: elaboración propia

Tabla 7. Diagnósticos nanda NIC NOC

DIAGNÓSTICOS (NANDA)

DOMINIO: 9 Afrontamiento/Tolerancia al Estrés

CLASE: 2 Respuestas de afrontamiento

ETIQUETA: Ansiedad

CÓDIGO: 00146

DEFINICIÓN: Ansiedad

R/C: Personas que atraviesan una crisis situacional

M/P: Expresa ansiedad por los cambios en los eventos de la vida

FUNDAMENTACIÓN DE CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS Permite al personal de enfermería identificar el nivel de ansiedad del paciente, implementar intervenciones oportunas, como técnicas de relajación, escucha activa y educación sobre el manejo del estrés.

JUICIO CRÍTICO		NOC		NIC		EVALUACIÓN			
La ansiedad es una respuesta adaptativa ante el estrés, pero cuando se intensifica o persiste, puede alterar el equilibrio emocional, comprometer la toma de decisiones, el desempeño funcional y aumentar el riesgo de trastornos físicos y psicológicos		DOMINIO: 3 Salud psicosocial CLASE: O Autocontrol ETIQUETA: Autocontrol de la ansiedad CÓDIGO: 1402 DEFINICIÓN: Acciones personales para eliminar o reducir sentimientos de aprensión, tensión o inquietud de una fuente no identificada.		PUNTAJACIÓN DIANA		CAMPO: Apoyo emocional CLASE: R Ayuda para el afrontamiento INTERVENCIÓN: Apoyo emocional CÓDIGO: 5270 Definición: Proporcionar seguridad, aceptación y ánimo en momentos de tensión.		Indicadores	ESCALA
INDICADORES 40201 Monitoriza la intensidad de la ansiedad		ESCALA		CÓDIGO	MAN-TEN	MEJORAR	140201		
				140201		ACTIVIDADES	FUNDAMENTO CIENTÍFICO	140202	
140202	Elimina precursores de la ansiedad			140202		Explorar con el paciente qué ha desencadenado las emociones.	la identificación de los factores estresantes permite al paciente reconocer y comprender las fuentes de su ansiedad, facilitando el desarrollo de estrategias de afrontamiento más efectivas.		
140203	Disminuye los estímulos ambientales cuando está ansioso			140203		Realizar afirmaciones empáticas o de apoyo		140203	
						Permanecer con el paciente y proporcionar sentimientos de seguridad durante los periodos de más ansiedad.			

Fuente: elaboración propia

Tabla 8. Diagnósticos nanda NIC NOC

DIAGNÓSTICOS (NANDA)

DOMINIO: 12 Confort

CLASE: 1 Confort físico

ETIQUETA: Dolor crónico

CÓDIGO: 00133

DEFINICIÓN: Dolor crónico

M/P: Lesiones de tejidos blandos

R/C: Expresión facial de dolor

FUNDAMENTACIÓN DE CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS: la relación entre las lesiones de tejidos blandos y la expresión facial de dolor se explica como parte de un cuadro clínico multifactorial que requiere un abordaje integral.

JUICIO CRÍTICO	NOC		NIC		EVA- LUA- CIÓN		
lesiones de tejidos blandos se produce por infección persistente y sensibilización nerviosa, lo que altera la Expresión facial de dolor	DOMINIO: 4 Conocimiento y conducta de salud CLASE: Q Conducta de salud ETIQUETA: Control del dolor CÓDIGO: 1605 DEFINICIÓN: Acciones personales para eliminar o reducir el dolor.	PUNTUACIÓN DIANA	CAMPO: Administración de medicación CLASE: H Control de fármacos INTERVENCIÓN: Administración de medicación CÓDIGO: 2300 Definición: Preparar, administrar y evaluar la efectividad de los medicamentos prescritos y de libre dispensación.		Indicadores ES- CA- LA		
	INDICA- DORES	ESCALA	CÓDIGO	MANTEN MEJORAR	ACTIVI- DADES	FUNDA- MENTO CIENTÍ- FICO	160501
	160501	Reco- noce los factores causales primarios	160501	X	Seguir las cinco reglas de la admini- stración correcta de medicación.	Estas reglas reducen los errores médi- cos, mejoran los resultados terapéuticos y minimizan eventos adversos relacionados con la medi- cación	160502
	160502	Reconoce el comien- zo del dolor	160502	X	Instruir al paciente y a la familia acerca de las acciones y los efectos adversos esperados de la medi- cación.	Instruir al paciente y a la familia acerca de las acciones y los efectos adver- sos esperados de la medica- ción.	160505

JUICIO CRITICO	NOC	NIC	EVA-LUA-CIÓN	
160505	Utiliza analgésicos como se recomienda	505	X	Observar si se producen efectos adversos, toxicidad e interacciones en el paciente por los medicamentos administrados. La observación activa permite detectar reacciones adversas, ajustar tratamientos y prevenir complicaciones graves

Fuente: elaboración propia

Tabla 9. Diagnósticos nanda NIC NOC

DIAGNÓSTICOS (NANDA):
 DOMINIO: 3 Eliminación e intercambio
 CLASE:
 ETIQUETA:
 CÓDIGO:
 DEFINICIÓN: Deterioro de la movilidad física
 R/C: Diminución de la fuerza muscular
 M/P: Alteración de la marcha
 FUNDAMENTACIÓN DE CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS
 estas características están interrelacionadas, dado que la disminución de la fuerza muscular provoca una alteración en la mecánica de la marcha, lo que genera el deterioro funcional de la movilidad física

JUICIO CRITICO	NOC	NIC	EVALUACIÓN	
El deterioro de la movilidad ocurre físico por la disminución de la fuerza muscular, lo que altera la estabilidad y la coordinación necesarias para una marcha funcional.	DOMINIO: 1 Salud funcional CLASE: C Movilidad ETIQUETA: Equilibrio CÓDIGO: 0202 DEFINICIÓN: Capacidad para mantener el equilibrio del cuerpo.	CAMPO: Prevención de caídas CLASE: V Control de riesgos INTERVENCIÓN: Prevención de caídas CÓDIGO: 6490 Definición: Establecer precauciones especiales en pacientes con alto riesgo de lesiones por caídas.	Indicadores ESCALA	
	INDICADORES ESCALA CÓDIGO MANTEN MEJORAR	ACTIVIDADES FUNDAMENTO CIENTÍFICO	20205	
20205	Tambaleo	20205	X	Identificar déficits cognitivos o físicos del paciente que puedan aumentar la posibilidad de caídas en un ambiente dado. la evaluación integral de estos déficits permite identificar riesgos específicos, diseñar estrategias preventivas y reducir la incidencia de caídas, que son una de las principales causas de lesiones en adultos mayores.
				20207

JUICIO CRÍTICO		NOC		NIC	EVALUACIÓN
20207	Temblor	20207	X	Revisar los antecedentes de caídas con el paciente y la familia.	Los antecedentes de caídas son un indicador clave del riesgo futuro, ya que reflejan factores subyacentes, como problemas de movilidad, deterioro visual o inadecuación ambiental.
				Revisar los antecedentes de caídas con el paciente y la familia.	Dispositivos de asistencia como bastones o andadores mejoran la estabilidad al redistribuir la carga y amplían la base de soporte durante la marcha.

Fuente: elaboración propia

Conclusiones

El cáncer de colon tiene una alta tasa de curación si se diagnostica en etapas iniciales. Sin embargo, el caso clínico evidencia la importancia de fortalecer los programas de cribado como colonoscopías y pruebas de sangre oculta en heces, especialmente en poblaciones de riesgo.

Factores modificables como una dieta equilibrada, actividad física regular y evitar el consumo de tabaco y alcohol juegan un papel clave en la prevención del cáncer de colon, demostrando que adoptar hábitos saludables puede reducir significativamente su incidencia.

Un enfoque multidisciplinario, que combina cirugía, quimioterapia, radioterapia y apoyo psicológico, es esencial para abordar las necesidades físicas y emocionales del paciente, mejorando tanto los resultados del tratamiento como la calidad de vida.

La educación sanitaria y el acceso a información clara y confiable empoderan a los pacientes y sus familias para tomar decisiones informadas. Asimismo, el apoyo psicológico y social es crucial para afrontar los desafíos emocionales y psicológicos asociados al cáncer de colon.

Recomendaciones

Se le debe brindar educación a todos los pacientes para evitar llegar a un caso de cáncer de colon, es decir, como personal de salud tenemos que indicar que tiene que hacerse chequeos médicos, etc.

A un paciente con cáncer de colon se le debe indicar que es fundamental que cumpla con el tratamiento prescrito por su médico, que puede incluir cirugía, quimioterapia, radioterapia o terapias dirigidas.

Durante y después del tratamiento, una dieta rica en frutas, verduras, cereales integrales y baja en grasas saturadas puede ayudar a mejorar la salud general y reducir los efectos secundarios.

Brindar apoyo así se puede ayudar a manejar el estrés, la ansiedad y la depresión asociados con el diagnóstico y tratamiento.

Educar sobre el cáncer de colon, sus síntomas, tratamientos y efectos secundarios, así, empoderamos al paciente para que pueda tomar decisiones informadas y participar activamente en su cuidado.

Referencias

- Bernalte, A. (2020). *Cáncer de colon*. Farmacia Hospitalaria.
- Instituto Nacional del Cáncer. (2024). *Tratamiento del cáncer de colon*.
- Mayo Clinic. (s.f.). *Cáncer de colon - Diagnóstico y tratamiento*. <https://lc.cx/Qi2nZT>
- Mayo Clinic. (s.f.). *Cáncer de colon - Síntomas y causas*. <https://lc.cx/MCDZNi>
- Menon, G., Recio-Boiles, A., Lotfollahzadeh, S., & Cagir, B. (2024). *Colon Cáncer*. StatPearls.
- Nova, S. (2023). Colon. *Kenhub*. <https://lc.cx/O6yFRj>
- Organización Mundial de la Salud. (2023). *Cáncer colorrectal*. https://lc.cx/C8Io_e
- Portal de Salud de la Junta de Castilla y León. (s.f.). *Cáncer de colon*. <https://lc.cx/zfb9rg>
- Roche Pacientes. (s.f.). *Diagnóstico del cáncer de colon*. <https://lc.cx/s9QIUN>
- Sociedad Ecuatoriana de Oncología. (2023). *Guía cáncer de colon 2023*.

Surgical-Clinical Perspectives: actual cases

Perspectivas clínico-cirúrgicas: estudios de caso

Luisa Katerine Bustamante Espinoza

Universidad Católica de Cuenca | Cuenca | Ecuador

<https://orcid.org/0000-0002-4096-0503>

lkbustamantee@ucacue.edu.ec

vanesa815@hotmail.com

Licenciada en Enfermería, Magister en Enfermería Quirúrgica, Magister en Gerencia en salud, Especialista en Docencia Universitaria, Especialista en Gerencia y Planificación Estratégica en Salud.

Erika Viviana Tapia Urgilez

Universidad Católica de Cuenca | Cuenca | Ecuador

<https://orcid.org/0000-0002-7716-7779>

erika.tapia@ucacue.edu.ec

Médico General, Diplomado y Maestría en Salud y Seguridad Ocupacional con mención en prevención en riesgos.

Narcisa Elizabeth Pineda Loja

Universidad Católica de Cuenca | Cuenca | Ecuador

<https://orcid.org/0000-0003-4537-7074>

narcisa.pineda@ucacue.edu.ec

naelpilo@hotmail.com

Licenciada en enfermería, Magister en gestión del cuidado.

José Isidro Yamasqui Padilla

Universidad Católica de Cuenca | Cuenca | Ecuador

<https://orcid.org/0009-0002-0731-4590>

jiyamasquip@cacue.edu.ec

isidroyamasqui@yahoo.com

Doctor en Medicina y Cirugía, Magister en Medicina Forense, Médico Tratante de la Agencia Nacional de Transito Cañar, Docente de la Universidad Católica de Cuenca.

Luis Salvador Moncayo Molina

Universidad Católica de Cuenca | Cuenca | Ecuador

<https://orcid.org/0000-0002-6914-3208>

lmoncayom@cacue.edu.ec

Luismoncayo834@gmail.com

Bioquímico Farmaceuta, Especialista en Docencia Universitaria, Magister en Microbiología, Magister en Epidemiología, Magister en Estadística Aplicada.

Abstract

The book emphasizes clinical and surgical practice through the analysis of real cases, integrating knowledge of anatomy, physiology, pathology, and decision-making. Its objective is to promote critical reflection on diagnostic and therapeutic techniques, allowing for a deeper understanding of disease progression and its impact on medical practice. It addresses highly relevant pathologies such as ischemic stroke, subarachnoid hemorrhage, acute pancreatitis associated with cholelithiasis, chronic kidney failure, anemia, vitiligo, and prostatic hyperplasia. Each case study enables the analysis of symptoms, disease evolution, diagnostic methods, and available therapeutic options, fostering an interdisciplinary approach to patient care. This chapter serves as a didactic tool that bridges theoretical knowledge with practical application, enhancing

critical reasoning and improving clinical and surgical skills. Its case-based methodology facilitates well-founded decision-making and the practical implementation of knowledge in real-world medical scenarios.

Keywords: Disease; health; well-being; hemorrhage; colon cancer

Resumo

O livro enfatiza a prática clínica e cirúrgica por meio da análise de casos reais, integrando conhecimentos de anatomia, fisiologia, patologia e tomada de decisões. Seu objetivo é incentivar a reflexão crítica sobre técnicas diagnósticas e terapêuticas. Por meio de estudos de casos, compreende-se a evolução das doenças e seu impacto na prática médica. Trata de patologias de grande relevância, como acidente vascular cerebral isquêmico, hemorragia subaracnóidea, pancreatite aguda associada à colelitíase, insuficiência renal crônica, anemia, vitiligo e hiperplasia prostática. Cada caso permite uma análise dos sintomas, da evolução, do diagnóstico e das opções terapêuticas, promovendo uma abordagem interdisciplinar. O capítulo é uma ferramenta didática que une teoria e prática, estimulando o raciocínio crítico e o aprimoramento das habilidades clínicas e cirúrgicas. Sua metodologia baseada em casos clínicos facilita a tomada de decisões informadas e sua aplicação em cenários reais.

Palavras-chave: Doença; saúde; bem-estar; hemorragia; câncer de cólon.

González-Vázquez, A., Hernández-Valles, J. H., Candia Arredondo J. S. y Tizoc Márquez, A. (2025). Conductas de riesgo en jóvenes universitarios. En M. A. Santacruz Vélez (Coord), *Medicina y Salud. Un Panorama Integral de Especialidades y Avances Científicos (Volumen I)*. (pp. 96-112). Religación Press. <http://doi.org/10.46652/religacionpress.275.c458>



Capítulo 4

Conductas de riesgo en jóvenes universitarios

Annel González-Vázquez, Jonathan Hermayn Hernández-Valles, Josefina Sarai Candia Arredondo, Arodi Tizoc Márquez

Resumen

Las conductas de riesgo en jóvenes, como el consumo de alcohol y tabaco, así como los hábitos alimenticios poco saludables, representan una preocupación de salud pública debido a sus efectos en el bienestar físico, mental y social. El propósito de este capítulo es describir las conductas de riesgo respecto al consumo de alcohol, tabaco y hábitos alimenticios que pueden presentar los jóvenes universitarios. Estudio descriptivo conformado por 130 jóvenes universitarios. Se observó que la universidad es una etapa en la que la pertenencia a un grupo y la aceptación social son extremadamente importantes, los jóvenes pueden sentirse presionados a consumir alcohol para sentirse parte de su grupo de amigos o para evitar el rechazo a algunas actividades sociales. Asimismo, el estrés y las presiones académicas y sociales pueden impulsar a los jóvenes a consumir alcohol como una forma de liberación; las demandas académicas, expectativas familiares y la presión por el rendimiento pueden generar niveles significativos de ansiedad y estrés, encaminándolos a buscar libertad en el consumo del alcohol.

Palabras clave: Estudiante universitario; Alcoholismo; Tabaco; Costumbres alimenticias.

Introducción

La juventud representa una etapa importante en el desarrollo personal y profesional, que se caracteriza por la transición a la independencia y la exploración de nuevas experiencias (González et al., 2021). Asimismo, este periodo está marcado por la exposición a diversas conductas que pueden tener efectos negativos a la salud (Payares & Chamorro, 2023; Picazzo-Palencia et al., 2021; Roman et al., 2022).

Las conductas de riesgo en esta población incluyen una variedad de comportamientos que pueden comprometer su salud física, mental y emocional. El consumo de sustancias psicoactivas, la actividad sexual sin protección, los trastornos alimenticios y la falta de ejercicio físico, son algunas conductas que afectan a los jóvenes (Jimbo & Maygua, 2023; Mosquera et al., 2022; Parra et al., 2024). Es importante mencionar que no solo afectan la calidad de vida, sino que también pueden interferir en su desempeño académico y en su desarrollo personal (Ramos-Galarza et al., 2020; Rodríguez, 2023).

El consumo de alcohol y tabaco entre los jóvenes es una problemática de salud pública a nivel mundial. Este comportamiento no solo representa un riesgo para la salud de los jóvenes, sino que también tiene implicaciones a largo plazo, el continuo uso de estas sustancias puede establecer patrones de comportamiento que pueden persistir en la vida adulta (Barrera-Nuñez et al., 2022; Rodríguez de la Cruz et al., 2022).

El alcohol y el tabaco son las sustancias más comunes entre los jóvenes, y su consumo está influenciado por factores sociales, psicológicos y ambientales. Entre los factores que contribuyen a la adopción de estas conductas se encuentran la presión de grupo, la búsqueda de aceptación social, el estrés académico, y la publicidad que promueve su consumo como una forma de escape (Quijije et al., 2024; Restrepo, 2024).

El consumo de alcohol entre los jóvenes suele manifestarse en forma de episodios de ingesta excesiva, lo que aumenta el riesgo de accidentes, lesiones, comportamientos sexuales de riesgo y problemas académicos. En cuanto a el inicio del tabaco en esta etapa de la vida puede llevar a la dependencia a la nicotina, enfermedades respiratorias y cardiovasculares y una mayor probabilidad de desarrollar cáncer a largo plazo (Rodríguez de la Cruz et al., 2022).

Otro problema de salud pública es la obesidad afectando a personas sin importar edad o estrato social. La obesidad en jóvenes ha experimentado un alarmante incremento en las últimas décadas, los hábitos alimenticios juegan un papel importante en el desarrollo de esta, destacando la importancia de abordar esta problemática desde una etapa temprana (Martínez-Hernández et al., 2021; Maza-Ávila et al., 2022; Méndez et al., 2023).

Los jóvenes, en la etapa estudiantil, adoptan hábitos alimenticios poco saludables; el consumo frecuente de comida rápida, bebidas azucaradas y alimentos procesados, junto con la omisión de comidas y la falta de frutas y verduras en la dieta, contribuyen al aumento de peso. Estos patrones alimenticios se ven influenciados por factores como el fácil acceso a alimentos saludables, baja educación nutricional, estrés y el marketing de alimentos no saludables (Martínez-Hernández et al., 2021).

La obesidad en jóvenes no solo tiene implicaciones en su bienestar físico, como la aparición de enfermedades metabólicas, problemas cardiovasculares y trastornos musculoesqueléticos, afectando también su salud mental y emocional. La estigmatización y la baja autoestima son comunes entre los jóvenes con sobrepeso u obesidad, lo que puede conducir a problemas adicionales como la depresión y los trastornos alimentarios (García-López & Gutiérrez-Romero, 2023; Sánchez-Rojas et al., 2022).

Dado a la relevancia de las conductas de riesgo y a la vulnerabilidad que representan los jóvenes actualmente, el propósito de la investigación es conocer cuáles son aquellas conductas de riesgo respecto al consumo de alcohol, tabaco y hábitos alimenticios que pueden presentar los jóvenes.

Material y métodos

El diseño del estudio fue descriptivo (Grove et al., 2016). La población de estudio estuvo conformada por jóvenes universitarios. El muestreo fue no probabilístico a conveniencia. La muestra se conformó por 130 jóvenes de un centro de salud público de Monterrey, Nuevo León.

Instrumentos de medición

Para medir las variables del estudio se utilizó una cedula de datos personales, la cual indaga datos del participante y se divide en tres secciones. La primera indaga datos sociodemográficos como edad, sexo y estado civil. La segunda parte mide la prevalencia del consumo de alcohol y la tercera la prevalencia del consumo de tabaco.

Para evaluar la variable de hábitos alimenticios se utilizó el Cuestionario de Tamizaje por Block para ingesta de grasas, frutas/vegetales y fibra en su versión español (INCAP, 2006). Consta de 2 bloques siendo un total de 24 reactivos, contiene una escala de respuesta tipo Likert de 0 a 4, donde 0 representa menos de una vez al mes y 4 representa 5 o más veces a la semana de acuerdo con el consumo

de indicador seleccionado. El Cuestionario de Tamizaje por Block para ingesta de grasas, frutas/vegetales y fibra ha mostrado fiabilidad aceptable de .85 en alfa de Cronbach (Rodríguez et al., 2019).

Procedimiento de recolección de datos

Primeramente, se solicitó la aprobación por el comité de ética de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León, posterior a la aprobación se procedió a invitar a jóvenes que acudían a un centro de salud público, a los jóvenes que desearon participar de manera voluntaria en el estudio, se les dio a conocer el objetivo de la investigación y posteriormente se le aclararon las dudas existentes. La recolección de los datos se llevó a cabo a través de Google Formularios, donde se dio a conocer el consentimiento informado, en donde el joven indicaba sí continuaba con su participación y procedía al llenado de los instrumentos. Al finalizar se agradeció a los participantes.

Consideraciones éticas

La presente investigación se apegó a lo establecido por la Ley General de Salud de Materia de Investigación (Secretaría de Salud, 2014). Respetando las consideraciones de los aspectos éticos en la investigación en seres humanos, se contó con el consentimiento informado, además de que el estudio fue estrictamente confidencial.

Análisis de datos

Para dar respuesta a los objetivos del estudio se utilizó el paquete Statistical Package for the Social Sciences (SPSS®). Se utilizó la estadística descriptiva, para las variables categóricas se empleará frecuencias y porcentajes. Para variables continuas, se utilizó medidas de tendencia central y variabilidad, la media, mediana y moda, desviación estándar, valor mínimo y máximo.

Resultados

La tabla 1 reporta los datos sociodemográficos de los participantes por edad, sexo y estado civil. El 56.9% eran de sexo femenino, el 93.8% eran solteros y la media de edad fue de 20.88 (DE=1.790).

Tabla 1. Datos sociodemográficos

Variable	f	%			
Sexo					
Masculino	56	43.1			
Femenino	74	56.9			
Estado civil					
Soltero	122	93.8			
Casado	8	6.2			
Variable	Media	Mediana	DE	Mínimo	Máximo
Edad	20.88	20.00	1.790	18	26

Fuente: elaboración propia

Nota: f = frecuencia, % = porcentaje.

La tabla 2 muestra la prevalencia del consumo de alcohol, se observa que el 80% de los jóvenes han consumido alcohol alguna vez en su vida, el 63.1% ha consumido en los últimos 12 meses, el 35.4% en los últimos 30 días y el 23.1% ha consumido en los últimos 7 días. Además, se identificó la media de la edad de inicio de consumo de alcohol de $\bar{X}=17.35$ (DE= 1.63), el número de bebidas consumidas en un día típico fue $\bar{X}=3.48$ (DE= 2.86).

Tabla 2. Prevalencia del consumo de alcohol

Consumo de alcohol	Sí		No	
	f	%	f	%
¿Ha consumido alcohol alguna vez en la vida?	104	80.0	26	20.0
¿Ha consumido alcohol en los últimos 12 meses?	82	63.1	48	36.9
¿Ha consumido alcohol en los últimos 30 días?	46	35.4	84	64.6
¿Ha consumido alcohol en los últimos 7 días?	30	23.1	100	76.9

Fuente: elaboración propia

Nota: f = frecuencia, % = porcentaje.

La tabla 3 muestra la prevalencia de consumo de tabaco, se reporta que un 43.8% de los jóvenes han consumido tabaco alguna vez en su vida, el 22.3% en los últimos 12 meses, el 16.2% ha consumido en los últimos 30 días y el 8.5% en los últimos 7 días. Además, se identificó la media de la edad de inicio de consumo de tabaco de $\bar{X}=17.74$ (DE= 2.86), el número de cigarrillos consumidos en un día típico fue $\bar{X}= 3.27$ (DE= 3.16).

Tabla 3. Prevalencia de consumo de tabaco

Consumo de alcohol	Si		No	
Variable	f	%	f	%
¿Ha consumido tabaco alguna vez en la vida?	57	43.8	73	56.2
¿Ha consumido tabaco en los últimos 12 meses?	29	22.3	101	77.7
¿Ha consumido tabaco en los últimos 30 días?	21	16.2	109	83.8
¿Ha consumido tabaco en los últimos 7 días?	11	8.5	119	91.5

Fuente: elaboración propia

Nota: f = frecuencia, % = porcentaje.

La tabla 4 reporta la prevalencia del consumo de alcohol por sexo, se puede observar que el consumo es mayor en las mujeres en las cuatro prevalencias (alguna vez en la vida, en los últimos 12 meses, últimos 30 días y últimos 7 días).

Tabla 4. Prevalencia del consumo de alcohol por sexo

Consumo de alcohol	Masculino				Femenino			
	Si		No		Si		No	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Alguna vez en la vida	44	78.6	12	21.4	60	81.1	14	18.9
En los últimos 12 meses	28	50.0	28	50.0	54	73.0	20	27.0
En los últimos 30 días	18	32.1	38	67.9	28	37.8	46	62.2
En los últimos 7 días	13	23.2	43	76.8	17	23.0	57	77.0

Fuente: elaboración propia

Nota: f = frecuencia, % = porcentaje.

La tabla 5 reporta la prevalencia del consumo de tabaco por sexo, se identificó que el consumo es mayor en los hombres en tres prevalencias (alguna vez en la vida, últimos 30 días y últimos 7 días).

Tabla 5. Prevalencia del consumo de tabaco por sexo

Consumo de tabaco	Masculino				Femenino			
	Si		No		Si		No	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Alguna vez en la vida	25	44.6	31	55.4	32	43.2	42	56.8
En los últimos 12 meses	14	25.0	42	75.0	15	20.3	59	79.7
En los últimos 30 días	12	21.4	44	78.6	9	12.2	65	87.8

Consumo de tabaco	Masculino		Femenino					
	Si	No	Si	No				
En los últimos 7 días	8	14.3	48	85.7	3	4.1	71	95.9

Fuente: elaboración propia

Nota: f = frecuencia, % = porcentaje.

La tabla 6 reporta las frecuencias y proporciones del cuestionario de hábitos alimenticios, se muestra que el 30% de los participantes obtuvo un puntaje deseado en la ingesta de grasas adecuadas y un 23.1% presenta una dieta muy alta en grasa.

Tabla 6. Frecuencias y proporciones del cuestionario de hábitos alimenticios.

Bloque de carnes		
Valido	f	%
Puntaje deseado (ingesta de grasas adecuadas)	39	30.0
Mejores decisiones en alimentos bajos en grasa	27	20.8
Dieta tradicional	21	16.2
Dieta alta en grasas	13	10.0
Dieta muy alta en grasa	30	23.1

Fuente: elaboración propia

Nota: f = frecuencia, % = porcentaje.

La tabla 7 reporta las frecuencias y proporciones del cuestionario de hábitos alimenticios, se observa que el 71.5% de los jóvenes se identifica en una dieta baja en nutrientes importantes.

Tabla 7. Frecuencias y proporciones del cuestionario de hábitos alimenticios.

Bloque de verduras		
Valido	f	%
Considera a incluir más frutas, vegetales y granos completos	37	28.5
Dieta es baja en nutrientes importantes	93	71.5

Fuente: elaboración propia

Nota: f = frecuencia, % = porcentaje.

La tabla 8 reporta la frecuencia y porcentaje del cuestionario de hábitos alimenticios por sexo, en donde se muestra que el sexo masculino cuenta con un 26.8% en las mejores decisiones en alimentos bajos en grasas, por otro lado, el sexo femenino reporta un 27% en el consumo de una dieta muy alta en grasas. En el consumo de frutas, se observa que el sexo femenino reporta un 71.6% de consumo bajo en nutrientes importantes, por otra parte, el 28.6% de los hombres considera incluir más frutas, vegetales y granos completos.

Tabla 8. Frecuencias y proporciones del cuestionario de hábitos alimenticios por sexo.

Bloque de carnes				
	Masculino		Femenino	
Valido	f	%	f	%
Puntaje deseado (ingesta de grasas adecuadas)	15	26.8	24	32.4
Mejores decisiones en alimentos, bajos en grasas	15	26.8	12	16.2
Dieta tradicional	10	17.9	11	14.9
Dieta alta en grasa	6	10.7	7	9.5
Dieta muy alta en grasa	10	17.9	20	27.0
Bloque de frutas				
	Masculino		Femenino	
Valido	f	%	f	%
Considera incluir más frutas, vegetales y granos completos	16	28.6	21	28.4

Bloque de carnes				
	Masculino		Femenino	
Dieta es baja en nutrientes importantes	40	71.4	53	71.6

Fuente: elaboración propia

Nota: f = frecuencia, % = porcentaje.

Discusión

El presente estudio permitió identificar la prevalencia de consumo de alcohol, tabaco y los hábitos alimenticios en jóvenes universitarios. Se observó que los jóvenes presentan características de consumo que lo distinguen siendo mayor el consumo sobre el promedio nacional de la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco. Los estudiantes universitarios enfrentan nuevos retos académicos, sociales y personales, lo que puede generar presión social y estrés, factores que se encuentran relacionados con el consumo de sustancias como el alcohol. Así mismo, las dinámicas sociales dentro del ambiente universitario tienen un papel fundamental, suelen estar vinculados al consumo de alcohol como parte de la integración; la percepción de normalidad o aceptación cultural del consumo contribuye a que lo consideren una actividad poco riesgosa, sobre todo cuando la realizan en compañía de otros universitarios (Ghiabauda & López, 2023; Zamora et al., 2024).

La prevalencia de consumo de tabaco alguna vez en la vida se reportó alta en los universitarios. Los jóvenes durante este proceso académico desarrollan la transición hacia la adultez en el que muchos estudiantes buscan afirmar su identidad, explorar nuevas experiencias y adaptarse a los diferentes grupos sociales, este ambiente puede favorecer la experimentación en el consumo de tabaco. El tabaco puede ser visto como una forma de aliviar el estrés académico o personal que pueden experimentar durante el estudio universitario, lo que puede reforzar su consumo en momentos de presión. Aunado a lo anterior, el alcohol, siendo una droga lícita, puede actuar como puerta de entrada al consumo de otras sustancias; el consumo inicial del alcohol puede generar curiosidad y predisponer a los estudiantes a probar otras sustancias como el tabaco (Ortega & Coronado, 2024; Rodríguez de la Cruz et al., 2022).

Respecto al consumo de alcohol por sexo, se reportaron diferencias significativas en donde las mujeres presentan mayor consumo de alcohol. A lo largo de los años las mujeres han experimentado cambios significativos en sus roles sociales y culturales, la universidad es un espacio clave donde estas transformaciones son evidentes. Las mujeres universitarias ahora participan en

una amplia variedad de actividades que normalmente se asociaban principalmente a los hombres, como el consumo de alcohol; este cambio no solo refleja una lucha por la igualdad de género, sino también una creciente presión por ser percibidas como iguales en diferentes aspectos de la vida, incluidas las experiencias sociales y recreativas (Bassante, 2020).

De acuerdo con el consumo de tabaco por sexo, se observó diferencias significativas en donde las mujeres presentan mayor consumo de tabaco. El consumo de tabaco puede tener efectos graves y específicos en la salud femenina, aumentando la vulnerabilidad a una serie de condiciones; está vinculado a un mayor riesgo de enfermedades respiratorias como el cáncer de pulmón, enfermedades cardiovasculares y problemas reproductivos, incluyendo infertilidad y complicaciones durante el embarazo. Además, puede aumentar la probabilidad de desarrollar cáncer cervical debido a su efecto en el sistema inmunológico (Diez et al., 2020; Sueldo et al., 2022).

De acuerdo con el cuestionario de hábitos alimenticios, el 30% de los jóvenes reporta una ingesta adecuada de grasas, mientras que un 23.1% refiere seguir una dieta alta en grasas. Los universitarios pueden alcanzar un consumo equilibrado de grasas debido a una mayor conciencia nutricional, el acceso a opciones saludables y la influencia de tendencias alimentarias. Además, muchos buscan mejorar su rendimiento académico y físico mediante una dieta balanceada. Sin embargo, factores como el estrés, la falta de tiempo y los recursos económicos limitados pueden afectar sus elecciones alimentarias, lo que posiblemente explique a la proporción de estudiantes que refieren su dieta alta en grasas (Estrada et al., 2020; Maza-Ávila et al., 2022).

Es importante destacar que para el bloque de consumo de verduras la mayoría de los jóvenes refirió un consumo bajo en nutrientes importantes. En primer lugar, las preferencias alimenticias juegan un papel fundamental, ya que muchos perciben las verduras como menos atractivas en comparación con los alimentos procesados que cuentan con un alto contenido en azúcares y grasas. Además, los hábitos adquiridos en la infancia pueden influir en su alimentación actual (Botía-Rodríguez et al., 2020).

Por otro lado, los factores socioculturales también tienen un impacto significativo. La disponibilidad y accesibilidad de las verduras pueden ser limitadas en comparación con las opciones rápidas, lo que dificulta su inclusión en la alimentación diaria. Asimismo, la influencia de la publicidad y las redes sociales promueve con mayor frecuencia productos procesados en lugar de alimentos naturales, reforzando la preferencia por opciones menos saludables (Duran et al., 2020; Mamani-Urrutia et al., 2021).

Finalmente, se identificó que de acuerdo con el sexo las preferencias nutricionales pueden variar, mientras que los hombres priorizan la reducción de

grasas por motivos de salud o rendimiento deportivo, las mujeres pueden ser más susceptibles a presentar fluctuaciones hormonales a lo largo del ciclo menstrual que pueden influir en sus antojos y en la preferencia por alimentos con mayor contenido de grasas y azúcares. Otra posible explicación es puede ser de acuerdo con los términos psicológicos, las mujeres pueden experimentar una relación más emocional con la alimentación, lo que podría aumentar la ingesta de alimentos altos en grasas en situaciones de estrés o ansiedad (González-Becerra et al., 2023; Ortiz-Rodriguez et al., 2023).

Conclusión

De acuerdo con los resultados de la investigación, se identifica que las conductas de los jóvenes universitarios pueden representar un riesgo para su salud. En este contexto, el personal de enfermería, como principal responsable del cuidado de la salud de individuos, grupos y familias, desempeña un papel fundamental en la promoción y prevención. Esto resalta la amplia área de intervención que puede desarrollar para mejorar la salud de la población y contribuir al cumplimiento de los objetivos del Plan Nacional de Salud, enfocados en optimizar los indicadores de bienestar y calidad de vida.

Referencias

- Alegría Paz, F., & Puma Condori, L. M. (2021). *Relación entre el nivel de depresión y el consumo de bebidas alcohólicas en estudiantes de los programas profesionales de enfermería y derecho de la Universidad Católica de Santa María, Arequipa 2019* [Tesis de enfermería, Universidad Católica de Santa María]
- Barrera-Núñez, D. A., Rengifo-Reina, H. A., López-Olmedo, N., Barrientos-Gutiérrez, T., & Reynales-Shigematsu, L. M. (2022). Cambios en los patrones de consumo de alcohol y tabaco antes y durante la pandemia de Covid-19. *Ensanut 2018 y 2020. Salud pública de México, 64*(2), 137-147.
- Bassante Guerrero, C. F. (2020). *Predisposición cognitiva y búsqueda de sensaciones en el consumo del alcohol y tabaco en estudiantes universitarios de pregrado* [Tesis de licenciatura, Pontificia Universidad Católica del Ecuador].
- Botía-Rodríguez, I., Cardona-Arguello, G. A., & Carvajal-Suárez, L. (2020). Patrón de consumo de verduras en una población infantil de Pamplona: Estudio Cualitativo. *Universidad y Salud, 22*(1), 84-90.

- Diez, M., Pawlowicz, M. P., Vissicchio, F., Amendolaro, R., Barla, J. C., Muñiz, A., & Arrúa, L. (2020). Entre la invisibilidad y el estigma: consumo de sustancias psicoactivas en mujeres embarazadas y puérperas de tres hospitales generales de Argentina. *Salud colectiva*, 16, 67-68.
- Durán Tejada, L. Y., Recinos Ventura, Y. I., & Delgado, R. (2020). *Marketing de alimentos y su efecto en los hábitos de alimentación del personal de salud* [Tesis de doctorado, Universidad Evangélica de El Salvador].
- Estrada Nava, E. Y., Veytia López, M., Pérez-Gallardo, L., Guadarrama Guadarrama, R., & Gaona Valle, L. S. (2020). Relación de la grasa corporal con la alimentación emocional y calidad de la dieta en universitarios de México. *Archivos Latinoamericanos de Nutrición*, 70(3), 164-173.
- García-López, S. Z., & Gutiérrez-Romero, A. (2023). Índice de masa corporal asociado a imagen corporal y autoestima en adultos jóvenes, UMF 62. *Revista mexicana de medicina familiar*, 10(1), 11-16.
- Ghibaudo, C. M., & Lopez, E. T. (2023). *Relaciones sociales y consumo de alcohol en adolescentes de entre 13 y 16 años de la ciudad de Paraná* [Trabajo final, Pontificia Universidad Católica Argentina].
- González-Becerra, K., Avalos-Navarro, G., & Rangel-Villalobos, H. (2023). Hábitos de salud mental y nutricional a inicios de la pandemia por COVID-19: impacto, perspectivas y recomendaciones. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 61(5), 645.
- González Domínguez, N. Y., Carnero Sánchez, M., & Navarrete Pita, Y. (2021). Lúdica y situación social del desarrollo. Una nueva mirada a la educación superior. *Revista universidad y sociedad*, 13(3), 29-37.
- Grove, S. K., Gray, J. R., & Burns, N. (2016). *Understanding Nursing Research*. Elsevier.
- Instituto de nutrición de centro América y Panamá. (2006). *Cuestionario de Tamizaje por Block para ingesta de grasa, fruta/vegetales y fibra*.
- Jimbo, C. D. R. B., & Maygua, M. A. V. (2023). Caracterización del estilo de vida en estudiantes universitarios. *Revista Cubana de Reumatología*, 26.
- Mamani-Urrutia, V., Dominguez-Curi, C. H., La Puente, S. I. P., López-Guerrero, P. A., & Bustamante-López, A. (2021). Asociación entre percepción de consejos prácticos, mensajes educativos de las Guías Alimentarias y medios de difusión en universitarios peruanos. *Archivos Latinoamericanos de Nutrición (ALAN)*, 71(1), 36-44.
- Martínez-Hernández, V. R., Sandoval-Copado, J. R., & Juarros, M. A. (2021). Acceso a los alimentos y hábitos alimentarios de jóvenes universitarios, Estado de México. *Revista Salud Pública y Nutrición*, 20(3), 36-45.
- Maza-Ávila, F. J., Caneda-Bermejo, M. C., & Vivas-Castillo, A. C. (2022). Hábitos alimenticios y sus efectos en la salud de los estudiantes universitarios. Una revisión sistemática de la literatura. *Psicogente*, 25(47), 110-140.

- Méndez, C. M. E., Espejel, I. R., Salazar, C. M., Rodríguez, S. L. S. M., & Chico, B. F. (2023). Relación entre obesidad central y hábitos de salud reportados en universitarios. *Retos: nuevas tendencias en educación física, deporte y recreación*, (48), 54-59.
- Mosquera, E. L. C., Rodríguez, J. P. P., & Parra, P. M. P. (2022). Tendencias actuales sobre la depresión, factores de riesgo y abuso de sustancias. *Journal of American health*, 5(1).
- Ortega, L. N. M., & Coronado, Y. C. G. (2024). Consumo de drogas y su influencia en el rendimiento académico de los estudiantes de enfermería. *Ibero-American Journal of Health Science Research*, 4(2), 367-377.
- Ortiz-Rodríguez, B., Gómez-Pérez, D., & Ortiz, M. S. (2023). Relación entre estigma de peso y alimentación emocional: una aproximación desde el modelo de ecuaciones estructurales. *Nutrición Hospitalaria*, 40(3), 521-528.
- Quijije, S. K., Castro, G. Y. R., & Cruz, E. J. R. (2024). El uso problemático de sustancias versus cicatrización de herida emocional: Problematic substance use versus emotional wound healing. *Latam: revista latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades*, 5(5), 42.
- Payares Medina, M. M., & Chamorro Posso, M. J. (2023). *Impacto negativo del uso excesivo de redes sociales en la salud mental de jóvenes y adolescentes*. Universidad Nacional Abierta y a Distancia.
- Picazzo-Palencia, E., Ortiz-Rodríguez, J., & Ramírez-Girón, N. (2021). Riesgo de padecer Diabetes Mellitus Tipo 2 entre las diferentes generaciones de adultos en México. *Papeles de población*, 27(109), 119-142.
- Roman Garcia, O., Bacigalupe, A., & Vaamonde Garcia, C. (2022). Relación de la pornografía mainstream con la salud sexual y reproductiva de los/las adolescentes. Una revisión de alcance. *Revista Española de Salud Pública*, 95, e202108102.
- Parra Tijaro, A. F., Argüello Gutiérrez, Y. P., & Castro Jiménez, L. E. (2024). Salud Mental en los Estilos de Vida de jóvenes universitarios: modelo precede. *Revista Salud Uninorte*, 40(2), 560-574.
- Ramos-Galarza, C., Rubio, D., Ortiz, D., Acosta, P., Hinojosa, F., Cadena, D., & Lopez, E. (2020). Autogestión del aprendizaje del universitario: un aporte en su construcción teórica. *Revista Espacios*, 41(18).
- Restrepo Betancur, L. F. (2024). Análisis comparativo entre regiones del mundo relacionado con el consumo de sustancias psicoactivas en las últimas tres décadas. *Psychologia. Avances de la Disciplina*, 18(1), 61-71.
- Rodríguez de la Cruz, P. J., González-Angulo, P., Salazar-Mendoza, J., Camacho-Martínez, J. U., & López-Cocotle, J. J. (2022). Percepción de riesgo de consumo de alcohol y tabaco en universitarios del área de salud. *Sanus*, 7.

- Rodríguez, F. A., García, D., Gálvez, Á., Ayala, E., & Fonseca, L. (2019). Integrando estrategias de aceptación y compromiso, conductuales tradicionales, nutricionales y de actividad física para el manejo de la obesidad. Un estudio piloto. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 37(2), 313-330.
- Rodríguez, N. J. P. (2023). Estilos de Vida y Rendimiento Académico de los Estudiantes de Ciencias e Ingenierías Físicas y Formales de una Universidad Privada Peruana. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 7(5), 7670-7687.
- Sánchez-Rojas, A. A., García-Galicia, A., Vázquez-Cruz, E., Montiel-Jarquín, Á. J., & Aréchiga-Santamaría, A. (2022). Autoimagen, autoestima y depresión en escolares y adolescentes con y sin obesidad. *Gaceta médica de México*, 158(3), 124-129.
- Secretaría de salud. (2014). *Reglamento de la ley general de salud en materia de Investigación para la salud*.
- Sueldo, M. A. D., Rivera, M. A. M., Sánchez-Zambrano, M. B., Zilberman, J., Múnera-Echeverri, A. G., Paniagua, M., & Serra, C. M. (2022). Guía de práctica clínica de la Sociedad Interamericana de Cardiología sobre prevención primaria de enfermedad cardiovascular en la mujer. *Archivos de cardiología de México*, 92, 1-68.
- Zamora, T. A. C., Cando, J. P. I., & Proaño, J. V. R. (2024). Factores Determinantes en la Edad de Inicio del Consumo de Alcohol en estudiantes universitarios: Un Estudio Multidimensional. *REINCISOL: Revista de Investigación Científica y Social*, 3(6), 5024-5047.

Risk behaviors in young university students

Comportamentos de risco em jovens universitários

Annel González-Vázquez

Universidad Autónoma de Nuevo León | Monterrey | Nuevo León | México

<https://orcid.org/0000-0003-4976-0345>

annel.gonzalezvz@uanl.edu.mx

Licenciada en Enfermería; Maestra y Doctora en Ciencias de Enfermería por la Universidad Autónoma de Nuevo León.

Jonathan Hermayn Hernández-Valles

Universidad Autónoma de Nuevo León | Monterrey | Nuevo León | México

<https://orcid.org/0000-0001-8194-9418>

Jhernandezv@uanl.edu.mx

Licenciado en Enfermería y Maestro en Ciencias de Enfermería por la Universidad Autónoma de Nuevo León; Doctor en Ciencias en Sistemas de Salud por el Instituto Nacional de Salud Pública.

Josefina Sarai Candia Arredondo

Universidad Autónoma de Nuevo León | Monterrey | Nuevo León | México

<https://orcid.org/0000-0002-2058-1338>

josefina.candiaar@uanl.edu.mx

Licenciada en Enfermería y Obstetricia por la Universidad Nacional Autónoma de México; Maestra en Administración de la atención de Enfermería por la Universidad Autónoma de San Luis Potosí y Doctora en Ciencias de Enfermería por la Universidad Autónoma de Nuevo León.

Arodi Tizoc Márquez

Universidad Autónoma de Baja California | Mexicali | Baja California | México

<https://orcid.org/0000-0001-8175-1268>

atizoc@uabc.edu.mx

Licenciado en Enfermería por la Universidad Autónoma de Sinaloa; Maestro y Doctor en Ciencias de Enfermería por la Universidad Autónoma de Nuevo León.

Abstract

Risk behaviors in young people, such as alcohol and tobacco consumption, as well as unhealthy eating habits, represent a public health concern due to their effects on physical, mental, and social well-being. The purpose of this chapter is to describe the risk behaviors regarding alcohol consumption, tobacco and eating habits that young university students may present. Descriptive study made up of 130 young university students. It was observed that university is a stage in which belonging to a group and social acceptance are extremely important, young people may feel pressured to consume alcohol to feel part of their group of friends or to avoid rejection in some social activities. Likewise, stress and academic and social pressures can push young people to consume alcohol as a form of release; academic demands, family expectations and pressure to perform can generate significant levels of anxiety and stress, leading them to seek freedom in alcohol consumption.

Keywords: University students; Alcoholism; Tobacco; Food customs.

Resumo

Os comportamentos de risco em jovens, como o consumo de álcool e tabaco, bem como hábitos alimentares não saudáveis, representam uma preocupação de saúde pública devido a seus efeitos sobre o bem-estar físico, mental e social. O objetivo deste capítulo é descrever os comportamentos de risco relacionados ao consumo de álcool, ao uso de tabaco e aos hábitos alimentares que os jovens universitários podem apresentar. Foi realizado um estudo descritivo com 130 jovens universitários. Observou-se que a universidade é uma época em que pertencer a um grupo e a aceitação social são extremamente importantes. Os jovens podem se sentir pressionados a consumir álcool para se sentirem parte de seu grupo de amigos ou para evitar a rejeição em algumas atividades sociais. Da mesma forma, o estresse e as pressões acadêmicas e sociais podem levar os jovens a consumir álcool como forma de alívio; as exigências acadêmicas, as expectativas familiares e a pressão para o desempenho podem gerar níveis significativos de ansiedade e estresse, levando-os a buscar a liberdade no consumo de álcool.

Palavras-chave: Estudante universitário; alcoolismo; tabaco; hábitos alimentares.

Briones, T., Sumba, V., y Mesa, I. (2025). Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica. Impacto y abordaje no farmacológico. En M. A. Santacruz Vélez (Coord). *Medicina y Salud. Un Panorama Integral de Especialidades y Avances Científicos (Volumen I)*. (pp. 114-136). Religación Press. <http://doi.org/10.46652/religacionpress.275.c459>



Capítulo 5

Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica. Impacto y abordaje no farmacológico

Tannia Briones, Veronica Sumba, Isabel Mesa

Resumen

La EPOC es una enfermedad crónica prevenible y tratable, caracterizada por limitación del flujo aéreo y síntomas respiratorios persistentes. El ejercicio físico surge como terapia no farmacológica clave, mejorando la capacidad funcional y calidad de vida de los pacientes. Una revisión bibliográfica (2019-2024) reveló una prevalencia del 13.7% en adultos, con mayor afectación en hombres (57.41%) que en mujeres (51.25%), asociada principalmente a edad y sexo. La enfermedad presenta diversas clasificaciones según la capacidad funcional, frecuentemente complicada por comorbilidades como insuficiencia cardíaca e hipertensión. El personal de enfermería desempeña un rol fundamental en la educación del paciente y su familia, promoviendo el autocuidado y la actividad física como estrategia para mejorar su condición física y bienestar general. Palabras clave: EPOC, Ejercicio físico, Calidad de vida, Autocuidado, Enfermería.

.

Introducción¹

La Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) representa una condición médica crónica, prevenible y tratable, que se manifiesta clínicamente a través de síntomas persistentes como tos crónica, expectoración y disnea. Estas manifestaciones clínicas derivan principalmente de dos alteraciones fisiopatológicas fundamentales: el estrechamiento progresivo de las vías aéreas y la pérdida de elasticidad del tejido pulmonar. Entre los diversos factores etiológicos implicados en su desarrollo, destaca de manera significativa la exposición al humo del tabaco, reconocido como el principal agente causal (Soto et al., 2021; Umbacía et al., 2020).

El desarrollo y progresión de esta enfermedad en nuestra población guarda una estrecha relación con diversos determinantes sociales y ambientales. Factores como la calidad de vida individual, los hábitos personales y la exposición ocupacional o domiciliaria a diversos contaminantes atmosféricos juegan un papel crucial en su patogénesis (Macías et al., 2018). Un aspecto particularmente relevante en nuestro contexto es la exposición al humo de leña en mujeres de zonas rurales y periurbanas, donde la cocina con estos combustibles sólidos representa una práctica habitual. Esta situación hace imperativo implementar estrategias educativas dirigidas a comunidades de bajos recursos, con el objetivo de reducir el impacto negativo que genera la exposición combinada al humo del tabaco y de la leña sobre el sistema respiratorio (Salabet et al., 2012; Fernandes et al., 2017).

El diagnóstico de la EPOC se establece fundamentalmente mediante pruebas de función pulmonar, siendo la espirometría el examen gold standard para su confirmación. A nivel epidemiológico, esta enfermedad representa actualmente la tercera causa de mortalidad a nivel global. Su prevalencia muestra variaciones significativas en función de diversos factores, entre los que destacan la edad avanzada, el sexo masculino y, muy especialmente, el consumo de tabaco, que sigue siendo el principal factor de riesgo modificable (Casas et al., 2017).

Los estudios epidemiológicos revelan que entre el 15% y 20% de la población fumadora desarrollará EPOC a lo largo de su vida. La evidencia científica demuestra que los fumadores tienen un riesgo 14 veces mayor de padecer esta enfermedad en comparación con los no fumadores. Este dato subraya la importancia crucial del abandono del tabaquismo como medida terapéutica fundamental, capaz de modificar favorablemente el curso clínico de la enfermedad y mejorar significa-

1 Una versión previa se encuentra en: Briones, T., Sumba, V., & Mesa, I. (2024). Enfermedad pulmonar obstructiva crónica y la capacidad física de los pacientes. *Religación*, 9(42), e2401242. <https://doi.org/10.46652/rng.v9i42.1242>

tivamente la calidad de vida de los pacientes. Sin embargo, resulta preocupante constatar que una proporción significativa de pacientes persiste en el consumo tabáquico a pesar del diagnóstico (Blanco et al., 2021).

La actividad física constituye un pilar fundamental en el tratamiento integral de la EPOC. Desde un punto de vista fisiopatológico, se define como el conjunto de movimientos corporales voluntarios producidos por la contracción de los músculos esqueléticos, que generan un aumento del gasto energético. En el contexto específico de la EPOC, múltiples estudios han demostrado que la implementación de programas de actividad física regular produce beneficios significativos, incluyendo aumento de la resistencia física, mejoría en la calidad de vida y, lo que es más relevante, se ha establecido una correlación positiva entre el ejercicio físico regular y la supervivencia en estos pacientes (Baracaldo et al., 2022; Torres et al., 2017).

A nivel global, los estudios de prevalencia indican que la EPOC afecta a más de 384 millones de personas y constituye la tercera causa principal de mortalidad, con una incidencia que aumenta progresivamente con la edad (Burge et al., 2020). Un estudio longitudinal realizado por Wang et al. reveló que la prevalencia en personas mayores de 20 años alcanzaba el 8.6%, lo que representa aproximadamente 99.9 millones de casos a nivel mundial. Este mismo estudio, al analizar específicamente la población mayor de 40 años, encontró una prevalencia del 13.7% en el año 2015, mostrando un incremento significativo respecto al 8.2% reportado por Zhong et al. en 2008, lo que evidencia una tendencia ascendente tanto en la prevalencia como en la mortalidad asociada a esta enfermedad (Wang et al., 2020).

El análisis por sexo revela diferencias significativas en la distribución de la enfermedad. Los estudios muestran una prevalencia del 15.70% en varones frente al 9.93% en mujeres. Desde una perspectiva geográfica, las mayores tasas de prevalencia se registran en el continente americano (14.53%), mientras que las más bajas corresponden a la región del sudeste asiático/Pacífico occidental (8.80%). Datos específicos de España en 2018 muestran una prevalencia general del 9.1%, con una marcada diferencia por sexos: 14.3% en hombres frente a 3.9% en mujeres, confirmando el predominio masculino en la distribución de esta patología (Horta et al., 2020; Pérez et al., 2018).

Desde el punto de vista fisiopatológico, Cebollero et al. (2020) describen las alteraciones en la capacidad física característicos de la EPOC, destacando la disfunción muscular periférica como consecuencia de modificaciones a nivel metabólico, morfológico y funcional del sistema esquelético, que afectan tanto a miembros superiores como inferiores. Estas alteraciones se manifiestan clínicamente como debilidad muscular y disminución de la resistencia física. Complementariamente, Osadnik et al. (2018) clasifican los determinantes de la

actividad física en tres categorías: biológicos, clínicos y funcionales, lo que permite un abordaje más integral de las limitaciones físicas en estos pacientes.

La práctica de actividad física en pacientes con EPOC presenta dos componentes fundamentales: la cantidad de ejercicio realizado y las limitaciones asociadas a la actividad, ambos determinantes en la evaluación de las capacidades físicas. La inactividad física en estos pacientes sigue un patrón circular vicioso, caracterizado por molestias en extremidades inferiores secundarias a la afectación del músculo esquelético, sumado a las alteraciones en el sistema respiratorio que incluyen limitación al flujo aéreo y aumento de los requerimientos ventilatorios (Armstrong et al., 2020; Sánchez et al., 2018).

Investigaciones realizadas en China han identificado diversos factores predisponentes para el desarrollo de EPOC, entre los que destacan aspectos relacionados con el estilo de vida, condiciones socioeconómicas y características demográficas específicas de cada comunidad (Torres, 2017). Otros factores de riesgo significativos incluyen el sedentarismo, la obesidad y, como ya se ha mencionado, el tabaquismo. Los pacientes con EPOC muestran patrones de actividad claramente diferenciados de la población sana, con predominio de actividades en posición sedente y notable reducción en la intensidad del ejercicio físico realizado (Torres et al., 2017; Fernandes et al., 2017). Las exacerbaciones de la enfermedad representan una causa frecuente de hospitalización, estimándose que aproximadamente el 10% de los pacientes requieren ingreso hospitalario anual, generando alrededor del 70% de los costos directos asociados al manejo de esta patología (Martínez et al., 2017).

La progresión natural de la EPOC conlleva el desarrollo de diversas complicaciones que impactan significativamente en la capacidad funcional de los pacientes. Entre las más relevantes se encuentra la disminución progresiva de la tolerancia al ejercicio, que a su vez exacerba la disnea durante las actividades cotidianas (Albarri et al., 2020; Gea et al., 2019). Otras complicaciones frecuentes incluyen el acúmulo de secreciones bronquiales, alteraciones en la morfología cardiopulmonar, disminución de la masa muscular y reducción de la capacidad física global, lo que en conjunto determina un deterioro significativo en la resistencia física y calidad de vida de los afectados (Heyden et al., 2020; Varao et al., 2019). La evidencia científica ha establecido claramente la relación entre el sedentarismo en pacientes con EPOC y el desarrollo de diversas comorbilidades, entre las que destacan enfermedades cardiovasculares como la hipertensión arterial y trastornos metabólicos como la diabetes mellitus (Rodríguez et al., 2019).

Los pacientes con EPOC presentan alteraciones complejas que afectan múltiples aspectos de la fisiología respiratoria, incluyendo la mecánica ventilatoria, el intercambio gaseoso pulmonar y la función cardíaca, además de otras manifestaciones sistémicas características (Hee et al., 2018). Este conjunto

de alteraciones conduce a una reducción progresiva en los niveles de actividad física, con el consiguiente deterioro en la capacidad aeróbica, pérdida de masa muscular y disminución de la fuerza, lo que perpetúa y agrava el ciclo de disnea e incapacidad funcional (Blas et al., 2017; Salabert et al., 2017).

Las intervenciones terapéuticas en EPOC tienen como objetivo principal promover la adherencia a largo plazo a conductas saludables, mejorar la condición física general, aumentar la tolerancia al ejercicio y optimizar el estado psicológico de los pacientes (Osadnik et al., 2018). El personal de salud desempeña un papel crucial en la implementación de estrategias destinadas a prevenir el deterioro funcional, reducir las comorbilidades asociadas y disminuir la frecuencia de hospitalizaciones (Armstrong et al., 2020). En este contexto, Cebollero et al. destacan la importancia de implementar programas estructurados de caminatas, que deberían incorporarse de manera rutinaria en la práctica clínica para prevenir y tratar la disfunción muscular periférica característica de estos pacientes (Pérez et al., 2018).

La educación terapéutica constituye otro componente esencial del manejo integral de la EPOC. Los profesionales de la salud deben capacitar a los pacientes en el uso correcto de dispositivos inhaladores y en la interpretación básica de las pruebas de función pulmonar (Abajo et al., 2017). La evaluación periódica del índice de masa corporal (IMC) y la aplicación de instrumentos validados como el cuestionario European Quality of Life-5 Dimensions (EQ-5D) permiten monitorear de manera objetiva la calidad de vida, evaluando cinco dimensiones clave: autocuidado, movilidad, dolor/malestar, actividades cotidianas y ansiedad/depresión (Montserrat et al., 2019; Saldías et al., 2018). Estas intervenciones tienen como objetivo final reducir los procesos fisiopatológicos que conducen al deterioro funcional, aliviar la sintomatología, optimizar la capacidad física y promover la realización de actividad física regular (Albarrati et al., 2020).

Los objetivos terapéuticos en el manejo de la EPOC incluyen la mejoría sostenida de la capacidad física y calidad de vida de los pacientes. La evidencia demuestra que al aumentar la tolerancia al ejercicio se reduce significativamente la disnea, disminuyen las hospitalizaciones y se acortan los tiempos de estancia hospitalaria, además de observarse una mejoría en los síntomas de ansiedad y depresión frecuentemente asociados a esta condición crónica (Heyden et al., 2021). Las intervenciones en el ámbito asistencial deben incluir el manejo adecuado de espirómetros, programas educativos sobre los riesgos del tabaquismo, identificación precoz de pacientes con alto riesgo de exacerbaciones y optimización continua de los tratamientos mediante programas de formación profesional continuada (García et al., 2017; Camargo et al., 2019).

El rol de la enfermería en el proceso de rehabilitación de pacientes con EPOC resulta indispensable. Las enfermeras especializadas en rehabilitación

respiratoria deben enfocarse en tres áreas clave: optimización de la terapia inhalada (asegurando la técnica correcta y la selección del dispositivo más adecuado para cada paciente), educación tanto del paciente como de su familia, y la implementación de programas de reeducación funcional respiratoria que incluyan entrenamiento físico específico (Mendoza et al., 2021). En el ámbito educativo, el enfoque debe centrarse en las necesidades individuales de cada paciente, trabajando para normalizar la convivencia con la enfermedad, promover el ejercicio físico regular, facilitar el abandono tabáquico, enseñar técnicas de conservación de energía y ofrecer recomendaciones nutricionales adaptadas (Varao et al., 2019; Singh et al., 2019).

En conclusión, la investigación continua sobre la EPOC resulta fundamental para comprender mejor su epidemiología, características clínicas y abordaje terapéutico. El estudio de su prevalencia permite dimensionar el impacto real de esta enfermedad en la población. El análisis detallado de las clasificaciones de capacidad física según la evidencia científica resulta esencial para adaptar las intervenciones a las necesidades específicas de cada paciente. La investigación sobre los factores de riesgo, particularmente el tabaquismo como principal causa evitable, sigue siendo una prioridad en salud pública. El conocimiento profundo de las complicaciones asociadas, especialmente las enfermedades cardiovasculares y metabólicas, permite desarrollar estrategias preventivas más efectivas. Finalmente, el estudio y optimización de las intervenciones de enfermería en el manejo de la discapacidad física asociada a la EPOC constituye un pilar fundamental para mejorar la calidad de vida de estos pacientes.

Metodología

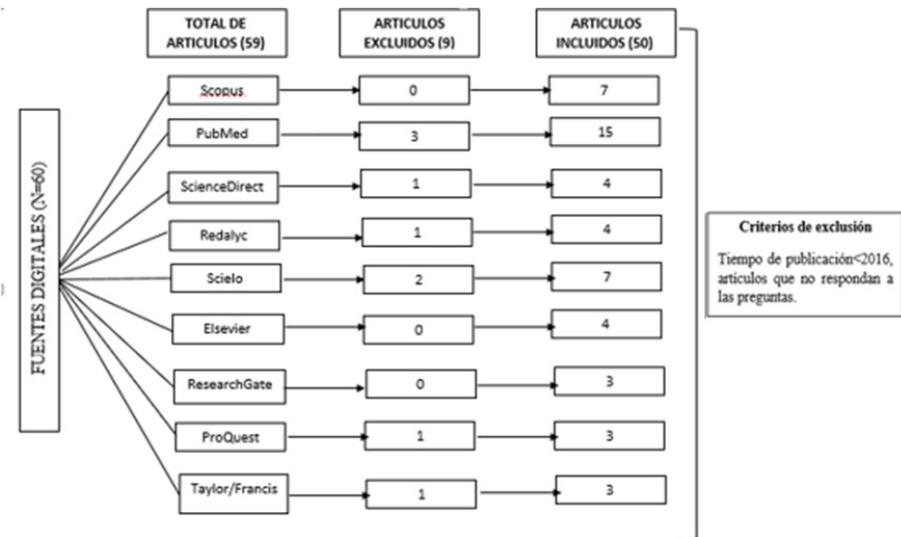
La presente investigación es una narración de tipo descriptiva porque brinda al lector información veraz y certera de forma directa con la realidad a través de búsquedas en bases bibliográficas y artículos, con el objetivo de adquirir una indagación sobre las intervenciones en las capacidades físicas en los pacientes con EPOC porque se manifiesta con detalle cada uno de los ejercicios a realizar. La búsqueda en las bases de datos se procedió a través de diferentes bases científicas e idiomas (español, inglés, y portugués) en el que se obtuvo la mayor cantidad de información posible con lo que se desarrolló esta investigación. La información adaptada a la investigación fue mediante la búsqueda de datos como: Scopus, Pubmed, Scencedirect, Redalyc, Scielo, Elsevier, ResearchGate, ProQuest, Taylor & Francis Online, Research Gate y repositorios de bibliotecas digitales de la Universidad Católica de Cuenca, se utilizaron palabras claves según los Descriptores en Ciencias de la Salud DeCS: “Capacidad Física”, “Cuidados de Enfermería”, “Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica”, “Adultos”,

“Prevalencia”, “Pulmonary Disease”, “Chronic Obstructive”, “Nursing Care”, “Prevalence”, “Physical Endurance”.

Para la selección de artículos de revisión bibliográfica se especificó el tema propuesto: Capacidad Física en pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, cuyos criterios de inclusión fueron: artículos originales de estudio, que respondan a las preguntas planteadas en la investigación, varios idiomas, temática: enfermería, medicina, profesionales la salud, personas adultas, farmacología, artículos realizados en el año 2019 al 2024, cuidados de enfermería en pacientes con EPOC, mientras que los criterios de exclusión fueron: publicaciones anteriores al año 2016, editoriales, tesis, estudio de caso, informes de experiencia, artículos que no respondan a las preguntas de investigación, monografías, artículos científicos aplicados que no sean de bases fiables.

Para la elaboración de la revisión bibliográfica se basó en encontrar información que responda nuestras preguntas de investigación planteada en el desarrollo del mismo, aplicando los operadores booleanos, obteniendo como resultado 59 artículos, de lo cual se descartó 9 debido a que no cumplían con los criterios seleccionados y así finalmente obteniendo un total de 50 artículos que son de interés para el desarrollo de este estudio, representada a continuación (Figura 1).

Figura 1. Diagrama sobre la búsqueda de información.



Fuente: elaboración propia

Desarrollo

Prevalencia del EPOC

Según Wang R et al, la prevalencia de la enfermedad Pulmonar obstructiva crónica (EPOC) habría aumentado durante este último año con rapidez, lo cual habría alcanzado una taza epidémica en China debido a que la tasa de mortalidad ha incrementado, por lo que datos estadísticos indican que el 8,6% fue de la población mayor a 20 años lo que él suponía un 99,9 millón de usuarios y en la población mayor a 50 años se obtuvo como resultado un 13,7% (Wang et al., 2022).

De acuerdo con et al. (2021), esta patología ha llegado a ser una de las más frecuentes a nivel mundial y su prevalencia se debe a diferentes factores que se encuentran relacionados como es la edad, el sexo más en el género masculino, por el consumo excesivo del tabaco, del tal motivo, que para el 2020 el EPOC podría llegar a ser la tercera causa de muerte. Estos factores pueden llegar afectar su capacidad física que limita a que puedan realizar sus actividades cotidianas, de igual manera Blanco E et al, afirmó que el 65% corresponde a adultos, donde 59,26 % resultan ser fumadores y el sexo que más prevalece es el masculino con un 57.41% (Blanco et al., 2021).

A sí mismo, Torres et al. (2017), la prevalencia realizada según estudios platinos en el 2005 un 16.9% resultaron ser mayores de 40 años, mientras tanto, en América latina según el estudio realizado se pudo observar que en Montevideo existió un 19,7%, seguido de Chile con un 15,9% y en Brasil con un 15.8%, por lo cual se ha podido observar cómo ha aumentado los casos de esta enfermedad llegando a convertirse en un problema actual de salud debido a que el 80% de estas muertes se dieron en países medios y bajos.

Tabla 1. Prevalencia de la depresión en el adulto mayor en Latinoamérica.

Año	Autor	País	Lugar	Población	Hallazgo
2022	Wang et al.	China	Shanxi	5636	La prevalencia de EPOC más de 20 años fue del 8,6%. Wang et al. En el año 2015 observo que la prevalencia era de un 13.7% en personas con edades de 40 años.
2021	Godoy et al.	España	Lleida	761	Él (EPOC) se considera como una enfermedad común y su prevalencia aumentaba en algunos factores como el sexo masculino, y con el consumo excesivo de tabaco, y como resultado se obtuvo que en el 2020 fue como la tercera causa de muerte.
2021	Blanco et al.	Perú	Lima	80	65% corresponde a adultos, donde 59,26 % resultan ser fumadores, donde prevalece el sexo masculino con un 57.41%.

Año	Autor	País	Lugar	Población	Hallazgo
2017	Torres et al.	España	Barcelona	104	La prevalencia reportada en el año 2005 mediante un estudio platino que fue analizado se estimó que un 16,9% eran usuarios mayores de 40 años

Fuente: elaboración propia.

Clasificaciones de la capacidad física

Existen varias clasificaciones que afectan a los pacientes con cuadro de EPOC, en la cual, New York Heart Association (NYHA) la clasifica en cuatro clases funcionales y estas son la clase I que se refiere a la capacidad que tiene la persona para poder realizar una actividad si tener dificultad, la clase funcional II es la capacidad que tienen para resolver actividades a pesar de las dificultades que se puedan presentar, clase funcional III se define como la capacidad para realizar algunas actividades existiendo una incapacidad total y por último la clase funcional IV en la que el paciente presenta una inmovilización de alto grado o inmovilización completa, en la cual, el paciente necesita de ayuda para realizar sus actividades (Sánchez et al., 2018).

Mientras que, Cebollero P et al, en su estudio la capacidad física se clasifica en la distinción muscular periférica que principalmente se caracteriza por presentar alteraciones a nivel funcional, metabólico, y morfológico del músculo esquelético, debido en este nivel funcional se observa lo que es la fuerza y la resistencia muscular (Cebollero et al., 2020). Otros estudios la clasifican de otra manera que implica los conocimientos de los determinantes que se relacionan con la actividad física, clasificándolos en biológicos, clínicos y funcionales (Gimeno et al., 2019).

Armstrong M. afirma que la inactividad física se clasifica en un modelo de círculo vicioso que ocasionando afectaciones en miembros inferiores debido a que se genera un desgaste del músculo esquelético y a aquí también se ve implicado las vías respiratorias que se encargan de limitar el flujo de aire aumentando los requisitos de ventilación. La salud se puede ver afectada por diferentes condiciones, entre ellas están las biológicas, físicas, psicológicas o socioculturales que determinan diferentes conductas y que ejercen influencia en las mismas (Armstrong et al., 2020).

Tabla 2. Clasificaciones de la capacidad Física según la literatura científica.

Año	Autor	País	Lugar	Población	Hallazgo
2018	Sánchez et al.	Colombia	Medellín	100	La clasifica en cuatro clases funcionales y estas son la clase I que es la capacidad para poder realizar una actividad si tener dificultad, entre otros.
2020	Cebollero et al.	España	España	44	Las clasificaciones de la capacidad física son la disfunción muscular periférica caracterizada por alteraciones a nivel metabólico, funcional y morfológico en general de los miembros superiores e inferiores. Se observó que en la parte funcional existe una reducción de la resistencia y de la fuerza.
2019	Gimeno	España	Barcelona	50	En las clasificaciones de los conocimientos capacidad física están los de los determinantes de la actividad física que son biológicos, clínicos y funcionales
2020	Armstrong.	EE. UU.	EE. UU.	90	La inactividad física se puede clasificar en; Un modelo del círculo vicioso de la inactividad física, lo cual son molestias en las piernas que son el desgaste del músculo esquelético, la remodelación de las vías respiratorias que se encargan de limitar el flujo de aire y aumentan los requisitos de ventilación.

Fuente: elaboración propia

Por lo cual, una de las clasificaciones como la disfunción muscular periférica ocasionada por una incapacidad en la realización de actividades que afecta la parte funcional, metabólica y morfológica se relaciona con la clasificación de la NYHA debido a que la misma hace referencia a los aspectos antes mencionados generando que en la primera clase los individuos puedan cumplir su autocuidado, mientras que en la cuarta clase llegan a depender de terceras personas para su cuidado, se puede observar en otra clasificación como afecta a los músculos tanto de miembros superiores como inferiores deteriorando así su capacidad ocasionando una disminución en el flujo aéreo afectando así la resistencia física del individuo y además existen factores determinantes (biológicos, clínicos y funcionales) que se correlaciona con las clasificaciones de la capacidad física.

Factores de Riesgo de disminución de la capacidad física de los pacientes con EPOC

De acuerdo con Wang et al. (2022), los factores de riesgo difieren en distintas áreas en el país de China lo que puede deberse a uno de los factores que es el

socioeconómico, al estilo de vida y las características demográficas que presentan alguna población en dicho territorio, también existen otros factores que se encuentran involucrados estos se deben a la inactividad física que presenta la persona, a la obesidad y al consumo del tabaco más en el sexo masculino que hoy en día es un problema de salud que mediante la promoción de salud se pretende erradicar.

Estos factores influyen en personas que son sedentarias que no practican ninguna actividad de ocio y la intensidad de su actividad es menor a la de un sujeto sano, ocasionando así que su cuerpo se acostumbre a no realizar ningún tipo de actividad física originando también un riesgo de mortalidad. Sin embargo, datos señalan que no solo hay que tener en cuenta el uso del tabaco, ya que existen otros factores de riesgo que son fundamentales y que tendrían un peso significativo en el desarrollo del EPOC que son menos estudiados y entre ellos está la combustión de biomasa, contaminación, exposición ocupacional y estos varían según su sitio de estudio (Gimeno et al., 2019).

Tabla 3. Factores de Riesgo de disminución de la capacidad Física.

Año	Autor	País	Lugar	Población	Hallazgo
2022	Wang et al.	China	Shanxi	5636	Los factores de riesgo son diferentes en algunas áreas en el territorio de China, lo cual puede verse afectado por el estilo de vida, las características demográficas y la economía.
2019	Gimeno.	España	Barcelona	50	Los factores de riesgo que más influyen son las personas sedentarias, y la cantidad de actividad es menor que la de los sujetos sanos
2021	Blanco et al.	Perú	Lima	80	Se ha señalado una variedad de factores que influyen que pueden ocasionar el deseo de fumar y en ellas se debe también la posibilidad que tenga el sujeto de adquirir un cigarro.

Fuente: elaboración propia.

De tal motivo, Blanco E et al, describió una serie de factores que se relacionan con el uso del tabaco debido a que indica que hay la posibilidad económica en la que se pueda adquirir un tabaco, el estrés laboral o personal que se encuentran sometidos, lo ven también como una forma de aliviar algún problema o como un facilitados de relaciones interpersonales (Blanco et al., 2021).

Complicaciones de los pacientes con disfunción de la capacidad física por EPOC

Rocha F et al, menciona en su investigación que un paciente que tiene un cuadro de EPOC y que ha ido progresando genera algunas complicaciones como es la capacidad de hacer ejercicio en la cual se disminuye y así de esta manera aumenta la disnea al querer realizar los mismos (Rocha et al.,2017). Mientras que Torres et al. (2017), dice que según evidencia se demostró que la actividad física que se ve reducida predispone a que se desarrolla enfermedades cardiovasculares como son la diabetes mellitus, entre otras patologías crónicas.

Existen varias comorbilidades que afectan el cuadro del EPOC entre ellas está la Hipertensión arterial, Cardiopatía Isquémica, Diabetes Mellitus, enfermedad cerebrovascular, cáncer, insuficiencia renal crónica, insuficiencia cardíaca entre las más prevalentes. La prevalencia de pacientes con EPOC que presentan insuficiencia cardíaca es de un 14,2%, de insuficiencia renal fue de un 18.52% y los que tienen hipertensión arterial un 75,4%, por lo tanto, se puede analizar que existen un porcentaje mayor de pacientes que presentan HTA (Torres et al., 2017).

Actualmente, Gimeno et al. (2019), señala que lo niveles disminuidos de la actividad física se asocian con un mayor riesgo de mortalidad y que se ven sujetas a hospitalizados las exacerbaciones, ya que según su estudio la mortalidad es 4 veces mayor en sujetos que son sedentarios al dedicar 8 horas en actividades que implican estar sentada o acostada.

Tabla 4. Complicaciones más prevalentes.

Año	Autor	País	Lugar	Población	Hallazgo
2017	Rocha et al.	Brasil	Brasil	25	Se sabe que en paciente con EPOC y con la progresión de la enfermedad tiene complicaciones como: la capacidad de hacer ejercicio, lo cual disminuye en estos pacientes, de esta manera aumenta la disnea al realizar sus actividades.
2017	Torres et al.	España	Barcelona	104	La evidencia ha demostrado que la actividad física reducida predispone a enfermedades cardiovasculares o a presentar otras enfermedades

Año	Autor	País	Lugar	Población	Hallazgo
2019	Gimeno.	España	Barcelona	50	La evidencia actual confirma consistentemente que la actividad física se asocia con un gran porcentaje de mortalidad y de ingresos hospitalarios debido a exacerbaciones, aumentando la mortalidad, por lo que se estima que va a hacer mayor en personas que no realizan alguna actividad.

Fuente: elaboración propia.

Intervenciones de Enfermería en pacientes con alteración en la capacidad física de los pacientes con EPOC

Rocha et al. (2017), refiere que el personal de salud evita la disminución de la condición física, lo cual de esta manera existe un menor número de comorbilidades y hospitalizaciones. De igual manera, Cebollero et al. (2020), indica realizar un programa en la cual se pretende desarrollar una caminata en la cual se incluirá en la práctica clínica habitual para prevenir o mejora la distinción muscular periférica en los pacientes con EPOC debido a que realizando actividades podríamos mejorar su condición de vida y así no existiera ninguna comorbilidad que afecte su cuadro de enfermedad.

Mientras que Gimeno et al. (2019), dice que las Intervenciones se refieren a promover la adherencia a largo plazo a conductas que llegan a ser beneficiosas para la salud, por lo que mejoran la condición física con la tolerancia al ejercicio habitual y el estado psicológico de los pacientes. Así mismo, el personal de enfermería deberá educar como usar los inhaladores y el tratamiento con espirometría para el manejo de su salud, por lo que es importante que el paciente conozca cómo se usa y lo importante que llega a ser para su salud cuando presenta alguna crisis en su enfermedad.

Tabla 5. Intervenciones de Enfermería.

Año	Autor	País	Lugar	Población	Hallazgo
2017	Rocha et al.	Brasil	Brasil	25	Como personal de salud se evita la disminución de la condición física y de esta manera existe un menor número de comorbilidades y hospitalizaciones.

Año	Autor	País	Lugar	Población	Hallazgo
2017	Cebollero et al.	España	España	44	Deberá de aplicar un programa de caminar, la cual el personal de salud sé involucrados mediante la promoción y prevención con el fin de mejorar la disfunción muscular.
2019	Gimeno.	España	Barcelona	50	Las intervenciones son promover la adherencia a largo plazo a conductas beneficiosas para la salud, además de mejorar la condición física con la tolerancia al ejercicio y el estado psicológico de los pacientes.

Fuente: elaboración propia.

Tabla 6. Necesidad de reforzar el autocuidado en los pacientes se utiliza la teoría de Marjory Gordón.

PATRONES FUNCIONALES	Que valora	Como se valora	Resultado del Patrón
Patrón 1: Percepción y manejo de la salud	Percepción de la salud y del bienestar como el individuo maneja su salud.	Motivo de ingreso Antecedentes personales Alergias Hábitos como el consumo de alcohol y otras sustancias como el tabaco o las drogas Consumo de algún tipo de fármacos Estilos de vida Vacunas Ingresos hospitalarios	Se altera si: El individuo estima que su salud es mala Inadecuado manejo de su salud Toma en exceso o fuma. No es vacunado Tiene una higiene inadecuada.
Patrón 2: Nutrición y metabólico	Determina el consumo de los alimentos en relación con sus necesidades.	Mediante el IMC Número de comidas que ingiere. Ganancia o pérdida de peso Intolerancias alimenticias Alergias Alteraciones a nivel de la piel Deshidratación	Está alterado si: Está alterado el IMC Presenta una nutrición desequilibrada Existe dificultad para deglutir Necesita sonda de alimentación Alteraciones de la piel Presenta problemas digestivos Intolerancia Alergias

PATRONES FUNCIONALES	Que valora	Como se valora	Resultado del Patrón
Patrón 3: Eliminación	Describe la capacidad que tienen los riñones para una correcta eliminación.	Intestinal: Consistencia, frecuencia, dolor, presencia de sangre, incontinencia Urinaria: Micción por día, caracteriza, problemas de micción. Cutáneas: Sudor excesivo	Está alterado si: Presenta estreñimiento, incontinencia, diarrea, flatulencia, retención, distribución, policia, polaquiuria y si hay sudoración excesiva.
Patrón 4: Actividad y ejercicio	Describe la actividad física o actividades recreativas y la cantidad de ejercicio.	El estado cardiovascular respiratorio, Estilo de vida, Ocio, tolerancia a la actividad.	Está alterado si: Presenta problemas en la circulación o a nivel respiratorio Presenta cansancio, Debilitamiento a nivel motor Y alteración a nivel funcional.
Patrón 5: sueño y descanso	Describe el sueño, descanso y relajación	Nerviosismo, ansiedad, irritabilidad creciente Valora el modelo habitual del sueño Trastornos del sueño Problemas de salud Exigencias laborales	Está alterado si: Usa ayuda farmacológica. Dificultad para conciliar el sueño Hay somnolencia diurna. Existe confusión o cansancio. Tiene conducta irritable
Patrón 6: cognitivo-perceptual	Describe la parte sensitivo-perceptual y cognitivo. También las formas sensoriales (órganos de los sentidos)	Valora Nivel de conciencia, orientación, memoria, fármacos utilizados, alteraciones de conducta, alteraciones perceptivas	Está alterado si: La persona se encuentra desorientada Deficiencia en algún órgano de los sentidos Presencia de dolor Dificultades de comprensión por el idioma Depresión Fobias
Patrón 7: autopercepción- autoconcepto	La percepción de sí mismo como su imagen corporal, identidad, autoestima y sentido personal	Alteración de la autoestima, de la ansiedad, del conocimiento y percepción Problemas conductuales Problemas con su imagen corporal Cambios frecuentes de estado de ánimo.	Está alterado si: Presenta problemas con su imagen corporal Toma mucha importancia a su imagen corporal Existen problemas conductuales

PATRONES FUNCIONALES	Que valora	Como se valora	Resultado del Patrón
Patrón 8: rol y relaciones	Describe las relaciones con el medio y su rol.	Valora la comunicación y su interacción con los demás, ya sea en un ambiente laboral, familiar, entre otros. También se valora su conducta.	Está alterado si: No interactiva con los demás. Se siente solo. Falta de comunicación No existe motivación Violencia doméstica Abusos
Patrón 9: sexualidad y reproducción	Alteraciones percibidas en las relaciones sexuales y la seguridad	Monarquía, su ciclo menstrual, la menopausia Los métodos anticonceptivos, Influye también los embarazos o abortos.	Esta alterado si: Refiere preocupación por su sexualidad, Relaciones de riesgo, Problemas en la reproducción.
Patrón 10: adaptación y tolerancia al estrés	Describe la adaptación que tiene el sujeto ante distintos acontecimientos y su tolerancia al estrés.	Valora situaciones que provocan estrés Si existe alteración en la participación social Cambios en el patrón de la comunicación, El uso del cigarro en exceso, Consumo excesivo de alcohol Consumo de tranquilizantes.	Está alterado si: Refiere sensación de estrés cambios o situaciones difíciles de la vida Si recurre al consumo de fármacos, alcohol u otras sustancias para superar el daño.
Patrón 11: valores y creencias	Describe los valores, creencias tanto espirituales como culturales.	Valora Si posee planes en el futuro Religión Preocupaciones relacionadas con la muerte o dolor	Existe conflictos de creencias, problemas en prácticas religiosas.

Fuente: elaboración propia.

Conclusión

El EPOC actualmente es considerado como un problema de salud por ser una de las principales causas de muerte a nivel mundial y su prevalencia va a depender de diferentes factores, entre los que se mencionan: procedencia, la edad y el sexo, por lo general son más propensos de adquirir la enfermedad los hombres mayores de 40 años, así también el uso excesivo del tabaco, factores ambientales y

comorbilidades respiratorias ocasionando alteraciones en la capacidad funcional a nivel fisiológico causando una reducción de las vías aéreas y una pérdida de la elasticidad del pulmón.

Según la investigación que realizamos se estima que el EPOC es la tercera causa de mortalidad a nivel mundial, esta patología, disminuye la capacidad física, misma que se clasifica de diferentes maneras según las clases funcionales, la cantidad de actividad física y dificultad con la actividad física, que mide las capacidades físicas y describe la capacidad que tienen las personas de realizar alguna actividad a pesar de su movilidad.

Para reducir la tasa de complicaciones en la inactividad física de pacientes con EPOC se debe tener presente que el personal de salud debe estar capacitado adecuadamente para brindar estos cuidados centrados en los 11 patrones funcionales de Marjory Gordon para reforzar el autocuidado, por lo que el equipo de salud deberá educar al paciente y/o familia cómo usar los inhaladores, y el tratamiento con espirometría para el manejo de la salud, como personal de enfermería se pretende mejorar la capacidad de ejercicio y de la calidad de vida relacionada con la salud; la tolerancia al ejercicio, dificultad para respirar; reducción de ingresos hospitalarios, presencia de ansiedad y la depresión asociada al (EPOC).

Referencias

- Abajo, A., Méndez, E., González, J., Capón, J., Díaz, A., & Peleteiro, B. (2017). Estimación de la prevalencia de los fenotipos en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Estudio ADEPOCLE. *NutrHosp*, 34(1), 180-185.
- Albarrati, A., Gale, N., Munnery, M., Cockcroft, J., & Shale, D. (2020). Daily physical activity and related risk factors in COPD. *BMC Pulmonary Medicine* 20, 60.
- Armstrong, M. (2020). Increasing physical activity in people with COPD. *Practice Nursing* 31(11), 461. <https://www.magonlinelibrary.com/doi/epub/10.12968/pnur.2020.31.11.461>
- Baracaldo, H., & Meneses, D. (2022). Proceso de enfermería para la cesación del hábito tabáquico en paciente con EPOC. *Revista de la facultad de ciencias de la salud*, 25(1), 42-51. <https://revistas.unab.edu.co/index.php/medunab/article/view/4062/3586>
- Bastidas, A., Villán, J., Betancourt, V., Suárez, A., & Hincapié, G. (2017). Prevalencia de síntomas respiratorios y riesgo de obstrucción al flujo aéreo en ginebra- valle del cauca. *Revista médica*, 25(2), 42-54. <https://revistas.unimilitar.edu.co/index.php/rmed/article/view/3207/2701>

- Burge, A., Cox, N., Abramsom, M., & Holland, A. (2020). *Interventions for promoting physical activity in people with chronic obstructive pulmonary disease (COPD)*. Wiley.
- Blanco, E., Romero, Y., Cruz, R., & Santaya, J. (2021). Hábito tabáquico en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica del Policlínico Universitario “Luis Augusto Turcios Lima”. *Revista en Internet*, 17(2). <http://www.revgaleno.sld.cu/index.php/ump/article/view/710/pdf>
- Blas, L., Castillo, D., Lacalzada, O., & Iturricastillo, A. (2017). Ejercicio aeróbico y de fuerza en personas con una enfermedad pulmonar obstructiva (EPOC): estudio de caso. *MHSalud*, 13(2), 1-15. <https://www.redalyc.org/pdf/2370/237048702004.pdf>
- Camargo, R., Soacres, L., Barbosa, D., Molina, A., & Cássia, A. (2019). Impacto de uma intervenção educacional de enfermagem em pacientes portadores de DPOC, *Rev enferm UERJ*, 27. <https://lc.cx/arCYL3>
- Casas, F., Arnedillo, A., López, J., Barchilón, V., Solís, M., & Ruiz, J. (2017). Documento de recomendaciones para el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica en Andalucía. *Revista española de patología torácica*, 29(2), 2-5. <https://lc.cx/iM-M9N>
- Cebollero, P., Zambom, F., Huetto, J., Hernández, M., Cascante, J., & Antón, M. (2020). Efectos de realizar actividad física en la función muscular en EPOC. *Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y el Deporte*, 21(82), 389-401.
- Cheol, K. (2018). Physical activity in chronic obstructive pulmonary disease: clinical impact and Risk factors. *Korean J Intern Med*, 33, 75-77. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5768551/pdf/kjim-2017-387.pdf>
- Fernandes, A., Almeida, J., Fagundes, G., Tavares, M., & Prates, A. (2017). Associados à Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica em idosos. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(1).
- Figueira, J., & Golpe, R. (2022). Impacto de la pandemia sobre la actividad física del paciente con enfermedad pulmonar obstructiva crónica. *Open Respiratory Archives*, 4. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8612851/pdf/main.pdf>
- García, S., Carazo, L., García, J., & Naveiro, J. (2022). Enfermedad pulmonar obstructiva crónica: los pacientes en la vida real. Estudio LEONPOC. *Atención primaria*, 49(10), 603-610.
- Gimeno, E. (2019). Pulmonary Rehabilitation and Long-Term Physical Activity in the Chronic Obstructive Pulmonary Disease Patient. *Arch Bronconeumol* 55(12), 615-616. <https://www.archbronconeumol.org/es-pdf-S1579212919302873>
- Gea, J., & Martínez, J. (2019). Muscle Dysfunction in Chronic Obstructive Pulmonary Disease: Latest Developments. *Arch Bronconeumol*, 55(5), 237-238. <https://www.archbronconeumol.org/es-pdf-S1579212918304324>

- Godoy, P., Bertran, S., Montserrat, J., & Ortega, M. (2021). Incidencia de exacerbación grave en pacientes codiagnosticados de diabetes y enfermedad pulmonar obstructiva crónica. *Atención Primaria*, 53(8).
- Han, X., Li, P., Yang, Y., Liu, X., Xia, J., & Wu, W. (2021). An exploration of the application of step counter-based physical activity promotion programs in patients with chronic obstructive pulmonary disease: a systematic review. *Frontiers in Public Health*, 9. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8495070/pdf/fpubh-09-691554.pdf>
- Hee, S., Uk, K., Lee, H., Seong, Y., Ki, M., & Kyung, H. (2018). Factors associated with low-level physical activity in elderly patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Korean J Intern Med*, 33, 130-137. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5768538/pdf/kjim-2016-090.pdf>
- Henroque, C., Rezende, M., Gonçalves, & A., Malezan, T. (2019). Entendendo a funcionalidade de pessoas acometidas pela Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) sob a perspectiva e a validação do Comprehensive ICF Core Set da Classificação Internacional de Funcionalidade. *Cad. Bras. Ter. Ocup*, 27(1), 27-30. https://lc.cx/qn_ysB
- Heyden, F., & Muñoz, D. (2020). Efecto de la rehabilitación pulmonar sobre la función respiratoria y la capacidad de ejercicio en personas con enfermedad pulmonar crónica. *Acta Médica Costarricense*, 62(4), 181-186. https://actamedica.medicos.cr/index.php/Acta_Medica/article/view/1106/1577
- Horta, R., Mota, L., Bule, M., Bico, I., Anjos, M., & Pinto, M. (2020). Troca de gases prejudicada e intolerância à atividade na doença pulmonar obstrutiva crónica: estudo de caso. *Revista investigação em enfermagem*, 9-13.
- Macias, J., Briones, J., Ramírez, G., & Pincay, E. (2018). Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). *Revista Científica de Investigación actualización del mundo de las Ciencias*, 3(1), 95-126.
- Martinez, C., Díaz, A., Meldrum, C., Lynn, M., Murray, S., Kinney, G. (2017). Handgrip Strength in Chronic Obstructive Pulmonary Disease Associations with Acute Exacerbations and Body Composition. *AnnalsATS*, 8(11). https://lc.cx/Qc8_wG
- Mendonça, D., Calado, A., Santos, M., Pereira, P., & Oliveira, C. (2021). Força muscular, distância percorrida e capacidade pulmonar na Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica. *Saúde em Redes*, 7(1). https://lc.cx/J_7aam
- Montserrat, J., Godoy, P., Marsal, J., Ortega, M., Barbé, F. (2019). Prevalencia y características de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica en no fumadores. *Atención Primaria*, 51(10), 602-609. <https://europepmc.org/backend/ptpmcrender.fcgi?accid=PMC6930941&blobtype=pdf>
- Noriega, L., & Méndez, J. (2020). Prevalencia de síntomas de enfermedades respiratorias obstructivas, asma y EPOC, en mayores de 18 años de la República de Panamá. *Neumol. cir. Torax*, 40(2), 64-69.

- Osadnik, C., Loeckx, M., Louvaris, Z., Demeyer, H., Langer, D., & Rodrigues, F. (2018). The likelihood of improving physical activity after pulmonary rehabilitation is increased in patients with COPD who have better exercise tolerance. *International Journal of COPD*, 13, 3515-3527.
- Pérez, A., García, I., Mateos, L., & Pérez, F. (2015). Prevalencia de la EPOC en el área sanitaria de Mérida en la población de 40 a 80 años en el 2015. *Revista española de patología torácica*, 30(3), 254 – 262.
- Polanía, A., Rojas, M., Roa, M., Corredor, S., Pirachán, L. (2020). Caracterización de los pacientes con EPOC clínico en algunos municipios del departamento de Boyacá, Colombia. *Salud UIS*, 54. <https://revistas.uis.edu.co/index.php/revistasaluduis/article/view/12028/12417>
- Rocha, F., Viera, A., Souza, D., Semperbon, C., Rosal, D., & Paulin, E. (2017). Relação da mobilidade diafragmática com função pulmonar, força muscular respiratória, dispneia e atividade física de vida diária em pacientes com DPOC. *J Bras Pneumol*, 43(1), 32-37. <https://lc.cx/WPhSfO>
- Rodrigues, H., Silva, N., Soares, H., Ribeiro, M., & Andrade, C. (2019). Capacidade funcional em indivíduos com doença pulmonar obstrutiva crônica em uma cidade do alto paranaíba-mg. *Psicologia e Saúde em Debate*, 5(2).
- Rodrigues, J., Dhein, W., & Sbruzzi, G. (2019). Diferentes intensidades de exercício físico e capacidade funcional na DPOC: revisão sistemática e meta-análise. *J Bras*, 45(6). <https://lc.cx/XH65Kt>
- Salabert, I., Alfonso, D., Alfonso, I., Mestre, A., Valdés, I., & Drake, O. (2018). Factores de riesgo en la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y su enfoque con los niveles de intervención de salud. *Rev. Medica Electrónica*, 40(5), 1629-1646.
- Saldías, F., Gassmann, J., Canelo, A., & Díaz, O. (2018). Variables clínicas y funcionales asociadas al riesgo de muerte en el seguimiento a largo plazo en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica. *Rev. méd. Chile*, 146(4), 422-432.
- Sánchez, E., Vera, C., Aguirre, D., & Vargas, D. (2018). Validación para Colombia del cuestionario para la Medición de la capacidad funcional física en Pacientes con fallas cardíacas. *Rev. Colombiana de Cardiología*, 25(6).
- Sepúlveda, W., Sergio, P., & Probst, V. (2019). Mecanismos fisiopatológicos de la sarcopenia en la EPOC. *Rev. chil. enfermedades respiratorias*, 35(2), 124-132.
- Siddharthan, T., Grigsby, M., Morgan, B., Kalyesubula, R., Wise, & R., Kirenga, B. (2019). Prevalence of chronic respiratory disease in urban and rural Uganda. *Bull World Health Organ*, 9(7), 318-327.
- Silva, G., Dias, M., Cunha, D., & Vincentini, D. Quais tipos de exercícios físicos devem ser prescritos na doença pulmonar obstrutiva crônica. *Revista de Medicina e Saúde de Brasília*, 7(1). <https://portalrevistas.ucb.br/index.php/rmsbr/article/view/8665>

- Singh, D., Agusti, A., Anzueto, A., Barnes, P., Bourbeau, J., & Celli, B. (2019). Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Lung Disease. *Eur Respir J*, 19. <https://erj.ersjournals.com/content/erj/53/5/1900164.full.pdf>
- Soto, S., Mahecha, S., & Sepúlveda, A. (2021). Enfermedad pulmonar obstructiva crónica y comportamiento sedentario: revisión sistemática. *Rev. chil. enfermedades respiratorias*, 37(3), 8.
- Torres, R., Céspedes, C., Vilaró, J., Vera, R., Cano, M., & Vargas, D. (2017). Evaluación de la actividad física en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica. *Rev Med Chile*, 145(12), 1588-1596.
- Umbacía, F., Silva, L., Palencia, C., & Polanía, A. (2020). Rehabilitación pulmonar en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica. *Revista de investigación en salud*, 7(2), 119-137. <https://revistasdigitales.uniboyaca.edu.co/index.php/rs/article/view/421/539>
- Valencia, C., Henao, O., & Gallego, F. (2017). Health promotion behaviors and physical dependence in people with clinical diagnosis of chronic obstructive pulmonary disease. *Revista trimestral de enfermería*, 48.
- Varão, S., & Saraiva, C. (2019). Impacto da intervenção do enfermeiro de reabilitação à pessoa com doença pulmonar obstrutiva crónica –revisão sistemática. *RPER*, 2(2). <https://rper.aper.pt/index.php/rper/article/view/133/86>
- Wang, R., Xu, J., & Wang, Y. (2022). A population-based survey of the prevalence and risk factors of chronic obstructive pulmonary disease in Shanxi Province, China. *Revista clínica española*, 222(4), 218–228. <https://doi.org/10.1016/j.rceng.2021.04.011>

Chronic Obstructive Pulmonary Disease: Impact and non-pharmacological approach

Doença pulmonar obstrutiva crônica: impacto e abordagem não farmacológica

Tannia Briones

Universidad Católica de Cuenca | Cuenca | Ecuador

<https://orcid.org/0009-0002-4725-8116>

maespinozav18@est.ucacue.edu.ec

Diplomada en enfermería, con experiencia hospitalaria, estudiante del master de gestión asistencial de la universidad católica de cuenca.

Veronica Sumba

Universidad Católica de Cuenca | Cuenca | Ecuador

<https://orcid.org/0000-0002-1788-4389>

veronikas34@hotmail.com

Enfermera con maestría en Clínica Quirúrgica (UNACH). Experiencia clínica en cuidados intensivos adultos (Hospital Monte Sinaí, 2 años), neonatales (Hospital José Carrasco Arteaga, 3 años) y maternidad (Carlos Elizalde, 1 año). Jefa de áreas críticas en Hospital San Juan de Dios (6 meses). Docente en IDCA School (2022). Actualmente: miembro del Comité de Ética Asistencial (HJCA) y tutora de prácticas de la Universidad Católica de Cuenca (desde 2022).

Isabel Mesa

Universidad Católica de Cuenca | Cuenca | Ecuador

<https://orcid.org/0000-0003-3263-6145>

imesac@ucacue.edu.ec

Doctora en Ciencias de la Enfermería por la Universidad Andrés Bello, Chile. Especialista en Cuidado del Adulto en Estado Crítico de Salud de la Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia. Desempeño clínico durante 10 años como enfermera clínica en las Unidades de Cuidado Intensivo Neonatal y Pediátrico del Hospital General de Medellín; y especializada en adultos en las clínicas cardiovasculares SOMER INCARE y EMMSA. 10 años de experiencia docente en la Universidad Católica de Cuenca; Coordinadora Académica de Postgrado, maestría en gestión del cuidado. Docente investigador.

Abstract

COPD is a preventable and treatable chronic disease, characterized by airflow limitation and persistent respiratory symptoms. Physical exercise emerges as a key non-pharmacological therapy, improving patients' functional capacity and quality of life. A literature review (2019-2024) revealed a prevalence of 13.7% in adults, with greater involvement in men (57.41%) than in women (51.25%), mainly associated with age and sex. The disease presents various classifications according to functional capacity, frequently complicated by comorbidities such as heart failure and hypertension. The nursing staff plays a fundamental role in the education of patients and their families, promoting self-care and physical activity as a strategy to improve their physical condition and general well-being.

Keywords: COPD, Physical exercise, Quality of life, Self-care, Nursing.

Resumo

A DPOC é uma doença crônica evitável e tratável, caracterizada por limitação do fluxo

aéreo e sintomas respiratórios persistentes. O exercício físico surge como uma terapia não farmacológica fundamental, melhorando a capacidade funcional e a qualidade de vida dos pacientes. Uma revisão da literatura (2019-2024) revelou uma prevalência de 13,7% em adultos, com uma prevalência maior em homens (57,41%) do que em mulheres (51,25%), associada principalmente à idade e ao gênero. A doença é classificada de acordo com a capacidade funcional, muitas vezes complicada por comorbidades, como insuficiência cardíaca e hipertensão. Os enfermeiros desempenham um papel fundamental na educação do paciente e da família, promovendo o autocuidado e a atividade física como uma estratégia para melhorar a aptidão física e o bem-estar geral. Palavras-chave: DPOC, Exercício físico, Qualidade de vida, Autocuidado, Enfermagem.



Religación
Press
Ideas desde el Sur Global



Religación Press



ISBN: 978-9942-561-10-7



9 789942 561107