



Cultura del Cuidado **ENFERMERÍA**

UNIVERSIDAD LIBRE® - SECCIONAL PEREIRA

Revista ISSN: 1794-5232 - ISSN E: 2665-1262 Vol. 19 N° 2, Julio a Diciembre de 2022 - Pereira, Colombia



*Esta revista se encuentra indexada
en Lilacs, BDENF, EBSCO, Latindex,
Dialnet, Cuiden y Rev Sapiens,*

Cultura del Cuidado

ENFERMERÍA

Revista
ISSN 1794-5232
ISSN E-2665-1262

Vol. 19 N° 2, Julio a Diciembre de 2022
Pereira, Colombia

Correspondencia:
Centro de Investigación de la Facultad de
Ciencias de la Salud Exactas y Naturales. Universidad Libre, sede Belmonte.
Tel: 606 340 1043, extensión 6950. Pereira, Colombia.
Correo electrónico: culturadelcuidado.pei@unilibre.edu.co



Seccional Pereira

Jorge Orlando Alarcón Niño
Presidente Nacional.

Edgar Sandoval
Rector Nacional.

Ricardo Zopo Méndez
Censor Nacional.

Floro Hermes de San José Gómez Pineda
Secretario Nacional.

Gabriel Andrés Arévalo Robles
Director Nacional de Investigación.

Miguel Hernando González Rodríguez
Presidente Seccional.

Luis Cristóbal Ospina Montoya
Réctor Seccional.

Carmen Helena Aragón Villa
Secretaria Seccional.

Beatriz Elena León de la Pava
Síndica-Gerente.

Luis Alfonso Sandoval Perdomo
Director seccional de Investigación.

María Teresa Rodríguez Lugo
Decana Facultad de Ciencias de la Salud, Exactas y Naturales.



**UNIVERSIDAD LIBRE
SECCIONAL PEREIRA**

Editor Principal

Lilia Andrea Buitrago M.
Facultad de Ciencias de la Salud, Exactas y Naturales

Coeditor

Mercy Soto Chaquir
Facultad de Ciencias de la Salud, Exactas y Naturales

Asistente editorial

Juliana Marcela Rodríguez Gutiérrez
Estudiante de Enfermería

Comité Editorial

Martha Whetsell, RN. ARNP, PhD,FAAN
Professor
The city University of New York
Department of Nursing
Lehman Collage and
Doctoral Program in Nursing Science.
The Graduate Center of the City University of New York

Inna Elida Flórez Torrez
PhD. Enfermería
Profesor Universidad de Cartagena

Claudia Andrea Ramírez Perdomo
PhD. Enfermería
Profesor Universidad Surcolombiana

Claudia Ariza
PhD. Enfermería
Profesor Pontificia Universidad Javeriana

Diseño:
Gráficas Buda S.A.S.

CONTENIDO

EDITORIAL	6
Comunicación en los equipos de atención en salud <i>Claudia Patricia Rueda Badillo</i>	
Conocimiento y aplicación de la política de seguridad del paciente por el personal de enfermería, para la prevención y reporte de evento adverso en un hospital de segundo nivel en Cundinamarca	8
Knowledge and application of the patient safety policy by the nursing staff, for the prevention and reporting of medical errors in a second level hospital in Cundinamarca <i>Nelida Morales Díaz, Laura Carolina Moreno García, Lorena Martínez Delgado</i>	
Nivel de riesgo del personal de sanitario frente al consumo de alcohol en dos instituciones de salud en Colombia	26
Risk level of health care personnel with regard to alcohol consumption in two health care institutions in Colombia <i>Andrea Carolina Alvarado Parada, Mery González Delgado, Javier Isidro Rodríguez López</i>	
Adhesivos y dispositivos médicos: lesiones en piel	38
Adhesives and medical devices: skin injuries <i>Mariana Gallego Cardona, Luz Adriana López González, Olga María Henao Trujillo</i>	
Creencias sobre lactancia materna y covid-19 en púerperas en una IPS-Barranquilla.	59
Beliefs about breastfeeding and Covid-19 in puerperal women in an IPS-Barranquilla <i>Merilyn Guerra Ramirez, Indiana Rojas Torres, Angelica García Moreno, María Schoonewolff Ariza, Keyner Ramirez Cepeda</i>	

Factores de riesgo para cesáreas en indígenas adolescentes en un departamento de Colombia período 2020 – 2021	75
<i>Risk factors for cesarean sections in indigenous adolescents in a department of Colombia in the period 2020 - 2021</i>	
<i>Karol de Jesús Cervantes De La Torre, Tammy Irina Pulido Iriarte, Alexander Elías Parodi Muñoz, Galo Rafael Celedón De León, Jhonner José Pimienta Socarrás</i>	
Impacto del manejo del control y convivencia social con base seroprevalente SARS CoV2 en pandemia, Colombia	86
<i>Impact of control management and social coexistence based on SARS CoV2 seroprevalence in pandemic, Colombia</i>	
<i>Tammy Irina Pulido Iriarte, Howard Franklin Crawford Chaux, Karol de Jesús Cervantes De La Torre</i>	
Intervención educativa sobre cuidado espiritual para estudiantes de licenciatura en enfermería y obstetricia	101
<i>Spiritual care educational intervention for undergraduate nursing and midwifery students.</i>	
<i>Sandra Milena Aponte-Franco, Raúl Fernando Guerrero-Castañeda, Elisa Rosas Cervantes, María de Jesús Jiménez González</i>	
Adherencia en el manejo de la hipertensión arterial en pacientes del régimen subsidiado. Barranquilla – Colombia.	116
<i>Adherence in the management of arterial hypertension in patients of the subsidized regime. Barranquilla, Colombia.</i>	
<i>Leslie Montealegre Esmeral, Gema Navarro Rubio, Eulalia Amador Roderó, Carlos de Oro Aguado, Martha Arteta Charris</i>	

EDITORIAL

Comunicación en los equipos de atención en salud

Claudia Rocío Rueda Badillo¹

La atención en salud en el momento actual se encuentra a cargo de equipos multidisciplinarios, fundamentados en el trabajo colectivo, con metas comunes que pueden favorecer resultados exitosos, especialmente en el mejoramiento de la calidad de atención, la satisfacción del paciente y la reducción de los costos en salud.

La multidisciplinariedad implica la acción de profesionales de diversas áreas, con conocimientos y habilidades armónicas que proporcionan una amplia gama de oportunidades en el tratamiento de la enfermedad. La interdisciplinariedad por su parte, podría entenderse como la intervención de disciplinas conexas, ligadas en sus actividades para abordar de forma exhaustiva un problema. Este enfoque interdisciplinario establece relaciones de intersección en el saber, logrando un mutuo enriquecimiento y un aprendizaje integrado de los problemas de salud del individuo.

Considerando la complejidad del ser humano, es necesario abordar el proceso de salud y enfermedad desde una perspectiva multicausal de su etiología, por lo cual, la transdisciplinariedad surge para dar una explicación más integradora, posibilitando nuevo conocimiento sin quebrantar la condición humana del paciente, su cultura, sus emociones, sus representaciones, en últimas, trascender a la interpretación del ser humano, no de la condición de enfermedad.

Con estos enfoques, la comunicación efectiva es crucial. Errores en la comunicación atentan contra la seguridad del paciente. La Joint Commission informa que los problemas de comunicación fueron la causa principal de aproximadamente dos tercios de todos los eventos adversos reportados. De tal forma que, adquirir competencias en la escucha activa y la interacción entre las diversas disciplinas del saber que

¹ Nutricionista Dietista, Máster en Envejecimiento y Salud, Docente Universidad Libre Pereira.

conforman los equipos de salud posibilitan avanzar permanente y consistentemente en la solución de los problemas de salud y la atención de alta calidad.

La evidencia sugiere que mejorar la comunicación al interior de los equipos de atención en salud puede otorgar una mayor garantía en la seguridad del paciente, haciendo más eficiente la atención, disminuyendo la tasa de complicaciones y la mortalidad. Parafraseado a los antropólogos mexicanos Consuelo Martínez Lozano y Daniel Solís Domínguez “...cuando hay un entendimiento entre quienes producen los mensajes y quienes los reciben hay un proceso de comunicación. Entendimiento no implica necesariamente consensos libres de conflictos o desarrollar automáticamente solidaridad...”

Conocimiento y aplicación de la política de seguridad del paciente por el personal de enfermería, para la prevención y reporte del evento adverso en un hospital de segundo nivel en Cundinamarca

Nélida Morales-Díaz¹, Laura Carolina Moreno-García², Lorena Martínez-Delgado³

Resumen

Objetivo

Determinar el efecto de una intervención educativa sobre el conocimiento y la aplicación de la política de seguridad del paciente por el personal de enfermería, para la prevención y reporte del evento adverso en un Hospital de segundo nivel en Cundinamarca.

Metodología

Estudio cuantitativo, cuasi experimental con diseño pretest – postest de grupo único. 40 participantes dentro del personal de Enfermería de los diferentes servicios del Hospital; esta investigación tuvo en cuenta las consideraciones éticas para la Investigación en salud. Se elaboró un pre y pos-test a partir del reporte estadístico de eventos adversos de mayor frecuencia y la intervención educativa, con ello se aplicó una prueba U de Mann-Whitney apareada.

Como citar este artículo: Morales-Díaz Nélida, Moreno-García Laura Carolina, Martínez-Delgado Lorena. Conocimiento y aplicación de la política de seguridad del paciente por el personal de enfermería, para la prevención y reporte del evento adverso en un hospital de segundo nivel en Cundinamarca. Revista Cultura del Cuidado Enfermería. 2022; 19(2): 8-25.

- 1 Estudiante de Enfermería. Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales, U.D.C.A. nemorales@udca.edu.co , Orcid, 0000-0002-0658-7848 Bogotá, Colombia
- 2 Estudiante de Enfermería. Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales, U.D.C.A, laura.carmoreno@udca.edu.co, Orcid 0000-0003-1685-2761, Bogotá, Colombia
- 3 Enfermera. PHD en Educación. Especialista en docencia Universitaria. Diplomada en Educación para la salud. Docente. Programa de Enfermería de la Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales U.D.C.A. lmartínez @ udca.edu.co. Orcid: 0000-0002-4513-1835

Resultados

Con este estudio se puede afirmar que la existencia de EA a nivel asistencial es causada por las acciones inseguras en la atención, ejecutadas por los profesionales de salud en medio del cumplimiento de la alta carga laboral. Con el apareamiento del pre y pos-test no se obtuvieron diferencias significativas, pero se infiere que la implementación de estrategias educativas son un importante soporte en la realización de los diferentes procedimientos para la prevención del evento adverso.

Conclusión

Se afirma que el cuidado de enfermería lleva implícito en su quehacer, la prevención de los eventos adversos, estos deben articularse a su vez con una disponibilidad de recursos Institucionales (humanos, de infraestructura y materiales, entre otros) que fortalezcan la política de seguridad del paciente, disminuyan el riesgo de incidentes y promuevan un cuidado de calidad y una atención segura.

Palabras clave

Administración de la seguridad, gestión de riesgos, cultura organizacional, errores médicos, atención de enfermería.

Knowledge and application of the patient safety policy by the nursing staff, for the prevention and reporting of medical errors in a second level hospital in Cundinamarca

Objective

To determine the effect of an educational intervention on the knowledge and application of the patient safety policy by the nursing staff, for the prevention and reporting of medical errors in a second level Hospital in Cundinamarca.

Methodology

Quantitative, quasi-experimental study with pretest-posttest single group design. 40 participants within the nursing staff of the different services of the Hospital; this research considered the ethical considerations for health research. A pretest and posttest were elaborated based on the statistical report of the most frequent Medical Errors (ME) and the educational intervention, and a paired U Mann-Whitney test was applied.

Results

With this study it can be affirmed that the existence of ME's at the assistance level is caused by unsafe actions in care, executed by health professionals in the midst of the high workload. With the pairing of the pre- and post-test, no significant differences were obtained, but it can be inferred that the implementation of educational strategies is an important support in the performance of the different procedures for the prevention of ME.

Conclusion

It is affirmed that nursing care has implicit in their work, the prevention of medical errors, these must be articulated in turn with the availability of institutional resources (human, infrastructure, and materials, among others) that strengthen the patient safety policy, reduce the risk of incidents, and promote quality care and safe care.

Keywords

Safety Management, Risk Management, Organizational Culture, medical errors, nursing care.

Introducción

La política de seguridad del paciente se definió mediante Decreto 1011 de 2006 del Ministerio de Salud y Protección Social como “el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención en salud o de mitigar sus consecuencias” (1). Esta política de seguridad permite crear estrategias que ayudan a aminorar la ocurrencia del evento adverso (2-4) y contribuye en la implementación de protocolos que salvaguardan la salud de las personas, evitan el riesgo, mitigan las consecuencias de un evento adverso y mejoran la atención y calidad del sistema de salud (5, 6).

El evento adverso (EA) es uno de los principales conceptos que se aborda en la política de seguridad del paciente (7-9). La Organización Mundial de la Salud (OMS) lo ha definido “como el daño asociado a la atención sanitaria que se deriva de los planes o medidas adoptados durante la prestación de la atención sanitaria o que se asocia a ellos” (10). En el 2004 la Organización Mundial de la Salud creó la antigua Alianza Mundial por la Seguridad del paciente, en esta se incentivó a los países miembros a trabajar en el tema, para evitar eventos adversos prevenibles (11, 12).

Por otro lado, a partir del informe “*To Err is Human: building a Safer Health System*” se examinaron los errores médicos ocurridos

en Estados Unidos y con base en ese informe, se inició un proceso de concientización y sensibilización a nivel mundial frente a la importancia de una atención segura, por el impacto que un error en la atención puede tener en la salud de una persona (13). En Latinoamérica el estudio Iberoamericano de Eventos Adversos (IBEAS) (14) fue el primer proyecto desarrollado en colaboración con la OMS y la OPS para estudiar la prevalencia de efectos adversos relacionados con la asistencia hospitalaria en 5 países latinoamericanos: México, Costa Rica, Colombia, Perú y Argentina. En este estudio se evidenció que, en promedio uno de cada diez pacientes hospitalizados sufre al menos un daño durante su atención.

En Colombia, el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de Atención en Salud (SOGCS) estableció la seguridad como una característica transversal a todos los elementos o componentes del sistema de salud como son: reglamentación, instituciones, procesos, requisitos y mecanismos, entre otros (15).

Ésta se plasmó en 2008 en una Política Pública Nacional que tiene “como objetivo primordial prevenir la ocurrencia de situaciones que afecten la seguridad del paciente, reducir y eliminar en lo posible la ocurrencia de eventos adversos” (16).

De otro lado, el Ministerio de Salud y Protección Social reafirmó la noción de seguridad del paciente mediante el Decreto 780 de 2016. Esto se hizo por medio del Sistema Único de Habilitación, el cual

establece dentro de los principios de la relación docencia - servicio en el artículo 2.7.1.1.3: “En especial, se debe asegurar que la calidad de los servicios y la seguridad de los pacientes no se afecten negativamente por el desarrollo de las prácticas formativas” (17). Por último, la Resolución 3100 de 2019 del Ministerio de Salud y Protección Social, en el estándar de procesos prioritarios, establece que “el prestador de servicios de salud cuenta con una política de seguridad del paciente acorde con los lineamientos expedidos por el Ministerio de salud y Protección Social” (18).

En consecuencia, esta investigación, busca apoyar las líneas de acción de la política de seguridad del paciente del personal de enfermería que labora en la Institución hospitalaria, en aras fortalecer el quehacer de enfermería, desde los enfoques del cuidado humanizado, la cultura de seguridad y la calidad del cuidado.

Así, mediante un análisis del contexto nacional y regional, consideraciones estadísticas y otros conceptos, la investigación se planteó una investigación cuantitativa de diseño cuasi experimental de grupo único con medición de pre y post-test. Con los resultados se logró determinar el conocimiento del personal de enfermería previo y posterior a la intervención educativa y se espera contribuir a disminuir el número de eventos adversos, para alcanzar la excelencia en el cuidado de enfermería.

El Hospital, asume la política de seguridad del paciente como componente esencial

para el funcionamiento y la garantía de sus estrategias y realiza acciones necesarias para reducir al máximo la ocurrencia de un evento adverso. El Hospital objeto de estudio, es una institución de segundo nivel de complejidad, situada en Cundinamarca y en ella se precisa: Los hospitales, al reconocer y considerar la importancia de esta política, promueven permanentemente una cultura de seguridad dentro del personal que labora en las instituciones.

Cabe recalcar que en el año 2005 el Sistema Único de Acreditación en salud exigió a las instituciones como requisito esencial un sistema de reporte de eventos adversos. Esto llevó a estas instituciones a diseñar, implementar y mejorar el programa de seguridad del paciente.

Posteriormente, el componente de habilitación del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad definió como requisito mínimo a cumplir por parte de los prestadores de servicios de salud la implementación de programas de seguridad del paciente, así como las diez buenas prácticas para la seguridad del paciente definidas como prioritarias.

Cabe resaltar que la intención de los servicios de salud es prevenir o curar enfermedades, pero en ocasiones la atención sanitaria puede ocurrir incidentes y eventos adversos que ocasionan daño o lesión a los pacientes, como se evidenció en el informe de IBEAS (14) donde se reportó en cuanto al estado físico del paciente que de cada 100 pacientes que sufrieron incidentes dañinos:

- 7 murieron (2 como consecuencia directa del incidente y 5 por la suma del incidente con otras condiciones),
- 17 quedaron con una incapacidad total,
- 12 con una incapacidad severa y
- 64 con incapacidades leves o sin incapacidad.

Además, de “cada 100 incidentes dañinos, 63 alargaron la estancia en el hospital, 18 dieron lugar a un reingreso y sólo 19 no tuvieron efectos sobre los días de estancia en el hospital” (14).

Bajo estas premisas es importante conocer que tanta apropiación ha realizado el personal de enfermería sobre el conocimiento y la aplicación de la política, con base en lo anterior se propuso esta investigación con el objetivo de determinar el efecto de una intervención educativa sobre el conocimiento y la aplicación de la política de seguridad del paciente por el personal de enfermería, para la prevención y reporte del evento adverso en un Hospital de segundo nivel en Cundinamarca. Así mismo, para dar cumplimiento a ello, en primera instancia se identificó los eventos adversos reportados con mayor frecuencia en el hospital a partir de los reportes estadístico, en segundo lugar, se analizaron cambios en el nivel de conocimiento sobre política de Seguridad del paciente y reporte del evento adverso, posterior a una intervención educativa, y por último se correlacionó la importancia de la cultura de seguridad y la capacitación

del personal de enfermería respecto a la política de seguridad del paciente para la prevención y reporte del evento adverso en la prestación de servicios en salud y una atención de calidad.

Metodología

Investigación de diseño cuasi-experimental, de grupo único con medición pretest y postest. Los estudios con diseños cuasi-experimentales son aquellos donde la variable independiente (es decir, la intervención) es manipulada o aplicada, pero no hay una asignación aleatoria o un grupo control. En los cuasi-experimentos es especialmente importante hacer una evaluación antes de la intervención para evaluar si al inicio los sujetos son similares en cuanto a la(s) variable(s) utilizada(s) como resultado del estudio. En este sentido se buscó establecer si existía algún cambio significativo desde el apareamiento de los resultados pre y post. Para tal fin se planteó una hipótesis nula y una hipótesis alterna.

Respecto a la población, el universo quedó representado en el personal de enfermería y la muestra en los 40 participantes de los diferentes servicios del Hospital de segundo nivel en Cundinamarca, con un muestreo no probabilístico y por conveniencia.

En relación con los criterios de selección, correspondió a personal de enfermería (auxiliares y profesionales) vinculados en las diferentes áreas de servicios del hospital, capacitadas en protocolos y políticas Institucionales al momento de

su vinculación con la Institución. Con disponibilidad de participación en todas las fases de investigación propuestas. Se diseñó un pretest y un postest a partir de los principales eventos reportados de mayor ocurrencia en el hospital y los protocolos institucionales ligados a ello, estos son: identificación del paciente, riesgo de caídas, úlceras por presión, flebitis por venopunción y ruta para el reporte del evento adverso.

Las pruebas, fueron diseñados para ser diligenciados por los participantes de forma digital con un rango de preguntas entre 30 y 40; previa firma de consentimiento informado.

Para la evaluación de las diferentes secciones, se le dio utilidad a la escala de Likert de 1 a 5, en donde se le solicitó al participante de manera autónoma calificar su conocimiento y nivel de aplicación frente a los diferentes ítems. Los parámetros se establecieron así: (1) Nunca, (2) Casi nunca, (3) A veces, (4) Casi siempre, (5) siempre. Definidas estas puntuaciones como variables categóricas ordinales.

En cuanto al pretest y postest se estructuró en partes, la primera “identificación del paciente” donde se abordaron temas como: conocimiento del protocolo institucional, semaforización del riesgo, datos de registro en manillas incluyendo casos especiales y momentos de verificación cruzada para comprobar datos del usuario.

En segundo lugar, “Riesgo de caídas”, donde se abordó el conocimiento del protocolo

institucional, aplicación de escala de valoración morse, valoración para descartar lesión y realización del registro oportuno del evento adverso, medidas preventivas al usuario y su familia y vigilancia de factores de riesgo.

Como tercero “úlceras por presión”, se evaluó la utilización de la escala de branden con sus pilares fundamentales para la evaluación del riesgo y prevención, identificación de zonas vulnerables o propensas a la aparición de Úlceras por presión (UPP), cambios de posición, lubricación de la piel, higienización y demás como punto preventivo.

En último lugar, se evaluó el procedimiento de venopunción relacionado con los componentes de técnica aséptica, manejo de guantes, lavado de manos quirúrgico y clínico, selección del sitio de punción y elección del catéter, signos y síntomas asociadas a flebitis que era el componente principal de esta última sección del pre y pos-test.

Es importante mencionar que la ruta para el reporte del evento adverso estuvo inmersa en los ítems finales de cada cuestionario.

La intervención educativa fue realizada por el equipo de investigadoras, en un tiempo aproximado 10 minutos por cada protocolo.

Se emplearon diferentes estrategias como: cartillas, frisos y carteleras y estrategias de refuerzo como video y juegos de correlación. Posterior a esto se realizó la aplicación del postest.

Los datos fueron analizados con en el paquete R versión 4.1.3. (R Core Team, 2022) se realizó una U de Mann Whitney pareada, para variables categóricas ordinales (categorías) y a partir del resultado de las medianas se estableció la diferencia en el antes y en el después.

Cabe mencionar que la presente investigación salvaguardo la integridad los participantes quienes, de manera libre, voluntaria, sin recibir ningún beneficio económico a cambio y con previa firma y aclaración de dudas de un consentimiento informado, fueron participes de este proceso que también contó con la aprobación del comité ético del Hospital de Segundo Nivel de Cundinamarca, quienes adjuntaron la aprobación mediante una carta sellada y firmada, sin código abierto. Por otro lado, siempre se mantuvo presente los principios éticos de privacidad y confidencialidad, por tanto toda la información proporcionada por los participantes será de carácter confidencial bajo las disposiciones de la resolución número 8430 de 1993, que reglamenta las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud; que para este caso se determina como una investigación sin riesgo, se resalta que prevalece el respeto a la dignidad y la protección los derechos y bienestar, se tomaron las medidas pertinentes para evitar cualquier riesgo o daño a los sujetos de investigación, así mismo, se incluyó la declaración de Helsinki en nuestro actuar que establece la protección para las personas participantes y el informe Belmont y los

principios de la Bioética de: no maleficencia, beneficencia, autonomía y justicia.

Resultados

En cuanto al reporte de los eventos adversos en el año 2020 dentro del Hospital de segundo nivel de atención, se encontraron 2.318 resultados de los cuales el 79 % hace referencia a incidentes, con un 12 % eventos adversos prevenibles, un 0,7% complicaciones y otros reportados con una cifra de 9%.

Se ha de tener en cuenta la noción de Incidente relacionado con la seguridad del paciente, el cual se define como un evento o suceso que ocurre en el proceso de atención clínica al paciente, el cual no conlleva directamente a un daño en su salud, pero “sí le afecta en la medida que, al ocurrir fallas en los procesos de atención, impacta a la persona y prolonga su estancia hospitalaria” (19).

En cuanto a los servicios de mayor ocurrencia de eventos se encuentra que las “acciones inseguras” para el año 2020 se determinaron en una totalidad de 2.672, en donde el 34% se presentó en laboratorios, 27 % en salas de cirugía y el 9 % en urgencias.

Si se tienen en cuenta estos dos resultados, se podría decir que existe una relación en los datos reportados frente al inicio del COVID-19 y el reporte del evento adverso. A su vez, si se observa el área, los mayores porcentajes obtenidos se encuentran en laboratorios y salas de cirugía.

Por otra parte, la estadística también mostró que los eventos adversos más frecuentes fueron: infecciones 66%, úlceras por presión 10 %, flebitis química 9%, caída con daño 5 %, en un mismo porcentaje con la flebitis mecánica.

Estos resultados guardan una similitud con la literatura y los datos reportados en cuanto a porcentajes y eventos, mencionados en investigaciones anteriores internacionales, en cuanto a la ocurrencia, reporte de incidentes y eventos adversos.

Resultados pre y pos - test.

En cuanto a los resultados obtenidos en el pre y pos-test, posterior a intervención educativa se evidenció lo siguiente:

Se realizó un apareamiento de los datos, inicialmente por cada individuo en el pre y post test. Se realizó una U de Mann Whitney pareada, por cuanto los datos obtenidos en la escala de Likert no fueron manejados como numéricos sino como categorías.

Todos los análisis se realizaron consideraron el 5% de error y el 95% de confianza. $\alpha = 0.05$

A través de los datos estadísticos recolectados, se logró determinar que no hay significancia estadística en ninguno de los componentes comparados del antes y después valorados en las pruebas.

Tabla 1: Síntesis resultados pretest y postest.

Variable	Valor p
Identificación del paciente	P-valor: 0.2787
Riesgo de caída	P-valor: 0.2787
Úlceras por presión (UPP)	P-valor: 0.9913
Flebitis asociada a venopunción	P-valor: 0.695
Ruta para el reporte del evento adverso	P-valor: 0.8889

Fuente: Elaborado por autoras

Lo anterior significa que existen otros factores que inciden en la ocurrencia del evento adverso y que por inferencia de los investigadores, pudo estar relacionado con la pandemia y los efectos que tuvo en el personal de enfermería frente a la atención y el cuidado de pacientes sospechosos o diagnosticados con COVID19; que significó para muchos aumento en las jornadas laborales, adaptarse a una situación nueva que implicaba el manejo de nuevos protocolos y rutas de atención hospitalarias, de atención, la carga laboral del personal, sobre todo aquellos que fueron asignados en áreas de atención a pacientes Covid, como fueron urgencias, salas de cirugía y cuidados intensivos.

Al realizar el análisis por áreas del hospital se evidencia que existen áreas donde dada la naturaleza de la población que se atiende, el tiempo de estadía (giro cama hospitalario

como indicador de estancia), y la facilidad en que puede darse la movilidad del paciente como por ejemplo en el servicio de Ginecobstetricia, no generan riesgo de UPP, entonces la aplicación del protocolo y la escala de Braden es reducida o prácticamente nula, ya que su estadía es transitoria, y a las mujeres que se encuentran en puerperio, se les suele incentivar movilidad. Algo similar ocurre con el área de salas de parto.

En el Servicio de observación de urgencias se fomenta el cambio de posición en los pacientes mediante el uso de sabanas de movimiento, emplean masajes en camilla para la prevención de la ocurrencia del evento y el bienestar de los pacientes, lo que se puede decir, se constituye en un indicador importante para el Hospital de la calidad del personal de enfermería en la prevención de UPP.

Con relación al protocolo de identificación del paciente, todos los pacientes que ingresan a la Institución Hospitalaria deben identificarse como los indica el protocolo, y realizarles verificación cruzada para su seguridad. No obstante, con la pandemia, el ingreso de los pacientes saturó algunos servicios y se infiere que esta situación pudo incidir en la verificación cruzada del paciente o en el registro completo de datos, dadas las condiciones de salud de los pacientes ingresados.

De igual forma, todos los pacientes, independiente del servicio, ingresan con la valoración de riesgo de caída a partir de la semaforización de los riesgos, evidenciado

en la manilla y tablero de identificación de pacientes.

En cuanto al evento adverso de flebitis, a través de los servicios se identifica que es uno de los eventos que se previenen a través de vigilancia, sin embargo, han existido ocasiones que ocurren a causa de los insumos que se suministran a los servicios, y se informa a epidemiología sobre los eventos ocurridos. Por otra parte, es uno de los eventos que se vigila porque sus consecuencias pueden incurrir en afecciones graves a la salud, por ello se solicita a los servicios el uso de Tegaderm, el cual permite realizar inspección visual de qué tipo de evolución tiene la venopunción y la aparición de flebitis.

Discusión

El cuidado directo, como eje de la práctica de enfermería y en la mayoría de los casos, indicador de la calidad del cuidado brindado y la seguridad del paciente (20-23); puede verse afectado con las múltiples actividades que en ocasiones realiza el personal de enfermería que dificultan el tiempo de dedicación directa al paciente y se convierten en un riesgo para la ocurrencia de eventos, como los reportados en las estadísticas del Hospital objeto de esta investigación, así como los reportados en estudios ya realizados, en los que sobresalen: úlceras por presión (UPP), flebitis, caídas, incumplimiento de indicaciones médicas, incorrecta técnica aséptica, retiro de vía periférica sin previa valoración de deshidratación existente,

salida de dren por incorrecta técnica de fijación, flebitis y retrasos (24). Otros componentes desde los datos disponibles, de diversos estudios desarrollados en la Unión Europea, muestran que “entre el 8 y el 12% de los pacientes hospitalizados presentan un EA asociado a la atención sanitaria” (25), existiendo relevancia como problemas desencadenantes, la comunicación y problemas de medicación con una variabilidad de prevalencia de reporte de EA a nivel asistencial, 24,1% en urgencias 47,8% en Atención primaria y 37,4% en hospitales (25).

Con el presente estudio, se puede afirmar la presencia de eventos adversos está ligado al nivel asistencial debido a las acciones inseguras en la atención de salud, existiendo un mayor reporte en el hospital de Cundinamarca en áreas como: laboratorios 34%, salas de cirugía 27% y urgencias con un 9% contando con la presencia del inicio de una pandemia por COVID19, en cuanto se destaca que los profesionales de enfermería enfrentaron una pandemia que coloco en juego su saber pero también sus emociones, actitudes, conocimientos y prácticas, para enfrentar una situación nueva para todos y con un riesgo alto de contagio en las labores de cuidado.

En México en el estudio R.A. Zárate-Grajales, R.A. Salcedo-Álvarez et al. (26), los EA relacionados con el cuidado de enfermería son la medicación y la vía aérea por acto de omisión en las labores de cuidado, poca adherencia a los protocolos, pero sin dejar de lado una realidad

inminente que es la sobre carga excesiva de trabajo, la disponibilidad de personal a nivel de América.

Los Eventos Adversos más enunciados y encontrados en este estudio (flebitis, úlceras por presión y caídas) son acordes a un estudio realizado en Colombia en el año 2012 por Parra et al y un estudio en Brasil para el año 2020 por Moreno-Monsivais et al. (27), donde reportan estos mismos EA y están relacionados con el cuidado de enfermería, se evidencia un reporte de eventos adversos denominado “cuidados perdidos de enfermería” asociados a la deambulacion y los cambios de posición del paciente por ende las caídas y las úlceras presión por la omisión o la existencia de un retraso en los cuidados, ligados a esa demanda laboral que desencadena la multiplicidad de actividades otros estudios enuncian que las enfermeras pasan el 35% de su tiempo en la atención directa al paciente y el resto en actividades administrativas y de organización del servicio, se hace un reconocimiento en que la demanda de estas actividades desplazan otras que impiden brindar un cuidado de calidad e integral ya que el acto de cuidar se está limitando solo a seguir prescripciones médicas y se dejan de lado la realización de una valoración y los otros cuidados, por ello se les denomina “cuidados perdidos de enfermería”, debido a que la monotonía no permite la identificación del factor a nivel social, fisiológico, mental entre otros que desequilibra el bienestar del paciente, “tal es el caso del incremento en las úlceras por presión, las infecciones asociadas a los cuidados, las caídas, la neumonía asociada a

la ventilación mecánica u otras infecciones relacionadas con la atención sanitaria.” (26) aumentando así la estancia hospitalaria, incrementando las tasas de mortalidad, eventos adversos y los reingresos, entre otras situaciones, que no dan buenos estándares de la calidad de atención prestada.

Así, los resultados de este estudio son coincidentes con los reportados en la literatura nacional e internacional, donde se muestra que dentro de los principales eventos adversos ocurridos y relacionados con el cuidado de enfermería se encuentran: flebitis, úlceras por presión y caídas (1, 21, 28-29); lo que logra evidenciar un acercamiento a la realidad sobre las problemáticas relacionadas con las prácticas de enfermería en cuanto a los eventos adversos y su reporte; que parte muchas veces desde la identificación del paciente cuando ingresa a la Institución Prestadora de Salud.

La correcta identificación del paciente es el pilar en cada servicio hospitalario, lo que evita errores prevenibles en la atención brindada. Por esta razón la Organización Mundial de la Salud incluye la identificación del paciente dentro de las “Nueve soluciones para la seguridad del paciente” con el propósito de reducir el tributo de daños relacionados con la atención sanitaria que pagan millones de pacientes en todo el mundo (24, 29).

De otro lado, las úlceras por presión a lo largo de la historia han sido uno de los eventos adversos más reportados van de

la mano con el surgimiento de seguridad del paciente (30-31), incluso la OMS hace alusión a que las úlceras por presión son de los más reportados a nivel mundial, lo que coincide con el presente estudio, en tanto constituyen en un gran problema de salud porque no solo afectan la salud del paciente, sino que deterioran la calidad de vida misma y la de sus familias, incrementan los costos y recursos en salud (32). En la actualidad la presencia de estas úlceras tiene un componente legal para el equipo de salud ya que está directamente relacionado con el cuidado de la salud durante la estancia hospitalaria.

En este estudio se determinó que no hubo significancia estadística en ninguno de los componentes comparados entre pre y post-test, en cuanto al conocimiento de la política de seguridad del paciente posterior a intervención educativa, pero sí se hizo evidente que los eventos adversos son prevenibles y que, si bien es importante la claridad, dominio del conocimiento de los protocolos de atención y de la ruta de reporte cuando ocurre un evento adverso. En ello inciden también factores relacionados con las condiciones laborales y personales del equipo de salud como es el caso de turnos largos, cansancio, ansiedad ante situaciones inciertas, como fue el caso de la pandemia y la misma naturaleza humana (33).

Durante la pandemia, muchas Instituciones debido al alto de número de pacientes se vieron en la necesidad de aumentar las jornadas laborales y de realizar reubicación del personal en aquellos servicios de alta

demanda, lo que llevo a una reducción de personal en algunas áreas, constituyéndose para algunos empleados en la causa de su agotamiento físico y mental.

En general los resultados muestran que los participantes en este estudio tienen conocimiento de los protocolos institucionales para ejercer la práctica del cuidado en cada servicio, con más dominio en unos que otros, dependiendo de su experiencia y el rol desempeñado en su área.

Adicionalmente, realizar esta práctica con una visión global en cuanto al manejo clínico del hospital; en el diario a vivir y en la búsqueda de cumplir con todo lo acordado del día, hay pequeñas cosas que pasan por alto a la hora de aplicabilidad no porque no exista un conocimiento, sino por la demanda de actividades mecánicas pendientes que se vuelven tan innatas de la labor y que hacen que se deje de lado el componente analítico ante la realización de una intervención técnica, a causa de la misma demanda laboral que se realiza bajo el acto de buena fe y la igualdad de atención para favorecer el bienestar del paciente.

El reporte del evento adverso es realizado por medio de la Historia Clínica, y por parte de los profesionales, se le brinda la atención, se evalúan los daños causados y no se le niega la ocurrencia al paciente pero si es importante continuar realizando estudios científicos que permitan determinar no solo la frecuencia de EA, sino ir más allá, que también se busquen los factores relacionados con su aparición, a fin de direccionar las acciones

hacia una disminución de la incidencia y de las discapacidades, afectaciones como resultados de la presencia de un evento adverso duran un proceso de recuperación de la salud.

Conclusión

El conocimiento de la política de seguridad del paciente y del proceso de reporte del evento adverso disminuye la posibilidad de colocar en riesgo al paciente, por cuanto se realizan acciones seguras que favorecen la calidad del cuidado de enfermería brindado.

Se evidenció a partir de los hallazgos estadísticos reportados por la Institución, que son coincidentes con los reportados en la literatura nacional e internacional y que dentro de los principales eventos adversos prevenibles de mayor prevalencia se encuentran: identificación del paciente, riesgo de caídas, úlceras por presión (UPP), flebitis; los cuales fueron evaluados a partir del pre y pos-test y abordados en las intervenciones educativas, así como la ruta para el reporte del evento adverso.

También, se logró identificar que el cuidado de enfermería lleva implícito en su quehacer, la prevención de los eventos adversos, pero estos deben articularse a su vez con una disponibilidad de recursos Institucionales (humanos, de infraestructura y materiales, entre otros) que fortalezcan la política de seguridad del paciente, disminuyan el riesgo de incidentes y promuevan un cuidado de calidad y una atención segura.

El uso de estrategias de socialización conocimiento como las plataformas educativas Institucionales, en este caso relacionadas con la política de seguridad del paciente deben estar constantemente actualizadas y disponibles para personal sanitario, ya que se consolidan en una herramienta de consulta para el personal que labora en el Hospital, lo que disminuye la probabilidad de ocurrencia de eventos adversos, al tener una fuente confiable y disponible de conocimiento. Por lo anterior, la generación de las herramientas adecuadas, contribuyen con el cumplimiento de los indicadores de gestión de la calidad relacionados con la política de seguridad Institucional y la cultura de seguridad en el equipo sanitario.

En los resultados se pudo observar la apropiación del personal de enfermería del Hospital frente al conocimiento y la aplicación de la política de seguridad y

reporte del evento adverso, lo que resalta el fomento de una práctica segura y de reporte oportuno del evento adverso, siempre en pro de salvaguardar una atención eficaz, garante, de calidad y efectiva.

Por último, es de consideración, generar planes de mejora en aquellos factores identificados que rodean o inciden en la aparición del evento adverso y que no se encuentran relacionados con una falta de conocimiento, como se observa en los resultados obtenidos estadísticamente en esta investigación, pero que se presentan inherentes a lo que implica la complejidad de la atención de los pacientes, específicamente lo acontecido durante la pandemia, fecha en que tuvo lugar esta investigación.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés.

Referencias bibliográficas

1. Ministerio de la Protección Social. Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente. [Internet]. 2008. [citado 29 de marzo de 2022]. Disponible en:https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B2n%200112%20de%202012%20-%20Documentos%20de%20apoyo%202.pdf
2. Jaimes Valencia ML, Alvarado Alvarado AL, Mejía Arciniegas CN, López Galán AV, Mancilla Jiménez VA, Padilla García CI. Correlación del grado de percepción y cultura de seguridad del paciente en una Institución de tercer nivel 2015-2019. *Revista Cuidarte* [Internet]. 2021 [citado 29 de marzo de 2022];12(1):1–16.
3. Ribeiro R, Silva Servo ML, Machado da Silva Filho A. Perfil Da Cultura De Segurança Do Paciente Em Um Hospital Público. *Enfermagem em Foco* [Internet]. 2021 [citado 29 de marzo de 2022];12(3):504–11.
4. Hernández PM, Ordoñez LT, Guerrero JA. Evento adverso y seguridad del paciente en fisioterapia. *Ecimed* [Internet]. 2021 [citado 15 de febrero de 2022]; 40(4):1-20.
5. Nespereira García P, Cabadas Avión R, Leal Ruiloba MS, Rodríguez Pérez J, Broullón Dobarro A, Rivero García A. Retrospective study of security in the transfer of critical patients after application of methodology for risk management. *Revista Española de Anestesiología y Reanimación (English Edition)* [Internet]. 2020 [citado 29 de marzo de 2022];67(3):119–29.
6. Luque Mellado FJ, Martos Molines FJ, Lebrero Villa Y. Sistema integral de gestión de incidencias en atención primaria: más allá de la seguridad del paciente. *Revista de Calidad Asistencial* [Internet]. 2017 [citado 29 de marzo de 2022];32(6):335–41.
7. Klatte R, Strauss B, Flückiger C, Färber F, Rosendahl J. Defining and assessing adverse events and harmful effects in psychotherapy study protocols: A systematic review. *Psychotherapy* [Internet]. 2022 [citado 29 de marzo de 2022].
8. Lima da Silva P, de Oliveira Gouveia MT, de Brito Magalhães RL, de Sousa Borges BV, Cardoso Rocha R, Melo Guimarães TM. Cultura de seguridad del paciente en la perspectiva del equipo de enfermería en una maternidad pública. *Enfermería Global* [Internet]. 2020 [citado 29 de marzo de 2022];19(4):427–38.

9. Vega-Ramírez FA, Giménez Salazar J, López-Liria R. Percepción de la cultura de seguridad del paciente en enfermeros de atención primaria. *Psychology, Society & Education* [Internet]. 2020 [citado 29 de marzo de 2022];12(2):49–60.
10. World Health Organization. Marco Conceptual de la clasificación internacional para la seguridad del paciente. [Informe técnico]. 2009. [citado 29 de marzo de 2022]. Disponible en: https://www.who.int/patientsafety/implementation/icps/icps_full_report_es.pdf
11. Liukka M, Steven A, Moreno MFV, Sara-Aho AM, Khakurel J, Pearson P, et al. Action after Adverse Events in Healthcare: An Integrative Literature Review. *International journal of environmental research and public health* [Internet]. 2020 [citado 29 de marzo de 2022];17(13).
12. Lin Y-K, Fang X. First, Do No Harm: Predictive Analytics to Reduce In-Hospital Adverse Events. *Journal of Management Information Systems* [Internet]. 2021 [citado 29 de marzo de 2022];38(4):1122–49.
13. Portela M, Bugarín R, Rodríguez MS, Alonso A. Seguridad del paciente, calidad asistencial y ética profesional. *Revista Bioética*. [Internet]. 2018. [citado 15 de febrero de 2022].
14. Organización Mundial de la Salud. IBEAS: red pionera en la seguridad del paciente en Latinoamérica. [Internet]. 2010. [citado 29 de marzo de 2022]. Disponible en: https://www.who.int/patientsafety/research/ibeas_report_es.pdf
15. Gallego, P, Mantilla LA, Tapias S. Implementación de una herramienta de auditoria para realizar un diagnóstico de la seguridad del paciente en el servicio de consulta externa capitados de la IPS Foscal sede Floridablanca. Bucaramanga: Universidad Autónoma de Bucaramanga. Facultad de Medicina [Internet]. 2013. [citado 21 de marzo de 2022].
16. Parra D.I., Camargo-Figuera F.A., Rey Gómez R.. Eventos adversos derivados del cuidado de enfermería: flebitis, úlceras por presión y caídas. *Enferm. glob.* [Internet]. 2012 [citado 29 de marzo de 2022] ; 11(28): 159-169. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412012000400010&lng=es
17. República de Colombia. Presidencia de Colombia. Decreto 2376 de 2010, julio 1, Por medio del cual se regula la relación docencia - servicio para los programas de formación de talento humano del área de la salud. Bogotá. [citado 29 de marzo de 2022].

2022]. Disponible en: https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma_pdf.php?i=76013

18. Universidad Católica de Colombia, Sala de gobierno. Acuerdo No. 017 de 2020. Por el cual se aprueba la Política de Seguridad del Paciente, denominada en la Universidad Católica de Colombia “Atención con Consciencia Segura.” [citado 29 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://www.ucatolica.edu.co/portal/wp-content/uploads/adjuntos/acuerdos/sala-de-gobierno-017-20.pdf>
19. Organización Panamericana de la Salud – Organización Mundial de la Salud. Boletín 03 de Conamed – OPS. Los eventos adversos y la seguridad del paciente. [Internet]. 2015. [citado 22 de marzo de 2022]. Disponible en http://www.conamed.gob.mx/gobmx/boletin/pdf/boletin3/eventos_adversos.pdf
20. Jinete Acendra J, Barraza Ospino D, Morales Aguilar R, Pardo Vásquez A, Siado Figueroa M, González-Torres HJ. Evaluación de los factores asociados a la seguridad del paciente en la unidad de cuidados intensivos. Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica [Internet]. 2021 [citado 29 de marzo de 2022];40(9):921–6.
21. Astier MP, Olivera G. El reto de sostener cultura de la seguridad del paciente en las instituciones sanitarias. Revista An. Sist. Sanit. [Internet]. 2017. [citado 22 de febrero de 2022].
22. Cruz JW, Veloza MC. La seguridad del paciente en un hospital de Bogotá, percepción del profesional de enfermería. Revista Investigaciones Andina. [Internet]. 2019. [citado 22 de febrero de 2022]: 39 (40); 9-2
23. Lopes M, D’Innocenzo M. Eventos adversos relacionados con las prácticas asistenciales: una revisión integradora. Revista Enfermería Global [Internet]. 2017. [citado 15 de febrero de 2022]; (47):605-621.
24. Parra P CV, López R JS, Bejarano A CH, Puerto G AH, Galeano G ML. Eventos adversos en un hospital pediátrico de tercer nivel de Bogotá. Revista Facultad Nacional de Salud Pública [Internet]. 2017 May 10;35(2):284–92. [citado 29 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://revistas.udea.edu.co/index.php/fnsp/article/view/22602>
25. Guerra-García MM, Campos-Rivas B, Sanmarful-Schwarz A, Vírseda-Sacristán A, Dorrego-López MA, Charle-Crespo Á. Description of contributing factors in adverse events related to patient safety and their preventability. Atención Primaria. 2018 Oct 1;50(8):486–92.

26. Zárate-Grajales RA, Salcedo-Álvarez RA, Olvera-Arreola SS, Hernández-Corral S, Barrientos-Sánchez J, Pérez-López MT, et al. Eventos adversos en pacientes hospitalizados reportados por enfermería: un estudio multicéntrico en México. *Enfermería Universitaria*. 2017 Oct;14(4):277–85.
27. Scopus preview - Scopus - Document details - Omisión en atención de enfermería para pacientes hospitalizados [Internet]. [cited 2022 Jun 8]. Available from: https://www.scopus.com/record/display.uri?eid=2-s2.0-85071616923&origin=inward&featureToggles=FEATURE_NEW_DOC_DETAILS_EXPORT:1
28. Camacho-Rodríguez D. Medición De La Cultura De Seguridad Del Paciente en Profesionales De Salud De Atención Primaria. *Hacia la Promoción de la Salud* [Internet]. 2020 Jan [citado 29 de marzo de 2022];25(1):141–53.
29. Ayuso-Murillo D, de Andrés-Gimeno B, Noriega-Matanza C, López-Suárez RJ, Herrera-Peco I. Gestión de la calidad, un enfoque directivo para la seguridad del paciente. *Enfermeria Clinica* [Internet]. 2017 [citado 29 de marzo de 2022];27(4):251–5.
30. Kanjilal D, Mahmud F, Sutkin G. Constructivist Grounded Theory to Establish the Relationship Between Technical Error and Adverse Patient Outcome: Modeling Technical Error and Adverse Outcomes. *The American surgeon* [Internet]. 2021 [citado 29 de marzo de 2022];87(5):753–9
31. Furlan MS, Lima AFC. Evaluation of phlebitis adverse event occurrence in patients of a Clinical Inpatient Unit. *Rev Esc Enferm USP*. [Internet] 2021; [citado 15 de febrero de 2022]; (55); 1-8.
32. Torra-Bou Joan Enric, Verdú-Soriano José, Sarabia-Lavin Raquel, Paras-Bravo Paula, Soldevilla-Ágreda J. Javier, García-Fernández Francisco P. Las úlceras por presión como problema de seguridad del paciente. *Gerokomos* [Internet]. 2016 [citado 29 de marzo de 2022]; 27(4): 161-167. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2016000400007&lng=es
33. Sarmiento EX. Condiciones laborales y salud mental: retos de la COVID-19 para los trabajadores sanitarios de atención primaria en salud en Boyacá en el año 2020. Tunja: Universidad del Bosque. Facultad de Medicina. Maestría en Salud Pública [Internet]. 2021. [citado 30 de marzo de 2022] Disponible en https://repositorio.unbosque.edu.co/bitstream/handle/20.500.12495/6802/Sarmiento_Gonz%C3%A1lez_Erika_Ximena_2022.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Nivel de riesgo del personal de sanitario frente al consumo de alcohol en dos instituciones de salud en Colombia

Andrea Carolina Alvarado Parada¹,
Mery González Delgado², Javier Isidro Rodríguez López³

RESUMEN

Introducción

El consumo de alcohol es una situación social con amplia aceptación, que representa en sus consecuencias un factor de riesgo importante para la carga de enfermedad, mortalidad, accidentalidad y afectaciones en el ámbito laboral. Las causas de este consumo se relacionan a los aspectos psicológicos, emocionales, sociales que se dan en la actividad en el trabajo, relación familiar o interacción social.

Objetivo

Describir el nivel de riesgo relacionado con el consumo de alcohol en equipos de salud de dos instituciones en Colombia en el año 2019.

Como citar este artículo: Alvarado Parada Andrea Carolina, González Delgado Mery, Rodríguez López Javier Isidro. Nivel de riesgo del personal de sanitario frente al consumo de alcohol en dos instituciones de salud en Colombia. Revista Cultura del Cuidado Enfermería. 2022; 19(2): 26-37.

- 1 Red Iberoamericana de Seguridad del Paciente, andreaa45@hotmail.com, Orcid, 0000-0001-6712-2633 Bogotá-Colombia.
- 2 Fundación Universitaria del Área Andina. Facultad de Ciencias de la Salud y del Deporte, megonzalez2@areandina.edu.co, Orcid 0000-0003-1154-2780, Bogotá, Colombia
- 3 Growing Up Foundation, Facultad de Medicina Universidad Antonio Nariño, Doctorado en Ciencias de Enfermería Universidad de Guanajuato, javierisidorodriguezl@gmail.com, Orcid: 0000-0002-1907-4152, Celaya, México

Metodología

Estudio descriptivo transversal que buscó determinar el consumo de alcohol en el personal de salud en dos instituciones de salud en Bogotá y el Tolima, que incluyó 44 miembros del equipo de salud y se les aplicó el instrumento AUDIT previa firma de consentimiento informado. El análisis estadístico incluyó el empleo de técnicas de estadística descriptiva e inferencial y se aplicó prueba de chi cuadrado. Los datos fueron analizados en stata versión 12.0.

Resultados

88.7% de los miembros del equipo de salud de las dos instituciones presentaron un nivel de riesgo de consumo bajo o eran abstemios, el sexo femenino presenta el mayor porcentaje de consumo de alto nivel (80%), siendo el grupo de 28 a 32 años el de mayor consumo. Conclusión: La identificación del consumo de alcohol en miembros del equipo de salud debe ser una prioridad que permitan el diseño de estrategias para la prevención y mitigación de los riesgos derivados del consumo para el equipo y los usuarios.

Palabras clave

grupo de atención al paciente, consumo de bebidas alcohólicas, dependencia, Personal de Salud.

Risk level of health care personnel with regard to alcohol consumption in two health care institutions in Colombia

Abstract

Introduction

Alcohol consumption is a social situation with wide acceptance, which represents in its consequences an important risk factor for the burden of disease, mortality, accident and affectations in the work environment. The causes of this consumption are related to psychological, emotional and social aspects that occur in work activities, family relationships or social interaction.

Objective

To describe the level of risk related to alcohol consumption in health teams of two institutions in Colombia in 2019.

Methodology

Cross-sectional descriptive study that sought to determine alcohol consumption in health personnel in two health institutions in Bogota and Tolima, which included 44 members of the health team and the AUDIT instrument was applied to them after signing informed consent. The statistical analysis included the use of descriptive and inferential statistical techniques and the chi-square test was applied. The data were analyzed in stata version 12.0.

Results

88.7% of the health team members of the two institutions had a low consumption risk level or were abstainers; the female sex presented the highest percentage of high-level consumption (80%), with the group aged 28 to 32 years being the one with the highest consumption.

Conclusion

The identification of alcohol consumption in members of the health care team should be a priority to allow the design of strategies for the prevention and mitigation of the risks derived from consumption for the team and the users.

Key words

patient care group, alcoholic beverage consumption, dependence, health personnel.

Introducción

El consumo de alcohol se ha convertido en un factor importante en la carga de enfermedad a nivel mundial (5.1 %), aunado al incremento de defunciones y discapacidad en los grupos etáreos de 20 a 39 años (13,5%)⁽¹⁾, mostrando adicionalmente repercusiones graves, no sólo como factor de riesgo para múltiples enfermedades de origen común, sino también impactos negativos en el ámbito laboral como: absentismo, accidentes de trabajo, productividad, clima laboral, entre otros.^(2,3) Es así, como el alcohol al tener amplia aceptación social y cultural, pese a ser uno de los principales generadores de adicciones en la población general, afecta a la población y por tanto el ámbito laboral no es la excepción. Sin embargo, estudios han reportado que 55.7% de los trabajadores reconocen su consumo como un problema en el trabajo, alcanzando prevalencias de consumo en el último año superiores a 90% y superiores al 12% representan niveles de riesgo y daño para la salud, siendo los hombres quienes más reportan consumo, de este grupo poblacional.^(2,3,4,5)

Por su parte, dentro de los factores asociados al consumo de alcohol categorizados como laborales y no laborales, se encuentran: tareas rutinarias, jornadas prolongadas, ausencia en el hogar, alta rotación de turnos, estrés, clima laboral, nivel de exigencia, depresión, nivel educativo, edad, entre otras.^{(2) (6,7)} Por tanto, el sector salud no está exento de este problema tanto en el nivel técnico, profesional como los profesionales en formación de este sector, en donde se

han encontrado prevalencias de consumo de bebidas alcohólicas alrededor del 70%, siendo el género masculino el de mayor uso de bebidas alcohólicas.^(8,9,10)

Es así, que el diagnóstico oportuno del nivel de riesgo de consumo de bebidas alcohólicas en el equipo de salud y los estudiantes retoma gran importancia, debido a que no solo el riesgo aumenta para la presentación de adicciones y patologías derivadas de su consumo, sino que pueden mediar para la presentación de eventos adversos y fallas en seguridad de los usuarios. Diversos instrumentos han sido desarrollados con el objetivo de identificar las características y niveles de riesgo frente al consumo de alcohol, uno de ellos es el instrumento AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) creado por la Organización Mundial de la Salud y que busca la identificación de riesgo de consumo excesivo de alcohol en especial la detección del uso peligroso en personas sin dependencia.⁽¹¹⁾ En consecuencia, la preocupación a nivel mundial por el consumo de alcohol en el ámbito laboral ha sido reafirmada por la Organización Internacional del Trabajo (OIT), debido a las altas prevalencias de consumo en los trabajadores y los efectos negativos para su salud, por lo cual ha instado a los países miembros a formular políticas y programas que favorezcan la detección e intervención de la población trabajadora que presenta consumos de riesgo alto y para su prevención.⁽²⁾

Por lo anteriormente expuesto, el presente estudio busca describir el nivel de consumo

de miembros del equipo de salud de dos instituciones en Colombia en el año 2019.

Materiales y métodos

Se realizó un estudio descriptivo transversal que buscó determinar el consumo de alcohol en miembros del equipo de salud en dos instituciones de salud, ubicadas en Bogotá y Tolima- Colombia, en el año 2019.

La población seleccionada correspondió a miembros del equipo de salud de dos instituciones de salud que incluyó: médicos generales, especialistas, enfermeras y auxiliares de enfermería. Los 44 participantes del estudio correspondieron a la totalidad de los miembros de ambas instituciones.

El instrumento para identificar el nivel de riesgo frente a consumo de alcohol se utilizó la encuesta AUDIT (Test de Identificación de los Trastornos Debidos al Consumo de Alcohol), desarrollada por la Organización Mundial de la Salud como método de tamizaje de consumo excesivo de alcohol, esta cuenta con diez (10) preguntas que valora tres (3) dominios de consumo de riesgo de alcohol, síntomas de dependencia y consumo perjudicial de alcohol. Este instrumento permitió clasificar el consumo

de alcohol en abstenidos, uso moderado, uso peligroso y dependencia.

El análisis estadístico incluyó el empleo de técnicas de estadística descriptiva e inferencial y se aplicó prueba de chi cuadrado. Los datos fueron analizados en stata versión 12.0.

Esta investigación tuvo como consideraciones éticas el aval del comité de ética de la Fundación Universitaria del Área y las instituciones de salud donde se recolectó la información y contó con el consentimiento informado por escrito de cada uno de los participantes.

Resultados

Características sociodemográficas

El consumo de alcohol en las dos instituciones evaluadas en miembros del equipo de salud, presentan un nivel de consumo en riesgo bajo o son abstemios (88.63%). Sin embargo, dentro de las personas con un nivel alto de consumo se encuentra que son en su mayoría pertenecientes a la institución de II nivel de atención (60%), mujeres (80%) y solteros (60%), cabe resaltar que ninguna de las características sociodemográficas fue estadísticamente significativa (Tabla 1).

Variable	Abstemio		Alto nivel		Bajo nivel		P
	n	%	n	%	N	%	
Municipio							
Bogotá	17	56.67	2	40	5	55.56	0.785
Tolima	13	43.33	3	60	4	44.44	
Nivel de complejidad de la Institución							
I nivel	17	56.67	2	40	5	55.56	0.785
II nivel	13	43.33	3	60	4	44.44	
Sexo							
Femenino	30	100	4	80	0	0	0.00
Masculino	0	0	1	20	9	100	0
Estado civil							
Casado (a)	3	10	0	0.00	3	33.33	0.438
Divorciado (a)	1	3.33	0	0.00	1	11.11	
Soltero (a)	14	46.67	3	60.00	3	33.33	
Unión libre	12	40.00	2	40.00	2	22.22	
Edad							
23 a 27	6	20	2	40	0	0.00	0.39
28 a 32	12	40.00	3	60	2	2.22	2
33 a 37	5	16.67	0	0.00	5	55.56	
38 a 42	4	13.33	0	0.00	2	22.22	
43 a 47	1	3.33	0	0.00	0	0.00	
48 a 52	1	3.33	0	0.00	0	0.00	
53 a máx.	1	3.33	0	0.00	0	0.00	
Nivel educativo							
Posgrado	3	10.00	0	0.00	4	44.44	0.064
Pregrado	12	40.00	2	40.00	4	44.44	
Técnico	15	50.00	3	60.00	1	11.11	

Tabla 1. Características sociodemográficas y nivel de dependencia en miembros del equipo de salud en dos instituciones de salud en Colombia en el año 2019.

Fuente: elaboración propia

Consumo de alcohol y nivel de dependencia

Los miembros del equipo de salud de ambas instituciones reportan un mayor consumo de alguna bebida alcohólica una o menos veces al mes (50%), consumiendo 1 o 2 bebidas (59.09%). De igual manera, llama la atención que en el curso del último año los participantes reportan, no haber podido desempeñarse como se esperaba como

consecuencia de haber bebido menos de una vez al mes (6.87%), aunque este se muestre en un porcentaje bajo, es una población que debe ser vigilada ya que presenta un signo de alarma frente a su consumo. Por otra parte, un porcentaje bajo reporta haber afectado a terceros o a si mismo producto del consumo de bebidas alcohólicas en el último año (2.27%) (Tabla 2).

Tabla 2. Consumo de alcohol y nivel de dependencia en miembros del equipo de salud en dos instituciones de salud en Colombia en el año 2019

Variable	n	%
¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica?		
Nunca	11	25.00
Una o menos veces al mes	22	50.00
2 a 4 veces al mes	10	22.73
2 o 3 veces a la semana	1	2.27
4 o más veces a la semana	0	0.00
¿Cuántas consumiciones de bebidas alcohólicas suele realizar en un día de consumo normal?		
1 o 2	26	59.09
3 o 4	12	27.27
5 o 6	5	11.36
7 a 9	1	2.27
10 o más	0	0.00
¿Con qué frecuencia toma 6 o más bebidas alcohólicas en un solo día?		
Nunca	29	65.21
Menos de una vez/mes	12	27.27
Mensualmente	3	6.82
Semanalmente	0	0.00
A diario o casi a diario	0	0.00
¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha sido incapaz de parar de beber una sola vez?		
Nunca	40	90.91
Menos de una vez/mes	3	6.82
Mensualmente	1	2.27
Semanalmente	0	0.00
A diario o casi a diario	0	0.00
¿Con qué frecuencia en el curso del último año no pudo hacer lo que se esperaba de usted porque había bebido?		
Nunca	40	90.91
Menos de una vez/mes	3	6.82
Mensualmente	1	2.27
Semanalmente	0	0.00
A diario o casi a diario	0	0.00
¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha necesitado beber en ayunas para recuperarse después de haber bebido mucho el día anterior?		
Nunca	44	100
Menos de una vez/mes	0	0.00
Mensualmente	0	0.00
Semanalmente	0	0.00
A diario o casi a diario	0	0.00
¿Usted o alguna otra persona ha resultado herido porque usted había bebido?		
No	41	93.18
Sí, pero no en el curso del último año	2	4.55
Sí, en el último año	1	2.27
¿Algún familiar, amigo, médico o profesional sanitario ha mostrado preocupación por su consumo de bebidas alcohólicas o le han sugerido que deje de beber?		
No	42	95.45
Sí, pero no en el curso del último año	2	4.55
Sí, en el último año	0	0.00

Fuente: elaboración propia

Discusión

El consumo de alcohol representa una conducta de riesgo para la población en general ya que puede afectar de manera directa su actividad laboral, su salud física y emocional y la manera en que se relaciona con otros individuos. Si adicionalmente a esta problemática, sumamos el hecho de que el individuo forme parte de los profesionales de la salud, nos encontramos con un problema mucho más complejo, ya que se podrían ver afectados de manera directa los pacientes que son atendidos por dichos profesionales y que pueden ser objeto de eventos adversos o accidentes como resultados del consumo de alcohol por parte del profesional de salud.

En el presente estudio se logró identificar que los profesionales de salud evaluados como parte de esta investigación, mostraron un consumo muy bajo de alcohol, lo que concuerda con los resultados obtenidos en el estudio desarrollado en Colombia en 2019 por Osorio y colaboradores; en donde se muestra valores de hasta 80% de abstinencia frente al consumo de esta sustancia en los profesionales de salud evaluados (especialmente enfermeras y médicos).⁽¹²⁾ Sin embargo, es importante destacar que en Colombia el alcohol representa la sustancia psicoactiva mayormente consumida por estudiantes y profesionales que forman parte del sector salud.^(13,14,15)

Resulta interesante mencionar que dentro de los profesionales que mostraron un alto nivel de consumo, el 80% correspondía con

el género femenino, lo que contrasta con lo obtenido por otros autores en donde al evaluar el nivel de riesgo frente a consumo de alcohol en trabajadoras del sector salud, estas mostraban una clara tendencia a ser abstemias, evidenciándose a su vez un mayor consumo en el género masculino.^(16,17)

De igual manera, se resalta dentro de los resultados la respuesta relacionada con no haber podido desempeñarse como se esperaba como consecuencia de haber bebido menos de una vez al mes (6.87%), y aunque el porcentaje es bajo, puede ser asumido como una conducta de riesgo frente al consumo de alcohol, teniendo en cuenta el impacto negativo que desde lo laboral se plantea en relación con absentismo, bajas laborales, accidentabilidad, disminución de productividad y conflictividad por cuenta del consumo de drogas y alcohol.⁽¹⁸⁾

Dentro del estudio y aunque en un porcentaje bajo, se identificó que en algunos casos el consumo pudo haber afectado no solo al profesional que consumió alcohol, también pudo afectar a otras personas, frente a esto, es importante tener en cuenta que se ha reconocido el consumo de alcohol y el vínculo directo que este plantea con episodios de violencia y/o maltrato familiar principalmente asociado al género masculino.⁽¹⁹⁾ En la actualidad la salud mental implica nuevos desafíos, por parte de los gobiernos y la sociedad general, relacionados con el desarrollo de estrategias efectivas frente a la prevención del abuso de drogas, consumo de alcohol y violencia, teniendo en cuenta las negativas

consecuencias que conlleva desde el ámbito mental, físico, social y laboral. ⁽²⁰⁾

Conclusiones

De acuerdo con lo evidenciado en este estudio, es importante tener en cuenta que el consumo de sustancias psicoactivas a nivel mundial aumenta día tras días, por lo que resulta fundamental generar estrategias eficaces que permitan generar una conciencia desde tempranas edades sobre los riesgos que conlleva el consumo de este tipo de sustancias, siendo el alcohol la más preocupante por la aceptación cultural que plantea en la población.

Frente al consumo en estudiantes y profesionales del sector salud, se hace necesaria la identificación clara del perfil y características específicas del consumo, que permita generar estrategias enfocadas en resaltar el impacto sobre el ejercicio profesional y los riesgos que conlleva el

consumo de sustancia como el alcohol, en términos no solo del daño individual o personal que pueda generarse sino también en relación con el daño que pueda ocasionarse en el proceso de atención a pacientes.

Agradecimientos

Los autores agradecen a las instituciones participantes y a los miembros del equipo de salud participantes del estudio, al igual que a la Fundación Universitaria del Área Andina, Red Iberoamericana de Seguridad del Paciente, Growing Up Foundation y su Centro de Pensamiento de Calidad en Salud y Educación por el apoyo para la realización de esta investigación.

Conflicto de intereses

Los autores no reportan ningún conflicto de intereses en esta investigación.

Referencias bibliográficas

1. Organización Mundial de la Salud. Alcohol. Datos y cifras. 2018. [Internet]. [Consultado el 12 diciembre 2019]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/alcohol>.
2. Ochoa Mangado Enriqueta. Consumo de alcohol y salud laboral: Revisión y líneas de actuación. *Med. segur. trab.* [Internet]. 2011 [citado 2020 Ene 14]; 57(Suppl 1): 173-187. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2011000500011&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/S0465-546X2011000500011>.
3. Navarro J. (Coord.) EDIS S.A. (Equipo de Investigación sociológica). La incidencia de las drogas en el mundo laboral de la comunidad de Madrid 2006. Observatorio Drogodependencias. Agencia Antidroga. Comunidad de Madrid. 2008.
4. Navarro J, Rodríguez E. La incidencia de drogas en el mundo laboral. 2001. EDIS para FAD y PND. Madrid 2001. [internet] [consultado 12 dic 2019] Disponible en: https://www.fad.es/wp-content/uploads/2019/06/Valencia_laboral_2.pdf
5. Bravo C., Palucci M., El consumo de alcohol en personal administrativo y de servicios de una universidad del Ecuador. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* Original Article 2010 May-Jun; 18(Spec):487-95. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18nspe/a02v18nspe.pdf>
6. Ramírez Sánchez Danna C., Marínez Barroso Katherin A., Asúnsolo del Barco Ángel. Abuso de alcohol en el medio laboral, factores de riesgo para el consumo, e instrumentos de valoración aplicables en la vigilancia de la salud. *Med. segur. trab.* [Internet]. 2011 Sep [citado 2020 Ene 14]; 57(224): 190-209. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2011000300002&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/S0465-546X2011000300002>.
7. Babak M, Pikhart H, Kubinova R, Malyutina S, Pajak A, Sevakova H, Topor-Madry R, Mikitin Y, Caan W, Marmot M. The Association between psychosocial characteristics at work and problem drinking: A cross-sectional study of men in three Eastern European urban populations. *Occup Environ Med* 2005 Vol 62, 546-550. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16046607/>
8. Rodríguez E., F. Espí M., Canteras A., Gómez M. Consumo de alcohol entre profesionales médicos de atención primaria, *Atención Primaria*, 2001. Vol 28, Issue

4, s 259-262, [https://doi.org/10.1016/S0212-6567\(01\)78944-5](https://doi.org/10.1016/S0212-6567(01)78944-5). [Internet]. [Consultado 2019, diciembre, 14]. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656701789445>).

9. Moreno E., Gil J., Blanco J. Hábitos y creencias de salud en médicos y estudiantes de Medicina. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*. 2006, Vol. 6, N° 1, 99-110. [Internet]. [Consultado 15 diciembre 2019]. Disponible: http://rabida.uhu.es/dspace/bitstream/handle/10272/9603/Habitos_y_creencias.pdf?sequence=2
10. Tavares R., dos Santos E. Consumo de bebidas alcohólicas en estudiantes de Enfermería. *Aquichan*. 2013. Chía, Colombia. VOL. 13 N° 2 - 226-233. [Internet] . [Consultado 12 diciembre 2020]. Disponible en: <https://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/2887/3181> DOI: 10.5294/aqui.2013.13.2.8
11. Seguel Palma Fredy, Santander Manríquez Gema, Alexandre Barriga Omar. Validez y confiabilidad del test de identificación de los trastornos debidos al consumo de alcohol (AUDIT) en estudiantes de una universidad chilena. *Cienc. enferm*. [Internet]. 2013 [citado 2020 Ene 15]; 19(1): 23-35. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532013000100003&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532013000100003>.
12. Osorio Salgado, A. C., Alvarado Parada, A. C., & Rodríguez Gallo, E. B. Consumo de alcohol en profesionales de la salud en una institución prestadora de servicios de salud en Bogotá en el año 2019. Disponible en: <https://revista.cep.org.pe/index.php/RECIEN/article/view/28>
13. Ministerio de Protección Social. República de Colombia. Estudio nacional de consumo de sustancia psicoactivas en Colombia, 2013. Disponible en: https://www.unodc.org/documents/colombia/2014/Julio/Estudio_de_Consumo_UNODC.pdf
14. García M, Tobón L, Ramírez M. Consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes Universitarios en Villavicencio 2009-2010. *Rev Cuid*. 2011; 2(1):161-7. <https://doi.org/10.15649/cuidarte.v2i1.527>.
15. Rodríguez M, Álvarez M, Martínez L, Carrillo D, Mejía S, Valencia A, et al. Consumo de alcohol y tabaco en estudiantes de pregrado de una universidad privada de Medellín, 2007. *Invest Educ Enferm*. 2009; 27(1): 60-8. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3259141>

16. Babor, T, Higgins-Biddle J, Saunders J & Monteiro G. (2001). Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol. *Ginebra: OMS*. Caminas, H. Z., & Villegas, K. Z. (2012).
17. Hinojosa-García, L., Alonso-Castillo, M. M., & Castillo-Muraira, Y. Autoeficacia percibida y consumo de alcohol en trabajadores de la salud. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 2012. 20(1), 19-25. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriamss/eim-2012/eim121d.pdf>
18. Vicente-Herrero, M., & López-González, Á. A. Consumo de alcohol en trabajadores españoles del sector servicios: variables sociodemográficas y laborales implicadas. *Ciencia & trabajo*, 2014. 16(51), 158-163. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-24492014000300006
19. Herrera Paredes, J, & Ventura, C. Consumo de alcohol y violencia doméstica contra las mujeres: un estudio con estudiantes universitarias de México. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 2010. 18(spe), 557-564. Disponible en: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692010000700011&script=sci_abstract&tlng=es
20. Cueva, G. Violencia y adicciones: problemas de salud pública. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 2012. 29, 99-103. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342012000100015

Adhesivos y dispositivos médicos: lesiones en piel

Mariana Gallego Cardona¹, Luz Adriana López González², Olga María Henao Trujillo³

Resumen:

Objetivo

Analizar información bibliográfica relacionada con las principales lesiones ocasionadas por los adhesivos tisulares, y el manejo de los dispositivos médicos.

Metodología

Revisión documental durante los meses de mayo, junio y julio de 2018 búsqueda exhaustiva de 68 artículos en diferentes bases de datos como PubMed, Scielo, Elsevier, Scient Direct, FECYT, Embase, Ovid Nursing y Medline. Con criterios de búsqueda como lesiones cutáneas y lesiones por dispositivos médicos de los cuales se tomaron 50 artículos teniendo en cuenta como método de inclusión el año (no mayor a 6 años de publicado) y la pertinencia en el tema de lesiones en piel por adhesivos y dispositivos clínicos.

Resultados

Las lesiones cutáneas más comunes son: reacciones alérgicas y las lesiones derivadas de los actos inseguros que alteran seguridad y bienestar del paciente, derivados de las prácticas por parte del personal médico y de enfermería.

Conclusiones

el uso de adhesivos tisulares y dispositivos de uso clínico prevé una problemática, que debe ser tratada con educación y estrategias de prevención.

Palabras clave: lesión en piel, úlcera por presión, cuidado (enfermería) adhesivos, enfermería (basada en el cuidado).

Como citar este artículo: Gallego Cardona Mariana, López González Luz Adriana, Henao Trujillo Olga María. Adhesivos y dispositivos médicos: lesiones en piel. Revista Cultura del Cuidado Enfermería. 2022; 19(2): 38-58.

- 1 Estudiante del Programa de Enfermería, Universidad Libre Pereira, mariana-gallegoc@unilibre.edu.co
- 2 Docente Líder Semillero Gestión del Riesgo, Universidad Libre Pereira, luza.lopez@unilibre.edu.co
- 3 Directora Centro de Investigaciones, Facultad de Ciencias de la Salud, Exactas y Naturales, Olga.henao@unilibre.edu.co

Adhesives and medical devices: skin injuries

Abstract

Objective

To analyze bibliographic information related to the main injuries caused by tissue adhesives, and the management of medical devices.

Methodology

Documentary review during the months of May, June and July of 2018 exhaustive search of 68 articles in different databases such as PubMed, Scielo, elsevier, Direct, FECYT, Embase, Ovid Nursing and Medline, with search criteria such as skin lesions and injuries by medical devices of which 50 were taken into account as inclusion method the year (no more than 6 years of publication) and the pertinence in the topic of skin lesions by adhesives and clinical devices.

Results

The most common skin lesions are: allergic reactions and injuries derived from unsafe acts that alter the safety and well-being of the patient, derived from the practices by medical and nursing staff.

Conclusions

the use of tissue adhesives and devices for clinical use, foresees a problem that must be treated with education and prevention strategies

Key words

skin injury, pressure ulcer, care (nursing) adhesives, nursing (based on care).

Introducción

A lo largo de la historia se ha buscado la solución más adecuada para cerrar una herida (traumática o quirúrgica) de forma que cause la menor reacción inflamatoria y consiga una cicatriz lo más estética posible.

Durante décadas se ha forjado la imagen del cirujano como la de un “profesional o artesano que cose”, que usa suturas para cerrar las heridas. Pero todas las suturas, ya sean absorbibles o no, añaden un nuevo micro trauma, y con él, una variable reacción tisular; no obstante, en la actualidad las heridas también pueden ser tratadas mediante adhesivos tisulares sintéticos o pegamentos (1). El empleo de colas sintéticas se ha convertido en práctica habitual en varios campos quirúrgicos (2).

Las lesiones asociadas al cuidado representan fallas en la seguridad del paciente, que generan costos económicos y emocionales como dolor, sufrimiento y pérdida de autoestima o disminución de la calidad de vida relacionada con la salud (3). En este sentido, dicha responsabilidad recae sobre el equipo de salud que son los directos responsables del tratamiento de las personas.

Por otro lado, El paciente con infección asociada a un dispositivo se considera de alto riesgo de complicación y de muerte. Ante esta infección se debe evaluar si existe: compromiso sistémico, signos de respuesta inflamatoria, presencia de abscesos, endocarditis o disfunción multiorgánica;

condiciones que ponen en riesgo la vida de los pacientes (4). Se deben evaluar todas las condiciones y la historia clínica del paciente, conocerlo muy bien para darle el tratamiento adecuado, evitando reacciones alérgicas o infecciones o procedimientos invasivos mal realizados, en este caso con componentes que sobreviene a ser un riesgo para la integridad del paciente.

Por tal motivo, diversos factores etiológicos pueden producir lesiones de piel y se evidencia que durante los últimos años se le ha dado mayor peso al estudio de las úlceras por presión, por tanto, la mayoría de la literatura existente se centra en su prevención, tratamiento y rehabilitación.

Sin embargo, García-Fernández presenta un modelo teórico que cambia radicalmente la percepción sobre la aparición de lesiones, donde lista 83 factores de riesgo asociados al cuidado que pueden generar algún tipo de lesión y los clasifica en 8 grandes grupos que contribuyen a su desarrollo, además define 6 tipos diferentes de lesiones de piel, que pueden preceder a una úlceras por presión, una nueva propuesta que servirá -según García-Fernández para definir y explicar su etiología, su caracterización y tratamiento que será diferente para cada una de las lesiones (5).

De acuerdo con la Declaración SIPIELA Colombia 2015 las lesiones de piel relacionadas con el cuidado (LPRCs) representan un importante problema de salud pública en virtud de los impactos negativos en la salud, la economía, las

dimensiones física, social y psicológica de las personas que las padecen y de sus cuidadores. Asimismo, generan cargas importantes de tipo económico y de trabajo en el equipo de salud.

Estas LPRCs agrupan alteraciones cutáneas tales como: úlceras por presión (UPPs), dermatitis asociada a la incontinencia (DAI) urinaria, fecal y/o mixta, daño de la piel relacionado con adhesivos de uso sanitario (MARSI, por sus siglas en inglés), escoriaciones y/o rasgaduras en piel (Skin Tears, por sus siglas en inglés) y otros, que se presentan generalmente en pacientes con edades extremas (ancianos y recién nacidos) o en aquellas personas que tienen algún tipo de limitación cognitiva y/o de movilidad, con estancia prolongada de hospitalización y de reposo en cama (5). Se evidencia que dichas alteraciones cutáneas, son causadas generalmente por estancia prolongada en los centros de hospitalización, siendo este un factor fundamental para la aparición de este tipo de lesiones.

En este sentido, el objetivo del presente estudio se centra en realizar una revisión bibliográfica, en la temática de lesiones de piel relacionadas con adhesivos y dispositivos médicos, conociendo cuáles son sus características más comunes y sus causas.

Metodología

Estrategias de búsqueda:

Estudio transversal, donde se realizó una búsqueda bibliográfica de artículos

originales y más relevantes publicados en las bases de datos como PubMed, Scielo, Elsevier, Scient Direct, FECYT, Embase, Ovid Nursing y Medline. Los cuales fueron consignados en una matriz de revisión documental sumando un total de 50 artículos sobre, lesiones de piel relacionadas con adhesivos y dispositivos médicos en idioma inglés y español, durante el periodo comprendido entre enero de 2012 y mayo de 2018. Los términos empleados para la búsqueda fueron los siguientes: Lesiones cutáneas, adhesivos tisulares, dispositivos médicos y úlceras por presión

Criterios de inclusion:

- Artículo original de investigación
- Artículo de revisión
- Publicación menor a 6 años

Criterios de exclusión

- Artículos con publicación mayor a 6 años.
- Artículos que contenían solo el tema sobre úlceras por presión

Resultados

En la actualidad las heridas también pueden ser tratadas mediante suturas, las grapas y apósitos interactivos fijados por adhesivos tisulares. Éste último su uso es cada vez más frecuente por cumplir con un gran número de ventajas. Desde hace años se viene investigando en otros materiales que eviten el uso de la sutura convencional en la piel (3). Desde 1949 se han utilizado los adhesivos de la familia de los cianoacrilatos

y en 1959 se documentó su uso clínico (6). Hoy en día su uso se ha generalizado de tal manera que se utiliza en servicios de cirugía plástica, oftalmología, traumatología, cirugía general, neurocirugía, entre otras especialidades, lo cual evidencia que la respuesta por parte del paciente al uso de estos compuestos es exitosa.

Pese a esto, existen casos en los cuales dichas sustancias han generado reacciones alérgicas, generando heridas, catalogadas como, una pérdida de continuidad de la piel (7). Estas se pueden clasificar con base en varios criterios, como el mecanismo de acción, el aspecto de la herida, el compromiso de otras estructuras no cutáneas, si existe pérdida de sustancia o no, si penetra en alguna cavidad o según el grado de contaminación (8). Para la construcción de este artículo de revisión se incluyeron tipos de heridas como: quirúrgicas, limpias, no contaminadas, sin pérdida de sustancia dado que se tratan sobre los adhesivos médicos tales como: cintas adhesivas, los adhesivos de los electrodos para electrocardiografía, y los adhesivos para ostomías y dispositivos clínicos como: máscara venturi (MV), mascarilla de nebulización (MNBZ), máscara reservorio (MR), tubo traqueotomía (TQT), Tubo endotraqueal (TET), sonda orogástrica (SOG), sonda nasoyeyunal (SNY), sonda nasogástrica (SNG), sonda vesical (SV); electrodos (EM), tensiómetro, pulsioxímetro, cables de monitor; sonda rectal (SR), interfaces de ventilación mecánica no invasiva (VMNI) y sujeciones.

Adhesivos Tisulares

Los adhesivos tisulares generan una película impermeable que una vez aplicados sobre la herida quirúrgica mantiene los bordes juntos hasta que se produce la cicatrización, lo que ayuda a disminuir el riesgo de infección de las heridas tratadas (9). Por tal motivo, han venido ganando campo dado su nivel de asepsia en comparación con otros métodos y productos

El desarrollo de este método de tratamiento es importante en la medida en que pueda ofrecer ventajas a los pacientes, aumentando su calidad de vida (10). La introducción de los adhesivos en cirugía ha sido recibida con un gran entusiasmo inicial, ya que parece que puede conseguir una resistencia de tensión equivalente a cualquier sutura, con mejor aspecto estético de la cicatrización final y una tasa de infección menor (10). Teniendo en cuenta que el tema estético hoy por hoy es un tema de suma importancia para la sociedad.

Dada la amplia variedad de adhesivos tisulares que existe en el mercado es necesario disponer de conocimientos suficientes para poder evaluar estos materiales bajo criterios de eficacia, seguridad y eficiencia. Es aquí donde el farmacéutico adquiere un papel fundamental como especialista en el medicamento y en productos sanitarios (11).

Según su origen se clasifican en tres tipos de adhesivos tisulares: biológicos, semisintéti-

cos y sintéticos. Su empleo en la medicina permite simplificar procedimientos quirúrgicos y brinda mayor comodidad al paciente (12).

Tipos de adhesivos tisulares

Adhesivos Biológicos

Algunas de sus propiedades más importantes son: fuerte adhesión de los tejidos en forma fisiológica, fijación de suturas convencionales, absorción rápida y hemostasia en pacientes de alto riesgo con problemas de coagulación.

No obstante, presentan algunos inconvenientes como: toxicidad ya que pueden producirse reacciones de hipersensibilidad de tipo alérgico, transmisión de enfermedades infecciosas, complicaciones tromboembólicas, degradación en contacto con soluciones que contengan alcohol, yodo o metales pesados y necesidad de preparación en algunos casos.

Atendiendo a su composición se consideran los siguientes subgrupos.

Fibrina y derivados: Los adhesivos de fibrina combinan fibrinógeno y trombina. Estos componentes son suministrados por separado con un sistema de liberación de doble jeringa que los mezcla inmediatamente antes de su aplicación. Los compuestos interactúan durante la aplicación para formar un coágulo estable compuesto por fibrina (13).

La fortaleza mecánica del adhesivo viene determinada principalmente por la concentración de fibrinógeno. La proporción relativa de trombina determina la rapidez de formación del coágulo y la fuerza de tensión del sello final. Algunos adhesivos incluyen pequeñas dosis de calcio, factor XIII o anti-fibrinolíticos como la aprotinina (14).

Proteínas polifenólicas: Se obtienen del molusco *Mytilus Edulis* y presentan gran adherencia incluso en presencia de agua. No obstante, están actualmente en desuso.

Trombina y derivados: Adhesivos compuestos por trombina y en ocasiones colágeno microfibrilar, en combinación con el plasma del propio paciente que contiene fibrinógeno y plaquetas. Durante el procedimiento quirúrgico se toman 10 cm³ de sangre del paciente y se centrifuga, recolectando el plasma en una jeringa. Este plasma es colocado en un sistema de liberación de doble jeringa combinándose durante la aplicación con trombina (y colágeno micro fibrilar). La presencia de plaquetas mejora la fuerza del coágulo y brinda factores de crecimiento para un fortalecimiento adicional del coágulo (15).

Adhesivos semisintéticos y sintéticos

Hay diversos subgrupos diferenciados por su composición.

Cianoacrilatos: son monómeros líquidos que forman polímeros en presencia de agua y consecuentemente pegan rápidamente

las superficies adyacentes entre sí. Los cianoacrilatos son capaces de mantener los tejidos en su lugar durante el tiempo necesario para que se lleve a cabo una correcta cicatrización. Un exceso de humedad (sangre, suero...) puede alterar esta unión (16).

Podemos distinguir dos tipos de cianoacrilatos basándonos en la longitud del radical carboxilo del polímero, ya que esta variación estructural influye significativamente en sus propiedades clínicas. Los de cadena corta (metil- o etil) se degradan muy rápidamente in vivo, y el formaldehído producido causa una rápida toxicidad tisular. Estos derivados han sido retirados del uso médico. Los de cadena larga (butil-, hexil- y octil-) son menos citotóxicos, por presentar una degradación más lenta, sin alcanzar una concentración de formaldehído superior a la que presenta la sangre de forma habitual (1).

Polímero derivado de la resorcina/ gelatina:

Están formados por una combinación de gelatina y resorcina activadas con formaldehído o glutaraldehído los cuales producen una polimerización del colágeno que endurece los tejidos con los que entra en contacto, produciendo asimismo una buena adherencia de estos, lo que los hace más fáciles de suturar y cohibe hemorragias (16).

Polietilenglicol: Los adhesivos de polietilenglicol son hidrogeles formados por redes poliméricas capaces de absorber

una cantidad significativa de agua. Constan de varios componentes para la preparación y administración de un sellador sintético absorbible. El sellador se compone de dos soluciones en jeringas separadas que se mezclan a medida que los materiales salen por la punta del aplicador (16).

Alergia a los adhesivos médicos

La alergia a los adhesivos médicos incluye las resultantes de las cintas adhesivas, los adhesivos de los electrodos para electrocardiografía, y los adhesivos para ostomías. Las cintas adhesivas médicas están compuestas por un adhesivo acrílico totalmente polimerizado sensible a la presión (ASP), un respaldo (por lo general de tela, papel o plástico), y un revestimiento de liberación. Cada uno de estos componentes puede teóricamente contener ingredientes que pueden provocar una reacción alérgica o irritativa. La composición de la ASP y el respaldo varían con el propósito de las cintas adhesivas (18). Esta reacción alérgica a los adhesivos médicos, hacen que exista un alto riesgo de daño en la integridad de la piel del paciente, por lo tanto, se deben de estudiar muy bien las historias clínicas y realizar una valoración individualizada antes de escoger el adhesivo.

Úlceras por presión (UPP)

Por otro lado, las úlceras por presión (UPP) son áreas localizadas de destrucción tisular causadas por la compresión mantenida de los tejidos blandos entre los relieves óseos y una superficie externa rígida, que entre 2 y 6

horas llegan a comprometer el flujo capilar causando la lesión. Estas lesiones van a afectar no solamente a la piel, sino también al tejido celular subcutáneo, e incluso hasta el tejido muscular y las estructuras óseas y tendinosas en las lesiones más graves (19).

En la actualidad, estas lesiones cutáneas son un problema de salud común y de gran impacto sanitario en los diferentes entornos de atención sanitaria a nivel mundial, especialmente en las unidades de cuidados intensivos. Son numerosos los estudios que evidencian que las UPP se pueden producir en apenas unas pocas horas y tardar varios meses en curarse (20).

Definición de úlceras por presión

El GNEAUPP, en Mayo de 2014 propuso definir las úlceras por presión como: “Una lesión localizada en la piel y/o el tejido subyacente por lo general sobre una prominencia ósea, como resultado de la presión, o la presión en combinación con las fuerzas de cizalla. En ocasiones, también pueden aparecer sobre tejidos blandos sometidos a presión externa por diferentes materiales o dispositivos clínicos”(21).

Dispositivos clínicos

Dentro de los dispositivos más comunes, que pueden causar UPP en zonas adyacentes al dispositivo en cualquier parte del cuerpo, se encuentran entre otros: máscara venturi (MV), mascarilla de nebulización (MNBZ), máscara reservorio (MR), tubo traqueotomía (TQT), Tubo endotraqueal

(TET), sonda orogástrica (SOG), sonda nasoyeyunal (SNY), sonda nasogástrica (SNG), sonda vesical (SV); electrodos (EM), tensiómetro, pulsioxímetro, cables de monitor; sonda rectal (SR), interfaces de ventilación mecánica no invasiva (VMNI) y sujeciones.

UPP por dispositivos clínicos

A nivel internacional, The National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP) celebró una Conferencia de Consenso sobre el estadiaje de Úlceras de Presión del 8 al 9 de abril de 2016 en Chicago. Los asistentes a la conferencia fueron informados de que el grupo de trabajo de preparación estableció dos nuevas definiciones de lesiones por presión: lesión por presión relacionada con el dispositivo médico y lesión por presión en la membrana mucosa. Lesión por presión relacionada con el dispositivo médico “es el resultado del uso de dispositivos diseñados y aplicados con fines diagnósticos o terapéuticos. La lesión de presión resultante generalmente se ajusta al patrón o forma del dispositivo”(22).

La UPP asociadas a dispositivos clínicos, son consideradas como úlceras iatrogénicas. Éstas son causadas por el efecto del contacto de dicho dispositivo con la piel del paciente. Conllevan una pérdida de la superficie epitelial causada por el mecanismo de presión y roce derivada del uso de materiales o dispositivos en el tratamiento de un proceso primario y/o urgencia. La presencia de éste puede resultar inofensivo, pero su uso indebido o prolongado puede ser el

causante de lesiones relacionadas en la piel y tejidos subyacentes del paciente.

Recientemente, en mayo de 2014, el Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas (GNEAUPP) publicó el documento técnico No II (23) que incorpora la posibilidad de que estas lesiones aparezcan también sobre tejidos blandos sometidos a presión externa por distintos materiales o dispositivos clínicos usados con fines diagnósticos o terapéuticos (p. ej., sonda nasogástrica, tubo endotraqueal, catéter urinario, etc.).

El único modelo sobre el mecanismo de producción de las UPP que se ha publicado en la literatura internacional es el realizado en 1987 por las Dras. Barbara Braden y Nancy Bergstrom (24). Aunque dicho modelo identifica diversos factores implicados en el desarrollo de las UPP, hasta el momento, este ha sido el único término empleado para designar tanto aquellas lesiones cuyo mecanismo causal es la presión, como aquellas que responden a etiologías distintas.

Las investigaciones llevadas a cabo en los últimos años sobre el tema llevaron a García-Fernández y cols. (25) al desarrollo de una nueva teoría enfermera de grado medio que incluía la construcción de un modelo que explica no solo el mecanismo de producción de las UPP, sino el de hasta siete tipos de lesiones distintas a las que denominaron lesiones relacionadas con la dependencia (LRD). Este término engloba las lesiones por presión-cizalla, las lesiones por roce-fricción

(LF), las cutáneas asociadas a la humedad (LESCAH) así como otros tres tipos de lesiones que resultan de su combinación (presión-humedad, presión-fricción y humedad-fricción). Por último, también se establece un tipo de lesión que se denomina multifactorial. Al hablar de LRD, los autores hacen referencia a la dependencia como único elemento en común que comparten todas ellas.

El término dependencia es inherente al paciente crítico. Y es este alto grado de dependencia el que lo convierte en vulnerable a la aparición de LRD. El grado de dependencia de los pacientes como elemento favorecedor de la aparición de lesiones ha sido reconocido recientemente por Balzer y cols. (26) en una investigación cualicuantitativa que evalúa qué características de los pacientes tienen en cuenta las enfermeras para valorar el riesgo de desarrollar UPP sin el empleo de una escala.

Las úlceras por presión (UPP) constituyen la complicación más prevenible y tratable que puede presentar cualquier paciente con movilidad reducida. El deterioro de la integridad cutánea y tisular de un individuo se puede presentar tanto si se encuentra en instituciones cerradas como en el ámbito domiciliario, y su aparición está ligada a la seguridad del paciente y a los cuidados proporcionados por los profesionales de enfermería, representando un grave problema no sólo a nivel de paciente, sino también de su entorno cuidador y de todo el sistema (27), (28).

Es importante anotar que actualmente hay productos a base de silicona libres de alcohol para proteger piel sana antes de aplicar el adhesivo de tal forma que al retirarlo la piel quede íntegra y también hay sustancias para retiro atraumático de adhesivos, de diferentes casas comerciales y en presentaciones de spray o sachets con toallas impregnadas de las soluciones. Terapia costo efectiva que disminuye la estancia hospitalaria, previene eventos adversos y disminuye los costos de la no calidad.

Discusión

Se logró constatar que el uso de adhesivos tisulares viene en aumento, adicional a esto las lesiones generadas por estos en su mayoría se da por reacciones alérgicas por otro lado, se evidencia que las lesiones en piel por dispositivos médicos, depende tanto del trato de los profesionales de la salud como del cuidado mismo del paciente.

Los métodos tradicionales de cierre de incisiones quirúrgicas se utilizan desde hace muchos años, sin embargo, estas técnicas no están desprovistas de dificultades, por lo tanto, es importante considerar nuevos avances que puedan ofrecer ventajas al paciente. La sutura de hilo ha sido el método clásico para el cierre quirúrgico de heridas, pero a través del tiempo se han incorporado nuevas opciones de cierre como son los adhesivos con base cianoacrilato. Cada vez son más las evidencias (29), (30) que se presentan sobre el uso de adhesivos en la práctica quirúrgica para el sellado de las heridas, fijación de apósitos y dispositivos

médicos exponiéndolos como una opción segura ante las suturas.

Un estudio demostró que el adhesivo tisular compuesto por uretano de lisina difiere con el de fibrina porque une los planos de tejidos, por lo tanto, reduce directamente el espacio muerto entre el colgajo de tejido y tejido subyacente. El adhesivo de uretano lisina es una alternativa segura y eficaz para drenajes en pacientes sometidos a abdominoplastia electiva y puede reducir el número de procedimientos invasivos posquirúrgicos requeridas para prevenir o tratar las complicaciones relacionadas con la acumulación de líquido. Asimismo, no es tóxico y su uso es seguro (10).

Otro autor demostró que los adhesivos tisulares tienen una excelente ventaja en las cirugías como la duroplastia reducida por tensión, con complicaciones mínimas en craneotomía descompresiva, es decir, que el pegamento adhesivo tisular (COMPONT) es una herramienta eficaz, segura y fiable por su capacidad de adhesión, buena permeabilidad y bajo riesgo de alergia (11). Otro estudio demostró que el uso de adhesivo tisular Tissucol Duo parece ser una opción segura y eficiente para el cierre conjuntival en trabeculectomía que simplifica el procedimiento quirúrgico y reduce la incomodidad del paciente en el periodo postoperatorio inmediato (12).

Otro autor demostró que el adhesivo tisular pegamento es un método eficaz de cierre de heridas en laceraciones pediátricas. Las tasas de complicaciones y la necesidad de

antibióticos son mínimas con el uso de este pegamento adhesivo tisular y es una forma muy económica de cierre de heridas en laceración pediátrica (13).

Un estudio demostró que el Tisuacryl® puede utilizarse con alta efectividad para el cierre de las heridas de 5 mm y 10 mm en la cirugía laparoscópica, sustituyendo a las suturas resultando menos traumáticas para el paciente (14).

Otro autor comprobó que el efecto del adhesivo autólogo de fibrina combinado con PRP en las ritidectomías reduce la incidencia de seromas, equimosis, epidermólisis, disminuye el tiempo de recuperación, y favorece a la cicatrización de los bordes de los colgajos. Además, proporciona un alto grado de satisfacción en los pacientes a corto, mediano plazo y largo plazo (15).

Otro estudio demostró que el uso de adhesivos tisulares en adultos y niños ofrece una alta perspectiva de éxito y efectividad para el cierre de heridas en piel y mucosas (16).

Un estudio demostró que el uso de los adhesivos y su efectividad va estar relacionado con la herida quirúrgica en la que sea usado, asimismo solo debería usarse adhesivos biocompatibles con propiedades mecánicas y químicas optimizadas para aumentar aún más la transferencia de carga y mejorar las reparaciones clínicas de los tendones, ligamentos y otras lesiones en los tejidos. (17).

Otro autor evidenció que la fijación de la malla con pegamento cianoacrilato es un procedimiento seguro que causa menos dolor postoperatorio temprano y tardío que la fijación de sutura clásica en la reparación de malla abierta de las hernias inguinales (18).

De acuerdo con lo anterior, total de artículos analizados el 80% demostró que el adhesivo tisular para el cierre de heridas quirúrgicas es eficaz, y el 20% demostró que es eficaz si se usa con una sutura convencional para reforzar el cierre de la herida quirúrgica. Asimismo, el 90% de adhesivos tisulares son de origen sintético derivados del cianoacrilatos y el 10% es de origen biológico derivado de la fibrina, y no se encontró estudios que hacen referencia a adhesivos tisulares semisintéticos.

De lo mencionado, se puede evidenciar que el adhesivo tisular es eficaz para el cierre de heridas quirúrgicas, en diferentes tipos de intervenciones, desde cirugías oculares, cirugía abierta y cirugías laparoscópicas. Asimismo, cabe resaltar que un adhesivo no reemplaza a una sutura, pero si tiene muchos beneficios frente a ellas, debido a su rapidez en la cicatrización, menos riesgo de infección y mayor satisfacción del paciente.

Ahora bien, Las UPP son un problema común en todos los países y niveles asistenciales de salud; afectan a personas de todos los grupos de edad y producen elevados costos tanto a nivel de sufrimiento individual y familiar como a nivel socioeconómico de consumo de recursos. Su carácter iatrogénico plantea

que su aparición es evitable y, por este motivo, son indicadores de calidad científico-técnica en el ámbito de la atención primaria y en el de la atención especializada (40).

Un estudio de prevalencia antes y después de la implementación de un programa de prevención de UPP adquiridas en el Hospital (HAPUS) determinó que el cuidado de la piel es un factor determinante en el desarrollo de una UPP después del adecuado uso de una EVRUPP y por ello debe realizarse una descripción minuciosa en los registros de enfermería de la integridad de la piel, el color, la temperatura y la turgencia (41), (42).

Se considera que las lesiones de piel son prevenibles, especialmente las UPP en un 98 %, (3) demostrado por Gaurav & Jammala al obtener una tasa de 0 % de UPP en una Unidad de Cuidado Intensivo (UCI) en India, otras estrategias como los cambios de posición, la educación práctica, el uso de recursos visuales en lugares estratégicos, el adecuado uso de las escalas de valoración, los diagramas de decisión, entre otros, lograron un impacto positivo al disminuir la prevalencia e incidencia de lesiones de piel (42), (43).

Los individuos afectados en mayor medida por UPP en función de los resultados obtenidos en el presente estudio fueron mujeres, adultos mayores, pacientes con enfermedades cardiovasculares o con algún tipo de incontinencia y personas con sobrepeso. Los últimos 4 son considerados como factores de riesgo de desarrollar estas lesiones, según diversos protocolos

y guías de práctica clínica (44), por lo que los resultados de este estudio confirman que los pacientes que presentan dichos factores son más vulnerables al desarrollo de UPP que otros individuos. Del mismo modo, se registró que los individuos valorados con riesgo alto según la Escala de Braden fueron los que más se vieron afectados por UPP (poco menos de la mitad), lo que aporta evidencia de la utilidad que representa dicha escala para predecir el desarrollo de estas lesiones en pacientes hospitalizados (45).

En el análisis de los datos adicionales relacionados con las UPP en el presente estudio, se reportó que la aparición de UPP fue más alta en el sexo masculino con un porcentaje del 67%, resultado que concuerda con estudios realizados en diferentes lugares del mundo. Flores y cols., (2010) reportan el 58,3% de prevalencia en una institución de cardiología de México. En Brasil (46) se reportó el 66,7% de prevalencia en un hospital universitario de mediana complejidad.

En este sentido uno de los factores fundamentales es el cuidado brindado por los profesionales de enfermería, ya que se considera que las UPP son “un evento adverso, resultante de las intervenciones realizadas o no realizadas a los pacientes” (47), entre las que se incluyen tanto medidas preventivas como acciones enfocadas al tratamiento de dichas lesiones.

El avance de las prácticas efectivas para la prevención basadas en la evidencia han avanzado durante los últimos años y

deben establecerse las mejores formas de implementación para lograr que dichas intervenciones tengan un mayor impacto, teniendo en cuenta esto, Garofani y cols. (48) establecen que falta evidencia científica que sustente y mejore el juicio clínico frente a la toma de decisiones clínicas respecto a las lesiones por fricción que generan los adhesivos y la existencia de una falta de conciencia del personal de salud con este tipo de heridas que son consideradas como un evento adverso prevenible en la mayoría de los casos.

La toma de conciencia a la hora de seleccionar el adhesivo adecuado para pacientes críticos y de edades extremas son fundamentales en la implementación de planes de cuidado con evidencia científica necesarios para abolir el problema de las lesiones asociadas al uso tecnologías adhesivas de uso sanitario (MARSI) para así ayudar en la reducción de estas heridas asociadas al cuidado de salud (49), (50).

Conclusiones

Los pegamentos sintéticos a base de cianoacrilatos pueden emplearse en diferentes tratamientos, sin riesgo de migración de estas ni de altas tasas de daños. Si bien su empleo supone una tasa más baja de neuralgia crónica, se necesitan más estudios para averiguar los distintos factores que pueden influir en el desarrollo de esta neuralgia como son la edad del paciente, la presencia de dolor preoperatorio y la incisión a realizar.

El uso de adhesivos titulares ofrecen una alta perspectiva de éxito para el cierre de heridas en piel y mucosas, si bien su uso puede representar un riesgo para una porción mínima de pacientes, en lo encontrado en la literatura apunta hacia una eficiente sutura de heridas que puede revolucionar este campo de la medicina, pese a esto se hace necesario generar mas información que permitan constatarlo como una método seguro en su totalidad para el paciente sin importar su condición, los cirujanos y la medicina en general deben conocer esta nueva forma de tratar una herida y a la hora de elegir un método tradicional o un adhesivo tisular deben valorar adecuadamente las características del paciente y las necesidades concretas de la cirugía a realizar para lograr determinar que técnica ofrece el máximo beneficio posible para el paciente y para la institución y en si para todo un sistema de salud.

Las UPP continúan siendo una evidencia clara de los manejos asociados con los pacientes que pasa por prolongadas estancias hospitalarias en unidades médicas, y se relacionan no solo con su elevada prevalencia e incidencia, sino por los traumas que genera en este y a su vez todos los recursos que demanda dicho cuidado por parte del personal médico, estas forman una problemática constante en el sistema de salud. Los estudios referentes a la prevalencia y contexto de las UPP son una fuente de información importante que permite visualizar la situación real de dicha problemática e incentiva la implementación de medidas educativas que sensibilicen al

equipo de salud sobre la atención segura al paciente, la implementación de medidas para la prevención de las UPP y la formulación de políticas institucionales que promuevan la seguridad del paciente, mejorando la calidad de la atención y de los servicios allí prestados.

En general, tanto los adhesivos como las UPP forman parte de una discusión que a la vista de la sociedad es relevante dado

que, desde el campo de la salud, se logran generar avances y soluciones que faciliten tanto los tratamientos y mejoren la calidad de vida de las personas que son tratadas en las instituciones de salud, siendo un acto de responsabilidad social.

Conflictos de interés

El autor declara no tener conflicto de interés alguno.

Referencias bibliográficas

1. Moreno-Egea A. Adhesivos tisulares sintéticos: lo que un cirujano de hernias y pared abdominal debe saber. *rev hispanoam hernia*. [internet] 2013 [citado 20 mayo 2018];1(3):117–127. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2255267713000078#bib0140>
2. Mikhail A, Luquero A, Reoyo F, Seco JL. Fijación del material protésico en la hernioplastia inguinal abierta: sutura vs. cola sintética. *Cir Esp*. [internet] 2012 [citado 20 mayo 2018];90:446-52. Disponible en: [10.1016/j.ciresp.2012.05.003](https://doi.org/10.1016/j.ciresp.2012.05.003)
3. García-Fernández FP, Soldevilla-Ágreda JJ, Pancorbo-Hidalgo PL, Verdú-Soriano J, López-Casanova P, Rodríguez-Palma M. Prevención de las úlceras por presión. Serie Documentos Técnicos GNEAUPP nº I. Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas. Logroño. [internet] 2014 [citado 20 mayo 2018]. Disponible en: <http://gneaupp.info/documento-prevencion-de-las-ulceras-por-presion/>
4. Lee DH, Gracely EJ, Aleem SY, Kutalek SP, Vielemeyer O. Differences of Mortality Rates between Pocket and Nonpocket Cardiovascular Implantable Electronic Device Infections. *Pacing Clin Electrophysiol*. [internet] 2015;38(12):1456-1463 [citado 20 mayo 2018];. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26351247>
5. García-Fernández FP, Soldevilla-Agreda JJ, Verdú-Soriano J, Pancorbo-Hidalgo P. A New Theoretical Model for the Development of Pressure. *Journal of Nursing Scholarship*. [internet] 2014 [citado 21 mayo 2018];46(1):28-38. Disponible en: <https://sigmapubs.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jnu.12051>
6. Torra-Bou, J. E., Verdú-Soriano, J., Sarabia-Lavin, R., Paras-Bravo, P., Soldevilla-Ágreda, J. J., García-Fernández, F. P. Las úlceras por presión como problema de seguridad del paciente. *Gerokomos*. [internet] 2016 [citado 22 mayo 2018];.27(4):161–167. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2016000400007
7. Testini M, Lissidini G, Poli E, Gurrado A, Lardo D, Piccinni G. A single- surgeon randomized trial comparing sutures, N-butyl-2-cyanoacrylate and human fibrin glue for mesh fixation during primary inguinal hernia repair. *Can J Surg*. [internet] 2010 [citado 21 mayo 2018];53(3):155-60. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2878998/#b18-1530155>

8. Moreno A. Adhesivos tisulares sintéticos: lo que un cirujano de hernias y pared abdominal debe saber. *Revista Hispanoamericana de Hernia*. 2013 Julio; 1(117-127). MedlinePlus. [internet].; 2017 [citado 21 mayo 2018]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2255267713000078>
9. Arias P, Arteché L, Queralt M. Adhesivos tisulares. *botplusweb*. [internet] 2012 [citado 21 mayo 2018]. Disponible en: <https://botplusweb.portalfarma.com/documentos/2011/3/21/46595.pdf>
10. Scognamiglio F, Travan A, Rustighi I, Tarchi P, Palmisano S, Marsich E, et al. Adhesive and sealant interfaces for general. *Research Gate*. [internet] 2015 [citado 22 mayo 2018];104(3). Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/275216236_Adhesive_and_sealant_interfaces_for_general_surgery_applications_Adhesive_and_sealant_interfaces_for_general_surgery_applications
11. Blanquer E, Selva J. Adhesivos tisulares. *Panorama Actual del Medicamento*. [internet] 2016 [citado 22 mayo 2018]; 40(391)(253-256). Disponible en: https://gruposedetrabajo.sefh.es/gps/images/stories/publicaciones/PAM_2016_391_26_253-256__Adhesivos_Tisulares.pdf
12. Mizrahi B, Weldon C, Kohane DS. Tissue Adhesives as Active Implants. *Stud Mechanobiol Tissue Eng Biomater*. [internet] 2012 [citado 22 mayo 2018]; 8, pp. 39-56. Disponible en: https://www.springer.com/cda/content/document/cda_downloadaddocument/9783642180644-c2.pdf?SGWID=0-0-45-1136141-p174094765
13. Webster J, Alghamdi A. Use of plastic adhesive drapes during surgery for preventing surgical site infection [internet] 2015 [citado 22 mayo 2018]; 8, pp.39-56. Disponible en: <http://cochranelibrary-wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD006353.pub4/abstract;jsessionid=1EBE9E755BBA7FBBD843AB03196E6A7C.f02t02>
14. Samuel P, Nicole S. Fibrin sealants: surgical hemostat, sealant and adhesive. *Expert Opin Biol Ther*. [internet] 2014 [citado 22 mayo 2018]; 14(6): 821-30. Disponible en: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1517/14712598.2014.897323?journalCode=iebt20>
15. Blanquer E, Adhesivos tisulares. *Panorama Actual del Medicamento*. [internet] 2016 [citado 22 mayo 2018]; 40(391)(253-256). Disponible en: <https://botplusweb.portalfarma.com/documentos/2016/4/22/97935.pdf>

16. Selva J. Revisión y clasificación de adhesivos y hemostáticos. Panorama Actual del Medicamento. [internet] 2016 [citado 22 mayo 2018]; 40(391)(253-256). Disponible en: <http://docplayer.es/45540512-Adhesivos-tisulares-estefania-blanquer-rodriguez-y-juan-selva-otaolaurruchi.html>
17. Mattamal G. J. FDA perspective on the regulation of cyanoacrylate polymer tissue adhesives in clinical applications. Division of General, Restorative, and Neurological Devices. Office of Device Evaluation. [internet] 2013 [citado 22 mayo 2018]. Disponible en: <http://folk.ntnu.no/skoge/prost/proceedings/aiche-2005/topical/pdffiles/TH/papers/277a.pdf>
18. Smith SM, Zirwas MJ. Non allergic reactions to medical tapes. Dermatitis. [internet] 2013 [citado 22 mayo 2018];26(1):38-43. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25581669>
19. Gonzalez H. Unidades de heridas en España. Universidad de Alicante. [internet] 2017 [citado 22 mayo 2018]; Disponible en: https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=5&ved=0ahUKewjr-2b3Z26fbAhVFp1kKHQ_jACMQFgg9MAQ&url=https%3A%2F%2Frua.ua.es%2Fdspace%2Fbitstream%2F10045%2F69973%2F1%2Ftesis_hector_gonzalez_de_la_torre.pdf&usq=AOvVaw15O-cA1W8hSwds6bpzet7y
20. Fernandez F, Casanova P, Gómez T, Agreda J., Soriano J. Unidades Multidisciplinares de Heridas Crónicas: Clínicas de Heridas. Gneapp. [internet] 2012 [citado 23 mayo 2018];(1):2-20. Disponible en: <http://gneapp.info/unidades-multidisciplinares-de-heridas-cronicas-clinicas-de-heridas/>
21. Blanco Zapata RM, Lopez Garcia E, Quesada Ramos C, Garcia Rodriguez MR. Guía de recomendaciones basadas en la evidencia en Prevención y Tratamiento de las Ulceras por presión en adultos. Osakidetza. [internet] 2015 [citado 23 mayo 2018];50 Disponible en: https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/osk_publicaciones/es_publici/adjuntos/enfermeria/3_guia_recomendaciones_ulceras.pdf
22. Foster J, Hager J, Kollef M. Guidelines for intensive care unit admission, discharge, and triage. [internet] 2015 [citado 23 mayo 2018];24(4):358-9. Disponible en: <https://insights.ovid.com/crossref?an=00003246-201608000-00015>

23. García-Fernández FP, Soldevilla Ágreda JJ, Pancorbo-Hidalgo PL, Verdú Soriano J, López-Casanova, P, Rodríguez-Palma M. Clasificación-categorización de las lesiones relacionadas con la dependencia. Serie Documentos Técnicos GNEAUPP n.o II. Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas. Logroño, [internet] 2014 [citado 23 mayo 2018]. Disponible en: <http://gneaupp.info/clasificacion-categorizacion-de-las-lesiones-relacionadas-con-la-dependencia-2/>.
24. Roca-Biosca A, García-Fernández F Chacón-Garcés S, Rubio-Rico L, Molina-Fernández Marí, Anguera-Saperas L et al . Identificación y clasificación de las lesiones relacionadas con la dependencia: de la teoría a la práctica clínica. Gerokomos [Internet]. 2015 Jun [citado 2018 Mayo 28] ; 26(2): 58-62. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2015000200005&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/S1134-928X2015000200005>
25. Garcia-Fernandez FP, Agreda JJ, Verdu J, Pancorbo-Hidalgo PL. A new theoretical model for the development of pressure ulcers and other dependence-related lesions. J Nurs Scholarsh. [internet] 2014 [citado 23 mayo 2018];46(1):28-38. Disponible en: <https://sigmapubs.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jnu.12051>
26. Balzer K, Kremer L, Junghans A, Halfens RJG, Dassen T, Kottner J. What patient characteristics guide nurses' clinical judgement on pressure ulcer risk? A mixed methods study. Int J Nurs Stud. [internet] 2013 [citado 24 mayo 2018];51(5):703-16. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0020748913002666>
27. Osakidetza. Coordinación de Programas de Salud Pública y Seguridad del Paciente. Dirección de Asistencia Sanitaria. Estrategia de Seguridad del Paciente 2013-2016. Vitoria-Gasteiz 2013. Osakidetza. Coordinación de Programas de Salud Pública y Seguridad del Paciente. Dirección de Asistencia Sanitaria. Estrategia de Seguridad del Paciente 2013-2016. Vitoria-Gasteiz [internet] 2013 [citado 26 mayo 2018]. <http://www.osakidetza.euskadi.net>
28. Osakidetza, Coordinación de Programas de Salud Pública y Seguridad del Paciente. Dirección de Asistencia Sanitaria. Iniciativa para el avance en la gestión de las Úlceras por Presión en las organizaciones de servicios de Osakidetza. [internet] 2014 [citado 26 mayo 2018]
29. Lins R, Gomes R, Santos K, Silva P, Silva R, Ramos I. Use of cyanoacrylate in the coaptation of edges of surgical wounds. An Bras Dermatol. [internet] 2012 [citado 26

mayo 2018];87(6):871-6. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3699926/>

30. Siddiqui D, Lacuna E, Chen H, Chauhans S. Skin Closure of Pfannenstiel Incision with Dermabond, Staples or Suture during Cesarean Delivery: Experience of a Single Attending. *Am J Perinatol.* [internet] 2013 [citado 26 mayo 2018];30(3):219-24. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22875661>
31. Hunstad P, Michaels J, Burns J, Slezak S, Clower D. Un Ensayo Prospectivo, Aleatorizado, Multicéntrico Evaluando un Nuevo Adhesivo de Uretano Derivado de Lisina en un Procedimiento Quirúrgico de Aleta Grande sin Drenajes. *Aesthetic Plast Surgery.* [internet] 2015 [citado 24 mayo 2018]; 39(4)(616–624). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4503854/>
32. Zhou Y, Wang G, Liu J, Du Y, Wang L, Wang X. Aplicación del pegamento . adhesivo médico component para la Duraplastia reducida por tensión en la craneotomía descompresiva. *Med Sci Monitor.* [internet] 2016 [citado 26 mayo 2018]; 22(3689–3693). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5072381/>
33. Martinez J, Rayward O, Saenz Frances F, Mendez C, Santos E, Garcia J. Uso de un adhesivo de fibrina para cierre conjuntival en Trabeculectomía. *Acta Ophthalmologica.* [internet] 2013 [citado 27 mayo 2018]; 91. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/j.1755-3768.2012.02436.x>
34. Balaji J, Saravanan M, Indhumathi K. Eficacia del adhesivo celular (histoacryl) . en el manejo de heridas laceradas en niños. *J of Evolution of Med and Dent Sci.* [internet] 2013 [citado 26 mayo 2018]; 3(2278-4748). Disponible en: https://jemds.com/data_pdf/1_jeya%20balaji.pdf
35. Roque R, López A, Pereira J, Peña R, Guerra R, Barreras J. Efectividad del . adhesivo tisular Tisuacryl® para el cierre de heridas cutáneas en cirugía laparoscópica. *Revista Cubana de Cirugía.* [internet] 2012 [citado 27 mayo 2018]; 50(2)(179-186). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932011000200005
36. Hernández I, Rossani, G, Castro-Sierra, R. Beneficios del adhesivo autólogo de fibrina y PRP en ritidectomía. *cirugía plástica ibero-latinoamericana.* [internet] 2015 [citado 27 mayo 2018]; 41(3)(241-258). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0376-78922015000300005

37. Monteagudo A, Mora I, Eugenia R, Osmin T, Hidalgo T, Gutierrez A. Uso de adhesivos tisulares para el cierre de heridas. *Revista Cubana de Salud Pública*. [internet] 2016 [citado 27 mayo 2018]; 42(2)(306-317). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662016000200013
38. Dumville C, Coulthard P, Worthington H, Riley P, Patel N, Darcey J, et al. Adhesivos tisulares para el cierre de incisiones quirúrgicas. *Cochrane Wounds Group*. [internet] 2013 [citado 27 mayo 2018]; 5. Disponible en: <http://www.biblioteca.cochrane.com/BCPGetDocumentForPrint.asp?DocumentID=CD004287>
39. Domenico G, Tognoni V, Tristram Z, Macciocchi F, Innocenti P. Uso del . adhesivo de cianoacrilato versus fijación de sutura de malla en hernia inguinal. *Gastroenterology & Hepatology: Open Access*. [internet] 2015 [citado 28 mayo 2018]; 2. Disponible en: <http://medcraveonline.com/GHOA/GHOA-02-00054.php>
40. Lorenzo T, Lozano H, Merino S, Manuela Núñez Irina Peláez M.. Factores de riesgo asociados al desarrollo de úlceras por presión en unidades de cuidados intensivos de adultos: revisión sistemática. *Med Intensiva*. [internet] 2017 [citado 28 mayo 2018]; 41(6):339-46. Disponible en: <http://medintensiva.org/en/factores-riesgo-asociados-al-desarrollo/articulo/S0210569116301887/>
41. Mallah Z, Nassar N, Kurdahi Badr L. The Effectiveness of a Pressure Ulcer Intervention Program on the Prevalence of Hospital Acquired Pressure Ulcers: Controlled Before and After Study. *Appl Nurs Res*. [internet] 2015 [citado 28 mayo 2018];28(2):106-13. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25190271>
42. Armour-Burton T, Fields W, Outlaw L, Deleon E. The Healthy Skin Project: Changing Nursing Practice to Prevent and Treat Hospital-Acquired Pressure Ulcers. *Crit Care Nurse*. [internet] 2016 [citado 28 mayo 2018] 33(3):32-9. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23727850>
43. Kelleher AD, Moorer A, Makic MF. Peer-to-Peer Nursing Rounds and Hospital-Acquired Pressure Ulcer Prevalence in a Surgical Intensive Care Unit, Quality Improvement Project. *J Wound Ostomy Continence Nurs*. [internet] 2012 [citado 28 mayo 2018];39(2):152-7. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22415120>
44. Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat. Guía de práctica clínica para el cuidado de personas con úlceras por presión o riesgo de padecerlas. Valencia: Generalitat

Valenciana. Conselleria de Sanitat; 2012. Disponible en: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_520_Ulceras_por_presion_compl.pdf

45. Tizón E, Espino P. Guía de práctica clínica para el cuidado de personas con úlceras por presión o con riesgo de padecerlas: Generalitat Valenciana, 2013. Gerokomos [Internet]. [internet] 2014 [citado 28 mayo 2018]; 25(1): 53-54. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2014000100013&lng=es
46. Rogenski N, Kurcgant P. The incidence of pressure ulcers after the implementation of a prevention protocol. Rev. Lat Am. Enfermagem. [internet] 2012 [citado 29 mayo 2018];20:333-9. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692012000200016
47. Vela-Anaya G. Magnitud del efecto adverso. Úlceras por presión. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc. [internet] 2013 [citado 29 mayo 2018];21:3-8. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2013/eim131b.pdf>
48. Domansky R, Lima Borges E, Nascimento DM, Paulino Fernandes F, Picolo Peres G, Strazzieri-Pulido KC, et al. Manual para prevención de lesiones de piel: recomendaciones basadas en evidencias. Río de Janeiro: Editora Rubio; [internet] 2012 [citado 29 mayo 2018]. Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/sites/all/static/guiasclinicas/525GER.pdf>
49. McNichol L, Lund C, Rosen T, Gray M. Medical Adhesives and Patient Safety: State of the Science. Consensus Statements for the Assessment, Prevention, and Treatment of Adhesive-Related Skin Injuries. J Wound Ostomy Continence Nurs. [internet] 2013 [citado 29 mayo 2018];40(4):365-80. Disponible en: https://pdfs.semanticscholar.org/56d2/cf40c16f0c641227ecd270911cc0a3deb06e.pdf?_ga=2.245229639.354039529.1527626801-623888141.1527626801
50. Lund C. Medical Adhesives in the NICU. Newborn & Infant Nursing Reviews. [internet] 2014 [citado 29 mayo 2018];14(4):160-165. Disponible en: <http://daneshyari.com/article/preview/2673183.pdf>

Creencias sobre lactancia materna y covid-19 en puérperas en una IPS-Barranquilla

Merilyn Guerra Ramirez¹, Indiana Rojas Torres², Angelica García- Moreno³,
María Schoonewolff-Ariza⁴, Keyner Ramirez-Cepeda⁵

Resumen:

Objetivo

Durante la pandemia COVID-19 se establecieron cambios en la situación sanitaria a nivel mundial, lo que provocó modificaciones en el cotidiano de mujeres en el puerperio, que pudieron incidir en la práctica de lactancia materna, el objetivo del presente estudio fue describir las creencias sobre lactancia materna frente del Covid-19 en puérperas en una Institución De Salud en Barranquilla 2021-2022.

Metodología

Estudio cualitativo descriptivo con enfoque etnográfico, muestreo por pertinencia y adecuación, uno de los principios que orientó el estudio fue la saturación. Participaron 7 puérperas hospitalizadas, como informantes claves, a 4 personas del equipo de enfermería como informantes generales. La obtención y análisis de la información se realizó mediante la guía de análisis de datos de las fases de la etnoenfermería, puesto por M. Leininger y la entrevista en profundidad.

Como citar este artículo: Guerra Ramirez Merilyn, Rojas Torres Indiana, García- Moreno Angelica, Schoonewolff-Ariza María, Ramirez-Cepeda Keyner. Creencias sobre lactancia materna y covid-19 en puérperas en una IPS-Barranquilla. Revista Cultura del Cuidado Enfermería. 2022; 19(2): 59-74.

13 Profesora programa de enfermería, Enfermera, Magister en enfermería, Universidad Simón Bolívar, mguerra@unisimonbolivar.edu.co, Orcid 0000-0002-9398-5317

2 Profesora programa de enfermería, Enfermera, Magister en administración de empresas e innovación Universidad Simón Bolívar, Orcid 0000-0002-2601-2363

3 Profesora programa de enfermería, Enfermera. PhD en Ciencias, Universidad Simón Bolívar, Orcid 0000-0003-2474-4381

4 Estudiante Programa de enfermería, semillero investigación, Universidad Simón Bolívar.

5 Estudiante Programa de enfermería, semillero investigación, Universidad Simón Bolívar.

Resultados

Cuatro temas fueron identificados: conocimiento sobre lactancia materna frente al COVID 19, lactancia materna y miedo frente al riesgo de COVID 19, proteger a mi hijo del COVID -19, apoyo que recibo frente al COVID 19 y lactancia materna.

Conclusiones

los resultados revelan que las puérperas poseen creencias frente a la práctica de lactancia en situación de pandemia por coronavirus, los hallazgos permiten obtener conocimiento específico que orienten a estrategias de cuidado congruentes con la actual situación.

Palabras clave

Lactancia materna, cultura, cuidado de enfermería, infección por coronavirus.

Beliefs about breastfeeding and Covid-19 in puerperal women in an IPS-Barranquilla

Abstract:

Objective

During the COVID-19 pandemic, changes were established in the health situation worldwide, which caused changes in the daily life of women in puerperium, this could affect the practice of breastfeeding, the objective of the present study was to describe the beliefs about breastfeeding against Covid-19 in puerperal women in a Health Institution in Barranquilla 2021-2022.

Methodology

Qualitative descriptive study with an ethnographic approach, sampling by relevance and adequacy, one of the principles that guided the study was saturation. Seven hospitalized puerperal women participated as key informants, and 4 people from the nursing team as general informants. The collection and analysis of the information was carried out using the data analysis guide of the ethno-nursing phases, proposed by M. Leininger and in-depth interview.

Results

Four topics were identified: knowledge about breastfeeding against COVID 19, breastfeeding and fear of the risk of COVID 19, protecting my son from COVID -19, support I receive against COVID 19 and breastfeeding.

Conclusions

The results reveal that puerperal women have beliefs regarding the practice of breastfeeding in a coronavirus pandemic situation, the findings allow obtaining specific knowledge that guides care strategies consistent with the current situation.

Keywords

Breast Feeding, culture, nursing care, Coronavirus Infections.

Introducción

La pandemia causada por coronavirus y establecida de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS) como COVID 19, provocada por el síndrome respiratorio agudo severo (SARS-CoV-2) se convirtió en poco tiempo en un evento de salud pública al día de hoy con dramáticas consecuencias globales que a la fecha no son posibles cuantificar (1).

Cabe señalar que a nivel mundial la ansiedad y la preocupación, a razón de la pandemia y la infección por coronavirus, se dio de manera exponencial teniendo en cuenta la rápida propagación del virus, las complicaciones que se podían desarrollar, las medidas para evitar el riesgo de exposición y los desafíos sociales, culturales, psicológicos, aunados a la desorientación e incluso discriminación para quienes padecieron del virus (2).

Una de las preocupaciones que mayor impacto pudo causar frente a quienes desarrollaron procesos importantes de vida en el curso de la pandemia COVID 19, estuvo expresada para quienes en su momento se encontraron en periodo de lactancia, pues frente a lo anteriormente descrito también se presentó la incertidumbre por el cuidado de sus hijos lactantes, la interrupción del proceso, el desconocimiento frente al manejo y, medios de protección o incluso de propagación del virus (3).

Investigaciones reportan que las emociones mediadas por la ansiedad, el estrés, la inseguridad y preocupaciones durante el

proceso de lactancia materna, causadas por posible conocimiento restringido sobre qué esperar, o quizás, que redes de apoyo emplear como soporte, que elementos de bioseguridad funcionaba para mediar la lactancia y el apego (4-5) pudo haber tenido impacto negativo en la instauración de las prácticas de lactancia materna en pandemia.

Es de señalar que las prácticas para el cuidado que algunas instituciones prestadoras de servicios de salud realizaban de manera respetuosa y que tomaban auge en los servicios sociosanitarios como, el acompañamiento de la pareja durante el parto, la promoción del contacto piel con piel en el binomio madre hijo, tanto en el parto como en las salas de maternidad y cuidado al neonato y desde luego en las salas de lactancia materna se vieron afectadas, debido a los lineamientos e indicaciones de confinamiento de la población y la clara necesidad de disminuir al máximo el impacto del virus en la población vulnerable(6).

Por otra parte, la experiencia del puerperio inmediato desarrollado en hospitalización y las acciones de cuidado a la puerpera y su hijo recién nacido, generalmente orientado bajo el acompañamiento del personal de enfermería, pero también por el cuidado de un familiar cercano, como madre, abuela, tías, hermanas, se vio afectado por causa de la pandemia y las medidas restrictivas de confinamientos y aislamiento social (7).

Por otra parte, es conocido que la leche materna se encuentra catalogado una de las principales barreras inmunológicas, que, de

manera completa, reciben los niños al nacer, por lo que la decisión de ejecutar la práctica de lactancia materna involucra beneficios tanto para la madre como para el lactante, incluso en aquellos casos que las madres estén enfermas con el SARS-Cov-2(8).

Asimismo, la lactancia materna temprana conlleva a múltiples beneficios para la salud, como mejorar la capacidad de defensa contra la infección, reducir el riesgo frente a enfermedades gastrointestinales y mejorar la tasa de supervivencia de los niños. Iniciar la lactancia materna tan pronto como sea posible y mantener la práctica, puede llegar a reducir la tasa de mortalidad neonatal en un 33% (9).

Teniendo en cuenta que la pandemia ha entregado cambios considerables en aspectos fundamentales y vitales en el cotidiano de las gestantes y puérperas, incluida la atención prenatal, el trabajo de parto y el parto, el periodo de lactancia y los cuidados en el posparto (10) es complejo definir las creencias y las prácticas en razón de la lactancia materna, que pueden tener las madres frente a un fenómeno de salud pública de importante magnitud e impacto que aun en la actualidad se desarrolla.

La información disponible que a la fecha existe sobre presencia de SARS-CoV-2 en la leche materna y el riesgo frente a la posible transmisión vertical materno-infantil, puede repercutir en el abordaje del binomio madre- hijo y la educación que desde enfermería puede brindarse para preservar

la práctica de lactancia materna en época de pandemia por COVID 19.

Tomando en cuenta las diferentes consideraciones descritas anteriormente y los reportes en la literatura sobre la importancia de la lactancia materna, es importante que desde enfermería se trabaje en el fortalecimiento de esta práctica, a partir de la educación al respecto, con el propósito de brindar cuidado de enfermería adecuado y congruente con las nuevas prácticas culturales transmitidas de generación en generación y modificadas o afectadas por la pandemia en el binomio madre- hijo.

El objetivo que orientó el presente estudio fue el de describir las creencias sobre lactancia materna frente del Covid-19 en puérperas en una institución de salud en Barranquilla 2021-2022.

Metodología

Estudio cualitativo descriptivo con enfoque etnográfico, basado en la etnoenfermería propuesta por Madeleine Lehninger el cual pretendió indagar elementos que permitieron conocer las creencias, prácticas, actitudes y valores frente al objeto de estudio.

La etnoenfermería se centra en el estudio de las creencias, los valores y las prácticas que se aplican en el abordaje o cuidado desde enfermería a partir de, conocimientos cognitivos o los subjetivos que tiene de ellos una cultura determinada, a través de las manifestaciones locales de las personas y que a su vez son expresadas por el lenguaje,

las experiencias, las convicciones y el sistema de valores (11).

Para la selección de las participantes del presente estudio se tuvo en cuenta el muestreo por pertinencia y adecuación, por tanto, no se emplearon reglas o criterios previos, uno de los principios que orientó el estudio fue la saturación, el cual emerge como parte de un proceso de análisis en que el investigador no ha encontrado nuevos datos en los grupos o sujetos investigados (12).

Las participantes estuvieron representadas por 7 mujeres en etapa de puerperio inmediato, hospitalizadas en una institución prestadora de servicios de salud de Barranquilla, como informantes claves, a su vez 4 personas del equipo de enfermería con experiencia en servicios de puerperio y maternidad representaron las informantes generales, las informantes decidieron participar de forma voluntaria, firmando el consentimiento informado. La información se obtuvo en un periodo comprendido entre septiembre de 2021 a marzo de 2022.

En relación con los criterios de inclusión establecidos:

Puérperas mayores de 18 años, en primera o multi gestación, casadas, en unión libre, sin alteración psicopatológica.

Para la recolección de la información se utilizó la entrevista en profundidad, la cual es considerada como una interacción entre dos personas, planeada y que respeta un

objetivo, en la que el entrevistado expresa su postura sobre un asunto y, el entrevistador, recoge e interpreta esa visión particular (13).

Previo a esta fase las investigadoras se presentaban, rompiendo el hielo informando el objetivo de su visita a las madres, realizando al tiempo una observación del contexto, de las interacciones que las madres tenían con sus hijos el servicio de maternidad, también fueron observadas las condiciones ambientales del escenario de investigación.

Posteriormente y a manera de conversación las investigadoras proponían el tema de manera que cada madre logró conversar y expresar su postura frente al tema sin cohibirse, al tiempo se consideraron las medidas de aislamiento necesarias, para no colocar mayor carga de angustia o ansiedad por todo lo que implica las relaciones o encuentros sociales en medio de la pandemia.

Cada entrevista fue grabada fielmente transcrita, la información obtenida junto con las notas de campo constituyó el insumo para el posterior análisis, para lo que se empleó la guía de análisis de datos de las fases de la etnoenfermería y las ideas de las madres acerca de las creencias y actitudes sobre la lactancia frente al Covid-19.

Una vez se realizó la entrevista a las madres, se contactó a las informantes generales las cuales estuvieron representadas en 2 enfermeras y 2 auxiliares de enfermería del servicio de maternidad, esta entrevista

se realizó contactando previamente al personal, y solicitando su consentimiento para la participación en la investigación, se estableció un horario y se realizó conversación mediante entrevista virtual en un periodo que no interfiriera con sus labores de cuidado en el servicio.

Posteriormente la información se organizó de acuerdo con las siguientes fases

Fase 1: recolección, descripción y documentación acerca de lo expresado por las madres (uso del diario de campo y computador).

Fase 2: se identificaron y categorizaron los descriptores y componentes que dieron lugar a códigos similares. identificación y categorización de los descriptores y componentes.

Fase 3: identificación de patrones recurrentes.

Fase 4: identificación de temas centrales y recomendaciones.

Para la ejecución de estas fases los descriptores se catalogaron en tablas, por similitud se fueron asignado colores de esta manera se estableció un código por descriptor, cabe señalar que para mantener la confidencialidad a cada entrevista le fue asignado un código numérico, de la siguiente manera: entrevista la letra E, párrafos transcritos en las entrevistas la letra P. Ejemplo: “Me cuidado, me lavo las manos

antes y después de tocar el cubrebocas”..., E3, P7: entrevista 3, párrafo 7

En relación con los aspectos éticos se consideraron los criterios de veracidad, fidelidad, reciprocidad, respeto a la autonomía, vulnerabilidad, beneficencia no maleficencia.

Los datos fueron revisados y posteriormente, se tuvo en consideración la información aportada por las informantes generales, lo cual tributa al estudio credibilidad y confirmación de los resultados identificados.

Resultados

Durante las entrevistas y su posterior interpretación se logró identificar aspectos particulares los cuales se describen continuación:

- La edad de las puérperas oscilaba entre 18 y los 35 años.
- De las 7 puérperas, 5 en unión libre con sus parejas y 2 casadas.
- En relación con el nivel educativo, 2 participantes en nivel educativo secundaria, 3 técnica o tecnológica y 2 nivel educación superior.
- Con relación a la religión la mayoría profesan religión católica.
- En cuanto el factor socioeconómico, la mayoría de las participantes eran madres trabajadoras independientes,

pertenecientes 5 a régimen subsidiado y 2 a régimen contributivo.

- En relación con el apoyo familiar, algunas refirieron, poder contar a la salida de la hospitalización con el apoyo de al menos un familiar cercano, sin embargo, en el servicio de hospitalización y por la situación de medidas de aislamiento, solo 2 disponían de apoyo de algún familiar en la habitación de hospitalización.
- En relación con la visión de la tecnología la mayoría de las madres disponían de dispositivos electrónicos como celulares

para la comunicación con sus familiares en el exterior.

- Con respecto a las informantes generales, todas contaban con más de 4 años de experiencia en el servicio de maternidad y puerperio.

El análisis de las entrevistas permitió, además, la identificación de cuatro temas los cuales aportan información primordial, para el ejercicio de enfermería y la gestión del cuidado en los servicios de puerperio y maternidad.

Tabla 1. Temas identificados

Tema 1: Conocimiento sobre lactancia materna frente al COVID 19.	Tema 2: Lactancia materna y miedo frente al riesgo de COVID 19.
Tema 3: Proteger a mi hijo del COVID 19.	Tema 4: Apoyo que recibo frente al COVID 19 y la lactancia materna.

Fuente: elaboración propia.

En el tema conocimiento sobre lactancia materna frente al COVID 19, las creencias de acuerdo con la agrupación de patrones similares identificadas estuvieron representadas en los siguientes descriptores.

“Imagínese señor, si la leche materna es sabido que es lo mejor para él bebe, yo sí creo que, si le doy senito, le paso anticuerpos a mi pelaito”. E1, P13

...” Yo siempre he escuchado que la leche materna es la vacuna natural, a mí me colocaron mi dosis antes de tener a mi hijo, creo que, a través de la leche, le paso un poquito de eso”. E3, P13.

“A mí en el control prenatal me dieron una charla y creo entender que la leche materna aun en este tiempo tan feo ayuda a mi niña a que ese virus maluco no le dé”. E5, P11.

Si bien las puérperas enfrentan un reto a la hora de mantener la práctica de lactancia materna en consideración a la pandemia por COVID 19, las creencias de las participantes del presente estudio sobre el conocimiento frente a los beneficios de la leche materna, incide para la permanencia y adherencia a la misma, es decir, consideran que puede aportar un elemento protector contra enfermedades infectocontagiosas, incluido la infección respiratoria por SARS-Cov-2.

En relación con el tema 2 lactancia materna y miedo frente al riesgo de COVID 19, algunas de las voces expresadas fueron:

“A mí el virus ese no me ha dado ni que me dé, siempre me he cuidado mi tapabocas y todo, me dolería mucho tener que estar lejos de mi bebe, así tan pequeño, me corre un escalofrío de solo pensarlo”. E4, P17.

“Yo sé que si yo me cuido a ninguna de las dos nos va a dar eso, por eso es que le doy su tética desde que nació en todo momento, me da miedo que el virus no de” E7, P19.

“A mí ya me dio ese coso en el primer pico, en ese momento me dio miedo, pero más miedo me da que a mi niña le dé, así que mientras yo me cuide, ella estará bien, por eso le doy seno, para ella este bien”. E5, P9.

Las participantes del estudio consideran que el recelo frente a una posible separación del recién nacido sobrepasa el miedo de transmitir el virus a sus hijos en caso de llegar adquirirlo, la mayoría de las puérperas creen que el temor mayor, es que se deban enfrentar a estar lejos de sus hijos. En las notas de campo se registró que algunas de las participantes, frente al tema se mostraron con facies de tristeza y angustia, como caída de las comisuras labial, cejas hacia el centro sobre la nariz, ojos vidriosos, evidenciando lo anteriormente descrito.

La creencia del adecuado cuidado de sí mismas, en las participantes del estudio y el conocimiento de las medidas de autocuidado en pautas generales frente al riesgo de adquirir coronavirus, aunado a la práctica apropiada de lactancia, de acuerdo

con la forma de pensar de las madres participantes, es suficiente para ayudar a generar protección a sus hijos recién nacidos.

En cuanto al tema 3: proteger a mi hijo del COVID -19, En la mayoría de las participantes, las creencias que ellas refieren no distan, del deseo de mantener y preservar pese a la época de emergencia en salud pública, la práctica de lactancia materna.

Las fuentes de información que emplearon las puerperas para las medidas generales de autocuidado frente al COVID 19 como redes sociales, informativos tipo periódicos y noticieros y la educación orientada en control prenatal en tele consulta, permitieron que sus creencias en relación a la protección que pueden brindar a sus hijos mediante el cuidado de sí mismas y empleando medidas de bioseguridad como lavado de manos, distanciamiento social, uso adecuado de cubre bocas e incluso la inmunización, se mantuvieran o potenciaran.

Pese a un nivel educativo medio, algunas de las participantes manifiestan el amor a sus hijos en el uso de prácticas que reflejan un sentido de protección.

Algunas de los descriptores identificados fueron:

“Yo no le doy seno sin lavarme las manos, ni dejo que si quiera alguien me la toque sin lavarse las manos”. E2, P23.

“Siempre me aseguro de tener bien puesto mi tapabocas, más cuando le doy teta... ..apenas que supe que me podía vacunar, lo hice, porque sabía que estando en la clínica hospitalizada el riesgo aumentaba, por eso me vacuné” E6, P12.

“Mis manos limpias, mi seno limpio, mi bebe limpio, es que si yo no lo protejo quien me lo va a proteger, mamá es mamá”. E1, P21.

“Es que, si con el primero no recibí visitas con este bebe menos, a mi cuarto que solo entrara mi mamá y yo y eso el tapabocas puesto todo el tiempo”. E3, P27.

Por otra parte, en referencia al tema 4 apoyo que recibo: COVID 19 y lactancia materna, las creencias de las madres participantes en el presente estudio, afirman la importancia del sistema familiar y el apoyo para el éxito de la lactancia materna (14).

Para ellas, el soporte brindado por el personal de enfermería en vista de las medidas restrictivas para visitas en el servicio de puerperio y el apoyo de un familiar cercano a quienes por protocolos permitieron el ingreso de un acompañante en sala de maternidad, se consideró de importancia para el cuidado de su hijo recién nacido en un periodo complejo en los servicios de asistencia sanitaria.

Algunas de las voces que dieron luz al tema fueron:

“La enfermera del turno de anoche fue un ángel, imagínese yo sola aquí porque no dejaron que nadie se quedara conmigo, si no es por ella, no sé qué hubiese hecho, si la leche casi ni me salía, ella fue tan paciente y me explico bien como era que tenía que pegarme él bebe al seno, no solo el pezón, todo el seno”. E3, P30.

“Este es mi primera hija, y menos mal que mi abuela ya me había dado trucos para hacer que le leche me saliera ella me decía date un masaje antes, yo me limpie y lo hice y me salió lechita”. E4, P27.

“A mi mama la dejaron quedarse, eso sí, le advirtieron que del cuarto no podía salir para nada, ni quitarse el tapabocas, ella se quedó y me ayudo cuando le fui a dar la teta a mi bebe, no fue fácil, pero lo hice”. E5, P15.

Para la mayoría de las participantes de este estudio, encontrar apoyo en su entorno, en este caso la habitación de hospitalización en el servicio de maternidad, represento una experiencia mucho más gratificante de lo que imaginaron pese a las medidas restrictivas de aislamiento y protocolos de bioseguridad.

Discusión

En relación con el tema conocimiento sobre lactancia materna frente al COVID 19, las creencias de las madres del estudio de continuar la adecuada practica de lactancia frente a la situación actual sanitaria a nivel mundial, no dista de lo reportado en la literatura en relación a las recomendaciones

para el desarrollo y la ejecución de esta práctica, investigaciones afirman que la actual pandemia de debe llevar al sector salud a reflexionar sobre la promoción de la lactancia materna con medidas correctas de control de infecciones, en aras de mitigar el contagio por gotículas y por contacto, incluso con las secreciones respiratorias de pacientes infectadas (incluidas las madres en puerperio)(15).

Por otra parte, en un estudio retrospectivo en mujeres con neumonía por COVID-19 durante el tercer trimestre del embarazo, el SARS-CoV-2 no se detectó en el líquido amniótico, ni en la leche materna de la madre; además, en muestra de hisopado faríngeo de seis neonatos también demostró ser negativo para el ARN del SARS-CoV-2 mediante PCR en tiempo real (16), lo cual soporta que con las medidas necesarias, la lactancia materna no debe interrumpirse.

En cuanto al tema 2 lactancia materna y miedo frente al riesgo de COVID 19, un reporte de caso en India, con mujeres puérperas en periodo de emergencia sanitaria indico que algunas pacientes se negaron a amamantar por temor a propagar la infección al bebé, a diferencia de las participantes del presente estudio, quienes en sus creencias se mantuvieron firmes en la decisión de lactar a sus hijos recién nacidos, además según el reporte anteriormente mencionado, se hace un claro énfasis en la importancia de comprender elementos de vulnerabilidad y elementos precipitantes (confinamiento, reportes de los medios, estigma, temores de infección por COVID

19, falta de rituales familiares, estrés económico)(17).

Un estudio llevado a cabo en un Hospital Privado Nisa, Estambul, Turquía describe que la prevalencia de los trastornos mentales, incluido el miedo a la COVID-19 entre las mujeres embarazadas pudieron haber representado una cifra importante, además el impacto de los problemas psicológicos en puérperas puede llegar a perturbar la relación madre- hijo e incluso afectar la práctica de lactancia materna (18).

En relación al miedo frente a una posible separación madre- hijo a causa del COVID 19, un estudio señala que la separación estresa a las madres y que apartar a las madres de sus hijos recién nacidos, esencialmente en el contexto de ser diagnosticadas con una enfermedad pandémica, puede llevar a ocasionar un sufrimiento significativo y además, se indica que el estrés fisiológico asociado podría empeorar el curso de la enfermedad de la madre (19).

A su vez, frente los hallazgos que identificaron el tema proteger a mi hijo del COVID -19, en relación a las creencias de las participantes sobre su visión de cómo proteger a su hijo recién nacido para evitar el contagio con COVID, se encuentran incluso acordes a las recomendaciones orientadas por la Organización Mundial de la Salud, en la que sugiere grandes beneficios y poca evidencia científica referente a la transmisión vertical del virus o por medio de la leche

materna, por tanto indican apoyan frente a la práctica de lactancia con el uso oportuno y adecuado de medidas preventivas para evitar el contagio(20).

Otros reportes (21) soportan que la recomendación en puerperio en los casos que el binomio se encuentra en sala individual, es el de alimentación con leche materna a libre demanda, con los elementos de protección personal empleados adecuadamente, además de restricción a visitas tanto a la madre como al niño (22), lo que concuerda con las creencias de las puérperas del estudio en limitar las personas que les visiten una vez les den de alta para ir a sus viviendas.

Por otra parte, frente al tema apoyo que recibo: COVID 19 y lactancia materna, las enfermeras, en particular, desempeñan un papel fundamental en el apoyo a las madres que amamantan para iniciar y continuar la lactancia materna, el apoyo profesional se considera elemento importante en la contribución de disminución de estadísticas de mujeres que abandonan la lactancia en tiempos de pandemia por coronavirus (23).

Igualmente otro estudio (24) enfatiza en la importancia de las asesorías en lactancia materna que, dentro de sus posibilidades se orienten a estrategias de seguimiento incluso a través de medios tecnológicos, como tele consultas y acciones educativas en redes sociales, entre otras, a finde brindar apoyo a esta población vulnerable, en situación de pandemia.

Conclusiones

El presente estudio permitió conocer las creencias de las mujeres puérperas frente a la lactancia materna, frente a una situación compleja en sanidad, como lo ha sido la pandemia por coronavirus, es importante que enfermería continúe abordando a esta población, mediante prácticas de cuidado congruentes con la situación y sus creencias a fin de fortalecer esta práctica.

Además, fomentar redes de apoyo incluso desde la académica y empleando medios tecnológicos, los cuales a la fecha parecen ser bien aceptados por las participantes como medio de continuidad de educación y cuidado.

Recomendaciones

Para la práctica: Ajustar los protocolos de lactancia materna y los planes de

cuidado de enfermería, de acuerdo con las tendencias en medidas de bioseguridad, fortaleciendo y promoviendo el vínculo del binomio madre-hijo a través de la lactancia materna exclusiva, sin olvidar el aspecto y la representación cultural de cada binomio a fin de brindar cuidado de enfermería culturalmente congruente.

Para la investigación: Indagar sobre el abordaje cultural en lactancia materna en otras regiones del país, en relación lactancia materna y la actual situación relacionada con la emergencia por coronavirus.

Para la docencia: De acuerdo con los temas identificados, desde la academia se sugiere trabajar en los ajustes a los protocolos con participación de los estudiantes en práctica asistencial, sin dejar de lado el acervo propio de nuestra disciplina y en este caso el conocimiento cultural de la población a la que se interviene.

Referencias bibliográficas

1. González-de la Torre H, Rodríguez-Rodríguez R, Martín-Martínez A. Recomendaciones y manejo práctico de la gestante con COVID-19: scoping review. *Enfermería Clínica* [Internet]. 2021 Feb 1 [cited 2021 Dec 10];31: S100–6. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-clinica-35-articulo-recomendaciones-manejo-practico-gestante-con-S1130862120303065>
2. Hu Z, Song C, Xu C, Jin G, Chen Y, Xu X, et al. Clinical characteristics of 24 asymptomatic infections with COVID-19 screened among close contacts in Nanjing, China. *Sci China Life Sci.* 2020;63(5):706-711. doi:10.1007/s11427-020-1661-4.
3. Gribble K, Marinelli KA, Tomori C, Gross MS. Implications of the COVID-19 Pandemic Response for Breastfeeding, Maternal Caregiving Capacity and Infant Mental Health. *Journal of Human Lactation.* 2020 Aug 6;089033442094951.
4. Karavadra B, Stockl A, Prosser-Snelling E, Simpson P, Morris E. Women's perceptions of COVID-19 and their healthcare experiences: a qualitative thematic analysis of a national survey of pregnant women in the United Kingdom. *BMC Pregnancy and Childbirth.* 2020 Oct 7;20(1).
5. Peñacoba-Puente C, Monge Fjc, Morales Dm. Pregnancy worries: a longitudinal study of Spanish women. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica.* 2011 Jul 20;90(9):1030–5.
6. González-Berrocal P, Ortiz-Rodríguez I. Influence of a virtual educational intervention on the maintenance of exclusive breastfeeding during the Covid-19 pandemic. *Enfermería Cuidándote.* 2022 Jan 19;5(1):2–13.
7. Bermejo-Sánchez FR, Peña-Ayudante WR, Espinoza-Portilla E. Depresión perinatal en tiempos del COVID-19: rol de las redes sociales en Internet. *Acta Med Peru.* 2020;37(1):88-93. Doi: <https://doi.org/10.35663/amp.2020.371.913>
8. Marín Gabriel MÁ, Malalana Martínez AM, Marín Martínez ME, Anel Pedroche J. Negative Transmission of SARS-CoV-2 to Hand-Expressed Colostrum from SARS-CoV-2-Positive Mothers. *Breastfeed Med.* 2020;15(8):492-494. doi:10.1089/bfm.2020.0183
9. Mugadza G, Zvinavashe M, Gumbo FZ, Pedersen BS. Early breastfeeding initiation and incidence of neonatal sepsis in Chipinge District Zimbabwe. *International Journal of*

Contemporary Pediatrics. 2017 Dec 21;5(1):1. DOI: <http://dx.doi.org/10.18203/2349-3291.ijcp20175564>

10. Gluska H, Shiffman N, Mayer Y, Elyasyan L, Elia N, Daher R, et al. Maternal fear of COVID-19 and prevalence of postnatal depression symptoms, risk and protective factors. *Journal of Psychiatric Research* [Internet]. 2022 Apr 1 [cited 2022 Mar 9];148:214–9. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0022395622000152#bib18>
11. Pulido-Fuentes M, González LA, Martins M de F da SV, Martos JAF. Health Competence from a Transcultural Perspective. *Knowing how to Approach Transcultural Care. Procedia - Social and Behavioral Sciences*. 2017 Feb;237:365–72. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2017.02.022>
12. Ortega-Bastidas J. ¿cómo saturamos los datos? Una propuesta analítica “desde” y “para” la investigación cualitativa. *Interciencia* 2020 06;45(6):293-299.
13. Bracho MS, Fernández M, Díaz J. Técnicas e instrumentos de recolección de información: análisis y procesamiento realizado por el investigador cualitativo. *Revista Científica UISRAEL* [Internet]. 2021 Jan 10 [cited 2021 Dec 31];8(1):107–21. Available from: <https://revista.uisrael.edu.ec/index.php/rcui/article/view/400/197>
14. Monte GCSB, Leal LP, Pontes CM. Rede social de apoio à mulher na amamentação. *Cogitare Enfermagem* [Internet]. 2013 Mar 29 [cited 2022 Apr 9];18(1). Available from: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/3132>
15. Davanzo R, Moro G, Sandri F, Agosti M, Moretti C, Mosca F. Breastfeeding and coronavirus disease-2019: Ad interim indications of the Italian Society of Neonatology endorsed by the Union of European Neonatal & Perinatal Societies. *Maternal & Child Nutrition* [Internet]. 2020 Jul 1;16(3):e13010. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32243068/> <https://doi.org/10.1111/mcn.13010>
16. Eastin C, Eastin T. Clinical characteristics and intrauterine vertical transmission potential of COVID-19 infection in nine pregnant women: a retrospective review of medical records. *The Journal of Emergency Medicine*. 2020 Apr;58(4):710–1. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30360-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30360-3)
17. Chandra PS, Shiva L, Nagendrappa S, Ganjekar S, Thippeswamy H. COVID 19 related Psychosis as an interface of fears, socio-cultural issues and vulnerability- case report of two women from India. *Psychiatry Research*. 2020 Aug;290:113136. Chandra, P. S., Shiva, L., Nagendrappa, S., Ganjekar, S., & Thippeswamy, H. (2020). COVID 19 related

Psychosis as an interface of fears, socio-cultural issues and vulnerability- case report of two women from India. *Psychiatry research*, 290, 113136. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113136>

18. Uzun A, Öztürk GZ, Bozkurt Z, Çavuşoğlu M. Investigating of fear of COVID-19 after pregnancy and association with breastfeeding. *jidhealth* [Internet]. 2021 Mar. 22 [cited 2022 May 28];4(1):327-33. Available from: <https://www.jidhealth.com/index.php/jidhealth/article/view/98>
19. Stuebe A. Should Infants Be Separated from Mothers with COVID-19? First, Do No Harm. *Breastfeeding Medicine*. 2020 Apr 7; Volume 15, Number 5. DOI: 10.1089/bfm.2020.29153.ams
20. Merchan Villamar JA, Cedeño Cedeño SE, Rayo Caicedo KE. Covid 19, el embarazo, el parto y la lactancia materna. *RECIAMUC* [Internet]. 6ago.2020 [citado 28may2022];4(3):58-. Available from: <https://reciamuc.com/index.php/RECIAMUC/article/view/499>
21. Schwartz DA. An Analysis of 38 Pregnant Women with COVID-19, Their Newborn Infants, and Maternal-Fetal Transmission of SARS-CoV-2: Maternal Coronavirus Infections and Pregnancy Outcomes. *Arch Pathol Lab Med*. 2020;144(7):799-805. doi:10.5858/arpa.2020-0901-SA
22. Recomendaciones para la prevención y manejo del recién nacido. *Pandemia COVID-19. Rev. chil. pediatr.* [Internet]. 2020 Sep [citado 2022 Mayo 25] ; 91(7): 51-59. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062020000700051&lng=es. Epub 18-Ago-2020. <http://dx.doi.org/10.32641/rchped.vi91i7.249>
23. Villegas N, Cianelli R, Cerisier K, Fernandez-Pineda M, Jacobson F, Lin HH et al. Development and evaluation of a telehealth-based simulation to improve breastfeeding education and skills among nursing students. *Nurse Education in Practice*. 2021 Nov;57. 103226. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2021.103226>
24. Anna E, Carolina A, Chagas M, Lima C, Fayma A, Chaves L, et al. Experience report relato de experiência Breastfeeding consultancy during the COVID-19 pandemic: experience report Consultoria em amamentação durante a pandemia COVID-19: relato de experiência Asesoría en lactancia materna durante la pandemia de COVID-19: informe de experiencia. [cited 2021 Aug 9]; Available from: <https://www.scielo.br/j/ean/a/9b3D3KPPj93kmFTy7XvTnMH/?format=pdf&lang=en>

Factores de riesgo para cesáreas en indígenas adolescentes en un departamento de Colombia período 2020 – 2021

*Karol de Jesús Cervantes De La Torre¹, Tammy Irina Pulido Iriarte²,
Alexander Elías Parodi Muñoz³, Galo Rafael Celedón De León⁴,
Jhonner José Pimienta Socarrás⁵*

Resumen:

Objetivo

Determinar los factores de riesgo que afectan el embarazo en adolescentes entre los 12 y 17 años de las comunidades indígenas, atendidas en un hospital del Departamento de La Guajira durante el periodo 2020- 2021.

Materiales y métodos

Estudio de tipo descriptivo con el fin de determinar, los principales factores de riesgo que pueden afectar el embarazo y que son motivo de consultas o causas de remisión para ser atendidas oportunamente en un hospital de la región, se tuvieron en cuenta 100 historias clínicas que cumplieran con la información solicitada empleando las categorías de; edad de la gestante, asistencia a control de embarazo, enfermedades presentadas relacionadas con el embarazo y remisión.

Como citar este artículo: Cervantes De La Torre Karol de Jesús, Pulido Iriarte Tammy Irina, Parodi Muñoz Alexander Elías, Celedón De León Galo Rafael, Pimienta Socarrás Jhonner José. Factores de riesgo para cesáreas en indígenas adolescentes en un departamento de Colombia período 2020 – 2021. Revista Cultura del Cuidado Enfermería. 2022; 19(2): 75-85.

- 1 Docente Jornada Laboral Completa, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Libre Seccional Barranquilla, email: karold.cervantesd@unilibre.edu.co, Orcid: 0000-0003-1770-3418
- 2 Docente; Jornada Laboral Completa, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Libre Seccional Barranquilla, Orcid: 0000-0003-0933-6822
- 3 Docente; Jornada Laboral Completa, Facultad de Ingeniería, Universidad Libre Seccional Barranquilla, Orcid: 0000-0003-0155-266X
- 4 Odontólogo, Servicio de Consulta Externa, IPS, Outajiapulee, Orcid: 0000-0002-7737-6554
- 5 Bacteriólogo, Servicio de Urgencias, E.S.E Hospital Nuestra Señora Del Perpetuo Socorro, Orcid: 0000-0002-6740-7345

Resultados

Se destacan que al comparar los años se encuentra que la anemia no especificada se mantiene y se incrementan de un año al otro las infecciones urinarias y la vaginitis lo anterior se acompaña de poca asistencia a los controles prenatales.

Conclusiones

El embarazo en la adolescencia sigue siendo uno de los principales factores que contribuyen a la mortalidad materna infantil y aumenta el círculo de enfermedad y pobreza, con mayor énfasis en los grupos indígenas. Este es un aspecto crucial por su importancia en los ámbitos de salud materna y reproductiva. Por lo cual, en estudios recientes se muestran altas tasas de mortalidad infantil, así como brechas sistemáticas entre grupos étnicos.

Palabras clave

Adolescencia, indígenas, embarazo, factores de riesgo.

Risk factors for cesarean sections in indigenous adolescents in a department of Colombia in the period 2020 - 2021

Abstract:

Objective

To determine the risk factors that affect pregnancy in adolescents between 12 and 17 years of age from indigenous communities, treated at a hospital in the Department of La Guajira during the period 2020-2021.

Materials and methods

Descriptive study in order to determine the main risk factors that can affect pregnancy and that are the reason for consultations or causes of referral to be treated promptly in a hospital in the region, 100 were taken into account. medical records that met the requested information using the categories of; age of the pregnant woman, assistance to pregnancy control, presented diseases related to pregnancy and remission

Results

It is highlighted that when comparing the years it is found that unspecified anemia is maintained and urinary infections and vaginitis increase from one year to the next, the above is accompanied by little attendance at prenatal controls.

Conclusions

Pregnancy in adolescence continues to be one of the main factors that contribute to maternal and child mortality and increases the cycle of disease and poverty, with greater emphasis on indigenous groups. This is a crucial aspect due to its importance in the areas of maternal and reproductive health. Therefore, recent studies show high infant mortality rates, as well as systematic gaps between ethnic groups.

Key words

Adolescence, indigenous, pregnancy, risk factors

Introducción

América Latina y el Caribe como territorio presenta tendencia a mantener crecimiento en las tasas de embarazos en adolescentes, Colombia no es la excepción a este fenómeno el cual es de orden multifactorial y posee raíces de orden antropológico entre las cuales encontramos; la cultura y dinámicas propias de sociedades, donde la maternidad cobra singularidades y significados (1)

En la sociedad colombiana el embarazo adolescente es un hecho de difícil aceptación en ciertos ámbitos sociales, porque afecta a la madre adolescente poniendo en riesgo su salud, su vida y/o la del niño; también trae complicaciones psicológicas tanto a ella como a su pareja, a las familias de ambos y a la sociedad en general. De esta manera, es considerado como un problema de salud pública, influenciado por factores sociales, culturales y familiares (2).

El embarazo a temprana edad hace parte de uno de los factores de riesgo de morbi-mortalidad específica en general relacionado con la tradición cultural, el riesgo psicosocial, la estructura familiar, el bajo nivel económico, educativo y las condiciones de salud de la gestante. Lo cual genera una situación social negativa que debe prevenirse y atenderse de manera urgente e inmediata y con visión global (3).

Uno de los grupos de mayor vulnerabilidad son las comunidades indígenas en ellas el embarazo en jóvenes a temprana edad también se da, en México país con alta

población indígena un estudio que tuvo como base la encuesta nacional de condiciones de salud reveló que en este sector poblacional en materia de salud sexual y reproductiva hay desigualdad lo que trae consigo poco acceso a planificación y atención en salud (4)

En el año 2021 se publicaron resultados sobre estudios en poblaciones indígenas colombianas que determinaron el nivel de yodo en embarazadas, aunque no fueron solo gestantes jóvenes se encontró que sus niveles eran por debajo de lo estipulado para su condición lo cual se convierte en factor de riesgo para malformaciones, abortos y enfermedades futuras en los recién nacidos (5)

En Colombia uno de los territorios que más se ve afectado en cuanto a cifras de embarazos en adolescentes es el departamento de la Guajira donde información del Sistema de Vigilancia Epidemiológica registra más de 2.000 casos de embarazo en adolescentes indicando con respecto al grupo etario que el 19.8% están entre las edades de 12 y 17 años ubicados geográficamente en Uribia, Maicao aporta el 27.6%; y Riohacha el 24.6%, donde 904 casos pertenecen al étnica Wayuu. El embarazo adolescente se relaciona con el continuo de la pobreza, deserción escolar y disminución de aplicabilidad a oportunidades laborales (6).

Materiales y métodos:

Investigación descriptiva; se recopilaron datos sobre los factores de riesgo que

más se destacan en los embarazos en las adolescentes entre los 12 y 17 años de la etnia Wayuu presentes en las historias clínicas de las pacientes atendidas en un hospital de un municipio de la Guajira, durante el periodo 2020- 2021, se tuvieron en cuenta; los embarazos por edad, las enfermedades presentadas en el periodo de gestación y el motivo de consulta o causa de remisión para ser atendida en un hospital, conforme a la frecuencia absoluta se determinó la

frecuencia relativa en porcentaje y el p value para determinar el nivel de significancia.

Resultados

Se analizaron 266 historias clínicas de adolescentes indígenas embarazadas atendidas durante al año 2020 y del año 2021, remitidas a un hospital de la Guajira, pertenecientes en un 100% al régimen subsidiado, de ese grupo 100 historias tenían la información completa y relevante para el estudio.

Tabla 1 Embarazos por grupo etario según el año de estudio

Edad	2020		2021		total	P-valor
	n	%	n	%		
12 años	1	3,1	0	0	1	0,144
13 años	0	0	1	1,5	1	0,486
14 años	2	6,2	4	5,9	6	0,952
15 años	3	9,4	13	19,1	16	0,217

A partir de la tabla de frecuencias y de los resultados de los valores p de las pruebas chi cuadrada, se puede concluir que existe un incremento significativo del número de casos de embarazos juveniles en la población en estudio (36 casos), aunque existió una disminución significativa del porcentaje de

casos de jóvenes de 16 años (valor-p de 0,040) se evidencio un incremento en el porcentaje de casos de jóvenes de 15 años aunque el incremento aun no es estadísticamente representativo (valor-p de 0,217) pero sin duda marca una tendencia.

Tabla 2 seguimiento a control del embarazo

Control del embarazo	Nº	%
Ingreso o captación tardía en ruta materno perinatal	24	35,3
Pobre Control Prenatal	20	29,4
No reporta	24	35,3
Total	68	100

En las historias clínicas quienes presentaban más información sobre el control del embarazo fueron las del periodo 2021, de las 68 pacientes se reportaron la asistencia y seguimiento del embarazo de las indígenas

adolescentes durante el año 2021, se observa que la mayoría en un 35,3 % y un 29,4 % no siguen regularmente un control prenatal para el cuidado del embarazo.

Tabla 3 Enfermedades relacionadas con el embarazo

Enfermedades observadas	2020		2021		P-valor
	Nº	%	Nº	%	
Abuso Sexual (T 742 - Código Rosa)	0	0,0%	4	4,1%	0,229
Aborto Anterior	0	0,0%	1	1,0%	0,552
Atención Materna Cicatriz Uterina por Cirugía Previa	1	2,9%	2	2,1%	0,733
Cesárea previa anterior	0	0,0%	2	2,1%	0,399
Periodo intergenésico corto	0	0,0%	3	3,1%	0,300
Anemia Leve Moderada de Tipo No Especificado	2	5,7%	21	21,6%	0,033
Hiperglicemia	0	0,0%	1	1,0%	0,552
Fiebre, No Especificada	1	2,9%	0	0,0%	0,086
Gastritis, No Especificada	1	2,9%	0	0,0%	0,086
Hipertensión Materna,	7	20,0%	6	6,2%	0,016
Infección Vías Urinarias	2	5,7%	17	17,5%	0,086
Neumonía	1	2,9%	0	0,0%	0,086
Oligohidramnios	1	2,9%	0	0,0%	0,086
Toxoplasmosis	3	8,6%	0	0,0%	0,0027
Enfermedad por virus VIH	0	0,0%	2	2,1%	0,399
Vaginosis bacteriana - vaginitis	0	0,0%	8	8,2%	0,084
Preeclampsia, No Especificada	11	31,4%	16	16,5%	0,057

Con respecto a las enfermedades reportadas se evidencio un incremento porcentual de las enfermedades: Anemia Leve Moderada de Tipo No Especificado y Bajo peso para la edad gestacional, en cambio las siguientes enfermedades disminuyeron de manera significativa en su porcentaje de ocurrencia:

Hipertensión Materna, Toxoplasmosis y Síndrome de Dificultad Respiratoria del Adulto. Las siguientes enfermedades presentaron un incremento que están cerca de ser estadísticamente significativas: Infección Vías Urinarias y Vaginosis bacteriana – vaginitis.

Tabla 4 Motivo de remisión hospitalaria.

Año	202		2021		P-valor
	Nº	%	Nº	%	
Aborto Espontaneo: Incompleto, sin complicación	5	2,1%	6	2,4%	0,823
Amenaza de aborto	4	1,7%	8	3,2%	0,287
Contracciones Primarias Inadecuadas	53	22,6%	139	55,2%	0,000
Dolor pélvico y perineal (parte superior e inferior del abdomen)	10	4,3%	18	7,1%	0,185
Embarazo múltiple, (embarazo gemelar)	2	0,9%	1	0,4%	0,490
Embarazo prolongado	2	0,9%	3	1,2%	0,746
Falso trabajo de parto (antes de la semana 37 de gestación)	11	4,7%	22	8,7%	0,079
Hemorragia (vaginal uterina anormal postparto o tardía)	2	0,9%	0	0,0%	0,131
Parto único asistido, espontaneo, sin otra especificación	4	1,7%	5	2,0%	0,806
Ruptura prematura de las membranas, sin otra especificación - Sepsis puerperal	2	0,9%	7	2,8%	0,123
Supervisión de embarazo de alto riesgo	130	55,6%	35	13,9%	0,000

Con respecto a los motivos de remisión de hospitalizaciones se evidencia que entre los años 2020 y 2021 se incrementó significativamente las Contracciones Primarias Inadecuadas, mientras que la Supervisión de Embarazo de Alto Riesgo presento una disminución significativa, además se evidencia un incremento porcentual de remisiones debido a Falso trabajo de parto (antes de la semana 37 de gestación), aunque esta diferencia por

estrecho margen no fue estadísticamente significativa.

Discusión

Desde el enfoque de los pueblos indígenas la maternidad es importante porque ayuda a preservar su cultura, el embarazo en las adolescentes en algunas comunidades no es mal visto, lo cual es factor coadyuvante a los riesgos obstétricos que en él se dan (7).

En revisión documental, varios autores afirman que las adolescentes tienen un mayor riesgo con respecto a su salud y la de sus hijos, demostrando las altas tasas de mortalidad por abortos inseguros y mayores probabilidades de bajo peso al nacer o la muerte del bebé en el primer año de vida. Asimismo, aseguran que hay mayor probabilidad de adquirir enfermedades de transmisión sexual, además, que algunos embarazos pueden ser producto de violencia sexual y que tienen limitado acceso a recibir servicios de salud adecuados. De la misma manera, demuestran que, como sociedad, el embarazo en adolescentes predispone a perpetuar la transmisión de la pobreza debido a la dedicación en la crianza de los hijos, así como a un mayor crecimiento poblacional en los grupos indígenas, en este estudio se encontró que dentro de los factores que más afecta el embarazo en las adolescentes indígenas están las enfermedades de origen infeccioso urinario y la vaginitis.

Hay determinantes sociales estructurales que están produciendo una vulnerabilidad y una exposición diferencial en esta población; lo que indica que los programas de salud no han tenido el efecto esperado en estos grupos; por lo que el desafío es conocer y comprender los contextos socioculturales locales en este grupo de adolescentes gestantes y los riesgos a los que están sometidas, con el fin de diseñar programas e intervenciones culturalmente sensibles y epidemiológicamente eficaces para minimizar la actual sobre-mortalidad materno -infantil (8). Por esta razón, se evidencia un gran impacto en la vida de las

adolescentes a partir del embarazo precoz, tanto a nivel individual como social.

La situación de salud en las regiones de la población indígena revela su mayor vulnerabilidad por el escaso acceso a servicios públicos, falta de agua, saneamiento básico, mayores barreras geográficas y culturales, y escaso acceso a la educación en todos los niveles, escaso acceso a los servicios de salud, mayor mortalidad entre menores de 19 años y mortalidad materno-infantil en adolescentes embarazadas. De igual manera, la problemática está estrechamente ligada a la pobreza rural, baja capacidad institucional y rezagos en los territorios más afectados (9), se encontró al estudiar las remisiones de las adolescentes embarazadas que las contracciones primarias, el falso trabajo de parto y el riesgo de embarazo fueron las principales causas de remisión lo cual es indicador que son población de especial cuidado no solo por su vulnerabilidad sino por que al encontrarse en también en riesgo de morbi mortalidad materna.

Un estudio realizado en México revelo que dentro de los factores que contribuyen a la deserción estudiantil en indígenas jóvenes esta la temprana maternidad ya que implica que deban quedarse al cuidado de sus hijos ya que son ellas las que poseen la mayor carga en cuanto al cuidado se trata (10) en las edades reportadas por las gestantes jóvenes sobresale las comprendidas entre los 15 a 17 años edades en donde se tiende a culminar estudios de media vocacional lo cual nos indica que seguramente serán jóvenes que no ingresan a estudios superiores.

En vista de que este fenómeno afecta considerablemente a menores de edad en los grupos étnicos de la región objeto de estudio, es prioritario minimizar los factores de riesgo que afectan el embarazo de las adolescentes, en especial a las jóvenes de las comunidades indígenas de la Guajira; construyendo un conocimiento, que permita detectar oportunamente con claridad los factores de riesgo y tomar medidas al respecto.

Conclusiones

De acuerdo con los resultados se confirma la tendencia creciente del porcentaje mujeres de 12 a 17 años que ya son madres o están embarazadas. Este aumento se da

mayormente en las comunidades indígenas con viviendas ubicadas en entorno de zona rural dispersa o muy alejadas de la ciudad, y que tienen menos oportunidades para recibir atención médica.

El porcentaje de mujeres adolescentes embarazadas de los grupos étnicos inician más temprano el rol reproductivo cumpliendo con el rol social de la comunidad a la que pertenecen. En este artículo, se observa el panorama regional sobre la salud materno-infantil en menores de edad de los pueblos indígenas. En este caso, la información se vincula directamente con el derecho a la autonomía, la territorialidad y la integralidad cultura

Referencias bibliográficas

1. Rojas-Betancur M, Méndez-Villamizar R. El embarazo en adolescentes: una lectura social en clave cuantitativa. *Rev Univ Ind Santander Salud*. 2016; 48(1): 81-90.
2. Ministerio de Salud y Protección social - Profamilia. *Determinantes sociales del embarazo en adolescente en Colombia: Explicando las causas de las causas*. Bogotá, D.C., 2018; ISBN: 978-958-8164-51-9.
3. Dávila Ramírez, F. A., Fajardo Granados, D. E., Jiménez Cruz, C. A., Florido Pérez, C., & Vergara Castellón, K. C. (2016). Factores de riesgo psicosocial para embarazo temprano y deserción escolar en mujeres adolescentes. *Rev Ciencias de la Salud*, 14(01), 93-101.
4. Pelcastre-Villafuerte, B. E., Meneses-Navarro, S., Sánchez-Domínguez, M., Meléndez-Navarro, D., & Freyermuth-Enciso, G. (2020). Condiciones de salud y uso de servicios en pueblos indígenas de México. *Salud Pública De México*, 62(6, Nov-Dic), 810-819.
5. Herrera-Murgueitio, Julián Alberto, Forero-Torres, Ana Yiby, Tamara-Burgos, Marco Antonio, Arriola-Salgado, María Marcela, Gómez-Porras, Elia Johanna, Céspedes-Gaitán, Sandra Ximena, Umaña-Bautista, Erika Julieth, Herrera-Murgueitio, Darío, Torres-Muñoz, Javier, Galvis-Serrano, Ana María, & Nieto-Díaz, Aníbal. (2021). Prevalencia de bocio y yodo-deficiencia en embarazadas indígenas de cinco áreas no metropolitanas de Colombia 2019. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 72(1), 12-23. Epub May 04, 2021.
6. Flórez C, Soto V. *Fecundidad Adolescente y desigualdad en Colombia y la Región de América Latina y el Caribe*. CELADE- Naciones Unidas (UNFPA) Santiago, Chile; 2006.
7. Gálvez-Espinosa M, Rodríguez-Arévalo L, Rodríguez-Sánchez C O. El embarazo en la adolescencia desde las perspectivas salud y sociedad. *Rev Cubana Med Gen Integr*; 2016 Jun; 32(2): 280-289.
8. Flores-Valencia M.; Nava-Chapa G.; Arenas-Monreal L. Embarazo en la adolescencia en una región de México: un problema de Salud Pública. *Ensayo, Rev. Salud Pública* 19 (3) May-Jun 2017

9. Langer Ana. El embarazo no deseado: impacto sobre la salud y la sociedad en América Latina y el Caribe Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health 11(3), 2002.
10. Mejía Benavides, J. E., Bárcenas Hernández, M. del R., Martínez Hernández, M., & Vega Argote, M. G. (2020). el embarazo adolescente en la deserción escolar de una comunidad indígena del noreste del estado de Guanajuato, México. horizonte de enfermería, 30(1), 27–35.

Impacto del manejo del control y convivencia social con base seroprevalente SARS CoV2 en pandemia, Colombia

Tammy Irina Pulido Iriarte¹, Howard Franklin Crawford Chaux²,
Karol de Jesús Cervantes De La Torre³

Resumen

Introducción

La proporción de personas asintomáticas representó en gran parte la causa de contagios al principio de la pandemia por SarsCov2. La población general seguía una misma ruta diagnóstica y medidas de mitigación de contagios, no obstante, no fue ni suficiente ni amplio, por lo que en retrospectiva se cuestiona su sentido científico.

Objetivo

Analizar el impacto que tuvo el manejo de la pandemia a nivel social con base seroprevalente del SarsCov2.

Métodos

Revisión integrativa de la literatura científica y no científica disponible.

Resultados

Se encontraron 50 artículos en total, se descartaron 42 por no estar relacionados con el tema de interés.

Como citar este artículo: Pulido Iriarte Tammy Irina, Crawford Chaux Howard Franklin, Cervantes De La Torre Karol de Jesús. Impacto del manejo del control y convivencia social con base seroprevalente sars cov2 en pandemia, Colombia. Revista Cultura del Cuidado Enfermería. 2022; 19(2): 86-100.

- 1 Fisioterapeuta, Mg. Salud Pública, docente Universidad Libre, miembro del grupo de investigación POYMOCOR. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0933-6822>. E-mail: tammy.pulidoi@unilibre.edu.co
- 2 Médico, especialista en Derecho Médico. Universidad Libre seccional Barranquilla - Atlántico, Colombia. ORCID: <https://orcid.org/my-orcid?orcid=0000-0003-3928-1199>
- 3 Fisioterapeuta, PhD. en Salud Pública, docente Universidad Libre, investigador asociado Minciencias, miembro grupo de investigación POYMOCOR. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1770-3418>

Conclusiones

Las medidas actuales incluyen capitalización sobre la morbilidad, evidenciando cómo se garantiza un mejor manejo sobre la previsibilidad; a partir del algoritmo planteado en el presente artículo sobre Manejo Epidemiológico para Asintomáticos de COVID-19, se plantea una estrategia en futuras pandemias para el control social y garantía de no alteración de crecimiento económico.

Palabras claves

Pandemia, SarsCov2, Covid-19, Anticuerpos, Control social.

Impact of control management and social coexistence based on SARS CoV2 seroprevalence in pandemic, Colombia

Abstract

Introduction

The proportion of asymptomatic people largely accounted for the cause of infections at the beginning of the SarsCov2 pandemic. The general population followed the same diagnostic route and infection mitigation measures, however, it was neither sufficient nor comprehensive, so in retrospect its scientific meaning is questioned.

Objective

Analyze the impact that the management of the pandemic had at the social level based on the seroprevalent base of SarsCov2.

Methods

Integrative review of the available scientific and non-scientific literature.

Results

50 articles were found, 42 were discarded since they were not related to the topic of interest.

Conclusions

The current measures include capitalization on morbidity, evidencing how to guarantee better management of predictability; based on the algorithm proposed in this article on Epidemiological Management for Asymptomatic COVID-19, a strategy is proposed in future pandemics for social control and guarantee of non-alteration of economic growth.

Key words

Pandemic, SarsCov2, Covid-19, Antibodies, Social control

Introducción

El control de una pandemia no debe estar sujeto estrictamente al orden público, en razón a que es un evento de Salud Pública.

Éste sesgo ha afectado socioeconómicamente al país por decir lo menos, como prueba están la serie de Resoluciones y Decretos emitidos. Se obvió el recurso científico para hacer más eficiente el control epidemiológico y su valor pronóstico y su sutilidad como maniobra de políticas de conducta social, sólo se mencionaron de forma ilustrativa para dejar evidencia del momento con unas variables cuantitativas que, si bien son muy importantes, reflejan números en razón a consecuencias y no a su valor aplicativo, que sirva como instrumento de exigencia para determinar la movilidad y desarrollo social para aplicar normas que redunden en un mejor amparo de la salud y reducir el impacto de la Pandemia por SarsCov2 u otras futuras.

En las Guías internas para la realización de pruebas de detección del Sars-CoV-2, el Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades, (CDC, 2021) declaró:

(...) “Los CDC no recomiendan el uso de pruebas de anticuerpos para diagnosticar infecciones actuales. En función del momento en que una persona fue infectada y el momento de realización de la prueba, la prueba podría no detectar anticuerpos en personas con una infección actual. Además, aún no se conoce si el resultado positivo de una prueba de anticuerpos indica inmunidad contra

el SARS-CoV-2; por lo tanto, por el momento, las pruebas de anticuerpos no deberían usarse para determinar si una persona es inmune a la reinfección. La realización de pruebas de anticuerpos se está utilizando con fines epidemiológicos y de vigilancia de salud pública”(1)

Si bien, no tiene utilidad diagnóstica temprana, sus beneficios como dato de control sí están tipificados como valiosos y se debe llevar a ejercicio de control social y de salud pública. Contar con esta herramienta ya existente de cualificar probabilísticamente la presencia del virus o la certeza de su diagnóstico en las personas llevaría, si se considerase, a un nuevo orden que no atendería, sino que por el contrario, aseguraría una sana convivencia social, aún en estado de pandemia.

La Ley 1751 de 2015 en su artículo 10 enuncia como deberes de las personas los de “*propender por su autocuidado, el de su familia y el de su comunidad*” y de “*actuar de manera solidaria ante situaciones que pongan en peligro la vida y la salud de las personas*”. Al tiempo en su Artículo 5 regula el derecho fundamental a la salud y que el Estado es responsable de respetar, proteger y garantizar el goce efectivo de ese derecho, como uno de los elementos esenciales del Estado Social de Derecho, imponiendo una co-responsabilidad en los connacionales. Es de destacar para ésta revisión, que ésta misma Ley en su capítulo II artículo 12, invita a este tipo de ejercicios y a “*participar en los procesos de definición de prioridades de salud*”. (2)

De tal manera que, si ya se cuenta con los elementos científicos de medición o tamizaje que permiten identificar la condición de riesgo de cada persona, su utilidad va más allá del seguimiento médico, se debe extrapolar como condicionante de actitud para la convivencia social. El costo/beneficio de este tipo de vigilancia o tamizaje preventivo con base en los indicadores económicos que lo soportan, son considerablemente menores en comparación con la atención paliativa en pacientes que potencialmente se pudo prever. Lo anterior en razón a que el costo de la atención de un día en Unidad de Cuidado Crítico suele superar los 2 SMMLV (3), por lo que una prueba y aislamiento oportuno hubiese supuesto un ahorro de 100 veces del valor de una prueba serológica de anticuerpos tan solo en un día. Es eso lo que se debe implementar, que la prueba serológica de anticuerpos dibuje un mapa de probabilidades de riesgo y control en tiempo real con seguimiento periódico.

Con la premisa que la responsabilidad y los derechos son colectivos y la salud es un bien general que no se puede dejar en determinaciones de orden público desentendiendo la salud pública, el presente artículo de revisión y opinión pretende proponer una alternativa para el “Manejo del Control Social y Convivencia Social con base Seroprevalente del Sars-Cov2 durante Pandemia en Colombia”.

Objetivo

Proponer una estrategia para mitigar el impacto del manejo del control y convivencia

social con base seroprevalente SarsCov2 en pandemia por coronavirus o Covid 19 en Colombia.

Metodología

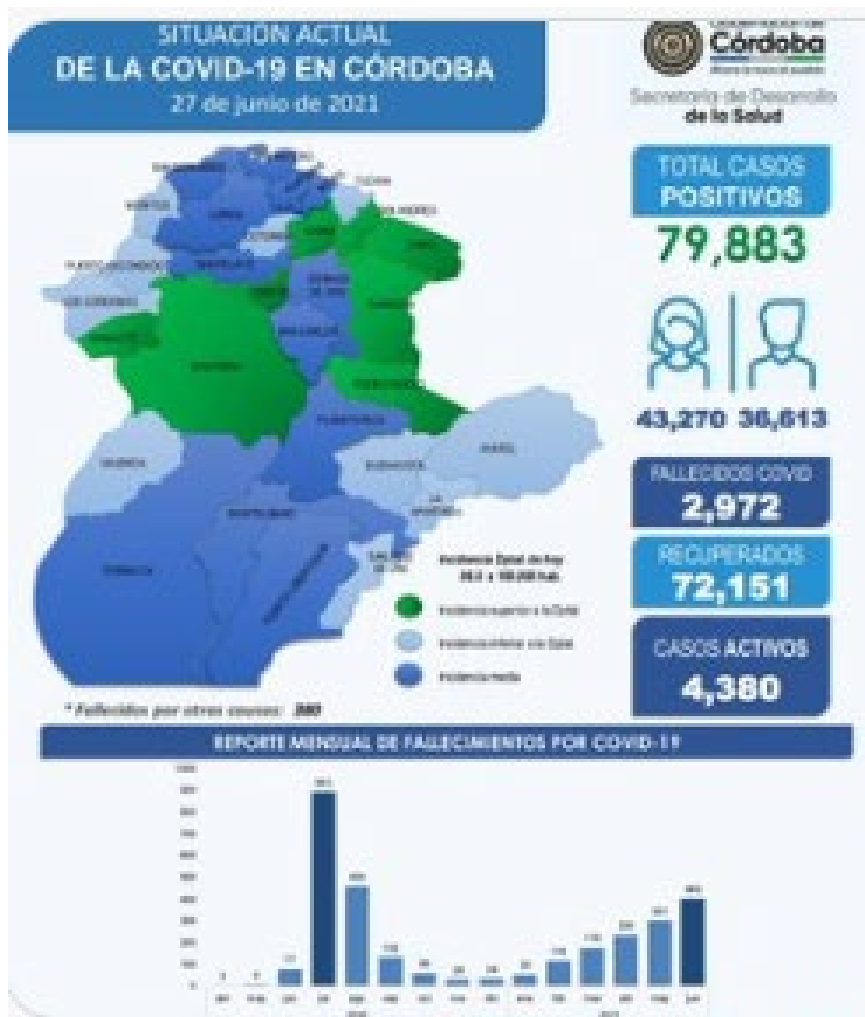
Se realizó una revisión sistemática de la literatura científica a través del acceso a Internet, utilizando los términos Mesh: Pandemia, SarsCov2, Covid-19, Anticuerpos, Control social, en las bases de datos: Dialnet, clinical key, Pubmed, Pedro, Medline, Ovid, página web oficial del Ministerio de Salud y Protección Social; de las cuales se extrajeron informaciones sobre “seguimiento epidemiológico con base en serología de anticuerpos”, “Políticas y leyes de salud pública”, “fisiopatología de Sars-CoV-2”, todos centrados en la forma de detección y control epidemiológico de tipo cohorte y ambispectivos. Los criterios de inclusión incluyeron: artículos en inglés, español y publicados desde 2020 hasta la fecha, productos seleccionados de revisiones sistemáticas, ensayos clínicos, boletines gubernamentales, comunicados de prensa respaldados por agencias gubernamentales y solo artículos aplicados en humanos. Se utilizó la Guía de Criterios para evaluar la calidad de la investigación cualitativa (lista de cotejo).

Posteriormente, se realizó un resumen estructural y en contexto de cada uno. Se enfatizó lo referente a estudios que se acercaran al manejo preventivo con base serológica del Sars-CoV-2 para comparar, referenciar y someter a análisis interpretativo.

Resultados

El gráfico 1 corresponde al 27 de junio de 2021 que ilustra la estadística epidemiológica de la situación de la COVID-19 en el Departamento de Córdoba – Colombia, con el objetivo de traer a colación lo sucedido

en esa fecha, siendo similar a lo publicado por las Secretarías de Salud de los diferentes departamentos del país, correspondiente a datos epidemiológicos sin ningún tipo de repercusión conductual de índole social, donde su única finalidad era informativa.



Fuente: <https://twitter.com/CordobaSalud/status/1409358381488521218/photo/1>.

Gráfico 1. Situación epidemiológica en el Departamento de Córdoba frente a COVID-19. Junio 2021

Es de destacar que los datos del gráfico 1 corresponden a un seguimiento por toma de muestras y en él se establece la relación

con la situación hospitalaria y/o de manejo domiciliario en datos retrospectivos y, que con base en ellos, se tomaron medidas por

Decretos y Resoluciones cuyo cuerpo legal de consideraciones llevan una altísima carga de orden público y restrictiva como, usos de elementos básicos de protección e implementación condicionada de normas de bioseguridad, distanciamiento social y confinamiento.

Surge entonces la siguiente pregunta ¿Cómo reducir el impacto económico y de convivencia social con base seroprevalente del Sars-CoV2 en pandemia en Colombia?

Los datos mostrados en el Gráfico 1 fueron considerados por las autoridades para tomar decisiones en materia de salud pública, para superar esto, se sugiere entonces una fórmula que convoca la civilidad y los datos científicos claros que sirvan para que esta o cualquier situación similar de pandemia permita asignar responsabilidades individuales que logren generar impacto colectivo.

Los resultados de anticuerpos Inmunoglobulinas IgM e IgG son usados para regular el control individual de la ciudadanía. Para comprender la óptica de lo planteado, se contextualiza lo siguiente (4, 5, 6, 7):

- Los anticuerpos son un tipo de macroproteínas producidas por los linfocitos B, denominadas inmunoglobulinas, que figuran de una región constante y una región variable. La región variable es la que concede la especificidad al anticuerpo al unirse de manera altamente específica a los determinantes antigénicos que reconoce.
- A diferencia de los linfocitos T que reconocen péptidos lineales presentados por los complejos de histocompatibilidad HLA, los anticuerpos reconocen estructuras conformacionales tanto en solución como en la superficie de las células que denominamos “epítomos” o “inmunotopos”.
- Sólo los receptores capaces de reconocer el antígeno y unirse al mismo serán activados para realizar la síntesis de los anticuerpos. De esta manera se asegura la especificidad de respuesta de un anticuerpo frente a un germen”; “raramente son directamente citolíticos, pero al unirse a los epítomos expresados a nivel celular los ‘dianizan’ y permiten la unión a través del dominio Fc de su receptor a linfocitos ‘natural killer’ y macrófagos, que destruyen las células infectadas.
- Los linfocitos B entran en contacto con los linfocitos CD4 cooperadores en los ganglios linfáticos, que inducirán la proliferación y diferenciación de los clones linfocitarios activados. Los linfocitos B generarán linfocitos memoria y células plasmáticas que producirán los anticuerpos de manera masiva.
- En las infecciones crónicas, las IgG aumentan progresivamente su afinidad y potencia mediante mecanismos de hipermutación de su región variable.
- Una vez resuelto el proceso infeccioso hay una caída progresiva de anticuerpos,

pero persisten poblaciones de linfocitos B de memoria específicos frente al germen eliminado. En caso de re-infección se activarán y producirán IgG específica de manera rápida, en 48-72 horas.

Como se puede analizar, la presencia de los anticuerpos es una clara señal del suceso viral. La razón principal del Gráfico 1 muestra que del total de pruebas realizadas alrededor del 15 al 20% son los casos activos o sintomáticos, esta es una premisa del comportamiento de esta enfermedad, esto es, que el 80% de los infectados, fueron asintomáticos.

La población en general, médico o no, entiende esta información de manera básica sin mayor perspectiva, observándolo sólo desde el punto de vista del enfermo sintomático (20%), desconociendo que esa misma forma de comportamiento del virus sucede con el asintomático (80%). Por tal razón, se subvaloró esta importante forma de abordaje, siendo que los asintomáticos obedecen a la mayor proporción de afectados con mayor capacidad de contagio. Entonces, en esta revisión los cuadros de los estadios, presencia de anticuerpos, viremia y sus resultados en un momento dado deben ser valorados para seguimiento y cualificación. (8)

Centrados en la dimensión de análisis que se corresponde, se proponen las siguientes premisas:

- Se plantea que los portadores asintomáticos pueden propagar el virus,

el cual tiene un tiempo de incubación de hasta 24 días.

- Las pruebas de anticuerpos anti-SARS-CoV-2 se basan en la detección indirecta del virus en muestras de sangre, suero o plasma de los pacientes y sus contactos, a través de la medición de anticuerpos de isotipos IgG, IgM e IgA contra proteínas específicas como la glicoproteína en espiga (S) y de la nucleocápside (N).
- La evaluación de anticuerpos en la COVID-19 proporciona un mayor conocimiento y comprensión de la dinámica de la respuesta inmunitaria ante la infección viral; Los niveles de anticuerpos se comenzaron a detectar en los primeros siete días de la enfermedad y aumentaron rápidamente durante las dos primeras semanas.
- Se demostró que la seroconversión tuvo un tiempo promedio de 11 días para anticuerpos totales, 12 días para IgM y 14 días para IgG; se logró desarrollar un sistema de diagnóstico por un análisis de inmuno-absorción ligado a enzima (ELISA, del inglés enzyme-linked immunosorbent assay) basado en la tecnología (SUMA, sistema ultra micro analítico) que permite la detección de anticuerpos generados por el nuevo coronavirus en el cuerpo humano.
- En un estudio de cinética viral y respuesta de anticuerpos en enfermos con COVID-19 se observó que la IgM frente a la proteína N del SARS-CoV-2

se detectaba al séptimo día y el punto máximo se alcanzaba en el día 28 con una disminución a partir del día 42; mientras que la IgG se detectó al décimo día con un máximo al día 49 tras la aparición de los síntomas.

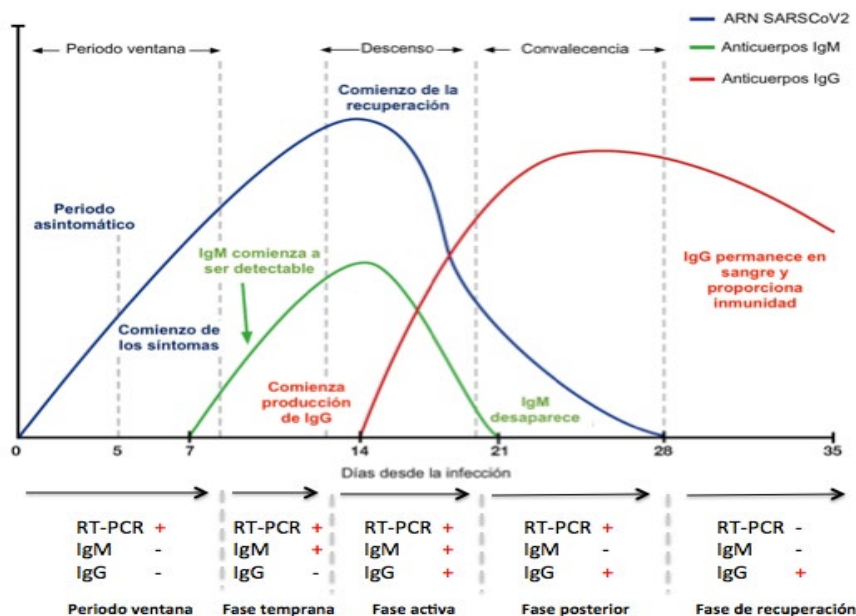
- En estos resultados se evidencia que la respuesta típica de anticuerpos a la infección viral aguda es ampliamente inducida en enfermos con COVID-19. (9, 10)

Se establece así la relación estrecha de la presencia viral y su pronóstico inmediato, donde el resultado negativo también cobra valor y tiene su modo de manejo social; Queda en términos confiables el estudio de análisis que se utiliza y los momentos en que los anticuerpos se hacen patentes y algo

muy importante: “determinar los niveles de anticuerpos contra el virus en la población, permitirá conocer qué personas han sido infectadas, aunque no hayan presentado síntomas y podría ser de utilidad para saber si las personas que tienen ciertos niveles de anticuerpos ya se encuentran protegidas contra la enfermedad”. (11)

Las llamadas “Pruebas rápidas” para detectar la infección por coronavirus SARS-CoV-2, funcionan de la siguiente manera: “En aproximadamente 15 min detecta en sangre, suero o plasma la presencia de anticuerpos contra una proteína de la cápsida del virus; En consecuencia, la detección de IgM indica una infección primaria, la de IgM e IgG simultáneas una infección más activa; la detección única de IgG indica probabilidad de una infección superada o en fase de recuperación post viral

Gráfico 2. Comportamiento y medición de anticuerpos en diferentes fases por días del Sars-coV-2 en pacientes Covid +



Fuente: Pérez Fumero (12)

pero no necesariamente post sintomática por los efectos permanentes que pueden pasar o a agravamiento o secuelas.... La utilización y el examen de resultados son similares a los que se emplean en las pruebas de embarazo, bien conocidas”.(13)

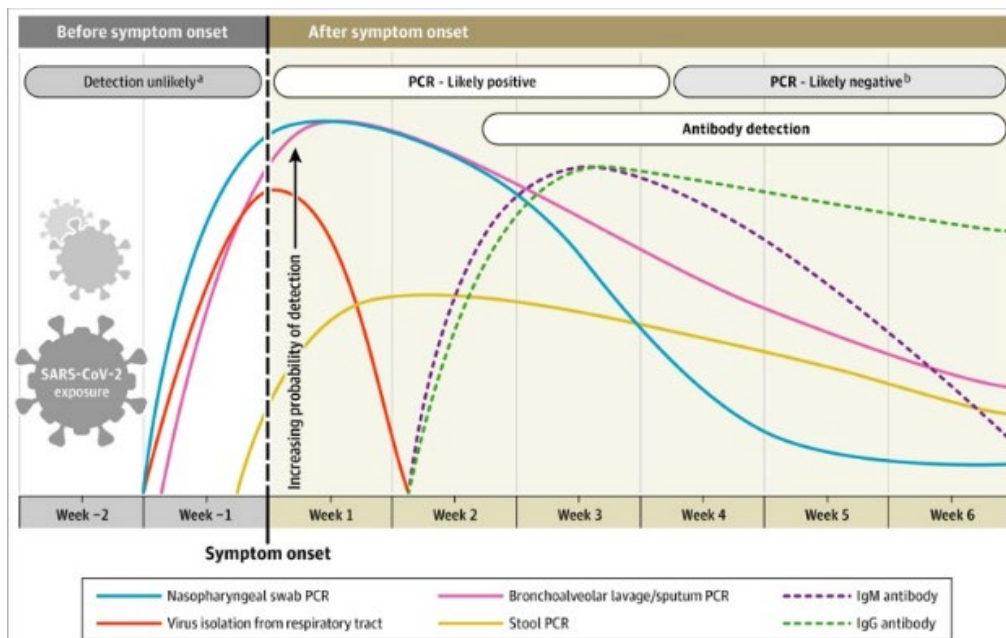
Así se demuestra que son elementos de búsqueda de resultados de bajo costo, de alta eficiencia y de rápido reporte. Al paciente sintomático poco le va servir este tipo de medición razón por la cual su diagnóstico además de clínico, sea corroborado con un examen que no es de interés profundizar en esta revisión en referencia, esto es, la PCR (Reacción en Cadena de la Polimerasa).

El enfoque de costos en morbilidad en muchos casos en alta complejidad supera en una proporción 10:1 al de un seguimiento preventivo. Un día en UCI

supera los 2 SMMLV, mientras el valor de un examen serológico está en el 1% de ese valor. Un seguimiento de cien muestras podría compararse a lo gastado en un día de un paciente en manejo crítico. Esto va a depender directamente de la periodicidad, atendiendo al comportamiento que ya se conoce de la enfermedad.

Los soportes científicos respaldan el hecho que “El diagnóstico serológico también se está convirtiendo en una herramienta importante para comprender el alcance del COVID-19 en la comunidad y para identificar a las personas inmunes y potencialmente “protegidas” de la infección”, también ha quedado claro que “se ha demostrado que los títulos altos de anticuerpos IgG detectados por ELISA se correlacionan positivamente con los anticuerpos neutralizantes” (14)

Gráfico 4. Comportamiento fisiopatológico de Covid-19 en el tiempo



Fuente: Sethuraman, 2020 (15)

¿Cómo extrapolar los datos al manejo social? El resultado de partida y seguimiento determinará la conducta social y/o médica a programar, sea de forma inmediata o mediata. Algo debe quedar muy claro y es que este tipo de procedimiento es para pacientes asintomáticos...Y los mismos deben volver a llegar al control siguiente, esa es una condición inmodificable. Así, se definen algunos términos y procedimientos antes de mostrar el algoritmo de manejo; se tiene que el vacunado seguro es aquel

que ha cumplido 30 días después de la segunda dosis si esta fue Pfizer o 45 días si es de otra denominación, total, el cálculo es sumar 15 días a los cumplidos al momento que se contempla que la vacuna fabrique anticuerpos neutralizantes ya que no se sabe si en esos días se pudo instalar un contagio; tener en cuenta que a los 45 días de haber tenido contagio de SarsCov2 asintomático, la IgM baja y que la IgG lo hace a los 50 días. Por lo anterior, se sugiere el siguiente algoritmo:

Gráfico 5. Algoritmo para el manejo epidemiológico de asintomáticos.

IgM	IgG	T ó vac	conducta	Idtf	PCR	Control
+	-	+/-	Ais/conf	Rojo	-	15 días
-	+	+	Observar	Azul	n/a	60 días
-	+	-	Confirmar	Rojo	-	15 días
+	+	-	Conf/Ais	Rojo	-	45 días
+	+	+	Conf/Ais	Rojo	-	60 días
-	-	+	Observar	Verde	n/a	60 días
-	-	-	Observar	Azul	n/a	30 días

+ (Positivo), - (negativo), Ais (aislamiento), Conf (confirmar con PCR), T ó Vac (tuvo COVID o Vacunado seguro), Idtf (identificación visible), n/a (no aplica).

Fuente. Propia de los investigadores

El elemento de identificación podrá ser determinado convenientemente, para efectos de este se habla de colores de mascarillas faciales (MF), así entonces serán de color rojo, azul y verde; estos colores deben ser entendidos por la comunidad como: Rojo, alto riesgo de contagio; Azul, bajo riesgo de contagio; verde, sin riesgo de contagio. La columna de PCR fue incluida para dejar en claro que el paciente con resultado positivo

ya no debe estar en este tipo de seguimiento hasta tanto haya vuelto a ser negativo.

Explicación y utilidad del cuadro

- Si en un paciente vacunado o no - seguro se obtiene que la IgM es + es señal de afección aguda con PCR negativo se verifica que es un falso positivo y volvería a consultar en 15 días (uso racional del

PCR), su identificación es MF roja. Se sugiere aislar hasta resultado PCR.

- Si en un paciente vacunado-seguro se obtiene la IgG y es positiva, se le brindan orientaciones de autocuidado y evitar contacto. Control en 60 días, su identificación es azul, esto porque puede poseer algún rezago viral mínimo.
- Si en un paciente que NO esté vacunado-seguro se obtiene IgG positivo se le expide orden de confirmar por PCR, al dar negativo se cita en 15 días, se identificará con la MF roja.
- Si en un paciente que NO está vacunado-seguro las IgM y la IgG son positivas se solicita PCR inmediata, si ésta arroja negativo se asume como falso positivo de anticuerpos; se repiten las pruebas en 72 horas. Aislamiento hasta que se determine la negatividad de PCR, sólo hasta entonces se solicitará control en 45 días, MF roja.
- Si en un paciente que se ha vacunado-seguro las IgM y la IgG son positivas, se solicita confirmar con PCR, que al dar negativo citamos en 60 días. Falsos positivos de Inmunoglobulinas ante la veracidad de la vacunación, sin embargo, hay libertad de exigirle repetir las pruebas ante la presencia de variantes nuevas del virus, MF roja si se confirma igual.
- Si en un paciente que se ha vacunado-seguro las inmunoglobulinas son

negativas su MF es verde y se cita en 60 días.

- Si en un paciente que NO se ha vacunado-seguro sus Inmunoglobulinas son negativas, su MF será azul y se citará en 30 días.
- Para recordar: la IgM suele aumentar del día 7 hasta negativo en 45 días y la IgG desde el 14 hasta 49 días.

Conclusiones

En el esquema de manejo propuesto, el control del orden público se auto-regula y es susceptible de verificación en tiempo real/inmediato. La estrategia de distanciamiento y otras normas de bioseguridad, no se consideran erradas, sin embargo, son insuficientes, pues suponen el estancamiento socioeconómico de un país.

La meta de una “ciudad verde” (color de mascarilla sugerida predominante), para nuestro ejemplo, es el objetivo y envía mensaje de seguridad. En las instituciones educativas serían estos los estudiantes que podrían estar en presencialidad y así en los diferentes ámbitos que lo exijan.

Los Decretos y Resoluciones tendrían una base científica semaforizada útil para determinar conductas y regular normas.

Con la medida del Algoritmo de Manejo Epidemiológico para Asintomáticos de COVID-19 el virus dejaría de ser invisible. Tomar en cuenta las determinaciones

científicas basadas en fundamentos epidemiológicos medibles es la mejor garantía para que en el actual presente y futuro no se afecte el aparato económico, social y de avance de una comunidad.

Aun con el advenimiento de vacunas no se evita la presencia viral y las caracterizaciones de las personas no cambian frente a lo planteado ya que los títulos de seroprevalencia se manifiestan de la misma forma, es sabido que estar vacunado no impide el contagio, pero si aumenta la probabilidad de sobrevida y de no tener enfermedad grave.

La aplicabilidad de esta técnica para futuras epidemias o pandemias es igual

de útil y permitirá que las disposiciones legales de los entes territoriales desde las Secretarías de Salud den las directrices para que los Decretos emitidos dejen de ser eminentemente de orden público para contener un sentido de protección a la salud que interprete la constitución en los acápite donde la responsabilidad del estado está cimentada, pero ya con argumento científico de fondo.

Limitaciones del estudio

El presente artículo por ser tema de novedad y en la ventana de tiempo donde se realizó la búsqueda, la información encontrada fue insuficiente.

Referencias bibliográficas

1. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, CDC. Guía interina para la realización de pruebas de detección del SARS-CoV-2 en refugios y asentamientos de personas sin hogar. <https://espanol.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/community/homeless-shelters/testing.html#print>
2. Ministerio de Salud y Protección Social. Ley Estatutaria No. 1751 de 2015. Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones. chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Ley%201751%20de%202015.pdf
3. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución No. 1068 de 2020, modifica la resolución No. 914/2020. <https://consultorsalud.com/tarifas-para-el-pago-de-servicios-uci/>
4. Napoli C, Benincasa G, Criscuolo C, Faenza M, Liberato C, Rusciano M. Immune reactivity during COVID-19: Implications for treatment. *Immunol Lett.* 2021 Mar;231:28-34. doi: 10.1016/j.imlet.2021.01.001. Epub 2021 Jan 6. PMID: 33421440; PMCID: PMC7787505.
5. Kim JS, Lee JY, Yang JW, Lee KH, Effenberger M, Szpirt W, Kronbichler A, Shin JI. Immunopathogenesis and treatment of cytokine storm in COVID-19. *Theranostics.* 2021 Jan 1;11(1):316-329. doi: 10.7150/thno.49713. PMID: 33391477; PMCID: PMC7681075.
6. Zhao J, Yuan Q, Wang H, Liu W, Liao X, Su Y, Wang X, Yuan J, Li T, Li J, Qian S, Hong C, Wang F, Liu Y, Wang Z, He Q, Li Z, He B, Zhang T, Fu Y, Ge S, Liu L, Zhang J, Xia N, Zhang Z. Antibody Responses to SARS-CoV-2 in Patients With Novel Coronavirus Disease 2019. *Clin Infect Dis.* 2020 Nov 19;71(16):2027-2034. doi: 10.1093/cid/ciaa344. PMID: 32221519; PMCID: PMC7184337.
7. Asociación Progreso Inmunología. Inmunosalud. Inmunoglobulinas. <https://inmunosalud.net/index.php/defensas/70-03-inmunoglobulinas>
8. Láñez Pareja, E. (1999). CURSO DE INMUNOLOGÍA GENERAL: Inmunoglobulinas y otras moléculas de células B. Universidad de Granada.

9. Rodríguez Hernández C, Sanz Moreno L. Inmunidad frente a SARS-CoV-2: caminando hacia la vacunación [Immunity against SARS-CoV-2: walking to the vaccination]. *Rev Esp Quimioter*. 2020 Dec;33(6):392-398. Spanish. doi: 10.37201/req/086.2020. Epub 2020 Sep 11. PMID: 32935536; PMCID: PMC7712341.
10. Alcamí, J. &. (2020). *Anticuerpos neutralizantes frente a SARS CoV-2*. España.
11. López-Macías, C. &-H. (2020). Los anticuerpos y la protección contra COVID-19. *Revista Médica del Instituto Mexicano*, 1-2.
12. Pérez Fumero, Y. A. (2020). Respuesta de anticuerpos en la enfermedad por coronavirus 2019. *Revista Cubana de Hematología, Inmunología y Hemoterapia*, 36.
13. Herráez, A. (s.f.). Inmunoensayos para detectar infección por coronavirus. Obtenido de <http://biomodel.uah.es/tecnicas/inmuno/CoV/inicio.htm>
14. Riera, A. R. (2020). Valor de las pruebas diagnósticas para el coronavirus. Obtenido de <http://cardiolatina.com/wp-content/uploads/2020/06/Valor-de-las-pruebas-diagn%C3%B3sticas-para-el-coronavirus-.pdf>
15. Sethuraman N, Jeremiah SS, Ryo A. Interpreting Diagnostic Tests for SARS-CoV-2. *JAMA*. 2020 Jun 9;323(22):2249-2251. doi: 10.1001/jama.2020.8259. PMID: 32374370.
16. Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades. Obtenido de <https://espanol.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/community/organizations/testing-non-healthcare-workplaces.html>
17. IntraMed. Interpretación de pruebas diagnósticas para SARS CoV2. Obtenido de <https://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoid=96110>
18. Laboratorio de Analisis Bioquímicos (GUEMES). (20 de Junio de 2020). <https://www.labguemes.com.ar>. Obtenido de <https://www.labguemes.com.ar/web/interpretacion-de-pruebas-diagnosticas-para-sars-cov-2/>

Intervención educativa sobre cuidado espiritual para estudiantes de licenciatura en enfermería y obstetricia

*Sandra Milena Aponte-Franco¹, Raúl Fernando Guerrero-Castañeda²,
Elisa Rosas Cervantes³, María de Jesús Jiménez González⁴*

Resumen

Introducción

Para los estudiantes de enfermería es indispensable la formación en el cuidado espiritual para identificar y satisfacer las propias necesidades espirituales y las de las personas que cuidarán, la dimensión espiritual es inherente al ser humano, para abordarla se requieren conocimientos que lleven a la reflexión e interés en la atención desde una perspectiva integral.

Objetivo

Evaluar una intervención educativa sobre cuidado espiritual para estudiantes de licenciatura en enfermería y obstetricia de una universidad pública.

Como citar este artículo: Aponte-Franco Sandra Milena, Guerrero-Castañeda Raúl Fernando, Cervantes Elisa Rosas, Jiménez González María de Jesús. Intervención educativa sobre cuidado espiritual para estudiantes de licenciatura en enfermería y obstetricia. Revista Cultura del Cuidado Enfermería. 2022; 19(2): 101-115.

- 1 Enfermera, especialista en gerencia de seguridad y salud en el trabajo, estudiante de Maestría en Ciencias de Enfermería. División de Ciencias de Salud e Ingenierías, Campus Celaya-Salvatierra, Universidad de Guanajuato. <https://orcid.org/0000-0002-4569-1234>, Correo electrónico: sm.apontefranco@ugto.mx
- 2 Licenciado en Enfermería, Maestro en Educación, Doctor en Ciencias de Enfermería, Profesor Tiempo Completo, División de Ciencias de Salud e Ingenierías, Campus Celaya-Salvatierra, Universidad de Guanajuato. <https://orcid.org/0000-0003-3996-5208>, Correo electrónico: drfernandocastaneda@hotmail.com
- 3 Licenciada en Enfermería, Maestra en Ciencias de Enfermería, Estudiante de Doctorado en Ciencias de Enfermería. División de Ciencias de la Salud e Ingenierías, Campus Celaya - Salvatierra, Universidad de Guanajuato. <https://orcid.org/0000-0002-3057-8538>, Correo electrónico: e.rosascervantes@ugto.mx
- 4 Licenciada en Enfermería, Maestra en Ciencias de Enfermería, Doctora en Ciencias de Enfermería. Profesor de Tiempo Completo, División de Ciencias de la Salud e Ingenierías, Campus Celaya - Salvatierra, Universidad de Guanajuato. <https://orcid.org/0000-0003-3806-0714>, Correo electrónico: mj.jimenez@ugto.mx

Metodología

Se realizó un proyecto de intervención con mediciones pre y post, la intervención se desarrolló en 5 sesiones educativas sobre cuidado espiritual, con un enfoque conceptual, reflexivo, práctico y evaluativo.

Resultados

Se contó con n=23 estudiantes. Se evidenció que el 30,43 % recibió el 100% de la intervención, 100 % eran mujeres, 14,3 % cursaba sexto semestre, 42,9 % séptimo semestre y 42,9 % octavo semestre, la edad promedio fue 22 años. Respecto a los conocimientos sobre la espiritualidad el resultado pre-intervención fue de 7,71+7,2 con aumento post intervención cuyo resultado fue 19+2,23, se realizó un test de preguntas abiertas las respuestas fueron agrupadas en categorías en el pre test el resultado fue tres y dos categorías por cada pregunta y en el post test una categoría, se aplicó caso clínico pre y post intervención el cual evaluó la realización del plan de cuidado de enfermería.

Conclusión

La formación en cuidado de la dimensión espiritual es imprescindible en cuanto al desarrollo del ejercicio profesional enfermero dirigido a brindar un cuidado integral.

Palabras clave

Estudiantes de licenciatura, Espiritualidad, cuidado de enfermería, salud, (palabras clave del autor).

Spiritual care educational intervention for undergraduate nursing and midwifery students

Abstract

Introduction

For nursing students, training in spiritual care is essential to identify and satisfy their own spiritual needs and those of the people they will care for; the spiritual dimension is inherent to the human being, and to address it requires knowledge that leads to reflection and interest in care from an integral perspective.

Objective

To evaluate an educational intervention on spiritual care for undergraduate students in nursing and midwifery at a public university.

Methodology

An intervention project was carried out with pre and post measurements, the intervention was developed in 5 educational sessions on spiritual care, with a conceptual, reflective, practical and evaluative approach.

Results

There were n=23 students. It was found that 30.43% received 100% of the intervention, 100% were women, 14.3% were in their sixth semester, 42.9% in their seventh semester and 42.9% in their eighth semester, the average age was 22 years old. Regarding the knowledge about spirituality, the pre-intervention result was 7.71+7.2 with an increase post-intervention whose result was 19+2.23, a test of open questions was carried out, the answers were grouped into categories in the pre-test the result was three and two categories for each question and in the post-test one category, a clinical case was applied pre and post intervention which evaluated the realization of the nursing care plan.

Conclusion

Training in care of the spiritual dimension is essential for the development of professional nursing practice aimed at providing comprehensive care.

Keywords

undergraduate students, Spirituality, nursing care, health, (author's keywords).

Introducción

En algunos contextos la espiritualidad para los seres humanos guarda relación con aquellas creencias y sentimientos más allá de lo visible a los ojos estableciendo cercanía con lo sagrado y lo divino, con aquello que da sentido a la vida, y que permite conservar la posibilidad de cultivar satisfacción con la misma, logrando la adaptación con mayor facilidad a los cambios que acompañan los procesos de salud enfermedad acercándose a una sensación de paz y bienestar ⁽¹⁾.

La espiritualidad es inherente al ser humano, por lo tanto, forma parte del cuidado, se constituye como un recurso psicosocial de afrontamiento, de resiliencia e incluso de optimismo que interviene positivamente en la salud física y mental ⁽²⁾. La atención espiritual está siendo promovida desde un trabajo interprofesional y en la disciplina de enfermería este abordaje ha venido haciendo parte de algunas de sus teorías las cuales destacan precisamente a la espiritualidad como un componente esencial del cuidado ⁽³⁾.

Para los estudiantes de enfermería es indispensable la formación en el cuidado espiritual para identificar y satisfacer las propias necesidades espirituales y las de las personas que atenderán, como parte del cuidado integral del ser humano ⁽⁴⁾.

Sin embargo, para considerar la formación en la licenciatura de enfermería y obstetricia como humanística e integral, se deben abordar las diferentes dimensiones del ser humano de manera conjunta, entre estas

dimensiones se encuentra la espiritual pues al no tenerla en cuenta se verá afectado directamente el proceso salud enfermedad dada la integración que hay entre estos aspectos.

Las competencias académicas de la mayoría de los programas educativos en enfermería se basan en estar cerca de la persona de cuidado y su entorno en colaboración con la práctica clínica; es decir, que desarrollan habilidades y destrezas orientadas al hacer, dejando de lado las del ser.

Existe un vacío respecto a los contenidos en las unidades de aprendizaje que se orienten al cuidado espiritual lo cual se relaciona con el débil abordaje por parte de los docentes en la temática, y dentro de los aspectos institucionales las competencias de egreso por lo general ambiguas proponen la humanización y el respeto pero no profundizan en la importancia del cuidado espiritual, lo que puede ser resultado de profesionales en formación cuyo enfoque este dirigido al ejercicio pragmático basado exclusivamente en los aspectos biofísicos, que no incluya un abordaje integral lo cual en su momento puede desencadenar algún tipo de ansiedad al desconocer cómo abordar estos aspectos.

El profesional de enfermería en formación tiene un papel de importancia, no solo preparándose para suplir las necesidades físicas del diagnóstico y tratamiento de la enfermedad, sino para proporcionar cuidado espiritual a la persona durante el proceso de transición en la búsqueda de

significado y propósito ⁽⁵⁾ de la situación que enfrenta, en la resolución de sus necesidades espirituales y el fortalecimiento de la dimensión espiritual.

La espiritualidad, considerada una estrategia de intervención, es en su expresión única, íntima y personal constituyéndose como una estrategia de relevancia para brindar cuidado ⁽⁶⁾. La falta de la atención espiritual y sus respectivas consecuencias se asocian a dificultades en el manejo de la información procedente del entorno con el cual se interactúa permanentemente, pudiendo llevar a una desconexión consigo mismo por falta de interés, con los demás y con un ser superior, de tal forma que no se logran interpretar las situaciones vivenciadas, para darles un significado pudiendo generar dificultad en los procesos de enfermedad al no hallar un sentido de superación ni interés en la resolución de la situación, por lo anterior se planteó el objetivo de evaluar una intervención educativa sobre cuidado espiritual para estudiantes de licenciatura en enfermería y obstetricia de una universidad pública.

Materiales y métodos

Es un proyecto de intervención con mediciones pre y post intervención ⁽⁷⁾, contó con una muestra total de n=7 estudiantes de licenciatura en enfermería y obstetricia de una Universidad pública.

Se diseñó una intervención educativa de 5 sesiones sobre Cuidado espiritual (Tabla 1), se desarrolló entre el 17 al 25 de agosto

de 2022 de manera virtual, con sesiones de 120 minutos. Para la ejecución del curso se estructuró un esquema pedagógico centrado en la conceptualización, reflexión, práctica, participación, comunicación y evaluación por parte del estudiante.

Los aspectos conceptuales se plantearon en las dos primeras sesiones, relacionándolo con los conocimientos previos y temas de cuidado espiritual; posteriormente se organizaron dos sesiones de reflexión con su contexto personal, social, profesional y laboral en aspectos relacionados con el cuidado espiritual, competencias en el cuidado espiritual, espiritualidad y bienestar, así como trascendencia y propósito de vida. Luego, en la última sesión se brindaron herramientas prácticas mediante el acercamiento al abordaje de cuidado espiritual en los diferentes contextos familiares, sociales y hospitalarios para la consolidación del conocimiento adquirido siempre en conexión con la realidad de la vivencia personal del participante. Finalmente, se evaluó el proceso formativo mediante la aplicación de los instrumentos test de conocimientos pre y post intervención, escala de medición de la espiritualidad y cuidado espiritual y caso clínico pre y post intervención y se cierra aplicando una evaluación del curso.

Durante cada una de las sesiones y al finalizar cada una de ellas se enviaron recordatorios para que los estudiantes tuvieran acceso a las grabaciones y se conectaran a las siguientes recordándoles las temáticas a abordar en las siguientes sesiones.

Tabla 1. Esquema general del Curso intervención educativa sobre cuidado espiritual para estudiantes de Licenciatura en enfermería de una Universidad pública, agosto 2022.

Sesión	Temáticas	Enfoque pedagógico	Estrategias didácticas
1	Espiritualidad y Religión	Conceptual	Sesión magistral
2	Perspectivas de cuidado espiritual	Conceptual	Mapas mentales y conceptuales
3	Fundamento del cuidado espiritual	Reflexivo	Taller reflexivo
4	Contextos de aplicación de cuidado espiritual	Reflexivo	Taller reflexivo
5	Estrategias y herramientas para brindar cuidado y autocuidado espiritual	Practica	Aprendizaje colaborativo

Se utilizó como instrumento de valoración el test de conocimientos pre y post intervención, el cual trató de un cuestionario de preguntas abiertas que tuvo la intención de identificar de forma cualitativa el conocimiento previo de los estudiantes de licenciatura en enfermería y obstetricia sobre los conceptos del cuidado en la dimensión espiritual.

Posteriormente se utilizó la Escala de Evaluación de la Espiritualidad y el Cuidado Espiritual ⁽⁸⁾, la cual fue validada y adaptada al español en el contexto colombiano ⁽⁹⁾ se solicitó autorización para adaptación al contexto de la intervención, dicha adaptación correspondió a la reducción de las preguntas de 23 a 8.

La puntuación de la escala de medición de la espiritualidad y cuidado espiritual oscila entre 0-24 puntos donde totalmente en desacuerdo corresponde a 0, la escala de respuesta en desacuerdo se puntúa con 1, de acuerdo con 2 y totalmente de acuerdo con 3.

Y finalmente se utilizó un chek list para evaluar la realización de un plan de cuidado en el contexto del cuidado de la dimensión espiritual a través de un caso clínico que fue proporcionado a los participantes.

Todos los datos fueron recolectados a través de cuestionarios en Google Forms® los cuales fueron aplicados antes y después de la intervención, para el análisis de los datos se utilizó el programa estadístico SPSS en su versión 24 y Microsoft Excel®. Para la evaluación final de la calidad del curso se aplicó un cuestionario de 6 ítems midiendo el uso de estrategias pedagógicas y didácticas, la utilidad del material, la organización y puntualidad, la evaluación de las sesiones y la pertinencia del curso para la formación en enfermería, adicionalmente se aplicó un cuestionario de 5 ítems en el cual se solicitaba evaluar las temáticas y desarrollo de cada sesión de 1 a 5 siendo 1 la menor calificación y 5 la máxima y de manera abierta se pidió dejar un comentario acerca

de las fortalezas, debilidades o cualquier otro comentario respecto al curso.

La intervención contó con la aprobación de la Coordinación de Licenciatura en Enfermería y Obstetricia de la Universidad en donde se implementó, se denominó “Curso Cuidado espiritual para estudiantes de sexto, séptimo, y octavo semestre de licenciatura en enfermería y obstetricia” de una Universidad pública. Se consideraron aspectos de libre participación por parte de los estudiantes y que no se viera afectada ninguna de sus actividades académicas, todos firmaron la participación del curso y el manejo anónimo de sus datos e información para fines académicos.

Se obtiene como respuesta de manera inicial la aceptación a participar del proceso formativo a un total de 43 estudiantes, de los cuales participaron 23 estudiantes al inicio de la intervención, y posteriormente

completaron todo el tratamiento y el desarrollo de las actividades evaluativas un total de 7 participantes, se excluyeron los participantes que no completaron el 80% del total del tratamiento que correspondió a la asistencia a las sesiones sincrónicas o asincrónicas, que no hubieran completado la totalidad de actividades propuestas en las sesiones además de las actividades evaluativas e instrumentos de valoración.

Los datos sociodemográficos mostraron que de los 7 participantes que completaron el proceso formativo el 100 % son mujeres, 14.3% pertenecen a sexto semestre de la licenciatura, el 42,9 % son de séptimo y 42,9% de octavo semestre, el cuanto al origen el 100% son mexicanas; el 14,3 % reside en Tarimoro y el 85,7 en Celaya, el 100% son de religión católica, en relación al estado civil el 14,3 % de las participantes se encuentra casada y el 85,7 solteras como se muestra en la siguiente tabla (ver tabla 2).

Tabla 2. Características sociodemográficas de los estudiantes de Licenciatura y Obstetricia Universidad de Guanajuato Campus Celaya Salvatierra, agosto 2022

Variable		f	%
Sexo	Mujer	7	100
Religión	Católica	7	100
Semestre	Sexto	1	14,3
	Séptimo	3	42,9
	Octavo	3	42,9
Estado civil	Soltero	6	85,7
	Casado	1	14,3
Municipio de residencia	Celaya	6	85,7
	Tarimoro	1	14,3
Edad	Promedio	22 años	

Fuente: Ficha de datos sociodemográficos (n=7)
Abreviaturas: f=Frecuencia, %= Porcentaje.

Con relación a la aplicación de los instrumentos se revisó la consistencia interna del instrumento Escala de medición

de la espiritualidad y cuidado espiritual la cual reporto un Alfa de Cronbach aceptable de 0.823 (ver tabla 2).

Tabla 3. Consistencia interna instrumento; Escala de medición de la espiritualidad y cuidado espiritual.

Instrumento	n	N° de reactivos	α
Escala de medición de la espiritualidad y cuidado espiritual	7	8	.823

n= total de participantes α = alfa de Cronbach
Fuente: elaboración propia

En cuanto a la aplicación pre y post intervención del instrumento Escala de medición de la espiritualidad y cuidado espiritual los resultados se describen a continuación (ver tabla 3).

Tabla 4. Comparación Pre – Postest de Escala de medición de la espiritualidad y cuidado espiritual.

Característica	\bar{x}	DE
Pre intervención	7,71	7,2
Post intervención	19	2,23

\bar{x} =Media, DE=Desviación estándar
Fuente: elaboración propia

Respecto a los resultados arrojados en el instrumento test de conocimientos pre y post intervención el cual se trató de preguntas abiertas de naturaleza cualitativa

en la fase pre se obtuvieron aportes y respuestas diversas las cuales para su análisis fueron agrupadas en distintas categorías, las preguntas se describen a continuación (ver cuadro 1).

Cuadro 1. Test de conocimientos pre y post intervención

Pregunta
¿Cómo define espiritualidad?
¿Cree que espiritualidad y religión es lo mismo?
¿Por qué?
¿Qué entiende por necesidades espirituales de los pacientes?
¿cuáles considera que serían las necesidades espirituales de los pacientes?
¿Cree importante el abordaje del cuidado espiritual en enfermería?
¿Por qué?

Fuente: elaboración propia

En la aplicación del instrumento test de conocimientos pre intervención emergieron diferentes categorías en relación a la diversidad en las respuestas, hubo ambigüedad y contradicción lo cual denota confusión en los conceptos, en la pregunta 1). ¿Cómo define espiritualidad? emergieron dos categorías; i). emociones, sensaciones y valores y ii). Visión personal, en la pregunta 2). ¿Cree que espiritualidad y religión es lo mismo? El resultado fueron dos categorías i). Religión/ acción, espiritualidad/ creencia y ii). Espiritualidad/ acción y práctica, religión/creencia, para la pregunta 3). ¿Qué entiende por necesidades espirituales de los pacientes? El resultado fueron tres categorías; i). Aspectos internos, ii). Acciones hacia los demás (pacientes) y iii). Necesidades fisiológicas más allá de lo físico, en la cuarta pregunta; ¿cuáles considera que serían las necesidades espirituales de los pacientes? El resultado fueron dos categorías i). Acompañamiento y ii). Creencias personales, en la pregunta cinco; ¿Cree importante el abordaje del

cuidado espiritual en enfermería? ¿Por qué? Emergieron dos categorías i). Aspectos personales y ii). Cuidado de enfermería.

En cuanto al resultado de la aplicación del instrumento test de conocimientos post intervención para las cinco preguntas el resultado arrojó una categoría, pregunta uno; ¿Cómo define espiritualidad? Categoría 1. Componente y creencia personal, pregunta dos; ¿Cree que espiritualidad y religión es lo mismo? ¿Por qué? Categoría 1: Espiritualidad aspecto no físico, religión; prácticas dentro de un grupo, pregunta tres; ¿Qué entiende por necesidades espirituales de los pacientes? Categoría 1: Necesidades personales más allá de las fisiológicas, pregunta cuatro; ¿cuáles considera que serían las necesidades espirituales de los pacientes? Categoría 1. Necesidades personales tranquilidad, escucha, perdón y libre Expresión, pregunta cinco; ¿Cree importante el abordaje del cuidado espiritual en enfermería? ¿Por qué? Categoría 1. Beneficios en salud, cuidado integral.

En los resultados post intervención no se halló una variabilidad importante en las respuestas debido a que se centralizaron los conceptos abordados durante la intervención de forma concreta lo cual denota apropiación de los conceptos.

En la aplicación de la herramienta caso clínico pre y post intervención se presentó una situación de salud (caso clínico) y de acuerdo a la misma se solicitó a los participantes proponer un plan de cuidado enfermero centrado en la dimensión espiritual indicando un resultado NOC, dos intervenciones NIC y tres actividades de enfermería, el propósito de esta herramienta se basó en el uso del lenguaje estandarizado de enfermería relacionándolo con el plan de cuidado de la dimensión espiritual. Dentro de las consideraciones generales que se tuvieron en cuenta están; la identificación de las etiquetas diagnósticas de enfermería que guardan relación con la dimensión espiritual, la integración del plan de cuidado con un resultado de enfermería, dos intervenciones y tres actividades de acuerdo al caso clínico presentado.

En cuanto a los resultados pre intervención de manera general se observa confusión en algunos aspectos propios del abordaje del proceso de atención en enfermería, débil abordaje del lenguaje estandarizado respecto a la dimensión espiritual y conceptos centralizados en los aspectos de cuidado físico. En cuanto a las etiquetas diagnósticas los resultados fueron; desesperanza, impotencia, duelo complicado, disconfort y ansiedad, en relación a los resultados las respuestas se dirigieron a calidad de vida,

control del miedo, esperanza, control de la depresión y aceptación del estado de salud, en relación a las intervenciones las respuestas fueron; potenciación de la autoestima, apoyo emocional, apoyo social, relación con los demás, en cuanto a las respuestas sobre las actividades estas se dirigieron a; Escucha activa, test de autoestima, ayudar a reconocer sentimientos de ira y ansiedad, y comunicación terapéutica.

Posterior al desarrollo de la intervención se aplicó la herramienta caso clínico nuevamente la cual trato de la misma dinámica en esta segunda aplicación se cambió levemente el contexto general de la situación de salud y los resultados generales respecto a las etiquetas diagnósticas fueron; Sufrimiento espiritual, angustia espiritual, bienestar espiritual, disposición para mejorar el bienestar espiritual, Baja autoestima situacional, en relación a los resultados las respuestas fueron; salud espiritual, Estado de comodidad: psicoespiritual, afrontamiento de problemas, las respuestas obtenidas para intervenciones de enfermería fueron; apoyo espiritual y apoyo emocional, y respecto a las actividades las respuestas se enfocaron a; comunicación terapéutica para establecer confianza, asistencia empática, animar al individuo a revisar la vida pasada y centrarse en hechos y relaciones que proporcionaron fuerza y apoyo espirituales.

De manera general se observa en la aplicación del caso clínico post intervención que existe asociación y apropiación de los conceptos vistos durante la intervención los cuales no fueron mencionados en el caso clínico pre intervención y que además en

su mayoría guardan relación con el lenguaje estandarizado de enfermería.

Realizando una síntesis de los aportes y comentarios de los estudiantes durante las sesiones en relación a las expectativas frente al desarrollo del curso los comentarios fueron; conocimiento, aprendizaje, crecimiento, autocuidado espiritual, armonía y tranquilidad.

Posterior en la sesión de cierre los comentarios frente a lo generó el curso de manera personal en cada uno de los participantes fue; experiencia, gratitud por los temas abordados, cambio, confianza, crecimiento, aprendizaje y consciencia.

En la evaluación de las sesiones realizadas en el curso se obtuvo una calificación global de 4,97 obteniendo una calificación de 5.0 en las sesiones relacionadas con i. Espiritualidad y Religión; ii. Perspectivas de cuidado espiritual; iii. Fundamento del cuidado espiritual; iv. Contextos de aplicación de cuidado espiritual; la sesión v. Estrategias y herramientas para brindar cuidado espiritual obtuvo una calificación de 4,8.

En la valoración cualitativa no se presentan debilidades relatadas por los participantes, en cuanto a las fortalezas se encuentran la habilidad y manejo de la facilitadora en relación a la explicación, compromiso, disponibilidad y asequibilidad, se resalta ampliamente que este tema lo maneje un profesional de la salud y que los espacios hayan permitido siempre reflexionar, participar a todos para tomar conciencia.

Por otra parte, las estructura y orden el curso permitió evidenciar que fue original, concreto, claro, dinámico, didáctico, además de contener información relevante dándole así un espacio agradable para un gran aprendizaje para apoyar al crecimiento personal y profesional. Entre los comentarios adicionales esta la superación de las expectativas, el gusto y el agradecimiento, donde el curso abre una perspectiva de abordaje necesaria para la licenciatura en enfermería actualmente.

Discusión

Uno de los retos del cuidado espiritual radica en el reconocimiento de la persona en su totalidad, considerando que el bienestar alcanzado por la dimensión de lo espiritual trasciende la enfermedad involucrando cuerpo, mente y espíritu.

De esta manera el abordaje del cuidado espiritual debe ser una prioridad, tanto para profesionales en formación como para la docencia y la investigación ya que la espiritualidad emerge con la vida misma.

Al evaluar la intervención educativa sobre cuidado espiritual para estudiantes de licenciatura en enfermería y obstetricia se encontró que el abordaje de la dimensión espiritual para los estudiantes es considerada importante, tienen conocimiento general acerca de esta pero no conocen los contextos y herramientas para abordarla con los pacientes, lo cual concuerda con el estudio realizado en el 2019 en México por Mávila Luna; en donde posterior a la aplicación de la herramienta Escala de Medición

de Espiritualidad y Cuidado Espiritual, encontraron que el 80% de los estudiantes que participaron desconocen o hacen caso omiso a la espiritualidad y cuidado espiritual ⁽¹⁰⁾.

Por otra parte, en el presente estudio las estudiantes que participaron fueron en su totalidad mujeres lo que concuerda con el estudio de Vargas-escobar realizado en Colombia en el 2017 donde el 91,9% de las participantes correspondió a este sexo, aunque este estudio no se realizó con estudiantes sino con personal de enfermería que labora en la atención a pacientes crónicos, sin embargo, su objetivo fue evaluar la efectividad de una intervención educativa en cuidado espiritual ⁽¹¹⁾.

Resulta interesante mencionar que para los estudiantes de enfermería es complejo identificar las necesidades espirituales de los pacientes y los diferentes contextos en los cuales se puede brindar el cuidado espiritual ya que su formación ha sido orientada al abordaje de los aspectos biológicos que subyacen la atención de las enfermedades y complicaciones derivadas de estas, producto del débil abordaje de las asignaturas que integren la temática lo cual coincide con lo descrito en un estudio en España el cual menciona que la formación y orientación hacia los aspectos de orden biológico además de la falta de docentes capacitados para impartir temas sobre espiritualidad son el producto de las dificultades de los futuros profesionales en el abordaje de esta área ⁽¹²⁾.

A raíz de los resultados obtenidos de las experiencias relatadas por los participantes donde destacan la importancia de la

capacitación en el abordaje de la atención espiritual la cual subyace a la atención integral del ser humano se sugiere profundizar y enfatizar en la aplicación de contenidos programáticos que aborden la temática de manera más profunda, si bien la consideración de la espiritualidad como parte importante que da sentido a la experiencia de vida de muchas personas se destaca en diferentes estudios no hay suficiente evidencia que refleje de manera directa el efecto de intervenciones educativas centradas en la dimensión espiritual lo cual concuerda con lo planteado en el estudio de Rudilla D. y colaboradores el cual tras la realización de una revisión sistemática encontró un vacío en el conocimiento frente a intervenciones específicas sobre el abordaje de la espiritualidad ⁽¹³⁾.

La estructura, orden y desarrollo del curso permitió evidenciar que fue original, concreto, claro, dinámico y didáctico, además de contener información relevante permitió un espacio agradable para el aprendizaje apoyando al crecimiento personal y profesional de los estudiantes que participaron. Entre los comentarios y aportes respecto al desarrollo del proyecto de intervención esta la superación de las expectativas, el gusto y el agradecimiento manifestado por los participantes, donde se abre una perspectiva de abordaje necesaria para la carrera actualmente.

El proyecto de intervención cumplió con una serie de elementos para su evaluación; pertinencia al cumplir con la necesidad de incluir en la formación de licenciatura el abordaje de cuidado de la dimensión

espiritual, se planteó su realización a través de la virtualidad lo cual permitió la accesibilidad en cuanto a costos, y además se llevó a cabo en un horario que no interfirió con las actividades escolares obligatorias.

No existen antecedentes de intervenciones o programas formativos enfocados en el abordaje de la dimensión espiritual en el programa de licenciatura de enfermería de la Universidad donde se llevó a cabo lo que hizo que esta intervención fuera original, se requería la vinculación de estrategias de cuidado orientadas al cuidado integral y un trabajo unificado en la formación de los estudiantes de licenciatura en enfermería y obstetricia que permitiera la generación de nuevo conocimiento para la disciplina enfermera, contribuyendo a la evidencia científica futura así como a las aportaciones en la construcción y participación en la toma de decisiones, políticas públicas que enfatizan en el cuidado y restablecimiento de las condiciones de salud de las personas.

Los indicadores de la problemática fueron verificados mediante la aplicación de herramientas para la evaluación de conocimientos previos y posteriores a la implementación del programa educativo, se observó la comprensión de la temática, resolviendo dudas posibles que se presentaron por parte de los estudiantes. Como estrategia y para medir la efectividad de la intervención educativa se hizo uso de ejemplos prácticos donde a través del pensamiento crítico se integró el conocimiento adquirido resaltando la importancia del cuidado espiritual.

Conclusiones

Las necesidades de formación de los alumnos de Licenciatura en enfermería y Obstetricia en temas del cuidado de la dimensión espiritual se hacen evidentes en cuanto a la práctica y desarrollo del ejercicio profesional el cual debe estar dirigido a brindar un cuidado integral, para lo cual desde el ámbito educativo universitario es importante el fortalecimiento de los conocimientos, habilidades y actitudes para aprender a abordar esta dimensión y así brindar cuidados de forma competente.

Los alumnos expresan algunas dificultades a la hora de brindar los cuidados en la dimensión espiritual, entre las que se encuentra, la incertidumbre, la cual es derivada del desconocimiento en esta área; la presencia de una enfermería de orientación biológica y materialista en la práctica; la falta de contenidos temáticos que profundicen en la temática.

Agradecimientos

Los autores agradecen a los estudiantes de la licenciatura en enfermería y obstetricia de la Universidad de Guanajuato Campus Celaya Salvatierra que participaron en la intervención educativa.

Conflicto de intereses

Los autores no reportan ningún conflicto de intereses en esta investigación.

Referencias bibliográficas

1. Guerrero-Castañeda RF, Menezes TM, Prado ML, Galindo-Soto JA. Espiritualidad y religiosidad para la trascendencia del ser anciano. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2019;72:271-277. doi:10.1590/0034-7167-2018-0840
2. Gallardo-Peralta L, Sánchez-Moreno E. Espiritualidad, religiosidad y síntomas depresivos en personas mayores del norte de Chile. *Terapia psicológica*. 2020;38(2):169–87. doi: 10.4067/S0718-48082020000200169.
3. Veloza M, Pérez B. La espiritualidad: componente del cuidado de enfermería. *Hallazgos*. 2009;11(6):151-160. doi:10.15332/s1794-3841.2009.0011.08.
4. González-Rivera JA, Veray-Alicea J, Rosario-Rodríguez A. Desarrollo, validación y descripción teórica de la escala de espiritualidad personal en una muestra de adultos en puerto rico. *Revista Puertorriquena de Psicología*. 2017;28(2):388-404. [Consultado el 10 septiembre 2022]. Disponible en: <http://www.ojs.repsasppr.net/index.php/reps/article/view/377/0>
5. Veras S, Menezes T, Guerrero-Castañeda R, Soares M, Neto F, Pereira G. O cuidado da enfermeira à dimensão espiritual da pessoa idosa hospitalizada. *REBEn*. 2019;72(2):247–54. [Consultado el 20 septiembre 2022]. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/reben/a/KBC9YZhFYmCdHY97BhWRwRN/?format=pdf&lang=pt>
6. Gutiérrez-Carmona A, Mondaca CA, Carvajal CC. Validación de la versión en español de la escala Perspectiva Espiritual de P. Reed. *Rev Cubana Enferm*. 2020;36(1):1–12. [Consultado el 11 septiembre 2022]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192020000100013&lng=es
7. Hernández Sampieri, R., & Collado, L. Diseños experimentales de investigación: pre experimentos, experimentos “verdaderos” y cuasi experimentos. 2012 In *Metodología de la investigación* (pp. 1–81). Disponible en: http://online.aliat.edu.mx/adistancia/InvCuantitativa/LecturasS4/Hernandez_Sampieri_Cap.6_Disenos_Experimentales.pdf [Consultado el 15 septiembre 2022].
8. McSherry W, Draper P, Kendrick D. The construct validity of a rating scale designed to assess spirituality and spiritual care. *Int J Nurs Stud*. 2002; 39(7): 723-34.

9. Vargas Escobar, L. M. Validez y confiabilidad de la versión en español de la Escala de Evaluación de la Espiritualidad y el Cuidado Espiritual. *Revista Colombiana De Enfermería*, 2015;(11): 34–44. doi.org/10.18270/rce.v11i10.737
10. Mávila A, Intervención Educativa en Estudiantes de Enfermería para Incrementar La Percepción De Espiritualidad y Cuidado Espiritual. [tesis]. Xalapa: Universidad Veracruzana 2019. Recuperado a partir de: <https://cdigital.uv.mx/handle/1944/49172>
11. Vargas-Escobar LM. Intervención educativa para enfermería: cuidado espiritual durante la enfermedad crónica. *Aquichan*. 2017;17(1):30–41. Doi: <https://doi.org/10.5294/aqui.2017.17.1.4>
12. De Diego Cordero R, Suero Castillo C, Vega Escaño J. La formación en religiosidad y espiritualidad en los estudios de Grado en Enfermería. *Cult los Cuid Rev Enfermería y Humanidades*. 2019;(53):304–15.
13. Rudilla D, Soto A, Pérez MA, Galiana L, Fombuena M, Oliver A, et al. Intervenciones psicológicas en espiritualidad en cuidados paliativos: una revisión sistemática. *Med Paliativa*. 2018;25(3):203–12. [Consultado el 15 de septiembre de 2022]. Disponible en: <https://www.medicinapaliativa.es/Documentos/ArticulosNew/S1134248X17300976.pdf>

Adherencia en el manejo de la hipertensión arterial en pacientes del régimen subsidiado. Barranquilla – Colombia.

Leslie Montealegre Esmeral¹, Gema Navarro Rubio², Eulalia Amador Rodero³, Carlos de Oro Aguado⁴, Martha Arteta Charris⁵

Resumen

Objetivo

establecer la adherencia al tratamiento para el manejo de la hipertensión arterial en pacientes del régimen subsidiado en el Distrito de Barranquilla - Colombia.

Métodos

estudio descriptivo, analítico de corte transversal, con aplicación del CAT-HTA de Varela 2010. La muestra conformada por 400 individuos del programa de riesgo cardiovascular del régimen subsidiado en Barranquilla. El análisis se realizó con STATGRAPHIC Centurión 18 y el estadístico R.

Como citar este artículo: Montealegre Esmeral Leslie, Navarro Rubio Gema, Amador Rodero Eulalia, Aguado Carlos de Oro, Arteta Charris Martha. Adherencia en el manejo de la hipertensión arterial en pacientes del régimen subsidiado. barranquilla – Colombia. Revista Cultura del Cuidado Enfermería. 2022; 19(2): 116-132.

- 1 Fisioterapeuta, PhD en metodología de la investigación biomédica y salud pública, docente universidad Libre, investigador asociado Minciencias, miembro del grupo de investigación POYMOCOR. <https://orcid.org/0000-0001-9445-7172> Correo: lesliep.montealegree@unilibre.edu.co
- 2 Médico, PhD en medicina y cirugía, docente Universitat de Barcelona – España, Facultad de medicina. <https://orcid.org/0000-0002-7195-9046>
- 3 Fisioterapeuta, PhD en metodología de la investigación biomédica y salud pública, docente universidad Libre, investigador asociado Minciencias, miembro del grupo de investigación POYMOCOR. <https://orcid.org/0000-0002-0270-4955>
- 4 Matemático, M.Sc. en estadística Aplicada, Profesor Universidad del Norte. Coordinador de la maestría en estadística aplicada e investigador junior Minciencias. <https://orcid.org/0000-0002-4990-6554>
- 5 Matemático, M.Sc. en estadística aplicada, docente Universidad Libre, Facultad de ingeniería. Investigador Junior – Minciencias. <https://orcid.org/0000-0003-0933-6822>

Resultados

El 76% de la muestra de sexo femenino, con una edad promedio de 63.52 años, y un tiempo de evolución promedio de 9.59 años. El grado de adherencia según Varela fue del 32%. No se evidenció significancia estadística entre las características sociodemográficas y el grado de adherencia.

Conclusión/Consideraciones finales

la adherencia en la población de estudio no fue óptima. La comprensión y el manejo de los factores que determinan la adherencia puede ayudar a fortalecer los programas de seguimiento de los pacientes hipertensos.

Palabras clave

Hipertensión, Cumplimiento y Adherencia al Tratamiento.

Adherence in the management of arterial hypertension in patients of the subsidized regime. Barranquilla, Colombia.

Abstract

Objective

To establish adherence to treatment for the management of arterial hypertension in patients of the subsidized regimen in the District of Barranquilla - Colombia.

Methods

Descriptive, analytical cross-sectional study, with application of the CAT-HTA of Varela 2010. The sample was made up of 400 individuals from the cardiovascular risk program of the subsidized regime in Barranquilla. The analysis was performed with STATGRAPHIC Centurión 18 and the R statistic.

Results

76% of the sample were female, with an average age of 63.52 years, and an average evolution time of 9.59 years. The degree of adherence according to Varela was 32%. There is no evidence of statistical significance between the sociodemographic characteristics and the degree of adherence.

Conclusion/Final considerations

Adherence in the study population was not optimal. Understanding and managing the factors that determine adherence can help strengthen monitoring programs for hypertensive patients.

Keyword:

Hypertension, Treatment Adherence and Compliance.

Introducción

Según la *International Society Of Hypertension Global*¹ en su Guía de práctica clínica 2020 se considera que un individuo mayor de 18 años tiene hipertensión arterial (HTA), cuando la medición repetida en consulta de la presión arterial sistólica (PAS) es ≥ 140 mmHg y la presión arterial diastólica (PAD) ≥ 90 mmHg. La PAS elevada es la forma más frecuente de HTA esencial común en jóvenes, adultos jóvenes y adultos mayores, en estos últimos sumada a incremento del pulso. La HTA es el factor de riesgo de mayor incidencia en el desarrollo de enfermedad cardiovascular (ECV)², la cual según la OMS³ es una de las tres causas más comunes de defunción a nivel mundial.

La ECV provoca más muertes que cualquier otra causa, afectando más a los países de ingresos bajos y medios. Los individuos con alto riesgo cardiovascular que presentan la HTA entre otros riesgos requieren de detección precoz y tratamiento oportuno⁴.

La HTA requiere de diagnóstico y tratamiento oportuno, debido a los cambios estructurales de los vasos sanguíneos que su falta de control puede generar, es por esto por lo que al no ser tratada a tiempo se constituye en un factor de riesgo, que incrementa la aparición de accidente cerebrovascular, enfermedad cardíaca, insuficiencia cardíaca, fibrilación auricular, enfermedad renal crónica (ERC), enfermedad arterial periférica (PAD), deterioro cognitivo, entre otras alteraciones^{5,6,7,8}.

Según el Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto costo⁹, en el periodo de 2019 a 2020 se reportaron en Colombia 416.254 casos nuevos de HTA, con una incidencia cruda de 8.34 por 1.000 habitantes. Bogotá D.C. presentó la prevalencia más elevada por ciudades con un 10.55%. La edad promedio de los casos prevalentes de HTA fue de 64.42 años (DE \pm 14.17). El 61.19% correspondía al sexo femenino. En el departamento del Atlántico donde se ubica la población de estudio de esta investigación, la tasa de incidencia cruda para el 2020 fue de 6.24 por 1.000 habitantes y la prevalencia cruda del 10.30% por cada 100 habitantes y para Barranquilla capital del departamento de 13.41% por cada 100 habitantes.

La OMS en la *Guideline for the pharmacological treatment of hypertension in adults*¹⁰, aporta recomendaciones muy importantes para el manejo farmacológico de la HTA que pueden ayudar a los países de medianos y bajos ingresos en su control.

El énfasis del tratamiento de la HTA radica en reconocer unas pautas que permitan orientar su manejo. En la mayoría de las guías de práctica clínica se hace énfasis, en aspectos tales como: el umbral de inicio del tratamiento en cada individuo según los estándares establecidos y su condición de salud y factores asociados, los intervalos de seguimiento, la PA objetivo que se pretende alcanzar con el tratamiento, la elección del tratamiento con monoterapia, dual o combinación y el personal de salud que realizara el seguimiento y manejo.

El manejo del paciente hipertenso no solo debe hacer énfasis en el manejo farmacológico, si no, también en el no farmacológico, en la modificación de estilos de vida. El paciente hipertenso casi siempre presenta factores de riesgo y comorbilidades como tabaquismo, consumo no adecuado de alcohol, diabetes, niveles de colesterol total, colesterol de baja densidad (cLDL), colesterol de alta densidad (cHDL) alterados, sobrepeso u obesidad, índice cintura cadera elevados, sedentarismo y altos niveles de estrés, motivo por el cual requieren ser abordados con pautas terapéuticas no farmacológicas^{11,12}.

Las investigaciones han mostrado efectos benéficos de intervenciones no farmacológicas en pacientes con prehipertensión e hipertensión que han sido sometidos a intervenciones no farmacológicas con modificación en el estilo de vida, las cuales pueden reducir el riesgo cardiovascular (CV), el número de individuos que requieran medicación antihipertensiva y mantener controlada la PA^{13,14,15,16,17,18,19,20,21,22,23}. Las intervenciones no farmacológicas no solo ayudan a prevenir el desarrollo de la HTA, sino, que proveen medios óptimos para reducir el riesgo, minimizar y evitar el daño que puede generar la enfermedad.

El éxito en el manejo y control de la HTA radica en el grado de adherencia que tienen los pacientes a su tratamiento. El papel del paciente, la conducta que adopta ante su enfermedad, si la acepta, si comprende sus implicaciones, el compromiso para

con el cumplimiento de su tratamiento y el cuidado de su salud son indispensables. La adherencia requiere un papel activo no solo del profesional tratante y el equipo de salud, sino también del paciente, quien ejecutara las pautas que le son prescritas para su caso y necesidad particular, así como, el compromiso para generar cambios de conducta que favorezcan la adhesión al tratamiento durante el tiempo que sea requerido.

La OMS en el 2001, haciendo frente a la problemática entorno a las bajas tasas de adherencia a los tratamientos en enfermedades crónicas no transmisibles, quiso establecer concesos que favorecieran el abordaje de esta situación. Es así como acogió la definición de Haynes²⁴ y Rand²⁵ sobre adherencia, la cual es definida como *“el grado en el que el comportamiento de una persona – tomar medicamentos, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida – se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria”*. En esta definición ese *“comportamiento de la persona”*, es su respuesta ante el tratamiento propuesto, por eso el papel de los pacientes es un papel activo, racional, de comprensión y participación, que involucre respuestas conductuales positivas ante su manejo terapéutico, es su consentimiento. Lo cual requiere de un profesional de la salud que oriente, asesore y realice seguimiento al paciente para favorecer el grado de adherencia. Esta definición no solo incluye el tratamiento farmacológico, sino también, el no farmacológico²⁶.

El impacto de la no adherencia a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos se ve reflejado en el aumento de la carga de las enfermedades crónicas, la mortalidad por estas causas, la discapacidad, aumento del gasto en salud, consecuencias socioeconómicas, impacto en los planes de atención y en la relación profesional de la salud – paciente, entre otros, lo que la constituyen en un problema de salud pública²⁷. La adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico permite mantener una presión arterial óptima y un control sobre los factores de riesgo cardiovascular, para minimizar el riesgo de generar alteraciones, como enfermedad renal crónica, eventos cerebrovasculares, infarto del miocardio, afecciones oculares, entre otros, que pueden terminar agravando el estado de salud de los pacientes e incrementando los años de vida ajustados por discapacidad (AVISAS) y los años de vida perdidos por muerte prematura (APMP).

La HTA sin duda tiene una gran contribución a la carga mundial de las enfermedades cardiovasculares, su importancia radica en que está relacionada con las principales causas de mortalidad y discapacidad, es una enfermedad silenciosa, que pasa desapercibida, lo que dificulta su diagnóstico y tratamiento temprano^{28,29}. Lo que hace de la HTA un problema de salud pública a nivel mundial. Esto exige redoblar esfuerzos en el estudio y comprensión de los factores que inciden en el incremento de la PA y en las intervenciones tempranas para su detección y manejo³⁰.

El estudio de la adherencia a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en enfermedades como la HTA permiten establecer patrones de riesgo en los pacientes, de tal forma que se puedan generar los correctivos necesarios para favorecer la adherencia, y de esta manera contribuir al adecuado control de su enfermedad. Es por ello por lo que la presente investigación tiene por objetivo establecer la adherencia al tratamiento para el manejo de la hipertensión arterial en pacientes del régimen subsidiado en el Distrito de Barranquilla - Colombia.

Métodos

Se realizó un estudio cuantitativo descriptivo - analítico, de corte transversal. La población estuvo conformada por Beneficiarios del programa de control de riesgo cardiovascular diagnosticados con hipertensión arterial, atendidos entre el 2017 y 2018 en una Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS), del régimen de salud subsidiado, en el Distrito de Barranquilla - Colombia. El marco muestral conformado por 3748 pacientes.

La muestra de estudio se calculó con un nivel de confianza del 95% y un margen de error del 5%, y aplicándose una pérdida estimada de aproximadamente el 10% se obtuvo una muestra de 384 sujetos. Lográndose incluir 400 sujetos en la muestra. Para la selección se realizó un muestreo probabilístico aleatorio simple, con reemplazo de aquellos que no cumplían los criterios de Inclusión tales como ser pacientes activos en el programa de riesgo cardiovascular de la IPS,

mayores de 18 años. Se excluyeron a mujeres embarazadas, pacientes con comorbilidades, pacientes con alteraciones mentales, y con limitación para la comunicación que le impidiera responder los cuestionarios a ser aplicados.

Para la recolección de la información se utilizó como técnica la encuesta vía telefónica, en donde se le informo al paciente el objetivo del estudio y se le solicito su consentimiento para participar en la investigación. El instrumento aplicado fue el cuestionario de “*Adherencia al tratamiento para casos de hipertensión arterial (CAT – HTA)*” de Varela Arévalo (2010).

Este instrumento elaborado por María Varela Arévalo³¹ validado para la población colombiana. Es un auto reporte de los comportamientos de adherencia al tratamiento para la hipertensión arterial con una fiabilidad de 0.87³². El cuestionario consta de 15 preguntas que evalúan los aspectos farmacológicos del tratamiento y el cumplimiento de las recomendaciones no -farmacológicas relacionados con el estilo de vida de los pacientes hipertensos.

Presenta dos factores o subescalas: Factor 1: adherencia a aspectos farmacológicos con un peso del 60% de la evaluación global, que consta de 5 preguntas y el Factor 2: adherencia a aspectos no farmacológicos con el 40% del peso de la evaluación global, con 7 preguntas. El instrumento clasifica a los individuos como adherentes o no adherentes, tiene una escala cuantitativa con valores para cada respuesta, que permiten

el cálculo de la evaluación por factor y de manera global.

La información recolectada fue procesada en Excel 2016 para la creación de una base de datos, que permitiera exportarlos a los softwares STATGRAPHIC Centurión 18 y el estadístico R, a partir de los cuales se realizó el análisis estadístico. El análisis estadístico fue descriptivo e inferencial.

Esta investigación está clasificada como investigación sin riesgo según lo establecido en la resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud en Colombia. El protocolo fue aprobado por el Comité de Ética Institucional de la Universidad Libre de Colombia y de la IPS que suministro el marco muestral.

Resultados

El promedio de edad de la muestra fue de 63.52 años con una desviación estándar de 12.70 años, cuya edad mínima fue de 28 años y la máxima de 92 años, la mitad de los individuos era mayor de 63 años. El sexo femenino fue el predominante en la población de estudio con un 76%. La edad en años según el sexo presenta un promedio de 63.06 (DE=12.58) para el sexo femenino, el valor mínimo fue de 28 y el máximo de 92; en el masculino el promedio fue de 64.92 (DE=12.16) con un mínimo de 35 y un máximo de 90.

En cuanto al grado de adherencia al tratamiento de los pacientes hipertensos según el cumplimiento de sus tratamientos farmacológicos y no farmacológicos, en la

muestra de estudio se encontró que el 68% de la muestra se clasificó como no adherente y el 32% como adherente, Ver gráfico 1.

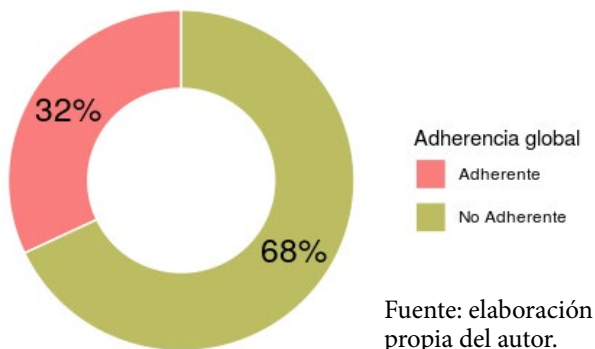
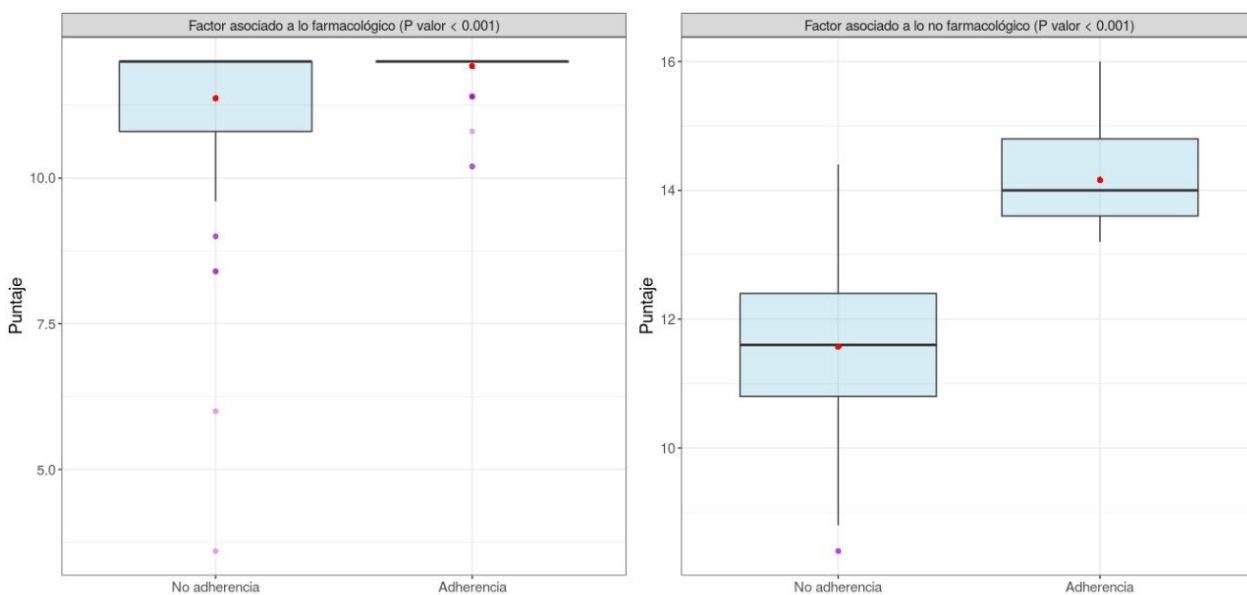


Gráfico 1. Distribución proporcional de la ADHGLOBAL en la población de estudio.

Al explorar la influencia de los factores 1: adherencia a los aspectos farmacológicos y el factor 2: adherencia a los factores no farmacológicos en el grado de adherencia global en la muestra de estudio a través de

la prueba de Welch Two Sample t-test, se observó que existían diferencias significativas entre el puntaje de medias, donde la media del factor 1 fue de 11.4 (DS= 0.98) para los no adherentes y en los adherentes 11.9 (DS=0.31), y para el factor 2 fue de 11.6 (DS=1.33) para los no adherentes y para los adherentes 14.2 (DS=0.81), pudiéndose identificar que a la hora de clasificar a los individuos en los grupos de adherente y no adherentes, aquellos que mostraban adherencia a los dos factores tenían mayor probabilidad de ser clasificados en el grupo de adherentes, que aquellos individuos que solo cumplían con la adherencia a un factor, en donde el factor 1, fue el de mayor distribución, evidenciando que el paciente hipertenso de esta muestra tiene mayor adherencia al tratamiento farmacológico que al no farmacológico. (Ver gráfico 2).



Fuente: elaboración propia del autor.

Gráfico 2. Diagrama de cajas de los factores 1: adherencia a los aspectos farmacológicos y el factor 2: adherencia a los factores no farmacológicos versus el grado de adherencia.

En la distribución de las características sociodemográficas por nivel de adherencia global se puede observar que la población se ubica en los rangos mayores de 50 años, observándose que el grupo con mayor adherencia se ubica en el rango de 61 a 70 años con un 31,3% seguido del rango de mayor de 70 años con un 28,1% y del rango de 51 a 60 años con un 26,6%. En cuanto al grupo de no adherentes el 32% se ubicó en el grupo de más de 70 años, seguido por el de 61 a 70 años con un 26,1% y del rango de 51 a 60 años con un 25%. No se encontró una significancia estadística de que la edad incidiera en el nivel de adherencia con un valor $P = 0.667$. (Ver tabla 1).

En cuanto al sexo las mujeres predominaron en ambos grupos el 80,5% del grupo adherente y el 73,5% del no adherente, no se encontró significancia estadística que evidenciara relación entre el sexo y el nivel de adherencia con un valor $P = 0.166$. (Ver tabla 6). En el estrato socioeconómico el 57,8% eran adherentes de estrato 1, seguidos por el 33,65 de estrato 2. En el grupo de no adherentes el 60,7% es de estrato 1, seguido del 36,4% de estrato 2, con un valor de $P (<0.05)$, encontrándose que el nivel de

adherencia puede estar relacionado con el estrato. (Ver tabla 6). En el estado civil no se encontró significancia estadística, el 50% del grupo adherente es casado, en igual proporción que los no adherentes con un valor de $P = 0.712$. (Ver tabla 1).

Con relación al nivel educativo que se corresponde con el estrato socioeconómico solo 3.9% del grupo adherente tiene nivel superior, en el no adherente el 2,6%. Un alto porcentaje se ubica en primaria completa (27.2%) para los no adherentes y para los adherentes el 25.8% en primaria incompleta. No se encontró significancia estadística entre el nivel educativo y el nivel de adherencia (P valor = 0.579). En la ocupación se observa que un alto porcentaje de los pacientes realiza actividades del hogar 67,2% para los adherentes y 59,2% para los no adherentes, y en cuanto a los ingresos el 50,8% de los adherentes tiene ingresos de más de un salario mínimo, mientras que el 54% de los no adherentes tienen ingreso menores o iguales a un salario mínimo, no se encontró significancia estadística con el nivel de adherencia (P valor = 0.171). (Ver tabla 1.)

Tabla 1. Distribución las características sociodemográficas en la población de estudio según el grupo de adherentes y no adherentes según Varela 2010.

Variable		Adherente n=128	No adherente n=272	Total n=400	Estadístico (P-valor)
Rangos de edad	menor de 40	3 (2.3%)	12 (4.4%)	15 (3.8 %)	2.3721 (0.667)
	40-50	15 (11.7%)	34 (12.5%)	49 (12.2%)	
	51-60	34 (26.6%)	68 (25%)	102 (25.5%)	
	61-70	40 (31.3%)	71 (26.1%)	111 (27.8%)	
	mayor de 70	36 (28.1%)	87 (32%)	123 (30.8%)	
Sexo	Femenino	103 (80.5%)	200 (73.5%)	303 (75.8%)	1.919 (0.166)
	Masculino	25 (19.5%)	72 (26.5%)	97 (24.2%)	
Estrato	1	74 (57.8%)	165 (60.7%)	239 (59.8%)	6.165 (<0.05)
	2	43 (33.6%)	99 (36.4%)	142 (35.5%)	
	3	11 (8.6%)	8 (2.9%)	19 (4.7%)	
Estado civil	Casado	64 (50.0%)	136 (50%)	200 (50%)	1.373 (0.712)
	Separado o divorciado	18 (14.1%)	29 (10.7%)	47 (11.8%)	
	Soltero	27 (21.1%)	58 (21.3%)	85 (21.2%)	
	Viudo	19 (14.8%)	49 (18.0%)	68 (17.0%)	
Educación	Primaria incompleta	33 (25.8%)	63 (23.2%)	96 (24.0%)	3.799 (0.579)
	Primaria completa	32 (25.0%)	74 (27.2%)	106 (26.5%)	
	Bachillerato incompleto	21 (16.4%)	31 (11.4%)	52 (13.0%)	
	Bachillerato Completo	24 (18.8%)	62 (22.8%)	86 (21.5%)	
	Nivel Superior	5 (3.9%)	7 (2.6%)	12 (3.0%)	
	Ninguno	13 (10.2%)	35 (12.9%)	48 (12%)	
Ocupación	Desempleado	5 (3.9%)	23 (8.5%)	28 (7.0%)	5.011 (0.171)
	Empleado	34 (26.6%)	85 (31.3%)	119 (29.8%)	
	Hogar	86 (67.2%)	161 (59.2%)	247 (61.8%)	
	Otro	3 (2.3%)	3 (1.1%)	6 (1.5%)	
Ingresos	Menos de 1 SMLVM	63 (49.2%)	147 (54.0%)	210 (47.5%)	1.353 (0.508)
	Más de 1 SMLVM	65 (50.8%)	125 (46.0%)	190 (52.5%)	

Fuente: elaboración propia del autor.

Discusión

La presente investigación tuvo por objetivo determinar el nivel de adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico para el manejo de la hipertensión arterial y su relación con el estilo de vida y creencias en pacientes pertenecientes al régimen subsidiado.

Los individuos de este estudio estuvieron conformados en su gran mayoría por mujeres, dedicadas al hogar, con un promedio de edad de 63.52 años, lo cual se corresponde con otros estudios como el de Correa, Arrivillaga y Varela³³ realizado en Colombia cuya población estuvo constituida en un 66,6% por mujeres. En igual sentido Zurique- Sánchez et al.³⁴ en su revisión de estudios epidemiológicos, muestra la tendencia en Colombia al incremento de la PA, la cual cambia con relación al sexo-edad, prevaleciendo más en hombres a edad temprana y en mujeres a partir de la adultez media, predominando en un 60%.

La adherencia en los pacientes hipertensos a nivel mundial no es la más óptima³⁵, por eso es preocupante que se evidencie un bajo porcentaje de cumplimiento como el encontrado en este estudio, donde solo el 55% se encontró en ventaja de adherencia según el cuestionario de Bonilla, este mismo investigador en un estudio sobre comportamientos de autocuidado y adherencia en pacientes con enfermedad coronaria en Ibagué-Colombia³⁶, encontraron que solo el 30.9% estaba en ventaja de adherencia, la expli-

cación para la baja adherencia puede estar en los factores centrados en el paciente, el cual puede tener dificultades para seguir las recomendaciones por su edad y procesos cognitivos, dado que el seguimiento de recomendaciones conductuales y de la prescripción farmacológica puede ser compleja, más en aquellos pacientes con polifarmacia, múltiples tomas, modificación de estilos de vida que no son de fácil comprensión.

Para comprender mejor el fenómeno de la no adherencia a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos, su estudio debe ser multifactorial, por eso es indispensable evaluarlo para identificar qué factores pueden incidir en el cumplimiento de los pacientes.

Las variables sociodemográficas han sido catalogadas como factores determinantes de la adherencia a los tratamientos, sin embargo, en este estudio no se identificó relación con el grado o índice de adherencia. Esto contrasta con estudios como el de Jankowska-Polańska et al.³⁷ que han identificado que la adherencia depende principalmente de las características sociodemográficas como el sexo, edad, escolaridad y estado civil, así como del tipo de tratamiento farmacológico y la aceptación de la enfermedad ($P < 0.05$). No obstante, un metaanálisis adelantado por Biffi et al.³⁸ que estudiaba las diferencias del sexo en la adherencia al tratamiento antihipertensivo encontró que no había diferencias significativas entre mujeres y hombres (OR=1.04, IC del 95% 1.00-1.09. $p=0.07$).

En cuanto al nivel educativo este ha sido ligado al cumplimiento de los tratamientos, por cuanto un individuo con un mayor nivel educativo podría responder mejor a las recomendaciones terapéuticas, no tendría barreras para la comunicación y comprensión con sus profesionales tratantes³⁹. Los ingresos económicos han sido comentados en la literatura científica como barreras para la adherencia⁴⁰, por cuanto un individuo que no cuente con los suficientes recursos puede anteponer sus necesidades en otros aspectos, antes que, en el cumplimiento de un tratamiento, si ello implica que debe hacer gastos como en el desplazamiento a la farmacia o a la consulta de seguimiento, o en la modificación de estilos de vida como por ejemplo en alimentación saludable. Bhandari et al⁴¹. Indica que con relación a la mala adherencia el analfabetismo (OR 5.34, IC=1.23-23, p=0.025), el precio elevado de los medicamentos (OR, 5.14, IC=1.1-23.9, P=0.037) eran predictores de la no adherencia.

Una de las características de la muestra de este estudio es que los pacientes pertenecen al régimen subsidiado en el SGSSS en Colombia, en el cual se encuentra afiliada la población más vulnerable, relacionada con menores ingresos, falta de empleo y menor educación, factores que se han ligado a la no adherencia a los tratamientos, como comenta Parra et al.⁴² que hay factores socioeconómicos negativos que pueden relacionarse con la no adherencia, como

la seguridad social régimen subsidiado versus régimen contributivo, y dificultades reportadas por los pacientes para leer la información sobre el manejo de su enfermedad, que se relaciona con un bajo nivel educativo. En el mismo sentido, Castaño et al.⁴³ encontró niveles deficientes de adherencia relacionados con bajos niveles educativos, desconocimiento sobre la patología y bajo apoyo social en una muestra de pacientes en una Empresa Social del Estado (ESE) en Colombia.

La Hipertensión Arterial sigue siendo un gran problema de salud pública que afecta a todo el planeta, su crecimiento exponencial requiere generar compromisos y empoderamiento de los pacientes frente al cuidado de su salud, lo que a su vez solo se podrá generar en contextos donde los sistemas de salud sean fuertes en prevención y control de las enfermedades, en acciones gubernamentales que propendan por impactar los determinantes sociales de la salud y con ello se puedan disminuir brechas y desigualdades.

Limitaciones del estudio

la falta de un muestreo estratificado no permitió obtener una muestra más homogénea con relación al sexo y el estrato socioeconómico, lo que pudo inferir en sesgos relacionados con las variables sociodemográficas.

Referencias bibliográficas

1. Unger T, Borghi C, Charchar F, Khan NA, Poulter NR, Prabhakaran D, et al. 2020 International society of hypertension global hypertension practice guidelines. *J Hypertens*. 2020;38(6):982–1004.
2. Bromfield S, Muntner P. High blood pressure: The leading global burden of disease risk factor and the need for worldwide prevention programs. *Curr Hypertens Rep*. 2013;15(3):134–6.
3. Diez principales causas de muerte [Internet]. Organización Mundial de la Salud. 2020 [citado 16 junio 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>
4. Enfermedades cardiovasculares [Internet]. Organización Mundial de la Salud. 2017 [citado 16 junio 2021]. Disponible en: [https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds))
5. Olsen MH, Angell SY, Asma S, Boutouyrie P, Burger D, Chirinos JA, et al. A call to action and a lifecourse strategy to address the global burden of raised blood pressure on current and future generations: the Lancet Commission on hypertension. *Lancet*. 2016;388(10060):2665–712.
6. Bundy JD, Li C, Stuchlik P, Bu X, Kelly TN, Mills KT, et al. Systolic blood pressure reduction and risk of cardiovascular disease and mortality a systematic review and network meta-analysis. *JAMA Cardiol*. 2017;2(7):775–81.
7. Etehad D, Emdin CA, Kiran A, Anderson SG, Callender T, Emberson J, et al. Blood pressure lowering for prevention of cardiovascular disease and death: A systematic review and meta-analysis. *Lancet* [Internet]. 2016;387(10022):957–67. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)01225-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(15)01225-8)
8. Etehad D, Emdin CA, Kiran A, Anderson SG, Callender T, Emberson J, et al. Blood pressure lowering for prevention of cardiovascular disease and death: A systematic review and meta-analysis. *Lancet* [Internet]. 2016;387(10022):957–67. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)01225-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(15)01225-8)

9. Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo, Cuenta de Alto costo (CAC). Situación de la Enfermedad renal crónica, la hipertensión arterial y la diabetes mellitus en Colombia; Bogotá D.C. 2021
10. Guideline for the pharmacological treatment of hypertension in adults. Geneva: World Health Organization; 2021. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO
11. Visaria A, Lo D. Association between body mass index and hypertension subtypes in Indian and United States adults. *Indian Heart J* [Internet]. 2020;72(5):459–61. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.ihj.2020.08.009>
12. Niklas A, Marcinkowska J, Kozela M, Pająk A, Zdrojewski T, Drygas W, et al. Prevalence of cardiometabolic risk factors and selected cardiovascular diseases in hypertensive and normotensive participants in the adult Polish population: The WOBASZ II study. *Medicine (Baltimore)*. 2020;99(28):e21149.
13. Plante TB, Koh I, Judd SE, Howard G, Howard VJ, Zakai NA, et al. Life's simple 7 and incident hypertension: The regards study. *J Am Heart Assoc*. 2020;9(19)
14. Hinderliter AL, Smith P, Sherwood A, Blumenthal J. Lifestyle Interventions Reduce the Need for Guideline-Directed Antihypertensive Medication. *American Journal of Hypertension* [Internet]. 2021 [citado 22 diciembre 2021];34(10):11001107. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/ajh/hpab090>
15. Hinderliter AL, Sherwood A, Craighead LW, Lin PH, Watkins L, Babyak MA, et al. The long-term effects of lifestyle change on blood pressure: One-year follow-up of the ENCORE study. *Am J Hypertens*. 2014;27(5):734–41 Disponible en: <https://doi.org/10.1093/ajh/hpt183>
16. Fu J, Liu Y, Zhang L, Zhou L, Li D, Quan H, Zhu L, Hu F, Li X, Meng S, Yan R, Zhao S, Onwuka JU, Yang B, Sun D, Zhao Y. Nonpharmacologic Interventions for Reducing Blood Pressure in Adults with Prehypertension to Established Hypertension. *J Am Heart Assoc*. 2020 Oct 20;9(19): e016804. doi: 10.1161/JAHA.120.016804.
17. Battista F, Ermolao A, van Baak MA, Beaulieu K, Blundell JE, Busetto L, et al. Effect of exercise on cardiometabolic health of adults with overweight or obesity: Focus on blood pressure, insulin resistance, and intrahepatic fat—A systematic review and meta-analysis. *Obes Rev*. 2021;22(S4):1–15.

18. Iellamo F, Caminiti G, Montano M, Manzi V, Franchini A, Mancuso A, et al. Prolonged post-exercise hypotension: Effects of different exercise modalities and training statuses in elderly patients with hypertension. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(6):1–11.
19. Verma N, Rastogi S, Chia YC, Siddique S, Turana Y, Cheng H min, et al. Non-pharmacological management of hypertension. *J Clin Hypertens*. 2021;23(7):1275–83
20. Korhonen MJ, Pentti J, Hartikainen J, Ilomäki J, Setoguchi S, Kivimäki M, Vahtera J. Lifestyle Changes in Relation to Initiation of Antihypertensive and Lipid-Lowering Medication: A Cohort Study. *J Am Heart Assoc*. 2020 Feb 5;9: e014168. <https://doi.org/10.1161/JAHA.119.014168>
21. Oliveros E, Patel H, Kyung S, Fugar S, Goldberg A, Madan N, et al. Hypertension in older adults: assessment, management, and challenges. *Clin Cardiol*. (2020) 43:99–107. doi: 10.1002/clc.23303
22. Ozemek C, Tiwari S, Sabbahi A, Carbone S, Lavie CJ. Impact of therapeutic lifestyle changes in resistant hypertension. *Prog Cardiovasc Dis*. 2020;63(1):4–9. <https://doi.org/10.1016/j.pcad.2019.11.012>
23. Sabbahi, A., Severin, R., Laddu, D. *et al.* Nonpharmacological Management of Resistant Hypertension. *Curr Cardiol Rep* **23**, 166 (2021). <https://doi.org/10.1007/s11886-021-01601-4>
24. Haynes RB. Determinants of compliance: The disease and the mechanics of treatment. Baltimore MD, Johns Hopkins University Press, 1979.
25. Rand C.S. Measuring adherence with therapy for chronic diseases: implications for the treatment of heterozygous familial hypercholesterolemia, *Am J Cardiol*. 1993; 72: 68D-74D
26. Organización Mundial de la Salud. Adherencia a los tratamientos a largo plazo: Pruebas para la acción. Ginebra: Organización Panamericana de la Salud. 2004
27. Osterberg L, Blaschke T. Adherence to medication. *N Engl J Med*. 2005;353(5):487–497. doi: 10.1056/NEJMra050100

28. Enfermedades cardiovasculares [Internet]. Organización mundial de la salud. 2021 [citado 19 junio 2021]. Disponible en: [https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds))
29. Lancet T. Hypertension: An urgent need for global control and prevention. Lancet [Internet]. 2014;383(9932):1861. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60898-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60898-9)
30. Hypertension Need Not Be A “Silent Killer” [Internet]. World Heart Federation. 2021 [citado 18 junio 2021]. Disponible en: <https://world-heart-federation.org/news/hypertension-need-not-be-a-silent-killer/>
31. Varela, MT. Manual de aplicación, calificación e interpretación del Cuestionario de adherencia al tratamiento para la hipertensión arterial (CAT-HTA) [Documento no publicado]: Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana Cali, 2010
32. Varela MT. El reto de evaluar la adherencia al tratamiento en la hipertensión arterial. Revista Pensamiento Psicológico, 2010;7(14),127-140.
33. López-Romero LA, Romero-Guevara SL, et al. Adherencia Al Tratamiento: Concepto Y Medición. Hacia la promoción la salud. 2016;0121-7577(2462-8425):117-37
34. CP BI. Design of an instrument to evaluate the factors influencing the treatment adherence in people with cardiovascular disease risks. Av en Enferm [Internet]. 2007;25(1):46-55. Available from: <http://search.ebscohost.com/accedys2.bbtck.ull.es/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=105338447&lang=es&site=ehost-live>.
35. Alfonso LM, Bayarre Veá H, Coruego Rodríguez M del C, Vento Iznaga F, La Rosa Matos Y, Orbay Araña M de la C. Adherencia al tratamiento en hipertensos atendidos en áreas de salud de tres provincias cubanas Adherence to treatment observed in hypertensive patients from health areas of three Cuban provinces. Rev Cuba Salud Pública [Internet]. 2015;41(1):33-45. Available from: <http://scielo.sld.cu>
36. Olivella Fernandez M, Bastidas Sanchez CV, Bonilla Ibañez CP. Comportamientos de autocuidado y adherencia terapéutica en personas con enfermedad coronaria que reciben atención en una institución hospitalaria de Ibagué, Colombia. Investig en Enfermería Imagen y Desarro. 2016;18(2):13.

37. Jankowska-Polańska B, Chudiak A, Uchmanowicz I, Dudek K, Mazur G. Selected factors affecting adherence in the pharmacological treatment of arterial hypertension. *Patient Prefer Adherence*. 2017;11:363–71
38. Biffi A, Rea F, Iannaccone T, Filippelli A, Mancina G, Corrao G. Sex differences in the adherence of antihypertensive drugs: A systematic review with meta-analyses. *BMJ Open*. 2020;10(7).
39. Paczkowska A, Hoffmann K, Kus K, Kopciuch D, Zaprutko T, Ratajczak P, et al. Impact of patient knowledge on hypertension treatment adherence and efficacy: A single-centre study in Poland. *Int J Med Sci*. 2021;18(3):852–60.
40. Zambrano C R, Duitama M J, Posada V J, Flórez A J. Percepción de la adherencia a tratamientos en pacientes con factores de riesgo cardiovascular. *Rev Fac Nac Salud Pública*. 2012;30(2):163–74.
41. Bhandari B, Bhattarai M, Bhandari M, Ghimire A, Pokharel PK, Morisky DE. Adherence to Antihypertensive Medications: Population Based Follow up in Eastern Nepal. *J Nepal Health Res Counc*. 2015 Jan-Apr;13(29):38-42. PMID: 26411711
42. Parra DI, Romero Guevara SL, Rojas LZ. Influential factors in adherence to the therapeutic regime in hypertension and diabetes. *Investig y Educ en Enferm*. 2019;37(3). Castaño-Castrillón JJ, Echeverri-Rubio C, Giraldo-Cardona JF, Maldonado-Mora Á, Melo-Parra J, Meza-Orozco GA, et al. Adherencia al tratamiento de pacientes hipertensos atendidos en Assbasalud E.S.E, Manizales (Colombia) 2011. *Rev. Fac. Med*. 2012; 60(3):179-97.



Cultura del Cuidado ENFERMERÍA

UNIVERSIDAD LIBRE - SECCIONAL PEREIRA

Revista ISSN: 1794-5232 - ISSN E: 2665-1262 Vol. 19 N° 2, Julio a Diciembre de 2022 - Pereira, Colombia

EDITORIAL

Mgs. Claudia Patricia Rueda Badillo

Conocimiento y aplicación de la política de seguridad del paciente por el personal de enfermería, para la prevención y reporte de evento adverso en un hospital de segundo nivel en Cundinamarca

Knowledge and application of the patient safety policy by the nursing staff, for the prevention and reporting of medical errors in a second level hospital in Cundinamarca

Nelida Morales Díaz, Laura Carolina Moreno García, Lorena Martínez Delgado

Nivel de riesgo del personal de sanitario frente al consumo de alcohol en dos instituciones de salud en Colombia

Risk level of health care personnel with regard to alcohol consumption in two health care institutions in Colombia

Andrea Carolina Alvarado Parada, Mery González Delgado, Javier Isidro Rodríguez López

Adhesivos y dispositivos médicos: lesiones en piel

Adhesives and medical devices: skin injuries

Mariana Gallego Cardona, Luz Adriana López González, Olga María Henao Trujillo

Creencias sobre lactancia materna y covid-19 en puérperas en una IPS-Barranquilla.

Beliefs about breastfeeding and Covid-19 in puerperal women in an IPS-Barranquilla

Merilyn Guerra Ramirez, Indiana Rojas Torres, Angelica García Moreno, María Schoonewolff Ariza, Keyner Ramirez Cepeda

Factores de riesgo para cesáreas en indígenas adolescentes en un departamento de Colombia período 2020 - 2021

Risk factors for cesarean sections in indigenous adolescents in a department of Colombia in the period 2020 - 2021

Karol de Jesús Cervantes De La Torre, Tammy Irina Pulido Iriarte, Alexander Elías Parodi Muñoz, Galo Rafael Celedón De León, Jhonner José Pimienta Socarrás

Impacto del manejo del control y convivencia social con base seroprevalente SARS COV2 en pandemia, Colombia

Impact of control management and social coexistence based on SARS CoV2 seroprevalence in pandemic, Colombia

Tammy Irina Pulido Iriarte, Howard Franklin Crawford Chaux, Karol de Jesús Cervantes De La Torre

Intervención educativa sobre cuidado espiritual para estudiantes de licenciatura en enfermería y obstetricia

Spiritual care educational intervention for undergraduate nursing and midwifery students.

Sandra Milena Aponte-Franco, Raúl Fernando Guerrero-Castañeda, Elisa Rosas Cervantes, María de Jesús Jiménez González

Adherencia en el manejo de la hipertensión arterial en pacientes del régimen subsidiado. Barranquilla - Colombia.

Adherence in the management of arterial hypertension in patients of the subsidized regime. Barranquilla, Colombia.

Leslie Montealegre Esmeral, Gema Navarro Rubio, Eulalia Amador Rodero, Carlos de Oro Aguado, Martha Arteta Charris

REVISTA CULTURA DEL CUIDADO ENFERMERÍA

Centro de Investigación de la Facultad Ciencias de la Salud Exactas y Naturales - Universidad Libre, sede Belmonte

Correo electrónico: culturadelcuidado.pei@unilivre.edu.co - Teléfono: 606 340 1043, ext. 6950 - Pereira, Colombia