



REVISTA CIENTÍFICA DE ENFERMERÍA



"Para integrar y avanzar
vamos juntos"
Año 1978 - 2024

Vol. 13 N° 03 - 2024 / ISSN Electrónica 2071 - 595 X / ISSN
impresa 2071 - 5080

Av. Gral. Sta. Cruz 560, Jesús María 15072
www.cep.org.pe



latindex
catálogo 2.0

2024

Diseño de Portada: Renzo Yalli Gálvez

RECIEN
REVISTA CIENTÍFICA

COLEGIO DE ENFERMEROS DEL PERÚ
LIMA, PERÚ 2024

ISSN electrónica 2071-596X
ISSN impresa 2071-5080
Edición Vol. 13 Núm. 3 (2024)

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: Yalli Gálvez, Renzo Franco.

Diseño de portada: Yalli Gálvez, Renzo Franco.

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

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

Artículo 1 (Revisión)

Barreras y facilitadores para la implementación de programas nutricionales en niños indígenas: Una revisión de alcance (Pág. 7 - 31).

Artículo 2 (Original)

Estado nutricional y desarrollo psicomotor de escolares de una institución educativa pública (Pág. 32 - 50).

Artículo 3 (Original)

Experiencias personales acerca del cuidado de heridas quirúrgicas post apendicectomía en el proceso de recuperación domiciliar (pág. 51- 65).

Artículo 4 (Original)

Gestión de las referencias y satisfacción en familiares de los pacientes referidos por emergencia en un hospital público, Nuevo Chimbote (pág. 66 - 79).

Artículo 5 (Original)

Factores que influyen en el desempeño de las prácticas clínicas en estudiantes de enfermería (pág. 80 - 102).

Artículo 6 (Revisión)

Alfabetización en atención primaria en salud. Revisión sistemática (pág. 103 - 118).

Artículo 7 (Narrativo)

Atención en salud en poblaciones vulnerables de la Amazonia (pág. 119 - 131).

Artículo 8 (Científico)

Reorganización y funcionamiento del sistema de atención móvil de urgencias y emergencias durante la pandemia covid-19 en Piura, 2021. (pág. 132 - 144).

Artículo 9 (Original)

Análisis de accidentabilidad por descompresión inadecuada en trabajadores de faenas subacuáticas en Chile entre los años 2004 al 2022 (pág. 145 - 154).

Artículo 10 (Original)

Uso y tiempo de permanencia de los catéteres de línea media en pacientes adultos oncológicos hospitalizados en el instituto regional de enfermedades neoplásicas del sur (pág. 155 - 171).

Caso Clínico

Proceso de cuidado de enfermería a paciente con pancreatitis (Pág. 172 - 182).

Contribución Especial

Propuesta de una guía de intervención de enfermería perioperatoria. Atención paciente covid 19 (Pág. 183 - 193).

Contribución Especial

Competencia cultural: Un modelo de enfermería como respuesta a la entrega de cuidados humanizados (Pág. 194 - 202).

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. 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.

IMPACTO DE LA INTELIGENCIA ARTIFICIAL EN LA INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA

IMPACT OF ARTIFICIAL INTELLIGENCE ON SCIENTIFIC RESEARCH

Liliana Rodríguez Saavedra¹

Citar como:

Rodríguez-Saavedra L. Impacto de la inteligencia artificial en la investigación científica. Rev. Recien. 2024; 13(2)

Correspondencia:

Rodríguez Saavedra Liliana
lilianaunife2018@gmail.com

Recibido: 20/05/2024

Aprobado: 20/06/2024

En línea: 30/08/2024

El uso de la inteligencia artificial (IA) en la investigación científica es un campo en rápido crecimiento con importantes beneficios potenciales y desafíos, con aplicaciones que van desde el procesamiento y análisis de datos hasta la generación y traducción de textos. Diversos estudios destacan el papel de la IA en la aceleración del proceso de investigación, al tiempo que subraya la necesidad de un uso responsable y de normas éticas (1), a su vez analizan cómo la IA está mejorando la difusión de la investigación científica, pero también plantea preocupaciones sobre la posible pérdida de control y la disminución de la calidad de los contenidos (2).

Investigadores destacados profundizan en las implicaciones epistemológicas de la IA en la investigación, subrayando su impacto transformador (3) y exploran el uso de la IA en la generación de textos académicos, señalando su potencial para mejorar la eficiencia, pero también la necesidad de abordar las preocupaciones sobre la originalidad y la calidad (4). Se destaca el potencial de la IA en el análisis de datos, la generación de hipótesis y la automatización de tareas, pero

¹Doctora en Educación, Magister en Docencia Universitaria, especialista en Metodología de Investigación. Gestor de Investigación.

<https://orcid.org/0000-0001-9165-6408>

también subrayan la necesidad de tener en cuenta consideraciones éticas y legales (5). Un estudio de Carvajal (6) ofrece una visión sistemática del uso de la IA en la producción de artículos científicos, identificando sus beneficios, limitaciones y consideraciones éticas. Estos estudios subrayan colectivamente el potencial transformador de la IA en la investigación científica, al tiempo que destacan la importancia de un uso responsable y ético.

La inteligencia artificial (IA) está revolucionando la investigación científica, facilitando avances que antes eran impensables. Desde la aceleración del descubrimiento de nuevos materiales hasta la optimización de procesos complejos, la IA está redefiniendo el panorama científico. A continuación, exploramos cómo la IA está influyendo en diversas áreas de la investigación y los desafíos que enfrentamos en su implementación.

Aceleración del Descubrimiento Científico

Uno de los impactos más significativos de la IA en la investigación científica es la aceleración del descubrimiento de nuevos conocimientos. La IA puede analizar enormes volúmenes de datos en fracciones de segundo, identificando patrones y relaciones que podrían pasar desapercibidos para los investigadores humanos.

Modelado y Simulación

La IA ha mejorado considerablemente la capacidad de los científicos para modelar y simular fenómenos complejos. En campos como la física, la química y la climatología, los modelos basados en IA pueden predecir el comportamiento de sistemas complicados con mayor precisión que los métodos tradicionales. Esto permite a los científicos explorar hipótesis y escenarios que serían imposibles de estudiar experimentalmente, ahorrando tiempo y recursos.

Análisis de Datos y Big Data

La era del big data ha traído consigo un torrente de información que supera la capacidad de análisis de los métodos convencionales. La IA, y en particular el aprendizaje automático, permite a los investigadores procesar y extraer información útil de estos grandes conjuntos de datos. En la biología, por ejemplo, la IA está siendo utilizada para analizar datos genómicos, lo que está llevando a descubrimientos sobre las bases genéticas de enfermedades complejas y al desarrollo de terapias personalizadas.

Asistencia en la Redacción Científica

Los sistemas de IA también están comenzando a asistir en la redacción de artículos científicos. Herramientas de procesamiento de lenguaje natural pueden ayudar a los investigadores a revisar grandes cantidades de literatura

científica, identificar las tendencias actuales y generar resúmenes de forma automática. Esto no solo ahorra tiempo, sino que también puede ayudar a evitar sesgos al proporcionar una visión más completa del estado del arte.

Innovación en Técnicas Experimentales

La IA está ayudando a innovar en técnicas experimentales, permitiendo a los investigadores diseñar y ejecutar experimentos de manera más eficiente. En biología sintética, por ejemplo, los algoritmos de IA pueden diseñar nuevas proteínas o secuencias de ADN con propiedades específicas, acelerando la investigación y el desarrollo de nuevas biotecnologías.

Desafíos y Consideraciones Éticas

A pesar de sus numerosas ventajas, la implementación de la IA en la investigación científica no está exenta de desafíos. La calidad de los resultados de la IA depende en gran medida de la calidad de los datos con los que se entrena. Datos incompletos o sesgados pueden llevar a conclusiones incorrectas. Además, la transparencia y la reproducibilidad de los algoritmos de IA son cruciales para garantizar que los resultados sean fiables. La ética en la investigación con IA también es un tema importante. Los investigadores deben considerar el impacto de sus descubrimientos en la sociedad y asegurarse de que la IA se utilice de manera responsable. La supervisión y la regulación adecuadas son necesarias para evitar

malinterpretaciones y mal usos de la tecnología. La inteligencia artificial está transformando la investigación científica, ofreciendo nuevas herramientas y metodologías que permiten avances más rápidos y precisos. Sin embargo, es fundamental abordar los desafíos asociados con su uso para garantizar que estos avances se realicen de manera ética y responsable. La colaboración interdisciplinaria y una regulación adecuada serán clave para maximizar los beneficios de la IA en la ciencia, asegurando que sus contribuciones sean seguras, efectivas y en beneficio de toda la humanidad. La IA tiene el potencial de ser una aliada poderosa en la búsqueda del conocimiento, siempre que se maneje con la prudencia y el rigor que caracteriza a la buena ciencia.

Referencias:

1. Rojas J. La inteligencia artificial (IA) y su relación con el área de la investigación. Rev Fac Farm. 2024. <https://doi.org/10.53766/refa/2024.65.2.01>
2. Calle-Pesántez SE, Pallo-Chiguano JM. Capítulo 3. Inteligencia Artificial en la comunicación científica. Espejo de Monografías de Comunicación Social. 2024. <https://doi.org/10.52495/c3.emcs.23.ti12>
3. Hinojosa Mamani J, Catacora Lucana E, Mamani Gamarra JE. Bitácora de herramientas digitales: la inteligencia artificial en la investigación y las producciones académicas. 2024. . <https://doi.org/10.37885/978-65-5360-555-8>

4. Acosta Camino DF, Andrade Clavijo BP. La Inteligencia artificial en la investigación y redacción de textos académicos. Espiritu Emprendedor TES. 2024. <https://doi.org/10.33970/eetes.v8.n1.2024.369>
5. Suazo Galdames I. Inteligencia artificial en investigación científica. SciComm Report. 2023;3(1):1-3. <https://doi.org/10.32457/scr.v3i1.2149>
6. Morantes Carvajal IC. Inteligencia artificial (IA) en la investigación científica: Sistematización y reflexiones sobre experiencias educativas. Rev EDUCARE UPEL-IPB Segunda Nueva Etapa. 2023. <https://doi.org/10.46498/reduipb.v27i3.2050>

ARTÍCULO DE REVISIÓN

BARRERAS Y FACILITADORES PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE PROGRAMAS NUTRICIONALES EN NIÑOS INDÍGENAS: UNA REVISIÓN DE ALCANCE

BARRIERS AND FACILITATORS FOR THE IMPLEMENTATION OF NUTRITIONAL PROGRAMS IN INDIGENOUS CHILDREN: A SCOPING REVIEW

Wilfredo Amaro Cáceres¹, Lucero Cahuana Hurtado²

Citar como:

Amaro C, Cahuana L. Barreras y facilitadores para la implementación de programas nutricionales en niños indígenas: Una revisión de alcance. Rev. Recien. 2024; 13(3)

Correspondencia:

wilfredo.amaro@upch.pe

Recibido: 01 / 07 / 2024

Aprobado: 05/07/2024

En línea: 10 / 12 / 2024

Resumen

Objetivo: Identificar el estado del arte sobre barreras y facilitadores para la implementación de programas nutricionales en niños indígenas. **Material y métodos:** Revisión de alcance de bases de datos de literatura como PubMed, SciELO, Dialnet, Redalyc, ProQuest y Google Académico de artículos sobre el tema, publicados entre 2005 y 2024, en revistas indexadas, en inglés y español. Se excluyeron los trabajos sin acceso a texto completo o que fueran comentarios, cartas al editor, entre otros. Se categorizaron las barreras y facilitadores usando el Consolidated Framework for Implementation Research, y distinguiendo regiones geográficas (América, y África y Asia). **Resultados:** De 2180 estudios encontrados, se incluyeron solo 15: ocho en América, tres en África y tres en Asia. Aspectos del entorno interno de los programas, que reflejan problemas de gestión financiera y de insumos, son las barreras más mencionadas; mientras que los facilitadores más mencionados tienen que ver con el entorno externo, como el apoyo de autoridades y beneficiarios. Destaca también el

¹ Candidato a Doctor en Salud Pública. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Magister en Salud Pública. wilfredo.amaro@upch.pe.

² Facultad de Salud Pública y Administración. Universidad Peruana Cayetano Heredia. lucero.cahuana@upch.pe.

papel de las creencias locales como barrera. Conclusiones: Las barreras y los facilitadores encontrados demuestran la importancia de dar seguimiento al desempeño de los programas y su funcionamiento, así como el lograr el apoyo local previamente a su implementación para asegurar los resultados esperados.

Palabras Clave: desnutrición crónica, programas sociales, implementación, barreras, facilitadores, población indígena

Abstract

Objective: To identify the state of the art on barriers and enablers for the implementation of nutritional programs in indigenous children. **Material and methods:** Scoping review of databases such as PubMed, SciELO, Dialnet, Redalyc, ProQuest and Google Scholar of articles on the subject, published between 2005 and 2024, in indexed journal, in English and Spanish. Articles without access to full text or that were commentaries, letters to the editor, among others, were excluded. Barriers and enablers were categorized using the Consolidated Framework for Implementation Research' domains, and distinguishing geographic regions (America, Africa and Asia). **Results:** Of 2,180 studies found, only 15 were included: eight in the Americas, three in Africa and three in Asia. Aspects of the project inner setting, which reflect problems of financial and input management, are the most frequently mentioned barriers, while the most frequently mentioned enablers have to do with the project outer setting domain, such as the support of authorities and beneficiaries. It also highlights the role of local beliefs as a barrier. **Conclusions:** The barriers and enablers found demonstrate the importance of monitoring the performance

of the programs and their operation, as well as achieving local support prior to their implementation to ensure the expected results.

Keywords: stunting, implementation, social policies, barriers, enablers, indigenous population

1. Introducción

Para abordar los problemas más prevalentes en salud, los gobiernos diseñan diferentes intervenciones y programas, generalmente basadas en evidencia. En un contexto dinámico, complejo y diverso, la implementación puede enfrentar aspectos que eviten (barreras) o que promueven el éxito de las intervenciones (facilitadores) (1). La presencia de estas situaciones impone una transformación de la gestión, funcionamiento e implementación de las intervenciones y programas (2, 3), aunque no necesariamente se realice al ritmo necesario para ajustarse a los cambios. Es necesario conocer detalladamente cómo estos aspectos pueden modificar el efecto esperado, en un contexto dado (1).

En este tenor, un reto especialmente importante a nivel mundial es aquel relacionado con los problemas que aquejan a la población infantil, bajo el enfoque de capacidades y de formación de capital humano. Hasta la fecha, a pesar de la inversión realizada en intervenciones y programas para reducirla, la desnutrición crónica infantil (DCI), o talla baja para la edad, sigue siendo un problema de prioridad global. Alrededor de 200 millones de niños menores de 5 años presentan problemas nutricionales (4, 5). La evidencia señala que quienes la padecen desde etapas tempranas incrementan el riesgo de enfermedad y retraso en el desarrollo físico e intelectual (4). En las poblaciones indígenas u originarias, el problema es aún mayor: se estima que, a nivel mundial, uno de cada dos niños está desnutrido (6). Existe evidencia que las intervenciones nutricionales para reducir la DCI

son limitadas y poco adecuadas a contextos de pueblos indígenas. De acuerdo con estudios en poblaciones indígenas en Latinoamérica, dado que en el diseño de las intervenciones prevalece una visión biomédica, éstas se vuelven poco adecuadas para resolver el problema de la DCI (7).

En el caso de Perú, el país cuenta con 55 pueblos indígenas (51 amazónicos y 4 andinos) los cuales presentan elevados índices de DCI en comparación de otras poblaciones (8). Hasta 2022, las acciones para abordar la DCI se realizaron mediante el Programa Articulado Nutricional (PAN) (9). Existen pocos estudios sobre la implementación de este programa en comunidades indígenas andinas y amazónicas. De acuerdo con un estudio en Ayacucho, se percibe que el PAN tenía una mirada distinta a la concepción indígena sobre el problema nutricional (10). De esta forma se concibe que las recomendaciones generadas entren en contradicción con los conocimientos y prácticas locales (11).

Dado que el problema de la DCI se mantiene alto en las poblaciones indígenas peruanas, y ante los cambios en el PAN, que promueven la participación de diferentes sectores sociales en la prestación de los servicios relacionados al desarrollo infantil temprano, es importante conocer las barreras y facilitadores que se han identificado en la implementación del programa en poblaciones indígenas en el mundo. Por ello, usando el Marco Consolidado de Investigación de la Implementación (CFIR, por sus siglas en inglés), este trabajo busca analizar el estado del arte sobre la implementación de intervenciones nutricionales en poblaciones indígenas. Se hace énfasis en conocer las diferencias encontradas

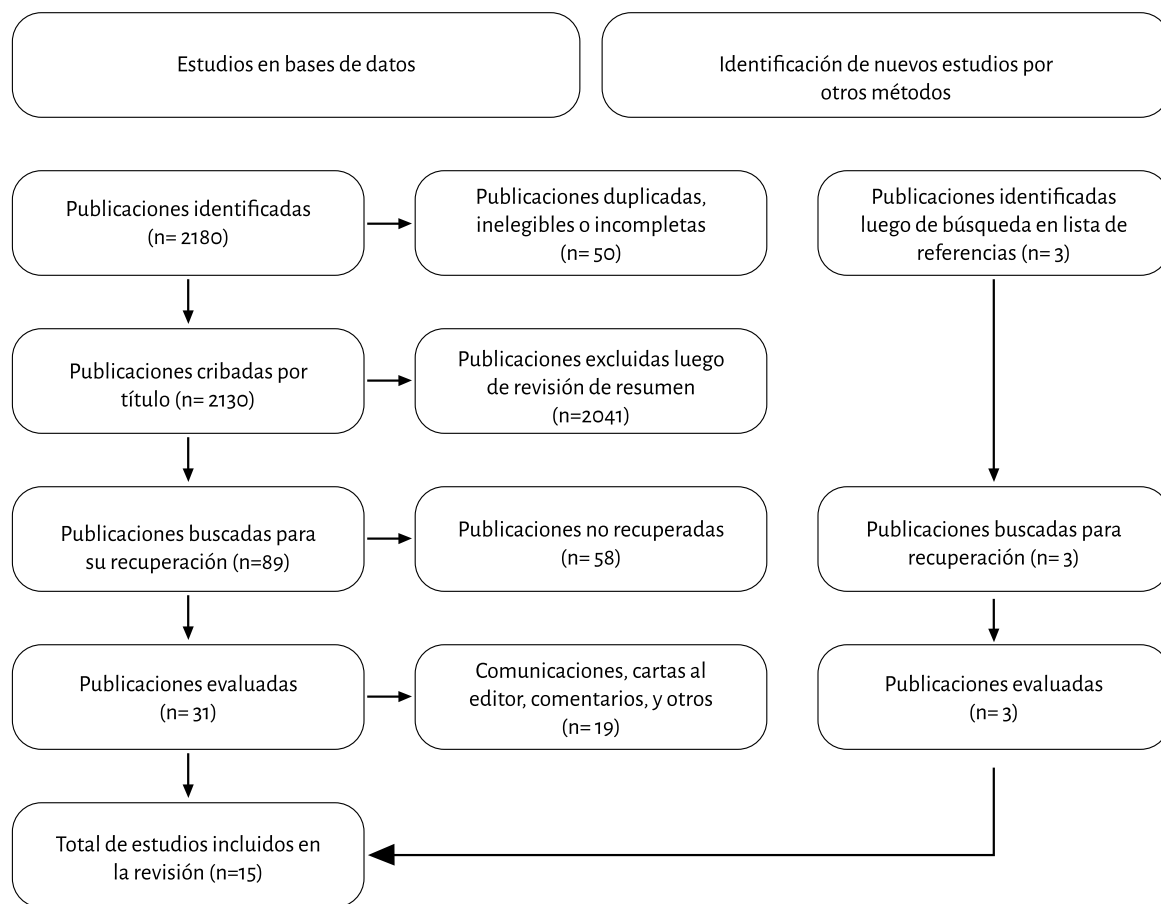
según el contexto en el que se desarrollan los programas y la perspectiva de los actores que los reportan (12).

2. Metodología

Para el desarrollo de la presente revisión de alcance (13, 14) se analizaron las bases de datos de revistas indexadas PubMed/MEDLINE, SciELO, Dialnet, Google Académico, Redalyc y ProQuest. La búsqueda de artículos utilizó como palabras claves los términos, en español e inglés, “barreras”, “facilitadores”, “implementación” “pueblos indígenas” y “programas de nutrición infantil”. Como criterios de elegibilidad se

consideraron: a) contenido: los estudios debían abordar las barreras y facilitadores de programas nutricionales en niños indígenas, b) fecha de publicación entre 2005 y 2024 c) tipo de publicación: publicaciones en revistas indexadas y, d) idioma: inglés y español. Se excluyó estudios que no tuvieran acceso al texto completo o que fueran comentarios, cartas al editor o documentos de otra índole. Luego de eliminar los duplicados, la selección de artículos se realizó leyendo los títulos y revisando los resúmenes, en consenso entre los dos investigadores para evitar sesgos de selección. Luego se leyó el texto completo, para identificar aquellos que fueran de interés..

Figura 1: Diagrama de flujo PRISMA sobre búsqueda de información



Fuente: elaboración propia

Para la extracción de los datos se construyeron matrices que incluyeran: a) características generales (autores, año de estudio, país, informantes, intervención o programa en estudio); b) barreras; c) facilitadores; y d) barreras y facilitadores según tipo de informante.

El análisis de datos se realizó usando el CFIR. Este marco fue generado originalmente en 2009 y fue revisado en 2022, incluyendo comentarios de sus usuarios (15). El CFIR reconoce la existencia de factores contextuales que modifican el resultado de la implementación de las intervenciones. Estos factores se clasifican en dominios, tales como:

a. Características de la intervención / innovación. Incluye quién generó la innovación (fuente), evidencia base, ventaja relativa, adaptabilidad al contexto o necesidades locales, complejidad, diseño, y costo.

b. Entorno externo. Es el entorno que aloja la intervención, en sus diferentes niveles (comunidad, sistema, país). Incluye las actitudes locales, incidentes críticos, condiciones locales, alianzas y conexiones, políticas y leyes, financiamiento, y presiones externas (sociales, de mercado y de medición de desempeño)

c. Entorno interno. Se trata del espacio en que se implementa la intervención, teniendo en cuenta sus características estructurales (infraestructura física, de tecnología de la información, y de trabajo), relaciones y redes, prácticas de comunicación, así como valores compartidos, creencias y normas. Además, incluye los recursos disponibles y la capacitación existente.

d. Características de las personas involucradas, incluyendo sus roles y sus características en términos de necesidades, capacidades, oportunidades y motivación.

e. Procesos, incluyendo la conformación de equipos, la identificación de necesidades, la identificación del contexto, planeación, estrategias de adaptación, de involucramiento a la comunidad, de implementación y de reflexión y evaluación.

Estas categorías fueron usadas para clasificar las barreras y facilitadores encontrados en los diferentes estudios. Con fines de presentación, se agrupan los estudios por regiones para una lectura más ágil y comparación.

3. Resultados

De los 2180 artículos obtenidos en el primer filtro (términos de búsqueda), se seleccionaron 15 estudios que consideran relevantes para los objetivos de la investigación y cumplieran con todos los criterios de inclusión y exclusión (Figura 01). Las características principales de los estudios se muestran a continuación en la Tabla 01.

Tabla 01: Características generales de los estudios individuales revisados

Autores	Año de estudio	País / región	Población atendida	Intervención / Programa
I. América				
Escalante E. et al (16)	2005	México	Madres beneficiarias de comunidades indígenas de Chiapas	Programas de Alimentación Complementaria, Programa de Oportunidades
			Informantes claves	
Froehlich A. et al. (17)	2010	Canadá	Cuidadores rurales	Estrategia de promoción de la alimentación saludable
Martínez T. y Fernández X. (18)	2014	Costa Rica	Madres o encargadas de los niños indígenas de Coto Brus.	Servicios de primer nivel de atención infantil
			Funcionarios a cargo de las actividades.	
Barrio L. (19)	2017	Colombia	Funcionarios de salud	Estrategia de atención de salud para comunidades indígenas de Mapiripán
			Expertos en salud intercultural	
Vega K. (20)	2019	México	Mujeres jefas de familia de la comunidad de Charape.	Proyecto productivo integral (PPI)
Lovestam E. et al. (21)	2020	USA	Profesionales de nutrición y dietética	Implementación de un proceso estandarizado para la atención nutricional (NCP)
Figueroa A. et al. (22)	2021	México	Mujeres indígenas Maya	Revitalización del patrimonio cultural para la seguridad alimentaria. Recomendaciones para una alimentación saludable
Isoyama S. y Buccini G. (23)	2023	Brasil	Profesionales de salud	Estrategias de lactancia materna, alimentación complementaria y desnutrición infantil.
II. África y Asia				
Nankumbi J. y Muliira J et al. (24)	2015	Uganda	Cuidadores primarios	Estrategia de uso de prácticas apropiadas de alimentación de bebés y niños pequeños
Armar M. et al (25)	2018	Ghana	Cuidadores de niños indígenas del sur y norte de Ghana	Programas de nutrición y alimentación del lactante y niño pequeño.
Merchant E. et al (26)	2022	Kenia	Familias indígenas	Estrategia de consumo de hortalizas autóctonas africanas (AIV) para mejorar la nutrición
Athavale P. (27)	2020	India	Cuidadores (madres y abuelas paternas) de niños	Implementación de las prácticas recomendadas de nutrición infantil
Ezezika O. et al (28)	2021	África	Cuidadores de niños	Implementación de intervenciones nutricionales
			Personal de salud	
Mohammad S. et al (29)	2021	Bangladesh	Cuidadores de niños con desnutrición	Intervención de manejo de desnutrición severa infantil
			Profesionales sanitarios	
Chi Ch. et al. (30)	2022	Malasia	Personal de salud de comunidades Orang Asli.	Programas de alimentación comunitarios

Fuente: elaboración propia

Como se aprecia en la Tabla 1, ocho de los 15 estudios fueron realizados en países de América, tres en países africanos y tres en países asiáticos. Más de la mitad (8/15) obtuvieron información de los operadores del programa y profesionales de salud, mientras que 11 captaron las percepciones de madres, cuidadores y familias indígenas. Respecto a las intervenciones o programas implementados, es interesante notar la gran variedad existente: desde proyectos productivos, intervenciones de salud, hasta programas de revitalización del patrimonio cultural para la seguridad alimentaria. Todo ello resalta la complejidad de las intervenciones para mejorar la DCI.

La tabla 2 presenta las barreras encontradas en los diferentes intervenciones o programas analizados. Para fines de presentación, se divide la tabla por regiones de aplicación (América: A, África y Asia: B), dado el contexto diferente enfrentado. En la región de América, las barreras con mayor mención fueron la insuficiencia de recursos financieros (entorno interno), la limitada provisión, almacenamiento y distribución de insumos (entorno interno). En particular, el entorno interno fue el dominio con mayor mención de barreras, seguido por las barreras de entorno externo, como pobreza, el conocimiento limitado sobre nutrición infantil en las madres y los cuidadores, así como el rol de la mujer, que reduce su posibilidad de tomar decisiones. En términos del personal de salud (personas involucradas), destacan las limitadas habilidades interculturales en el personal, así como la alta rotación del personal, que lleva a sean considerados de poca experiencia.

En el caso de África y Asia, la barrera mencionada más frecuentemente fue la existencia de

creencias arraigadas y prácticas inadecuadas de nutrición infantil (entorno externo), seguida por la limitada provisión, almacenamiento y distribución de insumos (entorno interno). En general, las barreras más mencionadas fueron aquellas relacionadas al entorno externo, incluida la pobreza de las madres y la sobrecarga de responsabilidades en los cuidadores.

Las situaciones que propician la implementación (facilitadores) se presentan en la Tabla 3. Como se puede apreciar, facilitadores del entorno externo, como la disponibilidad de insumos para complementar las intervenciones de la estrategia, la disposición de las autoridades y de la población a apoyar y participar en la implementación se aprecian como los facilitadores más frecuentes en América (sección A). Cabe mencionarse también la percepción de beneficio por parte de la población, que representa uno de los procesos para la aceptación de la intervención. En el caso de los estudios realizados en África y Asia, el facilitador más frecuente fue también la disposición de la población a apoyar y participar (entorno externo).

Tabla 2: Barreras para la implementación de programas nutricionales en población indígena

A. América

	Escalante E. et al (16)	Froehlich A. et al. (17)	Martínez T, Fernández X. (18)	Barrio L. (19)	Vega K. (20)	Lovestam E. et al. (21)	Figueroa A. et al. (22)	Isoyama S. y Buccini G. (23)
	PROGRAMA DE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA PROGRAMA OPORTUNIDADES	ESTRATEGIA DE PROMOCIÓN DE LA ALIMENTACIÓN SALUDABLE	SERVICIOS DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN INFANTIL	ESTRATEGIA DE ATENCIÓN DE SALUD PARA COMUNIDADES INDÍGENAS	PROYECTO PRODUCTIVO INTEGRAL (PPI)	PROCESO ESTANDARIZADO PARA LA ATENCIÓN NUTRICIONAL (NCP)	REVITALIZACIÓN DEL PATRIMONIO CULTURAL PARA LA SEGURIDAD ALIMENTARIA.	ESTRATEGIAS DE LACTANCIA MATERNA, ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA Y DESNUTRICIÓN INFANTIL
Características de la intervención								
Objetivos poco claros								X
Tiempo insuficiente para desarrollar las intervenciones						X		
Gustos y preferencias de los beneficiarios que no concuerdan con las intervenciones							X	
Entorno externo								
Pobreza de las madres	X		X					
Condiciones climáticas adversas			X					
Medios de transporte limitados			X					
Creencias arraigadas y prácticas inadecuadas de nutrición infantil	X							
Conocimiento limitado sobre nutrición infantil (madres/ cuidadores)		X	X					
Rol supeditado de la mujer / Escasa eficacia de las decisiones maternas /	X			X				
Problemas intrafamiliares								
Contexto diverso y multicultural								
Entorno interno							X	
Recursos financieros insuficientes para operación, seguimiento y evaluación				X	X			X
Limitada provisión, almacenamiento y distribución de insumos	X		X		X			

Tabla 2: Barreras para la implementación de programas nutricionales en población indígena

	Escalante E. et al (16)	Froehlich A. et al. (17)	Martínez T, Fernández X. (18)	Barrio L. (19)	Vega K. (20)	Lovestam E. et al. (21)	Figueroa A. et al. (22)	Isoyama S. y Buccini G. (23)
	PROGRAMA DE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA PROGRAMA OPORTUNIDADES	ESTRATEGIA DE PROMOCIÓN DE LA ALIMENTACIÓN SALUDABLE	SERVICIOS DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN INFANTIL	ESTRATEGIA DE ATENCIÓN DE SALUD PARA COMUNIDADES INDÍGENAS	PROYECTO PRODUCTIVO INTEGRAL (PPI)	PROCESO ESTANDARIZADO PARA LA ATENCIÓN NUTRICIONAL (NCP)	REVITALIZACIÓN DEL PATRIMONIO CULTURAL PARA LA SEGURIDAD ALIMENTARIA.	ESTRATEGIAS DE LACTANCIA MATERNA, ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA Y DESNUTRICIÓN INFANTIL
Percepción de mala atención / malos resultados			X	X				
Instalaciones inadecuadas			X		X			
Características de los individuos o personas involucradas								
Alta rotación del personal / poca experiencia		X			X			
Limitadas habilidades interculturales en el personal (p.e. no habla lengua indígena)			X	X				
Falta de empatía en el personal operativo							X	
Procesos								
Baja adaptación del programa / normatividad de atención a características locales y el contexto indígena				X		X		
Bajo interés de los beneficiarios en participar			X					
Número insuficiente de promotores de salud indígenas				X				
Percepción de efectos adversos de los complementos alimenticios	X							
Limitada capacidad para generar confianza en la población				X			X	

Tabla 2: Barreras para la implementación de programas nutricionales en población indígena

B. África y Asia

	Nankumbi J. y Muliira J et al. (24)	Armar M. et al (25)	Merchant E. et al (26)	Athavale P. (27)	Ezezika O. et al (28)	Mohammad S. et al (29)	Chi Ch. et al. (30)
	ESTRATEGIA DE USO DE PRÁCTICAS APROPIADAS DE ALIMENTACIÓN DE BEBÉS Y NIÑOS PEQUEÑOS	PROGRAMAS DE NUTRICIÓN Y ALIMENTACIÓN DEL LACTANTE Y NIÑO PEQUEÑO	ESTRATEGIA DE CONSUMO DE HORTALIZAS AUTÓCTONAS AFRICANAS PARA MEJORAR LA NUTRICIÓN	PRÁCTICAS RECOMENDADAS DE NUTRICIÓN INFANTIL	INTERVENCIONES NUTRICIONALES	INTERVENCIÓN DE MANEJO DE DESNUTRICIÓN SEVERA INFANTIL	PROGRAMAS DE ALIMENTACIÓN COMUNITARIOS
Entorno externo							
Pobreza de las madres		X					X
Creencias arraigadas y prácticas inadecuadas de nutrición infantil	X	X					X
Conocimiento limitado sobre nutrición infantil en madres o cuidadores				X			
Rol supeditado de la mujer que no favorece el desarrollo de acciones /				X			
Escasa eficacia de las decisiones maternas / Problemas intrafamiliares							
Influencia desfavorable de personas respetables o influyentes de la comunidad	X						
Sobrecarga de responsabilidades en los cuidadores / Apoyo social limitado	X			X			
Entorno interno							
Recursos financieros insuficientes para operación, seguimiento y evaluación							
Limitada provisión, almacenamiento y distribución de insumos			X		X		X
Percepción de mala atención / malos resultados			X	X			
Instalaciones inadecuadas							X
Características de los individuos o personas involucradas							
Alta rotación del personal / poca experiencia						X	X
Limitadas habilidades interculturales en el personal (p.e. no habla lengua indígena)							X

Procesos							
Baja adaptación del programa / normatividad de atención a características locales y el contexto indígena					X		
Percepción de mal sabor / Gustos y preferencias de los beneficiarios que no concuerdan con las intervenciones			X				
Bajo interés de los beneficiarios en participar						X	
Incremento en la carga laboral del personal operativo						X	

Tabla 3: Facilitadores para la implementación de programas nutricionales en población indígena

A. América

	Escalante E. et al (16)	Froehlich A. et al. (17)	Martínez T. y Fernández X. (18)	Vega K. (20)	Lovestam E. et al. (21)	Isoyama S. y Buccini G. (23)
	PROGRAMA DE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA PROGRAMA OPORTUNIDADES	ESTRATEGIA DE PROMOCIÓN DE LA ALIMENTACIÓN SALUDABLE	SERVICIOS DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN INFANTIL	PROYECTO PRODUCTIVO INTEGRAL (PPI)	PROCESO ESTANDARIZADO PARA LA ATENCIÓN NUTRICIONAL (NCP)	IESTRATEGIAS DE LACTANCIA MATERNA, ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA Y DESNUTRICIÓN INFANTIL
Características de la intervención						
Gratuidad de la atención y beneficios	X					
Entorno externo						
Disponibilidad de insumos locales para complementar las intervenciones de la estrategia		X		X		
Disposición de las autoridades a participar en las intervenciones.			X			X
Normatividad intercultural favorable para la intervención					X	
Disposición de la población a apoyar y participar	X	X				
Procesos						
Aceptabilidad de los productos por parte de la población	X					
Percepción de beneficio por parte de la población.	X		X			

B. África y Asia

	Escalante E. et al (16)	Froehlich A. et al. (17)	Martínez T. y Fernández X. (18)	Vega K. (20)
	PROGRAMAS DE NUTRICIÓN Y ALIMENTACIÓN DEL LACTANTE Y NIÑO PEQUEÑO	ESTRATEGIA DE CONSUMO DE HORTALIZAS AUTÓCTONAS AFRICANAS PARA MEJORAR LA NUTRICIÓN	PRÁCTICAS RECOMENDADAS DE NUTRICIÓN INFANTIL	PROYECTO PRODUCTIVO INTEGRAL (PPI)
Entorno externo				
Normatividad intercultural favorable para la intervención				X
Disposición de las autoridades a participar en las intervenciones.	X			
Conciencia de la gravedad del problema en los actores de la comunidad.	X			
Disposición de la población a apoyar y participar		X	X	
Empoderamiento de la población para abordar sus problemas relevantes				X
Características de los individuos o personas involucradas				
Disponibilidad de personal especializado en orientación nutricional			X	
Personal eficaz			X	
Procesos				
Adaptación adecuada de la intervención para que sea culturalmente relevante				X
Coordinación multisectorial				X

Fuente: elaboración propia a partir de los estudios encontrados

La tabla 4 resume las barreras y facilitadores encontrados según actor. Desde el punto de vista de los diferentes actores contemplados, las creencias arraigadas y prácticas inadecuadas de nutrición, junto a la alta rotación de personal se perciben como las barreras más frecuentes; mientras que la disposición de las autoridades a participar en las intervenciones y de la población son los facilitadores que permiten una mejor implementación.

En torno a las categorías del CFIR, es importante notar que las madres beneficiarias, cuidadoras

rurales y jefes de familia suelen mencionar barreras relacionadas a los dominios entorno externo y características de los individuos o personas involucradas, mientras que los funcionarios y operadores del programa llaman la atención sobre las características del entorno interno y los procesos. Por otra parte, los expertos en salud resaltan aspectos del entorno interno donde se da la intervención. Respecto a los facilitadores, éstos se concentran en el entorno externo

Tabla 4. Barreras y facilitadores más relevantes para la implementación de programas nutricionales según percepción de los actores relacionados

	Escalante E. et al (16)	Froehlich A. et al. (17)	Martínez T. y Fernández X. (18)	Vega K. (20)
	Madres beneficiarias, cuidadoras rurales y jefes de familia	Funcionarios	Operadores del programa	Expertos en salud intercultural
Entorno externo				
Normatividad intercultural favorable para la intervención				x
Disposición de las autoridades a participar en las intervenciones.	x			
Conciencia de la gravedad del problema en los actores de la comunidad.	x			
Disposición de la población a apoyar y participar		x	x	
Empoderamiento de la población para abordar sus problemas relevantes				x
Características de los individuos o personas involucradas				
Disponibilidad de personal especializado en orientación nutricional			x	
Personal eficaz			x	
Procesos				
Adaptación adecuada de la intervención para que sea culturalmente relevante				x
Coordinación multisectorial				x

	Escalante E. et al (16)	Froehlich A. et al. (17)	Martínez T. y Fernández X. (18)	Vega K. (20)
	Madres beneficiarias, cuidadoras rurales y jefes de familia	Funcionarios	Operadores del programa	Expertos en salud intercultural
Recursos financieros insuficientes para operación, seguimiento y evaluación		X	X	X
Limitada provisión, almacenamiento y distribución de insumos		X	X	X
Percepción de mala atención / malos resultados			X	
Instalaciones inadecuadas	X		X	
Características de los individuos o personas involucradas				
Alta rotación del personal / poca experiencia	X	X	X	X
Limitadas habilidades interculturales en el personal (p.e. no habla lengua indígena)	X	X		
Falta de empatía en el personal operativo	X			
Procesos				
Baja adaptación del programa / normatividad de atención a características locales y el contexto indígena			X	X
Percepción de mal sabor / Gustos y preferencias de los beneficiarios que no concuerdan con las intervenciones	X			
Bajo interés de los beneficiarios en participar		X		
Incremento en la carga laboral del personal operativo		X		
Número insuficiente de promotores de salud indígenas		X		
Percepción de efectos adversos de los complementos alimenticios	X			
Limitada capacidad para generar confianza en la población				X
B. Facilitadores				
Características de la intervención				
Gratuidad de la atención y beneficios	X			
Entorno externo				
Disponibilidad de insumos locales para complementar las intervenciones de la estrategia			X	X
Disposición de las autoridades a participar en las intervenciones.	X	X	X	
Normatividad intercultural favorable para la intervención		X	X	
Disposición de la población a apoyar y participar	X	X	X	

Conciencia de la gravedad del problema en los actores de la comunidad.			x	
Empoderamiento de la población para abordar sus problemas relevantes				x
Entorno interno				
Movilización de recursos más efectiva.		x		
Características de los individuos o personas involucradas				
Disponibilidad de personal especializado en orientación nutricional			x	
Personal eficaz		x		
Procesos				
Aceptabilidad de los productos por parte de la población	x	x		
Percepción de beneficio por parte de la población.	x	x		
Adaptación adecuada de la intervención para que sea culturalmente relevante				x
Coordinación multisectorial		x		

Fuente: elaboración propia a partir de los estudios encontrados

4. Discusión

Luego de la revisión de los trabajos publicados sobre la implementación de programas nutricionales en niños indígenas, se identificaron 24 barreras y 16 facilitadores para los programas en América, África y Asia. Siguiendo los dominios del CFIR, las barreras más frecuentemente mencionadas por número de estudios fueron las del dominio entorno interno, específicamente, la insuficiencia de recursos financieros, y la limitada provisión y almacenamiento de insumos. Cuando se revisan las menciones por tipo de actor, las barreras con mayor mención tienen que ver con el entorno externo, como son aquellas relacionadas a las creencias y prácticas de nutrición infantil, el conocimiento limitado sobre nutrición infantil; así como la alta rotación de personal, perteneciente al dominio características de las personas involucradas. Esto contrasta con la mención de facilitadores relacionados al entorno externo, como el apoyo de las autoridades y de la población. Las madres y cuidadoras son más propensas a observar problemas relacionados a la calidad de la provisión de los servicios; mientras que los operadores y expertos resaltan las condiciones y recursos con las que cuentan para llevar a cabo las intervenciones.

Las barreras encontradas revelan problemas de diseño, adaptación, planificación y gestión de los programas en salud, que se reflejan en problemas de implementación. Por ejemplo, el limitado recurso económico para el transporte a los centros rurales de intervención y la deficiente gestión de insumos manifiestan que al momento de diseñar y adaptar las intervenciones del programa a la realidad local no se tomó en cuenta cabalmente

la complejidad del trabajo en comunidades indígenas. En estas comunidades, la logística y el traslado de mercancías puede ser complicada por la carencia de vías adecuadas de comunicación y la dispersión en la que viven estas poblaciones; lo que incrementa de manera significativa los costos de operación (16, 18, 20,31, 32). Esto, unido a la rotación de personal y la poca experiencia de quienes llevan a cabo las intervenciones genera dificultades para el manejo de los recursos y para alcanzar apoyo social (33).

Entre los aspectos que se perciben que facilitan la implementación de programas destacan, además de la disposición de la población y de las autoridades para participar, la existencia de una normativa intercultural favorable, la aceptabilidad de los productos y la percepción de beneficio. Todos estos aspectos están relacionados con el trabajo previo a la implementación. Por ello, es importante promover mecanismos democráticos para la revisión del contenido de las intervenciones, que permitan la aceptación de todas las partes, en un espacio horizontal de diálogo. Esto es acorde con lo reportado por Sámano et al, que destacan el papel activo que pueden asumir los beneficiarios y actores locales de programas sociales, particularmente en la organización, difusión, liderazgo y fomento de participación de todos los beneficiarios y actores involucrados (32).

Un aspecto por resaltarse en la lectura de las barreras y facilitadores es la mirada intercultural que los diferentes actores dan a la implementación de los programas para reducir la DCI. Las madres, cuidadoras y jefes de familia, así como los funcionarios resaltan que la necesidad

de mejorar las competencias interculturales del personal. En específico, se menciona que el no hablar la lengua indígena, la alta rotación de personal y la falta de empatía impiden que los programas se lleven a cabo según lo planeado. Esto se presenta a pesar de los esfuerzos, la normativa, y discurso gubernamental para fortalecer las competencias interculturales en el personal de salud. Sin embargo, las autoridades y expertos en salud intercultural, irónicamente, no lo mencionan, resaltando solamente la inexperiencia del personal. Llama la atención también la consideración de creencias y prácticas inadecuadas de nutrición, que muestra una posición sobre los saberes comunitarios. En este sentido, contar con personal sensible, que trabaje de la mano con la población y que respete las diferentes concepciones indígenas es indispensable para asegurar una adecuada implementación (34) y evitar entrar en contradicción con los conocimientos y prácticas locales (35, 36, 37). Es importante también considerar recursos para abordar las barreras interculturales en la implementación de programas nutricionales (38) de modo que el personal operativo logre una mayor comprensión de la dinámica cultural y social en la que están insertos (39) y participen en todos los niveles de toma de decisiones para mejorar las acciones de implementación en base a la experiencia de campo (40).

Los programas nutricionales dirigidos a población infantil son cada vez más complejos y para que funcionen mejor, se debe asegurar que las estrategias estén dirigidas a todos los aspectos que afectan la vida de los niños (45). Cabe indicar que los facilitadores y barreras

no son conceptos fijos sino variables, capaces de moverse a lo largo de un continuo desde un facilitador hasta una barrera y viceversa. Por ello, es útil pensar en los facilitadores y las barreras como posibles impulsores del cambio, que requieren consideración durante la planificación/diseño, implementación y/o gestión continua de una intervención (39). Es así que se hace necesario documentar en las intervenciones las barreras y facilitadores encontrados para su análisis y abordaje en los contextos indígenas. Es necesario enfatizar la importancia de un análisis permanente de las barreras y facilitadores antes, durante y después de la implementación de los programas, especialmente en poblaciones indígenas. Esto permitirá evitar la pérdida de recursos y buscar estrategias adecuadas para afrontar las barreras en mención y aprovechar las situaciones favorables que pueden facilitar la intervención para el logro de resultados, considerando que un resultado común en los estudios de implementación es encontrar un mayor número de barreras frente a los facilitadores, tal como lo reporta Reyna y Tobar (43).

Otro aspecto por destacar es la metodología para recoger la información sobre la implementación. Los estudios destinados a identificar situaciones obstaculizadoras o favorables de implementación son realizados utilizando diversas metodologías, como entrevistas y grupos focales. Generar espacios de priorización, con todos los actores involucrados para determinar in situ las percepciones específicas de ciertas barreras o facilitadores, asimismo las concordancias y divergencias, permitirá que el ejercicio no sólo sea de interés de investigación, sino también de

acción. Con los datos recabados en estos espacios de manera preliminar a la intervención, los gestores de programas nutricionales en población indígena podrían entender las concepciones del problema y sus soluciones, que suelen ser diferentes al de otros contextos. Este diagnóstico tendría que constituir el punto de partida para cualquier intervención comunitaria en salud, y de esta forma, abordarla de una manera culturalmente sensible (40).

Las barreras de implementación tienen raíces en una variedad de causas, entre ellas la falta de claridad en las directrices operativas o roles y responsabilidades para la implementación, conflictos con otras políticas existentes, falta de coordinación y colaboración entre las partes responsables de implementación, o falta de motivación o voluntad política, incluida la oposición de partes interesadas (44). En contextos indígenas, el desarrollo de un programa de salud y la dinámica entre los actores involucrados suele ser particular. Los gestores y operadores muchas visitan las comunidades para una intervención puntual sin una permanencia constante y con poco conocimiento de los procesos que atraviesa la comunidad. Asimismo, las autoridades locales suelen contar con pocos conocimientos para analizar y abordar junto a los pobladores las problemáticas que los aquejan, tratando de entender las intervenciones que realizan los programas, en los que no participaron desde su diseño y planificación. Sin embargo, con la esperanza de obtener alguna mejora para su comunidad suelen recibir los apoyos sociales con el riesgo de ser cuestionados en su labor por otros actores de la comunidad. Por otro lado, los pobladores indígenas, que se encuentran

inmersos en sus actividades cotidianas en la comunidad o en áreas de actividad agrícola o pecuaria, no cuentan siempre con conocimiento pleno de la existencia de programas o de sus intervenciones, y tratan de resolver con sus propios recursos sus problemas de salud (16, 17, 25). Este escenario, que marca la implementación de los programas nutricionales en las poblaciones indígenas y la manera como la población percibe las intervenciones realizadas, implica un especial desafío en la comunicación y el diálogo que articule el actuar de los diferentes actores para un fin común.

Para los pueblos indígenas, las relaciones con los proveedores de programas nutricionales son particularmente complejas. Esto se debe principalmente a políticas y prácticas que excluyen los conocimientos y recursos de los pueblos indígenas para la solución del problema. Una relación de confianza y reconocimiento del otro y sus potencialidades permite a los pueblos indígenas acoger una intervención, esto puede requerir más tiempo, esfuerzo y comprensión por parte de los implementadores (40), especialmente si las intervenciones son variadas y tienen diversos componentes. Usualmente, los encuentros entre los pueblos indígenas y la implementación de programas de salud han generado percepciones negativas en los pobladores que incluyen sentimientos de no ser tomados en serio, ignorar sus circunstancias personales y experimentar actitudes y comportamientos discriminatorios por parte de los operadores (39, 40).

Como todo trabajo, existen limitaciones a mencionarse. Aunque se trató de ser exhaustivos, la limitada disponibilidad de acceso a más base de datos de información podría haber llevado

a omitir algún estudio relevante. Por otra parte, la heterogeneidad de los programas existentes podría complicar la comparación. Sin embargo, se buscó reducir posibles sesgos estudiando los diferentes casos reportados, incluyendo sólo aquellos aspectos en común.

Todos los pueblos indígenas desarrollan modelos de salud a partir de los cuales entienden y enfrentan sus propios problemas, incluido el problema nutricional infantil. Frente a ello, la incorporación de programas públicos debe tener en cuenta todos los aspectos del contexto en el cual se insertan, reconociendo la gran variabilidad de nociones en un mismo territorio. Esta incorporación debe ser respetuosa, reconociendo y valorando los conocimientos y saberes indígenas, apuntando siempre a una complementariedad con el sistema de salud institucionalizado. Como lo muestra este trabajo, que busca contribuir con la discusión y el análisis de la implementación de programas, no sólo basta con lograr la participación de los diferentes actores durante la implementación, sino desde el diseño de las intervenciones.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Flottorp, S.A., Oxman, A.D., Krause, J. et al. A checklist for identifying determinants of practice: A systematic review and synthesis of frameworks and taxonomies of factors that prevent or enable improvements in healthcare professional practice. *Implementation Sci* 8, 35 (2013). <https://doi.org/10.1186/1748-5908-8-35>.
2. Arriaga I. Políticas y programas de salud en América Latina. Problemas y propuestas [Internet]. [citado 28 de abril de 2024]. Disponible en: <https://biblioteca.icap.ac.cr/cgi-bin/koha/opac-detail.pl?biblionumber=8067>.
3. Parada Parra L. Políticas y programas de Estado para la salud rural en América Latina: una revisión de la literatura. *Revista CIFE: Lecturas de Economía Social*. 2018;20(33):79-94. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6920532>.
4. Unicef. Estado Mundial de la infancia 2023 [Internet]. [citado 28 de abril de 2024]. Disponible en: <https://www.unicef.org/es/informes/estado-mundial-de-la-infancia-2023-informe>.
5. OMS. Malnutrición. [Internet]. [citado 23 de abril de 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/malnutrition>.
6. FILAC. Esfuerzos para impulsar los derechos de la niñez indígena en América Latina y el Caribe. [Internet]. Fondo para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas de América Latina y El Caribe. [citado 23 de abril de 2024]. Disponible en: <https://www.unicef.org/lac/filac-y-unicef-unen-esfuerzos-para-impul->

- sar-los-derechos-de-la-ninez-indigena.
7. UN Nutrition. Informe de la Nutrición Mundial, El estado de la nutrición en el mundo. Suiza; 2014. https://globalnutritionreport.org/documents/776/2021_Global_Nutrition_Report_Spanish.pdf.
 8. Ministerio de Cultura. Base de datos de pueblos indígenas (BDPI). Lista de pueblos indígenas u originarios. [Internet]. [citado 03 de marzo de 2024]. <https://bdpi.cultura.gob.pe/pueblos-indigenas>.
 9. MINSA. Programa Articulado de Nutrición (Programa Presupuestal 001). Lima, Perú; 2021.
 10. Pino P del, Mena M, Torrejón S, editores. Repensar la desnutrición: infancia, alimentación y cultura en Ayacucho, Perú. 1. ed. Lima: Inst. de Estudios Peruanos, IEP; 2012. 233 p. (Infancia y sociedad). https://www.accioncontraelhambre.org/sites/default/files/documents/07._repensar_la_desnutricion.pdf.
 11. Portugal T, Yon C, Machuca RV. Los retos para enfrentar la desnutrición infantil: "Saber y no Poder". Lima de 2016. <https://repositorio.minedu.gob.pe/bitstream/handle/20.500>.
 12. Damschroder LJ, Aron DC, Keith RE, Kirsh SR, Alexander JA, Lowery JC. Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science. *Implement Sci.* 2009 Aug 7;4:50. doi: 10.1186/1748-5908-4-50.
 13. Mak, and Alikei Thomas. Steps for Conducting a Scoping Review. [Internet]. [citado 03 de marzo de 2024]. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9580325/>.
 14. Tricco. Et al. PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. [Internet]. [citado 03 de marzo de 2024]. <https://www.acpjournals.org/doi/pdf/10.7326/M18-0850>.
 15. Damschroder LJ, Reardon CM, Widerquist MAO, Lowery J. The updated Consolidated Framework for Implementation Research based on user feedback. *Implement Sci.* 2022 Oct 29;17(1):75. doi: 10.1186/s13012-022-01245-0.
 16. Escalante E. et al. Facilitadores y barreras para el consumo del complemento alimenticio del Programa Oportunidades. *Salud pública de México* /vol. 50, no. 4, julio-agosto de 2008.
 17. Froehlich A. et al. Supporting the Healthy Development of Rural Children: An Ecologically Based Investigation of Barriers and Facilitators Identified by Early Years Caregivers in the Promotion of Physical Activity and Healthy Eating. The College of Graduate Studies and Research in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of Master of Science. University of Saskatchewan. Canadá, 2010. <https://www.mdpi.com/2227-9067/11/3/362>.
 18. Martínez T. y Fernández X. Barreras y facilitadores para el uso de los servicios de primer nivel de atención de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) por parte de la población de uno a menos de 6 años en los sitios centinela de Costa Rica. *Población y Salud en Mesoamérica*, Revista electrónica semestral, ISSN 1659-0201, Volumen 11, número 2, artículo. <http://ccp.ucr.ac.cr/revista/>
 19. Barrio L. Barreras de acceso a la atención

- en salud para los indígenas de Mapiripán, Meta- Colombia. Tesis de Maestría Salud Pública. Universidad de los Andes.
20. Vega K. Motivaciones y Barreras en la Implementación de un Proyecto Productivo Integral para la Seguridad Alimentaria en Charape de los Pelones. Tesis como parte de los requisitos para obtener el grado de Licenciado en Nutrición. Universidad Autónoma de Querétaro, Facultad de Ciencias Naturales. México, 2019.
 21. Lövestam E, Vivanti A, Steiber A, Boström A-M, Devine A, Haughey O, et al. Barriers and enablers in the implementation of a standardised process for nutrition care: findings from a multinational survey of dietetic professionals in 10 countries. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*. 2020;33(2):252-62.
 22. Figueroa A. et al. Barreras culturales de comunicación con el personal de salud al recibir recomendaciones para una alimentación saludable en una comunidad Maya de Yucatán. *Ciencia y Humanismo en la Salud* 2021, Vol. 8, No 1, pp 7-14. <http://revista.medicina.uady.mx>
 23. Isoyama S. y Buccini G. Implementation of strategies and programs for breastfeeding, complementary feeding, and malnutrition of young children in Brazil: advances and challenges. *Cad. Saúde Pública* 2023; 39 Sup 2:e00053122.
 24. Nankumbi J. y Muliira J et al. Barriers to Infant and Child-feeding Practices: A Qualitative Study of Primary Caregivers in Rural Uganda. *J HEALTH POPUL NUTR* 2015 Mar;33(1):106-116. ISSN 1606-0997.
 25. Armar M. et al. Using Ethnography to Identify Barriers and Facilitators to Optimal Infant and Young Child Feeding in Rural Ghana: Implications for Programs. *Food and Nutrition Bulletin* 2018, Vol. 39(2) 231-245. <https://doi.org/10.1177/0379572117742298>.
 26. Merchant E. et al. Barriers and Facilitators in Preparation and Consumption of African Indigenous Vegetables: A Qualitative Exploration From Kenya. *Sec. Nutrition and Sustainable Diets*. Volume 6 – 2022. <https://doi.org/10.3389/fsufs.2022.801527>.
 27. Athavale P. A qualitative assessment of barriers and facilitators to implementing recommended infant nutrition practices in Mumbai, India. *Journal of Health, Population and Nutrition* (2020) 39:7. <https://doi.org/10.1186/s41043-020-00215-w>.
 28. Ezezika O. et al. Barriers and Facilitators to the Implementation of Large-Scale Nutrition Interventions in Africa: A Scoping Review. *Global Implementation Research and Applications* (2021) 1:38–52. <https://doi.org/10.1007/s43477-021-00007-2>.
 29. Mohammad S. et al. A qualitative assessment of facility readiness and barriers to the facility-based management of childhood severe acute malnutrition in the public healthcare settings in Bangladesh. *Public Health Nutrition*: 25(11), 2971–2982 [doi:10.1017/S1368980022002014](https://doi.org/10.1017/S1368980022002014).
 30. Chi C-C, Lim X-J, Low L-L, Lau K-M, Kari M, Shamsudin UK, et al. (2022) The challenges in managing the growth of indigenous children in Perak State, Malaysia: A qualitative study. *PLoS ONE* 17(3): e0265917. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0265917>.
 31. Samanó R. Barreras y facilitadores para la práctica de lactancia materna exclusi-

- va en un grupo de madres de la Ciudad de México. Archivos Latinoamericanos de nutrición. Órgano Oficial de la Sociedad Latinoamericana de Nutrición. Vol. 68 N° 1, 2018. <https://www.alanrevista.org/ediciones/2018/1/art-4/>.
32. Balis L, Houghtaling B. Matching barriers and facilitators to implementation strategies: recommendations for community settings. *Implementation Science Communications* (2023) 4:144. <https://doi.org/10.1186/s43058-023-00532-1>.
 33. Thomas J, Waltz, Byron J, Powell, María E, Fernández, Brenton Abadie¹ and Laura J, Damschroder. Choosing implementation strategies to address contextual barriers: diversity in recommendations and future directions. *Implementation Science* (2019) 14:42. <https://doi.org/10.1186/s13012-019-0892-4>.
 34. Pino P del, Mena M, Torrejón S, editores. Repensar la desnutrición: infancia, alimentación y cultura en Ayacucho, Perú. 1. ed. Lima: Inst. de Estudios Peruanos, IEP; 2012. 233 p. (Infancia y sociedad). https://www.accioncontraelhambre.org/sites/default/files/documents/07._repensar_la_desnutricion.pdf.
 35. Portugal T, Yon C, Machuca RV. Los retos para enfrentar la desnutrición infantil: "Saber y no Poder". Lima de 2016. <https://repositorio.minedu.gob.pe/bitstream/handle/20.500>.
 36. Leavy MP, Szulc AP, Anzelin I. Niñez indígena y desnutrición. Análisis antropológico comparativo de la implementación de programas alimentarios en Colombia y Argentina. *Cuadernos de Antropología Social* (48):39-54. <http://revistascientificas.filo.uba.ar/index.php/CAS/article/view/3812>.
 37. López J. Perspectivas y estrategias comunitarias relacionadas con la desnutrición infantil (0-7 años), en tres comunidades Wayúu del resguardo indígena Manaure, La Guajira. Universidad de Antioquia. <https://www.redalyc.org/journal/562/56267150004/html/>.
 38. García et al. Impacto de los programas del Organismo de Nutrición Infantil en la prevalencia de anemias en niños de la etnia Wixárika en México. *Actualidad. Revista Española de Nutrición Comunitaria* [Internet]. [citado 28 de abril de 2024]. Disponible en: <http://www.renc.es/actualidad2.asp?cod=23&pag=&codR=&v=1&buscar=&anno=>
 39. Hasen F. Interculturalidad en salud: competencias en prácticas de salud con población indígena. *Cienc. enferm.* vol.18 no.3. https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532012000300003.
 40. Gibson, O., Lisy, K., Davy, C. y col. Facilitadores y barreras para la implementación de intervenciones de atención primaria de salud para pueblos indígenas con enfermedades crónicas: una revisión sistemática. *Implementación Sci* 10 , 71 (2015). <https://doi.org/10.1186/s13012-015-0261-x>.
 41. Vargas I. Barreras de acceso a la atención de salud en modelos de competencia gestionada. Universidad Autónoma de Barcelona. <https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/4651/iv1de1.pdf>.
 42. Laura J Damschroder, David C Aron, Rosalind E Keith¹, Susan R Kirsh, Jeffery A Alexander and Julie C Lowery. Fostering im-

- plementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science. *Implementation Science* 2009, 4:50. Doi:10.1186/1748-5908-4-50.
43. Reina C. y Tobar M. Barreras y facilitadores en la implementación de la estrategia de atención primaria en salud en Palmira, Colombia. *Rev. Salud Pública*. 21(6): 614-621, 2019. Disponible en: <https://scielosp.org/pdf/rsap/2019.v21n6/614-621/es>.
44. Segura J. Programar en Salud Pública: Los programas son indiscretos e impertinentes | *Salud Pública y algo más* [Internet]. [citado 28 de abril de 2024]. Disponible en: https://www.madrimasd.org/blogs/salud_publica/2009/06/03/119479.
45. Unicef. Estado Mundial de la Infancia: niños, alimentos y nutrición. *Crece bien en un mundo en transformación*. UNICEF, Nueva York.
46. Guardamagna M. y Reyes, M. El desafío de la implementación de políticas públicas participativas para el desarrollo del territorio [Internet]. [citado 1 de mayo de 2024]. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-84212019000101003.
47. USAID. *Implementation Barriers*. [Internet]. [citado 09 de mayo de 2024]. Disponible en: https://www.healthpolicyproject.com/pubs/272_ImplementationBarriers-ResourceGuide.pdf.
48. Organización de las Naciones Unidas. Los pueblos indígenas. Disponible: <https://www.un.org/es/fight-racism/vulnerable-groups/indigenous-peoples>

ESTADO NUTRICIONAL Y DESARROLLO PSICOMOTOR DE ESCOLARES DE UNA INSTITUCIÓN EDUCATIVA PÚBLICA

NUTRITIONAL STATUS AND PSYCHOMOTOR DEVELOPMENT OF SCHOOLCHILDREN IN A PUBLIC EDUCATIONAL INSTITUTION

Taboada Pilco, Rocío Yvonne¹, Rodríguez Miñano, Celina Elizabeth²

Citar como:

Taboada R, y Rodríguez C.
Estado nutricional y desarrollo
psicomotor de escolares de una
institución educativa pública.
Rev. Recien. 2024; 13(3)

Correspondencia:

Rocío Toboada
rtaboadapilco@gmail.com

Recibido: 01/07/2024

Aprobado: 17/07/2024

En línea: 10/12/2024

Resumen

La presente investigación de tipo cuantitativo, descriptivo correlacional de corte transversal se realizó con el objetivo de determinar la relación entre el estado nutricional según el índice de masa corporal y talla para la edad con el desarrollo psicomotor de los escolares de una institución educativa pública. La población muestral estuvo conformada por 126 escolares. Para determinar el estado nutricional se utilizaron las Tablas del MINSA como son la Valoración Antropométricas y para el Desarrollo Psicomotor el Test de Pauta Breve. Los resultados muestran que el 73.8% de escolares, su estado nutricional según Índice de Masa Corporal es normal y el 26.2% son obesos. En relación con el estado nutricional talla para la edad, el 99.2% es normal, el 0.8% son de talla baja. El Test de Pauta Breve del Desarrollo Psicomotor, muestra de manera objetiva los resultados obtenidos en las cuatro áreas (personal-social, motora, lenguaje y cognitivo), evidenciándose que este se encuentra en riesgo -déficit, con mayor incidencia en las áreas del lenguaje y cognitiva. No

¹ Código Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-0226-9735>. Universidad Nacional de Trujillo, Facultad de Enfermería

² Código Orcid: <https://orcid.org/> Universidad Nacional de Trujillo, Facultad de Enfermería

se observa una relación significativa entre las variables de estudio.

Palabras claves: Nutrición, Desarrollo Psicomotor, Escolar.

Abstract

The present quantitative, descriptive, cross-sectional correlational research was carried out with the objective of determining the relationship between nutritional status according to body mass index and height for age with the psychomotor development of schoolchildren from a public educational institution. The sample population was made up of 126 schoolchildren. To determine the nutritional status, the MINSA Tables were used, such as the Anthropometric Assessment and for Psychomotor Development, the Brief Guideline Test. The results show that 73.8% of schoolchildren, their nutritional status according to the Marsa Body Index is normal and 26.2% are obese. In relation to nutritional status, size for age, 99.2% are normal, 0.8% are short. The Brief Guideline Test of Psychomotor Development objectively shows the results obtained in the four areas (personal-social, motor, language and cognitive), showing that this person is at risk-deficit, with a greater incidence in the language areas. and cognitive.

No significant relationship is observed between the study variables.

Keywords: Nutrition – Psychomotor Development – School

1. Introducción

Los cambios acelerados en los hábitos alimenticios y el modo de vida, derivados de procesos como la industrialización, la urbanización, el progreso económico y la globalización durante el último siglo, han ejercido importantes influencias en la salud y el equilibrio nutricional de las comunidades (1). Asimismo, la pandemia de COVID-19 ha dejado una huella significativa en la cotidianidad de las personas, afectando especialmente a los jóvenes y adolescentes. El confinamiento ha afectado varios aspectos cotidianos como la educación, el trabajo y la alimentación, lo que ha resultado en un aumento del sedentarismo y problemas de salud.

La subnutrición sigue representando un desafío para millones de niños, manifestándose en el estancamiento de su crecimiento si no reciben una nutrición adecuada durante los primeros 1,000 días y más allá. Este déficit en la alimentación puede acarrear consecuencias a lo largo de su vida, limitando su potencial físico e intelectual (2).

Según UNICEF (3), en 2018 se registró que 149 millones de niños menores de 5 años padecían de desnutrición crónica, y casi 50 millones sufrían de desnutrición aguda. En América Latina y el Caribe, 4.8 millones de niños menores de 5 años presentaban desnutrición crónica, mientras que 7 millones sufrían de desnutrición aguda.

En México, Perú y la República Dominicana, se ha registrado una reducción de más del 60% en la prevalencia de desnutrición. Según el Instituto Nacional de Estadística e Informática (4), en el

año 2021, el 11,5% de los niños menores de cinco años en el país sufrían de desnutrición crónica. Huancavelica (31,5%), Loreto (25,2%), Cajamarca (24,4%), Huánuco (19,2%), Ayacucho (18,1%) y Pasco (18,0%) fueron los departamentos con los índices más altos de desnutrición crónica, en contraposición a Tacna (1,9%), Moquegua (2,2%), Lima Metropolitana (4,6%), Provincia Constitucional del Callao (5,6%), Ica (5,9%) y Arequipa (6,0%), que presentaron los niveles más bajos según el mismo informe del INEI (4).

La transición nutricional se caracteriza por la elección de dietas que contienen altas cantidades de grasas saturadas, azúcares y otros carbohidratos procesados, junto con niveles reducidos de fibra y grasas poliinsaturadas, a menudo asociados con bajos niveles de actividad física. Esta tendencia se considera responsable del aumento de la obesidad epidémica (1).

El aumento significativo en la prevalencia de obesidad entre niños de 5 a 19 años ha sido notable, multiplicándose en un lapso de 10 a 12 años a nivel global. Lo que antes se consideraba un problema asociado principalmente a las clases socioeconómicas más altas, el sobrepeso y la obesidad ahora afectan a los sectores menos privilegiados, reflejando la mayor disponibilidad de alimentos ricos en grasas y azúcares a precios accesibles en todos los países. Estas condiciones elevan la probabilidad de padecer enfermedades crónicas no transmisibles, como la diabetes tipo 2. Investigaciones incluidas en el estudio sobre la Carga Global de Enfermedades indican que las prácticas dietéticas insalubres son actualmente la principal causa de mortalidad a nivel mundial (3). Un aspecto adicional vinculado con la

alimentación ha ido adquiriendo relevancia es el exceso de peso y la obesidad. Este último es un asunto preocupante en la población infantil, ya que sus repercusiones no solo se manifiestan durante su etapa de crecimiento, sino también en la edad adulta (2).

La malnutrición se caracteriza por una situación fisiológica anómala derivada de un consumo inadecuado, desequilibrado o excesivo de macronutrientes energéticos (hidratos de carbono, proteínas y grasas) y micronutrientes esenciales (vitaminas y minerales) necesarios para el crecimiento y desarrollo físico y cognitivo, según UNICEF (3).

La subalimentación y desnutrición, se refiere a una ingesta de alimentos insuficiente para cubrir las necesidades energéticas; las carencias de micronutrientes, que implican la falta de uno o más nutrientes esenciales como vitaminas y minerales; y la sobre nutrición y obesidad, que resulta en una acumulación anormal o excesiva de grasa, con posibles consecuencias perjudiciales para la salud (3).

La desnutrición afecta la capacidad intelectual y cognitiva de los escolares, lo que resulta en una disminución de su rendimiento académico y en la adquisición de las habilidades nutricionales para la vida. Esto, a su vez restringe la capacidad de los niños para desarrollarse como adultos capaces de aportar al avance de su comunidad y nación a través de su crecimiento personal y profesional. Cuando la desnutrición persiste de una generación a otra, representa un importante impedimento para el desarrollo y su continuidad (2).

Es crucial destacar que durante la etapa escolar se experimenta un intenso crecimiento, acompañado de un aumento en la masa ósea y muscular, cambios metabólicos, así los sistemas endocrinos, nervioso y cardiovascular. Todo esto conduce a un desarrollo físico significativo y a una maduración sexual temprana. Aunque esta etapa se caracteriza por un crecimiento estable, su transición hacia la siguiente etapa, la adolescencia, es bastante imprecisa, ya que hacia el final de la etapa escolar comienzan los cambios propios de la adolescencia, los cuales varían según el sexo y muestran una gran variabilidad en cuanto a su inicio incluso dentro del mismo sexo (5).

La desnutrición crónica sigue siendo uno de los más importantes problemas sociales en el Perú, afectando a una proporción significativa de niños menores de 5 años. Este problema conlleva consecuencias permanentes como el retraso en el crecimiento y limitaciones en las capacidades físicas, emocionales e intelectuales de los niños, entre otros efectos. A largo plazo, la subnutrición puede mermar la productividad personal y generar un efecto adverso en el avance económico de los hogares. Combatir la subalimentación implica salvaguardar el recurso humano de la nación y asegurar su contribución a la economía y al progreso del país, según el Ministerio de Salud (2).

La desnutrición crónica se manifiesta como una condición que se origina en los primeros 24 meses de vida y que no tiene vuelta atrás. Los niños en edad escolar que viven en entornos rurales muestran una prevalencia más alta de desnutrición crónica en contraste con aquellos

que habitan en áreas urbanas. Los escolares cuyas madres tiene un nivel educativo bajo tienen una mayor probabilidad de sufrir desnutrición en comparación con aquellas madres con educación superior. Los niños que nacen con bajo peso al nacer o que no son alimentados exclusivamente con leche materna durante sus primeros meses de vida enfrentan un mayor riesgo de desarrollar desnutrición crónica. Además, hay una serie de enfermedades, muy habituales en la infancia, que pueden contribuir a esta situación (2).

Dentro de este marco, el gobierno de Perú ha implementado la Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030, conocida como "Perú, País Saludable". El propósito fundamental de esta política es mejorar los hábitos, comportamientos y estilos de vida saludables de la población. Este plan busca contribuir a nivel nacional a la reducción y control de la anemia y la desnutrición crónica infantil mediante el fortalecimiento de intervenciones efectivas en un enfoque intersectorial (2).

Los Objetivos de Desarrollo Sostenible se centran en erradicar la pobreza extrema, el hambre, las enfermedades y disminuir la mortalidad infantil. A pesar de que en la actualidad contamos con los recursos y el conocimiento necesario para eliminar el hambre y la pobreza por primera vez en la historia, la desnutrición continúa siendo responsable de aproximadamente un tercio de las muertes de niños menores de cinco años, y la hambruna ha vuelto a surgir en el Cuerno de África (2).

Según los lineamientos establecidos, el Desarrollo Infantil Temprano (DIT) es un proceso gradual,

multidimensional, completo y oportuno que implica el desarrollo de capacidades cada vez más sofisticadas. Este proceso capacita a los niños para ser competentes mediante el aprovechamiento de sus potenciales, lo que les permite alcanzar una mayor autonomía y ejercer plenamente sus derechos en interacción con su entorno (6).

El Desarrollo Infantil Temprano es un proceso gradual que engloba diversos ámbitos como el cognitivo, comunicativo, socioemocional y motor, entre otros. El dominio cognitivo se centra en los procesos de adquisición y manipulación del conocimiento. Por su parte, el ámbito de la comunicación se relaciona con las habilidades para comprender y expresar la comunicación verbal, mientras que el dominio motor se refiere a la capacidad para coordinar tanto los movimientos gruesos como los finos. Por último, el ámbito socioemocional aborda la regulación de las respuestas emocionales y las interacciones sociales (6).

De acuerdo con Martínez y García (7), el desarrollo psicomotor implica el progresivo aprendizaje de habilidades prácticas por parte del niño, resultado del desarrollo de las estructuras del sistema nervioso central que las respaldan. A través de este proceso, los niños adquieren habilidades en áreas como el lenguaje, la motricidad, la manipulación y la interacción social, lo que les permite ganar independencia y adaptarse gradualmente a su entorno.

El desarrollo psicomotor del niño en edad escolar puede segmentarse en varias esferas; no obstante, hay una conexión estrecha entre los aspectos cognitivos, personales y sociales, así como los

motores. Lo que suceda en una de estas áreas, tendrá un impacto directo en el desarrollo de las demás, ya sea facilitándolo, ralentizándolo o incluso deteniéndolo, lo que podría llevar al niño a retroceder en comportamientos o actitudes que ya había superado (7).

El ámbito motor se refiere a la capacidad de desplazamiento y movimiento, lo que permite al niño explorar y conectarse con el mundo que lo rodea. Esta área abarca aspectos relacionados con los sentidos y el movimiento. Estos aspectos se dividen a su vez en habilidades finas, que implican la coordinación entre la vista y el tacto, como agarrar objetos con los dedos, dibujar, hacer nudos, pintar entre otros; y habilidades gruesas, que se refieren a los movimientos, alteraciones de postura, respuestas posturales y coordinación (7,8).

En el ámbito cognitivo, se analizan destrezas y capacidades de naturaleza conceptual, discriminación perceptiva, memoria, razonamiento, habilidades y progreso en el ámbito conceptual. Esto implica que el individuo puede emplear el pensamiento para solucionar problemas, utilizando representaciones mentales de situaciones sin necesidad de intervenir directamente en la realidad para resolverlos (9).

Dentro del ámbito del lenguaje, se analizan aspectos relacionados con la comprensión y la información, así como la comunicación de pensamientos e ideas a través de medios verbales y no verbales. Se refiere a las habilidades que facilitan la comunicación del niño en el entorno escolar. Esta esfera considera la capacidad de expresión, comprensión y expresión gestual (9).

El área personal-social se enfoca en las destrezas y características que permiten al escolar desarrollar interacciones sociales significativas. Se concentra en aspectos de interacción que involucran su capacidad para establecer relaciones con otros niños de su edad, tanto en términos de amistad como de integración en grupos (9).

El progreso psicomotor se identifica mediante hitos, que son habilidades que no solo representan algo nuevo que el niño puede lograr, sino que también indican haber alcanzado una etapa específica y estar listo para avanzar hacia la siguiente. Esto hitos se logran y se consolidan en intervalo de tiempo determinados. Por consiguiente, no se establece una edad exacta, sino períodos durante los cuales la mayoría de los niños suelen desarrollar una destreza particular (7).

En esta línea, se han llevado a cabo diversas investigaciones, como la llevada a cabo por Cano y col (10), la cual se realizó en Chile con el objetivo de examinar la conexión entre el estado nutricional, el desarrollo psicomotor y la cantidad e intensidad de actividad física durante la jornada escolar en preescolares de 5 años. Se determinó que la proporción de niños con obesidad excede notablemente las cifras internacionales y las encuestas nacionales. En cuanto a la evaluación del desarrollo psicomotor, el 17.4% de los niños mostraron dispraxia. Además, se observó que los niños con un índice de masa corporal (IMC) más alto obtuvieron puntuaciones más bajas en la batería de Fonseca, lo que podría relacionarse con un mayor peso en comparación con la estatura, lo que eventualmente podría resultar en un desarrollo psicomotor deficiente. No se

encontraron correlaciones significativas entre las demás variables.

Calceto-Garavito (11) han observado en diversas investigaciones una asociación entre el estado nutricional y un mejor rendimiento cognitivo. El objetivo de la investigación consistió en examinar la relación entre el estado nutricional y el progreso cognitivo y psicomotor de los niños en sus primeros años de vida. Se utilizó una metodología de revisión sistemática de bases de datos entre los años 2013 y 2018. De acuerdo con el contenido del artículo, tanto la aptitud intelectual como el avance en habilidades motoras finas y gruesas se ven afectados por la salud nutricional de los estudiantes, lo que implica una conexión entre la alimentación y el crecimiento cognitivo y motor.

En un estudio en Chile de Neira, Carias, Delgado y Montecinos (12) con el propósito de examinar los impactos de la pandemia COVID 19 en los patrones alimentarios y la condición nutricional de escolares de educación básica en regiones de Ñuble y BioBio, estudio que incluyó a 83 escolares de entre 6 y 11 años, concluye que los efectos de la pandemia en los hábitos alimentarios fueron adversos. Se observó una marcada reducción en el consumo de alimentos saludables y un aumento en la ingesta de alimentos con bajo valor nutricional. Asimismo, se identificó un deterioro en el estado nutricional manifestado en un aumento de peso.

Valle (13), realizó una investigación con el objetivo de establecer cómo el estado de alimentación afecta el desarrollo físico de niños de cinco años de la I.E. N° 086 "Divino niño Jesús"-Huacho, durante el año escolar. Se examinan los indicadores de peso para la edad, peso para la talla y talla para

la edad en relación con el estado nutricional; así como los factores nutricionales socioeconómicos, afectivos, genéticos y neuroendocrinos en el desarrollo físico. Se aconseja a los docentes que continúen aprendiendo y busquen constantemente estrategias de enseñanzas más efectivas para alcanzar a los escolares, con el objetivo de que estudiantes logren los mejores resultados de aprendizaje.

Pregunta de investigación: ¿Cuál es la relación entre el estado nutricional según el índice de masa corporal y talla para la edad con el desarrollo psicomotor de los escolares de una institución educativa pública, 2023?

2. Metodología

El estudio actual adopta un enfoque cuantitativo, descriptivo y correlacional de tipo transversal, llevado a cabo en alumnos de la Institución Educativa José Antonio Encinas, ubicada en el Distrito de Víctor Larco, Provincia de Trujillo.

Criterios de inclusión:

Escolares cuyos padres y madres de familia firmen el consentimiento informado.

Escolares que se encuentren presentes el día de la evaluación.

Escolares hombres y mujeres

Escolares del 1 (A-B-C), 2 (A-B), 3 (A)

Técnica e Instrumento de Recolección de Datos

Para determinar el Estado Nutricional, se utilizaron las Tablas de Valoración Nutricional Antropométrica para Mujeres (5-19 años) y Varones (5-19 años): Índice de Masa Corporal (IMC) para Edad, del Ministerio de Salud, Centro Nacional de Alimentación y Nutrición y del

Instituto Nacional de Salud. Con los valores de peso y talla del escolar se calcula el Índice de Masa Corporal, brindando la siguiente clasificación:

Valor del IMC	Clasificación
Menor al valor del IMC correspondiente al P5 (MINSAL/CENAN, 2007)	DELGADEZ
Esta entre los valores de IMC de mayor o igual P5 y menor a P95 (MINSAL/CENAN, 2007)	NORMAL
Mayor o igual al valor del IMC correspondiente al P95 (MINSAL/CENAN, 2007)	OBESIDAD

Tablas de Valoración Nutricional Antropométrica para Mujeres (5-19años) y Varones (5-19años): Talla para Edad del Ministerio de Salud, Centro Nacional de Alimentación y Nutrición y del Instituto Nacional de Salud/MINSAL/CENAN. Con los valores de talla para la edad del escolar se calcula la Talla para la Edad brinda la siguiente clasificación:

Valor del IMC	Clasificación
Menor al valor de Talla correspondiente al P5 (MINSAL/CENAN, 2007)	TALLA BAJA
Esta entre los valores de Talla de mayor o igual P5 y menor o igual a P95 (MINSAL/CENAN, 2007)	TALLA NORMAL
Mayor al valor de Talla correspondiente al P95 (MINSAL/CENAN, 2007)	TALLA ALTA

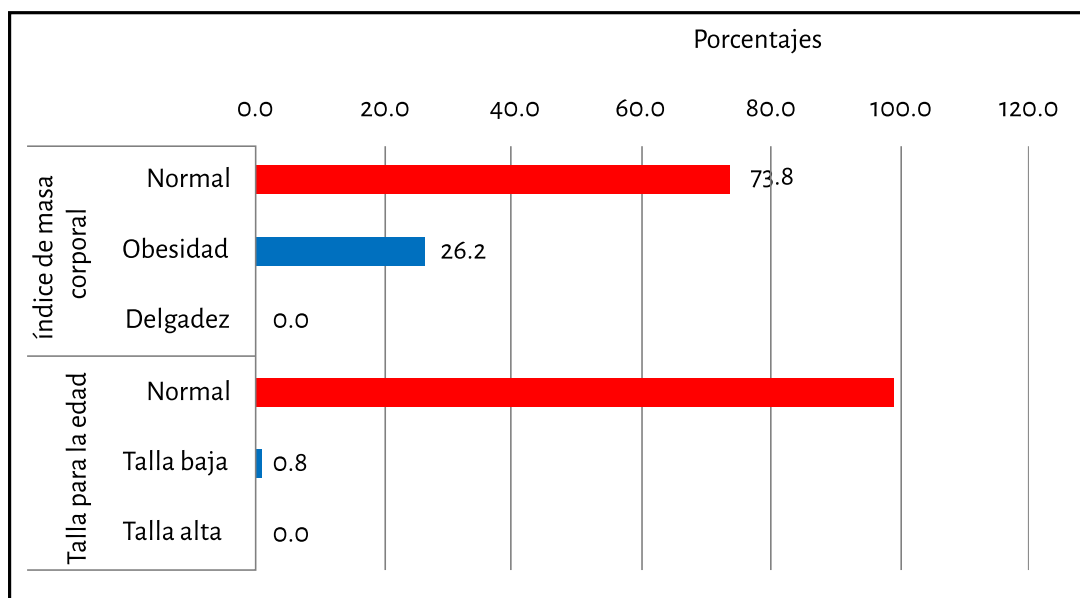
Para evaluar el Desarrollo Psicomotor se utilizó el Instrumento del MINSAL como es el Test de Pauta Breve del Desarrollo Psicomotor /TPB o Test Abreviado/TA, (Anexo N° 5), se aplica a niños de 3 a 11 años de edad. Se evalúan 4 área: de lenguaje, motricidad, coordinación y social, siguiendo los criterios:

- SI: Cuando el escolar ha logrado la conducta esperada.
 - NO: Cuando no ha alcanzado la conducta esperada.
 - EP (en proceso): Cuando el escolar no evidencia la conducta(s) que se señala como representativa para su edad (no las ejecuta totalmente)
- Después de evaluar el desarrollo psicomotor, se categoriza de la siguiente forma:
- Normal (N): Cuando el niño(a) ejecuta todas las conductas evaluadas según la edad correspondiente.
 - En Riesgo/Déficit (D): Cuando una ó más de las conductas evaluadas están en proceso de desarrollo o no ejecuta una de las conductas evaluadas.

La información obtenida a través de los instrumentos mencionados fue ingresada y analizada utilizando el software estadístico IBM SPSS STATISTICS Versión 27. Los resultados se presentaron en tablas de una y doble entrada, mostrando tanto valores numéricos como porcentajes. Para determinar la relación entre las variables, se aplicó la prueba tau b o c de Kendall, la cual evalúa la asociación entre dos variables.

3. Resultados

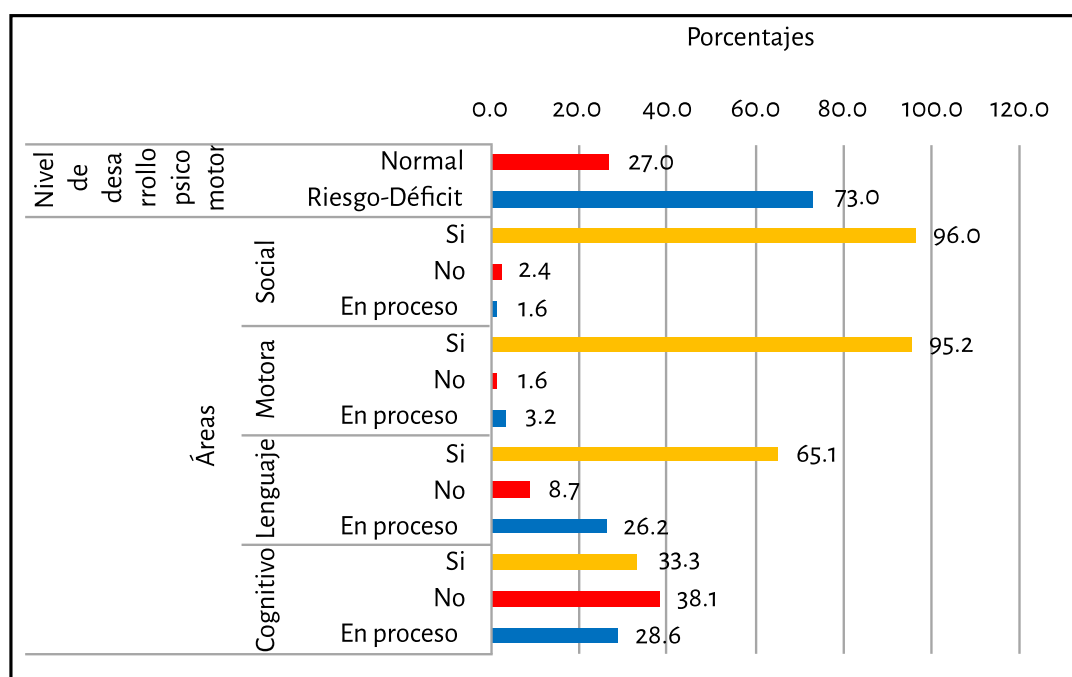
Figura 1.- Nivel del estado nutricional según el índice de masa corporal y talla para la edad de 126 escolares de una institución educativa pública, 2023



Fuente: Cuestionario aplicado

Elaborado por: Investigadoras

Figura 2.- Nivel de desarrollo psicomotor de 126 escolares de una institución educativa pública, 2023



Fuente: Cuestionario aplicado

Elaborado por: Investigadoras

Tabla 1: Nivel de estado nutricional según el índice de masa corporal y nivel de desarrollo psicomotor de 126 escolares de una institución educativa pública, 2023

Nivel de estado nutricional - Índice de masa corporal											
Variables		Normal		Obesidad		Delgadez		Total		Tau de kendall	
		no	%	no	%	no	%	no	%		
Nivel de desarrollo psicomotor	Normal	26	20.6	8	6.3	0	0.0	34	27.0	Tau c = 0.029 p = 0.673 No significativa (p>=0.05). Se acepta la Ho. No hay relación	
	Riesgo-Déficit	67	53.2	25	19.8	0	0.0	92	73.0		
Dimensiones	Social	Si	89	70.6	32	25.4	0	0.0	121	96.0	Tau b = -0.010 p = 0.712 No significativa (p>=0.05). Se acepta la Ho. No hay relación
		No	2	1.6	1	0.8	0	0.0	3	2.4	
		En proceso	2	1.6	0	0.0	0	0.0	2	1.6	
	Motora	Si	88	69.8	32	25.4	0	0.0	120	95.2	Tau b = -0.019 p = 0.507 No significativa (p>=0.05). Se acepta la Ho. No hay relación
		No	1	0.8	1	0.8	0	0.0	2	1.6	
		En sprocreso	4	3.2	0	0.0	0	0.0	4	3.2	
	Lenguaje	Si	61	48.4	21	16.7	0	0.0	82	65.1	Tau b = 0.034 p = 0.957 No significativa (p>=0.05). Se acepta la Ho. No hay relación
		No	7	5.6	4	3.2	0	0.0	11	8.7	
		En proceso	25	19.8	8	6.3	0	0.0	33	26.2	
	Cognitivo	Si	30	23.8	12	9.5	0	0.0	42	33.3	Tau b = -0.074 p = 0.369 No significativa (p>=0.05). Se acepta la Ho. No hay relación
No		34	27.0	14	11.1	0	0.0	48	38.1		
En proceso		29	23.0	7	5.6	0	0.0	36	28.6		
Total		93	73.8	33	26.2	0	0.0	126	100.0		

Fuente: Test aplicado

Elaborado por: Investigadoras

Tabla 2: Nivel de estado nutricional según talla para la edad y nivel de desarrollo psicomotor de los escolares de una institución educativa pública, 2023

Nivel de estado nutricional - Talla para la edad											
Variables		Normal		Talla baja		Talla alta		Total		Tau de kendall	
		no	%	no	%	no	%	no	%		
Nivel de desarrollo psicomotor	Normal	34	27.0	0	0.0	0	0.0	34	27.0	Tau c = 0.009 p = 0.317 No significativa (p>=0.05). Se acepta la Ho. No hay relación	
	Riesgo-Déficit	91	72.2	1	0.8	0	0.0	92	73.0		
Dimensiones	Social	Si	121	96.0	0	0.0	0	0.0	121	96.0	Tau b = 0.030 p = 0.312 No significativa (p>=0.05). Se acepta la Ho. No hay relación
		No	2	1.6	1	0.8	0	0.0	3	2.4	
		En proceso	2	1.6	0	0.0	0	0.0	2	1.6	
	Motora	Si	119	94.4	1	0.8	0	0.0	120	95.2	Tau b = -0.002 p = 0.348 No significativa (p>=0.05). Se acepta la Ho. No hay relación
		No	2	1.6	0	0.0	0	0.0	2	1.6	
		En sprocso	4	3.2	0	0.0	0	0.0	4	3.2	
	Lenguaje	Si	81	64.3	1	0.8	0	0.0	82	65.1	Tau b = -0.011 p = 0.315 No significativa (p>=0.05). Se acepta la Ho. No hay relación
		No	11	8.7	0	0.0	0	0.0	11	8.7	
		En proceso	33	26.2	0	0.0	0	0.0	33	26.2	
Cognitivo	Si	42	33.3	0	0.0	0	0.0	42	33.3	Tau b = 0.023 p = 0.312 No significativa (p>=0.05). Se acepta la Ho. No hay relación	
	No	48	38.1	0	0.0	0	0.0	48	38.1		
	En proceso	35	27.8	1	0.8	0	0.0	36	28.6		
Total		125	99.2	1	0.8	0	0.0	126	100.0		

Fuente: Test aplicado

Elaborado por: Investigadoras

4. Discusión

La Figura N° 1, muestra que en el 73.8% de escolares, su nivel de estado nutricional según su Índice de Masa Corporal /IMC es normal, el 26.2% de escolares son obesos, no encontrando delgadez en los escolares que participaron en la investigación. En relación con el estado nutricional talla para la edad, el 99.2% es normal, el 0.8% de escolares su nivel de estado nutricional según su talla para la edad es talla baja, y ninguno de los escolares presento talla alta.

El desarrollo físico del ser humano es un proceso constante y cambiante, influenciado por factores genéticos y ambientales. Durante este proceso, se produce un aumento en la estatura, así como cambios en la forma de composición del cuerpo. La capacidad de adaptar el ritmo de crecimiento en la forma de composición del cuerpo. La capacidad de adaptar el ritmo de crecimiento según las condiciones del entorno, como la alimentación, el nivel socioeconómico y el lugar de residencias, es fundamental. Es por ello por lo que se considera que los patrones de crecimiento de las poblaciones reflejan las condiciones de vida, tal como se evidencia en los resultados encontrados (14, 15, 16, 17,18).

En este contexto ambiental, es la actividad física que realiza el niño en la escuela la que genera cambios tanto cuantitativos, reflejados en el crecimiento en estatura y peso corporal, como cualitativos, como la mejora en las habilidades motoras (Figuras N° 1 y 2) (19).

La figura también indica que el 26.2% de los niños estudiados presentan un índice de

masa corporal (IMC) que indica obesidad. Este estado nutricional podría atribuirse al bajo nivel de actividad física, especialmente durante eventos como la pandemia, al excesivo tiempo dedicado a actividades sedentarias (como el uso de dispositivos electrónicos, computadoras y videojuegos) o a hábitos alimentarios poco saludables (consumo excesivo de azúcares y grasas saturadas en lugar de alimentos nutritivos), los cuales tienen un impacto directo en la creciente tasa de obesidad infantil en la actualidad (19,20,21,22,23,24,25).

La investigación también pone en evidencia, que la obesidad prevalece en un 36.8% en escolares del 2° grado, seguido del 30.8% en escolares del 3° grado y un 17.7% en escolares del 1° grado, esto puede explicarse debido a que, en la sociedad actual, existe una limitación en el acceso a alimentos con menor contenido energético debido a su precio y distribución.

Por otro lado, según los estudios de Rolland-Cachera (26), al momento del nacimiento. El índice de masa corporal (IMC) representa aproximadamente el 12% del peso total. A los nueve meses de edad, este porcentaje aumenta a un 22%, pero luego el niño comienza a perder grasa hasta a un punto mínimo de reserva de grasa corporal. A partir de los 5 a 7 años, edad de la población de estudio, se produce un aumento en la acumulación de grasa corporal conocido como rebrote de adiposidad. A partir de este momento, el escolar comienza a acular grasa nuevamente, un proceso que continua durante la pubertad y la edad adulta. Esta acumulación de grasa se refleja en un aumento considerable del IMC. La edad temprana en la que ocurre el rebrote de

adiposidad es crítica para el desarrollo posterior de la obesidad, tal como se observa en el Anexo N° 7, 9 y 11.

Los estudios de Cigarroa y colaboradores (19,20) respaldan la información proporcionada por Rolland-Cachera (26), quien señala que si los niños experimentan obesidad durante las etapas tempranas de su desarrollo (entre los dos y seis años de edad), es probable que continúen teniendo este problema de salud durante las siguientes fases de su crecimiento (de seis a diez años), lo cual puede impactar negativamente en su crecimiento y desarrollo habitual. La obesidad tiene repercusiones globales en el desarrollo, ya que los escolares con sobrepeso u obesidad que perciben sus habilidades motrices durante el juego como deficientes pueden sentirse incapaces de participar en las mismas actividades que sus compañeros. Esto puede resultar en una menor motivación para involucrarse en actividades deportivas y recreativas con ellos, lo que a su vez puede conducir al aislamiento social y al rechazo del juego.

En cuanto al crecimiento lineal encontramos resultados adecuados de talla para la edad en un 99.2%, demostrando que la población en estudio no presenta historial de alteraciones del estado nutricional y de salud a lo largo del tiempo. Los resultados del estudio proporcionan una data de la salud nutricional de los escolares de la institución educativa pública de la investigación, en cuanto a la talla para la edad, pues a pesar de que la mayoría vive, en los considerados pueblos populosos, descritos según la Municipalidad Distrital de Víctor Larco (27), los escolares recibieron, aparentemente, una adecuada

alimentación durante la pandemia, sin embargo se debe seguir enfatizando la necesidad de intervenciones dirigidas a promover la salud y prevenir enfermedades como el sobrepeso y la obesidad en la población escolar. Es importante resaltar que la pandemia habría mostrado la importancia de mantener un estilo de vida saludable.

La Figura N° 2 muestra que el nivel del desarrollo psicomotor es normal en el 27.0% de escolares de la investigación y que el 73.0% el nivel de desarrollo psicomotor está en riesgo/déficit. El desarrollo psicomotor, área social, el 96.0% de escolares si ha logrado la conducta esperada, el 2.4% de escolares no, y en el 1.6% esta área está en proceso. El Desarrollo psicomotor, área motora, el 95.2% de escolares si logro la conducta esperada, el 1.6% de escolares no, y el 3.2% de escolares está en proceso. El Desarrollo Psicomotor, área lenguaje, el 65.1% de escolares si ha logrado la conducta esperada, el 8.7% no, y el 26.2% está en proceso. Y en el Desarrollo Psicomotor, área cognitiva, el 33.3% de escolares si ha logrado la conducta esperada, el 38.1% de escolares no, y el 28.6% está en proceso.

La aplicación del Test de Pauta Breve del Desarrollo Psicomotor /TPB o Test Abreviado/TA, muestra de manera objetiva los resultados obtenidos en las cuatro áreas (personal-social, motora, lenguaje y cognitivo), evidenciándose que este se encuentra en riesgo -déficit, con mayor incidencia en las áreas del lenguaje y cognitiva.

La investigación muestra que los escolares de 1° grado en el área del lenguaje no han logrado la conducta esperada en un 4.8% y que están en proceso en un 21%, en el área cognitiva no han

logrado la conducta esperada en un 40.3% y está en proceso en un 32.3%. En 2° grado, en el área del lenguaje, no se logró la conducta esperada en un 21.1%, y está en proceso en un 28.9%, en el área cognitiva, el 60.5% no logro la conducta esperada y un 15.8% está en proceso. En los escolares del 3° grado, en el área del lenguaje y cognitiva estas conductas están en proceso en un 34.6%, y 38.5%. En este grado no se encuentran escolares cuya conducta no se haya logrado.

Si bien la investigación se realizó en el año 2023, los resultados obtenidos podrían explicarse debido a los varios meses de aislamiento social, que sufrió la población mundial durante la pandemia (2020-2021), donde los escolares tuvieron limitaciones en su educación básica regular (0 a 2 años y de 3-5años) (MINEDU, 2024), periodo en el que se busca fomentar e incentivar el desarrollo de sus habilidades y destrezas físicas, afectivas, sociales y cognitivas, esto a pesar de los denodados esfuerzo que el Ministerio de Educación, a través de la Resolución Ministerial N° 160-2020-MINEDU, oficializo en mayo del 2020, la implementación de la estrategia “aprendo en casa”.

Según la información encontrada se puede concluir que los escolares que están en grados iniciales fueron los más perjudicados por la pandemia, pues se evidencia que no se implementó de manera efectiva la educación virtual, pues en escenarios de sectores de escasos recursos económicos, como el que se encuentra la población de estudio, era restringida, pues la mayoría no contaban con acceso a internet, ni computadora, laptop, Tablet, solo un celular con línea restringida, muchos post pago, donde

las clases eran enviadas por los profesores a los WathsApp de los padres y madres de familia. Este análisis se respalda por en el Plan Local de Seguridad Ciudadana de la Municipalidad Distrital de Víctor Larco (27), donde hace referencia que el nivel educativo de la población de la zona de Buenos Aires presenta un bajo nivel educativo y donde se menciona, inclusive antes de la pandemia, que en la I.E. José Antonio Encinas ya existía una alta deserción escolar de 29 estudiantes solo en el 2019.

Al encontrar que el 73% de escolares de la investigación están en riesgo-déficit en el nivel de desarrollo psicomotor significa que las habilidades que el escolar debió adquirir a lo largo de vida no alcanzado la conducta esperada o no muestra el comportamiento o comportamientos típicos de su edad (no los realiza completamente), lo que dificulta su dominio de niveles de movimiento, pensamiento y relaciones con los demás, los objetos y el entorno que se vuelven progresivamente más complejos (19), esto se corrobora cuando la información se desglosa por grados, encontrando que los escolares del 1° grado, el 75.8% presenta riesgo-déficit del nivel de desarrollo psicomotor, los escolares del 2° grado un 84.2% de riesgo-déficit y los de 3° grado 50% es normal y el otro 50% está en riesgo-déficit. Cuando los escolares no desarrollan adecuadamente las áreas del lenguaje y cognitivas, pueden enfrentar dificultades de su desempeño académico social. Esto puede manifestarse en problemas para comprender instrucciones, dificultades para expresar sus ideas de manera clara y la falta de concentración en clase entre otros. es importante identificar estas dificultades a tiempo para brindar el apoyo

necesario y promover un desarrollo integral en los niños.

Los factores de pobreza, que caracterizan a la zona donde se ubica la institución educativa que alberga a los escolares que participaron en la investigación y el bajo grado de instrucción de los padres y madres de familia podrían agravar las dificultades en el desarrollo del lenguaje y las habilidades cognitivas de los escolares. La falta de recursos económicos puede limitar el acceso a servicios de salud y educación de calidad, lo que impacta directamente en el desarrollo integral de los escolares. Además, el bajo grado de instrucción de los padres puede influir en la falta de estímulos cognitivos en el hogar y en la capacidad de apoyar adecuadamente el aprendizaje de sus hijos. Es fundamental abordar estos factores brindando apoyo tanto a los escolares como sus familias para promover un desarrollo óptimo en todas las áreas.

La Tabla N° 1, muestra que el 53.2% de escolares su IMC es normal y logra la conducta psicomotora esperada, el 19.8% de escolares su IMC es obesidad y su nivel de desarrollo psicomotor es de riesgo/déficit; además se observa un valor tau c de kendall es de 0.029 con probabilidad 0.673 siendo no significativa ($p \geq 0.05$). En el área social, el 70.6% de escolares su IMC es normal y si presenta un adecuado desarrollo psicomotor, el 25.4% de escolares su IMC es obesidad y si presenta un adecuado desarrollo psicomotor; además se observa un valor tau b de kendall es de -0.010 con probabilidad 0.712 siendo no significativa ($p \geq 0.05$). En el área motora, el 69.8% de escolares su IMC es normal y si presenta un adecuado desarrollo psicomotor, y el 25.4%

de escolares su IMC es obesidad y si presentan desarrollo psicomotor; además se observa un valor tau b de kendall es de -0.019 con probabilidad 0.507 siendo no significativa ($p \geq 0.05$).

En el área Lenguaje, el 48.4% de escolares su IMC es normal y si presentan desarrollo psicomotor, y el 16.7% de escolares su IMC es obesidad y si presentan desarrollo psicomotor; además se observa un valor tau b de kendall es de 0.034 con probabilidad 0.957 siendo no significativa ($p \geq 0.05$). En el área cognitiva, el 27.0% de escolares su IMC es normal y no presentan desarrollo psicomotor, y el 11.1% de escolares su IMC es obesidad y no presentan desarrollo psicomotor; además se observa un valor tau b de kendall es de -0.074 con probabilidad 0.369 siendo no significativa ($p \geq 0.05$).

En la Tabla N° 2, el 72.2% de escolares su talla para la edad es normal y su nivel de desarrollo psicomotor es de riesgo/déficit, y el 0.8% de escolares su talla para la edad es talla baja y su nivel de desarrollo psicomotor es de riesgo/déficit; además se observa un valor tau c de kendall es de 0.009 con probabilidad 0.317 siendo no significativa ($p \geq 0.05$). En el área social, el 96.0% de escolares su talla para la edad es normal y si presentan desarrollo psicomotor, y el 0.8% de escolares su talla para la edad es talla baja y no presentan desarrollo psicomotor; además se observa un valor tau b de kendall es de 0.030 con probabilidad 0.312 siendo no significativa ($p \geq 0.05$). En el área motora, el 94.4% de escolares su talla para la edad es normal y si presentan desarrollo psicomotor, y el 0.8% de escolares su talla para la edad es talla baja y si presentan desarrollo psicomotor; además se

observa un valor tau b de kendall es de -0.002 con probabilidad 0.348 siendo no significativa ($p \geq 0.05$).

En el área Lenguaje, el 64.3% de escolares su talla para la edad es normal y si presentan desarrollo psicomotor, y el 0.8% de escolares su talla para la edad es talla baja y si presentan desarrollo psicomotor; además se observa un valor kendall es de -0.011 con probabilidad 0.315 siendo no significativa ($p \geq 0.05$). En el área cognitiva, el 38.1% de escolares su talla para la edad es normal y no presentan desarrollo psicomotor, y el 0.8% de escolares su talla para la edad es talla baja y presentan desarrollo psicomotor en proceso; además se observa un valor tau b de kendall es de 0.023 con probabilidad 0.312 siendo no significativa ($p \geq 0.05$).

En la actualidad, el desarrollo psicomotor se entiende como el proceso gradual de adquirir habilidades por parte de un individuo, estando siempre relacionado con la salud. Este se caracteriza por ser progresivo a lo largo del tiempo, lo que ha llevado a clasificarlo en diferentes etapas según su nivel de dificultad. Se reconoce que puede estar influenciado por factores sociales, como el aprendizaje, y biológicos como la correcta alimentación (28,29,30).

Si bien no existe una relación significativa entre las variables de estudio es importante recalcar que el índice de masa corporal (IMC) y la talla para la edad en los escolares puede tener una relación significativa con su desarrollo psicomotor. Un estudio realizado por Sánchez-Cruz y col (31) encontró un IMC elevado en los escolares estaba asociado con un peor rendimiento en

pruebas de coordinación, equilibrio y agilidad. Por otro lado, un bajo IMC también puede tener efectos negativos en el desarrollo psicomotor de los escolares, ya que la desnutrición o la falta de nutrientes adecuados pueden afectar el crecimiento y desarrollo de habilidades motoras. Otro estudio llevado a cabo por Gabbard (32) sugiere que el IMC está relacionado con el desarrollo de habilidades motoras en escolares, ya que el peso y la composición corporal pueden influir en la fuerza muscular, la coordinación y el equilibrio. Por lo tanto, mantener un IMC saludable en los escolares es importante para promover un adecuado desarrollo psicomotor.

Las áreas del lenguaje y cognitivo pueden estar afectadas por la alteración del estado nutricional medido en la talla para la edad, desnutrición crónica, debido a que la desnutrición puede tener un impacto negativo en el desarrollo cerebral y cognitivo de los escolares. La desnutrición durante la infancia puede provocar retrasos en el desarrollo del cerebro, lo que a su vez puede afectar las habilidades cognitivas y lingüística (33). Sin embargo, de los resultados encontrados en los escolares que participaron en la investigación solo se encontró un 0.8% de escolares con talla baja se encontraba en riesgo-déficit de cumplir con la conducta esperada y un 0.8% estaba en proceso de lograr la conducta.

La investigación evidencia que la presencia de otros factores, independientemente del IMC y talla para la edad, como son los factores biológicos y socioculturales, pueden influir con igual o mayor intensidad en la generación de déficits psicomotores, pues no se encontraron resultados significativos.

Conclusiones

·El 73.8% de escolares, su nivel de estado nutricional según su Índice de Masa Corporal / IMC es normal, el 26.2% de escolares son obesos, no encontrando delgadez en los escolares que participaron en la investigación. En relación con el estado nutricional talla para la edad, el 99.2% es normal, el 0.8% de escolares su nivel de estado nutricional según su talla para la edad es talla baja, y ninguno de los escolares presento talla alta.

·El Test de Pauta Breve del Desarrollo Psicomotor /TPB o Test Abreviado/TA, muestra de manera objetiva los resultados obtenidos en las cuatro áreas (personal-social, motora, lenguaje y cognitivo), evidenciándose que este se encuentra en riesgo -déficit, con mayor incidencia en las áreas del lenguaje y cognitiva.

·No se observa una asociación significativa entre el estado nutricional, determinado por el índice de masa corporal y la talla para la edad, y el desarrollo psicomotor de los estudiantes en la escuela pública objeto de estudio.

Recomendación

·Continuar con la implementación y evaluación de diversas políticas gubernamentales que podrían tener impacto en la salud nutricional y el desarrollo psicomotor de los estudiantes, como la Ley 30021, conocida como la Ley de Promoción de la Alimentación Saludable para Niñas, Niños y Adolescentes (MINSA), el Programa Nacional de Alimentación Escolar Qali Warma (Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social), y las medidas

de prevención y atención de la violencia contra niños, niñas y adolescentes (Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables).

6. Referencias bibliográficas

1. Orden, A; Torres, M., Luis, M; Cesani, M. Quintero, F y Oyhenart, E. Evaluación del estado nutricional en escolares de bajos recursos socioeconómicos en el contexto de la transición nutricional. 2005 Archivos Argentinos de Pediatría. Vol 103(3)
2. Ministerio de Salud. Programa Presupuestal 0001, Programa Articulado Nutricional. 2021 Perú https://drive.google.com/file/d/1XJq4oIZZF4TSWSxuvHNpb-4yylW-HA5VN/view?usp=share_link.
3. Fondo de Naciones Unidas/UNICEF. El estado Mundial de la Infancia : niños, alimentos y nutrición. 2019. <https://www.unicef.org/peru/media/6366/file/Estado%20Mundial%20de%20la%20Infancia%202019%20Resumen%20Ejecutivo.pdf>
4. INEI. Nota de Prensa. Lima, Perú 2021 <https://m.inei.gob.pe/prensa/noticias/el-121-de-la-poblacion-menor-de-cinco-anos-de-edad-del-pais-sufrio-desnutricion-cronica-en-el-ano-2020-12838/>
5. González, A; Vila, J; Guerra, C; Quintero, O; Dorta, M; Pacheco, J. Estado Nutricional en niños escolares. Valoración Clínica, antropométrica y alimentaria. (2010) MediSur. Vol.8 (2).
6. Ministerio de Economía y Finanzas Programa Presupuestal orientado a Resultados para el Desarrollo Infantil. Perú 2019 https://drive.google.com/file/d/1Mom-QeeYkzCKMMAGXkpFK_wl8MaINDjax/

- view?usp=share_link
7. Martínez, M y García, M. Desarrollo psicomotor y signos de alarma. 2016 https://www.aepap.org/sites/default/files/2em.1_desarrollo_psicomotor_y_signos_de_alarma.pdf
 8. Hilario, C., Silva, E. Estado Nutricional, Prácticas Alimentarias Relacionadas con el Desarrollo Psicomotor en escolares del Nivel Primario - El Porvenir-Trujillo. Tesis Para Optar el Título Profesional de Licenciada En Enfermería. Universidad Nacional De Trujillo. 2018 <http://dspace.unitru.edu.pe/handle/UNITRU/13575>
 9. Campo, L. Relación entre el desarrollo personal social y los procesos evolutivos vinculados con el aprendizaje escolar en las áreas del lenguaje y la cognición. 2010 Psicogente. Vol. 13 (23): pp. 88-99.
 10. Cano, M., Ayarzun, T., Leyton, F., Sepulveda, C. Relación entre estado nutricional, nivel de actividad física y desarrollo psicomotor en preescolares. 2014 Nutrición Hospitalaria. Vol.30 No.6 Madrid dic <https://dx.doi.org/10.3305/nh.2014.30.6.7781>
 11. Calceto-Garavito, L., Garzón, L., Bonilla, J. Cala-Martínez, D. Relación del Estado Nutricional con el Desarrollo Cognitivo y Psicomotor de los niños en la Primera Infancia. 2019 Rev Ecuat Neurol Vol.28 No.2 Guayaquil may./ago. http://scielo.senescyt.gob.ec/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2631-25812019000200050
 12. Neira, C., Carias, D., Delgado, C., Montecinos, P. Efecto de la pandemia Covid-19 en hábitos alimentarios y estado nutricional en niños de educación básica de las regiones de Ñuble y Bío Bío. Universidad del Desarrollo, Facultad de Ciencias de la Salud. (2021). <https://repositorio.udd.cl/handle/11447/6014>
 13. Valle, A. Estado nutricional en el desarrollo físico de los niños de 5 años de la I.E.I. N° 086 "Divino Niño Jesús"-Huacho, durante el año escolar 2019. 2019 Universidad Nacional José Faustino Sánchez Carrión <http://hdl.handle.net/20.500.14067/5016>
 14. Garraza, M. y col . Percentiles de peso, talla e índice de masa corporal de escolares de Mendoza. Comparación con la referencia de la Organización Mundial de la Salud. 2023 Archivos Argentinos de Pediatría. 121(2). http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S0325-00752023000200004&script=sci_arttext
 15. Hernández, M. Fisiología y valoración del crecimiento y la pubertad. Pediatría Integral. 2007. 11(6):471- 84.
 16. Lasker, G. Human biological adaptability. The ecological approach in physical anthropology. Science. (1969)166(3912):1480-6.
 17. Neves, K., Moráis, R., Teixeira, R. y Pinto, P. Growth and development and their environmental and biological determinants. 2016 J Pediatr (Rio J). 92(3):241-50
 18. Tanner, J. Growth as a mirror of the condition of society: secular trends and class distinctions. 1987 Acta Paediatr Jpn. 29(1):96-103.
 19. Cigarroa, I, Sarqui, C, Zapata-Lamana, R. Efectos del sedentarismo y obesidad en el desarrollo psicomotor en niños y niñas: Una revisión de la actualidad latinoamericana. 2016. Universidad y Salud. 18(1). http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0124-71072016000100015&script=sci_

- arttext
20. Bucco, L. y Zubiaur, M. Desarrollo de las habilidades motoras fundamentales en función del sexo y del índice de masa corporal en escolares. 2013 Cuad. Psicol. del Deport. 13(2):63-72 <http://revistas.unisimon.edu.co/index.php/psicogente/article/view/1816>
 21. Rodríguez-R, A. La obesidad infantil y los efectos de los medios electrónicos de comunicación. 2006 Medigraphic Artemisa en línea. 8:95-8.
 22. Crovetto, M., Zamorano, N. y Medinelli, A. Estado nutricional, conocimientos y conductas en escolares de kinder y primer año básico en 3 escuelas focalizadas por obesidad infantil en la comuna de Valparaíso, Chile. 2010. Revista Chilena de Nutrición. 37:309-20.
 23. Ray, M. y Jat, K. Effect of electronic media on children. 2010. Indian Pediatr. 47(7):561-8.
 24. Olivares, S., Bustos, N., Moreno, X., Lera, L. y Cortes, S. Actitudes y prácticas sobre alimentación y actividad física en niños obesos y sus madres en Santiago, Chile. 2006. Revista Chilena de Nutrición. 33:170-9. http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-00752005000300004
 25. Polleti, O., Barrios, L. Sobrepeso, obesidad, hábitos alimentarios, actividad física y uso de tiempo libre en escolares de corrientes (Argentina). 2007. Revista Cubana de Pediatría. 79(1):218-230.
 26. Meléndez, G. Factores Asociados con Sobrepeso y obesidad en el ambiente escolar. 2008. Edit. Medical Americana S.A. <https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=-ZPM27clSnusC&oi=fnd&pg=PR1&dq=porque+los+escolares+de+7+a+mas+a%+C3%B1os+tienden+mas+a+la+obesidad&ots=YUDoUMALR8&sig=UCbRt7v-Co5FSSSKNbMIGorYUKU8>
 27. Municipalidad Distrital de Víctor Larco (2019). Plan Local de Seguridad Ciudadana
 28. Sánchez-Reyes, L; Ramon-Santana, A; Mayorga-Santana, V. Desarrollo Psicomotriz en Niños en el contexto del confinamiento por la pandemia del COVID 19. 2020. Revista Científica Domino de las Ciencias. 6(4).203-219 <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8385939>
 29. Salinas, A. El pediatra y la evaluación del desarrollo psicomotor. 2008. Revista Chilena de Pediatría. 2(79) 26–31 http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062008000700005&lng=en&nrm=iso&tlng=en
 30. Vericat, A, Orden AB. Herramientas de Screening del Desarrollo Psicomotor en Latinoamérica. 2010. Revista Chilena de Pediatría. 81(5):391–401. http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062010000500002&lng=en&nrm=iso&tlng=en
 31. Sánchez-Cruz, J; Jimenes-Moleon, J; Fernández-Quesada, F; Sánchez, M. Prevalencia de obesidad infantil y juvenil y su asociación con el rendimiento académico y la condición física en escolares. 2013. Revista de Endocrinología y Nutrición. 60(8).458-464.
 32. Gabbard, C. Lifelong motor development. Pearson Higher. 2012.
 33. McGregor, S. y Ani, C. A review of studies on the effect of iron deficiency on cognitive development in children. The journal of nutrition. 2001. 131 (2). 6495-6685

ARTÍCULO ORIGINAL

EXPERIENCIAS PERSONALES ACERCA DEL CUIDADO DE HERIDAS QUIRÚRGICAS POST APENDICECTOMÍA EN EL PROCESO DE RECUPERACIÓN DOMICILIAR

PERSONAL EXPERIENCES ABOUT POST APPENDICECTOMY SURGICAL WOUND CARE IN THE HOME RECOVERY PROCESS

Walter Jonathan Azogue Chulco¹

Citar como:

Azogue W. Experiencias personales acerca del cuidado de heridas quirúrgicas post apendicectomía en el proceso de recuperación domiciliar. Rev. Recien. 2024; 13 (3)

Correspondencia:

Walter Jonathan Azogue Chulco
jonathanazogue003@gmail.com

Recibido: 01/07/2024

Aprobado: 17/07/2024

En línea: 10/12/2024

Resumen

La infección del sitio quirúrgico post apendicectomía es una de las principales complicaciones presentes después del alta hospitalaria, debido a incorrectas técnicas de asepsia y antisepsia, generando fiebre y dolor con más frecuencia, y consecuencias que prolongan costos hospitalarios, mismos que con eficiente información y correcta comprensión del paciente pueden ser prevenidas. Objetivos: Indagar mediante experiencias de pacientes cuales son las principales causas por las que se producen las infecciones post apendicectomía, los cuidados mantenidos a nivel domiciliar, errores más comunes y nivel de entendimiento de educación por parte del personal de salud al momento de recibir el alta hospitalaria. Método: Investigación de tipo cualitativa, fenomenológica, con un alcance descriptivo y retrospectivo, realizado mediante una entrevista semiestructurada a 6 pacientes post apendicectomía pertenecientes a la parroquia Atahualpa con las que se obtuvo la saturación de información. Resultados: Se obtuvo que los cuidados de herida quirúrgica a nivel domiciliar no están siendo cumplidos a cabalidad o no comprendidos adecuadamente, puesto que, el porcentaje de prevalencia a

1. UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO (UTA) Orcid: <https://orcid.org/0009-0001-5985-5463>

nivel mundial y nacional continúa manteniéndose elevado. Conclusión: Se llega a la conclusión de que el autocuidado de una herida quirúrgica post apendicectomía no está siendo llevada de manera eficiente en el domicilio, puesto que, ciertas actividades o procedimientos instruidos por parte del personal sanitario está siendo mal efectuadas por los pacientes o realizadas de acuerdo a los medios posibles, recursos disponibles o más cercanos, mismos que no están optimizando la cicatrización adecuada ni saludable. Tales como conocimientos empíricos y medicinas alternativas.

Palabras clave: Herida Quirúrgica, Infección de la Herida Quirúrgica, Apendicectomía, Autocuidado, Periodo Posoperatorio.

Abstract

Objective: To explore the daily life of the family caregiver of a patient with schizophrenia, interviews were conducted with 13 caregivers of patients with schizophrenia, which were determined by the saturation of the information. Methodology: Taking as a theoretical approach the Theory of Care by Kristen Swanson, 1991 (1), and everyday life by Maffesoli 1998 (2). The data were obtained through the semi-structured interview, these data being subjected to discourse analysis according to Orlandi 2002 (3). Results and discussion: Three categories emerged from the results, the first: The meaning of caring, with two subcategories: the first maintaining beliefs and love and the second subcategory moral responsibility, the second category: Individual and collective body and the third category: Recreate the caregiver's daily life with two subcategories: the first protection in the caring process and the second subcategory uncertainty and calm. Conclusions: The daily life of the family caregiver of a patient who suffers

from schizophrenia describes the meaning of caring while maintaining responsibility, his beliefs and love for his patient in his individuality manifesting collectively, which allows him to build a protection system by caring for uncertainty to calm.

Keywords: Everyday life, family caregiver, schizophrenia patient.

1. Introducción

Las infecciones de heridas quirúrgicas son muy frecuentes por diversos errores en técnicas o normas de asepsia y antisepsia en el cuidado de la piel intervenida. La piel forma parte del sistema tegumentario y es considerado el órgano superficial o externo más extenso del cuerpo humano, una de sus principales funciones es el de proteger al cuerpo humano frente a un sin número de infecciones situadas en el entorno. Al intervenir quirúrgicamente la piel sufre una incisión o corte que es un procedimiento no natural que llega a interrumpir la actividad de barrera de defensa del organismo humano, generando la posibilidad de causar una infección. (1)

Existen diversas actividades intrahospitalarias o durante la hospitalización postquirúrgica que logran conservar una herida totalmente limpia, tales como el correcto y rutinario lavado de manos, procedimientos, insumos, materiales, instrumentales estériles y de acuerdo con la necesidad la administración de terapias antibióticas, todas estas con el fin de mantener la herida en condiciones saludables y con cicatrización eficiente. (1)

Se considera que alrededor de la mitad de las infecciones de heridas quirúrgicas ocurridas posterior a una cirugía abdominal son manifestadas los primeros días después de ser intervenidas y con más exactitud después de una apendicetomía se ha notado que de acuerdo con 9 de cada 10 pacientes han presentado una infección las dos semanas posteriores al alta hospitalaria, dejando en evidencia de que, la mayoría de las infecciones son ocasionadas

después del alta hospitalaria o a nivel domiciliar. (1)

Es de suma importancia considerar que una infección de herida quirúrgica puede ser establecida como un efecto adverso que requiere supervisión constante y, de esta manera genera costos a nivel hospitalario, como estadía hospitalaria, insumos y material para limpieza o curación, medicación antibiótica y hasta fuerza laboral de médicos y enfermeras. (1)

De acuerdo con la Sociedad Americana de Cirujanos, se considera que una infección del sitio quirúrgico se presenta con mayor frecuencia en cirugías abdominales en semejanza a otro tipo de cirugías indistintamente del lugar o la técnica realizada, con una incidencia global del 15 al 25%. Además, se establece que posterior a una apendicetomía esta mantiene una incidencia de infección del 7%, describiendo que esta varía de acuerdo con el tipo de cirugía, en apendicetomía abierta con el 11% y en laparoscópica con 4,6%. Considerando que se presenta con mayor prevalencia en la apendicetomía abierta debido a mayor incisión y exposición al entorno. (2)

A nivel nacional, se han encontrado de acuerdo con varios estudios realizados en diversas instituciones hospitalarias que se presentan infecciones post quirúrgicas con mucha frecuencia, por ejemplo, en un hospital de Guayaquil se encontró con una prevalencia del 42% de infecciones del sitio quirúrgico de la totalidad de cirugías realizadas. (3)

El objetivo de dicha investigación es Indagar mediante experiencias de pacientes cuales son

las principales causas por las que se producen las infecciones post apendicectomía, los cuidados mantenidos a nivel domiciliar, errores más comunes y nivel de entendimiento de educación por parte del personal de salud al momento de recibir el alta hospitalaria.

2. Metodología

Se realizó una investigación de tipo cualitativa, fenomenológica, con un alcance descriptivo y retrospectivo, puesto que, se busca información desde diversas perspectivas personales con la narración de experiencias, percepciones y cuidados posterior al alta hospitalaria después de ser intervenido quirúrgicamente para una apendicectomía. Se realizó un estudio de campo con personas que han sido participes de una apendicectomía y han sobrellevado un plan de autocuidados desde el domicilio, a partir de una entrevista semiestructurada donde los participantes permitirán conocer su perspectiva y experiencias a cerca de como actuaron posterior a la cirugía, en cómo ha sido el cuidado de la herida quirúrgica desde el autocuidado después del alta hospitalaria.

Al realizar una recopilación de información desde la perspectiva y experiencias personales se categorizarán y subcategorizarán datos en relación a como se enfrentan a una herida quirúrgica, como adaptan los cuidados, medidas de asepsia y antisepsia, información recibida desde el personal sanitario, etc.

Previo a realizar la entrevista se solicitará un consentimiento informado para garantizar legalidad y principios éticos durante la investigación. Las entrevistas serán realizadas

individualmente a personas pertenecientes a la Parroquia Atahualpa, con una duración aproximada de 30 minutos por entrevista hasta obtener suficiente información o saturación de la misma. Los datos serán interpretados posterior a transcribirlas entrevistas semiestructuradas donde se analizarán y compararán de acuerdo a la categoría personal con subcategorías sintomatológica y tratamiento, categoría psicológica con subcategoría emocional, categoría familiar con subcategorías apoyo familiar y búsqueda de información/adaptación, categoría comunicativa con subcategorías comprensión, tiempo y relación personal de salud – paciente y finalmente la categoría económica con subcategoría recursos, mismas que posteriormente serán sustentadas científicamente de acuerdo a datos o respuestas significativas durante la entrevista.

Además, este estudio se basa en un muestreo de tipo no probabilístico, recopilando experiencias de un total de 6 entrevistados con quienes se obtuvo la saturación de información. Para analizar los datos obtenidos se realizó un gráfico con indicadores divididos en categorías e información citada textualmente a partir de la entrevista previamente realizada.

Se realizó en la parroquia Atahualpa perteneciente al cantón Ambato, provincia de Tungurahua, donde los participantes fueron escogidos de acuerdo a criterios de inclusión: personas mayores de 18 años y que tengan antecedentes de una cirugía de apendicectomía. Por lo contrario, los criterios de exclusión fueron menores de 18 años.

3. Resultados

Figura 1.- Informantes en relación al sexo

Informantes / entrevistados	
INFORMANTE	SEXO
Informante Nro. 1 (I1)	Femenino
Informante Nro. 2 (I2)	Femenino
Informante Nro. 3 (I3)	Femenino
Informante Nro. 4 (I4)	Masculino
Informante Nro. 5 (I5)	Femenino
Informante Nro. 6 (I6)	Femenino

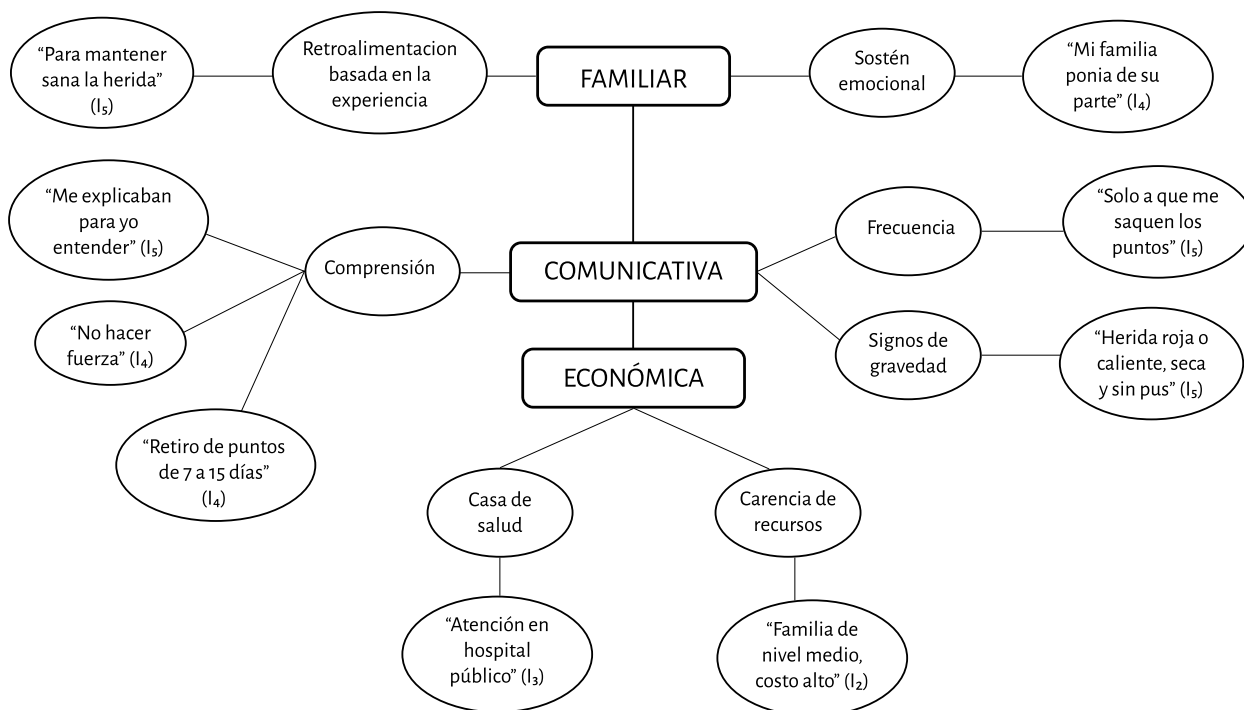
Fuente: Entrevista

Elaborado por: Investigador

En la figura 1, se establece el número de participantes en la entrevista realizada en la parroquia de Atahualpa, donde se dividirán de acuerdo al sexo y la secuencia con la que se consiguió la intervención para dicho estudio, considerando que predomina el sexo femenino con 5 intervenciones y el masculino solamente con 1.

Figura 2.- Experiencias personales acerca del cuidado de heridas quirúrgicas en el proceso de recuperación domiciliar.





Fuente: Entrevista

Elaborado por: Investigador

Categoría 1: Personal

- Subcategoría Sintomatología

Desde la esfera personal los sujetos participantes de la entrevista expresan que los primeros síntomas que percibieron principalmente fue dolor en la zona de la herida quirúrgica que impedía moverse, manifestando: *“si hubo un poquito de dolor y sobre todo malestar del cuerpo por el hecho de estar operado porque causa un poco de molestia y no poder moverse libremente”* (I4) y temperatura alta días después de haber salido con el alta hospitalaria, misma que dificultaba el realizar sus actividades cotidianas, refiriendo que: *“ tenía un poco de calor o sea fiebre que me hacía sudar bastante y no podía ir al trabajo”* (I5).

- Subcategoría Tratamiento

Dichos síntomas derivaron a buscar alternativas para saciar sus molestias, tales como medidas de

asepsia convencional y también alternativa que fueron un eje fundamental en la recuperación domiciliar y el cuidado de sus heridas quirúrgicas, en cuanto menciona que: *“Después de la cirugía me colocaba lo que es el alcohol o me limpiaba con pañitos húmedos, también me recomendaban ponerme lo que es la sábila y lavarme con agüita de manzanilla”*. (I5).

Categoría Psicológica

- Subcategoría Emocional

Con base en la sintomatología presentada por los pacientes se deriva el aspecto psicológico que juega un papel fundamental, puesto que, ellos se vieron afectados al momento de enfrentarse al desconocimiento e incertidumbre sobre si las medidas están siendo cumplidas correctamente o no. En muchas ocasiones la comunicación y empatía del personal sanitario es imprescindible para reducir altos niveles de estrés y angustia

generada por intervenciones y procedimientos, es así que un participante manifestó: *“si me brinda tranquilidad recibir consejos de los enfermeros porque ellos ya saben cómo es esto”* (14) ... *“Tenía un poco de miedo y dolor, sobre todo por no saber cómo cuidarse una herida. No tenía un conocimiento alto para cuidarme de la herida”* (14) *“una enfermera bien buena que hasta se sentaba a conversar conmigo y me decía que esté tranquila y que solo me tengo que cuidar de no hacer fuerza nomas”* (16).

Categoría Familiar

- Subcategoría Apoyo Familiar

De la misma manera, desde el punto de vista familiar se evidencia que para la mayoría de participantes tuvieron apoyo familiar tanto de madre, hermanos e incluso apoyo de personas cercanas como vecinos, este sostén emocional representa la empatía y sensibilidad ante sucesos patológicos o procedimentales, donde se obtuvo que durante los primeros días que los pacientes sentían molestias podían ser asistidos por sus familiares en el aseo de la herida, así manifestó que: *“mi familia también sí, ponían de su parte ayudándome con como le decía con agua oxigenada, alcohol y sobre todo algunas hierbitas así para tratar que no se infecte la herida”* (14) ... *“A visitarme venían trayendo cositas para la casa, mi ñaña me cuidaba a veces, me iba haciendo bañar y poniendo una crema y se iba”* (16).

-Subcategoría Búsqueda de Información/Adaptación

En relación a recomendaciones también ha sido útil el conocimiento empírico, donde recibían consejos acerca de medidas de asepsia alternativa y precautelar una alimentación adecuada a nivel

domiciliar, donde refieren: *“mi mami le pregunto a la enfermera y también al médico que me operó, en este caso era el evitar de comidas infecciosas, gaseosas”* (13) ... *“mi familia sobre todo conocía como digamos el trato de cuidado con esas agüitas medicinales”* (14).

Categoría Comunicativa

- Subcategoría Comprensión

A nivel comunicativo, se evidencia que antes, durante y después de la estancia hospitalaria la relación enfermera – paciente y médico – paciente, ha sido efectiva, puesto que han recibido adecuadas recomendaciones y de acuerdo a su nivel de comprensión han podido llevar un plan de cuidados adecuado, mencionando que: *“Sí me sentía cómodo, porque me explicaban para yo entender por ejemplo comida y cítricos como guayaba y eso podían cicatrizar rápido la herida y también evitar comidas como gaseosas, embutidos y en la actividad física podría causar la apertura de la herida”* (13) ... *“sí era como digamos un poco mejor ese trato porque hay a veces algunas personas que se expresan de otra manera y no se entiende, pero sí se facilitaron bastante para nosotros poder comprender cómo cuidar una herida”* (14).

- Subcategoría Tiempo

En dicho sentido, es importante la manera de expresarse por parte del personal de salud, puesto que, el entrelazar la comunicación al brindar el alta hospitalaria con el entendimiento del paciente es sumamente necesario para cumplir con el tratamiento adecuado, incluso en la post consulta para no desencadenar complicaciones, en relación al tiempo de mantenimiento de los puntos de la herida quirúrgica una paciente refirió: *“me dijo que me tenía que retirar los hilos*

después de una semana, pero que debían verme como estaba mi cicatriz” (13) ... “sí me dijeron que, si es que la herida ya está seca, yo me podía acercar para sacarse los puntos después de 7 días pero si sufría algún como digamos algún deterioro ahí en la cirugía entonces que me podría acercar a los 15 días para que ellos me podrían revisar” (14).

- Subcategoría Relación Personal de Salud/Paciente

Mantener una adecuada relación para brindar y obtener información es imprescindible, puesto que, de esta manera es posible reducir riesgos potenciales o prevenir posibles efectos adversos con la educación de signos de alarma, cuando asistir y cuando no al centro asistencial, entonces mencionaron qué: *“Fui unas dos veces, una porque me dolía y estaba roja la herida y la siguiente fui porque ya debía retirarme los hilos” (11).*

Categoría Económica

- Subcategoría Recursos

Finalmente, desde la perspectiva económica se obtuvo que al ser intervenido por una apendicectomía en una institución hospitalaria pública no es tan costoso, los gastos varían de acuerdo a la necesidad o situación del individuo, generalizan que los gastos han sido moderados y accesibles, donde mencionan: *“En relación a los gastos, yo me operé en un hospital público y por eso los gastos fueron moderados y no se me hizo difícil comprar las cosas” (13) ... pero, también se basa en el rango o nivel económico en el que se encuentran las diferentes familias, entonces manifestaron qué: “Gastos moderados debido a que mi familia es de un nivel medio en el cual no tienen los recursos necesarios en los medicamentos y si tuvieron un costo alto” (12).*

4. Discusión

En la esfera personal, de acuerdo a la recopilación de datos de la entrevista manifiestan presentar “dolor, fiebre y dificultad para movilizarse” posterior a la cirugía de apéndice, donde de acuerdo a estudios se comprueba que una de las complicaciones que suelen aparecer frecuentemente después de la cirugía es la infección del sitio quirúrgico, que inicialmente son manifestaciones leves como dolor localizado, tumefacción, rubor e inflamación o edema, hipersensibilidad, fiebre, malestar general, anorexia, leucocitosis y posibilita la expulsión de secreciones, mismos que requieren ser revisadas constantemente para realizar una adecuada curación de la herida. (4)(5) Es importante destacar que generalmente una infección postoperatoria puede ser alcanzada en alrededor de 4 días posterior a ser expuesta a ambientes o superficies que proliferan microorganismos. (5) Dichas repuestas que son alarmantes posterior a la apendicectomía deben mantener seguimiento o posibilitando un plan de cuidados exacto, puesto que, al no cumplir unas medidas asépticas adecuadas se posibilita una incorrecta cicatrización de la herida, la cicatrización está definida como un proceso por el que cursa la piel para reconstituir, dar continuación y regenerar la fisiología de la piel de dicha zona, donde debe pasar por tres fases importantes para conseguir una adecuada cicatrización posterior a la hemostasia, como son; fases inflamatoria, proliferativa y remodelación. La fase inflamatoria transcurre durante los primeros 4 días, donde los glóbulos blancos (leucocitos y macrófagos) son captados por la herida y realizan sus funciones de defensa y eliminación de microorganismos,

manteniéndola totalmente estéril y que esté lista para regenerar un tejido nuevo, durante esta fase se evidencian síntomas de respuesta clínica como edema, eritema y exudado de la zona intervenida, para posteriormente pasar por la fase proliferativa desde el día 5 al 20 posquirúrgico y llegar a la fase de remodelación desde el día 21 hasta más de un año. Entonces, de acuerdo a los estudios encontrados en comparación con los datos obtenidos de la entrevista de los diversos participantes, estos síntomas presentados por los pacientes son típicos en el postquirúrgico por procesos fisiológicos para cicatrizar la herida adecuadamente, o de cierta forma, por una infección de la herida quirúrgica adquirida a nivel domiciliar por inadecuadas normas de asepsia. (6)

En relación a normas de asepsia llevadas a cabo a nivel domiciliar, dichos participantes relacionan el cuidado de la herida desde técnicas e insumos de medicina convencional con prácticas empíricas reconocidas como alternativas o tradicionales, que fueron indispensables para mantener una “herida sana”, dando utilidad a “alcohol y agua oxigenada” recomendada por el personal de enfermería, de acuerdo a ciertos autores la utilización de antisépticos como el alcohol han venido siendo una práctica indiscriminada para la curación o limpieza de una herida quirúrgica, considerando que para la actualidad este antiséptico produce efectos deletéreos que generan precipitación proteica favoreciendo a la concentración bacteriana y, por ende, produciendo dolor e irritación. Para la actualidad la utilidad de antisépticos genera necrosis celular bacteriana siendo el producto de la oxidación e hidrólisis. (7)

Entre las medidas alternativas y empíricas manifestaron que fue constante la utilización de “Agua de manzanilla y sábila” aconsejada por familiares y personas cercanas para llevar a cabo un plan de cuidados adecuados a su conocimiento. De acuerdo a estudios, los diversos factores que influyen en la utilización de medicina alternativa son el nivel cultural, social y en dichas ocasiones la religión, puesto que, por su localización e influencia cultural de esta parroquia a raíz de experiencias de otros individuos optan por lo más rápido, cercano y conocido, aunque otro factor imprescindible para la utilidad de este tipo de técnicas, insumos y materiales es la economía que imposibilita seguir a cabalidad planes de cuidados de medicina convencional por los costos o carencia de recursos para adquirirlos. Dichas alternativas curativas son elegidas para actuar ante sus enfermedades, dolores, malestar general, curación de heridas y entre otras que han sido sujeto de experiencias de tratamientos ancestrales útiles y efectivos. (8) Entonces, la mayoría de participantes tuvieron dentro de su plan de cuidado domiciliar el optar por tratamientos tradicionales o alternativos, que facilitan su accesibilidad por mínimos costos y que han sido eficaces para sobrellevar un adecuado mantenimiento de la herida quirúrgica.

En la categoría psicológica los intervenidos revelan el haber presentado incertidumbre, miedo y preocupación desencadenadas por el desconocimiento de cómo se debían ejecutar las técnicas o cual sería el pronóstico con el paso de los días en el domicilio, manifestando que “No sabía si estoy haciendo bien o mal” “podía infectarme la herida”, en relación a investigaciones encontradas se puede interpretar que es importante la

adecuada comunicación y escucha activa, puesto que, desde el preoperatorio hasta días posteriores del alta hospitalaria se producen cambios psicofísicos en los pacientes intervenidos, indistintamente del tipo de cirugía, por lo que es primordial informar o educar al paciente acerca de lo desconocido, normas, técnicas y procedimientos de manera intra y extrahospitalaria, puesto que, dicha enseñanza es importante para la esfera psicológica de cada paciente al reducir el temor, miedo o preocupación, fomentando el cumplimiento a cabalidad del tratamiento y el autocuidado eficaz. (9)(12) La inadecuada relación entre paciente y personal de salud puede proporcionar una ansiedad que esta denotada como un estado emocional complejo generado de dicha manera por la carencia de conocimiento, el miedo y el descontrol. (10) Es por ello que, el mantener una buena relación personal de salud – paciente suele ser una práctica efectiva en el proceso de recuperación al satisfacer necesidades y cuestionamientos que generan incertidumbre y preocupación, entonces se interpreta que el recibir información y recomendaciones por parte del personal sanitario les brinda “tranquilidad y confiabilidad”. (12)

Respecto a la categoría familiar, los participantes destacan el apoyo o sostén emocional proporcionado por su familia, amigos y hasta vecinos, ellos manifiestan “mi familia también sí, ponían de su parte ayudándome” ... “A visitarme venían trayendo cositas para la casa, mi ñaña me cuidaba a veces”, es importante considerar que inicialmente los pacientes pueden requerir apoyo para afrontar su nueva rutina de cuidados y de esta manera reducir la sobrecarga, esfuerzos o limitaciones de movilidad, ya sea, por dolor o

malestar postquirúrgico. De acuerdo a estudios se encuentra que, una persona indistintamente de sus condiciones físicas, psicológicas, sociales y culturales requiere por naturaleza un apoyo particular o proveniente de una persona ajena a su padecimiento. (11)

Se puede considerar que, en el tránsito de la estadía hospitalaria, el alta y la reincorporación al entorno domiciliar es indispensable recibir apoyo social ya sea por parte del conyugue, familiares, amigos, vecinos, etc. A razón de que, este apoyo puede ser considerado como ayuda emocional y práctica en relación al cuidado de la herida quirúrgica, generando empatía y consideración por el suceso por el cual se está cursando, puesto que, da a conocer el interés, importancia y atención que está siendo prestada por otra persona, dándole sentido a su vida, aportando con conocimientos empíricos o convencionales respecto al padecimiento a la salud, retroalimentación acerca de sucesos ya experimentados anteriormente y que pueden ser incorporados a un plan de cuidados eficaces y pretendiendo promocionar la salud del individuo, todos estos influyendo positivamente en la recuperación física y psicológica del paciente. (12) De acuerdo a la categoría comunicativa se considera positiva la relación enfermera – paciente, puesto que, durante la estadía hospitalaria y al momento de salir con el alta, la mayoría de pacientes entrevistados fueron educados correctamente y con términos que fueron capaces de comprender y cumplirlos a cabalidad en el entorno domiciliar, esto al interpretar datos obtenidos sobre el entendimiento durante la postconsulta en relación a las razones y frecuencia con la que debían acercarse al centro asistencial, ciertos

participantes manifestaron “si me sentí cómoda, porque me explicaban para yo entender” y “sí era un poco mejor ese trato porque facilitaron bastante para nosotros poder comprender cómo cuidar una herida”. Según estudios se establece que enfermería se caracteriza por dar importancia a la necesidad de una comunicación activa, asertiva, objetiva y clara, estas ya sean de manera verbal o no verbal. (13)(15) Dicha relación es fundamental, puesto que, a partir de esta categoría se estrechan los lazos de confianza, se armoniza el entorno y se consigue estabilidad emocional que genera una mayor aceptación y cooperación en relación al tipo de cuidado que se debe llevar de manera intra y extrahospitalaria, hay que considerar que todos los pacientes son diferentes y por eso, recibirán los mensajes de manera distinta, sin embargo, al conseguir confianza se puede obtener que los mensajes serán comprendidos en su totalidad y de esta manera reducir sucesos alarmantes o desconocidos para ellos que terminarán siendo totalmente fisiológicos, y disminuirán excesiva frecuencia de consultas innecesarias al ya estar preparados o con conocimientos sobre el proceso en tránsito. (14) (15)

Y finalmente, respecto a la variable económica se obtuvo que los participantes manifestaron optar por el acceso a “entidad hospitalaria pública” como resultado de la “carencia de recursos económicos” durante la cirugía y posterior al alta hospitalaria, esto ya sea para asistir a realizarse valoración y limpieza de la herida quirúrgica o para adquirir insumos y materiales para llevar a cabo diversos procedimientos en el domicilio. Estudios obtenidos plantean que ciertas familias se encuentran con niveles económicos reducidos, en relación a la zona geográfica en la que se

encuentran o en relación al desempleo, incluso durante la estadía hospitalaria y los primeros días postquirúrgicos limitan la movilidad y, por ende, se ven obligados a guardar reposo y no acudir a realizar sus actividades laborales durante las primeras semanas mientras el organismo se reincorpora adecuadamente a sus funciones cotidianas. Por dichas razones, optan por acudir a tratamientos alternativos que posibilitan mayor accesibilidad y reducción de gastos. (6)(7)

5. Conclusiones

Con la presente investigación se obtuvieron experiencias personales respecto a categoría personal, donde a la mayoría de los informantes se les dificultó el autocuidado en el domicilio, generando incomodidad o malestar e impidiendo realizar sus labores diarias, como “No podía ir al trabajo por el malestar”, en la categoría psicológica fue importante la educación por parte del personal enfermero, puesto que, aquel apoyo disminuyó su nivel de preocupación y miedo, y permitiendo conservar la tranquilidad debido a que “Ayudan mucho sus consejos, ya que, ellos saben más de esto”, a nivel familiar fue importante el apoyo emocional o acompañamiento de familiares, puesto que, esto aportó significativamente en conocimientos, técnicas y materiales alternativos para mantener una recuperación efectiva, es importante destacar que su conocimientos y experiencia influyó para “mantener sana la herida”, respecto a la comprensión fue fundamental el relacionarse con los pacientes de manera efectiva y con lenguaje coloquial de acuerdo a sus cultura, etnia o nivel socioeconómico, considerando que “Ellos explicaban en palabras para yo entender”, siendo esta una actividad primordial para evitar

la frecuencia de eventos adversos o reacciones secundarias. Y finalmente, en la categoría económica fue relevante que la mayoría de los informantes fueron atendidos en una entidad pública y sus gastos fueron regulares durante y después de la cirugía, e incluso en el domicilio donde se realizaban un autocuidado de acuerdo a recomendaciones brindadas al momento del alta hospitalaria, por otro lado, un informante consideró que los gastos fueron elevados, debido a que “mi familia es de nivel medio y tuvo un costo alto”.

Se llega a la conclusión de que el autocuidado de una herida quirúrgica post apendicectomía no está siendo llevada de manera eficiente en el domicilio, puesto que, ciertas actividades o procedimientos instruidos por parte del personal sanitario está siendo mal efectuadas por los pacientes o de otra manera, están siendo efectuadas de acuerdo con los medios posibles, recursos disponibles o más cercanos, mismos que no están optimizando la cicatrización adecuada ni saludable.

Por otro lado, la mayoría de los informantes se guían de acuerdo a su propio conocimiento o por experiencias o recomendaciones establecidas por familiares cercanos o personas aledañas a su domicilio, dando utilidad a medicinas alternativas o tradicionales, que pueden ser efectivas de cierta forma, pero también pueden incrementar la posibilidad de alojar microorganismos y generar una infección del sitio quirúrgico.

Recomendaciones

Es de vital importancia el mantener informada

a este tipo de población intervenida quirúrgicamente, puesto que, el desconocimiento genera dudas y cuestionamientos, mismo que pueden llevar a realizar actividades empíricas o conocimientos adquiridos de generación tras generación en dicha comunidad, los cuales no han sido evidenciados científicamente y de cierta manera pueden perjudicar o complicar el proceso de regeneración de la piel y tejidos intervenidos durante la cirugía.

Es recomendable, adecuar diversas maneras de ayudar a comprender sobre los procedimientos a realizar en el domicilio, como el dirigirse en palabras coloquiales, mediante escritos o apuntes, especificar sobre el material a utilizar para no generar una infección y de cierta manera explicar cuáles son las principales consecuencias de no llevar dicho plan de cuidados, los signos de alarma y cuando acudir a la entidad sanitaria.

6. Referencias bibliográficas

1. Fajardo Dolci GE, Ávila MÁC, Curiel EV, Gas HA, Sánchez JJ, Domínguez SR, et al. Recomendaciones al paciente para el autocuidado de la herida quirúrgica. Rev CONAMED [Internet]. 2008 [consultado el 26 de diciembre de 2023];13(1):47–50. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3625009>
2. Piñango S, Level L, Inchausti C. Incidencia de infección del sitio quirúrgico en el Servicio de Cirugía I, hospital Dr. Miguel Pérez Carreño. 2019-2021. Estudio observacional. Revsvc [Internet]. 18 de noviembre de 2021 [citado 26 de diciembre de 2023];74(2). Disponible en: <https://www.>

- revistavenezolanadecirugia.com/index.php/revista/article/view/424
3. Zhunio Bermeo F. I, Urgiles Barahona C. E, Vizuela Carpio J. F, de la Nube Pacheco L, Ochoa Mendieta D. M., Morocho Chuico PA Factores asociados a las infecciones en el sitio quirúrgico en Hospitales Ecuatorianos. Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica [Internet]. 2019;38(6):804-808. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=55964142022>
 4. Bermello A, Espinoza C, Castillo J, Pontón H. Complicaciones postoperatorias en apendicetomía por prevalencia de bacterias. Dialnet - Unirioja.es. [Internet]. 2021 [citado el 11 de noviembre de 2023]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8331507>
 5. Valdiviezo A, Gavilán J, Aquin M, Goyes M. Descripción y análisis de las complicaciones, clínica y tratamiento en paciente con apendicitis aguda. Dominio Las Cienc [Internet]. 2021 [citado el 11 de noviembre de 2023];7(6):1241-62. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8383731>
 6. Artiaga P, Subías V, Belmonte I, Sancho E, Castillo M, Lombera C. Cuidados de enfermería en la cicatrización de heridas quirúrgicas, una revisión bibliográfica. RSI - Revista Sanitaria de Investigación. [Internet]. 2023 [citado el 11 de noviembre de 2023]. Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/cuidados-de-enfermeria-en-la-cicatrizacion-de-heridas-quirurgicas-una-revision-bibliografica/>
 7. Henao Buriticá A, Fernández Rincón CA, García García N, Orozco Gómez P. Manejo de las heridas quirúrgicas, desde el tipo, técnica e insumos utilizados en una IPS. Armenia, Quindío, 2014. Rev. Invest. Univ. Quindío [Internet]. 31 de diciembre de 2017 [citado 11 de noviembre de 2023];26(1):78-96. Disponible en: <https://revistas.uniquindio.edu.co/ojs/index.php/riuiq/article/view/134>
 8. Herrera J, Avila A, López P, Guerrero L. Vista de Percepción de la medicina ancestral y convencional en comunidades indígenas de la ciudad de Ambato [Internet]. [citado 11 de Noviembre de 2023]. Disponible en: <https://revistas.uta.edu.ec/erevista/index.php/enfi/article/view/383/212>
 9. Mendieta E, Minchala R. Revisión Bibliográfica: Cuidados y Complicaciones Postquirúrgicas Mediatas y Tardías en Adultos. Rev Médica HJCA [Internet]. 2018 [Citado el 11 de noviembre del 2023] 10(3):235-41. Disponible en: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/06/999553/revision-bibliografica-cuidados-y-complicaciones.pdf>
 10. Espada N, Arxé D, Edo S, Fernández J. ANSIEDAD POSTQUIRÚRGICA EN CIRUGÍA PODOLÓGICA. ELSEVIER [Internet] 2018 [citado el 11 de noviembre de 2023]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-podologia-224-pdf-XO210123812502118>
 11. Arias-Rojas M, Carreño S, Chaparro-Díaz L. Percepción sobre el soporte social brindado a cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica. Cul. Cuid. [Internet]. 26 de diciembre de 2019 [citado 11 de noviembre de 2023];23(55):11-

24. Disponible en: <https://culturacuidados.ua.es/article/view/2019-n55-percepcion-sobre-el-soporte-social-brindado-a-cuidadore>
12. Cardoso M, Ramos M, Vaz Leal F, Rodríguez L, Fernández N. Influencia del apoyo familiar en momentos de gran incertidumbre Dialnet - Unirioja.es. [Internet]. 2018 [citado el 11 de noviembre de 2023]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4004187>
13. Flores A, Zorrilla L, Trejo P, Araujo R, Calderón A. Características de la comunicación enfermero-paciente en un hospital de segundo nivel de Zacatecas. Enfermería, Innovación y Ciencia [Internet]. 2019 [citado el 11 de noviembre de 2023]; 1(1):9–9. Disponible en: <https://revistas.uaz.edu.mx/index.php/eic/article/view/590>
14. Alba-Leonel A, Fajardo-Ortiz G, Tixtha López E, Papaqui-Hernández J. La comunicación enfermera-paciente en la atención hospitalaria, caso México. Rev. Enferm. Neurol [Internet]. 31 de diciembre de 2019 [citado 11 de noviembre de 2023]; 11(3):138-41. Disponible en: <https://www.revenferneuroenlinea.org.mx/index.php/enfermeria/article/view/144>
15. Elers Mastrapa Yenny, Gibert Lamadrid María del Pilar. Relación enfermera-paciente: una perspectiva desde las teorías de las relaciones interpersonales. Rev Cubana Enfermer [Internet]. 2019 Dic [citado 2023 Nov 11]; 32(4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192016000400019&lng=es

ARTÍCULO ORIGINAL

GESTIÓN DE LAS REFERENCIAS Y SATISFACCIÓN EN FAMILIARES DE LOS PACIENTES REFERIDOS POR EMERGENCIA EN UN HOSPITAL PÚBLICO, NUEVO CHIMBOTE

MANAGEMENT OF REFERRALS AND SATISFACTION OF FAMILY MEMBERS OF PATIENTS REFERRED FOR EMERGENCY CARE IN A PUBLIC HOSPITAL, NUEVOCHIMBOTE

Julio César Vera Martell¹, Rocío Yvonne Taboada Pilco²

Citar como:

Vera J. Taboada R. Gestión de las referencias y satisfacción en familiares de los pacientes referidos por emergencia en un hospital público, nuevo Chimbote. Rev. Recien. 2024; 13 (3)

Correspondencia:

jverama76@gmail.com

Recibido: 01/08/2024

Aprobado: 15/08/2024

En línea: 10/12/2024

Resumen

La presente investigación cuantitativa, descriptiva, correlacional y de corte transversal se realizó con la finalidad de establecer la relación entre la gestión de las referencias y la satisfacción en familiares de los pacientes referidos por Emergencia del Hospital Regional* Eleazar Guzmán Barrón de Nuevo Chimbote. La muestra estuvo conformada por 94 familiares de los pacientes referidos por emergencia. Los instrumentos aplicados fueron la Escala para evaluar la Gestión de las Referencias y el Cuestionario para evaluar la Satisfacción en Familiares de Pacientes referidos por Emergencia. Para determinar la relación entre las variables de estudio se hizo uso de la prueba no paramétrica de Correlación de Rho Spearman demostrando que si existe una relación entre ambas variables ya que el coeficiente de correlación fue de 0.582, indicando una relación directa y de grado moderado, además los resultados evidenciaron que el 86% de los familiares de los pacientes referidos

¹ Licenciado en Enfermería Especialista en Gerencia y Administración en Salud. Magister en Salud Pública. Coordinador del Sistema de Referencia y Contrarreferencias del Hospital Regional Eleazar Guzmán Barrón, Nuevo Chimbote. Perú. ORCID: <https://orcid.org/0009-0001-3938-5716>

² Universidad Nacional de Trujillo, Facultad de Enfermería. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0226-9735>

manifestaron que la gestión de las referencias es adecuada, el 13% manifestó que es regular y el 1% que es inadecuada, así mismo se encontró que el 85% de estos familiares tienen una satisfacción alta, el 13% una satisfacción media y solo el 2% tuvo una satisfacción baja. Por lo tanto, se concluye con un 99% de confianza que existe relación entre las variables Gestión de la Referencia y la satisfacción en los familiares de pacientes referidos por emergencia.

Palabras clave: Gestión de las referencias, satisfacción en familiares, sistema de referencias y contrarreferencias, referencias de emergencia.

Abstract

The present research quantitative, descriptive, correlational and cross-sectional was carried out with the purpose to establish the relationship between the management of the referrals and the satisfaction in family members of the patients referred by Emergency of the Hospital Regional Eleazar Guzman Barron de Nuevo Chimbote. The sample consisted of 94 relatives of patients referred by emergency. The instruments applied were the Scale to evaluate the Management of the Referrals and the Questionnaire to evaluate the Satisfaction of Family Members of Patients Referred by Emergency. To determine the relation between the variables of the study was made use of the non-parametric test of Correlation of Rho Sperman showing that if there is a relation between the two variables since the correlation coefficient was 0.582, indicating a direct and moderate relationship, in addition the results showed that 86% of the relatives of the referred patients stated that the management of the referrals is adequate, 13% stated that it is regular and 1% that it is inadequate, also it was found that 85% of these

relatives have a high satisfaction, 13% a medium satisfaction and only 2% had a low satisfaction. Therefore, it is concluded with 99% confidence that there exists relation between the variables Referral Management and satisfaction in family members of patients referred by emergency.

Keywords: Referral management, family satisfaction, referral and counter-referral system, emergency referrals.

1. Introducción

En la antigüedad, fue en Grecia y en Roma en donde se establecieron las primeras estructuras sistémicas del cuidado hospitalario y del traslado de enfermos. Estos centros a donde se trasladaban a los enfermos eran los templos curativos consagrados a Esculapio, el Dios griego de la medicina, en donde se brindaba consejería y asistencia. Esto se considera como un hospital primitivo de Roma y cerca de estos santuarios se ubicaban los tabernae o medicatrinae, que eran consultorios usados para curar y operar (1).

En el año 335 d. C., el emperador romano Constantino clausuró el culto a Esculapio en los templos e inició la construcción de hospitales, muchos de los cuales fueron levantados por romanos ricos cristianos, así es como se construyó el gran hospital de San Basilio en Cesárea en el año 369, en la cual eran trasladados los enfermos, los ancianos y huérfanos (2).

El inicio del siglo XVIII trajo consigo el crecimiento y progreso de las ciudades y de su población, esto causó la aparición de hospitales más grandes. El traslado de pacientes se continuaba dando, pero era poco considerada en el proceso de tratamiento de sus enfermedades. Sin embargo, a mitad del siglo XVIII en Londres ya empezaron a existir las ambulancias que trasladaban a los pacientes de un hospital a otro dentro de la ciudad y esto se daba porque el paciente buscaba la atención de un buen médico, el cual podía encontrarse en otro hospital o en sitios alejados por razones de sanidad y confinamiento tratando a personas con enfermedades contagiosas (3).

En 1865 se empezaron a dar los primeros servicios de ambulancia para el transporte de los pacientes civiles en la ciudad de Cincinnati, luego en 1869 también empezaron a aparecer en Nueva York. Estas ambulancias eran tiradas por caballos y contaban con un equipo básico para el transporte de los pacientes a los centros hospitalarios. En 1869 se utiliza por primera vez una ambulancia con motor (4).

Posteriormente, en el siglo XIX se implementó un sistema para referir a los pacientes basados principalmente en un criterio de camas disponibles. La aparición de medios de transporte como los ferrocarriles y barcos, así como el telégrafo como medio de comunicación permitió que toda persona que pudiera pagar por un servicio de salud pueda ser trasladada a los hospitales con capacidad científica para que puedan atender el problema de salud que lo aquejaba. Es así que, en países como Alemania, Italia, Francia, España, Estados Unidos, México, Argentina y Brasil, aparecieron los primeros sistemas de transferencia de pacientes entre hospitales (3).

Según la Organización Mundial de la Salud indica que todos los gobiernos actuales del planeta son los responsables de tener un sistema de salud eficaces y eficientes para responder a las necesidades de sus habitantes. Sus modelos de salud deben estar fundamentado en la Atención Primaria (APS). Es así que, en el 2005, los estados que forman parte de la OMS, acordaron desarrollar cada uno su sistema de financiación en salud, de tal forma que todos sus ciudadanos tengan acceso a los servicios y no tengan dificultad financiera cuando paguen por ellos, a esto se le

llegó a denominar “Cobertura Universal” (5).

Por otro lado, la Organización Panamericana de la Salud menciona que todo sistema de salud fundamentado en la Atención Primaria de Salud está formado por un conjunto de piezas estructurales y funcionales que van a garantizar la cobertura y el acceso universal a los servicios de salud. Uno de los elementos esenciales es la atención integral, integrada y continua, la cual requiere la coordinación entre todos los componentes del sistema para asegurar la satisfacción de las necesidades de salud en los distintos niveles de atención. Para los pacientes, la atención integrada va a comprender un enfoque que abarca todos sus ciclos de vida, con sistemas de referencias y contrarreferencias a través de todos los niveles del sistema de salud (6).

Jaramillo señala que, los sistemas de referencias en los países que cuentan con redes integrados en la atención de salud cumplen con el propósito de brindar una atención integral y continua. En países como Brasil, Chile y Cuba en donde cuenta con estas redes integradas el resultado ha sido positivo y muy beneficioso, y en países con sistemas de salud fragmentados, como Perú, Bolivia y Ecuador, los sistemas de referencia y contrarreferencia adolecen de graves deficiencias (7).

En el Perú, el Ministerio de Salud, MINSA, impulsa un modelo de atención integral de salud, garantizando la continua atención de los pacientes en todos los establecimientos de salud según su nivel de atención, a través de un sistema de referencia y contrarreferencia efectivo y eficiente, con el propósito de mantener

el buen estado de salud de todos los peruanos. Este sistema relaciona a los servicios de salud de cada nivel de atención compartiendo la responsabilidad de atender eficiente y oportunamente a las necesidades de salud de sus habitantes, favoreciendo la comunicación y las coordinaciones entre el nivel comunitario hasta los diversos niveles de atención, mejorando la calidad y satisfacción de los pacientes (8).

No obstante, se puede evidenciar que el sistema de referencia en el Perú adolece de serias deficiencias, a causa también de la fragmentación de su sistema de salud, ya que en este se puede observar dos sectores marcados, el público y el privado, y que se subdividen en cinco subsistemas que brindan servicios de salud como son: MINSA, Seguro Social de Salud, Sanidad de las Fuerzas Armadas, Sanidad de la Policía Nacional, e instituciones de salud privado (9).

Además de ello, a pesar de existir un manual para el procedimiento de las referencias de los pacientes, este no es tomado en cuenta debido a que subsisten deficiencias, por otro lado, los hospitales de mayor complejidad no cuentan con la capacidad de recibir más pacientes, pues sus servicios se encuentran sobresaturados por la alta demanda, todo esto da como resultado que los pacientes no puedan ser referidos con éxito y de esta manera no puedan continuar recibiendo una atención de salud más especializada.

Todas estas deficiencias mencionadas que presenta el Sistema de Referencia y Contrarreferencia del MINSA en la gestión de las referencias, imposibilita que se brinde un servicio oportuno y satisfactorio a los

pacientes, otros factores más que también van a intervenir para que el proceso de referencias y contrarreferencias no sea eficiente y óptimo son la sobredemanda de especialidades por las postas y centros de salud, falta de capital humano, referencias incorrectamente llenadas, falta de protocolos tipificados para las referencias en algunos establecimientos de salud, bajo nivel de contrarreferencias emitidas, déficit en la capacidad resolutive en el primer nivel de atención, sobredemanda de pacientes en los hospitales, etc. Toda esta mala gestión va a generar una total insatisfacción en los pacientes y sus familiares.

En cuanto a la satisfacción del paciente, la evaluación de los niveles de satisfacción de los usuarios es cada vez más común en nuestro país, lo que se refleja en diversos estudios. El nivel de satisfacción es la valoración positiva que hacen los usuarios de una organización que satisface adecuadamente sus necesidades y expectativas.

Para Seclén y Darras, la satisfacción del paciente se considera uno de los ejes para evaluar la calidad de los servicios de salud y atención que en ella se brinda, esto ha venido cobrando mayor importancia para la salud pública por la relevancia en cuanto a la visión que tienen tanto los pacientes como sus familiares sobre los servicios que se brindan en salud, lo cual es fundamental para mejorar su organización y provisión (10).

Por otro lado, variados estudios con pacientes han develado que la asequibilidad, la capacidad de respuesta, el brindar información a los pacientes y familiares, la comunicación empática de los profesionales, la atención, la competencia

profesional, la cortesía y amabilidad en el trato y la efectividad de las intervenciones, contribuyen en su satisfacción (11).

Es por eso que uno de los principales objetivos en la gestión diaria de las referencias por parte del profesional de enfermería es que los familiares de los pacientes referidos se sientan satisfechos con una adecuada gestión, humanizada y de empatía, enfocada en buscar la tranquilidad y satisfacción del paciente y de sus familiares. Es por ello la importancia de que todo personal de enfermería que labora en un sistema de referencias de emergencia, debería ser un personal empático, humano, eficaz y eficiente, logrando así que los pacientes y sus familiares se sientan satisfechos a través de una adecuada gestión.

Por lo tanto y por las razones expuestas anteriormente descritas es que se crea la necesidad de investigar y estudiar esta problemática con el propósito de fijar la relación existente entre la gestión de las referencias y satisfacción en los familiares de los pacientes referidos por emergencia del Hospital Regional Eleazar Guzmán Barrón de Nuevo Chimbote, con la finalidad de conocer si es que una buena gestión influye en la satisfacción del familiar de cada paciente que es referido por emergencia, por lo que se plantea la siguiente pregunta de investigación: ¿Existe relación entre la gestión de las referencias por parte de enfermería y la satisfacción en los familiares de pacientes referidos por emergencia del hospital regional Eleazar Guzmán Barrón, Nuevo Chimbote, 2023? Con el objetivo de establecer la relación entre la gestión de las referencias por parte de Enfermería y la satisfacción en familiares de los pacientes

referidos por Emergencia del hospital regional Eleazar Guzmán Barrón, Nuevo Chimbote, 2023.

2. Metodología

Este estudio de tipo cuantitativo, descriptivo, correlacional y de corte transversal en el sentido de que se analizó las variables medidas con un instrumento en una población determinada. Es cuantitativo porque se recolectó los datos para probar la hipótesis teniendo como base la medición numérica y el análisis estadístico. Es descriptiva porque se especifica propiedades intrínsecas importantes de los familiares sometidos a análisis (12). La población muestral estuvo conformada por 94 familiares de los pacientes referidos por emergencia durante los meses de enero, febrero y marzo del 2023 del Hospital regional Eleazar Guzmán Barrón de Nuevo Chimbote.

Así mismo se emplearon dos instrumentos de medición para la investigación.

Instrumento N° 1: Escala para evaluar la gestión de la referencia, elaborado por el autor de la presente investigación. Esta escala es unidimensional y contiene 10 ítems con cinco opciones de respuesta que se califican mediante una escala Likert de 1 a 5 puntos; siendo Totalmente en desacuerdo = 1 punto; En desacuerdo = 2 puntos; Indiferente = 3 puntos; De acuerdo = 4 puntos y Totalmente de acuerdo = 5 puntos.

Instrumento N° 2: Cuestionario para evaluar la satisfacción en familiares de pacientes referidos por emergencia, también elaborado por el autor de la presente investigación. El cuestionario es unidimensional y contiene 10 ítems con tres opciones de respuesta y se califican de 1 a

3 puntos, siendo: Nunca = 1 punto, A veces = 2 puntos y Siempre = 3 puntos.

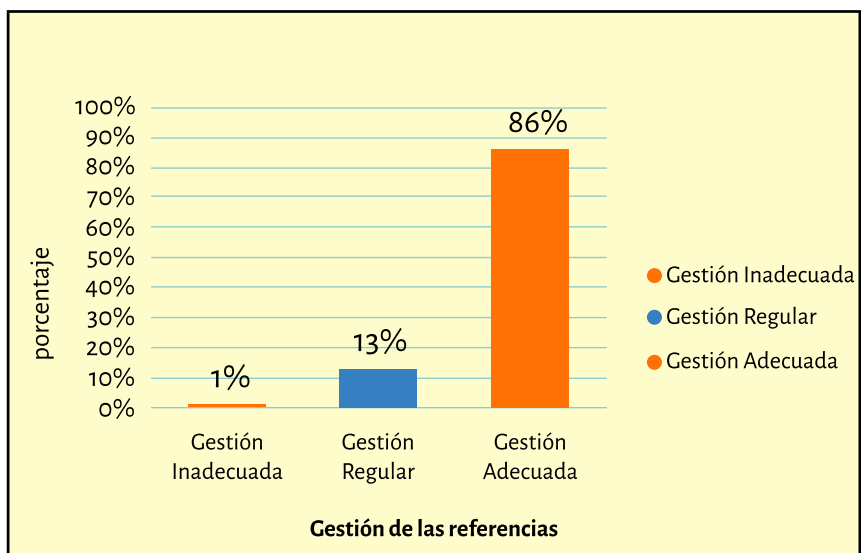
Para la Recopilación de datos se solicitó el reporte diario en el área de referencias de Emergencia de los pacientes que van a ser referidos por Emergencia, para identificar los números telefónicos de sus familiares y entablar contacto con ellos. Una vez ubicados, se le informó a cada familiar acerca de la investigación y se le solicitó que su participación sea voluntaria, además se les informó que su cooperación es confidencial y anónima, para ello se les entregó primero un consentimiento informado y luego se les dio los instrumentos de investigación a cada familiar, explicándoles la manera cómo es que tenían que llenarlo al marcar la respuesta según su criterio. La aplicación de los instrumentos tuvo una duración de 20 minutos.

Los datos obtenidos fueron procesados, organizados y presentados en tablas de doble entrada, para los cuales se empleó el programa Microsoft Excel para la elaboración de la base de datos y el software estadístico IBM SPSS v. 26, para procesar los resultados, así mismo se empleó la estadística descriptiva e inferencial para dar a conocer los valores e interpretar los resultados de la prueba de hipótesis y establecer la relación entre ambas variables: gestión de referencias y satisfacción del familiar por lo que para este caso se aplicó la prueba no paramétrica de Correlación de Rho Spearman teniendo en cuenta que el criterio de significación estadística para esta prueba es de $p < 0.01$.

3. Resultados

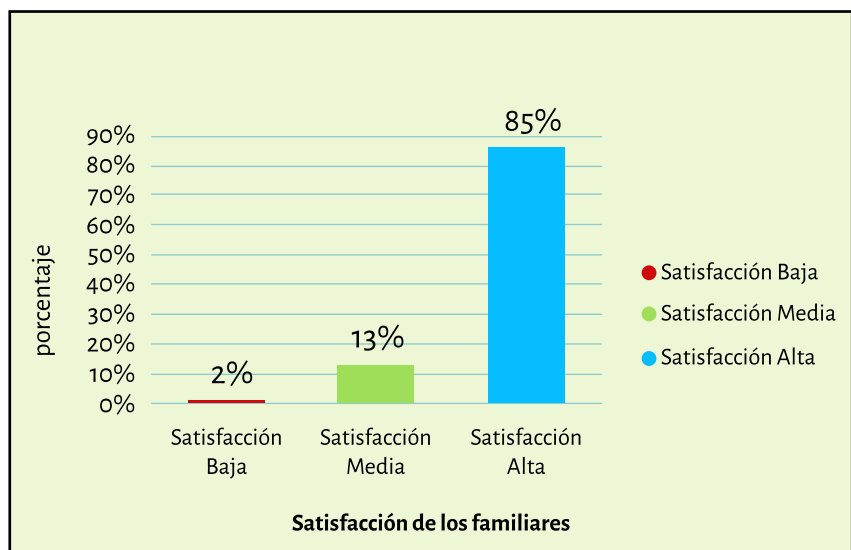
La figura 1 muestra que el 86% de los familiares manifestaron que la gestión de la referencia es adecuada, el 13% manifestó que es regular y el 1% que es inadecuada.

Figura 1: Gestión de la Referencia por parte de Enfermería de pacientes referidos por emergencia del Hospital Regional Eleazar Guzmán Barrón, Nuevo/Chimbote, 2023



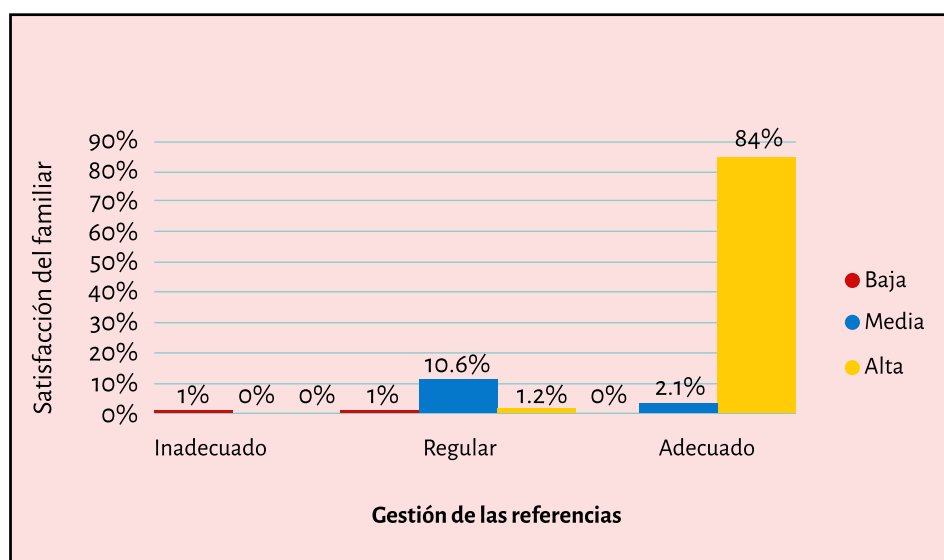
La figura 2 muestra que el 85% de los familiares tienen una satisfacción alta, el 13% una satisfacción media y solo el 2% tuvo una satisfacción baja.

Figura 2: Satisfacción de los familiares de pacientes referidos por emergencia del hospital regional Eleazar Guzmán Barrón, Nuevo/Chimbote, 2023



En la figura 3 se muestran que el 84% de los familiares de los pacientes referidos por Emergencia manifestó que la gestión de la referencia es adecuada y evidenció tener una satisfacción alta; el 10.6% manifestó que la gestión de la referencia es regular y posee una satisfacción media, y solo el 1% señaló que la gestión de la referencia es inadecuada y evidenció una satisfacción baja.

Figura 3: Relación entre la gestión de las referencias por parte de Enfermería y la satisfacción en familiares de los pacientes referidos por Emergencia del hospital regional Eleazar Guzmán Barrón, Nuevo Chimbote, 2023



Prueba de hipótesis

Tabla 1: Correlación entre la Gestión de las referencias y la Satisfacción en familiares de los pacientes referidos por Emergencia del Hospital Regional Eleazar Guzmán Barrón de Nuevo Chimbote.

			GESTION DE LA REFERENCIA	SATISFACCION DE LOS FAMILIARES
Rho de Spearman	GESTION DE LA REFERENCIA	Coeficiente de correlación Sig. (bilateral) N	1,000	,582**
			.	,000
			94	94
	SATISFACCION DE LOS FAMILIARES	Coeficiente de correlación Sig. (bilateral) N	,582**	1,000
			,000	.
			94	94
			94	94

En la tabla 1 se observa que el p valor calculado es de ,000 que es menor a 0.01 ($0.000 < 0.01$) y dado que el coeficiente Rho de Spearman es de 0.582, indica que la relación entre las variables es directa y de grado moderado. Por tanto, se puede afirmar con un 99% de confianza que existe una relación positiva moderada entre la Gestión de la Referencia y la satisfacción de los familiares de pacientes referidos, por tanto, se acepta la hipótesis de la investigación y se rechaza la hipótesis nula.

4. Discusión

La gestión de la referencia en familiares de pacientes referidos por emergencia del hospital regional Eleazar Guzmán Barrón de Nuevo Chimbote es adecuada, pues los familiares de los pacientes referidos consideran que la gestión de referencias fue efectiva, eficaz, oportuna y donde se asegura la continuidad de la atención en salud del paciente, tal como lo señalan Senitan et al., quienes refieren que para que un sistema de referencias sea efectivo debe ser seguro, oportuno, eficaz, eficiente, centrado en el paciente y con igualdad, con hojas de referencia bien estructuradas, con una guía*para el correcto llenado, de preferencia que tenga apoyo informático, y se tomen en cuenta criterios de inclusión de los pacientes a referir en los formatos de referencia (13).

Yes que la Referencia es un proceso administrativo asistencial, es por eso que las enfermeras del SRC del hospital EGB a través de la gestión por procesos buscan la calidad del servicio, tal y como se muestran en los resultados, añadiendo un valor a estos procesos, tomando en cuenta las necesidades de los pacientes y sus familiares, direccionándolos hacia un bien común, como lo menciona Contreras et al. (14) al definir la gestión por procesos.

La gestión de las referencias consiste en planear, organizar, dirigir, controlar y evaluar los procesos

que esta demande, por ello se debe contar con personal capacitado que pueda llevar a cabo estas funciones. Es por ello que la gestión de las referencias es adecuada en el Hospital Eleazar Guzmán Barrón, pues el personal de Enfermería que labora en esa área, está plenamente capacitado, es personal que cuenta con años de experiencia gestionando las referencias de los pacientes por emergencia. Este personal constantemente se está capacitando en las nuevas directivas que direccionan sus funciones y se reúnen mensualmente para evaluar el avance de sus indicadores, así como también plantean mejoras para mejorar la calidad de su servicio. De igual manera, para el traslado de pacientes referidos por emergencia, se cuenta con enfermeras especialistas, para asegurar una atención de calidad. Por último, la gestión de las referencias de emergencia por parte de enfermería es considerada adecuada pues su finalidad está enfocada en generar bienestar, salud y satisfacción en el paciente y sus familiares, pues la gestión en salud se enfoca en hacer viable los servicios que ofertan los EE.SS con el fin de proporcionar bienestar, calidad de vida y satisfacción.

En cuanto a la satisfacción de los familiares de pacientes referidos por emergencia del hospital regional Eleazar Guzmán Barrón de Nuevo Chimbote, se refleja una satisfacción alta (85%) pues los familiares de los pacientes referidos

están satisfechos con la gestión realizada por el personal de enfermería del SRC del hospital EGB, pues consideran que el servicio brindado va acorde a sus expectativas, satisfaciendo sus necesidades, tal como lo señala Alférez (15), quien refiere que la satisfacción es la sensación de bienestar que se logra cuando se satisface una necesidad. Además, Gómez et al. (16), hace referencia que la comunicación es una herramienta terapéutica básica que garantiza autonomía, confianza, seguridad y que son esenciales para las coordinaciones entre el personal de salud, el paciente y su familia.

Es innegable mencionar que los familiares de los pacientes referidos por emergencia tienen un alto grado de percepción y expectativa por la referencia de sus familiares, pues son pacientes que necesitan ser referidos para que reciban una atención más especializada. Por eso el personal de Enfermería del SRC del Hospital EGB les brinda toda la información necesaria, así como el soporte emocional para satisfacer a los familiares, así también lo menciona Quintero et al. (17), quien define la satisfacción familiar como el grado en que las percepciones y expectativas de los familiares del paciente hospitalizado son satisfechas por el personal de salud que los atiende.

El personal de enfermería del SRC del hospital EGB pone de manifiesto constantemente su empatía con los familiares de los pacientes que van a ser referidos por emergencia, pues por la propia naturaleza de su profesión buscan brindar un servicio de calidad, comprendiendo y compartiendo los sentimientos de los demás. Triviño y Torres (18), hacen referencia este punto,

pues señalan que la empatía*es la voluntad de la enfermera de ponerse*en la situación existencial del otro. Además de ser la clave para la comunicación terapéutica, la empatía puede crear un ambiente seguro y ayudar a las familias a confiar en la enfermera.

En por eso que, los familiares en su mayoría se sienten satisfechos pues perciben que la enfermera de Referencias de Emergencia les ha brindado una adecuada información sobre la gestión de las referencias, siendo esta clara, realista y oportuna. Además de ello fueron atendidos con calidez humana y confort, pues sienten que fueron empáticos con ellos y con sus pacientes, resaltando la labor de las enfermeras de esta área en la gestión de las referencias de sus pacientes como rápida, oportuna y segura.

Holanda (19), indica que la satisfacción familiar se relaciona con varios factores, *como la “calidad de la comunicación” y la “rápida respuesta” y que esta atención*brindada debe estar basada en principios básicos como es la “humanización”, es decir brindar una atención de manera solidaria, digna, con respeto, empatía, considerando sus decisiones y valores. Esto se evidencia en la atención y en el trato personal de Enfermería encargada de gestionar las referencias en el hospital EGB, siendo esto percibido por los familiares de los pacientes, quienes se sienten satisfechos por toda la atención*brindada.

Por otra parte, fueron pocos los familiares insatisfechos y esto se debería a la demora en la aceptación de las referencias de sus pacientes, a causa de las pocas camas disponibles que hay en los hospitales de mayor complejidad, más aún cuando se trata de buscar un cupo en áreas

críticas como UCI y UCIN.

Cabe mencionar que el personal de Enfermería del SRC del Hospital EGB, utiliza como herramienta de gestión la comunicación para que a través de ella brinde toda la información* a los familiares de los pacientes referidos, despejando sus dudas y temores. De esta manera se les brinda seguridad y bienestar. Además, es empático y tiene en cuenta la cultura, la dinámica familiar y su forma de comunicarse. Con la empatía, crea un ambiente seguro y ayuda a los familiares a confiar en la enfermera; compartir su realidad, aumentar su autoestima, sentirse más comprendido y aceptado para mejorar su identificación y satisfacción.

Por tanto, según la investigación existe una relación positiva moderada entre las variables Gestión de la Referencia y la satisfacción de los familiares referidos por Emergencia del hospital regional Eleazar Guzmán Barrón de Nuevo Chimbote, 2023 con un 99% de confianza dado que el coeficiente de correlación Rho de Spearman fue 0.582, por lo que se acepta la hipótesis de la investigación y se rechaza la hipótesis nula.

5. Conclusiones

-En cuanto a la gestión de la referencia en familiares de pacientes referidos por emergencia del hospital regional EGB de Nuevo Chimbote se encontró que el 86% manifestó que la gestión es adecuada, el 13% que es regular y el 1% que es inadecuada. Por tanto, los familiares de los pacientes referidos consideran que la gestión de las referencias es adecuada, lo cual asegura la continuidad de la atención del paciente.

-Con respecto a la satisfacción de los familiares

de pacientes referidos por emergencia del hospital regional EGB de Nuevo Chimbote, se encontró que el 85% tenían una satisfacción alta, el 13% una satisfacción media y solo el 2% una satisfacción baja, reflejando así que los familiares de los pacientes referidos están altamente satisfechos con la gestión realizada por el servicio de referencias y Contrareferencia.

-Y con respecto a la relación entre la Gestión de las referencias y la satisfacción en familiares se puede afirmar con un 99% de confianza que si existe relación positiva entre ambas variables ya que el p valor calculado fue de 0.000 siendo menor a 0.01 ($0.000 < 0.01$) y el coeficiente Rho de Spearman fue de 0.582 indicando así una relación directa y de grado moderado.

6. Referencias bibliográficas

1. De la Garza, L. De los templos y santuarios a los hospitales: 6,000 años de historia. 2002. Revista de Investigación Clínica, 52(1) 89-97. Disponible en: <https://www.imbio-med.com.mx/articulo.php?id=2092>
2. Turnes, A. Historia y evolución de los hospitales en las diferentes culturas. 2009. Disponible en: <https://www.smu.org.uy/dpmc/hmed/historia/articulos/origen-y-evolucion.pdf>
3. Pedraza Calvo, R. Historia de la salud. 1984. Madrid: Rialpe, p. 79
4. Escola d'Oficis Cataluya [EOC]. (2019, 21 de febrero). Historia de las ambulancias. Disponible en: <https://eoc.cat/historia-de-las-ambulancias/>
5. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la Salud en el Mundo: la financiación de los Sistemas de Salud:

- el camino hacia la cobertura universal. 2010. Ediciones OMS. Disponible en: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/44373/9789243564029_spa.pdf?sequence=1
6. Organización Panamericana de la Salud. Atención primaria de Salud. 2005. Disponible en: <https://buenosaires.gob.ar/areas/salud/dirca/mat/matbiblio/concurso07/renova.pdf>
 7. Jaramillo F, Feraud H, Guevel L. Panorama Regional: Sistemas de salud de Latinoamérica y estado de situación del Modelo RISS documento colaborativo-rissalud. 2017. Buenos Aires. Disponible en: http://www.rissalud.net/images/pdfpublicos/documento_colaborativo_rissalud_oct_2017.pdf
 8. Ministerio de Salud. Norma Técnica del Sistema de Referencia y Contrareferencia de los Establecimientos del Ministerio de Salud. NT N° 018-MINSA / DGSP-V.01. 2005. Dirección General de Salud de las Personas. Dirección de Servicios de Salud. Gobierno del Perú. Disponible en: https://bvs.minsa.gob.pe/local/dgsp/115_NTREFYCON.pdf
 9. Cosavalente-Vidarte, O., Zevallos, L., Fasanando, J. y Cuba-Fuentes, S. Proceso de transformación hacia las redes integradas de salud en el Perú. 2019. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica, 36(2), 319-325. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v36n2/a22v36n2.pdf>
 10. Seclén-Palacin, J. y Darras, C. Satisfacción de usuarios de los servicios de salud: Factores sociodemográficos y de accesibilidad asociados. Perú, 2000 - 2005. Anales de la Facultad de Medicina. Universidad Nacional Mayor de San Marco, 66(2), 127-141. Disponible en: <https://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/anales/article/view/1361/1156>
 11. Pérez-Cantó, V., Maciá-Soler, L. y González-Chordá, V. Satisfacción de los usuarios en el sistema de salud español: análisis de tendencias. 2019. Revista de Saúde Pública, 53:87. Disponible en: <https://www.scielo.br/rj/rsp/a/cNGn8yX7vMQjxgztKYdMw5C/?format=pdf&lang=es>
 12. Hernández-Sampieri, R. & Mendoza, C. Metodología de la investigación. Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta. 2018. Editorial Mc Graw Hill Education. Disponible en: <https://doi.org/10.22201/fesc.20072236e.2019.10.18.6>
 13. Senitan, M., Hassan, A. & Lenon, G. Factors contributing to effective referral systems for patients with non-communicable disease: evidence-based practice. 2017. SpringerLink, 38(2), 1-9. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/315913264_Factors_contributing_to_effective_referral_systems_for_patients_with_non-communicable_disease_evidence-based_practice
 14. Contreras, R., Coronado, M., López, N., Aguilar, R., Félix, A. y Vega, M. Satisfacción con el cuidado de Enfermería del adulto mayor hospitalizado. 2008. Enfermería Universitaria, 5(1), 14-20. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/3587/358741824003.pdf>
 15. Alférez, A. La comunicación en la relación de ayuda al paciente en enfermería: saber qué decir y qué hacer. 2012. Revista Española de Comunicación en Salud, 3(2): 147-157.

Disponible en: <https://e-revistas.uc3m.es/index.php/RECS/article/view/3379/2031>

16. Gómez, P., Santiago, C., Getino, A., Moñino, A., Richard, M. y Cabrero, J. La entrevista familiar: enseñanza de las técnicas de comunicación. 2001. Revista Nefrología, 21(4), 57-63. Disponible en: <https://www.revistanefrologia.com/es-pdf-X021169950102716X>
17. Quintero, A., Maldonado, M., Guevara, B. y Delgado, C. Cuidado humanizado como esencia en el profesional de enfermería. 2015. Revista Electrónica Portales médicos, 19(2). Disponible en: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/cuidado-humanizado-enfermeria/>
18. Triviño, F. y Torres, M. Satisfacción de expectativas de familiares con el cuidado de enfermería en una UCI de una clínica privada de Cali. 2008. Cuaderno de Investigaciones: Semilleros Andina, 2(2), 44-52. Disponible en: <https://revia.areandina.edu.co/index.php/vbn/article/view/474/507>
19. Holanda, S. Medición de la satisfacción de los pacientes ingresados en la unidad de cuidados intensivos y sus familiares. [Tesis doctoral] Universidad de Cantabria; 2015. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/761/76111331012.pdf>

FACTORES QUE INFLUYEN EN EL DESEMPEÑO DE LAS PRÁCTICAS CLÍNICAS EN ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA

FACTORS INFLUENCING THE PERFORMANCE OF CLINICAL PRACTICE IN NURSING STUDENTS

Karina Beatriz Sanmartin Rodriguez¹, José Luis Herrera López²

Citar como:

Sanmartin K. Herrera L. Factores que influyen en el desempeño de las prácticas clínicas en estudiantes de enfermería. Rev. Recien. 2024; 13 (3)

Correspondencia:

ksanmartin8771@uta.edu.ec

Recibido: 08/08/2024

Aprobado: 09/09/2024

En línea: 10/12/2024

Resumen

La enfermería es una profesión dedicada al cuidado, la atención y a fomentar la salud integral de la familia, por lo cual se tiene la perspectiva de que el profesional sanitario debe manejar el nivel de estrés desde su formación académica y las prácticas clínicas, para que en un futuro sepan lidiar diversas situaciones de emergencia y aprendan a disminuir el estrés ocasionado por la carga laboral.

El objetivo general de esta investigación fue identificar los factores que influyen en el desempeño de las prácticas clínicas en estudiantes de enfermería de la Universidad Técnica de Ambato. El estudio de la investigación fue de enfoque cuantitativo, de diseño no experimental, de alcance descriptivo y cohorte transversal, para lo cual se encuestó a 213 estudiantes pertenecientes al periodo mayo 2024 – setiembre 2024, que realizan sus prácticas clínicas y que estuvieron legalmente matriculados en la Carrera de Enfermería de la Universidad Técnica de Ambato. A partir de los hallazgos encontrados es necesario identificar que la “falta de competencia”, “contacto con el sufrimiento”,

1. Estudiante de la Carrera de Enfermería. Universidad Técnica de Ambato. Facultad Ciencias de la Salud. <https://orcid.org/0000-0002-0562-220X>
2. <https://orcid.org/0000-0002-2196-4875> PhD. en Ciencias de la Salud. Coordinador de la carrera de enfermería, Universidad Técnica de Ambato. Jl.herrera@uta.edu.ec

“impotencia e incertidumbre”, “no controlar la relación con el enfermo”, “dañarse en la relación con el enfermo”, “el enfermo busca una relación afectiva” y la “sobrecarga” presentaron una media $>1,50$ que corresponde a estrés leve.

Palabras clave: Desempeño, prácticas clínicas, enfermería

Abstract

Nursing is a profession dedicated to the care, attention and promotion of the integral health of the family, so it is considered that the health professional should manage the level of stress from their academic training and clinical practices, so that in the future they know how to deal with various emergency situations and learn to reduce the stress caused by the workload.

The general objective of this research was to identify the factors that influence the performance of clinical practices in nursing students at the Technical University of Ambato. The research study had a quantitative approach, non-experimental design, descriptive scope and cross-sectional cohort, for which 213 students were surveyed during the period May 2024–September 2024, who perform their clinical practices and who were legally enrolled in the Nursing Career of the Technical University of Ambato. From the findings it is necessary to identify that “lack of competence”, “contact with suffering”, “helplessness and uncertainty”, “not controlling the relationship with the patient”, “harming oneself in the relationship with the patient”, “the patient seeks an affective relationship” and “overload” presented a mean >1.50 which corresponds to mild stress.

Keywords: Performance, clinical practice, nursing

1. Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) (1), indicó que el estrés laboral es un conjunto de reacciones emocionales, psicológicas y cognitivas ante exigencias profesionales que extralimitan los conocimientos o habilidades de cada trabajador para desempeñarse de manera óptima en el medio laboral, así mismo, la Asociación Americana de Psicología (APA) indica que el 48% de las personas que sufren estrés sobrellevan un gran impacto negativo en su vida personal y profesional.

Una investigación realizada en Colombia hizo referencia al estrés como la relación entre la persona y su ambiente, en la cual se da un acontecimiento inesperado, que demanda gran esfuerzo o supera la capacidad de afrontamiento (2). La enfermería es una profesión dedicada al cuidado, la atención y a fomentar la salud integral de la familia, por lo cual se tiene la perspectiva de que el profesional sanitario debe manejar el nivel de estrés desde su formación académica y las prácticas clínicas, para que en un futuro sepan lidiar diversas situaciones de emergencia y aprendan a disminuir el estrés ocasionado por la carga laboral (3).

En un estudio realizado acerca del estrés percibido en los estudiantes de enfermería, estrategias de afrontamiento, salud y enfoques de supervisión en la práctica clínica, se encuestaron a 275 estudiantes de enfermería matriculados en programas de licenciatura en la República Checa y Eslovaquia, utilizando instrumentos como: Escala de Estrés percibido, Escala de respuesta fisio-psico-social e inventario de conductas

de afrontamiento; dio como resultado que los estudiantes de enfermería con experiencia recibieron mayores niveles de estrés. Los factores estresantes clínicos representaron el 22% de la variación en la salud física, psicológica y social de los estudiantes; mientras que, los factores estresantes académicos representaron solo el 5% de la variación y las conductas de evitación un 2% en la salud física, psicológica y social de los estudiantes(4).

En la Universidad Técnica de Machala se realizó una investigación para analizar la percepción del estrés en estudiantes de la salud en etapa postpandemia aplicando la Escala de Estrés Percibido en su adaptación española, se encuestó a 377 estudiantes de la salud y en la cual se identificó que 231 estudiantes (61,3%) presentaban valores de estrés elevado; es decir, que la mayoría de ellos resultaron mayormente afectados tras incorporarse a la práctica clínica luego de la pandemia, siendo para muchos difícil adaptarse y poner en práctica todo lo aprendido de manera virtual (5).

“Los factores estresantes se definen como un estímulo capaz de provocar una respuesta de estrés” (6). Cabe mencionar que existen diversas situaciones generadoras de estrés que pueden desencadenar un desequilibrio en el individuo, según algunas investigaciones estos podrían ser los principales factores estresantes en estudiantes de enfermería: El exceso de trabajos escolares, las evaluaciones, estar en una situación de emergencia y no saber reaccionar ante esta, el riesgo de dañar al paciente y las implicaciones emocionales con el enfermo.

Es importante saber identificar cuáles son los

principales factores generadores de estrés que desarrollan los estudiantes de enfermería durante su formación preprofesional, ya que al conocer el origen del estrés se pueden crear estrategias que permitan la adaptación del estudiante al entorno hospitalario (7). El objetivo general de esta investigación es Identificar los factores que influyen en el desempeño de las prácticas clínicas en estudiantes de enfermería de la Universidad Técnica de Ambato.

2- Materiales y Métodos

El estudio de la investigación se realizó en la provincia de Tungurahua, en el cantón Ambato, a los estudiantes de la carrera de enfermería de la Universidad Técnica de Ambato del campus Ingahurco, del periodo mayo 2024 – setiembre 2024.

El trabajo es de enfoque cuantitativo, de diseño no experimental, de alcance descriptivo y cohorte transversal, es decir, se centró en la recolección de datos de dicha situación tal y como se presentó dentro del tiempo definido en el cual se trabajó la muestra; de esta manera se pudo analizar el problema en base a los conocimientos y encuesta aplicada a una población determinada.

“La población es el conjunto total de unidades de análisis al cual vamos a estudiar” (8). La población estudiada constó de 213 estudiantes de enfermería que realizan sus prácticas clínicas y que estuvieron legalmente matriculados en la Carrera de Enfermería de la Universidad Técnica de Ambato, de los cuales, solo 199 aceptaron ser parte de la investigación a través del consentimiento informado.

La técnica utilizada en esta investigación fue la encuesta, por medio del cuestionario KEZKAK (cuestionario bilingüe de estresores de los estudiantes de enfermería en las prácticas clínicas). “Se trata de un instrumento autoadministrado, creado y validado internacionalmente, que refleja las distintas situaciones potencialmente generadoras de estrés a las cuales muchos estudiantes de enfermería deben enfrentarse en el transcurso de sus prácticas clínicas” (9).

Previo a la aplicación del instrumento se solicitó el permiso correspondiente a coordinación de la carrera para poder realizarlo dentro de las aulas de la carrera de Enfermería, posterior a esto se les pidió a los estudiantes reunirse en una sola aula y se les procedió a explicar brevemente sobre la investigación que se iba a realizar y por qué se requería de su colaboración, luego se les facilitó un link de forma presencial en donde ellos evidenciaron primero el consentimiento informado y seguido el cuestionario. Una vez aceptado de forma voluntaria el consentimiento informado, pudieron realizar el cuestionario, mismo que constó de una introducción detallada e ítems estructurados con opciones para marcar; además, cualquier inquietud por parte del participante en cuanto al cuestionario pudo ser resuelta de inmediato por el investigador principal.

La aplicación del instrumento se ejecutó a través de Google Forms en un tiempo límite de 15 min, dicho instrumento estuvo compuesto por datos básicos sociodemográficos y Factores estresores en estudiantes de enfermería durante la práctica clínica, aquí se plantearon 55 situaciones o aspectos de las prácticas clínicas que puedan llegar afectar a los estudiantes de enfermería, dentro del cual el alumno tuvo que elegir entre

cuatro posibles respuestas en una escala tipo Likert: nada (0), algo (1), bastante (2), mucho (3), como medida de consistencia interna se ha empleado la α de Crombach. “El cuestionario presenta de una alta consistencia interna (α de Cronbach, 0,95), una fiabilidad considerable (0,72 a los 2 meses y 0,68 a los 6 meses), y una validez concurrente aceptable (0,39 con ansiedad-rasgo)” (10). Dicha información fue almacenada

en una página de Excel, donde se pudo mantener la confidencialidad y la fiabilidad de los datos obtenidos de los participantes para su revisión. Tras recopilar la información de los participantes, los datos se analizaron con el programa de Excel y la plataforma estadística SPSS, versión 26, mismos que fueron usados para realizar análisis estadísticos, entre ellos para generar tablas de frecuencias.

3. Resultados

Tabla 1. Datos sociodemográficos

Datos Sociodemográficos			
		Frecuencia	Porcentaje
Género	Femenino	159	80
	Masculino	40	20
Edad	17 – 20 años	67	34
	20 – 24 años	119	60
	24 a más	13	7
Semestre	Primero	1	1
	Segundo	39	20
	Tercero	24	12
	Cuarto	14	7
	Quinto	49	25
	Sexto	1	1
	Séptimo	70	35
	Reingreso	1	1
Religión	Católico	161	81
	Evangélico	11	6
	Cristiano	20	10
	Agnóstico	4	2
	Hebreo/Judío	1	1
	Ninguno	2	1
Estado civil	Soltero(a)	190	95
	Casado(a)	7	4
	Divorciado(a)	2	1
Tipo de familia	Familia monoparental	65	33
	Familia nuclear	120	60
	Familia extensa	14	7

Elaboración Propia

La Tabla 1 muestra las características sociodemográficas de los estudiantes de enfermería que participaron del estudio. Se evidencia un claro predominio del género femenino, con 159 estudiantes (80%), mientras que sólo 40 (20%) son varones. Esto refleja que la carrera de enfermería sigue siendo una profesión altamente feminizada.

En cuanto a la edad, 119 participantes (60%) se encuentran en el rango de 20 a 24 años, seguidos por 67 estudiantes (34%) entre 17 y 20 años. Sólo 13 estudiantes (7%) tienen 24 años o más. Estos datos sugieren que la mayoría de los estudiantes de enfermería son jóvenes que inician su formación profesional poco después de finalizar sus estudios secundarios.

Con respecto al semestre que cursan, se observa una mayor participación de estudiantes en el séptimo semestre, con 70 estudiantes (35%), y el quinto semestre, con 49 estudiantes (25%). Esto podría indicar que a medida que avanzan en la carrera los estudiantes adquieren mayor interés y compromiso con su formación. También hay una participación considerable de estudiantes de segundo semestre, con 39 estudiantes (20%), y de tercero, con 24 estudiantes (12%).

La religión predominante entre los participantes es la católica, con 161 estudiantes (81%). Esto es consistente con la realidad religiosa del país. Otras religiones reportadas incluyen la cristiana, con 20 estudiantes (10%), y la evangélica, con 11 estudiantes (6%), mientras que un porcentaje mínimo se identifica como agnóstica, con 4 estudiantes (2%), hebrea/judía, con 1 estudiante (1%), o no profesa ninguna religión, con 2

estudiantes (1%).

En relación con el estado civil, la gran mayoría de los estudiantes son solteros, siendo 190 estudiantes (95%), lo cual es esperable considerando el rango de edad predominante. Sólo 7 estudiantes (4%) están casados y 2 (1%) están divorciados. Esto sugiere que la mayoría de los estudiantes de enfermería se dedican prioritariamente a su formación académica.

Finalmente, en cuanto a la estructura familiar, predomina la familia nuclear, con 120 estudiantes (60%), compuesta tanto por padres como por hijos. Un porcentaje considerable, 65 estudiantes (33%), provienen de familias monoparentales, donde sólo está presente el padre o la madre. La familia extensa, que incluye otros parientes, representa 14 estudiantes (7%). Estos datos reflejan la diversidad de estructuras familiares presentes en la sociedad actual.

Tabla 2. Datos sociodemográficos

Área de prácticas			
		Frecuencia	Porcentaje
Asistencia a prácticas hospitalarias	Asistí a todas	194	97
	Falté dos veces	4	2
	Falté más de cuatro veces	1	1
Tiempo de traslado al lugar de prácticas	Menos de 30 min	29	15
	30 - 40 min	32	16
	40 min - 1 hora	44	22
	Más de 1 hora	94	47
Horas de sueño	Menos de 5 horas	82	41
	5 - 6 horas	107	54
	7 - 8 horas	9	5
	Más de 8 horas	1	1
Relación con las personas de prácticas clínicas	Excelente	55	28
	Buena	124	62
	Regular	20	10
Actitud para realizar un procedimiento clínico	Colaboradora	115	58
	Proactiva	58	29
	Tímida	26	13
Servicio o área del hospital que le resultó más difícil mantenerse	Medicina	52	26
	Cirugía	43	22
	Emergencia	61	31
	Neonatología	24	12
	Pediatría	4	2
	Ginecoobstetricia	6	3
	UCI	8	4
	Ninguna	1	1
Experiencia previa a las prácticas clínicas	Si, tiene experiencia	122	61
	No, tiene experiencia	77	39

Elaboración Propia

La Tabla 2 presenta datos relevantes sobre las áreas de práctica de los estudiantes de enfermería. En cuanto a la asistencia a las prácticas hospitalarias, la gran mayoría, 194 estudiantes (97%), reportaron haber asistido a todas sus prácticas, mientras que sólo 4 estudiantes (2%) estuvieron ausentes dos veces y 1 estudiante (1%) estuvo ausente más de cuatro veces. Esto sugiere un alto nivel de compromiso y responsabilidad por parte de los estudiantes con su formación práctica.

En cuanto al tiempo de viaje hasta el lugar de la pasantía, 94 estudiantes (47%) indicaron que les toma más de una hora llegar, seguido de 44 estudiantes (22%) que demoran entre 40 minutos y 1 hora. Esto implica que una proporción significativa de estudiantes se enfrenta a tiempos prolongados de desplazamiento, lo que puede tener un impacto en su calidad de vida y en sus horas de sueño.

En relación con las horas de sueño, 107 estudiantes (54%) reportaron dormir entre 5 y 6 horas, mientras que 82 estudiantes (41%) durmieron menos de 5 horas. Sólo 9 estudiantes (5%) indicaron dormir entre 7 y 8 horas, y 1 estudiante (1%) más de 8 horas. Estos datos sugieren que la mayoría de los estudiantes no descansan lo suficiente, lo que puede afectar su rendimiento y bienestar.

En cuanto a la relación con las personas en el entorno de la práctica clínica, 124 estudiantes (562%) la calificaron como buena, 55 estudiantes (28%) como excelente y 20 estudiantes (10%) como media. Esto indica que, en general, los estudiantes mantienen relaciones positivas en su entorno de prácticas.

En cuanto a la actitud adoptada durante los procedimientos clínicos, 115 estudiantes (58%) se describieron como colaborativos, 58 (29%) como proactivos y 26 (13%) como tímidos. Esto sugiere que la mayoría de los estudiantes asumen una postura participativa y comprometida durante su aprendizaje práctico.

En relación con el servicio o área hospitalaria que resultó más desafiante, 61 estudiantes (21%) mencionaron Emergencia, seguido de Medicina con 52 estudiantes (26%) y Cirugía con 43 estudiantes (22%). Esto podría deberse a la complejidad y rapidez de atención que se requiere en estas áreas.

Finalmente, 122 estudiantes (61%) reportaron tener experiencia previa en prácticas clínicas, mientras que 77 estudiantes (39%) no tenían experiencia previa. Esto indica que más de la mitad de los estudiantes ya han tenido contacto con el entorno clínico antes de su formación actual.

Tabla 3. Datos de la dimensión de falta de competencia.

Falta de competencia		
Factores estresantes	Media	Nivel de estrés
Pincharme con una aguja infectada	1,58	Leve
Confundirme con la medicación	1,48	Sin estrés
Contagiarme a través del paciente	1,42	Sin estrés
Hacer daño psicológico al paciente	0,90	Sin estrés
Hacer daño físico al paciente	1,04	Sin estrés
Hacer mal mi trabajo y perjudicar al paciente	1,32	Sin estrés
No sentirme integrado (a) en el equipo de trabajo	0,85	Sin estrés
Recibir la denuncia de un paciente	1,49	Sin estrés
Sentir que no puedo ayudar al paciente	1,30	Sin estrés
Equivocarme en un procedimiento "meter la pata"	1,51	Leve
No saber cómo responder a las expectativas de los pacientes	1,27	Sin estrés
Total	1,29	Sin estrés

Elaboración Propia

La Tabla 3 presenta los resultados de la dimensión "Falta de competencia" en relación a los estresores percibidos por los estudiantes de enfermería durante sus prácticas clínicas. Este dominio evalúa situaciones en las que los estudiantes pueden sentirse inseguros o no preparados para enfrentar los desafíos del entorno clínico.

El estresor con media más alta en este dominio es "Pincharme con una aguja infectada" con una media de 1,58, que se clasifica como un nivel de estrés leve. Esto sugiere que los estudiantes experimentan cierta preocupación por el riesgo

de exposición a patógenos a través de accidentes con agujas.

El segundo factor con media más alta es "Equivocarme en un procedimiento: mete la pata" con una media de 1,51, también catalogado como estrés leve. Esto indica que los estudiantes sienten aprensión ante la posibilidad de cometer errores al realizar procedimientos clínicos.

Otros factores como " Recibir la denuncia de un paciente " (media 1,49), "Confundirse con la medicación" (media 1,48) y "Contagiarse a través del paciente" (media 1,42) obtuvieron medias

relativamente altas dentro del dominio, aunque se clasifican como "Sin estrés". Esto sugiere que, si bien no alcanzan niveles significativos de estrés, estos aspectos generan cierta preocupación en los estudiantes.

Los factores con medias más bajas en este dominio son "o sentirme integrado(a) en el equipo de trabajo" (media 0,85) y "Hacer daño psicológico al paciente" (media 0,90), ambos clasificados como "Sin estrés". Esto sugiere que los estudiantes se sienten relativamente cómodos en su interacción con el equipo de atención médica y confían en su

capacidad para evitar daños emocionales a los pacientes.

En general, el dominio "Falta de Competencia" obtuvo una media total de 1,29, lo que se clasifica como "Sin Estrés". Esto indica que, en promedio, los estudiantes no perciben un nivel significativo de estrés en relación con su competencia y habilidades clínicas. Sin embargo, es importante señalar que algunos factores específicos, como el riesgo de pinchazos y errores en los procedimientos, sí generan estrés leve en los estudiantes.

Tabla 4. Datos de la dimensión de falta de competencia.

Relación con tutores y compañeros		
Factores estresantes	Media	Nivel de estrés
Tener que estar con la familia del paciente cuando éste se esté muriendo	1,36	Sin estrés
Tener que estar con un paciente terminal	1,33	Sin estrés
Tener que hablar con el paciente sobre su sufrimiento	1,28	Sin estrés
Ver morir a un paciente	1,50	Leve
Tener que estar con un paciente al que se le ha ocultado una mala noticia	1,36	Sin estrés
Tener que dar malas noticias sobre la salud del paciente	1,38	Sin estrés
Encontrarme ante una situación de emergencia	1,45	Sin estrés
Tener que realizar procedimientos que producen dolor al paciente	1,44	Sin estrés
Tener que trabajar con pacientes agresivos	1,43	Sin estrés
Que un paciente que estaba mejorando empiece a empeorar	1,41	Sin estrés
Total	1,39	Sin estrés

Elaboración Propia

La Tabla 4 presenta los datos de la dimensión "Contacto con el sufrimiento" en relación a los estresores percibidos por los estudiantes de enfermería durante sus prácticas clínicas. Esta dimensión se centra en situaciones en las que los estudiantes enfrentan el dolor, la angustia y el deterioro de los pacientes.

El estresor con media más alta en esta dimensión es "Ver morir a un paciente" con una media de 1,50, el cual se clasifica como un nivel de estrés leve. Esto sugiere que los estudiantes experimentan algún impacto emocional al presenciar la muerte de un paciente durante su pasantía.

Otros factores con medias relativamente altas, aunque clasificados como "Sin estrés", incluyen "Encontrarme en una situación de emergencia" (media 1,45), "Tener que realizar procedimientos que producen dolor al paciente" (media 1,44), "Tener que trabajar" con pacientes agresivos" (media 1,43) y "Que un paciente que estaba mejorando empiece a empeorar" (media 1,41). Estos resultados indican que, si bien no alcanzan niveles significativos de estrés, estas situaciones desafiantes generan cierta preocupación o malestar en los estudiantes.

Por otro lado, factores como "Tener que dar malas noticias sobre la salud del paciente" (media 1,38), "Tener que estar con un paciente al que se le han ocultado malas noticias" (media 1,36) y "Tener que estar con la familia del paciente cuando éste se esté muriendo" (media 1,36) obtuvo medias ligeramente inferiores, lo que sugiere que los estudiantes se sienten un poco más preparados para afrontar estas situaciones emocionalmente complejas.

Los factores con medias más bajas en esta dimensión son "Tener que estar con un paciente terminal" (media 1,33) y "Tener que hablar con el paciente sobre su sufrimiento" (media 1,28), ambos clasificados como "Sin estrés". Esto podría indicar que los estudiantes han desarrollado cierta capacidad para acompañar y comunicarse con los pacientes en situaciones de sufrimiento.

En general, la dimensión "Contacto con el sufrimiento" obtuvo una media total de 1,39, la cual se clasifica como "Sin estrés". Esto sugiere que, en promedio, los estudiantes no perciben un nivel significativo de estrés con relación al contacto con el dolor y el deterioro de los pacientes. Sin embargo, es importante señalar que presenciar la muerte de un paciente causa un estrés leve en los estudiantes.

Tabla 5. Datos de la dimensión relación con tutores y compañeros.

Relación con tutores y compañeros		
Factores estresantes	Media	Nivel de estrés
Tener mala relación con los profesionales de la salud	1,20	Sin estrés
No sentirme integrado (a) en el equipo de trabajo	0,85	Sin estrés
La relación con los compañeros estudiantes de enfermería	1,13	Sin estrés
Encontrarme en alguna situación sin saber que hacer	1,49	Sin estrés
La relación con el asesor responsable de prácticas de la universidad	1,21	Sin estrés
La relación con el asesor de las prácticas.	1,32	Sin estrés
Total	1,20	Sin estrés

Elaboración Propia

La Tabla 5 presenta los datos de la dimensión "Relación con tutores y colegas" en relación a los estresores percibidos por los estudiantes de enfermería durante sus prácticas clínicas. Esta dimensión se centra en las interacciones y vínculos de los estudiantes con su entorno académico y profesional.

El estresor con media más alta en esta dimensión es "Encontrarme en una situación sin saber qué hacer" con una media de 1,49, que se clasifica como "Sin estrés". Si bien no alcanza un nivel significativo de estrés, este factor sugiere que los estudiantes pueden sentir cierta inseguridad o incertidumbre al enfrentarse a situaciones nuevas o inesperadas durante sus prácticas.

El segundo factor con media más alta es "La relación con el asesor de prácticas" con una media de 1,32, también clasificado como "Sin estrés".

Esto indica que, en general, los estudiantes mantienen una relación positiva con los asesores que supervisan sus prácticas clínicas, sin que esto genere estrés notable.

Otros factores como "La relación con el asesor responsable de las prácticas de la universidad" (media 1,21) y "Tener mala relación con los profesionales de la salud" (media 1,20) obtuvieron medias similares y se clasifican como "Sin estrés". Esto sugiere que los estudiantes perciben relaciones adecuadas tanto con sus tutores académicos como con los profesionales de la salud en el entorno clínico.

El factor con media más baja en esta dimensión es "No sentirse integrado en el equipo de trabajo" con una media de 0,85, catalogado como "Sin estrés". Esto indica que los estudiantes se sienten, en general, bien recibidos y parte del equipo de

trabajo durante sus prácticas.

En cuanto a "La relación con los compañeros estudiantes de enfermería", este factor obtuvo una media de 1,13, clasificándose también como "Sin estrés". Esto sugiere que los estudiantes mantienen relaciones positivas con sus compañeros y que la interacción con otros estudiantes no representa una fuente importante de estrés.

En general, la dimensión "Relación con tutores y compañeros" obtuvo una media total de 1,20, lo que se clasifica como "Sin estrés". Esto indica que, en promedio, los estudiantes perciben relaciones adecuadas y de bajo estrés con personas de su entorno académico y profesional durante las prácticas clínicas.

Tabla 6. Datos de la dimensión impotencia e incertidumbre.

Relación con tutores y compañeros		
Factores estresantes	Media	Nivel de estrés
No encontrar al médico cuando se lo requiere	1,46	Sin estrés
No saber cómo responder a las expectativas de los pacientes	1,27	Sin estrés
No poder atender a todos los pacientes	1,36	Sin estrés
Las diferencias entre lo que aprendemos y lo que vemos en prácticas	1,71	Leve
Recibir órdenes contradictorias	1,40	Sin estrés
Que un paciente que estaba mejorando empiece a empeorar.	1,41	Sin estrés
Hacer daño físico al paciente	1,04	Sin estrés
Tener que realizar procedimientos que producen dolor al paciente	1,44	Sin estrés
Equivocarme en un procedimiento "meter la pata"	1,51	Leve
Sentir que no puedo ayudar al paciente	1,30	Sin estrés
Hacer mal mi trabajo y perjudicar al paciente	1,32	Sin estrés
Encontrarme en alguna situación sin saber que hacer	1,49	Sin estrés
Total	1,39	Sin estrés

Elaboración Propia

Tabla 6. Datos de la dimensión impotencia e incertidumbre.

La Tabla 6 presenta los datos de la dimensión "Impotencia e incertidumbre" en relación con los estresores percibidos por los estudiantes de enfermería durante sus prácticas clínicas. Esta dimensión se centra en situaciones en las que los estudiantes se sienten limitados en su capacidad para ayudar a los pacientes o afrontar situaciones ambiguas.

El estresor con media más alta en esta dimensión es "Las diferencias entre lo que aprendemos y lo que vemos en prácticas" con una media de 1,71, que se clasifica como un nivel de estrés leve. Esto sugiere que los estudiantes experimentan cierta tensión al percibir discrepancias entre la teoría aprendida en el aula y la realidad de la práctica clínica.

El segundo factor con media más alta es "Equivocarme en un procedimiento: meter la pata" con una media de 1,51, también catalogado como estrés leve. Esto indica que los estudiantes están preocupados por cometer errores al realizar procedimientos clínicos, lo que podría afectar su confianza y desempeño.

Otros factores con medias relativamente altas, aunque clasificados como "Sin estrés", incluyen "No encontrar al médico cuando se lo requiere" (media 1,46), "Tener que realizar procedimientos que producen dolor al paciente" (media 1,44), "Que un paciente que estaba mejorando empiece a empeorar" (media 1,41) y "Recibir órdenes contradictorias" (media 1,40). Estos resultados sugieren que situaciones de incertidumbre, cambios en el estado de los pacientes y conflictos en la comunicación generan cierto malestar en los estudiantes.

Por otro lado, factores como "No poder atender a todos los pacientes" (media 1,36), "Hacer mal mi trabajo y perjudicar al paciente" (media 1,32) y "Sentir que no puedo ayudar al paciente" (media 1,30) obtuvieron medias ligeramente inferiores, lo que sugiere que los estudiantes se sienten un poco más capaces de manejar estas situaciones de desamparo.

El factor con media más baja en esta dimensión es "Hacer daño físico al paciente" con una media de 1,04, clasificado como "Sin estrés". Esto podría indicar que los estudiantes confían en su capacidad para evitar causar daño físico a los pacientes durante sus intervenciones.

En general, la dimensión "Impotencia e incertidumbre" obtuvo una media total de 1,39, la cual se clasifica como "Sin estrés". Esto sugiere que, en promedio, los estudiantes no perciben un nivel significativo de estrés con relación a situaciones de limitación o ambigüedad en la práctica clínica. Sin embargo, es importante resaltar que las discrepancias entre teoría y práctica, así como el miedo a cometer errores, sí generan un estrés leve en los estudiantes.

Tabla 7. Datos de la dimensión no controlar la relación con el enfermo.

No controlar la relación con el enfermo		
Factores estresantes	Media	Nivel de estrés
No saber cómo finalizar una conversación con el paciente	1,19	Sin estrés
No saber cómo responder a las expectativas de los pacientes	1,27	Sin estrés
No saber cómo responder al paciente	1,22	Sin estrés
Encontrarme ante una situación de emergencia	1,45	Sin estrés
Tener que estar con un paciente con el que es difícil de comunicarse	1,45	Sin estrés
Tener que estar con un paciente terminal	1,33	Sin estrés
Encontrarme en alguna situación sin saber que hacer	1,49	Sin estrés
Equivocarme en un procedimiento “meter la pata”	1,51	Leve
Total	1,36	Sin estrés

Elaboración Propia

La Tabla 7 presenta los datos de la dimensión "No controlar la relación con el enfermo" en relación con los estresores percibidos por los estudiantes de enfermería durante sus prácticas clínicas. Esta dimensión se centra en situaciones en las que los estudiantes sienten dificultad para gestionar la interacción y comunicación con los pacientes.

El estresor con media más alta en esta dimensión es "Equivocarme en un procedimiento: meter la pata" con una media de 1,51, el cual se clasifica como un nivel de estrés leve. Aunque este factor no está directamente relacionado con la comunicación con el paciente, sugiere que los estudiantes están preocupados por cometer errores durante la realización de procedimientos clínicos, lo que podría afectar su confianza y desempeño en la relación con el paciente.

Otros factores con medias relativamente altas, aunque clasificados como "Sin estrés", incluyen "Encontrarme en alguna situación sin saber qué hacer" (media 1,49), "Encontrarme ante una situación de emergencia" (media 1,45) y "Tener que estar con un paciente con el que es difícil de comunicarse" (media 1,45). Estos resultados sugieren que situaciones comunicativas imprevistas, urgentes o desafiantes generan cierta tensión en los estudiantes al interactuar con los pacientes.

Por otro lado, factores como "Tener que estar con un paciente terminal" (media 1,33), "No saber responder a las expectativas de los pacientes" (media 1,27) y "No saber responder al paciente" (media 1,22) obtuvieron medias ligeramente inferiores, lo que sugiere que los

estudiantes se sienten un poco más capaces de manejar estas situaciones de comunicación con los pacientes.

El factor con media más baja en esta dimensión es “No saber finalizar una conversación con el paciente” con una media de 1,19, catalogado como “Sin estrés”. Esto podría indicar que los estudiantes tienen cierta capacidad para concluir adecuadamente las interacciones con los pacientes.

En general, la dimensión “No controlar la relación con el enfermo” obtuvo una media total de 1,36, la cual se clasifica como “Sin estrés”. Esto sugiere que, en promedio, los estudiantes no perciben un nivel significativo de estrés en relación con las situaciones de interacción y comunicación con los pacientes. Sin embargo, es importante resaltar que el miedo a cometer errores durante los procedimientos sí genera estrés leve en los estudiantes, lo que podría influir indirectamente en su relación con los pacientes.

Tabla 8. Datos de la dimensión implicación emocional.

Implicación emocional		
Factores estresantes	Media	Nivel de estrés
Implicarme demasiado con el paciente	1,12	Sin estrés
Que mi personalidad en el cuidado del paciente sea importante	1,39	Sin estrés
Que me afecten las emociones del paciente	1,15	Sin estrés
Tener que estar con un paciente al que se le ha ocultado una mala noticia	1,36	Sin estrés
Total	1,25	Sin estrés

Elaboración Propia

La Tabla 8 presenta los datos de la dimensión “Implicación emocional” en relación con los estresores percibidos por los estudiantes de enfermería durante sus prácticas clínicas. Esta dimensión se centra en situaciones en las que los estudiantes se sienten emocionalmente involucrados o afectados por las circunstancias de los pacientes.

El estresor con media más alta en esta dimensión es “Que mi personalidad en el cuidado del paciente

sea importante” con una media de 1,39, que se clasifica como “Sin estrés”. Si bien no alcanza un nivel significativo de estrés, este resultado sugiere que los estudiantes son conscientes de la importancia de su propia personalidad y actitud en su relación con los pacientes, lo que podría generar cierta preocupación sobre el impacto que tienen en el cuidado.

El segundo factor con media más alta es “Tener que estar con un paciente al que se le han ocultado

una mal noticia” con una media de 1,36, clasificado también como “Sin estrés”. Este resultado indica que los estudiantes pueden sentir algún malestar o conflicto emocional al interactuar con pacientes que no han recibido información completa sobre su estado de salud.

Los factores “Que me afecten las emociones del paciente” (media 1,15) y “Implicarme demasiado con el paciente” (media 1,12) obtuvieron medias inferiores, ambos clasificados como “Sin estrés”. Estos resultados sugieren que los estudiantes logran mantener cierta distancia emocional

y evitan involucrarse excesivamente con las situaciones personales de los pacientes.

En general, la dimensión “Implicación emocional” obtuvo una media total de 1,25, la cual se clasifica como “Sin estrés”. Esto indica que, en promedio, los estudiantes no perciben un nivel significativo de estrés en relación con situaciones que involucran una conexión emocional con los pacientes. Sin embargo, es importante resaltar que los estudiantes reconocen la importancia de su propia personalidad y actitud en la atención al paciente, lo que podría generar cierta reflexión y autoconocimiento.

Tabla 9. Datos de la dimensión dañarse en la relación con el enfermo.

Implicación emocional		
Factores estresantes	Media	Nivel de estrés
Implicarme demasiado con el paciente	1,12	Sin estrés
Que mi personalidad en el cuidado del paciente sea importante	1,39	Sin estrés
Que me afecten las emociones del paciente	1,15	Sin estrés
Tener que estar con un paciente al que se le ha ocultado una mala noticia	1,36	Sin estrés
Total	1,25	Sin estrés

Elaboración Propia

La Tabla 9 presenta los datos de la dimensión "Dañarse en la relación con el enfermo" en relación con los estresores percibidos por los estudiantes de enfermería durante sus prácticas clínicas. Esta dimensión se centra en situaciones en las que los estudiantes se sienten vulnerables o expuestos a daños físicos o emocionales en su interacción con los pacientes.

El estresor con media más alta en esta dimensión es “Pincharse con una aguja infectada” con una

media de 1,58, el cual se clasifica como un nivel de estrés leve. Este resultado indica que los estudiantes experimentan cierta preocupación por el riesgo de exposición a patógenos a través de accidentes con agujas durante su práctica clínica.

El segundo factor con media más alta es “Recibir la denuncia de un paciente” con una media de 1,49, clasificado como “Sin estrés”. Si bien no alcanza un nivel significativo de estrés, este resultado

sugiere que los estudiantes son conscientes de la posibilidad de enfrentar quejas o quejas de los pacientes, lo que podría generar cierta preocupación.

Otros factores como "Que un paciente que estaba mejorando empiece a empeorar" (media 1,41), "Que el paciente me trate mal" (media 1,32) y "Que el paciente no me respete" (media 1,27) obtuvieron medias más bajas, todos clasificados como "Sin estrés". Estos resultados sugieren que los estudiantes se sienten relativamente capaces de manejar situaciones de deterioro clínico o

de tratamiento inadecuado por parte de los pacientes.

En general, la dimensión "Dañarse en la relación con el enfermo" obtuvo una media total de 1,41, la cual se clasifica como "Sin estrés". Esto indica que, en promedio, los estudiantes no perciben un nivel significativo de estrés en relación con situaciones que implican riesgo de daño físico o emocional en su interacción con los pacientes. Sin embargo, es importante señalar que el riesgo de pincharse con una aguja infectada causa un estrés leve en los estudiantes.

Tabla 10. Datos de la dimensión el enfermo busca una relación afectiva.

El enfermo busca una relación afectiva		
Factores estresantes	Media	Nivel de estrés
Que el paciente toque ciertas partes de mi cuerpo	1,55	Leve
Que un paciente se me insinúe	1,31	Sin estrés
Total	1,43	Sin estrés

Elaboración Propia

La Tabla 10 presenta los datos de la dimensión " El enfermo busca una relación afectiva" en relación con los estresores percibidos por los estudiantes de enfermería durante sus prácticas clínicas. Esta dimensión se centra en situaciones en las que los estudiantes se sienten incómodos o vulnerables debido a avances o contacto físico inadecuado por parte de los pacientes.

El estresor con media más alta en esta dimensión es "Que el paciente toque ciertas partes de mi cuerpo" con una media de 1,55, el cual se clasifica como un nivel de estrés leve. Este resultado

sugiere que los estudiantes experimentan cierto malestar y preocupación por la posibilidad de que los pacientes tengan contacto físico inadecuado con ellos durante los cuidados de enfermería.

El segundo factor, "Que un paciente se me insinúe", obtuvo una media de 1,31, catalogado como "Sin estrés". Si bien no alcanza un nivel significativo de estrés, este resultado indica que los estudiantes son conscientes de la posibilidad de recibir insinuaciones o propuestas inapropiadas por parte de los pacientes, lo que podría generar algún malestar o malestar.

En general, la dimensión “El enfermo busca una relación afectiva” obtuvo una media total de 1,43, la cual se clasifica como “Sin estrés”. Esto sugiere que, en promedio, los estudiantes no perciben un nivel significativo de estrés en relación con

situaciones que implican un abordaje emocional inadecuado por parte de los pacientes. Sin embargo, es importante señalar que el contacto físico inadecuado causa estrés leve en los estudiantes.

Tabla 11. Datos de la dimensión sobrecarga.

El enfermo busca una relación afectiva		
Factores estresantes	Media	Nivel de estrés
La sobrecarga de trabajo	1,56	Leve
Recibir órdenes contradictorias	1,40	Sin estrés
Tener que trabajar con pacientes agresivos	1,43	Sin estrés
Tener que estar con un paciente con el que es difícil de comunicarse	1,45	Sin estrés
Tener que estar con un paciente al que se le ha ocultado una mala noticia	1,36	Sin estrés
Total	1,44	Sin estrés

Elaboración Propia

La Tabla 11 presenta los datos de la dimensión “Sobrecarga” en relación con los estresores percibidos por los estudiantes de enfermería durante sus prácticas clínicas. Esta dimensión se centra en situaciones en las que los estudiantes se sienten abrumados por la cantidad de trabajo o las demandas complejas de los pacientes.

El estresor con media más alta en esta dimensión es “La sobrecarga de trabajo” con una media de 1,56, el cual se clasifica como un nivel de estrés leve. Este resultado sugiere que los estudiantes experimentan cierta presión y abrumador debido a la cantidad de tareas y responsabilidades que deben asumir durante sus prácticas clínicas.

Otros factores como “Tener que estar con un

paciente con el que es difícil de comunicarse” (media 1,45), “Tener que trabajar con pacientes agresivos” (media 1,43) y “Recibir órdenes contradictorias” (media 1,40) obtuvieron medias relativamente altas. aunque están catalogados como “Sin estrés”. Estos resultados indican que los estudiantes enfrentan ciertos desafíos al interactuar con pacientes que presentan dificultades de comunicación o conductas agresivas, además de recibir instrucciones inconsistentes por parte del personal de salud.

El factor con media más baja en esta dimensión es “Tener que estar con un paciente al que se le han ocultado una mala noticia” con una media de 1,36, catalogado como “Sin estrés”. Si bien no genera

un nivel significativo de estrés, este resultado sugiere que los estudiantes pueden sentir cierta incomodidad al interactuar con pacientes que no han recibido información completa sobre su estado de salud.

En general, la dimensión “Sobrecarga” obtuvo una media total de 1,44, la cual se clasifica como

4- Discusión

Dentro de la población estudiada se evidencia un claro predominio del género femenino, como ha sido a lo largo de los años desde que se inició esta profesión, la mayoría solteros y con un rango de entre 20-24 años de edad. La mayoría han asistido a todas sus prácticas clínicas a pesar del tiempo y la distancia que les toma en llegar, por otro lado, gran parte de ellos manifiesta tener una actitud colaboradora al momento de realizar sus prácticas pues tienen una buena relación con las personas dentro del campo clínico, esto hace referencia a la entrega y la responsabilidad que le ponen a su formación profesional.

Los factores referidos por los estudiantes de enfermería representan tan solamente una media alta de estrés, lo que significa que todos ellos tienen un nivel leve de estrés durante sus prácticas clínicas. En primer lugar, tenemos a la dimensión “Impotencia e incertidumbre” en la cual su estresor principal y el que más puntaje obtuvo fue «Las diferencias entre lo que aprendemos y lo que vemos en prácticas (media 1,71)», esto hace relación a un estudio hecho en Chile, donde se manifiesta que en el inicio de la formación los estudiantes empiezan a relacionar lo teórico con la práctica y afrontan por primera vez escenarios que requieren de una gran responsabilidad,

“Sin estrés”. Esto indica que, en promedio, los estudiantes no perciben un nivel significativo de estrés en relación con situaciones de sobrecarga laboral o demandas complejas de los pacientes. Sin embargo, es importante señalar que la sobrecarga de trabajo sí genera estrés leve en los estudiantes.

provocando en ellos altos niveles de ansiedad y estrés al momento de actuar (11). Según otro estudio hecho en España, para los estudiantes fundamental tener una base teórica apropiada de los conocimientos adquiridos previamente en el aula para poder entender la práctica clínica; ya que se considera necesario tener fundamentos que le permitan al estudiante analizar las acciones que se debe tomar ante diversas situaciones, en base a un pensamiento crítico-reflexivo (12).

Por otra parte, la dimensión “Falta de competencia” tiene relación con las siguientes dimensiones: “No controlar la relación con el enfermo”, “Dañarse en la relación con el enfermo” e “Impotencia e incertidumbre”, pues los factores «Pincharme con una aguja infectada (media 1,58)» y «Equivocarme en un procedimiento “meter la pata” (media 1,51)» dieron como resultado en las cuatro dimensiones. En España (9), México (13) y Perú (14) sus respectivos estudios coinciden en que los principales factores que generaron estrés fueron Pincharme con una aguja infectada y Equivocarme en un procedimiento “meter la pata”, lo que demuestra una relación entre el presente estudio y las anteriores investigaciones, sugiriendo mayor responsabilidad y conciencia al momento de realizar un procedimiento en el paciente.

Después tenemos a la dimensión “Sobrecarga” en la cual el factor de estrés fue «Sobrecarga asociada al trabajo (1,56)», según investigaciones realizadas en Malasia (15) y Colombia (16) coinciden en que uno de los principales factores estresores es la sobrecarga del trabajo, lo que indica que existe cierta similitud entre el presente estudio y los antes mencionados, ya que según otra investigación realizada en Ecuador (17), manifiesta que la realización de múltiples actividades al mismo tiempo y de forma repetitiva con una cantidad considerable de pacientes, va provocar estrés y frustración en el personal de enfermería, además de no poder brindar una atención de calidad de forma individualizada.

De igual manera, la dimensión “El enfermo busca una relación afectiva” aquí tenemos como estresor principal «Que el paciente toque ciertas partes de mi cuerpo (media 1,55)», tiene relación con una investigación realizada en Colombia (18), en la cual manifiesta que cierta población de estudiantes presentan estrés con la idea que el paciente toque ciertas partes de mi cuerpo; y es que muchos pacientes pueden confundir la amabilidad con algún un tipo de relación íntima al momento de realizar procedimiento terapéutico, y es deber del estudiante poner en claro su rol como profesional y saber manejar la situación cuando se presenta.

Por último, tenemos a la dimensión “Contacto con el sufrimiento” en la cual su estresor fue «Ver morir a un paciente (media 1,50)», y esto hace relación con una investigación realizada en Colombia, (18) en la cual la mayoría de los estudiantes manifestaron que ver morir a un paciente es una situación que les genera mucho estrés, el simple

hecho de ver morir a un paciente puede llegar a ser doloroso y no fácil de aceptar. En la mayoría de las asignaturas se le prepara al estudiante sobre el cuidado de la salud y la vida; pero no para situaciones relacionadas con la muerte, en donde el proceso de morir va a ser inevitable y esto puede repercutir en la actitud o el desempeño del estudiante generándole una situación de estrés al no saber controlar sus sentimientos ante dichos eventos (19).

5- Conclusión

A partir de los hallazgos encontrados es necesario identificar que la “falta de competencia”, “contacto con el sufrimiento”, “impotencia e incertidumbre”, “no controlar la relación con el enfermo”, “dañarse en la relación con el enfermo”, “el enfermo busca una relación afectiva” y la “sobrecarga” presentaron una media $>1,50$ que corresponde a estrés leve, destacando así ser las principales fuentes generadoras de estrés leve en los estudiantes de enfermería.

Esta investigación da una idea de los principales factores de estrés a los que se enfrentan los estudiantes de enfermería a lo largo de sus prácticas clínicas, poniendo de manifiesto la importancia de buscar estrategias enfocadas a reducir el nivel de estrés, para que el estudiante pueda adquirir competencias profesionales y que a futuro pueda brindar una atención de calidad.

Referencias Bibliográficas

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). Salud ocupacional: Estrés en el lugar de trabajo [Internet]. 2020 [cited 2023 Dec 17]. Available from: <https://www.who.int/news->

- room/questions-and-answers/item/occupational-health-stress-at-the-workplace
2. Yohanna DE, Cardona B, Yohanna Bedoya-Cardona E, Andrés Vásquez-Caballero D. Estrés y funcionamiento cognitivo en universitarios. *Revista Chilena de Neuropsicología*, ISSN 0718-0551, Vol 14, No 1 (Agosto), 2019, págs 23-29 [Internet]. 2019 [cited 2023 Dec 17];14(1):23–9. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7855458&info=resumen&idioma=SPA>
 3. Rueda García DE, Borja Cevallos LT, Flores Villacís MS, Carvajal Andrade L de J. Relación entre estrés y rendimiento académico de estudiantes de enfermería de una universidad ecuatoriana. *INSPILIP*. 2021 May 26;5.
 4. Gurková E, Zeleníková R. Nursing students' perceived stress, coping strategies, health and supervisory approaches in clinical practice: A Slovak and Czech perspective. *Nurse Educ Today* [Internet]. 2018 Mar 6 [cited 2023 Dec 21]; 65:4–10. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0260691718300959>
 5. Iraizoz Barrios AM, León García G de los Á, García V. Percepción de estrés de estudiantes universitarios de las carreras de la salud en etapa postpandemia. *ResearchGate* [Internet]. 2023 Aug 18 [cited 2023 Dec 21];19. Available from: <https://www.researchgate.net/publication/373199001>
 6. Toala Largo BL, Peña Arias J], Suconota Pintado AL. Factores de estrés que influyen en los internos de enfermería. *Polo del Conocimiento* [Internet]. 2023 Jan [cited 2023 Dec 21];8(1). Available from: <https://www.polodelconocimiento.com/ojs/index.php/es/article/view/5111/12422>
 7. Carvajal Andrade LD], Logacho Villacís B del R, Rojas Jaramillo RR. Prevalencia de síndrome de burnout en los estudiantes de la Carrera de Enfermería de la Universidad Central del Ecuador. *Revista Científica Retos de la Ciencia*. 2020 Jan 1;4(8):38–54.
 8. Pérez L, Pérez R, Seca MV. Metodología de la investigación científica [Internet]. 1st ed. Vol. o. Buenos Aires : Ituzaingó, Editorial Maipue.; 2020 [cited 2024 Jan 16]. 230 p. Available from: <https://elibro.net/es/ereader/uta/138497?page=230>
 9. Bernedo-García MC, Quiroga-Sánchez E, Liébana-Presa C, Márquez-Álvarez L, Arias-Ramos N, Fernández-Martínez E. Index Enferm. 2022 [cited 2024 Jan 16]. p. 222–6 Factores estresores, Inteligencia Emocional y Engagement en los estudiantes de enfermería durante sus prácticas clínicas. Available from: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962022000300018
 10. Gorostidi XZ, Uranga Iturriotz M], Alberdi Erize M], Lasa MB. Kezkak: cuestionario bilingüe de estresores de los estudiantes de enfermería en las prácticas clínicas. *Gac Sanit* [Internet]. 2003 [cited 2024 Feb 21];17(1):37–51. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911103716896>
 11. Mosqueira-Soto C, Poblete-Troncoso M. Relación entre el nivel de ansiedad y rendimiento académico en estudiantes de enfermería. *Enfermería Universitaria*. 2021 May 3;17(4):437–48.
 12. García-Carpintero-Blas E, Siles-González

-], Martínez-Miguel E, Manso-Perea C, Martínez -Roche ME, Gómez-Sánchez AF, et al. Percepciones de los estudiantes de enfermería sobre el uso del portafolio en la integración teórico-práctica. *Index de Enfermería* [Internet]. 2004 Jun [cited 2024 Jul 30];30(1-2):129-33. Available from: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962021000100028&lng=es&nrm=iso&tlng=es
13. Enríquez Reyna MC, Chavarría Saucedo KM. Estresores percibidos por los estudiantes de enfermería durante las prácticas clínicas. Diferencias entre programas educativos. *Index de Enfermería* [Internet]. 2019 Dec 9 [cited 2023 Dec 21];28. Available from: https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962019000100017&script=sci_arttext
 14. Aroste Huaisara NK. Factores estresores en estudiantes de Enfermería que participan en prácticas Pre-profesionales de la Universidad Privada Norbert Wiener, Lima – 2019 [Internet]. Universidad Privada Norbert Wiener. [Lima - Perú]: Universidad Privada Norbert Wiener; 2019 [cited 2023 Dec 21]. Available from: <https://repositorio.uwiener.edu.pe/handle/20.500.13053/3048>
 15. Latif RA, Nor MZM. Stressors and Coping Strategies during Clinical Practice among Diploma Nursing Students. *Malays J Med Sci* [Internet]. 2019 [cited 2023 Dec 21];26(2):88. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36687220/>
 16. Celeita-Perdomo DV, Ruiz-Cortés KY, Portilla-Díaz M. Estrés académico en estudiantes del Programa de Enfermería de la Universidad de los Llanos. *Boletín Semillero de Investigación en Familia*. 2023 Jul 5;5(1).
 17. Del Valle Solórzano KS, del Valle Solórzano KS. La sobrecarga laboral del personal de enfermería que influye en la atención a pacientes. *Revista San Gregorio* [Internet]. 2021 [cited 2024 Jul 30];1(47):165-79. Available from: http://scielo.senescyt.gob.ec/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2528-79072021000400165&lng=es&nrm=iso&tlng=es
 18. Ruidiaz Gómez KS, Peinado Valencia LP, Osorio Contreras LV. Estrés en estudiantes de enfermería que realizan prácticas clínicas en una institución universitaria de Cartagena Colombia, 2019. *Archivos de Medicina (Col)* [Internet]. 2020 [cited 2024 Jul 30];20. Available from: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=273863770015>
 - 19- Reyes García E. Actitudes de los internos de enfermería ante la muerte de pacientes hospitalizados de un hospital nacional, 2020 [Internet]. [Lima, Perú]: Universidad César Vallejo; 2020 [cited 2024 Jul 30]. Available from: <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/74781>

ALFABETIZACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD. REVISIÓN SISTEMÁTICA

LITERACY IN PRIMARY HEALTH CARE. SYSTEMATIC REVIEW

Cedeño Toapanta Cindy Belen¹ , José Luis Herrera López²

Citar como:

Cedeño T. Herrera L.
Alfabetización en atención primaria en salud. Revisión sistemática. Rev. Recien. 2024; 13 (3)

Correspondencia:

ccedeno4858@uta.edu.ec

Recibido: 13/08/2024

Aprobado: 12/09/2024

En línea: 10/12/2024

Resumen

La alfabetización en salud se refiere a “las habilidades sociales y cognitivas que determinan la capacidad que tiene el personal de salud para acceder, entender y utilizar la información de forma que le permita involucrar a los pacientes en su propia atención con el fin de desarrollar habilidades que propicie conductas de autocuidado para el control de su salud, mayor capacidad de seguir sus tratamientos e interpretar signos y síntomas de alarma, y así ser capaces de prevenir factores de riesgo. Objetivo: Analizar la alfabetización en atención primaria en salud, basada en la revisión sistemática. Materiales y métodos: Se empleó un documento de investigación bajo la modalidad de revisión sistemática recopilando información de bases de datos: Google académico, Pubmed, SciELO, mediante descriptores como: "alfabetización en enfermería", "alfabetización en atención primaria". En español, inglés y portugués entre los años 2020 y 2024. Resultados: La alfabetización en atención

¹. Estudiante de la Carrera de Enfermería. Universidad Técnica de Ambato. Facultad Ciencias de la Salud.

<https://orcid.org/0000-0001-5683-2947>

². <https://orcid.org/0000-0002-2196-4875> PhD. en Ciencias de la Salud. Coordinador de la carrera de enfermería, Universidad Técnica de Ambato. jl.herrera@uta.edu.ec

primaria se debe seguir fomentado para promover la atención, prevenir enfermedades y motivar a la población a cumplir con sus obligaciones con el objetivo de mantener su estado de salud en buenas condiciones. Conclusiones: Se ha evidenciado que tener la capacidad de alfabetizar repercute en las personas y también en la comunidad debido a que se adquiere el empoderamiento personal, este no es solo un reto para el paciente sino para el personal de salud en especial el de enfermería ya que este es el encargado de acompañar y explicar al paciente en todo momento.

Palabras clave: alfabetización en enfermería, salud, atención primaria.

Abstract

Health literacy refers to "the social and cognitive skills that determine the ability of health personnel to access, understand and use information in a way that allows them to involve patients in their own care in order to develop skills that foster self-care behaviors for the control of their health, greater ability to follow their treatments and interpret alarm signs and symptoms, and thus be able to prevent risk factors. Objective: To analyze literacy in primary health care, based on a systematic review. Materials and methods: A research document was used under the systematic review modality, compiling information from databases: Google Scholar, Pudmed, SciELO, using descriptors such as: "literacy in nursing", "literacy in primary health care". In Spanish, English and Portuguese between 2020 and 2024. Results: Literacy in primary care should be further promoted to promote care, prevent diseases and motivate the population to fulfill their obligations with the aim of maintaining their health status in good conditions. Conclusions: It has been evidenced that having the ability to become literate has an impact on people and on the community because personal empowerment is acquired, this is not only a challenge for the patient but also for the health staff especially the nursing staff since

they oversee accompanying and explaining the patient at all times.

Key words: nursing literacy, health, primary care.

1. Introducción

La alfabetización en salud (AS) se refiere a “las habilidades sociales y cognitivas que determinan el nivel de motivación y capacidad que tiene el personal de salud para acceder, entender y utilizar la información de forma que le permita promover y mantener una buena salud en el usuario. Sin embargo, esta va más allá de una simple educación, su objetivo es involucrar a los pacientes en su propia atención y desarrollar habilidades que propicie conductas de autocuidado para el control de su salud, mayor capacidad de seguir sus tratamientos de manera correcta e interpretar signos y síntomas de alarma y así ser capaces de prevenir factores de riesgo que pueden atentar contra su vida.

Según la OMS, la alfabetización en el ámbito de salud es crucial para el empoderamiento de la población considerándolo como un instrumento indispensable para lograr alcanzar la salud en su total plenitud, este pone como ejemplo a grandes países desarrollados como Estados Unidos, Canadá, y China, que han incluido la AS como una prioridad clave en sus políticas públicas reconociéndola como un derecho humano hace más de 50 años en la Declaración Universal de los Derechos Humanos siendo un tema controversial en otros países debido a que se sigue denegando tal derecho a una proporción tan grande de la humanidad.

Se estima que en EE. UU el 36% de la población presenta una AS inadecuada, en dicho país, se observó en un estudio que un tercio de los pacientes que concurrían a un hospital privado y la mitad de los que asistían a uno público presentaban

limitaciones. En América Latina parecería no haber datos accesibles sobre la frecuencia de inadecuada AS. Sin embargo, considerando que en la región hay aproximadamente 38 millones de adultos analfabetos, es probable que sea un grave problema regional (1).

Ahora bien, en Ecuador, se realizó un estudio con 817 participantes en la ciudad de Cuenca con una muestra de once parroquias adicionalmente se recopilaron variables sociodemográficas y sanitarias determinando considerables diferencias en el índice de alfabetización de cada parroquia ya que tres parroquias presentan índices de alfabetización en salud significativamente mejores que las demás. Sin embargo, una parroquia se destaca por resultados muy malos, demostrando que la población en la cual se desarrolla la persona tiene un impacto significativo en la AS. Así pues se demostró que más del 50% de los pacientes no poseen una buena adherencia en cuanto a la alfabetización en atención en salud, permitiéndonos concluir que, una buena AS reduciría la cantidad de consultas en los establecimientos de primer nivel de atención y permitiría ofrecer más tiempo a los pacientes. Además, se recomienda realizar nuevos estudios para determinar si la población de otros centros de salud se encuentra en la misma situación que la población estudiada con el fin de tomar medidas oportunas y lograr una mejora en la calidad de vida los usuarios (2).

Como resultado, se muestra que en los últimos años, aún existe deficiencia en ciertas poblaciones como indígenas y adultos mayores debido a la falta de entendimiento por parte del personal de salud al dirigirse hacia el

paciente debido a barreras como la formación médica continuista y tradicional, las jerarquías establecidas dentro del sistema sanitario, permitiéndonos evidenciar que el nivel bajo de AS causa más gastos personales, deterioro de la salud, mayor número de consultas en los servicios de emergencia, gastos públicos en las instituciones de salud y una alta de tasa de morbi-mortalidad en el paciente. Estas características sumadas a la dificultad que posee el personal de salud para adaptarse a esta población hacen que la alfabetización sea limitada.

Por tal motivo, el profesional de salud debe considerar diferentes aspectos para una correcta alfabetización centrándose en la comunicación oral, comunicación escrita, la autogestión y el empoderamiento del paciente, Desde este punto de vista, la educación para la salud constituye el proceso que engloba las diferentes intervenciones y actividades enfocadas a mejorar la alfabetización para la salud incrementando los conocimientos como un incentivo para el logro de competencias de cada individuo.

En base a lo expuesto, esta investigación es de gran importancia, ya que es muy útil para futuras generaciones debido a que en los establecimientos de primer nivel acude el mayor porcentaje de población es por ello que es necesario dispersar cualquier duda en el usuario para evitar repercusiones negativas a futuro. Por ende, este estudio tiene como objetivo analizar la alfabetización en atención primaria en salud, basada en la revisión sistemática.

2- Materiales y Métodos

La presente investigación tiene como base una metodología sistemática, se empleó un

documento de investigación bajo la modalidad de Revisión Sistemática (R.S.). El método empleado para la recopilación y clasificación de datos sigue el enfoque PRISMA, asegurando la rigurosidad de la información. Este enfoque se implementó con el objetivo de analizar la alfabetización de enfermería en el contexto de la atención primaria en salud.

Criterios de inclusión:

- Documentos que incluyan en el título los términos "alfabetización en enfermería", "alfabetización en atención primaria", "alfabetización en salud".
- Artículos encontrados con la ecuación de búsqueda "literacy in primary health care"
- Artículos de acceso abierto a los artículos completos.
- Artículos de idiomas: inglés, español y portugués.
- Artículos publicados del 2020 al 2024.

Criterios de exclusión:

- Artículos en idiomas sin opción a traducción.
- Artículos sin fundamentación científica.
- Documentos no relacionados con la alfabetización en atención primaria en salud.
- Estudios repetidos.

Motores de búsqueda: Google Académico, PubMed, SciELO.

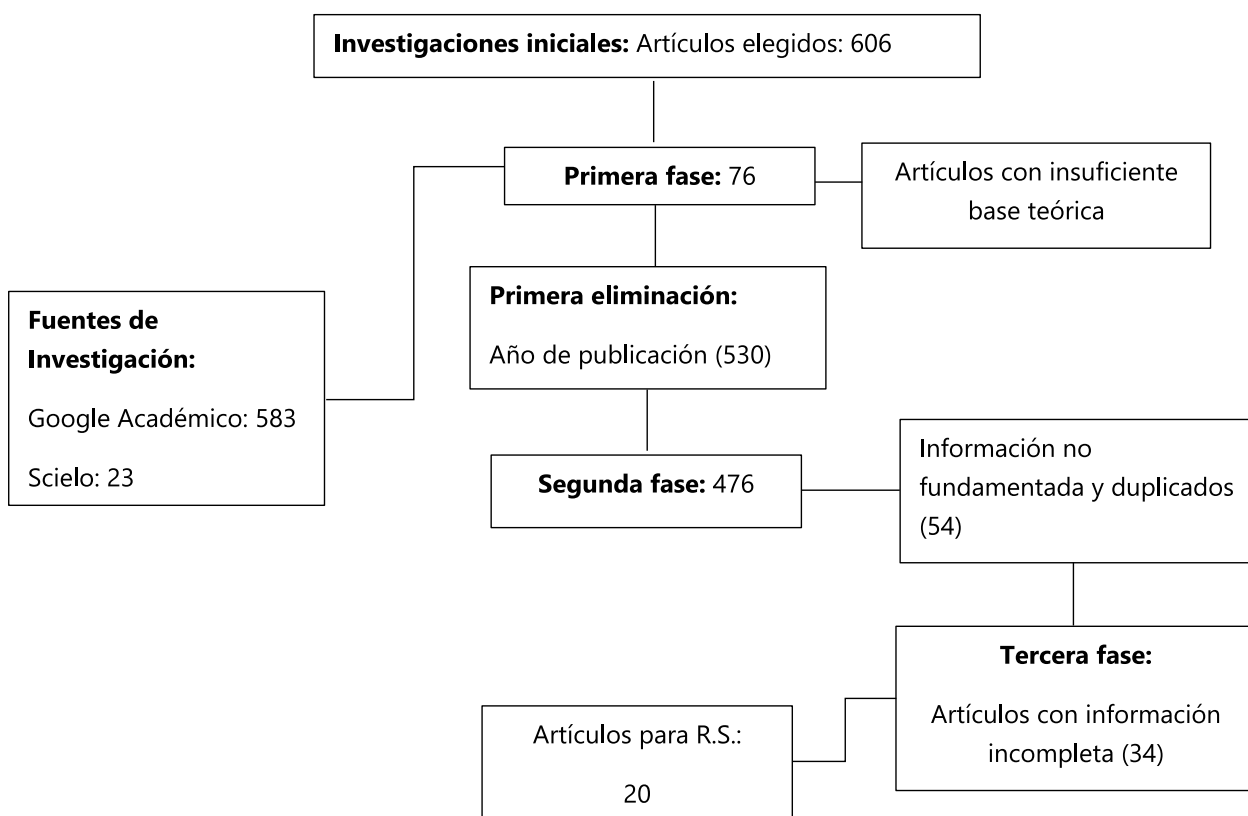
Estrategia de investigación bibliográfica: términos claves: "alfabetización", "alfabetización en atención primaria", "alfabetización en enfermería", "salud y alfabetización"; idioma: inglés, español, portugués; operadores booleanos: AND, OR, NOT; año de publicación: últimos 5 años (2020 al 2024); principales fuentes de investigación: Google académico y Scielo.

3- Resultados

Al emplear los criterios de búsqueda se identifican 606 artículos de investigaciones iniciales, en base a los criterios de exclusión se determina excluir 530 artículos ya que están fuera del periodo establecido, seguido de esto

se procede a la segunda fase de selección con mayor riguridad y se descarta 54 artículos más por información incompleta, duplicadas y no fundamentada, obteniendo 22 artículos que cumplen todos los criterios para proceder con la revisión bibliográfica.

Figura 1. Diagrama de flujo que describe el proceso de búsqueda, parámetros de exclusión y total de artículos utilizados para el análisis de resultados.



Fuente: Proceso de búsqueda de artículos para R.S.

Elaboración: Autores

Para el proceso de extracción de datos, se utilizó un enfoque organizado mediante la creación de una tabla que incluye diversos indicadores para clasificar los artículos revisados. Estos indicadores abarcaban: título del artículo, autor/es, año de publicación, diseño de estudio, resultados y URL/DOI. Esta clasificación detallada de los artículos posibilitó la agrupación, comparación y posterior redacción del artículo de revisión sistemática. La estructuración de la información de esta manera facilitó la síntesis coherente de los resultados y contribuyó a la presentación ordenada de la revisión sistemática.

Titulo	Autor y año	Metodología	Resultados
Alfabetización en la salud en pacientes con prescripción de hipolipemiantes: una mirada desde la atención primaria	Bertoldo Pamela, Brassiolo María Belén, Álvarez Valdés Luis María. 2022	Estudio prospectivo	Participaron 178 pacientes, 63% mujeres. El puntaje promedio de SAHLSA fue $43,4 \pm 5,5$. Se encontró una inadecuada alfabetización en 24% pacientes. El valor promedio de colesterol en entre grupo de pacientes fue 235,17mg/dl vs 193,53mg/dl quienes tenían adecuada alfabetización en salud. Se realizó un análisis multivariado que mostró asociación entre inadecuada alfabetización en salud, bajo nivel de educación y conocimiento del paciente. El número de internaciones y la aparición de eventos coronarios fueron significativamente mayor en los pacientes con alfabetización en salud insuficiente (3).
Alfabetización en salud y estrategias de cambio conductual para el enfrentamiento a la COVID -19	Bonal Ruiz Rolando, Leyva Caballero Raúl, Rodríguez Espinosa Ana Hortensia 2021	Revisión bibliográfica	Resulta importante señalar que, aunque existan organizaciones internacionales oficiales que brinden información confiable, deben adaptarse al contexto local, a la situación socioeconómica y a la disponibilidad de recursos de cada país; además la información sobre una epidemia nueva puede ser cambiante a medida que se incorporan nuevos conocimientos y descubrimientos (4).
Aportaciones de la alfabetización en salud a la seguridad del paciente en atención primaria: una revisión de alcance	Euni de Oliveira Cavalcanti Patrícia Silva de Figueiredo Lorena Campos Santos Moara Avila de Jesus Moreira Renata Gonçalves Paulino Thatianny Tanferri de Brito Paranaguá 2024	Revisión exploratoria	Se encontró un total de 3.749 estudios, de los que se seleccionaron 23. De ellos surgieron las siguientes categorías: "Impacto de la alfabetización sanitaria en el compromiso y los resultados sanitarios de los usuarios de atención primaria", "Intervenciones que contribuyen a la alfabetización sanitaria en atención primaria" y "Evaluación de las perspectivas de los usuarios y los profesionales sobre la alfabetización sanitaria" (5).
Alfabetización en salud y adherencia al tratamiento de enfermedades crónicas en un centro de atención primaria	Luis Fernando Cieza Arámbulo, Ángel Enrique Zapata Bayona 2022	Estudio transversal-analítico-observacional	El 69,3 % tenía una alfabetización sanitaria suficiente, mientras que en el 30,7 % fue inadecuada. El 25,2 % de los pacientes son adherentes al tratamiento (farmacológico y no farmacológico), mientras que el 74,8 % no tienen buena adherencia al tratamiento. El 43,9% de los pacientes tienen buena adherencia al tratamiento farmacológico, lo cual se encuentra asociado a la edad y el nivel socioeconómico. El 49,7% tenía buena adherencia al tratamiento no farmacológico y no se encontró asociación con alguna característica sociodemográfica (6).

Alfabetización en salud y adherencia farmacológica en adultos mayores con enfermedades crónicas, de la ciudad de Temuco	Figueroa Saavedra Soledad, Otzen Tamara Francisca, Figueroa Delgado Viviana, Sanhueza Patricio, Candia Jeremy.	Diseño de corte transversal	Todos los participantes tuvieron un rendimiento cognitivo global adecuado; El 24% tenía una alfabetización inadecuada y el 42% no cumplía con la prescripción de medicamentos. Hubo una correlación significativa entre la alfabetización sanitaria y la adherencia a la medicación (7).
Efectos de la intervención educativa en la alfabetización en salud y el conocimiento sobre la diabetes: estudio cuasiexperimental	Robson Giovanni Paes, Maria de Fátima Mantovani, Marta Cossetin Costa, Adriana Cordeiro Lopes Pereira, Luciana Puchalski Kalinke, Ricardo Castanho Moreira 2022	Estudio cuasiexperimental	La mayoría fueron mujeres (69,7%), con una edad media de 57,0 años, menos de nueve años de escolaridad (69,7%) y tiempo de diagnóstico ≤ 10 años (51,5%). Después de la intervención, hubo un aumento en el conocimiento sobre diabetes ($p = 0,001$), correlacionado con la alfabetización en salud ($r = 0,494$ $p = 0,001$) y el tiempo desde el diagnóstico ($r = 0,455$ $p = 0,001$). El uso de instrumentos para medir la alfabetización en salud y el conocimiento sobre la diabetes permitieron la construcción de estrategias educativas orientadas a las brechas existentes, aumentando su conocimiento, lo que favorece el desarrollo de habilidades para el autocuidado (8).
Validación del test Nuevo Signo Vital para la medición de la alfabetización en salud	González-Burboa Alexis, Vera-Calza-Retta Aldo, Villaseca-Silva Patricia, Otero-Puime Ángel, Sepúlveda-Bustamante Bárbara, Troncoso-Gutiérrez Fabiola 2023	Estudio descriptivo transversal	El puntaje total del NVS se correlacionó inversamente con el puntaje del HLS-32-Chile ($\rho = -0,198$; $p \leq 0,01$), el cual a una mayor puntuación indica la existencia de un mayor analfabetismo en salud. A su vez, se relacionó de modo positivo con el nivel de estudios ($\rho = 0,247$; $p \leq 0,01$), con el puntaje del test TOFHLA Cálculo-Chile ($\rho = 0,428$; $p \leq 0,01$), TOFHLA-Comprensión -Chile ($\rho = 0,095$; $p \leq 0,01$), y el TOFHLA-Total-Chile ($\rho = 0,437$; $p \leq 0,01$). Por otra parte, no se encontraron relaciones estadísticamente significativas con la edad ni con el ingreso familiar promedio (9).
Nivel de Alfabetización en Salud entre Adultos Mayores Atendidos en Dos Centros Comunitarios de Rehabilitación	Torrejón-Peces Daniela, Durán-Agüero Samuel, Pizarro-Mena Rafael, Vásquez-Vergara Ruby 2023	Estudio descriptivo-transversal	Se entrevistaron a 221 adultos mayores. El 79,5% de los adultos mayores presenta una adecuada alfabetización en salud. Las diferencias en el puntaje del cuestionario SAHLSA-50 se presentaron con la escolaridad de los participantes, es mayor el puntaje a mayor escolaridad ($p < 0,001$), y en edad, los sujetos que presentaban menor edad ($> < 75$ años) presentaban significativamente mayor puntaje ($p > < 0,05$) (10).
Grado de incumplimiento terapéutico en función del nivel de alfabetización en salud en pacientes en hemodiálisis	Pelayo-Alonso Raquel, Martínez-Álvarez Patricia, Cagigas-Villoslada M ^a José, Cobo-Sánchez José Luis, Palacio-Cornejo Clara M	Estudio prospectivo	Los pacientes con nivel de alfabetización adecuada (≥ 34 puntos) presentaron menor incumplimiento terapéutico que pacientes con alfabetización inadecuada en relación con la ganancia de peso interdialítica (78% vs 70%), potasio (67% vs 56%), albúmina (83% vs 72%) pero mayor IT con el fósforo (83,33% vs 51,44%) $-p < 0,05$ en todos los casos (11).

Expectativas en salud de las personas mayores que acuden a la atención primaria	Moreno Reyes, Paula; Cortés Muñoz, Livia; Pizarro, Rafael; Jiménez Torres, Sergio	Estudio cualitativo, descriptivo	Las expectativas de las personas mayores en este estudio dan cuenta de una atención profesional integral poco efectiva, además de la necesidad de un trato especializado al grupo poblacional específico, no sólo de los profesionales, sino también del personal administrativo de los centros de APS, considerándolos una barrera en la calidad de la atención (12).
RELACIÓN ENTRE ALFABETIZACIÓN EN SALUD Y CALIDAD DE VIDA EN PERSONAS CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL	Moura Borges Fernanda, Wellington Costa Lima Emanuel, Nunes Carvalho Gerdane Celene, De Oliveira Lima Luisa Helena, Gomes Machado Ana Larissa, Vilarouca Da Silva Ana Roberta 2022	Estudio analítico, transversal	Hubo predominio de participantes del sexo femenino (73,7%), con edad entre 40 y 60 años (87,3%), con enseñanza primaria incompleta (38,9%), 4 de los cuales relataron no haber frecuentado la escuela, no casados o en unión consensual (66,1%), auto declarados pardos (59,8%), y con renta mensual de 1 a 2 salarios mínimos (30,3%). En cuanto a la comprensión de la información sanitaria, la puntuación media en comprensión lectora ($26,2 \pm 20,1$) fue más alta que en aritmética ($17,6 \pm 7,4$). El nivel de alfabetización sanitaria era inadecuado o marginal para el 82,1% de los participantes y sólo el 17,9% se clasificó como con un nivel adecuado de HL (13).
Uso de internet y grado de alfabetización digital de las enfermeras españolas	Ros-Navarret Rosario 2022	Estudio descriptivo transversal	Se obtuvieron 697 respuestas. El 93,4 % de los encuestados tenían acceso a internet en su puesto de trabajo. Un 50,4 % se conectó con una frecuencia diaria y un 70,4 % desde ordenadores de la empresa. El género se asoció significativamente con la frecuencia de uso de internet. Se identificó como principal barrera de acceso la falta de tiempo y el insuficiente número de ordenadores. La media obtenida en la escala eHeals fue de 32,44 puntos (14).
Conocimientos de cáncer de mama y autoexploración mamaria en mujeres de la costa Oaxaqueña, una necesidad de alfabetización en salud	Jonathan L. Robles-Triste, Sindy S. Romero-Bautista, Arely Martínez, Janet del C. Bonifacio-Granados* y Beatriz Cortés-Barragán	Diseño de estudio descriptivo transversal	El 72.7% presentó un conocimiento regular sobre el cáncer de mama. En cuanto a la técnica de autoexploración mamaria, el 85.5% la realiza; de estas, el 70.2% la lleva a cabo de manera inadecuada y el 29.8% de manera adecuada. El 85.5% de las mujeres encuestadas afirmó haber recibido alguna capacitación acerca del cáncer de mama; la principal fuente de información fue el profesional de enfermería, con un 78.7% (15).
Programa de educación y alfabetización sobre prevención y atención de pacientes pediátricos con enfermedades respiratorias y asma.	Manotas Marina, Mendivelso Fredy, Páez Lady. 2023	Estudio de intervención no aleatorio.	Se incluyeron 342 sujetos, 154 asignados al grupo de intervención y 188 al grupo de control. Los niños del grupo de intervención mostraron una mayor preferencia por la lectura como actividad de ocio en comparación con los del grupo de control (la lectura ocupó la última posición de las actividades favoritas en un 18,8 frente a un 33,9%. Las variables que según el análisis multivariante tuvieron mayor influencia en la posición lectora en el ranking de actividades favoritas fueron no haber participado en la intervención (16).

Programa de educación y alfabetización sobre prevención y atención de pacientes pediátricos con enfermedades respiratorias y asma.	Manotas Marina, Mendivelso Fredy, Páez Lady. 2023	Estudio de cohorte prospectivo	Se detectó un 54% de sedentarismo, un 48% de adherencia al tratamiento, un 66% de prevalencia de factores de riesgo en el hogar y un 11% de exposición al humo de tabaco. Al abandonar el programa, los padres refirieron un buen conocimiento de la enfermedad (99,7%), con una disminución del número de ingresos en urgencias para gestión de crisis del 25,4% al 6,3%. El bienestar de la salud mostró un aumento en la ausencia de sentimientos negativos de tristeza, malestar o ansiedad generados por los ataques de tos del 53,3% al 72,5%, las alteraciones del sueño disminuyeron en un 20% (17).
Alfabetización en salud de madres trabajadoras para el manejo de Diabetes Tipo 2	Beatriz García Solano ¹ , Evelin Yesenia Hernández Jiménez ² , Juan Salvador Rodríguez Soriano 2022	Estudio cualitativo	Se identificó la categoría central Alfabetización en Salud, seis subcategorías que inciden como factores relevantes en el manejo de la DT2: Conocimiento del cuidado, Resiliencia, Negociación, Introspección, Percepción de la enfermedad e Información en Salud, esta última es el punto de partida para la adecuada gestión de la enfermedad en los años siguientes al diagnóstico (18).
Desempeño profesional del médico de familia en Nefrogeriatria en la Atención Primaria de Salud	Candelaria Brito Julio César, Ferro González Belkys, Gutiérrez Gutiérrez Carlos, Alonso Ayala Osmany. 2021	Estudio exploratorio	Existen deficiencias en la atención a pacientes nefrogeriátricos dadas fundamentalmente por insuficiencias en la superación, se identifican los modos de actuación que deben integrarse para un eficiente manejo de la Nefrogeriatria desde la Atención Primaria de Salud (19).
Preparación científica en enfermeras de la atención primaria de salud	María Caridad Reyes Caballero, Elsa Jacinta García Aguila ¹ Olga María Díaz Perez ¹ Iliana Sánchez Pérez ¹ 2020	Estudio descriptivo transversal	Se determinó una experiencia de más de 10 años de graduados como licenciadas en Enfermería en la mayoría de las muestreadas, las cifras expresan bajo nivel de conocimientos en su preparación científica, pues solo la minoría ostenta grados académicos como másteres o especialistas, se destacan las carencias en habilidades investigativas y el desconocimiento para publicar en revistas de acceso abierto (20).
Revisión y análisis sobre los determinantes de acceso a los servicios de atención primaria en población adulta mayor rural y urbana	Santoyo Sánchez Gerardo, Arredondo López Abel Armando 200	Revisión sistemática	La búsqueda inicial identificó 118 manuscritos para revisión. Los estudios fueron analizados y clasificados en 5 segmentos que involucran a 5 regiones del mundo. Los principales determinantes de acceso encontrados, fueron clasificados en habilidades personales de los adultos mayores y características propias del sistema de salud, tanto para el área rural como urbana (21).
Indicadores de Buenas Prácticas de Enfermería para grupos vulnerables en la Atención Primaria de la Salud: Revisión de Alcance	Emiko Yoshikawa Egry, Lucimara Fabiana Fornari, Monica Taminato, Sônia Maria Garcia Vigeta, Rosa Maria Godoy Serpa da Fonseca 2021	Revisión de alcance	Los datos se clasificaron según las categorías empíricas: evaluación y control de las condiciones de salud; evaluación del conocimiento sobre la salud (3 indicadores); uso de características sociodemográficas para estimar riesgos o vulnerabilidades; evaluación y seguimiento de las necesidades de salud (5 indicadores); promoción de la seguridad y la confianza en los servicios de salud. (22).

4. Discusión

Dirigirse a la población con palabras coloquiales se ha convertido en un reto a nivel global para el personal de salud, sin embargo, si este se lograra dominar la población tendría mayor control sobre su propia salud y con ello abarcaría muchas mejoras para el país, como un menor gasto de insumos al estado, mayor control de su propia salud y menor carga laboral al equipo de enfermería

Asimismo, se considera que la AS depende del nivel de educación de la persona y accesibilidad que tiene a ciertos sitios como internet para informarse más acerca del tema que desea conocer, tener bases de ayuda como folletos brindados por el centro de salud, incluso indicaciones verbales o escritas teniendo un lenguaje claro y simple al expresarse el/la enfermera hace la diferencia para el entendimiento de cada usuario considerándolo que este es individualizado (3). Es importante recalcar que hablar otros idiomas como quechua sería de gran ayuda debido a que Ecuador es un país multicultural.

Los autores mencionan que, no basta solo conocer, sino que es necesario indagar, buscar información en fuentes confiables, preguntar, reflexionar y aplicar las medidas de autocuidado para que el usuario pueda protegerse, en su estudio dice que a pesar que existen las condiciones para poder llegar al paciente hay otros factores que pueden afectar en su salud como el estado de ánimo y la desmotivación para no seguir con su tratamiento. Sin embargo, se debe mantener los comportamientos enfocados en la comprensión y entendimiento por parte de enfermería para

disminuir en lo máximo este tipo de acciones siendo uno de los retos más grandes dentro del ámbito sanitario (4).

De igual forma concuerda, que la persona tiene un impacto significativo desde el momento que es diagnosticado con alguna patología, el cual tiene una relevancia imprescindible en las decisiones siguientes e inmediatas para un abordaje adecuado del nuevo padecimiento, además la calidad de información que se proporciona es de igual manera un factor decisivo para el desarrollo de conocimientos y habilidades que influirán en el transcurso de su enfermedad. Además, menciona que las características subjetivas de los participantes como la introspección y la percepción de la enfermedad tienen una consideración importante al momento de interpretar la información proporcionada, considerándolo como un fundamento importante para comprender como las personas forman un juicio propio determinando el éxito o el fracaso del manejo terapéutico (18).

Es así como, la falta de conocimientos por parte del paciente dificulta que éstos comprendan la importancia de regirse a las indicaciones del personal de salud de ahí parte la necesidad del fomento de la AS, ya que las personas con bajos niveles de la misma presentan peores indicadores de salud, teniendo como consecuencia carencia de las habilidades y los conocimientos necesarios, lo que evitará su plena participación en la toma de decisiones. Cabe destacar que existen limitaciones en el estudio, que es la valoración del estado de ansiedad y depresión de los pacientes, considerando variables que pueden influir sobre el cumplimiento o la adherencia terapéutica. Por

ello se destaca que, es necesario seguir realizando más estudios en poblaciones más amplias, que permitan generalizar los resultados (11).

Por otra parte, los autores mencionan que, la AS es un desafío incluso para los farmacéuticos ya que muchos pacientes se acercan con dudas de cómo se debe seguir el protocolo del tratamiento, es ahí donde puede ser el momento oportuno para que la enfermera se acerque al paciente y se comuniquen para mejorar la adherencia de esta, recalcando que al utilizar palabras simples pueden lograr grandes objetivos terapéuticos. (3) Así mismo, refieren que hay una mejor adherencia al tratamiento farmacológico en aquellos pacientes que son educados en todo momento aumentando el nivel de alfabetización sanitaria, deduciendo que los pacientes con un mayor nivel de alfabetización en salud presentan una mejor adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico de manera conjunta (6).

Por consiguiente, los resultados reflejan la necesidad de abrir nuevas líneas de investigación que consideren la información e incorporación en el abordaje de la adherencia terapéutica debido a que la AS podría ser un elemento gravitante en la población de adultos mayores debido a la falta de entendimiento, factores físicos y mentales que conlleva la mayoría de personas vulnerables como adultos mayores, personas analfabetas y de bajos recursos. Pudiendo de esta forma generar un modelo más complejo que tribute al éxito de un tratamiento, haciendo énfasis en una atención profesional integral (12).

De modo que, se recomienda dar a conocer a los profesionales y personal del equipo de

enfermería la importancia de identificar el nivel de conocimiento en salud de su población e identificar grupos vulnerables, con el fin de optimizar la manera de brindar información, de tal forma que los enfermeros utilicen términos más adecuados para un mejor entendimiento o diseñen programas audiovisuales para asegurar la efectividad y adherencia de las intervenciones, ya que de este conocimiento y su buen uso, se tomarán mejores decisiones sobre el cuidado de la salud de las personas, lo que beneficiara los recursos del estado y mejores indicadores sanitarios (10).

Es importante mencionar que, los autores recalcan la importancia de realizar nuevos estudios para determinar si la población de otros centros de salud presenta las mismas dificultades debido a que el tamaño del estudio es limitado por la falta de investigación a nivel nacional, este se realizaría con fin de tomar medidas oportunas y lograr una mejora en la calidad de vida de la población haciendo énfasis en lugares sociodemográficos vulnerables.

5- Conclusión

El presente estudio demuestra que, la alfabetización en atención primaria en salud se debe seguir fomentado en las casas de salud para promover la atención, prevenir enfermedades y motivar a la población a cumplir con sus obligaciones para mantener su estado de salud en buenas condiciones, incluyendo en este proceso al enfermero/a ya que este es fundamental para que el paciente llegue a cumplir sus metas.

Es así que, se ha evidenciado que tener la capacidad de alfabetizar repercute en las

personas y también en la comunidad debido a que se adquiere el empoderamiento personal, este no es solo un reto para el paciente sino para el personal de salud en especial el de enfermería ya que este es el encargado de acompañar y explicar al paciente en todo momento, de ahí parte la importancia de que el enfermero tenga juicio propio pudiendo brindar una atención integral de calidad y calidez para el usuario sin distinción alguna.

Dado que, al promover la comprensión de la información por parte del equipo sanitario y fomentar habilidades para la toma de decisiones informadas, permite avanzar hacia sistemas de salud más equitativos ya que al invertir en programas de alfabetización efectivos se puede construir sociedades más saludables y resilientes para el futuro.

Referencias Bibliográficas

1. Konfino J, Mejia R, Majdalani MP, Perez-Stable EJ. ALFABETIZACION EN SALUD EN PACIENTES QUE ASISTEN A UN HOSPITAL UNIVERSITARIO. Medicina [Internet]. 2009 [citado 7 de julio de 2024];69(6):631. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4180496/>
2. Radax JF, Verdugo MAM, Castillo CMS. Estudio Transversal: Alfabetización de Salud en Once Parroquias Bajo la Lupa, Cuenca - Ecuador, 2016. REVISTA MÉDICA HJCA [Internet]. 30 de noviembre de 2018 [citado 7 de julio de 2024];10(3):220-7. Disponible en: <https://revistamedicahjca.iess.gob.ec/ojs/index.php/HJCA/article/view/152>
3. Bertoldo P, Brassiolo MB, Alvarez Valdés LM, Bertoldo P, Brassiolo MB, Alvarez Valdés LM. Alfabetización en la salud en pacientes con prescripción de hipolipemiantes: una mirada desde la atención primaria. Ars Pharmaceutica (Internet) [Internet]. junio de 2022 [citado 7 de julio de 2024];63(2):114-25. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2340-98942022000200114&lng=es&nrm=iso&tlng=es
4. Bonal Ruiz R, Leyva Caballero R, Rodríguez Espinosa AH, Bonal Ruiz R, Leyva Caballero R, Rodríguez Espinosa AH. Alfabetización en salud y estrategias de cambio conductual para el enfrentamiento a la COVID -19. MEDISAN [Internet]. junio de 2021 [citado 7 de julio de 2024];25(3):797-811. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1029-30192021000300797&lng=es&nrm=iso&tlng=es
5. Cavalcanti E de O, Figueiredo PS de, Santos LC, Moreira MA de J, Paulino RG, Paranaguá TT de B. Contribuições do letramento em saúde para a segurança do paciente na atenção primária: scoping review. Aquichan [Internet]. 8 de febrero de 2024 [citado 7 de julio de 2024];24(1):e2414-e2414. Disponible en: <https://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/21775>
6. Cieza Arámbulo LF, Zapata Bayona ÁE. Alfabetización en salud y adherencia al tratamiento de enfermedades crónicas en un centro de atención primaria. Revista Peruana De Ciencias De La Salud [Internet]. 2022 [citado 7 de julio de 2024];4(3):16-21.

- Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8720872>
7. Figueroa Saavedra CS, Otzen Hernández TF, Figueroa Delgado V, Sanhueza P, Candia J, Figueroa Saavedra CS, et al. Alfabetización en salud y adherencia farmacológica en adultos mayores con enfermedades crónicas, de la ciudad de Temuco. *Revista médica de Chile* [Internet]. mayo de 2020 [citado 7 de julio de 2024];148(5):653-6. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0034-98872020000500653&lng=es&nrm=iso&tlng=es
 8. Paes RG, Mantovani M de F, Costa MC, Pereira ACL, Kalinke LP, Moreira RC. Efectos de la intervención educativa en la alfabetización en salud y el conocimiento sobre la diabetes: estudio cuasiexperimental. *Esc Anna Nery* [Internet]. 1 de junio de 2022 [citado 7 de julio de 2024];26:e20210313. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/ean/a/Gdg7DbcVLH4nBjysxDcxVwK/abstract/?format=html&lang=es>
 9. González-Burboa A, Vera-Calza-Retta A, Villaseca-Silva P, Otero-Puime Á, Sepúlveda-Busta-Mante B, Troncoso-Gutiérrez F, et al. Validación del test Nuevo Signo Vital para la medición de la alfabetización en salud. *Revista médica de Chile* [Internet]. marzo de 2023 [citado 7 de julio de 2024];151(3):321-9. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0034-98872023000300321&lng=es&nrm=iso&tlng=en
 10. Torrejón-Peces D, Durán-Agüero S, Pizarro-Mena R, Vásquez-Vergara R, Torrejón-Peces D, Durán-Agüero S, et al. Nivel de Alfabetización en Salud entre Adultos Mayores Atendidos en Dos Centros Comunitarios de Rehabilitación. *Journal of Negative and No Positive Results* [Internet]. 2021 [citado 7 de julio de 2024];6(11):1327-40. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2529-850X2021001100002&lng=es&nrm=iso&tlng=es
 11. Pelayo-Alonso R, Martínez-Álvarez P, Cagigas-Villoslada M, Cobo-Sánchez JL, Palacio-Cornejo CM, Pelayo-Alonso R, et al. Grado de incumplimiento terapéutico en función del nivel de alfabetización en salud en pacientes en hemodiálisis. *Enfermería Nefrológica* [Internet]. junio de 2021 [citado 7 de julio de 2024];24(2):175-82. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2254-28842021000200175&lng=es&nrm=iso&tlng=en
 12. Moreno Reyes P, Cortés Muñoz L, Pizarro R, Jiménez Torres S. Expectativas en salud de las personas mayores que acuden a la atención primaria. *J health med sci (Print)* [Internet]. 2022 [citado 7 de julio de 2024];109-17. Disponible en: <https://johamsc.com/wp-content/uploads/2022/08/06-MORENO.pdf>
 13. Moura Borges F, Wellington Costa Lima E, Nunes Carvalho GC, De Oliveira Lima LH, Gomes Machado AL, Vilarouca Da Silva AR, et al. RELACIÓN ENTRE ALFABETIZACIÓN EN SALUD Y CALIDAD DE VIDA EN PERSONAS CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL. *Ciencia y enfermería* [Internet]. 2022 [citado 7 de julio de 2024];28. Disponible en: <http://www.scielo.cl/scielo>

- php?script=sci_abstract&pid=S0717-95532022000100206&lng=es&nrm=iso&tlng=pt
14. Ros-Navarret R. Uso de internet y grado de alfabetización digital de las enfermeras españolas. Index de Enfermería [Internet]. junio de 2021 [citado 7 de julio de 2024];30(1-2):147-52. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1132-12962021000100033&lng=es&nrm=iso&tlng=es
 15. Beatriz RTJL Romero Bautista Sindy S, Martínez Arely, Bonifacio Granados Janet del C, Cortés Barragán. Conocimientos de cáncer de mama y autoexploración mamaria en mujeres de la costa Oaxaqueña, una necesidad de alfabetización en salud [Internet]. [citado 7 de julio de 2024]. Disponible en: <https://www.imbiomed.com.mx/articulo.php?id=114790>
 16. Garach-Gómez A, Ruiz-Hernández A, García-Lara GM, Jiménez-Castillo I, Ibáñez-Godoy I, Expósito-Ruiz M. Promoción de la lectura en etapas precoces desde atención primaria en una zona de exclusión social. Anales de Pediatría [Internet]. 1 de abril de 2021 [citado 7 de julio de 2024];94(4):230-7. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1695403320302563>
 17. Manotas M, Mendivelso F, Páez, Lady. Educación y alfabetización en prevención y cuidado de pacientes pediátricos con enfermedades respiratorias y asma. Andes pediátrica [Internet]. agosto de 2023 [citado 7 de julio de 2024];94(4):485-95. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0717-95532023000400485&lng=es&nrm=iso&tlng=es
 18. Solano BG, Jiménez EYH, Soriano JSR. Alfabetización en salud de madres trabajadoras para el manejo de Diabetes Tipo 2. Revista Científica de Psicología Eureka [Internet]. 26 de mayo de 2022 [citado 7 de julio de 2024];19(2):308-23. Disponible en: <https://ojs.psicoeureka.com.py/index.php/eureka/article/view/72>
 19. Candelaria Brito JC, Ferro González B, Gutiérrez Gutiérrez C, Alonso Ayala O, Candelaria Brito JC, Ferro González B, et al. Desempeño profesional del médico de familia en Nefrogeriatria en la Atención Primaria de Salud. Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río [Internet]. febrero de 2021 [citado 7 de julio de 2024];25(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1561-31942021000100013&lng=es&nrm=iso&tlng=es
 20. Caballero MCR, Aguila EJC, Perez OMD, Pérez IS. Preparación científica en enfermeras de la atención primaria de salud.
 21. Santoyo Sánchez G, Arredondo López AA, Santoyo Sánchez G, Arredondo López AA. Revisión y análisis sobre los determinantes de acceso a los servicios de atención primaria en población adulta mayor rural y urbana. Horizonte sanitario [Internet]. agosto de 2020 [citado 7 de julio de 2024];19(2):175-84. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2007-74592020000200175&lng=es&nrm=iso&tlng=es

ng=es

22. Egry EY, Fornari LF, Taminato M, Vigeta SMG, Fonseca RMGS da. Indicadores de Buenas Prácticas de Enfermería para grupos vulnerables en la Atención Primaria de la Salud: Revisión de Alcance. Rev Latino-Am Enfermagem [Internet]. 29 de octubre de 2021 [citado 7 de julio de 2024];29:e3488. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/Rdm8MPc8yS3XQMrf5VSYKjF/?lang=es>

ARTÍCULO NARRATIVO

ATENCIÓN EN SALUD EN POBLACIONES VULNERABLES DE LA AMAZONIA HEALTH CARE FOR VULNERABLE POPULATIONS IN THE AMAZON REGION

Luzlita Canta - Zumaeta ^{1,a} , Juan Jorge Huamán-Saavedra^{2,b}.

Citar como:

Canta - Zumaeta Luzlita,
Huamán-Saavedra JJ. Atención
en salud en poblaciones
vulnerables de la Amazonia.
Rev. Recien. 2024; 13(3)

Correspondencia:

lcanta@unitru.edu.pe

Recibido: 26/08/2024

Aprobado: 24/09/2024

En línea: 10/12/2024

Resumen

Se presenta una revisión sobre la atención en salud en poblaciones vulnerables de la Amazonia. El sistema de salud continúa siendo deficiente e inaccesible para las poblaciones vulnerables, estos continúan en estado de abandono, vulnerándose así su derecho a la salud y bienestar. Concluyendo que los sistemas de salud de la amazonia no están preparados para atender a los grupos vulnerables y estos sistemas sanitarios no podrían afrontar futuras pandemias.

Palabras clave: Atención en salud; Percepción; Problemas de salud; Poblaciones Vulnerables; Amazonia

¹. Magister en Gerencia y Gestión en los servicios de Salud. Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza de Amazonas.

². Facultad de Medicina. Universidad Nacional de Trujillo. Trujillo, Perú.

a) Doctorando en la Universidad Nacional de Trujillo. Perú. : <https://orcid.org/0000-0001-7664-7757>

b) Doctor en Medicina y Cirugía. Docente de la Universidad Nacional de Trujillo. Perú. <https://orcid.org/0000-0003-3842-555X>

Abstract

A review is presented on health care for vulnerable populations in the Amazon. The health system continues to be deficient and inaccessible for vulnerable populations, they continue to be in a state of abandonment, thus violating their right to health and well-being. It is concluded that the health systems in the Amazon are not prepared to care for vulnerable groups and these health systems would not be able to face future pandemics.

Keywords: Health care; Perception; Health problems; Vulnerable populations; Amazonia

1. Introducción

Los sistemas de salud deben garantizar la atención médica a toda la población vulnerable debido a múltiples factores. Esto requiere de estrategias utilizando información valedera. Para informar y respaldar acciones estratégicas, es necesario analizar la literatura teniendo en cuenta la evidencia científica(1).

Actualmente los sistemas de salud continúan siendo desatendidos, a pesar de que hemos sobrevivido de alguna manera a la pandemia por el coronavirus que nos afectó a nivel mundial poniendo a prueba el funcionamiento de los sistemas de salud, tristemente hemos perdido muchos seres queridos y todavía no comprendemos que la salud es prioritaria para el desarrollo del país. Por lo tanto, desde donde nos encontremos actualmente debes sumar esfuerzos para mejorar nuestro sistema de salud y que estemos mejor preparados para afrontar futuras pandemias.

Teniendo en cuenta el sistema sanitario de la Amazonía brasileña donde sus pobladores conviven con la naturaleza (2), se dedican a la agricultura y subsisten con los apoyos sociales que promueve su gobierno. Tienen muchas carencias y no cubren sus necesidades básicas y se encuentran desatendidos por el sistema de salud. Así mismo la población al acercarse a una institución prestadora de servicios de salud (IPRESS) para recibir atención de salud no encuentran cupos disponibles y no cuentan con personal de salud médico (3), del mismo modo la dispersión geográfica dificulta a los pobladores para acceder a los establecimientos de oferta fija (3).

Así mismo el sistema de salud en la amazonia colombiana, también presenta deficiencias para la atención en salud, cuenta con el mayor porcentaje de IPRESS del primer de atención y una sola IPRESS de segundo nivel y el personal de salud es insuficiente para atender toda la demanda poblacional (4).

Del mismo modo el sistema de salud peruano cuenta con más del 80% de establecimientos de salud de primer nivel de atención, 2% II Nivel, 3.8% III nivel, que corresponde al ente rector en salud, siendo insuficiente para atender a la demanda poblacional, por lo que dificulta la atención oportuna de los pacientes, con un débil sistema de referencias y contrarreferencias (5). Y teniendo en cuenta la amazonia peruana (Amazonas, Loreto y Madre de Dios) se tiene que el 97.2 % son IPRESS del primer nivel de atención y 0.8 % IPRESS de segundo nivel y una sola IPRESS de tercer nivel, de igual forma con personal insuficiente para atender la demanda poblacional (5).por lo que al no contar con la capacidad resolutive tenemos dificultades para la aceptación de las referencias de estas regiones. Específicamente en la región Amazónica en Perú se encuentra entre las más vulnerables en cuanto a la atención en salud. El estado de abandono del sistema de salud se refleja en insuficientes recursos humanos, infraestructuras en malas condiciones y escaso equipamiento, conduciendo a una atención inadecuada. Existe abandono, pobreza, discriminación, racismo e incumplimiento del estado el cual no permite proteger la salud de la población(6) del cual podemos deducir que la atención en salud de las poblaciones vulnerables de la amazonia es muy precaria, hay múltiples brechas que obstaculizan

y evitan que la población acuda a recibir esta atención y por ende no se logra brindar una atención de calidad al usuario. Pero cabe recalcar que el personal de salud que se encuentra en estas zonas hace su mayor esfuerzo para tratar de brindar una atención adecuada e innovando con lo que cuenta y muchas veces el mismo personal realiza gastos de bolsillo para atender a esta población.

Así mismo teniendo en cuenta a las comunidades amazónicas peruanas que se ubican en lugares muy lejanos y de difícil acceso y que estas condiciones los vuelven todavía más vulnerables, estas no pueden tener todas las condiciones de vida que tiene un poblador que vive en zona urbana (7). Esta inaccesibilidad geográfica ha traído consigo muertes maternas neonatales y de otros tipos, debido a que a estos lugares se llega solo por vía aérea o fluvial dificultando así la atención oportuna, sería pertinente que desde el nivel central la autoridad de salud nacional promueva espacios para obtener convenios interinstitucionales e intergubernamentales para realizar traslados aéreos de pacientes en situación de emergencia.

En la región Amazonas el sistema de salud cuenta con el 99 % de establecimientos del 1° al 4° nivel de complejidad; el 1% en hospitales de 5° y 6° nivel de complejidad (8) ; y del total de IPRESS el 74.8 % de IPRESS son de categoría I -1 y que en mayor porcentaje la atención en salud es brindada por un técnico de enfermería o auxiliar y en poblaciones altamente dispersas e inaccesibles no se cuenta con IPRESS para atender a la población vulnerables (9). Teniendo en cuenta lo mencionado se puede decir que

el sistema de salud amazonense presenta dificultades y no cuenta con suficiente capacidad resolutive para solucionar los problemas de salud de la población y mucho menos de la población en situación de vulnerabilidad. Al no contar con suficiente capacidad resolutive se debe referir a los pacientes para un manejo más especializado, pero es difícil obtener una aceptación inmediata, por lo que se debería implementar mecanismos que nos faciliten el acceso oportuno a una atención de salud digna, con las garantías de seguridad y sin discriminación alguna.

En esta revisión se explora más a fondo sobre el sistema de salud que repercute en la atención en salud de las poblaciones vulnerables amazónicas haciendo énfasis que nuestro sistema sanitario aun viene siendo deficiente y más aún se hizo evidente durante el contexto pandémico debido al coronavirus. Actualmente continuamos teniendo brechas, tanto en infraestructura, equipamiento y personal sanitario, por ende, es primordial tener conocimiento sobre este tema, primero conocer nuestra realidad con la finalidad de plantear estrategias para mejorar nuestro sistema de salud e ir cerrando brechas y así estar preparados para afrontar futuras pandemias.

2. Discusión

Problemas de salud en poblaciones vulnerables de la amazonia

En América Latina, se calcula que la prevalencia del parasitismo es del 20% al 30%. Proporción relacionada con los malos estilos de vida (higiene inadecuada) y que estos favorecen la transmisión de microorganismos patógenos como virus, bacterias, protozoarios y otros parásitos. El estado

colombiano también presenta este problema, es así que a partir del 2001 se llevan a cabo campañas de desparasitación a gran escala utilizando antihelmínticos e insecticidas amebianos y estos han reducido la incidencia (10).

Así mismo en este país estudios demuestran que los niños tienen parásitos en un 90%, el 49% causado por protozoarios *Blastocystis sp*, 36% por *Giardia duodenalis*, 29% histolítica/dispar y otros con menor porcentaje, en relación a las helmintiasis prevaleció el *Ascaris lumbricoides* en un 5%, 1% a causa de *Trichuris trichura* y el 1% *Uncinaria spp*, así mismo se identificó infección simultánea con varios helmintos gastrointestinales y protozoos en un 53%. También se identificó que el 85% de los niños tenía calzados inadecuados, el 47% no contaban con servicios básicos en sus hogares, 41% muros de las casas cubiertos trapos, 74% piso de tierra y el 62% tienen animales domésticos. Estas situaciones los vuelven más vulnerables a las infecciones del tracto digestivo (10).

Mientras que en el estado brasileiro en el año 2023 tuvo 308 fallecimientos, el 21 % a causa de la malaria razón por la cual declaró en emergencia de salud pública a habitantes de la amazonia, escenario crítico que continúa en el presente año (11). De igual forma en el estado boliviano la malaria afectó a sus 7 departamentos, la parte más afectada fue la zona amazónica en donde se concentraron los casos positivos en un 98 %. Del total de casos en el año 2020 el 90.4% se debió al *P vivax* y un 9.6% a *P falciparum* y los más afectados se encontraron en el grupo de 11 a 30 años (12). Así mismo teniendo en cuenta el perfil epidemiológico de la malaria en el Perú a lo

que va de la semana epidemiológica 01-2024 se presentó 132 casos, de los cuales el 86.84% fue a causa de malaria *P vivax* y el 13.16 % por malaria *p falciparum* (13)

En el estado ecuatoriano existen muchos desafíos con la finalidad de reducir las malnutriciones, el sobrepeso y la obesidad, prevenir las muertes maternas, trabajar para la prevención y tratamiento de las enfermedades metaxénicas, prevención del embarazo en adolescentes, reducir la mortalidad infantil ya que debido a estas situaciones en salud conllevan a presentar otras comorbilidades que demanda atención urgente en salud (14) también indicar que los problemas de salud bucal son de preocupación debido a altas incidencias y prevalencias (15). Del mismo modo en el estado venezolano las patologías crónicas degenerativas van en aumento, persisten las patologías infecciosas y sumado a ello las patologías emergentes y reemergentes como el VIH/SIDA, entre otras (16).

En la amazonia peruana al existir poblaciones vulnerables y debido a la gran dispersión geográfica que tiene, se identifica casos de desnutrición, enfermedad infecciosa producida por virus, bacterias, hongos o parásitos y enfermedades que se produce en el aparato respiratorio lo que incrementa la condición de vulnerable. La desnutrición crónica infantil alcanza el 24% en pueblos originarios, el 39% en zonas rurales, hasta el 10% en zonas urbanas y 6% en la capital en los mismos grupos de edades. Los pueblos originarios presentan brechas importantes relacionadas a la educación, servicios de primera necesidad, servicios de salud, entre otras (17).

Así mismo en la región amazonas la infección del tracto respiratorio superior ocupa el primer lugar entre las diez patologías principales, seguido de patologías de la boca, las glándulas salivales y la mandíbula, y en tercer lugar las patologías infecciosas intestinales, seguido de señales y símbolos de patologías, trastornos urológicos, dorsopatías, trastornos episódicos paroxísticos, patologías del tracto digestivo, afecciones de la piel y en décimo lugar la micosis (18) comparando con la Región Arequipa se identifica que la situación de salud son similares teniendo en cuenta las tres primeras causas de morbilidad (19).

Teniendo en cuenta el párrafo anterior, se evidencia que el sistema de salud amazonense presenta grandes desafíos para atender a la población y que debe plantear estrategias que promuevan el acceso oportuno a los servicios de salud. Se debe ir fortaleciendo los establecimientos de salud con pertinencia cultural para un mejor funcionamiento.

Los pobladores amazónicos son considerados vulnerables porque el Estado rara vez brinda servicios básicos como salud, educación y programas sociales. Estas restricciones afectan la calidad de vida de estas poblaciones (20). En la actualidad el sistema de salud amazonense requiere de mayor atención por parte del estado, muchas veces este se centra en zonas urbanas que cuentan con mayores accesos, sin embargo, los amazonenses también formamos parte del estado y tenemos muchas necesidades en nuestro sistema de salud que deben ser atendidas para una mejor atención a los usuarios.

Sistemas de atención en salud en la de las poblaciones vulnerables de la amazonia

En la amazonia colombiana, en cuanto al sistema sanitario público cuentan en su mayoría con establecimientos de salud de primer nivel y un solo Hospital del segundo nivel con una oferta disponible de 17 camas para el servicio de hospitalización y 4 camas para el servicio de unidad de cuidados intermedios (UCI) siendo insuficiente para atender a sus pobladores, así mismo no cuenta con suficiente personal para la atención a la demanda poblacional. En la parte privada tienen una Fundación con una oferta disponible de 41 camas para el servicio de hospitalización y 4 para cuidados intermedios. En total tienen disponibles: 58 camas para hospitalización y 4 para la unidad de cuidados intermedios y no cuentan con ninguna cama para atender pacientes en la unidad de cuidados intensivos (21). Por lo tanto, este país no tendría la capacidad resolutive frente a eventos que afecten a la salud pública.

El sistema de salud ecuatoriano cuenta con 2 sectores tanto públicos y privados orientado a la atención curativa, centrado en las patologías y atenciones hospitalarias (22). El sector público es el ente regulador y dirige el sistema sanitario, según sus leyes de su gobierno es la autoridad sanitaria nacional y se encarga de aplicar, controlar y vigilar para el cumplimiento de su ley orgánica de salud y son los encargados de autorizar el funcionamiento de la IPRESS así mismo el sector privado cuenta con 762 IPRESS entre los periodos 2019 al 2020 y este es un socio estratégico de su sistema sanitario (23).

El sistema de salud venezolano se encuentra actualmente con la problemática grave de emigración del personal médico, personal de enfermería y otros; este sistema se encuentra muy segmentado y fragmentado, existe una incapacidad de atender los problemas de salud. Teniendo en cuenta las poblaciones vulnerables son los más afectados, el Ministerio no ha sido capaz de afrontar situaciones sustentándolos a través de la vigilancia epidemiológica. El personal de salud no es remunerado adecuadamente provocando renunciadas masivas y deficiencias en la oferta de servicios (16).

De igual forma el sistema de salud brasileiro cuenta con un sistema sanitario público que atiende aproximadamente al 75 % de su población y el 25% a través de un sistema privado. Este sistema de salud cuenta con regulaciones de tiempo de espera y cuentan con una metodología de control basado en los reclamos de los beneficiarios (24).

Sin embargo, en nuestro país no contamos con esas regulaciones de tiempo de espera, que sería bueno implementarlas ya que muchos de los pacientes no llegan a ser atendidos oportunamente, se complican y fallecen y no fueron atendidos. De igual forma nuestros usuarios tienen miedo a realizar sus reclamos, sienten que el personal ya no les atenderá en la IPRESS debido a sus quejas, todavía no tenemos la cultura de aceptar que los reclamos son para mejorar los procesos de atención que brinda nuestro sistema de salud; a partir de ello podemos implementar planes de mejora y responder adecuadamente la demanda poblacional.

Así mismo en el sistema de salud brasileiro se pone en práctica el derecho a la salud para todos sus habitantes de manera gratuita, pero a su vez éste se preocupa por sus fronteras buscando la integración con los demás estados para articular esfuerzos y atender a la población que vive en zona de frontera (25).

Considerando lo indicado en el párrafo anterior nuestro estado peruano en la actualidad presenta débil intervención que busquen mejorar el sistema de salud en las fronteras, ya que son las que se encuentran en zonas más remotas e inaccesibles, además son los que más deficiencias tienen, en la IPRESS de oferta fija solo cuentan con un técnico sanitario u en su defecto solo con auxiliar en salud, infraestructuras precarias, equipamiento en malas condiciones, no cuentan con los avances tecnológicos, no tienen energía eléctrica, internet, ni señal de telefonía, lo que también dificulta el acceso al sistema de referencias y contrarreferencias, por lo que se puede indicar que los hace más vulnerables socialmente. Debido a esta lejanía a estas carencias que existe y debido a una remuneración insuficiente el personal de salud prefiere trabajar en zonas urbanas, ya que no se tiene una escala remunerativa diferenciada considerando el trabajo en estas zonas de los profesionales de la salud. También una estrategia importante que se debe retomar es la implementación de los servicios de salud a través de ofertas móviles o itinerantes, a través de estas atenciones se puede realizar actividades preventivas promocionales, identificar oportunamente las patologías, evitar complicaciones y sobre todo acercar los servicios de salud a las poblaciones vulnerables.

En el Perú, el sistema de salud cuenta con 26, 053 establecimientos de salud, de los cuales el 78.1 % son del I nivel de atención, 2.2% II nivel de atención, 0.2 % III nivel de atención y el 19.5% corresponden a IPRESS sin categoría. Perteneciendo al Ministerio de salud 553(100%) IPRESS de los cuales 489 (88.4%) I Nivel, 11(2%) II Nivel, 21(3.8%) III nivel y 32 (5.8 %) sin categoría (5). Por lo tanto, el sistema sanitario peruano al igual que los sistemas de salud de los países amazónicos no está preparado para atender la gran demanda poblacional que tiene. Y ésta al tener una gran extensión territorial y alta dispersión geográfica se han quedado estancados los grandes progresos tecnológicos, no se cuenta con red de comunicaciones en todos los lugares, si bien es cierto existe algunos avances pero esto se ha desarrollado de manera inequitativa y ha contribuido que las poblaciones originarias continúen con la vulnerabilidad y en estado de abandono por parte del estado (26).

El sistema sanitario de nuestro país es muy deficiente, las IPRESS no se encuentran acreditadas, si bien es cierto contamos con normativa vigente sin embargo no se efectiviza (27). La atención en salud impacta de manera positiva significativa en el ser humano, así como también socialmente y mejora sus condiciones económicas. Las entidades de salud también son sectores laborales importantes que generan puestos de empleo. Sin embargo, el acceso a la atención sanitaria es un problema para la mayoría de los países (20) La salud es la parte más primordial en el ser humano, al estar saludables podemos ser más productivos, proactivos y contribuir al desarrollo de nuestro país.

Así mismo como parte del sistema de salud es importante mencionar sobre el aseguramiento para todos y que todos tengan las mismas oportunidades, el mismo trato digno, sin exclusión, reciban atención holística oportuna y con las garantías de seguridad, determinados por el ente rector de salud según la necesidad, la calidad y la seguridad, medicamentos seguros, de calidad y accesibles, garantizando un adecuado tratamiento y evitando daños a los pobladores, prioritariamente a las poblaciones vulnerables con deficiencias económicas (28).

Teniendo en cuenta lo mencionado en el párrafo anterior si bien es cierto conocemos sobre el aseguramiento universal en salud, pero el acceso todavía no llega a todos por igual, mucho menos para los pobladores que se encuentran en lugares amazónicos remotos, que para llegar a estos lugares el ingreso es por vía fluvial, los pobladores no cuentan con las condiciones económicas para trasladarse a un establecimiento de salud. Así mismo indicar que en estas zonas el costo de combustible es demasiado elevado. Por lo que estos pobladores no acceden a los servicios de salud.

Percepción de la atención en las poblaciones vulnerables amazónicas

En el sistema de salud colombiana, para el año 2021 cuenta con 51 IPRESS acreditadas por el Icontec de un total de 1,418 IPRESS privadas que prestan servicios de salud básicos y de atención ambulatoria. La percepción de sus profesionales es positiva siendo la cultura de calidad la mejor percibida (29). Teniendo en cuenta las vías de acceso para obtener atención

indica que sus pobladores presentaron niveles de satisfacción superiores al 74% tanto en atención personalizada y que hay significativas mejoras en el acceso telefónico e internet. Sin embargo, todavía este sistema sanitario presenta barreras en la oferta teniendo en cuenta las insuficientes citas, los trámites engorrosos que impidió que 1 de cada 5 usuarios tuvieran atención oportuna (30). Así mismo en el sistema de salud ecuatoriano, los que más acuden a las atenciones en salud son las mujeres, pero al evaluarlas no se encontraron plenamente satisfechas con la atención recibida, afectándose más las dimensiones de fiabilidad, capacidad de respuesta y empatía (31).

En la Amazonia brasileña 1 de cada 4 usuarios indican que pretendieron obtener una cita para atención médica sin obtenerla, por falta de cupos en un 57.8 %, insuficiente personal de salud un 28.4% y el 13.8 % por retraso al confirmar la cita. Por lo tanto, el sistema de salud para este estado es limitado (32). De ello podemos deducir que la percepción de la atención en este sistema no es buena y sumado a esto las condiciones de vida que ponen en práctica estas poblaciones los hacen más vulnerables dificultando el acceso a los servicios de salud.

En la región amazónica del Perú, los pueblos originarios tienen una percepción de salud basado en su idiosincrasia, teniendo en cuenta su ambiente natural, por lo que es importante conocer su espacio en el cual habitan, así articular esfuerzos y plantear estrategias e ir incorporando a estos pueblos un sistema de salud intercultural en el cual confíen y palien las patologías y se evite complicaciones (33). Los pueblos originarios son muy apegados a su cultura y muchas veces no

permiten el acceso de pobladores mestizos a sus espacios donde habitan, relacionan a las diversas enfermedades como brujería, así mismo no permiten la vacunación, la transfusión sanguínea, procedimientos invasivos, prefieren morir que ir a una IPRESS, ya que no se sienten seguros de la atención que van a recibir. Hay mucho que hacer para mejorar nuestro sistema de salud que cada vez sea más confiable, seguro y que brinde atención adecuada, mitigando posibles riesgos. Una brecha muy significativa es el idioma que nos dificulta acercarnos a la población amazónica, por lo que se deben proponer y generar espacios para formar personal de salud que conozca las lenguas originarias Awajun, Wampis y que nos permite interactuar con la población y mejorar la atención en salud.

Así mismo tenemos que las barreras de atención en salud son comunes. Las mujeres en edad fértil peruanas, según la ENDES 2019-2021. Los factores relevantes son indicadores de niveles de vida muy pobres, pobres y promedio, que no están disponibles. Asimismo, al vivir en zonas rurales están limitados por una percepción de lejanía a una IPRESS (34).

El sistema de salud de la región Amazonas es limitado, contamos con establecimientos de salud en lugares geográficamente inaccesibles que no cuentan con ningún medio de comunicación y que dificulta la atención oportuna de gestantes y neonatos, que muchas veces terminan en un caso más de mortalidad materna o neonatal y esto no solo concluye con la muerte, sino que quedan niños huérfanos, en estado de abandono, familias disfuncionales e incrementa la vulnerabilidad social.

Así mismo del análisis de las herramientas utilizadas en un estudio en 318 voluntarios, reveló percepciones sobre la calidad del servicio en línea. Al observar cinco aspectos, son evidentes las brechas en la capacidad de respuesta (50,8%) y la confiabilidad (57,3%) de la red de atención médica de Tarapoto. La empatía alcanzó una puntuación del 65,1%, cercana a la puntuación segura del 67,6%. Los factores físicos recibieron las valoraciones más altas de los usuarios con un 68.1% (7).

A pesar que se tiene un sistema de salud orientado a la oferta fija, se tiene evidencia también que la oferta móvil o itinerante es una estrategia muy importante para ir cerrando brechas en la atención de salud y acercando los servicios a las poblaciones que viven en lugares lejanos y dispersos geográficamente, no se puede negar que la oferta móvil durante la pandemia fue fortalecida a través del uso de la telemedicina, pero que con el pasar de los años estamos volviendo nuevamente a la atención asistencialista, biológica y no estamos orientándonos a las actividades preventivo promocionales que es una pieza clave en el sistema de salud.

Todos los años ocurren fallecimientos (5.7 y 8.4 millones) debido a una intervención sanitaria pobre y estos son más evidentes en naciones subdesarrolladas, representando un 15% de fallecimientos en estas naciones (35). Conuerdo con el enunciado, nuestro sistema de salud no está preparado para atender la gran demanda poblacional, a pesar de que se ha ido fortaleciendo las IPRESS durante la pandemia por el coronavirus, todavía siguen siendo insuficientes y los que más sufren de las desigualdades son las poblaciones

que menos tienen.

3. Conclusiones

Los sistemas de salud de la amazonia no están preparados para atender a los grupos vulnerables, existen muchas limitaciones para recibir atención de salud de alta calidad y estos sistemas sanitarios no podrían afrontar futuras pandemias.

4. Referencias bibliográficas

1. Salud grupos vulnerables.pdf [Internet]. [citado 6 de marzo de 2024]. Disponible en: https://www.insp.mx/resources/images/stories/Centros/ciss/publicaciones/Docs/salud_grupos_vulnerables.pdf
2. Livro comunidades ribeirinhas amazonicas.pdf [Internet]. [citado 6 de marzo de 2024]. Disponible en: https://www.institutopia-tam.org.br/wp-content/uploads/2021/03/livro_comunidades_ribeirinhas_amazonicas.pdf
3. Guimarães AF, Barbosa VLM, Silva MP da, Portugal JKA, Reis MH da S, Gama ASM, et al. Acceso a servicios de salud por ribereños de un municipio en el interior del estado de Amazonas, Brasil. Rev. Pan-Amazónica de Saúde [Internet]. 2020 [citado 6 de marzo de 2024];11. Disponible en: <https://shre.ink/D9dH>
4. Hurtado A, González EC, Licht M. Impacto de la pandemia por covid-19 en el Amazonas. Colombia. Rev. Universidad Industrial de Santander. Salud, vol.52, núm. 2, Abril-Junio, pp. 187-189. [Internet]. 2020 [Citado 6 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/jour>

- nal/3438/343864478022/343864478022.pdf
5. Registro Nacional de IPRES [Internet]. [citado 9 de agosto de 2024]. Disponible en: <https://shre.ink/D9dT>
 6. El montonero | Primer Portal de opinión del país [Internet]. [citado 6 de marzo de 2024]. La salud en las comunidades de la Amazonía. Disponible en: <https://elmontonero.pe/columnas/la-salud-en-las-comunidades-de-la-amazonia>
 7. Rivas Mendoza JR, Sinche Crispín FV. Calidad del Sistema de GSS en la red asistencial amazónica Tarapoto. BMSA. 2021;61(4):761-8.
 8. MINSA. Resolución ministerial N° 546-2011/MINSA que aprueba la NTS N° 021-MINSA/GDSP/V.03 "Categorías de Establecimientos del Sector Salud [Internet]. [Citado 8 de agosto de 2024]. Disponible en: https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/272294/243402_RM546-2011-MINSA.pdf?v=1547161089
 9. Susalud | Inicio [Internet]. [citado 7 de marzo de 2024]. Disponible en: <http://renipress.susalud.gob.pe:8080/wb-renipress/inicio.htm#>
 10. Lucero-Garzón TA, Álvarez-Motta LA, Chicue-Lopez JF, López-Zapata D, Mendoza-Bergaño CA. Parasitosis Intestinal y Factores de Riesgo en niños de los Asentamientos Subnormales, Florencia-Caquetá, Colombia. Rev. Facultad Nacional de Salud Pública. agosto de 2015;33(2):171-80.
 11. Grillet ME. Fiebre del oro y malaria en el Amazonas: Una amenaza para los Yanomami. Interciencia. Vol. 49 N° 2 [Internet]. [citado 13 de agosto de 2024]. Disponible en: <https://shre.ink/D9dQ>
 12. Yabeta EM. Plan de vigilancia y control epidemiológico para prevenir. Casos de malaria en Beni-Bolivia. Vive Rev. Salud. agosto de 2022;5(14):295-302.
 13. Malaria.pdf [Internet]. [citado 13 de agosto de 2024]. Disponible en: <https://shre.ink/D9d2>
 14. Witt GFV, Ronquillo MC, Bravo EMG, Rodríguez P de las MW. Desafíos y problemas de la salud pública en Ecuador. RECIAMUC. 15 de abril de 2023;7(2):10-21.
 15. Parise-Vasco JM, Zambrano-Achig P, Viteri-García A, Armas-Vega A. Estado de la salud bucal-Ecuador. Odontología Sanmarquina. 8 de julio de 2020;23(3):327-31.
 16. Benítez G, Garcés F, Lira L, Núñez B, Arias S. Evolución histórica del Sistema Nacional de Salud venezolano (1909-2023). Rev. Dig. Postgrado. 24 de julio de 2023;12(2):e370-e370.
 17. Contreras-Pulache H, Pérez-Campos P, Huapaya-Huertas O, Chacón-Torrico H, Champin-Mimbela D, Freyre-Adrianzén L, et al. La salud en las comunidades nativas amazónicas del Perú. 2014;18(1).
 18. pCloud [Internet]. [citado 30 de agosto de 2023]. Morbilidad 2017-2022 - Shared with pCloud. Disponible en: <https://u.pcloud.link/publink/show?code=kZtBj2VZqM7Y-GBJQUfbOo7zVJI9gCkpanCj7>
 19. Espinoza WS. Sistema itinerante móvil de salud Ejército del Perú y acceso a salud pública, Arequipa 2018-2019. Gestión en el Tercer Milenio. 28 de diciembre de 2022;25(50):137-45.
 20. Ramos DEA. "Gestión de las plataformas itinerantes de acción social y la mejora de

- la calidad de vida de la población rural de la Amazonía del Perú". Disponible en: <https://shre.ink/D9dB>
21. Hurtado-Ortiz A, González-Morales EC, Licht-Ardila M. Impacto de la pandemia por covid-19 en el Amazonas, Colombia.
 22. Witt GFV, Ronquillo MCJ, Bravo EMG, Rodríguez P de las MW. Desafíos y problemas de la salud pública en Ecuador. RECIAMUC. 15 de abril de 2023;7(2):10-21.
 23. Goyes-Baca M], Sacon-Espinoza MR, Poveda-Paredes FX. Manejo del sistema de salud de Ecuador frente a la resistencia antimicrobiana. 17 de enero de 2023 [citado 21 de agosto de 2024]; Disponible en: <https://zenodo.org/record/7545370>
 24. El sistema único de salud de Brasil.pdf [Internet]. [citado 13 de agosto de 2024]. Disponible en: <https://shre.ink/D9WP>
 25. Oliveira Carissimi FSD, Pinho De Almeida L. Salud en la frontera brasileña: construcciones para una política transfronteriza. TraHs [Internet]. 9 de abril de 2024 [citado 13 de agosto de 2024];(17). Disponible en: <https://www.unilim.fr/trahs/5944>
 26. Eyzaguirre Beltroy C. Políticas para eliminar las barreras geográficas en salud. Lima: Consorcio de Investigación Económica y Social, Observatorio del Derecho a la Salud : CARE Perú; 2007. 99 p. (Investigaciones breves).
 27. Minsa. Norma técnica de salud N° 050 - MINSA / DGSP - V.02. Acreditación de establecimientos de salud y SMA [Internet]. [citado 13 de agosto de 2024]. Disponible en: https://bvs.minsa.gob.pe/local/dgsp/000_normaacreditacion.pdf
 28. Salud Universal - Organización Panamericana de la Salud [Internet]. 2024 [citado 12 de julio de 2024]. Disponible en: <https://shre.ink/D9d1>
 29. Franco Herrera AL, Fernández Osorio AD, De La Torre A, Cañón Muñoz M, Ordoñez Hernández CA, Gonzalez C, et al. Percepción del sistema de acreditación sanitaria en Colombia. [Internet]. septiembre de 2021 [citado 17 de agosto de 2024];52(3). Disponible en: <https://shre.ink/D9d9>
 30. Garcia-Ubaque JC, Morales-Sánchez LG. Calidad percibida en el servicio del sistema público de salud de Bogotá. Rev salud pública. 1 de enero de 2019;21(1):128-34.
 31. Pintado TPG, Pinguil ÁPT, Alvarado RLC, González AFM. Importancia de la Gestión de Calidad en el Servicio de Salud de Ecuador: Revisión Sistemática. LATAM Rev. Latin. de CS y Humanidades. 19 de enero de 2023;4(1):366-77.
 32. Guimarães AF, Barbosa VLM, Silva MPD, Portugal JKA, Reis MHDS, Gama ASM. Acesso a serviços de saúde por ribeirinhos de um município no interior do estado do Amazonas, Brasil. Rev Pan-Amazônica de Saúde [Internet]. mayo de 2020 [citado 13 de agosto de 2024];11(0). Disponible en: <https://shre.ink/D9df>
 33. International Work Group for Indigenous Affairs, editor. El Derecho a la salud de los pueblos indígenas en aislamiento y en contacto inicial: ponencias presentadas en la reunión internacional en Quito, Ecuador. 2007. Copenhague: Grupo Internacional de Trabajo sobre Asuntos Indígenas: Instituto

de Promoción de Estudios Sociales:
Fundación Biodiversidad; 2008. 145 p.
(Serie Documentos del IWGIA).

34. Cueva PK. Barreras en el acceso a servicios de salud: Prevalencia y factores asociados en mujeres peruanas en edad fértil, ENDES 2019-2021 [Tesis para optar el título profesional de Médica Cirujana]. Lima: Univ. Ricardo Palma; 2024. Disponible en: <https://shre.ink/D9dr>
35. Servicios sanitarios de calidad [Internet]. [citado 12 de julio de 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/quality-health-services>

ARTÍCULO CIENTÍFICO

REORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DEL SISTEMA DE ATENCIÓN MÓVIL DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS DURANTE LA PANDEMIA COVID-19 EN PIURA, 2021.

REORGANIZATION AND PERFORMANCE OF THE MOBILE EMERGENCY AND EMERGENCY CARE SYSTEM DURING THE COVID-19 PANDEMIC IN PIURA, 2021.

Edith Elizabeth Bustamante Cabanillas¹

Citar como:

Bustamante E. Reorganización y funcionamiento del Sistema de Atención móvil de urgencias y emergencias durante la pandemia Covid-19 en Piura, 2021. Rev. Recien. 2024; 13(3)

Correspondencia:

edith.bustamante@unmsm.edu.pe

Recibido: 09/09/2024

Aprobado: 08/10/2024

En línea: 10/12/2024

Resumen

Objetivo: Describir la Reorganización y funcionamiento del Sistema de Atención Móvil de Urgencias de la Dirección Regional de Salud Piura durante la pandemia COVID 19 2021. **Materiales y métodos:** Estudio descriptivo y transversal con enfoque cuantitativo, realizado en profesionales de la salud del Sistema de Atención Móvil de Urgencias y Emergencias, Piura. La muestra estuvo conformada por 49 profesionales de la salud, a quienes se les aplicó una encuesta. **Resultados:** Se observaron diferencias significativas en cuanto a la operatividad, consideraron mayor resultado ante las nuevas estrategias implantadas durante ese periodo. Se evidenciaron diferencias significativas en cuanto a trabajo en equipo, mejor y mayor planificación, apoyo de los coordinadores; de la misma manera, destacaron como fortaleza el trabajo en equipo y varias mejoras en la ejecución de las estrategias sirviendo como oportunidades de mejora y destaque a nivel nacional. **Conclusiones:** Se describieron diferencias

¹. Magister en Gerencia de Servicios de Salud. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Código ORCID: [0009-0002-6242-9809](https://orcid.org/0009-0002-6242-9809)

significativas entre el funcionamiento y reorganización del Sistema Móvil de Urgencias de la Dirección Regional de Salud Piura durante el año 2021.

Palabras clave: Atención móvil, Urgencias, Reorganización y funcionamiento, COVID 19.

Abstract

Objective: To describe the reorganization and functioning of the Mobile Emergency Care System of the Regional Health Directorate of Piura during the COVID 19 2021 pandemic. **Materials and methods:** Descriptive and cross-sectional study with a quantitative approach, conducted among health professionals of the Mobile Emergency Care System, Piura. The sample consisted of 49 health professionals, who were administered a survey. **Results:** Significant differences were observed in terms of operability; they considered the new strategies implemented during this period to be more effective. Significant differences were evidenced in terms of teamwork, better and greater planning, support from the coordinators; likewise, they highlighted teamwork as a strength and several improvements in the execution of the strategies serving as opportunities for improvement and highlighting at the national level. **Conclusions:** Significant differences were described between the operation and reorganization of the Mobile Emergency System of the Piura Regional Health Directorate during the year 2021.

Key words: Mobile care, Emergency, Reorganization and operation, COVID 19.

1. Introducción

El inicio de un brote de neumonía, de causa indeterminada, tuvo lugar en Wuhan, China, hacia finales de 2019. Fue el 7 de enero de 2020, cuando se produjo la identificación de un nuevo coronavirus (SARS-CoV-2). Luego, la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró este suceso como una emergencia de salud pública mundial el 30 de enero y finalmente lo clasificó como pandemia el 11 de marzo de 2020 (1). El impacto de la situación en los centros de salud fue evidente, particularmente en la presión que ejerció sobre los servicios de emergencia. Se ajustó la asignación de personal, se rediseñaron las vías de atención y se reestructuraron los diseños físicos para abordar de manera efectiva los desafíos planteados por el COVID-19 (2).

Los estudios realizados en España se han centrado principalmente en las urgencias atendidas en el ámbito hospitalario. Sin embargo, ha faltado un análisis sobre el accionar de las personas que acuden a los Servicios de Emergencia de Atención Primaria (SUAP) durante la pandemia (3). Durante la pandemia, la atención primaria en Europa experimentó un impacto significativo, por lo que es crucial considerar la utilización de SUAP como un recurso alternativo. Estas instalaciones pueden abordar eficazmente necesidades de atención médica tanto urgentes como regulares, llenando un vacío importante en el sistema (4).

El panorama de la Atención Primaria ha experimentado transformaciones significativas debido a la pandemia de COVID-19, lo que ha requerido la implementación de modificaciones radicales en las estructuras organizativas y

prácticas laborales establecidas. Los profesionales se vieron repentinamente empujados a una nueva realidad, obligados a ajustar rápidamente sus enfoques para gestionar la afluencia de casos y contactos, mitigar el riesgo de infecciones y continuar brindando atención a otros problemas de salud (5). En las primeras etapas de la pandemia, los profesionales de la salud se enfrentaron al desafío de implementar nuevos protocolos y vías de atención en Atención Primaria sin la guía de directrices actualizadas. Esto llevó a una evaluación apresurada de los riesgos y beneficios, así como a la falta de medidas de protección adecuadas. Ahora discutiremos los principales ajustes organizativos realizados en la atención al paciente y examinaremos el impacto tanto en los pacientes como en los proveedores de atención médica en términos de priorizar COVID-19 (6).

La aparición de la COVID-19 ha provocado un cambio significativo en el campo de la gestión de los servicios de salud, ya que las herramientas de salud digital se han vuelto cruciales para abordar la pandemia. Los centros de atención de primer nivel se han visto obligados a adaptarse y hacer la transición a esta nueva era de digitalización. Los profesionales de la salud ahora utilizan estas herramientas digitales para monitorear eficazmente a la población en riesgo, rastrear casos y gestionar contactos (7), esta tecnología permite la creación y utilización de modelos avanzados para analizar datos, implementar inteligencia artificial, tecnologías 5G y robótica. Además, facilita el uso de aplicaciones y sistemas de información, ampliando nuestra gama de herramientas digitales en la batalla en curso contra el COVID-19 y, en última instancia, apoyando a los profesionales de la salud en sus

esfuerzos por salvar vidas (8).

En Perú, la utilización de herramientas digitales en la salud presenta importantes obstáculos que deben superarse. Estos desafíos son aún más pronunciados durante la pandemia actual, a medida que enfrentamos la evidente disparidad en el acceso a Internet y las dificultades asociadas con la implementación de estos cambios y el cultivo de una mentalidad digital. Además, es necesario abordar los aspectos financieros y los procesos administrativos dentro de las instituciones de salud para facilitar esta transformación digital (9). Para fomentar la utilización de servicios de salud digitales, es importante implementar regulaciones, protocolos de supervisión e inspección, al tiempo que se brindan incentivos. La alfabetización en salud digital no solo debe ser priorizada para los usuarios, sino también para los proveedores de servicios. Además, la formación continua de los profesionales sanitarios es fundamental (10).

En el Perú, el Sistema de Atención Móvil de Urgencias (SAMU) se creó el 24 de noviembre del año 2011 como Programa Nacional, con la finalidad de brindar el servicio médico integral denominado Atención Pre Hospitalaria (11), el SAMU brinda atención las 24 horas para problemas de salud urgentes y de emergencia a través de vehículos especializados que van donde se encuentra el usuario. En el contexto del COVID-19, muchos de los pacientes presentaron situaciones de emergencia en el ámbito extrahospitalario o requirieron traslados interhospitalarios a unidades más complejas. De enero a noviembre del 2020, el SAMU asumió 173 traslados aéreos en 21 regiones del país, de los cuales 33 fueron pacientes críticos por el

nuevo coronavirus, procedentes de 11 regiones; se realizaron 12 traslados aéreos a la región Loreto 16 y se transportaron 9134 pacientes COVID-19 por vía terrestre en Lima, Ucayali, La Libertad, Tacna, Huánuco, Loreto y Piura (12).

El SAMU Piura, viene operando desde el 06 de abril del 2019, el cual fue inaugurado por los representantes máximos de Salud de la región y esto debido a la necesidad de una atención médica pre hospitalaria de emergencia antes y durante el traslado de un paciente crítico hacia un hospital; existiendo un óptimo aprovechamiento de la infraestructura, equipamiento, recursos humanos y disminución de los costos de rehabilitación de las secuelas, asegurando un flujo adecuado en la atención de emergencia, evitando desenlaces fatales y secuelas severas. Se inició con una ambulancia y dos equipos operativos, los cuales eran conformados por médico, licenciado en enfermería y piloto; conforme fue avanzando la gestión, se implementó y reorganizó la operatividad y funcionamiento (13).

Desde marzo del 2020 ante la pandemia del COVID19, el SAMU fue la primera entidad pública de Piura encargada de transportar y atender pacientes COVID. Piura al ser la segunda ciudad con mayor población del Perú sufrió durante esta pandemia, viéndose desabastecida de oxígeno, de medicamentos e insumos y de camas disponibles en los hospitales. Se presentaron diferentes escenarios durante los últimos meses, adquiriendo múltiples funciones nuevas para el personal SAMU; siendo mayor el reto de lograr brindar una atención domiciliaria similar a la de un nosocomio ante el colapso hospitalario. De la misma forma con el embalsamiento de cadáveres

en domicilio y calles (14).

Arnaldo et al. (15), en Brasil, realizó un estudio titulado “Reorganización del proceso de trabajo en la atención primaria de la salud para enfrentar el covid-19” La investigación es cualitativa, basada en el concepto de proceso de trabajo en salud, y utiliza como referencia metodológica la investigación evaluativa. Esta recolección fue realizada entre julio y septiembre de 2021 por 23 profesionales de la salud en unidades básicas de salud de un municipio del estado de Paraná, en el noroeste de Brasil. Para el análisis, los datos se organizaron utilizando el software MAXQDA y cada segmento de datos se organizó según su significado. Los resultados muestran que, al reorganizar el alcance, la planificación de actividades y la escala de los profesionales de la atención primaria de salud; organizar el proceso de atención a los usuarios de Covid-19 en la atención primaria de salud; Por lo tanto, concluyeron que este estudio destaca que los flujos de trabajo de evaluación son fundamentales para mejorar la atención sanitaria, especialmente durante emergencias de salud pública.

Huespe et al. (16), en Buenos Aires, realizó un estudio titulado “COVID-19: Reestructuración de emergencia e impacto de la pandemia en una Sección de Cirugía Mininvasiva Guiada por Imágenes” estos incluyen reorganización del personal, gestión de procedimientos electivos y de emergencia, consultas ambulatorias y actividades de docencia e investigación. Análisis comparativo de la evolución interanual de los pacientes tratados. El departamento del CIGIM se ha reorganizado en 3 eventos rotativos por semana, con estricto distanciamiento entre sus integrantes, y hasta el momento nadie ha sido

afectado. Pacientes que fueron sometidos a cirugía y consultas durante el período de estudio de 2019 en comparación con los del período de estudio de 2020: 136 vs. 57 operaciones en 2020, 102 vs. 39 consultas $p < 0,0001$; Por lo tanto, se concluye que la reducción de las necesidades de atención médica, la reorganización de los grupos de trabajo y las plataformas virtuales pueden ser estrategias y herramientas valiosas para enfrentar la pandemia de COVID-19.

Curioso y Galán (17), en Lima, realizó un estudio titulado “El rol de la telesalud en la lucha contra el COVID-19 y la evolución del marco normativo peruano” entre ellas, las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) en salud juegan un papel fundamental en la gestión de la pandemia de COVID-19. La pandemia ha redescubierto la telemedicina y ha acelerado el uso de plataformas digitales y servicios de salud. En el marco de la pandemia de COVID-19, el poder ejecutivo emitió varias normas para promover su uso. El propósito de este artículo es discutir el papel de la telemedicina y la evolución del marco regulatorio en el Perú. Asimismo, iniciativas desarrolladas e implementadas por la Escuela de Medicina del Perú se relacionan con el uso de las TIC en salud en el contexto de COVID-19, como la herramienta Observatorio CMP y las plataformas tecnológicas Aló CMP y Salud a un Clic. Finalmente, el artículo analiza algunos de los desafíos que enfrentan las TIC en salud durante la era COVID-19.

Cotrino et al. (18) en Lima, realizó un estudio titulado “Uso de herramientas digitales en el primer nivel de atención frente a la COVID-19”

se realizaron estudios cuantitativos, descriptivos y transversales. La cohorte estuvo compuesta por 85 profesionales de un establecimiento de salud en el centro de Lima, Perú. La tecnología utilizada fue una encuesta y la herramienta de recolección de datos fue un cuestionario sobre el uso de herramientas digitales en los prestadores de salud. En cuanto al uso de herramientas digitales, domina el indicador siempre, que representa el 74,1% (n=63), seguido de casi siempre el 12,9% (n=11), a menudo el 9,4% (n=8) y casi nunca el 2,4% (n=2) 1,2% (n=1) Nunca. Se concluyó que la ventaja del uso de herramientas digitales en atención primaria para el covid-19 es “siempre”, seguida de “casi nunca”, “casi siempre”, “regularmente” y “nunca”.

Emergencias y urgencias, existieron siempre, toda persona lo atribuye a un accidente, un desastre natural que sucede fortuitamente es por ello que ante estas eventualidades surgieron medidas sanitarias para la atención de las personas que se encontraban requeridas de atención para recuperar la salud (19). A pesar de existir evidencia mundial de la disminución de las atenciones en los centros de salud, existen escasos estudios nacionales realizados en población pediátrica. Por ello, esta investigación tiene el objetivo de describir las características de las atenciones en el servicio de emergencia del Hospital de Emergencias Pediátricas (HEP) durante la pandemia de la COVID-19 y comparar el cambio en la asistencia de los pacientes pediátricos durante las semanas epidemiológicas 10 a 48 de los años 2019 y 2020 (20).

Es así como, según lo señalado, el objetivo de estudio es describir la Reorganización y

funcionamiento del Sistema de Atención Móvil de Urgencias de la Dirección Regional de Salud Piura durante la pandemia COVID 19 2021.

2. Metodología

Estudio descriptivo, observacional y prospectivo con corte transversal, enfoque cuantitativo y no experimental, dirigido a Médicos, Enfermeros, Pilotos de Ambulancia y Técnicos de Enfermería que pertenecieron al Sistema de Atención Móvil de Urgencias y Emergencias, Piura. Se determinó a un total de 49 profesionales de salud antes ya mencionados por lo cual se procedió a tomar una muestra aleatoria estratificada, la técnica que se usó fue una encuesta y el instrumento fue la Escala General de Satisfacción desarrollado por Warr, Cook y Wall; se aplicó una encuesta integrada por dos apartados, uno de datos sociodemográficos y otro para medir los factores intrínsecos y extrínsecos relacionados con la satisfacción laboral y operatividad de acuerdo con el instrumento. Se realizó una base de datos, utilizando el programa Excel para permitir y asegurar la información digitalizada, el cual permite determinar las variables sociodemográficas que se encuentra en la primera parte de la encuesta de la población en estudio, sexo, edad, estado civil, años laborando, nivel académico, número de trabajos en los que laboran, turno y categoría con la que es contratado. Se analizaron los factores intrínsecos y extrínsecos de las encuestas para determinar la satisfacción laboral, a través de la puntuación obtenida de cada factor, sumando los ítems que la componen y a su vez dividiendo por el número de estos ítems, el número 3 se tomó como un grado medio de satisfacción, así como la satisfacción global, se determinará por el total de

la encuesta de cada participante por los 20 ítems del cuestionario. Para establecer los puntos de corte del instrumento de Font Roja se tomaron en cuenta tres categorías para su interpretación, no satisfecho; puntuaciones menores de 2.99;

3. Resultados

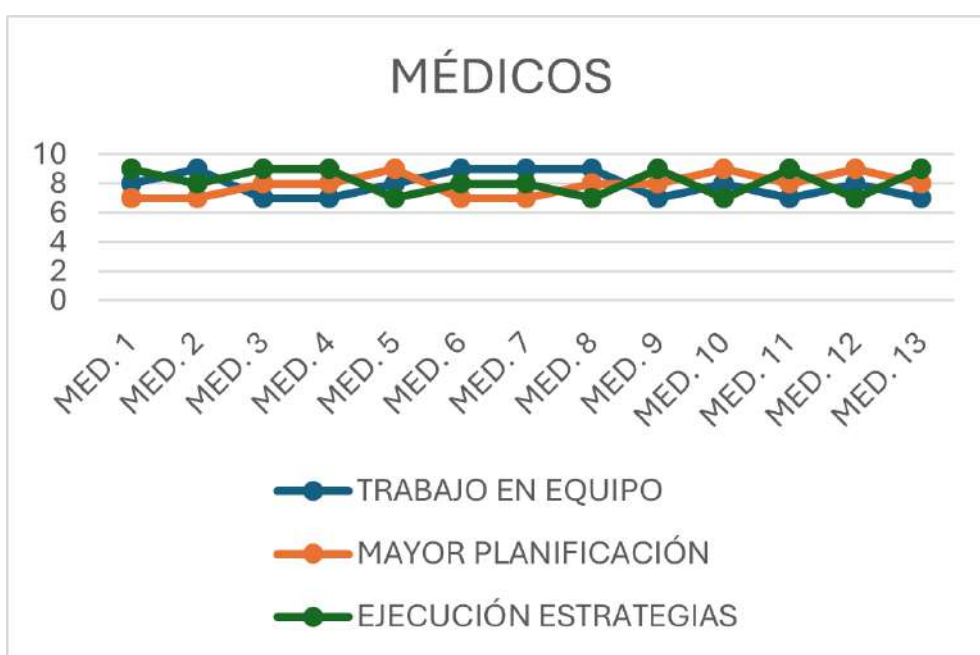
Se observaron diferencias significativas en cuanto a la operatividad, consideraron mayor resultado ante las nuevas estrategias implantadas durante ese periodo. Se evidenciaron diferencias significativas en cuanto a trabajo en equipo, mejor y mayor planificación, apoyo de los coordinadores; de la misma manera, destacaron como fortaleza el trabajo en equipo y varias mejoras en la ejecución de las estrategias sirviendo como oportunidades de mejora y destaque a nivel nacional.

Entre los resultados se encontraron diferencias significativas mencionando 3 ítems importantes

satisfecho; puntuación de 3, y muy satisfecho mayores de 3.1. Se presentaron características sociodemográficas como el sexo, edad, turno, tipo de contrato, nivel académico, estado civil y número de trabajo.

tales como: trabajo en equipo, mayor planificación y ejecución de nuevas estrategias, en donde cada profesional calificaba de 1-10 según su apreciación en cuanto al funcionamiento.

En cuanto a médicos se encontró que 5 de 13 calificaron como 7, 4 de 13 calificaron como 8 y 4 de 13 calificaron como 9 el trabajo en equipo; de la misma manera en cuanto a mayor planificación, 4 de 13 lo calificaron como 7, 6 de 13 calificaron como 8 y 3 de 13 lo calificaron como 9; finalmente en cuanto a la ejecución de nuevas estrategias, 4 de 13 lo calificaron como 7, 3 de 13 lo calificaron como 8 y 6 de 13 lo calificaron como 9; esto se puede evidenciar en el siguiente gráfico.



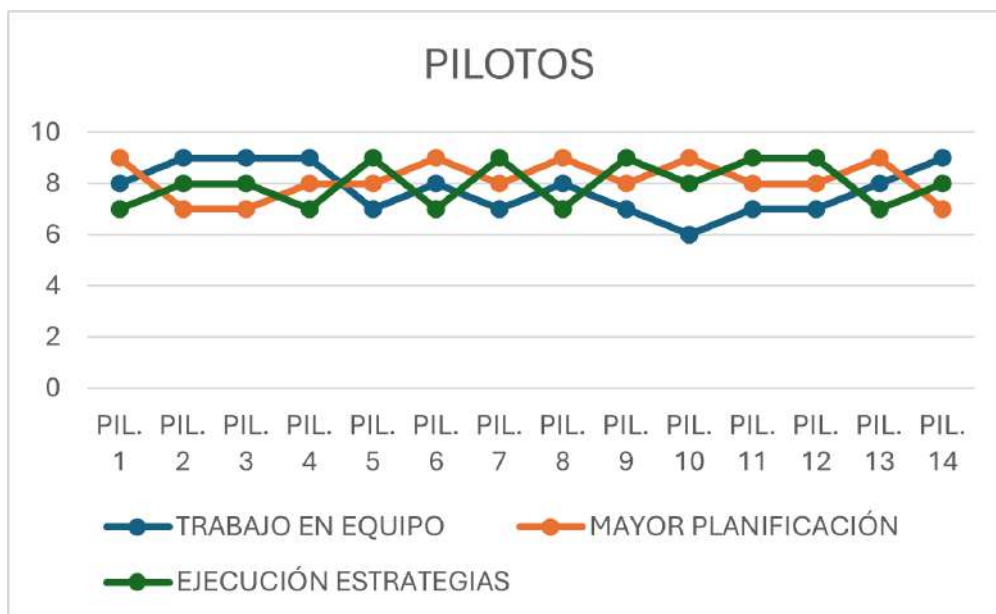
En cuanto a enfermeras se encontró que 6 de 15 calificaron como 7, 3 de 15 calificaron como 8 y 6 de 15 calificaron como 9 el trabajo en equipo; de la misma manera en cuanto a mayor planificación, 4 de 15 lo calificaron como 7, 7 de 15 calificaron

como 8 y 4 de 15 lo calificaron como 9; finalmente en cuanto a la ejecución de nuevas estrategias, 5 de 15 lo calificaron como 7, 5 de 15 lo calificaron como 8 y 5 de 15 lo calificaron como 9; esto se puede evidenciar en el siguiente gráfico.



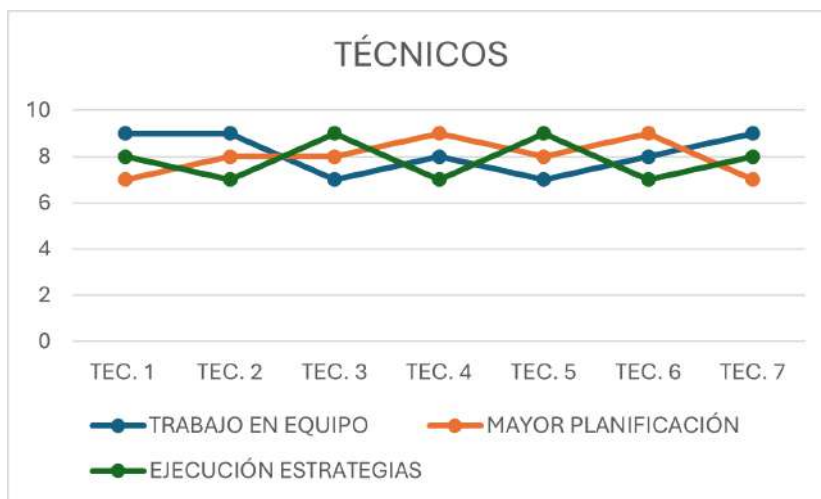
En cuanto a pilotos se encontró que 5 de 14 calificaron como 7, 4 de 14 calificaron como 8 y 4 de 14 calificaron como 9 el trabajo en equipo; de la misma manera en cuanto a mayor planificación, 3 de 14 lo calificaron como 7, 6 de 14 calificaron

como 8 y 5 de 14 lo calificaron como 9; finalmente en cuanto a la ejecución de nuevas estrategias, 5 de 14 lo calificaron como 7, 4 de 14 lo calificaron como 8 y 5 de 14 lo calificaron como 9; esto se puede evidenciar en el siguiente gráfico.



En cuanto a técnicos se encontró que 2 de 7 calificaron como 7, 2 de 7 calificaron como 8 y 3 de 7 calificaron como 9 el trabajo en equipo; de la misma manera en cuanto a mayor planificación, 2 de 7 lo calificaron como 7, 3 de 7 calificaron como

8 y 2 de 7 lo calificaron como 9; finalmente en cuanto a la ejecución de nuevas estrategias, 3 de 7 lo calificaron como 7, 2 de 7 lo calificaron como 8 y 2 de 7 lo calificaron como 9; esto se puede evidenciar en el siguiente gráfico.



3. Discusión

En cuanto a médicos se encontró que 5 como 7, como 8 y 4 como 9; respecto a las enfermeras 6 calificaron como 7, 3 como 8 y 6 como 9, en cuanto a pilotos se encontró que 5 calificaron como 7, 4 como 8 y 4 como 9, por último respecto a los técnicos, se encontró que 2 como 7, 2 como 8 y 3 como 9 el trabajo en equipo, por lo cual durante la pandemia, la reorganización y funcionamiento del sistema de atención móvil de urgencias y emergencias durante la pandemia ha implicado la implementación de protocolos, la gestión de conflictos éticos, el apoyo emocional al personal de salud, y la adaptación de los servicios para garantizar una atención adecuada en un contexto desafiante.

Por otro lado, respecto a la planificación respecto a los médicos 4 de 13 lo calificaron como 7, 6 como 8 y 3 como 9, de la misma manera las enfermeras 4 de 15 lo calificaron como 7, 7 como 8 y 4 como 9;

respecto a los pilotos 3 de 14 lo calificaron como 7, 6 como 8 y 5 como 9, por último, en cuanto al personal técnico 2 de 7 lo calificaron como 7, 3 como 8 y 2 como 9, esto debido a que la reorganización de los servicios de urgencias ha sido fundamental para hacer frente a la pandemia. En este sentido, se ha destacado la importancia de configurar todos los Servicios de Urgencias como circuitos COVID, dada la amplitud de síntomas relacionados con la enfermedad, durante una pandemia, el sistema de emergencias, a través del teléfono de urgencias/emergencias y de las unidades móviles asistenciales, puede tener un gran protagonismo en cuanto a ser la principal forma de acceso de la población al sistema sanitario. La estrategia de utilizar el sistema de urgencias y emergencias como primera línea en la valoración y asistencia de los pacientes afectados por la gripe, en coordinación con la red de atención primaria y hospitalaria, puede suponer mejorar la gestión integral de la pandemia.

Por último en cuanto a la ejecución de nuevas estrategias, y respecto a los médicos 4 de 13 lo calificaron como 7, 3 como 8 y 6 como 9; en cuanto a las enfermeras 5 de 15 lo calificaron como 7, 5 como 8 y 5 como 9; por otro lado los pilotos 5 de 14 lo calificaron como 7, 4 como 8 y 5 como 9 y por último el personal técnico, 3 de 7 lo calificaron como 7, 2 como 8 y 2 como 9; por lo que se ha propuesto la estrategia de utilizar el sistema de urgencias y emergencias como primera línea en la valoración y asistencia de los pacientes afectados por la gripe, en coordinación con la red de atención primaria y hospitalaria. Esta estrategia busca mejorar la gestión integral de la pandemia desde el punto de vista de la salud pública, disminuyendo el tránsito de pacientes por las instalaciones sanitarias y promoviendo un uso racional de los recursos sanitarios basado en las necesidades clínicas reales de los pacientes.

Estos datos lo podemos contrastar con las investigaciones de Arnaldo et al. (15) el cual sus hallazgos muestran que al reorganizar el alcance, la planificación de actividades y la escala de los profesionales de la atención primaria de salud; organizar el proceso de atención a los usuarios de Covid-19 en la atención primaria de salud; Por lo tanto, concluyeron que este estudio destaca que los flujos de trabajo de evaluación son fundamentales para mejorar la atención sanitaria, especialmente durante emergencias de salud pública, de igual manera con Huespe et al. (16) quien indica que hubo una disminución significativa en 2020: 136 vs. 57 operaciones en 2020, 102 vs. 39 consultas $p < 0,0001$, por lo que la reducción de las necesidades de atención médica, la reorganización de los grupos de trabajo y las plataformas virtuales pueden ser estrategias y

herramientas valiosas para enfrentar la pandemia de COVID-19.

De igual manera en el ámbito nacional, Curioso y Galán (17) en donde discute el papel de la telemedicina y la evolución del marco regulatorio en el Perú. Asimismo, iniciativas desarrolladas e implementadas por la Escuela de Medicina del Perú se relacionan con el uso de las TIC en salud en el contexto de COVID-19, como la herramienta Observatorio CMP y las plataformas tecnológicas Aló CMP y Salud a un Clic. Finalmente, el artículo analiza algunos de los desafíos que enfrentan las TIC en salud durante la era COVID-19, Cotrina et al. (18) indica que, al uso de herramientas digitales, domina el indicador siempre, que representa el 74,1% (n=63), seguido de casi siempre el 12,9% (n=11), a menudo el 9,4% (n=8) y casi nunca el 2,4% (n=2) 1,2% (n=1) Nunca. Se concluyó que la ventaja del uso de herramientas digitales en atención primaria para el covid-19 es “siempre”, seguida de “casi nunca”, “casi siempre”, “regularmente” y “nunca”.

Es así como durante la pandemia de COVID-19, la reorganización y funcionamiento del sistema de atención móvil de urgencias y emergencias ha sido fundamental para hacer frente a los desafíos sin precedentes que ha planteado esta crisis sanitaria. Es importante reconocer que los servicios de emergencia se han enfrentado a una demanda sin precedentes, lo que ha requerido una adaptación rápida y eficaz para garantizar la atención oportuna a los pacientes afectados por el virus. Sin embargo, también es importante señalar los desafíos que ha enfrentado el sistema de atención móvil de urgencias y emergencias durante la pandemia. La escasez de equipos

de protección personal, la fatiga del personal sanitario y la presión sobre los recursos han sido obstáculos significativos que han afectado la capacidad de respuesta en algunos casos. Estos aspectos requieren una reflexión crítica para identificar áreas de mejora y garantizar la resiliencia del sistema ante futuras crisis.

4. Conclusion

Se encontraron diferencias significativas entre el funcionamiento y reorganización del Sistema Móvil de Urgencias de la Dirección Regional de Salud Piura durante el año 2021; concluyendo que la pandemia del COVID ha remarcado la necesidad de mejorar el funcionamiento y reestructuración de nuevas estrategias y fortalecer los recursos del sistema sanitario, esto de la mano con el trabajo en equipo, las mejor coordinación y liderazgo de los jefes de profesionales, y de la aplicación de mejores estrategias que permitían el trabajo conjunto con DIRESA Piura, lo que permitió un mejor y mayor alcance a la población y de esta manera, ayudar en la atención pre hospitalaria para no saturar los establecimientos de primer nivel.

5. Referencias

1. Zheng J. SARS-coV-2: An emerging coronavirus that causes a global threat. *Int J Biol Sci.* 2020;16(10):1678-1685. doi: 10.7150/ijbs.45053.
2. Serra A. Infección respiratoria aguda por COVID-19: una amenaza evidente. *Rev Habanera Ciencias Médicas.* 2020;19(1):5
3. Alquézar-Arbé, P. Piñera, J. Jacob, A. Martín, S. Jiménez, P. Llorens, et al. Impacto organizativo de la pandemia COVID-19 de 2020 en los servicios de urgencias hospitalarios españoles: resultados del estudio ENCOVUR. *Emergencias,* 32 (2020), pp. 320-331
4. Kuitunen, V.T. Ponkilainen, A.P. Launonen, A. Reito, T.P. Hevonkorpi, J. Paloneva, et al. The effect of national lockdown due to COVID-19 on emergency department visits. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med,* 28 (2020), pp. 114 <http://dx.doi.org/10.1186/s13049-020-00810-0>
5. Rothan HA, Byrareddy SN. The epidemiology and pathogenesis of coronavirus (Covid-19) outbreak. *J Autoimmun.* 2020; 109:1-4. doi: 10.1016/j.jaut.2020.102433.
6. World Health Organization. WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19 - 11 March 2020 [Internet]. WHO Director General's speeches. 2020 [citado el 9 de febrero del 2020]. p. 4. Disponible en: <https://www.who.int/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19--11-march-2020>.
7. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. COVID-19 y el rol de los sistemas de información y las tecnologías en el primer nivel de atención [Internet]. 2020. p. 1–5. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52205/COVID-19FactsheetPNA%20_spa.pdf?sequence=14
8. Galán-Rodas E, Tarazona-Fernández A, Palacios-Celi M. Riesgo y muerte de los médicos a 100 días del estado de

- emergencia por el COVID-19 en Perú. Acta Médica Perú [revista en Internet] 2020 [citado el 14 de enero de 2021]; 37(2): 119-21. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v37n2/1728-5917-amp-37-02-119.pdf>
9. Curioso W. Building Capacity and Training for Digital Health: Challenges and Opportunities in Latin America. J Med Internet Res [revista en Internet] 2019 [citado el 15 de enero de 2021]; 21(12): e16513. Disponible en: <https://www.jmir.org/2019/12/e16513/>
 10. Pan American Health Organization, Institutional Repository for Information Sharing. 2019. Plan of Action for Strengthening Information Systems for Health 2019-2023 [sede Web]. Washington-Estados Unidos: PAHO-IRIS; 2019 [citado 15 enero de 2021]. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/51617>
 11. Ministerio de Salud. Programa Nacional “Sistema de Atención Móvil de Urgencia” - Manual de Operaciones. [Internet]. 2011 [Citado 01 Jul 2024]. Disponible en: https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/271614/242717_RM944-2011-MINSA.pdf20190110-18386-ibzuds.pdf
 12. Ministerio de Salud. Programa Nacional “Sistema de Atención Móvil de Urgencia” – SAMU está en capacidad de atender emergencias ante desastres. [Internet]. 2021 [Citado 01 Jul 2024]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/13278-samu-esta-en-capacidad-de-atender-emergencias-ante-desastres>
 13. Ministerio de Salud. SAMU Piura registra más de 200 atenciones prehospitalarias en sus primeros cuatro meses de funcionamiento [Internet]. 2019 [Citado 01 Jul 2024]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/50272-samu-piura-registra-mas-de-200-atenciones-prehospitalarias-en-sus-primeros-cuatro-meses-de-funcionamiento>
 14. Defensoría del pueblo. CRISIS DE OXÍGENO PARA PACIENTES DE COVID-19: Alternativas de solución [Internet]. 2020 [Citado 01 Jul 2024]. Disponible en: <https://www.defensoria.gob.pe/wp-content/uploads/2020/06/Serie-Informes-Especiales-N%C2%BA-017-2020-DP.pdf>
 15. Arnaldo JGS, Radovanovic CAT, Magnabosco GT, Salci MA, Galdino MJQ, Martins MA, et al. Reorganization of the work process in primary health care in coping with COVID-19. Cogitare Enferm. [Internet]. 2023 [cited “insert year, month, day”]; 28. Available from: <https://dx.doi.org/10.1590/ce.v28i0.91105>
 16. Huespe Pablo E, Oggero Aldo S, Figari Marcelo F, Pekolj Juan, Hyon Sung H. COVID-19: Reestructuración de emergencia e impacto de la pandemia en una Sección de Cirugía Mininvasiva Guiada por Imágenes. Rev. argent. cir. [Internet]. 2020 Jun [citado 2024 Jul 23]; 112(2): 119-126. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2250-639X2020000200007&lng=es.
 17. Curioso Walter H., Galán-Rodas Edén. El rol de la telesalud en la lucha contra el COVID-19 y la evolución del marco normativo peruano. Acta méd. Peru

- [Internet]. 2020 Jul [citado 2024 Jul 23] ; 37(3): 366-375. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.35663/amp.2020.373.1004>.
18. Cotrina Aliaga JC, Vera Flores MA, Sosa Celi P, Espinoza Cordero T. Uso de herramientas digitales en el primer nivel de atención frente a la COVID-19. *Ágora* [Internet]. 2021 Jul. 12 [cited 2024 Jul. 23];8(1):29-33. Available from: <https://revistaagora.com/index.php/cieUMA/article/view/139>
 19. Rotulo G, Percivale B, Molteni M, Naim A, Brisca G, Piccotti E, et al. The impact of COVID-19 on infectious diseases epidemiology: The experience of a tertiary Italian Pediatric Emergency department. *Em J Emerg Med*. 2021; 43: 115-117. doi: 10.1016/j.ajem.2021.01.065.
 20. Stramandinoli Ángela, Alvarado-Zúñiga Julio, Alvarado Germán F., Egúsquiza-Zuzunaga Gabriela, Carreazo Nilton Yhuri. Cambios comparativos en la asistencia de pacientes al servicio de emergencia durante la primera ola en el Hospital de Emergencias Pediátricas entre el 2019 y 2020. *Rev. perú. med. exp. salud publica* [Internet]. 2022 Jul [citado 2024 Jul 23] ; 39(3): 345-351. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.17843/rpmesp.2022.393.11245>.

ANÁLISIS DE ACCIDENTABILIDAD POR DESCOMPRESIÓN INADECUADA EN TRABAJADORES DE FAENAS SUBACUÁTICAS EN CHILE ENTRE LOS AÑOS 2004 AL 2022

ANALYSIS OF ACCIDENT RATES DUE TO INADEQUATE DECOMPRESSION IN UNDERWATER WORK SITES IN CHILE FROM 2004 TO 2022

Araya Ugarte José Antonio¹

Citar como:

Araya J. Análisis de accidentabilidad por descompresión inadecuada en trabajadores de faenas subacuáticas en Chile entre los años 2004 al 2022. Rev. Recien. 2024; 13 (3)

Correspondencia:

jose.araya@ulagos.cl

Recibido: 16/09/2024

Aprobado: 15/10/2024

En línea: 10/12/2024

Resumen

Introducción: La enfermería ocupacional es la disciplina de la profesión que se enfoca en la promoción, prevención y protección de la salud de los trabajadores. La medicina subacuática es una especialidad que se dedica a la prevención, diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones que se producen en el medio acuático. Objetivo: Analizar de acuerdo con los datos entregados por la DIRECTEMAR los accidentes por descompresión inadecuada acontecidos en Chile durante 2004 a 2022. Materiales y métodos: Estudio descriptivo, documental donde se analizaron las tablas estadísticas proporcionadas por la DIRECTEMAR en su página WEB de forma anual, abarcando el periodo desde el año 2004 hasta el año epidemiológico 2022. Resultados: Se determinó que los buzos con matrícula de mariscador básico tuvieron mayor cantidad de accidentes. A su vez se logró evidenciar que la gobernación con mayor número de accidentes es la de Coquimbo. Conclusión: Se pudo determinar que los

¹ Enfermero, Licenciado en enfermería, Magister en gestión, diplomado en calidad y acreditación, experto en medicina subacuática, instructor acreditado AHA. Universidad de Los Lagos, Departamento de salud, académico Escuela de enfermería sede Puerto Montt, Región de los Lagos Chile. Correo: jose.araya@ulagos.cl Orcid Id: [0009-0008-9496-4180](https://orcid.org/0009-0008-9496-4180)

accidentes graves y con resultados de muerte se encuentran presentes en todos los años y no existe un quiebre de tendencia a pesar de las intervenciones gubernamentales para controlar esta situación.

Palabras clave: Enfermería; enfermería del trabajo; descompresión; muerte; enfermedad de descompresión.

Abstract

Occupational nursing is the discipline of the profession that focuses on the promotion, prevention, and protection of workers' health. Underwater medicine is a specialty dedicated to the prevention, diagnosis and treatment of diseases and injuries that occur in the aquatic environment. The objective of this research was to be able to analyze, according to the data provided by DIRECTEMAR, the accidents due to inadequate decompression that occurred in our country between the years 2004 to 2022. This study was descriptive, documentary in nature, where the statistical tables provided by the DIRECTEMAR on its WEB page covering the period from 2004 to the epidemiological year 2022. It was determined that divers with basic shellfish collector registration were the ones who had the greatest number of accidents. At the same time, it was possible to show that the governorate with the highest number of accidents is Coquimbo. From the analysis of the severity indices, it was determined that serious accidents resulting in death are present in all years and there is no break in the trend despite government interventions to control this situation.

Key words: Nursing; occupational nursing; decompression; death; decompression sickness.

1. Introducción

Los accidentes laborales son un problema global importante que afecta a millones de trabajadores en todo el mundo cada año. La Organización Internacional del Trabajo (OIT) informó en 2019 que cada año se producen aproximadamente 374 millones de accidentes no mortales en todo el mundo (1). Ante esta situación, en el país se han adoptado diversas medidas preventivas y normativas para garantizar la seguridad de los trabajadores (2). Porejemplo, la Ley número 16.744 les da a los empleados chilenos el poder contar con un seguro de accidentes y enfermedades profesionales en el lugar de trabajo, y el Ministerio de Trabajo y Previsión Social es responsable de monitorear el cumplimiento de las normas nacionales de seguridad y salud en el trabajo (3).

Por otro lado, la enfermería ocupacional es un campo profesional enfocado a promover, prevenir y proteger la salud de los empleados (4). A pesar de su relevancia, esta área de la enfermería es poco conocida y difundida, lo que resulta en una limitada atención a la salud de los trabajadores. Además, el rol del profesional de enfermería ocupacional es fundamental en la prevención de enfermedades y accidentes laborales, en la promoción de la salud en el lugar de trabajo, en el monitoreo y seguimiento de las condiciones de esta, y en la atención de los trabajadores afectados por problemas de salud relacionados con su trabajo como lo es las enfermedades por descompresión, traumas, osteonecrosis disbárica, etc.

En relación con lo anterior, la medicina subacuática se considera dentro de la salud ocupacional como

una especialidad que se dedica a la prevención, diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones que ocurren en el medio acuático. Su objetivo principal es garantizar la seguridad y la salud de los trabajadores que realizan sus trabajos en el medio acuático, como los buzos profesionales (5).

Aunque esta disciplina es importante en Chile, no se han realizado investigaciones que respalden la calidad de la medicina subacuática en el país. En parte, esto se debe a que la medicina subacuática es una especialidad poco conocida y extendida en la comunidad médica. Actualmente, en Chile, existe la Sociedad Chilena de Medicina Hiperbárica y Subacuática, cuyo objetivo es fomentar y mantener la cooperación de todos los profesionales y técnicos dedicados en esta especialidad y otras ciencias afines, con el fin de estimular, impulsar y difundir los conocimientos y avances (6).

Las enfermedades o accidentes del buceo se pueden clasificar de acuerdo con el lugar de su ocurrencia: Accidentes en superficie, Accidentes de compresión o en descenso también llamado EDI (Enfermedad Descompresiva Inadecuada). En el estudio sobre la tipología de muertes de buzos ocurridas en Chile entre los años 2004 y 2012 los autores determinaron que las causas de muertes de buzos en faenas acuícolas fueron 43 buzos, donde la mayoría de estas muertes fue el buzo mariscador básico. Si se analiza por causa de muerte, 10 buzos fallecieron por descompresión inadecuada (7). Esta información es de vital importancia entonces para que la capacitación, seguimiento, control y evaluación de los distintos procesos que conlleva las faenas subacuáticas

sean realizadas por un profesional no sólo competente en el área ingenieril sino también tenga las competencias y habilidades en el manejo no solo de los procesos sino también del conocimiento referente a la salud de las personas y las patologías asociadas a esta actividad tanto de manera aguda como crónica, tal y como lo es el profesional de enfermería

La enfermedad descompresiva inapropiada es una situación complicada y poco conocida en nuestra nación, a pesar de que muchos trabajadores corren el riesgo de padecerla a diario.

La condición clínica se describe como la afectación de varios sistemas y una variedad de síntomas, resultado de una descompresión inadecuada después de un buceo profundo y prolongado debido al efecto tóxico de la sobrecarga de nitrógeno no liberada correctamente. (8)

Según Aguilar y Calvo, la mayoría de los buceadores son trabajadores independientes, quienes no están obligados a implementar programas de seguridad y prevención de accidentes laborales y, por su propia voluntad, no asisten a capacitarse. Solo unos pocos cumplen con los requisitos mínimos de seguridad requeridos por la autoridad marítima. Además, demuestra la falta de capacitación en el campo de las patologías subacuáticas por parte de los equipos de atención médica y la necesidad de capacitar a los profesionales de la salud en este campo, el cual es poco explotado y desconocido. Por último, en el ámbito de la prevención primaria, es necesario implementar programas educativos para los buzos cuyo objetivo sea prevención de riesgo y seguridad social en las tareas que desarrollan, siendo el profesional de Enfermería de todo el

equipo de salud el más idóneo para realizar dicha actividad (9).

De acuerdo a lo descrito en su misión la DIRECTEMAR “es el organismo de alto nivel de la Armada de Chile que como servicio público del Estado de Chile, cautela el cumplimiento de las leyes y acuerdos internacionales vigentes, para dar seguridad marítima, proteger la vida humana en el mar, zonas fluviales y lacustres; preservar el medio ambiente acuático y los recursos naturales marinos; ejercer la policía marítima y fiscalizar y regular las actividades que se desarrollan en el ámbito marítimo de su jurisdicción, con el propósito de contribuir al desarrollo marítimo de la nación”. Esto hace que este organismo sea un ente fiscalizador y no capacitador para poder reducir los accidentes de distinta índole en las faenas subacuáticas quedando esto a las empresas responsables de sus trabajadores y como lo describe la normativa “Protocolo de vigilancia para trabajadores y trabajadoras expuestos a condiciones hiperbáricas” del año 2014 y que dice específicamente que la labor de esta institución es la de Fiscalizar el cumplimiento de la normativa según materias de su competencia (10).

El objetivo de esta investigación fue poder analizar de acuerdo con los datos entregados por la DIRECTEMAR los accidentes por descompresión inadecuada acontecidos en Chile entre los años 2004 a 2022 (primera semana año 2023) de acuerdo a tipos de matrículas, gobernaciones e índices de gravedad y así poder determinar si a pesar de las intervenciones gubernamentales estas han sido capaces de disminuir la tendencia de este tipo de accidentes, y a su vez favorecer la incursión de la enfermería subacuática.

2. Metodología

Se realizó un estudio descriptivo de tipo documental sobre los accidentes por Enfermedad Descompresiva Inadecuada (EDI). Se analizaron las tablas estadísticas proporcionadas por datos secundarios de acceso público de DIRECTEMAR de forma anual, abarcando el periodo desde el año 2004 hasta la primera semana de enero de 2023 (11).

La población estudiada fueron los trabajadores de faenas subacuáticas a nivel nacional que tuvieron accidentes de descompresión inadecuada entre los años 2004 hasta la primera semana del 2023. De acuerdo con lo anterior, se llevó a cabo la

creación de tablas estadísticas para un análisis de datos que abarcó diferentes variables, como: la matrícula de los buzos, las gobernaciones marítimas, la gravedad y el tipo de lesión, tanto leve, grave y muerte.

Al tratarse de datos estadísticos, no existió posibilidad de identificación de las personas que sufrieron los accidentes, por lo que no se requirió someter el trabajo a la evaluación por parte de un Comité Ético Científico, no obstante, se consideraron aspectos éticos al desarrollar la investigación, tales como transparentar los números totales con los cuales se elaboraron las distintas tablas estadísticas y gráficas del estudio.

3. Resultados

Respecto a los accidentes por matrícula el buzo mariscador básico es quien tiene el mayor número de eventos con un total de 795 eventos en los 19 años analizados equivalente a un 76% del total, mientras que el buzo especialista no se registran eventos de descompresión en

estos 19 años analizados. Lo siguen los buzos sin matrícula con un total de 159 eventos equivalente a un 15% del total, buzo comercial con un total de 55 eventos equivalente a un 5% del total, buzo intermedio con 37 eventos equivalente a un 4% del total y finaliza con buzo deportivo autónomo con 8 eventos equivalente a un 1%.

Tabla 1. Enfermedad Descompresiva Inadecuada por matrícula

Matrícula	n	%
Buzo mariscador básico	795	76
Buzo intermedio	37	4
Buzo especialista	0	0
Buzo comercial	55	5
Buzo deportivo autónomo	8	1
Sin matrícula	159	15
Total	1052	100

Respecto al total de accidentes por descompresión inadecuada clasificados por gobernaciones en los últimos 19 años, las 3 primeras son la gobernación de Coquimbo que es la que tiene mayor cantidad de eventos con 225 casos equivalente al 21,5% de los eventos totales, lo sigue la gobernación de Castro con 160 eventos en los últimos 19 años equivalentes al 15,3% de los eventos totales, y en tercer lugar la gobernación de Talcahuano con 137 eventos equivalente al 13,1% de los eventos totales. Las gobernaciones con menos eventos de

accidentabilidad por descompresión inadecuada son la gobernación de Hanga Roa con 2 eventos equivalentes a un 0,2% de los casos totales, lo sigue la gobernación de Puerto Williams con 5 eventos equivalente a un 0,5% de los eventos totales y en último lugar están las gobernaciones de Arica y San Antonio con 6 eventos cada una equivalentes a un 6% de los casos totales. Cabe señalar que por Sumatoria de tabla emanada por DIRECTEMAR el N es de 1046.

Tabla 2. Accidentes por descompresión por gobernaciones marítimas

Gobernación	n	%
Arica	6	0,6
Iquique	25	2,4
Antofagasta	104	9,9
Caldera	54	5,2
Coquimbo	225	21,5
Valparaíso	43	4,1
Hanga roa	2	0,2
San Antonio	6	0,6
Talcahuano	137	13,1
Valdivia	14	1,3
Pto. Montt	104	9,9
Castro	160	15,3
Aysén	124	11,9
Pta. Arenas	37	3,5
Total	1046	100

Respecto al total de accidentes por índice de gravedad se observa que en los últimos 19 años los accidentes “graves” fueron 567 equivalentes a un 54% de los eventos, lo siguen los eventos “leves” los cuales fueron 322 equivalentes a un 31% de los eventos y finalmente los accidentes con resultado

de “muerte” los cuales fueron de 163 equivalentes a un 15% de la totalidad de los eventos.

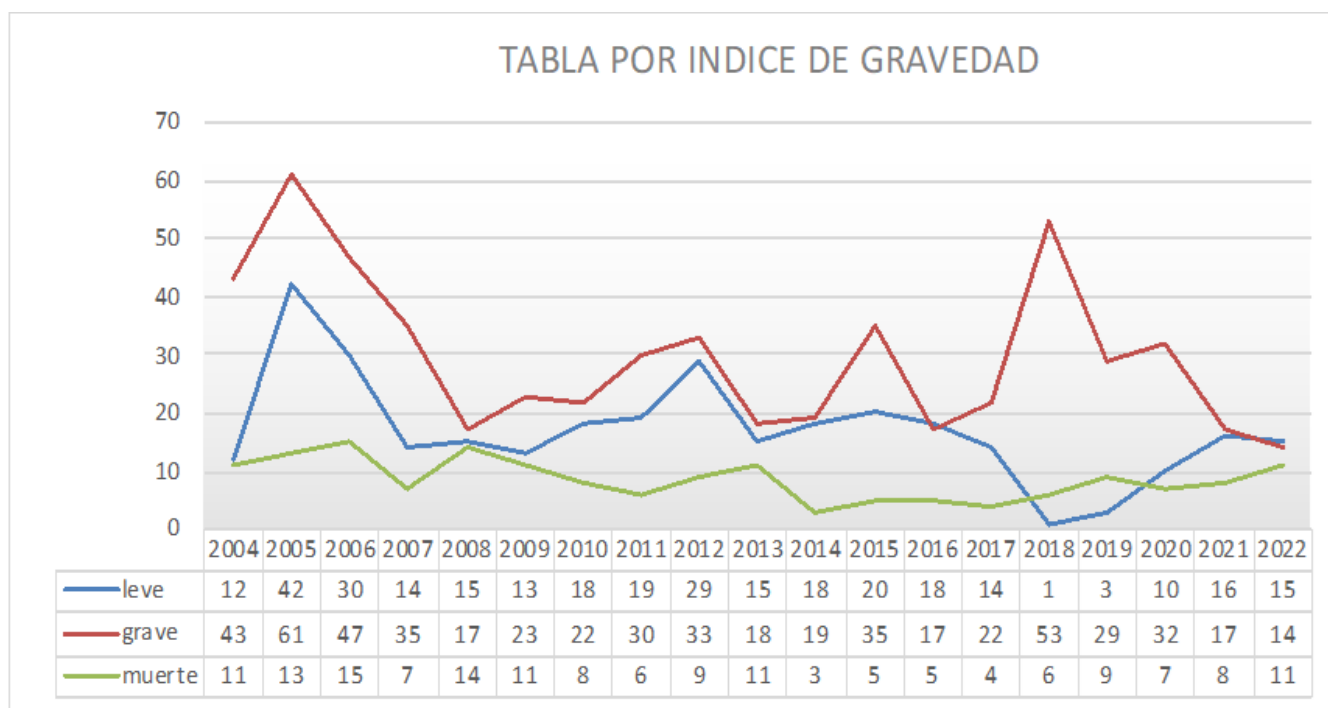
Cabe señalar que si se hace la sumatoria de los accidentes graves y resultado de muerte estos dan un total de 730 accidentes equivalente a un 69% de la totalidad de los eventos.

Tabla 3. Accidentabilidad por índice de gravedad

Índice de gravedad	n	%
Leves	322	31
Graves	567	54
Muertes	163	15
Total	1052	100

Respecto a la Figura 1 se puede apreciar que en todos los años analizados hay accidentes de distinta índole sin observarse quiebres de tendencias.

Figura 1. Índices de gravedad



4. Discusión

De los análisis descritos destaca que la mayor cantidad de accidentes por descompresión inadecuada de acuerdo con matrícula es el buzo mariscador básico con 75% de los accidentes en los 19 años analizados. De acuerdo con las diversas normativas de las entidades gubernamentales como es el ingreso de capacitaciones a los buzos, fiscalizaciones a empresas y monitoreo de las personas con sus respectivas matriculas no se evidencia tendencia significativa de baja en los accidentes siendo preocupante el número de accidentes en el grupo analizado.

“Los buzos mariscadores son los que sufren una mayor frecuencia de lesiones y fatalidades. Si a esto además agregamos los problemas de salud que han sido descritos en otros estudios, estamos ante una actividad laboral de alto riesgo. Esto indica que se debe desarrollar un mayor esfuerzo en respuestas preventivas y programas interdisciplinarios para disminuir las tasas de accidentabilidad y mortalidad de estos profesionales.” Lo descrito permite pensar que no hay un quiebre de tendencia frente a estos fenómenos y que es necesario continuar monitorizando las actividades subacuáticas frente a un alza o mantenimiento de los accidentes por descompresión inadecuada.

De acuerdo al análisis, pero ahora por gobernación marítima, la gobernación que más tuvo accidentes fue la de Coquimbo con 225 casos en los 19 años analizados equivalentes al 21.5% de los eventos totales. Una vez más se deja de manifiesto y es concordante con lo descrito en informaciones emanadas por la Armada de

Chile, donde establece que entre el año 2004 al año 2019 dicha gobernación tiene un 20% de los accidentes a nivel nacional llegando el 2016 a un 46%, teniendo entonces que generar un operativo de capacitación a los buzos mariscadores de la zona (12).

De acuerdo con el análisis de accidentabilidad por descompresión inadecuada a nivel nacional según índice de gravedad los accidentes graves fueron 567 equivalentes a un 54% de los eventos analizados en los años mencionados. 322 accidentes fueron de carácter leve representando en un 31% de los eventos y los accidentes con resultado de muerte fueron de 163 equivalente al 15% de los eventos. Cabe señalar que si se hace la sumatoria de los accidentes graves y resultado de muerte estos dan un total de 730 accidentes equivalente a un 69% de la totalidad de los eventos.

Todos estos datos descritos anteriormente y al ser analizados evidencian un serio problema de salud pública al tratarse de una fuente laboral importante que se realiza en las costas de Chile, y del continente lo cual se hace imperioso generar políticas públicas fuertes y acordes a lo que se describe en este tipo de población donde lo necesario debiese ser creación de planes reguladores de promoción de la salud y seguimiento por parte del equipo de salud de atención primaria lideradas por un profesional de enfermería entrenado en este tipo de prácticas y patologías para disminuir los riesgos de accidentes y enfermedades crónicas derivadas de la práctica del buceo. A su vez todo lo descrito da un resultado poco esperanzador si lo relacionamos con un evento de tipo centinela

ocupacional definida como una enfermedad, incapacidad o finalmente la muerte, que están relacionadas ocupacionalmente (13) generando bajas importantes dentro de la fuerza laboral supuestamente entrenada para realizar labores de buceo, pérdida de muchas veces el único sustento familiar lo que es un problema social y además genera desesperanza en la población que labora en tan riesgosa labor. Por último, hay que tener en consideración que en los 18 años analizados hay eventos de muerte lo que deja de manifiesto la gravedad del asunto y que a pesar de ser catalogado el buceo como actividad de alto riesgo esto no se lleva a la práctica de acuerdo con lo evidenciado en este estudio.

5. Conclusiones

La actividad subacuática es una labor que se ha realizado en las costas chilenas por miles de años y se ha mantenido vigente hasta la fecha tanto en la industria como una actividad independiente. Esta profesión a pesar de ser una actividad de alto riesgo lamentablemente no tiene un programa focalizado donde se capacite no solo al buzo sino también a entidades fiscalizadoras, personal de salud, personal ligada a empresas acuícolas y a las comunidades costeras de Chile, haciendo que tal y como se evidencia en este estudio siguen aconteciendo accidentes graves y también con resultado de muerte generando un aumento de usuarios con patologías complejas en el área pública lo cual genera aumento del gasto fiscal, mayor ocupación de días cama, cobro de seguros por incapacidad o muerte del trabajador, lo que a su vez se traduce en aumentar la brecha de la pobreza en las zonas costeras y que deja de manifiesto una falta de visión en la salud pública

de Chile respecto a este tema tan interesante pero a su vez tan abandonado sin políticas públicas con raíces firmes en lo que tiene que ver con la promoción, control y capacitación de la población expuesta y de todos los grupos involucrados de manera indirecta.

Finalmente, es importante destacar que, si bien la enfermería ocupacional es un campo poco explorado en este ámbito, es de suma importancia poder involucrar esta profesión para abordar la prevención de accidentes en la actividad del buceo.

6. Referencias bibliográficas

1. SUSESO. Investigación de accidentes del trabajo a través del método del árbol de causas. [Online].; 2019 [cited 2023 noviembre 7]. Available from: https://www.suseso.cl/605/articles-579803_recurso_1.pdf.
2. SUSESO. Todo sobre los accidentes del trabajo. [Online].; 2023 [cited 2023 noviembre 7]. Available from: <https://www.suseso.cl/606/w3-propertyvalue-34000.html>.
3. SUSESO. Ley 16.744. [Online].; 2021 [cited 2023 noviembre 7]. Available from: <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=28650>.
4. Portal Regional da BVS. Biblioteca virtual em saúde. [Online].; 1991 [cited 2023 noviembre 7]. Available from: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-126037>.
5. Mutual de seguridad. Manual de medicina hiperbárica. [Online].; 2019 [cited 2023

- noviembre 7]. Available from: https://www.mutual.cl/portal/wcm/connect/97c8f614-ccb3-4640-9b8a-e8ab8b466481/resol-421-manual-de-medicina-hiperbarica.pdf?MOD=AJPERES&CONVERT_TO=url&CACHEID=ROOTWORKSPACE-97c8f614-ccb3-4640-9b8a-e8ab8b466481-o83i6hy.
6. ACHS salud. Sociedad chilena de medicina hiperbárica y subacuática. [Online].; 2019 [cited 2023 noviembre 7]. Available from: <https://www.hospitaldeltrabajador.cl/detalle-noticia/2019/sociedad-chilena-de-medicina-hiperbarica-y-subacuatica>.
 7. Pereira Berríos R, Mesa Mesina F, Dörner Paris A, Veliz Burgos A. Revista Espacios. [Online].; 2018 [cited 2023 noviembre 7]. Available from: <https://www.revistaespacios.com/a18v39n07/18390711.html>.
 8. Ministerio de salud de Chile. Manual de medicina hiperbárica. [Online].; 2019 [cited 2024 marzo 15]. Available from: https://www.mutual.cl/portal/wcm/connect/97c8f614-ccb3-4640-9b8a-e8ab8b466481/resol-421-manual-de-medicina-hiperbarica.pdf?MOD=AJPERES&CONVERT_TO=url&CACHEID=ROOTWORKSPACE-97c8f614-ccb3-4640-9b8a-e8ab8b466481-o83bu62.
 9. Aguilar Gallardo I, Calvo M]. Scielo. [Online].; 2005 [cited 2023 noviembre 7]. Available from: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962005000200002.
 10. MINSAL. PROTOCOLO DE VIGILANCIA PARA TRABAJADORES Y TRABAJADORAS EXPUESTOS A CONDICIONES HIPERBÁRICAS. [Online].; 2014 [cited 2023 noviembre 7]. Available from: <https://www.minsal.cl/sites/default/files/files/Protocolo%20condiciones%20hiperbaricas%2001-15.pdf>.
 11. DIRECTEMAR. Estadísticas de Accidentes de Buceo Profesional 2023. [Online].; 2023 [cited 2023 enero 8]. Available from: <https://www.directemar.cl/directemar/intereses-maritimos/buceo-profesional/estadisticas-de-accidentes-de-buceo-profesional/estadisticas-de-accidentes-de-buceo-profesional-2021>.
 12. Armada de Chile. Noticias navales. [Online].; 2019 [cited 2023 noviembre 7]. Available from: <https://www.armada.cl/noticias-navales/gobernacion-maritima-de-coquimbo-realizo-seminario-de-buceo-seguro>.
 13. Wiley online library. Eventos centinela de salud ocupacional: una lista actualizada para el reconocimiento de médicos y la vigilancia de la salud pública. [Online].; 1991 [cited 2023 marzo 5]. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/ajim.4700190610>.
 14. Ministerio de salud de Chile. Mutua de seguridad. [Online].; 2019. Available from: https://www.mutual.cl/portal/wcm/connect/97c8f614-ccb3-4640-9b8a-e8ab8b466481/resol-421-manual-de-medicina-hiperbarica.pdf?MOD=AJPERES&CONVERT_TO=url&CACHEID=ROOTWORKSPACE-97c8f614-ccb3-4640-9b8a-e8ab8b466481-o83bu62.

ARTÍCULO ORIGINAL

USO Y TIEMPO DE PERMANENCIA DE LOS CATÉTERES DE LÍNEA MEDIA EN PACIENTES ADULTOS ONCOLÓGICOS HOSPITALIZADOS EN EL INSTITUTO REGIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS DEL SUR

USE AND DOWN TIME OF MIDLINE CATHETERS IN ONCOLOGICAL PATIENTS ADULTS HOSPITALIZED AT THE SOUTHERN REGIONAL INSTITUTE OF NEOPLASTIC DISEASES

Milagros Gladys Murga Martínez¹, Linda Anne Helend Pérez Rivera²
Lizeth Ymelda Cuyo Hanco³, María Angela Del Carpio Zavaleta⁴

Citar como:

Murga M. Pérez L. Cuyo L.
Del Carpio M. Uso y tiempo de permanencia de los catéteres de línea media en pacientes adultos oncológicos hospitalizados en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur. Recien. 2024; 13 (3)

Correspondencia:

Linda Anne Helend Pérez Rivera
lindah2003_2@hotmail.com

Recibido: 22/09/2024

Aprobado: 20/10/2024

En línea: 10/12/2024

Resumen

Actualmente se dispone de diferentes alternativas de accesos venosos los cuales deben ser seleccionados en base a las necesidades del paciente y la terapia prescrita. Los catéteres de línea media ofrecen una alternativa a los catéteres periféricos cortos en pacientes con difícil acceso venoso y terapias de largo plazo. El objetivo de este estudio fue describir el uso y el tiempo de permanencia de los catéteres de línea media en pacientes oncológicos hospitalizados. Método: Estudio descriptivo, prospectivo. Se analizaron variables relacionadas con el uso del catéter, tiempo de permanencia y evaluación de la funcionalidad del catéter. Resultados: El 50% de los catéteres se canalizaron por tratamiento endovenoso mayor a 6 días (4), el 25% por difícil acceso venoso (2), el 12.5% por cuidado paliativo (1) y el 12,5% (1) por tratamiento irritante. En cuanto a la efectividad de los catéteres, el tiempo de utilización promedio fue de 10 días, finalizaron el tratamiento 37.5% (3), retiro accidental 25% (2) y por

¹ Enfermera Oncóloga. Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur. Arequipa. Perú. Orcid:0009-0002-8526-5819

² Enfermera Oncóloga. Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur. Arequipa. Perú. Orcid:0009-0006-3198-6679

³ Enfermera Oncóloga. Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur. Arequipa. Perú. Orcid:0009-0006-7945-7434

⁴ Enfermera Oncóloga. Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur. Arequipa. Perú. Orcid:0009-0006-8675-5210

fallecimiento 25% (2). El catéter con mayor tiempo de permanencia tuvo una duración de 27 días. Ningún paciente presentó complicaciones relacionadas a flebitis, trombosis, obstrucción, infiltración e infección. Conclusiones: El principal motivo de inserción de los catéteres de línea media fue la terapia mayor a seis días, seguido por el difícil acceso venoso. El tiempo medio de permanencia de los catéteres fue de 10 días. Su uso puede ser para tratamiento intrahospitalario y extrahospitalario. El catéter de línea media es un dispositivo de acceso venoso periférico idóneo por su mayor durabilidad y baja tasa de complicaciones y ofrece una alternativa a los catéteres periféricos cortos en pacientes adultos oncológicos hospitalizados.

Palabras clave: dispositivo de acceso venoso, catéter de línea media

Abstract

Cannulation of peripheral venous access is a very common hospital practice for nursing staff. Midline catheters are recently used in our country and offer an alternative to short peripheral catheters in patients with medium and long-term intravenous therapy. The objective of this study was to describe the use and duration of midline catheters in hospitalized oncology patients. Method: Descriptive, prospective cross-sectional study. Sample: 8 patients. The data were collected in an Excel matrix of our own creation and the variables were analyzed descriptively. Results: 50% of the catheters were canalized for intravenous treatment for longer than 6 days and 25% for difficult venous access. Regarding the effectiveness of the catheters, the average use time was 10 days, with the main reason for withdrawal being the completion of treatment 37.5%. The catheter with the longest indwelling time lasted 27 days. No patient presented

complications related to phlebitis, thrombosis, obstruction, infiltration and infection. Conclusions: The midline catheter is an ideal device in hospitalized patients due to its greater durability and low rate of complications, offering an alternative to short peripheral catheters in oncological patients with difficult venous access and therapy longer than six days.

Key words: venous access device, hospitalization, midline catheter.

1. Introducción

La colocación de un acceso venoso periférico es un procedimiento muy común en la práctica hospitalaria. Una adecuada selección del dispositivo de acceso vascular, teniendo en cuenta las características de las soluciones a perfundir, la duración prevista de la terapia de infusión y la disponibilidad de sitios de acceso vascular periférico permitirá ofrecer una terapia más segura con un menor riesgo de complicaciones y por consiguiente menor coste (INS 2021) (3).

Se recomienda emplear un catéter tipo línea media o un PICC, en vez de un catéter periférico corto, cuando la duración de la terapia endovenosa va a ser superior a 6 días (CDC 2011) (4).

Debido a los múltiples tratamientos, que incluyen la administración de medicación vesicante e irritante y la prolongada duración de estos, los pacientes oncológicos presentan un agotamiento y deterioro de su capital venoso lo que dificulta la realización de este procedimiento teniendo que ser sometidos en muchos casos a múltiples venopunciones (5).

Los catéteres de línea media son más largos que un catéter periférico corto (8–25 cm) y su material de fabricación es el poliuretano (clase IIa – III); este material biocompatible les permite ofrecer una mayor duración (30 días) que los catéteres periféricos convencionales y con un adecuado mantenimiento se puede prolongar su duración por mayor tiempo. Son insertados mediante técnica seldinger bajo guía ecográfica en una vena del brazo (basílica, cefálica o braquial) y pueden ser utilizados inmediatamente después de colocarlo ya que no requiere radiografía para

comprobar su ubicación.

Está indicado en pacientes con difícil acceso venoso y terapias mayores a 7 días que incluyan medicación compatible con la vía venosa periférica como antibióticos, analgésicos, entre otros. Además, permite la administración de hemoderivados y extracciones sanguíneas (6,7)

Los catéteres de línea media se asocian con una menor tasa de flebitis en comparación con los catéteres periféricos cortos y con tasas de infección más bajas en comparación con los catéteres centrales (8).

Su uso puede ser intrahospitalario o extrahospitalario, este último resulta de interés para los pacientes oncológicos que requieren tratamiento en domicilio especialmente aquellos con terapia de dolor y cuidados paliativos.

En nuestro país el uso de los catéteres de línea media es reciente, y el uso de la guía ecográfica para su inserción incrementa la posibilidad de una canalización exitosa en el primer intento, preservando el capital venoso de los pacientes al disminuir el número de venopunciones. La inserción de estos catéteres por personal de enfermería capacitado supone un gran avance para la práctica profesional de enfermería quien es el responsable de la inserción, mantenimiento y retiro de los catéteres periféricos.

El objetivo de este trabajo de investigación fue describir el uso y el tiempo de permanencia de los catéteres de línea media en pacientes adultos oncológicos hospitalizados en el IREN SUR.

2. Metodología

El estudio fue descriptivo, prospectivo de corte transversal, la cantidad de pacientes incluidos

en el estudio fue de ocho. El principal criterio de inclusión fue la terapia mayor a 6 días y el difícil acceso venoso. Se analizaron variables relacionadas con el uso del catéter de línea media y su tiempo de permanencia en pacientes adultos oncológicos hospitalizados. La recolección de datos se obtuvo a partir de una base de datos elaborada por las investigadoras la cual incluía, datos del paciente (edad, sexo, diagnóstico, motivo de la hospitalización y días de hospitalizado); datos

relacionados con la inserción del catéter (motivo y fecha de la colocación, número de punciones, lugar de inserción y tipo de catéter utilizado); datos relacionados con la terapia prescrita y datos relacionados con la permanencia del catéter (valoración del sitio de inserción, funcionalidad del catéter, complicaciones y el motivo y fecha de retirada). El análisis de las variables de estudio fue de tipo descriptivo.

2. Metodología

Dentro de la población de estudio predominaron los pacientes varones con un 62,50%, siendo el grupo etario entre los 26 a 55 años el de mayor predominio. Respecto al servicio de procedencia el 62.50% fueron de medicina oncológica y el principal motivo de ingreso fue el tratamiento de quimioterapia. El 75% de los pacientes tuvieron una estadía prolongada con una media de 19 días. En cuanto al motivo de inserción de la línea media el 50% de los catéteres se canalizaron por tratamiento endovenoso mayor a 6 días (4), el 25% por difícil acceso venoso (2), el 12.5% por cuidado paliativo (1) y el 12,5% (1) por tratamiento irritante.

En cuanto a la efectividad de los catéteres, el tiempo de utilización promedio fue de 10 días, finalizaron el tratamiento 37.5% (3), retiro accidental 25% (2) y por fallecimiento 25% (2). El catéter con mayor tiempo de permanencia tuvo una duración de 27 días. Ningún paciente presento complicaciones relacionadas a flebitis, trombosis, obstrucción, infiltración e infección.

Tabla 1. Distribución de pacientes según edad y sexo

Edad (años)	Varones		Mujeres		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
18 a 25	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%
26 a 35	3	37.50%	0	0.00%	3	37.50%
36 a 45	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%
46 a 55	2	25.00%	1	12.50%	3	37.50%
56 a 65	0	0.00%	1	12.50%	1	12.50%
Mayor de 65	0	0.00%	1	12.50%	1	12.50%
Total	5	62.50%	3	37.50%	8	100.00%

La población de estudio la conforman 8 pacientes, de los cuales el 62,50% fueron varones y el 37,50% mujeres. La edad predominante está entre los 26 a 55 años, obteniendo el mismo porcentaje (37,50%) en el grupo de 26 a 35 años como el de 46 a 55 años. La edad promedio de los varones fue de 39 años y de las mujeres 61 años. La edad máxima fue de 68 años y la edad mínima 27 años.

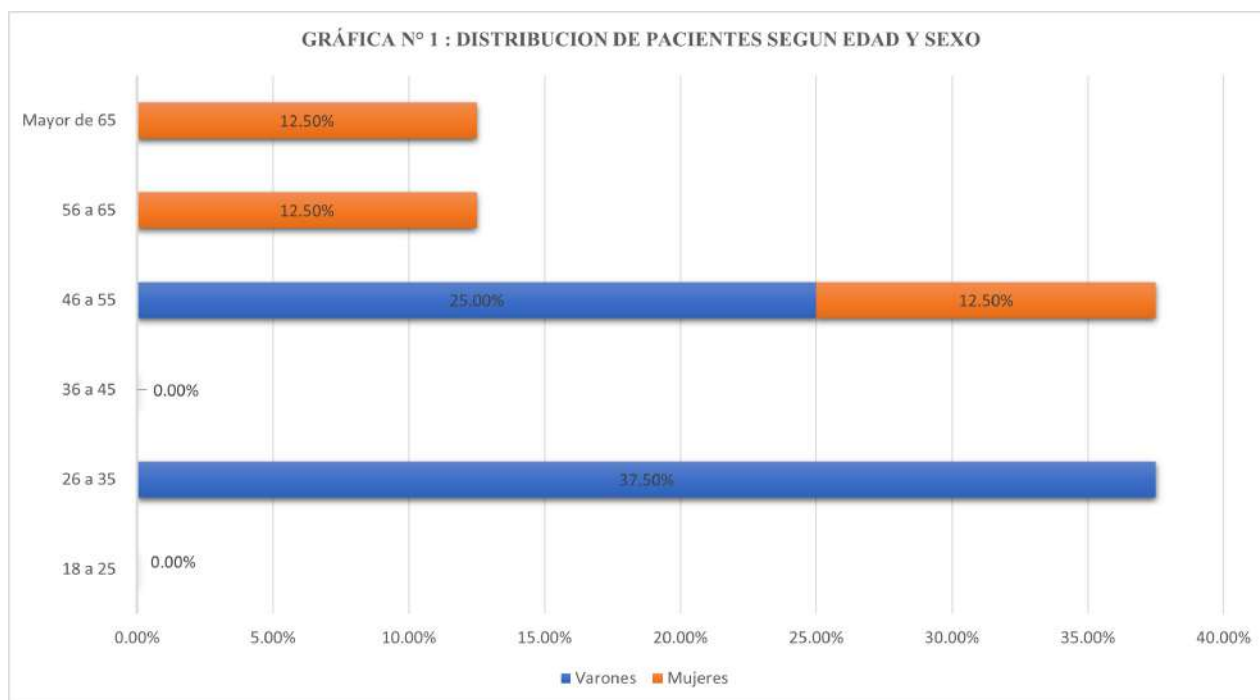


Tabla 2. Distribución de pacientes por servicio de procedencia

Servicio	Varones		Mujeres		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Medicina	2	25.00%	3	37.50%	5	62.50%
Cirugía	3	37.50%	0	0.00%	3	37.50%

De los 8 pacientes el 62,50% fueron del servicio de Medicina Oncológica y el 37,50% del servicio de Cirugía Oncológica. Las pacientes mujeres predominaron en el servicio de Medicina (37,50%) y en el servicio de Cirugía solo se tuvieron pacientes varones (37,50%)

GRÁFICA N°2: DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES POR SERVICIO DE PROCEDENCIA

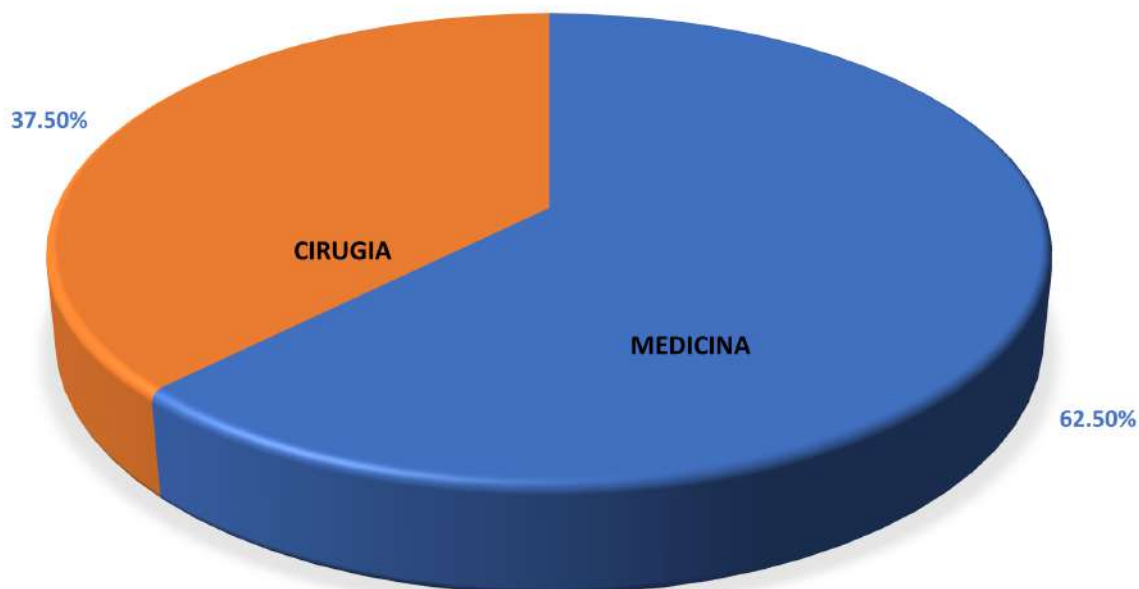


Tabla 3. Distribución de pacientes por motivo de ingreso

Días	Varones		Mujeres		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Diagnóstico	1	12.50%	0	0.00%	1	12.50%
Cirugía	2	25.00%	0	0.00%	2	25.00%
Tratamiento para el dolor	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%
Antibioticoterapia	0	0.00%	1	12.50%	1	12.50%
Quimioterapia	2	25.00%	1	12.50%	3	37.50%
Otros	0	0.00%	1	12.50%	1	12.50%

En cuanto al motivo de ingreso predomina el tratamiento de quimioterapia con un 37.50% seguido de intervención quirúrgica con un 25%.

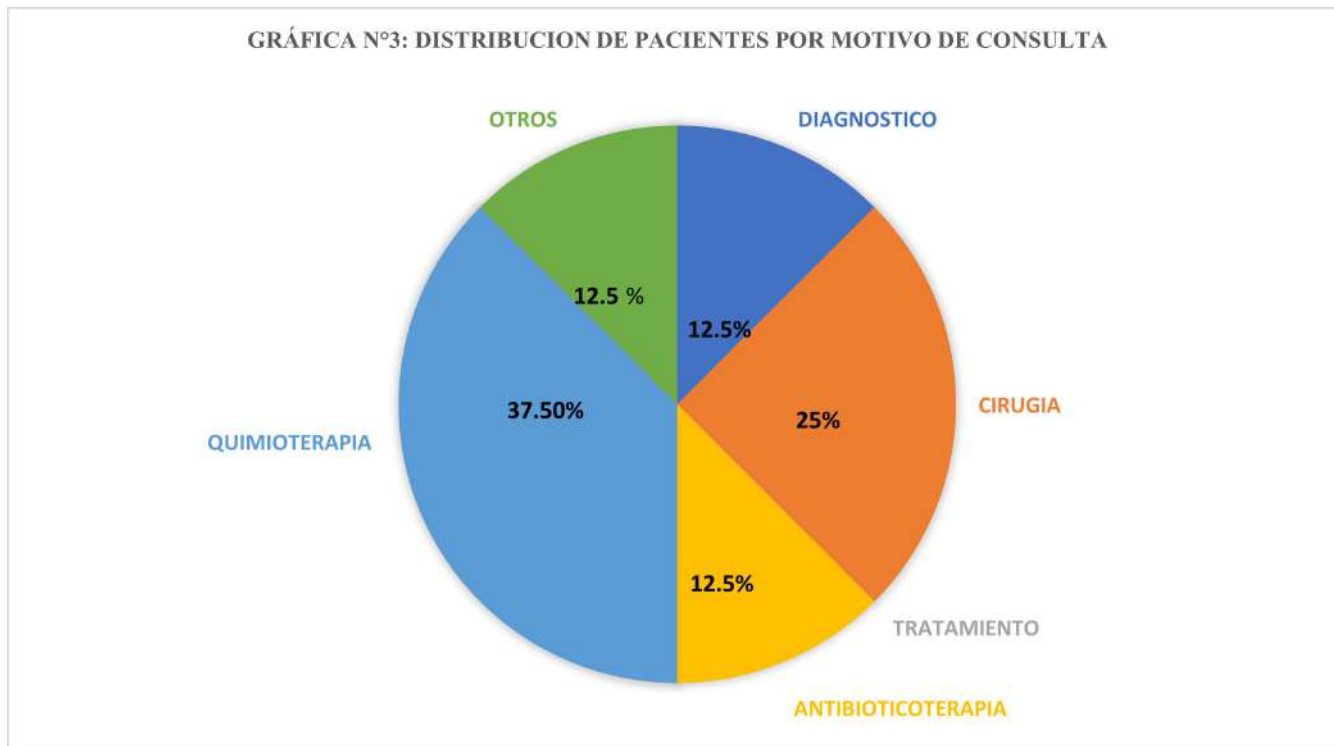


Tabla 4. Distribución de pacientes por días de hospitalización

Días	Varones		Mujeres		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
7 a 10 días	0	0.00%	2	25.00%	2	25.00%
11 a 15 días	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%
16 a 20 días	2	25.00%	0	0.00%	2	25.00%
21 a 25 días	1	12.50%	1	12.50%	2	25.00%
26 a 30 días	1	12.50%	0	0.00%	1	12.50%
Mas de 30 días	1	12.50%	0	0.00%	1	12.50%

En esta tabla se evidencia que el 75% de los pacientes tuvieron una estadía prolongada que fluctúa entre los 16 a más de 30 días, siendo el tiempo promedio de permanencia de 19 días. La mayor estancia fue de 33 días.

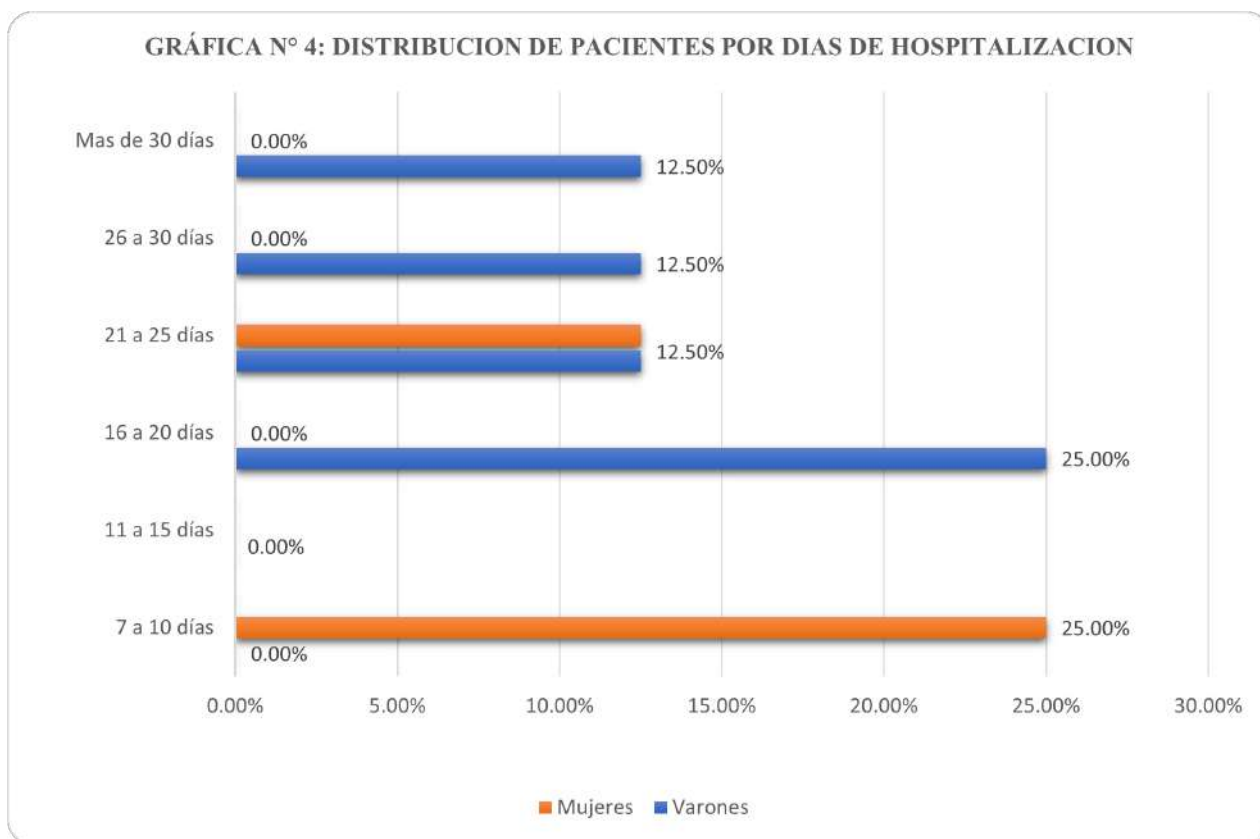


Tabla 5. Motivo de colocación de la línea media

	Varones		Mujeres		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Difícil acceso venoso	2	25.00%	0	0.00%	2	25.00%
Terapia > 6 días	2	25.00%	2	25.00%	4	50.00%
Cuidados Paliativos	1	12.50%	0	0.00%	1	12.50%
Medicación irritante	0	0.00%	1	12.50%	1	12.50%

La terapia mayor a 6 días (50%) fue el motivo más frecuente para colocar la línea media, seguido de los pacientes con difícil acceso venoso (25%).

Los medicamentos administrados por la línea media fueron analgésicos como: tramadol, metamizol, morfina y ketoprofeno. En cuanto a los antibióticos se administraron: meropenem, vancomicina, piperacilina tazobactam, clindamicina, metronidazol, ceftriaxona y ampicilina. Otros: manitol, fenitoína, dexametasona, retos de K+, metoclopramida, omeprazol, ranitidina, dimenhidrinato, hioscina y furosemida.

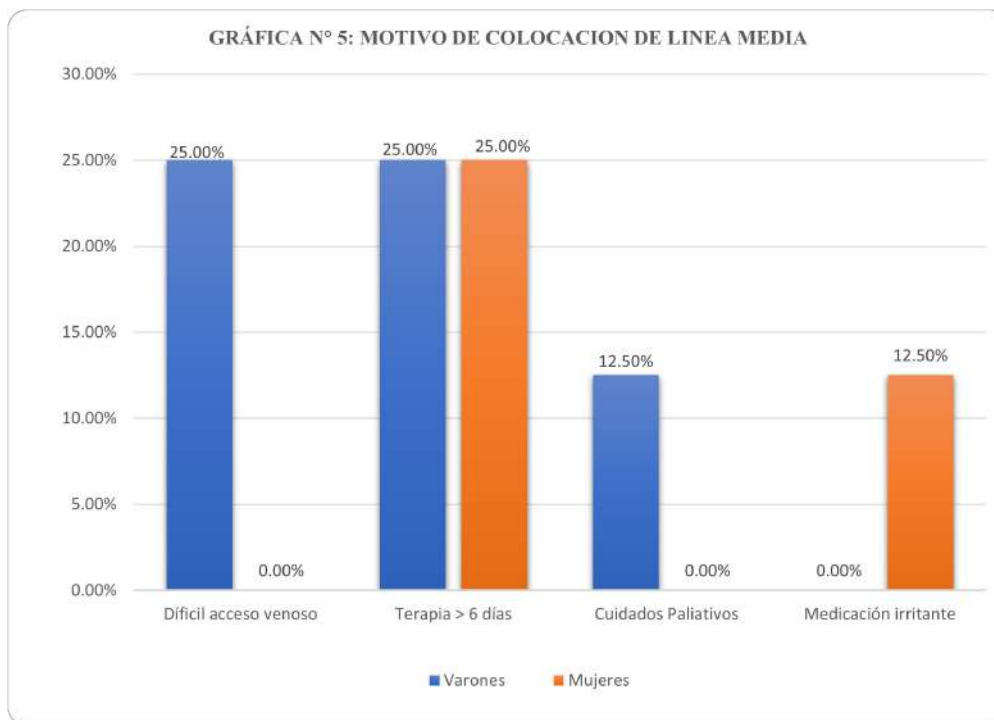


Tabla 6. Lugar de inserción de la línea media

	Varones		Mujeres		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Brazo	5	62.50%	3	37.50%	8	100.00%
Antebrazo	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%

Tabla 7. Tipo de catéter de línea media

	Varones		Mujeres		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
2 french x 10 cm	3	37.50%	2	25.00%	5	62.50%
3 french x 10 cm	2	25.00%	1	12.50%	3	37.50%
3 french x 15 cm	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%

El 100% de los catéteres de línea media se colocaron en el brazo en vena basílica, utilizando con mayor frecuencia el catéter de 2 french x 10 cm (62.50%)

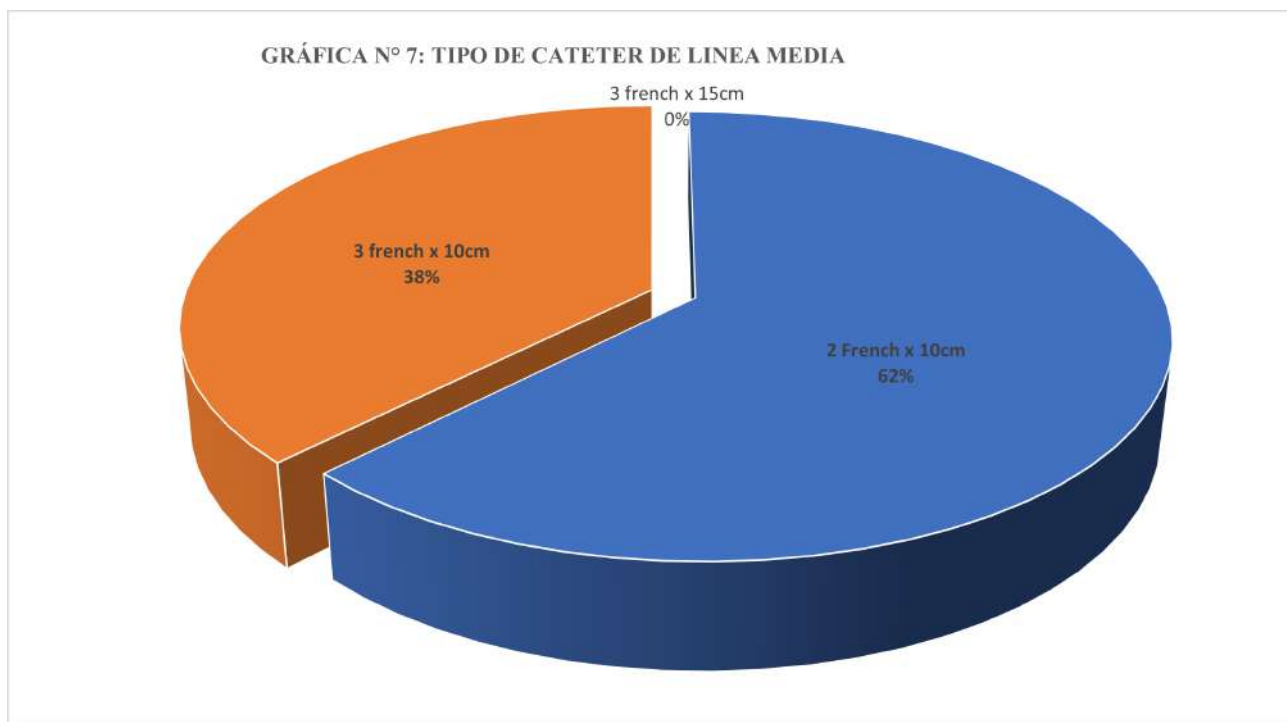


Tabla 8. Distribución de pacientes por días de hospitalización

	Varones		Mujeres		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Finalización del tratamiento	1	12.50%	2	25.00%	3	37.50%
Mal funcionamiento del catéter	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%
Complicaciones	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%
Fiebre	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%
Otros (Defunción)	1	12.50%	1	12.50%	2	25.00%
Retiro accidental	3	37.50%	0	0.00%	3	37.50%

La finalización del tratamiento al igual que el retiro accidental fueron los motivos más frecuentes para el retiro del catéter cada uno con un 37.50%. Dos de los retiros accidentales se dieron por parte del paciente y uno por inadecuada manipulación de enfermería por desconocimiento del dispositivo.

Dos de los catéteres (25%) se retiraron por defunción y ningún catéter se retiró por mal funcionamiento o por complicaciones.

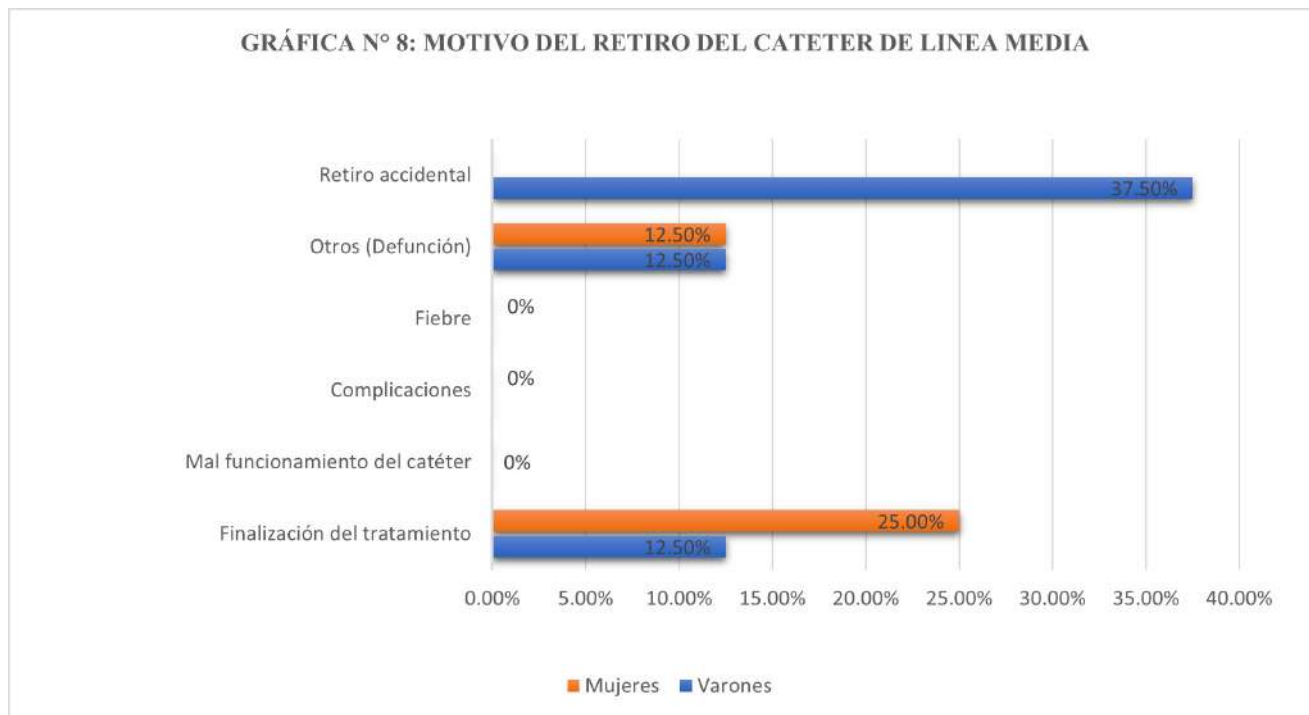


Tabla 9. Permanencia del catéter (Número de días insertado)

CLM	DIAS INSERTADO
C1	10
C2	0
C3	8
C4	13
C5	4
C6	2
C7	16
C8	27

En cuanto a los días que permanecieron insertados los catéteres fueron de 2 a 27 días siendo el tiempo promedio de 10 días. El catéter con mayor tiempo de permanencia (27 días) fue usado para tratamiento a domicilio.

GRÁFICA N°9: PERMANENCIA DEL CATETER

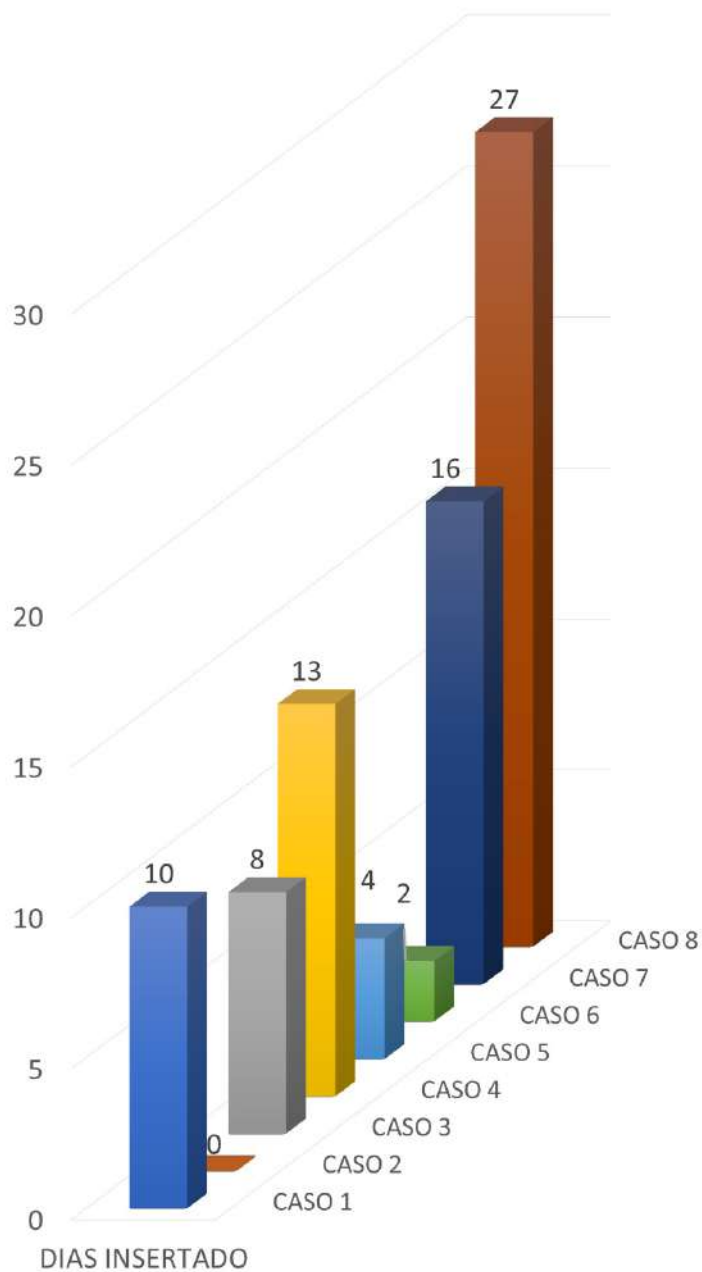


Tabla 10. Valoración durante la permanencia del catéter

	CLM 1	CLM 2	CLM 3	CLM 4	CLM 5	CLM 6	CLM 7	CLM 8
Sitio de inserción								
Piel intacta	Si	Si	Si	Si	No	Si	Si	Si
Eritema	No	No	No	No	No	No	No	No
Sangrado	Si	No	No	No	No	No	No	No
Edema	No	No	No	No	No	No	No	No
Secreción	No	No	No	No	No	No	No	No
Equimosis	No	No	No	No	Si	No	No	No
Complicaciones								
Obstrucción	No	No	No	No	No	No	No	No
Infiltración	No	No	No	No	No	No	No	No
Extravasación	No	No	No	No	No	No	No	No
Flebitis	No	No	No	No	No	No	No	No
Trombosis	No	No	No	No	No	No	No	No
Infección	No	No	No	No	No	No	No	No
Funcionalidad del catéter								
Retorno venoso presente	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si
Obstrucción total	No	No	No	No	No	No	No	No
Obstrucción parcial								
Días insertado	10	0	8	13	4	2	18	27
Motivo de retiro del catéter								
Finalización del tratamiento			Si				Si	Si
Mal funcionamiento del catéter								
Retiro accidental		Si		Si		Si		
Fiebre								
Otros (defunción)	Si				Si			

Respecto a la valoración del sitio de inserción no se evidenció ningún problema con excepción del primer paciente que presentó sangrado en el sitio de inserción solo el primer día y en el 5to paciente presentó equimosis que fue disminuyendo con los días.

En cuanto a la funcionalidad del catéter ninguno presentó obstrucción total ni parcial, en todos se observó retorno venoso.

4. Discusión

El catéter de línea media es un dispositivo nuevo en nuestro país y aún no está disponible en la mayoría de las instituciones de salud como la nuestra, por esta razón para la ejecución de este trabajo de investigación su costo fue asumido por las investigadoras y esto fue una limitante para incrementar el tamaño de nuestra población.

Los catéteres periféricos cortos tienen una duración promedio de 3 días y están indicados en terapias a corto plazo, su uso está relacionado con una variedad de complicaciones como la obstrucción, infiltración y flebitis (7).

El catéter de línea media resulta ser costo efectivo frente al catéter periférico corto ya que con un solo dispositivo se puede mantener una terapia por 30 días a más, la tasa de complicaciones es menor y su uso está recomendado en pacientes con difícil acceso venoso lo que disminuye el agotamiento del capital venoso por múltiples venopunciones. En el estudio el principal motivo de inserción de la línea media fue la terapia mayor a 6 días, esto debido a que muchos de los pacientes oncológicos que se hospitalizan en nuestra institución tienen terapias de largo plazo por su condición clínica. Todos los catéteres fueron insertados en el brazo en la vena basílica la cual fue seleccionada por su mayor diámetro y menor cercanía a la arterial braquial y paquete del nervio mediano.

En nuestro estudio, el tiempo promedio de duración del catéter fue de 10 días, dato que tiene similitud a lo reportado en los estudios de Nuria López G. y Ana Belén Arredondo P. "Experiencia en el uso de catéteres de línea media durante la hospitalización de los pacientes" 2021 y Nuria

Fortes E. y colaboradores "Uso de catéteres venosos de línea media en pacientes hospitalizados" 2019. Respecto al tiempo máximo de permanencia del catéter fue de 27 días y se logró en una paciente que al salir de alta utilizó el catéter para tratamiento a domicilio, el cual incluía además de hidratación la administración de analgésicos, antieméticos y antibióticos sin presentar ninguna complicación durante su permanencia.

Una desventaja de los catéteres de línea media es que al igual que los catéteres periféricos cortos no se recomienda su uso para terapias hiperosmolares o medicación vesicante, sin embargo, gracias a la ecografía la línea media permite el acceso a venas profundas y de mayor calibre en el brazo, esto permite una mayor hemodilución del fármaco y por consiguiente reduce la posibilidad de una flebitis química. En nuestro estudio tuvimos una paciente que utilizó el catéter para terapia antibiótica y antiviral por 7 días (meropenem, vancomicina, ampicilina y aciclovir) sin evidenciarse ninguna complicación durante su uso.

En cuanto a la incidencia de complicaciones ningún catéter fue retirado por obstrucción, infección, flebitis o trombosis, sin embargo, por ser la población de estudio pequeña los datos obtenidos no se pueden extrapolar a grandes poblaciones por lo que se recomienda hacer este estudio nuevamente con una población más grande.

5. Conclusiones

El principal motivo de inserción de los catéteres de línea media fue la terapia mayor a seis días,

seguido por el difícil acceso venoso, ambas condiciones son muy frecuentes en el paciente con tratamiento oncológico quien recibe terapias a largo plazo que incluyen medicación irritante y vesicante como la quimioterapia.

El tiempo medio de permanencia de los catéteres fue de 10 días. El catéter con mayor permanencia tuvo una duración de 27 días el cual fue utilizado para tratamiento a domicilio sin presentar ninguna complicación.

El uso de las líneas medias resulta ser útil en el ámbito intrahospitalario como extrahospitalario como se evidenció en el estudio de investigación.

El uso del catéter de línea media es factible en pacientes oncológicos hospitalizados por que en los resultados se ha evidenciado su buen funcionamiento y en ninguno de ellos se evidenciaron complicaciones como infección, obstrucción, flebitis o trombosis.

El catéter de línea media es un dispositivo de acceso venoso periférico idóneo por su mayor durabilidad y baja tasa de complicaciones y ofrece una alternativa a los catéteres periféricos cortos en pacientes adultos oncológicos hospitalizados con terapias de mediano y largo plazo o con difícil acceso venoso.

6. Referencias bibliográficas

1. Noci J, Lucendo A.J. Gestión del capital venoso: un nuevo enfoque en el cuidado del paciente. Rev. De terapia intravenosa. 2009. Vol. 1 (2)
2. Garate Echenique L, García Domínguez M.V, Valdivia Chacón I, Camino del Río Pisabarro M CMM. Recomendaciones basadas en la evidencia para el cuidado del acceso vascular. Osakid Euskadi. 2015.
3. Gorski L, Hadaway L, Meyer BM, Nickel B. Infusion therapy standards of practice. 8th Edition. J Infus Nurs. 2021;44(15):1-231.
4. Naomi P, O'Grady M.D, Mary Alexander R.N, Lillian A, Burns M.T, Patchen Dellinger M. et all. Guidelines for the prevention of intravascular catheter - Related infections. CDC. 2011.
5. Parejo Arrondo Maite. ¿Cómo usar el catéter midline? Protocolo de colocación y mantenimiento. Campus Vygon. Disponible en: <https://campusvygon.com/mx/cateter-midline-protocolo-colocacion-mantenimiento/>
6. Pineau Marie. El catéter de línea media nociones básicas sobre indicaciones y técnicas. Ebook-midline.pdf. Campus Vygon. Disponible en: <https://campusvygon.com/ebook-el-cateter-de-linea-media-nociones-basicas-sobre-indicaciones-y-tecnicas/>
7. Protocolo-midline-2021.pdf Disponible en: <https://campusvygon.com/wp-content/uploads/2021/03/Protocolo-midline-2021-1.pdf>
8. Fortes Escalona N, Fernández Domínguez JM, Cruzado Álvarez C, García Matez S. Uso de catéteres venosos de línea media en pacientes hospitalizados. Enfermería Global. 2019 18(56) Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412019000400001
9. López Tapia, M. USOS Y CUIDADOS DE LOS CATÉTERES DE LÍNEA MEDIA

- (CLM). Facultad de Ciencias de la Salud: Universidad Pública de Navarra. Trabajo Fin de Grado. 2023. Disponible en: <https://academica-e.unavarra.es/bitstream/handle/2454/45448/Lopez%20Tapia%2c%20Mattin%28lopez.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
10. Nuria López González, Ana Belén Arredondo Provecho. Experiencia en el uso de catéteres de línea media durante la hospitalización de los pacientes. Conocimiento Enfermero. 2023. 6(20) Disponible en: <https://www.conocimientoenfermero.es/index.php/ce/article/view/222>
 11. LaRue GD, Peterson M. The impact of dilution on intravenous therapy. J Infus Nurs. 2011 Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21399457/>
 12. McGee DC, Gould MK. Preventing complications of central venous catheterization. N Engl J Med. 2003; Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12646670/>
 13. J.V. Caparas JV, Hu JP. Safe administration of vancomycin through a novel midline catheter: a randomized, prospective clinical trial. J Vasc Access. 2014;15:251-256 Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24811603/>
 14. Arias-Fernández L, Suárez-Mier B, Martínez-Ortega M del C, Lana A. Incidencia y factores de riesgo de flebitis asociadas a catéteres venosos periféricos. Enferm Clin. 2017 Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1130862116300961>
 15. O'Grady NP, Alexander M, Burns LA, Dellinger EP, Garland J, Heard SO, et al. Guidelines for the prevention of intravascular catheter-related infections. Am J Infect Control. 2011 Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3106269/>
 16. Infusion Nursing Society, Infusion Therapy Standards of Practice – 2021 Disponible en: <https://www.ins1.org/publications/infusion-therapy-standards-of-practice/>
 17. Adams DZ, Little A, Vinsant C, Khandelwal S. The Midline Catheter: A Clinical Review. J Emerg Med. 2016 Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27397766/>
 18. Intravenous Nurses Society. Position paper: midline and midclavicular catheters. J Intraven Nurs. 1997; Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9281957/>
 19. Griffiths V. Midline catheters: indications, complications and maintenance Nurs Stand. 2007 Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18075023/>
 20. Roszell S, Jones C. Problemas de administración intravenosa. 2010 Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412019000400001

PROCESO DE CUIDADO DE ENFERMERÍA A PACIENTE CON PANCREATITIS NURSING CAREFUL PROCESS FOR PATIENT WITH PANCREATITIS

Altamirano Vargas Greis Joselin¹, Benavides Muñoz Angela Selena²
Manayay Tejada Jennifer Jackeline³, Oblitas Guerrero Susan Mirian⁴

Citar como:

Altamirano G. Benavides A.
Manayay J. Oblitas S. Proceso
de cuidado de enfermería a
paciente con pancreatitis. Rev.
Recien. 2024; 13 (3)

Correspondencia:

Manayay Tejada Jennifer
Jackeline
mtejadayeniferj@uss.edu.pe

Recibido: 16/07/2024

Aprobado: 22/08/2024

En línea: 10/12/2024

Resumen

El proceso de cuidado de enfermería se realiza de manera organizada, utilizando métodos científicos en la práctica diaria y comprende cinco etapas: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. Este enfoque se aplicó al adulto LDV, de 26 años de edad. El modelo teórico que respalda este proceso es la pirámide de Maslow, utilizando las taxonomías NANDA, NOC y NIC. Durante el proceso de valoración, el paciente se encontraba despierto, cansado, con dolor abdominal evaluado mediante una escala EVA de 10 puntos y presentaba náuseas. En la etapa diagnóstica, se identificaron los siguientes diagnósticos principales: (00132) Dolor agudo (4), (00011) Estreñimiento (5), (00007) Hipertermia (6), (00004) Riesgo de infección (7), (00182) Disposición para mejorar el autocuidado (8).

En la fase de planificación, los principales resultados propuestos utilizando la clasificación NOC fueron: (1605) Control del dolor (2), (0800) Termorregulación (2), (0501)

1. Universidad Señor de Sipán Pimentel-Chiclayo. Estudiante de la Escuela Profesional de Enfermería. <https://orcid.org/0009-0000-9802-9933>

2. Universidad Señor de Sipán Pimentel-Chiclayo. Estudiante de la Escuela Profesional de Enfermería <https://orcid.org/0009-0004-3916-1060>

3. Universidad Señor de Sipán Pimentel-Chiclayo. Estudiante de la Escuela Profesional de Enfermería. <https://orcid.org/0009-0005-6684-5529>

4. Universidad Señor de Sipán Pimentel-Chiclayo. Escuela Profesional de Enfermería. Doctora en Gestión Pública y Gobernabilidad. <https://orcid.org/0009-0003-1651-7584>

Eliminación intestinal (2), (1902) Control de riesgos (2), (1603) Conducta de búsqueda de la salud (2).

Palabras clave: Pancreatitis, Necrosis de la Grasa Peripancreática, Pancreatitis Aguda, Pancreatitis Aguda Edematosa, Parénquima Pancreático con Edema.

Abstract

The nursing care process is in an organized way where scientific methods are applied in daily practice and includes five stages: assessment, diagnosis, planning, execution and evaluation. The nursing care process is as follows and was carried out on an adult patient LDV; 26 years old. The theoretical model that supports this process is Maslow's pyramid based on the NANDA, NOC, NIC taxonomies. In the assessment phase he is awake, tired, with abdominal pain according to the VAS scale. 10 points, nausea. In the diagnostic stage, the main diagnoses were identified as: (00132) Acute pain, (00011) Constipation, (00007) Hyperthermia, (00004) Risk of infection, (00182) Willingness to improve self-care, in the planning phase the main Proposed NOC outcomes were: (1605) Pain Control, (0800) Thermoregulation, (0501) Bowel Elimination, (1902) Risk Control, (1603) Health Seeking Behavior.

Keywords: DeCS: Pancreatitis: Peripancreatic Fat Necrosis, Acute Pancreatitis, Acute Edematous Pancreatitis, Pancreatic Parenchyma with Edema.

1. Introducción

Este enfoque implica un análisis cualitativo de un único estudio de caso. Según la investigación de casos, se analiza una situación real dentro de su contexto para comprender la manifestación y evolución de fenómenos de interés para el investigador. Se aplicó de referencia las 14 necesidades de Virginia Henderson para la evaluación, utilizando la nomenclatura taxonómica del NANDA(1) 2021 – 2023 los datos. Para evaluar los resultados, se empleó la taxonomía de clasificación del NOC (sexta edición). Así mismo, se empleó la taxonomía del NIC (séptima edición).

Presentación del Caso:

Adulto L.D.V, DE 26 años de edad. Ingresó el día 11/04 de 2024 Ingresó por emergencia en silla de ruedas acompañado de su madre.

El paciente adolece de estreñimiento con frecuencia. A veces hace dos deposiciones por semana y se acostumbró a ese ritmo porque bebe

poca agua o se le olvida. Es soltero, desordenado, poco sociable, ansioso por su soledad, a veces recibe la visita de su madre y padre llegan hacerles aseo, comida, higiene. Paciente está ansioso, llora con frecuencia porque es primera vez que acude a un hospital, le da miedo las agujas, los médicos, refieren que desconfía de los hospitales.

Refiere que a veces se “siente triste, extraña a sus padres, pero por trabajo tiene que vivir solo”

Al examen físico:

El paciente se observa despierto, cansado, con dolor abdominal según la escala EVA 10 puntos, náuseas, ha vomitado el día anterior.

A la valoración:

Se observa en mal estado de higiene, con barba crecida, transpirado

A la toma de los signos vitales:

P:150/70 FC: 110 T°: 38.9 Saturación de oxígeno: 94%

En emergencia se le canaliza catéter endovenoso periférico en MMII, con un catéter N° 18.

Exámenes Auxiliares

EXAMEN	RESULTADOS	VALOR REFERENCIAL NORMAL
UREA	72.98	10-50 MG/DL
LIPASA	16.41	13 - 60 U/L
PCR	245.01	MENOR DE 5MG/L
CREATININA SÉRICA	1.46	0.3 - 1.1 MG/DL
AMILASA	89.71	28/100 U/L
GLUCOSSA BASAL	89.26	70-99 MG/DL

Tratamiento médico

Tratamiento médico

- NPO (nada por vía oral)
- Radiografía de abdomen.
- Exámenes auxiliares: hemograma completo, PCR,
- Paracetamol 1g VO condicional si solo presenta fiebre Temperatura Mayor a 38.0°.
- Ceftriaxona 2g cada 12 horas X vía EV.
- Cloruro de sodio al 9% x1000CC+Hipersodio(1)+kalium(1) a XV gotas/ minuto 24 horas.
- Tramal 100 mg SC PRN si presenta dolor intenso.
- Control de hemoglucotest en ayunas, y cena.
- Control de funciones vitales.
- Interconsulta en cardiología.
- Interconsulta con cirugía general.
- Toma ECG (electrocardiograma)
- Colocar SNG a gravedad.

Valoración por patrones funcionales:

PATRÓN I: percepción de la salud, Paciente masculino, de ocupación como ingeniero de sistemas, lleva catéter endovenoso periférico con una temperatura de 38.9 y es alérgico a la amoxicilina.

PATRÓN II: nutricional metabólico, paciente masculino, tiene un IMC de 41.86, lo cual representa una obesidad también es intolerante a la lactosa. paciente refiere “le gusta comer en la calle y se alimenta de comida rápida”, él come hamburguesas, salchipollo y no bebe agua.

PATRÓN III: eliminación, paciente masculino, paciente refiere bebe poca agua o se olvida, transpirado también a vomitado un día anterior

y sufre de estreñimiento con frecuencia, tiene dos deposiciones por semana.

PATRÓN IV: actividad/ejercicio, paciente masculino, paciente refiere que no hace deporte tiene la pa: 150/70 mmhg, fc: 110x', fr: 21x', so2:94%.

PATRÓN V: sueño-descanso, paciente masculino, el paciente trabaja en doble horario y a veces se queda más de las 2 am.

PATRÓN VI: cognitivo perceptivo, paciente masculino, paciente quejumbroso, se queja y lo único que solicita es que calme su dolor, tiene un dolor abdominal y escala de EVA 10/10.

PATRÓN VII: autopercepción / autoconcepto, paciente masculino, aspecto de mala higiene, barba crecida.

PATRÓN VIII: rol/relaciones, Joven masculino, paciente refiere “tiene muchas ganas de aprender a cuidar su salud”

PATRÓN X: adaptación y tolerancia al estrés, paciente está ansioso, llora con frecuencia porque es primera vez que acude a un hospital, le da miedo las agujas, los médicos, refiere que desconfía de los hospitales.

PATRÓN XI: valores y creencias, paciente masculino, es católico tiene fe en dios que calme su dolor. tiene muchas ganas de aprender a cuidar su salud.

Priorización de diagnósticos enfermeros

Diagnóstico 1: (00132) Dolor agudo r/c Agente lesivo bilógico Escala de EVA 10/10 m/p Paciente quejumbroso, se queja y lo único que solicita es que calme su dolor

Diagnóstico 2: (00007) Hipertermia r/c Deshidratación con m/p temperatura

Diagnostico 3: (00011) Estreñimiento r/c ingesta

insuficiente de líquidos sufre de estreñimiento con frecuencia m/p Paciente refiere bebe poca agua o se olvida

Diagnostico 4: (00004) Riesgo de infección r/c

procedimientos invasivos

Diagnostico 5: (00182) disposición para mejorar el autocuidado manifestado por paciente refiere tiene muchas ganas de aprender a cuidar su salud.

2. Resultados

Tabla N.1. Plan de cuidado del diagnóstico NANDA : (00132) Dolor agudo (4)

Diagnóstico NANDA	Criterios NOC	Intervenciones NIC	Fundamento Científico												
(00132) Dolor agudo relacionado con Agente lesivo bilógico Escala de EVA 10/10 m/p Paciente quejumbroso, se queja y lo único que solicita es que calme su dolor.	<p>NOC: 1605 Control del dolor (2)</p> <p>Dominio IV: Conocimiento y conducta de salud</p> <p>Clase Q: Conducta de salud</p> <p>Definición: Acciones personales para eliminar o reducir el dolor</p> <p>Rango de medición: Nunca demostrado hasta Siempre demostrado</p> <p>Puntuación diana del resultado: Aumentar de 3 a 5</p> <table border="1" style="margin-top: 10px;"> <thead> <tr> <th>Indicadores</th> <th>ND</th> <th>RD</th> <th>AD</th> <th>FD</th> <th>SD</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>160502 reconoce el comienzo del dolor</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table>	Indicadores	ND	RD	AD	FD	SD	160502 reconoce el comienzo del dolor	1	2	3	4	5	<p>1410 manejo del dolor: agudo</p> <p>Dominio 1: Fisiológico: básico</p> <p>Clase E: Fomento de la comodidad física</p> <p>Definición: Alivio del dolor o disminución del dolor a un nivel de tolerancia que sea aceptable para el paciente (4)</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Realizar una evaluación detallada del dolor que contemple la ubicación, duración, e intensidad., así como los factores que lo alivian y agudizan (4) -Explorar el conocimiento y sus creencias del paciente sobre su dolor. 	<p>La evaluación del dolor es crucial para un tratamiento efectivo, ya que el dolor es subjetivo y solo lo experimenta el individuo. Por lo tanto, una evaluación exhaustiva proporciona las bases necesarias para su control óptimo (4)</p> <p>Hace años, se ha reconocido la influencia de la cultura y sus creencias en cómo una persona percibe y maneja el dolor, así como en la manera en que lo expresa(4).</p>
Indicadores	ND	RD	AD	FD	SD										
160502 reconoce el comienzo del dolor	1	2	3	4	5										

Tabla N.2. Plan de cuidado del diagnóstico NANDA :

Diagnóstico 2: (00007) Hipertermia relacionado Deshidratación m/p temperatura.

Diagnóstico NANDA	Criterios NOC	Intervenciones NIC	Fundamento Científico												
(00007) Hipertermia r/c Deshidratación m/p temperatura 38.9	<p>NOC: 0800 Termorregulación (6) Dominio II: Salud Fisiológica Clase I: Regulación Metabólica Definición: Equilibrio entre la producción, ganancia y la pérdida de calor. Rango de medición: Nunca demostrado hasta Siempre demostrado Puntuación diana del resultado: Aumentar de 3 a 5</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Indicadores</th> <th>ND</th> <th>RD</th> <th>AD</th> <th>FD</th> <th>SD</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>080019 hipertermia</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table>	Indicadores	ND	RD	AD	FD	SD	080019 hipertermia	1	2	3	4	5	<p>3900 regulación de la temperatura Dominio 2: Fisiológico complejo Clase M: Termorregulación Definición: Consecución y mantenimiento de una temperatura corporal dentro del rango normal (6) Actividades: -Comprobar la temperatura al menos cada dos horas según corresponda (6) - Administración de medicamentos si está indicado.</p>	<p>La temperatura corporal se divide en temperatura externa, que abarca la piel, y temperatura interna, que implica el sistema nervioso central (SNC) y los órganos internos. Aunque la temperatura externa puede fluctuar, la temperatura interna se mantiene dentro de un estrecho rango de 36,5 a 37,5 °C.</p>
Indicadores	ND	RD	AD	FD	SD										
080019 hipertermia	1	2	3	4	5										

Tabla N.3. Plan de cuidado del diagnóstico NANDA :

Diagnóstico 3: (00011) Estreñimiento relacionado con ingesta insuficiente de líquidos sufre de estreñimiento con frecuencia manifestado por Paciente refiere bebe poca agua o se olvida.

Diagnóstico de Enfermería NANDA	Criterios de resultados NOC	Intervenciones de Enfermería NIC	Fundamento Científico												
(00011) Estreñimiento r/c ingesta insuficiente de líquidos sufre de estreñimiento con frecuencia m/p Paciente refiere bebe poca agua o se olvida.	<p>NOC: 0501 Eliminación intestinal (2) Dominio II: Salud Fisiológica Clase F: Eliminación Definición: Formación y evacuación de heces Rango de medición: Nunca demostrado hasta Siempre demostrado Puntuación diana del resultado: Aumentar de 1 a 5</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Indicadores</th> <th>ND</th> <th>RD</th> <th>AD</th> <th>FD</th> <th>SD</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>050110 estreñimiento</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table>	Indicadores	ND	RD	AD	FD	SD	050110 estreñimiento	1	2	3	4	5	<p>0450 manejo del estreñimiento / Impactación fecal Dominio 2: Fisiológico básico Clase B: Control de la evacuación Definición: Prevención y alivio del estreñimiento / impactación fecal (5) Actividades: -Verificar las evacuaciones, evaluando la frecuencia, consistencia, forma, volumen y color según sea necesario. -Promover el aumento en la ingesta de líquidos, a menos que esté contraindicado</p>	<p>El estreñimiento es un síntoma que padecen muchas personas y al que reaccionan con causas multifactoriales. Muchas personas experimentan estreñimiento en algún momento de sus vidas, aunque la mayoría de las veces el estreñimiento es temporal y no es un problema grave (5)</p>
Indicadores	ND	RD	AD	FD	SD										
050110 estreñimiento	1	2	3	4	5										

Tabla N.4. Plan de cuidado del diagnóstico NANDA :

Diagnóstico 4: (00004) Riesgo de infección relacionado con procedimientos invasivos

Diagnóstico NANDA	Criterios NOC	Intervenciones de NIC	Fundamento Científico												
(00004) Riesgo de infección relacionado con procedimientos invasivos	<p>NOC: 1902 Control del riesgo(2) Dominio IV: Conocimiento y conducta de salud Clase T: Control del riesgo Definición: Acciones personales para comprender, evitar, eliminar o reducir las amenazas para la salud que son modificables Rango de medición: Nunca demostrado hasta Siempre demostrado Puntuación diana del resultado: Mantener en 5</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Indicadores</th> <th>ND</th> <th>RD</th> <th>AD</th> <th>FD</th> <th>SD</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Riesgo de infección</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table>	Indicadores	ND	RD	AD	FD	SD	Riesgo de infección	1	2	3	4	5	<p>6540 control de infecciones Dominio 4: Seguridad Clase U: Control en caso de crisis Definición: Minimizar el contagio y transmisión de agentes infecciosos (7) Actividades: realizar un buen lavado de manos antes de manipular la vía asegurar la manipulación aséptica de las vías intravenosas. Limpiar la piel del paciente con un agente antibacteriano apropiado - Cambiar los sitios de las vías periféricas</p>	<p>Las prácticas de prevención y control de infecciones (IPAC) son procedimientos y prácticas fundamentados en la evidencia que pueden prevenir y disminuir la transmisión de enfermedades, además de eliminar posibles fuentes de infecciones. (PIDAC, 2012). Cuando se usa de manera consistente, las prácticas del IPAC evitarán la transferencia de infecciones asociadas a la atención médica (HAI) en todos los entornos de atención médica (6).</p>
Indicadores	ND	RD	AD	FD	SD										
Riesgo de infección	1	2	3	4	5										

Tabla N.5. Plan de cuidado del diagnóstico NANDA :

Diagnostico 05: (00182) disposición para mejorar el autocuidado manifestado por paciente refiere tiene muchas ganas de aprender a cuidar su salud.

Diagnóstico de Enfermería NANDA	Criterios de resultados NOC	Intervenciones de Enfermería NIC	Fundamento Científico												
<p>(00182) Disposición para mejorar el autocuidado m/p paciente refiere tiene muchas ganas de aprender a cuidar su salud.</p>	<p>NOC: 1603 Conducta de búsqueda de la salud (2) Dominio IV: Conocimiento y conducta de salud Clase Q: Conducta de salud Definición: Capacidad el trato gastrointestinal para ingerir y digerir alimentos, absorber nutrientes y eliminar producto de desechos Rango de medición: Nunca demostrado hasta Siempre demostrado Puntuación diana del resultado: Mantener en 5</p> <table border="1" data-bbox="395 898 922 1346"> <thead> <tr> <th>Indicadores</th> <th>ND</th> <th>RD</th> <th>AD</th> <th>FD</th> <th>SD</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>160314 realiza conductas de salud por iniciativa propia</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table>	Indicadores	ND	RD	AD	FD	SD	160314 realiza conductas de salud por iniciativa propia	1	2	3	4	5	<p>4470 Ayuda en la modificación de sí mismo Dominio 3: Conductual Clase O: Terapia conductual Definición: Reafirmación del cambio autodirigido puesto en marcha por el paciente para conseguir metas personal importantes Actividades: - Evaluar los argumentos por las cuales el paciente desea realizar el cambio. - Asistir al paciente en la identificación de una meta específica. - Evaluar el nivel actual de conocimientos y habilidades del paciente en relación con el cambio deseado.</p>	<p>Se define la salud mental como un patrón secuencial de acciones que contribuyen a una experiencia satisfactoria de la vida. En este contexto, una personalidad psicológicamente sana se caracteriza por la capacidad y disposición para cuidar de sí misma con el fin de alcanzar esa experiencia satisfactoria (23).</p>
Indicadores	ND	RD	AD	FD	SD										
160314 realiza conductas de salud por iniciativa propia	1	2	3	4	5										

3- Discusión:

El caso clínico presentado se realizó en un paciente diagnosticado con Pancreatitis, asegurando la provisión de cuidados de enfermería para garantizar la integridad y protección del paciente. En la investigación del primer diagnóstico (00132) Dolor agudo r/c Agente lesivo biológico Escala de EVA 10/10 m/p Paciente quejumbroso, se queja y lo único que solicita es que calme su dolor, El dolor agudo es una manifestación común en pacientes con pancreatitis. En este caso, el dolor es intenso y constante, lo que sugiere un proceso inflamatorio severo del páncreas. La solicitud insistente del paciente para aliviar el dolor indica una necesidad urgente de intervención analgésica. Las intervenciones incluyen la administración de analgésicos según prescripción médica, monitoreo constante de la intensidad del dolor utilizando la escala EVA, evaluación de signos vitales y estado general del paciente, y educándolo de como tener un manejo del dolor no farmacológicas, como la relajación y la respiración profunda (4).

En el segundo diagnóstico enfermero tenemos (00011) Estreñimiento r/c ingesta insuficiente de líquidos sufre de estreñimiento con frecuencia m/p paciente refiere bebe poca agua o se olvida. En este caso el estreñimiento es una condición caracterizada por la falta de movimiento regular de los intestinos, lo que resulta en una defecación infrecuente o con esfuerzo, generalmente con ausencia de deposiciones. Una mala defecación varía entre las personas, desde varias veces al día hasta tres veces por semana. Las intervenciones para tratar el estreñimiento incluyen la monitorización de líquidos para mantener

un balance hidroelectrolítico adecuado, la administración de laxantes o enemas según sea necesario, el seguimiento de los movimientos intestinales que abarcan la frecuencia, consistencia, forma, volumen y color de las heces, y la evaluación de la incontinencia fecal (5).

En el tercer diagnóstico enfermero (00007) Hipertermia r/c deshidratación m/p temperatura. La hipertermia en el contexto de la pancreatitis puede deberse a una infección o inflamación sistémica. La deshidratación exagera esta condición al reducir la capacidad del cuerpo para regular su temperatura. Las intervenciones incluyen la administración de líquidos intravenosos para corregir la deshidratación, monitoreo regular de la temperatura corporal, evaluación de signos de infección, uso de antipiréticos según prescripción médica, y medidas físicas para reducir la fiebre, como compresas frías (6).

Para el cuarto diagnóstico enfermero tenemos (00004) Riesgo de infección r/c procedimientos invasivos (7). Un riesgo de infección, la colonización o infección del catéter, la infección en el sitio de inserción y la bacteriemia asociada al catéter son algunas de las complicaciones de este procedimiento invasivo. Las complicaciones más graves incluyen la tromboflebitis supurada, la endocarditis y las metástasis sépticas, las cuales deben ser consideradas si persiste la fiebre, se presenta un deterioro clínico o se obtienen hemocultivos positivos tres días después de retirar el catéter y con un tratamiento antimicrobiano adecuado. Es importante recordar que los catéteres venosos centrales son la principal causa de bacteriemia nosocomial

y la tercera causa de infección hospitalaria en unidades de cuidados intensivos. por catéter endovenoso. Las intervenciones incluyen lavado de manos, minimizar la manipulación del catéter, tener una adecuada posición del paciente y controlar los signos de infección (7).

Como último diagnóstico enfermero tenemos (00182) Disposición para mejorar el autocuidado m/p paciente refiere tiene muchas ganas de aprender a cuidar su salud. Esta disposición nos demuestra como el paciente tiene el interés de mejorar su autocuidado y alcanzar sus objetivos de salud. Dentro de las intervenciones tenemos, educar al paciente de las acciones que el pueda realizar para fortalecer y cuidar de su salud (8).

4- Conclusión

El proceso de cuidado de enfermería está integrado con las taxonomías de diagnósticos enfermeros NANDA¹, resultados de NOC y NIC. Se priorizaron los diagnósticos enfermeros y se establecieron objetivos basados en los resultados deseados, los cuales fueron parcialmente alcanzados. (00132) Dolor agudo relacionado con Agente lesivo biológico Escala de EVA 10/10 m/p Paciente quejumbroso, se queja y lo único que solicita es que calme su dolor. (00007) Hipertermia r/c Deshidratación con m/p temperatura (00011) Estreñimiento r/c ingesta insuficiente de líquidos sufre de estreñimiento con frecuencia m/p Paciente refiere bebe poca agua o se olvida (00004) Riesgo de infección r/c procedimientos invasivos. Disposición para mejorar el autocuidado m/p paciente refiere tiene muchas ganas de aprender a cuidar su salud se les proporcionaron todas las atenciones

conforme a los planes de cuidado personalizados y el paciente fue dada de alta con sus respectivas recomendaciones específicas para el proceso de recuperación.

CONTRIBUCIÓN ESPECIAL

PROPUESTA DE UNA GUÍA DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA PERIOPERATORIA. ATENCIÓN PACIENTE COVID 19

PROPOSAL OF A PERIOPERATIVE NURSING INTERVENTION GUIDE. COVID 19 PATIENT CARE

Magdalena Petronila Rojas Ahumada¹

Citar como:

Rojas M. Propuesta de una guía de Intervención de enfermería perioperatoria. atención paciente COVID 19. Rev. Recien. 2024; 13(3)

Correspondencia:

Magdalena Petronila Rojas Ahumada.
Correo electrónico
macarenarojas4@hotmail.com

Recibido: 15/10/2024
Aprobado: 28/10/2024
En línea: 10/12/2024

Resumen

Introducción: Numerosos pacientes con confirmación de COVID-19 precisan tratamiento quirúrgico electivo inaplazable o urgente. Estas situaciones requieren la adopción de medidas especiales da cara a minimizar tanto la posibilidad de contagio entre pacientes, exposición del personal sanitario y el desarrollo de complicaciones postoperatorias. Objetivo: Unificar criterios en el desarrollo de los procedimientos quirúrgicos de enfermería en las etapas de pre, intra y post quirúrgico inmediato de forma oportuna, eficaz, eficiente y de calidad a los pacientes COVID-19 en el servicio de Centro quirúrgico. Metodología: Revisión basada en la búsqueda de la literatura sobre los aportes en el Manejo quirúrgico de pacientes con infección por COVID-19. Conclusión: Se presenta una propuesta de una guía de intervención de enfermería perioperatoria en la atención a pacientes con COVID 19.

Palabras clave: Guía de intervención, perioperatorio, COVID-19

¹. ORCID: 0000-0003-2987-7749

Abstract

Introduction: Many patients with confirmed COVID-19 require urgent or urgent elective surgical treatment. These situations require the adoption of special measures to minimize the possibility of contagion between patients, exposure of health personnel and the development of postoperative complications. **Objective:** To unify criteria in the development of nursing surgical procedures in the pre-, intra- and immediate post-surgical stages in a timely, effective, efficient and quality manner for COVID-19 patients in the Surgical Center service. **Methodology:** Review based on the literature search on the contributions in the surgical management of patients with COVID-19 infection. **Conclusion:** A proposal for a perioperative nursing intervention guide in the care of patients with COVID-19 is presented.

Key words: Intervention guide, perioperative, COVID-19.

1. Introducción

Debido a la pandemia de enfermedad respiratoria denominada enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19) causada por el virus denominado SARS-CoV-2 numerosos pacientes con confirmación de COVID-19 precisan tratamiento quirúrgico electivo inaplazable o urgente. Estas situaciones requieren la adopción de medidas especiales da cara a minimizar tanto la posibilidad de contagio entre pacientes, exposición del personal sanitario y el desarrollo de complicaciones postoperatorias. En el presente guía se explican las principales medidas a tener en cuenta en caso de atención a pacientes COVID-19 durante la etapa perioperatorio como en caso de requerir tratamiento quirúrgico (1).

Los equipos quirúrgicos deben atender a todo paciente con COVID-19 que requiera un tratamiento quirúrgico inaplazable. Es recomendable que los equipos quirúrgicos designados para intervenir estos pacientes tengan un entrenamiento amplio y apropiado. Por ello, se deberían constituir equipos de instrumentistas, cirujanos y anestesistas capacitados para intervenir cualquier tipo de cirugía urgente de forma ágil. Dichos equipos deberían recibir extensa formación teórica y práctica mediante simulación de las situaciones urgentes, del manejo del equipo de protección y del protocolo técnico quirúrgico. Por otro lado, las instituciones sanitarias tendrían la obligación de facilitar los medios necesarios para que se apliquen las medidas de prevención adecuadas del personal según los protocolos clínicos y las normativas vigentes (1).

En la actualidad estamos asistiendo en una etapa de postpandemia global debido al COVID-19, que está haciendo que tengamos que adaptarnos tanto a nivel profesional como personal a numerosos cambios destinados a evitar su contagio. (2).

En esta situación las Enfermeras de Quirófano, tienen que estar actualizadas y manejar información fiable que nos permita adaptar nuestros Cuidados al paciente quirúrgico, adaptar los entornos de trabajo y poner en marcha nuevas guías de actuación destinadas a garantizar la seguridad del paciente, del propio equipo de profesionales que trabajan en el quirófano y conseguir con ello, que el número de contagios por la práctica asistencial no aumente (2).

Objetivos general:

Unificar criterios en el desarrollo de los procedimientos quirúrgicos de enfermería en las etapas de pre, intra y post quirúrgico inmediato de forma oportuna, eficaz, eficiente y de calidad a los pacientes COVID-19 en el servicio de Centro quirúrgico Hospital III Suarez Angamos.

Objetivos específicos:

Asegurar que el proceso quirúrgico se realice con las medidas de bioseguridad, calidad, confort, cuidados de enfermería, participando en todo lo necesario en el acto anestésico-quirúrgico.

Promover un manejo de atención integral al paciente en las etapas quirúrgicas (pre-intra y post operatorio).

Lograr uniformidad de criterios en la ejecución de procedimientos quirúrgicos de enfermería.

Brindar una atención de enfermería oportuna

y eficaz con calidad y calidez basada en el conocimiento científico.

2. Resultados

La atención perioperatoria es el conjunto de

acciones que realiza la enfermera al paciente diagnóstico COVID-19, previo al acto quirúrgico, destinadas a identificar condiciones físicas y psicológicas que puedan alterar la capacidad de éste para tolerar el estrés quirúrgico y prevenir riesgos potenciales.

Tabla 1. Descripción del Procedimiento

n	Descripción de Acciones	Responsable
	Atención de Enfermería en el preoperatorio	
1	La protección del equipo de profesionales destinados para atención del paciente es prioritaria. Se verificará la existencia del EPP COVID-19 completo para todo el equipo quirúrgico.	Instrumentista I, II
2	El equipo quirúrgico debe estar entrenado en la colocación del EPP bajo la supervisión de la Licenciada en enfermería de la antesala (anexo 1)	Instrumentista II
3	Coordina con el anestesiólogo a cargo para el ingreso del paciente a centro quirúrgico.	Instrumentista II
4	Verifica el equipamiento del quirófano, con material e instrumental quirúrgico y biomédico, verificando su funcionamiento.	Instrumentista I, II
5	Identifica al paciente de emergencia al centro quirúrgico con su HC.	Instrumentista II
6	Se le colocara la mascarilla quirúrgica al ingreso, al paciente.	Instrumentista II
7	El paciente ingresara en camilla con aislamiento, portador en todo momento de mascarilla quirúrgica incitándole a que no toque o manipule con las manos ningún objeto hasta su llegada a quirófano.	Instrumentista II
8	Se realizará la desinfección externa de las ruedas de la camilla de transporte con aislamiento y el transito hasta el quirófano con solución de hipoclorito de sodio al 1%.	Técnico de enfermería
9	Trasladado del paciente en camilla al quirófano, (camilla con cabina), solo en casos de obesidad mórbida, paciente intubado o trastornos de conciencia tendrá el apoyo de un segundo ayudante.	Instrumentista II
10	Instalación del paciente en la mesa quirúrgica	Instrumentista II

11	La camilla de aislamiento será retirada, ya sin ropa y se dejará afuera del quirófano para la desinfección y limpieza según protocolo hospitalario, posteriormente será vestida nuevamente y estará	Instrumentista II
12	Se le colocara la mascarilla quirúrgica al ingreso, al paciente.	Instrumentista II
13	El paciente ingresara en camilla con aislamiento, portador en todo momento de mascarilla quirúrgica incitándole a que no toque o manipule con las manos ningún objeto hasta su llegada a quirófano.	Instrumentista II
14	Se realizará la desinfección externa de las ruedas de la camilla de transporte con aislamiento y el transito hasta el quirófano con solución de hipoclorito de sodio al 1%.	Técnico de enfermería
Atención de Enfermería en el intraoperatorio		
1	Inicia la verificación de cirugía segura: PREOPERATORIA, hoja de registro de enfermería	Instrumentista II
2	Colabora en la asepsia de la piel y delimitación de la zona operatoria.	Instrumentista II
3	Ayuda y vigila la correcta vestimenta estéril del equipo quirúrgico.	Instrumentista II
4	Una vez instalado el equipo estéril y delimitado el área estéril procede a la conexión e instalación de los accesorios necesarios para el inicio de la cirugía.	Instrumentista II
5	Provee de todo material necesario durante el acto quirúrgico, sin salir del quirófano.	Instrumentista II
6	Coordina con la Licenciada de enfermería que se encuentra en el ante sala, para adquirir material mínimo e indispensable.	Instrumentista II
7	Es la responsable de la integridad del paciente.	Instrumentista II
8	Es responsable de rotular con letra legible los datos del paciente y el tipo de muestra.	Instrumentista II
9	Es responsable del conteo de gasas, compresas y demás elementos en coordinación con la enfermera instrumentista cuantas veces se requiera.	Instrumentista II
10	Realiza el registro de la hoja de costo operatorio, continua con el llenado de la hoja de cirugía segura y la hoja de enfermería en el quirófano; así como el registro del paciente en el libro de quirófano	Instrumentista II
11	Identificara al paciente, tipo de cirugía y el equipo que participara en el acto operatorio	Instrumentista I

12	La enfermera instrumentista I, previa colocación de su indumentaria de EPP, se realizará el armado de la mesa de medialuna con el instrumental quirúrgico e insumos de primer empaque para la cirugía.	Instrumentista I
13	Realiza lavado de manos con alcohol gel según los pasos establecidos en la institución.	Instrumentista I
14	Vestimenta estéril y calzado de guantes técnica cerrada	Instrumentista I
15	Vestido y distribución del instrumental en la mesa correspondiente.	Instrumentista I
16	Ayuda a colocar los mandiles y guantes estériles al cirujano y ayudantes	Instrumentista I
17	Colabora en la vestimenta con campos estériles para la definición y delimitación de la zona quirúrgica.	Instrumentista I
18	Es responsable de conservar la integridad, seguridad y eficiencia del campo estéril durante toda la operación	Instrumentista I
19	Mantiene la mesa de instrumental prolijamente de tal manera que pueda entregar los materiales en forma rápida y eficiente.	Instrumentista I
20	Conocer la técnica quirúrgica, así como los tiempos operatorios de cada cirugía.	Instrumentista I
21	Protege al paciente de daños al retira el instrumental pesado o filoso del campo quirúrgico inmediatamente después del uso.	Instrumentista I
22	Previene la contaminación del campo quirúrgico mediante el ejercicio estricto de una técnica aséptica.	Instrumentista I
23	Esta constantemente alerta a cualquier peligro intraoperatorio que pudiera afectar al paciente.	Instrumentista I
24	Controla el uso de gasas y compresas en el campo operatorio, para evitar complicaciones post operatorias.	Instrumentista I
25	Participa en el recuento de gasas agujas e instrumental en forma ordenada y siguiendo la guía de procedimientos, en coordinación con la enfermera instrumentista II.	Instrumentista I
26	Durante la cirugía identifica y entrega inmediatamente a la enfermera instrumentista II la muestra de anatomía patológica.	Instrumentista I
27	Se anticipará a los requerimientos del cirujano observando el curso de la operación y, alcanzará el instrumental u otro elemento de manera apropiada de modo tal que el cirujano no tenga que apartarse del campo operatorio para recibirlos.	Instrumentista I

28	<p>La distribución del instrumental quirúrgico, mesa de medialuna Se prepara la mesa de medialuna teniendo en cuenta de cubrirla completamente y la distribución del material es:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Material de diéresis. - Disecciones. - Material de hemostasia. - Material de la operación propiamente dicha. - Separadores 	Instrumentista I
29	<p>Cuadrante superior externos ubicaremos una riñonera para el agua. En la parte superior del material de hemostasia ubicaremos las suturas en el orden de adentro hacia fuera. En la parte superior de los separadores ubicaremos las gasas previamente contadas y separadas o envueltas de 5 en 5 para su fácil conteo. A continuación, se tendrá el espacio limpio y/o libre en donde se ubicarán la caja de pinzas limpias. El área que se ubica alejado de la instrumentista se considerara como el área en donde se ubicara el material sucio incluyendo la pieza de anatomía patológica, salvo que se entregue directamente a la enfermera instrumentista II.</p>	Instrumentista I
30	Retirar la disposición final del material punzocortante en los depósitos respectivos.	Instrumentista II
31	Realiza el rociado de hipoclorito de sodio al 1% del instrumental quirúrgico utilizado en la cirugía, colocara los materiales utilizados en anestesia como tubo de mayo, mascarilla en la bandeja donde contiene solución de hipoclorito al 1%, eliminara todo material sobrante como gasas, campos, en una bolsa roja completamente sellada y rotulada como material contaminado.	Instrumentista II
32	Es responsable del instrumental quirúrgico se saque como riesgo biológico y sea llevado al área roja inmediatamente, doble bolsa roja	Instrumentista II
33	Colabora en la finalización de la operación, colocando apósitos externos fijando drenajes y sondas etc.	Instrumentista II
34	Colabora con el anesesiólogo en el término de la anestesia	Instrumentista II
35	Realizara el cierre de información en la hoja de registro de enfermería en el quirófano	Instrumentista II
36	Todo el equipo quirúrgico se retirará el equipo de EPP, con supervisión de la licencia de enfermería de la Antesala (anexo 2).	Licenciada de enfermería de la antesala.
Atención de Enfermería en el post operatorio		
1	Permanecerá en el quirófano acompañando por el anesesiólogo y vigilando la monitorización del paciente extubado, garantizando la integridad y seguridad del paciente.	Instrumentista II

2	Cuando el paciente reúna las condiciones para su alta, será trasladado directamente al área designada para su hospitalización dentro de la camilla con aislamiento portando en todo momento una mascarilla quirúrgica. Ira acompañada únicamente por un personal técnico con EPP. En caso el paciente se encuentre intubado, tendrá el apoyo del anestesiólogo.	Instrumentista II
3	Deberá cambiarse completamente la ropa de trabajo. La ropa descartable debe ser eliminada. En caso de haber utilizado ropa de tela deberá colocarse en doble bolsa de plástico, sin mezclar con el resto de ropa hospitalaria. La bolsa será cerrada (previa colocación de guantes de uso) y llevará el rotulo ROPA CONTAMINADA. Se recomienda ducharse antes de colocarse la ropa limpia	Instrumentista I, II
4	La licencia de enfermería que se encuentra en la antesala será responsable de la desinfección de los equipos biomédicos, después de la desinfección terminal, y colocar los protectores plásticos a los equipos biomédicos y dejar la sala operativa para una próxima cirugía.	Enfermera de la antesala.

Limpieza y desinfección del ambiente de recuperación

1.- El personal de limpieza recibirá formación e información previa a la realización de la primera entrada al quirófano y utilizará el EPI (bata, guantes, mascarilla, y protección ocular si peligro de salpicaduras).

2.- Debe transcurrir mínimo 30 minutos de la salida del paciente, antes del ingreso del personal de limpieza, llevando sus EPP.

3.- Se limpiará el quirófano desechando todo lo posiblemente contaminado. Se eliminará todo el material fungible (jeringas, agujas, compresas y paquetes de gasas abiertas en el primer empaque).

4.- Todos los elementos utilizados en el manejo de la vía aérea y los EPP serán considerados altamente contaminantes y deben ser trasladados en bolsas de plástico cerradas herméticamente para su eliminación (material descartable). El mango de laringoscopio será desinfectado con solución de

amonio cuaternario, la hoja de laringoscopio se sumergirá en solución de hipoclorito de sodio al 1%, en una bandeja de transporte al área roja de Central de esterilización.

5.- Se retirará el cobertor plástico de la máquina de anestesia y monitores. La máquina de anestesia incluidos los cables de monitorización serán desinfectados con solución de hipoclorito al 0.1 %. La solución no se aplicará directamente, sino que se empapará una compresa o trapo limpio, que será para la limpieza del equipo, los equipos deben ser desenchufados previamente.

6.- Se eliminará el circuito anestésico, trampa, filtros hidrofóbicos de alta efectividad, línea de muestreo y cal sodada.

7.- El quirófano debe dejarse cerrada por lo menos 1 hora después haber culminado la desinfección.

Anexo 1:

Antes de la Colocación del EPP		
No.	Descripción	Realización
1	Ir al baño	
2	Retiro de joyas	
3	Vaciar bolsillos	
4	Colocar botas quirúrgicas	
5	Recoger cabello	
6	Colocar gorro interno	
7	Cubrir heridas	
8	Sujetar gafas personales	
9	Realizar lavado quirúrgico de manos	

Durante la Colocación del EPP		
No.	Descripción	Realización
1	Guantes internos	
2	Bata manga larga/delantal plástico	
3	Respirador FFP3/FFP2/N95 y mascarilla quirúrgica encima	
4	Gorro Externo	
5	Lentes de montura integral/escudo facial	
6	Guantes externos cubriendo empuñadura de bata	

Anexo 2:

Retiro de EPP		
No.	Descripción	Realización
1	Ir al baño	
2	Retiro de joyas	
3	Vaciar bolsillos	
4	Colocar botas quirúrgicas	
5	Recoger cabello	
6	Colocar gorro interno	
7	Cubrir heridas	
8	Sujetar gafas personales	
9	Realizar lavado quirúrgico de manos	
10	Higiene de manos con alcohol gel	
11	Limpieza de calzado	
12	Higiene de manos con alcohol gel	
13	Retirar guantes internos	
14	Lavado final de manos con agua y jabón	

Anexo 2:

Kit de EPP para atención paciente covid-19	
1	Gorro quirúrgico.
1 par	Botas descartables.
1	Chaqueta descartable.
1	Pantalón descartable.
1	Mascarilla N95
1	Mandil descartable
1	Mameluco.
1	Lente.

REFERENCIAS

- 1.- Asociación española de cirujanos (2019) Manejo quirúrgico de pacientes con infección por COVID-19. Consultado 26 de abril de 2020. Acceso <https://www.elsevier.es/es-revista-cirugia-espanola-36-avance-resumen-manejo-quirurgico-pacientes-con-infeccion-S0009739X20300695>
- 2.- Charo Merino (2020) Recursos en Red para el Cuidado de Pacientes con coronavirus (con sospecha) en el Quirófano. Consultado 27 de abril 2020. Acceso: <https://www.cuidandoenquirofano.com/recursos-en-red-para-el-cuidado-de-pacientes-con-coronavirus-o-sospecha-en-quirófano>
- 3.- Manual de Normas y procedimientos (2016) Manual de normas y procedimientos Centro quirúrgico Hospital III Suarez Angamos. Essalud.
- 4.- SEOR (2020). Recomendaciones para el manejo, prevención y control de COVID-19 en los servicios de oncología radioterápica. Consultado 28 de abril del 2020. Acceso https://www.mschs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/COVID19_oncort.pdf

CONTRIBUCIÓN ESPECIAL

COMPETENCIA CULTURAL: UN MODELO DE ENFERMERÍA COMO RESPUESTA A LA ENTREGA DE CUIDADOS HUMANIZADOS CULTURAL COMPETENCE: A MODEL OF NURSING AS A RESPONSE TO RESPONSE TO THE DELIVERY OF HUMANIZED CARE

Melita Rodríguez Angélica Beatriz¹

Citar como:

Melita A. Competencia cultural:
Un modelo de enfermería como
respuesta a la entrega de
cuidados humanizados Rev.
Recien. 2024; 13(2)

Correspondencia:

Correspondencia:
Melita Rodríguez Angélica
Beatriz. amelita@udec.cl

Recibido: 22/07/2024

Aprobado: 22/08/2024

En línea: 10/12/2024

Resumen

Introducción: La esencia de enfermería es el cuidado y se transforma en un deber ético poder contar con herramientas para un cuidado humanizado. Bajo este escenario el modelo de Larry Purnell, de competencia cultural, se visualiza como un potente instrumento. Objetivo: Describir la contribución de un modelo de enfermería sobre competencia cultural para la entrega de cuidados humanizados. Metodología: Revisión basada en la búsqueda de la literatura sobre los aportes del modelo de competencia cultural de Purnell. Se seleccionaron las bases de datos: Scielo, PbMed y Wos con los criterios de búsqueda de: artículos originales y de revisión. Resultados: Hoy existe un desafío a la atención en salud, ya que las problemáticas se diversifican. Para ello surge el concepto de trasculturalidad, que integra la comprensión y la comunicación de culturas, lo cual puede ser empleado como una oportunidad para esa entrega de cuidados humanizados. Modelo de Larry Purnell; Competencia cultural: Este facilita y fomenta la comprensión cultural de los fenómenos de salud, en donde la competencia cultural hace alusión a la habilidad

¹. Magister en enfermería, Doctora en Enfermería. Docente Departamento del Adulto y Adulto Mayor. Facultad de Enfermería. Coordinadora de la Unidad de Apoyo psicosocial al personal Universitario. Universidad de Concepción, Chile. amelita@udec.cl ORCID: 0000-0002-8026-7298

para funcionar de forma eficaz implicando la entrega de atención y cuidados sensibles a la diversidad basados en el respeto y aceptación. Conclusiones: En un mundo que se transforma, este modelo se presenta como una herramienta para enfermería, permitiendo ser utilizado en todas las etapas del proceso y en los distintos ámbitos de desempeño, impactando en un cuidado más humanizado, centrado en las experiencias de vida, permitiendo a los profesionales el autoconocimiento y crecimiento profesional.

Palabras clave: competencia cultural, atención de enfermería, humanización de la atención

Abstract

Introduction: The essence of nursing is care, and having tools for humanized care is an ethical duty. In this context, Larry Purnell's cultural competence model emerges as a powerful instrument. Objective: To describe the contribution of a nursing model on cultural competence to the delivery of humanized care. Methodology: Literature review based on the search for contributions of Purnell's cultural competence model. Databases searched included Scielo, PubMed, and WoS using criteria for original and review articles. Results: There is a current challenge in healthcare delivery as issues diversify. The concept of transculturality emerges to integrate understanding and communication across cultures, offering an opportunity for delivering humanized care. Larry Purnell's Model; Cultural Competence: This model facilitates and promotes cultural understanding of health phenomena, where cultural competence refers to the ability to effectively function by delivering care and attention sensitive to

diversity based on respect and acceptance. Conclusions: In a transforming world, this model serves as a tool for nursing, applicable across all stages and settings, promoting more humanized care centered on life experiences, fostering professional self-awareness and growth.

Keywords: cultural competence, nursing care, humanization of care

1. Introducción

La esencia de enfermería es el cuidado, concepto vital para disciplina, el cual ha presentado múltiples definiciones desde la perspectiva de distintas teoristas, pero la concatenación de su significado podría plantearse de la siguiente manera: como las intervenciones y acciones de enfermería que se encuentran fundamentadas en una relación interpersonal, basadas en conocimiento científico, dominio técnico y comprensión psicosocial de la persona y su entorno, con el fin de dar respuesta a las reales necesidades de ésta y las comunidades (1).

Este aspecto da origen a la dimensión ética que comprende el cuidado de enfermería (2), desde esta perspectiva, se transforma en un deber ético que los profesionales de esta disciplina puedan contar con las herramientas que le permitan entregar este cuidado a todas las personas por igual (3). Sin embargo, los numerosos cambios globales que se han presentado en los últimos años, tanto sociales, como económicos y culturales, dentro de estos se encuentra el fenómeno de las migraciones, han generado grandes desafíos para la entrega de este cuidado ético y conducen a buscar conocimiento y preparación para dar una respuesta eficiente y eficaz a todos, considerando que a la luz de este escenario las características particulares de personas y comunidades hoy son muy variadas y presentan gran reto para el ámbito de la salud (4).

En este nuevo escenario, enfermería cumple un rol fundamental, ya que ésta es la disciplina del cuidado y su eje central se basa en entregar a la persona, familia y comunidad, cuidados

integrales que abarcan aspectos tanto físicos, como psicológicos, sociales, emocionales y espirituales tributando a un cuidado de calidad y humanizado (5-7).

Es así que para la entrega de un cuidado con estas características surge un nuevo concepto: la competencia cultural, entendiendo como competencia, aplicada al ámbito laboral, como la aptitud profesional que va más allá del sólo conocimiento, sino que implica otras habilidades asociadas que repercuten en el cómo la persona ejecuta su trabajo (8). Por lo cual, la competencia cultural es entendida como la comprensión y conocimiento constante de la cultura de un grupo determinado, además involucra aspectos como la sensibilidad, respeto y compasión por las características singulares y colectivas de los grupos humanos (9) llevado esto al quehacer de enfermería se visualiza como una competencia necesaria para la entrega de cuidados humanizados, transformándose en una necesidad adquirir los conocimientos necesarios para la entrega de este cuidado y la respuesta para ello la encontramos en un modelo desarrollado por Larry Purnell, enfermero estadounidense que en base a su experiencia como docente clínico en un hospital comunitario al cual acudía población con origen Apalache, lo lleva a desarrollar un modelo que permite entregar cuidados humanizados a personas y poblaciones con características muy diversas (10).

Objetivo: Describir la contribución de un modelo de enfermería sobre competencia cultural para la entrega de cuidados humanizados bajo el contexto global de migraciones.

2. Metodología

Revisión teórica basada en la búsqueda intencionada de la literatura enfatizando en los aportes del modelo de competencia cultural de Larry Purnell, con el fin de fundamentar sus aportes a la entrega de cuidados humanizados en el contexto actual y global de las migraciones.

Para tal efecto se seleccionaron las siguientes bases de datos: Scielo, PbMed y Wos con los criterios de búsqueda de: artículos originales y de revisión que contemplaran la aplicación de este modelo.

3. Resultados

Trasculturalidad y cuidados de enfermería:

La realidad que enfrentamos como sociedad cada vez es más compleja, producto de los vertiginosos cambios a los que se enfrenta: como ambientales, sociales y económicos, esto ha conllevado a varias transformaciones sociales y dentro de ellas se encuentra el fenómeno de las migraciones, lo cual ha planteado un nuevo desafío a la atención en salud, de la cual enfermería forma parte, ya que los problemas y necesidades de las comunidades cambian y se diversifican a la luz de este fenómeno social y es aquí donde enfermería debe contar con las herramientas que le permitan entregar un cuidado de calidad, humanizado que de real respuesta a estas nuevas necesidades. Para ello uno de los primeros conceptos que surge en la literatura es la trasculturalidad, visualizada como una potente herramienta para mejorar la atención en salud y la entrega de cuidados de enfermería (11).

De esta forma la trasculturalidad integra la

comprensión y la comunicación en el encuentro de culturas diferentes, lo cual puede ser empleado como una oportunidad para esa entrega de cuidados humanizados tan necesarios en la actualidad, ya que facilita la atención en salud desde la perspectiva cultural de las personas, familias y comunidades, relevando sus valores y prácticas asociadas al cuidado (12).

Modelo de Larry Purnell: Competencia cultural:

Desde esta perspectiva el Modelo de Competencia Cultural de Larry Purnell, se presenta como una herramienta útil para la aplicación de estos cuidados, constituyendo un acercamiento etnográfico que facilita y fomenta la comprensión cultural de los fenómenos de salud que atañen a los diferentes grupos humanos (13).

El concepto de competencia cultural hace alusión a la competencia como habilidad para funcionar de forma eficaz y a la cultura como el patrón de pensamientos integrados y expresados en la conducta, por lo cual las actitudes derivadas de esta competencia capacitan a los profesionales a trabajar con eficacia en un contexto intercultural. En Salud, la competencia cultural implica la entrega de atención y cuidados sensibles a la diversidad basados en el respeto y aceptación (14).

En este marco Purnell, desarrolla su modelo, que se basa en la premisa de que, todos los practicantes de las disciplinas de los cuidados en salud necesitan mucha información general sobre la cultura para poder entregar cuidados de calidad, desde esta perspectiva la competencia cultural se evidencia como una herramienta que permite la entrega de cuidados humanizados,

pero esta práctica implica la aplicación del conocimiento para poder entregar cuidados basados en los valores, creencias, cosmovisión y prácticas en salud de las personas y comunidades solicitantes de la atención en salud (15). De esta forma, para el autor, la competencia cultural se puede resumir como la adaptación del cuidado de salud de manera congruente con la cultura de las personas y, por consiguiente, es un proceso consciente y no-lineal.

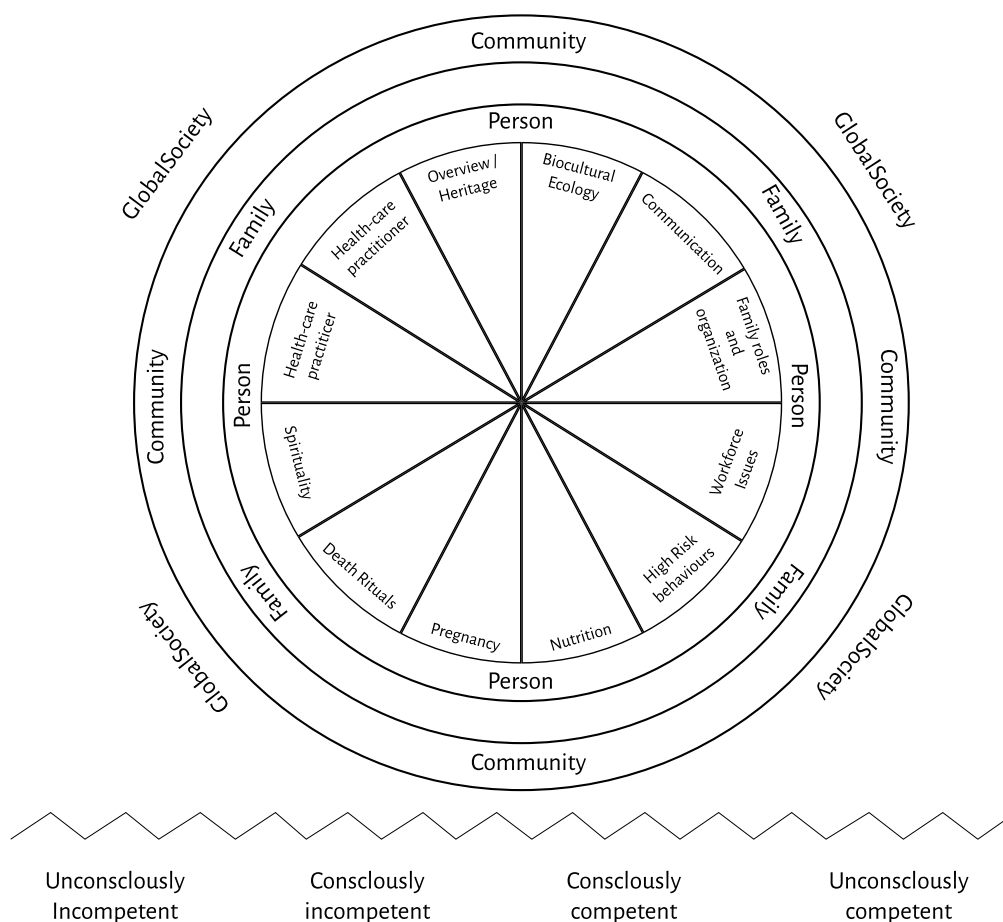
Descripción del modelo

Bajo el nuevo escenario cultural al cual se enfrentan las sociedades, (multicultural y

multiétnico), Purnell propone la importancia de ser competente culturalmente, promoviendo la comprensión desde la perspectiva cultural de las situaciones humanas en relación con el ámbito salud, desde los aspectos emic (visión subjetiva de los individuos) y etic (visión de los profesionales) (16).

Su modelo es flexible facilitando su aplicación en la práctica profesional (figura 1), permitiendo guiar a los profesionales en el desarrollo de estrategias e intervenciones individuales, para actuar de una forma competente ante la diversidad cultural.

Figura1: Modelo de competencia cultural de Larry Purnell



Nota: Modelo de competencia cultural de Larry Purnell

De este modelo se desprenden diversos conceptos que permiten mejorar la comprensión cultural, dentro ellos se destacan: Características primarias de la cultura como la edad, generación, nacionalidad, raza, género, religión. Características secundarias de la cultura: nivel educacional, nivel socioeconómico, ocupación, orientación sexual, cuestiones de género, razón para la migración, entre otros. Y desarrolla cuatro niveles de competencia, los cuales son: Inconscientemente incompetente que implica no ser consciente de que se carece de conocimientos acerca de otra cultura, luego se encuentra el nivel conscientemente incompetente, el cual corresponde a ser consciente de que se carece de conocimientos acerca de otra cultura, continuado con el nivel de ser conscientemente competente: que comprenda el aprender de la cultura de las personas objeto de cuidado, verificando generalizaciones acerca de su cultura y proporcionando intervenciones culturalmente específicas y por último el nivel de ser inconscientemente competente, lo cual implica que el profesional automáticamente proporciona intervenciones de cuidado culturalmente congruentes a personas de diversas culturas (15). Así, el modelo de competencia cultural entrega una forma práctica de identificar la propia competencia cultural para poder dar respuestas efectivas y de calidad a las personas y comunidades en base a sus necesidades y a su vez, orienta a la comprensión cultural que permite entregar cuidados humanizados centrados en la real experiencia de vida de las personas.

Conclusiones:

En un mundo que se transforma de manera vertiginosa y en que estos cambios acarrearán nuevas formas de convivencia entre personas muy diversas y con distintas experiencias de vida, es que el Modelo de Competencia Cultural se presenta como una práctica herramienta para el trabajo que desarrolla enfermería.

Este modelo, permite ser utilizado en todas las etapas del proceso de trabajo de enfermería y en los distintos ámbitos de desempeño de la profesión. Es así como éste, es un aporte a la valoración integral de las personas, al considerar aspectos relevantes de la cultura, los cuales evidentemente influirán en el bienestar y la salud, a su vez permite incorporar aspectos culturales en las prácticas de cuidado, impactando en un cuidado más humanizado, centrado en las reales necesidades de las personas y en sus experiencias de vida.

Por otra parte, este modelo permite a los profesionales identificar su nivel de competencia en relación a este ámbito, entregando una oportunidad para el autoconocimiento y crecimiento profesional.

De esta forma el Modelo de Purnell, poco conocido en la enfermería latinoamericana, se presenta como otra herramienta práctica susceptible de ser utilizada por los profesionales en sus distintos ámbitos laborales con el fin de aportar a la entrega de cuidados humanizados y de calidad.

Referencias:

1. Valderrama-Sanabria ML, Leal-García PC, Caicedo-Carmona LD. Factores de cuidado, experiencia a la luz de la teoría de Jean Watson. *Rev Cienc Cuid.* 2023;20(2):76-86. doi: 10.22463/17949831.3793. Available from: <file:///C:/Users/angel/Downloads/Dialnet-FactoresDeCuidadoExperienciaALaLuzDeLaTeoriaDeJean-9080295.pdf>
2. Yáñez Flores K, Rivas Riveros E, Campillay Campillay M. Ética del cuidado y cuidado de enfermería. *Enfermería (Montevideo)* [Internet]. 2021 Jun [citado 2024 Jul 10];10(1):3-17. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2393-66062021000100003&lng=es. Epub 01-Jun-2021. <https://doi.org/10.22235/ech.v10i1.2124>.
3. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. Ley Fácil: Derechos y deberes de los pacientes en salud [Internet]. [citado 2024 Jul 10]. Disponible en: <https://www.bcn.cl/portal/leyfacil/recurso/derechos-y-deberes-de-los-pacientes-en-salud>
4. Herrera-Llamas JA, Alvarado-de Lima JA, Herrera-Aguilar L. Globalización y pobreza: propulsores de las migraciones internacionales contemporáneas. *Jangwa Pana.* 2018;17(3):402-412. doi: <http://dx.doi.org/10.21676/16574923.2491>.
5. Durán de Villalobos, M. Enfermería: Desarrollo teórico e investigativo. [Internet]. 1998 [citado: 2024, julio]
6. Baggi M, Lorenzini A, Marcon G. Cuidado humano e tecnologia na enfermagem contemporânea e complexa. *Texto Contexto.* 2010 Abr-Jun; 19(2): 378-85
7. Watson J. *The philosophy and science of caring.* 1° ed. Colorado. University Press of Colorado; 2008.
8. Nahum Lajud P, Domínguez Chenge MP, García Panes LM. Competencias profesionales que exigen los empleadores a partir del confinamiento. *Rev Gest Personas Tecnol.* 2021;14(42):68-84. <https://dx.doi.org/10.35588/gpt.v15i42.5283>.
9. Castillo LO, López-Díaz L. Competencia cultural de enfermeras en salud pública con población indígena. *Av Enferm* [Internet]. 2019 Abr [citado 2024 Jul 09];37(1):9-18. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-45002019000100009&lng=es. <https://doi.org/10.15446/av.enferm.v37n1.68513>.
10. Marrero González CM. Enfoque del modelo de Purnell y Campinha-Bacote en la práctica de los profesionales sanitarios. *ENE Rev Enferm.* 2013 Ago;7(3)
11. Escobar Castellanos B, Paravic-Klijn T. La transculturalidad, elemento esencial para mejorar la atención en salud y enfermería. *Rev Enferm.* 2017 Jul-Dic;33. doi: 10.15517/revenf.voi33.29627.
12. Ibarra Mendoza TX, González JS. Competencia cultural: una forma humanizada de ofrecer cuidados de enfermería. *Index Enferm* [Internet]. 2006 [citado 2024 Jul 10];15(55):44-48. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962006000300010&lng=es.
13. Estevana MD, Solano Ruíz MC. La aplicación del modelo de competencia cultural en la experiencia del cuidado en profesionales

- de Enfermería de Atención Primaria. Aten Primaria. 2017 Nov;49(9):549-556.
14. Forner Tejero A, Costa Abós S. Competencia cultural enfermera en España. Nure Inv. 2020;20(124). doi: <https://doi.org/10.58722/nure.v20i124.2334>. Available from: <https://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/2334> 3.5
 15. Purnell L. Are we really measuring cultural competence? Nurs Sci Q. 2016;29(2):124-127.
 16. Gil Estevana MD, Solano Ruíz MC. La aplicación del modelo de competencia cultural en la experiencia del cuidado en profesionales de Enfermería de Atención Primaria. Aten Primaria. 2017;49(9):549-556.