



# REVISTA CIENTÍFICA DE ENFERMERÍA



"Para integrar y avanzar  
vamos juntos"

Vol. 12 N° 02 - 2023 / ISSN Electrónica 2071 - 595 X / ISSN  
impresa 2071 -5080

Av. Gral. Sta. Cruz 560, Jesús María 15072  
[www.cep.org.pe](http://www.cep.org.pe)



20  
23

latindex  
catálogo 2.0

Diseño de Portada: Alejandra Parra

---

# RECIEN

REVISTA CIENTÍFICA

**COLEGIO DE ENFERMEROS DEL PERÚ**

LIMA, PERÚ 2023

ISSN electrónica 2071-596X

ISSN impresa 2071-5080

Edición Vol. 12 Núm. 2 (2023)

**RECIEN** es una revista científica fundada en agosto del 2008 es el órgano oficial de difusión científica del Consejo Nacional de Enfermeros del Perú y tiene como misión difundir conocimientos científicos y técnicos relacionados con la salud y enfermería, que contribuyan al desarrollo de la profesión y mejoren la situación de salud del país, región y sociedad en general. Su periodicidad es semestral y los trabajos presentados a la revista son analizados por el Comité Editorial y sometidos a un proceso de revisión por pares, realizado por revisores reconocidos a nivel nacional e internacional, se distribuye a los miembros asociados, profesionales de las ciencias de la salud y otras disciplinas.

### **Servicios de información.**

**RECIEN** está incluida en el directorio del Sistema Regional de Información en línea para revistas científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal (Latindex 2.0)

**Lugar de edición:** Lima

**Entidad editora:** Colegio de Enfermeros del Perú.

**Página web:** <https://revista.cep.org.pe>

**Publicación:** Única

**Diseño y diagramación Web:** Parra Chang, Alejandra Yuklin.

**Diseño de portada:** Parra Chang, Alejandra Yuklin

Los trabajos publicados son de responsabilidad exclusiva del autor.

Prohibida la reproducción total o parcial de esta revista, por cualquier medio, sin permiso expreso de la Dirección de la revista.

Para los asuntos relacionados con la revista comunicarse con la Directora al e-mail:

[revistacientifica@cep.org.pe](mailto:revistacientifica@cep.org.pe)

# ORGANIZACIÓN

## DIRECTORA

Dra. Josefa Edith Vásquez Cevallos  
Colegio de Enfermeros del Perú

## EDITORA GENERAL

Dra. Rocío Yvonne Taboada Pilco  
Colegio de Enfermeros del Perú

## EDITORA CIENTÍFICA

Dra. Liliana Rodríguez Saavedra  
Colegio de Enfermeros del Perú

## COMITÉ EDITOR

PhD. Jonathan Adrián Zegarra Valdivia  
España.

Dra. Carol Nathali Flores Fernández.  
Inglaterra.

Dra. Christian Paulina Mendoza Torres  
Universidad de Celaya, México.

Dra. Magaly Rodríguez Saavedra  
Universidad Autónoma Madrid, España.

Dr. José Manuel Palacios Sánchez  
Universidad Nacional Federico Villarreal, Perú.

Dra. María del Pilar Gómez Lujan  
Universidad Nacional de Trujillo, Perú.

Dr. Walter Edgar Gómez González  
Universidad Norbert Wiener, Perú.

## PARES REVISORES

Dra. Teresa Lupe Montero Blas  
Ministerio de Salud, Perú.

Dra. Magali Chun Hoyos  
Hospital de Chancay, Perú.

Mg. Luz María Cruz Pardo  
Universidad César Vallejo, Perú.

Mg. Doris Velásquez Carranza  
Universidad Peruana Cayetano Heredia, Perú.

Mg. Guillermina Valdivia Arce  
Escuela de Enfermería Padre Luis Tezza, Perú.

Mg. Elga Giovanna Sarmiento Bedoya  
Universidad de Ciencias y Humanidades, Perú.

MG. Johana Vanessa Collantes Zapata  
Universidad Nacional Hermilio Valdizán, Perú.

Mg. Zoila Paola Becerra Castillo  
Universidad de San Martín de Porres, Perú.

Mg. Margarita Gamboa Urbina  
Hospital Militar Central del Perú.

# ÍNDICE

## **Carta del Editor**

LIPODISTROFIA, ÉNFASIS EN LA PREVENCIÓN Y EDUCACIÓN DIABETOLOGÍA, ROL DE LA ENFERMERA (Pág. 7 - 9).

## **Artículo 1 (Original)**

CONOCIMIENTO Y ACTITUDES FRENTE A VACUNAS CONTRA LA COVID-19, EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS, HUARAZ – 2022 (Pág. 10 - 19).

## **Artículo 2 (Caso Clínico)**

PROCESO DEL CUIDADO ENFERMERO APLICADO A PACIENTE CON COVID-19 (Pág. 20 - 29).

## **Artículo 3 (Ensayo Científico)**

GESTION DE LA CALIDAD Y PROTOCOLOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (pág. 30 - 38).

## **Artículo 4 (Original)**

CALIDAD DE VIDA Y DESEMPEÑO LABORAL DE LAS ENFERMERAS EN TIEMPOS DE COVID-19 EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO (pág. 39 - 49).

## **Artículo 5 (Original)**

COMPORTAMIENTO DEL CUIDADO ENFERMERO Y HABILIDADES SOCIALES EN TUTORES CLÍNICOS DURANTE LA COVID-19 (pág. 50 - 64).

## **Artículo 6 (Original)**

EL ESTIGMA DE LA ENFERMEDAD MENTAL. REVISIÓN SISTÉMICA DE 5 AÑOS (2017-2022) (pág. 65 - 76).

## **Artículo 7 (Revisión)**

LA SIMULACIÓN COMO HERRAMIENTA EN LA FORMACIÓN DE PROFESIONALES DE ENFERMERÍA (pág. 77 - 91).

## **Artículo 8 (Original)**

ESTILOS DE VIDA SALUDABLE Y CAPACIDAD LABORAL DESDE LA ENFERMERÍA PREVENTIVA Y DEL TRABAJO (pág. 92 - 102).

## **Artículo 9 (Original)**

IMPLEMENTACIÓN DE LA GUÍA DE INSERCIÓN DEL CATÉTER VENOSO PERIFÉRICO Y FACTORES ASOCIADOS A FLEBITIS EN PACIENTES HOSPITALIZADOS (Pág. 103 - 124).

## **Artículo 10 (Caso Clínico)**

PROCESO DEL CUIDADO ENFERMERO APLICADO EN UNA PACIENTE CON PANCREATITIS AGUDA EN EL HOSPITAL REGIONAL POLICIAL CHICLAYO 2023 (Pág. 125 - 141).



## Sistema de Arbitraje:

Con el propósito de garantizar la calidad de las publicaciones, la Revista Científica RECIEN, presenta su sistema de arbitraje:

- 1.-** La convocatoria se publicará en la página web de la revista y en diferentes portales de difusión internacional. La recepción de las investigaciones y que no estén postulando para otra publicación simultáneamente se realizará a través del correo electrónico [revistacientifica@cep.org.pe](mailto:revistacientifica@cep.org.pe) Los autores recibirán un aviso confirmando la correcta recepción del envío.
- 2.-** A partir de la fecha del cierre del período de recepción de artículos, los documentos presentados se someterán a una primera criba por parte del Comité Editorial (CE), que leerá el artículo y realizará sugerencias, si es necesario, principalmente de tipo ortográfico. La evaluación se basará en los criterios cualitativos y formales que aparecen en las Instrucciones a los Autores, disponibles en la página web de la revista. El CE dispondrá de un periodo de entre 10 y 15 días para realizar esta actividad.
- 3.-** Una vez corregido por el CE, los artículos serán sometidos a pares revisores.
- 4.-** Cuando el autor haya introducido las modificaciones sugeridas por el CE (dispondrá de un plazo de 04 días), el artículo será evaluado por un miembro del Comité Científico (CC) y/o por un par revisor a la entidad editora cuando sea necesario.
- 5.-** Se enviará a los autores las sugerencias de los evaluadores. Si quedan correcciones pendientes, la publicación del artículo siempre estará sujeta a cambio (el autor dispondrá de 10 días más para introducir posibles cambios).
- 6.-** El Comité Editorial se reserva la posibilidad de volver a mandar el artículo, una vez corregido, a los evaluadores para que confirmen su aceptación final o para que sugiera nuevas rectificaciones (04 días). Finalmente, se comunicará al autor la decisión sobre la publicación del artículo.

**LIPODISTROFIA, ÉNFASIS EN LA PREVENCIÓN Y EDUCACIÓN  
DIABETOLOGÍA, ROL DE LA ENFERMERA**  
LIPODYSTROPHY, EMPHASIS ON PREVENTION AND EDUCATION IN  
DIABETES, ROLE OF THE NURSE

Susan Míriam Oblitas Guerrero<sup>1</sup>, Sttefany Naghely Santamaría Oblitas<sup>2</sup>

Citar como:

Oblitas S y Santamaría  
S. Lipodistrofia, énfasis  
en la prevención y  
educación diabetología,  
rol de la enfermera. Rev.  
Recien. 2023; 12(2)

Correspondencia:

Susan Míriam Oblitas  
Guerrero  
[oblitasg@crece.uess.edu.pe](mailto:oblitasg@crece.uess.edu.pe)

Recibido: 08/03/2023

Aprobado: 22/03/2023

En línea:

**Señora Directora:**

La diabetes mellitus es una enfermedad crónica de origen metabólico, se ha convertido en uno de los problemas de salud pública que se presenta cuando el páncreas no produce la cantidad suficiente de insulina y, por lo tanto, el organismo no maneja de forma eficaz la insulina que se produce. Según su clasificación: Diabetes tipo 1, donde el páncreas deja de elaborar la insulina, de mayor frecuencia se presenta en niños, jóvenes y adultos; la diabetes tipo 2 se origina por la poca o reducida producción de insulina. Parte del tratamiento consiste en él so de medicamentos antigluce miantes por vía oral y también se requiere la administración de insulina que permita un control óptimo de los niveles de glicemias en las personas que conviven con diabetes.

A sus 102 años de uso, La insulina es un medicamento importante e imprescindible que mejora los niveles de glucemia de aquellas personas que convive con un diagnóstico de diabetes mellitus y resulta que el paciente debe manejar y aprender la autoadministración de la insulina en forma adecuada y correcta, con la finalidad de evitar las complicaciones como más comunes como la lipodistrofia. También se denomina lipodistrofia diabética o lipodistrofia insulínica, que consiste en la

<sup>1</sup>Universidad Señor de Sipán. Enfermera. Hospital Regional Lambayeque. Maestra en Ciencias Con Mención en Gerencia De Servicios De Salud, Chiclayo, Perú.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1651-7584>. [enfermerasusan@hotmail.com](mailto:enfermerasusan@hotmail.com)

<sup>2</sup>Universidad Nacional Pedro Ruíz Gallo. Chiclayo – Perú. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0653-4022>

inflamación del tejido grado producto de la mala técnica de inyección de insulina. Este problema tiene un impacto muy significativo en el control de los niveles de glucemia del paciente, porque puede ocasionar una hipoglucemia o lo contrario hiperglucemia inesperada causado por la absorción no equitativa de insulina en el lugar de la administración de la inyección.

En la educación diabetológica, todos los profesionales de la salud juegan un papel sumamente importante, pero cae la responsabilidad directa recae en la enfermera, sobre todo, de planificar la educación y orientación en la autoadministración correcta de la insulina, esta incluso se puede realizarse a nivel presencial o virtual, siempre y cuando el paciente cuente con internet y use las tecnologías. Un estudio detalla la evaluación del paciente sobre la técnica de autoadministración de insulina, presentan debilidades en cuanto a la rotación, de los sitios de aplicación de la insulina, también el ángulo, si se realiza el pellizco, el tiempo de retiro de la aguja de la piel, además la reutilización de la aguja o jeringa para insulina puede existir sangrado, ardor, dolor y desarrollar lipodistrofia posterior a su administración (1). Otro estudio refleja la técnica inapropiada de administración de insulina en pacientes que conviven con diabetes, tanto es así que un 66.67%, es decir los dos tercios de esta población lo hace con una técnica adecuada, solo un 26.66% no desinfecta la zona antes de administrar la insulina, y un 63.33% si cuenta el tiempo posterior a la aplicación de la insulina (2).

Estos estudios demuestran la gran demanda y necesidad que tiene los pacientes que inician la administración de insulina en cuanto a educación diabetológica y dicha responsabilidad recae en el profesional de enfermería, que tiene que impartir conocimientos básicos para prevenir las lipodistrofias en esta población. El profesional de enfermería debe usar todas sus herramientas de autocapacitación o capacitaciones y tic tecnológicas que mejoren la atención de la persona que convive con diabetes.

Estas investigaciones demuestran la gran demanda y necesidad que tiene los pacientes que inician la administración de insulina en cuanto a educación diabetológica y dicha responsabilidad recae en el profesional de enfermería, que tiene que impartir conocimientos básicos para prevenir las lipodistrofias en esta población. El profesional de enfermería debe usar todas sus herramientas de



autocapacitación o capacitaciones y tic tecnológicas que mejoren la atención de la persona que convive con diabetes.

En conclusión, el profesional de enfermería debe estar capacitado y desarrollará estrategias de educativo diabetológica, se destaca su gran labor en incrementar el autocuidado dentro del hogar, que permita la participación y el involucramiento activo tanto del paciente, familia o persona cuidadora que se maneje comunicación oportuna y adecuada en lo que demanda dosis, vía de administración, jeringa o aguja, dispositivo de insulina: lapicero o frasco, ángulo la rotación del lugar de administración, conservación de temperatura adecuada y lugar intermedio de la refrigeradora para conservar la insulina en adecuada temperatura De igual forma, involucrar a las familias en el proceso de autocuidado para asegurar y aumentar su participación en la toma de decisiones de cuidado y así prevenir complicaciones; además, mejorar los conocimientos para asegurar una adecuada atención domiciliaria y una excelente calidad de vida y reducir el riesgo de complicaciones prevenibles de combinación con el horario y la dosis o tipo de insulina. Esta oportunidad para el enfermero no solo queda a nivel del estado, sino también da pie a apertura consultorios de enfermería de dedicación exclusiva a promocionar e impartir educación diabetológica segura y oportuna.

## 1. Referencias

1. Villarreal-Pérez R-E, Olarte-Rueda G, Quintero-Trujillo M-M. Efecto de una intervención educativa sobre la técnica de autoadministración de insulina para prevenir lipohipertrofias. Rev. Colomb. Enferm. [Internet]. 20 de octubre de 2022 [citado el 13 de febrero de 2023];21(2):e043. Disponible en: <https://masd.unbosque.edu.co/index.php/RCE/article/view/3739>
2. Molina JV, Santander CM, Quezada FCR, Montesdeo CD, Encalada AS, Gavilanez MC, et al. Técnica de aplicación de insulina y su relación con lipodistrofia en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 1. Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica. 2019;38(1):1-5.

**CONOCIMIENTO Y ACTITUDES FRENTE A VACUNAS CONTRA LA COVID  
19, EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS, HUARAZ – 2022**  
KNOWLEDGE AND ATTITUDES TOWARDS VACCINES AGAINST COVID  
19, IN UNIVERSITY STUDENTS,  
HUARAZ – 2022

Aníbal Edwin Minaya Serna<sup>1</sup>, Eduardo Frank Loli Prudencio<sup>2</sup>, Jesús Víctor Zúñiga Huerta<sup>3</sup>

Citar como:

Minaya A, Loli E,  
Zúñiga J. Conocimiento  
y actitudes frente a  
vacunas contra la Covid  
19, en estudiantes  
universitarios, Huaraz –  
2022. Rev. Recien. 2023;  
12(2)

Correspondencia:

Aníbal Edwin Minaya  
Serna  
[aminayase@unasam.edu.pe](mailto:aminayase@unasam.edu.pe)

Recibido: 18/10/2022

Aprobado: 23/11/2022

En línea:

**Resumen**

El objetivo del estudio fue establecer la relación entre conocimientos y actitudes frente a las vacunas contra la COVID 19 que tienen los estudiantes universitarios. Se trató de un estudio descriptivo, aplicado, con enfoque cuantitativo, diseño no experimental, transversal, la técnica que se utilizó fue la encuesta y como instrumento un cuestionario estructurado. Los resultados reflejaron que el 92% de estudiantes universitarios tuvieron nivel de conocimientos alto y el 1% presentaron nivel de conocimientos bajo; del mismo modo el 55% presentan una actitud de aceptación y el 10% presentan actitud de rechazo frente a la vacunación contra la COVID 19. Se llega a la conclusión que no existe relación entre la variable conocimientos y la actitud frente a la vacunación contra la COVID 19 en estudiantes universitarios, esto analizado a través del estadístico de prueba Chi cuadrado con un valor de  $p=0.721$ .

**Palabras clave:** Conocimiento, actitud, vacuna, COVID19, estudiantes universitarios.

<sup>1</sup>Docente Auxiliar en la Escuela Profesional de Enfermería de la Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional Santiago Antúnez de Mayolo – Huaraz – Perú, Magister en Gestión de los Servicios de la Salud [aminayase@unasam.edu.pe](mailto:aminayase@unasam.edu.pe); <https://orcid.org/0000-0002-9772-3736>

<sup>2</sup>Docente Auxiliar en la Escuela Profesional de Enfermería de la Facultad de Medicina Humana, Universidad Nacional Mayor de San Marcos – Lima – Perú, eduardo.[loli@unmsm.edu.pe](mailto:loli@unmsm.edu.pe); <https://orcid.org/0000-0001-9962-2966>

<sup>3</sup>Docente Principal en la Escuela Profesional de Enfermería de la Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional Santiago Antúnez de Mayolo – Huaraz – Perú, [jzunigah@unasam.edu.pe](mailto:jzunigah@unasam.edu.pe); <https://orcid.org/0000-0003-4322-312>

---

### **Abstract**

The objective of the study was to establish the relationship between knowledge and attitudes towards vaccines against COVID 19 that university students have. It was a descriptive, applied study with a quantitative approach, non-experimental, cross-sectional design, the technique used was the survey and a structured questionnaire as an instrument. The results showed that 92% of university students had a high level of knowledge and 1% had a low level of knowledge; in the same way, 55% present an attitude of acceptance and 10% present an attitude of rejection towards vaccination against COVID 19. It is concluded that there is no relationship between the knowledge variable and the attitude towards vaccination against COVID-19. COVID 19 in university students, this was analyzed through the Chi square test statistic with a value of  $p= 0.721$ .

**Key words:** Knowledge, attitude, vaccine, COVID 19, university students.

## 1. Introducción

La COVID 19, conocida también como la nueva patología ocasionada por el coronavirus, causando el Síndrome Agudo Respiratorio Severo por el Coronavirus 2 (SARS-CoV-2), esta entidad patológica se originó en la ciudad de Wuhan (China) a fines del año 2019. La cantidad de casos aumentó considerablemente en Hubei y rápidamente se difundió a otras áreas (1).

Hasta ahora, varias vacunas COVID-19 como Moderna, Pfizer-BioNtech, Sputnik V, Sinopharm, entre otras han sido autorizadas para su uso en individuos en muchos países. Sin embargo, una parte considerable de la población todavía se encuentra insegura acerca de la vacunación. Por ejemplo, una encuesta nacional reveló que en el Reino Unido e Irlanda más del 30% de los encuestados tienen un nivel relativamente bajo de intención de recibir vacunas COVID-19 (Murphy J. et al, 2021) (2). Asimismo, alrededor de una cuarta parte de los ciudadanos estadounidenses también informó que no presentan intención de acudir a vacunarse contra la COVID-19 (3).

Se han puesto en práctica teorías de la conspiración respecto a la seguridad que presentan las vacunas existentes actualmente contra la COVID 19, su impacto en la fertilidad, los llamados microchips para el seguimiento de personas tienen un impacto negativo en la actitud del público hacia la vacunación (4).

El mapa mundial de la COVID 19, actualizado y reportado por Johns Hopkins University para fines de Diciembre de 2021, detalla que esta pandemia se

ha propagado rápidamente por 192 países en todo el orbe, existen 286 254 988 casos, se han producido 5 428 025 defunciones, se reportan mensualmente 21 007 471 nuevos casos y 195 905 defunciones; es preciso mencionar que se han administrado 9 094 741 968 dosis de vacunas a nivel mundial; el país con mayor número de casos es Estados Unidos con 54 231 623 casos y 824 135 defunciones, a nivel de Latinoamérica Brasil es el país que viene reportando el número más alto de casos con 22 269 031 y 619 095 defunciones a causa de esta enfermedad (5).

La sala situacional del MINSA, reporta para finales de diciembre 2021, un total de 2 279 299 casos, reportando un total de 202 524 defunciones; siendo el departamento de Lima el que presenta mayor número de casos con 925 928 y 82 140 fallecidos, seguido por el Callao con 103 791 casos y 10 107 defunciones y en tercer lugar se ubica el departamento de Arequipa con 117 672 casos 9 762 defunciones (6). Además, es preciso indicar que a fines de diciembre de 2021 a nivel nacional, ya se han administrado 50 209 228 dosis, haciendo una cobertura de 88.1% de vacuna completa (7)

A nivel del departamento de Ancash, para fines de diciembre 2021, se han reportado 97 880 casos, con 5 744 defunciones, siendo la provincia del Santa la más afectada, con 43 794 casos y 3 207 defunciones; seguido por la provincia de Huaraz con 18 607 casos y 803 defunciones. Del mismo modo a nivel del departamento de Ancash se han administrado 1 923 112 dosis de vacunas, haciendo una cobertura de 92.4% de vacuna completa (7)

La UNESCO (Organización de las Naciones Unidas para la Cultura) calcula que un poco más de mil quinientos (1 500) millones de universitarios en 165

países no asistirán a la universidad a consecuencia de la COVID 19. Esta enfermedad ha exigido tanto a la comunidad científica como académica a nivel internacional a que puedan explorar novedosas maneras de aprender y enseñar, como la educación y enseñanza virtual. Esta coyuntura ha significado un proceso de adaptación difícil tanto para docentes como para estudiantes y lo ha hecho enfrentar desafíos emocionales, físicos y financieros que plantea la patología mientras desempeñan un rol fundamental en detención y la propagación del virus. Se presenta un futuro incierto para todo el mundo, de manera especial para millones de universitarios que enfrentarán un mundo en que la economía está detenida por las pandemias (8).

En los estudiantes universitarios, tan igual como en la población en general existe incertidumbre relacionado a las diferentes vacunas que existen actualmente para combatir a la COVID 19, esto hace que presenten diferentes reacciones frente a la vacunación, es por ello que en el presente estudio pretendemos absolver o responder las preguntas sueltas que existen entre los universitarios, tuvo como objetivo general establecer la relación entre conocimientos y actitudes frente a las vacunas contra la COVID 19 que tienen los estudiantes universitarios, Huaraz – 2022.

## 2. Método

Por su finalidad, el estudio fue aplicado, porque se utilizaron conocimientos de la investigación básica, es decir, basados en precedentes anteriores a la presente investigación (9). El estudio fue descriptivo, debido a que buscó especificar rasgos importantes

y características del fenómeno estudiado (10).

El enfoque del estudio fue cuantitativo, porque se usó la recolección de datos para poder comprobar la hipótesis del estudio en base al análisis usando fórmulas estadísticas y la medición a través de números (11). Según su alcance temporal fue transversal, porque se recolectaron datos en un momento dado.

El diseño del estudio fue no experimental, porque se trató de un estudio caracterizado por la imposibilidad de manipular a las variables de la investigación, fue descriptivo - correlacional, porque describió la relación que existe entre dos o más variables en un momento exacto. 10

La población del estudio comprendió un total de 135 estudiantes de la Escuela de Enfermería de la Facultad de Ciencias Médicas – UNASAM, para lo cual se incluyeron a los estudiantes matriculados en la durante el Semestre 2021 – II, estudiantes que asisten regularmente y estudiantes que decidieron participar voluntariamente del estudio a través de la firma del consentimiento informado.

La muestra estuvo conformada por 100 estudiantes de la Escuela Profesional de Enfermería, FCM, UNASAM, matriculados en el semestre 2021 – II, el número de la muestra fue obtenida utilizando la fórmula estándar para poblaciones finitas.

El instrumento lo constituyó un cuestionario dividido en 3 secciones, distribuidas de la siguiente manera:

Sección A: Se recopiló la información que estuvo relacionada con los datos generales del participante: género, edad, procedencia, ciclo que cursa, número de dosis que recibió.

Sección B: Evaluó los conocimientos sobre la

vacunación COVID 19, distribuida de la siguiente manera: antes de la vacunación (9 reactivos); durante la vacunación (6 reactivos) y después de la vacunación (6 reactivos), los ítems tuvieron alternativas dicotómicas SI (1 punto) y NO (0 puntos).

Sección C: Tomado de (Piscoche, 2021) y modificado por los autores, se evaluaron las actitudes en relación con la vacuna contra la COVID 19, distribuida de la siguiente manera: Componente conductual (4 reactivos); Componente cognitivo (10 reactivos) y Componente afectivo (6 reactivos). Por otro lado, para evaluar la actitud se implementó la escala de Likert, teniendo en cuenta las 5 opciones de respuesta.

Para obtener la validez del instrumento utilizado, se realizó el juicio de expertos, 3 profesionales con grado académico de doctor quienes evaluaron el instrumento brindando su aprobación correspondiente.

Para medir la confiabilidad del instrumento se desarrolló una prueba piloto, la que se aplicó a una población, la cual comparte las mismas características de la población del estudio, luego se analizó mediante la prueba estadística de Alpha de Cronbach, obteniéndose el resultado de 0.86, el cual es confiable estadísticamente.

### 3. Resultados

**Tabla 1.** Datos generales de estudiantes

<b>EDAD</b>	<b>n°</b>	<b>%</b>
17 a 19 años	29	29,0
20 a 22 años	41	41,0
Mayor de 23 años	30	30,0
Total	100	100,0
<b>SEXO</b>	<b>n°</b>	<b>%</b>
Masculino	18	18,0
Femenino	82	82,0
Total	100	100,0
<b>PROCEDENCIA</b>	<b>n°</b>	<b>%</b>
RURAL	33	33,0
URBANO	67	67,0
Total	100	100,0
<b>CICLO</b>	<b>n°</b>	<b>%</b>
I a III	39	39,0
IV a VI	12	12,0
VII a más	49	49,0
Total	100	100,0
<b>N° DE DOSIS</b>	<b>n°</b>	<b>%</b>
1 dosis	6	6,0
2 dosis	26	26,0
3 dosis	68	68,0
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100,0</b>

En la tabla precedente apreciamos que la edad preponderante en los estudiantes es de 20 a 22 años, representando el 41% y de 17 a 19 años representan el 29%; en cuanto al sexo, el 82% fueron del sexo femenino y el 18% masculino; en cuanto a la



procedencia, el 67% provienen del ámbito urbano y el 33% del ámbito rural; en relación al ciclo académico que vienen cursando, el 49% cursan del VII ciclo a más, el 39% cursan del I al II ciclo y el 12% cursan entre el IV a V ciclo; el 68% de estudiantes tuvo la tercera dosis y el 6% tenía sólo la primera dosis.

**Tabla 2.** Conocimientos sobre las vacunas contra la COVID 19 en estudiantes universitarios, Huaraz – 2022

CONOCIMIENTO	N°	%
BAJO	1	1,0
MEDIO	7	7,0
ALTO	92	92,0
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100,0</b>

En la tabla, en cuanto a los conocimientos de los estudiantes sobre la COVID 19, se puede observar que el 92% tienen conocimiento alto, mientras que el 7% tienen conocimiento medio y el 1% presentan conocimiento bajo sobre la vacuna contra la COVID 19.

**Tabla 3.** Actitudes ante las vacunas contra la COVID 19 en estudiantes universitarios, Huaraz – 2022

ACTITUD	N°	%
RECHAZO	10	10,0
INDECISION	35	35,0
ACEPTACION	55	55,0
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100,0</b>

En la tabla apreciamos que, en relación a la actitud que presentan los estudiantes, el 55% tienen actitud de aceptación, el 35% se encuentran indecisos y el 10% presentan actitud de rechazo hacia las vacunas contra la COVID 19.

**Tabla 4.** Relación entre los conocimientos y actitudes sobre las vacunas contra la COVID-19 en estudiantes universitarios, Huaraz – 2022

CONOCIMIENTO	ACTITUD							
	RECHAZO		INDECISION		ACEPTACION		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>BAJO</b>	0	0,0	1	1,0	0	0,0	1	1,0
<b>MEDIO</b>	1	1,0	2	2,0	4	4,0	7	7,0
<b>ALTO</b>	9	9,0	32	32,0	51	51,0	92	92,0
<b>TOTAL</b>	10	10,0	35	35,0	55	55,0	100	100,0

$X^2= 2,083$

gl= 4

p= 0,721

En la tabla evaluamos si existe relación entre conocimientos y actitudes de los estudiantes, se puede apreciar que el 51% tiene actitud de aceptación y conocimiento alto; el 1% tienen conocimiento medio y actitud de rechazo; al evaluar con la prueba de Chi cuadrado obtenemos que  $X^2= 2,083$ , gl= 4, con un valor de  $p= 0,721$ , al realizar el análisis encontramos que no existe relación entre conocimientos y actitudes frente a las vacunas para COVID 19 en estudiantes de la Escuela de Enfermería de la UNASAM.

#### 4. Discusión

En el presente trabajo nos permitimos evaluar los conocimientos de estudiantes universitarios en relación a la vacunación contra la COVID 19 y las

actitudes que presentan al respecto, tener mejores conocimientos irá reflejado también en mejorar las actitudes respecto de la vacunación, ya que significa trazar una línea muy delgada entre vivir o morir, debido a la velocidad con que se propagó el COVID 19 y la velocidad con que ataca los diferentes órganos del ser humano sobre todo en personas vulnerables.

En ese sentido al hablar del nivel de conocimientos podemos apreciar que el 92% de estudiantes universitarios tienen conocimiento alto sobre la vacuna frente a la COVID 19, lo hallado coincide con López, et al. (2021) (12), que en un estudio que desarrolló en República Dominicana encontró que el 95.4% conocían sobre la COVID 19; del mismo modo coincide con lo obtenido por Aranda (2021) (13), quien halló que el 73.7% presentaron

conocimiento alto respecto a la vacuna contra la COVID 19; de igual manera modo coinciden con lo obtenido por Aguilar, et al. (2022) (14) quienes encontraron que el 88% presentaron nivel de conocimientos alto relacionado a la vacuna COVID 19; los resultados hallados discrepan con Piscoche (2021) (15), quien desarrolló un estudio en la ciudad de Lima encontrando que el 49% tenían conocimiento medio sobre la vacunación frente a la COVID 19; los conocimientos sobre las vacunas existentes, en sus diferentes aspectos como: número de dosis, intervalo de las dosis, reacciones adversas, autocuidado en el hogar después de haber recibido la vacuna, tanto en los universitarios como en la población en general resulta preponderante para lograr coberturas óptimas de vacunación, de esta manera disminuir los contagios y también las hospitalizaciones de casos graves a consecuencia de la COVID 19, el hecho de tener muy en claro todo lo concerniente a la vacunación contra la COVID 19, permitirá a largo plazo que la vacunación sea sostenible y de esta manera mejorar la salud pública.

En cuanto a las actitudes de los universitarios sobre las vacunas contra la COVID 19, en su mayoría presentan una actitud de aceptación, estos datos coinciden con lo obtenido por Landa y Echenique (2021) (16) los que, en un estudio que desarrollaron en Honduras, hallaron que el 78.9% presentaron una actitud aceptable relacionado a las vacunas existentes actualmente contra la COVID 19; del mismo modo coinciden con los resultados encontrados por Piscoche (2021) (15), quien desarrolló un estudio en la ciudad de Lima hallando que el 79.69% presentaron una actitud aceptando

la vacunación contra la COVID 19; de igual manera los resultados obtenidos coinciden con Aranda (2021) (13) quien desarrolló un estudio en la ciudad de Trujillo y halló que el 95.4% presentaron una actitud de aceptación frente a la vacuna contra la COVID 19; igualmente, los resultados obtenidos concuerdan con los hallazgos de Aguilar, et al. (2022) (14) quienes en un estudio desarrollado en Trujillo encontraron que el 91% tuvieron una actitud favorable en relación a la vacuna contra la COVID 19; encontrar que la mayor parte de personas presentan una actitud de aceptación frente a las diferentes vacunas existentes contra la COVID 19 en los diversos estudios citados, incluido el nuestro, demuestra que existe mucho interés y predisposición de la población en cuanto a la vacunación, esto reflejará en la adhesión hacia las distintas vacunas contra la COVID 19, lo cual acarreará resultados beneficiando de la salud de los individuos como la disminución de contagios, gravedad de la enfermedad del mismo modo la recuperación de la actividad económica de las familias y la reinserción a la normalidad que se vio afectada sobre manera con el advenimiento de esta pandemia.

En lo referente a la relación existente entre los conocimientos y las actitudes de estudiantes universitarios frente a las vacunas, en el presente estudio se pudo observar que no existe relación entre las variables estudiadas, evidenciado aquello a través de la aplicación de la prueba estadística de Chi cuadrado, obteniendo un valor de  $p=0,721$ ; los resultados encontrados discrepan de los encontrados por Piscoche (2021) (15), quien al buscar relación existente entre conocimientos

y actitudes, analizados mediante la prueba estadística del Test Exacto de Fisher encontró un valor de  $p=0.046$ , el cual reflejó que sí existe relación entre ambas variables estudiadas; de igual manera concuerda con lo encontrado por Aranda (2021) (13) quien no encontró relación entre los conocimientos y la aceptación que se tiene de la vacuna, al aplicar la prueba estadística de Chi cuadrado obteniendo un valor de  $p=0.896$ ; es preciso indicar que los resultados encontrados, no concuerdan con Aguilar, et al. (2022) (14) quienes al aplicar la prueba estadística de Chi cuadrado, encontraron un valor de  $p=0.012$ , evidenciando la relación existente entre conocimientos y actitudes frente a las vacunas COVID 19; al respecto es preciso mencionar que a mayor conocimientos sobre la vacunación debería existir una actitud favorable sobre las vacunas hecho que encontramos solo en una investigación desarrollada por Aguilar en Trujillo, mientras que en los demás estudios incluido el nuestro no se encuentra tal relación, lo cual nos permite indicar que no necesariamente el conocer más nos permitiría tener actitudes más favorables respecto de la vacunación COVID 19.

## 5. Conclusiones

- La mayoría de los estudiantes universitarios presentan nivel de conocimientos alto, mientras que un mínimo porcentaje presenta conocimiento bajo.
- En relación a las actitudes frente a la vacunación COVID 19, la mayoría de los estudiantes universitarios presentan una actitud favorable a las vacunas contra esta enfermedad.

- Se evidenció que no existe relación entre conocimientos y actitudes de los estudiantes universitarios al aplicar la prueba de Chi cuadrado, obteniéndose un valor de  $p=0,721$ .

## 1. Referencias

1. Pérez MR, Gómez JJ y Diéguez RA. Características clínico-epidemiológicas de la COVID-19. Rev Haban Cienc Méd. [Internet]. 2020 [Citado el 19 de Julio de 2021]; 19 (2): e3254.. Disponible en: <http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/3254/2505>
2. Murphy J, Vallieres F, Bentall RP, Shevlin M, McBride O, Hartman T, et al. Psychological characteristics associated with COVID-19 vaccine hesitancy and resistance in Ireland and the United Kingdom. Rev. Nat Commun [Internet]. 2021 [Citado el 21 de Julio de 2021]; 12:1–15. Disponible en: <https://www.nature.com/articles/s41467-020-20226-9>
3. Thunstrom L, Ashworth M, Finoff D y Newbold E. Hesitancy towards a COVID-19 vaccine and prospects for herd immunity. Rev. Producto y servicios SSRN. [Internet]. 2020 [Citado el 15 de agosto de 2021]. Disponible en: [https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract\\_id=3593098](https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=3593098)
4. Romer D y Hall K. Conspiracy theories as barriers to controlling the spread of COVID-19 in the U.S. Rev. Soc Sci Med [Internet]. 2020 [Citado el 16 de agosto de 2021]; 263:113356. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S027795362030575X>
5. Johns Hopkins University. Coronavirus Resource Center. 2021 [Internet]. Disponible en:

<https://coronavirus.jhu.edu/map.html>

6. Ministerio de Salud del Perú. Sala situacional COVID – 19 Perú. 2021 [Internet]. Disponible en: [https://covid19.minsa.gob.pe/sala\\_situacional.asp](https://covid19.minsa.gob.pe/sala_situacional.asp)

7. Repositorio Único Nacional de Información en Salud (REUNIS). Vacunación COVID 19 – Perú. 2021 [Internet]. Disponible en: <https://www.minsa.gob.pe/reunis/data/vacunas-covid19.asp>

8. Naciones Unidas. COVID-19 y educación superior: Educación y ciencia como vacuna contra la pandemia. 2020 [Internet]. Disponible en: <https://www.un.org/es/impacto-acad%C3%A9mico/covid-19-y-educaci%C3%B3n-superior-educaci%C3%B3n-y-ciencia-como-vacuna-contrala-pandemia>

9. Abanto W. Diseño y desarrollo del proyecto de investigación: Guía de aprendizaje. Trujillo-Perú: Universidad Cesar Vallejo. Unidad de Postgrado; 2015.

10. Díaz V. Metodología de la investigación científica y bioestadística para profesionales y estudiantes de ciencias de la salud. 2ª ed. Santiago de Chile: Edit. Santiago: RIL Editores; 2009.

11. Hernández R y Mendoza CP. Metodología de la Investigación. 6ª. ed. México, D.F: McGraw-Hill; 2014.

12. López RF, Capellán ED y Martínez NL. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre la COVID-19 en adultos de la República Dominicana. Revista Cubana de Salud Pública [Internet]. 2021[Citado el 19 de setiembre de 2021];47(2):e2770. Disponible en: [https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.es\\_ES](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.es_ES)

13. Aranda L. Conocimiento y aceptación

frente a la vacuna Covid-19 en el personal de salud de Hospitales nivel II-1 Red Trujillo. Universidad Cesar Vallejo [Tesis para optar el grado de Maestría]. Trujillo, Perú; 2021. Disponible en: [https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/73839/Aranda\\_CLL-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/73839/Aranda_CLL-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

14. Aguilar P, Becerra A, Valverde M, Jesús G y Ñique M. Conocimientos y actitudes frente a la vacuna contra el COVID-19. Trujillo. Universidad Cesar Vallejo. Rev. Fac. Med. Hum. [Internet]. 2022[Citado el 22 de setiembre de 2021]; 22(2):244-251. Disponible en: DOI: <https://doi.org/10.25176/RFMH.v22i2.4343>

15. Piscoche NC. Conocimiento sobre la vacuna contra COVID-19 y actitud frente a su aplicación en población de Lima-Perú. Universidad César Vallejo, Lima, Perú. [Tesis para optar el grado de Maestría]. Trujillo, Perú; 2021. Disponible en: <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/68311>

16. Landa M y Echenique Y. Actitud hacia la vacuna contra el COVID-19 en Honduras: el rol de la preocupación por el virus y el sentido de pertenencia comunitaria. Universidad Nacional Autónoma de Honduras. [Tesis para optar el grado de Maestría]. Honduras; 2021. Disponible en: <https://psyarxiv.com/u29sr/>

## PROCESO DEL CUIDADO ENFERMERO APLICADO A PACIENTE CON COVID-19

### NURSING CARE PROCESS APPLIED TO A COVID-19

Yessica Carolina Santamaría Capuñay<sup>1</sup>, Angélica Mariamilé Taboada Díaz<sup>2</sup>, Rosalinda Janeth Vilcabana Carlos<sup>3</sup>, Angie Tatiana Villena Mendoza<sup>4</sup>

Citar como:

Santamaria Y, Taboada A, Vilcabana R, Villena A. Proceso del cuidado enfermero aplicada en paciente con COVID 19. Rev. Recien. 2023; 12(2)

Correspondencia:

Angélica Mariamilé  
Taboada Díaz  
[tdiazangelicmar@crece.uss.edu.pe](mailto:tdiazangelicmar@crece.uss.edu.pe)

Recibido: 19/07/2022

Aprobado: 23/11/2022

En línea:

#### Resumen

**Introducción:** El estudio del presente proceso del cuidado de enfermería, corresponde a paciente de 45 años adulto. El diagnóstico médico fue convulsiones no identificadas y COVID 19 positivo. **Objetivo:** Controlar la infección en el paciente, asimismo, lograr el manejo de convulsiones para evitar complicaciones. **Presentación del caso Clínico:** Al examen físico, paciente con 45 años ingresa a medicina interna por motivo de convulsiones, desorientada parcialmente en un estado post-ictal, un dolor agudo en la parte izquierda del cuerpo, determinando la escala de EVA 4/10. Se le detecta covid 19 como resultado de la prueba PCR: 15. **Método:** se utiliza el marco teórico de Marjorie Gordon, también se utiliza las taxonomías respectivas como NANDA, NOC, NIC según su clasificación. **Resultado:** El progreso del paciente se presenta próspero, no se presentan cuadros convulsivos en su estadía hospitalaria y hubo un control eficaz del virus presentado. **Conclusiones:** El diagnóstico número uno tenemos a (00043) protección ineficaz donde el 80% fue logrado y el 20% sigue en proceso. El segundo diagnóstico es (00132) dolor agudo el 90% se logró alcanzar los objetivos y el 10% fue parcialmente alcanzado. El tercero es el (00303) riesgo de caídas tiene el 90% de objetivos logrados y el 10% fue parcialmente logrado. En el cuarto y último diagnóstico tenemos a (00179) riesgo de glucemia inestable donde el 80% se alcanzó y el 20% sigue en proceso de recuperación.

**Palabras clave:** Enfermería, COVID-19, convulsiones, paciente, glucemia



## **Abstract**

Introduction: The study of the present nursing care process corresponds to a 45-year-old adult patient. The medical diagnosis was unidentified seizures and COVID 19 positive. Objective: To control the infection in the patient, likewise, to manage seizures to avoid complications. Presentation of the clinical case: On physical examination, a 45-year-old patient was admitted to internal medicine due to seizures, partially disoriented in a post-ictal state, acute pain in the left part of the body, determining the VAS scale 4/10. Covid 19 is detected as a result of the PCR test: 15. Method: Marjorie Gordon's theoretical framework is used, as well as the respective taxonomies such as NANDA, NOC, NIC according to their classification. Result: The patient's progress appears prosperous, there are no convulsive symptoms during his hospital stay and there was an effective control of the virus presented. Conclusions: The number one diagnosis we have (00043) ineffective protection where 80% was achieved and 20% still in process. The second diagnosis is (00132) acute pain, 90% of the objectives were achieved and 10% were partially achieved. The third is the (00303) risk of falls has 90% of objectives achieved and 10% was partially achieved. In the fourth and last diagnosis we have (00179) risk of unstable glycemia where 80% was reached 20% is still in the process of recovery.

**Key words:** nursing, COVID-19, patient, seizures, glycemia

## 1. Introducción

La intervención o el proceso del enfermero (1) es de gran importancia porque implica la participación en la recuperación del paciente, mediante las medidas preventivas frente a enfermedades. El paciente observa al enfermero (2) como el profesional mejor capacitado para ejercer el cuidado, así como la recuperación del paciente incluyendo medidas pertinentes para lograr el bienestar espiritual, emocional y social. Por lo que cada enfermero debe dirigirse al paciente como una persona completa y no como una patología que tenemos que cuidar y mantener con salud, ya que el paciente necesita apoyo emocional y necesita todas las fuerzas para una buena recuperación, por ello debemos brindar un ambiente, empático y seguro para el paciente tratado. Asumiendo con responsabilidad la evolución de su salud y la disminución de factores que agravan su condición.

Es por eso que en el presente trabajo se refleja el cuidado que brindamos a nuestro paciente adulto con diagnóstico de COVID-19 positivo. Según la OMS (3) se ha declarado al COVID-19 oficialmente como una pandemia mundial, que tuvo origen en el año 2020 en el país asiático China. En la actualidad se ha reportado 2 419 334 casos positivos según el estudio del MINSA, de los cuales 14567 son personas adultas entre 35 – 45 años, en los 1439 casos se localizan en unidades de cuidado intensivo con estrategias de ventilaciones mecánicas como requisito indispensable para sobrevivir y 83 fallecidos reportados. La mayoría de los casos registrados de ingreso a los establecimientos hospitalarios proceden de las edades anteriormente

mencionadas, presentando antecedentes de enfermedades cardiovasculares, una malnutrición, anemia severa, diabetes mellitus e hiperglucemia. Este virus ha desencadenado un desastre mundial y una crisis sanitaria por la falta de capacidad de gestión de salud. Asimismo, genera complicaciones devastadoras, donde los casos clínicos se desarrollan 16 % graves, 79% leve y el 6% requiere una intervención en cuidados intensivos (4).

Las cifras evidencian la magnitud de este problema y la vulneración en la que se encuentran los pacientes adultos, ocasionando un impacto negativo en los adultos que caen dentro del grupo de sector vulnerable, presentando complicaciones e incapacidad de sobrellevar este virus. Además, las condiciones de salud, biológicas y la carencia de recursos socioeconómicos es un factor de riesgo que daña potencialmente la salud de cada uno de ellos.

Según un estudio realizado por Westover et al. (5) se detectaron 9,7% de los pacientes que presentaron COVID-19 en el presente año, ninguno de ellos presentaba un cuadro convulsivo con antecedentes neurológicos previos. Siendo este un motivo para hospitalización inmediata del paciente, ocasionando una tasa de morbilidad relacionado al SARS-COV-2 (6) desarrollando también alto índice de tasa de muerte y prolongadas estadías hospitalarias. Por lo tanto, los resultados de COVID-19 y convulsiones deben ser vigilados constantemente por el personal de salud para descubrir los cuadros convulsivos a tiempo, se necesita profunda investigación para esclarecer la agresividad con la que se debe tratar el cuadro de crisis convulsivos en la infección mencionada.

## 2. Metodología

El presente caso clínico se efectuó en un centro hospitalario en agosto, disponiendo del marco teórico de Marjory Gordon. Una vez culminada la recopilación de antecedentes del paciente mencionado, a partir de ello se utilizaron terminologías taxonómicas North American Nursing Diagnosis Asociación NANDA en la duodécima edición: también se la taxonomía Nursing outcomes clasificación NOC con los resultados esperados en la 6ta publicación; finalmente la intervención enfermero con taxonomías Nursing Interventions Classification NIC en la 7ta publicación. Se plasmaron en tablas establecidas, estas serán interpretadas y descritas que generarán la discusión de resultados.

## 3. Resultados

### Presentación del caso clínico

Adulto de 45 años con diagnóstico de virus SARS-Cov-2 y con convulsiones identificadas. Al examen físico, paciente ingresa a medicina interna por motivo de convulsiones, desorientada parcialmente en un estado post-ictal con test rápido identificando COVID-19 positivo, además de presentar un dolor agudo cefalea holocraneana, también un dolor agudo en la parte izquierda del cuerpo, determinando la escala de EVA 4/10, asimismo se detecta hipoactiva en un estado post-ictal; desorientada y sin signos de focalización. Por otra parte, se identifica una temperatura de 36,5°C, con una presión de 110/80 considerando una saturación del 100%, además de no presenta sonda

nasogástrica para su alimentación y abdomen blando sin dolor.

**Exámenes adicionales:** Hemoglobina 11.3 mm/dcl, PCR 15.10, Ferritina 1,014.00 ; Glu: 117.00 (65 – 95 MG/DL) .

### Valoración de Enfermería:

**Patrón I: Percepción- Manejo de la salud:** Sin antecedentes de enfermedades, conocimiento de la infección SARS\_Cov2, sin precedentes de convulsiones.

**Patrón II: Nutricional Metabólico:** Piel pálida, buen llenado capilar, uñas limpias y cortas, sin sonda nasogástrica para la alimentación, talla 1.58, peso 65 Kg, IMC 26.10, GLU 117.00 65 consumo de bebidas azucaradas frecuente, dieta a base de carbohidratos, Hemoglobina: 11.3.

**Patrón III: Eliminación: Vesical:** Secreción urinaria adecuada.

Intestinal: Evacuación normal

**Patrón IV: Actividad -Ejercicio:** Temperatura corporal 36.5, presión arterial 110/80 mm/Hg, frecuencia respiratoria 18 RPM, SAT O2: 99 %, sin edemas.

**Patrón V: Sueño – descanso:** Sin alteraciones, sin embargo, la paciente presenta fatiga y cansancio.

**Patrón VI: Perceptivo-Cognitivo:** Escala de Glasgow de 12 puntos RO: (4) RV (5) RM: (3); leve disartria, no signos de focalización, no signos meníngeos, parcialmente orientado en tiempo, espacio y persona. Además, según la escala de EVA 4/10 presenta dolor moderado, cefalea holocraneana.

### Patrón VII: Auto percepción-Autoconcepto:

Autovaloración: No cuantificables

Expresados: No cuantificable.

**Patrón VIII: Rol -Relaciones:** Sin participación

familiar activa ante la situación de enfermedad del paciente, no se evidencia preocupación y apoyo constante para el proceso de recuperación.

**Patrón IX: Sexualidad- Reproducción:** No cuantificable.

**Patrón X: Adaptación y tolerancia al estrés:** No cuantificable.

**Patrón XI: Valores-Creencias:** Creencia considerada católica.

Priorización de diagnósticos enfermeros:

**1. (00043) Protección ineficaz R/C infecciones víricas, Covid-19, anemia, malnutrición, pérdida de la condición física, desorientación, bajo nivel de hemoglobina sérica, deterioro neurosensorial M/P, piel pálida, disociación de albúmina globulina, PCR (reacción en la cadena de polimerasa): 15.20 y hemoglobina: 11.3**

**Tabla 1.** Plan de cuidados del diagnóstico enfermero (00043) Protección ineficaz

Diagnóstico enfermería NANDA	Criterios de Evaluación NOC	Actividades de enfermería NIC	Evaluación del Logro NOC
(00043) Protección ineficaz R/C infecciones víricas, Covid-19, anemia, malnutrición, pérdida de la condición física, desorientación, bajo nivel de hemoglobina sérica, deterioro neurosensorial M/P, piel pálida, disociación de albúmina globulina, PCR (reacción en la cadena de polimerasa): 15.20 y hemoglobina: 11.3  BT=2.58, BD=1.97., TGO=141	<b>1842 Conocimiento del control de la infección</b>  <b>Indicadores:</b> <b>(184204)</b> Signos y síntomas de la infección  <b>(180706)</b> Procedimiento de control de la infección  <b>(184209)</b> Tratamiento de la infección diagnóstica  <b>0802 Signos vitales</b> <b>Indicadores:</b> <b>(080201)</b> Temperatura corporal  <b>(080210)</b> Frecuencia respiratoria  <b>(080210)</b> Ritmo respiratorio  <b>(080209)</b> Presión del pulso	<b>6680 Monitorización de los signos vitales.</b>  - Monitorizar la presión arterial, pulso, temperatura y estado respiratorio, según corresponda.  <b>Control de infecciones (6540)</b>  - Limpiar el ambiente adecuadamente después de cada uso por parte de los pacientes  - Cambiar el equipo de cuidados del paciente según el protocolo del centro.  - Usar guantes según lo exijan las normas de protección universal.	<b>(184204)</b> Signos y síntomas de la infección  <b>(180706)</b> Procedimiento de control de la infección  <b>(184209)</b> Tratamiento de la infección diagnóstica  <b>(080201)</b> Temperatura corporal  <b>(080210)</b> Frecuencia respiratoria  <b>(080210)</b> Ritmo respiratorio  <b>(080209)</b> Presión del pulso

**Fuente:** Elaboración propia con base de datos de las taxonomías Nanda, Noc, Nic basado en Herdman H (2021), p. 224; Moorhead S (2021), p. 196-578; Butcher H (2021), p.113-341-438.

**2. (00132) Dolor agudo r/c dolor escala de EVA 4/10(moderado) m/p cefalea.**

**Tabla 2.** Plan de cuidados del diagnóstico enfermero (00132) Dolor agudo

Diagnóstico enfermería NANDA	Criterios de Evaluación NOC	Actividades de enfermería NIC	Evaluación del Logro NOC
(00132) Dolor agudo r/c dolor escala de EVA 4/10(moderado) m/p cefalea.	<p><b>1605 Control del dolor.</b></p> <p><b>Indicadores</b></p> <p><b>(160502)</b> Reconoce el comienzo del dolor</p> <p><b>(160516)</b> Describe el dolor</p> <p><b>(160518)</b> Establece los objetivos para el alivio del dolor con el profesional sanitario</p>	<p><b>1410</b></p> <p><b>Manejo del dolor: agudo</b></p> <p>- Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya localización, aparición, duración, frecuencia e intensidad, así como los factores que lo alivian y agudizan.</p> <p>- Monitorizar el dolor utilizando una herramienta de medición válida y fiable apropiada a la edad y a la capacidad de comunicación.</p>	<p><b>(160502)</b> Reconoce el comienzo del dolor</p> <p><b>(160516)</b> Describe el dolor</p> <p><b>(160518)</b> Establece los objetivos para el alivio del dolor con el profesional sanitario</p>

**Fuente:** Elaboración propia con base de datos de las taxonomías Nanda, Noc, Nic basado en Herdman H (2021), p. 577; Moorhead S (2021), p. 273; Butcher H (2021), p.306.

**3. (00303) Riesgo de caídas R/C disfunción cognitiva, deterioro del equilibrio postural E/P convulsiones, LOTEP parcial y periodo post-ictal.**

**Tabla 3.** Plan de cuidados del diagnóstico enfermero (00303) Riesgo de caídas

Diagnóstico enfermería NANDA	Criterios de Evaluación NOC	Actividades de enfermería NIC	Evaluación del Logro NOC
(00303) Riesgo de caída R/C disfunción cognitiva, deterioro del equilibrio postural E/P convulsiones, LOTEP parcial y periodo post-ictal.	<p><b>1620 autocontrol de las convulsiones</b></p> <p><b>Indicadores</b></p> <p><b>(162002)</b> Utiliza la medicación según prescripción</p> <p><b>(162006)</b> Evita factores de riesgo/ desencadenantes de las convulsiones</p> <p><b>(162015)</b> Implementa prácticas de seguridad en el entorno</p> <p><b>1939 Control de riesgo: caídas.</b></p> <p><b>Indicadores</b></p> <p><b>(193908)</b> Controla los factores de riesgo de su entorno.</p>	<p><b>2680 Manejo de las convulsiones</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Poner en decúbito lateral</li> <li>- Vigilar la dirección de la cabeza y los ojos durante la crisis</li> <li>- Registrar las características de las crisis: partes corporales, actividad motora y progresión de la crisis comicial.</li> <li>- Comprobar la duración y características del periodo post-ictal</li> </ul> <p><b>Prevención de caídas (6490)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar déficits cognitivos o físicos del paciente que puedan aumentar la posibilidad de caídas en un ambiente dado.</li> <li>• Identificar conductas y factores que afectan al riesgo de caídas.</li> </ul>	<p><b>(162002)</b> Utiliza la medicación según prescripción</p> <p><b>(162006)</b> Evita factores de riesgo/ desencadenantes de las convulsiones</p> <p><b>(162015)</b> Implementa prácticas de seguridad en el entorno</p> <p><b>(193908)</b> Controla los factores de riesgo de su entorno.</p>

**Fuente:** Elaboración propia con base de datos de las taxonomías Nanda, Noc, Nic basado en Herdman H (2021), p. 498; Moorhead S (2021), p. 133-279; Butcher H (2021), p.295-376.



**4. (00179) Riesgo de glucemia inestable r/c sobrepeso, hipoactividad y consumo de bebidas azucaradas.**

**Tabla 4.** Plan de cuidados del diagnóstico enfermero (00179) Riesgo de glucemia inestable

Diagnóstico enfermería NANDA	Criterios de Evaluación NOC	Actividades de enfermería NIC	Evaluación del Logro NOC
(00179) Riesgo de nivel de glucemia inestable r/c sobrepeso, hipoactividad y consumo de bebidas azucaradas.	<p><b>2300 Nivel de glucemia</b></p> <p><b>Indicadores:</b></p> <p><b>(230001)</b> Concentración sanguínea de glucosa</p>	<p><b>2120</b></p> <p><b>Manejo de la hiperglucemia</b></p> <p>- Vigila niveles de glucemia indicados.</p> <p>- Observación de síntomas de hiperglucemia y signos si hay signos: debilidad, polidipsia, polifagia poliuria, letargo, malestar, cefalea o visión borrosa</p>	<p><b>(230001)</b></p> <p>Concentración sanguínea de glucosa</p>

**Fuente:** Elaboración propia con base de datos de las taxonomías Nanda, Noc, Nic basado en Herdman H (2021), p. 250; Moorhead S (2021), p. 460; Butcher H (2021), p. 274.

Este estudio actual se realizó, mediante el caso clínico aplicado a paciente con COVID-19 positivo y convulsiones, con diagnósticos en el cual sintetizar la intervención enfermero de formas estructuradas; para lograr el bienestar del paciente y ejecutar las labores enfermeras de manera correcta. Por otra parte, los resultados muestran los fines que se plantea desde el comienzo; y de esta manera lograr un bienestar mayor en el paciente, a través de los cuidados e intervenciones de enfermería. Los resultados que se presentan a continuación muestran el porcentaje del logro esperado; al realizar la intervención de enfermería.

Según el estudio realizado en el primer diagnóstico de enfermería: Protección ineficaz, se logró una mejoría de acuerdo con las intervenciones realizadas en un 80%, sin embargo, el otro 20% sigue en proceso de recuperación. De acuerdo con la NANDA Internacional, se define a la protección ineficaz como la capacidad de disminuir la protección de riesgos externos e internos, como lesiones y enfermedades. (7) . De acuerdo al análisis realizado en el segundo diagnóstico de enfermería: Dolor agudo, se logró una recuperación de acuerdo a las intervenciones realizadas de un 90%, no obstante, el otro 10%; aún

sigue en procesos de cuadros de restablecimiento. De acuerdo con la NANDA internacional, el dolor agudo se define como sensaciones y emociones molestas debido al daño tisular existente o descrito como un inicio repentino o gradual que puede ir de intensidad leve a grave, por lo que tiene una duración menor de tres meses (8).

Según el estudio del tercer diagnóstico enfermero: Riesgo de caídas del adulto, se obtuvo una recuperación del 90 % de acuerdo con la intervención realizada, mientras que el 10 % sigue en proceso. Conforme al cuarto análisis de diagnóstico de enfermería riesgo de glucemia inestable, se alcanzó una recuperación del 80 % respecto a las intervenciones que se realizaron, por otro lado, el 20 % continúa en procesos de recuperación. De acuerdo con la NANDA define el riesgo de nivel de glucemia inestable como la susceptibilidad a los niveles de azúcar cambiantes en la sangre fuera de la jerarquía habitual, lo que puede causar efectos negativos para la salud (9).

#### 4. Conclusiones

Finalmente, el Proceso de atención enfermero aplicada a la paciente fue de manera eficiente con el fin de que este se sienta seguro y conforme con el ambiente que se le dé en el centro hospitalario y con esto se quiere decir que las enfermeras se juegan un papel importante para que esto pase, ya que, al mostrar empatía, respeto y tratar al paciente más humanizado hará que este tenga más confianza en su enfermero encargado a él y nos pueda decir de manera segura su dolor o lo que presenta para que el personal del área de salud haga una buena

valoración.

Una vez culminada la recolección de datos del paciente mencionado, a partir de ello se utilizaron terminologías taxonómicas North American Nursing Diagnosis Asociación NANDA en la duodécima edición: también de la taxonomía Nursing results clasificación NOC con los resultados esperados en la sexta edición; finalmente las intervenciones de enfermería con la taxonomía Nursing Interventions Classification NIC en la séptima edición. Al examen físico, el paciente ingresa a medicina interna por motivo de convulsiones, desorientada parcialmente en un estado post-ictal con test rápido identificando COVID-19 positivo, además de presentar un dolor agudo cefalea holocraneana determinando la escala de EVA 4/10, también un dolor agudo en la parte izquierda del cuerpo, también se detectó hipoactiva en un estado post-ictal; desorientada y sin signos de focalización.

Al iniciar su tratamiento de la paciente con los diagnósticos ya dados obtuvimos ciertos porcentajes de cada uno con la ayuda de los libros taxonomías NANDA, NOC Y NIC pudimos deducir en qué ha mejorado y en lo que se sigue mejorando para que este mejore por completo.

Según el análisis realizado en el primer diagnóstico de enfermería: (00043) Protección ineficaz, se previno una mejoría de acuerdo con las actuaciones realizadas en un 80%, sin embargo, el otro 20% sigue en proceso de recuperación. De acuerdo con el estudio realizado de diagnósticos enfermero (00132) Dolor agudo, se encontró una recuperación de acuerdo con las intervenciones realizadas de un 90%, no obstante, el otro 10%; aún sigue en proceso

de recuperación. De acuerdo con la NANDA el (00303) riesgo de caídas tiene el 90% de objetivos logrados y el 10% fue parcialmente logrado. Conforme al cuarto examen de diagnósticos enfermero (00179) riesgo de glucemia inestable, se logró una recuperación del 80 % respecto a las intervenciones que se realizaron, por otro lado, el 20 % continúa en proceso de recuperación.

## 1. Referencias

1. Reina G. El proceso de enfermería: instrumento para el cuidado. Umbral Científico [Internet]. 2016 [Citado el 14 de Julio de 2022]; (17), 18-23ISSN: 1692-3375. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=30421294003>
2. Pérez A, Gómez T, Dieguez G. Características clínico-epidemiológicas de la COVID-19. Revista Habanera de Ciencias Médicas. 2020;19(2):1-15.
3. Barreto F. A, de Oliveira J V, Bessa M, Bezerra I, Pinheiro A F, Nunes I M & Duarte da Silva A C. Evaluation of the nursing process in care of patients with COVID-19 in reference hospitals. [Evaluación del proceso de enfermería en la atención a pacientes con COVID-19 en hospitales de referencia] Revista Baiana De Enfermagem [Internet]. 2021 [Citado el 15 de Julio de 2022]; 35. Disponible en: doi:10.18471/rbe.v35.42559
4. Serra V. COVID-19. De la patogenia a la elevada mortalidad en el adulto y con comorbilidades. Revista Habanera de Ciencias Médicas. 2020;19(3):1-12.
5. Westover A, Morrison M. Las convulsiones asociadas al COVID-19 pueden ser comunes y estar relacionadas con un mayor riesgo de muerte. Revista Massachusetts General Hospital. 2021;16(2): 3-7
6. Guerrero L. Proceso de Cuidado de Enfermería para Pacientes Pretérmino con Patrón Respiratorio Ineficaz. [Tesis para obtener el grado de doctor]. Bolivia: Universidad Autónoma de San Luis Potosi, 2018.
7. Herdman H, Kamitsuru S, Takáo C. NANDA Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y Clasificación 2021-2023, 12a ed. España: Elsevier; 2021.
8. Aliaga B, Molina N, Noguera M, Espinoza P, Sánchez S, Lara B, et al. Risk of falls among patients admitted to a medical-surgical ward. Analysis of 376 medical records. Rev Med Chil [Internet]. 2018 [citado el 14 de julio de 2022];146(7):862–8. Disponible en:[https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S003498872018000700862&script=sci\\_arttext&tlng=pt](https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S003498872018000700862&script=sci_arttext&tlng=pt)
9. Tafur D. Cuidados de enfermería a paciente con pie diabético en el Hospital Regional Lambayeque. 2019 [Internet]. 2020 [Citado el 14 de julio de 2022]. Disponible en: <https://repositorio.uss.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12802/6378/Tafur%20Acu%20c3%20b1a%20c%20Dilma.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
10. Butcher H, Bulechek G, Dochterman ], Warner C. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 7 ed. España: Elsevier; 2018.
11. Moorhead S, Swanson E, Johnson M, Maas M. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). 6 ed. España: Elsevier; 2018

# GESTION DE LA CALIDAD Y PROTOCOLOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

## QUALITY MANAGEMENT AND CARE PROTOCOLS IN THE INTENSIVE CARE UNIT

Sonia del Pilar Carranza-Moreno<sup>1</sup>, Edi William Aguilar-Urbina<sup>2</sup>

Citar como:

Carranza-Moreno S  
y Aguilar-Urbina E.  
Gestión de la calidad y  
protocolos en la unidad  
de cuidados intensivos.  
Rev. Recien. 2023; 12(2)

Correspondencia:  
Sonia del Pilar Carranza-  
Moreno  
[sdcarranzam@unitru.edu.pe](mailto:sdcarranzam@unitru.edu.pe)

Recibido: 16/09/2022  
Aprobado: 02/12/2022  
En línea:

### Resumen

La gestión de la calidad, son conductas que realiza el personal de salud, durante la práctica clínica y que van a guiar sus actividades para brindar asistencia en el paciente con soporte ventilatorio, monitoreo hemodinámico y otros, en las unidades de cuidados intensivos. Los protocolos elaborados para la ejecución de procedimientos invasivos y que el personal de salud ejecuta, como la enfermera intensivista, quien hará uso para brindar los cuidados necesarios, corregir algunos aspectos que no fortalezcan su accionar, lograr un nivel alto en actitudes y seguridad para el paciente. El uso de protocolos de atención, de manera adecuada en la unidad de cuidados intensivos forman parte de la gestión con calidad, se pueden considerar factores de riesgo extrínseco y se han asociado a que su uso de manera inadecuada puede producir un índice de letalidad de las bacteriemias significativamente altos.

**Palabras clave:** Gestión de la calidad, protocolos, unidad de cuidados intensivos

<sup>1</sup> Enfermera Intensivista. Licenciada en Enfermería. Hospital Víctor Lazarte Echegaray Trujillo. Magister en Salud Pública Universidad Nacional de Trujillo. Magister en Salud Pública Universidad Nacional de Trujillo. Doctorando en Salud Pública. [https://orcid.org/0000\\_0001\\_8074\\_2095](https://orcid.org/0000_0001_8074_2095)

<sup>2</sup> Especialista en enfermedades infecciosas y Tropicales Hospital Regional Docente de Trujillo. Doctor en Medicina. [https://orcid.org/0000\\_0001\\_6510\\_5346](https://orcid.org/0000_0001_6510_5346)

---

### **Abstract**

Quality management are behaviors carried out by health personnel during clinical practice and that will guide their activities to provide assistance to the patient with ventilatory support, hemodynamic monitoring and others, in intensive care units. The protocols developed for the execution of invasive procedures and that the health personnel execute, such as the intensive care nurse, who will use them to provide the necessary care, correct some aspects that do not strengthen their actions, achieve a high level of attitudes and safety for the patient. The use of care protocols, in an adequate way in the intensive care unit, are part of quality management, they can be considered extrinsic risk factors and have been associated with the fact that their use in an inappropriate way can produce a mortality rate of the significantly high bacteremia.

**Key words:** Quality management, protocols, intensive care unit

## 1. Introducción

Una gestión de la calidad, en los servicios de salud, permiten que durante la práctica diaria y a través de los conocimientos científicos obtenidos con evidencias se pueda mejorar los indicadores que miden nuestra prestación hacia nuestro paciente durante su recuperación y teniendo en cuenta sus necesidades. No significa realizar asistencia basada en cumplir con las actividades asistenciales, sino también, de cómo realizar la práctica en el paciente con peligro inminente de su vida con acciones basadas para su seguridad y que deben plasmarse en protocolos (1).

Entonces, en la asistencia diaria con los pacientes que ingresan a la unidad de cuidados intensivos, por descompensación de sus funciones vitales y que son sometidos a una serie de procedimientos invasivos desde la canalización de una vía periférica, intubación endotraqueal, catéter venoso central, sondaje vesical, línea arterial, entre otros, ameritan que se usen los protocolos antes y durante el procedimiento, definidas como herramientas útiles que fortalecen, sintetizan, sistematizan la práctica y facilitan la toma de decisiones en el manejo correcto de los pacientes (2).

Esta asistencia diaria, durante la hospitalización, trae consigo eventos adversos como las infecciones en el paciente, durante su estancia, que se pueden prevenir en la mayoría de los casos, a través de los medios que apoyen su reducción, por ejemplo, dotación de insumos, guías para un buen manejo; y así aminorar su estancia hospitalaria, una de las complicaciones más frecuentes. El lavado de manos como medida fundamental y universal en

el cuidado, y por consiguiente brinda seguridad a nuestro paciente que se encuentra con disminución de sus defensas (3).

El autor del ensayo, puede evidenciar, que los pacientes de las unidades de cuidados intensivos que necesitan apoyo para compensar sus funciones fisiológicas, su tratamiento ha evolucionado realizándose en mayor proporción invasivo, por lo cual es necesario realizar y hacer uso de protocolos que ayuden de forma adecuada, meticulosa y sobre todo teniendo en cuenta que será posible disminuir las complicaciones posteriores como son las infecciones intrahospitalarias, un importante y relevante problema de salud pública.

Por consiguiente, para la realización del presente ensayo y motivados por ser un tema relevante y de impacto en la salud pública, enfocamos el propósito en la gestión de la calidad de enfermería con el uso de protocolos que van a ayudar en la disminución de incidencia de infecciones asociadas justamente durante su atención en los procedimientos invasivos, para lo cual planteamos la siguiente pregunta ¿el personal de enfermería en la gestión de la calidad, realiza en forma oportuna y adecuada el uso de protocolos de atención, para la prevención de infecciones?.

## 2. Discusión

La unidad de cuidados intensivos es un área compleja y con alta tecnología, los pacientes ingresan con alteración fisiológica de sus sistemas corporales, se realizan diversos procedimientos invasivos de alto riesgo de forma urgente. Los pacientes se encuentran sometidos a la severidad e



inestabilidad de su salud, propias de las afecciones que padecen y las complicaciones sobreañadidas que agravarían su estado de salud. Allí laboran profesionales especializados para dar la atención debida a los pacientes, como la enfermera, un pilar fundamental en esta área (4).

El autor del presente estudio considera que, la enfermera intensivista, es el profesional especializado, que proporciona a los pacientes cuidados con recursos tecnológicos con características invasivas, es parte del trabajo multidisciplinario y en equipo, el cual se debe fortalecer, porque en algunas veces por no decir siempre se vivirá un ambiente con situaciones y acciones rápidas para salvaguardar la vida.

Así mismo, para Figueiredo et al. (5), señalan que la calidad durante la asistencia médica y seguridad del paciente; se da con profesionales capacitados en esta área; que deben conocer que existe un elevado potencial de letalidad de la población que ingresa a la UCI, saber el uso de dispositivos médicos invasivos y del tratamiento sofisticado que requieren con trabajo integrado que brinde una adecuada atención (5).

Además, para dar calidad, en nuestra atención, es necesario definir mecanismos claros, precisos y ágiles, que permitan establecer procesos donde se realice la medición, la evaluación y planes de mejoramiento, acordes con los hallazgos encontrados. La evaluación de la calidad del cuidado de enfermería es un proceso que busca alcanzar estándares de excelencia dentro de la Gerencia del Cuidado (6).

El autor del presente estudio agrega que el personal de salud capacitado en UCI ayuda y

proporcionan sus conocimientos para unificar criterios en la realización y estandarización de los diferentes procesos necesarios con protocolos y por consiguiente poner a buen recaudo al usuario o evitar por ejemplo una larga estancia hospitalaria. Al mismo tiempo, una manera de unificar criterios mediante protocolos de atención, tienen como objetivo brindar una atención adecuada de manera eficiente, asegurando la efectividad y más beneficios que daños. Además, de describir una situación específica de atención con detalles y especificaciones operativas, aportando seguridad al equipo; reducir la variabilidad de las existencias; equipos tecnológicos y recursos usados en la mejor manera; y sobre todo contribuir con la calidad (7).

De igual manera, es necesario conocer los protocolos porque representan acciones encaminadas al desarrollo de una técnica y el actuar del profesional de enfermería, según el contexto de una realidad, disponibilidad de medios en el sistema asistencial; y son indispensables por la alta frecuencia que presentan determinadas enfermedades que inciden en el trabajo asistencial de los servicios, como es la Unidad de Cuidados Intensivos donde la intervención diagnóstica y terapéutica es de manejo complejo (8).

En nuestro país, EsSalud tiene sus protocolos de atención en relación con las unidades de cuidados intensivos, que permite socializar y conocer los procesos de atención en estas unidades, fueron elaborados en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, con criterios de expertos que proporcionan directrices y unificar el trabajo con recursos, cuidado humanizado, aminorar los tiempos durante la atención y que tiene como

consecuencia optimizar la calidad (9).

Del mismo modo, el Ministerio de Salud (MINSA), fortalece la calidad con sus protocolos, con objetivos para prevenir y controlar las infecciones intrahospitalarias, por ejemplo, el Hospital San José del Callao, que determina las acciones preventivas para el personal de salud y el paciente, dirigidos por un comité, y es necesario mencionar que durante la Pandemia por COVID 19, surgieron diversos protocolos de atención delimitados al momento que se vivía, que sirvieron de ente rector ante la coyuntura y ayudaron en la recuperación de los pacientes (10).

Como estamos evidenciando, que el uso de protocolos es mejorar la calidad en los cuidados, por lo contrario, al no realizarlos en forma adecuada se pueden atribuir en los pacientes las infecciones intrahospitalarias, que, para el MINSA, también conocidas como IAAS, son eventos que pueden ocurrir en un paciente en días sucesivos a su ingreso durante su hospitalización, puede ser a nivel local o sistémico, producidas por un microorganismo patógeno y que se pueden prever (11).

Si nos referimos, a las situaciones que favorecen su aparición de infecciones intrahospitalarias, se incluyen características intrínsecas del paciente y factores de riesgo extrínsecos o exposiciones que le suceden a los pacientes durante su tratamiento hospitalario, que en el estudio sobre “Prevención y control personalizado de infecciones: identificación de pacientes con riesgo de infección asociada a la atención sanitaria”, centra la atención en el paciente para identificar los de alto riesgo desde su ingreso y permitir que se adopten medidas eficaces de prevención desde el principio (12).

Por consiguiente, para Núñez y Tigse (13), el uso de protocolos sirve para mejorar la práctica clínica y conducen a un mejor manejo de recursos, integran procedimientos necesarios para la atención sanitaria, contribuyen a la disminución de riesgos, disminuye las informalidades en la atención, unifica los criterios de actuación entre los profesionales y, por lo tanto, ayuda y mejora la calidad de la atención (13).

Así también, el estudio sobre “Elicitación de las creencias más destacadas sobre la higiene de las manos de las enfermeras de cuidados intensivos”, refiere que las infecciones prevalecen y están relacionadas con las practicas incorrectas en la higiene de manos, siendo esta la primordial estrategia para prevenir esta contaminación cruzada, puesto que la enfermera tiene contacto las 24 horas con los pacientes y quien realiza la mayor parte de intervenciones requiriendo uso de técnicas estériles y protocolos institucionales (14).

El autor de este estudio argumenta que los protocolos de atención promueven el cuidado clínico de forma eficiente, segura y eficaz. Estos instrumentos ayudan a los profesionales de la salud para tomar decisiones durante la asistencia a sus pacientes en la práctica clínica, deben ser elaborados a través de la experiencia, evidencia científica de determinados procesos que sirven para mejorar, dar confiabilidad, normalización y seguridad durante la realización de procedimientos invasivos; y su uso inadecuado, puede conllevar a que los pacientes puedan presentar infecciones, y como se encuentra el huésped, pues estos pacientes de UCI están inmunosuprimidos en su mayoría.

Para explicar lo anteriormente mencionado,

tenemos que en Colombia, se realizó un estudio para analizar la “Frecuencia de infecciones asociadas a dispositivos invasivos y las medidas implementadas para su control” del 2014 al 2016, siendo las infecciones de tracto urinario la que se incrementó durante los años, seguida de las infecciones por uso de catéter central y luego las infecciones asociadas a ventilación mecánica, siendo una de las conclusiones de este estudio la importancia del lavado de manos, capacitación continua, pero bajo la vigilancia de cumplimiento y la retroalimentación de los resultados obtenidos (15).

El autor de este ensayo, contrasta con los estudios, la importancia de una atención con calidad, en el personal de enfermería, pues el lavado de manos como medida universal en prevención reducirá la presencia de estas infecciones y se debe monitorizar su realización, además que cada uno de estos procedimientos debe estar transcritos en una serie de pasos durante su instalación y mantenimiento en caso de un catéter urinario, como por ejemplo desinfección previa a la colocación, fijación del catéter, entre otros cuidados, señalados en un protocolo de atención y realizados por el profesional de salud.

Otros autores, refieren que una infección nosocomial o intrahospitalaria, es aquella que se manifiesta a través de los indicadores de las Unidades de Cuidados Intensivos que evalúan la eficacia de la labor y la calidad en la prestación de los servicios. En las salas hospitalarias con pacientes críticos las infecciones conforman uno de los porcentajes con mayor incidencia (16).

En cuanto a la incidencia de las infecciones

intrahospitalarias en UCI y los factores predisponentes, un estudio sobre “La influencia de factores de riesgo en el desarrollo de infección nosocomial en el paciente crítico”, da a conocer la distribución de la infecciones intrahospitalarias y factores extrínsecos de una UCI quirúrgica que se relacionan con procedimientos invasivos como, por ejemplo; pacientes con catéter venoso central (72%), con ventilación mecánica (36,6%), con sonda urinaria (93%), nutrición parenteral (17.7%), catéter arterial (67.2%), sonda nasogástrica (37.6%), entre otros, siendo altos sus porcentajes (17).

Así también, en Ecuador, un estudio en Terapia Intensiva y el uso de procedimientos invasivos, se observó la manipulación del personal de salud al catéter venoso central, catéter urinario y ventilador mecánico, habiendo un desequilibrio de medidas asépticas y cumplimiento de protocolos incidiendo muchas veces en el error, en relación a la infección del torrente sanguíneo, se evidenció que el 67% de los médicos realizó una manipulación adecuada, enfermeras un 55%, y una incorrecta manipulación los médicos con un 33% y de los enfermeros/as 27, recalando como tal y como medida preventiva supervisar el cumplimiento de los mismos (18).

El autor sustenta, el ensayo, en la teoría de enfermería de Ernestina Wiedenbach, que señala sus conocimientos en el “Arte de cuidar de la Enfermería Clínica” cuya filosofía se basa en la actitud de las enfermeras, la práctica clínica con competencias en conocimiento y técnicas clínicas. Estas prácticas en el cuidado de los pacientes ayudaran a tomar decisiones y poder entender algunas conductas o comportamientos que estos presenten (19).

La enfermera, en la unidad de cuidados intensivos del Hospital Víctor Lazarte, maneja protocolos durante la realización de procedimientos invasivos como colocación de catéter vesical, colocación de sonda nasogástrica, canalización de vía periférica, extracción de muestras venosas, arteriales; y participa en todos los demás como intubación endotraqueal, línea arterial, catéter venoso central, Doppler esofágico, catéter swang-ganz, entre otros. Además, es la responsable de hacer la preparación de los materiales para cada procedimiento, velar por el uso de las medidas de bioseguridad durante la realización y mantenimiento de los dispositivos invasivos, siendo quien realiza las curaciones diarias, valorar en cada turno su funcionamiento y por último en su retiro. Estas funciones están determinadas según los protocolos del servicio.

Estos protocolos, en relación con los procedimientos invasivos, están definidos para el área, son realizados por un comité de calidad del servicio y validados según directivas actualizadas, registro de dichos procedimientos y además de las capacitaciones que se dan a todo el personal de salud cada año.

Finalmente, planteo que el cuidado de enfermería es determinante a la hora de realizar procedimientos, pues en su mayoría estos cuidados conllevarán a un buen fin. La gestión de la calidad durante su ejecución va a permitir disminuir la incidencia de las infecciones asociadas a la atención, logrando un beneficio en el paciente, debido a que detectará errores en relación con las intervenciones y los protocolos de atención ya establecidos.

### 3. Conclusiones

La gestión de la calidad en enfermería implica el cumplimiento de protocolos de manera oportuna, con el manejo de normas de bioseguridad, que ayudan en la disminución de la aparición de las Infecciones asociadas con la atención (IASS) y permiten la mejora en la práctica clínica. Es necesario e indispensable mantener los estándares delineados y establecer directrices que ayuden a sistematizar los procesos y a minimizar las variaciones inadecuadas en el actuar de enfermería en las unidades de cuidados intensivos.

### 4. Referencias

1. Lorenzo R, Sánchez M, Santana L, Cobián JL, García C. Gestión de la calidad en una unidad de cuidados intensivos: implementación de la norma ISO 9001:2008. *Med Intensiva*. octubre de 2010;34(7):476-82.
2. Ayuso D, Begoña G. Gestión de la calidad de cuidados de enfermería. Ediciones Díaz de Santos; 2015. 432 p
3. Juárez IF, Martínez MRB, Martínez AB. Tratamiento y prevención de la infección nosocomial en UCI. *Salud y cuidados durante el desarrollo* [Internet]. 2017 [citado el 4 de septiembre de 2022]; 1: 85-90. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6237625>  
DOI: 10.1016/j.medin.2010.03.005
4. Aguilar CR, Martínez C, Aguilar CR, Martínez C. La realidad de la Unidad de Cuidados Intensivos. *Med Crítica Col Mex Med Crítica* [Internet]. Junio 2017 [citado el 6 de septiembre de 2022].

2022];31(3):171-3. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2448-89092017000300171&lng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2448-89092017000300171&lng=es).

5. Figueiredo ML de, D'Innocenzo M. Eventos adversos relacionados con las prácticas asistenciales: una revisión integradora. *Enfermería Global* [Internet]. 2017[citado el 8 de septiembre de 2022]; 16(47):605-50. Disponible en:

<https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.16.3.256091>

6. Perdomo CAR, Romero AYP, González EFG. Assessment of Nursing Care Quality In The Intensive Care Unit. *Av. Enferm.* 2013;11

7. Carrasco LVT. Revisión Crítica: Eficacia de las Soluciones Antisépticas en la Prevención de Infecciones Asociadas a Procedimientos Invasivos en Paciente de UCI [Internet]. 2021[citado el 11 de septiembre de 2022]. Disponible en: <http://hdl.handle.net/20.500.12423/3381>

8. Reconde-Suárez D, Peña-Figueredo M de los A. Las regularidades teóricas de los protocolos de actuación de enfermería como resultado científico enfermero [Internet]. 2019 [citado el 4 de septiembre de 2022];13(2). Disponible en: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1988-348X2019000200006&lng=es&nrm=iso&tlng=es](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1988-348X2019000200006&lng=es&nrm=iso&tlng=es)

9. MPP\_HNERM\_Atencion\_de\_enfermeria\_algunas\_espec.pdf [Internet]. [citado el 7 de septiembre de 2022]. Disponible en: [http://www.essalud.gob.pe/transparencia/procesos\\_procedimientos/MPP\\_HNERM\\_Atencion\\_de\\_enfermeria\\_algunas\\_espec.pdf](http://www.essalud.gob.pe/transparencia/procesos_procedimientos/MPP_HNERM_Atencion_de_enfermeria_algunas_espec.pdf)

10. RD134.pdf [Internet]. [citado el 7 de septiembre de 2022]. Disponible en: [https://www.hsj.gob.pe/transparencia/documentos/datos\\_](https://www.hsj.gob.pe/transparencia/documentos/datos_)

[generales\\_entidad/disposiciones\\_emitidas/resolucion\\_directoral/2018/RD134.pdf](http://www.hsj.gob.pe/transparencia/documentos/datos_generales_entidad/disposiciones_emitidas/resolucion_directoral/2018/RD134.pdf)

11. 3802.pdf [Internet]. [citado el 7 de septiembre de 2022]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3802.pdf>

12. Stewart S, Robertson C, Kennedy S, Kavanagh K, Haahr L, Manoukian S, et al. Personalized infection prevention and control: identifying patients at risk of healthcare-associated infection. *J Hosp Infect.* [Internet]. agosto de 2021[citado el 7 de septiembre de 2022]; 114:32-42. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jhin.2021.03.032>

13. Núñez MAV, Tigse MER. Calidad del servicio de atención, cumplimiento de protocolos y manejo de normas de bioseguridad en las unidades de cuidados intensivos. *Rev Publicando* [Internet]. 2021 [citado el 8 de septiembre de 2022];8(29):45-53. Disponible en: <https://doi.org/10.51528/rp.vol8.id2170>

14. Piras S, Lauderdale J, Minnick A. An elicitation study of critical care nurses' salient hand hygiene beliefs. *Intensive and Critical Care Nursing* [Internet]. 2017 [citado el 9 de septiembre de 2022]; 42:10-16. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2017.03.012>

15. Zambrano KM, Conterras MV, Bohórquez CE. Asociación entre el uso de paquetes de medidas y la frecuencia de infecciones asociadas a dispositivos invasivos en UCI'S. *Cuid Ocup Humana.* 2021;10(1):6-12

16. Zaragoza R, Ramírez P, López-Pueyo M]. Infección nosocomial en las unidades de cuidados intensivos. *Enfermedades Infecc Microbiol Clínica* [Internet]. 1 de mayo de 2014 [citado el 9 de septiembre de 2022];32(5):320-7. Disponible en:

<https://doi.org/10.1016/j.eimc.2014.02.006>

17. Olías CF. Estudio de la influencia de factores de riesgo en el desarrollo de infección nosocomial en el paciente crítico. 2017

18. Cano JAG, Verdugo DDN, Borrego LIE, Molina KM. Incidencia de factores de riesgo en infecciones asociadas a la atención de salud en pacientes críticos. Rev San Gregor [Internet]. 30 de junio de 2019 [citado el 10 de septiembre de 2022];(31):110-7. Disponible en: <https://doi.org/10.36097/rsan.v0i31.862>

19. Modelos y teorías en enfermería - 9th Edition [Internet]. [citado el 4 de septiembre de 2022]. Disponible en: <https://www.elsevier.com/books/modelos-y-teorias-en-enfermeria/alligood/978-84-9113-339-1>



# CALIDAD DE VIDA Y DESEMPEÑO LABORAL DE LAS ENFERMERAS EN TIEMPOS DE COVID-19 EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO

## QUALITY OF LIFE AND JOB PERFORMANCE OF NURSES IN TIMES OF COVID-19 AT CARLOS MONGE MEDRANO HOSPITAL

Gina Apaza Mamani<sup>1</sup>, Mary Cruz Curro Pacori<sup>2</sup>, Esther Nohemi Mayhuiiri Chinchiercoma<sup>3</sup>

Citar como:

Apaza G, Curro M y Mayhuiiri E. Calidad de vida y desempeño laboral de las enfermeras en tiempos de Covid-19 en el Hospital Carlos Monge Medrano. Rev. Recien. 2023; 12(2)

Correspondencia:

Gina Apaza Mamani  
[ginamo30791@gmail.com](mailto:ginamo30791@gmail.com)  
Mary Cruz Curro Pacori  
[mary.curro@upeu.edu.pe](mailto:mary.curro@upeu.edu.pe)  
Esther Nohemi Mayhuiiri  
[esther.mayhuiiri@upeu.edu.pe](mailto:esther.mayhuiiri@upeu.edu.pe)

Recibido: 14/11/2022

Aprobado: 08/12/2022

En línea:

### Resumen

**Objetivo:** Determinar la relación entre calidad de vida y desempeño laboral de las enfermeras en tiempos de Covid-19 de los servicios de hospitalización del Hospital Carlos Monge Medrano, Juliaca-2021. **Métodos:** enfoque cuantitativo, estudio transversal, tipo descriptivo-correlacional, la muestra fue de 60 enfermeras. Se aplicó un cuestionario para la calidad de vida (SF-36) con una confiabilidad de  $\alpha = .82$ , de igual manera para el desempeño laboral y tuvo una confiabilidad de  $\alpha = .89$ . Se aplicó la prueba de correlación de Pearson. **Resultados:** El 43.3% de enfermeras tuvieron un nivel regular de calidad de vida, de acuerdo a sus dimensiones el 51.67% estuvieron un nivel bueno en su funcionamiento físico, 60% de enfermeras tuvieron un nivel bueno en su rol físico, el 46.67% de enfermeras que tuvieron un nivel bueno en el dolor corporal (tiene poca intensidad de dolor y eso no le dificultad en sus labores), el 61.67% tuvieron un nivel regular en su salud en general, 51.67% de enfermeras tuvieron un nivel regular en vitalidad, el 55% tuvieron un nivel regular en su funcionalidad social, el 68.33% de enfermeras tuvieron un nivel bueno en su rol emocional, el 60% de enfermeras tienen un regular nivel en su salud mental; en el desempeño laboral se puede afirmar que el 60% de enfermeras tienen un alto desempeño laboral. **Conclusiones:** Existe relación directa entre el nivel de calidad de vida y desempeño laboral ( $r = .681$ ) de las enfermeras en tiempos de Covid-19 de los servicios de hospitalización del Hospital Carlos Monge Medrano, Juliaca-2021.

**Palabras clave:** calidad, desempeño, enfermeras, laboral, vida.

<sup>1</sup>E.P. de Enfermería, Facultad Ciencias de la salud, Universidad Peruana Unión.

<sup>2</sup>E.P. de Enfermería, Facultad Ciencias de la salud, Universidad Peruana Unión.

<sup>3</sup>E.P. de Enfermería, Facultad Ciencias de la salud, Universidad Peruana Unión.



### **Abstract**

Objective: To determine the relationship between quality of life and work performance of nurses in times of Covid-19 of the hospitalization services of the Carlos Monge Medrano Hospital, Juliaca-2021. Methods: a quantitative approach with a cross-sectional study, of descriptive-correlational type, the sample was 60 nurses. A questionnaire for quality of life (SF-36) was applied with a reliability of  $\alpha = .82$ , in the same way for job performance and had a reliability of  $\alpha = .89$ . Pearson's correlation test was applied. Results: 43.3% of nurses had a regular level of quality of life, according to their dimensions, 51.67% had a good level in their physical functioning, 60% of nurses had a good level in their physical role, 46.67% of 61.67% of nurses who had a good level of bodily pain (she has little intensity of pain and that does not make her work difficult), 61.67% had a regular level of health in general, 51.67% of nurses had a regular level of vitality, 55% had a regular level in their social functionality, 68.33% of nurses had a good level in their emotional role, 60% of nurses have a regular level in their mental health; Conclusions: There is direct relationship between the level of quality of life and work performance ( $r_s = .681$ ) of nurses in times of Covid-19 of the hospitalization services of the Carlos Monge Medrano Hospital, Juliaca-2021.

**Key words:** quality, performance, nurses, labor, life

## 1. Introducción

En la década de 1990, cuando se incluyó progresivamente en los estudios de intervención terapéutica y con formas particulares de evaluación, se empezó a explorar el concepto de calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), que es un constructo importante. Desde entonces, ha sido más esencial. Entre los puntos de consenso existentes en torno a los conceptos planteados sobre la CVRS se encuentran los siguientes: el carácter subjetivo, ya que reflejan la percepción subjetiva del impacto de la experiencia del proceso de salud-enfermedad en el usuario, que está influenciada por sus experiencias, creencias y expectativas, entre otras cosas; que es variable en el tiempo; el parámetro multidimensional del concepto, pues agrupa los elementos internos y externos, que son los que interactúan con el individuo y que pueden llegar a cambiar su estado de salud (1).

La calidad de vida incluye aspectos físicos, mentales y sociales de la vida y es un aspecto importante para comprender el bienestar de las personas (2).

Hubo una falencia en la percepción de la calidad de vida del personal de salud durante el brote del COVID-19, asociada con factores psicosociales y ocupacionales que causaron un desbalance entre la enfermera en su entorno laboral, social y su calidad de vida como ser humano y eso paso en los distintos niveles de atención, tampoco tuvieron un apoyo con respecto a llevar una buena calidad de vida, salud mental y resiliencia en su entorno de trabajo (3).

Según la organización mundial de la salud (OMS), señala que el personal de salud es un capital humano muy importante en una organización

sanitaria, presenta competencias relacionadas al desempeño laboral para mejorar la cobertura de atención, accesibilidad y calidad (4).

Trabajar en turnos con lo hacen las enfermeras crea dificultades en la vida familiar y tiende a restringir las actividades sociales y de ocio de las/os enfermeras/os. En particular, trabajar de noche, ya sea en turnos permanentes o rotativos, a menudo produce discordancia con las horas de trabajo y el tiempo libre familiar. Las personas tienen un papel importante que desempeñar en la vida doméstica y comprometen su sueño para realizar estas tareas, como el cuidado de sus hijos y actividades familiares. Un estudio reportó que el 93% de las/os enfermeras/os que trabajan con turnos nocturnos declaran que su vida social se ha visto afectada por este tipo de sistema de trabajo. Por esta razón, en el personal de enfermería que trabaja con turnos rotativos resulta interesante conocer los aspectos de la calidad de vida que se encuentran disminuidos y otros indicadores de salud que podrían ser alterados como por ejemplo el riesgo cardiovascular (5).

El 44.4% de los profesionales de enfermería del Hospital Goyeneche con desempeño definitivamente competente presentan un nivel de calidad de vida excelente (6).

En el Hospital del Seguro Social de Salud de Nivel III-2, el 93% tuvieron una calidad de vida media, en el desempeño laboral se obtuvo un 85% de calificación media (7).

En el Hospital del Seguro Social de Salud el 93% de enfermeras tuvieron una media calidad de vida (8).

En el Hospital Regional del Cusco en el servicio de ginecología, el 33% de trabajadores están poco

satisfechos con la calidad de vida laboral; de acuerdo al desempeño laboral el 57% se desempeñan bien (9).

En el Hospital Regional Manuel Núñez Butrón 2018, el promedio de puntaje de la calidad es de 77.21 y es considerado por el investigador como una buena calidad de vida (10).

Ahora bien si es cierto en el presente año 2021 múltiples sucesos ocurrieron pero el más resaltante es del virus COVID19 cuyo nombre científico es el SARS-CoV-2 que afecta primordialmente al personal de salud en especial a las enfermeras que día a día trata a pacientes con COVID 19, también dicho personal de salud sufre alguna patología (gastritis, diabetes, presión alta, obesidad), en la presente investigación se pretende realizar como la calidad de vida se relaciona con el desempeño laboral, el personal de salud (enfermeras) son más susceptibles en cuestión emocional y física es por ello que de alguna manera afectará su calidad de vida. En el hospital Carlos Monge Medrano las enfermeras en su desempeño laboral está siendo afectada por su calidad de vida en sus diferentes dimensiones (funcionamiento físico, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, funcionalidad social, rol emocional, salud mental).

## **2. Metodología**

### **2.1. Tipo de investigación**

Utiliza un enfoque cuantitativo, el tipo es correlacional este tipo de investigación se caracteriza por pretender vincular dos o más variables no solo se mide la relación sino también el grado de relación entre las variables (11).

El diseño es no experimental de corte transversal; por lo tanto podemos mencionar que una de las características de este diseño es la no alteración o una deliberada manipulación de las variables en un proceso de investigación (12).

### **2.2 Muestra/participantes**

La población es de 60 enfermeras, la muestra estuvo compuesta por 30 enfermeras se tomó la misma cantidad ya que es una población pequeña, esta muestra es caracteriza por ser un estudio censal (13).

### **2.3 Materiales**

Se utilizó la técnica de la encuesta, y el cuestionario como su instrumento, el cual consiste en aplicar a la muestra de estudio de ambas variables (14).

Para la variable de calidad de vida se divide en 8 dimensiones las cuales detallaremos a continuación: funcionamiento físico, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, funcionalidad social, rol emocional, salud mental; es un cuestionario de 36 preguntas y se aplicó la escala de Likert, también podemos mencionar que el instrumento fue validado a través de juicio de expertos y tuvo una confiabilidad de  $\alpha = .82$ . Asimismo para la variable de desempeño laboral se utilizó un cuestionario de 18 preguntas valorados en una escala de Likert, dicha variable fue dividida en 3 dimensiones la cual fue denominada como sigue: ayuda a otros, vinculación organizacional, desempeño más allá del puesto; por otra parte su validez fue por expertos y tuvo una confiabilidad de  $\alpha = .89$ .

### 3. Resultados

**Tabla 1.** Prueba de normalidad

	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
<b>Calidad de vida</b>	.117	60	.040	.959	60	.043
<b>Desempeño laboral</b>	.096	60	.200 <sup>*</sup>	.985	60	.661

\*. Esto es un límite inferior de la significación verdadera.

a. Corrección de significación de Lilliefors

**Tabla 3.** Nivel de desempeño laboral de las enfermeras

	fi	%
<b>Medio</b>	24	40.0
<b>Alto</b>	36	60.0
<b>Total</b>	60	100.0

En la tabla 3 se observa lo siguiente que el 60% de enfermeras tienen un alto desempeño laboral, seguidamente de 40% de enfermeras que están en un nivel medio de su desempeño laboral.

**Tabla 2.** Nivel de calidad de vida de las enfermeras

	fi	%
<b>Mala</b>	9	15.0
<b>Regular</b>	26	43.3
<b>Buena</b>	25	41.7
<b>Total</b>	60	100.0

De acuerdo con la tabla 2 se observa que el 43.3% de enfermeras tuvieron un nivel regular, asimismo el 41.7% tuvieron un nivel bueno con respecto a su calidad de vida, también se afirma que el 15% de enfermeras tuvieron una mala de calidad de vida.

**Tabla 4.** Nivel de calidad de vida según dimensiones de las enfermeras

	Mala		Regular		Buena		Total
	fi	%	fi	%	fi	%	
<b>Funcionamiento físico</b>	7	11.67%	22	36.67%	31	51.67%	60
<b>Rol físico</b>	20	33.33%	4	6.67%	36	60.00%	60
<b>Dolor corporal</b>	9	15.00%	23	38.33%	28	46.67%	60
<b>Salud general.</b>	14	23.33%	37	61.67%	9	15.00%	60
<b>Vitalidad</b>	11	18.33%	31	51.67%	18	30.00%	60
<b>Funcionalidad social</b>	6	10.00%	33	55.00%	21	35.00%	60
<b>Rol emocional</b>	13	21.67%	6	10.00%	41	68.33%	60
<b>Salud mental</b>	3	5.00%	36	60.00%	21	35.00%	60

En la tabla 4 se observa lo siguiente: que del 100% de enfermeras encuestadas, el 51.67% estuvieron en un nivel bueno de funcionamiento físico, 60% de enfermeras tuvieron un nivel buena de calidad de vida en el rol físico, seguidamente de 46.67% de enfermeras que tuvieron un nivel bueno en el dolor corporal ( tiene poco intensidad de dolor y eso no le dificultad en sus labores), de igual modo se observa que el 61.67% tuvieron un nivel regular en su salud en general, 51.67% de enfermeras tuvieron

un nivel regular en vitalidad, de igual manera el 55% tuvieron un nivel regular en su funcionalidad social, por otra parte también se observa que el 68.33% de enfermeras tuvieron un nivel bueno en su rol emocional, finalmente tenemos que el 60% de enfermeras tienen un regular nivel en su salud mental.

**Tabla 5.** Correlación de la calidad de vida y desempeño laboral de las enfermeras

			Calidad de vida	Desempeño laboral
<b>Rho de Spearman</b>	<b>Calidad de vida</b>	$r_s$	1,000	.681**
		Sig. (bilateral)	.	.000
		N	60	60
	<b>Desempeño laboral</b>	$r_s$	.681**	1.000
		Sig. (bilateral)	.000	.
		N	60	60

\*\* . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

En la tabla 5 se observa la correlación entre la calidad de vida y el desempeño laboral donde se obtuvo un  $r_s = .681$ , lo cual significa que existe una correlación directa entre las variables, cabe mencionar que

a mayor nivel de calidad de vida en salud mayor será el desempeño laboral de las enfermeras que laboran en el servicio de hospitalización.

**Tabla 6.** Correlación de la calidad de vida según dimensiones y desempeño laboral de las enfermeras

		<b>Desempeño laboral</b>	
<b>Rho de Spearman</b>	<b>D1: Funcionamiento físico</b>	$r_s$	.551**
		Sig. (bilateral)	.000
	<b>D2: Rol físico</b>	$r_s$	.501**
		Sig. (bilateral)	.000
	<b>D3: Dolor corporal</b>	$r_s$	.369**
		Sig. (bilateral)	.004
	<b>D4: Salud general.</b>	$r_s$	.388**
		Sig. (bilateral)	.002
	<b>D5: Vitalidad</b>	$r_s$	.383**
		Sig. (bilateral)	.003
	<b>D6: Funcionalidad social</b>	$r_s$	.475**
		Sig. (bilateral)	.000
	<b>D7: Rol emocional</b>	$r_s$	.638**
		Sig. (bilateral)	.000
	<b>D8: Salud mental</b>	$r_s$	.469**
		Sig. (bilateral)	.000

\*Nota: Se pone la letra D seguida de un número para identificar que dimensión de calidad de vida tiene.

De acuerdo a nuestra tabla 6 podemos mencionar lo siguiente que en las 8 dimensiones de la calidad de vida la relación es directa con el desempeño laboral, y las correlaciones son como sigue: Funcionamiento físico ( $r_s = .551$ ), rol físico ( $r_s = .501$ ), dolor corporal ( $r_s = .369$ ), salud general ( $r_s = .388$ ), vitalidad ( $r_s = .383$ ), funcionalidad social ( $r_s = .475$ ),

rol emocional ( $r_s = .638$ ), salud mental ( $r_s = .469$ ).

#### 4. Discusión

En nuestros resultados se muestra que el 43.3% de enfermeras tuvieron un nivel regular con respecto a la calidad de vida, a diferencia del

investigador Velásquez (10), en el 2018 quien realizó una investigación sobre la calidad de vida en enfermeras asistenciales del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón en el año 2018, la cual obtuvo como resultado que la calidad es de 77.21 considerado como una buena calidad de vida. De igual manera el investigador Bazán en el 2019 muestra los resultados parecidos ya que la variable calidad de vida está en un nivel medio con un 93%. Esto es corroborado por el investigador Noriega (8) en el 2020, quien obtuvo el mismo nivel de nuestra investigación la cual se obtuvo que el 93% de enfermeras tuvieron una media calidad de vida. De igual manera Alvarez (9) en el 2020 encontró resultados diferentes que el 33% de trabajadores están poco satisfechos con la calidad de vida laboral, esto los ponen en un nivel bajo. Observamos en nuestros resultados que el 60% de enfermeras tienen un alto desempeño laboral. Esto es corroborado por Álvarez (9) en el 2020 de acuerdo al desempeño laboral el 57% se desempeñan bien, y afirma que existe una relación directa entre la calidad de vida y desempeño laboral entre los trabajadores del servicio de ginecología. También es comprobado en la investigación de Alarcón (6) en el 2017 quien realizó una investigación cuyo objetivo fue determinar la relación entre Calidad de vida laboral y desempeño del profesional de Enfermería, Hospital Goyeneche. Los resultados indican que el 44.4% de los profesionales de enfermería con desempeño definitivamente competente presentan un nivel de calidad de vida excelente, por lo tanto existe una relación significativa. De igual manera Bazán (7) en el 2019 muestra

resultados diferentes en cuanto al desempeño laboral la cual obtuvo un contundente dominio en el nivel medio con un 85%.

A diferencia que el investigador Noriega (8) en el 2020 quien encontró resultados muy diferentes con respecto al desempeño laboral con un 85% y tuvo un nivel medio, también afirma que existe relación directa entre la calidad de vida y el desempeño laboral de las enfermeras del servicio de emergencia.

Con respecto a nuestra correlación de nuestras variables entre la calidad de vida y el desempeño laboral donde se obtuvo un  $rs=.681$ , esto es corroborado por el investigador López (15) en el 2018 muestra sus resultados hacen concluir que existe relación positiva ( $rs =.732$ ) entre calidad de vida laboral y desempeño laboral según la percepción de las enfermeras de centro quirúrgico del Hospital Cayetano Heredia.

Asimismo esta correlación es comprobado por el investigador Flores (16) en el 2019 quien utilizó el estadístico Rho de Spearman, donde se encontró que existe una fuerte correlación positiva y  $rs =.772$  entre las variables de calidad de vida laboral y el desempeño laboral que presentan los trabajadores de la clínica privada en Lima.

De igual manera respecto a las dimensiones el 51.67% estuvieron en un nivel bueno de funcionamiento físico esto es corroborado por Velásquez (10) en el 2018 en su investigación quien obtuvo resultado parecidos que en función físico obtuvieron un 78.61 que es regular.

El 60% de enfermeras tuvieron un nivel bueno de calidad de vida en el rol físico esto es comprobado por Velásquez en el 2018 en su investigación quien



obtuvo resultado parecidos que en vitalidad obtuvieron un 84.55 que es regular (10).

En los resultados se muestra que el 46.67% de enfermeras que tuvieron un nivel bueno en el dolor corporal (tiene poca intensidad de dolor y eso no le dificultad en sus labores), de igual manera el investigador Velásquez (10) obtuvo resultados parecidos que en vitalidad obtuvieron un 74.5 que es regular.

También se observa que el 61.67% tuvieron un nivel regular en su salud en general sin embargo Velásquez (10) en su investigación tuvo resultados diferentes que en salud general obtuvieron un 61.20 que es la más baja.

En nuestros resultados se muestran que el 51.67% de enfermeras tuvieron un nivel regular en vitalidad sin embargo el investigador Velásquez (10) en su investigación encontró resultados diferentes que en vitalidad obtuvieron un 69.86% que es regular.

De acuerdo a nuestros resultados el 55% tuvieron un nivel regular en su funcionalidad social, esto es corroborado por Velásquez (10) en su investigación quien obtuvo resultados muy diferentes que en vitalidad obtuvieron un 78.61 que es regular.

En los resultados se obtiene el 68.33% de enfermeras tuvieron un nivel bueno en su rol emocional. En nuestras tablas se observa que el 60% de enfermeras tienen un regular nivel en su salud mental esto es corroborado por Velásquez (10) quien obtuvo resultados muy diferentes en salud mental, obtuvieron un 78.77 que es regular.

## 5. Conclusiones

Existe una relación directa entre la calidad de vida y el desempeño laboral de las enfermeras que laboran en el servicio de hospitalización, donde se obtuvo un  $rs=.681$ , lo cual significa que existe una correlación directa entre las dos variables, cabe mencionar que a mayor nivel de calidad de vida en salud, mayor será el desempeño laboral de las enfermeras que laboran en el servicio de hospitalización, estos resultados son importantes para mantener informado a los jefes de cada servicio, ya que así se tendrá una información valiosa de que la enfermera no solo es un profesional de salud sino también un ser humano con enfermedades en su salud, es por eso que cuando se tenga un calidad de vida mala esto repercutirá directamente con su desempeño laboral.

La mayor proporción de enfermeras es el que muestra que el 43.3% de enfermeras tuvieron un nivel regular de calidad de vida, en el desempeño laboral se puede afirmar que el 60% de enfermeras tienen un alto desempeño laboral.

Con el mayor porcentaje en sus dimensiones el 51.67% estuvieron en un nivel bueno en su funcionamiento físico, 60% de enfermeras tuvieron un nivel bueno en su rol físico, el 46.67% de enfermeras que tuvieron un nivel bueno en el dolor corporal (tiene poca intensidad de dolor y eso no le dificultad en sus labores), el 61.67% tuvieron un nivel regular en su salud en general, 51.67% de enfermeras tuvieron un nivel regular en vitalidad, el 55% tuvieron un nivel regular en su funcionalidad social, el 68.33% de enfermeras tuvieron un nivel bueno en su rol emocional, el 60% de enfermeras

tienen un regular nivel en su salud mental.

## 6. Agradecimientos

A las enfermeras de los servicios de hospitalización del Hospital Carlos Monge Medrano de la ciudad de Juliaca.

## 7. Referencias

1. Rivera F, Ceballos P, Vilchez V. Calidad de Vida Relacionada con Salud y Riesgos Psicosociales: conceptos relevantes para abordar desde la Enfermería. Index Enferm [Internet]. 2017 [citado el 15 de agosto de 2021]; 26(1-2): 58-61. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962017000100013&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962017000100013&lng=es).
2. Tavakoli-Fard N, Mortazavi SA, Kuhpayehzadeh JN. Quality of life, work ability and other important indicators of women's occupational health. 2016; 29(1): 77-84.
3. Wauters M, Zamboni T, de Almeida J, Arcêncio RA, Cartagena-Ramos D. Calidad de vida del personal de salud durante la pandemia de COVID-19: revisión exploratoria. Rev Panam Salud Publica [Internet]. 202 [citado el 19 de agosto de 2021]; 46:e30. Disponible en: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2022.30>
4. OMS. Coronavirus disease (COVID19) outbreak: rights, roles and responsibilities of health workers, including key considerations for occupational safety. [Internet]. 2020 [citado el 19 de octubre de 2021]. Disponible en : [https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/who-rights-roles-respon-hw-covid-19.pdf?sfvrsn=bcabd401\\_0](https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/who-rights-roles-respon-hw-covid-19.pdf?sfvrsn=bcabd401_0)
5. Rosa D, Terzoni S, Dellafiore F, Destrebecq A. Systematic review of shift work and nurses' health. Occup. Med. Occup. Med. 2019; 69(4): 237-243.
6. Alarcon Y, Astuñague J. Calidad de vida laboral y desempeño del profesional de enfermería, Hospital Goyeneche. Arequipa -2017. [Tesis para optar el título de enfermería].Arequipa, Perú: Universidad Nacional de San Agustín; 2017. Disponible en: <http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/5134/ENalcoym.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
7. Bazán S. Calidad de vida y desempeño laboral de las enfermeras del servicio de emergencia de un hospital del Seguro Social de Salud de Nivel III-2, año 2019. [Tesis para optar el grado de Magister]. Lima, Perú: Universidad César Vallejo; 2019. Disponible en: [https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/55505/Baz%C3%A1n\\_CSS-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/55505/Baz%C3%A1n_CSS-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
8. Noriega VM. Calidad de vida y desempeño laboral de las enfermeras del servicio de emergencia de un hospital del Seguro Social de Salud, año 2020. [Tesis para optar el grado de Magister]. Lima, Perú: Universidad César Vallejo; 2020. Disponible en: [file:///F:/FULL%20ASESORAMIENTOS%202014/FULL%20ASESORAMIENTOS%202021/TESIS%20UPEU%202021/1.%20INSTRUMENTO%20VALIDADO/instrumento%20desempe%C3%B1o%20laboral%20Noriega\\_SVM-SD.pdf](file:///F:/FULL%20ASESORAMIENTOS%202014/FULL%20ASESORAMIENTOS%202021/TESIS%20UPEU%202021/1.%20INSTRUMENTO%20VALIDADO/instrumento%20desempe%C3%B1o%20laboral%20Noriega_SVM-SD.pdf).
9. Alvarez I. Calidad de vida laboral y el desempeño de trabajadores en el servicio de ginecología del Hospital Regional del Cusco—2020. [Tesis para optar el grado de Magister]. Lima, Perú: Universidad César Vallejo; 2020. Disponible en: <https://repositorio>.

[ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/57045/Alvarez\\_CIB-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/57045/Alvarez_CIB-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

10. Velasquez. Calidad de vida en enfermeras asistenciales del hospital regional Manuel Núñez Butrón 2018. [tesis para optar el título de enfermería]. Puno, Perú: Universidad privada San Carlos; 2018.

11. Hernandez R, Fernandez C, Baptista M. Metodología de la investigación. México: McGraw-Hill Interamericana; 2014.

12. Moisés B, Valenzuela F, Pariona B , Bendezú J. Ejecución del proyecto de investigación científica. Lima: Editorial San Marcos; 2018.

13. Quezada N. Metodología de la investigación. Lima: Macro EIRL; 2019.

14. Córdova I. Estadística aplicada a la investigación. Lima: San Marcos EIRL; 2018.

15. López I. Calidad de vida y desempeño laboral del profesional de enfermería del servicio de centro quirúrgico del Hospital Cayetano Heredia, Lima-2018. [Tesis para optar el grado de Magister]. Lima, Perú: Universidad César Vallejo; 2018. Disponible en: [https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/27450/Lopez\\_MIMG.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/27450/Lopez_MIMG.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

16. Flores L. Calidad de vida laboral y desempeño laboral en una clínica privada de Lima, 2019. [Tesis para optar el grado de Doctor]. Lima, Perú: Universidad César Vallejo; 2019. Disponible en: [https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/51004/Flores\\_PML-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/51004/Flores_PML-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

# COMPORTAMIENTO DEL CUIDADO ENFERMERO Y HABILIDADES SOCIALES EN TUTORES CLÍNICOS DURANTE LA COVID-19

## NURSING CARE BEHAVIOR AND SOCIAL SKILLS IN CLINICAL TUTORS DURING COVID-19

Rewards Palomino Taquire<sup>1</sup>

Citar como:

Palomino R.  
Comportamiento del cuidado enfermero y habilidades sociales en tutores clínicos durante Covid-19. Rev. Recien. 2023; 12(2)

Correspondencia:  
Rewards Palomino Taquire  
[a20214469@pucp.edu.pe](mailto:a20214469@pucp.edu.pe)

Recibido: 22/09/2022  
Aprobado: 17/01/2023  
En línea:

### Resumen

La formación profesional que reciben los estudiantes de enfermería durante el COVID 19, revelaron varias debilidades en los tutores clínicos, además, son los encargados de formar recursos humanos, que en poco tiempo asumirán la responsabilidad de brindar cuidados de enfermería en las organizaciones hospitalarias. El objetivo, de la presente investigación fue determinar si existe diferencias entre las habilidades sociales básicas y comportamiento del cuidado, en tutores clínicos, según, centro laboral y modalidad de contrato, en tiempos de pandemia en una universidad privada de Perú, investigación de tipo cuantitativo, descriptivo, correlacional y de corte transversal; la muestra estuvo conformada por 123 tutores; los instrumentos utilizados reportaron (Alfa de Cronbach ,955) para comportamiento del cuidado otorgado por el profesional de enfermería y para las habilidades sociales básicas fue de (Alfa de Cronbach ,984); para el análisis y discusión se realizó tablas de contingencia, la prueba de Kolmogórov-Smirnov determino la distribución normal de las variables y el estadístico de Kruskal Wallis, se encontró ( $p < 0,5$ ) diferencias significativas en dimensiones de ambas variables. Se concluye que los estudiantes están en desventaja en tres de seis dimensiones de variable comportamiento del cuidado y cinco de seis de las dimensiones habilidades sociales.

**Palabras clave:** Tutor clínico, cuidado enfermero, habilidades sociales , Covid19.

<sup>1</sup>Universidad Privada Norbert Wiener, Lima – Perú. Coordinador de prácticas Clínicas.

Orcid. 0000-0002-4694-8417

### **Abstract**

The professional training that nursing students receive during COVID 19 revealed several weaknesses in clinical tutors, in addition, they oversee training human resources, who in a short time will assume the responsibility of providing nursing care in hospital organizations. The objective of the present investigation was to determine if there are differences between basic social skills and care behavior, in clinical tutors, according to work center and contract modality, in times of pandemic in a private university in Peru, quantitative research , descriptive, correlational and cross-sectional; the sample consisted of 123 tutors; The instruments used reported (Cronbach's Alpha, 955) for care behavior provided by the nursing professional and for basic social skills it was (Cronbach's Alpha, 984); For the analysis and discussion, contingency tables were made, the Kolmogórov-Smirnov test determined the normal distribution of the variables and the Kruskal Wallis statistic, significant differences in dimensions of both variables ( $p < 0.5$ ) were found. It is concluded that the students are at a disadvantage in three out of six dimensions of the care behavior variable and five out of six of the social skills dimensions.

**Key words:** Clinical tutor, nursing care, social skills, Covid19.

## 1. Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró como pandemia la enfermedad infectocontagiosa denominada coronavirus infectious disease-19, la misma que se inició en gran parte del mundo dejando como saldo millones de muertes, y puesto en alerta máxima a todos los sistemas de salud en los diferentes niveles de atención, asimismo, puso en evidencia la deficiencia en la capacidad instalada y gestión administrativa de los hospitales públicos y privados donde el profesional de enfermería cumple un papel importante en el cuidado de la persona (1).

Sin embargo, el profesional de enfermería antes del inicio de la pandemia se enfrentaba a la sobre carga laboral, falta de insumos biomédicos y dispositivos de protección personal e incluso no contar con estabilidad laboral, contratos por prestación de servicios o terceros, situación que solo se observa en el Perú agudizando el problema sanitario, al mismo tiempo, deslegitimizando la labor del enfermero (2).

En este sentido, la esencia del cuidado es responsabilidad de la enfermería, no tiene distingo alguno, se enfoca en las dimensiones biológica, psicológica, social y espiritual, para ello, debe de poner en práctica el pensamiento crítico, habilidades comunicativas, conocimiento científico y sensibilidad humana (3). En este contexto, es una forma de expresión del enfermero hacia la persona sana o enferma, sin embargo, el avance científico y tecnológico trajo consigo nuevos patrones de trabajo relacionados a la automatización, estandarización de los protocolos, racionamiento

de personal y el cumplimiento de metas con escaso material logístico y recurso humano (4).

La labor del profesional de enfermería es primordial en el cuidado del paciente con COVID-19, previene y detecta complicaciones en las funciones biológicas ocasionadas por la enfermedad, y colabora de manera activa en el trabajo multidisciplinario, su prioridad es satisfacer las necesidades del usuario: movilización, nutrición y eliminación. Además, brinda cuidado humanizado, soporte emocional, y espiritual durante todo el proceso de recuperación y acompaña en el duelo (5).

Por otra parte, la gran demanda de pacientes que acuden a las organizaciones de salud en busca de atención ha incrementado el estrés físico y emocional. Asimismo, situaciones de frustración al no poder brindar calidad en los cuidados por la complejidad de la enfermedad, por otra parte, los profesionales de enfermería se encuentran constantemente expuestos a sufrir contagios de tipo biológico que pone en riesgo su vida y la de su familia (6).

En este contexto, el aprendizaje clínico de los futuros profesionales de enfermería requiere de un proceso de acompañamiento entre el tutor experto y sus estudiantes, este tipo de aprendizaje, está orientado en las dimensiones personal, académica y profesional, además, de la puesta en práctica de las teorías de enfermería, metaparadigmas y filosofía de enfermería, filosofía de enfermería, permite reflexionar sobre los fenómenos de la práctica del cuidado, concebido como eje fundamental de la profesión, y construcción del conocimiento. Por otra parte, debe de hacer uso de estrategias pedagógicas reflexivas y una comunicación directa.

Los tutorados, pasan la mayor parte de su formación profesional en las sedes hospitalarias hasta más de diez horas semanales en comparación de las horas de teoría (7).

La enseñanza en los campos clínicos es la aproximación más cercana posible a un hecho real, de la toma de decisiones, liderazgo, gestión del cuidado, trabajo en equipo, sensibilidad humana, en este contexto, los tutorados aprenden observando los diversos procedimientos invasivos inherentes a la enfermería, administración de medicamentos, cambio de postura del paciente, el proceso de valoración de enfermería en la identificación de datos objetivos y subjetivos que puedan complicar la salud del paciente, técnicas y estrategias de entrevista. En esta misma línea, el estudiante va adquiriendo una personalidad en lo procedimental y actitudinal frente al cuidado de manera integral (8).

De la misma forma, es imperativo cautelar la coherencia de los procedimientos, lo que se dice y lo que se hace, así como cumplir con los protocolos y normas de bioseguridad establecidos por las organizaciones hospitalarias, bajo la perspectiva ética, humana, y propiciando el empoderamiento (9). Sin embargo, diferentes investigaciones hacen notar las deficiencias en el dominio del lenguaje enfermero, en las organizaciones hospitalarias, esto debido a los cuidados de enfermería brindados, se inician con el diagnóstico médico, más no de la valoración de enfermería, dicho de otra forma, el diagnóstico médico su objetivo es identificar la causa de la enfermedad y no varía hasta el día del alta, mientras que el diagnóstico de enfermería evita las complicaciones producto

de la enfermedad subyacente, busca satisfacer las necesidades del paciente, utiliza los patrones funcionales para identificar las funciones biológicas alteradas, de esa manera elaboran sus diagnósticos y no son estáticos. Publicaciones recientes, afirman que todos los profesionales de enfermería desde los diferentes niveles de formación y asistencial, requieren con urgencia cambio del paradigma en la misión y visión de enfermería y la reglamentación de las unidades de gestión del cuidado en los sistemas de salud (10).

Las habilidades sociales, de la enfermera en los centros hospitalarios son consideradas como indicador de calidad del cuidado, es por esta razón, las partes interesadas y grupos de interés buscan conocer el comportamiento de este fenómeno. Por otra parte, influye en el clima laboral, trabajo multidisciplinario, también en la resiliencia, aceptación y adaptación de la enfermedad, sin embargo, situaciones estresantes, sobrecarga laboral, ausentismo laboral como la actual pandemia pone en evidencia la debilidad en la asertividad y empatía, además, la comunicación verbal y no verbal, pone en riesgo una comunicación fluida y adecuada, al mismo tiempo, la multiculturalidad, los contextos sociales de cada nación y la falta de comprensión de la diversidad humana, hace que los cuidados de enfermería se deshumanicen (11).



## 2. Material y Métodos

### 2.1. Participantes

La escuela de enfermería cuenta con 230 tutores, que se hacen cargo de la práctica clínica hospitalarias en los diferentes ciclos académicos del tercero a octavo, quienes laboran en los diferentes hospitales públicos del Ministerio de Salud y Seguridad Social, estos últimos son considerados dentro de los niveles de complejidad III-III por su capacidad instalada y resolutive, la organización universitaria cuenta convenio marco y específico. Por otra parte, mantienen vínculo laboral en la condición de nombrados o contrato indeterminado, contrato CAS (contrato administrativo de servicios) y CAS COVID-19 y por terceros.

La muestra utilizada, fue de 126 tutores clínicos, se podría considerarse de carácter probabilístico, porque la encuesta se envió al correo personal de cada tutor y estuvo activa por espacio de diez días, para que de forma voluntaria todos puedan responder la encuesta.

### 2.2 Diseño

La presente investigación se circunscribe bajo el planteamiento positivista, de alcance correlacional, descriptivo y de corte transversal, de diseño no experimental, ya que tiene por finalidad determinar el grado de asociación de las variables de estudio y caracterizar sus resultados (12).

### 2.3 Instrumento

Para medir la variable habilidades sociales básicas se utilizó el cuestionario elaborado por Goldstein (1978) (13) adaptado y traducido por Ambrosio (1994-1995) a la realidad social de Perú; consta de seis dimensiones, mientras, para la variable

comportamiento del cuidado otorgado por el profesional de enfermería, fue elaborada por Morales, Hernández, Morales y Landeros (14). En el cuestionario se incluyó también, variables sociodemográficas, edad, sexo, institución en la que labora y tipo de contrato laboral.

Los indicadores de las variables de estudio estuvieron en función de una escala tipo Likert con opciones de respuesta: (1) Me sucede MUY POCAS veces (2) Me sucede ALGUNAS veces (3) Me sucede BASTANTES veces (4) Me sucede MUCHAS veces.

### 2.4 Procedimiento

Una vez determinada las variables los instrumentos fueron sometidos a validez de constructo de cinco expertos docentes y coordinadoras(es) de asignatura, que, además, realizan labor asistencial en las organizaciones hospitalarias. Luego se aplicó una prueba piloto a veinte licenciadas de enfermería. En la Tabla 1 se demuestra el índice de confiabilidad de las dimensiones, los resultados demuestran que los valores se aproximan a 1 lo que significa que las escalas son excelentes (15).

**Tabla 1.** Índice de confiabilidad de alfa de Cronbach de las escalas

Variable	Coefficiente de Alfa de cronbach
Habilidades sociales básicas	,955
Comportamiento del cuidado otorgado por el profesional de enfermería	,984

La encuesta definitiva se envió a los correos personales con enlace de la aplicación Microsoft Forms del 10 al 25 de junio del 2022; los datos fueron analizados en el software estadístico SPSS v27,0. Para poder contextualizar los resultados se utilizó las tablas de contingencia, cruzando las variables y datos sociodemográficos, centro laboral, modalidad de contrato, edad y sexo. Por otra parte,

en la Tabla 2 se observa la prueba de normalidad de Kolmogórov-Smirnov para muestras mayores a 50 observaciones se encontró un  $(p=0,000) < p=0.05$  para ambas variables, lo que significa que no asumen una distribución normal, por lo tanto, para comprobar las hipótesis se utilizó pruebas no paramétricas, Rho de Spearman, también para determinar la asociación de la variable.

**Tabla 2.** Prueba de normalidad de las variables Habilidades sociales básicas y Comportamiento del cuidado otorgado

Prueba de Kolmogórov-Smirnov			
Habilidades Sociales		Comportamiento del cuidado otorgado por el profesional de enfermería	
Básicas			
N		125	125
Parámetros normales <sup>a,b</sup>	Media	158,9040	253,0000
	Desv. Desviación	108,59205	449,95516
Máximas diferencias extremas	Absoluto	,347	,493
	Positivo	,347	,493
	Negativo	-,264	-,373
Estadístico de prueba		,347	,493
Sig. asintótica(bilateral)		,000 <sup>c</sup>	,000 <sup>c</sup>
<p>a. La distribución de prueba es normal.</p> <p>b. Se calcula a partir de datos.</p> <p>c. Corrección de significación de Lilliefors.</p>			

### 3. Resultados y discusión

En la Tabla 3 el grado de significancia (0,504), > 0.005 lo que se rechaza la hipótesis nula, entonces: existe relación lineal entre habilidades sociales y comportamiento del cuidado otorgado en tutores clínicos. Además la correlación fue (Rho=0.60) moderada de rango positivo, en consecuencia las habilidades sociales permiten recoger información relevante al momento de la valoración de enfermería al mismo tiempo, permite consolidar la relación enfermera-paciente, como un proceso interpersonal significativo, analiza las respuestas psicobiológicas que experimenta en el proceso de

enfermedad destructivas o constructivas frente a: necesidad, frustración, conflicto y ansiedad (16). Estos resultados concuerdan con los hallazgos de (17), quien refiere que el 63.3% de pacientes refieren que los enfermeros cuentan con habilidades sociales adecuadas, sin embargo, consideran de nivel bajo el 67% desean ser comprendido y atendidos.

Por otra parte, la teoría de Orlando (1992) sostiene la comunicación con el paciente se denomina proceso enfermero y esta puede ocurrir de manera deliberada, se caracteriza por identificar las necesidades y satisfacer de manera inmediata (18).

**Tabla 3.** Correlación de las variables habilidades sociales y comportamiento del cuidado enfermero en tutores clínicos

			Habilidades sociales básicas	Comportamiento del cuidado otorgado por enfermeros
Rho de Spearman	Habilidades sociales básicas	Coefficiente de correlación	1,000	,060
		Sig. (bilateral)	.	,504
	Comportamiento del cuidado otorgado por enfermeros	Coefficiente de correlación	,060	1,000
		Sig. (bilateral)	,504	-

En la Tabla 4 los tutores clínicos que laboran en el Ministerio de Salud el 40,5% presento habilidades sociales adecuadas lo que significa, al momento de interactuar la enfermera con el paciente realiza de manera adecuada, indagando sobre su estado de salud y dolencias como también una comunicación

adecuada al momento se realizar algún procedimiento de enfermería asimismo, planifica los cuidados de enfermería con el finalidad de satisfacer las necesidades, además de lograr los objetivos propuestos (19).

**Tabla 4.** Tabla cruzada entre habilidades sociales básicas y organización de salud que labora el tutor clínico

		Habilidades sociales básicas			Total
		Habilidades sociales poco adecuadas	Habilidades sociales nada adecuadas	Habilidades sociales adecuadas	
Tutor clínico	Ministerio de Salud	41,2%	38,1%	20,6%	100,0%
	EsSalud	37,9%	34,5%	27,6%	100,0%
Total		40,5%	37,3%	22,2%	100,0%

En la Tabla 5 el 41.4 % de tutores clínicos que laboran en EsSalud presentaron cuidados de enfermería adecuados y poco adecuados, en comparación de 41.2% de tutores que laboran en el Ministerio de Salud, aunque la diferencia no es significativa,

el cuidado del usuario es responsabilidad de enfermería, de ello depende su pronta mejoría, al mismo tiempo, evita las infecciones asociadas a los procesos de hospitalización, y con ello en incremento de costos en las unidades hospitalarias.

**Tabla 5.** Tabla cruzada entre comportamiento del cuidado otorgado y organización de salud que labora el tutor clínico

		Comportamiento del cuidado otorgado por enfermeros			Total
		Comportamiento del cuidado enfermero poco adecuado	Comportamiento del cuidado enfermero nada adecuado	Comportamiento del cuidado enfermero adecuado	
Tutor clínico	Ministerio de Salud	41,2%	34,0%	24,7%	100,0%
	EsSalud	41,4%	41,4%	17,2%	100,0%
Total		41,3%	35,7%	23,0%	100,0%

En la tabla 6 demuestra, las habilidades sociales poco adecuadas 66.7% en tutores con modalidad de contrato CAS en ambos hospitales públicos, en comparación del 52.2% de habilidades sociales adecuadas en la modalidad de Cas COVID19, esta último, fue a mérito del estado de emergencia

sanitaria por la pandemia, aunque el uso de equipos de protección personal no influiría en lo absoluto en mantener una comunicación adecuada con los pacientes portadores del COVID, sin embargo, la edad y años de servicio podría ser uno de los determinantes.

**Tabla 6.** Tabla cruzada entre habilidades sociales básicas y modalidad de contrato del tutor clínico

Habilidades sociales adecuadas		Habilidades sociales básicas			Total
		Habilidades sociales poco adecuadas	Habilidades sociales nada adecuadas	Habilidades sociales adecuadas	
Modalidad de contrato del tutor clínico	Nombrado	39,4%	34,8%	25,8%	100,0%
	Contrato CAS	23,8%	66,7%	9,5%	100,0%
	Contrato CAS-COVID19	52,2%	30,4%	17,4%	100,0%
	OTROS	50,0%	18,8%	31,3%	100,0%
Total		40,5%	37,3%	22,2%	100,0%

En la Tabla 7 los resultados demostraron que el 47.7% de tutores en la modalidad de nombrados, presentaron cuidado enfermero adecuado, en comparación del 21.7% nada adecuado en tutores de la modalidad de CAS Covid.19 en este contexto, la filosofía de Benner del aprendiz al experto, hace referencia al logro de competencias y capacidades del “aprender a aprender” y a “prender hacer” aunque, diversas investigaciones señalan, que los contenidos académicos de los diferentes niveles de educación se enfermería, están desfasados y no se encuentran articulados con los grupos de

interés y partes interesadas, además los tutores de la modalidad de CAS Covid.19 en su gran mayoría son enfermeros de reciente egreso, dejando una brecha en indagar sobre los procesos formativos en enfermería (20).

**Tabla 7.** Tabla cruzada entre comportamiento del cuidado otorgado modalidad de contrato del tutor clínico

		Comportamiento del cuidado otorgado por enfermeros			Total
		Comportamiento del cuidado enfermero adecuado	Comportamiento del cuidado enfermero poco adecuado	Comportamiento del cuidado enfermero nada adecuado	
Modalidad de contrato del tutor clínico	Nombrado	47,0%	30,3%	22,7%	100,0%
	Contrato CAS	33,3%	42,9%	23,8%	100,0%
	Contrato CAS-COVID19	34,8%	43,5%	21,7%	100,0%
	OTROS	37,5%	37,5%	25,0%	100,0%
Total		41,3%	35,7%	23,0%	100,0%

En la Tabla 8 se demuestra diferencia (Sig. asintótica ,943 - ,934- ,840- ,504 ), > 0.05, en las dimensiones de la variable habilidades sociales básicas y modalidad de contrato, esta diferencia guarda relación esta diferencia guarda relación con los encontrado en la tabla 6 donde predominó las habilidades sociales poco adecuadas 66.6% en la modalidad de contrato CAS, en consecuencia los

tutores clínicos son empáticos con los pacientes, responden de manera adecuada ante situaciones de trabajo bajo presión y probablemente reclamos de los usuarios, y además priorizarían de manera adecuada los problema a resolver, sin embargo, tendrían dificultades para iniciar conversación, pedir ayuda, seguir las indicaciones al momento del cuidado (13).

**Tabla 8.** Prueba de H de Kruskal Wallis: modalidad de contrato de tutor clínico y las dimensiones de la variable habilidades sociales

	Primeras habilidades sociales	Habilidades sociales avanzadas	Habilidades relacionadas con los sentimientos	Habilidades alternativas a la agresión	Habilidades para hacer frente al estrés	Habilidades de planificación
H de Kruskal-Wallis	4,309	4,184	,389	2,342	,431	,842
gl	3	3	3	3	3	3
Sig. asintótica	,230	,242	,943	,504	,934	,840

a. Prueba de Kruskal Wallis

b. Variable de agrupación: Modalidad de contrato del tutor clínico

En la Tabla 9 se demuestra, una (Sig. asintótica ,625) > 0.05 en la dimensión habilidades sociales para hacer frente al estrés, en consecuencia los tutores clínicos que laboran, en las organizaciones hospitalarias del Minsa y EsSalud, tendrían buena predisposición para tolerar estrés, al mismo tiempo, de brindar cuidados bajo las exigencias de los

usuarios con afecciones del Covid 19, sin embargo, no se estaría desarrollando de manera adecuada aspectos relevantes de la comunicación, empatía, solidaridad, como también, la planificación ,estos resultados guardan relación con la tabla 4 donde se demuestra el total 40.5.% de habilidades sociales adecuadas.

**Tabla 9.** Prueba de H de Kruskal Wallis: Centro laboral del tutor clínico y las dimensiones de la variable habilidades sociales

	Primeras habilidades sociales	Habilidades sociales avanzadas	Habilidades relacionadas con los sentimientos	Habilidades alternativas a la agresión	Habilidades para hacer frente al estrés	Habilidades de planificación
H de kruskal-wallis	,491	,460	,614	1,939	,239	1,201
gl	1	1	1	1	1	1
sig. asintótica	,484	,498	,433	,164	,625	,273
a. prueba de kruskal wallis						
b. variable de agrupación: tutor clínico						

En la Tabla 10 se demuestra (Sig. asintótica, 843-,068) > 0.05 los tutores clínicos que laboran en el Minsa y EsSalud, sus cuidados se centrarían en el apoyo emocional y asistencia de las necesidad humanas, como los sostiene Henderson, los usuarios requieren cuidados en relación a las funciones biológicas del cuerpo, respiración, eliminación, nutrición, sin embargo llama la atención (Sig. asintótica = ,043) en enseñanza aprendizaje en este sentido, no estarían educando a los usuarios en las prácticas de autocuidado en los usuarios, estos resultados contrastan (Tabla 5: 41.3% de cuidado otorgado adecuado).



**Tabla 10.** Prueba de H de Kruskal Wallis: Centro laboral del tutor clínico y las dimensiones de la variable comportamiento del cuidado otorgado

	Humanismo /fe-esperanza/ sensibilidad	Ayuda/ confianza	Expresión de sentimientos positivos/negativos	Enseñanza/ aprendizaje	Soporte/ protección/ ambiente	Asistencia en las necesidades humanas	Fuerza existencial/ Fenómeno lógica
H de kruskal-wallis	2,003	1,641	,039	4,098	2,532	3,342	1,253
Gl	1	1	1	1	1	1	1
Sig. Asintótica	,157	,200	,843	,043	,112	,068	,263

A. Prueba de kruskal wallis

B. Variable de agrupación: tutor clínico

En la Tabla 11 se demuestra, (Sig. asintótica ,984 -,701) > 0.05, lo que significa que si existe una diferencia de cuidados brindados en relación a la modalidad de contrato laboral o el dinero recibido a cambio, como también, brindarían orientaciones a los usuarios sobre las medidas de autocuidado, sin embargo, se encontró una (Sig. asintótica ,122)

en este contexto, no prestarían mayor importancia a la expresión de sentimientos positivos/negativos, además, de no comprender al usuario por la situación de salud que atraviesa; estos hallazgos guardan relación con lo encontrado en la (Tabla 7 cuidados adecuados 47% en tutores de en la condición de nombrado).

**Tabla 11.** Prueba de H de Kruskal Wallis: Modalidad de contrato del tutor clínico y las dimensiones de la variable comportamiento del cuidado otorgado

	Humanismo / fe-esperanza/ sensibilidad	Ayuda/ confianza	Expresión de sentimientos positivos/negativos	Enseñanza/ aprendizaje	Soporte/ protección ambiente	Asistencia en las necesidades humanas	Fuerza existencial/ Fenómeno lógica
H de Kruskal-Wallis	4,112	2,922	5,797	1,418	4,941	,156	2,612
gl	3	3	3	3	3	3	3
Sig. asintótica	,250	,404	,122	,701	,176	,984	,455

a. Prueba de Kruskal Wallis

b. Variable de agrupación: Modalidad de contrato del tutor clínico

#### 4. Conclusiones

Se evidencia una diferencia entre la condición laboral de los tutores clínicos, y los cuidados que brindan, en este sentido, los alumnos no recibirían una formación integral, en los quehaceres de la enfermería, y no tendrían claro la filosofía de enfermería, de la esencia del cuidado, y que las competencias del aprender a aprender, aprender hacer, aprender a convivir, estarían en riesgo, más aún, el cuidado se estaría deshumanizando.

Por otra parte, los resultados globales son por debajo del 50% y que las dimensiones analizadas reflejan resultados preocupantes, que deberían ser tomadas en cuenta por los grupos de interés y partes interesadas con la finalidad de brindar a la sociedad profesionales de enfermería con calidad. Además, las escuelas profesionales de enfermería deben de promover las habilidades sociales desde la parte formativa.

#### Agradecimiento

Agradezco la colaboración de los tutores clínicos que participaron de manera voluntaria en la presente investigación.

#### Aspectos éticos.

Se cumplieron con las indicaciones para investigación en seres humanos de la Declaración de Helsinki, la presente investigación no representa riesgo alguno.

#### Conflicto de interés

El autor no tiene conflicto de interés de ningún tipo.

#### 5. Referencias

1. Lahite Y, Céspedes V, Maslen M. El desempeño del personal de Enfermería durante la pandemia de la COVID-19. Revista Información Científica [Internet]. 2020 [citado el 8 de mayo de 2021]; 99(5): 494-502. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1028-99332020000500494&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1028-99332020000500494&lng=es&tlng=es).
2. Almanza G. Cuidados de enfermería frente al manejo del paciente diagnosticado con Covid-19 en el área de hospitalización. Rev. Fac. Med. Hum. [Internet]. 2020 [citado el 22 de junio 2022]; 20(4): 696-699. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.25176/rfmh.v20i4.2963>.
3. Arriaga A, Obregón M. Conocimientos y actitudes sobre el cuidado humanizado en enfermeras de Lima. CASUS [Internet]. 15 de agosto de 2019 [citado el 22 de junio 2022];4(2):102-10. Disponible en: <https://casus.ucss.edu.pe/index.php/casus/article/view/213>
4. Castelo W, García S, Viñan J. Cuidado humanizado de enfermería a pacientes con pie diabético del Hospital General Santo Domingo- Ecuador. Archivo Médico Camagüey [Internet]. 2020 [citado el 10 de mayo 2022]; 24 (6): 801-813. Disponible en: <http://revistaamc.sld.cu/index.php/amc/article/view/7169>
5. Paravic T, Estefo So. Enfermería en el rol de gestora de los cuidados. Ciencia y Enfermería [Internet]. 2010 [citado el 11 de mayo 2022]; XVI(3):33-39. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=370441853005>
6. Ramírez M. El cuidado de Enfermería, relevancia en el contexto de la pandemia COVID-19. Enfermería (Montevideo) [Internet]. 2020 [citado

el 1 de agosto de 2022]; 9(1): 1-2. Disponible en: <http://https://doi.org/10.22235/ech.v9i1.2184>

7. Carrasco P, Dois A. Perfil de competencias del tutor clínico de enfermería desde la perspectiva del personal de enfermería experto. FEM [Internet]. 2020 [citado el 1 de abril 2022]; 23(2): 81-87. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.33588/fem.232.1048>

8. Hidalgo J L, Cárdenas M, Rodríguez S. El tutor clínico: Una mirada de los estudiantes de Licenciatura de Enfermería y Obstetricia. Enferm. Univ. [Internet]. 2013 [citado el 1 de junio 2022]; 10(3): 92-97. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1665-70632013000300004&lng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632013000300004&lng=es).

9. Godoy J, Illesca M, Flores E, Hernández A, Véliz R. Competencias del docente clínico: opinión de estudiantes de enfermería de la Universidad Austral de Chile. FEM [Internet]. 2022 [citado el 1 de agosto 2022]; 25(2): 95-100. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.33588/fem.252.1183>

10. Zarate A. La Gestión del Cuidado de Enfermería. Index Enferm [Internet]. 2004 [citado el 1 de abril 2022]; 13(44-45): 42-46. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962004000100009&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962004000100009&lng=es).

11. Riveros A, Juárez F, Müggenburg C. Entrenamiento en habilidades de comunicación en enfermeras y percepción del paciente que recibe su cuidado. Enfermería Universitaria [Internet]. 2016 [citado el 2 de abril 2022]; 13(4):201-207. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=358748563002>

12. Pineda E, Alvarado E. Metodología de la investigación. Organización Panamericana de la

Salud. México: Serie PALTEX para Ejecutores de Programas de Salud; 2008. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51580>

13. Goldstein A, McGinnis E, Sprafkin R, Gershaw J, Klein P. New strategies and perspectives for teaching prosocial skills. Estados Unidos: McNaughton & Gunn; 1997.

14. Morales A, Hernández C, Morales C, Landeros A. Validación y estandarización del instrumento: Evaluación de los comportamientos de cuidado otorgado en enfermeras mexicanas. Enferm. univ [Internet]. 2016 [citado el 1 de mayo 2022]; 13(1): 3-11. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.reu.2015.11.005>

15. Quero M. Confiabilidad y coeficiente Alpha de Cronbach. Telos [Internet]. 2010 [citado el 3 de mayo 2022]; 12(2):248-252. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=99315569010>

16. Marriner A, Alligood MR. Modelos y Teorías en Enfermería. LaHabana: Editorial Ciencias Médicas; 2007.

17. Diaz A, Villanueva I, Martínez J. Habilidades sociales de comunicación en el cuidado humanizado de enfermería: Un diagnóstico para una intervención socioeducativa. Escola Anna Nery [Internet]. 2020 [citado el 4 de mayo 2022]; 24 (2). Disponible en: DOI:10.1590/2177-9465-ean-2019-0238

18. Mastrapa Y, Lamadrid M. Relación enfermera-paciente: una perspectiva desde las teorías de las relaciones interpersonales. Revista Cubana de Enfermería univ [Internet]. 2016 [citado el 5 de mayo 2022]; 32(4). Disponible en: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/976/215>

19. King I. King's Conceptual System, Theory of Goal Attainment, and Transaction Process in the 21st Century. Nurs Sci Q [Internet]. 2007 [citado el 6 de mayo 2022]; 20(2):109-11. Disponible en: Doi: 10.1177/0894318407299846. PMID: 17447333

20. Escobar, B., Jara, P. Filosofía de Patricia Benner, aplicación en la formación de enfermería: propuestas de estrategias de aprendizaje. Educación [Internet]. 2019 [citado el 12 de mayo 2022]; 28(54): 182-202. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.18800/educacion.201901.009>

**EL ESTIGMA DE LA ENFERMEDAD MENTAL. REVISIÓN SISTÉMICA  
DE 5 AÑOS (2017-2022)**  
THE STIGMA OF MENTAL ILLNESS. 5-YEAR SYSTEMIC REVIEW  
(2017-2022)

Tania Cruzado Donato<sup>1</sup>

Citar como:

Cruzado T. El estigma de la enfermedad mental. Revisión sistémica de 5 años (2017-2022). Rev. Recien. 2023; 12(2)

Correspondencia:

Tania Cruzado Donato  
[tcruzado21@gmail.com](mailto:tcruzado21@gmail.com)  
[tgcruzadod@unitru.edu.pe](mailto:tgcruzadod@unitru.edu.pe)

Recibido: 09/11/2022

Aprobado: 08/02/2023

En línea:

**Resumen**

**Objetivo:** Analizar y sintetizar el material publicado sobre los niveles y contextualización del estigma de la enfermedad mental, como ello ha ido repercutiendo a lo largo del tiempo, no solo en los mismos pacientes, sino en las personas más próximas, como los profesionales de la salud. **Metodología:** Se realizó una búsqueda bibliográfica en diversas bases de datos, en el mes de julio y agosto del 2022; los artículos fueron seleccionados de diferentes fuentes en base al sitio web de Google Académico; en el cual, se encuentran diversas páginas académicas, bibliotecas de universidades, etc. A ello se suma, las plataformas académicas como: Scielo, Redalyc, Dialnet, entre otras; asimismo, estos fueron analizados acorde al diseño de estudio. **Resultados y discusión:** En los 18 artículos examinados, se pudo comprobar la trascendencia que está alcanzando el estigma de la enfermedad mental, y como está repercute no solo en el paciente sino también en las personas más próximas de su entorno. **Conclusiones:** Se fortalecen dos ideas básicas. En primera instancia resulta ser la importancia que poseen los problemas ligados a la salud mental en la población en general, la cual se ve perjudicada en un porcentaje notable. Y la segunda, que las ideas y sentimientos negativos, que giran en torno a las personas con trastorno mental, actúan como barreras de tipo social que obstaculizan una asistencia apropiada y el ejercicio de derechos básicos, para muchas de las personas afectadas. Sumado a ello, se confirma que el rol de enfermería está perpetuando el estigma, y los efectos devastadores son importantes.

**Palabras clave:** estigma, enfermedad mental, enfermería.

<sup>1</sup>Licenciada en Enfermería, Universidad Privada Antenor Orrego, Perú. ORCID: 0000-0003-0042-3743, [tcruzado21@gmail.com](mailto:tcruzado21@gmail.com), [tgcruzadod@unitru.edu.pe](mailto:tgcruzadod@unitru.edu.pe)

---

## Abstract

**Objective:** To analyze and synthesize the published material on the levels and contextualization of the stigma of mental illness, how it has been impacting over time, not only on the patients themselves, but also on the people closest to them, such as health professionals. **Methodology:** A bibliographic search was carried out in various databases in July and August 2022; the articles were selected from different sources based on the Google Scholar website, in which various academic pages, university libraries, etc. are found. In addition, academic platforms such as Scielo, Redalyc, Dialnet, among others, were analyzed according to the study design. **Results and discussion:** In the 18 articles examined, it was possible to verify the transcendence that the stigma of mental illness is reaching, and how it has repercussions not only on the patient but also on the people closest to him/her. **Conclusions:** Two basic ideas are strengthened. The first is the importance of problems related to mental health in the general population, which is affected to a considerable extent. And secondly, that the negative ideas and feelings that revolve around people with mental disorders act as social barriers that hinder appropriate assistance and the exercise of basic rights for many of those affected. In addition, it is confirmed that the role of nursing is perpetuating the stigma, and the devastating effects are significant.

**Key words:** stigma, mental illness, nursing.

## 1. Introducción

“Estigma” término que alude a cualquier marca en el cuerpo ligado a quemaduras o señales en piel efectuadas con objetos punzocortantes, en sujetos considerados inferiores (1). No obstante, en tiempos contemporáneos las marcas físicas del tipo indicado se han visto suprimidas, el efecto del “estigma” persiste y su práctica se cimenta en factores de la edad, grupo étnico, color, creencias religiosas u orientación sexual, etc. (2).

En el transcurrir de la historia, la estructura social descrita por el hombre ha sido manipulada por factores diversos que conducen a discriminar y estigmatizar a los individuos indicados como diferentes, entre los que destacan, políticas sociales, reglamentos, leyes, normas, etc. (3). En ese marco, múltiples autores definieron que la exclusión social y el estigma dañan al individuo de forma personal y a nivel de cohesión social que posibilita que este se sienta parte de un “todo” (4). Aspectos como la exclusión política, la pobreza y el desempleo son los que se han indagado exhaustivamente como resultado de la estigmatización de individuos con padecimiento de algún trastorno mental. Por lo cual, resulta posible indicar que, en su mayoría, la estigmatización se convierte en una exclusión social (5).

Al respecto, el estigma asociado con la enfermedad mental incorpora estereotipos o prejuicios y conductas nocivas hacia las personas que adolecen de problemas psicológicos (6). Esto significa la existencia de creencias sobre la falta de habilidad o destreza así como juicios de peligrosidad e imprevisibilidad que generan reacciones

emocionales negativas, que muchas veces terminan traducándose en actos de discriminación hacia estas personas (7).

A su vez, las actitudes sociales hacia los seres que adolecen trastornos mentales, y las consecuencias de estas actitudes, han sido un motivo de preocupación creciente en los últimos años (8). La investigación llevada a cabo desde los años 50 del pasado siglo, ha demostrado que la sociedad en general alberga actitudes negativas hacia las personas que padecen dichas enfermedades (9). De hecho, gracias a los estudios desarrollados, se conoce que las actitudes públicas hacia estas personas no sólo no decrecen, sino que parecen haberse vuelto más estigmatizadoras en las últimas décadas (10).

Siendo así, en este artículo de revisión sistémica, se desplegará una recopilación de información acerca de los niveles y contextualización del estigma de la enfermedad mental, como ello ha ido repercutiendo a lo largo del tiempo, no solo en los mismos pacientes, sino en las personas más próximas, como los profesionales de la salud.

## 2. Método

Partiendo del objetivo de analizar la evidencia científica el estigma de la enfermedad mental, con la asistencia de las tecnologías de información se hizo una revisión de tipo sistémica, utilizado como metodología el análisis de contenidos (11).

Referente a lo precisado la indagación sistémica, resulta ser un artículo de síntesis de la evidencia de la que se dispone, donde se efectúa una revisión de aspectos cuantitativos y cualitativos de



estudios de tipo primario, con el ideal de sintetizar la información histórica en relación a un tema específico (12). La investigadora posterior a recoger los artículos de utilidad; los analiza, y compara la evidencia que contribuyen en con la de otros artículos equivalentes.

La búsqueda de referencias acerca de los artículos se ejecutó en el 2022 en los meses de julio y agosto; siendo estos tomados de varias fuentes en base al sitio web de Google Académico; en el cual, se encuentran diversas páginas académicas, bibliotecas de universidades, etc. A lo indicado se agregaron las plataformas de: Scielo, Redalyc, Dialnet, entre otras; asimismo, estos se analizaron conforme al diseño de indagación.

### 3. Resultados

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS), la prevalencia de los trastornos mentales persiste acrecentándose, con consecuencias notables para la salud de las personas, a su vez con inminentes derivaciones a nivel socioeconómico, a la par con secuelas a partir de los derechos humanos (13). Asimismo, las patologías mentales tienen secuelas complicadas que no están restringidas a su etapa clínica, sino que se despliegan a esferas sociales y culturales. Entonces el fenómeno estigma es factible de ser hallado en dichas consecuencias.

Siendo así, se comprende al estigma como un grupo de actitudes nocivas que determinado grupo conserva con otros grupos a causa de que los mismos exhiben cierto tipo de rasgo distintivo que hace posible reconocerlos (14).

El estigma, como problema ligado a la salud, ha

resultado ser un tema relevante y de despliegue teórico trascendente. Con recurrencia, los individuos que adolecen de trastornos mentales perciben estigma partiendo de individuos sin este padecimiento, o de otros grupos, pudiendo ser los profesionales en salud asociado a creencias acerca de la enfermedad mental como organismos peligrosos, impropios o impredecibles, como, el estudio canadiense en el 2018, se estudió la relación entre profesionales y proveedores de salud con los pacientes con enfermedades mentales que consumía drogas, lo cual se determinó mediante una escala de atención médica, en la que se connotó la correlación estadísticamente significativa que los profesionales y proveedores de salud vinculados a los pacientes de enfermedades mentales, creen que los usuarios que acceden a los medicamentos son más altamente peligrosos y marginados en las entidades (15). De este modo, el individuo que adolece de este trastorno pasa a ser catalogado exclusivamente a partir de su diagnóstico, involucrando un bloqueo o desprecio que entorpece el conocimiento de su identidad social real y más amplia lo que igualmente se convierte en la supresión de otros requerimientos en salud que son de premura y pertinencia, ante esta realidad una investigación chilena en el 2021, adaptó un instrumento al castellano nominado Opening Minds Scale for Healthcare Practitioners (OMS-HC), sólido en veinte ítems para valorar el estigma hacia individuos que adolecen trastornos mentales dirigido al profesional sanitario, donde se determina su validez y confiabilidad, señalándose la creencias y estereotipos que tienen los profesionales sanitarios con respecto a esta

población con enfermedades mentales (16).

### **Niveles del estigma de la enfermedad mental**

En relación a este constructo es necesario diferenciar tres niveles: En un primer nivel estructural, referido a leyes e instituciones; un segundo nivel con el estigma social o público, que se refiere a las creencias estereotipadas y conductas discriminatorias de la población en general hacia las personas que padecen estos problemas; y, por último, un tercer nivel de estigma internalizado (EI), referido al estigma que siente cada persona. Al respecto, en un estudio en Singapur en el 2017, participaron 280 pacientes ambulatorios con un diagnóstico clínico primario de esquizofrenia, depresión, ansiedad o TOC; trayendo como resultados que los análisis de mediación revelaron que la relación entre el estigma percibido y los resultados psicosociales estaba sujeta a los efectos del autoestigma en la muestra general; asimismo, los efectos mediadores del autoestigma en la asociación entre el estigma percibido y varios resultados psicosociales son evidentes y difieren entre diagnósticos (17).

Además, esto surge cuando un individuo con patologías de salud mental acepta los estereotipos y creencias que comparte la sociedad y se los aplica a sí mismo. El estigma internalizado también se conoce como estigma percibido, el cual es el conocimiento de estereotipos acerca de la patología o el estigma que se experimentó siendo este el sufrimiento directo de vivencias ligadas a la discriminación. Entre otros, varios modelos destacan como factores relevantes para la formación de si la existencia de estigma social previo y experiencias de discriminación, autoconcepto, estilo de afrontamiento e incluso

reacciones emocionales autocríticas, como lo demuestra el estudio español en el 2022, se valoró el estigma internalizado, la autoestima, el social y los factores sociodemográficos, hallándose discrepancias en el estigma internalizado acorde el recurso de asistencia y los diagnósticos, lo que propone diversos puntos de intervención y resalta la trascendencia de proseguir indagando en dicho tema (7).

### **Contextualización de los estigmas de la enfermedad mental**

Gran parte de la población asigna características negativas a los individuos con patologías mentales, siendo esta atribución, una generalización de rasgos que perjudican, como máximo, a una fracción del colectivo (normalmente aquellos con trastornos mentales graves). Así, las indagaciones exponen acusaciones de nocividad, rareza e imprevisibilidad a este grupo de personas, también imposibilidad de curación o de recuperación a una importante ignorancia acerca de las posibles causas de este tipo de trastornos y acerca de los servicios e intervenciones aptas. Respecto a ello, en los 14 estudios analizados en una investigación española en el 2018, se pudo comprobar la trascendencia que va ganando el estigma del trastorno mental, manifestado en el acrecentamiento de la cantidad de indagaciones difundidas en los últimos años (10).

Al respecto, un estudio canadiense llevado a cabo en 1997 puso de manifiesto que ocho de cada diez personas encuestadas, percibieron a los individuos con esquizofrenia como peligrosos. Por otra parte, un estudio holandés de ese mismo año, mostró que, cerca de tres cuartos de la población que fue

sondeada concordaba con que los sujetos con trastornos mentales tendían a mostrar agresividad. Debido a la visión distorsionada que se tiene de ellos, y a las ideas preconcebidas de gran parte de la población, los sujetos con trastornos mentales se enfrentan con dos tipos de inconveniente: los que se derivan de su patología y los ligados con el estigma, este último es el más permanente y dañino; estos estudios constituyeron antecedentes para la para diseñar una escala de actitudes estigmatizantes hacia los individuos con patología mentales y complicaciones de uso de sustancias entre los proveedores de asistencia médica, antes mencionada en el área metropolitana de Toronto en el 2018 (15).

### **Repercusión del estigma de la enfermedad mental**

Con respecto al estigma, en una indagación chilena en el 2021, se pudo distinguir dos importantes tipos de efectos: los generados de forma directa como producto de la discriminación pública y estructural, y los provenientes de su misma auto-estigmatización. Si se toma en consideración las secuelas directas, existe prueba cuantiosa del efecto que el estigma asume como barrera en la práctica de derechos y en el acceso a servicios (16). Así, se constata en la investigación española en el 2022, la discriminación directa en el acceso a un empleo, una vivienda, también a diversos tipos de vínculos de tipo social significantes, entre estos, amigos, pareja, redes sociales, etc. A su vez, pese a que frecuentemente no resultan visibles, las discriminaciones legales en los servicios de salud y sociales para estos individuos (estigma estructural). Pero además, hay menosprecio en la asistencia en

prestaciones generales a nivel salud, educativo, social, empleo, etcétera (7).

Un aspecto diferente, en el estudio español en el 2018, aunque igualmente negativo, es el autoestigma, que lleva a una pérdida de la autoestima y la autoeficacia, cooperando en el apartamiento y obstaculizando la solicitud de asistencia. Por poner un ejemplo significativo, únicamente el 57 por ciento de individuos que adolecen de depresión, 30 por ciento de los que tienen ansiedad y el 71 por ciento de los que sufren los dos trastornos, asisten a consultas en los servicios de salud mental, y el 31 por ciento de ellos no toman tratamientos. Lo farmacológico, resulta ser el tratamiento que es gestionado con mayor frecuencia o en una mezcla con cierta intervención psicológica. Pero el estigma no solo afecta a los enfermos mentales. También se aprecian consecuencias negativas sobre sus familias, y más concretamente sobre los cuidadores familiares. Estos no solo soportan el estrés derivado de los propios cuidados de la enfermedad, sino que también se enfrentan al estigma y a la devaluación procedentes de la sociedad, generando en ellos mismos también un autoestigma, que acaba mermando su la calidad de vida (10).

### **La relación de los estigmas de la enfermedad mental con los profesionales de salud**

La información accesible hasta ahora alude a que los profesionales sanitarios no son inmunes a compartir, con el resto de la población, estereotipos y prejuicios estigmatizantes, referidos a los individuos con patología mental. En un estudio español en el 2017, se concluyó que de 59 usuarios de dos Hospitales, la sensación de estigma internalizado y la presencia de actividad psicótica repercuten en una inferior

vivencia de mejoría. Y, los impedimentos en los nexos sociales y la apreciación de quejas subjetivas del funcionamiento cognitivo se ligan a una mayor sensación personal de autoestigma (9).

Sin embargo, es llamativo y preocupante al mismo tiempo que, en la mayoría de los estudios publicados hasta ahora, nos encontremos con una cantidad significativa de profesionales en Salud Mental, donde sus saberes acerca de las «enfermedades» es indiscutiblemente sobresaliente al de la población en general, no obstante sus apreciaciones acerca de los individuos que las padecen y a quienes se considera que tratan y cuidan, no difieran significativamente de las de la mayoría de la población. Por ello, en el estudio español en el 2018, se encontró sospechas justificables acerca de la capacidad, como colectivo, para cumplir con ciertas funciones, comprendiendo el aclamado liderazgo de la información y adiestramiento de la población. Por tanto, aunque se debería esperar un alto estándar procedente de los profesionales sanitarios, y en especial de los especialistas en Salud Mental, podemos afirmar que el estigma presente en ellos es común, y que posiblemente se vea reforzado a través de la práctica profesional (10).

Desafortunadamente, esa no es la única relación que tienen los profesionales de Salud Mental con el estigma. Diversos estudios han demostrado que pueden ser considerados víctimas de estigma por parte de la población general y por otros profesionales (incluyendo sanitarios). Ahora bien, centrándose en la enfermería, parece ser que los enfermeros de Salud Mental tienen un menor status, comparados con otras especialidades. Este

estigma lleva a un estrés y a un malestar diario de los profesionales afectados, repercutiendo en las relaciones con los pacientes y en las actuaciones dirigidas a los mismos.

Finalmente, en un estudio estadounidense en el 2017, se afirma que, este servicio inadecuado y negativo, puede conducir a un malestar entre los usuarios, lo que fomenta finalmente su autoestigma; siendo así, esta indagación se focaliza en las experiencias de estigma asociativo entre estos profesionales, para lo cual participaron 543 profesionales y 707 usuarios de servicios de diversos servicios de salud mental, donde los resultados revelaron que entre los expertos en salud mental el estigma asociativo se relaciona con más despersonalización, más agotamiento emocional y menor satisfacción laboral. Además, en las unidades en las que los profesionales reportan más estigma asociativo, los usuarios del servicio experimentan más autoestigma y menor satisfacción del cliente (18).

#### 4. Discusión

Esta revisión tuvo como objetivo analizar la evidencia científica disponible acerca de los niveles y contextualización del estigma de la enfermedad mental, como ello ha ido repercutiendo a lo largo del tiempo, no solo en los mismos pacientes, sino en las personas más próximas, como los profesionales de la salud. Con cimiento en la búsqueda exhaustiva de la literatura empleando términos clave dando pauta a varios artículos publicados ligados a los estigmas del trastorno mental.

La indagación de esta temática es de trascendencia

en el ámbito social, puesto que la adaptación, aceptación e inclusión de estos individuos establece la diferencia y el irrazonable trato que puedan mostrar. De cierto modo se urge detallar los escenarios de rechazo que pueden evidenciar y de qué forma este suceso pueda afligir a los sujetos con trastorno mental y a su entorno.

Aun cuando en el escenario mundial los trastornos mentales y sus causas están siendo exhibidas, es posible considerar que el nivel de estigma que soportan los individuos con trastornos mentales resulta ser cada vez en mayor cuantía, y en el caso de patologías graves como la esquizofrenia, es particularmente difícil, donde cabe la posibilidad de que haya pacientes que no soliciten asistencia médica o apoyo familiar únicamente por la razón de eludir el rechazo y la discriminación (11). Este hallazgo, puede ser corroborado por una investigación en Inglaterra en el 2017, en la que se identificó seis temas en relación con el estigma en los caminos hacia la atención entre la población objetivo: “sentido de diferencia”, “caracterización negativa de la diferencia”, “reacciones negativas (anticipadas y experimentadas)”, “estrategias”, “falta de conocimiento y comprensión”, y “factores relacionados con el servicio”. Esta síntesis constituye un resumen completo de la evidencia actual sobre el estigma y las vías de atención en las primeras etapas de los trastornos psicóticos, e ilustra la forma compleja en que los procesos relacionados con el estigma pueden influir en la búsqueda de ayuda y el contacto con el servicio entre los primeros episodios de psicosis y los atletas (1).

Es posible que esta posición de marginación pueda ser originado por múltiples causas, pudiendo

partir desde la escasez de conocimiento acerca de los trastornos mentales en la sociedad hasta el prejuicio preexistente en el hombre que particulariza y margina a lo valorado como distinto. Es preciso efectuar una indagación extensa y respaldada que posibilite precisar los diversos escenarios de marginación y las facetas representativas dentro de la discriminación y la estigmatización que exhiben los individuos con trastornos mentales. A su vez, estas indagaciones hacen posible que los profesionales y personas vinculadas a individuos con patologías mentales puedan reconocer la enfermedad que padecen y la forma indicada de afrontar dichos sucesos y planificar de forma metodológica la asistencia que se requiere dar (10). Al respecto, esta realidad se contrarresta con el estudio canadiense en el 2018, en que se determinó no es posible ver el estigma como algo estático, sino que abarca algo dinámico, con fluidez y contingente que se transforma acorde los tiempos y el escenario. De forma objetiva, el estigma resulta ser el producto de diversos procesos de ordenamiento o paralelos de etiquetamiento, estereotipación, distanciamiento y segregación, degradación y discriminación, que suceden por lo general en un ámbito de poder irregular. Asimismo, el estigma psiquiátrico es quizá el factor de mayor significancia que afecta nocivamente en la fase de búsqueda terapéutica y para rehabilitación, obstruyendo con el acceso al tratamiento y el obediencia de las prescripciones médicas, frenando a que se lleve una vida con normalidad y a una efectiva reinserción a la sociedad. Partiendo de ello, el estigma y la exclusión social coadyuvan de forma significativa al sufrimiento individual y

colectivo el cual puede agravar aún más la evolución y diagnóstico de la patología entorpeciendo con el empleo pertinente de los servicios de sanidad, la ruta terapéutica dañando el rumbo de la enfermedad y los resultados del tratamiento (5).

En base a lo comentado hasta ahora, se fortalecen dos ideas básicas. En primera instancia resulta ser la importancia que poseen los problemas ligados a la salud mental en la población en general, la cual se ve perjudicada en un porcentaje notable. Y la segunda, que las ideas y sentimientos negativos, que giran en torno a las personas con trastorno mental, actúan como barreras de tipo social que obstaculizan una asistencia apropiada y el ejercicio de derechos básicos, para muchas de las personas afectadas.

De esta manera, se puede decir que combatir el estigma y sus consecuencias, es un área prioritaria por atender en toda la sociedad, y en el escenario de la salud mental en específico. La importancia de combatir este estigma es un tema por el que en los últimos años han mostrado preocupación instituciones como la OMS, las comisiones gubernamentales, así como los planes de salud mental de cada país (12). Como lo confirma el estudio de la revisión de la literatura canadiense en el 2018, se connotó de forma general que las campañas de información y educación al público general y el proceso de desinstitucionalización de cuidado de pacientes mentales han mostrado efecto escaso para transformar el estigma y la discriminación ligada con las patologías mentales, esto es, el diseño de intervenciones efectivas contra del estigma y la exclusión social pende en última instancia, de nuestro mejor discernimiento del

estigma no únicamente como un atributo simple e individual, sino también como el producto de procesos sociales y culturales de mayor complejidad (5).

Por otra parte, parece que todo sector profesional relacionado con la salud mental sufre una desvalorización por parte de muchos profesionales sanitarios, así como desde sectores sociales más amplios. Esto se explica por el estigma por asociación que sufren dichos profesionales, el mismo que presentan, en muchos casos, los miembros familiares de personas con trastornos mentales graves (8). Sumado a ello, es corroborado por el estudio español en el 2018, que menciona que las secuelas del estigma dañan a los enfermeros, parientes, profesionales asociados y otros colectivos. Está progresando la conciencia sobre el mismo, y se están desplegando más campañas e intervenciones. Los profesionales de salud (enfermeros) cumplen el rol esencial en la baja del estigma (10).

Asimismo, los profesionales que trabajan en salud mental como psicólogos, enfermeros y psiquiatras), deben ser conscientes del tipo de estigma al que están expuestos. En referencia se puede ilustrar a través del estudio de Halter en el 2008, cuyo objetivo es examinar las actitudes de las enfermeras hacia los individuos que han elegido la especialidad. Los encuestados parecían estar de acuerdo en que salud mental era la especialidad que menos preferían y que la sociedad menos valoraba. La baja valoración que recibió la especialidad, puede ser mejor entendida examinando las características atribuidas en el estudio a los enfermeros que trabajan en esta



área, los cuales eran frecuentemente descritos como poco habilidosos, ilógicos, desocupados y dependientes. Estas caracterizaciones negativas de las enfermeras de salud mental repiten los estereotipos dominantes que hay para las personas con enfermedad mental (10).

Finalmente, esto confirma que el rol de enfermería está perpetuando el estigma, y los efectos devastadores son importantes. La formación en enfermería debería hacer hincapié en el contenido y en las experiencias asociadas con el estigma. Además, los estudiantes deberían ser educados y socializados en una atmósfera donde la enfermedad mental se vea como un desorden cerebral, no como una falla personal, y en la que los tratamientos psiquiátricos y psicológicos sean vistos de modo científico.

## 5. Referencias

1. Gronholm P, Thornicroft G, Laurens K, Evans-Lacko S. Mental health-related stigma and pathways to care for people at risk of psychotic disorders or experiencing first-episode psychosis: A systematic review. *Psychological Medicine* [Internet] 2017 [citado el 12 de junio 2022]; 47(11): 1867-1879. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28196549/>
2. Hansson L, Stjernswärd S, Svensson B. Changes in attitudes, intended behaviour, and mental health literacy in the Swedish population 2009–2014: an evaluation of a national antistigma programme. *Acta Psychiatr Scand* [Internet] 2017 [citado el 13 de junio 2022]; 7(1): 71-79. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27426648/>
3. Castro-de Diego S, Vicente-Colomina A. La atribución causal y las creencias sobre los trastornos mentales en población general y psicólogos. Un estudio exploratorio. *Clínica y Salud* [Internet] 2019 [citado el 12 de junio 2022]; 30(2): 81-90. Disponible en: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1130-52742019000200004](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742019000200004)
4. Ungar T, Knaak S, Szeto A. Theoretical and Practical Considerations for Combating Mental Illness Stigma in Health Care. *Community Ment Health* [internet]. 2016 [citado el 12 de junio 2022]; 52(3):262-271. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26173403/>
5. Jaén A. Estigma en la enfermedad mental y su íntima relación con la exclusión social [tesis para optar el grado de Maestría]. Castelló, España: Universitat Jaume I; 2018. Disponible en: [http://repositori.uji.es/xmlui/bitstream/handle/10234/181022/TFM\\_2018\\_JaenHernandez\\_Alicia.pdf?sequence=1](http://repositori.uji.es/xmlui/bitstream/handle/10234/181022/TFM_2018_JaenHernandez_Alicia.pdf?sequence=1)
6. López E, Del Canto C, Mayol A, Fernández O, Munar E. Psychotic symptoms and quality of life: A mediation analysis of daily-life coping. *Psychiatry Research* [Internet]. 2018 [citado el 22 de junio 2022]; 262(1): 505-509. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.09.034>
7. Gonzáles C, Gonzáles S, Castellanos, A, Muñoz M. El estigma de la enfermedad mental. Estudio comparativo transversal del estigma social, el internalizado y la autoestima. *Clínica y Salud* [Internet]. 2022 [citado el 25 de octubre 2022]; 33(2): 125-131. Disponible en: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1130-52742022000200002](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742022000200002)



8. Verhaeghe M, Bracke P. Associative Stigma among Mental Health Professionals: Implications for Professional and Service User Well-Being. *J. Health. Soc. Behav.* [Internet] 2012 [citado el 20 de agosto 2022]; 53(1): 17-32. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22382718/>
9. Garay M, Pousa V, Pérez L. La relación entre la percepción subjetiva del funcionamiento cognitivo y el autoestigma con la experiencia de recuperación de las personas con enfermedad mental grave. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* [Internet] 2017 [citado el 20 de agosto 2022]; 34(123): 459-475. Disponible en: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0211-57352014000300002](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352014000300002)
10. Giraldo B, Villar J. Percepción social y estigma de la enfermedad mental. Implicaciones en su atención. *Biblioteca LasCasas* [Internet]. 2018 [citado el 22 de agosto 2022]; 14(2): 3-30. Disponible en: <https://ciberindex.com/index.php/lc/article/view/e12153>
11. Higgins J, Green S. *Manual Cochrane de revisiones sistemáticas de intervenciones.* The Cochrane Collaboration; 2011.
12. Manterola C, Astudillo P, Arias E, Claros N, Grupo MINCIR. Systematic reviews of the literature: what should be known about them. *Cirugía Española.* [Internet]. 2011 [citado el 12 de agosto 2022]; 91(3): 149-155. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-cirugia-espanola-english-edition--436-articulo-systematic-reviews-literature-what-should-S2173507713000914>
13. Ministerio de Salud. Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025. Santiago de Chile [Internet]. 2017 [citado el 19 de agosto 2022]. Disponible en: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/12/PDF-PLAN-NACIONAL-SALUD-MENTAL-2017-A-2025.-7-dic-2017.pdf>
14. Chuaqui J. Inclusión social: criterios objetivos y subjetivos (El caso de la discapacidad psíquica). *Psiquiatry Salud Ment.* [Internet]. 2016 [citado el 25 de agosto 2022]; 1(33): 75-81. Disponible en: [https://www.academia.edu/58456631/INCLUSI%C3%93N\\_SOCIAL\\_CRITERIOS\\_OBJETIVOS\\_Y\\_SUBJETIVOS](https://www.academia.edu/58456631/INCLUSI%C3%93N_SOCIAL_CRITERIOS_OBJETIVOS_Y_SUBJETIVOS)
15. Maas M Van Der, Stuart H, Patten S, Lentinello E, Bobbili S, Mann R. Examining the Application of the Opening Minds Survey in the Community Health Centre Setting. *Can J Psychiatry.* La Rev Can Psychiatr. [Internet]. 2018 [citado el 28 de agosto 2022]; 63(1): 30-36. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28665144/>
16. Gajardo J, Espinosa F, Muñoz I, Goycolea R, Valdebenito A, Oyarzún M, Pezoa C. Traducción y análisis de validez de contenido del instrumento Opening Minds Scale for Healthcare Practitioners (OMS-HC) para la evaluación del estigma hacia la enfermedad mental en profesionales de la salud en Chile. *Rev. chil. neuro-psiquiatr.* [Internet]. 2021 [citado el 29 de agosto 2022]; 59(2): 132-141. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-92272021000200091&lng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272021000200091&lng=es). <http://dx.doi.org/10.4067/s0717-92272021000200091>.
17. Picco L, Lau Y, Pang S, Abidin E, Vaingankar J, Chong S, Subramaniam M. Mediating effects of self-stigma on the relationship between perceived stigma and psychosocial outcomes among psychiatric outpatients: Findings from a cross-sectional survey in Singapore. *BMJ Open* [Internet]. 2017 [citado el 18 de setiembre 2022]; 7(8): 156-168. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28665144/>

gov/28851803/

18. Verhaeghe M, Bracke P. Associative Stigma among Mental Health Professionals: Implications for Professional and Service User Well-Being. J. Health. Soc. Behav. [Internet] 2017 [citado el 19 de setiembre 2022]; 53(1): 17-32. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22382718/>

# LA SIMULACIÓN COMO HERRAMIENTA EN LA FORMACIÓN DE PROFESIONALES DE ENFERMERÍA

## SIMULATION AS A TOOL IN THE TRAINING OF NURSING PROFESSIONALS

Ivonne Jara Romero<sup>1</sup>, Luis Huaman-Carhuas<sup>2</sup>, Flor Reyes Reyes<sup>3</sup>, Humberto Cancho Flores<sup>4</sup>, Melina Chumpitaz Carrasco<sup>5</sup>, Jocelyn Ramón Rojas<sup>6</sup>

Citar como:

Jara I, Huaman-Carhuas L, Reyes F, Cancho H, Chumpitaz M y Ramón J. La simulación como herramienta en la formación de profesionales de enfermería. Rev. Recien. 2023; 12(2)

Correspondencia:

Luis Huaman-Carhuas  
[luchines8@gmail.com](mailto:luchines8@gmail.com)

Recibido: 21/01/2023

Aprobado: 04/03/2023

En línea:

### Resumen

La simulación como estrategia metodológica existe desde hace mucho tiempo en el proceso formativo de los profesionales de enfermería; sin embargo, últimamente ha cobrado un interés mayor en el campo de la enseñanza universitaria de muchos países debido al interés por la calidad y seguridad del paciente, proporcionando a los estudiantes escenarios muy parecidos al entorno clínico antes de afrontarlos con el paciente real. Este artículo de reflexión recoge información sobre la simulación como estrategia de enseñanza en la formación de enfermería y cómo se involucra al estudiante en el proceso de aprendizaje. Se ha accedido a diversas bases de datos y publicaciones, lo que ha permitido plasmar un enfoque analítico y reflexivo del tema. El desarrollo presenta cinco apartados: Simulación como herramienta pedagógica, efecto de la simulación en el aprendizaje, importancia de la simulación en la formación de enfermería, ¿la simulación reemplaza la práctica clínica?; y, por último, las oportunidades y desafíos de la simulación en el contexto educativo. Dentro del análisis rescatamos la importancia y beneficios de la simulación en enfermería y otras ciencias de la salud. Aporta ventajas en la adquisición de habilidades psicomotoras en procedimientos específicos, sin embargo, la simulación

<sup>1</sup> Universidad Peruana Cayetano Heredia. [ivonjr@hotmail.com](mailto:ivonjr@hotmail.com). ORCID: 0000-0003-3555-3097

<sup>2</sup> Universidad Peruana Cayetano Heredia. [luchines8@gmail.com](mailto:luchines8@gmail.com) (autor de correspondencia). ORCID: 0000-0002-9463-6194

<sup>3</sup> Universidad Nacional del Callao. [flor\\_reyes74@hotmail.com](mailto:flor_reyes74@hotmail.com). ORCID: 0000-0002-7053-314X

<sup>4</sup> Universidad Nacional del Callao. [h.cancho06@hotmail.com](mailto:h.cancho06@hotmail.com). ORCID: 0000-0002-1236-5029

<sup>5</sup> Clínica Oncosalud. Lima Perú. E-mail: [melichumpitaz@gmail.com](mailto:melichumpitaz@gmail.com). ORCID: 0000-0002-1774-735X

<sup>6</sup> Universidad Nacional Mayor De San Marcos. [jossyra@gmail.com](mailto:jossyra@gmail.com). ORCID: 0000-0002-9037-2478

---

no reemplaza a la práctica clínica. En conclusión, la simulación contribuye no solo a mejorar el desarrollo de las competencias, sino también aporta en la seguridad del paciente al minimizar el llamado “error humano”.

**Palabras clave:** Simulación, Estrategias, Educación en Enfermería.

### **Abstract**

Simulation as a methodological strategy has existed since before in the training process of nursing professionals; however, lately it has gained greater interest in the field of university education in many countries due to concern for the quality and safety of patients, providing students with scenarios very similar to the clinical environment before facing the real patient. Reflection article, which collects information on simulation as a teaching strategy in nursing training, and how the student is involved in the learning process. Various databases and publications have been accessed, which has allowed an analytical and reflective approach to the subject to be captured. Within the results, 5 sections are presented: Simulation as a pedagogical tool, effect of simulation on learning, importance of simulation in nursing training, does simulation replace clinical practice? and finally, the opportunities and challenges of nursing. simulation in the educational context. Within the analysis, we highlight the importance and benefits of simulation in nursing and other health sciences, it provides advantages in the acquisition of psychomotor skills in specific procedures, greater confidence and student satisfaction; however, the simulation does not replace clinical practice, it is a valuable complement that prepares the student during their training. In conclusion, simulation contributes not only to improve the development of skills, but also contributes to patient safety by minimizing the so-called “human error”.

**Keywords:** Simulation, Strategies, Nursing Education.

## 1. Introducción

En la evolución de la educación en enfermería, la práctica de la simulación como método educativo ha existido desde hace mucho tiempo; sin embargo, es durante los últimos decenios en los que ha ido logrando relevancia en la educación para la salud. Su desarrollo y promoción se relacionan con las preocupaciones sobre la seguridad y calidad de atención a los pacientes, proporcionando a los estudiantes entornos escénicos lo más cercanos a la realidad del campo clínico, desarrollando habilidades y confianza previas a su desempeño en la práctica real frente al paciente.

Los grandes avances tecnológicos en la educación, sobre todo, aquellos referidos a los simuladores clínicos, han incentivado la implementación de estos escenarios en el ámbito de la formación profesional en salud. En este contexto, la simulación como herramienta de enseñanza se inserta en el currículo de la carrera de enfermería y se evidencia el interés de los alumnos, involucrándose en el proceso de aprendizaje; la transición de entornos reales u hospitalarios a escenarios simulados son algunos de los aspectos descritos en este artículo.

Los profesionales de enfermería desempeñan un rol activo en las diversas prácticas de sus competencias, para la conservación o mejoría de las condiciones de la salud, por lo que requiere poseer cualidades de pensamiento reflexivo, además de contar con ciertas destrezas y habilidades en el desempeño de la profesión. En ese sentido, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha señalado la necesidad de adherirse a estándares en la formación de nuevos profesionales de enfermería, donde los

profesores y gestores adapten currículos en la educación de alumnos tratando de integrarlos a programas de educación básica que involucren aspectos sanitarios y faciliten la formación de una población estudiantil con alto nivel de competencia para su entorno laboral.

La Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID, 2011) promueve la ciencia, el desarrollo tecnológico y nuevas innovaciones en programas educativos para la recopilación, transmisión y manejo de instructivos, o material educativo mediante canales audiovisuales, de televisión, radio, red de internet y diversos softwares especializados. En este escenario, hay una tendencia creciente en el uso de la simulación como metodología de enseñanza en escuelas o facultades de más universidades en Latinoamérica. Por otra parte, las instituciones de educación se preocupan por ofrecer servicios de calidad, por lo que realizan capacitaciones para el desarrollo de destrezas, habilidades, confianza y conocimiento de sus docentes. De esta manera, los estudiantes encuentran ambientes de simulación atractivos para su futura confrontación con la realidad clínica. Por lo señalado previamente y, dada la tendencia actual en la educación de estudiantes universitarios utilizando la simulación como un instrumento pedagógico esencial, intentaremos explicar de manera reflexiva y conceptual elementos básicos como: la simulación como instrumento de enseñanza, el impacto de la simulación clínica en el aprendizaje de los educandos, así como la importancia y los desafíos de la simulación en la formación de enfermería.

## 2. Desarrollo

### a) La simulación como herramienta pedagógica en enfermería

Con la finalidad de ampliar y modernizar las metodologías de enseñanza de la carrera de enfermería en las universidades, surgió la tendencia de modernizar los laboratorios y los centros de simulación.

Pero empezamos preguntando ¿qué es la simulación? Es la creación de una situación hipotética que permite la participación del alumno, permitiendo que pueda poner en práctica sus conocimientos prácticos y teóricos. De esta manera, el alumno afianza sus conocimientos mediante retroalimentación, evaluación y reflexión (1), sin posibilidad de producir lesiones al paciente. Este método de enseñanza ayuda al docente para fortalecer las habilidades, el pensamiento crítico del estudiante y también garantiza la seguridad del paciente. La simulación consiste en recrear un ambiente hipotético real clínico con control de la escena y con un acompañamiento permanente al estudiante (2).

La historia de la enseñanza de enfermería refiere que las estudiantes aprendían en “salas de arte”, lugar en la que practicaban entre ellas mismas para poder desarrollar habilidades técnicas antes de realizar un procedimiento al paciente. Los procedimientos que más practicaban eran los cambios posturales en pacientes postrados, higiene y confort y control de signos vitales. Mediante las prácticas previas, las estudiantes conseguían desarrollar habilidades técnicas y conocer cómo funcionaban los equipos. Estas prácticas quedaron

en la historia como antecedentes de la enseñanza de enfermería y cómo ha ido evolucionando en el tiempo, porque ahora contamos con la simulación clínica que garantiza el principio fundamental de enfermería, que es la seguridad del paciente. Recordando los inicios de la simulación, en el siglo XX, una enfermera que prestaba servicio en la Escuela de Formación de Enfermeras del Hospital Hartford de Connecticut, Estados Unidos, utilizó un primer maniquí llamado “Mrs. Chase”. Tenía las dimensiones de una persona adulta y fue construido usando materiales de gran durabilidad. Sus características permitieron que se utilizara en demostraciones y prácticas de habilidades básicas de enfermería. La empresa Chase también fabricó a “Baby Chase” (maniqués desde lactantes hasta los cuatro años), estos cumplían con los estándares establecidos por la Asociación Médica Americana. Los “Baby Chase” tenían una masa corporal y peso reales, así como fosas nasales y aberturas auditivas, permitiendo mejorar la calidad de la enseñanza en pediatría. Los usaban para enseñar a las madres cuidados esenciales de los recién nacidos y también para la enseñanza y práctica de la pediatría (3).

Posteriormente, a partir del año 2003, la Liga Nacional de Enfermeras Norteamericanas de los Estados Unidos, recomendó usar la simulación en escenarios clínicos complejos como método de enseñanza para mejorar el pensamiento crítico y la autorreflexión de los estudiantes (4).

En el año 2007 se inauguró el Centro de Recursos de Innovación en Simulación (CRIS); este reunió a varios pedagogos internacionales para producir clases online con la utilización de recursos tecnológicos de última generación en simulación. Desde los inicios

de la práctica de enfermería, dentro de su currículo de enseñanza utilizaban una naranja para practicar la técnica de inyección intramuscular o los juegos de rol practicando en dúo.

Hoy en día, existen diversos tipos de tecnología, desde las de baja calidad hasta lo más moderno de la era virtual en tres dimensiones o 3-D, que se han incorporado dentro del proceso de enseñanza y aprendizaje de la enfermería, siendo el principal foco de simulación el paciente humano. Sin embargo, no deja de ser un aspecto sensible en el intento de utilizarlos en la enseñanza del cuidado de las personas de forma holística y humanista, por lo que rescatamos lo planteado por Dunnington, quien señala al respecto “La representación de los seres humanos y sus condiciones de salud a través de simuladores humanos programados en computadores es cualitativamente diferente a la esencia natural de los seres humanos” (5).

### **b) Efecto de la simulación clínica en el aprendizaje y satisfacción de los estudiantes**

Como herramienta educativa muy innovadora, la simulación clínica se fundamenta en el paradigma constructivista con un modelo de enseñanza, donde hay una participación activa del estudiante en el proceso de aprender en forma segura y controlada semejante a una realidad. Con esta metodología se contribuye al aprendizaje de habilidades, destrezas y competencias además de conocimientos; considerando los postulados de Miller, quien ubica las competencias en una pirámide por orden de complejidad para ser evaluadas. Los niveles son cuatro, en la base inferior se encuentra el saber, que corresponde a los conocimientos y el saber “cómo”,

que son las competencias; en el nivel superior se demuestra cómo lo haría y el desempeño en las situaciones reales. Se debe entender que los conocimientos son la base fundamental del estudiante para que logre las competencias más complejas, y evidenciar en la práctica real la acción y el desempeño seguro (6).

El teórico Kolb, sostiene que el aprendizaje es experiencial en el ser humano, que una vez experimentado un acontecimiento debe reflexionar sobre el suceso de la experiencia; analizar, en el desarrollo de actividades, los errores cometidos durante las etapas del proceso y la posibilidad de plantear una actuación diferente. Se presenta la reflexión, que deriva en un abordaje generalizado que pretende llegar a la explicación o conclusión de la situación previamente vivida o reflexionada. Habiéndose decidido las intervenciones a realizar, se repite la experiencia con los cambios y modificaciones pertinentes; por lo tanto, para generar un aprendizaje adecuado, no son suficientes las acciones que determina el modelo, se hace imprescindible la reflexión en el momento de la acción, después de la acción en los entornos simulados o en los casos clínicos reales (7).

Bajo esta perspectiva, el método clásico de enseñanza considera solamente el aprendizaje “in-vivo” durante la práctica clínica, escenario que debe ser modificado debido a razones éticas que conllevan a la vulnerabilidad de la seguridad del paciente, a la sensibilización de médicos y enfermeras, y a que los ciudadanos conocen sus derechos y pueden exigir las competencias y el nivel adecuado de preparación de los profesionales. Además, la yatrogenia y la disconformidad, ocasionados



por la falta de pericia, destreza y práctica de las enfermeras en formación, cada vez son menos toleradas, especialmente por el continuo avance de la tecnología, permite la mejora en la calidad de la educación. La necesidad de incorporar la simulación como metodología docente en la formación de enfermeras radica en la percepción de la realidad, donde se aplican estrategias cognitivas, afectivas y psicomotoras para desarrollar competencias técnicas y no técnicas, mejorando el liderazgo, el desarrollo del análisis crítico, el trabajo en equipo, el seguimiento de protocolos y la particularidad de haber alcanzado gradualmente las competencias básicas para no dañar al paciente (6,7).

La calidad en la enseñanza a nivel superior debe crear nuevos espacios competitivos con mayor interacción profesor-alumno. Bajo este contexto, el uso de la simulación constituye una estrategia efectiva para el desarrollo de competencias, habilidades y destrezas que los estudiantes demuestran en su formación profesional. Los conocimientos teóricos son necesario para proporcionar atención de enfermería; sin embargo, asistir a la práctica clínica solo con la experiencia teórica genera en el estudiante inseguridad, nerviosismo y la falta de experiencia práctica minimiza el desempeño. La simulación es un innovador instrumento, útil en la enseñanza y el aprendizaje, ya que mejora las habilidades, reforzando los conocimientos, la confianza y la supervisión de los procedimientos. En este sentido los resultados de diferentes estudios evidencian que, efectivamente, facilita en los estudiantes las habilidades, las destrezas y la confianza, mejorando el pensamiento crítico para tomar decisiones, adquiriendo y reforzando los

conocimientos, además del trabajo en equipo (8). En un escenario simulado, los estudiantes pueden equivocarse y modificar la conducta errada; sin embargo, en la práctica real, cuando se identifica un error, el enfermero docente debe intervenir en la solución de lo acontecido. La mayoría de los estudiantes considera y coincide que esta nueva disciplina de conocimientos, que sistematizan el conjunto de técnicas y métodos docentes, evita la mala praxis enfermera. Los estudiantes manifiestan: “aprendí a esclarecer mi participación priorizando las diversas situaciones de urgencia”, “la experiencia lograda me permite tomar decisiones apropiadas cuando el caso lo requiera, actuar con criterio y objetividad, organizar con criterio mi trabajo y facilitar constantemente una reevaluación”, “he enmendado mis errores y vicios cometidos durante la práctica hospitalaria”, “la estrategia de simulación como método pedagógico hace que los estudiantes aprendamos de nuestros propios errores y de los participantes” (9).

Los resultados del consecutivo “aprendizaje significativo”, evidencian un elevado índice de satisfacción en los alumnos, la herramienta denominada simulación clínica repotencia los conocimientos teóricos que deben integrarse en la práctica, además del adiestramiento de las habilidades técnicas, incrementando la confianza y seguridad, mejorando la competencia clínica del alumno. En concordancia con este enfoque, la utilidad práctica de esta estrategia de enseñanza tiene un alto porcentaje de aceptabilidad y la relación teórico-práctico que se genera a través de este método se optimiza. Un estudio realizado en Inglaterra por Abdo y Ravert (2016), destaca

que las personas participantes en las prácticas de simulación clínica recrean en escena las diversas situaciones de la realidad con representaciones inéditas para lograr así una buena experiencia clínica y estar mejor preparados, presentando niveles altos de satisfacción, siendo beneficioso para facilitar las dinámicas de aprendizaje acontecido en el salón de clases (10). Igualmente, otros estudios muestran el beneficio y la importancia de escenarios simulados en la asimilación y desarrollo de habilidades en procedimientos especializados, como reporta el estudio de Fraga-Sampedro (2018), donde el adiestramiento continuado en los casos de paro cardiorrespiratorio que se realiza en un escenario de simulación y el debriefing incluido en los estándares de buenas prácticas como una sugerente manera de enseñar, aprender e investigar, se consolida como un instrumento eficiente para lograr un nivel de conocimiento adecuado que perdura en el tiempo. El grado de satisfacción que se logra conseguir es elevado. Mediante este sistema, la enseñanza cumple con las expectativas del profesional, ya que es similar a una situación real de la práctica asistencial (11).

La satisfacción del conjunto de circunstancias que rodean una experiencia laboral en el escenario clínico competente es explicada por los conceptos: “debriefing y reflexión”, “razonamiento clínico” y “aprendizaje clínico”. Debriefing (feed-back) emerge como una estrategia efectiva para ofrecer la evaluación formativa y es el objetivo fundamental del método de aprendizaje que corresponde al autoanálisis, facilitando la incorporación de los contenidos por el grupo de estudiantes, es considerado como una evaluación constructiva.

Utilizar la indagación y el análisis para adaptar los marcos mentales en todas las experiencias y escenarios simulados, necesita incluir una secuencia de debriefing programado y orientado a favorecer el pensamiento reflexivo en el proceso de aprendizaje, dependiendo de la conjunción entre la reflexión y la experiencia. Las habilidades psicomotrices, el procesamiento del pensamiento y los estados que implican una acción, contribuyen a la asimilación de conocimientos y actitudes necesarios para generar nuevas interpretaciones y reflexión por parte del estudiante. Durante esta conversación o interrogatorio se comenta lo que resultó bien o no tan bien, se realiza un análisis sistemático del escenario, del caso clínico simulado, mientras que el docente promueve y direcciona a los estudiantes a un pensamiento reflexivo, con comentarios específicos, explicando las diferencias entre la demostración del rendimiento clínico esperado y el observado, centrándose en la aplicación de los conocimientos y el resultado del aprendizaje de los estudiantes de enfermería (6).

### **c) Importancia de la simulación en la enseñanza de enfermería**

En el mundo de hoy después de la pandemia, el paradigma de la educación en la formación de la enfermería ha cambiado, visibilizándose la simulación clínica. Es necesario que lo que los estudiantes aprendan sea relevante. Esta metodología de enseñanza y evaluación sirve como herramienta de ayuda en la formación de saberes de los alumnos para que sean competitivos en el mundo laboral.

Durante el entrenamiento se simula una situación o

caso clínico real y ofrece al alumno una experiencia práctica semejante a aquella que enfrentará en su desempeño profesional, lo cual va a favorecer el cuidado del paciente con calidad y seguridad durante el proceso de su enfermedad. Al interactuar con un entorno simulado, se promueven escenarios de reflexión, donde el trabajo en equipo, la participación activa y el liderazgo enfermero juegan papeles muy importantes para lograr altos estándares de calidad en la atención del paciente y prevenir reacciones y efectos desfavorables en el paciente.

La simulación integra los conocimientos teóricos aprendidos en el aula virtual al entorno clínico, en el que se evaluará la competencia cognitiva, las habilidades, el comportamiento ético y las actitudes del alumno (12). Se puede convertir en un método científico, ya que sigue una serie de procesos e indicaciones y permite elaborar un modelo que permite el estudio de sistemas en forma individual. Un tema de importancia que debe tomarse en consideración es que esta metodología de enseñanza permite al estudiante aprender de sus equivocaciones, puede hacerlo una y otra vez, algo que no se puede hacer en el contexto real, permitiendo la toma de decisiones cuando peligre la vida del paciente. Así, la simulación a través del ensayo-error incrementa los conocimientos científicos del alumno y lo capacita para enfrentarse a la realidad (13).

A través de la simulación se pueden recopilar datos de los procesos simulados, predecir fallas comunes, regresar nuevamente a los simuladores y hacer nuevamente una práctica. Asimismo, los docentes pueden analizar el comportamiento de sus

estudiantes y detectar los problemas más comunes en ellos para poder solucionarlos conjuntamente. En ese sentido, se pasa del modelo de enseñanza aprendizaje que se centra en el docente, al modelo de aprendizaje de enseñanza de aula invertida centrado en el estudiante.

El enfermero no debe ser capacitado solo en procedimientos y la simulación debe comprender la enseñanza donde se cultiven las habilidades de comunicación, empatía, autocrítica y entender que el paciente es un ser humano complejo. Es importante que la simulación no se centre solo en tener equipos de alta tecnología o un gran laboratorio de prácticas, sino que debe capacitar a los docentes en estrategias pedagógicas para llevar a cabo un modelo de desarrollo de competencias y del juicio clínico en enfermería, de acuerdo con el nivel de complejidad en que se encuentre el alumno, lo que permitirá maximizar sus experiencias y lograr un aprendizaje significativo (3). Durante la simulación, es importante que el docente y sus alumnos cuenten con criterios uniformes de atención, para lo cual deben contar con instrumentos de atención como la guía clínica o un checklist, lo cual permitirá el desarrollo de una simulación clínica basada en la evidencia y un lenguaje común para una formación de calidad (3). Para que la simulación sea de calidad, la infraestructura donde se realiza esta enseñanza también debe contar con un espacio físico preparado específicamente para ello como, por ejemplo, salas de urgencia, terapia intensiva, shock trauma, entre otros (14).

#### **d) ¿La simulación reemplaza la práctica clínica?**

El desarrollo de las tecnologías de la información está en auge y con un crecimiento imparable. Debido a la pandemia, los servicios de salud se cerraron para los estudiantes de enfermería y las instituciones de educación superior se vieron obligadas a crear hospitales simulados que aportan grandes beneficios a docentes y alumnos en el pre y posgrado, donde los únicos beneficiados son los sujetos de cuidado durante la práctica formativa.

Al interactuar el estudiante con el simulador, este desarrolla destreza en los procedimientos, autonomía para la toma de decisiones; reflexiona sobre lo bueno o lo malo y actúa con pensamiento crítico durante la atención del paciente para salvarlo de la muerte. Le ayuda a desarrollar un trabajo colaborativo. Entonces, si esta simulación es de alta tecnología y fidelidad, se convierte en la mejor herramienta para el logro de las competencias genéricas y específicas del alumno, lo cual es absolutamente necesario para un óptimo rendimiento laboral (15). Además, la simulación fortalece la cognición del alumno y docente y reconoce los procesos metacognitivos que despliega el aprender (16).

Retomando la interrogante de si la simulación reemplaza a la práctica clínica. Indudablemente, todo profesional de salud reconoce las virtudes de esta estrategia desarrollada a partir de la aeronáutica americana y aplicada en el contexto educativo; sin embargo, la simulación no reemplaza a la práctica clínica, si bien ahora se dispone de diferentes formas de utilizar la simulación, la práctica clínica es única y configura un conjunto de aspectos ambientales, físicos y psicológicos, donde

el paciente espera una intervención sin errores del profesional de la salud que lo está atendiendo, y muchas veces ignora si quien se encarga de su cuidado es o no estudiante.

Centella y Hornero (2017), en el estudio “Entrenamiento basado en la simulación, un cambio necesario en la formación de nuestra especialidad”, sostienen que la simulación quirúrgica facilita la exposición profesional a casos reales y hace hincapié en la existencia de simuladores de baja fidelidad, donde se usan maniqués para fortalecer la destreza en procedimientos clínicos básicos. También hay simuladores de fidelidad intermedia, que integran la utilización de la anatomía con aplicaciones informáticas menos complejas. Los de alta fidelidad hacen uso de sofisticados programas computarizados con maniqués de dimensiones reales, tienen como objetivo que el alumno adquiera competencias en situaciones complejas (17).

En la actualidad, es imperativo considerar a la simulación como un factor en la mejora de la calidad de formación de los estudiantes, contribuyendo a su perfeccionamiento profesional, pero que de ninguna manera reemplaza la práctica clínica ya que son realidades in situ diferentes.

Por más que el entorno de la simulación clínica sea de alta fidelidad y se adquieran competencias actitudinales, procedimentales y cognitivas, existe algo que nunca se podrá lograr con la simulación clínica y es la relación humana que hay entre enfermero y paciente; ese calor humano mediante una relación empática, esa sensibilidad que tiene el enfermero frente a los problemas del paciente, la transmisión de emociones a través de una sonrisa,

una palmada, una mirada sutil, lo que es difícil de ofrecer con el maniquí.

### **e) Oportunidades, retos y desafíos de la simulación en el contexto educativo de enfermería**

La enfermería, al igual que otras disciplinas de la salud, viene aplicando la simulación con mayor tendencia en la enseñanza universitaria del pre y posgrado. Si bien, son pocas las universidades en Perú que tienen una escuela o facultad de enfermería con un centro de simulación, este método estratégico de enseñanza ha ido extendiéndose por su gran impacto en el ámbito educativo internacional.

A pesar del considerable beneficio descrito en la actualidad, se plantean varios retos y desafíos en la enseñanza de enfermería a través de la simulación. Dentro de ellos se debe considerar el equipamiento de módulos de simulación y docentes enfermeros especialistas certificados en entrenamiento de simulación, así como equipos interdisciplinarios que trabajen en la misma línea de formación. Por otro lado, no podemos dejar de mencionar las oportunidades que está generando la simulación para enfermería como, incluir esta estrategia en la formación universitaria como parte de la malla curricular, desarrollar un intenso y sostenido plan de capacitación de docentes, implementar centros de simulación interconectados, desarrollar un sistema de simulación móvil; es decir, llevar la simulación a lugares donde la implementación es poco factible por razones logísticas. Asimismo, nos brinda la posibilidad de desarrollar la simulación in situ o en el campo asistencial. En este último tipo de simulación, que se entiende como la formación que

se basa en la simulación generada en un contexto clínico verdadero con los integrantes del servicio de salud, se pueden identificar los vacíos en la formación, limitaciones del sistema y demás áreas de mejora (18).

Actualmente, no toda la población estudiantil de las especialidades de enfermería cuenta con oportunidades de vivenciar la práctica, por lo que la simulación permite recrear y unificar criterios de producción de material educativo estandarizado. Igualmente, la simulación abre un campo extenso para desarrollar investigación y publicar resultados en la comunidad científica, porque facilita el desarrollo y potencialidad de la creatividad docente, con lo cual se permite validar diferentes escenarios y herramientas de enseñanza y aprendizaje para los distintos programas de posgrado en la carrera de enfermería (19).

Dentro del ámbito de la salud, sobre todo en el campo de la enfermería, resulta oportuna la implementación de simuladores con calidad de elevada fidelidad en el proceso de formación, pues, como se dijo, está generando un interés irrenunciable por la demanda extendida, en razón de sus beneficios para la adquisición de destrezas y aptitudes por los estudiantes y, concomitantemente, aportando normas éticas más seguras para el cuidado de los pacientes. Aunque algunas universidades carecen de un simulador que permita al estudiante el desarrollo de sus habilidades en las prácticas de procedimientos manuales y que incorpore habilidades comunicativas, de pensamiento crítico, reflexión, y toma de decisiones, y que considere al paciente como un ser complejo, debe enseñarse al

estudiante que el enfoque debe ser humanístico e integral (16).

La profesión de enfermería está evolucionando. Respecto a la capacitación en posgrado, el entrenamiento es casi real y no pone en riesgo al paciente ni al estudiante. Con el tiempo, la simulación irá desarrollándose y estará sujeta a evaluaciones institucionales y profesionales clínicas, así como también a evaluaciones para la acreditación de instituciones formadoras/prestadoras de servicios de salud. De otro lado, la enfermería de hoy tiene un gran reto, que es aumentar su producción de investigaciones en el ámbito de la simulación clínica, considerando que, mediante el uso de simuladores, el profesional puede mejorar el cuidado que brinda al paciente. De esta manera, se podría integrar el uso de simuladores, tanto en el área de pregrado como en la formación continua en diferentes especialidades y campos de acción en salud (2).

Asimismo, retomando la simulación in situ como un verdadero desafío en países en desarrollo, hay que rescatar las ventajas que refiere Kurup (2017), de reproducirse en unidades de atención al paciente con escenarios que involucran a profesionales de la salud, en su entorno de trabajo real, brindando oportunidades de capacitar al personal de salud en nuevos procedimientos o mejorar los existentes, además de descubrir amenazas latentes en áreas de atención clínica: además, surge como una alternativa a las simulaciones tradicionales para instituciones que no tienen su propio centro de simulación (20).

Al abordar el tema, también nos hacemos la siguiente interrogante, ¿durante la simulación, los

estudiantes experimentan actividades desafiantes que involucran su autorreflexión? De acuerdo con algunos reportes de estudios realizados, la simulación va más allá del entrenamiento del estudiante, produce respuestas autorreflexivas en la resolución de vacíos y problemas. Por ello, la actividad debe planificarse y desarrollarse con claros objetivos de aprendizaje y corrección de actitudes mal procesadas.

### 3. Discusión y conclusiones

La simulación es un enfoque pedagógico que cada vez es más conocido, didáctico y práctico; es un apoyo para los estudiantes en el desarrollo de las aptitudes requeridas en el ámbito clínico y en la toma de mejores decisiones mediante su aplicación en diferentes situaciones del mundo real. Los enfoques de simulación caen a lo largo de un continuo que va desde la baja fidelidad hasta la alta fidelidad. Dado el alcance logrado por el desarrollo informático y tecnológico, son indiscutibles las ventajas que proporciona cualquier intervención educativa de enfermería basada en simulación. Son diversos los estudios que demuestran importantes efectos educativos, particularmente en el dominio psicomotor. Sin embargo, es necesario reconocer que el efecto no es de forma igualitaria para todos; por ello, es primordial que los alumnos participen de diversas experiencias y situaciones diferentes, para que puedan cumplir con todos los objetivos educativos (21).

La gran utilidad de la simulación en la formación del pregrado en enfermería se ha puesto de manifiesto al brindar oportunidades a los estudiantes de



aprender y mejorar a partir del error, y prepararlos para el campo clínico con habilidades y destrezas entrenadas, y también con un mejor manejo de la ansiedad cuando se enfrenten al paciente real. Esto se pudo evidenciar en estudios como el de Vural y Zengin (2019), donde los resultados mostraron que el uso del simulador de alta fidelidad en la educación de enfermería fue más efectivo que el método tradicional, respecto a la mejora del conocimiento de los estudiantes, de los niveles de habilidad para la auscultación cardíaca y de la reducción de su ansiedad (22).

Se ha consensuado que la simulación aplicada en la enseñanza superior ha mejorado la seguridad intray extrahospitalaria del paciente. Según el reporte del Instituto Nacional de Medicina de Estados Unidos de América, antes se producían aproximadamente 98 mil muertes anuales por errores médicos, cifras que superaban las muertes por otras enfermedades de alta prevalencia (23).

Estudios de América Latina, el Caribe, España y Portugal, indican que unas 400,000 muertes anuales se producen por errores clínicos, una cifra similar a la mortalidad por problemas sociales como tabaquismo, alcohol, drogas, entre otros. Quiere decir que, si sumáramos todos esos factores, en un hospital es mucho más peligroso y fácil de contraer la muerte que en otro lugar (24).

Por otro lado, la simulación clínica para muchas universidades es un método innovador, que permite al estudiante adquirir competencias. Sin embargo, la simulación no suple las prácticas clínicas habituales, sino es un complemento que tiene como ventaja que el estudiante pueda aprender en un ambiente controlado en donde se le permita

tener errores y pueda desarrollar sus habilidades técnicas, desde la más simple como canalizar una vía periférica hasta la más compleja como, por ejemplo, asistir en un paro cardiorrespiratorio (25). En este enfoque, fortalece el trabajo en equipo, motiva y afianza el liderazgo de enfermería frente a determinados procesos de atención sanitaria. El uso de maniqués de diferentes fidelidades, o actores simulados, complementan un centro de simulación equipado; igualmente, contar con docentes capacitados y comprometidos para el desarrollo de la simulación, es esencial para que esta estrategia sea exitosa en la enseñanza de nuevos profesionales de la salud.

Dentro del escenario simulado, el debriefing se considera como el alma y corazón de la simulación clínica, porque permite la autorreflexión del estudiante participante, reconociendo sus propios errores y los orígenes de estos con la ayuda del docente facilitador para retroalimentar su rendimiento.

Como retos y desafíos de la simulación en la formación universitaria de enfermería, consideramos su incorporación en el currículo académico desde los ciclos básicos hasta los más avanzados de manera universal. En virtud de los beneficios expuestos, la simulación como parte de la educación superior, no puede ser pospuesta en un mundo globalizado y encaminado por la utilización de las tecnologías de la información y comunicación (TIC), cuya tendencia cambió los paradigmas usados en la educación tradicional. Los actores, como estudiantes y docentes, estamos obligados a dar un giro sustancial en la forma de afrontar los procesos de enseñanza y aprendizaje.



Finalmente, podemos concluir que la simulación es una tendencia que ha crecido y se ha fortalecido como un método pedagógico de enseñanza y aprendizaje en la educación universitaria; en particular, en carreras de ciencias de la salud como enfermería, proporcionando ventajas a los estudiantes en el logro de las competencias y habilidades antes de confrontarse con la realidad. Por otro lado, la simulación contribuye de manera importante en la seguridad del paciente, ya que “el error humano” de los estudiantes en el campo clínico será menos con una adecuada preparación en centros de simulación clínica de los centros de educación superior.

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

#### 4. Referencias

1. Bland AJ, Topping A, Wood B. A concept analysis of simulation as a learning strategy in the education of undergraduate nursing students. *Nurse Educ Today* [Internet]. 2011 [Citado el 25 de noviembre de 2022]; 31(7): 664-7. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2010.10.013>.
2. Urra E, Sandoval S, Irribarren F. El desafío y futuro de la simulación como estrategia de enseñanza en enfermería. *Investigación en educación médica* [Internet]. 2017 [Citado el 26 de noviembre de 2022]; 6(22): 119-25. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-investigacion-educacion-medica-343-articulo-el-desafio-futuro-simulacion-como-S2007505717301473>.
3. Quirós SM, Vargas MAO. Simulación clínica: una estrategia que articula prácticas de enseñanza e investigación en enfermería. *Texto contexto - enferm.* [Internet]. 2014 [Citado el 26 de noviembre de 2022]; 23(4): 817-8. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/0104-07072014001200edt>.
4. Sanford PG. Simulation in nursing education: A review of the research. *The Qualitative Report* [Internet]. 2010 [Citado el 28 de noviembre de 2022]; 15(4): 1006-11. Disponible en: <https://doi.org/10.46743/2160-3715/2010.1196>.
5. Dunnington RM. The nature of reality represented in high fidelity human patient simulation: philosophical perspectives and implications for nursing education. *Nurs Philos* [Internet]. 2014 [Citado el 28 de noviembre de 2022]; 15(1): 14-22. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/nup.12034>.
6. Amaro-López, L, Hernández-González PL, Hernández-Blas, A, Hernández-Arzola LL. La simulación clínica en la adquisición de conocimientos en estudiantes de la Licenciatura de Enfermería. *Enferm univ.* [Internet]. 2019 [Citado el 30 de noviembre de 2022]; 16(4): 402-13. Disponible en: <https://doi.org/10.22201/eneo.23958421e.2019.4.543>.
7. Tortojada A, García P, Balaguer E, Camaño R. Innovación Educativa y Simulación clínica en la Docencia Universitaria de Enfermería. En: Perez S, Akombo D, editores. *Research, technology and best practices in Education* [Internet]. Eindhoven: Adaya Press; 2019. [Citado el 1 de diciembre de 2022] p. 134-42. Disponible en: <https://www.adayapress.com/wp-content/uploads/2019/07/RTB13.pdf>.
8. Castillo LC, Maas L. Percepción de satisfacción de los estudiantes de enfermería en el uso de la simulación clínica. *Ra Ximhai.* [Internet].

2017[Citado el 1 de diciembre de 2022] 13(2): 63-76. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=46154510005>.

9. Juguera L, Díaz JL, Perez ML, Leal C, Rojo A, Ehevarria P. La simulación clínica como herramienta pedagógica. Percepción de los alumnos de Grado en Enfermería en la UCAM (Universidad Católica San Antonio de Murcia). *Enferm glob.* [Internet]. 2014 [Citado el 1 de diciembre de 2022]; 13(33) : 175-90. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/eg/v13n33/docencia3.pdf>.

10. Astudillo A, López MA, Cádiz V, Fierro J, Figueroa A, Vilches N. Validación de la encuesta de Calidad y Satisfacción de Simulación Clínica en estudiantes de Enfermería. *Cienc enferm.* [Internet]. 2017[Citado el 2 de diciembre de 2022]; 23(2): 133-45. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532017000200133>.

11. Cabrera Coyago JG, Herrera González NK. Satisfacción del aprendizaje en simulación clínica en enfermería de la Universidad de Cuenca, 2017 [Tesis de pregrado]. Cuenca: Universidad de Cuenca; 2018. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/29948>.

12. De la Horra, I. La simulación clínica como herramienta de evaluación de competencias en la formación de enfermería. *REDUCA (Enfermería, Fisioterapia y Podología)* [Internet]. 2010[Citado el 3 de diciembre de 2022]; 2(1): 549-80. Disponible en: <http://www.revistareduca.es/index.php/reduca-enfermeria/article/view/179/207>.

13. Casal MC. La simulación como metodología para el aprendizaje de habilidades no técnicas en Enfermería [Tesis doctoral]. Valencia: Universitat de Valencia; 2016. Disponible en: <https://core.ac.uk/>

<download/pdf/71059825.pdf>.

14. Maestre JM, Sancho R, Rábago JL, Martínez A, Rojo E, del Moral I. Diseño y desarrollo de escenarios de simulación clínica: análisis de cursos para el entrenamiento de anesestesiólogos. *FEM* [Internet]. 2013[Citado el 3 de diciembre de 2022];16(1): 49-57. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.4321/S2014-98322013000100009>.

15. Altamirano JE. La simulación clínica: Un aporte para la enseñanza y aprendizaje en el área de obstetricia. *Educare* [Internet]. 2019[Citado el 3 de diciembre de 2022]; 23(2): 1-21. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.15359/ree.23-2.9>.

16. Piña-Jiménez I, Amador-Aguilar R. La enseñanza de la enfermería con simuladores, consideraciones teórico-pedagógicas para perfilar un modelo didáctico. *Enferm univ.* [Internet]. 2015[Citado el 4 de diciembre de 2022]; 12(3): 152-9. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.reu.2015.04.007>.

17. Centella T, Hornero F. Entrenamiento basado en la simulación: un cambio necesario en la formación de nuestra especialidad. *Cirugía cardiovascular* [Internet]. 2017[Citado el 4 de diciembre de 2022]; 24(4): 187-9. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-cirugia-cardiovascular-358-articulo-entrenamiento-basado-simulacion-un-cambio-S1134009617300931>.

18. Alkhulaif A, Julie I, Barton J, Nagle E, Yao A. Implementation of In-Situ Simulation Training: Advantages, Challenges and Obstacles [Internet]. Halldale Group. 2015 [Citado el 18 de enero de 2021]. Disponible en: <https://www.halldale.com/articles/13025-implementation-of-in-situ-simulation-training-advantages-challenges-and-obstacles?v=preview>.

19. Hilario-Huapaya N. Simulación en enfermería: Desafíos y oportunidades para aplicarla en la docencia de la especialidad. *Revi enferm Herediana*. [Internet]. 2018 [Citado el 18 de junio de 2022]; 11(1): 1-3. Disponible en: <https://doi.org/10.20453/reneh.v11i1.3518>.
20. Kurup V, Matei V, Ray J. Role of in-situ simulation for training in healthcare: opportunities and challenges. *Curr Opin Anaesthesiol*. [Internet]. 2017 [Citado el 20 de junio de 2022]; 30(6): 755-60. Disponible en: <https://doi.org/10.1097/aco.0000000000000514>.
21. Kim J, Park JH, Shin S. Effectiveness of simulation-based nursing education depending on fidelity: a meta-analysis. *BMC Med Educ*. [Internet]. 2016-05 [Citado el 20 de junio de 2022]; 16: 152. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12909-016-0672-7>.
22. Vural Doğru B, Zengin Aydın L. The effects of training with simulation on knowledge, skill and anxiety levels of the nursing students in terms of cardiac auscultation: A randomized controlled study. *Nurse Educ Today*. [Internet]. 2020 [Citado el 25 de junio de 2022]; 84: 104216. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2019.104216>.
23. Fernández SB. El error médico como causa de muerte. *Boletín CONAMED* [Internet]. 2016 [Citado el 25 de junio de 2022]; 26-31. Disponible en: [http://www.conamed.gob.mx/gobmx/boletin/pdf/boletin6/error\\_medico.pdf](http://www.conamed.gob.mx/gobmx/boletin/pdf/boletin6/error_medico.pdf)
24. Lizarazo F. Simuladores para la enseñanza de la medicina o simulación de la enseñanza. *Rev Horiz Med*. [Internet]. 2012 [Citado el 28 de junio de 2022]; 12(1): 6-7. Disponible en: <https://www.horizontemedico.usmp.edu.pe/index.php/horizontemed/article/view/89/86>.
25. Gómez-López L, Tena-Blanco B, Bergè-Ramos R, Coca-Martínez M, Forero-Cortés C, Gomar-Sancho C. Nueva plantilla para diseñar escenarios de simulación: interrelación de elementos en un vistazo. *Educ Medica*. [Internet]. 2018 [Citado el 30 de junio de 2022]; 19(3): 350-9. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.edumed.2017.12.001>

# ESTILOS DE VIDA SALUDABLE Y CAPACIDAD LABORAL DESDE LA ENFERMERÍA PREVENTIVA Y DEL TRABAJO

## HEALTHY LIFESTYLES AND WORK CAPACITY FROM PREVENTIVE AND OCCUPATIONAL NURSING

Daniela Ramírez Juárez<sup>1</sup>, Alba Luz Robles Mendoza<sup>2</sup>

Citar como:

Ramírez D y Robles A. Estilos de vida saludable y capacidad laboral desde la Enfermería preventiva y del trabajo. Rev. Recien. 2023; 12(2)

Correspondencia:

Daniela Ramírez Juárez  
[cometmaid@gmail.com](mailto:cometmaid@gmail.com)

Recibido: 26/01/2023

Aprobado: 15/03/2023

En línea:

### Resumen

Introducción: Las enfermedades crónicas a nivel laboral son un factor de riesgo ocupacional y psicosocial traducido en altos costos económicos. Por tanto, las empresas se consideran lugares estratégicos para el fomento de Estilos de Vida Saludable (EVS), ya que mejoran las condiciones laborales. Método: Estudio cuantitativo con diseño preexperimental de antes y después con un solo grupo control e intervención. Consistió en un taller de EVS integrado por tres unidades didácticas: bienestar físico, mental y psicosocial. Se realizaron mediciones antropométricas antes y después de la intervención para la detección de factores de riesgo de enfermedades crónicas y se aplicó un instrumento con escala Likert de 12 ítems que midió la capacidad laboral y los EVS. Se eligió la muestra con la fórmula para variables cuantitativas y poblaciones finitas, de 347 empleados de una tienda departamental a 159 trabajadores elegidos por invitación directa. Resultados: Se observaron cambios en las mediciones antropométricas, una reducción de 0.34 kg/m<sup>2</sup> en el IMC, así como un aumento de 0.24 horas utilizadas para dormir. También, se encontraron cambios después de la aplicación del taller en los apartados de bienestar físico y psicosocial, y en el instrumento se mostró un aumento en la post evaluación dentro de los EVS moderado a alto. Conclusiones: es importante

<sup>1</sup> Licenciada en Enfermería por la Universidad Veracruzana. Maestra en Enfermería del Posgrado de la UNAM, México. [cometmaid@gmail.com](mailto:cometmaid@gmail.com) <https://orcid.org/0000-0002-6381-455X>

<sup>2</sup> Académica de la Carrera de Psicología en la FES Iztacala UNAM. Licenciada en Psicología. Maestra en Modificación de conducta. Doctora en Ciencias penales y política criminal. Tutora del Programa de Maestría en Enfermería en el Posgrado de la UNAM, México. [albaluz.robles@iztacala.unam.mx](mailto:albaluz.robles@iztacala.unam.mx) <https://orcid.org/0000-0003-3778-4083>

---

el trabajo con grupos en centros laborales donde se diseñen intervenciones que fomenten EVS, ya que generan cambios positivos en el personal y una mayor motivación para el trabajo diario.

**Palabras clave:** Estilo de Vida Saludable, Enfermería del trabajo, Salud Laboral, Rendimiento laboral.

### **Abstract**

**Introduction:** Chronic diseases at the work level are an occupational and psychosocial risk factor translated into high economic costs. Therefore, companies are considered strategic places for the promotion of Healthy Lifestyles (EVS) since they improve working conditions. **Method:** Quantitative study with a pre-experimental design of before and after with a single control and intervention group. It consisted of an EVS workshop made up of three didactic units: physical, mental, and psychosocial well-being. Anthropometric measurements were taken before and after the intervention to detect risk factors for chronic diseases and an instrument with a 12-item Likert scale was applied to measure work capacity and EVS. The sample was chosen with the formula for quantitative variables and finite populations, from 347 employees of a department store to 159 workers chosen by direct invitation. **Results:** Changes in anthropometric measurements were observed, a reduction of 0.34 kg/m<sup>2</sup> in BMI, as well as an increase of 0.24 hours spent sleeping. Also, changes were found after the application of the workshop in the sections of physical and psychosocial well-being, and the instrument showed an increase in the post-evaluation within the moderate to high EVS. **Conclusions:** it is important to work with groups in work centers where interventions that promote EVS are designed, since they generate positive changes in the personnel and a greater motivation for daily work.

**Keywords:** Healthy Lifestyle, Occupational Health Nursing, Occupational Health, Work Performance.

## 1. Introducción

A nivel mundial se reporta que en 2020 la población activa laboralmente es de 3.388 millones de empleados (1), de los cuales la Organización Internacional del Trabajo (OIT) (2), así como Pelayo y Gómez (3) refieren que las personas ocupan la mayoría de su tiempo en el trabajo; aproximadamente, dos tercios de su vida.

Ante tal situación, la Pan American Health Organization (PAHO) (4), menciona que es necesario implementar programas de intervención orientados a la mejora del bienestar de las y los trabajadores. La prevención de riesgos de trabajo y el fomento de los Estilos de Vida Saludable (EVS) suponen una estrategia eficiente para la reducción de costos empresariales y para la plantilla laboral se plantean como una respuesta para protección y resguardo de su salud y vida.

La salud y los EVS son considerados elementos de la vida que interactúan con el trabajo por lo que se valoran como un aspecto clave que influye en el equilibrio entre la vida personal y laboral, ya que la satisfacción laboral y una salud óptima influyen de forma positiva en la capacidad laboral (5).

En tal sentido, los EVS son definidos como todas aquellas conductas que se asumen propias dentro de la vida cotidiana de las personas y que influyen de manera positiva en el bienestar físico, mental y social los cuales, al verse alterados, determinan la presencia de factores de riesgo y/o protectores para el bienestar personal (6).

Para América Latina, PAHO (4) refieren que la población laboral está conformada por 484,7 millones de personas, las cuales se encuentran

en exposición constante a riesgos diversos por enfermedades crónicas no transmisibles (ENT), estas son definidas como un grupo de patologías no derivadas de infecciones agudas que generan consecuencias y tratamientos a largo plazo pero que pueden ser prevenidas mediante la reducción de factores riesgo comportamentales modificables como la inactividad física, consumo de alcohol y tabaco, entre otros. Dentro de este grupo, se encuentran principalmente enfermedades cardiovasculares, diabetes, enfermedades pulmonares crónicas y cánceres, siendo consideradas como la mayor causa de muerte en la región (6).

Es importante señalar que las ENT según datos de la World Health Organization (WHO) (7), son responsables del 71% de las muertes que se producen en el mundo, de las cuales 15 millones se producen entre los 30 a 69 años, considerándose muertes prematuras debido a la exposición a factores de riesgo que las favorecen. Destaca el consumo de tabaco y la práctica de actividad física insuficiente que son responsables de más de 7,2 y 1,6 millones de muertes anuales respectivamente. Derivado de lo anterior, las enfermedades procedentes de la presencia crónica de factores de riesgo se traducen en un alto costo para los empleadores, debido al ausentismo laboral y un menor rendimiento en el trabajo, generando reducción de productividad en los centros laborales y poca motivación e interés en su plantilla de trabajo (6).

Por otro lado, la capacidad laboral se precisa como la relación entre distintos recursos personales (tales como estado de salud de la persona) y de empleo



(por ejemplo, habilidades físicas y mentales, así como capacidades y habilidades específicas que requiere el empleo) los cuales generan una interacción y una respuesta determinada en un entorno laboral (8).

En este sentido, se ha propuesto a los centros laborales como un sitio de vital importancia para promover la salud y de igual manera fomentar los EVS para generar condiciones laborales saludables, seguras y a la vez aumente la productividad del personal (9).

El bienestar del personal dentro de los centros laborales es muy importante. La prevención de riesgos de trabajo y el fomento de los estilos de vida saludable suponen una estrategia eficiente para la reducción de costos, por lo que los programas de prevención e intervención en el lugar de trabajo se plantean como una respuesta para la protección y resguardo de la salud y la vida de las y los empleados (10). Esta función es parte de los objetivos que la Enfermería preventiva y del trabajo realiza en su quehacer profesional.

La Enfermería del trabajo, llamada también organizacional, de salud ocupacional o industrial se define como la prevención, intervención y conservación de la salud del trabajador o trabajadora dentro del campo laboral, la cual abarca desde accidentes de trabajo, enfermedades profesionales o rehabilitaciones por incapacidad hasta higiene del trabajo, control de riesgo y prevención comunitaria que conlleva la seguridad como saneamiento de la empresa y bienestar de las y los trabajadores (11).

Ante esta figura profesional, este estudio tiene por objetivo analizar si el efecto de una intervención

de Enfermería de salud ocupacional en estilos de vida saludable impacta en la capacidad laboral del personal de trabajo de una empresa departamental situada en Orizaba, Veracruz, México.

## 2. Metodología

Tipo y diseño de estudio:

Para esta investigación se realizó un estudio de tipo cuantitativo, pre-experimental con diseño preprueba - posprueba con un solo grupo. Este tipo de diseño permite la aplicación de una prueba previa y posterior a una intervención y determina los niveles que posee un grupo frente a variables de tipo dependientes antes y después de un estímulo (12). En este sentido, las dos principales variables de interés de este estudio: estilos de vida saludable traducidos como conductas propias de la vida cotidiana que influyen de manera positiva en distintas esferas de bienestar de las personas (13) y la capacidad laboral donde la interacción de diversos recursos personales, así como el estilo de vida influyen en las y los trabajadores para realizar su trabajo (14).

Para la selección del personal participante, se realizó un cálculo del tamaño de la muestra a través de la fórmula para variables cuantitativas y poblaciones finitas (12) de una población de 347 trabajadores, seleccionándose 159 empleados y empleadas de una empresa ubicada en Orizaba, Veracruz, México. Esta empresa es de tipo departamental la cual se dedica a la atención de clientes, así como la compra y venta de artículos diversos al menudeo. El personal participante no fue elegido de forma aleatoria, sino que fue invitado a participar de manera voluntaria



por lo que, dentro de los criterios de inclusión, se consideró personal que primeramente contara con el consentimiento informado firmado, autorización de participación por parte de las jefaturas de departamento, nivel de estudios mínimo de bachillerato, así como una antigüedad laboral mínima de un año en la empresa. Por el contrario, para los criterios de exclusión, se descartó a todo aquel personal que no contara con los requisitos antes señalados.

Para la recolección de datos se empleó un instrumento ad hoc que evaluó la capacidad laboral a través de los estilos de vida saludable. Este instrumento fue aplicado en tres momentos específicos: antes y después de la intervención, y en la etapa del seguimiento, tres meses después de la aplicación del taller.

El instrumento constó de 12 ítems dividido en cuatro apartados; el primer apartado contuvo datos sociodemográficos tales como edad, sexo, estado civil, área de trabajo, antigüedad laboral y antigüedad en el puesto. El segundo apartado evaluó áreas relacionadas con el bienestar físico y la alimentación; el tercero consideró el área de bienestar mental y el último apartado valoró el área de bienestar psicosocial. Los apartados anteriores fueron contestados a través de una escala tipo Likert con cinco opciones de respuesta: nunca, casi nunca, a veces, casi siempre y siempre.

Es importante mencionar que el instrumento utilizado fue sometido a validez de contenido y constructo durante los meses de junio y julio de 2021 a través del método de jueceo de expertos por tres profesionales de la Enfermería con amplia experiencia sobre el tema de estilos de vida

saludable. Esta validación sirvió para realizar las modificaciones pertinentes al instrumento en la redacción de los ítems y concepto de los constructos utilizados en el mismo. Posteriormente, se realizó una prueba piloto aplicada al 10% del total de la muestra calculada. La aplicación fue llevada a cabo en otra empresa con características similares a la tienda departamental estudiada. De la aplicación, se obtuvo la ponderación de puntajes, considerando 12 puntos como mínimo y 60 como máximo y se realizaron puntos de corte divididos en Estilos de Vida Saludable (EVS) bajo, moderado y alto.

Con respecto a la intervención, se realizó un taller de tres sesiones con una duración de dos horas cada una realizado cada quince días. Cada sesión desarrollaba un área de bienestar: físico, mental y psicosocial, donde se hacían actividades específicas que incluyeran estrategias de prevención de enfermedades, higiene laboral, nutrición, manejo de conflictos, entre otras.

Inicialmente, se realizó la gestión con las autoridades de la empresa para la presentación de la propuesta de intervención y fuera considerada como un programa de salud en Enfermería laboral. Posteriormente, se realizó la difusión e invitación abierta al taller por medio de carteles y correos electrónicos e ir integrando los grupos de 15 participantes. Previo al taller, se elaboró un expediente clínico con antecedentes patológicos y hereditarios respecto a enfermedades crónicas no transmisibles, la toma de medidas antropométricas, así como la aplicación del instrumento de evaluación de los EVS.

Al concluir las sesiones del taller y pasados tres meses, nuevamente se aplicó el instrumento de

medición como parte del seguimiento, así como una nueva toma de medidas y datos para el expediente clínico.

Para la organización, procesamiento de la información y análisis estadístico correspondiente, se utilizó el software Estadístico para las Ciencias Sociales versión 25 (SPSS V25), el cual es un programa utilizado para la consulta, análisis y relación de datos y variables.

Es importante mencionar que la intervención, así como el estudio fueron aprobados por la comisión de Ética de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala (FES Iztacala) de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) haciendo uso en todo momento del consentimiento informado por escrito para respetar la participación libre y voluntaria del personal participante.

### 3. Resultados y discusión

El taller de intervención fue aplicado a 159 participantes, en 10 grupos de 15 participantes y uno de 9 integrantes. La muestra total consistió de 66% mujeres y 34% hombres, siendo 65% solteras(os) y 98% del personal que corresponde al departamento de ventas. En cuanto a la edad, la media fue de 28 años (+4.94), donde la edad mínima de participación fue de 20 años y la máxima de 46 años.

En lo que respecta a los resultados de las variables clínicas, en los Antecedentes Personales No Patológicos (APNP), más de la mitad del personal participante consume alcohol y cigarro, la presencia de estos hábitos se consideran no saludables, lo que afecta su estilo de vida. Para las variables

modificables antes y después de la intervención, se encontró un aumento de 0.24 horas en el número de horas que el personal dedica a su descanso, esto indica que el personal reconoce la importancia del sueño y un buen descanso para aumentar su capacidad laboral durante su jornada en el trabajo. Además, se obtuvo una reducción en el peso promedio del personal reflejado en el Índice de Masa Corporal (IMC) con una diferencia de 0.34 puntos al término de la intervención. Con lo anterior se demuestra que un estilo de vida saludable donde se practiquen hábitos correctos de alimentación balanceada combinados con actividad física mejora la condición física del personal (Tabla 1).

**Tabla 1.** Variables clínicas antes y después de la intervención

Variables clínicas antes y después de la intervención		
Variable	Frecuencia	Porcentaje
APNP: consumo de alcohol		
Si	32	71%
No	13	29%
APNP: consumo de cigarro:		
Si	29	64%
No	16	35%
Horas de sueño		
Antes	R= 3 (5-8)	X= 6.89 ( $\pm$ 0.910)
Después	R=2 (6-8)	X= 7.13 ( $\pm$ 0.726)
IMC del personal		
Antes	R=11.88 (19.70 – 31.58)	X= 24.70 ( $\pm$ 2.56)
Después	R=11.57 (19.38-30.95)	X= 24.44 ( $\pm$ 2.35)
Nota: APNP (Antecedentes Personales No Patológicos), Índice de Masa Corporal (IMC), R (rango), X (media).		

De forma comparativa, se observó un aumento en las medias de puntuación en el postest de algunos apartados. Tal es el caso del apartado de bienestar físico que aumentó 1.42 puntos mientras que el apartado de bienestar psicosocial incrementó 1.48 puntos. En lo que respecta al apartado de bienestar mental, no se observaron cambios, pues se mantuvo la puntuación antes y después de la intervención (Figura 1).

Asimismo, en la Figura 2, podemos observar el

aumento de los estilos de vida saludable (EVS) en la muestra estudiada. No se encontraron participantes con EVS bajo antes ni después del taller. Sin embargo, en el pretest, la mayoría del personal (77.4%) obtuvo un nivel de EVS moderado y el resto del personal (22.6%) obtuvo un EVS alto. Posterior a la intervención, se observa un mantenimiento del nivel de EVS moderado (76.7%) y un aumento mínimo de participantes con un EVS alto (23.3%).

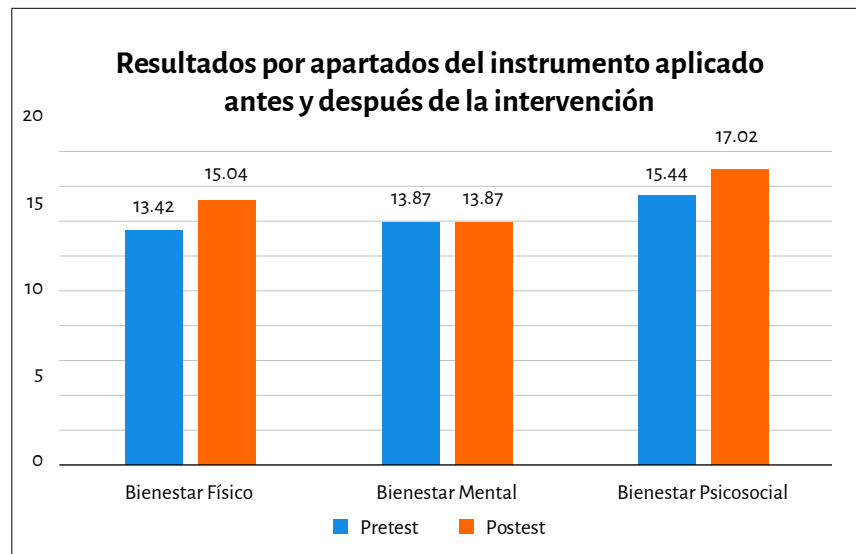


Figura 1. Resultados por apartados del instrumento aplicado antes y después de la intervención

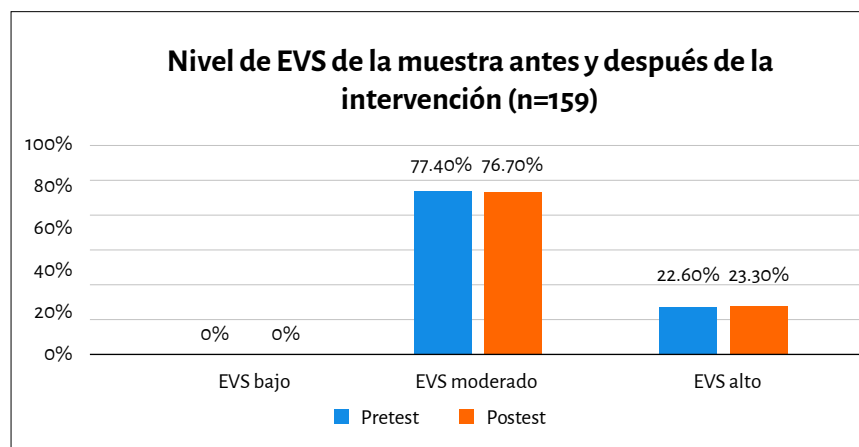


Figura 2. Nivel de EVS de la muestra antes y después de la intervención (n=159)

Para elegir el tipo de estadística que se utilizaría para el análisis, se aplicó la prueba de normalidad a los datos recolectados con el instrumento de medición y de acuerdo con el número de muestra calculado, se procedió a aplicar la prueba de

Kolmogorov-Smirnov obteniendo una significancia  $<0.001$  lo que demostró normalidad en los datos y, por lo tanto, consistencia tanto de los ítems como del mismo instrumento (Tabla 2).

**Tabla 2.** Prueba de normalidad Kolmogorov-Smirnov de los datos recolectados ( $p < 0.001$ )

Prueba de normalidad Kolmogorov-Smirnov de los datos recolectados ( $p < 0.001$ )			
Variable	Estadístico	Gl	p
Puntaje pretest	0.110	159	0.000
Puntaje postest	0.135	159	0.000

Nota: gl (grados de libertad), p (nivel de significancia)

Posterior a la evaluación de la normalidad de los datos, se realizó un análisis inferencial para identificar si los EVS del personal laboral de la empresa son diferentes antes y después de haber aplicado una intervención de Enfermería. Los datos fueron sometidos a la prueba estadística T para muestras relacionadas, la cual es una prueba utilizada para conocer la diferencia entre muestras

pareadas o en un antes y después, tal como es el caso del presente estudio (12).

Se analizaron las medias de los puntajes pretest ( $X = 42.69$ ) y postest ( $X = 43.26$ ) del nivel de EVS del personal y no se encontraron diferencias estadísticamente significativas ( $t = -1.231$ ,  $gl = 158$ ,  $p = 0.220$ ) (Tabla 3).

**Tabla 3.** Prueba t para muestras relacionadas del pre y postest del taller de EVS ( $p < 0.005$ )

Prueba t para muestras relacionadas del pre y postest del taller de EVS ( $p < 0.005$ )					
	Inferior	Superior	T	Gl	P
PRETEST – POSTEST	- 1.507	0.350	-1.231	158	0.220

Nota: IC 95% (intervalo de confianza), gl (grados de libertad), p (nivel de significancia)

Si bien no se encontraron diferencias considerables en el antes y después de la intervención, este estudio contó con una tercera medición al realizar un seguimiento a los tres meses de aplicada la

intervención, en la cual sí se encontraron resultados de cambios significativos versus la medición previa a la intervención, lo cual es importante rescatar, ya que el concepto de EVS dicta una forma de conducir

hábitos y comportamientos de manera sostenida en el tiempo como resultado de la interacción de diversos factores como hábitos alimenticios, físicos, de sueño y metabólicos que también demostraron diferencias indicativas en este estudio. Estos elementos nos indican entonces una evolución positiva de hábitos que van encaminados a largo plazo a un estilo de vida saludable más alto.

Con respecto al análisis de los resultados de las variables clínicas, en los Antecedentes Personales No Patológicos (APNP), más de la mitad del personal participante consume alcohol y cigarro, la presencia de estas adicciones en la plantilla laboral se consideran no saludables pues afectan el estilo de vida. De manera similar, en el estudio de Strickland et al (15) mencionan que más de la mitad de los trabajadores de su muestra consumían alcohol de manera frecuente combinado con el consumo del tabaco, identificados como hábitos no saludables que pueden aumentar la mortalidad por trastornos asociados con estas sustancias.

Para las variables modificables antes y después de la intervención, se encontró un aumento de 0.24 horas en el número de horas que el personal dedica a su descanso, esto indica que el personal reconoce la importancia del sueño y un buen descanso para aumentar su capacidad laboral durante su jornada en el trabajo, lo anterior es similar a lo investigado por Mokarami et al (16), pues concluyen que la población trabajadora que posee una buena calidad del sueño posee una alta capacidad laboral. Por su parte, De Lille et al (17), identificaron al correcto sueño y descanso como uno de los pilares fundamentales para gozar de una buena salud y lo consideran una fortaleza personal de cualquier

trabajador.

En el estudio elaborado por Oellingrath et al (18), al investigar la asociación entre múltiples factores de riesgo del estilo de vida y la capacidad laboral, comentan que una dieta balanceada y el ejercicio físico mejora la capacidad de trabajo, previene enfermedades crónicas y mejora la calidad de vida relacionada con la salud.

Finalmente, cabe destacar que la presente investigación no está exenta de limitaciones. En el caso del método y diseño, una limitante importante se encontró en la falta de aleatoriedad para elaborar los subgrupos de trabajo; ya que el personal participante fue invitado y reclutado conforme su llegada, por lo que, se recomienda que en estudios futuros se considere este elemento para obtener una homogeneidad en los subgrupos necesarios.

Asimismo, se sugiere complementar este tipo de estudios con diseños cualitativos con el objetivo de registrar las experiencias vividas durante los talleres y de esta manera lograr una mayor motivación de las y los participantes para generar cambios más significativos de las conductas en salud de las poblaciones laborales.

#### 4. Conclusiones

La presente investigación permitió el análisis de una intervención en Estilos de Vida Saludable y su impacto en la capacidad laboral del personal de trabajo de una empresa en Orizaba, Veracruz, México.

Derivado de lo anterior, se denota la importancia y relevancia de formar grupos de trabajo en los centros laborales donde, se diseñen intervenciones

o estrategias en el campo de la promoción de la salud para fomentar Estilos de Vida Saludable, pues generan un cambio positivo el cual se refleja en los ámbitos físico, mental y psicosocial de cada integrante de las plantillas laborales, lo que trae consigo trabajadores más capaces y productivos en sus áreas.

Finalmente, se destaca la relevancia del actuar del personal de Enfermería en los centros de trabajo, ya que representa una gran oportunidad para todas y todos los profesionales de desarrollarse en el área de salud ocupacional, poner en práctica sus habilidades y de esta forma llevar a cabo este tipo de intervenciones con el motivo de generar un beneficio a las plantillas laborales, aportar a la creación de entornos laborales saludables así como contribuir a la creación de nuevas habilidades además de conocimientos en esta área. Asimismo, se sugiere complementar este tipo de estudios con diseños cualitativos con el objetivo de registrar las experiencias vividas durante los talleres y de esta manera lograr una mayor motivación de las y los participantes para generar cambios más significativos de las conductas en salud de las poblaciones laborales.

## 5. Referencias

1. The World Bank. Labor force, total [Internet]. 2020 [Citado el 12 de marzo 2022]. Disponible en: <https://datos.bancomundial.org/indicador/SL.TLF.TOTL.IN>
2. Organización Internacional del Trabajo. Reflexiones sobre el trabajo: visiones desde el cono sur de América Latina en el Centenario de la OIT. 2019
3. Pelayo, A, Gómez L. Estilos de vida saludables en trabajadores: análisis bibliométrico (2011-2020). Dilemas Contemporáneos: Educación, Política y Valores [Internet]. 2020 [Citado el 13 de marzo 2022]; 7(27): 7-11. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/dilemas/v8nspe5/2007-7890-dilemas-8-spe5-00027.pdf>
4. Panamerican Health Organization. Worker's Health - Resources - FAQs. [Internet]. 2021 [Citado el 17 de marzo 2022]. Disponible en: [https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=1527:workers-health-resources&Itemid=1349&limitstart=2&lang=en](https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=1527:workers-health-resources&Itemid=1349&limitstart=2&lang=en)
5. López PMG, Amador RF, Rodríguez MG, González MA, Álvarez PS. Capacidad de trabajo percibida y su relación con factores individuales y laborales en trabajadores envejecidos del segundo nivel de atención. RCST. [Internet]. 2019 [Citado el 17 de marzo 2022]; 20(1): 11-19. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubsaltra/cst-2019/cst191b.pdf>
6. Paredes FG, Ruiz DL, González CN. Hábitos saludables y estado nutricional en el entorno laboral. Rev Chil Nutr. [Internet]. 2018 [Citado el 18 de marzo 2022]; 45(2): 119-127. Disponible en: [doi:10.4067/s0717-75182018000300119](https://doi.org/10.4067/s0717-75182018000300119)
7. World Health Organization. Noncommunicable diseases [Internet]. 2021 [Citado el 16 de marzo 2022]. Disponible en: [https://www.who.int/health-topics/noncommunicable-diseases#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/noncommunicable-diseases#tab=tab_1)
8. Rothmore P, Gray J. Using the Work Ability Index to identify workplace hazards. Work [Internet]. 2019 [Citado el 16 de marzo 2022]; 62(2): 251-259. Disponible en: [doi:10.3233/WOR-192860](https://doi.org/10.3233/WOR-192860)



9. Patrick D, Getzmann S, Brode P, Burke M, Cadenas C, et al. Impact of Biological and Lifestyle Factors on Cognitive Aging and Work Ability in the Dortmund Vital Study: Protocol of an Interdisciplinary, Cross-sectional, and Longitudinal Study. JMIR Res Protoc. [Internet]. 2022 [Citado el 16 de marzo 2022]; 11(3). Disponible en: doi: 10.2196/32352
10. Calpa PMA, Santacruz BGA, Álvarez BM, Zambrano GCA, Hernández NEL, Matabanchoy J. Promoción de estilos de vida saludable: estrategias y escenarios. Hacia. Promoc. Salud. [Internet]. 2019 [Citado el 17 de marzo 2022]; 24(2): 139-155. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0121-75772019000200139#:~:text=se%20identificaron%20tres%20estrategias%20de,motiva%20C3%B3n%20C%20talleres%20pr%C3%A1cticos%20y%20psicoeducaci%C3%B3n](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-75772019000200139#:~:text=se%20identificaron%20tres%20estrategias%20de,motiva%20C3%B3n%20C%20talleres%20pr%C3%A1cticos%20y%20psicoeducaci%C3%B3n).
11. Montelongo MC, Galaviz I. La importancia y significación de la enfermería Industrial. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana [Internet]. 1985 [Citado el 17 de marzo 2022]; 314-322. Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/15377/v58n4p314.pdf?sequence=1>
12. Hernández R. Concepción o elección del diseño de investigación en la ruta cuantitativa: el mapa. En Hernández R, Mendoza P. (editores). Metodología de la investigación: las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta. México: McGraw Hill; 2018. p. 163.
13. Novelo A, De Lille Q. Hábitos de vida saludable en trabajadores de una empresa distribuidora de gas. REPI. [Internet]. 2021 [Citado el 19 de marzo 2022]; 24(2): 775-789. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/epsicologia/epi-2021/epi212p.pdf>
14. López P, Amador R, Rodríguez M, González M, Álvarez P. Capacidad de trabajo percibida y su relación con factores individuales y laborales en trabajadores envejecidos del segundo nivel de atención de salud. Revista Cubana de Salud y Trabajo [Internet]. 2019 [Citado el 21 de marzo 2022]; 20(1): 11-19. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=87648>
15. Strickland R], Wagan S, Dale AM, Evanoff BA. Prevalence and perception of risky health behaviors among construction workers. ] Occup Environ Med. [Internet]. 2017 [Citado el 08 de abril de 2022]; 59(7): 673-678. Disponible en: doi:10.1097/JOM.00000000000010512
16. Mokarami H, Omid KH, Marioryad H. The effect of work-related and socio-demographic factor son Work Ability Index (WAI) among Iranian Workers. Work. [Internet]. 2020 [Citado el 08 de abril de 2022]; 65(1): 137-143. Disponible en: doi: 10.3233/WOR-193066
17. De Lille QM], Aguilar OC, Escamilla QM, Cetina CT. Diagnóstico de hábitos de vida saludable en trabajadores de una organización del sector eléctrico. Revista Electrónica de Psicología Iztacala [Internet]. 2018 [Citado el 08 de abril de 2022]; 21(2): 433-450. Disponible en: <http://www.revistas.unam.mx/index.php/rep/rep/article/view/65283>
18. Oellingrath MI, Müller BM, Veel SM, Møller FAK. Lyfestyle and work ability in a general working population in Norway: a cross-sectional study. BMJ Open. [Internet]. 2018 [Ciatado el 08 de abril 2022]; 9:e026215. Disponible en: doi: 10.1136/bmjopen-2018-026215



# IMPLEMENTACIÓN DE LA GUÍA DE INSERCIÓN DEL CATÉTER VENOSO PERIFÉRICO Y FACTORES ASOCIADOS A FLEBITIS EN PACIENTES HOSPITALIZADOS

## IMPLEMENTATION OF PERIPHERAL VENOUS CATHETER INSERTION GUIDELINES AND FACTORS ASSOCIATED WITH PHLEBITIS IN HOSPITALISED PATIENTS

Flor Elsa Rubio Rojas<sup>1</sup>, Edi Guerrero Ruiz<sup>2</sup>

Citar como:

Rubio F y Guerrero E. Implementación de la guía de inserción del catéter venoso periférico y factores asociados a flebitis en pacientes hospitalizados. Rev. Recien. 2023; 12(2)

Correspondencia:

Flor Elsa Rubio Rojas  
[florerubio@hotmail.com](mailto:florerubio@hotmail.com)

Recibido: 11/03/2023

Aprobado: 13/04/2023

En línea:

### Resumen

**Objetivos:** Determinar el impacto de la implementación de la guía de inserción del catéter periférico y factores asociados con la frecuencia de flebitis en pacientes hospitalizados en el servicio de medicina de un hospital general de Lima, Perú.

**Material y Métodos:** Estudio descriptivo retrospectivo de corte transversal. realizado en pacientes hospitalizados de los servicios de Medicina del Hospital Cayetano Heredia, entre 2014 y 2016. La población de estudio fue de 275 pacientes y 23 enfermeras que cumplieron con los criterios de inclusión. Los instrumentos utilizados fueron la guía de inserción del catéter venoso periférico basada en los niveles de evidencia de la CDC y la escala visual de flebitis adaptada y validada por Schultz y Gallant. Se utilizó el programa SPSS versión 22 para el análisis de datos y para la comparación entre los grupos se utilizó la prueba de chi-cuadrado y R de Pearson Siendo considerados valores estadísticamente significativos de niveles iguales o inferiores al 5% ( $\leq 0.05$ ), además se emplearon las distribuciones de frecuencias.

**Resultados:** Se observa la incidencia acumulada pre implementación de la guía fue de 10.75% y la post implementación de 8.67%. Los principales factores asociados a la flebitis son el grupo etario encontrando al grupo de adulto joven como factor

<sup>1</sup>Hospital Nacional Cayetano Heredia. Lima, Perú. Universidad de Ciencias y Humanidades. Lima, Perú. Maestro en Gestión de Servicios de Salud. Enfermera. Jefe de Servicio de Medicina. Docente de pregrado.

<sup>2</sup>Hospital Nacional Cayetano Heredia. Lima, Perú. Universidad Nacional Hermilio Valdizán. Huánuco, Perú. Maestro en Gestión de Servicios de Salud. Supervisora de Hospitalización y consulta externa. Docente de pregrado.

asociado a la flebitis esto debido al alto uso de medicamentos como la oxacilina, la experiencia de la enfermera también es un factor relacionado ,dentro de las patologías relacionadas se encuentra diabetes y los medicamentos usados se encuentra a la oxacilina como factor de riesgo.

Conclusiones: Los factores de riesgo que mostraron un resultado estadísticamente significativo son: la edad, patologías como la diabetes, la experiencia de la enfermera, y el uso de medicamentos flebotóxicos como la oxacilina. Estos resultados orientan la intervención y formulación de planes de mejora para prevenir la incidencia de este evento adverso.

Los otros factores estudiados como el sexo, la estancia hospitalaria, número de canalizaciones, turno de canalización es posible que también tengan relación con la flebitis a pesar de que no tuvieron apoyo en el análisis estadístico, por lo cual se sugiere estudios con diseños apropiados que determinen esta relación. Por ser un evento adverso multifactorial se debe hacer estudios costo beneficio sobre otros factores como el uso de medicamentos flebotóxicos, cambio rutinario de catéteres y líneas de infusión.

**Palabras clave:** Flebitis, cateterismo periférico, guía de procedimiento.

### **Abstract**

**Objectives:** To determine the impact of the implementation of the peripheral catheter insertion guide and factors associated with the frequency of phlebitis in hospitalized patients in the medical service of a general hospital in Lima, Peru.

**Material and Methods:** Study Retrospective descriptive cross-sectional study. performed on hospitalized patients of the Medicine services of the Cayetano Heredia Hospital, between 2014 and 2016. The study population was 275 patients and 23 nurses who met the inclusion criteria. The instruments used were the peripheral venous catheter insertion guide based on the levels of evidence from the CDC and the visual phlebitis scale adapted and validated by Schultz and Gallant. The SPSS version 22 program was used for data analysis and for the comparison between the groups, the chi-square test and Pearson's R test were used. Statistically significant values of levels equal to or less than 5% ( $\leq 0.05$ ) were considered, frequency distributions were also used.

**Results:** The cumulative incidence observed before the guideline was observed was 10.75% and the post implementation of 8.67%. The main factors associated with phlebitis are the age group, finding the group of young adults as a factor associated with phlebitis. Due to the high use of medications such as oxacillin, the nurse's experience is also a related factor, among the related pathologies is diabetes and the medications used include oxacillin as a risk factor.

**Conclusions:** The risk factors that showed a statistically significant result are: age, pathologies such as diabetes, the experience of the nurse, and the use of phlebotical drugs such as oxacillin. These results guide the intervention and formulation of improvement plans to prevent the incidence of this adverse event.

The other factors studied, such as sex, hospital stay, number of channelings, channeling shift, may also be related to phlebitis, although they were not supported in the statistical analysis, therefore studies with appropriate designs are suggested to determine this relationship. Because it is a multifactorial adverse event, cost-benefit studies should be carried out on other factors such as the use of phlebototoxic drugs, routine change of catheters and infusion lines.

**Keywords:** Phlebitis, catheterization, peripheral, guideline.

**Declaración de financiamiento y de conflictos de interés:** Las investigadoras no presentan conflicto de intereses.

**Contribución de autoría:** mejora en los procesos de atención con evidencia científica para la gestión del riesgo.

## 1. Introducción

Hipócrates hace 2000 años se refería a la atención de pacientes con la frase “ante todo no hacer daño”. En 1863 Florence Nightingale al observar que los soldados fallecían por causas prevenibles estableció un análisis estadístico para medir el resultado de la asistencia y de las medidas tomadas para mejorar el cuidado y lograr así la disminución de las muertes prevenibles (1). Teóricas de enfermería como Dorothea Orem o Jane Watson describen el cuidado de enfermería con empatía y buscando el bienestar del mismo (2).

A partir de la divulgación del informe *Errar es Humano* en el año 1990 por el instituto de medicina de EE. UU., los organismos y sistemas de salud del mundo han implementado iniciativas para minimizar los riesgos derivados de la asistencia sanitaria (3).

Las infecciones nosocomiales tienen como principal causa el uso de dispositivos intravenosos dentro de estos el catéter venoso periférico es considerado de menor importancia, pero actualmente hay estudios observacionales que ponen de manifiesto la importancia creciente de las vías periféricas como causa de infección nosocomial. Dentro de esta problemática están la existencia de guías actuales sobre este dispositivo con escasa evidencia científica en comparación con los catéteres venosos centrales (4).

El catéter venoso periférico (CVP), “es el de menor protagonismo en las infecciones nosocomiales, puesto que el riesgo de producir bacteriemia relacionada con catéter venoso central es menor al 0.2 %, no obstante, la alta frecuencia de su uso

lo convierte en un problema de gran magnitud en términos de salud y coste. Conocemos a través de diferentes estudios y publicaciones la prevalencia de vías vasculares insertadas en los pacientes ingresados: 45 % está con vía periférica, el 5.5% con catéter venoso central, 4 % con catéter de central de inserción periférica y el 2.5 % con catéter de nutrición parenteral” (5). Debido a este porcentaje de uso en la práctica médica es que constituye una causa de morbilidad que pone en riesgo la seguridad del paciente e incrementa costos a nivel de las instituciones de salud.

Los protocolos de inserción de catéteres venosos realizados en el hospital de la Cruz Roja de Madrid refieren que “los factores de riesgo para la infección por catéter dependen de las características de éste, las condiciones del paciente, el procedimiento de inserción, así como los cuidados de las conexiones, sistemas de infusión y del punto de entrada” (6).

En la investigación *Incidencia y factores de riesgo de flebitis asociadas a catéteres venosos periféricos* realizada en un hospital de Oviedo España se concluyó que 5,6% de los CVP presentaron flebitis, el 21,3% posibles flebitis y el 11,2% flebitis según el criterio del personal enfermero (7).

En Colombia en el estudio *Incidencia y factores asociados para el desarrollo de flebitis* se concluye que la incidencia acumulada fue del 10.1% y se asociaron 6 factores de riesgo que son estancia hospitalaria, edad, administración de plaquetas, número de medicamentos administrados, administración de antibióticos y antiseptores gástricos (8).

El estudio realizado en el hospital de Valme en Sevilla España tuvo como objetivo evaluar el

impacto de un protocolo de manejo de catéteres sobre la incidencia de flebitis y analizar los factores relacionados con su desarrollo en pacientes hospitalizados, los resultados obtenidos: La aplicación de un protocolo de actuación disminuye la incidencia de flebitis en pacientes hospitalizados, medicamentos como amiodarona aumentan el riesgo de flebitis y las vías colocadas en el turno mañana se asocia con menor riesgo de flebitis que el turno noche (9).

La OMS y el MINSA en Perú para evitar estas infecciones nosocomiales han propuesto el uso de guías que garanticen la seguridad del paciente. Es así que en el hospital Cayetano Heredia se elaboró la guía de inserción del catéter periférico basada en normas del CDC que fomentan el uso de medidas antisépticas (10) con el objetivo de promover la inserción adecuada de estos dispositivos y los cuidados del paciente con catéter venoso periférico (11).

En los Servicios de Medicina del hospital Cayetano Heredia al inicio del estudio en 2014 se encontró una incidencia acumulada de 11% llegando algún mes al 17%, lo que está por encima de los estándares que pide el colegio de enfermeros del Perú CEP que es de 1% (12) y del 5% que es la incidencia a nivel de Latinoamérica según la infusión nursery society (13). En el año 2015 se inició la implementación de la guía de inserción, se hace la medición post implementación logrando una incidencia acumulada en el año 2016 de 8,3% (14).

Dentro de los factores relacionados con la incidencia de flebitis se observa que grupo etario, la presencia de profesionales nuevos sin experiencia, la diabetes mellitus y el uso del medicamento oxacilina son

factores que tuvieron relación estadística favorable a la flebitis.

También se identifican factores limitantes que no son motivo de estudio en esta investigación pero es necesario dar a conocer por la importancia que tienen para la seguridad del paciente el mejorar procesos utilizando guías de procedimiento, dentro de las limitantes la alta rotación del personal de enfermería es la más importante porque el personal entrenado renuncia a la institución y nuevas enfermeras tienen que capacitarse y estar aptas para la ejecución de este proyecto de investigación. Con este estudio se contribuye a incentivar la implementación de guías de procedimientos y trabajar sobre estos factores para disminuir la incidencia de flebitis, dando lugar a mejorar procesos y una disminución en los gastos sanitarios de nuestras instituciones como es el caso del servicio de medicina de un hospital general.

## 2. Material y métodos

Estudio descriptivo retrospectivo de corte transversal. Se realizó en el Hospital Cayetano Heredia en pacientes hospitalizados en los servicios de Medicina, entre enero y abril del 2014 (Pre-implementación de la guía), implementación de la guía a partir de enero 2015 y desde enero 2016 hasta abril de 2016 (post implementación de la guía).

La población lo constituyeron 275 pacientes obtenidos mediante el muestreo no probabilístico llamada también dirigido, pues la elección de sujetos y objetos de estudio depende del criterio del investigador de acuerdo a lo expresado por Hernández-Sampieri en "Metodología de la

investigación” (15), para calcular la muestra se tomó como dato los ingresos de pacientes de 3 meses luego se aplicó la siguiente fórmula:  $n = \frac{Z^2 P^* Q^* N}{E^2 (N-1) + Z^2 P^* Q}$  donde  $n = 275$  pacientes, los criterios de inclusión: pacientes de 14 años a más hospitalizado con más de 24 horas en los servicios de medicina, con inserción de catéter venoso periférico en estos servicios para iniciar terapia intravenosa y los criterios de exclusión: pacientes que ingresan con inserción de catéter venoso periférico de otro servicio, pacientes con enfermedades dérmicas como pénfigo, psoriasis o que cursen con rash cutáneo. En cuanto a las enfermeras que participan son 23 enfermeras que cumplieron con los criterios de inclusión: más de 6 meses de permanencia en el servicio y que han recibido la capacitación sobre la guía de inserción del catéter periférico, con la respectiva evaluación de la adherencia a la guía, las que fueron disminuyendo por renuncias al hospital, perdiendo personal capacitado y comenzar la capacitación con las enfermeras nuevas. Además, como estrategia se equipa un coche exclusivo para la inserción de catéteres periféricos donde se colocó la lista de chequeo para que el personal que realice la inserción siga los pasos correctos. La lista de chequeo fue guiada y supervisada por las investigadoras, y al tener la lista de chequeo a la vista en un coche para el procedimiento es difícil obviar los pasos de la guía. La retroalimentación se realizó con todas las listas de chequeo aplicadas. El proceso de reclutamiento de los pacientes se realizó según el ingreso al servicio evaluando criterios de inclusión, durante todo el período que duró la investigación. Las investigadoras no participaron en la inserción

de los catéteres periféricos.

El instrumento utilizado fue la guía de inserción del catéter venoso periférico aprobada con RD 265-2013 publicada en el portal del hospital Cayetano Heredia (11), basada en los niveles de evidencia de la CDC (10); detalla el procedimiento con énfasis en las medidas asépticas y de higiene de las manos.

La implementación de la guía se realizó según el modelo de GROL y WENSING dirigido al cambio de actitud (16) considerando la orientación, la interiorización, aceptación para lograr el cambio de actitud. Se utilizó la técnica de estudio dirigido, en grupos pequeños logrando la capacitación del 100% de enfermeras que son 23 enfermeras (constituye 100% del personal), las que fueron disminuyendo por renuncias al hospital, perdiendo personal capacitado y comenzar la capacitación con las enfermeras nuevas de manera individual. Además, como estrategia se equipa un coche exclusivo para la inserción de catéteres periféricos donde se colocó la lista de chequeo para que el personal que realice la inserción siga los pasos correctos.

Todo paciente con criterios de inclusión y que necesita un catéter periférico es colocado por la enfermera siguiendo la lista de chequeo, la que es tomada por las investigadoras o coordinadoras del servicio y queda registrado en la lista de chequeo con la firma del que toma la lista y el que es supervisado, utilizando la retroalimentación para mejorar el procedimiento.

Para la determinación de flebitis se utilizó la escala visual de flebitis adaptada y validada por Schultz y Gallant (17) herramienta de consenso para estadificar las flebitis. Se consideró flebitis al grado I (dolor con o sin eritema), se incluyeron dentro

de la incidencia de flebitis los catéteres venosos periféricos que se retiraron cuando mostraron dolor o eritema, descartando el dolor por infiltración que es complicación frecuente en esta terapia. La determinación de flebitis estuvo a cargo de las investigadoras con hoja de monitoreo diario, revisando signos de flebitis en zonas de inserción a partir de las 24 horas de la colocación del catéter en el servicio de medicina.

Las variables asociadas estudiadas fueron: Grupo etario donde se consideró adolescente (14 a 17 años), adulto joven (18 a 29 años), adulto maduro (30 a 59 años) y adulto mayor (60 a más años); diabetes y otras patologías ; experiencia de la enfermera se considera enfermera con experiencia: La que tiene más de 6 meses de permanencia en el servicio, recibió la capacitación y sin experiencia :la que tiene menos de 6 meses en el servicio y cuya capacitación es a través de la entrega de la guía y capacitación individual ;con respecto a las patologías se observó las de los pacientes incluídos para determinar cuál de ellas se relacionaba con la flebitis (mayor cantidad de casos) y en relación a los fármacos empleados en la estancia hospitalaria se observó aquellos que presentan alto grado de toxicidad para la vena tomando como criterio el pH y la osmolaridad de los medicamentos. Otras variables en estudio está el número de canalizaciones por paciente, el calibre del catéter (n°18,20,22) y el turno en que fueron canalizados (mañana, tarde o noche) Se utilizó el programa SPSS versión 22 para el análisis de datos y para la comparación entre los grupos se utilizó la prueba de chi-cuadrado de Pearson Siendo considerados valores estadísticamente significativos de niveles

iguales o inferiores al 5% ( $\leq 0.05$ ), además se emplearon las distribuciones de frecuencias.

El proyecto de investigación fue revisado y aprobado por el comité de ética en Investigación del Hospital Cayetano Heredia con código 065-015.

Las enfermeras firmaron consentimiento informado. El paciente fue identificado por códigos asignados con números en forma ascendente según el orden de ingreso al estudio. La lista de chequeo fue guiada por las investigadoras, previamente se le hace recordar a las enfermeras los pasos y al tener la lista de chequeo a la vista en un coche para el procedimiento es difícil obviar los pasos de la guía. La retroalimentación se realizó con todas las listas de chequeo aplicadas. Una vez identificada la flebitis se procedió al retiro del catéter venoso periférico.

### 3. Resultados

En la figura 1 se observa la incidencia antes (pre-implementación) y la incidencia después (post implementación). Antes de la implementación de la guía de inserción del catéter periférico se observa incidencia de 16% mes de marzo del 2014 y en el mes de abril 2014 17%; en la incidencia después de la implementación no se vuelven a repetir estas cifras de incidencia manteniéndose igual o menor a 10% así mismo en la Tabla 1 se observa la incidencia pre-implementación de la guía fue de 10.75% y la post implementación de 8.3%.



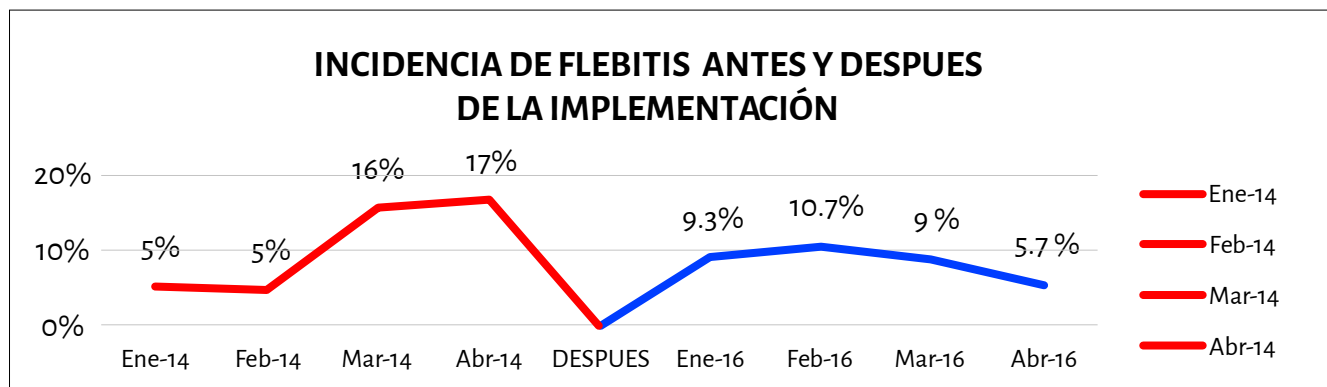


Figura 1. Incidencia de flebitis antes y después de la implementación

Fuente: informes mensuales de Indicadores de calidad del cuidado de enfermería. Hospital Nacional Cayetano Heredia; 2014 al 2016.

**Tabla 1.** Incidencia de flebitis en pacientes durante los periodos 2014 (pre-implementación) y 2016 (post implementación)

Periodo 2014		Periodo 2016	
Antes	Resultado	Después	Resultado
ene-14	5%	ene-16	9.3%
feb-14	5%	feb-16	10.7%
mar-14	16%	mar-16	9%
abr-14	17%	abr-16	5.7%
may-14	15%	may-16	5.7%
jun-14	13%	jun-16	6.8%
jul-14	12%	jul-16	9.2%
ago-14	12%	ago-16	4%
sep-14	11%	sep-16	8.8%
oct-14	10%	oct-16	10%
nov-14	13%	nov-16	9.8%
dic-14	6%	dic-16	8.5%
<b>ANUAL</b>	<b>11%</b>		<b>8.3%</b>

Respecto a las variables asociadas se identificó que el grupo etario si está asociada a la flebitis y fueron los adultos jóvenes los que mostraron un 34%, superando a los demás con un  $p=0.05$  (Tabla 2).

**Tabla 2.** Grupo etario asociado a flebitis

Flebitis						
			No	Si	Total	
<b>Grupo Etario</b>	Otro	n	1	0	1	
		%	5%	0%	4%	
	Adolescente (14 a 17 años)	n	7	3	10	
		%	3,70%	3,60%	3,60%	
	Adulto Joven (18 a 29 años)	n	32	29	61	
		%	16,80%	34,50%	22,30%	
	Adulto Maduro (30 a 59 años)	n	65	26	91	
		%	34,20%	31,00%	33,20%	
	Adulto Mayor (más de 60 años)	n	85	26	111	
		%	44,70%	31,00%	40,50%	
	Total	n	190	84	274	
		%	100%	100%	100%	
	X <sup>2</sup> =11,542 , P < 0,028					

La diabetes mellitus fue un factor de riesgo importante para la flebitis, al encontrarse que del total de 28 pacientes con diabetes mellitus

15 tuvieron flebitis con 17.6% y un nivel de significancia estadística de 0.01 (Tabla 3)

**Tabla 3.** Diabetes asociada a Flebitis

Flebitis					
			No	Si	Total
<b>DIABETES</b>	<b>No</b>	n	177	70	247
		%	93,2%	82,40%	89,80%
	<b>Si</b>	n	13	15	28
		%	6,80%	17,60%	10.20%
<b>TOTAL</b>		n	180	85	275
		%	100%	100%	100%
X <sup>2</sup> =11,542 , P < 0,028					

Respecto al número de canalizaciones se encontró el promedio fue de 2.67 y con valores de  $p = 0.265$  determinándose que esta variable no se asocia a la flebitis (Tabla 4).

**Tabla 4.** Número de canalizaciones y días de estancia asociados a flebitis

	Flebitis	N	Media	Desv. Est	Error Est. Med
<b>N° Canalización (1)</b>	Si	84	2,6670	2,5333	0,2764
	No	190	2,9740	2,5038	0,1816
<b>N° de días (2)</b>	Si	84	5,821	7,2247	0,7883
	No	190	8,0000	7,3585	0,5338
F1 = 0,043, p > 0,05, F2 = 0,265, p > 0,05					

Respecto al calibre del catéter empleado; calibres: 18, 20, 22 o 24, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los pacientes que hicieron y no hicieron flebitis ( $X^2 = 3,596$ ,  $p = 0,308$ ) por lo que la variable no se asocia a flebitis (Tabla 5).

**Tabla 5.** Calibre del catéter asociado a flebitis

		Crosstad		Flebitis T		TOTAL
		NO	SI	NO	SI	
<b>DISPOSITIVO CANALIZADO</b>	<b>18.0</b>	Count	6	6	12	
		% within Flebitis T.	8,1%	8,7%	8,4%	
	<b>20.0</b>	Count	124	20	44	
		% within Flebitis T.	32,4%	29,0%	30,8%	
	<b>22.0</b>	Count	43	42	85	
		% within Flebitis T.	58,1%	60,9%	59,4%	
<b>24.0</b>	Count	1	1	2		
	% within Flebitis T.	1,4%	1,4%	1,4%		

Chi - Square Test							
%	34.2%	31.1%	33.2%		Value	df	Asymp. Sig
<b>n</b>	85	26	111	Pearson Chi - Square	0.201	3	0.977
<b>%</b>	44.70%	31.00%	40.50%	Likelihood Ratio	0.201	3	0.977
<b>n</b>	190	84	274	N of Valid Cases	143		

a. 2 cells (25.0%) have expected count less than 5. Then inimum expected countis 97.

El turno de canalización también mostró que no es un factor de riesgo para flebitis ya que no se encontró diferencias estadísticamente significativas ( $X^2 = 4,126$ ,  $p = 0,127$ ).

Sobre la persona que administró se determinó que del total de los que presentaron flebitis un 96% correspondían a enfermeras sin experiencia con  $p = 0,000$  (Tabla 6).

**Tabla 6.** Experiencia de la enfermera asociada a flebitis

PERSONA QUE CANALIZÓ	FLEBITIS TOTAL		TOTAL
	no	si	
Con experiencia	46 22.1%	28 32.9%	79 26.9%
Sin experiencia	144 75.8%	57 67.1%	201 73.1%
total	190	85	275 100%
$X^2 = 79,031$ , $P < 0,000$			

Con respecto al sexo se encuentra que el sexo femenino representa el 52 % y el masculino el 33%,

no encontrándose diferencias estadísticamente significativas (0.077) (Tabla 7)

**Tabla 7.** Sexo asociado a flebitis

SEXO*Flebitis tabulación cruzada					
			Flebitis		
			No	Si	Total
SEXO	Femenino	Recuento	97	52	149
		Recuento esperado	102,9	46,1	149,0
	Varon	Recuento	93	33	126
		Recuento esperado	87,1	38,9	126,0
Total		Recuento	190	85	275
		Recuento esperado	190,0	85,0	275,0

Pruebas de chi-cuadrado					
	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)	Significación exacta (2 caras)	Significación exacta (1 cara)
Chi-cuadrado de Pearson	2,425 <sup>a</sup>	1	,119		
Corrección de continuidad <sup>b</sup>	2,034	1	,154		
Razón de verosimilitud	2,441	1	,118		
Prueba exacta de Fisher				,150	,077
N de casos válidos	275				

- a. 0 casillas (.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 38.95.  
 b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Al analizar como factores de riesgo el tipo de medicamentos administrados, se encontró que el único fármaco asociado a flebitis fue la Oxacilina, con un 13% y un valor de  $p = 0.000$  (Tabla 8).

**Tabla 8.** Fármacos empleados en la estancia asociados a flebitis

FARMACO	NUMERO PACIENTES QUE RECIBEN	FLEBITIS		VALOR p
		SI	NO	
oxacilina	14	11	3	0.00
Amoxicilina ac.clavulónico	1	0	1	0.693
piperacilina	13	6	7	0.174
vancomicina	45	17	28	0.169
meropenem	83	29	54	0.191
ceftriaxona	52	16	36	0.553
aciclovir	1	0	1	0.693
fenitoína	5	1	4	0.514
omeprazol	50	15	35	0.529
dexametasona	14	3	11	0.30

Como se observa en la tabla 9 de todas las patologías que presentaron los pacientes fue la diabetes

mellitus II quien presentó la incidencia más alta de 12.95% con 0.005 de significancia estadística.

**Tabla 9.** Flebitis asociada a patologías

		Flebitis			
			No	si	Total
DX		Count	117	20	137
		% within Flebitis	61,6%	23,5%	49,8%
	ABSCESO	Count	0	1	1
		% within Flebitis	,0%	1,2%	,4%
	ABSCESO SUBMAXILAR	Count	1	0	1
		% within Flebitis	,5%	,0%	,4%
	ACV	Count	5	2	7
		% within Flebitis	2,6%	2,4%	2,5%
	ANEMIA	Count	1	1	2
		% within Flebitis	,5%	1,2%	,7%
	ANEMIA - PANCITOPENIA	Count	1	0	1
		% within Flebitis	,5%	,0%	,4%
	ANEMIA APLASICA	Count	0	1	1
		% within Flebitis	,0%	1,2%	,4%
	ANEMIA SEVERA	Count	2	3	5
		% within Flebitis	1,1%	3,5%	1,8%
	BICITOPENIA	Count	0	1	1
		% within Flebitis	,0%	1,2%	,4%
	CANCER COLON	Count	0	1	1
		% within Flebitis	,0%	1,2%	,4%
	CANCER INTESTINAL	Count	0	1	1
		% within Flebitis	,0%	1,2%	,4%
	CANCER PANCREAS	Count	1	0	1
		% within Flebitis	,5%	,0%	,4%
	CANCER TESTICULAR	Count	1	0	1
		% within Flebitis	,5%	,0%	,4%
	CANCER UTERO	Count	1	0	1
		% within Flebitis	,5%	,0%	,4%
	CARCINOMA TESTICULO	Count	0	1	1
		% within Flebitis	,0%	1,2%	,4%
	CELULITIS	Count	0	3	3
		% within Flebitis	,0%	3,5%	1,1%
	CIRROSIS HEPATICA	Count	0	1	1
		% within Flebitis	,0%	1,2%	,4%

CRISIS ASMATICA	Count	1	0	1
	% within Flebitis	,5%	,0%	,4%
D/C LEUCEMIA	Count	1	0	1
	% within Flebitis	,5%	,0%	,4%
D/C POLIOMIELITIS	Count	1	0	1
	% within Flebitis	,5%	,0%	,4%
DERMATOMIOSITIS	Count	0	1	1
	% within Flebitis	,0%	1,2%	,4%
DERRAME PLEURAL	Count	1	0	1
	% within Flebitis	,5%	,0%	,4%
DIABETES + ERCT	Count	1	0	1
	% within Flebitis	,5%	,0%	,4%
DIABETES MELLITUS	Count	0	1	1
	% within Flebitis	,0%	1,2%	,4%
DIABETES MELLITUS II	Count	2	11	13
	% within Flebitis	1,1%	12,9%	4,7%
DISTOPIA MUSCULAR	Count	1	0	1
	% within Flebitis	,5%	,0%	,4%
EFUSION PLEURAL	Count	0	1	1
	% within Flebitis	,0%	1,2%	,4%
EN ANTEBRAZO (FRICCION)	Count	0	1	1
	% within Flebitis	,0%	1,2%	,4%
ENDOCORIONITIS	Count	1	0	1
	% within Flebitis	,5%	,0%	,4%
EPILEPSIA	Count	0	1	1
	% within Flebitis	,0%	1,2%	,4%
EPOC	Count	0	1	1
	% within Flebitis	,0%	1,2%	,4%
ERC	Count	1	1	2
	% within Flebitis	,5%	1,2%	,7%
ERCT	Count	5	0	5
	% within Flebitis	2,6%	,0%	1,8%
ESOFAGITIS SEVERA	Count	1	0	1
	% within Flebitis	,5%	,0%	,4%
ESQUIZOFRENIA	Count	0	1	1
	% within Flebitis	,0%	1,2%	,4%



FIBRILACION	Count	1	0	1
	% within Flebitis	,5%	,0%	,4%
FIBRILACION AURICULAR	Count	1	0	1
	% within Flebitis	,5%	,0%	,4%
GUILLIAN BARRE	Count	1	0	1
	% within Flebitis	,5%	,0%	,4%
HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA	Count	0	1	1
	% within Flebitis	,0%	1,2%	,4%
Hipertiroidismo	Count	0	1	1
	% within Flebitis	,0%	1,2%	,4%
HIV	Count	1	0	1
	% within Flebitis	,5%	,0%	,4%
HTA	Count	0	1	1
	% within Flebitis	,0%	1,2%	,4%
INSUF. RENAL	Count	0	1	1
	% within Flebitis	,0%	1,2%	,4%
INSUF. RESPIRATORIA	Count	0	1	1
	% within Flebitis	,0%	1,2%	,4%
IRA	Count	0	1	1
	% within Flebitis	,0%	1,2%	,4%
ITU	Count	3	2	5
	% within Flebitis	1,6%	2,4%	1,8%
LES	Count	1	3	4
	% within Flebitis	,5%	3,5%	1,5%
LINFOMA NO HODKING	Count	1	1	2
	% within Flebitis	,5%	1,2%	,7%
LOXOCELISMO	Count	1	1	2
	% within Flebitis	,5%	1,2%	,7%
NEOPLASIA CUELLO	Count	1	0	1
	% within Flebitis	,5%	,0%	,4%
NEUMONIA	Count	0	2	2
	% within Flebitis	,0%	2,4%	,7%
NIH	Count	1	1	2
	% within Flebitis	,5%	1,2%	,7%
NM COLON	Count	1	0	1
	% within Flebitis	,5%	,0%	,4%

NM OVARIO	Count	0	1	1
	% within Flebitis	,0%	1,2%	,4%
OFTALMOPLÉJIA	Count	1	0	1
	% within Flebitis	,5%	,0%	,4%
PANCITOPENIA	Count	1	1	2
	% within Flebitis	,5%	1,2%	,7%
PANCREATITIS	Count	1	1	2
	% within Flebitis	,5%	1,2%	,7%
PERITONITIS	Count	0	1	1
	% within Flebitis	,0%	1,2%	,4%
PIELONEFRITIS	Count	2	0	2
	% within Flebitis	1,1%	,0%	,7%
POST RCP	Count	0	1	1
	% within Flebitis	,0%	1,2%	,4%
QUISTE CEREBRAL	Count	1	0	1
	% within Flebitis	,5%	,0%	,4%
REFLUJO GÁSTRICO	Count	1	0	1
	% within Flebitis	,5%	,0%	,4%
RENAL	Count	1	0	1
	% within Flebitis	,5%	,0%	,4%
SARCOMA MIELOIDE	Count	1	0	1
	% within Flebitis	,5%	,0%	,4%
SEPSIS	Count	3	0	3
	% within Flebitis	1,6%	,0%	1,1%
SEPSIS ABDOMINAL	Count	3	1	4
	% within Flebitis	1,6%	1,2%	1,5%
SEPSIS DERMICO	Count	1	0	1
	% within Flebitis	,5%	,0%	,4%
SEPSIS P. ABDOMINAL	Count	1	0	1
	% within Flebitis	,5%	,0%	,4%
SEPSIS P. BLANDAS	Count	0	1	1
	% within Flebitis	,0%	1,2%	,4%
SEPSIS POR CAF	Count	1	0	1
	% within Flebitis	,5%	,0%	,4%
SEPSIS PULMON-SIND.DOWN	Count	1	0	1
	% within Flebitis	,5%	,0%	,4%

SEPSIS PULMONAR	Count	3	1	4
	% within Flebitis	1,6%	1,2%	1,5%
SEPSIS URINARIO	Count	1	0	1
	% within Flebitis	,5%	,0%	,4%
SHOCK SEPTICO	Count	1	0	1
	% within Flebitis	,5%	,0%	,4%
SICA-HTA	Count	1	0	1
	% within Flebitis	,5%	,0%	,4%
SIND. ICTERICO OBSTRUCTIV	Count	1	0	1
	% within Flebitis	,5%	,0%	,4%
SIND. MIELOPROLIFERATIVO	Count	0	1	1
	% within Flebitis	,0%	1,2%	,4%
SIND. NEFROTICO	Count	1	0	1
	% within Flebitis	,5%	,0%	,4%
SINDROME CUSHING	Count	0	1	1
	% within Flebitis	,0%	1,2%	,4%
T. CONCIENCIA	Count	0	1	1
	% within Flebitis	,0%	1,2%	,4%
TRANSPLANTE RENAL	Count	1	0	1
	% within Flebitis	,5%	,0%	,4%
TUMOR CELULAS SEMINAL	Count	0	1	1
	% within Flebitis	,0%	1,2%	,4%
TUMOR CELULAS SEMINALES	Count	0	1	1
	% within Flebitis	,0%	1,2%	,4%
TUMOR CEREBRAL - ACV	Count	0	1	1
	% within Flebitis	,0%	1,2%	,4%
UPP III	Count	1	0	1
	% within Flebitis	,5%	,0%	,4%
VASCULITIS	Count	2	0	2
	% within Flebitis	1,1%	,0%	,7%
Total	Count	190	85	275
	% within Flebitis	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	142,241a	85	,000
Likelihood Ratio	160,305	85	,000
N of Valid Cases	275	1	,118

a. 169 cells (98.3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .31.

## 1. Discusión

Según informes estadísticos de los servicios de medicina durante la post implementación la incidencia de flebitis se mantuvo en 10%, datos que superan grandemente lo recomendado por el colegio de enfermeros del Perú (0 a 1%), estos resultados se asemejan a un estudio realizado en Francia, donde para la identificación de flebitis analizaron 815 CVP (1964 CVP-días) en 573 pacientes y la incidencia de CVP fue de 21,9% CVP-días (18). En el estudio Incidencia y factores asociados al desarrollo de flebitis realizado en Bucaramanga Colombia se encuentra la incidencia acumulada de flebitis de 10.1% cifras por encima de lo recomendado por The Intravenous Nurses Society quienes aceptan incidencias de flebitis inferiores al 5% en una determinada población (19).

C.Ferrete-Morales en la investigación “Incidencia de flebitis secundaria por catéter venoso periférico e impacto de un protocolo de manejo “realizado en el hospital universitario de Valme. Sevilla España concluye que “a lo largo del estudio se ha objetivado disminución de la incidencia de flebitis siendo de 4.8% en 2002 y de 1.8% en 2007,este fenómeno se podría explicar por la aplicación de un protocolo de canalización y mantenimiento de catéteres en

la unidad”(20), estos resultados guardan relación con nuestra investigación en que se observa que las incidencias disminuyen gracias al manejo de un protocolo en este caso la incidencia acumulada pre implementación de la guía fue de 11% y la post implementación de 8.3%,aunque esta cifra no está dentro de los límites exigidos pero se observa una cierta mejoría en este indicador, lo que respalda la hipótesis de que la implementación de una guía impacta positivamente en la disminución de este evento adverso .

En el estudio realizado en India 2019 sobre la “incidencia de flebitis después del uso de catéter venoso periférico “se encuentra la incidencia de flebitis del 31.4% y concluye que “la flebitis es un problema importante en curso en la práctica clínica actual y se debe evitar los factores de riesgo, atención de enfermería adecuada y la inspección diaria de los catéteres para prevenir estos eventos adversos” (21). guarda relación con nuestro estudio en las altas cifras de incidencia de flebitis y que concluye que es necesario implementar protocolos que mejoren la atención de enfermería en el manejo de catéteres intravenosos.

En relación con las variables asociadas a flebitis se ha determinado en esta investigación, que el grupo etario, la presencia de profesionales nuevos

sin experiencia, la diabetes mellitus y el uso del medicamento oxacilina si tuvieron relación estadística favorable a la flebitis. Mientras que el calibre de la aguja, turno de canalización y número de canalizaciones no tuvieron significancia estadística para la flebitis.

Se encuentra que los casos de flebitis están relacionados a enfermeras sin experiencia con una permanencia menor de 6 meses en el servicio con un 73.1% y las enfermeras con experiencia con más de 6 meses en el servicio un 26.9% con una  $p=0.00$ , este resultado coincide con el estudio realizado en Corea en 2019 Modelo de flebitis asociada con catéteres intravenosos periféricos en pacientes ortopédicos, quienes concluyen que la experiencia clínica es utilizada como medición de la habilidad de enfermería y que a más tiempo de experiencia clínica se asocia con una tasa reducida de flebitis. Varios estudios han informado un menor riesgo de infección del catéter para terapeutas IV bien entrenados en comparación con las enfermeras regulares. Los CDC también enfatizan la importancia de la experiencia clínica y el conocimiento de las enfermeras sobre la reducción de la infección del torrente sanguíneo relacionada con el catéter (22), La Infusión Nurses Society en 2012 publicó un artículo concluyendo que las complicaciones de la inserción del CVP fueron menos en las enfermeras más capacitadas especialistas en este campo. Palese A. ,Ambrosi en su estudio: Atención de enfermería como predictor de flebitis relacionada con la inserción de una cánula venosa periférica en urgencias, concluye que la falta de atención de enfermería y la experiencia de las enfermeras que cuidan al

paciente después de la inserción del catéter venoso periférico afectaron la incidencia de flebitis ;recibir más atención de enfermería y estar en un hospital especializado se asociaron con un menor riesgo de flebitis (23), estas conclusiones se relacionan con nuestro estudio al tener alta asociación entre flebitis con enfermeras nuevas sin experiencia en la colocación y mantenimiento de los catéteres.

Estudios realizados por Rojas M Rarra T Camargo M, quienes encontraron asociación estadísticamente significativa con la edad ( $p=0,007$ ) (8). Otro estudio realizado por Wallis,McGrail en 2014 concluye que la flebitis se asoció con el sexo femenino ser joven o recibir antibióticos (24), guarda relación con los resultados de este estudio donde el grupo etario adulto joven tiene asociación estadística de  $P < 0,028$  esto relacionado con la administración de antibióticos con pH y osmolaridad altos.

Nassaji-Zavareh y Ghorbani identificaron una alta relación entre los casos de flebitis con diabetes mellitus como patología de base (25), sugiriendo vigilar más las condiciones del acceso venoso para los pacientes diagnosticados con dicha enfermedad; el estudio realizado por la universidad de Santander Bucaramanga -Colombia "predictores de flebitis a cateterismo venoso periférico" sostienen dentro de sus resultados que la tasa de flebitis en pacientes diabéticos fue de 26.9 mayor que en los no diabéticos(26) estos estudios coinciden con los resultados de esta investigación donde se encuentra que de todas las patologías observadas la incidencia más alta de 12.95% es para diabetes mellitus con 0.005 de significancia estadística. Otros estudios demostraron la forma en que la flebitis es usualmente un evento adverso

de la terapia intravenosa y su relación con la administración de medicamentos: amiodarona, la fenitoína, y el diazepam (27,28,29). La revista australiana en su artículo "incidencia de flebitis en pacientes con catéter venoso periférico" concluye que el uso de antibióticos independiente del perfil del paciente es un factor predisponente para la flebitis (30).

## 5. Conclusiones

1. La inserción del catéter venoso periférico es un procedimiento con poca evidencia científica, el implementar una guía, aunque no se alcancen los resultados exigidos hace que nuestra atención se centre en la mejora del procedimiento, el cual es uno de los más utilizados en la práctica médica y puede salvar muchas vidas.
2. Los factores de riesgo que mostraron un resultado estadísticamente significativo son: la edad, patologías como la diabetes, la experiencia de la enfermera, y el uso de medicamentos flebotóxicos con pH alto como la oxacilina. Estos resultados orientan la intervención y formulación de planes de mejora para prevenir la incidencia de este evento adverso.
3. Los otros factores estudiados como el sexo, la estancia hospitalaria, número de canalizaciones, turno de canalización es posible que también tengan relación con la flebitis a pesar de que no tuvieron apoyo en el análisis estadístico, por lo cual se sugiere estudios con diseños apropiados que determinen esta relación.
4. Por ser la flebitis un evento adverso multifactorial es necesario seguir investigando

sobre muchos otros factores relacionados como uso de medicamentos flebotóxicos que nos evite el uso de catéteres venoso-centrales o catéteres venosos de inserción periférica, cambio de líneas de infusión, cambio periódico de los catéteres insertados, todo esto con un enfoque de costo-beneficio.

Limitaciones:

La alta rotación de enfermeras fue una limitante para implementar la guía, lo cual fue solucionado en parte con estrategias de difusión de la guía.

También la escasez de material de bioseguridad y para la inserción de los catéteres venosos periféricos el cual se solucionó con donaciones y otras estrategias.

## 6. Referencias

1. Almeida X, Aparecida K. Implementación de estrategias de seguridad del paciente. Universidad Estatal de Maringa. Brasil; 2016.
2. Barroso Z, Torres E. Fuentes teóricas de la enfermería profesional: Su influencia en la atención al hombre como ser biopsicosocial. Rev Cubana Salud Pública. [Internet]. 2001[Citado el 2 de octubre del 2017]; 27(1): 11-18. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662001000100002&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662001000100002&lng=es).
3. Koh LT, Corrigan JM. Errar es humano: la concepción de un sistema de salud más seguro. Instituto de medicina EE. UU., 2000.
4. Gómez A, Huertas N, Viciano MI. Profilaxis de las complicaciones infecciosas de los catéteres venosos centrales. Rev. Esp Anestesiología Reanim. 2002; 49:17-33.
5. Whitman ED. Complications associated with the

use of central venous access devices. *Curr Probl Surg.* 1996; 33:309-78.

6. Esteban A, Balaguera C. Hospital de la Cruz Roja de Madrid, servicio de anestesiología. Madrid; 2010.
7. Arias-Fernández L, Suárez-Mier B, Martínez-Ortega M, Lana A. Servicio de Medicina Preventiva, Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo. España; 2016.
8. Rojas L, Parra D. Incidencia y factores asociados en el desarrollo de flebitis. Bucaramanga Colombia; 2015.
9. Ferrete C, Morales MA, Vasquez. Unidad de enfermedades infecciosas Hospital de Valme Sevilla España; 2010.
10. Naomi P, Alexander M, Burns L. Guía para la prevención de infecciones relacionadas con el catéter intravascular". National Institutes of Health, Maryland, Infusion Nurses society, Norwood Massachusetts, Johns Hopkins University School of medicine. Baltimore Maryland; 2011.
11. Guía de inserción del catéter venoso periférico. Hospital Cayetano Heredia. Resolución directoral 265-2013-HNCH / DG; 2013.
12. Colegio de Enfermeros del Perú. Normas de gestión de la calidad del cuidado de enfermería. Lima, 2008.
13. Infusion nurses society. Normas de infusión de enfermería práctica; 2011.
14. Hospital Nacional Cayetano Heredia. Informes de Indicadores de calidad del cuidado de enfermería. Lima, Perú: Hospital Nacional Cayetano Heredia; 2014 - 2016.
15. Hernández-Sampieri R, Fernández-Collado B. Metodología de la investigación. México; 2014.
16. Galante P, Schultz A. Evaluación de una escala de flebitis por infusión visual para determinar la interrupción apropiada de los catéteres intravenosos periféricos. *Journal of Infusion Nursing.* noviembre-diciembre de 2006; 29 (6): 338-345.
17. Alcorta I, Blasco J. Implementación de Guías de práctica clínica en el sistema nacional de Salud. Zaragoza; 2008.
18. Miliani K, Taravella REI, Thillard D, Chauvin V, Martins E, Edouard S, Astagneau P. Peripheral venous catheter-related adverse events: evaluation from a multicentre epidemiological study in france (the catheval project). *Plos One.* 2017; 12(1).
19. Rojas L, Parra D, Camargo-Figueroa F. Incidencia y factores asociados al desarrollo de flebitis: Resultados del estudio piloto de una cohorte. Bucaramanga Colombia; 2015.
20. Ferrete C. Incidencia de flebitis secundaria por catéter venoso periférico e impacto de un protocolo de manejo. Hospital universitario de Velme. Sevilla España; 2010.
21. Mandal A, Raghu K. Estudio sobre la incidencia de flebitis después del uso del catéter intravenoso periférico. Departamento de Medicina familiar, Hospital de la fuerza Aérea Bengala Occidental. India; 2019.
22. Lee S, Kim K, Su Kim J. Un modelo de flebitis asociada con catéteres intravenosos periféricos en pacientes ortopédicos. Hospital del Sagrado Corazón de Kangdong 150, Seongan-ro, Gangdong-gu. Seúl, Corea; 2019.
23. Palese A, Ambrosi E. Atención de enfermería como predictor de flebitis relacionada con la inserción de una cánula venosa periférica en



urgencias".The Journal oh hospital infection. 2016; 92(3): 280-286.

24. WallisMC, Mc Grail J. Risk for peripheral intravenous catheter failure: A multivariate analysis of data from randomized controlled trial. Australia; 2014.

25. Nassaji-Zavareh M, Ghorbani R. Peripheral intravenous catheter-related phlebitis and related risk factors. Singapore Med J. 2007;48(8): 733-736.

26. Rojas L. Predictores de flebitis secundaria a cateterismo venoso periférico en una cohorte de pacientes de un hospital de tercer nivel de atención de Bucaramanga. Universidad industrial de Santander. Bucaramanga, Colombia; 2014.

27. Hadaway L. Short peripheral intravenous catheters and infections. J Infus Nurse. [Internet]. 2012 [Citado el 12 de diciembre de 2022]; 35(4):230-40. Disponible en: doi: 10.1097/NAN.obo13e31825af099

28. Yalkowsky S, Krzyzaniak J, Ward G. Formulation-related problems associated with intravenous drug delivery. J Pharm Sci. 1998;87(7):787-96.

29. Roszell S, Jones C. Intravenous administration issues: A comparison of intravenous insertions and complications in vancomycin versus other antibiotics. J Infus Nurs. 2010; 33(2): 112-118.

30. Salgueiro–Oliveira A, Parreira P. Incidencia de flebitis en pacientes con catéter intravenoso". Revista australiana de enfermería avanzada. 2012; 30 (2).

## PROCESO DEL CUIDADO ENFERMERO APLICADO EN UNA PACIENTE CON PANCREATITIS AGUDA EN EL HOSPITAL REGIONAL POLICIAL CHICLAYO 2023

### NURSING CARE PROCESS APPLIED TO A PATIENT WITH ACUTE PANCREATITIS AT THE CHICLAYO REGIONAL POLICE HOSPITAL 2023

Angela Milagros Guevara-Serrano<sup>1</sup>, Estefani Lisbeth Guzmán-Troncos<sup>2</sup>

Citar como:

Guevara-Serrano A, Guzmán-Troncos E. Proceso del cuidado enfermero aplicado en una paciente con pancreatitis aguda en el Hospital Regional Policial Chiclayo 2023. Rev. Recien. 2023; 12(2)

Correspondencia:  
Angela Milagros Guevara-Serrano  
[gserranoangelam@crece.uss.edu.pe](mailto:gserranoangelam@crece.uss.edu.pe)

Recibido: 31/03/2023  
Aprobado: 27/04/2023  
En línea:

#### Resumen

Caso clínico: Paciente de sexo femenino, con edad de 23 años ingresa a observación de emergencia del Hospital Regional Policial Chiclayo, con un diagnóstico médico: Pancreatitis aguda. Se observa despierta, lúcida, orientada, en tiempo, espacio y persona, con facie quejumbrosa, de dolor y decaída caminando ligeramente encorvada acompañada de su abuela. Examen físico: Se observa mucosas y piel ictéricas (++)/+++), mucosa oral semiseca y orina colúrica. Presencia de catéter venoso, perfundiendo cloruro de sodio 9 x 1000 a 40 GTS X MIN. Al control de los signos vitales: PA: 110/60 mm/Hg, FC: 102 x', FR: 22 x', T: 38.2°C SO<sub>2</sub>: 99% Medidas antropométricas: Peso: 70 Kg Talla: 1.50 IMC: 31.1 kg/m<sup>2</sup>. En la respectiva etapa de valoración se le observa piel y mucosas ictéricas (++)/+++), mucosa oral semiseca y orina colúrica. Método: La situación problemática de enfermería se desarrolló en el Hospital Policial de Chiclayo, utilizando la valoración basados en los dominios funcionales de Maryory Gordon y la Taxonomía de NANDA, NIC, NOC. Resultados: Se distingue en el Px un progreso significativo obtenido un 80% y en los cuatro siguientes el 60%. Conclusiones: El primer, segundo, tercer y cuarto diagnóstico de enfermería fueron ejecutados al 80%; Sin embargo, el 20% restante se encuentra en proceso. Además del quinto, sexto, séptimo y octavo diagnóstico se realizaron en un 60% de las intervenciones, mientras que el 40% restante está en recuperación.

**Palabras clave:** Pancreatitis aguda, dolor, temperatura.

<sup>1</sup>000\_0002\_9885\_22149

<sup>2</sup>000\_0003\_4139\_4213

## **Abstract**

Clinical case: A 23-year-old female patient admitted for emergency observation at the Chiclayo Regional Police Hospital, with a medical diagnosis: Acute pancreatitis. She can be seen awake, lucid, oriented, in time, space and person, with a complaining face, in pain and depressed, walking slightly bent over accompanied by her grandmother. On physical examination: icteric skin and mucous membranes (++/+++), semi-dry oral mucosa and choluric urine are observed. Presence of venous catheter, perfusing sodium chloride 9 x 1000 at 40 GTS X MIN. At the control of vital signs: PA: 110/60 mm/Hg, FC: 102 x' FR: 22 x', T: 38.2° C SO<sub>2</sub>: 99% Anthropometric measurements: Weight: 70 Kg Height: 1.50 BMI: 31.1 kg /m<sup>2</sup>. In the respective assessment stage, jaundiced skin and mucous membranes (++/+++), semi-dry oral mucosa and choluric urine were observed. Method: The problematic nursing situation was developed in the Police Hospital of Chiclayo, using the assessment based on the functional domains of Maryory Gordon and the Taxonomy of NANDA, NIC, NOC.

Results: It is distinguished in the Px a significant progress obtained by 80% and in the following four 60%. Conclusions: The first, second, third and fourth nursing diagnoses were executed at 80%; However, the remaining 20% is in process. In addition to the fifth, sixth, seventh and eighth diagnosis, 60% of the interventions were made, while the remaining 40% are in recovery.

**Key words:** Acute pancreatitis, pain, temperature.

## 1. Introducción

La pancreatitis aguda (PA) se define como una de las patologías más frecuentes del tracto gastrointestinal. Según los criterios de Atlanta (2020), considera que, si se desea obtener un diagnóstico preciso, es necesario dos de los tres criterios siguientes: dolor abdominal compatible con la presión arterial, niveles elevados de la amilasa o la lipasa 3 veces el límite mayor al rango normal y un patrón característico de la presión arterial en los estudios de imágenes. El 80% de los casos suelen padecer un cuadro leve, mientras que un 20% pancreatitis moderada o grave (1). De estos, el 33% desarrollan la denominada necrosis pancreática alcanzando un índice de mortalidad de aproximadamente el 15% al 35%, siendo la sepsis el determinante más importante. Sin embargo, los pacientes con Pancreatitis grave manifestando una menor proporción a diferencia de los que padecen de PA, tienen una alta morbilidad y requieren tratamiento especializado e ingreso a la sala UCI (2).

Las infecciones pancreáticas tardan un promedio de 26 días en desarrollarse y generalmente son causadas por bacterias nosocomiales. La exposición previa a antibióticos predispone al desarrollo de bacterias multirresistentes, y el uso de antibióticos (p. ej., drenaje endoscópico o percutáneo) puede resultar ineficaz en ausencia de un control focal adecuado. Se debe considerar la infección del tejido necrótico en pacientes con empeoramiento clínico y hemodinámico de la necrosis pancreática o extrapancreática que no manifiesta mejoría después de 7-10 días de hospitalización. Los

antibióticos empíricos pueden administrarse cuando existe una fuerte sospecha clínica o radiográfica de infección (la presencia de aire a nivel tomográfico se correlaciona con la presencia de infección) o después del cultivo con muestreo con aguja fina guiado por tomografía. Este enfoque puede reservarse para pacientes que no mejoran después de la terapia empírica, ya que el uso de carbapenémicos, quinolonas y metronidazol puede retrasar o incluso evitar la intervención, lo que reduce la mortalidad y la morbilidad asociadas. No se recomienda la profilaxis con antibióticos o antifúngicos (3).

La incidencia de dicha enfermedad varía de un país a otro dependiendo de la etiología. La incidencia mundial de pancreatitis aguda oscila entre 4,9 y 73,4 casos anuales por cada 100.000 habitantes, con una mortalidad cercana al 3%. Según diversos estudios a nivel mundial, muestran su considerable prevalencia, por ejemplo, en Japón, 49,4 casos por cada 100 mil habitantes, además de una mortalidad a los dos días de 10,1 en pancreatitis severa. Por otro lado, en Europa, en el norte de Croacia oscila entre 24 y 35.100.000 habitantes por año. La incidencia de cálculos biliares fue mayor en ambos estudios.

En Latinoamérica, abarca una tasa de 16 casos por 100.000 habitantes, y en Perú, según el Minsa, se reportaron 28 casos. En Brasil, se presentó el mismo porcentaje de incidencia. En los Estados Unidos, cada año se informan entre 220.000 y 300 000 casos nuevos. En México, según la Secretaría de Salud, la PA es la vigésima causa de mortalidad, siendo las enfermedades biliares las más comunes y representan el 5% de fallecidos (4).

En Cuba en 2019 fallecieron 185 personas por

enfermedad del páncreas, con una tasa de muertes del 2 %. En Cuba se determinó en diversos estudios sobre el curso de la enfermedad, con superiores tasas de morbilidad es el grupo etario de 31 a 45 años, aunque existen diferencias de género; En general, se considera que los pacientes con PA tienen las tasas de mortalidad más altas; Los cálculos biliares en la vesícula biliar son la principal causa y aparición de complicaciones locales solo en pacientes con pancreatitis aguda necrosante.

Por otro lado, el dolor abdominal producto de esta afección es uno de los motivos más comunes de ingreso a sala urgencias, por ello se toma en cuenta la posibilidad de la evolución de una PA; cabe resaltar que la valoración inicial se sitúa en la gravedad de la enfermedad es sumamente priorizado para establecer el tratamiento respectivo; Además, se estima cerca del 15% al 20% de los casos con esta patología se desarrollan en un grado grave que a menudo conduce a la necrosis del parénquima pancreático. En la mayor parte la enfermedad litiásica representa un total de 50% de casos, y se estima que el 35% de estos se encuentran estrechamente ligados al abuso del alcohol (es de origen alcohólico cuando se bebe 8 bebidas diariamente o el consumo es mayor a 100g7día), es decir la evolución de la pancreatitis aguda depende de la cantidad consumida de licor o por el tipo de licor que ha sido ingerido (vino o cerveza); No obstante, dicha proporción es variable de acuerdo a la población.

Entre otras de las causas más comunes también tiene relación con los problemas metabólicos, así como la hiperglicemia o hipercalcemia, obstrucción ductal por tumores o páncreas,

fármacos, embarazo, infección por virus del VIH, o enfermedad del colágeno conocida como la Lupus. El estudio es de gran valor teórico, ya que proporciona una actualización correspondiente del tema mediante comparaciones para que la socialización de los resultados pueda orientar la atención de enfermería (5).

## 2. Metodología

Este cuadro clínico se llevó a cabo en un paciente adulto promedio, hospitalizado en la habitación 302 en un hospital del estado Peruano, para analizar el marco de la valoración nos basamos en la teórica de las 14 necesidades básicas Tal como las establece Virginia Henderson, una vez de haber terminado la recolecta de los datos del paciente nos predisponemos a utilizar la taxonomía de clasificación de resultados NANDA duodécima edición así como también los resultados de medición constituidos mediante la taxonomía NOC sexta edición y finalmente culminamos con todas las intervenciones compuestas por la taxonomía NIC séptima edición, de los valores obtenidos gracias a las taxonomías dichas anteriormente se ordenaron en tablas los cuales serán descritos, interpretados y posteriormente ser discutidos para producir resultados confiables bajo un análisis exhaustivo.

### 3. Resultados

Paciente de sexo femenino, con edad de 23 años ingresa a observación de emergencia del Hospital Regional Policial Chiclayo, con un diagnóstico médico: Pancreatitis aguda. Se observa LOTEPE, con facie quejumbrosa, de dolor y decaída caminando ligeramente encorvada acompañada de su abuela. Al examen físico: Se observa piel y mucosas ictéricas (++/+++), mucosa oral semiseca y orina colúrica.

Presencia de catéter venoso, perfundiendo cloruro de sodio 9 x 1000 a 40 GTS X MIN.

Al control de los signos vitales: PA: 110/60 mm/Hg  
FC: 102 xMin

FR: 22 x' T: 38.2°C SO<sub>2</sub>: 99%

Medidas antropométricas: Peso: 70 Kg Talla: 1.50 IMC: 31.1 kg/m<sup>2</sup>

En la entrevista la paciente se muestra LOTEPE, refiriendo que siente dolor abdominal, en hemiabdomen superior irradiado a la espalda, que lo describe como una hincada hacia atrás, intensificado en epigastrio, valorándose en 8/10 según EVA, con sensación nauseosa. Refiere que el dolor se ha iniciado en hipocondrio derecho y epigastrio desde hace 3 días y se ha ido intensificando, tornándose intenso y que no hace deposición desde hace 3 días; además se automedicaba para no preocupar a su familia.

A la entrevista de la historia clínica las pruebas de laboratorio revelan:

Bilirrubinas: Totales: 3.2 Directa: 3 Indirecta: 1.9

Transaminasas:

TGO: 133 TGP: 1.9

Fosfatasa Alcalina: 814 Amilasa Sérica: 1929

Orina: ámbar, Aspecto: turbio, Densidad 1030,

Pigmentos biliares (+++).

#### Valoración de enfermería

Dominio 2: Nutrición

Peso: 70 kg, Talla: 1.50 cm, IMC: 31.1 kg/m<sup>2</sup>.

Dominio 3: Eliminación/Intercambio

La paciente manifiesta que no había defecado durante 3 días.

Dominio 4: Actividad/Reposo

Paciente ingresa ligeramente encorvada.

Dominio 11:

Seguridad/Protección

T°: 38.2°C

Dominio 12: Confort

Paciente refiere dolor abdominal, valorándose en 8/10 según EVA, el dolor se ha iniciado en el hipocondrio derecho, presentando sensación nauseosa.

#### Priorización de Diagnóstico de enfermeros:

1. (00007) Hipertermia r/c deshidratación m/p alto índice de temperatura de 38.2 °C.
2. (00132) Dolor agudo r/c agentes lesivos m/p presencia de dolor abdominal, a causa de una pancreatitis aguda valorándose en 8/10 según escala de EVA.
3. (00027) Déficit de volumen de líquidos r/c ingesta insuficiente de líquidos e/p piel y mucosas semisecas ictéricas, orina colúrica ámbar y aspecto turbio.
4. (00004) Riesgo de infección r/c Pancreatitis aguda.
5. (00011) Estreñimiento r/c hábitos de eliminación inadecuados m/p deposiciones infrecuentes

6. (00134) Náuseas r/c estímulos sensoriales desagradable m/p sensación de náuseas.
7. (00085) Deterioro de la movilidad física r/c dolor m/p postura encorvada.
8. (00232) Obesidad r/c ingesta excesiva m/p aumento de índice de masa corporal 31.1 Kg/m, peso 70 kg, 1.50cm. hospitalarias.

**Tabla 1.** Plan de cuidados del diagnóstico enfermero: (00007) Hipertermia

DIAGNÓSTICO ENFERMERO NANDA	CRITERIOS DE EVALUACIÓN NOC	ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTO DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	EVALUACIÓN DEL LOGRO NOC
(00007) Hipertermia r/c deshidratación m/p alto índice de temperatura de 38.2 °C	<b>00800</b> <b>Termorregulación</b> <b>INDICADORES</b> <b>080001</b> Temperatura cutánea aumentada (3) <b>080005</b> Hipertermia (3)	<b>3900</b> <b>Regulación de la temperatura</b> <b>ACTIVIDADES:</b> · Compro-bar la temperatura al menos cada 2 horas, según corresponda. · Controlar la presión arterial, el pulso y la respiración, según corresponda. <b>3786</b> <b>Tratamiento de la hipertermia</b> <b>ACTIVIDADES:</b> · Explicar al paciente los signos y síntomas de alarma de la hipertermia. · Administrar líquido por vía intravenosa para una buena hidratación. · Se administró metamizol 1 gr PRN a fiebre/dolor. · Aplicar paños húmedos.	· Monitorear la temperatura del paciente nos va a permitir darnos cuenta si el tratamiento está funcionando (6). · Medir regularmente la presión arterial es idóneo para para evaluar la función o condición física del paciente debido a que este varía según edad, sexo y peso (7). · Explicar la sintomatología cumple un papel importante para la prevención de un indicador propio del estado de hipertermia pudiendo avisar a un familiar o al personal médico para tomar las medidas apropiadas (8). · Mantener al paciente en buen estado de hidratación favorece progresivamente el equilibrio electrolítico (9). · El metamizol sódico es un analgésico de acción rápida en el tracto gastrointestinal y se metaboliza al intestino. Son de efectos analgésico, antipirético y anticonvulsivo cuya causa principal es la inhibición de la síntesis de prostaglandinas por los metabolitos (10). · Aplicar compresas frías o tibias es recomendable para nivelar la temperatura corporal sin tener que recurrir a fármacos (11).	<b>080001</b> temperatura cutánea aumentada (4)  <b>080005</b> Hipertermia (4)



**Tabla 2.** Plan de cuidados del diagnóstico enfermero: (00132) Dolor agudo

DIAGNÓSTICO ENFERMERO NANDA	CRITERIOS DE EVALUACIÓN NOC	ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTO DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	EVALUACIÓN DEL LOGRO NOC
(00132) Dolor agudo r/c agentes lesivos m/p presencia de dolor abdominal, a causa de una pancreatitis aguda valorándose en 8/10 según escala de EVA.	<p><b>2102</b></p> <p><b>Nivel del dolor</b></p> <p><b>INDICADORES:</b></p> <p><b>210201</b> Dolor referido (2)</p> <p><b>210206</b> Expresiones faciales del dolor (2)</p>	<p><b>1410</b></p> <p><b>Manejo del dolor agudo</b></p> <p><b>ACTIVIDADES:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya localización, aparición, duración, frecuencia e intensidad, así como los factores que alivian y agudizan.</li> <li>· Monitorizar el dolor utilizando una herramienta de medición válida y fiable apropiada a la edad y a la capacidad de comunicación (Escala de EVA).</li> <li>· Asegurarse de que el paciente reciba atención analgésica inmediata antes de que el dolor se agrave o antes de las actividades que lo inducen.</li> <li>· Administrar ketoprofeno 100 mg cada 8hrs.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Valorar con precisión el dolor de acuerdo a la localización, aparición, duración; es importante para poder interpretarlo y aliviarlo (12).</li> <li>· Es indispensable emplear la escala de EVA, porque evalúa y mide la intensidad del dolor, de esa forma se obtiene un resultado verídico (13).</li> <li>· Brindar una administración analgésica al paciente cuando entra en sala de emergencia es clave para mantenerlo estable y evitar que su situación empeore con llevándolo a otras complicaciones de salud (14).</li> <li>· Interrumpe la acción de la ciclooxigenasa, la cual se encarga de catalizar la formación de los antecesoros de las prostaglandinas mediante el ácido araquidónico, el cual sirve para aliviar el dolor y actúa como antiinflamatorio (15).</li> </ul>	<p><b>210201</b></p> <p>Dolor referido (4)</p> <p><b>210206</b></p> <p>Expresiones faciales del dolor (4)</p>

**Tabla 3.** Plan de cuidados de diagnóstico enfermero: (00004) Riesgo de infección

DIAGNÓSTICO ENFERMERO NANDA	CRITERIOS DE EVALUACIÓN NOC	ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTO DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	EVALUACIÓN DEL LOGRO NOC
(00004) Riesgo de infección, evidenciado por pancreatitis aguda	<p><b>3118</b></p> <p><b>Autocontrol</b></p> <p><b>INDICADORES:</b></p> <p><b>311801</b> Realiza prueba de cribado para la detención <b>(3)</b></p> <p><b>311802</b> Obtiene el tratamiento para la infección <b>(3)</b></p>	<p><b>6550</b></p> <p><b>Protección contra las infecciones</b></p> <p><b>ACTIVIDADES:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· Supervisar la probabilidad de infección del paciente.</li> <li>· Enseñar al paciente y/o familiares sobre los signos y síntomas de infección y cuándo informar a un profesional de la salud.</li> <li>· Se administró Ceftriaxona 2 gr E.V C/24h.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Es preciso colocar al enfermo en un ambiente favorable porque contribuye a su proceso de recuperación y evitar provocar respuestas adversas agravando más su situación (16). Orientar al paciente y/o familiares es un punto vital, que necesariamente el personal médico debe tomar con mucha cautela si desea contribuir a su óptimo bienestar (17).</li> <li>· Es un antibiótico que actúa inhibiendo la síntesis de la pared bacteriana, compuesto por cefalosporina de un amplio espectro y acción prolongada para el uso parenteral (18).</li> </ul>	<p><b>311801</b> Realiza prueba de cribado para la detención <b>(4).</b></p> <p><b>311802</b> Obtiene el tratamiento para la infección <b>(4).</b></p>

**Tabla 4.** Plan de cuidados del diagnóstico enfermero: (00027) Déficit de volumen de líquido

DIAGNÓSTICO ENFERMERO NANDA	CRITERIOS DE EVALUACIÓN NOC	ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTO DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	EVALUACIÓN DEL LOGRO NOC
(00027) Déficit de volumen de líquidos r/c ingesta insuficiente de líquidos e/p piel y mucosas semisecas ictéricas, orina colúrica ámbar y aspecto turbio.	<p><b>1101</b></p> <p><b>Integridad tisular: piel y membranas mucosas</b></p> <p><b>INDICADORES:</b></p> <p><b>110105</b> pigmentación anormal (3)</p>	<p><b>4120</b></p> <p><b>Manejo de líquido</b></p> <p><b>ACTIVIDADES:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· Realizar un registro preciso de entrada y salida del BHE.</li> <li>· Monitorear el estado de hidratación (membrana de humedad, pulso normal y presión arterial ortostática) según sea necesario.</li> <li>· Suministrar ClNa 0.9 % A 49 gts x´</li> <li>· Vigilar el estado de hidratación.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Es vital llevar un registro del balance hídrico para mantener y ajustar las ingestas (líquidos, agua en los alimentos) y las pérdidas (gasto pulmonar, sudor, orina y heces). Ya que la ingesta y la pérdida de líquidos se compensan diariamente, pero en algunos casos el esfuerzo físico altera este equilibrio y se requiere un tiempo estimado en horas para reponer el líquido perdido (19).</li> <li>· Evaluar periódicamente el estado de hidratación es esencial para evitar que las pérdidas de agua corporal afecten progresivamente al músculo tanto en fuerza, resistencia y captación máxima de oxígeno (19).</li> <li>· Pertenece a un grupo de sustancias medicinales denominadas soluciones electrolíticas. Se utiliza como suplemento de electrolitos para la distribución del agua en nuestro organismo manteniendo el equilibrio de líquidos (20).</li> <li>· Mantener el equilibrio adecuado de hidratación favorecerá las funciones básicas como la circulación sanguínea de esa manera se podrá aprovechar los nutrientes necesarios para un rendimiento eficiente del organismo (21).</li> </ul>	<p><b>110105</b></p> <p>pigmentación anormal (4).</p>

**Tabla 5.** Plan de cuidados del diagnóstico enfermero: (00085) Deterioro de la movilidad física

DIAGNÓSTICO ENFERMERO NANDA	CRITERIOS DE EVALUACIÓN NOC	ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTO DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	EVALUACIÓN DEL LOGRO NOC
(00085) Deterioro de la movilidad física r/c dolor m/p postura encorvada	<p><b>0208</b> <b>Movilidad</b> <b>INDICADORES:</b></p> <p><b>020801</b> Mantenimiento del equilibrio (2)</p> <p>Mantenimiento de la posición corporal (2)</p>	<p><b>6452</b> <b>Manejo ambiental: confort</b> <b>ACTIVIDADES:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· Evitar descansos innecesarios y tomarse un tiempo para descansar.</li> <li>· Recomendar una postura adecuada al paciente para que esté en confort.</li> </ul> <p><b>1800</b> <b>Ayuda con el autocuidado</b> <b>ACTIVIDADES:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· Considerar la edad del paciente para ejercer un autocuidado independiente.</li> <li>· Establecer una rutina de actividades de autocuidado.</li> </ul> <p><b>0840</b> <b>Cambio de posición</b> <b>ACTIVIDADES:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· Explicar al paciente que cambiará de posición dependiendo de la situación.</li> <li>· Colocar en una posición terapéutica especificada.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Es primordial brindar un descanso placentero al paciente porque forma parte de una necesidad básica del cuerpo esto le proporcionará una recuperación física y mental (22).</li> <li>· Educar al paciente acerca de las posturas corporales le proporcionará un descanso placentero; como medida de previsión ante una serie de complicaciones relacionadas con la inmovilidad (23).</li> <li>· Es de total consideración brindar pautas acerca de buenos hábitos en el cuidado de su salud durante la estadía en el centro sanitario, de esa manera el paciente entienda mejor su enfermedad y colabore a su pronta recuperación (24).</li> <li>· Es necesario implementar actividades en su rutina diaria para que tomen conciencia de sí mismos, facilitando a la vez la conciencia de su cuerpo y sus necesidades, esto ayudará a su salud física y mental; la cual traerá consigo beneficios a mediano y largo plazo en la prevención de enfermedades (25).</li> </ul>	<p><b>020801</b> Mantenimiento del equilibrio (3).</p> <p><b>020802</b> Mantenimiento de la posición corporal (3).</p>

**Tabla 6.** Plan de cuidado del diagnóstico enfermero: (00011) Estreñimiento

DIAGNÓSTICO ENFERMERO NANDA	CRITERIOS DE EVALUACIÓN NOC	ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTO DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	EVALUACIÓN DEL LOGRO NOC
(00011) Estreñimiento r/c hábitos de eliminación inadecuados m/p deposiciones infrecuentes	<b>0501</b> <b>Eliminación intestinal</b>  <b>INDICADORES:</b>  <b>050101</b> Patrón de eliminación (2)  <b>020802</b> Ruidos abdominales (2)	<b>0430</b> <b>Control intestinal</b> <b>ACTIVIDADES:</b>  · Controlar los sonidos intestinales. · Vigilar los signos y síntomas de estreñimiento. · Sugerir al médico la colocación del enema.  <b>0450</b> <b>Manejo del estreñimiento/ impactación fecal</b>  <b>ACTIVIDADES:</b>  · Comprobar las defecaciones, incluyendo frecuencia, consistencia, forma, volumen y color, según corresponda. · Vigilar la hidratación.	· Evaluar si el paciente presenta ruidos intestinales para determinar si está pasando algún problema estomacal, es oportuno porque estaría descartando alguna molestia ya sea grave o leve (26). · Un control en la sintomatología es determinante cuando existe estreñimiento para prevenir un daño al intestino, recto o causar una deshidratación, además que el medicamento que se está administrando sea absorbido lentamente (26). · En algunos casos es recomendable administrar líquido a través del esfínter anal de manera correcta para permitir la evacuación de las heces en el paciente que persiste con cuadros de estreñimiento (26). · La escala de Bristol permite valorar el estado de la defecación, de manera que se pueda descubrir si hay un factor existente que cause un problema de digestión como el estreñimiento (26).	<b>050101</b> Patrón de eliminación (3)  <b>020802</b> Ruidos abdominales (3)

**Tabla 7.** Plan de cuidados del diagnóstico enfermero: (00134) Náuseas

DIAGNÓSTICO ENFERMERO NANDA	CRITERIOS DE EVALUACIÓN NOC	ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTO DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	EVALUACIÓN DEL LOGRO NOC
(00134) Náuseas r/c estímulos sensoriales desagradable m/p sensación de náuseas.	<p><b>1618</b></p> <p><b>Control de las náuseas y vómitos</b></p> <p><b>INDICADORES:</b></p> <p>161819 Informa de náuseas controladas (2)</p>	<p><b>11450</b></p> <p><b>Manejo de las náuseas</b></p> <p><b>ACTIVIDADES:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· Promover el descanso y el sueño adecuado para facilitar el alivio de las náuseas.</li> <li>· Se administró Dimenhidrinato 50 mg EV stat.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Dar prioridad al descanso es importante para una buena función cognitiva, regulación respiratoria, mejora del estado de ánimo, salud mental, cardiovascular, cerebrovascular y metabólica.</li> <li>· Su principal acción consiste en un principio activo actuando en episodios de mareos o náuseas causados por el movimiento, previene los problemas de equilibrio corporal; Sin embargo, su dosis no debe exceder los 400 mg (27).</li> </ul>	<p><b>161819</b> Informa de náuseas controladas (3).</p>

**Tabla 8.** Plan de cuidados del diagnóstico enfermero; (00232) Obesidad

DIAGNÓSTICO ENFERMERO NANDA	CRITERIOS DE EVALUACIÓN NOC	ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTO DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	EVALUACIÓN DEL LOGRO NOC
(00232) Obesidad r/c ingesta excesiva m/p aumento de índice de masa corporal 31.1 Kg/m, talla 1.50 cm, peso 70 kg.	<p><b>1941</b></p> <p><b>Conocimiento: Manejo del peso</b></p> <p><b>INDICADORES:</b></p> <p><b>184107</b> Riesgos de salud relacionado con el peso inferior al normal (2)</p> <p><b>184118</b> Cambio del estilo de vida para favorecer el peso óptimo (2)</p>	<p><b>1280</b></p> <p><b>Ayuda para disminuir</b></p> <p><b>ACTIVIDADES:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· Comentar los inconvenientes para ayudar al paciente a superar las dificultades y tener más éxitos.</li> <li>· Ayudar al paciente en su recuperación a que tenga un estilo de vida más saludable.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Fomentar e incentivar para que lleve una correcta higiene y hábitos saludables para una vida plena sin problemas metabólicos.</li> <li>· Es beneficioso interactuar con el paciente para evaluar qué dificultades se podrían presentar durante el proceso de su tratamiento de esa manera ayudarlos a superar obstáculos y a su completo bienestar.</li> <li>· Contribuir a cambiar las malas conductas alimentarias preverá. enfermedades y mejoran su calidad de vida del paciente (28).</li> </ul>	<p><b>184107</b> Riesgos de salud relacionado con el peso inferior al normal (3)</p> <p><b>184118</b> Cambio del estilo de vida para favorecer el peso óptimo (3)</p>

#### 4. Discusión

El proceso de enfermería, se llevó a cabo en una paciente adulta joven que fue hospitalizada con una serie de diagnósticos: Pancreatitis aguda, Hipertermia, Dolor agudo, Déficit de volumen de líquidos, Riesgo de infección, Estreñimiento, Náuseas, Deterioro de la movilidad, Obesidad, en donde las intervenciones se han efectuado de una manera integral y sistemático para poder analizar los problemas que evidencia el paciente, a través de la valoración y atención que se brinda y además gracias al plan de cuidado que implementamos, logramos resultados que demuestran respuestas humanas satisfactorias y una complejidad patológica reducida donde entran a tallar los porcentajes esperados de las mismas intervenciones de enfermería.

En los siguientes diagnósticos enfermeros: (00007) Hipertermia cuya definición según NANDA es cuando “la temperatura corporal es superior al rango normal de la termorregulación” (29). Se obtuvo un resultado del 80% logrado y satisfecho debido a que se le disminuyó la temperatura, estableciendo a los valores normales de 36.5 °C.

En relación al segundo diagnóstico: (00132) Dolor agudo, cuya definición NANDA se da por “la experiencia emocional y sensitiva provocada por una lesión tisular potencial o real” (29). Se obtuvo un resultado favorable, de 80% siendo este logrado, debido a que se le disminuyó el dolor a 4/10 según escala de EVA.

El tercer diagnóstico: (00027) Déficit de volumen de líquidos, según definición de NANDA, “es por la disminución de líquidos intersticial o intravascular”

(29). Se obtuvo un 80% logrado.

En referencia el cuarto diagnóstico: (00004) Riesgo de infección, cuya definición NANDA es por ser “Susceptible de sufrir una invasión que puede estar comprometida la salud” (29). Se obtuvo un resultado 80 % parcialmente favorable, debido a que el paciente tenía riesgo de sufrir de infección.

En relación al quinto diagnóstico: (00011) Estreñimiento, cuya definición NANDA “es una evacuación infrecuente de las evacuaciones (heces). Se obtuvo un resultado de 60% logrado, debido a que se le aplicó un enema y se brindaron los cuidados necesarios de enfermería.

En el sexto diagnóstico: (00134) Náuseas, según NANDA lo define como “algo desagradable en la parte posterior de la garganta que puede ocasionar o no vómitos” (29). El resultado que obtuvimos fue 60% logrado gracias a las constantes intervenciones de enfermería, brindándole una medicación accesible al tratamiento de esta siendo el dimenhidrinato.

En referencia al séptimo diagnóstico: (00085) Deterioro de la movilidad Física, según NANDA, “es denominado como el movimiento autolimitado de una o más extremidades” (29). Se obtuvo un resultado 60% logrado.

En relación al octavo diagnóstico: (00085) Obesidad, es por ello que NANDA lo define, “como un problema lo cual se da por una acumulación excesiva de tejido adiposo, para su edad y sexo” (29). El resultado fue de 60% logrado, porque se le brindó apoyo a nuestra paciente a identificar un cambio de vida saludable.



## 5. Conclusiones

El PAE es una herramienta muy valiosa en la práctica hospitalaria el cual facilita al profesional de salud brindar atención integral a individuos, familias y comunidades. Es un enfoque sistemático e integral para la gestión de la atención individualizada, consistente y en función de la prioridad de los problemas reales o potenciales y garantiza la calidad integral de los cuidados paliativos.

El presente proceso se puso en marcha mediante de una planificación de cuidados exhaustivos basados en las respuestas humanas y actividades sugeridas en un contexto psicosocial, de forma que se puedan suplir las necesidades hospitalarias a través de cuidados de enfermería individualizados y fundamentados en la evidencia, los cuales se lograrán con la seguridad y eficacia respectiva para mejorar la condición crítica del paciente que presentó en su primera evaluación.

Fueron identificados 08 diagnósticos enfermeros en donde se cumplieron con casi la totalidad de los objetivos propuestos.

Según el análisis del primer diagnóstico de enfermería (00007) Hipertermia, se logró un 80% el objetivo y el 20% no fueron alcanzados por el estado del paciente.

Al segundo diagnóstico (00132), dolor agudo: se alcanzó un 80% de alivio a diferencia del 20% se encuentra en proceso por la condición clínica y su evolución patológica.

En el tercer diagnóstico (00027) Déficit de volumen de líquidos se logró un 80% en donde se realizó las actividades pertinentes, mientras que el 20% está en recuperación. El cuarto diagnóstico (00004)

Riesgo de infección se alcanzó un resultado favorable del 80% a diferencia del 20% que fueron parcialmente alcanzados. En el quinto diagnóstico (00011) Estreñimiento se alcanzó un 60% y el 40% está en proceso de recuperación. El sexto diagnóstico (00134) Náuseas se logró un 60%, mientras tanto el 40% aún está en proceso. En el séptimo diagnóstico (00085) se alcanzó un 60% de mejoría, mientras que el 40% no se logró y el octavo diagnóstico (00232) Obesidad se logró un 60% y el 40% se encuentra en recuperación.

## 6. Referencias

1. Mayorga A, Otero W, Parga J. Nutrición de pancreatitis: nuevos conceptos para un viejo problema. Revista Colombiana de Gastroenterología [Internet] 2020. [Citado el 18 de diciembre del 2022]; 35 (4): 465-470. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=337765911009>
2. Álvarez P, Dobles C. Pancreatitis aguda: fisiopatología y manejo inicial. Acta Médica Costarricense [Internet] 2019. [Citado el 18 de diciembre del 2022]; 61 (1). Disponible en: [https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0001-60022019000100013](https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-60022019000100013)
3. Valdivieso A, Vargas O, Chiang A, Piscoya A. Situación epidemiológica de la pancreatitis aguda en Latinoamérica y alcances sobre el diagnóstico. Carta al editor [Internet] 2016. [Citado el 18 de diciembre del 2022]; 46: 102-103. Disponible en: <https://www.actagastro.org/numeros-antteriores/2016/Vol-46-N2/Vol46N2-PDF07.pdf>
4. Jamanca H, Cano L. Factores pronósticos

de severidad en pancreatitis aguda en un hospital peruano. Facultad de Medicina Humana [Internet] 2020. [Citado el 18 de diciembre del 2022]; 20 (1): 14-19. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rfmh/v20n1/2308-0531-rfmh-20-01-14.pdf>

5. Palomino A, Cruz M, Mesa O. Caracterización clínica y epidemiología de pacientes de cirugía general. [Internet] 2021. [Citado el 18 de diciembre del 2022]; 4 (3). Disponible en: <https://revprogaleño.sld.cu/index.php/progaleño/article/view/306/218#:~:text=En%20Latinoam%C3%A9rica%20la%20incidencia%20es,por%20cada%20100%20000%20habitantes>

6. Durón B, Laínez G, García U, Rubio L, Rosales B, et al. Pancreatitis aguda: Evidencia actual. Arch med. [Internet]. 2018 [Citado el 18 de diciembre de 2022];14(1):4. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6373539>

7. Pérez F, Arauz E. Pancreatitis Aguda. Revista Médica Científica [Internet].2020 [Citado el 18 de diciembre de 2022]. Disponible en: <https://revistamedicocientifica.org/index.php/rmc/article/view/570/953>

8. Bartel M. Pancreatitis Aguda. Manual MSD versión para profesionales [internet].2022 [Citado el 18 de diciembre de 2022]. Disponible en: <https://www.msmanuals.com/es-pe/professional/trastornos-gastrointestinales/pancreatitis/pancreatitis-aguda>

9. Rivera R, Edgardo D. Pancreatitis, genes y Trasplante de islotes: actualizaciones y nuevos horizontes. Rev. Gastroenterólogo Perú [Internet]. 2017 [Citado el 18 de diciembre de 2022];37(2):156–61. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_)

[arttext&pid=S1022-51292017000200008](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1022-51292017000200008)

10. Garro U, Thuel G. Diagnóstico y tratamiento de la pancreatitis aguda. Revista Médica Sinergia [internet].2020 [Citado el 18 de diciembre de 2022]. Disponible en: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/537/892>

11. MedlinePlus. Medición de la temperatura. Información de salud para todos [Internet]. [Citado 18 de diciembre del 2022]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/003400.htm>

12. Dräger Medical. La importancia de la temperatura corporal central Fisiopatología y métodos de medición [Internet]. [Citado el 18 de diciembre del 2022]. Disponible en: <https://www.draeger.com/library/content/t-core-bk-9101301-es-1604-1.pdf>

13. Kapsokfalou M. Hidratación y dieta. Una propuesta de dieta completa para una hidratación saludable [Internet]. [Citado el 18 de diciembre del 2022]. Disponible en: <https://cieah.ulpgc.es/es/hidratacion-humana/hidratacion-y-dieta>

14. Biblioteca de salud del adulto. Signos vitales (temperatura corporal, pulso, frecuencia respiratoria, presión arterial) [Internet]. [Citado el 18 de diciembre del 2022]. Disponible en: <https://healthlibrary.brighamandwomens.org/spanish/diseasesconditions/adult/NonTraumatic/85,P03963>

15. Afuso M, Chumacero J. Manteniendo la permeabilidad de la vía aérea. Dialnet [Internet]. 2010 [Citado el 18 de diciembre del 2022]; 27 (4): 270-280. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3714801>

16. Centro para el control y prevención de enfermedades. Signos y síntomas de advertencia

de enfermedades relacionadas con el calor [Internet]. 2017 [Citado el 18 de diciembre del 2022].

Disponible en: <https://www.cdc.gov/es/disasters/extremeheat/warning.html>

17. Escola Galega. Evaluación del dolor [Internet]. [Citado el 18 de diciembre del 2021].

Disponible en: [https://escolasaude.sergas.es/Docs/EGSPC/pilula/o2\\_evaluacion/index.html#lc\\_es\\_p1](https://escolasaude.sergas.es/Docs/EGSPC/pilula/o2_evaluacion/index.html#lc_es_p1)

18. Pardo C. Monitorización del dolor. Recomendaciones del grupo de trabajo de analgesia y sedación de la SEMICYUC.

Medicina intensiva [Internet]. 2006 [Citado el 18 de diciembre del 2022]; 30(8). Disponible en:

[https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0210-56912006000800004](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210-56912006000800004)

19. Health Library. Cuidados paliativos: la importancia de controlar el dolor [Internet]. [Citado el 18 de diciembre del 2022]. Disponible en:

<https://myhealth.ucsd.edu/RelatedItems/3,41118>

20. Ocronos R. Proceso de Atención de Enfermería (PAE) a un paciente pluripatológico. Ocronos - Editorial Científico-Técnica [Internet]. 2021 [Citado el 18 de diciembre de 2022]; Disponible en:

<https://revistamedica.com/pae-paciente-pluripatologico/amp/>

21. González N. Enfermería urgencias.com. Rev. Enfermería [Internet]. 2018 [Citado el 18 de diciembre de 2022]. Disponible en:

<http://www.enfermeriadeurgencias.com/ciber/enero2015/pagina2.html>

22. Aranceta-Bartrina ], Aldrete-Velasco ], Alexanderson-Rosas E, Álvarez-Álvarez R, Castro-Martínez M, Ceja-Martínez I, et al. Hidratación: importancia en algunas condiciones patológicas en adultos. Med. interna Méx. [internet]. 2018

[Citado el 18 de diciembre de 2022]. Disponible en:

[https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0186-48662018000200006](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0186-48662018000200006)

23. Celayane P. Unidad didáctica 8: Cuidados de enfermería para favorecer el reposo/sueño. Licenciatura en Enfermería y Obstetricia. Sistema Universitario de Multimodalidad Educativa - Universidad de Guanajuato. [internet]. 2018 [Citado el 18 de diciembre de 2022]. Disponible en:

<https://blogs.ugto.mx/enfermeriaenlinea/unidad-didactica-8-cuidados-de-enfermeria-para-favorecer-el-reposo-sueno/>

24. Ocronos R. Administración de los diferentes tipos de enemas por parte del Técnico Auxiliar en Cuidados de Enfermería en el ámbito hospitalario. Revista Médica y de Enfermería [internet]. 2019 [Citado el 18 de diciembre de 2022]. Disponible en:

<https://revistamedica.com/administracion-tipos-de-enemas-tecnico-auxiliar-en-cuidados-de-enfermeria/amp/>

25. Canga A, Esandi N. La familia como objeto de cuidado: hacia un enfoque integrador en la atención de enfermería. Rev. Médica [Internet]. 2016 [Citado el 18 de diciembre de 2022]; 39(2):319–22. Disponible en:

[https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1137-66272016000200016](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272016000200016)

26. Calvo C, Escudero ], Ibáñez M, Lahoz M, et al. Actuación enfermera en paciente con estreñimiento. Revista Sanitaria de Investigación (RSI) [Internet]. 2021 [Citado el 18 de diciembre de 2022]. Disponible en:

<https://revistasanitariadeinvestigacion.com/actuacion-enfermera-en-paciente-con-estrenimiento/>

27. Arroyo L. Técnica de administración de enema por parte del TCAE RSI - Revista Sanitaria

de Investigación. [Internet]. 2021 [Citado el 18 de diciembre de 2022]. Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/tecnica-de-administracion-de-enema-por-parte-del-tcae/>

28. Ciérvide E. Náuseas y vómitos. Enfermera Virtual [Internet]. 2017 [Citado 18 de diciembre de 2022]. Disponible en:

[https://www.infermeravirtual.com/esp/problemas\\_de\\_salud/signos\\_y\\_sintomas/nauseas\\_y\\_vomitos/informacion\\_practica](https://www.infermeravirtual.com/esp/problemas_de_salud/signos_y_sintomas/nauseas_y_vomitos/informacion_practica)

29. Heather T, Kamitsuru, Takáo C. Nanda. Internacional Diagnósticos Enfermeros: Definición y clasificación 2021 – 2023. ELSEVIER [Internet]. 2021 [Citado 18 de diciembre de 2022]. Disponible en: <https://sinesss.org.pe/wp-content/uploads/2022/10/NANDA-2021-2023.pdf>