

**UNIVERSIDAD HISPANOAMERICANA**

**CARRERA DE ENFERMERIA**

*Tesis para optar por el grado académico de  
Licenciatura en Enfermería.*

**CAUSAS DE HOSPITALIZACIÓN EN  
USUARIOS DE LA CCSS, 1997-2018,  
RELACIONADO CON EDAD, SEXO Y  
CONDICIÓN DE EGRESO. REVISIÓN  
SISTEMÁTICA, COSTA RICA, 2022.**

**MONSERRAT VALVERDE ARGUEDAS**

2022

# TABLA DE CONTENIDOS

	Contenido
TABLA DE CONTENIDOS.....	2
ÍNDICE DE FIGURAS.....	4
RESUMEN.....	5
<b>CAPÍTULO I.....</b>	<b>9</b>
<b>EL PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN.....</b>	<b>9</b>
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	10
1.1.1 ANTECEDENTES DEL PROBLEMA.....	10
1.1.2 Antecedentes Internacionales.....	10
1.1.3 Antecedentes Nacionales.....	12
Delimitación del problema.....	13
1.1.2 Justificación.....	13
1.2 REDACCIÓN DEL PROBLEMA CENTRAL: PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	14
1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	15
1.3.1 Objetivo general.....	15
1.3.2 Objetivos específicos.....	15
1.4 ALCANCES Y LIMITACIONES.....	15
1.4.1 Alcances de la investigación.....	15
1.4.2 Limitaciones de la investigación.....	16
<b>CAPÍTULO II.....</b>	<b>17</b>
<b>MARCO TEÓRICO.....</b>	<b>17</b>
2.1 EL CONTEXTO TEÓRICO-CONCEPTUAL.....	18
2.2 Definición de Causa.....	18
2.3 Definición de Hospitalización.....	18
2.4 Causas de hospitalización.....	19
2.5 Principales diagnósticos o enfermedades como causas de hospitalización.....	19
2.5.1 Enfermedades de Transmisión Sexual y Otras Bacterianas.....	21
2.5.2 TUBERCULOSIS.....	31
2.5.3 HIPERTENSIÓN ARTERIAL.....	41
2.5.4 ASMA.....	45
2.6 Edad.....	48
2.6.1 Fase prenatal (embarazo).....	49
2.6.2 Infancia (0-6 años).....	49
2.6.3 Niñez (6-12 años).....	49
2.6.4 Adolescencia (12-20 años).....	49
2.6.5 Juventud (20-25 años).....	50

2.6.6 Adultez (25-60 años).....	50
2.6.7 Ancianidad (60 años en adelante) .....	50
2.7 Sexo.....	51
2.8 Condición de egreso y sus componentes .....	51
2.9 Teorizante de enfermería.....	53
2.9.1 Biografía.....	53
2.9.2 Modelo de Promoción de la Salud .....	54
2.9.3 Metaparadigmas .....	55
2.9.4. Relación de la Teorizante .....	56
<b>CAPÍTULO III.....</b>	<b>59</b>
<b>MARCO METODOLÓGICO.....</b>	<b>59</b>
3.1 ENFOQUE DE INVESTIGACIÓN .....	60
3.2 TIPO DE INVESTIGACIÓN .....	60
3.3 UNIDADES DE ANÁLISIS U OBJETOS DE ESTUDIO .....	61
3.3.1 Población.....	62
3.3.2 Muestra.....	62
3.3.3 Criterios de inclusión y exclusión .....	62
3.4 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN .....	63
3.5 OPERALIZACIÓN DE LAS VARIABLES .....	65
3.6 PLAN PILOTO (VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS).....	69
3.7 PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCION DE DATOS.....	70
3.8 ORGANIZACIÓN DE LOS DATOS.....	70
3.9 ANALISIS DE DATOS.....	70
<b>CAPÍTULO IV .....</b>	<b>71</b>
<b>PRESENTACIÓN DE RESULTADOS .....</b>	<b>71</b>
4.1 GENERALIDADES .....	72
<b>CAPÍTULO V.....</b>	<b>81</b>
<b>DISCUSIÓN E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS.....</b>	<b>81</b>
5.1 DISCUSIÓN E INTERPRETACIÓN O EXPLICACIÓN DE LOS RESULTADOS ...	82
<b>CAPÍTULO VI.....</b>	<b>88</b>
<b>CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....</b>	<b>88</b>
6.1 CONCLUSIONES .....	89
6.2 RECOMENDACIONES.....	91
<b>BIBLIOGRAFÍA .....</b>	<b>93</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>101</b>
RESULTADOS PLAN PILOTO .....	103
DECLARACIÓN JURADA .....	113
CARTA DE TUTOR .....	114
CARTA DE LECTOR .....	115

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura N°1 Distribución de la población de acuerdo con la cantidad de egresos hospitalarios respecto a los grupos de edad epidemiológica en ambos centros de salud, usuarios de la CCSS, San José; 1997-2018. Fuente: elaboración propia, a partir de la información consultada 2022. .....	73
Figura N°2 Distribución de la población de acuerdo con la cantidad de egresos hospitalarios respecto al sexo atendido en ambos centros de salud, usuarios de la CCSS, San José; 1997-2018. Fuente: elaboración propia, a partir de la información consultada 2022.....	73
Figura N°3 Distribución de la población de acuerdo con la cantidad de egresos hospitalarios respecto a la causa de morbilidad atendida y centros de salud, usuarios de la CCSS, San José; 1997-2018. Fuente: elaboración propia, a partir de la información consultada 2022.....	74
Figura N°4 Causa de morbilidad atendida y centros de salud, usuarios de la CCSS, San José; 1997-2018. Fuente: elaboración propia, a partir de la información consultada 2022.....	75
Figura N°5 Distribución de la población según grupo de edad epidemiológico y causa de morbilidad atendida en centros de salud, usuarios de la CCSS, San José; 1997-2018. Fuente: elaboración propia, a partir de la información consultada 2022.....	76
Figura N°6 Distribución de la población según sexo y causa de morbilidad atendida en centros de salud, usuarios de la CCSS, San José; 1997-2018. Fuente: elaboración propia, a partir de la información consultada 2022.....	78
Figura N°7 Distribución de la población según condición de egreso en centros de salud y tipo de morbilidad atendida, usuarios de la CCSS, San José; 1997-2018. Fuente: elaboración propia, a partir de la información consultada 2022.....	79

## RESUMEN

**Introducción:** La información para estimar las causas de hospitalización en usuarios de la Caja Costarricense del Seguro Social en proporción a la edad, sexo y condición de egreso poblacional, exhibido a través de la base de datos estadísticos REDATAM-CCSS; permite intuir al lector que, gracias a los diferentes programas prioritarios en salud ejercidos por funcionarios en el primer, segundo y tercer nivel de atención clínica, se logra medir las causas de morbilidad presentada y justipreciar el periodo transcurrido entre las edades de los grupos epidemiológicos; evidenciando así correspondencia entre variables conforme a la conducta usuario ante la atención clínica brindada y las diversas etapas de la vida. **Objetivo General:** Determinar las causas de hospitalización en usuarios de la CCSS, 1997-2018, relacionado con edad, sexo y condición de egreso, Costa Rica, 2022. **Metodología:** Se realiza un análisis censal con una población de 62853 personas, extrayendo una muestra de 7775 usuarios de los servicios de la CCSS, con edades entre los menos 1 a 65 y más años de vida en la provincia de San José. El estudio se orienta a una revisión sistemática de enfoque cuantitativo, donde se pretende examinar las causas de hospitalización en los usuarios entre 1997-2018, relacionado con edad, sexo y condición de egreso. **Resultados:** El censo realizado señala que, la población del Hospital San Juan de Dios lidera el mayor número de egresos con un 62% en comparación con el 38% restante del Hospital Calderón Guardia; el sexo femenino encabeza la pesquisa con un 69% en contraste con el 31% del sexo masculino; el grupo etario con más prominencia la exhibe el grupo de edad epidemiológico entre los cuarenta y cinco a sesenta y cuatro años con un 47% de adultos, mientras que los habitantes entre los diez y catorce años de vida conforman la menor incidencia con un 0.89% de niños y niñas en preadolescencia. **Discusión:** Las causas de morbilidad trasmisible y/o enfermedades crónicas presente en usuarios bajo nosocomio;

argumentan que, la población expuesta se encuentra vulnerable en pro del desarrollo integral a su conocimiento etario, mostrando correspondencia notoria entre variables. **Conclusión:** Para determinar las causas de hospitalización en usuarios de la CCSS, 1997-2018, relacionado con edad, sexo y condición de egreso; para efectos exploratorios, es necesario la observación directa del experto sobre todas las edades de los grupos epidemiológicos, así como la inclusión de estimar ambos sexos. Lo anterior permite analizar la relación existente que se deriva en función de la presencialidad de los factores con relación al sexo y la edad transcurrida, generando un impacto positivo o no en la persona usuaria de los servicios de salud público-social.

**Palabras clave:** causas, hospitalización, edad, sexo, condición de egreso, persona, usuario, Reforma Salud, REDATAM CCSS.

## Summary

**Introduction:** The information to estimate the causes of hospitalization in users of the Caja Costarricense del Seguro Social in proportion to age, sex and population discharge condition, exhibited through the statistical database REDATAM-CCSS; allows the reader to intuit that, thanks to the different priority health programs exercised by officials at the first, second and third levels of clinical care, it is possible to measure the causes of morbidity presented and to appreciate the period elapsed between the ages of the epidemiological groups; thus showing correspondence between variables according to the user's behavior before the clinical care provided and the different stages of life. **General Objective:** To determine the causes of hospitalization in CCSS users, 1997-2018, related to age, sex and discharge of condition, Costa Rica, 2022. **Methodology:** A census analysis was performed with a population of 62853 people, extracting a sample of 7775 users of the CCSS services, with ages between less than 1 year old and more than 65 years in San José province. The study is conducted to a systematic revision of quantitative approach, where the objective is to examine the causes of hospitalization in users between 1997-2018, related to age, sex and discharge of condition. **Results:** The census carried out shows that the population of the San Juan de Dios Hospital leads the highest number of discharges with 62% compared to the remaining 38% of the Calderón Guardia Hospital; the female sex leads the search with 69% in contrast to 31% of the male sex; the most prominent age group is the epidemiological age group between forty-five and sixty-four years with 47% of adults, meanwhile the youngest group in teenagers between ten and fourteen years of life leads on the lowest incidence with 0.89% of children in preadolescence. **Discussion:** The causes of transmissible morbidity and/or chronic diseases present in users under hospital; argue that the exposed population is vulnerable in favor of integral development to their age

knowledge, showing a notorious correspondence between variables. **Conclusion:** To determine the causes of hospitalization in users of the CCSS, 1997-2018, related to age, sex and condition of discharge; for exploratory purposes, it is necessary the right observation of the expert on all the ages of the epidemiological groups, as well as the inclusion of estimating both sexes. This makes it possible to analyze the existing relationship that is derived according to the presence of the factors in relation to sex and age, generating positive or negative significant impacts onto the user of public-social health services.

**Key words:** causes, hospitalization, age, sex, discharge of condition, person, user, Health Reform, REDATAM CCSS.

**CAPÍTULO I**  
**EL PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN**

## **1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN**

### **1.1.1 ANTECEDENTES DEL PROBLEMA**

#### **1.1.2 Antecedentes Internacionales**

Bella M, et al; efectúan un artículo especial titulado “Demanda de hospitalización por causas psicosociales en un hospital pediátrico” Argentina, año 2016, publicado en la Revista ResearchGate, acerca de evaluar el incremento de internamientos en niños y adolescentes debido a factores psicosociales causados por alteraciones mentales y violencia. Metodológicamente indagan la información de 221 registros, cuya notificación pertinente resalta el maltrato infantil, comportamiento suicida, abuso sexual y abuso de sustancias. Reflejando así, un incremento de tasas y un comportamiento diferenciado por edad y género entre la población presente.<sup>1</sup>

Camerino-Hernández E, et al revelan a través de la Revista Enfermería Herediana, año 2016 México; un artículo llamado “Caracterización del adulto mayor hospitalizado: un estudio retrospectivo” que permite enfatizar la efectividad de la política de salud actual que brinda atención a usuarios mayores de 60 años en los servicios de Medicina Interna, Cirugía, Ginecología y Traumatología. Dicho estudio documental acentúa que el sexo femenino encabeza el mayor grado de hospitalización con un 60,4% de 3422 internos, mientras que la Diabetes Mellitus y sus complicaciones, junto con las cardiopatías revelan las amenazas más prominentes en dicha población de nosocomio.<sup>2</sup>

Sánchez M menciona en su tesis doctoral titulada “Las necesidades sociales originadas a consecuencia de la enfermedad en pacientes adultos hospitalizados” España, año 2016; que se

intensifica notoriamente una real dependencia del usuario en relación con la asistencia para las actividades básicas de la vida diaria tras el alta hospitalaria, afectando significativamente al sexo femenino. Tras examinar 275 casos no probabilísticos de carácter intencional. Los resultados confirman, la necesidad de crear estrategias de planificación que garanticen los cuidados y necesidades reales presentes en los pacientes, finalizando así con la propuesta de varias vías futuras de investigación en este campo.<sup>3</sup>

Cruz M, et al realizan un artículo basado en una revisión bibliográfica nombrando el “Bienestar en niños enfermos hospitalizados” Cuba, año 2017; en la Revista SciELO, que difunde un reto para las ciencias médicas del nivel secundario de atención, en donde los niños internados presentan grandes desafíos en su proceso salud-enfermedad; mientras que al mismo tiempo gozan de buena salud aquellos menores que al mantener consigo pensamientos positivos favorecen notoriamente su proceso de recuperación, predominando así emociones positivas sobre experiencias negativas, eludiendo estados patológicos frecuentes durante su proceso de internamiento.<sup>4</sup>

Granados-García V et al declaran aportaciones originales al Instituto Mexicano de Seguro Social, nombrado “Costos por hospitalización de adultos mayores en un hospital general regional del IMSS” año 2018; evidenciando un aumento significativo en cuanto al tipo de consulta y atención medica brindada hacia dicha población; se permite indagar 519 egresos hospitalarios del servicio de Medicina Interna, tras un modelo de regresión que permite notificar los gastos promedio más elevados en mujeres y en usuarios mayores de 85 años. De acuerdo con la edad, sexo y nivel de comorbilidad presente en los usuarios, según el Índice de Charlson.<sup>5</sup>

Olivares-Tirado P, cita en su estudio nombrado “Hospitalización Social en Adultos Mayores en el Sistema de Salud de Chile” año 2020; que las estancias bajo nosocomio prolongado de más

de 60 días se basan en poblaciones de vulnerabilidad específica con una baja necesidad de atención clínica hospitalaria, ya que según las mismas no requieren de atención médica constante; sin embargo las estancias más prolongadas abarcan alteraciones de origen mental, síndrome de carencia social y fragilidad, razón que insta a las autoridades competentes a la creación de un nuevo sistema de gestión hospitalaria prolongada en relación a la mejora de atención geriátrica y a un modelo integral de cuidado médico-social, basado en la comunidad.<sup>6</sup>

### **1.1.3 Antecedentes Nacionales**

Morera-Salas M confiere en su artículo publicado bajo el nombre “Análisis de eficiencia relativa de hospitales públicos de Costa Rica” año 2015, que se debe de comprobar en el proceso cuál de los 23 hospitales bajo observación presentan el mejor desempeño relativo y cuáles pueden aumentar el uso de los recursos; ya que, para determinar la eficiencia hospitalaria brindada, se indaga acerca de la actividad hospitalaria ajustada por casuística, índice de funcionamiento e índice de mortalidad intrahospitalaria ajustada por riesgo; lo que genera como conclusión que el 70% de los hospitales en Costa Rica pueden mejorar el uso de los recursos notablemente.<sup>7</sup>

Navarro-Ureña I, et al; plantean un balance observacional, descriptivo y transversal llamado “Evolución de la mortalidad por edad, sexo, causas y distribución geográfica en personas de 65 o más años en Costa Rica, 1970-2014” año 2019; revelando que la mortalidad actual en usuarios mayores de 65 años contiene una tendencia al descenso, figurada en mayor número por el sexo masculino y encabezada por tres principales causas de muerte, como enfermedades cardiovasculares, cáncer y enfermedades respiratorias; lo que exhibe a las provincias de Puntarenas y Limón como las más afectadas del país sustancialmente.<sup>8</sup>

## **Delimitación del problema**

### **1.1.2 Justificación**

El Sistema de Salud instituido hacia la población costarricense, es uno de los más consolidados y reconocidos a nivel latinoamericano y encaminados al auge universal, gracias a las estrategias de afrontamiento y planificación que aboga la directriz de dicha institución; razón considerada pertinente ante los “Estudios de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico, sobre los Sistemas de Salud” dejando como manifiesto parte de los logros empeñados, donde la esperanza de vida es de 79.9 años, en comparación con los 80.6 que refiere el promedio de la OCDE.<sup>9</sup>

La principal causa de nosocomio en Costa Rica se fundamenta específicamente en patologías crónicas del usuario y en aquellas alteraciones de origen potencialmente prevenible, que ameritan ser mediadas por el cuidado oportuno y eficaz en el primer nivel asistencial. Sin embargo, Morera-Salas M, et al afirman que, debido a la creciente demanda de atención hospitalaria en relación con el uso y abuso de dichos servicios básicos en salud brindados a la población, esta situación se ha convertido en un panorama alarmante para la salud público-social que afronta el país.<sup>10</sup>

El trabajo de estudio centrado en una revisión sistemática permite orientar al lector en cuanto a las principales causas de hospitalización reales en los usuarios de la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS), relacionado con edad, sexo y condición de egreso, presente en la ciudadanía durante el periodo de 1997 a 2018. Intuyendo de cierta manera en un mediano y largo plazo la capacidad resolutoria del sistema de atención integral de salud en relación con la efectividad y calidad del servicio brindado respecto a la gestión de la enfermedad, y valorar si

este comparece en aumento o bien en descenso con el pasar de los años durante los diversos salones de egreso vigentes en el país.

La trayectoria en salud atravesada por el pueblo costarricense amerita un suceso exitoso desde el año 1922, donde se instaura la Secretaria de Higiene y Salud Pública como el ente rector de la salud en Costa Rica, bajo el nombramiento de Ministerio de Salud; y que tras una serie de procesos históricos evolutivos concede la creación de la Caja Costarricense del Seguro Social en el año de 1941, sucesión que culmina años más tarde con el decreto hacia la universalización de los seguros entre 1961-1973 y el Proyecto de Reforma del Sector Salud para el año de 1993.<sup>11</sup>

El profesar la conexión existente entre los propósitos del Proyecto de Reforma con el escrutinio de las causas de hospitalización en usuarios de la CCSS, 1997-2018; confiere dedicar el alcance a todas aquellas personas encaminadas o no hacia el sector salud, ya que de una u otra manera se ven beneficiados considerablemente de los logros obtenidos a nivel institucional, gozando así de una amplia cobertura universal en la prestación de los servicios.

La finalidad de esta investigación se orienta en analizar de manera colateral los principios de Reforma presentes en salud, respecto a la atención clínica brindada durante la estancia hospitalaria entre 1997-2018 mediada por sexo, edad y condición de egreso en relación con las causas de hospitalización y calidad de mejora en el servicio de auspicio ante la ciudadanía de las últimas dos décadas transcurridas.

## **1.2 REDACCIÓN DEL PROBLEMA CENTRAL: PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN**

¿Cuáles son las causas de hospitalización en usuarios de la CCSS, 1997-2018, relacionado con edad, sexo y condición de egreso? Revisión sistemática, Costa Rica, 2022.

## **1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN**

### **1.3.1 Objetivo general**

Determinar las causas de hospitalización en usuarios de la CCSS, 1997-2018, relacionado con edad, sexo y condición de egreso, Costa Rica, 2022.

### **1.3.2 Objetivos específicos**

Describir las causas de hospitalización en usuarios de la CCSS, 1997-2018.

Caracterizar a la población de estudio según edad y sexo, 1997-2018.

Identificar la condición de egreso en los usuarios de la CCSS, 1997-2018.

Relacionar las causas de hospitalización con edad, sexo y condición de egreso, Costa Rica 2022.

## **1.4 ALCANCES Y LIMITACIONES**

### **1.4.1 Alcances de la investigación**

La trascendencia del reciente trabajo de investigación radica sustancialmente, en que esta faculta la posibilidad de servir como material de apoyo ante nuevas investigaciones futuras, específicamente acerca de aquellos estudios enfatizados al sector salud y productivo. Además, de poder representar el modelo teórico-metodológico para fines de salud pública dirigida a la promoción, mantenimiento, y protección de la salud en la comunicad; y prever ciertas enfermedades, incapacidades y lesiones presentes en la ciudadanía.

#### **1.4.2 Limitaciones de la investigación**

El desarrollo de la investigación presenta los siguientes condicionamientos, que de acuerdo con lo manifestado por Avello Martínez<sup>12</sup>, se clasificará de la siguiente manera: 1) limitación metodológica que refleja falta de datos estadísticos confiables y/o disponibles, falta de estudios previos de investigación acerca del tema de interés; 2) limitación del investigador que evidencia la limitación cultural y otro tipo de sesgo que se presente; lo cual expone un sesgo no sistemático sino analítico para el ostento de dicha investigación.

## **CAPÍTULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

## **2.1 EL CONTEXTO TEÓRICO-CONCEPTUAL**

### **2.2 Definición de Causa**

Álvarez- Martínez, et al definen la causalidad en medicina, como: “Uno de los objetivos centrales de estudio, para la identificación de los factores o agentes que causan las enfermedades, con el propósito de establecer tratamientos y, sobre todo para aplicar medidas preventivas.”<sup>13</sup>

La causa médica puede aparecer de forma única cuando se toman en cuenta enfermedades de origen infeccioso o bien de manera múltiple, presentando en el usuario patologías crónicas degenerativas, ya que de cierto modo la diferenciación radica en el origen primario de la enfermedad; por mencionar así, que la hipótesis multicausal se basa en un conjunto de variables de factores de riesgo, aumentando en gran manera la posibilidad de que una persona sana desarrolle una enfermedad; como resultado, efecto o consecuencia de la causalidad.<sup>13</sup>

La investigación oportuna considera de suma importancia que un factor de riesgo es causal, cuando: “Su presencia contribuye a explicar la ocurrencia de una enfermedad y constituye un marcador cuando sólo aumenta la probabilidad de que se presente el efecto, sin que su presencia ayude a explicar la ocurrencia del padecimiento.”<sup>13</sup>

### **2.3 Definición de Hospitalización**

Méndez- Saltos, et al mencionan el término de hospitalización como aquel acompañamiento estrictamente supervisado, de carácter médico y temporal que se brinda a toda aquella persona bajo nosocomio con síntomas o problemas emocionales, físicos y/o de conducta; cuyo fin, permite alcanzar la debida y pronta recuperación en la salud del usuario, mediante el

acompañamiento físico y un ambiente adecuado que permita mantener las normas necesarias para una mejor atención en salud.<sup>14</sup>

Méndez-Saltos, et al conceptúan que la hospitalización también se debe: “Al internamiento de pacientes para su diagnóstico, recuperación y/o tratamiento y sus ambientes anexos para trabajo de enfermería; se relacionan fundamentalmente con los servicios de apoyo, complementación, diagnóstico y tratamiento, quirúrgicos, obstétricos, de cocina y de lavandería, así como del área administrativa.”<sup>14</sup>

## **2.4 Causas de hospitalización**

Merlo-Faella, et al;<sup>15</sup> afirman que el proceso de admisión hospitalaria es el área encargada de la gestión administrativa que se brinda al usuario, respecto a la condición física e integral que presenta actualmente durante su asistencia sanitaria; lo que permite una responsabilidad plena de la persona usuaria desde el momento de su ingreso hospitalario hasta el egreso de este, traslados y altas del área de hospitalización.

El manual técnico efectuado por Loaiza Madriz, et al; presenta tres tipos de hospitalización, entorno a la admisión del usuario(a); siendo estos: “Urgente: proviene del servicio de urgencias, programado: proviene del servicio de admisión, traslado intrahospitalario: procedente de otra unidad de hospitalización.”<sup>16</sup>

## **2.5 Principales diagnósticos o enfermedades como causas de hospitalización**

El término de enfermedad propuesto por Herrero Jaén de acuerdo con lo manifestado por la Organización Mundial de la Salud, esta establece que dicha definición se basa en la: “Alteración o desviación del estado fisiológico en una o varias partes del cuerpo, por causas en general

conocidas, manifestada por síntomas y signos característicos, y cuya evolución es más o menos previsible.”<sup>17</sup>

El artículo propuesto por Herrero Jaén, indica que el proceso de enfermedad ostenta dos factores significativos, siendo estos los siguientes: “Por un lado, el Signo (sg), el cual representa el "Indicio, señal de algo", siendo esta medible y valorable. Y por otro, encontramos el Síntoma (sn), el cual se entiende como la "Manifestación reveladora de una enfermedad", siendo algo subjetivo de la propia persona.”<sup>17</sup>

Los principales diagnósticos o enfermedades causantes de hospitalización en Costa Rica se subdividen en dos grandes grupos, siendo estos: enfermedades transmisibles y enfermedades no transmisibles o crónicas.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), alegan que las enfermedades transmisibles ocasionan severos daños en cuanto a la morbilidad y mortalidad de los países que conforman la Región de las Américas, englobando así todas aquellas alteraciones de origen transmisible, como: “ infección por el VIH/sida, las infecciones de transmisión sexual (ITS), y las hepatitis virales; la tuberculosis; la malaria y otras enfermedades transmitidas por vectores; las enfermedades desatendidas, tropicales y zoonóticas; y las enfermedades prevenibles mediante vacunación.”<sup>18</sup>

Las enfermedades crónicas o no transmisibles se definen como aquellas: “afecciones de larga duración con una progresión generalmente lenta. Entre ellas destacan: las enfermedades cardiovasculares (por ejemplo, los infartos de miocardio o accidentes cerebrovasculares); el cáncer; las enfermedades respiratorias crónicas (por ejemplo, la neumopatía obstructiva crónica o el asma); y la diabetes.”<sup>19</sup> No obstante, se intuye que los factores fisiológicos, genéticos, ambientales y conductuales interfieren en gran manera el curso de dichas alteraciones.

La presente investigación toma en cuenta las siguientes patologías: Enfermedades de transmisión sexual y otras bacterianas, Tuberculosis, Hipertensión Arterial, Asma; lo mencionado con anterioridad permite ostentar el desarrollo teórico y metodológico que conlleva el tema de interés.

### **2.5.1 Enfermedades de Transmisión Sexual y Otras Bacterianas**

#### **Definición**

Las enfermedades o infecciones de transmisión sexual también conocidas bajo la terminología de (ETS/ITS) son todas aquellas alteraciones de origen trasmisible que se propaga entre las personas por medio de relaciones sexuales anales, vaginales u orales; y que además alberga la presencia de múltiples gérmenes o microorganismos causantes de dichas patologías, entre ellos bacterias, virus, hongos, parásitos y protozoos.<sup>20</sup>

La dolencia de transferencia sexual puede también inocular de otras maneras y no solo en presencia de la sexualidad, siendo estas vías de origen perinatal, transfusión sanguínea o mediante agujas compartidas en prácticas riesgosas de consumo de sustancias ilícitas.<sup>22</sup>

El diagnóstico etiológico y tratamiento temprano de la infección se basa específicamente en la práctica sexual y el tipo de enfermedad que se presenta en el usuario, ya que en reiteradas ocasiones las personas no presentan síntomas o estos son poco significativos, lo cual genera que no se trate de la mejor manera posible y creando luego potenciales complicaciones como (dolor pélvico, complicaciones en el embarazo, inflamación ocular, artritis, enfermedad inflamatoria pélvica, infertilidad, enfermedad cardíaca, septicemia, ciertos tipos de cáncer genital como en el cuello uterino y el recto, asociados al virus del papiloma humano).<sup>22</sup>

#### **Signos y Síntomas**

Los signos y síntomas que revela la dolencia de trasmisión sexual en el usuario difieren de acuerdo con el sexo y a la forma de contagio en que esta se produce, a continuación se presenta información comparativa con dicha manifestación. (ver anexo N° 1)

### **Mujer**

- Flujo anormal en la vagina, con o sin olor desagradable.<sup>20</sup>
- Llagas, ronchas o ampollas cerca de los órganos sexuales, ano o boca.<sup>20</sup>
- Inflamación de uno o más ganglios cercanos a la llaga.<sup>20</sup>
- Dolor en zona de la pelvis, en el área entre el ombligo y los órganos sexuales.<sup>20</sup>
- escozor o picor alrededor de la vagina.<sup>20</sup>
- Ardor al orinar o al defecar.<sup>20</sup>
- Sangrado por la vagina sin tratarse de la menstruación o tras la relación sexual.<sup>20</sup>
- Sangrado excesivo durante la regla o ausencia de menstruación.<sup>20</sup>
- Dolor en la vagina durante las relaciones sexuales.<sup>20</sup>
- Fiebre.<sup>22</sup>
- Erupción cutánea en el tronco, las manos o los pies.<sup>22</sup>

### **Hombre**

- Secreción por la uretra.<sup>20</sup>
- Llagas, ronchas o ampollas cerca de los órganos sexuales, ano o la boca.<sup>20</sup>
- Inflamación de uno o más ganglios cercanos a la llaga.<sup>20</sup>
- Dolor en los testículos, inflamación o dolor alrededor de los órganos sexuales.<sup>20</sup>
- escozor o picor alrededor de los órganos sexuales.<sup>20</sup>
- Ardor y dolor al orinar o al defecar.<sup>20</sup>
- Fiebre.<sup>22</sup>

- Erupción cutánea en el tronco, las manos o los pies.<sup>22</sup>

La manifestación clínica de la infección en ocasiones puede provocar los siguientes síndromes en el usuario, entre ellos:

- **Vulvovaginitis:** es una inflamación de los genitales externos y de la vagina en la mujer. Generalmente de origen infeccioso (*tricomona*, *cándida* y *gardnerella*). Puede manifestar picor, aumento del flujo o cambio en las características del flujo, escozor o dolor espontáneo o durante la penetración vaginal.<sup>20</sup>
- **Uretritis:** genera inflamación con aparición de secreción por la uretra, junto con escozor al orinar. La causa más frecuente es infecciosa. Existen dos tipos de uretritis, según si su origen está producido por el gonococo o no: uretritis gonocócica y no gonocócica.<sup>20</sup>
- **Cervicitis:** es la inflamación del cuello del útero en la mujer. Puede ser de origen infeccioso o mecánico por el uso de un dispositivo intrauterino (DIU). Puede manifestar alteración del flujo, dolor o sangrado con la penetración vaginal, alteración de la regla, escozor al orinar. Entre los microorganismos que pueden producirla destacan el (*gonococo* y *chlamydia trachomatis*).<sup>20</sup>
- **Balanitis:** Es la inflamación del glande. Puede estar producida por bacterias, virus, alérgenos y el más frecuente por hongos (*candida albicans*).<sup>20</sup>

### **Tipos de Enfermedades de Transmisión Sexual**

La prevención del VIH/SIDA y otras infecciones de transmisión sexual,<sup>20</sup> cataloga la patología de acuerdo con el microorganismo que la produce, siendo la persona inoculada por uno o diversos virus, bacterias, hongos, parásitos y protozoos. A continuación, se exhibe la infección germinativa de la siguiente manera.

### **Enfermedades o infecciones de transmisión sexual producidas por Bacterias**

- **Gonorrea (*Neisseria Gonorrhoeae*):** también conocida como Gonococia, es un diplococo gramnegativo con morfología de grano de café.<sup>21</sup>  
Presenta sintomatología entre los 2 a 7 días o más después del contacto sexual genital, oral o rectal.<sup>20</sup> La infección es asintomática en más del 50% de las mujeres y entre el 5 al 25% de los varones infectados.<sup>20</sup>
- **Clamidiasis:** por lo general es asintomática.<sup>20</sup> Si los síntomas aparecen éstos se manifiestan entre 7 y 21 días post contacto sexual.
- **Sífilis (*Treponema Pallidum*):** es una infección crónica generalizada,<sup>20</sup> que suele presentar periodos de actividad interrumpidos por periodos de latencia; la fase tardía suele manifestarse por complicaciones graves. La mayoría de los casos son asintomáticos.
- **Gardnerella Vaginalis:** conocida como vaginosis bacteriana, es un síndrome producido por la sustitución de la flora vaginal normal, generando un aumento del pH vaginal y flujo maloliente de color grisáceo, siendo esta la causa más frecuente de emisión de flujo vaginal o mal olor. Más de la mitad de las mujeres no presentan síntomas.<sup>20</sup>
- **Micoplasma (*Mycoplasma Hominis & Ureaplasma Urealyticum*):** por lo general es muy frecuente encontrarlos en cultivos habituales de la vagina y la uretra; está relacionado con la actividad sexual y el número de contactos sexuales distintos. Los síntomas, aparecen entre 1 y 3 semanas tras el contacto sexual.<sup>20</sup>
- **Chancro Blando (*Haemophilus Ducreyi*):** es una lesión ulcerosa superficial, blanda y dolorosa que aparece a los 3 o 14 días después de la relación sexual junto con inflamación de un ganglio inguinal. Es más frecuente en zonas tropicales y subtropicales del sudeste asiático.<sup>20</sup>

- **Estreptococo Grupo B:** es frecuente encontrarlo en cultivos sin sintomatología. Sólo hay que tenerlo en cuenta en el caso de mujeres embarazadas, por el peligro de transmisión al recién nacido. Es más frecuente en zonas tropicales y subtropicales del sudeste asiático.<sup>20</sup>

### **Enfermedades o infecciones de transmisión sexual producidas por Virus**

- **Herpes Genital (VHS):** se exhibe entre 2 y 20 días posterior al contacto sexual, tras la aparición de pequeñas ampollas o úlceras dolorosas, cuya localización varía según la práctica sexual que ha producido la infección; cuando la lesión desaparece el virus queda latente en el organismo y puede producir nuevas reinfecciones en situaciones de disminución de la inmunidad o estrés.<sup>20</sup>
- **Virus del Papiloma Humano (VPH):** infección asintomática en la mayoría de los casos. Puede aparecer una lesión irregular, verrugosa con aspecto de coliflor o aspecto aplanado entre 1 y 20 meses después del contacto sexual en los órganos genitales, anales y orales.<sup>20</sup>
- ***Molluscum Contagiosum:*** su transmisión es tanto sexual como por contacto directo con la zona afectada, pudiendo aparecer lesiones sobreelevadas con depresión central (a modo de ombligo) y que sana por sí sola en cualquier parte del cuerpo. Se exhibe entre 2-3 meses después del contacto.<sup>20</sup>
- **Hepatitis A:** es la inflamación del hígado causada por el virus de la hepatitis A, transmitida en fase aguda. Su transmisión es por vía oral (ingesta de agua o comida contaminada con heces portadoras del virus) y/o al realizar prácticas oroanales. El período de incubación es de 15 a 50 días. La mayoría de las veces se presenta de forma asintomática.<sup>20</sup>

- **Hepatitis B:** se puede producir vía parenteral (transfusiones, uso compartido de jeringuillas o material de inyección, tatuajes, piercing), vertical (de madre a hijo) y sexual. El periodo de incubación es de 45 a 180 días. La mayoría de las infecciones no presenta síntomas y sana por sí sola en el 96% de los casos.<sup>20</sup>
- **Hepatitis C:** su transmisión es a través de sangre y hemoderivados de personas infectadas. El 60-70% de las personas infectadas son asintomáticas o los síntomas son poco evidentes. El riesgo de transmisión sexual es escaso, sobre todo está relacionado con prácticas sexuales de penetración anal y relaciones sexuales con la menstruación en caso de ser la mujer la portadora.<sup>20</sup>
- **Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH):** Produce el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA). El VIH se transmite vía parenteral, sexual y vertical (a través de la placenta, parto o leche materna). Tras la práctica de riesgo debe pasar 3 meses para que se pueda detectar en la analítica los anticuerpos frente al VIH. La infección aguda puede ser asintomática o dar un cuadro semejante a la gripe. La presencia de una infección de transmisión sexual hace que el riesgo de transmisión del VIH sea mayor.<sup>20</sup>
- **Citomegalovirus:** su transmisión es a través de los fluidos orgánicos (saliva, secreciones vaginales y cervicales, semen y leche materna). En el 80% de los casos la infección no produce síntomas.<sup>20</sup>
- **Virus de Epstein-Barr:** la vía de transmisión más frecuente es a través de la saliva (enfermedad del beso). La mayoría de los infectados son asintomáticos, sin embargo, puede provocar aumento del tamaño del hígado o bazo, inflamación de los ganglios, fiebre y afectación de la garganta (mononucleosis infecciosa).<sup>20</sup>

## **Infecciones producidas por Hongos**

- **Candidiasis Vulvovaginal:** Causada por un tipo de hongo llamado “*Cándida Albicans*” que en la mujer forma parte de la flora vaginal normal, y ante determinados factores biológicos (mayor acidez del flujo vaginal, toma de anticonceptivos, uso de antibióticos, el embarazo), y otros factores estresantes, puede florecer los síntomas fúngicos, mientras que en el varón la micosis se da de forma sexual normalmente. El período de incubación es de 2 a 5 días.<sup>20</sup>

## **Infecciones producidas por Parásitos**

- ***Trichomona Vaginalis*:** la sintomatología aparece entre 3 y 28 días después de la infección. Es muy raro que los hombres muestren síntomas y, a veces, las mujeres tampoco los tienen.<sup>20</sup>
- **Piojos Púbicos o Ladillas (*Phthirus Pubis*)<sup>21</sup>:** se transmite por contacto íntimo directo, especialmente por vello púbico o por contacto con la ropa de cama o ropa infectada (teniendo en cuenta que la ladilla no puede vivir más de 24 horas fuera de su huésped).<sup>20</sup> Dicho parásito puede extenderse a otras zonas capilares del cuerpo como (pelos del abdomen, muslos, axilas, barba, bigote, cejas y pestañas).<sup>21</sup>
- **Sarna o Escabiosis:** la infección se da por contacto íntimo o por contacto con la ropa de cama o ropa infectada por el ácaro “*Sarcoptes Scabiei*”<sup>21</sup>. Los síntomas más comunes son intenso prurito nocturno, irritación cutánea, exantema, en ocasiones ulceración de los genitales o zonas adyacentes.<sup>21</sup>

## **Infecciones producidas por microorganismos intestinales transmitidos por vía sexual**

La enfermedad ocasionada por dichos microorganismos se da a través de la ingesta de agua o alimentos contaminados. No obstante, la transmisión es posible durante las prácticas sexuales

oroanales. Destacando así, Bacterias (*Salmonella*, *Shigella* y *Campylobacter*),<sup>20</sup> Protozoos (*Cryptosporidium*, *Ameba Histolítica*, *Giardia Lamblia*),<sup>20</sup> Helmintos o Gusanos (*Enterobius vermicularis*)<sup>20</sup>. Y que por su parte produce en el usuario diarrea, fiebre, dolor abdominal, mientras que la ameba puede originar complicaciones en el hígado.

### **Diagnóstico**

El diagnóstico etiológico de la patología se basa de manera específica en la práctica sexual y el tipo de enfermedad que manifiesta el usuario al momento de la interconsulta, ya que en reiteradas ocasiones la dolencia en la persona no presenta sintomatología alguna o estos son poco expresivos. Entre los diferentes tipos de diagnóstico clínico, se encuentra:

- **Toma de muestras:** consiste en recolectar exudado vaginal, endocervical y uretral, además de la toma de muestra en recto, faringe, conjuntiva, semen, secreción prostática, orina, escamas o pelos ante la sospecha de una puntuada localización o búsqueda de determinados patógenos, como *gonococos* y *trichomonas*.<sup>21</sup>
- **Examen microscópico:** mediante la microscopia u observación directa del material originario en (lesiones ulceradas, escamas y pelos), el profesional en salud puede detectar la presencia de ciertos artrópodos.<sup>21</sup>
- **Montaje húmedo:** permite rastrear la apariencia real de trichomonas, levaduras, treponemas y algunos otros protozoos en muestras fecales.<sup>21</sup>
- **Tinciones:** utiliza diversas técnicas destacando (tinción de gram, tinción con Giemsa, frotis coloreados e inmunofluorescencia directa) para la detección de patógenos como *flora saprofita*, *gonococos*, *chlamydia trachomatis*, *levaduras*, *gardnerella*, *moviluncus*, *calymmatobacterium granulomatis*, *trichomonas vaginalis*.

- **Técnica serológica:** es aquella técnica de manera indirecta que determina anticuerpos característicos en el componente sanguíneo del individuo, utilizando (inmunofluorescencia indirecta, radioinmunoanálisis, enzimoimmunoanálisis, para detectar IgG e IgM ante la exhibición de Chlamydia y otros virus).<sup>21</sup> Además del uso de otras técnicas específicas e inespecíficas para establecer el diagnóstico ante la treponema o detección de reagentes como (VDRL, RPR), hemoaglutinación, inmunofluorescencia, inmovilización de treponemas vivos (TPI o test de Nelson) y la técnica inmunoenzimática.<sup>21</sup>

### **Tratamiento de la Infección**

Paredes-Salido, et al;<sup>21</sup> plantea que el tratamiento que se emplea para tratar las enfermedades o infecciones de transmisión sexual, se basa generalmente en antibióticos de amplio espectro, y donde el funcionario clínico prioriza el uso de aquellos antibióticos bactericidas (provoca la muerte del patógeno) en comparación a los bacteriostáticos (detiene el crecimiento patogénico sin oportunidad de reproducción), evitando así la resistencia cruzada en el usuario tras establecer la concentración mínima inhibitoria de dicho tratamiento. Además del uso de medicamentos antivirales, ante patógenos víricos.<sup>22</sup> (ver anexo N°2)

### **Factores de Riesgo**

Los factores de riesgo a los que se expone una persona sexualmente activa radican sustancialmente en aquella práctica y/o circunstancia que aumenta el riesgo significativo del contagio, entre dichos componentes se encuentra:

- Tener relaciones sexuales sin protección.<sup>22</sup>
- Uso inadecuado o inconstante del preservativo.<sup>22</sup>
- Tener contacto sexual con diversas parejas.<sup>22</sup>

- Tener antecedentes de infecciones de transmisión sexual.<sup>22</sup>
- Tener relaciones sexuales de forma involuntaria (violación o agresión sexual).<sup>22</sup>
- Abuso del alcohol o consumo nocivo de drogas o sustancias ilícitas recreativas.<sup>22</sup>
- Inyectarse drogas ilícitas (uso compartido de agujas trasmite infecciones graves, incluido el VIH, hepatitis B y hepatitis C).<sup>22</sup>
- Ser joven (la mayoría de las infecciones o enfermedades de transmisión sexual se propagan en personas entre los 15 y 24 años).<sup>22</sup>
- Transmisión perinatal.

### **Prevención de la dolencia**

La prevención temprana reduce en gran manera el riesgo de contagio, entre las prácticas más aconsejables se encuentra:

- Abstenerse (es el método más seguro de no contraer ninguna enfermedad o infección de transmisión sexual, sea propagada vía genital, oral, anal).<sup>22</sup>
- Usar preservativo (masculino o femenino) al tener relaciones sexuales vaginales, anales u orales.<sup>20</sup>
- Mantener un solo compañero sexual.<sup>22</sup>
- Hablar con la pareja sexual acerca de su pasado sexual y del uso de drogas.<sup>20</sup>
- Realizar periódicamente un análisis y examen de (ITS/ETS), en especial cuando se haya tenido una práctica sexual de riesgo.<sup>20</sup>
- Aprender a reconocer los indicios y síntomas de una (ITS/ETS).<sup>20</sup>
- Vacunación temprana (para prevenir el virus del papiloma humano VPH, hepatitis A, y hepatitis B).<sup>22</sup>
- Uso de protector dental de manera consistente y correcta.<sup>22</sup>

- Evitar el consumo excesivo de alcohol y sustancias ilícitas.<sup>22</sup>
- Considerar realizar la circuncisión masculina (ayuda a reducir el riesgo de contraer VIH hasta en un 60% de una mujer portadora, así como a prevenir la transmisión del VPH y herpes genital).<sup>22</sup>
- Considerar el uso de profilaxis previo a la exposición de una enfermedad o infección de transmisión sexual.<sup>22</sup>

## 2.5.2 TUBERCULOSIS

### Descripción General de la Enfermedad

#### Etiología

La Tuberculosis es una enfermedad infecciosa, provocada por el complejo Tuberculosis el más importante es *Mycobacterium tuberculosis (bacilo de Koch)*. Este microorganismo tiene forma bacilar, requiere oxígeno para poder vivir y multiplicarse. Muy sensible al calor (deseccación), luz solar y luz ultravioleta, por el contrario, resistente al frío y la congelación. Puede permanecer en estado latente durante años.<sup>23</sup>

#### Período de incubación

La fase que permite el desarrollo patógeno del *bacilo de Koch*, abarca desde la exposición bacteriana hasta el momento de la aparición de los primeros síntomas, con un intervalo de tiempo entre 2 a 10 semanas, aproximadamente.<sup>23</sup>

#### Mecanismo de transmisión

La enfermedad se transmite de un enfermo de TBP a otras personas por medio de microgotas (aerosoles) que el paciente expulsa cuando habla, canta, estornuda y especialmente cuando tose. Estas gotitas cargadas de bacilos se secan rápidamente y las más pequeñas pueden permanecer

suspendidas en el aire durante varias horas y de esta forma contagiar a otras personas que las inhalan. Si a su vez los microorganismos logran implantarse en los pulmones de la persona que los ha inhalado comienzan a multiplicarse, produciéndose de esta forma la infección.<sup>23</sup>

### **Susceptibilidad y resistencia**

El período más peligroso para que aparezca la enfermedad clínica son los primeros seis a doce meses después de la infección. No obstante, en las personas infectadas la susceptibilidad de desarrollar la enfermedad aumenta ante la presencia de factores de riesgo: estado inmunológico y nutricional deprimido, SIDA, infección por VIH, tratamientos y enfermedades inmunosupresoras, toxicomanías, silicosis, diabetes y otras enfermedades. Además de factores socio ambientales como pobreza, hacinamiento, entre otros.<sup>23</sup>

### **Clasificación de la enfermedad**

#### **Primaria**

La infección primaria por el microbio *Mycobacterium Tubérculos*, comienza cuando una persona inhala núcleos de microgotas en el aire que contienen microorganismos y que por su tamaño logran evadir las defensas de los bronquios penetrando hasta los alvéolos. Ahí, los bacilos son ingeridos por los macrófagos alveolares que los transportan a los ganglios regionales.<sup>23</sup>

#### **TB Posprimaria:**

La tuberculosis posprimaria se presenta a continuación de un período de latencia de meses o años después de la infección primaria. Puede ocurrir como resultado de una reactivación o de una reinfección. La reactivación se refiere a que el bacilo que se mantuvo en los tejidos por años, en forma latente, repentinamente comienza a multiplicarse debido al debilitamiento del sistema inmune.<sup>23</sup>

## **Tipos**

### **Tuberculosis pulmonar (TBP)**

El tubérculo pulmonar es la forma más frecuente de esta enfermedad, observándose en más del 80% de los casos. Es la única forma de tuberculosis que puede ser contagiosa, por lo que es prioritaria la detección y diagnóstico oportuno de estos enfermos, así como su tratamiento y curación.

Los enfermos con TBP en quienes los microorganismos son tan numerosos que pueden ser visualizados al examen microscópico directo de muestras de esputo, casos de baciloscopia positiva por BAAR, son altamente infectantes, siendo más contagioso cuanto más tose. Si un enfermo bacilífero no recibe tratamiento adecuado, probablemente sea capaz de transmitir la infección a 10 ó 12 personas al año.<sup>23</sup>

### **Cuadro clínico tuberculosis pulmonar**

La persona doliente presenta tos persistente de dos o más semanas de duración, con expectoración productiva, que puede ser a veces sanguinolenta, aun cuando se trate de pacientes con enfermedades pulmonares crónicas, por ejemplo, con EPOC. Otros signos y síntomas que puede presentar un enfermo de TBP (menos inespecíficos) son: fatiga, pérdida de peso, anorexia, adinamia, fiebre vespertina, sudoración nocturna, disnea y en algunos casos dolor torácico.<sup>23</sup>

### **Tuberculosis extrapulmonar (TBE)**

La tuberculosis extrapulmonar tiende a afectar otros órganos fuera de los pulmones, frecuentemente la pleura, los ganglios linfáticos, la columna vertebral, las articulaciones, el tracto genitourinario, el sistema nervioso o el tracto gastrointestinal. La tuberculosis puede

afectar cualquier parte del organismo. Los casos extrapulmonares son raramente contagiosos a menos que haya coexistencia de Tuberculosis Pulmonar, lo cual es infrecuente.<sup>23</sup>

### **Cuadro clínico tuberculosis extrapulmonar**

El paciente alcanza a presentar signos y síntomas de la enfermedad como fatiga, pérdida de peso, anorexia, adinamia, fiebre vespertina, sudoración nocturna; así como otros indicios del órgano afectado.

### **Clasificación de pacientes**

- **Caso nuevo:** paciente con diagnóstico de TB cualquier forma, que nunca ha recibido tratamiento antituberculoso o lo ha recibido menos de un mes.
- **Recaída:** paciente que habiendo sido declarado curado de una TB de cualquier forma después de un ciclo completo de tratamiento, vuelve a presentar TB pulmonar.
- **Fracaso:** paciente con baciloscopias positivas al quinto o final de tratamiento con cultivo positivo confirmatorio.
- **Tratamiento después de la pérdida en el seguimiento:** fueron tratados previamente por TB y declarados pérdida al seguimiento al final de su tratamiento más reciente. (Estos eran conocidos previamente como pacientes tratados después de abandono).
- **Traslado entrante:** paciente al cual se le diagnosticó TB cualquier forma en otro país, y que es referido a un establecimiento de salud, para iniciar o continuar un esquema de tratamiento y baciloscopias de control.
- **Otros previamente tratados:** son aquellos que han sido previamente tratados por TB, pero cuyo resultado después del tratamiento más reciente es desconocido o indocumentado.

### **Tipos de detección de sintomático respiratorio (SR):**

## **Pasiva**

- **En establecimientos de salud:** Se realiza entre los consultantes de 10 o más que acuden a un establecimiento de salud público (cualquier nivel de atención) y privado por cualquier causa y que al interrogatorio refieren tos con expectoración de 2 semanas o más. Los pacientes con enfermedades crónicas: asma, EPOC, diabetes mellitus u otras enfermedades inmunosupresoras, deben ser tamizados por lo menos 2 veces al año.<sup>23</sup>
- **En servicios de Urgencia:** La búsqueda se debe realizar una vez a la semana entre las personas que acudan y presenten síntomas respiratorios, tos con expectoración independientemente del número de días.
- **En Sitios centinela:** El personal encargado tamizará por TB a todos los pacientes de 10 años o más que hayan sido captados como casos sospechosos de influenza. Y que presenten tos con expectoración independientemente del número de días.<sup>23</sup>

## **Activa**

- **Técnico de Atención Primaria (ATAP):** La realiza durante la visita domiciliar, aplicando la definición de SR.
- **Zonas y grupos de riesgo:** La que realiza el personal de salud tres veces al año en: población indígena, privados de libertad, migrantes, pacientes con antecedente de haber padecido Tuberculosis, contactos de pacientes con Tuberculosis Multirresistente, pacientes viviendo con el VIH, personas viviendo en asentamientos humanos, pacientes con enfermedades crónicas: asma, EPOC, diabetes mellitus u otras inmunosupresoras. Aplicando la definición de sintomático: tos con expectoración independientemente del número de días.<sup>23</sup>

## **Tratamiento**

El tratamiento acortado estrictamente supervisado es la mejor estrategia para asegurar altas tasas de curación en pacientes con TB. Está basado en la quimioterapia de corta duración.

Las condiciones para realizar una quimioterapia correcta son las siguientes:<sup>23</sup>

- Régimen de seis u ocho meses de quimioterapia, según corresponda el esquema.
- Utilizar una asociación apropiada de cuatro o cinco medicamentos antituberculosos potentes en la fase inicial (rifampicina, isoniacida, pirazinamida, etambutol y estreptomina).
- Prescribir las dosis adecuadas para prevenir la aparición de resistencia a estos fármacos
- Tratamiento estrictamente supervisado de los medicamentos para prevenir la recaída de la enfermedad.
- Brindar atención farmacéutica al enfermo de TB.
- Medicamentos Antituberculosos Esenciales.

Las principales propiedades de los medicamentos antituberculosos son: Su efecto bactericida: es decir su capacidad de erradicar los bacilos en multiplicación activa, de provocar una rápida reducción de la población bacilar y de llevar a la mejoría clínica Y Su efecto esterilizante: es decir su capacidad de matar a las bacterias persistentes y lograr la curación de la enfermedad, y su capacidad de prevenir la aparición de resistencia.<sup>23</sup>

Los 5 medicamentos antituberculosos esenciales que poseen estas propiedades son:

- Isoniacida y Rifampicina: tienen el efecto bactericida más potente y son capaces de erradicar a todas las poblaciones de bacilos tuberculosos.
- Pirazinamida y la Estreptomina: son bactericidas contra ciertas poblaciones de bacilos, la Pirazinamida en pH ácido es activa contra los bacilos del interior de los macrófagos; la Estreptomina es activa contra los bacilos extracelulares en multiplicación rápida.

- Etambutol es un medicamento bacteriostático (que sólo reduce la velocidad de crecimiento de las micobacterias) que se utiliza en asociación con fármacos más potentes para evitar la aparición de bacilos resistentes.<sup>23</sup>

## **Tipos de esquema**

### **1. Tratamiento Acortado**

Este tipo de esquema se divide en dos fases:

- **Fase inicial:** duración dos meses utilizando cuatro medicamentos: Isoniacida, Rifampicina, Pirazinamida y Etambutol, dosis diaria, en una sola toma dos horas antes o dos horas después del desayuno, de lunes a sábado.<sup>23</sup>
- **Fase de continuación:** duración cuatro meses utilizando dos medicamentos: Isoniacida y Rifampicina, los cuales deben ser administrados tres veces por semana, en una sola toma dos horas antes o dos horas después del desayuno.

El esquema de tratamiento acortado se indica en aquellos pacientes nuevos con diagnóstico confirmado de TBP por baciloscopia o por cualquier otro método diagnóstico, y que no han recibido tratamiento antituberculoso anteriormente o lo haya tomado menos de un mes.<sup>23</sup>

### **2. Retratamiento (R)**

El esquema de retratamiento se aplica a todos los casos de TB antes tratados y diagnosticados por baciloscopia se les debe indicar cultivo, antes de iniciar el esquema de tratamiento. Si éste tiene más de treinta colonias, solicitar PBR, anotando el historial terapéutico del paciente en la orden de laboratorio. No utilizar la estreptomicina en las mujeres embarazadas.<sup>23</sup>

El esquema de retratamiento se indica en presencia de: Recaída, Abandono recuperado, Pacientes que no hayan logrado completar el régimen terapéutico establecido.

## **Control de la Eficacia del Tratamiento**

Las baciloscopias son indispensables durante el proceso del tratamiento antifímico para confirmar que los bacilos desaparecen del esputo y que el paciente se cura. En general al concluir dos meses de tratamiento, el 85% de los casos baciloscopia positiva habrán negativizado el esputo. La baciloscopia que se realiza al finalizar el esquema de tratamiento indicado, es indispensable para definir el resultado de este.<sup>23</sup>

### **Tuberculosis farmacorresistente**

La Norma para la Vigilancia y el control de la Tuberculosis<sup>23</sup>, conforme a ello, esta se define como aquel caso de Tuberculosis (generalmente pulmonar), en donde el bacilo tuberculoso presenta resistencia a uno o más medicamentos antituberculosos de primera línea como la Rifampicina, Isoniazida, Etambutol y Estreptomina.

### **Resistencias**

Estas se generan ante cualquier fármaco antituberculoso, originándose de forma natural por mutación espontánea. Para vencer esta resistencia natural, el tratamiento de la TB precisa de la combinación de un mínimo de 3 fármacos.

Las resistencias pueden ser:

- **Primarias:** ocurre en pacientes que nunca han recibido tratamiento antituberculoso previo (contagio con microorganismos resistentes).<sup>23</sup>
- **Secundarias o adquiridas:** se da en pacientes que han tenido un tratamiento previo incorrecto; como abandonos, toma de tratamiento de manera irregular, esquemas de tratamientos inadecuados.

Estos pacientes se pueden clasificar como:<sup>23</sup>

- **Monorresistentes:** si lo son a un solo fármaco.
- **Multirresistentes:** si la resistencia afecta a rifampicina e isoniazida.

- **Polirresistentes:** cuando hay resistencia a dos o más sin que necesariamente sea multirresistente.<sup>23</sup>
- **Extremadamente resistentes (XMDR -TB):** si aparte de la resistencia a la rifampicina e isoniacida, también lo son a quinolonas y a algunos de los fármacos de segunda línea parenteral.<sup>23</sup>

### **Vigilancia y Prevención de la Transmisión Nosocomial de la Tuberculosis Pulmonar**

La Norma para la Vigilancia y el control de la Tuberculosis<sup>23</sup>, refiere que, si un paciente requiere hospitalización y la TB es considerada como un diagnóstico diferencial, se deberá solicitar una muestra de esputo la cual debe ser procesada y emitido el resultado en un plazo no mayor de 24 horas y mantener todas las medidas de bioseguridad recomendadas para el usuario y el personal de salud hasta obtener el resultado de la baciloscopia, y verificar si el diagnóstico a la TB es positiva o negativa.

### **Ubicación de pacientes con diagnóstico confirmado de TB**

Los hospitales públicos y privados deben establecer áreas adaptadas con condiciones físico-sanitarias que permitan la hospitalización de pacientes con confirmación de TB. Estos salones deben contar con: luz natural, ventanas amplias y con ventilación cruzada. Lo anterior de acuerdo con la Norma para la Vigilancia y el control de la Tuberculosis<sup>23</sup>.

El aislamiento para prevenir la transmisión nosocomial de la TB entre los usuarios hospitalizados en el mismo servicio se debe prolongar al menos por dos semanas después de iniciado el tratamiento. Ya que en el caso de los enfermos con tuberculosis multirresistente se podrán ser ingresados en hospitales con las máximas condiciones de bioseguridad disponibles. El período de aislamiento en estos pacientes se debe prolongar hasta negativizar esputos.

### **Uso de respirador N-95:<sup>23</sup>**

El respirador o mascarilla N-95; debe ser de uso estricto para el personal de salud que tenga contacto con todos los pacientes con tuberculosis pulmonar y pacientes con TBP-MDR. El personal de salud que realiza broncoscopías u otros procedimientos, personas con contacto prolongado con el enfermo. Además, el uso y mantenimiento de las mascarillas N-95 será supervisado por el personal profesional de salud ocupacional; y el paciente también deberá de usar la mascarilla quirúrgica y/o la N-95.<sup>23</sup>

### **Vigilancia de la Tuberculosis en el personal de salud**

La vigilancia de la TB conforme a la Norma para la Vigilancia y el control de la Tuberculosis<sup>23</sup>, establece que debe iniciarse una valoración previa al ingreso como trabajador de un servicio de salud para prevenir posibles contagios intrahospitalarios, esta vigilancia incluye: examen físico, radiografía de tórax y la aplicación intradérmica de 0.1 ml de un derivado proteico purificado de tuberculina (PPD); si ambos estudios son normales se dará un seguimiento anual.<sup>23</sup>

Los funcionarios que están en contacto directo con pacientes tuberculosos, si la prueba de la tuberculina reacciona a más de 5 mm y menos de 15 mm, con radiografía de tórax normal y factores de riesgo: Infección por el VIH u otras enfermedades inmunosupresoras (leucemia, linfoma, neoplasias sólidas, colagenopatía, entre otras), terapia inmunosupresora prolongada (esteroides, interferón quimioterapia, etc.).<sup>23</sup>

Si el trabajador de salud es sintomático respiratorio se deben realizar 3 baciloscopías de esputo. Si éstas son negativas y el paciente presenta algún factor de riesgo como los anotados anteriormente, brindar quimioprofilaxis con isoniacida por seis meses estrictamente supervisada. Si no tiene factores de riesgo dar seguimiento cada tres meses por un lapso no mayor de 2 años.<sup>23</sup>

### **Hospitalización de enfermos de TB1<sup>23</sup>**

Las características referentes que debe presentar una persona usuaria para la debida hospitalización tras el padecimiento de la tuberculosis, son la siguientes:

- Enfermos en muy mal estado general de salud.
- Complicaciones (hemoptisis severas, neumotórax espontáneo).
- Asociaciones patológicas (insuficiencia cardiaca, insuficiencia hepatorenal).
- TB de la cadera o de la columna vertebral.
- Fracaso confirmado del tratamiento ambulatorio.
- Tuberculosis multirresistente.
- Pacientes con reacciones tóxicas mayores.
- Indicaciones sociales (pacientes que no tienen hogar o condiciones para iniciar el tratamiento supervisado o paciente que claramente no lo va a seguir si no se les da algunas facilidades).

### **Sistema de información**

El sistema de información propuesto por la Norma para la Vigilancia y el control de la Tuberculosis<sup>23</sup>, indica que el objetivo principal es generar datos de los casos confirmados de TB (según las variables de tiempo, lugar y persona), ambas formas emitidas por el Área de Salud, Región y a nivel Nacional que permitan conocer y analizar la situación epidemiológica para este evento con el propósito de implementar medidas de prevención y control.

### **2.5.3 HIPERTENSIÓN ARTERIAL**

#### **Descripción General de la Enfermedad**

La Caja Costarricense del Seguro Social<sup>24</sup>, patentiza el sistema circulatorio como una cañería en el cual, la bomba que impulsa el líquido es el corazón; la tubería, las arterias, que en el ser

humano son elásticas, y el líquido, es la sangre. La sangre se traslada por el cuerpo ejerciendo cierta presión y abriendo las arterias para aceptar la sangre que expulsa el corazón; esta presión se denomina presión sanguínea y es medida con un aparato llamado esfigmomanómetros; se divide en dos niveles, el superior llamado presión sistólica y el inferior llamado presión diastólica.<sup>24</sup>

La institución establece que una presión arterial normal es de 120/80 milímetros de mercurio, entre 121/81 milímetros de mercurio se presenta un cuadro de prehipertensión y cuando la presión sanguínea supera los 140/90 milímetros de mercurio se da la enfermedad de la hipertensión arterial o asesino silencioso; también cabe destacar que en usuarios mayores de 65 años estas cifras pueden superar los rangos establecidos, siendo estos entre los 160/95 milímetros de mercurio.<sup>24</sup>

El informe deduce que esta enfermedad crónica provoca tasas de morbilidad y mortalidad sumamente altas, afectando miles de millones de personas en el mundo y es considerado uno de los problemas más incidentes en la salud pública; también, indica que cambiar los hábitos de vida alimenticios, ejercitarse y tomarse la presión periódicamente podría reducir los riesgos de padecer hipertensión arterial y si ya se padece controlarla, siguiendo las recomendaciones responsablemente.<sup>24</sup>

### **Grupos causantes de la hipertensión arterial**

Las diversas causas desencadenantes de la hipertensión arterial o enfermedad silenciosa llamada así comúnmente<sup>25</sup>, tienden a agruparse de manera general en los siguientes padecimientos: trastornos renales, trastornos nerviosos, trastornos en los vasos sanguíneos, retención de líquidos y sal y trastornos hormonales.

Los trastornos renales se refieren a todos los padecimientos en los riñones y se asocia también a trastornos urológicos que son enfermedades en las vías renales y urinarias como por ejemplo la vejiga, la uretra, pene, testículos, y próstata; por su lado los trastornos nerviosos se refieren a estados emocionales alterados en el sistema nervioso como el estrés, depresiones, insomnio y cansancio.<sup>25</sup>

Los trastornos en los vasos sanguíneos (venas y arterias) se relacionan directamente con la enfermedad de la hipertensión arterial ya que está es una enfermedad dada en las arterias provocando afecciones en los conductos sanguíneos del cuerpo humano y presentando así una retención de líquidos y sales en grandes proporciones no beneficiosas para el organismo.

Por ultimo los trastornos hormonales como los quistes ováricos y descontrol menstrual podrían provocar episodios de hipertensión arterial, ya que provocan rompimientos y por lo tanto pérdida de vasos sanguíneos.<sup>25</sup>

### **Principales causas de la hipertensión arterial**

Las causas que pueden provocar un caso de hipertensión arterial son múltiples; entre las principales encontramos: la presencia de hipertensos en la familia, la obesidad, el consumo elevado de sal, consumo de alcohol y tabaco, falta de ejercicio y estrés, consumo de grasas saturadas, ser diabético y en las mujeres adultas la presencia de la menopausia las hace más propensas a padecerla.<sup>25</sup>

Díez<sup>25</sup> identifica factores de riesgo provocados por otros tipos de padecimientos o enfermedades como, por ejemplo: la diabetes Mellitus, las dislipemias que son los índices altos de colesterol o triglicéridos, la apnea del sueño y la coartación de aorta.

### **Síntomas**

La hipertensión arterial es denominada “el asesino silencioso” ya que durante los primeros 10 años de padecer la enfermedad no se presenta ningún síntoma, pero cuando la hipertensión arterial está más avanzada se dan síntomas como: dolor de cabeza prolongado y repetitivo, hemorragias nasales espontaneas, mareos, sueño, hormigueos en las manos y pies, hemorragia nasal, fatiga, retención urinaria, confusión o excitación, ansiedad, nerviosismo y cansancio precoz.<sup>25</sup>

### **Tipos de hipertensión arterial**

Díez Martínez<sup>25</sup> manifiesta que los dos tipos de hipertensión arterial que presenta la persona adulta son que, una de ellas es la hipertensión arterial esencial, primaria o idiopática que es la que padecen la mayoría de los pacientes hipertensos con un promedio del 90% de la totalidad de enfermos y la otra es la hipertensión secundaria que es la que permite localizar una causa específica a veces tratable.

#### **Hipertensión arterial primaria esencial**

La hipertensión primaria no permite establecer causas específicas, pero en estudios anteriormente realizados se han determinado posibles causas de este fenómeno como, por ejemplo: herencia, sexo, edad, raza y/o sobrepeso que aún no está bien definida su relación con la hipertensión arterial pero efectivamente una persona con sobrepeso tiende a elevar sus niveles de presión sanguínea.<sup>25</sup>

#### **Hipertensión arterial secundaria**

La hipertensión secundaria se caracteriza por poder identificar la causa que origina la enfermedad y estas causas se pueden dividir en varios problemas e incluso otras enfermedades que haya presentado el organismo del paciente hipertenso; entre esos grandes grupos encontramos los de origen renal, origen endocrino, origen psicógeno, origen neurológico, origen

farmacológico y además se le suman los aumentos del volumen intravascular y alteraciones vasculares que se relacionan directamente con el sistema circulatorio y así mismo con las arterias y su presión.<sup>25</sup>

### **Tratamiento**

La HTA no tiene cura en la mayoría de los casos, pero sí se puede tener una vida normal y plena si se sigue el tratamiento recetado por el médico de manera puntual y responsable aparte de cambiar los hábitos alimenticios y rutinarios del diario vivir.<sup>24</sup>

Díez Martínez<sup>25</sup>, afirma que la eliminación de ciertas sustancias en el organismo ayuda a disminuir las elevaciones extremas de presión en un hipertenso; algunas de estas sustancias son: anticonceptivos orales, estrógenos, cocaína, alcohol entre otros. Además, él paciente hipertenso debe de estar en control y visitar al médico cada 3 o 4 meses y se recomienda una vez al año realizar un estudio completo del estado del organismo y repercusiones que ha traído la enfermedad; la medicación para la hipertensión tiene como objetivo disminuir la morbimortalidad y controlar la aparición de riesgos cardiovasculares.<sup>25</sup>

Díez Martínez<sup>25</sup>, establece que algunos medicamentos contra la hipertensión arterial son: enalapril, ibersartan, amlodipino, atenolol, hidroclorotiazida, celiprolol, verapamil, captopril, losartan, aprovel, entre otros; además que el uso de los diuréticos y betabloqueantes permite disminuir problemas cerebro vascular a causa de la hipertensión arterial y enfermedad cardiaca coronaria.<sup>25</sup>

### **2.5.4 ASMA**

Guillen Valera<sup>26</sup> afirma que para el año 2017 fallecen en España 1.118 personas a causa de la enfermedad respiratoria crónica llamada Asma; la cual provoca que las vías respiratorias se

hinchén y se estrechen, presentando así sibilancias, dificultad para respirar, opresión en el pecho y tos.

El asma es una enfermedad cada vez más frecuente entre los niños y los jóvenes. Se calcula que la padece el 5 por ciento de la población adulta y el 10 por ciento de los niños; en muchos casos la enfermedad aparece como respuesta a determinados estímulos que producen alergias.<sup>26</sup>

### **Causas**

El asma es causada por una inflamación (hinchazón) de las vías respiratorias. Cuando se presenta un ataque de asma, los músculos que rodean las vías respiratorias se tensionan y su revestimiento se inflama. Esto reduce la cantidad de aire que puede pasar por estas. En las personas con vías respiratorias sensibles, los síntomas de asma pueden desencadenarse por la inhalación de sustancias llamadas alérgenos o desencadenantes.<sup>26</sup>

El asma puede llegar a desarrollarse por distintos motivos, Guillen Valera<sup>26</sup>, menciona que entre los más comunes se encuentran: animales (caspa o pelaje de mascotas), ácaros del polvo, ciertos medicamentos, cambios en el clima (con mayor frecuencia clima frío), químicos en el aire o en los alimentos, ejercicio, moho, polen, infecciones respiratorias como el resfriado común, humo del tabaco.

### **Síntomas**

La mayoría de las personas con asma tienen ataques separados por períodos asintomáticos; en los niños prevalece principalmente la tos, en especial durante la noche, mientras que en los adultos los tres principales síntomas son rigidez en el pecho, silbidos y fatiga en la noche.<sup>26</sup>

Guillen Valera<sup>26</sup> alega que los ataques de asma pueden durar de minutos a días, y que estos se pueden volver peligrosos si se restringe el flujo de aire de manera importante provocando en la persona inflamación, aumento de la sensibilidad y obstrucción bronquiales.

## **Tipos de Asma**

Guillen Valera<sup>26</sup> menciona que existen diferentes clasificaciones del asma como leve, moderada o grave, y que estas se pueden dividir en dos tipos: asma intrínseca y asma extrínseca o alérgica.

- **Asma intrínseca:** es de origen idiopático, presentando así un peor pronóstico que el de carácter alérgico y tiende a cronificarse; este tipo de asma se detecta en mayor frecuencia con la edad adulta.<sup>26</sup>
- **Asma extrínseca:** consiste en una reacción antígeno-anticuerpo que desencadena el proceso patológico en el organismo, este tipo de asma afecta principalmente a niños y adultos jóvenes; se caracteriza por ataques reversibles y breves de broncoespasmos con silbidos y dificultad respiratoria; generalmente se controla con un tratamiento adecuado.<sup>26</sup>

## **Tratamiento del Asma**

El tratamiento del asma debe prever y cubrir distintas situaciones desencadenantes en el organismo ante la enfermedad, para lograr mantener el control de esta lo más pronto posible y evitar así las exacerbaciones, la obstrucción crónica del flujo aéreo y la mortalidad.<sup>26</sup>

Los tratamientos que menciona Guillen Valera<sup>26</sup>, para tratar la enfermedad son diversos; entre ellos se encuentra: evitar alérgenos, realizar ejercicio moderadamente, mejorar la alimentación, uso de inhaladores, inmunoterapia, vacuna antigripal y antineumocócica; así mismo como de aquellos medicamentos de alivio, control o mantenimiento que se utiliza para tratar la inflamación de la mucosa bronquial, broncoespasmo y alergias ante la respuesta del organismo hacia dicha patología.<sup>26</sup>

**Inflamación de la mucosa bronquial:** Corticoides (cortisona) inhalados. Por vía inhalatoria las dosis de corticoides empleadas son muy bajas y producen un efecto tópico sin los efectos

secundarios de la administración por vía oral, endovenosa o intramuscular. Se prescribe en pacientes con asma persistente, es decir, aquellos en los que se producen síntomas varios días a la semana, y en aquellos en los que se producen síntomas nocturnos.<sup>26</sup>

**Broncoespasmo:** Broncodilatadores que normalmente se administra por vía inhalatoria. Existen dos tipos fundamentales según la duración de su acción: los broncodilatadores de acción prolongada se toman por la mañana y por la noche todos los días, se tenga o no síntomas, mientras que los de acción corta se suelen reservar para tomar en caso de necesidad.<sup>26</sup>

**Alergias:** En pacientes en los que se demuestra un componente alérgico, el tratamiento con antihistamínicos puede ser beneficioso. Por otro lado, con ciertas alergias existen tratamientos inmunológicos eficaces (vacunas) que pueden ayudar notablemente en el control del asma.<sup>26</sup>

## 2.6 Edad

Ávila Morales<sup>27</sup> permite describir el “Comportamiento en las Etapas del Desarrollo humano” como aquel estadio transcurrido desde la concepción hasta el momento de referencia o fallecimiento de la persona, reflejando un sin número de cambios biológicos, psicológicos, físicos, sociales y/o emocionales por los cuales atraviesa el ser humano y que, además exhibe una vulnerabilidad latente en relación a la atención medica que amerita el ciclo de vida que se cursa durante la fase prenatal y la fase de la ancianidad.

Las diversas etapas que marcan la evolución del periodo de vida transcurrido en el hombre y la mujer, según Ávila Morales<sup>27</sup> son: “Fase prenatal, Infancia, Niñez, Adolescencia, Juventud, Aduldez, Ancianidad.”

### **2.6.1 Fase prenatal (embarazo)**

La fase prenatal es el periodo comprendido durante la gestación embrionaria y que por consiguiente se subdivide en tres periodos; siendo estos, el periodo germinal, embrionario y fetal, hasta convertirse en un neonato completamente formado.

### **2.6.2 Infancia (0-6 años)**

El desarrollo que experimenta el individuo a través de la infancia se considera como aquel aprendizaje marcado por habilidades psico-motrices entre los cero y seis años; así como la ablactación, locomoción, juego, balbuceo y la interacción con el entorno físico y social que rodea al infante.

### **2.6.3 Niñez (6-12 años)**

La niñez se conoce como el proceso crucial de desarrollo entre los seis y doce años; que le otorga al individuo habilidades emocionales y psico-sociales principales para un adecuado desarrollo saludable, entre las que destaca el desenvolvimiento de habilidades cognitivas, pensamiento lógico, lectura, escritura e interacción de vínculos fuera del hogar a través de la educación y actividades recreativas.

### **2.6.4 Adolescencia (12-20 años)**

El comportamiento que se desarrolla en la adolescencia es aquella etapa del ser humano que marca un antes y un después a la evolución específica de los rasgos generales que caracterizan la madurez sexual del hombre y la mujer; entre los que destacan cambios físicos y hormonales. La pubertad a su vez se divide en dos: “Adolescencia temprana (12-15 años): caracterizada por cambios fisiológicos y emocionales; y Adolescencia tardía (15-20 años): caracterizada por la culminación de los estudios secundarios, exploración de intereses académico-profesional y la maduración sexual, preparando así al adolescente para la adultez.”<sup>27</sup>

### **2.6.5 Juventud (20-25 años)**

El periodo comprendido entre la juventud es aquel que destaca la interacción social del adulto careciente de madurez emocional; reflejando la culminación del desarrollo fisiológico y emocional de la adolescencia; tras experimentar la vida con una visión más clara sobre sí mismo(a) y sobre lo que desea alcanzar para su futuro mediante la emancipación y lograr una vida adulta exitosa.

### **2.6.6 Adulthood (25-60 años)**

La fase de la adultez se cataloga como el ciclo de vida más largo y evolutivo en la biografía del ser humano, implicando diversos cambios físicos, psicológicos y emocionales; que a su vez se subdivide en tres grandes etapas: “Adultez joven (25-40 años): periodo de mayor productividad, vitalidad, actividad, madurez emocional y capacidad reproductiva; Adultez intermedia (40-50 años): aparición de cambios fisiológicos y emocionales, originando andropausia en hombres y menopausia en mujeres; Adultez tardía (50-60 años): implica cambios vitales de gran impacto hacia la dinámica social, como emancipación de hijos, jubilación y disminución de la libido”<sup>27</sup>

### **2.6.7 Ancianidad (60 años en adelante)**

La ancianidad se cataloga como la última etapa evolutiva del proceso de desarrollo humano, caracterizándose como el periodo de la tercera edad; el cual expone en la persona un acelerado proceso de envejecimiento, aislamiento social y deterioro progresivo de las capacidades físicas y cognitivas que presenta en dicho momento. No obstante, la calidad de vida y hábitos saludables adquiridos en etapas tempranas genera en el individuo una mejor perspectiva de vida hacia la vejez.

## **2.7 Sexo**

Díez Beatriz<sup>28</sup>, deduce el término de sexo biológico o asignado, como aquel atributo específico que se le otorga al individuo según las cualidades fisiológicas que presenta, como órganos sexuales, diversas hormonas y ambos cromosomas; asignando por consecuente el sexo masculino o sexo femenino, desde el momento de su fertilización. Por ende, el factor que da origen al sexo masculino radica en los espermatozoides con cromosomas XY; mientras que en los óvulos presentes del sexo femenino predominan los cromosomas XX.

## **2.8 Condición de egreso y sus componentes**

Loaiza Madriz<sup>16</sup>, et al; manifiestan que el egreso del usuario bajo nosocomio se orienta a la etapa final del proceso de atención enfermería y acompañamiento que se da tanto al paciente como a la familia, tras una atención multi e interdisciplinaria brindada, para la pronta recuperación de la persona; incluyendo también diversos trámites y procedimientos legales y administrativos, del personal correspondiente.

El Manual de Procedimientos de Enfermería<sup>16</sup> propuesto por la Caja Costarricense de Seguro Social, define objetivamente el egreso nosocomial como el accionar multidisciplinario que permite la reinserción del paciente a su entorno y/o comunidad bajo el principio de autocuidado y autocontrol, permitiendo así la continuidad de asistencia médica desde el primer nivel de atención, además de guiar a la familia y/o cuidador del usuario al proceso de autocuidado y autocontrol en el hogar.

**Los tipos de egreso propuestos por el Manual de Procedimientos de Enfermería son los siguientes<sup>16</sup>:**

**A. Egreso por mejoría o curación:** Tras valorar la condición de salud de egreso del usuario(a) de acuerdo con el Plan de Atención Clínico estimado, se debe reforzar los conocimientos impartidos durante la hospitalización y explicar los cuidados a seguir en el hogar.

El objetivo principal es incorporar al usuario(a) del servicio a su comunidad bajo el principio de auto cuidado y autocontrol cuando es posible, así como guiar a la familia o cuidador de la persona, a un proceso de auto cuidado y autocontrol en el hogar.<sup>16</sup>

**B. Egreso transitorio:** Consisten en un permiso de salida por un periodo de tiempo determinado para que atienda trámites personales.<sup>16</sup>

**C. Egreso de menores de edad:** El retiro del menor de edad solo puede ser realizado por personas debidamente autorizadas y que sean mayores de edad. (La persona o cuidador que ingresa, egresa al menor).<sup>16</sup>

Ofrecer protección al menor de edad evita complicaciones legales a la institución.<sup>16</sup>

**D. Egreso exigido:** Son las actividades por medio de las cuales, a petición del usuario o la familia responsable, se da trámite formal al egreso, sin autorización del médico tratante, para lo cual se debe aplicar la Normativa de Registros Médicos.<sup>16</sup>

Respetar el criterio del usuario, como un derecho.<sup>16</sup>

**E. Egreso de una unidad por traslado a otra:** Es el conjunto de actividades por medio de las cuales se realiza la transferencia del usuario de un servicio a otro.<sup>16</sup>

Tras verificar en el expediente de salud la indicación de trasladar al usuario(a) y la unidad de destino, se debe constatar la información que tiene el usuario y su familia sobre su traslado.

Las anotaciones de enfermería proporcionan una guía para la continuidad de tratamiento y evolución del usuario(a).<sup>16</sup>

**F. Egreso por traslado a otro hospital:** Es el conjunto de actividades por medio de las cuales, a petición del médico, se da trámite a la salida del usuario para ser trasladado de un hospital a otro.<sup>16</sup>

El objetivo de este es contribuir a mantener la mejor atención clínica brindada para la pronta recuperación de salud de la persona usuario(a).

**G. Egreso por fuga:** Activar el código interno de fuga, según norma hospitalaria.<sup>16</sup>

Organizar al personal para la búsqueda exhaustiva del usuario(a) en la unidad de hospitalización donde se detecta la fuga.<sup>16</sup>

La información inmediata del evento evita conflictos legales a la institución, así mismo como complicaciones sobre la integridad y estado de salud de la persona usuaria.

Si se detecta algún indicio de desorientación o fuga del usuario, coordinar con la familia el acompañamiento.<sup>16</sup>

**H. Egreso por fallecimiento (post-mortem):** Consiste en el cuidado que brinda el personal de enfermería a la persona fallecida en un establecimiento de salud.<sup>16</sup>

Permite conservar la posición anatómica del cuerpo.<sup>16</sup>

Trasladar a la persona fallecida al servicio de anatomía patológica o morgue judicial.<sup>16</sup>

## **2.9 Teorizante de enfermería**

### **2.9.1 Biografía**

Nola J. Pender nace en Lansing, Michigan, EE. UU, en 1941; hija única de padres defensores de la educación hacia la mujer. A sus 7 años experimenta la oportunidad de ver como su tía recibía cuidados de enfermería, generando en ella “Una gran fascinación por el trabajo de enfermería”<sup>29</sup> y de ayudar a otras personas a cuidar de sí mismas. No obstante, fue para el año

de 1962 que obtiene su título de enfermera en la escuela de enfermería del West Suburban Hospital del Oak Park en Illinois; y seguidamente comienza a trabajar en una unidad médico-quirúrgica de un hospital de Michigan.

Pender obtiene un bachillerato de ciencias de enfermería (BSN) de la Universidad de Michigan, en el año de 1964, además, del MA en crecimiento y desarrollo humano por la misma Universidad en 1965, el grado de PhD en Psicología y Educación en 1969, estos últimos otorgados por la Universidad del Noroeste en Evanston, Illinois.

Pender, experimenta una desviación de su pensamiento que la lleva a definir el objetivo de la enfermería como “la salud óptima del individuo”<sup>29</sup>, tras obtener su PhD en el estado Illinois. En 1975, la Dra. Pender pública: “un modelo conceptual de conducta para la salud preventiva”<sup>28</sup>, que constituye las bases para estudiar la forma en que los individuos toman las decisiones sobre el cuidado de su propia salud dentro del contexto de la enfermería. Identificando así los factores que influyen en la toma de decisiones y las acciones de los individuos para prevenir las enfermedades.

El año de 1981 es admitida como miembro de la American Academy of Nursing, fue presidenta en los años 1991 y 1993. En 1982 presenta la 1ra edición del modelo de promoción de la salud. Y en 1996 la 2da edición de este.

### **2.9.2 Modelo de Promoción de la Salud**

La teoría de Pender permite identificar en el ser humano factores cognitivos-preceptuales que se modifican por las características situacionales, personales e interpersonales, generando como resultado la participación de conductas favorecedoras en salud, cuando existe una pauta para la acción.

El modelo de promoción de la salud<sup>29</sup>, propuesto por Nola Pender sirve para identificar conceptos relevantes sobre las conductas de promoción de la salud y para integrar los hallazgos de investigación de tal manera que faciliten la generación de hipótesis comparables en relación con la conducta sanitaria; basándose sustancialmente hacia la educación de las personas sobre cómo cuidarse y llevar una vida saludable.

La correcta justificación de su modelo se expresa, en que: “hay que promover la vida saludable que es primordial antes que los cuidados porque de ese modo hay menos gente enferma, se gastan menos recursos, se le da independencia a la gente y se mejora hacia el futuro.”<sup>29</sup>

### 2.9.3 Metaparadigmas

El modelo teorizante de enfermería propuesto por Nola J. Pender; establece los siguientes metaparadigmas, los cuales se definen a continuación:

- **Salud:** este debe ser significativamente positivo en el individuo.
- **Persona:** cada persona está definida de una forma única por su propio patrón cognitivo-perceptual y sus factores variables.
- **Entorno:** representa las interacciones entre los factores cognitivo- perceptuales y los factores modificantes que influyen sobre la aparición de conductas promotoras de salud.
- **Enfermería:** “El bienestar como especialidad de la enfermería, ha tenido su auge durante el último decenio, responsabilidad personal en los cuidados sanitarios es la base de cualquier plan de reforma de tales ciudadanos y la enfermera se constituye en el principal agente encargado de motivar a los usuarios para que mantengan su salud personal.”<sup>29</sup>

El modelo promoción de la salud propuesto por J. Pender se basa en tres teorías de cambio conductual, influenciadas por la cultura; la primera teoría, se basa en: **Acción Razonada:** explicando que el mayor determinante de la conducta es la intención o el propósito que tiene la conducta de un individuo. Se plantea que es más probable que el individuo ejecute una conducta si desea tener un resultado.<sup>29</sup>

La segunda teoría de apoyo es la: **Acción Planteada:** que intuye que la conducta de una persona se realiza con mayor probabilidad, si ella tiene seguridad y control sobre sus propias conductas. Y, por último, la tercera es la **Teoría Social-Cognitiva**, de Albert Bandura en la cual se plantea que la autoeficacia es uno de los factores más influyentes en el funcionamiento humano, definida como “los juicios de las personas acerca de sus capacidades para alcanzar niveles determinados de rendimiento”. Adicional a lo anterior, la autoeficacia es definida como la confianza que un individuo tiene en su habilidad para tener éxito en determinada actividad.”<sup>29</sup>

El modelo de promoción de salud se centra en la salud del individuo, brindándole la capacidad de cambiar su situación a nivel salud y comprende los elementos externos que sean validos tanto para la recuperación de la salud como para la prevención de la enfermedad.

#### **2.9.4. Relación de la Teorizante**

La relación que nace entre el presente trabajo y el modelo de promoción de la salud de la Dra. Nola J. Pender, pretende servir como base para integrar los métodos de enfermería en las diversas conductas de salud en las personas. Encabezado por la observación y exploración de los procesos biopsicosociales, que sigue el individuo, en las conductas destinadas a mejorar la calidad de vida a nivel de salud; y valorar así su impacto positivamente hacia la consecución de mejores oportunidades y calidad de vida, fortaleciendo nuestra disciplina y fundamentando su

quehacer, ya que orienta de manera objetiva los intereses de los profesionales y las necesidades de los pacientes.

La relación directa que permite al modelo de promoción de la salud propuesto por la Dra. Pender, ante la investigación acerca de las causas de hospitalización en usuarios de la CCSS, 1997-2018, relacionado con edad, sexo y condición de egreso, le proporciona al profesional en salud la habilidad de concienciar e inculcar una pesquisa activa tanto en los propios funcionarios como en la población usuaria, tras identificar factores de riesgo respecto a los padecimientos clínicos presentes en circunstancias de Enfermedades de transmisión sexual y otras bacterianas, Tuberculosis, Hipertensión Arterial y Asma.

La teoría de la Dra. Pender, se orienta específicamente en ejercer tres principios mediante el ejercicio profesional de enfermería; para poder valorar y desarrollar así en la persona conciencia de su conducta biopsicosocial y que en la medida en que esta conducta sea positiva o no, creará un impacto como resultado ante la decisión y/o acción que tome para su vida.

La Enfermería para la Dra. Pender, se define como “el principal agente encargado de motivar a los usuarios para que mantengan su salud personal.”<sup>29</sup> y “bienestar especialista de salud responsable personal de los cuidados sanitarios”<sup>29</sup> sirviendo como base de cualquier plan de reforma sobre tales ciudadanos.

El modelo promocional en salud permite guiar al usuario ante la acción razonada, planteada y social-cognitiva que permanece en él; ya que a través de la educación y promoción de la salud se puede actuar en beneficio o perjuicio de la misma, volviéndose así, más probable que el individuo ejecute una acción si desea tener un resultado favorable con mayor posibilidad, y si se tiene seguridad y control sobre sus propias conductas; estas mismas fomentaran en él la autoeficacia necesaria para crear la confianza de tener éxito en determinada actividad.

El propósito culminatorio para dicha relación se basa específicamente, en que la educación y promoción redentora le otorga al usuario la capacidad de cambiar su situación a nivel salud y comprender los elementos externos que sean válidos para la recuperación de la salud y prevención de la enfermedad. Expresando, en que: “hay que promover la vida saludable que es primordial antes que los cuidados porque de ese modo hay menos gente enferma, se gastan menos recursos, se le da independencia a la gente y se mejora hacia el futuro.”<sup>29</sup>

**CAPÍTULO III**  
**MARCO METODOLÓGICO**

### **3.1 ENFOQUE DE INVESTIGACIÓN**

La presente investigación se orienta a una revisión sistemática de enfoque cuantitativo, en donde se pretende examinar las causas de hospitalización en usuarios de la CCSS, 1997-2018, relacionado con edad, sexo y condición de egreso.

Del Pino Casado R, et al;<sup>31</sup> definen que la investigación sistemática, tanto cuantitativa como cualitativa, puede desarrollarse de dos maneras: “1) a nivel de datos originales, recogidos y analizados por el investigador (estudios originales o primarios), con el fin de integrar sus resultados, y 2) a nivel de datos de otras investigaciones ya realizadas (investigación secundaria), con una finalidad distinta a la original”.<sup>31</sup> Por ende, la viabilidad del estudio queda sujeto en función del grado de sistematización, exhaustividad y explicitación de los criterios de inclusión y análisis de los datos bajo estudio; además, estas se pueden clasificar en revisiones narrativas de bajo grado y revisiones sistemáticas de alto grado.

La revisión sistemática cuantitativa en enfermería es un tipo de investigación secundaria que consiste en la: “búsqueda, localización, recuperación, análisis e integración del conocimiento científico sobre una determinada pregunta de investigación, utilizando para ello una aproximación sistemática que permite minimizar sesgos, y posibilitar así la replicación de la revisión a cuantos investigadores les parezca oportuno”.<sup>31</sup>

### **3.2 TIPO DE INVESTIGACIÓN**

El proyecto investigativo es de tipo descriptivo transversal, porque pretende describir y analizar las diversas causas de hospitalización en usuarios de la CCSS, 1997-2018, relacionado con edad, sexo y condición de egreso.

Vandenbroucke Jan P, et al;<sup>32</sup> evidencian que dicho estudio transversal se lleva a cabo tras observar detalladamente a todos los individuos de una muestra en el mismo momento en el tiempo, y con frecuencia permite indagar la prevalencia de exposiciones, factores de riesgo y/o enfermedades; así como también poder llegar a hipótesis tras el estudio analítico y cuantificar las posibles asociaciones causales entre la exposición y la enfermedad que se presenta.

### **3.3 UNIDADES DE ANÁLISIS U OBJETOS DE ESTUDIO**

**Área de estudio:** se efectúa la investigación en hombres y mujeres usuarios de la CCSS del Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia y Hospital San Juan de Dios, con edades comprendidas entre menos 1 a 65 y más años de edad en la provincia de San José, tras considerar las causas de hospitalización de enfermedades de transmisión sexual y otras bacterianas, tuberculosis, hipertensión arterial, asma y estado asmático; relacionado a la condición de egreso que esté presente, sea esta salida tras una indicación médica, exigida, fuga, transferido, fallecido con autopsia, fallecido sin autopsia y fallecido con traslado forense.

**Fuentes de información primaria y secundaria:** El estudio sujeto a análisis se lleva a cabo mediante una revisión sistemática por medio de la herramienta digital REDATAM-CCSS, 1997-2018 como fuente electrónica primaria; y a través de otras fuentes primarias y secundarias que brinda la herramienta digital Google Académico – Google Scholar, se logra profundizar un análisis complejo en materiales de fuentes documentales y bibliográficos tales como: manuales de procedimientos, tesis, libros de texto, revistas médicas, documentales, artículos de internet, páginas de internet; para así validar el sustento teórico y metodológico que conlleva el tema en estudio.<sup>33</sup>

### 3.3.1 Población

La población de estudio corresponde a un total de sesenta y dos mil ochocientos cincuenta y tres (62853) personas usuarias de la C.C.S.S; residentes de la provincia de San José y que egresan del Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia y Hospital San Juan de Dios entre los años de 1997-2018, presentándose así entre diversas morbilidades, ambos sexos y diferentes edades marcadas por el desarrollo humano; lo anterior según REDATAM-CCSS, 1997-2018.<sup>33</sup>

### 3.3.2 Muestra

La muestra corresponde a un estudio censal, con un total de siete mil setecientos setenta y cinco (7775) personas usuarias de los servicios de salud que brinda la C.C.S.S en el Hospital Rafael Ángel Calderón Guardia (HCG) y el Hospital San Juan de Dios (HSJDD), con edades comprendidas entre menos 1 a 65 y más años. Además, la muestra es no probabilística porque está conformada por personas seleccionadas bajo determinados criterios de la investigación, en relación con la edad, el sexo y la condición de egreso.

### 3.3.3 Criterios de inclusión y exclusión

CRITERIOS DE INCLUSIÓN	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN
Usuarios de los servicios de salud que brinda la CCSS, y que específicamente egresan del Hospital Calderón Guardia y Hospital San Juan de Dios.	Usuarios que no forman parte de la información registrada en la base de datos estadísticos REDATAM-CCSS, 1997 al 2018.
Personas usuarias de la CCSS hospitalizadas entre los años de 1997-2018.	Usuarios que reciben cuidado en salud en el primer y segundo nivel de atención en la CCSS, en áreas de atracción

Grupo de edad (epidemiológico), con edades comprendidas entre menos 1 año a 65 y más años.	pertenecientes al Hospital San Juan de Dios y Hospital Calderón Guardia.
Personas que consultaron e ingresaron a la CCSS con enfermedades transmisibles y enfermedades no transmisibles o crónicas específicamente: Enfermedades de transmisión sexual y otras bacterianas, Tuberculosis, Hipertensión Arterial y Asma. Presente en el diagnóstico principal (152 grupos).	

Fuente: Elaboración propia, 2021.

### 3.4 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

El estudio sujeto de investigación presenta un diseño no experimental transversal, ya que este localiza la muestra sometida a estudio y no presenta manipulación de variables y además los datos son recopilados en un único momento.<sup>34</sup>

Dzul,<sup>34</sup> permite definir el diseño de estudio no experimental, como aquel método que se lleva a cabo mediante la observación de fenómenos en su ambiente natural sin manipular deliberadamente las variables de interés, para posteriormente analizar y relacionar su contexto en base a las “categorías, conceptos, variables, sucesos, comunidades o contextos que ya ocurrieron o se dieron sin la intervención directa del investigador”.<sup>34</sup>

El diseño transversal descriptivo que presenta el tema de estudio se centra en recolectar datos sobre cada una de las categorías, conceptos, variables y contextos que se encausan y reportar

los datos obtenidos, tras examinar cuál es el estado de una o más variables de interés en un momento dado y/o tasar la relación entre un conjunto de variables en un punto único en el tiempo.<sup>34</sup>

### 3.5 OPERALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Objetivo Especifico	Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Dimensión	Indicadores	Instrumento
<p>Describir las causas de hospitalización en usuarios de la CCSS, 1997-2018.</p>	<p>Causas de hospitalización</p>	<p>Alteración o desviación del estado fisiológico en una o varias partes del cuerpo, por causas en general conocidas, manifestada por síntomas y signos característicos, y cuya evolución es más o menos previsible.<sup>16</sup></p>	<p>Son aquellos diagnósticos o patologías trasmisibles y enfermedades no trasmisibles o crónicas por las cuales ingresa a hospitalización un usuario.</p>	<p>Diagnóstico principal (152 grupos), según REDATAM-CCSS, 1997-2018.</p>	<p>Enfermedades de transmisión sexual y otras bacterianas (A50-A85) Tuberculosis (A15-A19). Hipertensión esencial (primaria) (I10). Asma (J45). Estado asmático (J46).</p>	<p>Tabla ordenada de criterios</p>

Objetivo Especifico	Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Dimensión	Indicadores	Instrumento
Caracterizar a la población de estudio según edad y sexo, 1997-2018.	Edad	Estadio transcurrido desde la concepción hasta el momento de referencia o fallecimiento de la persona, reflejando un sin número de cambios biológicos, psicológicos, físicos, sociales y/o emocionales por los cuales atraviesa el ser humano. <sup>27</sup>	Son las diversas etapas que marcan la evolución del periodo de vida transcurrido en el hombre y la mujer, como: Fase prenatal, Infancia, Niñez, Adolescencia, Juventud, Adulthood y Ancianidad.	Grupos de Edad (Epidemiológico), según REDATAM-CCSS, 1997-2018.	Menos de 1 año. 01-04 años. 05-09 años. 10-14 años. 15-19 años. 20-44 años. 45-64 años. 65 y Más años.	Tabla ordenada de criterios

	Sexo	Atributo específico que se le otorga al individuo según las cualidades fisiológicas que presenta, como órganos sexuales, diversas hormonas y ambos cromosomas; asignando por consecuente el sexo masculino o sexo femenino. <sup>28</sup>	Es el factor que da origen al sexo masculino dentro de los espermatozoides con cromosomas XY; mientras que en los óvulos presentes del sexo femenino predominan los cromosomas XX.	Sexo del paciente	Masculino.  Femenino.	
--	------	---	--	-------------------	-----------------------------	--

<b>Objetivo Especifico</b>	<b>Variable</b>	<b>Definición Conceptual</b>	<b>Definición Operacional</b>	<b>Dimensión</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Instrumento</b>
Identificar la condición de egreso en los usuarios de la CCSS, 1997-2018.	Condición de Egreso	Etapa final del proceso de atención de salud y acompañamiento que se da tanto al paciente como a la familia, tras una atención multi e interdisciplinaria brindada, para la pronta recuperación de la persona. <sup>16</sup>	Son aquellas acciones clínicas que permiten guiar la reinserción del usuario a su entorno bajo el principio de autocuidado y autocontrol en el hogar; y continuidad de asistencia médica desde el primer nivel de atención.	Condición de Salida.	Indicación Médica.  Exigida.  Fuga.  Transferido.  Fallecido con Autopsia.  Fallecido sin Autopsia.  Fallecido Traslado Forense.	Tabla ordenada de criterios

### 3.6 PLAN PILOTO (VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS)

El plan piloto se ejecuta mediante una tabla “lista ordenada”, la cual se implementa para seleccionar los datos equivalentes al 10% de la muestra; es decir 778 usuarios del Hospital México entre los años 1997-2018, ya que los antecedentes cumplen con los criterios de inclusión del estudio sujeto a análisis. En la tabla diseñada, se marca con una equis (X) en las columnas creadas “cumple” y “no cumple” con respecto a dichos criterios de inclusión. (ver anexo N°3)

*Lista ordenada de los criterios para la clasificación de los datos de la información:*

<b>CRITERIOS DE INCLUSION</b>	<b>Cumple</b>	<b>No Cumple</b>
Usuarios de los servicios de salud que brinda la CCSS, y que específicamente egresan del Hospital México		
Personas usuarias de la CCSS hospitalizadas entre los años de 1997-2018.  Grupo de edad (epidemiológico), con edades comprendidas entre menos 1 año a 65 y más años.		
Personas que consultaron a la CCSS con enfermedades transmisibles y enfermedades no transmisibles o crónicas específicamente:  Enfermedades de transmisión sexual y otras bacterianas, Tuberculosis, Hipertensión Arterial y Asma. Presente en el diagnóstico principal (152 grupos).		

Fuente: Elaboración propia, 2021.

### **3.7 PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCION DE DATOS**

La técnica utilizada para la obtención de datos se lleva a cabo mediante la extracción de valores numéricos de las variables en estudio provenientes de la base de datos estadísticos REDATAM-CCSS, a través de filtros de búsqueda informáticos.

### **3.8 ORGANIZACIÓN DE LOS DATOS**

Los antecedentes son parámetros organizados en la base de datos REDATAM, los cuales son extraídos de acuerdo con las variables de estudio de interés y transformados en archivos de Excel, tras una filtración rigurosa de los indicadores, incluyendo solamente las variables de interés y los criterios de inclusión para la investigación; para así posteriormente representar los resultados obtenidos en tablas y figuras para su debido análisis.

### **3.9 ANALISIS DE DATOS**

El análisis de datos se materializa por medio de la integración correspondiente entre la teorizante de enfermería, la pesquisa activa de antecedentes y la percepción propia del observador respecto a los datos alcanzados mediante la base de datos REDATAM-CCSS, la argumentación de la información se realiza tomando en cuenta los objetivos planteados ante dicha investigación.

## **CAPÍTULO IV**

### **PRESENTACIÓN DE RESULTADOS**

## 4.1 GENERALIDADES

El reciente estudio se fundamenta en determinar las causas de hospitalización en usuarios de la CCSS, 1997-2018, relacionado con edad, sexo y condición de egreso; cuya recolección de información se da través de una revisión sistemática de datos censales o de morbilidad presente en la población, y que además permite recopilarse por medio de la base de datos estadísticos REDATAM de la Caja Costarricense del Seguro Social.

Los resultados son manifiestos y expuestos de acuerdo con la procedencia de datos según la variable de estudio en interés, los cuales concluyen con los criterios de inclusión y exclusión de la presente investigación.

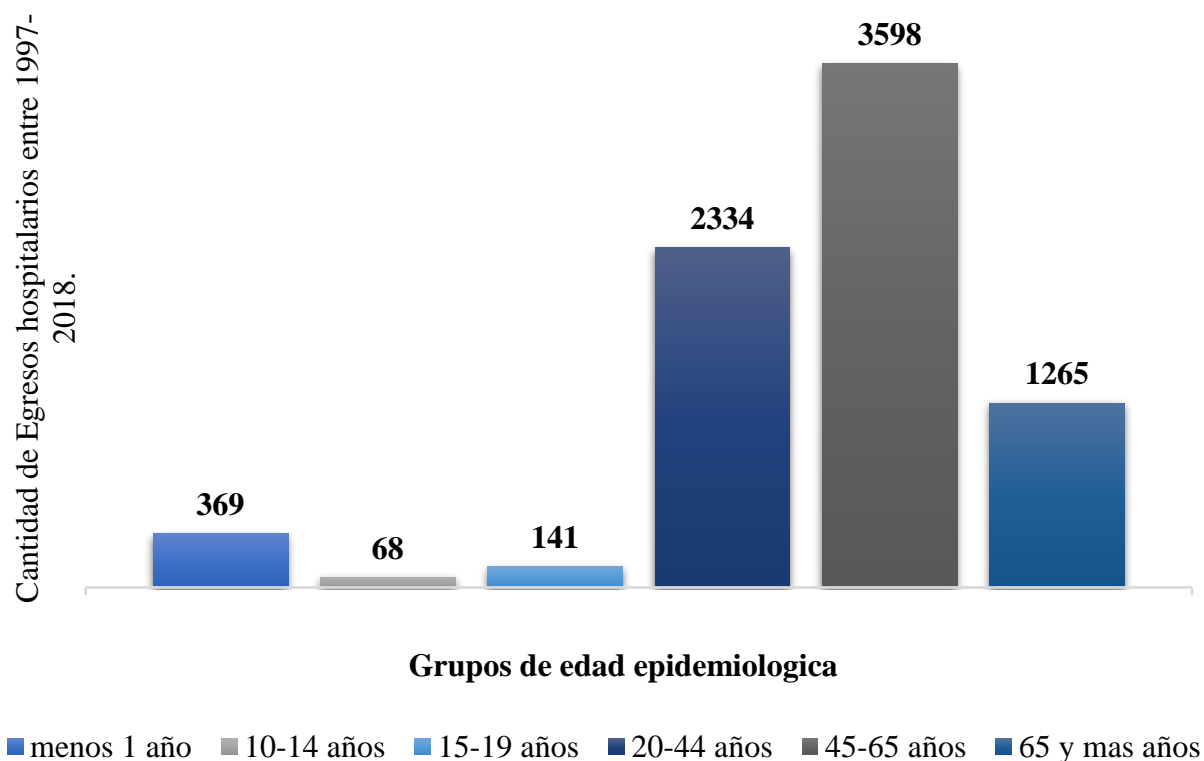


Figura N°1 Distribución de la población de acuerdo con la cantidad de egresos hospitalarios respecto a los grupos de edad epidemiológica en ambos centros de salud, usuarios de la CCSS, San José; 1997-2018. Fuente: elaboración propia, a partir de la información consultada 2022.

La figura anterior devela que, el grupo etario con más prominencia la exhibe el grupo de edad epidemiológico entre los cuarenta y cinco a sesenta y cuatro años con un 47% (3598) de adultos, mientras que los habitantes entre los diez y catorce años de vida conforman la menor incidencia con un 0.89% (68) de niños y niñas en preadolescencia.

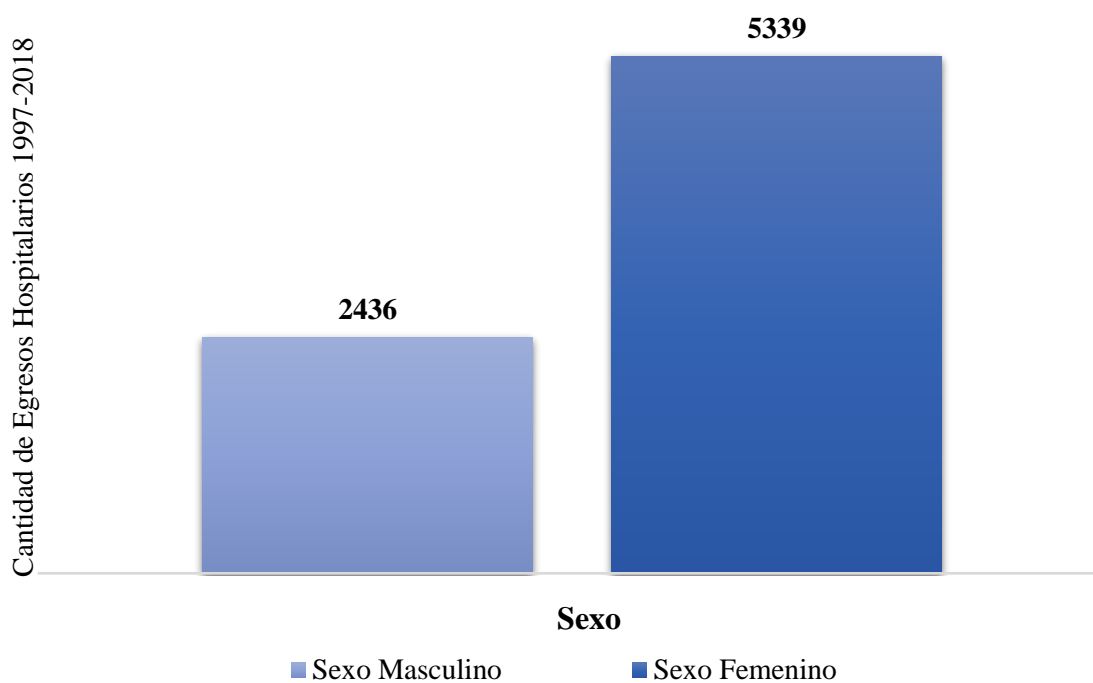
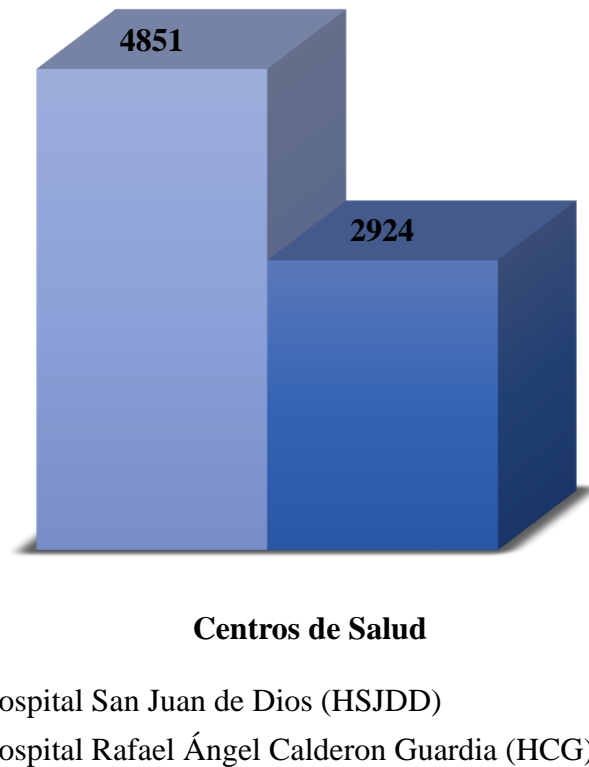


Figura N°2 Distribución de la población de acuerdo con la cantidad de egresos hospitalarios respecto al sexo atendido en ambos centros de salud, usuarios de la CCSS, San José; 1997-2018. Fuente: elaboración propia, a partir de la información consultada 2022.

El censo realizado señala de la siguiente manera que, el sexo femenino encabeza la pesquisa con un 69% (5339) en contraste con el 31% (2436) del sexo masculino.

Cantidad de Egresos Hospitalarios entre 1997-2018



*Figura N°3 Distribución de la población de acuerdo con la cantidad de egresos hospitalarios respecto a la causa de morbilidad atendida y centros de salud, usuarios de la CCSS, San José; 1997-2018.*

*Fuente: elaboración propia, a partir de la información consultada 2022.*

La figura anterior evidencia la cantidad de usuarios egresados bajo nosocomio respecto a las causas de morbilidad atendida de acuerdo con el interés investigativo que se refleja en cada centro de salud; el Hospital San Juan de Dios atiende el mayor número de casos con un 62% (4851) de egresos mientras que el Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia una menor cantidad de usuarios, albergando así un total del 38% (2924) de personas entre dichos años.

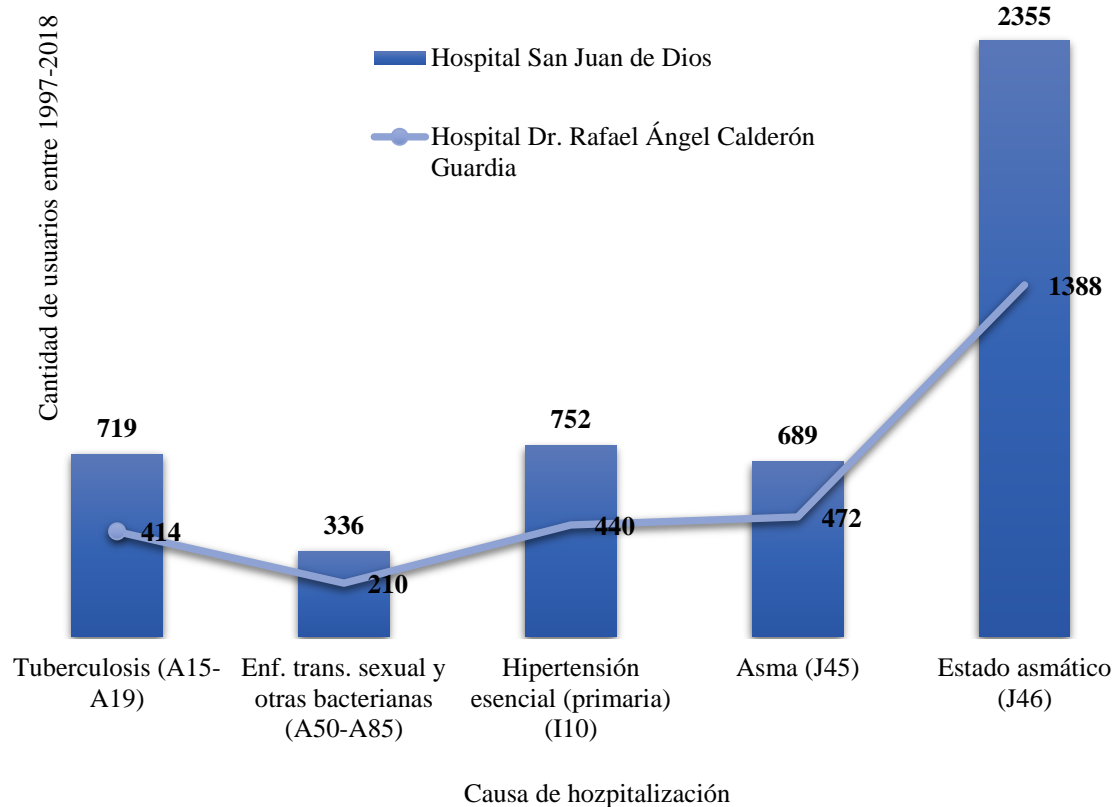


Figura N°4 Causa de morbilidad atendida y centros de salud, usuarios de la CCSS, San José; 1997-2018. Fuente: elaboración propia, a partir de la información consultada 2022.

La figura anterior evidencia que durante los años de 1997 a 2018 se brinda una atención clínica integral a un total de siete mil setecientos setenta y cinco (7775) usuarios de los servicios de salud que brinda la Caja Costarricense del Seguro Social, dicha distribución se ostenta en hombres y mujeres entre menos 1 año a 65 y más años bajo estancia intrahospitalaria en el Hospital San Juan de Dios y el Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia.

La causa de enfermedad que más hospitalizaciones presenta se refleja en el estado asmático siendo así un 30% (2355) en el Hospital San Juan de Dios y un 18% (1388) en el Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia; además la población que menos hospitalización refleja se evidencia bajo la causa de enfermedad de transmisión sexual y otras bacterianas con un 4%

(336) en el Hospital San Juan de Dios y un 3% (210) en el Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia.

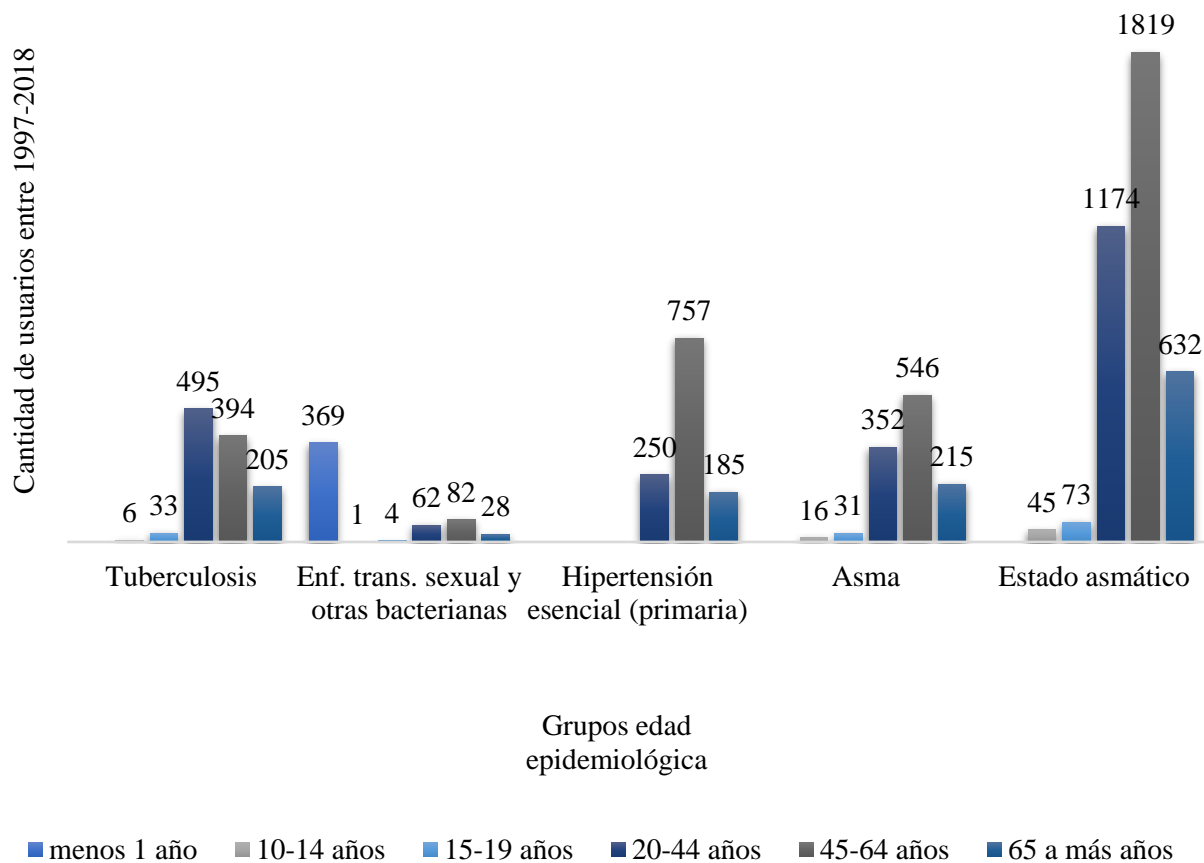
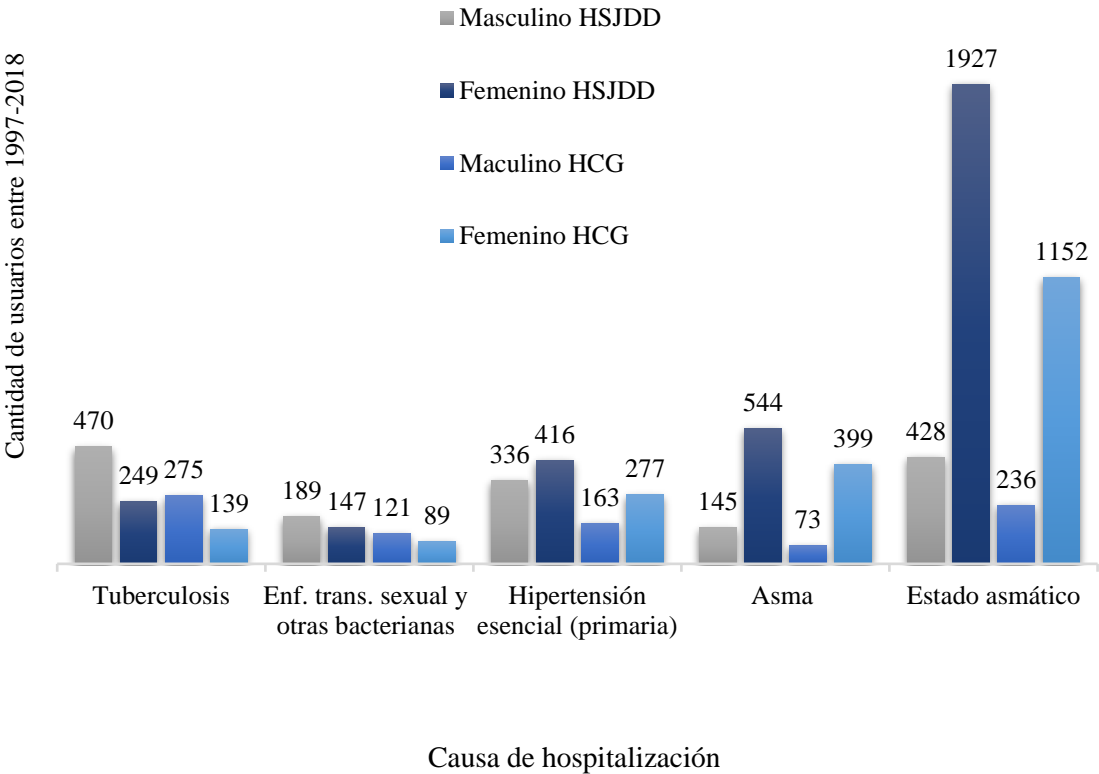


Figura N°5 Distribución de la población según grupo de edad epidemiológico y causa de morbilidad atendida en centros de salud, usuarios de la CCSS, San José; 1997-2018. Fuente: elaboración propia, a partir de la información consultada 2022.

La figura previa evidencia la distribución de usuarios en relación con la causa de hospitalización patológica referente a los grupos de edad de acuerdo con el criterio de inclusión de dicha investigación entre ambos hospitales; el análisis concluye que el grupo de edad epidemiológico con más incidencia hospitalaria lo conforma la población de cuarenta y cinco a sesenta y cuatro

años con un 47% (3598) de usuarios, mientras que los habitantes entre diez y catorce años de vida conforman la menor incidencia con un 0.89% (68) de niños y niñas en preadolescencia.

La información anterior revela que la patología con más alta clínica en usuarios entre los cuarenta y cinco a sesenta y cuatro años se da en el estado asmático con un 23% (1819) y la menor atención bajo la causa de enfermedad de transmisión sexual y otras bacterianas con un 1% (82), mientras que las personas entre los diez y catorce años exhiben un alto egreso hospitalario tras las mismas condiciones de estado asmático con un 0.6% (45) de personas y un 0.01% (1) de personas usuarias con enfermedad de transmisión sexual y otras bacterianas en los servicios de salud que brinda la Caja Costarricense del Seguro Social.



*Figura N°6 Distribución de la población según sexo y causa de morbilidad atendida en centros de salud, usuarios de la CCSS, San José; 1997-2018. Fuente: elaboración propia, a partir de la información consultada 2022.*

El gráfico anterior permite exteriorizar la cantidad de usuarios hombres y mujeres que ingresan al servicio de hospitalización tras las diversas causas de morbilidad atendida en ambos centros de salud costarricense, la distribución ostenta que el sexo femenino tiene la mayor causa de hospitalización con un 42% (3283) en el servicio de internamiento del Hospital San Juan de Dios y un 27% (2056) en el Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia, mientras que el sexo masculino repercute en el menor ingreso hospitalario con un 19% (1568) en el Hospital San Juan de Dios y un 12% (868) en el Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia.

La estadística anterior revela que la patología con mayor prevalencia en el sexo femenino es la causa del estado asmático con un 25% (1927) en el Hospital San Juan de Dios y un 15% (1152) en el Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia y en menor incidencia la causa de enfermedad de transmisión sexual y otras bacterianas con un 2% (147) en el Hospital San Juan de Dios y un 1% (89) en el Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia.

Aunado a ello el sexo masculino indica un alza nosocomial tras la causa de tuberculosis con un 6% (470) en el Hospital San Juan de Dios y un 4% (275) bajo la misma condición en el Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia, y en menor ingreso de hospitalizaciones se encuentra la causa del asma con 2% (145) de usuarios en el Hospital San Juan de Dios y un 1% (73) en el Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia tras padecer las mismas circunstancias patológicas.

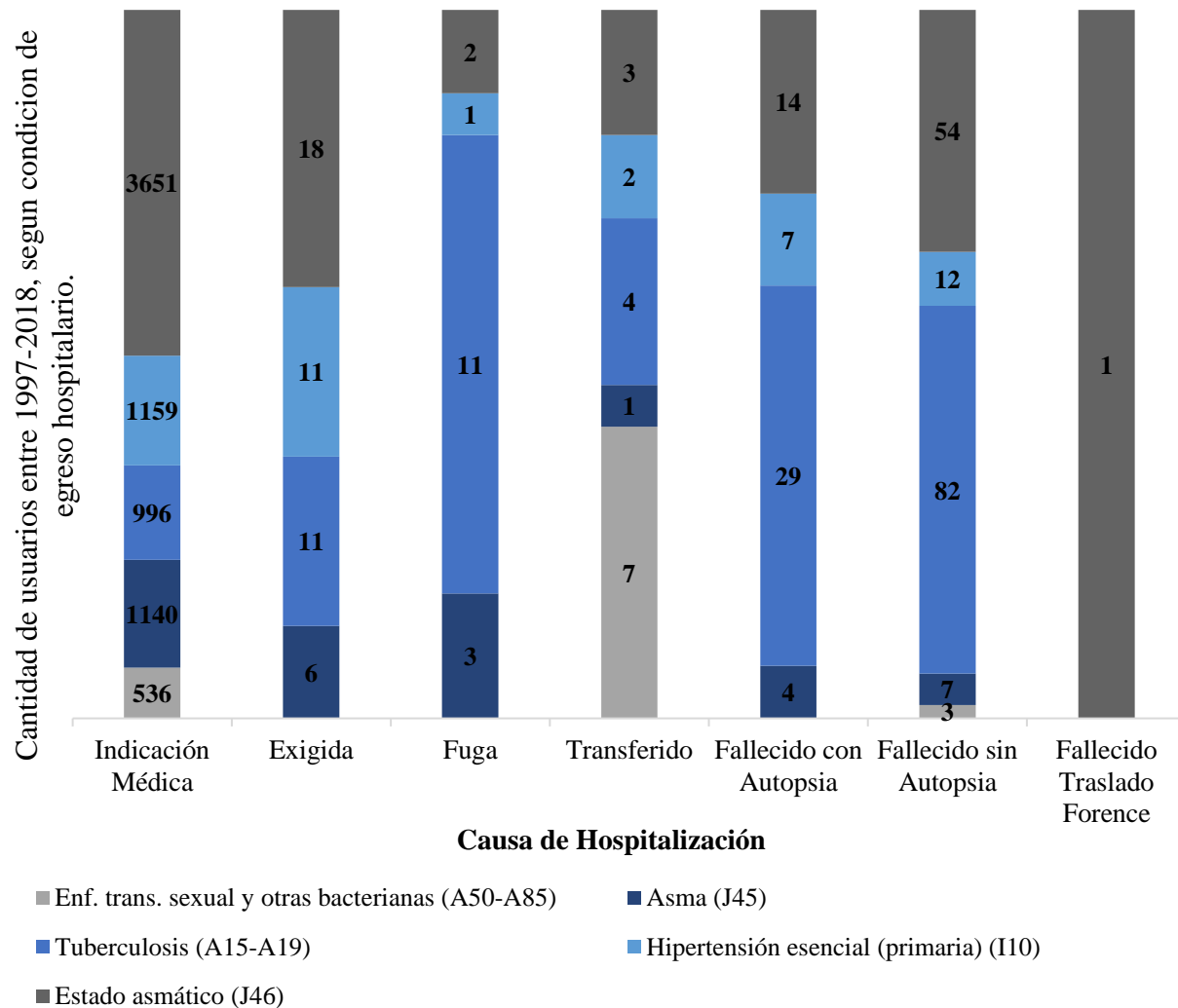


Figura N°7 Distribución de la población según condición de egreso en centros de salud y tipo de morbilidad atendida, usuarios de la CCSS, San José; 1997-2018. Fuente: elaboración propia, a partir de la información consultada 2022.

Los datos censales de acuerdo con el interés investigativo referente a la población de la séptima figura, permite dar a conocer la condición de egreso establecida para cada centro de salud que brinda el servicio de estancia intrahospitalaria de la Caja Costarricense del Seguro Social respecto a la morbilidad atendida presente en la distribución poblacional.

La condición de egreso que refleja el mayor número de alza nosocomial se evidencia tras la indicación médica con un 96% (7482) casos de morbilidad atendida en hombres y mujeres entre menos 1 año a 65 y más años durante el periodo de 1997 a 2018, mientras que la salida con fallecido a traslado forense representa la menor cantidad de egreso hospitalario con el 0.01% (1) de la población ingresada entre dicha periodicidad.

La causa de hospitalización más relevante se muestra en el estado asmático con un 48% (3743) de casos distribuido entre los diferentes tipos de condiciones de egreso, mientras que la morbilidad atendida con menor relevancia la encabeza las enfermedades de transmisión sexual y otras bacterianas con un 7% (546) usuarios hospitalizados.

## **CAPÍTULO V**

### **DISCUSIÓN E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS**

## **5.1 DISCUSIÓN E INTERPRETACIÓN O EXPLICACIÓN DE LOS RESULTADOS**

La causa de morbilidad atendida en usuarios hombres y mujeres de la CCSS entre los años de 1997-2018 con edades comprendidas entre menos de 1 y 65 y más años de vida, relacionado con edad, sexo y condición de egreso en Costa Rica, permite analizar y describir la inferencia de datos estadísticos entorno a: la observación propiamente expuesta del versado, los antecedentes internacionales, limitaciones encontradas y la consideración de la teorizante de enfermería empleada en el presente trabajo final de graduación, año 2022.

La población entre ambos centros de salud de acuerdo con el interés investigativo exhibe una muestra de un total de siete mil setecientos setenta y cinco (7775) usuarios de los servicios de salud que reciben egresos hospitalarios entre los que destaca el 96% (7482) con indicación médica, 0.59% (46) exigida, 0.2% (17) fuga, 0.2% (17) transferido, 0.7% (54) fallecido con autopsia, 2.3% (158) fallecido sin autopsia y 0.01% (1) fallecido a traslado forense; identificando así de dicha manera las diversas causas de egreso, presentes en los usuarios entre la periodicidad expuesta.

La morbilidad atendida con mayor incidencia y prevalencia entre los habitantes durante el periodo estimado de estudio se encuentra la causa del estado asmático con un 48% (3743) de personas, en comparación con las demás causas de hospitalización como lo es así la hipertensión esencial primaria con 15% (1192), el asma con 15% (1160), la tuberculosis con 15% (1133) y las enfermedades de transmisión sexual y otras bacterianas con el 7% (546) restante de usuarios bajo nosocomio.

El censo asimismo señala de la siguiente manera que, la población del sexo femenino lidera la mayor cantidad de egresos con un 69% (5339) en contraste con el 31% (2436) del sexo

masculino y que el grupo etario con más prominencia la exhibe el grupo de edad epidemiológico entre los cuarenta y cinco a sesenta y cuatro años con un 47% (3598) de adultos, mientras que los habitantes entre los diez y catorce años de vida conforman la menor incidencia con un 0.89% (68) de niños y niñas en preadolescencia.

Lo manifiesto anteriormente ostenta que, de acuerdo con las causas de hospitalización en usuarios de la CCSS, 1997-2018, relacionado con edad, sexo y condición de egreso, se evidencia una relación existente y diversa entre variables, siendo notoria la asociación y el comportamiento lineal de las personas en relación con los grupos de edad epidemiológico respecto a la causa de morbilidad atendida.

La cantidad de egresos en usuarios menores de 1 año respecto a la causa de enfermedades de transmisión sexual y otras bacterianas, catalogan la vulnerabilidad presente del grupo etario en función de la morbilidad, exceptuando así la ausencia de egresos en usuarios entre menos 1 a 9 años en relación con las otras causas de hospitalización bajo exploración, así como la falta de vínculo entre usuarios de 10 a 19 años que no reflejan egresos nosocomiales respecto a la hipertensión esencial primaria, lo anterior debido a factores como la edad, raza, sexo, herencia, y/o sobrepeso el cual tiende a elevar los niveles de presión arterial sanguínea en la población.<sup>25</sup>

El estudio determina las diversas causas de morbilidad entre los usuarios; permite manifestar que el Hospital San Juan de Dios lidera el mayor número de egresos con un 62% (4851) en comparación con el 38% (2924) restante del Hospital Calderón Guardia, lo cual también exceptúa un margen de minoría de 9 usuarios en ambos hospitales, los cuales no presentan edades específicas y se clasifican entre 8 usuarios desconocidos bajo otras alteraciones excluidas en los criterios de la presente investigación y 1 usuario bajo la causa de asma específicamente.

El paralelismo hallado entre los antecedentes implementados y los datos censales de los resultados obtenidos develan que la problemática de las causas de hospitalización en relación con edad, sexo y condición de egreso 1997-2018; no es solamente vigente en Costa Rica, sino que también es una condición o característica no esencial que se presenta en otros países, y que al igual que la nación costarricense estos otros territorios optan por buscar mejoras continuas en pro de la salud de sus ciudadanos.

Los precedentes expuestos que destacan tanto en Europa como en los países latinoamericanos abogan acerca de; privación de estrategias de planificación y afrontamiento que garanticen los cuidados y necesidades reales en los pacientes de España,<sup>3</sup> comprobar la efectividad de la política de salud actual sustancialmente con el servicio de atención brindado a los más desprotegidos en México.<sup>2</sup>

El aumento significativo en cuanto al tipo de consulta y atención médica brindada hacia la población adulta de México,<sup>5</sup> buscar mejoras continuas al sistema de gestión de hospitalizaciones prolongadas a la comunidad geriátrica e implementar un modelo integral de cuidado médico-social, basado en la ciudadanía de los chilenos.<sup>6</sup>

El Proyecto de Reforma del Sector Salud en Costa Rica,<sup>35</sup> instaurado desde el año 1993 ha permitido desde entonces al sistema del primer, segundo y tercer nivel de atención, inquirir, tratar, mediar y paliar las causas de morbilidad presentes en los habitantes de una mejor manera a través de los programas de salud pública comunitaria entre los que destacan la alimentación y nutrición, salud ambiental, promoción social de la salud y programas prioritarios, abordando así de forma integral los principios expuestos en dicha reforma.

Los programas prioritarios que, de acuerdo con las causas de hospitalización en usuarios de la Caja Costarricense del Seguro Social en relación con la edad, el sexo y la condición de egreso

tomada en cuenta en los criterios de inclusión y exclusión del presente trabajo de investigación, le otorga al tercer nivel de atención tasar y evaluar el proceder de las personas respecto a la atención clínica brindada en función de la enfermedad presentada y el periodo transcurrido.

Los problemas o necesidades de atención relacionada con el embarazo, parto, puerperio y otras afecciones del periodo perinatal,<sup>35</sup> le permite abordar a los hospitales del tercer nivel todas aquellas personas menores de 1 año las cuales ameritan atención clínica y/o hospitalización en sus primeros días de vida expuestas a enfermedades de transmisión sexual y otras bacterianas.

El programa que engloba tratar las infecciones respiratorias agudas<sup>35</sup> y el de todas aquellas enfermedades prevenibles por vacunación,<sup>35</sup> le confiere al tercer nivel supervisar el abordaje integralizado de usuarios en estado asmáticos, asma y los expuestos a la tuberculosis.

El programa específico de hipertensión arterial, enfermedad isquémica y enfermedad cerebrovascular,<sup>35</sup> le proporciona al tercer nivel las herramientas y el recurso humano de equipo multidisciplinario para brindar un abordaje integral hacia las personas que más lo necesiten; como aquellos usuarios con hipertensión esencial primaria para efectos de dicha investigación.

Herrera Rodríguez,<sup>36</sup> afirma en su documento del proyecto que el curso de los años ha permitido evidenciar que, tanto la universalidad y equidad del sistema, conforme a la cobertura de los servicios ha aumentado considerablemente entorno a la atención público social brindada, sin embargo, la solidaridad institucional representada en correspondencia a la sostenibilidad ciudadana se ha visto grandemente comprometida, lo anterior debido al inescrupuloso incremento del mal uso de los recursos y abuso del sistema sectorial en relación a la transparencia y rendición de cuentas entre ambas partes.

Lo anterior exhibe que tras el pasar de los años y gracias a la universalidad y equidad del sistema de salud en el país, gran parte de la población bajo censo como lo es la causa de enfermedades

de transmisión sexual y otras bacterianas, tuberculosis, asma e hipertensión esencial primaria se encuentra fuera del rango de enfermedades que ameritan la atención a cargo de una hospitalización prolongada en días, semanas o meses; a excepción de las listas de espera para el internamiento que ocasionalmente incurre en prácticas delictivas varios meses para recibir un trato oportuno, adelantando usuarios con menos recursos, mitigando la espera y equidad del sector.

El proyecto de Reforma genera el programa prioritario en salud, el cual engloba doce puntos característicos de los usuarios en torno a la edad, el sexo, morbilidad específica y la atención que amerita con el pasar de los años, sin embargo, para cubrir a cabalidad esta carencia se instaure el programa de atención integral de salud, que para efectos prácticos se ha subdividido en 5 programas específicos que se relacionan entre sí con actividades de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación, dirigidos a grupos específicos según el género y la edad manifestada.

La importancia de la teorizante de enfermería de la Dra. Nola J. Pender, empleada en el presente trabajo final de graduación infiere sustancialmente en qué; gracias a las estrategias de innovación, liderazgo, gestión, afrontamiento y planificación que se ejerce en funcionarios de la CCSS en el primer, segundo y tercer nivel de atención; se faculta y apoya el cuidado oportuno y eficaz en consideración al modelo de la promoción en salud, al permitir desarrollar al máximo las potencialidades de la comunidad y de las instituciones públicas y privadas que la conforman. La garantía existente que avala el cumplimiento del proyecto de Reforma en Salud de los Costarricenses mediante los tres niveles de atención y el personal calificado para llevar a cabo el adecuado desarrollo de los programas se basa sustancialmente en el apoyo imperioso del segundo y tercer nivel de atención, a través de políticas de cumplimiento para cada área en

específico entre los que destaca el programa de atención integral: del niño, el adolescente, la mujer, el adulto, la tercera edad y el programa de atención al ambiente.<sup>35</sup>

El modelo de la Dra. Nola J. Pender, se muestra respaldado ante la promoción social activa de salud en la ciudadanía y por diversos programas prioritarios presentados y ejecutados mediante el Proyecto de Reforma del Sector Salud en Costa Rica,<sup>35</sup> donde la educación, comunicación y la participación social constituyen los aspectos fundamentales en la Promoción de la Salud y establece el núcleo para generar cambios significativos en las diferentes áreas y niveles para la definición y ejecución de nuevas políticas en salud público-social.

La investigación llevada a cabo tras tabular los datos obtenidos señala ciertos sesgos que de acuerdo con lo manifestado por Avello Martínez,<sup>12</sup> estos se encauzan como aquellos condicionamientos de origen metodológico que reflejan la falta de estudios previos concernientes al tema de interés, además de la limitación del investigador que evidencia la limitación cultural y sesgo analítico referente a la recolección de datos censales, lo cual expone un sesgo no sistemático sino analítico para el ostento de dicha investigación.

El sesgo de acceso<sup>12</sup> de selección de la información que se evidencia durante la elaboración del reciente estudio recae específicamente en la inexactitud presentada por parte de los datos Excel de la herramienta digital REDATAM-CCSS, 1997-2018, al momento de filtrar la edad específica en comparación con la cantidad precisa de usuarios con relación al sexo y condición de egreso.

## **CAPÍTULO VI**

### **CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

## 6.1 CONCLUSIONES

- La investigación establece que las causas de hospitalización en usuarios de los servicios de salud que brinda la Caja Costarricense del Seguro Social en el tercer nivel de atención durante el periodo de dos décadas transcurridas 1997-2018, comprende la presencia de patologías de origen potencialmente transmisible como las infecciones de transmisión sexual y otras bacterianas; enfermedades prevenibles mediante vacunación como la tuberculosis; así como alteraciones no transmisibles o crónicas como hipertensión esencial primaria, asma y estado asmático.
- La causa de morbilidad atendida que mayormente se presenta entre los usuarios de la periodicidad expuesta, recae sobre alteraciones no transmisibles o crónicas como la patología del estado asmático y la patología que se observa en menor incidencia entre la población censada son todas aquellas de origen potencialmente transmisible como lo son las enfermedades de transmisión sexual y otras bacterianas presentes en usuarios bajo nosocomio.
- La demografía existente en el grupo de usuarios con alteraciones de origen crónico como morbilidades del sistema circulatorio, va en aumento, lo anterior debido a las principales causas de muerte características en un país moderno en ProDesarrollo. Así como los grandes costos de atención clínica que se centralizan en los primeros y los últimos años de la vida, donde se estima que para el año 2050 Costa Rica concentrara gran parte de sus habitantes hoy día jóvenes, en las personas envejecidas del mañana.
- La condición de alta hospitalaria que se plantea para llevar a cabo dicha pesquisa aborda todas las clasificaciones del egreso en el sector salud costarricense, ya que estas permiten valorar el impacto de la edad y el sexo en relación con los diversos egresos presentes en

el sector; la mayor cantidad de egresos hospitalarios se da bajo la causa de indicación médica y fallecido sin autopsia seguido del fallecido con autopsia; aunado a ello se observa el incremento del egreso exigido sobre el egreso por fuga y transferido, además el egreso fallecido a traslado forense ostenta la menor incidencia de los casos.

- La tendencia que se presenta en los usuarios respecto a la condición de egreso nosocomial con el pasar de los años, muestra que las personas con edades comprendidas entre los cuarenta y cinco a sesenta y cuatro años concentran la mayor parte de las estancias nosocomiales mientras que los habitantes entre los diez y catorce años de vida conforman la menor incidencia de los casos; además la pesquisa censal evidencia que el sexo femenino lidera la mayor cantidad de egresos en contraste con el sexo masculino durante los años de 1997 al 2018.

## 6.2 RECOMENDACIONES

Personal de salud y futuros investigadores:

- Implementar nuevas investigaciones en el campo de la revisión sistemática de enfoque cuantitativo, de manera que se permita colectivizar las ventajas del estudio, partiendo de análisis complejos y confiables; ya que, como se mencionó anteriormente hay poca información bibliográfica actualizada al respecto.
- Analizar a profundidad la situación de salud pública que permita identificar las fortalezas y debilidades del Proyecto de Reforma del Sector Salud en Costa Rica, para abordar integralmente las necesidades básicas presentes en la población sujeto de análisis de datos estadísticos en REDATAM-CCSS 1997-2018, de acuerdo con las diversas causas de hospitalización, sexo, edad y condición de egreso que se presenta.
- Personal de salud: indagar la información pertinente que permita compilar los determinantes sociales presentes en la ciudadanía, con la visión de mejorar continuamente las insatisfacciones que se presentan con relación a la productividad social en materia de salud, entorno al análisis completo del censo.
- Instaurar nuevas estrategias de afrontamiento y planificación en materia de cultura, de cuidado individual y colectivo, así como de aquellos servicios de atención integral a las personas más vulnerables y su entorno.
- Valorar los cambios significativos que se desarrollen en términos demográficos de la población costarricense, en relación con la morbilidad, edad, sexo y condición de egreso en función del Proyecto de Reforma y el Plan Nacional de Salud, respecto al análisis complejo de datos estadísticos.

- Implementar nuevas estrategias de Promoción de la Salud y prevención de la enfermedad en el tercer nivel de atención y que estas involucren paulatinamente a los diversos actores sociales, para inculcar una cultura de mejoras significativas respecto a la calidad de vida y desarrollo social, a futuras poblaciones censales.
- Crear nuevos programas de evaluación para velar el buen cumplimiento de las nuevas estrategias de promoción de la salud en actores sociales claves entorno a la solidaridad brindada hacia los tres niveles de atención a la ciudadanía costarricense.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Mónica E. Bella, Vanesa Borgiattino. Demanda de hospitalización por causas psicosociales en un hospital pediátrico. ResearchGate, Arch Argent Pediat 2016; 114(3):252-257. [Internet]. 2016 Junio. [citado: 2020 Nov 02]; Disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/302910020\\_Demand\\_for\\_hospitalization\\_du\\_e\\_to\\_psychosocial\\_causes\\_in\\_a\\_pediatric\\_hospital](https://www.researchgate.net/publication/302910020_Demand_for_hospitalization_du_e_to_psychosocial_causes_in_a_pediatric_hospital)
2. Camerino– Hernandez E, Gutierrez– Gómez T, Peñarrieta– De Cordova M, Piñones- Martinez M. Caracterización del adulto mayor hospitalizado: un estudio retrospectivo. RENH/ México [Internet]. 8 ago.2016 [citado 02 Nov 2020]; 9(1):36. Disponible en: <https://revistas.upch.edu.pe/index.php/RENH/article/view/2861>
3. Sánchez Reyes, M. Las necesidades sociales originadas a consecuencia de la enfermedad en pacientes adultos hospitalizados. Universidad Complutense de Madrid. 2016; [Internet]. 2016 Mayo. [citado: 2020 Nov 02]; Disponible en: <https://eprints.ucm.es/36980/>
4. Cruz Martin Omar, Hernández Meléndrez Digna Edelsys, Pérez Inerárity Maydell. Bienestar en niños enfermos hospitalizados. Rev Hum Med [Internet]. 2017 Ago [citado 2020 Nov 03]; 17(2): 396-414. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1727-81202017000200011&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202017000200011&lng=es).
5. Granados-García V, Sánchez-García S, Ramírez-Aldana R, et al. Costos por hospitalización de adultos mayores en un hospital general regional del IMSS. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2018;56(Suppl: 1):64-70. [Internet]. 2018 [citado 2020 Nov 03] ; Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2018/ims181i.pdf>

6. Olivares- Tirado, P. Hospitalización Social en Adultos Mayores en el Sistema de Salud de Chile; Departamento de Estudios y Desarrollo [Internet]. 2020 [citado 2020 Nov 03]; Disponible en: [http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/666/articles-19660\\_recurso\\_1.pdf](http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/666/articles-19660_recurso_1.pdf)
7. Morera-SalasM. Análisis de eficiencia relativa de hospitales públicos de Costa Rica. PSM [Internet]. 1ene.2015 [citado 3nov.2020]; 12(2). Disponible en: <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/psm/article/view/17220>
8. Navarro-Ureña I, Evans-Meza R, Bonilla R, Alvarado-Rodríguez Y. Evolución de la mortalidad por edad, sexo, causas y distribución geográfica en personas de 65 o más años en Costa Rica, 1970-2014. RHCS [Internet]. 14jun.2019 [citado 3nov.2020];4(4):131-42. Available from: <http://www.uhsalud.com/index.php/revhispano/article/view/380>
9. OECD; “Assessment and recommendations”, en OECD Reviews of Health Systems: Costa Rica, OECD Publishing, Paris © 2017 .OECD © 2017 Ministerio de Salud, Costa Rica para esta edición en español. [Internet]. Febrero 2017 [citado 9dic.2020]; Disponible en: <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/biblioteca-de-archivos/tramites/registros-de-gestores-de-la-salud/ocde-residuos/3564-estudios-de-la-ocde-sobre-los-sistemas-de-salud-costa-rica/file>
10. Morera Salas Melvin, Aparicio Llanos Amada. En Costa Rica una de cada diez hospitalizaciones es evitable. Rev. Costarr Salud Pública [Internet]. 2011 June [citado: 2020 Aug 24] ; 20( 1 ): 05-08. Disponible en: [http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1409-14292011000100001&lng=en](http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-14292011000100001&lng=en)

11. Acuña Ulate Edwin, Fuentes Bolaños Carlos. Salud y desarrollo. Rev. cienc. adm. financ. segur. soc [Internet]. 2003 Jan [cited 2020 Dec 09] ; 11( 1 ): 97-107. Available from: [http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1409-12592003000100010&lng=en](http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-12592003000100010&lng=en).
12. Avello Martínez Raidell. Principales tipos de limitaciones. [Internet] abril 7 2017 [Citado: 2021 27 May]; Disponible en: <https://www.revistacomunicar.com/wp/escuela-de-autores/importancia-de-expresar-las-limitaciones-del-estudio-2-principales-tipos-de-limitaciones/>
13. Álvarez Martínez Héctor, Pérez Campos Eduardo. Causalidad en Medicina. Gaceta Médica de México, A.C; [Internet]. Vol. 140 No. 4, 2004 Julio-Agosto [citado: 2021 Feb 22]; Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/gmm/v140n4/v140n4a18.pdf>
14. Méndez Saltos Gloria Stefania, Tigreros Herrera Elizabeth Carolina. Diseño de Procesos para el Departamento de Dirección Técnica, Área de Hospitalización de la Benemérita Sociedad Protectora de la Infancia Hospital León Becerra. Universidad Politécnica Salesiana, Ecuador, [Internet]. 2014 [citado: 2021 24 Feb]. Disponible en: <https://dspace.ups.edu.ec/bitstream/123456789/6629/1/UPS-GT000622.pdf>
15. Merlo Faella Oscar, Cáceres de Mendoza Nidia, Ayala Félix, Castillo Clemencia, Sosa Ana, Pereira Dalila. Guía de Gestión de los Servicios de Admisión Hospitalaria. INSTITUTO DE MEDICINA TROPICAL, Asunción-Paraguay; [Internet]. 2014 [Citado: 2021 24 Feb]. Disponible en: <https://www.mspbs.gov.py/dependencias/imt/adjunto/4d597d-admisionhospitalaria.pdf>
16. Loaiza Madriz Carmen, Monge Medina Jacqueline, Solís Oviedo Maritza, Barrantes Brenes Guiselle, Granados Gabelman Gilda, Méndez González Haydeé, Quirós Pérez

- Jeannette, Trejos Chacón Alejandra, Román Zeledón Sonia, Obando Hernández Ileana, Sequeira Venegas María de los Ángeles. Manual de Procedimientos de Enfermería; Caja Costarricense de Seguro Social, Gerencia Medica; CR [Internet]. 2014 Versión 02 (492: 68-81) [Citado: 2021 09 Mar]. Disponible en: <https://www.binasss.sa.cr/protocolos/manualenfermeria.pdf>
17. Herrero Jaén Sara. Formalización del concepto de salud a través de la lógica: impacto del lenguaje formal en las ciencias de la salud. Ene. [Internet]. 2016 Ago [citado 2021 Mar 17] ; 10( 2 ). Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1988-348X2016000200006&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2016000200006&lng=es).
18. Enfermedades transmisibles. En Representación OPS/OMS en Lima Perú; [Internet], [Citado 16 mar 2021]. Disponible en: [https://www.paho.org/per/index.php?option=com\\_content&view=article&id=3732:enfermedades-transmisibles&Itemid=1061#:~:text=Las%20enfermedades%20transmisibles%20incluyen%3A%20infecci%C3%B3n,las%20enfermedades%20prevenibles%20mediante%20vacunaci%C3%B3n](https://www.paho.org/per/index.php?option=com_content&view=article&id=3732:enfermedades-transmisibles&Itemid=1061#:~:text=Las%20enfermedades%20transmisibles%20incluyen%3A%20infecci%C3%B3n,las%20enfermedades%20prevenibles%20mediante%20vacunaci%C3%B3n)
19. Enfermedades no transmisibles. En: Organización Mundial de la Salud; [Internet] 01 junio 2018, [Citado 16 mar 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
20. Prevención del VIH/SIDA y otras infecciones de transmisión sexual en hombres que ejercen la prostitución; Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid España, [Internet]. 2005 (113: 92-98), [Citado 19 nov 2021]. Disponible en:

<https://www.mscbs.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/prevencion/prostitucion/docs/2005textoCompleto.pdf>

21. Fernando Paredes Salido, Juan José Roca Fernández. Enfermedades de Transmisión sexual: Tipos, diagnóstico y tratamiento. ELSEVIER. Vol. 23. Núm. 7. Pág (100-106); [Internet]. Jul-ago 2004; [Citado 19 nov 2021]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-pdf-13064298>
22. Enfermedades de transmisión sexual (ETS). Mayo Clinic Family Health Book (Libro de Salud Familiar de Mayo Clinic) 5.<sup>a</sup> edición; [Internet]. jun 20 2019; [Citado 19 nov 2021]. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/sexually-transmitted-diseases-stds/symptoms-causes/syc-20351240>
23. Ministerio de Salud Caja Costarricense de Seguro Social Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Nutrición y Salud Ministerio de Justicia Paz ,Norma para la Vigilancia y el control de la Tuberculosis ,[internet],[citado 17 abril 2021], disponible en : <https://www.binasss.sa.cr/protocolos/tuberculosis.pdf>
24. Caja Costarricense de Seguro Social. Organización Panamericana de la Salud. “La Presión Arterial”, San José, Costa Rica, [Internet ]1997, [Citado: 25 Mayo 2021]. Disponible en: <https://www.binasss.sa.cr/poblacion/hipertension.htm>
25. Javier Díez Martínez. Hipertensión Arterial: síntomas y consecuencias. (s.p). Clínica Universidad de Navarra. [Internet] 2020. [Citado 25 Mayo 2021]. Disponible en: <http://www.cun.es/area-salud/enfermedades/sistema-nefro-urinario/hipertension-arterial-sintomas>

26. Joanna Guillén Valera. Asma, Patologías respiratorias. [Internet] 2021 abril 13, [Citado 25 Mayo 2021]. Disponible en: <http://www.dmedicina.com/enfermedades/respiratorias/asma.html>
27. Ávila Morales José E. El comportamiento en las etapas del desarrollo humano. Huancavelica, Perú Psicología. [Internet] 2019 dic 11, [Citado: 2021 15 Mar]. Disponible en: <https://www.monografias.com/trabajos16/comportamiento-humano/comportamiento-humano.shtml>
28. Díez Beatriz. Cuál es la diferencia entre sexo y género (¿y son términos que están quedando obsoletos?); HayFestivalQuerétaro@BBCNEWS|Mundo [Internet] 31 agosto 2020 [Citado: 2021 15 Mar]. Disponible en: <https://www.bbc.com/mundo/noticias-53155899>
29. Meiriño Jose Luis, Vasquez Mendez Marcela, Simonetti Claudio, Palacio Ma Marta; Nola Pender. El Cuidado [Internet] 12 jun 2012 [Citado: 2021 16 mar]. Disponible en: <http://teoriasdeenfermeriauns.blogspot.com/2012/06/nola-pender.html#:~:text=Esta%20teor%C3%ADa%20identifica%20en%20el,una%20pauta%20para%20la%20acci%C3%B3n.>
30. Aristizábal Hoyos Gladis Patricia, Blanco Borjas Dolly Marlene, Sánchez Ramos Araceli, Ostiguín Meléndez Rosa María. El modelo de promoción de la salud de Nola Pender: Una reflexión en torno a su comprensión. Enferm. univ [revista en la Internet]. 2011 Dic [citado 2021 Mar 16] ; 8( 4 ): 16-23. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1665-70632011000400003&lng=es.](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632011000400003&lng=es.)

31. Del Pino Casado Rafael, Frías Osuna Antonio, Palomino Moral Pedro A. La revisión sistemática cuantitativa en enfermería. Universidad de Jaén; ResearchGate [Internet]. Enero 2014 [citado 2021 May 30]. Disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/263523642\\_La\\_revision\\_sistemica\\_cuantitativa\\_en\\_enfermeria](https://www.researchgate.net/publication/263523642_La_revision_sistemica_cuantitativa_en_enfermeria)
32. Vandembroucke Jan P., Von Elm Erik, Altman Douglas G., Gøtzsche Peter C., Mulrow Cynthia D., Pocock Stuart J. et al . Mejorar la comunicación de estudios observacionales en epidemiología (STROBE): explicación y elaboración. Gac Sanit [Internet]. 2009 Abr [citado 2021 Mayo 31] ; 23( 2 ): 158e1-158e28. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0213-91112009000200015&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112009000200015&lng=es).
33. Caja Costarricense de Seguro Social (C.C.S.S); Gerencia Médica. Dirección de Proyección de Servicios de Salud: Área de Estadística en Salud. [Internet] Diciembre 2019 (versión 2.0), [citado 2021 May 30]. Disponible en: <https://redatam.ccss.sa.cr/bincris/RpWebEngine.exe/Portal>
34. Dzul Escamilla Marisela. Unidad 3. Aplicación básica de los métodos científicos: “Diseño No-Experimental”; Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo. [Internet] 2020; [citado 2021 May 30]. Disponible en: [https://www.uaeh.edu.mx/docencia/VI\\_Presentaciones/licenciatura\\_en\\_mercadotecnia/fundamentos\\_de\\_metodologia\\_investigacion/PRES38.pdf](https://www.uaeh.edu.mx/docencia/VI_Presentaciones/licenciatura_en_mercadotecnia/fundamentos_de_metodologia_investigacion/PRES38.pdf)
35. El Proyecto de Reforma del Sector Salud, Resumen; Acta Médica Costarricense, Volumen 36; N° 1. [Internet] Junio 1993; [Citado 2022 Mar 07]. Disponible en: <https://www.binasss.sa.cr/revistas/amc/v36n1/art3.pdf>

36. Herrera Rodríguez Adolfo. Documento de Proyecto: La reforma de salud en costa Rica. Comisión Económica para América Latina y el Caribe; Naciones Unidas-CEPAL. [Internet] 2006; [citado 2022 Mar 07]. Disponible en: <https://www.binasss.sa.cr/opac-ms/media/digitales/La%20reforma%20de%20salud%20en%20Costa%20Rica.pdf>
37. Ministerio de Salud; Plan Nacional de Salud 2010-2021; Costa Rica. Sistema de Información de Tendencias Educativas en América Latina – SITEAL [Internet] actualizado 07/12/2018; [citado 2022 Abr 02]. Disponible en: [https://siteal.iiep.unesco.org/sites/default/files/sit\\_accion\\_files/siteal\\_costa\\_rica\\_0706.pdf](https://siteal.iiep.unesco.org/sites/default/files/sit_accion_files/siteal_costa_rica_0706.pdf)

## ANEXOS

### Anexo 01

Formas de contagio, los síntomas y los efectos de algunas enfermedades o infecciones de transmisión sexual.<sup>21</sup>

MICROORGANISMO	FORMA DE CONTAGIO	SÍNTOMAS	EFECTOS
<b>Clamidia</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Por contacto sexual</li> <li>• No por beso o compartir toalla</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Supuración del pene</li> <li>• Sensación de ardor al orinar</li> <li>• Inflamación de los testículos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inflamación del escroto</li> <li>• Esterilidad</li> </ul>
<b>Gonorrea</b>	Por contacto sexual	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Supuración verde-amarilla del pene o la vagina</li> <li>• Dolor al orinar</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si no se trata puede producir artritis, úlceras cutáneas, infección cerebral</li> <li>• Infección del niño durante el parto puede producir ceguera</li> </ul>
<b>Hepatitis B</b>	El 40% de los enfermos, por contacto sexual	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Coloración amarillenta de piel y mucosas</li> <li>• Sensibilidad en hígado y bazo</li> <li>• Artritis</li> <li>• Erupciones cutáneas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 90% de afectados se recuperan sin secuelas</li> <li>• 10% restante desarrolla enfermedad hepática crónica</li> <li>• 1% muere</li> </ul>
<b>Herpes</b>	Por contacto sexual, aunque no es fácil	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comezón y picor en zona afectada</li> <li>• Erupción ulcerosa e inflamatoria que cicatriza a las 4 semanas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Intensos dolores de la zona afectada</li> <li>• Puede autoinfectarse en los ojos, dedos y otras partes del cuerpo</li> </ul>
<b>Hongos</b>	Por contacto sexual	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Picor intenso y escozor en parte interna y externa de genitales</li> <li>• Flujo vaginal presenta grumos y aspecto muy blanco</li> </ul>	No suele tener
<b>Ladillas</b>	Por compartir toallas, prendas íntimas, wc, relaciones sexuales	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Picor de zona púbica</li> <li>• Marcas azuladas en piel provocadas por las picaduras del parásito</li> </ul>	Picor muy molesto
<b>Sida</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Por compartir jeringuillas</li> <li>• Por transfusiones de sangre</li> <li>• Contacto sexual en el que haya intercambio de fluidos corporales</li> </ul>	Infecciones crónicas y agudas con deterioro del sistema inmunitario	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Muerte</li> <li>• Infección crónica de difícil curación</li> </ul>
<b>Sífilis</b>	Por contacto directo con erupción contaminada	Se presentan en tres fases: <ul style="list-style-type: none"> <li>• En la primera aparece una llaga rojiza en la zona anogenital</li> <li>• En la segunda aparece un sarpullido en la llaga que incluye fiebre, inflamación de ganglios linfáticos, caída del cabello</li> <li>• En la tercera, puede provocar parálisis, ceguera, problemas cardíacos, muerte</li> </ul>	Lesión del corazón, ojos, cerebro, hígado
<b>Tricomonas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Por transmisión sexual</li> <li>• Intercambio de ropa interior o toallas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• En la mujer: abundante flujo vaginal amarillo-verdoso, malestar durante el coito, dolor al orinar</li> <li>• En varones: Picor</li> </ul>	Inflamación de vesícula o uretra si no se trata
<b>Verrugas genitales</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Por vía sexual, muy contagiosas</li> <li>• Al compartir toallas</li> </ul>	No causan síntomas, se detectan visualmente	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cáncer de cérvix en la mujer</li> <li>• Existencia de otra ETS o un tumor maligno</li> </ul>

## Anexo 02

Tratamiento farmacológico de las enfermedades o infecciones de transmisión sexual, causadas por especies bacterianas, parásitos, virus y hongos.<sup>2</sup>

<b>Tabla 2. Tratamiento farmacológico de las ETS</b>			
Especies bacterianas	Fármacos antimicrobianos		
	Primera elección	Segunda elección	También eficaz
<i>Neisseria gonorrhoeae</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ceftriaxona</li> <li>• Cefixima</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• FQ</li> <li>• Espectinomina</li> </ul>	Amoxicilina/ác. clavulánico, cefuroxima, cefotaxima, macrólidos
<i>Treponema Palidum</i>	Penicilina		
<i>Chlamydia trachomatis</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Doxiciclina</li> <li>• Azitromicina</li> </ul>	Macrólidos	• Ciprofloxacino u ofloxacino
<i>Haemophilus ducreyi</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ceftriaxona</li> <li>• Fluoroquinolona</li> <li>• Macrólidos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Amoxicilina/ác. clavulánico</li> <li>• Eritromicina</li> </ul>	• La mayoría de las cepas son resistentes a tetraciclinas, TMP/SMX y amoxicilina
<i>Bacteroides</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Amoxicilina/clavulánico</li> <li>• Metronidazol</li> </ul>	Clindamicina	• Cefoxitina, cefmetazol, IMP, ceftizoxima, piperacilina
<i>Ureaplasma urealyticum</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tetraciclina</li> <li>• Eritromicina</li> </ul>		
<i>Gardnerella vaginalis</i>	Metronidazol	Clindamicina	Amoxicilina
<i>Calymmatobacterium granulomatis</i>	Ticarcilina		
<i>Streptococcus agalactiae</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Penicilina G</li> <li>• Penicilina V</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Macrólidos</li> <li>• Todos los <math>\beta</math>-lactámicos</li> </ul>	Posible resistencia a macrólidos
<i>Salmonella</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fluoroquinolona</li> <li>• Ceftriaxona</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cloranfenicol</li> <li>• Trimetoprim/sulfametoxazol</li> </ul>	Ampicilina
<i>Shigella spp.</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fluoroquinolona</li> <li>• Norfloxacino</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trimetoprim/sulfametoxazol</li> <li>• Amoxicilina/ác. clavulánico</li> </ul>	Resistencias a trimetoprim/sulfametoxazol y ampicilina
<i>Campylobacter jejuni</i>	Fluoroquinolona	• Macrólidos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Clindamicina</li> <li>• Gentamicina</li> <li>• Doxiciclina</li> </ul>
<i>Campylobacter fetus</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Imipenem</li> <li>• Amoxicilina + aminoglucosidos</li> </ul>	• Gentamicina	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ampicilina</li> <li>• Cloranfenicol</li> </ul>
<b>Parásito</b>			<b>Tratamiento</b>
<i>Trichomonas vaginalis</i>			Metronidazol
<b>Virus</b>			<b>Tratamiento</b>
<i>Herpes simplex (VHS) Citomegalovirus</i>			Aciclovir Ganciclovir Foscarnet
Epstein-Barr			Ganciclovir
Virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zidovudina</li> <li>• Didesoxicidina (cuando existe intolerancia a zidovudina)</li> <li>• Didesoxiinosina (cuando existe intolerancia a zidovudina)</li> </ul>
<b>Hongos</b>			<b>Tratamiento</b>
<i>Candida albicans</i>			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anfotericina B</li> <li>• Cotrimazol</li> <li>• Flucitosina</li> </ul>

## RESULTADOS PLAN PILOTO

### Anexo 03

Plan piloto: lista de control

Individuo #1

<b>CRITERIOS DE INCLUSION</b>	<b>Cumple</b>	<b>No Cumple</b>
Usuarios de los servicios de salud que brinda la CCSS, y que específicamente egresan del Hospital México	<b>X</b>	
Personas usuarias de la CCSS hospitalizadas entre los años de 1997-2018.  Grupo de edad (epidemiológico), con edades comprendidas entre menos 1 año a 65 y más años.	<b>X</b>  <b>X</b>	
Personas que consultaron a la CCSS con enfermedades trasmisibles y enfermedades no trasmisibles o crónicas específicamente: Enfermedades de transmisión sexual y otras bacterianas, Tuberculosis, Hipertensión Arterial y Asma. Presente en el diagnóstico principal (152 grupos).	<b>X</b>	

*Fuente: Elaboración propia, 2021.*

## Anexo 04

Plan piloto: lista de control

Individuo #2

<b>CRITERIOS DE INCLUSION</b>	<b>Cumple</b>	<b>No Cumple</b>
Usuarios de los servicios de salud que brinda la CCSS, y que específicamente egresan del Hospital México.	<b>X</b>	
Personas usuarias de la CCSS hospitalizadas entre los años de 1997-2018.	<b>X</b>	
Grupo de edad (epidemiológico), con edades comprendidas entre menos 1 año a 65 y más años.	<b>X</b>	
Personas que consultaron a la CCSS con enfermedades transmisibles y enfermedades no transmisibles o crónicas específicamente: Enfermedades de transmisión sexual y otras bacterianas, Tuberculosis, Hipertensión Arterial y Asma. Presente en el diagnóstico principal (152 grupos).	<b>X</b>	

*Fuente: Elaboración propia, 2021.*

## Anexo 05

Plan piloto: lista de control

Individuo #3

<b>CRITERIOS DE INCLUSION</b>	<b>Cumple</b>	<b>No Cumple</b>
Usuarios de los servicios de salud que brinda la CCSS, y que específicamente egresan del Hospital México.		<b>X</b>
Personas usuarias de la CCSS hospitalizadas entre los años de 1997-2018.  Grupo de edad (epidemiológico), con edades comprendidas entre menos 1 año a 65 y más años.	<b>X</b>	<b>X</b>
Personas que consultaron a la CCSS con enfermedades transmisibles y enfermedades no transmisibles o crónicas específicamente: Enfermedades de transmisión sexual y otras bacterianas, Tuberculosis, Hipertensión Arterial y Asma. Presente en el diagnóstico principal (152 grupos).	<b>X</b>	

*Fuente: Elaboración propia, 2021.*

## Anexo 06

Plan piloto: lista de control

Individuo #4

<b>CRITERIOS DE INCLUSION</b>	<b>Cumple</b>	<b>No Cumple</b>
Usuarios de los servicios de salud que brinda la CCSS, y que específicamente egresan del Hospital México.	<b>X</b>	
Personas usuarias de la CCSS hospitalizadas entre los años de 1997-2018.  Grupo de edad (epidemiológico), con edades comprendidas entre menos 1 año a 65 y más años.	<b>X</b>	<b>X</b>
Personas que consultaron a la CCSS con enfermedades transmisibles y enfermedades no transmisibles o crónicas específicamente: Enfermedades de transmisión sexual y otras bacterianas, Tuberculosis, Hipertensión Arterial y Asma. Presente en el diagnóstico principal (152 grupos).	<b>X</b>	

*Fuente: Elaboración propia, 2021.*

**Anexo 07**

Plan piloto: lista de control

Individuo #5

<b>CRITERIOS DE INCLUSION</b>	<b>Cumple</b>	<b>No Cumple</b>
Usuarios de los servicios de salud que brinda la CCSS, y que específicamente egresan del Hospital México.	<b>X</b>	
Personas usuarias de la CCSS hospitalizadas entre los años de 1997-2018.	<b>X</b>	
Grupo de edad (epidemiológico), con edades comprendidas entre menos 1 año a 65 y más años.	<b>X</b>	
Personas que consultaron a la CCSS con enfermedades transmisibles y enfermedades no transmisibles o crónicas específicamente: Enfermedades de transmisión sexual y otras bacterianas, Tuberculosis, Hipertensión Arterial y Asma. Presente en el diagnóstico principal (152 grupos).		<b>X</b>

*Fuente: Elaboración propia, 2021.*

## Anexo 08

Plan piloto: lista de control

Individuo #6

<b>CRITERIOS DE INCLUSION</b>	<b>Cumple</b>	<b>No Cumple</b>
Usuarios de los servicios de salud que brinda la CCSS, y que específicamente egresan del Hospital México.	<b>X</b>	
Personas usuarias de la CCSS hospitalizadas entre los años de 1997-2018.	<b>X</b>	
Grupo de edad (epidemiológico), con edades comprendidas entre menos 1 año a 65 y más años.	<b>X</b>	
Personas que consultaron a la CCSS con enfermedades transmisibles y enfermedades no transmisibles o crónicas específicamente: Enfermedades de transmisión sexual y otras bacterianas, Tuberculosis, Hipertensión Arterial y Asma. Presente en el diagnóstico principal (152 grupos).	<b>X</b>	

*Fuente: Elaboración propia, 2021.*

## Anexo 09

Plan piloto: lista de control

Individuo #7

<b>CRITERIOS DE INCLUSION</b>	<b>Cumple</b>	<b>No Cumple</b>
Usuarios de los servicios de salud que brinda la CCSS, y que específicamente egresan del Hospital México.	<b>X</b>	
Personas usuarias de la CCSS hospitalizadas entre los años de 1997-2018.	<b>X</b>	
Grupo de edad (epidemiológico), con edades comprendidas entre menos 1 año a 65 y más años.	<b>X</b>	
Personas que consultaron a la CCSS con enfermedades transmisibles y enfermedades no transmisibles o crónicas específicamente: Enfermedades de transmisión sexual y otras bacterianas, Tuberculosis, Hipertensión Arterial y Asma. Presente en el diagnóstico principal (152 grupos).	<b>X</b>	

*Fuente: Elaboración propia, 2021.*

## Anexo 10

Plan piloto: lista de control

Individuo #8

<b>CRITERIOS DE INCLUSION</b>	<b>Cumple</b>	<b>No Cumple</b>
Usuarios de los servicios de salud que brinda la CCSS, y que específicamente egresan del Hospital México.	<b>X</b>	
Personas usuarias de la CCSS hospitalizadas entre los años de 1997-2018.	<b>X</b>	
Grupo de edad (epidemiológico), con edades comprendidas entre menos 1 año a 65 y más años.	<b>X</b>	
Personas que consultaron a la CCSS con enfermedades transmisibles y enfermedades no transmisibles o crónicas específicamente: Enfermedades de transmisión sexual y otras bacterianas, Tuberculosis, Hipertensión Arterial y Asma. Presente en el diagnóstico principal (152 grupos).	<b>X</b>	

*Fuente: Elaboración propia, 2021.*

## Anexo 11

Plan piloto: lista de control

Individuo #9

<b>CRITERIOS DE INCLUSION</b>	<b>Cumple</b>	<b>No Cumple</b>
Usuarios de los servicios de salud que brinda la CCSS, y que específicamente egresan del Hospital México.		<b>X</b>
Personas usuarias de la CCSS hospitalizadas entre los años de 1997-2018.  Grupo de edad (epidemiológico), con edades comprendidas entre menos 1 año a 65 y más años.	<b>X</b>	<b>X</b>
Personas que consultaron a la CCSS con enfermedades trasmisibles y enfermedades no trasmisibles o crónicas específicamente: Enfermedades de transmisión sexual y otras bacterianas, Tuberculosis, Hipertensión Arterial y Asma. Presente en el diagnóstico principal (152 grupos).		<b>X</b>

*Fuente: Elaboración propia, 2021.*

## Anexo 12

Plan piloto: lista de control

Individuo #10

<b>CRITERIOS DE INCLUSION</b>	<b>Cumple</b>	<b>No Cumple</b>
Usuarios de los servicios de salud que brinda la CCSS, y que específicamente egresan del Hospital México.	<b>X</b>	
Personas usuarias de la CCSS hospitalizadas entre los años de 1997-2018.  Grupo de edad (epidemiológico), con edades comprendidas entre menos 1 año a 65 y más años.	<b>X</b>  <b>X</b>	
Personas que consultaron a la CCSS con enfermedades transmisibles y enfermedades no transmisibles o crónicas específicamente: Enfermedades de transmisión sexual y otras bacterianas, Tuberculosis, Hipertensión Arterial y Asma. Presente en el diagnóstico principal (152 grupos).	<b>X</b>	

*Fuente: Elaboración propia, 2021.*

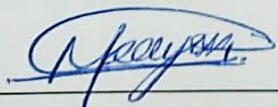
## DECLARACIÓN JURADA

### DECLARACIÓN JURADA

Yo Montserrat Valverde Arquedas., mayor de edad, portador de la cédula de identidad número 1-1545-0637 egresado de la carrera de Enfermería de la Universidad Hispanoamericana, hago constar por medio de éste acto y debidamente apercibido y entendido de las penas y consecuencias con las que se castiga en el Código Penal el delito de perjurio, ante quienes se constituyen en el Tribunal Examinador de mi trabajo de tesis para optar por el título de Licenciatura en Enfermería., juro solemnemente que mi trabajo de investigación titulado: Causas de hospitalización en usuarias de la CCSS, 1997-2018; relacionado con edad, sexo y condición de egreso. Revisión sistemática, Costa Rica, 2022.

\_\_\_\_\_ es una obra original que ha respetado todo lo preceptuado por las Leyes Penales, así como la Ley de Derecho de Autor y Derecho Conexos número 6683 del 14 de octubre de 1982 y sus reformas, publicada en la Gaceta número 226 del 25 de noviembre de 1982; incluyendo el numeral 70 de dicha ley que advierte; artículo 70. Es permitido citar a un autor, transcribiendo los pasajes pertinentes siempre que éstos no sean tantos y seguidos, que puedan considerarse como una producción simulada y sustancial, que redunde en perjuicio del autor de la obra original. Asimismo, quedo advertido que la Universidad se reserva el derecho de protocolizar este documento ante Notario Público.

En fe de lo anterior, firmo en la ciudad de San José, a los 24 días del mes de Abril del año dos mil 22.

  
Firma del estudiante  
Cédula: 1-1545-0637.

# CARTA DE TUTOR

## CARTA DEL TUTOR

San José, 4 mayo, 2022.

**Máster Vanessa Aguilar**  
**Carrera Enfermería**  
**Universidad Hispanoamericana**

Estimada máster:

La estudiante MONSERRAT VALVERDE ARGUEDAS, cédula de identidad número 1-1545-0637 me ha presentado, para efectos de revisión y aprobación, el trabajo de investigación denominado "CAUSAS DE HOSPITALIZACIÓN EN USUARIOS DE LA CCSS, 1997-2018, RELACIONADO CON EDAD, SEXO Y CONDICIÓN DE EGRESO. REVISIÓN SISTEMÁTICA, COSTA RICA, 2022" el cual ha elaborado para optar por el grado académico de Licenciatura en Enfermería.

En mi calidad de tutora metodológica, he verificado que se han hecho las correcciones indicadas durante el proceso de tutoría y he evaluado los aspectos relativos a la elaboración del problema, objetivos, justificación; antecedentes, marco teórico, marco metodológico, tabulación, análisis de datos; conclusiones y recomendaciones.

De los resultados obtenidos por el postulante, se obtiene la siguiente calificación:

a)	ORIGINAL DEL TEMA	10%	8
b)	CUMPLIMIENTO DE ENTREGA DE AVANCES	20%	15
c)	COHERENCIA ENTRE LOS OBJETIVOS, LOS INSTRUMENTOS APLICADOS Y LOS RESULTADOS DE LA INVESTIGACION	30%	27
d)	RELEVANCIA DE LAS CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	20%	17
e)	CALIDAD, DETALLE DEL MARCO TEÓRICO	20%	18
	TOTAL	100	85

En virtud de la calificación obtenida, se avala el traslado al proceso de revisión por parte del lector metodológico.

Atentamente,



**Licda. Pilar Acosta Rojas**  
**Cédula identidad 2-0650-0038**  
**Carné Colegio Profesional E-9104**

## **CARTA DE LECTOR**

San José, 29 de junio, 2022

**Señores**

**Universidad Hispanoamericana**

**Sede Aranjuez**

Estimados Señores

Como docente universitario y en calidad de lector de Tesis para optar por el grado académico de Licenciatura en Enfermería, titulada: CAUSAS DE HOSPITALIZACIÓN EN USUARIOS DE LA CCSS, 1997-2018, RELACIONADO CON EDAD, SEXO Y CONDICIÓN DE EGRESO. REVISIÓN SISTEMÁTICA, COSTA RICA, 2022, a cargo de la estudiante MONSERRAT VALVERDE ARGUEDAS; he revisado y aprobado el documento, según los requisitos académicos de la universidad, para ser presentado como requisito final de graduación.

Atentamente,



**Irleanny Solera Porras. M.Sc**

**Cód. 12175**

**Lectora Metodológica**

## AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN

UNIVERSIDAD HISPANOAMERICANA  
CENTRO DE INFORMACION TECNOLOGICO (CENIT)  
CARTA DE AUTORIZACIÓN DE LOS AUTORES PARA LA CONSULTA, LA  
REPRODUCCION PARCIAL O TOTAL Y PUBLICACIÓN ELECTRÓNICA  
DE LOS TRABAJOS FINALES DE GRADUACION

San José, 09 Agosto 2022

Señores:  
Universidad Hispanoamericana  
Centro de Información Tecnológico (CENIT)

Estimados Señores:

El suscrito (a) Monseñat Valverde Arpedas con número de identificación 1-15450637 autor (a) del trabajo de graduación titulado Causas de hospitalización en usuarios de la CCSS, 1997-2018; relacionado con edad, sexo y condición de egreso. Revisión sistemática, Costa Rica, 2022. presentado y aprobado en el año 2022 como requisito para optar por el título de Licenciatura en Enfermería;  (SI) / NO) autorizo al Centro de Información Tecnológico (CENIT) para que con fines académicos, muestre a la comunidad universitaria la producción intelectual contenida en este documento.

De conformidad con lo establecido en la Ley sobre Derechos de Autor y Derechos Conexos N° 6683, Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica.

Cordialmente,

  
1-1545-0637.  
Firma y Documento de Identidad