



PARA INTEGRAR Y AVANZAR
¡VAMOS JUNTOS!

Gestión 2021 - 2024



PARA INTEGRAR Y AVANZAR, ¡VAMOS JUNTOS!



REVISTA CIENTÍFICA DE ENFERMERÍA

Vol 11 N° 3 - 2022 / ISSN Electrónica 2071 - 595 X / ISSN impresa 2071 - 5080

latindex
catálogo 2.0

RECIEN

REVISTA CIENTÍFICA

COLEGIO DE ENFERMEROS DEL PERÚ

LIMA, PERÚ 2022

ISSN electrónica 2071-596X

ISSN impresa 2071-5080

Edición Vol. 11 Núm. 3 (2022)

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: Vargas Saldaña, Israel Aarón.

Diseño de portada: Evangelista Silva, Alessandro Leonel.

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

EDITORIA GENERAL

Dra. Rocío Yvonne Taboada Pilco
Colegio de Enfermeros del Perú

EDITORIA 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
Universidad Católica Sedes Sapientiae, 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 (Editorial)

LA NECESIDAD DE INVESTIGAR DESDE UNA VISIÓN
TRANSCOMPLEJA (Pág. 7 - 8).

Artículo 2 (Revisión)

LACTANCIA EN RECIEN NACIDOS PREMATUROS
HOSPITALIZADOS: EXPERIENCIAS MATERNAS (Pág. 9 -
22).

Artículo 3 (Original)

EL USO DE PLANTAS MEDICINALES EN MUJERES
EMBARAZADAS DURANTE EL TRABAJO DE PARTO (Pág.
23 - 43).

Artículo 4 (Original)

INVERSIÓN PÚBLICA EN INFRAESTRUCTURA
HOSPITALARIA EN ESTADO DE EMERGENCIA
NACIONAL (pág. 44 - 66).

Artículo 5 (Revisión)

FACTORES RELACIONADOS A LA VIOLENCIA DE
PAREJA EN ADOLESCENTES: UNA REVISIÓN NARRATIVA
(pág. 67 - 83).

Artículo 6 (Caso clínico)

PROCESO DEL CUIDADO ENFERMERO APLICADO EN
ADULTO MAYOR CON DIABETES MELLITUS,
HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y NEUMONÍA ADQUIRIDA EN
LA COMUNIDAD (pág. 84 - 99).

Artículo 7 (Original)

ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO DEL PROFESIONAL
DE ENFERMERÍA QUE ATIENDE A PACIENTES CON
COVID-19 EN UN INSTITUTO ESPECIALIZADO EN LIMA,
PERÚ (pág. 100 - 111).

Artículo 8 (Original)

PROPUESTA DE ATENCIÓN DEL PACIENTE CON
COVID-19 EN EL PROGRAMA DE ATENCIÓN
DOMICILIARIA (PADOMI) ESSALUD, CHACHAPOYAS,
2022 (pág. 112 - 125).

Artículo 9 (Original)

FACTORES DE RIESGO PARA EL CONSUMO DE
DROGAS EN ADOLESCENTES (pág. 126 - 137).

Artículo 10 (Original)

PERCEPCIÓN DE LA ENSEÑANZA DE METODOLOGÍA
DEL PROCESO DE CUIDADO DE ENFERMERÍA EN
ESTUDIANTES DE LA UNIVERSIDAD NORBERT WIENER,
EN TIEMPOS DE PANDEMIA – COVID-19 (Pág. 138 -
145).

Artículo 11 (Original)

CARACTERIZACIÓN DE ALERGIAS A LOS EQUIPOS DE
PROTECCIÓN PERSONAL EN EL PERSONAL DE
ENFERMERÍA DE UN HOSPITAL PÚBLICO (Pág. 146 -
159).

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.

LA NECESIDAD DE INVESTIGAR DESDE UNA VISIÓN TRANSCOMPLEJA

THE NEED FOR RESEARCH FROM A TRANSCOMPLEX VISION

Liliana Rodríguez Saavedra¹

El año 2022 está significando un año impredecible para la ciencia y para la investigación científica. Son tiempos de grandes desafíos, pandemias, crisis económica, hambruna, tecnología liberal, anarquía de paradigmas, lucha de poder y el advenimiento del posthumanismo. Es así como el hombre ha llenado el mundo físico de objetos tangibles, intentando imitar la obra divina, controlar las ciencias naturales o por lo menos lograr comprenderlas (1).

Citar como:

Rodríguez-Saavedra L. La necesidad de investigar desde una visión transcompleja. Rev. Recien. 2022; 11(3)

Correspondencia:

Rodríguez Saavedra
Liliana
lrodriguezsa@esge.edu.pe

El pensamiento transcomplejo, el paradigma de la transcomplejidad y la investigación emergente constituyen una propuesta orientada a emancipar y transformar al ser humano y a la realidad. Construye una relación dialógica, que abre paso al análisis de la incertidumbre, a nuevos significados y al redescubrimiento onto epistemológico a partir del cual se estructuran nuevos fundamentos de explicación de la realidad que rompen con las verdades absolutas, también denominadas falsedades absolutas, para así relativizar las realidades desde la lógica de lo multivariado y difuso (2).

Recibido: 10/08/2022
Aprobado: 30/08/2022
En línea:

La investigación transcompleja en esencia es una sinapsis sinérgica integradora, una forma de vivir, de concebir la vida desde otro punto de vista para poder comprender el mundo complejo y lograr explicar realidades múltiples. La investigación transcompleja se sustenta en tres dimensiones: la dimensión nomotética de las ciencias duras clásicas, la dimensión ideográfica de las ciencias blandas y la dimensión filosófica. La imbricación de la comprensión de estas tres perspectivas, permiten el desarrollo de una visión ampliada de la realidad (3).

¹Doctora en Educación, Magister en Docencia Universitaria, especialista en Metodología de Investigación. Asesor Gestor de Investigación. <https://orcid.org/0000-0001-9165-6408>

Esta visión sumerge al investigador en un camino integrador, reflexivo permitiendo construir mundos nuevos, trabajar en consenso, fundamentarse en el conflicto, trabajar con el diseño, la creatividad, el pensamiento crítico, e interrelacionar el empirismo con la racionalidad. Por lo que el investigador puede encaminar su investigación partiendo de un primer objetivo para explicar, un segundo objetivo para comprender y uno tercero para transformar.

A raíz de estos nuevos acontecimientos, surge un espacio de posibilidades para alimentar y flexibilizar nuestra nueva forma de investigar, desde la transdisciplinariedad, revalorizando la comprensión del ser ontológico, la estética, la hermenéutica, la lógica y la axiología. De esta manera, se logrará comprender una nueva concepción de la realidad, que es multireferencial, multidimensional, estructural, global, histórica y que coexiste en la diversidad.

Hacer investigación desde la transcomplejidad como escuela de pensamiento emergente, es una aventura. Es una forma de desobedecer los pensamientos y métodos tradicionales de la ciencia, para construir un sendero personal que logre reconciliar posturas con diferentes puntos de vistas (4).

Referencias:

- 1- Perdomo Cáceres W. (2021). Aportes de la transcomplejidad como escuela de pensamiento emergente a la investigación. REEA. No. 7, Vol II. Enero 2021. Pp. 1-10. Centro Latinoamericano de Estudios en Epistemología Pedagógica. URL disponible en: <http://www.eumed.net/rev/reea>
- 2- Meza, D. (2014). La Transcomplejidad como opción integradora de saberes. Comunidad y Salud, 12(2), I-II. http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1690-32932014000200001&lng=es&tlng=es.
- 3- Villegas, C. (2019). La transcomplejidad: Un enfoque emergente para la producción de conocimiento complejo y transdisciplinarios. Documento en línea. Disponible en: <https://es.calameo.com/books/0046341446da5155565d9>
- 4- Cáceres, W. P. (2021). Aportes de la transcomplejidad como escuela de pensamiento emergente a la investigación. Revista Electrónica Entrevista Académica (REEA), 2(7), 1-10. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7958577>

LACTANCIA EN RECIEEN NACIDOS PREMATUROS HOSPITALIZADOS: EXPERIENCIAS MATERNAS

BREASTFEEDING IN HOSPITALIZED PREMATURE NEWBORNS: MATERNAL EXPERIENCES

López-Lozano María Elena¹

Resumen

La lactancia materna es una intervención central del cuidado al recién nacido prematuro como primera alternativa y fuente de alimentación enteral, que conlleva desafíos importantes para la mayoría de las madres en las unidades neonatales. El objetivo es explorar y describir las experiencias maternas durante la lactancia al hijo prematuro hospitalizado a través del análisis bibliográfico de investigaciones cualitativas publicados entre los años 2000 a 2021. Para la metodología se realizó una revisión sistemática de la literatura a través de la búsqueda en bases de datos Pubmed, Scielo y Dialnet y de la referencia de artículos consultados en combinación de los descriptores: Lactancia, prematuridad, experiencias maternas. Los criterios de inclusión fueron: artículos originales cualitativos, con acceso libre a texto completo, relacionados con la temática de esta investigación. En cuanto a los resultados se seleccionaron 11 artículos y sus hallazgos fueron organizados en dos unidades temáticas: experiencias con la extracción del calostro / leche y el amamantamiento. Se identificaron diversas experiencias maternas con emociones contradictorias desde el inicio de la extracción del calostro / leche hasta el logro del amamantamiento del hijo prematuro. Como conclusiones tenemos que las experiencias maternas se presentan con emociones positivas de alegría, placer y esperanza generados por el acercamiento y vinculación con el hijo y las negativas con emociones de tristeza, miedo, dolor y frustración asociados al estrés frente a las dificultades que lo asumen como un desafío en un contexto de hospitalización, que ameritan acompañamiento y apoyo del personal de salud, bajo el enfoque del paradigma del cuidado humanizado de enfermería.

Citar como:

López-Lozano MA. Lactancia en recién nacidos prematuros hospitalizados: experiencias maternas. Rev. Recien. 2022; 11(3)

Correspondencia:
López-Lozano María Elena
mell-@hotmail.com

Palabras clave: Lactancia, prematuridad, experiencias maternas.

Abstract

Breastfeeding is a central intervention in the care of the preterm newborn as the first alternative and source of enteral feeding, which entails significant challenges for most mothers in neonatal units. As an objective: To explore and describe the maternal experiences during breastfeeding of the hospitalized premature child through the bibliographic analysis of qualitative research published between the years 2000 to 2021. Like a methodology was a systematic review of the literature was carried out through the search in databases Pubmed, Scielo and Dialnet and from the reference of articles consulted in combination of the descriptors: Lactation, prematurity, maternal experiences. The inclusion criteria were qualitative original articles, with free access to full text, related to the subject of this research. Results: 11 articles were selected, and their findings were organized into two thematic units: experiences with expressing colostrum/milk and breastfeeding. Various maternal experiences with conflicting emotions were identified from the start of expressing colostrum/milk to the achievement of breastfeeding the premature child. As conclusions: The maternal experiences are presented with positive emotions of joy, pleasure and hope generated by the approach and bonding with the child and the negative ones with emotions of sadness, fear, pain, and frustration associated with stress in the face of difficulties that assume it as a challenge in a context of hospitalization, which deserve accompaniment and support from health personnel, under the approach of the paradigm of humanized nursing care.

Key words: Lactation, prematurity, maternal experiences.

Recibido: 19 / 04 /2022
Aprobado: 24 /06 /2022
En línea:

¹ Magister en salud de la mujer, niño y adolescente. Universidad Nacional de Trujillo. Perú.
Enfermera Hospital Regional "Eleazar Guzmán Barrón". Servicio de Neonatología. Chimbote. Perú.

1. Introducción.

La lactancia materna es una de las estrategias reconocidas a nivel mundial que contribuye a disminuir la morbilidad neonatal, por ello la Organización Panamericana de la Salud (OPS) sustenta que, si prácticamente todos los niños fueran amamantados, cada año se salvarían unas 820,000 vidas infantiles. A nivel mundial, solo un 40% de los lactantes menores de seis meses reciben leche materna como alimentación exclusiva (1-3).

Para los recién nacidos prematuros la leche materna ofrece beneficios adicionales, con menor incidencia y gravedad de enterocolitis necrotizante, sepsis y retinopatía, aumento del rendimiento neuropsicológico, fortalecimiento del vínculo madre-hijo, menor duración de estancia hospitalaria y menor incidencia de reingresos, entre otros (3).

A pesar de los múltiples beneficios documentados de alimentar con leche humana, los recién nacidos prematuros, son más propensos a no acceder a sus beneficios al no iniciar precozmente la lactancia o realizarlo durante un corto tiempo sin llegar a completar los tiempos estimados y por tanto reducir su acceso a los beneficios de la leche materna (4-6).

Así mismo, cuando la lactancia materna (LM) se puede establecer en los recién nacidos prematuros hospitalizados, muchos de ellos se destetan en un momento inoportuno, dentro de las primeras semanas después del alta, con tasas decrecientes de lactancia materna exclusiva (LME) que oscilan entre el 25% y el 7,5% en el primer mes posterior al alta, tasas que revelan la falta de intervenciones para

apoyar a las madres en el mantenimiento de la lactancia (5); evidenciando tasas más bajas que las recomendadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS), que considera una situación "buena" o "muy buena" del 50 % al 89% y del 90% al 100%, respectivamente, en los niños menores de seis meses cuando realizan LME, independientemente de la edad gestacional (5,7).

Las madres de los recién nacidos prematuros necesitan ser alentadas y apoyadas para que proporcionen su propia leche. Sin embargo, las madres y sus hijos pueden enfrentar desafíos de lactancia extraordinariamente complicados tras un parto inesperado en que inicia un camino lleno de incertidumbres aunado a las características propias de la inmadurez y/o estado de salud del recién nacido prematuro, al no poder alimentarse directamente del pecho (8,9). En estas circunstancias, las experiencias maternas sobre la lactancia son inherentemente diferentes a la de las madres de recién nacidos a término saludables, que generan momentos de preocupación emocional y cognitiva en su intento de convertirse en madres "reales" para sus hijos hospitalizados (10,11).

Este proceso para muchas mujeres es una experiencia única que genera expectativas, dudas y aprensiones. Se sienten incómodas al lidiar con sus hijos pequeños y delicados que pueden concluir erróneamente que no pueden amamantarlos. El estado emocional de la madre, la información y el deseo de no amamantar pueden interferir en el éxito de la lactancia (12); situación que requiere de la asesoría y apoyo constante del personal de salud para asegurar el inicio, mantenimiento y continuidad de la lactancia materna.

El objetivo del presente estudio es explorar y describir las experiencias maternas durante la lactancia a su hijo prematuro hospitalizado, que permitan direccionar estrategias de apoyo y promoción de la lactancia a las madres de acuerdo a sus necesidades vividas en el contexto de las unidades neonatales y a su vez enriquecer la práctica del cuidado humanizado de enfermería al considerar a la madre como un ser no sólo biológico proveedora de leche materna, sino como un sujeto biopsicosocial en interacción con su hijo prematuro durante la lactancia.

2. Métodos

Se realizó una revisión sistemática de la literatura durante el mes de agosto 2021 para obtener información necesaria sobre el tema en estudio. Se consideró artículos originales, de investigaciones cualitativas, con acceso abierto a texto completo, en idioma inglés, español y

portugués, publicados durante los años 2000 al 2021. Las bases de datos utilizadas fueron Pubmed, Scielo y Dialnet y referencias de los artículos consultados. Se utilizó como estrategia de búsqueda los descriptores: lactancia, prematuridad, experiencias maternas, conjugados con los operadores booleanos AND y OR. El criterio de inclusión fue seleccionar estudios que presentaban temática apropiada según el objetivo de esta investigación. Se excluyeron, estudios con textos no estaban disponibles en su versión completa, además de eliminar aquellos con temática no compatible con los objetivos de este trabajo. El análisis, la revisión y la selección de las publicaciones fueron realizadas a partir de la lectura del título y/o el resumen de las publicaciones. Con el fin de obtener una mejor comprensión de los resultados y discusión, los hallazgos fueron organizados en dos unidades temáticas.



Figura 1. Estrategia de búsqueda de artículos cualitativos sobre experiencias maternas en lactancia materna con hijo prematuro hospitalizado, publicados entre 2000-2021.

Fuente: elaboración propia

3. Resultados

La búsqueda sistemática de la bibliografía arrojó 220 artículos, 11 de los cuales se incluyeron en esta revisión. Los 11 artículos analizados reportan diversas experiencias maternas durante la lactancia con sus hijos prematuros, que en el presente trabajo fueron organizados por dos ejes temáticos: la extracción láctea y el amamantamiento.

Experiencias maternas de la extracción de calostro y/o leche: Madiba (13) reporta que las madres consideran que la extracción es difícil, dolorosa, estresante, generando sentimientos de frustración y que pueden llegar a perder el interés de extraer la leche, a través de los siguientes hallazgos:

“Luché mucho. Extraía y no saldría nada. Me pondría rojo. Incluso ahora tengo marcas negras. Me ayudaron mucho. Ahora esta taza se llena”; “Al principio, extraerse la leche materna no era agradable porque no salía nada. Fue una lástima. Extraía alrededor de 2 ml, pero ahora puedo extraerme”; “Extraerse es doloroso. Cuando me estoy extrayendo sale un poco de leche y sale muy lentamente. Incluso mis pezones me duelen, el interior de mis senos duele y algunas áreas de mis senos se endurecen”.

La extracción de la leche es una lucha, un camino difícil que lo asocian con el dolor de las mamas, del pezón y el volumen escaso de leche, una experiencia desagradable, de preocupación, de estrés, como lo reafirma otras madres en los siguientes hallazgos:

“La leche era problemática y no quería salir debido al estrés. Muchos

de nosotros estábamos estresados por los bebés pequeños que tuvimos, y una vez que empiezas a estar estresado, la leche no sale. Entonces fue difícil para todos nosotros”.

Generando sentimientos de frustración entre las madres. *“Extraerse no es bueno... Te lastimas extrayendo. Me duele el pecho. Prefiero amamantar. Sinceramente, no me gusta... No me interesa extraerme”.*

Reportes que evidencian que las dificultades en la extracción de leche y sus resultados en el volumen afectan psicológicamente a la madre por el estrés generado, como lo corroborado por Yang (14):

“... un ataque de nervios y otro como ... incómodo [como] la areola estaba herida y dolorida.... cansada por la noche. No importa qué tan tarde en la noche, siempre y cuando suena el despertador, tengo que sentarme para extraer la leche... [necesita] perseverancia”.

Mörelis (15) refiere que las madres sintieron que la extracción de leche era aterradora y era lo único que podían hacer por su bebé, como una obligación, para su

alimentación que a la larga se vuelve aburrido, una rutina, algo natural, expresado de la siguiente manera:

“Pero bueno, fue un poco así, es increíblemente aburrido y difícil seguir haciéndolo [extraer leche], pero al mismo tiempo tenía esta pequeña sensación de que era lo único que podía hacer por mi bebé...”

“Pero a veces sentí que era un superhumano por haberlo logrado todo, especialmente al

principio, pero solo tienes que hacerlo, así que lo haces". "Pero bueno, se volvió natural, era la forma en que podíamos alimentarlo, no se sentía tan aterrador, era más que esta era la forma en que podíamos alimentarlo".

Las madres se van adaptando a la extracción láctea desde una práctica obligada difícil, aburrida hasta verlo como algo natural, que los mantiene vinculada a sus hijos haciéndolas sentir como un superhumano por el esfuerzo y perseverancia realizada; que es afirmado por Hurst, Engbretson y Mahoney (16) que revelan que las madres hacen tremendo esfuerzo, un "compromiso que tiene que hacer" para mantener una rutina de bombeo durante un período prolongado de tiempo, y admitieron que no se sentían madres enfrentando la realidad de ser una "madre interrumpida", en el que la bomba o extractor puede parecerles una extensión de su cuerpo o viceversa:

"Eso ¿Los senos comienzan a subir y la leche sale, eso me deja pensar que soy una madre? Miro la bomba, pero sé que no es mi bebé, pero creo que es por Mi bebé."... "Cómo estás tratando de amar a tu hijo, aunque estás conectado a una máquina... es bastante difícil de describir".

El uso de un extractor artificial es valorado como un objeto que los une al hijo, frente a su realidad del no amamantamiento y separación física madre-hijo. En este sentido otras madres consideran que extraer la leche era la única forma de acercarse y ayudar a recuperar a sus hijos:

"Los bebés prematuros son más frágiles que los bebés nacidos a término. Lo único que pueden

hacer las madres es extraerles más leche."; observación que fue respaldada por otra que admitió, "Cuando me di cuenta de que mi leche podía ayudarlo a recuperarse antes, me sentí mejor. "

Así mismo, Rossman (17) refiere que las madres valoran la extracción láctea y se sienten conectadas con el hijo como productoras de leche:

"Entonces, bombear lo es todo para mí. Cada 3 horas tengo que extraerme la leche. No me importa lo que esté haciendo, tengo que bombear por él"; admitían también que estaban dando a sus bebés "cariño", "cercanía"; "creo que la leche materna, soy yo. Me siento conectada porque mi leche materna es parte de mí. Quiero decir, estoy haciendo esta leche".

La conexión con el hijo lo relacionan no solo con la leche como producto biológico de producción y extracción de sus cuerpos, si no como un nexo psicológico de afecto, cariño, que dejan de hacer otras cosas para lograr el fluido lácteo.

Por otro lado, Palmquist, Holdren y Fair (9) reportan que las madres a menudo describieron la presión que se ejercían sobre sí mismas para producir leche y poder sentirse parte del cuidado de su bebé:

"No pude abrazarlo hasta que tuvo casi una semana. Entonces eso realmente – me empujó a sentir que lo único que podía hacer era bombear por él"; "Aquí estaba este oro líquido que podría estar dándole a mi bebé, ya sabes luchando por su vida, y no puedo hacerlo".

Experiencias maternas durante el amamantamiento:

Madiba S (13) reporta que las madres que habían iniciado la lactancia materna estaban muy motivadas para amamantar a sus bebés prematuros y la describen como una experiencia de vinculación positiva de la que obtenían placer a pesar de continuar inicialmente con la sonda orogástrica:

“Estoy feliz de que esté amamantando ahora, ese tubo me estresó, era como si le hiciera daño a mi bebé, no me gustó...”

Otras madres presentaban dificultades generándoles estrés:

“El tubo me asustó, pero cuando se suponía que debía comenzar a amamantarla, mi pecho estaba plano. No tenía pezones. Primero tenía que tomar una jeringa y sacarlas antes de que pudiera succionar. Cuando quise llevárselo a la boca, ella tampoco quiso chupar...”

“Por mi parte, es un poco difícil porque hoy comencé a darle el pecho. Cuando le di el pecho esta mañana, no quiso prenderse. Entonces, es por eso que volvieron a poner el tubo...”

“Fue estresante amamantarlo porque su boca es pequeña y el pezón es grande. Tienes que seguir forzando las cosas para que al menos pueda chupar un poco. No es como un bebé a término”.

El contacto madre hijo en el amamantamiento, genera sentimiento positivo de felicidad, sin embargo la sonda orogástrica, las características del pezón materno, la boca pequeña del hijo y sus respuestas para la lactancia, les genera nuevamente un camino

difícil para una lactancia eficaz como el de un recién nacido a término; como lo confirmado por Serra y Scochi (18) que en su estudio reportan que el proceso inicial de lactancia presenta dificultades por la sonda y el cuerpo pequeño del hijo, a través de las siguientes expresiones maternas:

“(...) el primero (Elías) no quiso hacerla muy bien (...) es por causa de la sonda, cierto...”

“(...) son muy delicados, pequeños, verdad, son tan pequeños que me da pavor sostenerlo (...)”.

Gallegos-Martínez y Reyes-Hernández (19) afirman también que las madres focalizan su atención en la corporalidad del hijo:

“Nada más estamos esperando que suba más para que ya me lo den de alta...ahorita ya está menos frágil que al principio porque hasta miedo me daba de tocarla de lo pequeñita que estaba y bien flaquita...al inicio era muy triste, porque yo la veía muy pequeñita...”

La corporalidad del hijo y sus respuestas les genera sentimientos de miedo, tristeza, aunado a las respuestas lentas del hijo y el uso de sonda a la vez, como lo reportado por Silva y Da Silva (20):

“[...] A veces ni siquiera amamantaba, y yo estaba súper triste porque se lo ofrecía, lo ofrecía, no tenía estímulo, no podía, y tampoco salía mucha leche.

Entonces... Tuve un poco de dificultad, y él tuvo un poco de dificultad porque estaba usando la sonda, no tenía hambre, así que, si no tenía hambre, no tenía estímulo para chupar. [...]” “Porque nació prematuro,

tiene más dificultad para jalar, succionar, mamar mucho más lentamente, tiene más sueño, es más perezoso, tarda más, es más cansado”.

Lomotey (21) sostiene en su estudio que las madres aprecian el proceso de amamantamiento porque promueve la interacción madre-bebé. Describen como:

“Me gusta más la sensación de que mi bebé succiona más que cuando le da leche extraída porque me hace sentir que realmente he dado a luz...juego con mi bebé y le canto cuando le doy el pecho”.

La madre experimenta bienestar durante la succión, que le hace sentir madre del hijo nacido, motivándole al juego y canto al hijo como expresión de su rol materno. Sin embargo, en este mismo estudio, otras madres identificaron dificultades relacionadas con las respuestas iniciales del hijo (despertarlo, duerme mucho, no succión efectiva) que van en simultáneo aún con molestias maternas de las mamas y la extracción de leche:

“así que siempre tengo que asegurarme de que se despierten para amamantar, de lo contrario simplemente estarán durmiendo ...me alegra amamantar, aunque me duele porque mis senos están hinchados”.

“Ojalá hubiera crecido lo suficiente para chupar mejor, sería más feliz”; “Extraer la leche materna es doloroso y me duele la cabeza cuando lo hago”.

Por otro lado, Amando (7) refiere que el solo poder sostenerlos en su regazo para amamantarlos después de un período considerable y crítico, permite que las madres

expresan sentimientos de alegría, felicidad y satisfacción:

“Cuando lo tomé después de que se puso mejor y lo puse en mi pecho, gente, ¡es muy gratificante! ¡Es maravilloso! Y siempre lo será. Estaba muy feliz [...]”.

“Lo tomé para amamantar, pude sentir una gran emoción, alegría, ¡Aaah! e incluso hoy estoy muy feliz”.

Iniciar el contacto madre-hijo con el amamantamiento y cargar al hijo favorece un encuentro emocionalmente positivo, importante para el bienestar materno.

Mörelus (15) reporta que las madres durante esta etapa describen experiencias gratificantes como:

“La primera vez que traté de darle el pecho fue en la semana 30 y era muy, muy pequeño... succionó un par de veces y fue fantástico ver que sabía exactamente qué hacer”.

Sin embargo, otras madres expresan que el hijo no tenía la fuerza suficiente para la

succión y que influye en la producción de leche generando nuevas frustraciones, a través del siguiente testimonio:

“Ella iba a comenzar [a amamantar], ya sabes, tal vez, y todo hubiera sido mucho mejor, ella comenzaría a succionar y yo comenzaría a producir leche nuevamente, pero ella no tenía la energía, estaba muy poco, por lo que no logró succionar y eso fue todo, eso fue solo un dolor más que uno tenía que atravesar”.

La relación madre hijo a través de la succión es una experiencia gratificante pero también generadora de frustración sobre todo si la succión es inadecuada, como un indicativo de atravesar nuevos retos para la madre.

Pereira (22) sostiene que las madres expresan preocupación con el volumen de leche:

“Y, también, del período en que no amamantaba [...]. Tal vez si hubiera amamantado desde el primer día, desde el día que nació, habría tenido suficiente leche para él, pero desde que estuve más de dos meses sin lactancia [...]”.

Otras expresan preocupación por el peso:

“En la enfermería los ponen [en el pecho mamar], pero dijeron que no podía mamar mucho, para no adelgazar [...]. Dijeron: “Ponla en tu pecho por un rato”. Luego tuvo que mamar un rato; si amamantara mucho, bajaría de peso”.

Las preocupaciones maternas se mantienen durante la etapa del amamantamiento, centrándose no solo en el cuerpo materno para la extracción y producción láctea, sino también en el cuerpo del hijo (tamaño y peso) y sus respuestas para el logro de una lactancia eficaz.

4. Discusión

El propósito de la presente revisión sistemática fue identificar y describir la experiencia materna durante la lactancia con hijo prematuro en el contexto de las unidades neonatales.

Las madres experimentan dos momentos importantes en el proceso de la lactancia con sus hijos prematuros: La extracción y el

amamantamiento, surgiendo experiencias contradictorias a la vez de los momentos vividos.

La extracción del calostro y/ o leche:

Las experiencias maternas están centradas en la extracción del calostro y/o leche, al no poder iniciar el amamantamiento directo con sus hijos. Según los estudios analizados las madres reportan experiencias paradójicas superpuestas que generan: sentimientos de conexión y separación de su bebé, con una visión metafórica del extractor de leche como un vínculo y al mismo tiempo, como una brecha entre ellas y sus bebés (23).

La extracción del calostro y/o de la leche es una práctica que se les estimula a las madres a realizar mediante bomba de vacío intermitente gradual o mediante extracción manual para administrar a sus hijos prematuros en forma precoz y progresiva por ser el alimento mejor tolerado al facilitar la absorción y digestión de nutrientes (24). Inicialmente su recolección puede ser un desafío debido al pequeño volumen producido y porque los extractores de leche no están diseñados para la recolección práctica (25), al que se van adaptando las madres progresivamente en un vaivén de emociones superpuestas y contradictorias hasta considerar como natural, rutina y/o aburrido.

Los resultados de los estudios analizados muestran que la práctica de extracción de calostro/ leche, generan emociones negativas (tristeza, miedo, frustración) y consideran como un desafío que influye en la salud física (por ser agotador, doloroso, esfuerzo, lesiones en la mama) y emocional de la madre (estrés, preocupación), sobre todo cuando no logran extraer el volumen indicado, o es en poca

cantidad. Emociones que se suman al fracaso de tener un recién nacido prematuro, alteración de apego de madre –hijo, temor a la muerte, temor a su cuidado y protección y resignarse que otras personas cuiden de él durante este periodo (26). Situación que pone en riesgo la salud biopsicosocial de la madre, que muchas veces el personal de salud no tiene en cuenta, al centrarse solo en el cuerpo materno, mamas, volumen de leche con una visión reduccionista del cuidado materno.

Por otro lado, reportan experiencias que generan emociones positivas relacionadas con la vinculación, considerando al extractor y la acción de extraerse como un nexo, que les da la oportunidad de acercamiento con sus hijos, en un contexto de hospitalización tras un parto inesperado. El desafío es asumido por su rol de madres y compromiso con su hijo para su alimentación y su salud por lo que es necesario superar las barreras físicas y emocionales. Consideran que es un mal necesario que deberían de soportar, por ser lo único que pueden hacer por su hijo, para ser alimentado a través de la sonda oro gástrica, práctica alimentaria totalmente diferente de lo que imaginaban durante el embarazo (12, 15).

La extracción de leche no es necesariamente un proceso intuitivo para las madres, tanto en términos de técnica como de experiencia materna; pues se necesita un asesoramiento y un seguimiento adecuados para ayudar a garantizar que el enfoque de extracción de leche de cada madre conduzca a los objetivos previstos (27); es posible que estos recién nacidos no puedan amamantar durante varias semanas, siendo alimentados por sonda orogástrica, una etapa transitoria de

alimentación, que retrasa el reflejo de succión y aprendizaje hacia una lactancia eficaz, por lo que es necesario asegurar un volumen suficiente de leche a través del ordeño de acuerdo a las necesidades del hijo.

El ordeño de la leche materna para el binomio madre hijo favorece el vínculo, las madres se sienten satisfechas con alimentarlos, pudiendo darles algo que es suyo, haciéndoles tener la impresión de estar cerca de una situación normal, que les da la oportunidad de sentirse menos excluidas del proceso del cuidado del hijo y menos inseguras (18), evento que permite contrapesar las experiencias negativas de dolor, estrés y agotamiento, a favor de la salud psicológica materna, al sentirse conectadas emocionalmente con el hijo y afianzar su sentir como madres.

De allí la necesidad de favorecer experiencias positivas maternas de la extracción desde la fase calostrada como una motivación para que las madres continúen amamantando a largo plazo, superando las dificultades que pueden representar una barrera psicológica significativa (25); siendo necesario la participación de la enfermera como agente activo de acompañamiento y apoyo.

El amamantamiento:

Durante esta etapa la lactancia materna es considerada como gratificante y desafiante a la vez (21), en el que madre e hijo se insertan progresivamente en la competencia del amamantamiento durante los días de internamiento hasta el alta hospitalaria (7).

El inicio de la alimentación oral es complejo para el recién nacido prematuro, porque tiene

que integrar y coordinar múltiples sistemas, y se considera como la competencia final que necesita alcanzar antes de ser dado de alta. Para ello es necesario tenga una adecuada coordinación de la succión, deglución y respiración que le permita ingerir el volumen de leche prescrito dentro de un tiempo determinado y mantener un aumento sostenido de ganancia de peso por día (28).

Cuando inician la lactancia materna directa, los recién nacidos prematuros pueden tener un patrón arrítmico con escasa presión en la succión transfiriendo poco volumen de leche con cada succión, complementándoles alternadamente por sonda orogástrica (SOG) y /o vasito, por lo que las madres continúan extrayéndose su leche, afrontando durante este proceso de transición nuevas dificultades hasta el logro de una succión madura y segura del hijo prematuro (29).

Los estudios analizados reportan que algunas madres se encuentran motivadas para amamantar a sus bebés prematuros y la describen como una experiencia de vinculación positiva de la que obtienen placer (13, 30) surgiendo emociones de alegría, felicidad y satisfacción (juegan, cantan a su bebé); fortaleciendo así el vínculo afectivo madre-hijo y la sensación de sentirse parte del cuidado del hijo. La provisión de leche también simboliza la continuación de la conexión biológica única entre la madre y su bebé que comenzó durante el embarazo (17, 31). El contacto piel a piel y el sostener al hijo durante el amamantamiento brinda la oportunidad a las madres de acercarse, conectarse y vincularse mejor con sus bebés como un acto regulador emocional y de fortalecimiento de su rol materno.

Por otro lado, las madres presentan también dificultades generándoles estrés cuando el prematuro no puede succionar el pecho inicialmente, asociado con la alimentación por sonda y el inicio tardío del amamantamiento, al que consideran como difícil que muchas veces les puede generar cierto desinterés por el proceso de lactancia (22).

Consideran que el amamantamiento no es tan simple como esperaban y a menudo agotador y cargado de restricciones que representa un nuevo desafío para las madres, asociados con la fragilidad del prematuro por ser pequeño con respuestas lentas (duerme mucho, es perezoso, mama lento), su capacidad para la succión (por tamaño del pezón materno y boca pequeña del hijo y /o falta de fuerza) y la capacidad para producir el volumen de leche, que va influir en el aumento del peso, surgiendo emociones negativas como la tristeza, el miedo, aumentado por el estrés (13, 18, 32), evidenciando que las respuestas asincrónicas menos responsivas del hijo afecta el bienestar materno.

Sin embargo, estos factores no les impidieron amamantar porque ven a la lactancia materna como una meta importante para el desarrollo del hijo que les permite mantenerse en contacto con él (13), y una oportunidad para su participación activa en el cuidado del hijo, asumiendo con perseverancia a pesar de las dificultades.

Durante la etapa del amamantamiento las experiencias maternas vividas se amplían al interactuar con el hijo de manera directa desde su ser biológico y psicológico como madres productoras de leche, hacia el cuidado,

cuerpo, respuestas y comportamientos del hijo, en una conexión biopsicosocial para el logro de una lactancia eficaz, en una realidad diferente del hijo idealizado a término, situación que implica un nuevo reto para la enfermera en el acompañamiento y apoyo al binomio madre-hijo en los servicios de hospitalización neonatales.

5. Conclusiones

Se revisaron sistemáticamente estudios que identificaron que las madres con hijo prematuro durante el proceso de la lactancia presentan diversas experiencias con emociones contradictorias desde la extracción precoz del calostro y /o leche y luego con el amamantamiento frente a diversas dificultades que se presentan por las características propias de inmadurez del recién nacido prematuro y/o estado de salud al ser albergados en las unidades neonatales.

Las experiencias maternas evidencian emociones positivas de alegría, placer y esperanza como resultado de una conexión biológica y psicológica madre hijo y las negativas se asocian al estrés frente a las dificultades que les genera la extracción y/o volumen del calostro/leche, la succión inmadura del hijo, su tamaño, falta de aumento del peso, presentando: tristeza, miedo, dolor, frustración que lo asumen como un desafío, en un contexto de hospitalización que amerita el acompañamiento y apoyo del personal de salud, facilitando a las madres el proceso de afrontamiento y adaptación a la práctica de la lactancia, como ser integral biopsicosocial en interrelación con su hijo prematuro, bajo el enfoque del paradigma del cuidado humanizado de enfermería.

6. Referencias

1. Instituto Nacional de Estadística. Indicadores de Resultados de Programas Presupuestales 2014-2019. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar. 2019.
2. Medina-López R. Prevalencia de la lactancia materna en el recién nacido prematuro y su relación con una intervención enfermera [Tesis para optar el grado de doctor]. España: Universidad de Málaga [Internet]. 2017. Disponible en: <https://hdl.handle.net/10630/16227>
3. Organización Mundial de la Salud. (OMS) Nacimientos prematuros [Internet]. 2018 [citado el 24 setiembre 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>
4. Berrani H, Mdaghri A, Kasouati J, Alaoui K, Thimou A. Breastfeeding preterm infants at 6 months in Morocco: Prevalence and associated factors. Arch Pediatr [Internet]. 2015 [citado el 21 de setiembre 2020]; 22(2):141–5. Disponible en: <https://europepmc.org/article/med/25555645>
5. Lima A, Castral TC, Leal LP, Javorski M, Sette GCS, Scochi CGS, et al. Aleitamento materno exclusivo de prematuros e motivos para sua interrupção no primeiro mês pós-alta hospitalar. Rev Gauch Enferm [Internet]. 2019 [citado el 21 de setiembre 2020];40: e20180406. Disponible en: www.seer.ufrgs.br/revistagauchadeenfermagem
6. Brod FR, Rocha DLB, dos Santos RP. Saberes e práticas de mães de recém-nascidos prematuros perante a manutenção do aleitamento materno. Rev Pesqui Cuid é Fundam Onlin out/dez [Internet]. 2016;

- [citado el 28 de setiembre 2020]; 8(4):5108–13. Disponible en: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/2063/pdf_720
7. Amando AR, Tavares AK, De Oliveira AKP, Fernandes F, Sena CRS, Melo RA. Percepção De Mães Sobre O Processo De Amamentação De Recém-Nascidos Prematuros Na Unidade Neonatal. Rev Baiana Enfermagem; 2016. 30(4):1–11.
 8. Capitán L. Experiencia de lactancia materna de padres y madres de prematuros durante la hospitalización en una unidad de cuidados intensivos y medios neonatales [Tesis para optar maestría]. Universitat Les Illes Balear [Internet]. 2019 [citado 10 setiembre 2020]. Disponible en: <http://dspace.uib.es/xmlui/handle/11201/151864>
 9. Palmquist AEL, Holdren SM, Fair CD. “It was all taken away”: Lactation, embodiment, and resistance among mothers caring for their very-low-birth-weight infants in the neonatal intensive care unit. Soc Sci Med [Internet]. 2020 [citado el 10 de setiembre 2020]; 244. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2019.112648>
 10. Sweet L. Expressed breast milk as “connection” and its influence on the construction of “motherhood” for mothers of preterm infants: A qualitative study. Int Breastfeed J. 2008;3 (1):30.
 11. Ikonen R, Paavilainen E, Kaunonen M. Preterm Infants’ Mothers’ Experiences with Milk Expression and Breastfeeding: An Integrative Review. Adv Neonatal Care [Internet]. 2015 [citado el 20 de setiembre 2020];15(6):394–406. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26536173/>
 12. Gorgulho F, Pacheco ST de A. Amamentação de prematuras em uma unidade neonatal: a vivência materna. Esc Anna Nery. 2008;12(1):19–24.
 13. Madiba S. Tube Feeding Practices and Transition to Breastfeeding Experiences of Mothers of Preterm Infants at a Kangaroo Mother Care Unit of a Tertiary Hospital in South Africa. Glob Pediatr Heal [Internet]. 2021 [citado el 17 de agosto 2021]; 8: 2333794X2110370. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34377747/>
 14. Yang Y, Brandon D, Lu H, Cong X. Breastfeeding experiences and perspectives on support among Chinese mothers separated from their hospitalized preterm infants: A qualitative study. Journal. BioMed Central Ltd [Internet].2019 [citado el 22 de setiembre 2021];14, p. 45. Disponible en: <https://internationalbreastfeedingjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13006-019-0242-9>
 15. Mörelius E, Kling K, Haraldsson E, Alehagen S. You can’t flight, you need to fight—A qualitative study of mothers’ experiences of feeding extremely preterm infants. J Clin Nurs [Internet]. 2020 [citado el 15 de agosto 2021] Jul 13;29 (13–14):2420–8. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jocn.15254>
 16. Hurst N, Engebretson J, Mahoney JS. Providing mother’s own milk in the context of the NICU: A paradoxical experience. J Hum Lact [Internet]. 2013 [citado el 13 setiembre

- 2020]; 29(3):366–73. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23635469/>
17. Rossman B, Kratovil AL, Greene MM, Engstrom JL, Meier PP. “I Have Faith in My Milk”: The Meaning of Milk for Mothers of Very Low Birth Weight Infants Hospitalized in the Neonatal Intensive Care Unit. Downloaded from J Hum Lact [Internet]. 2013[citado el 10 de agosto 2021]; 29(3):359–65. Disponible en: <http://jhl.sagepub.com/http://jhl.sagepub.com/content/29/3/359http://www.sagepublications.comhttp://jhl.sagepub.com/cgi/alertsEmailAlerts:http://jhl.sagepub.com>
18. Serra SOA, Scochi CGS. Dificuldades maternas no processo de aleitamento materno de prematuras em uma UTI neonatal. Rev Lat Am Enfermagem. 2004;12(4):597–605.
19. Gallegos-Martínez J, Reyes-Hernández J. Representaciones maternas sobre salud y lactancia del hijo prematuro en hospitales con y sin certificación de Hospital Amigo del Niño y de la Madre. Acta Pediatr Mex [Internet]. 2018 [citado el 17 de agosto 2021];39(2):99–108. Disponible en: www.actapediatrica.org.mx
20. Silva RV da, Silva IA. A vivência de mães de recém-nascidos prematuros no processo de lactação e amamentação. Esc Anna Nery. 2009;13(1):108–15.
21. Lomotey AY, Bam V, Dijj AK, Asante E, Asante HB, Osei J. Experiences of mothers with preterm babies at a mother and Baby Unit of a tertiary hospital: A descriptive phenomenological study. Nurs Open [Internet]. 2020 [citado el 11 setiembre 2020]; 7(1):150–9. Disponible en: <https://www.mendeley.com/reference-manager/reader/dfbe1f46-98a0-3c38-bfde-74e39cb91e59/48190a18-e946-59bb-53bc-a0d53366b1bd>
22. Pereira LB, Abrão ACFD V, Ohara CVDS, y Ribeiro CA. Vivências maternas frente às peculiaridades da prematuridade que dificultam a amamentação. Texto Context [Internet]. 2015 [citado el 17 de febrero 2021]; 24(1):55–63. Disponible en: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072015000100055&script=sci_arttext&lng=pt
23. Hurst N, Engebretson J, Mahoney JS. Providing mother’s own milk in the context of the NICU: A paradoxical experience. J Hum Lact. 2013; 29(3):366–73.
24. Baquero H, Velandia L. Nutrición del prematuro. Soc Colomb Pediatría [Internet]. 2008 [citado el 15 de febrero 2021]; 9(4). Disponible en: https://issuu.com/precopscp/docs/precop_9-4-c
25. Kristensen-Cabreraid AI, Shermanid JP, Leeid HC. A prospective clinical study of Primo-Lacto: A closed system for colostrum collection. 2018. Disponible en: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0206854.g001>
26. Wormalda F, Tapia JL, Torres G. Estrés en padres de recién nacidos prematuros de muy bajo peso hospitalizados en unidades de cuidados intensivos neonatales. Estudio multicéntrico. Arch Argent Pediatr. 2015 ;113(04).
27. Serra SOA, Scochi CGS. Las dificultades maternas en el proceso de amamantamiento materno de prematuros en una UTI neonato.

Rev Lat Am Enfermagem [Internet]. 2004 [citado el 18 de agosto 2021];12(4):597–605. Disponible en: <https://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/1917>

28. Villamizar B, Vargas C, Díaz LA. The progress oral feeding in the premature infant. Rev la Univ Ind Santander. 2010;262–70.
29. 29.Ministerio de Salud Argentina. Nutrición del niño prematuro. 2015.
30. Van EA, Gerber B. Vulnerable mothers' experience of feeding their preterm infant in neonatal care. South African J Commun Disord. 2021;68(1):1–9.
31. Mira A, Bastías R. Interacciones entre las madres y sus bebés prematuros durante el período de hospitalización. Cad Bras Ter Ocup. 2020;28(3):875–89.
32. Lau C. Breastfeeding Challenges and the Preterm Mother-Infant Dyad: A Conceptual Model. Breastfeeding Medicine. 2018. 13: p. 8–17.

EL USO DE PLANTAS MEDICINALES EN MUJERES EMBARAZADAS DURANTE EL TRABAJO DE PARTO

THE USE OF MEDICINAL PLANTS IN PREGNANT WOMEN DURING LABOR

Freire-Hidalgo Grace¹ y Ramírez- López Diego²

Resumen

Según la Organización Mundial de la Salud, cerca del 80% de la población de países en vías de desarrollo usan la medicina tradicional herbolaria, su fin es aliviar síntomas como náuseas y vómitos durante el embarazo, consiguiendo estimular y facilitar la actividad uterina durante el trabajo de parto; esta labor es realizada en las comunidades por las parteras siendo por tal motivo incluidas en actividades formativas y prácticas que el órgano rector de salud actualmente planifica. El presente tiene como objetivo analizar el uso de plantas medicinales en mujeres embarazadas durante el trabajo de parto en la Parroquia Tárqui. En cuanto a la metodología se realizó un estudio observacional, descriptivo, cualitativo y fenomenológico que relaciona aspectos subjetivos, objetivos y hermenéuticos desarrollado en 4 fases utilizando a la entrevista semiestructurada, la encuesta de preguntas abiertas, cerradas y la observación; el estudio es de corte transversal utilizando el software estadístico SPSS para procesar los datos. Con respecto a los resultados, durante el estudio se encontró una relación estadísticamente significativa entre las plantas medicinales, vía de administración y frecuencia de administración, hubo significancia estadística entre las complicaciones o efectos adversos, con el trabajo de parto. Como conclusiones, se tiene que las plantas utilizadas con mayor frecuencia fueron la hoja de jibara, cogollo de camote y hoja de achiote, la vía de administración más usada es en forma de infusiones, macerados y como baños calientes, las infusiones son administradas en dosis únicas, entre los efectos evidenciados por dos parteras están las náuseas y vómitos y los conocimientos impartidos los adquirieron por familiares.

Palabras clave: Plantas medicinales, infusiones, trabajo de parto, parteras, embarazadas.

Abstract

According to the World Health Organization, about 80% of the population in developing countries use traditional herbal medicine, its purpose is to relieve symptoms such as nausea and vomiting during pregnancy, managing to stimulate and facilitate uterine activity during labor. Of childbirth, this work is carried out in the communities by midwives, and for this reason they are included in training and practical activities that the health governing body currently plans. As an objective we have the present aims to analyze the use of medicinal plants in pregnant women during labor in the Tárqui Parish. About the methodology are Observational, descriptive, qualitative, and phenomenological study that relates subjective, objective and hermeneutical aspects developed in 4 phases using the semi-structured interview, the survey of open and closed questions and observation; the study is cross-sectional using the statistical software SPSS to process the data. About the results: During the study, a statistically significant relationship was found between medicinal plants, route of administration and frequency of administration, there was statistical significance between complications or adverse effects, with labor. As a conclusion: The plants used most frequently were the jibara leaf, sweet potato bud and achiote leaf, the most used route of administration is in the form of infusions, macerates and as hot baths, the infusions are administered in single doses, among the effects evidenced for two midwives are nausea and vomiting and the knowledge imparted was acquired by relatives.

Keywords: Medicinal plants, infusions, labor, midwives, pregnant women.

Citar como:

Freire-Hidalgo G y Ramírez-López D. El uso de plantas medicinales en mujeres embarazadas durante el trabajo de parto. Rev. Recien. 2022; 11(3)

Correspondencia:

Freire-Hidalgo Grace
gfreire9309@uta.edu.ec
Ramírez-López Diego
di.ramirez@uta.edu.ec

Recibido: 15 /03/2022
Aprobado: 24 /06/2022
En línea:

¹Egresada de la Carrera de Enfermería de la Universidad Técnica de Ambato-Ecuador. Email: gfreire9309@uta.edu.ec. <https://orcid.org/0000-0001-8732-8751>

²Docente de la Carrea de Enfermería de la Universidad Técnica de Ambato-Ecuador. Email: di.ramirez@uta.edu.ec <https://orcid.org/0000-0001-6688-1339>

1. Introducción.

El embarazo es un proceso fisiológico que experimenta la mujer, quien lleva la responsabilidad de perpetuar la especie, por otro lado el parto es considerado como un evento natural importante porque precisa un sin número de cuidados y responsabilidades (1); las formas en las que se realiza su cuidado, desarrollo y posterior atención, es motivo de varias intervenciones y posee una infinidad de actores que dependiendo de su cosmovisión e idiosincrasia dan apoyo y sostén al proceso del parto (2).

Sin duda el embarazo no está exento de complicaciones que conllevan a cuadros clínicos leves o graves, perjudiciales tanto para la madre como para el niño y más aún en lugares en donde no cuentan con servicios de salud gubernamentales ni con profesionales que atiendan sus necesidades (3). Es ahí en donde la medicina ancestral interviene en el control y atención del parto mediante una serie de elementos, tales como la medicina herbaria. A nivel mundial se han identificado alrededor de 50 mil especies, su aceptación va en aumento por su fácil acceso, bajo costo y efectividad, tanto así, que se complementa la medicina farmacológica con la alopatía (4).

Por mucho tiempo la medicina tradicional ha presentado varios avances científicos, enfocados en aliviar, curar, tratar, pero sobre todo prevenir enfermedades, las plantas se utilizan como coadyuvantes terapéuticos desde la antigüedad en pueblos de todo el mundo, entre los métodos

más usados está la fitoterapia, pues el uso de las plantas es considerado vital al momento de tratar enfermedades (5). Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), cerca del 80% de la población de países en vías de desarrollo, usan la medicina tradicional herbolaria con el fin de tratar enfermedades, esta tradición es aceptada principalmente por personas indígenas (6).

En una revisión sistemática realizada en África por Ahmed y cols. sobre las plantas medicinales, se menciona el uso principal de éstas, siendo el alivio de náuseas y vómitos durante el embarazo y la estimulación y facilitación durante el trabajo de parto, su utilización es frecuente, debido a que existe un trabajo entre el personal médico y profesionales tradicionales para promover embarazos seguros (7). Datos similares se encontraron en un estudio de campo realizado en la India en Baramulla, en donde comúnmente se utilizan alrededor de 60 plantas para tratar problemas durante el embarazo y sobre todo preparados para facilitar el trabajo del parto (8).

Tanto en países desarrollados como aquellos en vías de desarrollo, el uso de productos naturales ha aumentado a un ritmo de 10% anualmente (9). En México se usa desde la antigüedad, principalmente por parteras indígenas, tal como se menciona en el estudio realizado por Hernández y cols. en parteras del estado de Querétaro, quienes mencionaron usar como apoyo en el trabajo de parto, para regular el período menstrual y como tratamiento

abortivo, sin embargo, no recomiendan su uso indiscriminado ya que puede implicar serias complicaciones (10).

Perú es un país con gran diversidad en especies medicinales, se usan como infusiones por vía oral o aplicaciones directas sobre el cuerpo para ayudar a estimular las contracciones uterinas, entre las principales está el romero por sus propiedades espasmódicas y sedantes, el anís por su propiedad analgésica, y para ayudar en el alumbramiento se usan la artemisa y culantrillo (9). En un estudio realizado en la Paz, Bolivia, se mencionan datos similares sobre las infusiones calientes para menguar los dolores propios del trabajo de parto, entre las plantas se menciona al orégano y siwinga, ésta última se utiliza para disminuir la hemorragia postparto (11).

Vargas en su investigación titulada prácticas relacionadas con el uso de plantas medicinales en el trabajo de parto y puerperio en el puesto de salud Miramar de la región La Libertad, Perú, concluyó que las gestantes utilizan con gran frecuencia la albahaca, ajo, culantrillo, hinojo y ruda como infusión para aumentar las contracciones, la manzanilla utilizan en duchas vaginales como antiinflamatorio (9), coincide con otros estudios en que esta práctica la realizan por conocimientos transmitidos de generaciones anteriores (12).

En el 2021 Salas y cols. publicaron un estudio realizado en Tarapoto, Perú, sobre

el uso de la medicina tradicional en parturientas atendidas en el hospital de esa localidad, se reportó que el 38,8% usó plantas durante el embarazo, el 23,19 % utilizó en el postparto, siendo el tallo de las plantas la parte más utilizada, entre las cuales se menciona a la manzanilla en un 22%, anís 17%, malva 13% y apio con un 12%, utilizan como espasmódico y antiinflamatorio, lo importante de rescatar es que un 34% presentó algún tipo de complicación, y el 73% terminó en cesárea (13).

En Santiago de Cuba, Fong y Macías realizaron un estudio acerca del uso de la fitoterapia durante el embarazo, concluyendo que aproximadamente el 38% de las gestantes ingieren algún tipo de bebida medicinal, entre las plantas más usadas se menciona a la menta, tilo, verbena, orégano, anís y albahaca (14); varios estudios avalan los efectos abortivos, citotóxicos, y teratogénicos de las plantas mencionadas, por ello recomiendan educar a la comunidad para evitar el uso indiscriminado de hierbas medicinales durante la etapa gestacional y parto (15).

La Asamblea Mundial de la Salud otorgó al año 2020, el título del año internacional de enfermería y partería, dato que resulta interesante debido a que en la actualidad se busca integrar el trabajo cultural realizado por las parteras y el personal de salud con un único objetivo, favorecer el bienestar del binomio madre-hijo (16).

La Asociación de parteras unidas del pacífico definen a la partera como la mujer que, sin tener ningún tipo de formación académica, atiende a mujeres en su proceso de gestación y parto, solamente con base en conocimientos ancestrales (17). En el 2020, Rodríguez llevó a cabo un estudio en siete casos de partería urbana en Bogotá, se menciona al ajo y manzanilla como uso durante la gestación y al aguacate, albahaca, canela, entre otras, para estimular las contracciones, y en el postparto a la cúrcuma, ruda y verbena (18); en este país el Ministerio de Cultura considera a la partera como una persona con saber milenario femenino (19).

En Colombia entre el año 2008 y 2018 se registró un total de 52.813 nacimientos atendidos por parteras, lo que muestra la importancia de esta práctica que, en los últimos años ha decrecido, sin embargo, sigue vigente en toda Latinoamérica, por ello se han establecido políticas que contribuyan en la consecuencia de esta práctica (20). Lo que concuerda con el meta-análisis realizado por Cetina y cols. quienes concluyen que los cuidados en el parto y postparto por la partera ofrecen sostén físico, emocional y espiritual, y facilitan esta etapa mediante bebidas, masajes y cantos para manejar el dolor y generar un ambiente de confianza y tranquilidad (16).

Desde 1988 Ecuador es reconocido por la Constitución como un país multiétnico y pluricultural, a partir de ahí se ha venido impulsando la práctica de la medicina

ancestral en la atención de salud en las comunidades (21), en el área rural se usa de manera empírica, con base en creencias ancestrales y muchas veces con desconocimiento de la acción, riesgos y toxicidad herbolaria; muchos pueblos cuentan con parteras, quienes son consideradas como personal especial por aliviar de manera natural dolores durante el parto (22).

Debido a la alta frecuencia de atención con parteras en nuestra población, el Ministerio de Salud Pública las incluye en actividades formativas y prácticas con la finalidad de prevenir complicaciones durante el trabajo de parto y disminuir la morbilidad y mortalidad materna. La literatura menciona un sin número de plantas medicinales usadas en nuestro medio durante el embarazo y trabajo de parto, que sirven como analgésicos, relajantes y alivian síntomas propios del embarazo como náusea, vómito, etc. (23).

Su utilización se basa en el principio activo que contienen; varios estudios fitoquímicos lo demuestran, sin embargo, muchos están asociados a propiedades mutagénicas y toxicológicas, pese a esto es altamente usado (15), tal como lo revelan los datos reportados por Chávez en un estudio denominado Utilización de hierbas medicinales, y sus efectos en el parto, en el centro de salud número 1 de la ciudad de Latacunga, en donde el 50% de las embarazadas utilizaron infusiones de la planta de higo, el 67% lo hizo al creer que tiene propiedades dilatadoras a nivel del

útero, mientras que el 89% niegan saber los efectos adversos de su uso (24).

Varias comunidades a nivel mundial y en Ecuador consideran al embarazo y parto como una etapa de vida divina, en la cual las parteras o matronas recomiendan beber infusiones medicinales para prevenir complicaciones (25), ésta práctica suele ser la única opción en diversas comunidades que no tiene acceso al servicio de salud pública, en su labor aplican varias costumbres el apego materno-fetal posterior al alumbramiento, mismo que hoy en día se recomienda realizar en los hospitales de nuestro medio con el fin de precautelar las costumbres ancestrales y generar un vínculo entre la madre y el recién nacido (26).

En la parroquia Salasaca, Poaquiza realizó un estudio sobre el uso de plantas medicinales en la labor de parto, investigación conformada por 45 embarazadas y 3 parteras, en donde el 84% de las gestantes reconoció utilizar plantas medicinales combinadas en forma de infusiones, maceradas, en baños, duchas vaginales, etc. entre las cuales se nombra a la manzanilla, semillas de chirimoya, hojas de higo y canela, el 87% recibieron un efecto definitivo (23); datos que coinciden con el estudio realizado por Chalan en Loja, en donde las gestantes manifestaron sentir el efecto de la infusión administrada hasta culminar la segunda etapa del parto (27).

En el centro de salud Materno infantil N°. 2 de Ambato se realizó una investigación

sobre el uso de las hierbas medicinales en el embarazo y su relación con las creencias acerca de los efectos en el parto, Quinatoa menciona que el método más utilizado fueron las infusiones en un 100%, ya sea de manzanilla, menta, toronjil, entre otras, con la finalidad de generar efectos espasmódicos, reducción del dolor y aceleración en el nacimiento (28); creencias que como menciona López en su estudio, son usadas por el 48% de la población ecuatoriana como sustituto a la farmacoterapia, un 73% son transmitidas de generación en generación (29). De los partos realizados en Ecuador durante el 2006 al 2014, el 30% fueron atendidos a domicilio, de las cuales el 65% de las gestantes se consideraron indígenas, en su mayoría atendidas por parteras (30), quienes son conocidas como promotoras de los saberes ancestrales según la Asociación de Parteras Kichwas del Alto Napo (AMUPAKIN), las mismas que, usan plantas, esencias, raíces, etc. para brindar servicios alternativos como complemento al tratamiento habitual (31).

Perlaza, en su trabajo investigativo acerca de la utilización de plantas medicinales durante el parto tradicional en la comunidad de Oyacachi, Napo, menciona que usan el melloco, linaza, culantro, lengua de vaca, mashua, entre otras, con fines terapéuticos, sin embargo, el 90.9% de parteras usa el melloco como espasmódico, su uso más común es como infusiones (32). El principio activo del melloco son los flavonoides, con gran actividad

antioxidante, antiinflamatoria y antialérgica, por su consistencia, se usa como empastes para ayudar al bebé a resbalar con facilidad (33).

Portero y cols. en su estudio realizado en Pelileo, sobre la ingesta de aguas tradicionales con principios oxióticos, mencionan a la ruda y la verbena como las más usadas, consideradas con efecto abortivo en dosis elevadas, capaces de aumentar las contracciones uterinas, como se demostró en este estudio en donde el 87% refirió sentir este efecto, de las cuales 4 pacientes presentaron taquisistolia, 5 reportaron sufrimiento fetal y en el 55% de ellas se evidenció disminución en los movimientos fetales, he ahí la recomendación de todos los investigadores en informar sobre su uso indiscriminado y las complicaciones que pudiese generar para el binomio (34).

Este trabajo investigativo busca identificar las plantas medicinales usadas con mayor frecuencia por parte de las parteras de la comunidad de Tarqui, vía de administración y los efectos que tienen en las mujeres embarazadas durante la labor de parto, puesto que en nuestra población el uso empírico es muy frecuente con base en creencias ancestrales; por otro lado, aportar con actualización científica que contribuya con información valiosa que sume conocimientos al sistema de salud, parteras y sobre todo sea fuente de indagación para futuras investigaciones.

2. Método

El presente trabajo es observacional, descriptivo con enfoque cualitativo y fenomenológico de corte transversal ya que relaciona los aspectos subjetivos con los objetivos, hermenéutico desarrollando sus 4 fases: clarificando prejuicios a fin de no alterar lo esperado siendo aséptico y crítico, basándose en relatos de experiencias y entrevistas además de observación del mundo vital de los individuos describiendo sin prejuicios el fenómeno, reflexionando sobre esta actividad para dar un sentido a la razón de ser de estas prácticas tradicionales, dando así una descripción sintético del fenómeno investigado.

Este estudio se desarrolló bajo el enfoque cuantitativo, utilizando instrumentos cualitativos y cuantitativos, el estudio realiza una triangulación metodológica usando observación que se complementa a través de una entrevista semiestructurada orientada a profundizar los datos relacionados a tipo de planta utilizada, frecuencia de uso, dosis, vía de utilización entre otros criterios los cuales se basaron en una encuesta base de preguntas abiertas orientadas a conocer. ¿Qué?, ¿Cuántos?, ¿Quién?, como preguntas fundamentales de la primera recolección de información sobre plantas, fuente de conocimiento, efectos entre otros; este trabajo es de corte transversal, fue desarrollado en la provincia de Pastaza, en la parroquia Tarqui del cantón Puyo, realizando visitas periódicas durante los días del 10 de Noviembre hasta

el 22 de noviembre del 2021 en las comunidades de Rio Chico, San José y Huagrayacu durante el 2021 y buscando comprender la realidad del uso de las plantas medicinales en esta población.

La entrevista fue de tipo semiestructurada ("free listing" o listado libre), fueron un total de 5 preguntas de profundización y 5 preguntas de encuesta orientadas al tema que se ejecutaron en visitas programadas donde se documentó los hechos a través de notas de campo; la encuesta fue basada en los datos de la entrevista previa y contó con preguntas abiertas.

La población a investigar se compone de 8 parteras de las cuales 5 son certificadas y 3 parteras no son certificadas, todas pertenecientes a la Parroquia de Tarqui del Cantón Puyo, Provincia de Pastaza, para esto se utilizaron criterios técnicos como poseer certificación vigente como partera validada por el Ministerio de Salud Pública; no se consideró el cálculo por fórmula para la muestra ya que el número de parteras certificadas y validadas es reducido por lo que se tomó al 100%.

Para la recolección y análisis de datos se realizó una triangulación metodológica debido a que se utilizó más de un método de investigación, el cual constan de una entrevista, una encuesta y el proceso de observación de las visitas de campo.

3. Resultados

Los resultados obtenidos serán expresados mediante tablas, frecuencias y porcentajes; los datos recolectados se analizan e interpretan mediante la utilización del software SPSS 23.0 (Statistical Package for Social Sciences for Windows), utilizando las variables de la operacionalización, la sistematización de datos se realizará a partir de los resultados obtenidos de las encuestas aplicadas; en relación la agrupación estadística se efectuó un análisis univariante de cada variable y multivariante de acuerdo a la relevancia de las mismas, con un intervalo de confianza del 95% y Chi cuadrado con un valor $p \leq 0.05$. Los resultados se agruparon en tablas ubicando categorías por el tipo de planta utilizada, la vía de administración y efecto producido en el grupo estudiado.

Tabla 1 Operacionalización de las variables

	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO	CATEGORÍA	ESCALA	INDICADOR
PLANTAS MEDICINALES	Plantas, o extractos con principios activos y propiedades medicinales usadas para tratar afecciones o enfermedades.	Cualitativo	Politómica	<ol style="list-style-type: none"> 1. Hoja de achiote 2. Hoja de papa jibara 3. Hoja de plátano 4. Hoja de ajo de monte 5. Hoja de lengua de iguana 6. Raíz de chonta 7. Cogollo de camote 8. Palmito 9. Pepa de ajo 	Distribución según las encuestas y entrevistas: ¿Qué plantas usa en una mujer embarazada durante el trabajo de parto?
VÍA DE ADMINISTRACIÓN	Manera o forma de suministrar un medicamento, o sustancia.	Cualitativa	Politómica	<ol style="list-style-type: none"> 1. Oral 2. Tópica 3. Otras 	¿Qué vía de administración utiliza?
FRECUENCIA DE ADMINISTRACIÓN	Cantidad de veces que se administra un medicamento farmacológico o herbolario.	Cualitativo	Dicotómica	<ol style="list-style-type: none"> 1. Una sola vez 2. Más de dos veces 	¿Cuántas veces repite el tratamiento con las plantas medicinales en la atención de una mujer embarazada en trabajo de parto?
ADQUISICIÓN DE CONOCIMIENTOS DE ESTA PRÁCTICA	La adquisición de conocimiento en asistencia durante el parto se ha realizado desde los inicios de la civilización, es un antiguo oficio que se debe al aprendizaje y experiencias adquiridas de sus vivencias propias o transmitidas.	Cualitativo	Politómica	<ol style="list-style-type: none"> 1. Casa 2. Comunidad 3. Centro de salud 	¿Dónde aprendió esta práctica?
COMPLICACIONES O EFECTOS ADVERSOS	Resultado desfavorable de una enfermedad, condición de salud o tratamiento que pueden afectar negativamente el pronóstico de un paciente	Cualitativo	Dicotómica	<ol style="list-style-type: none"> 1. Si 2. No 	¿Ha tenido complicaciones o efectos adversos con esta práctica?

Elaborado por: Freire Grace.

Tabla 2 Frecuencia del uso de plantas medicinales durante el trabajo de parto.

Plantas medicinales	Frecuencia	Porcentaje válido
Hojas de achiote	4	50%
Hoja de papa jibara	6	75%
Hoja de plátano	2	25%
Hoja de ajo	3	38%
Hoja de lengua de iguana	2	25%
Raíz de chonta	3	38%
Cogollo de camote	5	63%
Palmito	2	25%
Pepa de ajo	1	13%
n = 8	100%	

Fuente: Entrevistas y encuestas aplicadas.
Elaborado por: Freire Grace.

En la tabla 2 se enlistan las plantas medicinales utilizadas con mayor frecuencia por parte de las 8 parteras de la comunidad de Tarqui durante el trabajo de parto, se observa que la hoja de papa de jibara se usa en un 75%, seguida del cogollo de camote con un 63%, hojas de achiote en un 50%; y entre las plantas menos usadas está la pepa de ajo en un 13%.

Tabla 3 Frecuencia del uso de plantas según la vía de administración durante el trabajo de parto.

Forma de administración	Frecuencia	Porcentaje válido
Vía oral	8	100%
Vía tópica	4	50%
Otras	2	25%
n = 8	100%	

Fuente: Entrevistas y encuestas aplicadas.
Elaborado por: Freire Grace.

La tabla 3 presenta los resultados obtenidos sobre la vía de administración de las plantas medicinales, las 8 parteras entrevistadas manifestaron usar con gran frecuencia la vía oral en un 100%, en ella se destaca la infusión de bebidas calientes; por otra parte, el 50% de las parteras además de la vía oral, mencionaron utilizar la vía tópica, mediante la aplicación de plantas maceradas; y dos ellas realizan baños calientes. En nuestro país, es muy frecuente la utilización de infusiones de plantas medicinales para aliviar diversas molestias, tal como se comprobó en este estudio, y esto se apoya en varios trabajos investigativos realizados en nuestro medio.

Tabla 4 Distribución del uso de plantas según la frecuencia de administración durante el trabajo de parto.

Administración	Frecuencia	Porcentaje válido
Una sola vez	8	100%
Más de dos veces	0	0%
	n = 8	100%

Fuente: Entrevistas y encuestas aplicadas.
Elaborado por: Freire Grace.

La tabla 4 presenta la distribución del uso de plantas medicinales de acuerdo con la frecuencia de administración en la labor parto, las 8 parteras entrevistadas (100%) manifestaron administrar plantas medicinales por una sola ocasión. Este dato concuerda con muchos trabajos investigativos, ya que, con la finalidad de evitar complicaciones o efectos adversos, las parteras de este estudio administran una sola dosis, mencionaron que su aplicación tanto como pueden aliviar síntomas, al usarlo de manera indiscriminada puede poner en riesgo la vida de la madre y del bebe.

Tabla 5 Distribución según el lugar dónde adquirió conocimientos sobre esta práctica

Lugar de adquisición de conocimientos	Frecuencia	Porcentaje válido
Casa	8	100%
Comunidad	0	0%
Centro de Salud	0	0%
	n = 8	100%

Fuente: Entrevistas y encuestas aplicadas.
Elaborado por: Freire Grace.

La tabla 5 presenta la distribución de acuerdo con el lugar en donde adquirió conocimientos sobre la partería, el 100% de las entrevistadas manifestaron adquirir conocimientos en casa, con ello hacen referencia a que recibieron enseñanzas transmitidas por parte de familiares como la madre, abuela o suegra.

Tabla 6 Frecuencia según complicaciones o efectos adversos presentes durante el trabajo de parto con el uso de plantas medicinales.

Complicaciones o efectos adversos	Frecuencia	Porcentaje válido
Si	2	25%
No	6	75%
	n = 8	100%

Fuente: Entrevistas y encuestas aplicadas.
Elaborado por: Freire Grace.

En la tabla 6 se muestra la frecuencia con la que se manifiestan complicaciones o efectos adversos al utilizar plantas medicinales en la labor de parto, el 25% de las parteras evidenciaron casos de náusea y vómito, mientras que el 75% no registró ninguna complicación o efecto adverso al ejercer esta práctica ancestral. Si bien es cierto, al

utilizar de manera adecuada se evita desenlaces no deseados, sin embargo, muchos estudios dicen lo contrario, varias investigaciones reportan casos de alteraciones en la frecuencia cardíaca fetal, disminución en los movimientos fetales, hemorragia e inclusive muerte fetal.

Tabla 7 Relación estadística de las variables significativas con el trabajo de parto.

VARIABLES		TRABAJO DE PARTO			
		SI	NO	Chi ²	p
Plantas medicinales	Hojas de plantas	8	0	14.7302 0,0017*	p=
	Raíz de chonta	3	5		
	Pepa de ajo	1	7		
	Palmito	2	6		
Vía de administración	Infusión	8	0	9.6001 0,0045*	p=
	Macerada o emplasto	4	4		
	Baños	2	6		
Frecuencia de administración	Una sola vez	8	0	16.000 0,0010*	p=
	Más de dos veces	0	8		
Complicaciones o efectos adversos	Complicaciones	0	8	2.2857 0,175**	p=
	Efectos adversos	2	6		
	Otros	0	0		

Fuente: Entrevistas y encuestas aplicadas.

Elaborado por: Freire Grace.

En la tabla 7 se muestra un análisis multivariado sobre la relación estadística de las variables significativas obtenidas de las entrevistas y encuestas aplicadas a las parteras de la parroquia de Tarqui, en relación con las plantas medicinales usadas con más frecuencia, 8 parteras utilizan las hojas ya sea de papa de jibara, achiote, plátano, ajo u hoja de lengua de iguana, con un valor $p= 0,0017$, es decir la aplicación de estas plantas principalmente

de las hojas ya sea como infusiones, macerados o mediante baños calientes, resultó beneficioso en el trabajo de parto.

4. Discusión

El Ministerio de Salud del Ecuador reconoce la labor que realizan las parteras, ya que su principal objetivo es proveer de salud intercultural a las comunidades, es así que Domenick en el 2018, documentó el trabajo que realizan 10 parteras pertenecientes a AMUPAKI, Asociación de mujeres parteras

Kichwas de Alto Napo, quienes manifiestan utilizar la hoja y flor del plátano para ayudar en la expulsión de la placenta, además refieren utilizar el cogollo de camote para acelerar el descenso del bebé y la hoja de achiote como baño para evitar infecciones, posterior a la expulsión de la placenta (35), siendo un número parteras similar al utilizado en el presente estudio.

De la misma manera, en el estudio realizado por Mera y cols. acerca de las prácticas ancestrales en las comunidades Indígenas Amazónicas del Ecuador se menciona entre las especies más cultivadas para llevar a cabo esta práctica, al plátano con un 21,8%, camote en un 9,9%, papa jibara con el 8,9% y maíz con el 11,9% (36); plantas usadas por las parteras de la comunidad de Tarqui, plantas que difieren de las que se investigó en este estudio ya que el enfoque del mismo es diferente.

En otro estudio realizado por Poaquiza en la parroquia de Salasaca, destacaron otro tipo de plantas medicinales, esto se debe a la gran variedad botánica que existe tanto en la región amazónica, costa y sierra del Ecuador, en este caso destacaron la manzanilla en un 88%, pepas de chirimoya en un 84%, seguido de la canela en un 82%, hoja de higo en un 78%, ruda con un 64%, etc. (23), estos datos se asemejan a los publicados por Mera, con ello podemos deducir que cada comunidad usa las plantas que existe en su región, en Tarqui la

tierra provee de las plantas mencionadas y se usan ya sea por el fácil acceso o por el bajo o ningún costo que representa (36).

Nuestros resultados coinciden con los reportados por Llerena y col. en la investigación realizada en Pelileo quienes mencionan que el 32% de las parteras adquirió conocimientos transmitidos por sus abuelas, el 29% por parte de la madre, el 26% lo hizo por cuenta propia y el 13% por la comunidad (34). De la misma manera Solís en el estudio titulado prácticas relacionadas con el uso de plantas medicinales en el trabajo de parto y puerperio realizado en la Libertad, Perú alude que la partería es transmitida de generación en generación como tradición familiar (9).

En el estudio realizado en Esmeraldas en 8 parteras afroecuatorianas, se muestra que el 50% de las ellas han sido instruidas por el Ministerio de Salud Pública, mientras que el 50% aplican esta práctica por habilidad y sobre todo por conocimientos impartidos por sus ancestros, el principal motivo de ejercer es por falta de personal médico en las comunidades (37). Lo que concuerda con los resultados reportados por este estudio y por Mina quien menciona que las familias del barrio Isla Luis Vargas de la ciudad de Esmeraldas ejercen la partería por conocimientos impartidos por abuelas en un 25%, por las madres en un 10%, tías con un 3% y hermanos en un 2% (41).

Datos similares a los reportados en el 2019 por Sánchez, en el estudio denominado plantas utilizadas en el parto y puerperio por mujeres en edades extremas del distrito de Angamarca, Perú, en donde el 92% de las embarazadas no registró ninguna complicación frente al 8% quienes, si presentaron complicaciones posteriores al uso de plantas medicinales (42) datos concordantes con los resultados de este estudio. Entre los posibles efectos negativos presentados al consumir plantas medicinales, Poaquiza menciona que el 18% de las encuestadas presentó náuseas y/o vómitos frente al 82% que no registraron ningún efecto adverso, lo que concuerda con los resultados obtenidos en el presente estudio.

Información importante y diferente a la obtenida en nuestro estudio, se reporta en la investigación titulada ingesta de aguas tradicionales con principios oxióticos en la taquisistolia y sufrimiento fetal agudo en mujeres con embarazo a término que ingresan por el servicio de emergencia del Hospital Básico Pelileo, de las 117 gestantes, 31 ingirieron aguas tradicionales, 25 con la finalidad de aumentar las contracciones y 6 para disminuir el dolor, el incremento de las contracciones se consiguió en el 87%, el 55% de ellas reportó disminución en los movimientos fetales, alteración en la frecuencia cardíaca fetal, taquisistolia y sufrimiento fetal agudo (34).

Datos que se correlacionan a los publicados por Ruiz en su trabajo titulado plantas medicinales utilizadas en el parto tradicional en la parroquia González Suárez, cantón Otavalo, en el que menciona que la parte más utilizada durante y después del trabajo de parto son las hojas con un 54,5% y 62% respectivamente, seguido del tallo, semillas y raíces (43); el uso de las hojas

de plantas medicinales ha demostrado tener efecto sobre el trabajo de parto en un 49% si la infusión es preparada con hasta 10 hojas (23).

Sin embargo, en el estudio realizado por Perlaza en la comunidad de Oyacachi, Napo, se obtuvieron resultados diferentes, en donde el 42% de las parteras mencionaron usar la raíz, seguido del 26% que utilizan las hojas, un 24% usan semillas y tan sólo el 8% usan las flores de las plantas (32).

En relación con la vía de administración, las 8 parteras encuestadas reportaron usar con frecuencia infusiones orales de plantas medicinales, 4 de ellas mencionaron aplicar macerados o emplastos vía tópica y tan sólo 2 agregaron utilizar baños calientes, con un valor $p=0,0045$, es decir la administración de plantas medicinales en infusiones surte efecto sobre el trabajo de parto, principalmente se elige esta vía por el resultado inmediato que se consigue. Así como lo reporta Perlaza, el 94% de las

plantas administradas se realiza en infusiones frente al 6% que lo hacen por medio de duchas vaginales (32).

Muchos autores concuerdan con este resultado, como es el caso de Vernaza, quien concluye que la principal vía de administración es por medio de infusiones, seguido de baños bajos, para aliviar molestias propias de este período y ayudar en la aceleración del trabajo de parto (37). De la misma manera Quinatoa reporta que pese a que existe un sin número de formas de administración, la mayoría de las gestantes prefieren consumir infusiones por ser un método rápido y con el efecto esperado (28), como se reporta en un estudio realizado en Huancayo, Perú, las infusiones se usan en un 55,1% seguido de decocción en un 20,3%, macerados en un 16.1% (6).

Con relación a la frecuencia de administración, las 8 parteras mencionaron administrar por una sola ocasión el preparado de plantas medicinales, con un valor $p=0,0010$, es decir, al administrar en dosis única se consigue el efecto deseado sobre el trabajo de parto, y de tal manera evitan poner en riesgo al binomio.

En el 2018 se publicó un estudio sobre el uso de plantas en la labor de parto, en donde se menciona que la forma de administración aplicada por las parteras con más recurrencia es una sola dosis en el 80% y en el 20% una vez al día desde que inician las

contracciones, en este caso se realiza en menos cantidad, para evitar efectos adversos (23). Datos similares se reportaron en un estudio realizado en Shushufindi, en la comunidad de Limoncocha, en donde se menciona que, para ayudar a las embarazadas a aumentar las contracciones, se administra infusiones concentradas por una sola ocasión, con ello consiguen el efecto deseado en el tiempo menos posible (44).

Con respecto a las complicaciones o efectos adversos, las parteras reportaron no presenciar ninguna complicación tales como disminución de los movimientos fetales, hemorragias, entre otras, por otro lado, 2 parteras manifestaron haber evidenciado náuseas y vómitos posteriores a la administración de plantas medicinales, en el análisis de esta variable se obtuvo un valor $p=0,175$, lo que significa que no existe relación de los efectos adversos registrados con las plantas medicinales administradas, ya que podrían ser propias de la misma etapa del parto o depender de otras circunstancias.

En las encuestas aplicadas a 45 gestantes de la comunidad de Salasaca se reporta que 8 de ellas reportaron presentar náuseas y/o vómitos posterior a la ingesta de plantas medicinales mientras que 37 refirieron no tener ningún efecto negativo (23), datos que se relacionan a los obtenidos en nuestro estudio, ya que sólo

dos parteras reportaron haber evidenciado estos efectos; por otro lado Trujillo en su trabajo denominado plantas utilizadas por tres comunidades indígenas en el Noroccidente de la Amazonía colombiana menciona que el consumo de infusiones de plantas no debería provocar complicaciones, ya que son productos naturales que tan sólo de ser usados de manera indiscriminada, podrían provocar efectos adversos (45).

Sin embargo la literatura menciona que existe evidencia de que ciertas plantas pudiesen provocar complicaciones o efectos adversos durante y posterior al trabajo de parto, tales como se reporta en el estudio realizado por Gusqui en la ciudad de Riobamba, en donde se registró que el 41% de las gestantes presentaron cuadros de ansiedad y el 33% irritabilidad; de las 150 gestantes, 75 presentaron aumento en la frecuencia cardíaca fetal y 37 presentaron disminución de los movimientos fetales tras la ingesta de infusiones de plantas medicinales tales como ruda, canela, melloco, perejil y pepas de chirimoya (38).

5. Conclusiones

Se identificaron las plantas utilizadas con mayor frecuencia por las parteras de la comunidad de Tarqui durante el trabajo de parto, siendo éstas las hojas de papa jibara en primera instancia, seguido del cogollo de camote y la hoja de achiote, y con menos frecuencia la raíz de chonta, hoja de ajo,

hoja de lengua de iguana, hoja de plátano, palmito y pepa de ajo, plantas utilizadas por su bajo costo y fácil acceso.

Las ocho parteras de la comunidad utilizan la vía oral como principal forma de administración, siendo ésta la infusión de plantas medicinales, por el efecto rápido que se consigue mediante esta vía, por otro lado, cuatro de ellas utilizan además la vía tópica por medio de la aplicación de macerados y dos de ellas realizan baños calientes de plantas para disminuir la inflamación posterior al parto.

Las parteras mencionaron conseguir los efectos deseados a dosis únicas de infusiones medicinales, entre las cuales se consigue acelerar la labor de parto por medio del aumento de las contracciones uterinas, disminución de hemorragias postparto y para facilitar el descenso del bebe, sin embargo, también han evidenciado efectos adversos como las náuseas y vómitos.

Se encontró significancia estadística entre las plantas utilizadas, la vía de administración oral, tópica, o por medio de baños y la frecuencia en dosis única, lo que resultó beneficiosos para lograr el efecto deseado y favorecer el trabajo de parto sin poner en riesgo al binomio; por otro lado, no hubo relación estadística entre los efectos adversos evidenciados y las plantas medicinales aplicadas, ya que podría ser

propias del embarazo o relacionadas a otras circunstancias.

6. Recomendaciones

Es vital que las autoridades del área de salud de Tarqui impartan actividades formativas y prácticas a las parteras de esta comunidad ya que juegan un papel vital en la atención de partos, con ello se puede conseguir que esta práctica se realice de manera segura, con bases científicas, de esta forma se conseguirá disminuir de la morbilidad y mortalidad materno fetal.

Con la finalidad de que prevalezcan las costumbres ancestrales sobre la partería, recomendamos capacitar al personal de salud de esta comunidad y entablar un trabajo en conjunto con las parteras, con un fin en común, que es la disminución de la morbilidad y mortalidad materna.

Muchas gestantes confían en la labor de las parteras y acuden a ellas debido a la facilidad, bajo costo y efecto rápido que consiguen mediante la administración de plantas, por ello se recomienda realizar actividades informativas a las embarazadas sobre el uso correcto de las plantas medicinales durante el trabajo de parto, las complicaciones y efectos que pueden generar sobre el binomio.

7. Referencias

1. Macías GG, Haro JI, Piloso FE, Galarza GL, Quishpe MdC y Triviño BN.

Importancia y beneficios del parto humanizado. Revista Científica Dominio de las Ciencias. 2018; 4(3).

2. Rodríguez Y. Salud bucal, embarazo y género. Revista Informática Científica. 2018; 97: 496-507.

3. Ramírez CM, Barrera MA, Gamarra OA, Rascón J, Corroto F, Taramona LA, et al. Creencias y costumbres de madres y parteras para la atención del embarazo, parto y puerperio en el distrito de Huancas (Chachapoyas, Perú). *Arnaldoa*. 2019; 26(1): 325-338.

4. Tomalá KB y Vargas DA. Consecuencias maternos fetales por uso de plantas medicinales ancestrales con efecto contractil en el trabajo de parto [Internet]. 2019 [Citado el 9 de marzo de 2022]. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/45767>.

5. Naspud M y Castro J. Actividad biológica de las lectinas obtenidas de semillas del achotillo (*Nepelium lappaceum*) y uvilla (*Physalisperuviana*), Riobamba, 2019 - 2020. [Internet]. 2020 [Citado el 05 de Marzo de 2022]. Disponible en: <http://dspace.unach.edu.ec/handle/51000/6800>.

6. García N. Uso de plantas medicinales en el trabajo de parto en madres del centro de salud de Chilca-Huancayo-2017. [Internet]. 2018 [Citado el 24 de Febrero de 2022]. Disponible en:

- <https://hdl.handle.net/20.500.12848/595>.
7. Ahmed SM, Nordeng H, Sundby J, Aragaw Y, Boer H. The use of medicinal plants by pregnant women in Africa: A systematic review. *Journal of Ethnopharmacology*. 2018; 224: 297-313.
 8. Muatasim J, Rakess KK, Tawseef AM. Medicinal plants used during Pregnancy and Childbirth in Baramulla District of Jammu and Kashmir, India. *Ethnobotany Research and Applications*. 2021; 22(1): 1-19.
 9. Solis PL, Tapia LK. Prácticas realcionadas al uso de plantas medicinales en el trabajo de parto y puerperio puesto de Salud Miramar-Región La Libertad 2015. [Internet]. 2015 [Citado el 10 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12759/1121>.
 10. Hernández JX, Maldonado LL, Ramírez D y Gallegos RM. Experiencias de Parteras de Amealco, Querétaro, México, sobre el uso de la Planta Montanoa Tomentosa. *Revista Salud y Administración*. 2021; 8(24).
 11. Hidalgo V. Influencia de la medicina tradicional en el desarrollo del trabajo de parto al utilizar plantas medicinales, Sococono 2006-2007. [Internet]. 2019. [Citado el 26 de febrero de 2022]. Disponible en: <http://repositorio.umsa.bo/xmlui/handle/123456789/23943>.
 12. Rocha D. Uso de las plantas medicinales en Pediatría y Medicina Folclórica. [Internet]. 2008. [Citado el 9 de marzo de 2022].
 13. Salas L, Delgado JM, Huamantumba MV, Palomino GdP, Macedo NL, Suárez C, et al. Uso de medicina tradicional en parturientas atendidas en el Hospital II Es Salud Tarapoto 2018. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*. 2021; 5(2).
 14. Macías B, Pérez L, Suárez M, Fong C y Pupo E. Consumo de plantas medicinales por mujeres embarazadas. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*. 2009; 47(3): 331-334.
 15. Sanchez Á, Fonseca G, Capiro N y Fernández D. Propuesta de ruta crítica para la evaluación genotóxica de plantas medicinales en Cuba. *Revista Cubana de Farmacia*. 2000; 34(1): 34-43.
 16. Cetina JD, Duarte JD y Medina XI. Conociendo el saber de las parteras tradicionales latinoamericanas en el cuidado a la mujer en trabajo de parto y parto para proponer para proponer un abordaje enfermero transcultural. [Internet]. 2021 [Citado el 2 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://repositorio.ucundinamarca.edu.co/handle/20.500.12558/3643>.

17. Portela H y Molano ME. Partería: saber ancestral. [Internet]. 2016. [Citado el 6 de marzo de 2022].
18. Rodríguez G. Uso y manejo de plantas medicinales en siete casos de partería urbana en Bogotá, Colombia. [internet]. 2020. [Citado el 8 de marzo de 2022]. Disponible en: <file:///C:/Users/diego/Downloads/TESES%20GABRIELA%20RODRI%CC%81GUEZ%20ROZO.pdf>.
19. Cortes HA. La partería como herramienta de enseñanza aprendizaje para el área de ciencias sociales del grado tercero del Centro Educativo Cualala del municipio de Maguí Payan. [Internet]. 2019 [Citado el 24 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://repository.unad.edu.co/bitstream/handle/10596/26930/hacortesp%200.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
20. Laza C. Una aproximación al estado de la partería tradicional en Colombia. Index de Enfermería. 2012; 21(1-2).
21. Núñez IM. La comunicación intercultural y los saberes ancestrales - La Partería - en la parroquia de Juan Benigno Vela. [Internet]. 2018 [Citado el 5 de marzo de 2022]. Disponible en: <http://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/28567/1/FJCS-CS-538.pdf>.
22. Caicedo MT. Uso de plantas medicinales en mujeres gestantes y lactantes que habitan en el barrio Isla Luis Vargas Torres de la Ciudad de Esmeraldas. [Internet]. 2017 [Citado el 2 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://repositorio.pucese.edu.ec/handle/123456789/1320>.
23. Poaquiiza JS. Uso de plantas medicinales en la labor de parto en la parroquia de Salasaca. [Internet]. 2018 [Citado el 6 de marzo de 2022]. Disponible en: <http://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/27693/1/POAQUIZA%20OPAGUNA%20JESSICA%20%20SILVANA%281%29.pdf>.
24. Chávez C. Utilización de hierbas medicinales, y sus efectos en el parto, en el centro de salud número 1 de la ciudad de Latacunga. [Internet]. 2016 [Citado el 4 de marzo de 2022]. Disponible en: <http://dspace.uniandes.edu.ec/Bitstream/123456789/4218/1/Piuaenf002-2016.Pdf>.
25. Macías B, Pérez L y Suárez F. Consumo de plantas medicinales por mujeres embarazadas. Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social. 2009; 47(3): 331-334.
26. Botteri E y Bichar JE. Knowledge that Connects with Power During Childbirth: Traditional Midwifery in Morelos (Mexico). Alteridades. 2019; 29(57): 125-135.
27. Chalan L y Guamán M. Concepciones y prácticas en la atención del embarazo, parto y postparto de las parteras tradicionales de las comunidades

- indígenas. [Internet]. 2014 [Citado el 3 de marzo de 2022].
28. Quinotoa GG. El uso de hierbas medicinales en el embarazo y su relación con las creencias acerca de los efectos en el parto, en mujeres gestantes que acuden al centro de salud Maternoinfantil N°.2 de Ambato, período Julio 2014-enero 2015. [Internet]. 2015 [Citado el 6 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://repositorio.uta.edu.ec/jspui/handle/123456789/9480>.
29. López G. Etnomedicina aplicada en época Covid en el Cantón Puyo. [Internet]. 2021 [Citado el 4 de marzo de 2022]. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/56710>.
30. Rivera G. Uso de bebidas tradicionales y su efecto en pacientes con labor de parto atendidas en el servicio de Centro obstétrico del Hospital General Docente Riobamba durante el período marzo-agosto 2012. [Internet]. 2012 [Citado el 6 de marzo de 2022]. Disponible en: <http://dspace.unach.edu.ec/handle/51000/1098>.
31. Bernis C, Schwarz A, Varea C y Shiguango A. Partería y medicina tradicional en contextos interculturales; la singularidad de Ecuador. Revista de Folklore. 2019; 428.
32. Perlaza NM. Utilización de plantas medicinales durante el parto tradicional en la comunidad de Oyacachi, Napo 2016. [Internet]. 2016 [Citado el 5 de marzo de 2022]. Disponible en: <http://repositorio.utm.edu.ec/handle/123456789/5368>.
33. Acurio LP y Cando SM. Determinación de propiedades térmicas de zanahoria blanca (*Arracacia xanthorrhiza*), melloco amarillo (*Ullucus tuberosus*), papa china (*Colacasia esculenta*) y achira (*Canna edulis*). [Internet]. 2019 [Citado el 23 de febrero de 2022]. Disponible en: <http://repositorio.uta.edu.ec/handle/123456789/30558>.
34. Llerena LE, y Silva KM. Ingesta de aguas tradicionales con principios oxi-tóxicos en la taquisistolia y sufrimiento fetal agudo en mujeres con embarazo a término que ingresan por el servicio de emergencia del Hospital Básico Pelileo durante el período mayo-agosto 2012. [Internet]. 2012 [Citado el 25 de febrero de 2022]. Disponible en: <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/4536/1/T-UCE-0006-96.pdf>.
35. Domenick L. Estamos aquí con nuestra propia fuerza. Las mujeres de AMUPAKIN y su lucha para preservar el parto ancestral en Napo, Ecuador. / "We are here with our own strength" The women of AMUPAKIN and their struggle to preserve the ancestral birth in Napo, Ecuador. [Internet]. Napo: SIT Graduate Institute/SIT Study Abroad; 2018

- [Citado el 24 de febrero de 2022]. Disponible en: https://digitalcollections.sit.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=3808&context=isp_collection.
36. Mera R, Pineda N, Pomboza P, Bejarano C, López I, Ortiz P, et al. Ancestral practices in the cultivation of *Manihot esculenta* crantz in Amazonian Indigenous communities of Ecuador. *Tropical and Subtropical Agroecosystems*. 2018; 21(1): 124-130.
37. Vernaza FY. Cuidados ancestrales en el embarazo, parto y puerperio en mujeres afroecuatorianas del Barrio 20 de noviembre de Esmeraldas. [Internet]. 2016 [Citado el 9 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://repositorio.pucese.edu.ec/handle/123456789/891>.
38. Gusqui LM, Quinatoa DN. Uso de bebidas tradicionales y su efecto en pacientes con labor de parto atendidas en el servicio de Centro Obstétrico del Hospital General Docente Riobamba durante el periodo marzo-agosto del 2012. [Internet]. 2013 [Citado el 24 de febrero de 2022]. Disponible en: <http://dspace.unach.edu.ec/handle/51000/1098>.
39. Medina A y Mayca J. Creencias y costumbres relacionadas con el embarazo, parto y puerperio en comunidades nativas Awajun y Wampis. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud*. 2019; 23(1): 22-32.
40. Sanipatín JC. Influencia de las plantas medicinales utilizadas en la atención del parto en la comunidad Lumbaqui-Sucumbíos en el periodo junio 2015 - mayo 2016. [Internet]. 2016 [Citado el 10 de marzo de 2022]. Disponible en: <http://repositorio.utm.edu.ec/handle/123456789/5596>.
41. Mina MT. Uso de plantas medicinales en mujeres gestantes y lactantes que habitan en el barrio Isla Luis Vargas de la ciudad de Esmeraldas. [Internet]. 2017 [Citado el 5 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://repositorio.pucese.edu.ec/handle/123456789/1320>.
42. Sánchez Y. Plantas utilizadas en el parto y puerperio por mujeres en edades extremas del distrito de Andamarca 2017 a 2018. [Internet]. 2019 [Citado el 10 de marzo de 2022]. Disponible en: <http://repositorio.unh.edu.pe/handle/UNH/2506>.
43. Ruiz SE. Plantas medicinales utilizadas en el parto tradicional en la parroquia González Suárez, cantón Otavalo 2018. [Internet]. 2018 [Citado el 9 de marzo de 2022]. Disponible en: <http://repositorio.utm.edu.ec/handle/123456789/8860>.
44. Castillo R. Utilidad de plantas medicinales en el parto tradicional en la comunidad de Limoncocha Shishifindi,

Sucumbíos 2016. [Internet]. 2016

[Citado el 3 de marzo de 2022].

Disponible en:

<http://repositorio.utn.edu.ec/handle/12>

3456789/5529.

45. Trujillo W y González V. Plantas medicinales utilizadas por tres comunidades indígenas en el Noroccidente de la Amazonía Colombiana. Mundo Amazónico. 2021; 2: 283-306.

INVERSIÓN PÚBLICA EN INFRAESTRUCTURA HOSPITALARIA EN ESTADO DE EMERGENCIA NACIONAL

PUBLIC INVESTMENT IN HOSPITAL INFRASTRUCTURE IN A STATE OF NATIONAL EMERGENCY

Leandro Isidro Percy Omar¹

Resumen

Actualmente en la ciudad de Lima capital del Perú, sigue en funcionamiento los hospitales públicos con infraestructuras de construcción por más de 100 años de antigüedad tal es el caso del hospital 2 de mayo construido en el año 1875, hospital Loayza en 1549, hospital Rebagliati en 1958, Hospital San Bartolomé en 1756, entre otros; de producirse movimientos telúricos, emergencias sanitarias por pandemia en estas condiciones pondrían en riesgo estas infraestructuras y por ende la salud y vida de la población peruana, el artículo científico aporta directamente con los Objetivos de Desarrollo Sostenible específicamente el O3 Salud y Bienestar buscando derecho a la salud con calidad, y de manera indirecta con el O1 Fin de la pobreza por lo que busca la protección social para alcanzar niveles básicos de bienestar y dignidad de la población rural, indígena y afrodescendiente.

El Sistema Nacional de Programación Multianual y Gestión de Inversiones (SNPM y GI), con el objetivo de alinear el uso del recurso público destinado a todas las inversiones de prestación efectiva de servicios y el suministro de infraestructura necesaria con el fin de desarrollar el país, así mismo considerando que en todos los niveles de gobierno, el diagnóstico de brecha de Infraestructura y Equipamiento del Sector Salud se utiliza como base para la Programación Multianual de Inversión (PMI) del periodo 2022-2024, por lo cual, es muy necesario este tipo de investigación, además teniendo en cuenta la Ley N° 26842, Ley General de Salud, donde constituye que el Ministerio de Salud (MINSa) es el ente rector de salud quien formula, direcciona y gestiona las políticas a nivel nacional siendo la autoridad máxima en el componente de salud. Su finalidad es prevenir las enfermedades, promocionar, recuperar y rehabilitar la salud de todos los peruanos. En ese sentido, el objetivo del artículo es responder las siguientes preguntas: ¿cuál es la implicancia de la inversión pública en infraestructura hospitalaria en las condiciones de salud de la población de la Región de Huánuco 2020-2021? y ¿Qué características presentan las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y cómo éstos están siendo afectados por la emergencia sanitaria en estos dos últimos años?

Palabras clave: Brechas de Infraestructura, Estado de emergencia, Inversión Pública en salud, Hospitales.

Abstract

Currently in the city of Lima, capital of Peru, public hospitals with construction infrastructures for more than 100 years are still in operation, such is the case of the May 2 hospital built in 1875, Loayza hospital in 1549, Rebagliati hospital in 1958, Hospital San Bartolomé in 1756, among others; If telluric movements occur, health emergencies due to a pandemic in these conditions would put these infrastructures at risk and therefore the health and life of the Peruvian population, the scientific article contributes directly to the Sustainable Development Goals, specifically the O3 Health and Well-being seeking the right to quality health, and indirectly with the O1 End of poverty, which is why it seeks social protection to achieve basic levels of well-being and dignity of the rural, indigenous and Afro-descendant population.

The National System for Multiannual Programming and Investment Management (SNPM and GI), with the aim of aligning the use of public resources destined for all investments for the effective provision of services and the supply of necessary infrastructure in order to develop the country, Likewise, considering that at all levels of government, the diagnosis of the Infrastructure and Equipment gap in the Health Sector is used as the basis for the Multiannual Investment Programming (PMI) for the period 2022-2024, for which this type is very necessary. research, also taking into account Law No. 26842, General Health Law, where it is established that the Ministry of Health (MINSa) is the governing body of health that formulates, directs and manages policies at the national level, being the highest authority in the health component. Health. Its purpose is to prevent diseases, promote, recover and rehabilitate the health of all Peruvians. In this sense, the objective of the article is to answer the following questions: ¿What is the implication of public investment in hospital infrastructure on the health conditions of the population of the Huánuco Region 2020-2021? And ¿what characteristics do the Institutions that Provide Health Services present and how are they being affected by the health emergency in the last two years?

Keywords: Infrastructure Gaps, State of Emergency, Public Investment in Health, Hospitals.

Citar como:

Leandro P. Inversión pública en infraestructura hospitalaria en estado de emergencia nacional. Rev. Recien. 2022; 11(3)

Correspondencia:
Leandro Isidro Percy
Omar

percyoleandro@gmail.com

Recibido: 02/03/2022
Aprobado: 24/06/2022
En línea:

¹Licenciado en enfermería, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8710-8350>, Correo: percyoleandro@gmail.com

1. Introducción.

La salud individual y de la comunidad es un derecho que desde el Estado hay responsabilidades de cumplimiento, según la constitución política del Estado, enfáticamente en el contexto de las emergencias sanitarias a consecuencia del COVID-19, son las políticas públicas, diseñadas para tal fin, las que pueden contribuir de forma efectiva a enfrentar estas emergencias y en general a optimizar la salud de los peruanos. Nuestras políticas públicas basan su diseño en el avance y precisión de conocimientos sobre las realidades sociales del vasto territorio nacional y en la medida de su ejecución racional, con suficiente presupuesto y en aquellos sectores más afectados o necesitados el éxito de lograr una población saludable es el objetivo del Estado.

Uno de los aspectos neurales en el contexto del COVID 19 y que ha desnudado la realidad está referido al impacto de la inversión pública en infraestructura hospitalaria, nos permite formular la siguiente pregunta: ¿cuál es la implicancia de la inversión pública en infraestructura hospitalaria en las condiciones de salud de la población de la Región de Huánuco 2020-2021?

La realidad de las condiciones de salud en el país presenta muchas dificultades y brechas. Según el Ministerio de Salud (MINSA), en un documento titulado Diagnósticos de brecha de infraestructuras y equipamientos del sector salud a nivel nacional 2021 (1), nos muestra Diez indicadores, los cuales son:

Tabla 1. Indicadores de Brecha de Infraestructura y Equipamiento del Sector Salud 2020

	Indicador de brecha	Valor absoluto	Porcentaje
1.	Porcentaje de Instituciones prestadoras de servicios de salud (IPRESS) de atención primaria con capacidades instaladas de manera inadecuadas	8531	97%
2	Porcentaje de IPRESS nuevas de atención primaria por implementarse	1791	44%
3	Porcentaje de nosocomios con las capacidades instaladas inadecuadas	236	96%
4	Porcentaje de nosocomios nuevos por implementarse	156	41%
5	Porcentaje de Institutos Nacionales de Salud (INS) especializados con las capacidades instaladas inadecuadas	10	77%
6	Porcentaje de los laboratorios del INS con las capacidades instaladas inadecuadas	39	95%
7	Porcentaje de los laboratorios de las Direcciones Regionales de Salud con las capacidades instaladas inadecuadas	23	96%
8	Porcentaje de los centros de promociones y vigilancias comunales requeridos	1393	69%
9	Porcentaje de sedes administradoras con los inadecuados índices de ocupaciones	898	79%
10	Porcentaje de los equipos de información de la salud que funcionan de manera inadecuada	159	76%

La tabla 1 precedente nos revela el estado actual de los nosocomios, laboratorios, instituciones prestadoras de servicios de salud (IPRESS), sedes administrativas y otros, todas ellas presentan serias limitaciones en relación al equipamiento y operación de las mismas, instalaciones inadecuadas y sistemas de información obsoletos.

En los desagregados podemos identificar las brechas existentes en la Región de Huánuco y es como sigue (1).

La segunda pregunta que pretende responder el presente artículo es: ¿Qué características presentan las IPRESS y cómo éstos están siendo afectados por la emergencia sanitaria en estos dos últimos años?

Teniendo en consideración de la OMS y del BM sobre la media de camas por cada mil habitantes, en el caso del Perú se tiene 1.6 camas por cada mil habitantes (2019) siendo la media mundial de 2.7, otro dato importante que revela son las condiciones de salud en nuestro país y según la OMS se debe contar con 8 a 10 camas hospitalarias, evidenciando déficit de camas hospitalaria que se pretende cubrir con procesos de inversión en el sector (2). Por otro lado, según la OCDE, el total promedio de camas es 3.42 por cada 1000 habitantes, sin embargo, hay países como Reino Unido con 2.56, Estados Unidos con 2.41, Japón con 7.95 y Corea del Sur con 5.91 camas. Según el ranking de competitividad del

World Economic Forum (WEF) entre el 2015 y 2016, la economía del Perú se colocó en el 69 lugar a nivel mundial de 140 economías analizadas en total, así mismo según el ranking de competitividad del WEF entre el 2014 y 2015 la calidad de infraestructura del Perú se situó en el 112 lugar a nivel mundial, encontrándose detrás de muchos países con mejor ubicación de la región, reflejando un atraso de 7 lugares de ranking (3).

En un documento titulado Diagnósticos de brecha de infraestructuras y equipamientos del sector salud a nivel nacional 2021 (1), existen en la Región de Huánuco 338 IPRESS de los cuales 326 tienen capacidades instaladas no adecuadas representando el 96%, (cuando una IPRESS) de atención primaria presenta capacidades instaladas inadecuadas, quiere decir que las infraestructuras y los equipamientos existen, pero no están acorde con lo señalado en las Normas Técnicas de Salud (NTS) Así como en la NTS N° 113-MINSA/DGIEM-V.01) estas cifras son alarmantes evidentemente ya que, según el informe, estas IPRESS no han tenido ninguna intervención integral en los últimos 5 años.

Por otro lado, existen en la misma región 5 hospitales de las categorías siguientes: 2 hospitales de categorías II-1, 2 hospitales de categorías II-2, 1 hospital de categoría II E, todas ellas con capacidades instaladas inadecuadas, señaladas en la precariedad

de las infraestructuras, equipamientos obsoletos, inoperativos o insuficientes, es decir, no satisfacen las demandas de la población. Según el informe condiciones inadecuadas hacen referencia a las infraestructuras y los equipamientos.

En general, el sistema sanitario en nuestro país es crítico o muy crítico que se hace urgente la intromisión del Estado peruano mediante la política pública para recuperar su operatividad en beneficio de la comunidad.

El Decreto Legislativo N° 1252, que crea SNPMA y GI, con el objetivo de encaminar el buen uso de todo recurso público predestinado a las inversiones con la finalidad de efectivizar todos los servicios y abastecer infraestructuras necesarias para el desarrollo de nuestra nación, las Programaciones Multianuales de las Inversiones, el Organismo General donde se efectúan los Planeamientos, Presupuestos y Modernizaciones, en coordinación con el Organismo de Programaciones Multianuales de Inversión (OPMI) de la Cartera de Salud, en diferentes reuniones de coordinaciones con representantes de la Dirección General de Programaciones Multianuales de Inversiones del MEF, exponen los detalles de inversión bajo su responsabilidad funcional como Ministerio interesado para sus servicios asociados; así mismo expone su brecha de infraestructura como indicador de servicios sanitarios para su medición

respectiva (4). En ese contexto, el MINSA en el año 2011, propone al congreso de la república se le asigne presupuesto para la construcción de hospitales en la región de Huánuco en el marco de la Ley N° 28112 “Ley de administración financiera de los sectores públicos” con la finalidad de perfeccionar la salud de los huanuqueños. El Congreso de la república en pleno, aprueba, el PL de Presupuesto del sector público para el año fiscal 2011, autorizando al MINSA, en coordinación con el Gobierno Regional de Huánuco, priorice la elaboración de los expedientes técnicos y la ejecución de las obras de inversión pública “Construcción de los nuevos Hospitales “Mejoramiento de las Capacidades Resolutivas de los Servicios de Salud del Hospital Hermilio Valdizán de Huánuco-Nivel III-1” (250 millones de soles) y “Mejoramiento de la Capacidades Resolutivas de los Servicios de Salud del Hospital Tingo María de Huánuco-Nivel II-2. (170 millones de soles) Dichas construcciones tienen un plazo de ejecución no mayor de 3 años, iniciando en el 2016 (4,5).

Para continuar con la atención a la comunidad se construyen hospitales de campaña o contingencia de manera temporal mientras dure la construcción de los nuevos hospitales. Hasta junio del 2021 la atención a la población es en los hospitales de campaña o contingencia, como se podrá notar dicha atención es precaria aún más en emergencias sanitarias por la

pandemia de COVID-19. La construcción de dichos hospitales ha transcurrido a la fecha 5 años sin ser culminados, actualmente registrando un avance del 95%, se aduce la falta de presupuesto, en realidad la desidia y la escasa seriedad en la gestión pública acarrea dificultades como las que anotamos y se evidencia en postergación de atención sanitaria a la población de la región, (260 mil personas) (6).

La reforma sanitaria en la república del Perú da inició en el periodo del 2013 encontrando en crisis el sistema, fraccionado con escasa inversión en infraestructura básicamente, un sistema que no respondía a las exigencias y demandas de salud de la comunidad, dotación desigual de los recursos humanos, remuneraciones paupérrimas y frágil cobertura de algún tipo de seguro en la población vulnerable. Además, desde el año 2002 la puesta en marcha la descentralización, restringe la función normativa y de supervisión no vinculantes a la autoridad sanitaria del nivel central como ente Rector nacional, aquejando la salud colectiva tal como se reportan en los demás países. La Innovación se ha desarrollado siguiendo la Constitución política del Estado que admite como un derecho a la salud y asigna al Estado efectuar gestiones obligatorias para alcanzar que todos los ciudadanos tengan acceso a los diversos servicios de salud en situaciones de calidad y equidad (7). Es necesario señalar, y según la constitución del

Estado los peruanos tienen el derecho al resguardo social en salud, por tanto, a un óptimo nivel de vida resguardando su bienestar con igualdad de oportunidad para el desarrollo de sus capacidades.

En el esquema de la reforma participaron el consejo nacional de salud, los expertos y funcionarios del ámbito nacional e internacional, en dos conferencias internacionales en el 2013 y 2014. Concluyendo a un Acuerdo Nacional, en el cual se proponen políticas de Estado, en el año 2015 se debatió la reforma, en el cual, se elaboró un consenso denominado "Objetivo de la Reforma de Salud"(1).

Cabe destacar que, el investigador Velásquez (8) señala que en el Perú a partir del año 2013 se inicia el proceso de reforma de la salud, teniendo como ideal básico que la salud es un derecho y es el Estado quien debe avalar su gestión y salvaguardar a los habitantes. El objetivo de la reforma es fortalecer la condición de salud de los peruanos, identificar sus limitantes de acceso al sistema y disminuir las condiciones que le imposibilitan realizar plenamente este derecho. El objetivo, además es dar protección en procesos de salud pública e individual y fortalecer la gestión institucional que permita conducir el sistema con efectiva respuesta ante las emergencias y diferentes riesgos.

Así mismo, con la reforma se ratificó la injerencia del MINSA ante las emergencias

sanitarias y se vigorizó la autoridad sanitaria para que el ministerio implemente respuestas en caso de riesgo o interrupción de los servicios por el débil cumplimiento de sus funciones de salud colectiva en los gobiernos locales o regionales (7).

Es importante señalar la investigación de Silberman (9) donde nos muestra que, de los 2306(100%) pacientes internados, 266 (11,54%) fueron internados en la unidad de cuidados intensivos (UCI), 1786 (77,4%) en la unidad de cuidados intermedios y 254 (11%) pacientes en la habitación general. La media de edad fue de 50,63 y del 100% de pacientes, el 55,5% fueron varones. Se obtuvo 253 (10,97%) muertes de los cuales el 64% fueron varones. Del 100%, el 58,3% tuvieron enfermedades antepuestos con un 90% de riesgo a diferencia de los demás. En la UCI, el 40,7% fue el promedio de camas ocupadas, en cuidados intermedios fue el 61,5%. Definitivamente sin los nuevos hospitales, 31 (11,6%) pacientes no se hubieran atendido en las camas de la UCI y 169 (9,46%) pacientes no se hubieran atendido en las camas de cuidados intermedios. Ante esta realidad, en el País Argentino, decidieron ampliar las cifras de camas en los hospitales, ya sea de los cuidados críticos y generales. Para eso, se dispuso la edificación de 12 hospitales modulares en todo el país, de ellos 3 se ubicaron en los municipios de la región sudeste: Quilmes, Almirante Brown y Florencio Varela. Estos 3

hospitales agrandaron un total de 149 camas para internamiento intermedia a la red (con todas las capacidades de ofrecer oxigenoterapia) y 67 camas de la UCI, lo que amplió a un 49,5% en camas para cuidados intermedios y de 76% de las camas de UCI. Los hospitales nuevos funcionan activos a partir del 2 de julio de 2020. Concluyen que, si no se hubiesen puesto en funcionamiento los hospitales construidos, del 100% (169) de pacientes que se hospitalizaron en el área intermedio, el 9,46% no hubiesen encontrado camas y 31 (11,6%), en las UCI. La capacidad de internamiento nunca despuso el 100%, en los momentos más caóticos, se llegaron a ocupar el 71% de camas críticas (septiembre 2020) y el 78,1% de las camas del área intermedio (agosto 2020) (9).

Por otro lado, Huayanay-Espinoza et al. (7) concluyen que la proporción total de gasto del sector salud en obligaciones sociales y pago al personal se redujo del 57% (2005) al 41% (2012). Así mismo, el gasto ejecutado en inversiones (PIP) del MINSA se incrementó de 8,4% (2005) a 14,0% (2012), y a nivel de las regiones también se incrementó de 2,4% (2005) a 19,1% (2012). Esta información revela la importancia de la ejecución relacionado a los PIP. El estudio cuestiona no el incremento del gasto, sino, la calidad de ello y si el gasto es pertinente en el tiempo y espacio donde fueron ejecutado, además de tener en cuenta información básica de ejecución si

esta considera el ámbito rural o urbano e indicadores de pobreza, El estudio propone analizar la culminación de dichos proyectos y si estos responden a las necesidades sociales, como más puesto de salud con infraestructura, equipos y personal adecuado, también analiza el avance del gasto en el MINSA y esto debería tener relación con ciertos indicadores, como: nutrición y mortalidad, ello nos llevara a generar ideas precisas de eficiencia y efectividad del gasto.

Algo similar, Vargas (10) en un ejercicio reflexivo de las inversiones públicas en salud por parte de la cartera de salud del Perú nos dice que para perfeccionar la inversión y lograr excelentes resultados, es preciso la reestructuración conceptual y técnica del SNIP, incorporando necesarios componentes de eficacia social, solidaridad y calidad.

En igual forma, Cerdán (11) analiza el impacto del gasto sector sanitario en relación al crecimiento económico, en la que encuentra una conexión efectiva entre las inversiones públicas per cápita en salud en relación al Producto Bruto Interno per cápita, para el tiempo del 1999 a 2017 a nivel Nacional, otra variable interviniente considerada en el estudio la esperanza de vida que tiene relación inmediata con el crecimiento económico del Perú para el tiempo del 1999 a 2017. Esta ecuación nos demuestra que si incrementamos en 1% las

inversiones públicas per cápita en salud la esperanza de vida desarrollará en 0.01%, y consiguientemente se apreciará la crecida promedio del crecimiento económico en S/ 7.97 soles por habitante a nivel nacional.

Aunque en otro sentido Vilca y Salazar (12) nos muestran que la no conclusión de un proyecto hospitalario de acuerdo a los términos contractuales o estándares preestablecidos transgreden los derechos humanos, demostrado actos de corrupción; evidentemente manifiestan la falta de ética e incapacidad de los empleados y funcionarios públicos, es decir, mala gestión. El origen de todo esto está en el hecho que el aparato de salud pública tiene diversas carencias a nivel funcional y estructural oprimiendo principalmente al sector más frágil de la población.

En concordancia con la investigación realizada por Graham y Huanca (13) comparan aspectos de tiempos y costos en las dos modalidades más comunes (obras públicas hechas por el Estado y obra por impuestos) se refieren a dos hospitales de categorías II-1: El hospital César Vallejo M, de La región La Libertad (Oxl) y el hospital de Ilo, de la región Moquegua (OPT). La investigación fue un estudio de caso, ha demostrado que la estrategia Oxl siendo un hecho nuevo de ejecución resulta más eficiente a diferencia de la OPT.

Los hallazgos encontrados en su investigación de Ordoñez, Riega y Calisaya

(14) nos dicen que las Inversiones Públicas y Privadas interceden ventajosamente en el desarrollo de las Infraestructuras del sector salud del Perú en el Periodo: 2000-2014.

Así mismo, Cumpa (15) determina que la infraestructura de la Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPRESS) se encontraba en estado de regular y malo de conservación (75%), de la misma forma que su equipamiento y mobiliario (76.60%). Con esos antecedentes se desarrolla un proyecto con la modalidad del método del Invierte.pe permitiendo mejorar las capacidades resolutivas de la IPRESS.

En ese mismo orden Ramírez (16) identifica que ningún hospital tiene desempeño según los máximos deseados, encontrando, además, que los niveles de mantenimiento están en el rango de (35% – 70%), representando una gestión media buena; además se hallaron debilidades estructurales que complican el logro de los objetivos del área de mantenimiento, no obstante que se pueden implementar mejoras en el proceso.

En relación a la problemática expuesta, Mendieta (17) al investigar la gestión de riesgos y su relación con el objetivo que todo proyecto debe obtener tales como: Respeto de sus costos previstos, un fijo calendario, obediencia de sus especificaciones (alcance) y su calidad. concluyendo que todos los riesgos asociados

tienen una correlación positiva y directa en los objetivos del proyecto.

Por su parte Garrafa (5) en su trabajo realizado con la finalidad de favorecer las brechas de coberturas, y calidad en la ejecución de los servicios y bienes públicos en regiones de mayor índice de pobreza, tuvo como resultado: Los tiempos extensos en las formulaciones, evaluaciones y ejecuciones de los proyectos de las inversiones públicas a nivel de su perfil, su expediente técnico y su ejecución de obras, retardan la inversión pública de acuerdo a lo proyectado, por ende es preciso vigorizar el sistema administrativo, las habilidades de los funcionarios y especialistas en el marco del método "Invierte.Pe".

Cabe resaltar que la investigadora Coronado (18) obtuvo como resultado que la IPRESS se encontraba en situaciones físicas pésimas, por ello se elaboró el Proyecto de Inversión Pública fundamentado en la metodología del SNPM y GI (Invierte.pe), llamado: "Recuperación de las prestaciones de los servicios del P.S. Maravillas"; el estudio se realizó de acuerdo a la falta requerida en las áreas, cuidando la solicitud permitida mediante las ofertas de los servicios propuestos. En conclusión, el proyecto tuvo una inversión de S/4'871,028 con un VACS de S/4'366,049 con un indicador de eficacia de 3617

personas, ofreciendo una eficacia de S/.1207 de costo por beneficiario (3).

En relación a la idea anterior pero llevados a cabo en una Municipalidad, Escobar (19) concluye que, la gestión municipal se relaciona significativa y positivamente con las inversiones públicas en la Municipalidad Provincial de Huaral (MPH). ($r_s=0,839$, $p=0.000 < 0.05$), de modo que se excluye la hipótesis nula, así mismo, quedó revelado que el ámbito de desarrollo organizacional se relaciona significativa y positivamente con las inversiones públicas en la MPH. ($r_s=0,701$, $p=0.000 < 0.05$), de este modo se contradice la hipótesis nula.

Simultáneamente en la publicación de Eguino et al. (20) llegaron a las conclusiones basadas en estudios de caso de Argentina y México: i) la gestión de la inversión pública en los gobiernos subnacionales es ineficiente en todas las fases del ciclo de los proyectos, siendo particularmente deficitaria en las etapas de planificación estratégica, evaluaciones ex ante, evaluaciones de impactos, auditoría y gestión de activos; ii) en promedio los gobiernos subnacionales tienen una menor capacidad de gestión de la inversión pública cuando se los compara con el gobierno nacional, aunque al existir una gran heterogeneidad, algunos muestran un mayor nivel de eficiencia que el observado a nivel federal, y iii) un factor que incide en la ineficiencia de las gestiones de las

inversiones públicas subnacional es la falta de coordinación intergubernamental y las dificultades que tienen los gobiernos nacionales para cumplir su papel de entes rectores de las inversiones públicas en todos sus niveles de gobierno y de apoyo a la generación de capacidades a nivel descentralizado.

Es necesario recalcar que, el Instituto Peruano de Economía, informa que, los presupuestos finales del MINSA a partir del año 2015, es menor que al de su apertura. Al tener una base menor, su nivel de ejecución es mayor. En el año 2020 el presupuesto del MINSA incremento a 23% (S/22,8 mil millones), esta variación bordea la media de toda la década (26%). Aun así, el sistema está rebasado. En la última década, el MINSA ha incrementado el 10% de su eficiencia del gasto de los recursos. El año 2015 tuvo mejor resultado en capacidad de gasto con un 92,8%, por encima del promedio de la década (87,8%). Lo inverso ocurrió en el año 2011, con avance de 80,1%. En un plano más preciso, la eficacia en el MINSA ha venido mejorando. Del 87,7% de avance en el año 2010 se superó a un 94,4% en el año 2019. Sin embargo, se observa una variación particular en el PIA monto establecido en el proyecto de ley para su respectiva aprobación VS el PIM que refleja la asignación final de recursos en cada año. Entre los años 2010 y 2019, en seis circunstancias el PIM terminó siendo menor

al PIM. Esta rutina viene desde el año 2015. La secuela es que, al ser la base menor, el porcentaje de eficiencia finaliza siendo mayor (1).

Desde otro punto de vista, Marcelo Capello (2017) Concluye que, en los países federales de Latinoamérica, como Brasil, Argentina y México, las inversiones públicas que realizan estos gobiernos subnacionales suelen superar el 40% del total de su inversión pública consolidada. No obstante, mientras que sus sistemas de Gestión de Inversión Pública (GIP) al nivel central han sido objeto de diagnósticos y reformas para su modernización, sus condiciones de la GIP al nivel subnacional han recibido menos atención. En los últimos años Argentina ha demostrado baja tasas de inversiones públicas, con evidentes brechas de infraestructura en sus provincias, de modo que el estudio de los procesos de gestión de las inversiones públicas en dicho nivel de gobierno resulta un aporte trascendental para la implementación de perfeccionamiento en la gestión fiscal y económica.

En contraste con lo anterior, autores como Plata (21) concluye que los crecimientos económicos de un Estado es uno de los factores que permitirá mejorar las situaciones de salud de una ciudad, los grandiosos avances ejecutados en salud pública, la innovación de nuevas medicinas y el paso a la tecnología de la salud son los

factores menos trascendentales a la hora de explicar las mejoras en salud. Así mismo se abre la posibilidad de que un progreso en la salud (una mayor esperanza de vida) intervenga positivamente en el crecimiento económico considerando “economías con una esperanza de vida” pudiendo ser negativa para economías más adelantadas. La mejora de la salud es la piedra angular de una transformación demográfica exitosa, de una fecundidad alta hacia una fecundidad baja. Conforme empequeñece la mortalidad infantil, también lo hace la fecundidad.

Por otro lado, Bravo (22) en su artículo sobre Asociaciones Público Privadas (APP) en el sector salud, concluye que, en el Perú, la primera entidad del sistema sanitario que realizó contrato en forma de APP es el ESSALUD. Presentando detalles muy usuales como: la auto sostenibilidad y la estandarización, procediendo de las disposiciones privadas y correspondiendo al prototipo de costos. Son auto sostenibles, ya que, los servicios son pagados por los asegurados y organizados bajo los esquemas del modelo de costo, pues las eventualidades de las demandas corresponden a ESSALUD y las eventualidades de los servicios a los Operadores especializados y privados. Son estandarizados porque conservan una estructura en común, excepto en los apartados del sistema financiero y económico, por lo mismo que la cancelación

financiera de los hospitales difieren levemente de la logística y las torres de los consultorios, adquiriendo así implicancias financieras.

Así mismo, Alemán et al (23) han demostrado que los diferentes modos de ejecutar los proyectos no hacen a uno superior que a otro. Absolutamente todas han presentado ciertos tipos de desviaciones de una u otra manera ya sea de alcances, plazos y costos en relación a lo proyectado. Sus empleos de las modalidades dependen, en gran punto, de las complejidades de las infraestructuras, de la capacidad técnica de los Organismos Ejecutores y de los marcos legales e institucionales que gobierna en el Estado. Es oportuno señalar, que en cualquiera de las modalidades de su ejecución (tradicionales, diseños y construcciones, diseños y supervisiones o construcciones y equipamientos, u otro diferente), es preciso analizar el proyecto durante todo su ciclo de vida, y que las secuencias entre una fase se realicen de forma consistente y ordenada.

Es importante la publicación de Astorga (2) donde señala que existen IPRESS antiguos con más de 100 años, como en El Salvador (Hospital Rosales) y el de Lima Perú (Hospital Dos de mayo), que al no lograr modernizar su infraestructura son vulnerables ante un terremoto o algún clima intenso; Así mismo se suman los problemas

de seguridad de los pacientes asociando la infección nosocomial o fallas de los equipos con soporte vital; Inseguridad de los recursos humanos; Discontinuidad de los servicios por falla eléctrica, alcantarillados, agua, ascensores, etc.; Costosos exigencias de mantenimiento. En este contexto el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), ha estimado prioritario y oportuno mejorar las capacidades de los Estados con la finalidad de gestionar de carácter eficiente y eficaz los ciclos de programación y realización de los proyectos de inversión en salud.

Paralelamente, Astorga concluye en su blog que, el promedio de camas por 1000 habitantes es de 2.1 para los países de América Latina. El número de camas disponibles muestra un nivel que va a partir de Guatemala (0.6) y Honduras (0.7) camas, inclusive Cuba (5.3) y Argentina (4.5) camas. La investigación de la Red Asistencial de Guatemala (ERAGU), determina que en la actual condición epidemiológica las demandas de hospitalizaciones eran de 0.9 por cada 1000 habitantes. Basándose a estas referencias, los peligros de manejar un “estándar internacional” de número de cama para todas las planificaciones de los hospitales son dos: caemos en subdimensionamiento de su capacidad, es decir, que el hospital sea muy chico para la demanda requerida (nació pequeño) o sobredimensionamiento, que se instalen más camas de lo necesario (elefante blanco) (2).

2. Metodología

Proceso de selección de la información

La búsqueda de información para este tema Inversión pública en infraestructura hospitalaria se realizará teniendo en consideración la revisión básica de fuentes como revistas, publicaciones originales científicos más recientes. Además de fuentes secundarias que nos permitirán localizar información a nivel global como las bases de datos Scielo.org, Visor redalyc y otros (Bibliotecas electrónicas científicas en líneas) usando la siguiente palabra claves: Brechas de Infraestructura, Estado de emergencia, Inversión Pública en salud, Hospitales (en idioma español). Se prefirieron estos descriptores por su propia naturaleza del tema, así como se ha expresado en el apartado anterior. Para buscar los datos se usó protocolos que me ha permitido organizar cada información por cada artículo. Esta norma colecciono información de estos campos: autor, periodo de publicidad, tipos de las metodologías posteriormente, país donde fue investigado, un resumen breve, los objetivos y descripción de los colaboradores (Tabla 2). Para definir el tipo de metodologías utilizadas en cada investigación, se tuvo en consideración las publicaciones de Garrafa (5), Cerdán (11), Graham y Huanca (13), Ordoñez, Riega y Calisaya (14), Cumpa (15), Mendieta (17), Coronado (18), Reyes (24), Hernández, Fernández y Baptista (25) y Viscaíno et al. (26). Estos escritores definieron las

tipologías siguientes: investigaciones descriptivas, cuantitativas, cualitativas y mixta.

Proceso de revisión:

Todas las bibliografías como referencias fueron analizados y reunidos independientemente por investigadores, los que efectuaron por lo menos dos lecturas completas de los mismos. Sobre los años de publicidad, los diseños metodológicos, lo países de referencias y sus colaboradores, se establecieron en una tabla, cuya versión final fue consensuado entre todos los investigadores (Tabla 2).

Tabla 2 Artículos incluidos en la revisión según palabras claves utilizadas:

FUENTE	TITULO	AÑO DE PUBLICACIÓN	URL	BREVE RESUMEN
Astorga Ignacio	¿Cuántas camas necesita mi nuevo hospital?	2019	https://blogs.iadb.org/salud/es/curso-preinversion-hospitalaria/	Concluye que, el promedio para los países de América Latina es de 2.1 camas por 1000 habitantes. El número de camas disponibles muestra un nivel que va a partir de Guatemala (0.6) y Honduras (0.7) camas, inclusive Cuba (5.3) y Argentina (4.5) camas. La investigación de la Red Asistencial de Guatemala (ERAGU), determina que en la actual condición epidemiológica las demandas de hospitalizaciones eran de 0.9 por cada 1000 habitantes. Basándose a estas referencias, los peligros de manejar un “estándar internacional” de número de cama para todas las planificaciones de los hospitales son dos: caemos en sub-dimensionamiento de su capacidad, es decir, que el hospital sea muy chico para la demanda requerida (nacido pequeño) o sobredimensionamiento, que se instalen más camas de lo necesario (elefante blanco).
Astorga Ignacio	Los hospitales públicos de América Latina tienen un promedio de 60 años, ¿eres parte de la solución?	2017	https://blogs.iadb.org/salud/es/hospitales-publicos/	En su publicación Los hospitales públicos de América Latina tienen un promedio de 60 años, ¿eres parte de la solución? Concluyen: Que existen IPRESS antiguos con más de 100 años, como en El Salvador (Hospital Rosales) y el de Lima Perú (Hospital Dos de mayo), que al no lograr modernizar su infraestructura son vulnerables ante un terremoto o algún clima intenso; Así mismo se suman los problemas de seguridad de los pacientes asociando la infección nosocomial o fallas de los equipos con soporte vital; Inseguridad de los recursos humanos; Discontinuidad de los servicios por falla eléctrica, alcantarillados, agua, ascensores, etc.; Costosas exigencias de mantenimiento. En este contexto el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), ha estimado prioritario y oportuno mejorar las capacidades de los Estados con la finalidad de gestionar de carácter eficiente y eficaz los ciclos de programación y realización de los proyectos de inversión en salud.
Alemán Marco, Astorga Ignacio, et al.	¿Cómo podemos mejorar la gestión de los proyectos de infraestructura en la región?	2020	https://publications.iadb.org/publications/spanish/document/Diseno-y-construccion-de-hospitales-Como-podemos-mejorar-la-gestion-de-los-proyectos-de-infraestructura-en-la-region.pdf	Han demostrado que los diferentes modos de ejecutar los proyectos no hacen a uno superior que a otro. Absolutamente todas han presentado ciertos tipos de desviaciones de una u otra manera ya sea de alcances, plazos y costos en relación a lo proyectado. Sus empleos de las modalidades dependen, en gran punto, de las complejidades de las infraestructuras, de la capacidad técnica de los Organismos Ejecutores y de los marcos legales e institucionales que gobierna en el Estado. Es oportuno señalar, que en cualquiera de las modalidades de su ejecución (tradicionales, diseños y construcciones, diseños y supervisiones o construcciones y equipamientos, u otro diferente), es preciso analizar el proyecto durante todo su ciclo de vida, y que las secuencias entre una fase se realicen de forma consistente y ordenada.
Bravo Orellana Sergio	Asociaciones Público-Privadas en el sector salud	2013	file:///C:/Users/PC/Downloads/13472-Texto%20del%20art%C3%ADculo-53649-1-10-20150731.pdf	En las últimas décadas, las Asociaciones Público-Privadas (APP) han adquirido gran relevancia a nivel mundial. Con respecto al sector Salud, estas han permitido reducir las necesidades de infraestructura y servicios de salud. Los proyectos de sector Salud involucran elevados montos de inversión sobre todo en la construcción y operación de Hospitales- lo cual imposibilita a los gobiernos financiarlos fácilmente; sin embargo, gracias a las alianzas público-privadas estos proyectos han podido llevarse a cabo exitosamente, logrando mejorar la calidad de vida de la población.

				El presente estudio se centra en el caso peruano, siendo ESSALUD la primera Institución en el Perú en suscribir contratos de APP en el Sector Salud. Se presentarán los documentos administrativos que permitieron las Iniciativas Privadas, las características de los contratos, los proyectos de APP de ESSALUD y por último, se realizará un análisis de las lecciones aprendidas en la promoción y estructuración de este tipo de contrato en el sector.
Coronado Ramirez, Rosmeri	“Proyecto de inversión pública de un puesto de salud para la rentabilidad social en Mochumí, Lambayeque”	2017	https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/33178?show=full	Obtuvo como resultado que el puesto de salud se encuentra en malas condiciones físicas, por ende elaboró el Proyecto de Inversión Pública basado en la metodología del Sistema Nacional de Programación Multianual y Gestión de Inversiones (Invierte.pe), denominado: “Recuperación de la prestación de servicios de atención integral del Puesto de Salud Maravillas”; realizando el estudio de acuerdo a las necesidades requeridas en el área de estudio, cubriendo la demanda potencial mediante la oferta de servicios propuestos. En conclusión, mediante el estudio realizado el proyecto tiene una inversión de s/.4' 871,028 con un VACS de S/. 4' 366,049 con el indicador de eficacia de 3617 personas, brindando un costo eficacia de S/. 1207 por beneficiario.
Cumpa García, Devora Xiomara	“Proyecto de inversión pública para el mejoramiento de la capacidad resolutive del Centro de Salud Mesones Muro, Ferreñafe	2018	file:///C:/Users/PC/Downloads/Cumpa_GDX.pdf	Con el fin de cerrar brechas de calidad y de cobertura de un centro de salud, elaboro un proyecto de inversión pública con la metodología del Invierte.pe del Ministerio de Economía y Finanzas. La investigación ha determinado que la infraestructura se encuentra en estado de conservación entre regular y malo (75%), de la misma forma que su equipamiento y mobiliario (76.60%). Con esos antecedentes se desarrolla un proyecto con la modalidad del sistema del Invierte.pe que ha permitido la mejora de las capacidades resolutive del centro de salud Mesones Muro.
V. Mayra. Et al.	“Evaluación de la gestión del mantenimiento en hospitales del instituto ecuatoriano de seguridad social de la zona 3 del Ecuador”	2019	http://scielo.senescyt.gob.ec/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1390-860X2019000200059	El propósito fue obtener una valoración cuantitativa de la gestión del mantenimiento en los hospitales del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de la Zona 3 del Ecuador. En ella se identificaron que ningún hospital tiene desempeño según los máximos deseados, encontrando, además, que los niveles de mantenimiento están en el rango de (35 % – 70 %), representando una gestión media buena; además se encontraron debilidades estructurales que comprometen el logro de los objetivos del departamento de mantenimiento, no obstante que se pueden implementar mejoras en el proceso.
Mendieta David	“Riesgos asociados del proyecto de inversión pública “mejoramiento de los servicios de salud en el hospital de Tocache – Región de San Martín”	2018	http://repositorio.unas.edu.pe/handle/UNAS/1447	Analiza la gestión de riesgos y su relación con el objetivo que todo proyecto debe conseguir como: su cumplimiento de los costos previstos, su calendario determinado, su cumplimiento de sus especificaciones (alcance) y la calidad. Concluyendo que los riesgos tomados tienen una relación directa y positiva en los objetivos del proyecto.

Escobar Carmelo, Keny Rodrigo	“Gestión municipal e inversión pública en la Municipalidad Provincial de Huaral”	2020	https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/47481/Escobar_CKR-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y	La gestión municipal se relaciona positiva y significativamente con la inversión pública en la Municipalidad Provincial de Huaral. ($r_s=0,839$, $p=0.000 < 0.05$), de modo que se desestima la hipótesis nula, así mismo, quedó revelado que el desarrollo organizacional se relaciona positiva y significativamente con la inversión pública en la Municipalidad Provincial de Huaral. ($r_s=0,701$, $p=0.000 < 0.05$), de modo que se impugna la hipótesis nula.
Garrafa Valenzuela, Erwin	“Plan de mejora en la gestión de la inversión pública en gobiernos regionales”	2017	https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/UUNI_f1481999eb8c3948aa98b2cd611e8f8a	El trabajo contribuye a la disminución de brechas de coberturas y calidad en la ejecución de servicios y bienes públicos en regiones de mayor índice de pobreza, teniendo como resultado de los tiempos prolongados en la formulación, evaluación y ejecución de los proyectos de inversión pública a nivel de perfiles, expedientes técnicos y ejecución de obras, retrasando de esta manera la inversión pública de acuerdo a lo planificado por ende es necesario fortalecer los sistemas administrativos, las capacidades de funcionarios y operadores en el marco del reciente sistema "Invierte.Pe" que comprende la Programación Multianual y Gestión de Inversiones de los Proyectos de Inversión Pública.
Graham Milla, Lizett K, & Huanca Palomino, Lisel	“Inversión en salud: obras por impuestos en el nivel nacional a partir de la experiencia regional”	2017	https://repositorio.up.edu.pe/bitstream/handle/11354/1700/Lizett_Tesis_Maestria_2017.pdf?sequence=1&isAllowed=y	Compara aspectos de tiempos y costos en las dos modalidades más comunes (obras públicas hechas por el Estado y obra por impuestos) se refieren a los establecimientos del nivel hospitalario de categoría II-1: Hospital de Ilo, en Moquegua (OPT) y el Hospital César Vallejo Mendoza, en La Libertad (Oxl). La investigación que fue un estudio de caso ha demostrado que el mecanismo Oxl es una modalidad nueva de ejecución resultando eficiente en comparación a la OPT.
Huascar, Eguino, Marcelo capello et al.	¿Cuán eficiente es la gestión de la inversión pública subnacional? Situación de los países federales de América Latina	2020	file:///C:/Users/PC/Downloads/Cuan-eficiente-es-la-gestion-de-la-inversion-publica-subnacional-Situacion-de-los-paises-federales-de-America-Latina.pdf	Basadas en estudios de caso de Argentina y México: llega a las siguientes conclusiones: i) la gestión de la inversión pública en los gobiernos subnacionales es ineficiente en todas las etapas del ciclo de proyectos, siendo particularmente deficitaria en las etapas de planificación estratégica, evaluación ex ante, evaluación de impactos, auditoría y gestión de activos; ii) en promedio los gobiernos subnacionales tienen una menor capacidad de gestión de la inversión pública cuando se los compara con el gobierno nacional, aunque al existir una gran heterogeneidad, algunos muestran un mayor nivel de eficiencia que el observado a nivel federal, y iii) un factor que incide en la ineficiencia de la gestión de la inversión pública subnacional es la falta de coordinación intergubernamental y las dificultades que tienen los gobiernos nacionales para cumplir su papel de entes rectores de la inversión pública en todos los niveles de gobierno y de apoyo a la generación de capacidades a nivel descentralizado.
Instituto Peruano de Economía	“Un gasto desarticulado en salud”	2020	https://www.ipe.org.pe/portal/un-gasto-desarticulado-en-salud/	Desde el año 2015, los presupuestos finales del Ministerio de Salud (MINSA) son menores que los de apertura. Al ser la base inferior, el nivel de ejecución es mayor. En lo que va del año 2020, el presupuesto de la función Salud ha aumentado en 23% hasta los S/22,8 mil millones. La variación bordea el promedio de la década (26%). Pero aun así el sistema está siendo rebasado. En la última década, la función Salud ha venido incrementando la eficiencia del gasto de los recursos en más de 10 puntos porcentuales. El año de mejor resultado fue el 2015 en que la capacidad de gasto fue de 92,8%, por encima de la media de la década (87,8%). Lo contrario ocurrió en el 2011, cuando el avance fue de solo 80,1%. En un plano más detallado, en el MINSA, la eficiencia también ha venido mejorando. De un avance de 87,7% en el 2010 se pasó a un 94,4%

				en el 2019. Sin embargo, se observa una variación particular en el Presupuesto Institucional de Apertura (PIA) monto establecido en el proyecto de ley para su respectiva aprobación VS el Presupuesto Institucional Modificado (PIM) que refleja la asignación final de recursos en cada año. Entre el 2010 y el 2019, en seis ocasiones el modificado terminó siendo menor al de apertura. Esta tendencia viene desde el 2015. El efecto es que, al ser la base menor, el porcentaje de eficiencia termina siendo mayor.
Cerdán obregón Karla consuelo	“Inversión pública en el sector salud y crecimiento económico en el Perú”	2019	https://repositorio.lamolina.edu.pe/handle/20.500.12996/3932	Analiza el impacto del gasto sector salud en relación al crecimiento económico, en la que encuentra una asociación positiva entre la inversión pública per cápita en salud respecto al Producto Bruto Interno per cápita, para el período 1999- 2017 a nivel Nacional, otra variable interviniente considerada en el estudio esperanza de vida tiene relación directa respecto al crecimiento económico en el Perú para el período 1999-2017. Dicha ecuación nos muestra que si se incrementó en 1 por cien la inversión pública per cápita en salud la esperanza de vida aumentará en 0.01 por ciento, consecuentemente se notará el incremento promedio de crecimiento económico en S/ 7.97 soles por persona a nivel nacional.
Marcelo Capello y Huascar Equino	“Inversión pública en provincias de Argentina: ¿Cuán eficiente es su gestión?”	2017	https://www.cepal.org/sites/default/files/events/files/capello_equino_doc.pdf	En países federales de Latinoamérica, como Argentina, Brasil y México, la inversión pública que realizan los gobiernos subnacionales de nivel intermedio suele superar el 40% del total de la inversión pública consolidada. No obstante, mientras que los sistemas de Gestión de Inversión Pública (GIP) al nivel central han sido objeto de diagnósticos y reformas para su modernización, las condiciones de la GIP al nivel subnacional han recibido menos atención. En los últimos años Argentina ha mostrado baja tasa de inversión pública, con marcadas brechas de infraestructura entre sus provincias, de modo que el estudio de los procesos de gestión de la inversión pública en dicho nivel de gobierno resulta un aporte importante para la implementación de mejoras en la gestión fiscal y económica.
Vilca Mozo	“La gestión pública, en los proyectos de inversión inconclusos y los derechos humanos (caso Hospital Antonio Lorena de Cusco, periodo 2014-2018)”	2020	https://repositorio.uandina.edu.pe/handle/20.500.12557/3729	Nos muestra que la no conclusión de un proyecto hospitalario de acuerdo a los términos contractuales o estándares pre establecidos transgreden los derechos humanos, evidenciado actos de corrupción; evidentemente manifiestan incapacidad y falta de ética de los funcionarios y servidores públicos, es decir, mala gestión. El origen de todo esto está en el hecho que el sistema de salud pública tiene muchas deficiencias a nivel estructural y funcional afectando principalmente a los sectores más vulnerables de la población.
Ordoñez Tello, Giuliano Próspero	“La inversión pública y privada en el desarrollo de la infraestructura de salud en el periodo: 2000-2014”	2017	http://repositorio.vigv.edu.pe/handle/20.500.11818/1500	Los hallazgos encontrados nos dicen que la Inversión Pública y Privada influyen favorablemente en el desarrollo de la Infraestructura de Salud Peruana en el Periodo: 2000-2014.

Plata Pérez, Pedro	"Los vínculos entre crecimiento económico y la salud". Revista de Análisis de Economía, Comercio y Negocios Internacionales	2010	http://publicaciones.eco.uaslp.mx/VOL6/Paper02-4(2).pdf	El crecimiento económico de un país es un factor que permite mejorar las condiciones de salud de una población, los grandes avances realizados en materia de salud pública, el descubrimiento de nuevos medicamentos y el acceso a la tecnología de la salud son factores menos importantes a la hora de explicar las mejoras en salud. Así mismo se abre la posibilidad de que una mejora en la salud (una esperanza de vida mayor) influya positivamente en el crecimiento económico considerando economías con una esperanza de vida puede ser negativa para economías más avanzadas. La mejora en la salud es la piedra angular de una transición demográfica exitosa, de una fertilidad alta hacia una fertilidad baja. Conforme disminuye la mortalidad de la niñez, también lo hace la fertilidad.
Silberman M. et al	"La región sudeste del gran buenos aires frente a la pandemia: evaluación de la ampliación del sistema de salud en el marco de la covid-19"	2021	http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1853-810X2021000200007&lang=pt	De los 2306(100%) pacientes internados, 266 (11,54%) fueron internados en la unidad de cuidados intensivos (UCI), 1786 (77,4%) en la unidad de cuidados intermedios y 254(11%) pacientes en la habitación general. La media de edad fue de 50,63 y del 100% de pacientes, el 55,5% de los pacientes fueron varones. Se obtuvo 253(10,97%) muertes de los cuales el 64% fueron varones. Del 100%, el 58,3% tuvieron enfermedades antepuestas con un 90% de riesgo a diferencia de los demás. En la UCI, el 40.7% fue el promedio de camas ocupadas, en cuidados intermedios fue el 61,5%. Sin los nuevos hospitales, 31 (11,6%) pacientes no se hubieran atendido en las camas de la UCI y 169 (9,46%) pacientes no se hubieran atendido en las camas de cuidados intermedios. Ante esta realidad, en el País Argentino, decidieron ampliar las cifras de camas en los hospitales, ya sea de los cuidados críticos y generales. Para eso, se dispuso la edificación de 12 hospitales modulares en todo el país, de ellos 3 se ubicaron en los municipios de la región sudeste: Quilmes, Almirante Brown y Florencio Varela. Estos 3 hospitales agrandaron un total de 149 camas para internamiento intermedia a la red (con todas las capacidades de ofrecer oxigenoterapia) y 67 camas de la UCI, lo que amplio a un 49,5% en camas para cuidados intermedios y de 76% de las camas de UCI. Los hospitales nuevos funcionan activos a partir del 2 de julio de 2020.
Reyes Vera, Joselyn Kassandra	"La inversión pública en salud y su incidencia en la disminución de los índices de la pobreza en el Ecuador, periodo 2013-2017"	2018	http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/34437/1/REYES%20VE RA.pdf	Analizaron la inversión pública en salud y su incidencia en los niveles de pobreza, cuya conclusión es que la inversión pública contribuye a bajar los índices de pobreza extrema así mismo para alcanzar los objetivos del milenio como garantizar el acceso a la salud y velar por el bienestar de la sociedad como derecho fundamental de la persona.
Velásquez. A. et al	"Reforma del sector salud en el Perú: derecho, gobernanza, cobertura universal y respuesta contra riesgos sanitarios"	2016	http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342016000300022&lang=pt	En el año 2013 el Perú dio inicio a un proceso de reforma de la salud, teniendo como ideal básico que la salud es un derecho y es el Estado quien debe garantizar su gestión y la protección de los ciudadanos. El objetivo de la reforma es fortalecer el estado de salud del ciudadano, identificar sus limitantes de acceso al sistema y disminuir las condiciones que le impiden ejercer plenamente este derecho. El objetivo, además es de dar protección en términos de salud individual, salud pública y el de fortalecer la gestión institucional que permitiera la conducción del sistema y efectiva respuesta ante riesgos y emergencias.

A. Carlos. et al	“¿Incremento en el gasto por inversión en el sector salud: ¿eficiencia y efectividad en el gasto?”	2015	http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342015000400033&lang=pt	El porcentaje de gasto total del sector Salud en personal y obligaciones sociales pasó del 57% el año 2005 al 41% el año 2012, se vio reducido, datos para el MINSA a nivel regional. Por otro lado, el gasto ejecutado en inversión (PIP) en el MINSA se incrementó de 8,4% el 2005 a 14,0% el 2012, mientras que a nivel de las regiones se incrementó de 2,4% el 2005 a 19,1% el 2012. Esta información revela la importancia de la ejecución relacionado a los PIP. El estudio cuestiona no el incremento del gasto, sino, la calidad de ello y si el gasto es pertinente en el tiempo y espacio donde fueron ejecutado, además de tener en cuenta información básica de ejecución si esta considera el ámbito rural o urbano e indicadores de pobreza, El estudio propone analizar la culminación de dichos proyectos y si estos responden a las necesidades sociales, como más puesto de salud con infraestructura, equipos y personal adecuado, también analiza la evolución del gasto en el sector salud y ésta debe tener relación con ciertos indicadores, como: nutrición y mortalidad, ello nos llevara a generar ideas precisas de eficiencia y efectividad del gasto.
Vargas	“Equidad e inversión en salud pública en la República del Perú”	2011	https://www.scielosp.org/pdf/rcsp/2011.v37n4/452-461	Para optimizar la inversión y lograr mejores resultados, se hace necesario hacer una reestructuración técnica y conceptual del Sistema Nacional de Inversión Pública, incorporándole indispensables componentes de eficiencia social, calidad y solidaridad.

3. Conclusiones

- La entrega de una nueva infraestructura afín a la necesidad de la localidad nos facilitara optimizar la calidad de vida, fortalecer el acceso a la salud de la población vulnerable y, la inclusión social.
- La infraestructura en salud juega un rol muy significativo e importante en la paliación de desastres naturales ya sea en el tratamiento de los heridos y enfermedades.
- No se podría dar servicios de salud de calidad en infraestructuras inadecuadas de los puestos, centros, hospitales, institutos especializados y clínicas, ya sea conducidos por el Estado o por la parte privada.
- En las infraestructuras hospitales habitualmente brindan servicios médicos de emergencia, atenciones secundarias y terciarias, en cambio las infraestructuras de los puestos y centros de salud brindan atenciones primarias y algún cuidado básico en primeros auxilios.
- El cierre de brecha de infraestructura será viable en la medida que se canalice los ahorros domésticos para estos tipos de activos.
- En la mayoría de países de América Latina, así como en Perú, donde los mercados de capitales no están suficientemente desarrollados y las posibilidades de tomar cobertura no están disponibles o son demasiado costosas, el financiamiento proveniente de fuentes externas es difícil de obtener para proyectos de infraestructura.
- En el Perú, en los últimos 15 años, a lo largo del ciclo de los proyectos en cualquier modalidad, ha sido la principal causa de no poder contar con una adecuada infraestructura de salud ya sea por la falta de continuidad de los funcionarios (por ejemplo 10 ministros de salud en 5 años), limitadas competencias y capacidades de los funcionarios y personal externo dedicado a los proyectos de inversión, y por ultimo e importante la Corrupción a nivel micro y macro en los tres niveles de gobierno (central, regional y local).
- Pese a los progresos en estos años, la estimación de CEPAL sobre la brecha de infraestructura muestra que, aún quedan largos trechos para conseguir el ritmo de ascenso de la demanda, más aún si se desea ocupar la brecha con una cobertura del 100% y de forma sostenible como promueven la Agenda 2030.
- En caso de que la Unidad Ejecutora no disponga de las capacidades técnicas para la supervisión de los diseños, se recomienda se contrate a firmas externas para dicha actividad que garantice la calidad de los proyectos en forma y contenido. Estas firmas pueden realizar la tarea o apoyar al equipo del

Organismo Ejecutor en la supervisión del diseño

- Es primordial la planeación y ordenación adecuado de los territorios para el desarrollo de la infraestructura, con la finalidad de sobresalir miradas cortoplacistas que no observan la necesidad de la comunidad donde se despliegan proyectos de infraestructura y que en algunos momentos terminaron disminuyendo el bienestar de las sociedades. Es por ello que, la mejora de la infraestructura debe ubicar a la gente en el eje del desarrollo para certificar que se promueva los efectos anhelados en la prosperidad de las condiciones de vida de la población.

4. Referencias

1. MINSA. Diagnósticos de brecha de infraestructuras y equipamientos del sector salud a nivel nacional [Internet]. 2021 [Citado el 5 de octubre 2021]. Disponible en: 2021 <https://www.minsa.gob.pe/Recursos/OTRANS/08Proyectos/2021/DIAGNOSTICO-DE-BRECHAS.pdf>
2. Astorga I. ¿Cuántas camas necesita mi nuevo hospital? Banco Interamericano de Desarrollo [Internet]. 2019 [Citado el 8 de octubre 2021]. Disponible en: <https://blogs.iadb.org/salud/es/curso-preinversion-hospitalaria/>
3. Milla S L. Inversion en salud: obras por impuestos en el nivel [Internet]. 2017 [Citado el 5 de noviembre 2021]. Disponible en: https://repositorio.up.edu.pe/bitstream/handle/11354/1700/Lizett_Tesis_Maestria_2017.pdf?sequence=1&isAllowed=y
4. Franco D I. Riesgos asociados del proyecto de inversión pública mejoramiento de los servicios de salud en el hospital de Tocache – Región de San Martín. Huánuco, Tingo María- Perú [Internet]. 2018 [Citado el 10 de noviembre 2021]. Disponible en: http://repositorio.unas.edu.pe/bitstream/handle/UNAS/1447/DIMF_2018.pdf?sequence=1&isAllowed=y
5. Garrafa E. Plan de mejora en la gestión de la inversión pública en gobiernos regionales. Lima, Perú [Internet]. 2017 [Citado el 10 de noviembre 2021]. Disponible en: https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/UUNI_f1481999eb8c3948aa98b2cd611e8f8a
6. Velásquez A, Suarez D y Nepo-Linares E. Reforma del sector salud en el Perú: derecho, gobernanza, cobertura universal y respuesta contra riesgos sanitarios. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública. 2016.
7. Huayanay-Espinoza C, Huayanay A y Huicho L. Incremento en el gasto por inversión en el sector salud: ¿eficiencia y efectividad en el gasto? Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública [Internet]. 2015 [Citado el 16 de octubre 2021]. Disponible en:

http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342015000400033&lang=pt

8. Velásquez A. Salud en el Perú: hacia la cobertura universal y una respuesta efectiva frente a riesgos sanitarios. Rev. perú. med. exp. salud publica [Internet]. 2016 [citado el 24 de junio 2022]; 33(3): 397-398. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.17843/rpmesp.2016.333.2339>
9. Silberman M. La región sudeste del Gran Buenos Aires frente a la pandemia: evaluación de la ampliación del sistema de salud en el marco de la COVID-19. Rev Argent Salud Publica [Internet]. 2021 [citado el 24 de febrero 2022];13. Disponible en: https://rasp.msal.gov.ar/rasp/articulos/vol13supl/AO_Silbermane19.pdf
10. Vargas S. Las reformas del sistema de salud en el Perú en la última década: un análisis crítico y elementos para un nuevo sistema. [Tesis ara optar el grado de doctor en medicina]. Lima: Universidad San Martín de Porres; 2017. Disponible en: https://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12727/3774/vargas_gsa.pdf?sequence=3&isAllowed=y
11. Cerdán K. Inversión pública en el sector salud y crecimiento económico en el Perú. [Tesis ara optar el grado de maestría]. Lima: Universidad Agraria La Molina; 2019. Disponible en: <https://repositorio.lamolina.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12996/3932/cerdan-obregon-karla-consuelo.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
12. Vilca H y Salazar C. La gestión pública, en los proyectos de inversión inconclusos y los derechos humanos (caso Hospital Antonio Lorena de Cusco, periodo 2014-2018). [Tesis para optar título]. Cusco: Universidad Andina del Cusco; 2019. Disponible en: <https://repositorio.uandina.edu.pe/handle/20.500.12557/3729>
13. Graham L y Huanca L. Inversión en salud: obras por impuestos en el nivel nacional a partir de la experiencia regional. [Tesis para optar al Grado de maestría]. Lima: Universidad del Pacífico; 2017. Disponible en: https://repositorio.up.edu.pe/bitstream/handle/11354/1700/Lizett_Tesis_Maestria_2017.pdf?sequence=1&isAllowed=y
14. Ordóñez C, Riega P y Calisaya S. Propuesta metodológica para la planificación de inversiones en infraestructura sanitaria del primer nivel de atención en Essalud. [Tesis para optar al Grado de maestría]. Lima: Universidad Del Pacífico; 2017. Disponible en: https://repositorio.up.edu.pe/bitstream/handle/11354/2076/Carlos_Tesis_maestria_2017.pdf?sequence=1&isAllowed=y
15. Cumpa D (2019). Proyecto de inversión pública para el mejoramiento de la capacidad resolutive del Centro de Salud

- Mesones Muro, Ferreñafe 2018. [Internet]. 2019 [citado el 24 de enero 2022]. Disponible en: file:///C:/Users/PC/Downloads/Cumpa_GDX.pdf
16. Ramírez R M (2017). Proyecto De Inversión Pública De Un Puesto De Salud Para La Rentabilidad Social En Mochumí, Lambayeque 2017. [Internet]. 2019 [citado el 24 de noviembre 2021]. Disponible en: file:///C:/Users/PC/Downloads/coronado_rr.pdf
17. Mendieta D. ¿Qué Ha Pasado Con Los Principios De Universalidad, Solidaridad y Eficiencia Del Sistema General de Seguridad Social En Salud De Colombia? [Internet]. 2020 [citado el 24 de agosto 2021]; 10, (1). Disponible en: <https://ssrn.com/abstract=3686905>
18. Coronado R. Proyecto de inversión pública de un puesto de salud para la rentabilidad social en Mochumí, Lambayeque 2017. [Tesis para obtener el título]. Lima: Universidad César vallejo; 2017. Disponible en: <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/33178?sho.2017w=full>
19. Escobar K. Gestión municipal e inversión pública en la Municipalidad Provincial de Huaral, 2020. Lima Peru. [Internet]. 2020 [citado el 12 de julio 2021]. Disponible en: https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/47481/Escobar_CKR-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y
20. Eguino H, Capello M, Farfán G, Aguilar J y Menéndez H ¿Cuán eficiente es la gestión de la inversión pública subnacional? Situación de los países federales de América Latina. Washington. Banco Interamericano de Desarrollo. [Internet]. 2020 [citado el 12 de setiembre 2021]. Disponible en: <file:///C:/Users/PC/Downloads/Cuan-eficiente-es-la-gestion-de-la-inversion-publica-subnacional-Situacion-de-los-paises-federales-de-America-Latina.pdf>
21. Plata P. Los vínculos entre crecimiento económico y la salud". Revista de Análisis de Economía, Comercio y Negocios Internacionales. Perspectivas. Revista de Análisis de Economía, Comercio y Negocios Internacionales. [Internet]. 2010 [citado el 2 de diciembre 2021]; 47-78. Disponible en: [http://publicaciones.eco.uaslp.mx/VOL6/Paper02-4\(2\).pdf](http://publicaciones.eco.uaslp.mx/VOL6/Paper02-4(2).pdf)
22. Bravo, S. Asociaciones Público-Privadas en el sector salud. RDA [Internet]. 2013 [citado el 24 de junio 2021];(13):123-41. Disponible en: <https://revistas.pucp.edu.pe/index.php/derechoadministrativo/article/view/13472>
23. Alemán, M. Astorga I, Dalaison W, González L y Saint – Pierre E. Diseño y construcción de hospitales: ¿cómo podemos mejorar la gestión de los proyectos de infraestructura en la región? [Internet]. 2020 [citado el 2 de marzo 2022]. Disponible en:

<https://publications.iadb.org/publications/spanish/document/Diseno-y-construccion-de-hospitales-Como-podemos-mejorar-la-gestion-de-los-proyectos-de-infraestructura-en-la-region.pdf>

24. Reyes J. La inversión pública en salud y su incidencia en la disminución de los índices de la pobreza en el Ecuador, periodo 2013-2017. Guayaquil, Ecuador: 2018.
25. Hernández R., Fernández C y Baptista L. Metodología de la investigación (6a. ed.) México D.F: McGRAW-HILL; 2014.

Vizcaíno-Cuzco M, Villacrés-Parra S, Gallegos-Londoño C y Negrete-Costales H. Evaluación de la gestión del mantenimiento en hospitales del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de la Zona 3 del Ecuador. Ingenius. [Internet]. 2019 [citado el 12 de abril 2022]; 22; 59-71. Disponible en: <https://doi.org/10.17163/ings.n22.2019.06>

FACTORES RELACIONADOS A LA VIOLENCIA DE PAREJA EN ADOLESCENTES: UNA REVISIÓN NARRATIVA

FACTORS RELATED TO PARTNER VIOLENCE IN ADOLESCENTS: A NARRATIVE REVIEW

Muñoz-Morales Macarena¹

Araya-Arévalo Gabriela²

Montenegro-Colipai Valeria³

Mosqueda-Díaz Angélica⁴

Melo-Severino Andrea⁵

Resumen

La violencia de pareja en adolescentes es una problemática de salud pública. El objetivo de esta revisión narrativa es describir los factores relacionados a la violencia de pareja en adolescentes que han sido reportados por la evidencia, los cuales pueden actuar como factores protectores o de riesgo. Para esto se realizó una búsqueda bibliográfica entre el mes de abril y octubre del año 2020, en las siguientes bases de datos: Science Direct, SciELO, Web of Science, CUIDEN, Scopus, PubMed, Biblioteca Virtual de Salud y Dialnet. Se incluyeron 20 artículos, de los cuales el 40,0% fueron publicados el año 2016, el 40,0% son de origen estadounidense y la metodología más utilizada es el abordaje cuantitativo con un 95,0%. Los hallazgos señalan que existen factores relacionados a la violencia de pareja en la adolescencia, los cuales se pueden clasificar en a) demográficos: sexo, edad y nivel socioeconómico; b) psicológicos: autoestima, sintomatología depresiva y satisfacción con la vida; y c) sociales: violencia observada en pares y adultos y consumo de alcohol. En conclusión, existen tres tipos de factores relacionados a la violencia de pareja en adolescentes que pueden actuar tanto como variables protectoras como de riesgo, y que deben ser intervenidas para promocionar relaciones de pareja saludables.

Palabras clave: Violencia de pareja, Adolescente, Factores protectores, Factores de riesgo (DeCS).

Abstract

this narrative review is to describe the factors related to intimate partner violence in adolescents that have been reported by evidence, which are classified into (a) demographics: sex, age, and socioeconomic status; b) psychological: self-esteem, depressive symptomatology, and satisfaction with life; and (c) social: violence observed in peers and adults, and alcohol consumption. For this purpose, a bibliographic search was carried out between April and October 2020, in the following databases: ScienceDirect, SciELO, Web of Science, CUIDEN, Scopus, PubMed, Virtual Health Library and Dialnet. 20 articles were included, of which 40.0% were published in 2016, 40.0% are of U.S. origin and the most commonly used methodology is quantitative approach with 95.0%. The findings indicate that there are factors related to intimate partner violence in adolescence, within which age, socioeconomic status, self-esteem, depressive symptomatology, satisfaction with life, violence observed in pairs and adults, and alcohol consumption were observed in research, except for the variable sex. In conclusion, there are three types of factors related to intimate partner violence in adolescents that can act' as protective or act as risk variables, and which must be intervened to promote healthy partner relationships.

Keywords: Intimate Partner Violence, Adolescent, Protective Factors, Risk Factors (DeCS).

Citar como:

Muñoz-Morales M., Araya-Arévalo G., Montenegro-Colipai V., Mosqueda-Díaz A., & Melo-Severino A. Factores relacionados a la violencia de pareja en adolescentes: Una revisión narrativa.

Correspondencia:

Mosqueda-Díaz, Angélica

angelica.mosqueda@uv.cl

Recibido: 26.03/2022

Aprobado: 24/06/2022

En línea:

¹ Licenciada en Enfermería, Universidad de Valparaíso, Chile. macarena.munozmo@alumnos.uv.cl, <https://orcid.org/0000-0001-7753-2513>.

² Licenciada en Enfermería, Universidad de Valparaíso, Chile. gabriela.arayaa@alumnos.uv.cl, <https://orcid.org/0000-0002-7622-9421>.

³ Licenciada en Enfermería, Universidad de Valparaíso, Chile. valeria.montenegro@alumnos.uv.cl, <https://orcid.org/0000-0002-4406-6664>.

⁴ Enfermera-Matrona, Doctora en Enfermería, Académica Depto. Enfermería Niño y Adolescente de la Universidad de Valparaíso, Chile. angelica.mosqueda@uv.cl, <https://orcid.org/0000-0002-7327-5799>.

⁵ Enfermera, Magíster en Enfermería, Académica Depto. Enfermería Niño y Adolescente de la Universidad de Valparaíso, Chile. andrea.melo@uv.cl, <https://orcid.org/0000-0002-9585-1662>.

1. Introducción.

La violencia de pareja se entiende como cualquier situación dentro de una pareja afectiva que provoque o tenga el potencial de provocar daños tanto a nivel físico, psíquico y/o sexual a los integrantes de aquella relación (1). En el caso de la violencia de pareja entre adolescentes, se caracteriza por desarrollarse en una pareja que comparte una relación íntima, habitualmente sin convivencia ni vínculo marital, y en la cual los integrantes comparten un rango etario entre los 10 a 19 años (2,3). Además, se caracteriza por ser un fenómeno bilateral, con un elevado número de agresiones mutuas, donde existe un doble rol, de agresor y víctima que los adolescentes desempeñan en sus relaciones de pareja (4).

De acuerdo con la literatura especializada, existen distintas clasificaciones de violencia de pareja, entre las más usadas para los adolescentes se describen tres grupos importantes: la violencia de tipo física, psicológica y sexual. a) La violencia física se define como cualquier acto u omisión que genere o pueda generar un perjuicio mediante la utilización de fuerza con la intención de causarlo, se puede considerar violencia física acciones como abofetear, golpear, morder o patear (5). b) La violencia psicológica es comprendida como un conjunto heterogéneo de comportamientos y manifestaciones de índole verbal-emocional, que produce una agresión psíquica, anímica y/o mental, como la ridiculización, aislamiento social, celos, amenazas verbales, amenazas de abandono o destrucción de propiedades personales (6,7). c) La violencia sexual es explicada como toda

acción, insinuación o comentario de índole sexual no deseado (8).

Algunos de los aspectos que se han utilizado para explicar la violencia de pareja en la adolescencia, corresponde a las características del período de ciclo vital, donde se destaca el desarrollo de la identidad, como es el caso de la identidad psicosexual, con el establecimiento de la confianza y lealtad con la pareja, y de la identidad ideológica con la integración de un conjunto de valores, los cuales están influenciados por el entorno del adolescente, cuando ese contexto es violento, el sujeto integra ese tipo de creencias y concepciones, así los adolescente transitan por una etapa de vulnerabilidad identitaria que puede influenciar sus relaciones de pareja (9). Por ello, resultan relevantes las características del grupo de pares y los padres o cuidadores, quienes son una fuente de identificación cognitiva, afectiva y comportamental (9-11), sumado a la inexperiencia del adolescente en la vida de pareja, repercute en su falta de conciencia de lo que significa una relación de pareja sana, naturalizando actos de violencia y percibiéndolos como actos incluso de tipo romántico, aumentando la probabilidad de ser victimario o víctima de violencia de pareja (10).

Otro aspecto para considerar es que la adolescencia se caracteriza por un desarrollo moral que, en una primera etapa, dificulta que el/la adolescente genere una reflexión frente a su actuar y a las situaciones vividas, lo cual también podría influir en la baja percepción de la violencia de pareja observada entre ellos/as (12).

También es importante conocer los antecedentes epidemiológicos de la violencia de pareja en la adolescencia, los que revelan la gran magnitud de este fenómeno. A nivel internacional, en países como España (13) y Dinamarca (14) y la violencia de pareja ha sido reportada por un 20,0% y un 54,0% de adolescentes respectivamente. En Estados Unidos (15) y Canadá (16) este nivel es mayor, alcanzando una prevalencia entre un 50,0% y un 69,0%. A nivel latinoamericano las cifras son más alarmante mostrando una prevalencia superior al 90,0% en países como Perú (17) y México (18).

Este panorama es similar en Brasil, no obstante, las cifras oscilan entre 90,1% (19) y 51,1% (20). Por último, en Chile se evidencia una magnitud promedio entre un 9,0 % y un 10,0% (21, 22). Sin embargo, al desagregar la violencia por regiones, las cifras pueden llegar hasta un 90,8 % (23, 24), advirtiendo una gran diferencia entre zonas del país, por lo que se requiere mayor estudio.

En cuanto al desarrollo y mantenimiento de la violencia de pareja en adolescentes, estudios han dado a conocer la existencia de ciertos factores que han mostrado asociación positiva o negativa con la problemática. Estos factores son aspectos personales, conductuales o del ambiente, que se han clasificado como factores protectores, cuando están asociados con la prevención o disminución de la violencia de pareja en adolescentes; y como factores de riesgo si estimulan o propician el fenómeno (25). La presencia de estos factores puede minimizar o potenciar la generación de la violencia de

pareja, por eso es importante considerarlos e intervenidos.

Otro aspecto que requiere análisis desde el ámbito sanitarios son las consecuencia de la violencia de pareja, la que genera impactos negativos en amplios ámbitos de la vida de los adolescentes, entre las más importantes destacan consecuencias psicosociales como dificultad en el afrontamiento de nuevas experiencias, autoconcepto negativo, ansiedad, sintomatología depresiva, baja satisfacción con la vida, abuso de sustancias como el alcohol, conductas sexuales de riesgo e intentos de suicidio (26), y también se han identificado consecuencias a nivel académico como bajos resultados escolares (4).

Por todo lo mencionado, es de gran trascendencia para la disciplina de Enfermería pesquisar los factores asociados a esta problemática, desarrollando medidas específicas de promoción de relaciones de pareja saludables y prevención de violencia de pareja en este grupo etario; e interviniendo este problema en edades tempranas para evitar que estas conductas se mantengan en la adultez, puesto que se ha reportado que la violencia de pareja entre adolescentes podría llegar a ser predictora de la violencia intrafamiliar (19, 27, 28).

Por todo lo expuesto, el objetivo de esta revisión es describir los factores relacionados a la violencia de pareja en adolescentes que han sido reportados por la evidencia.

2. Métodos.

Para la presente revisión narrativa, se realizó una búsqueda bibliográfica entre el mes de abril y octubre del año 2020, en las siguientes bases de datos: ScienceDirect, SciELO, Web of Science, CUIDEN, Scopus, PubMed, Biblioteca Virtual de Salud y Dialnet.

La ecuación de búsqueda incluyó los siguientes términos normalizados según DeCS (25): “Adolescente”, “Violencia de Pareja”, para las bases de datos en español y, para las bases de datos en inglés “Adolescent”, “Intimate Partner Violence”. Asimismo, se utilizó el booleano and, construyendo la expresión de búsqueda violencia de pareja / intimate partner violence AND adolescente / adolescent.

Para delimitar la búsqueda de artículos, se utilizaron los siguientes filtros: últimos 5 años, en idioma español, inglés o portugués y disponible en texto completo. Así, en la búsqueda inicial se recuperaron 5.735 documentos.

Para iniciar la selección se procedió a dar lectura a los títulos, utilizando como criterios de inclusión artículos publicados entre los años 2016-2020, que incorporan población adolescente y en los cuales se explicita la temática de violencia de pareja. Asimismo, se establecieron como criterios de exclusión, investigaciones realizadas en población universitaria, inclusión de sólo un sexo y temáticas de violencia conyugal; quedando con un total de 303 investigaciones.

Posteriormente, en una segunda etapa se realizó lectura del resumen, donde se seleccionaron aquellos artículos que incluyeron factores asociados a la victimización, en

adolescentes entre 10 a 19 años, incluyendo estudios primarios y secundarios. Por otro lado, se descartaron los manuscritos cuya población de estudio eran menores de 10 y mayores de 19 años, enfocado en el victimario y literatura gris. Según estos criterios de elegibilidad se obtuvieron 94 artículos, de los cuales 15 son duplicados, por lo que quedaron 79 investigaciones.

Por último, se realizó el análisis crítico de los artículos seleccionados, para ello se utilizaron las guías CASPe (29), enfatizando en la coherencia metodológica de las investigaciones y la inclusión de consideraciones éticas, recuperando 20 artículos que cumplieron con los criterios para ser incorporados en esta investigación bibliográfica.

La sistematización de la búsqueda y selección de artículos se resume en el flujograma que muestra la figura 1

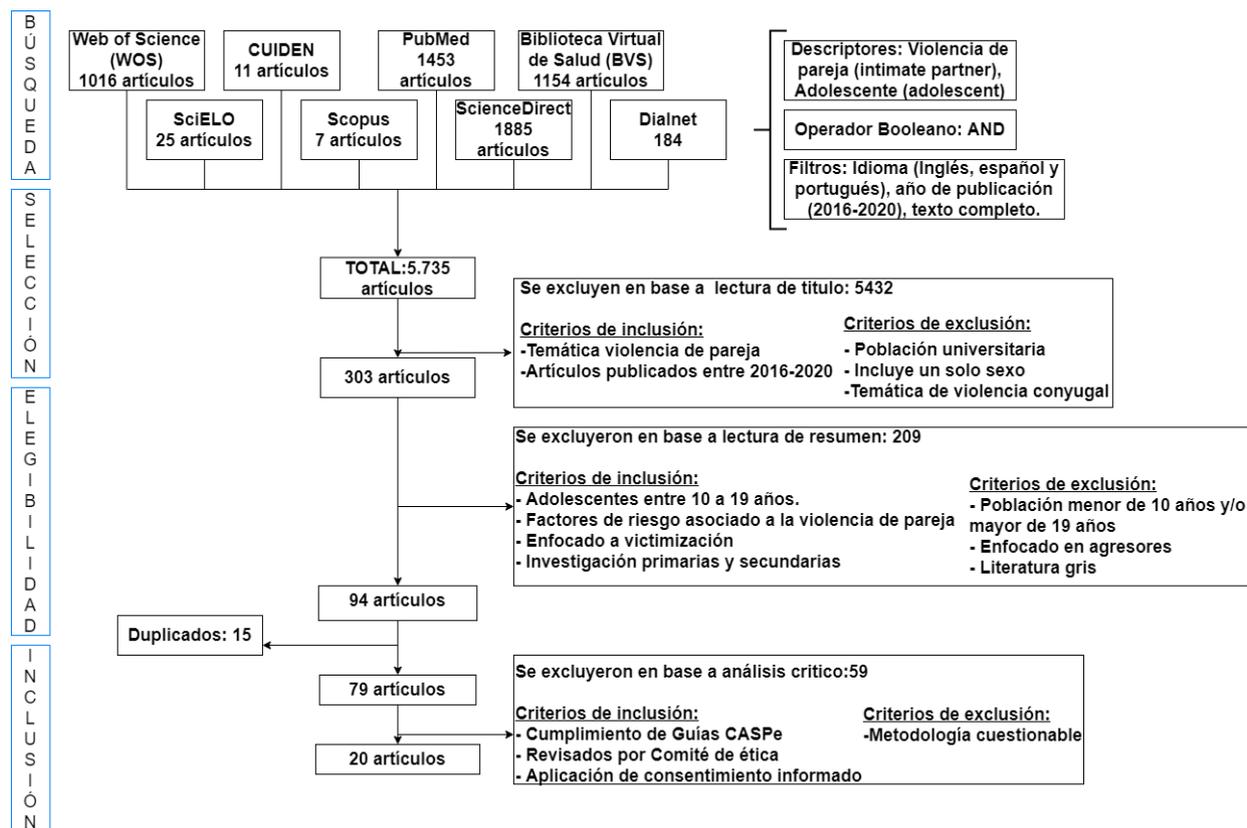


Imagen 1 Flujograma de búsqueda y selección de artículos

3. Resultados

La revisión bibliográfica permitió incluir 20 artículos que se describen en la Tabla 1, de ellos, el 40,0% fueron publicados el año 2016. Respecto al país de origen, se evidencia que Estados Unidos presenta la mayor producción con un 40,0% de las publicaciones. La metodología más utilizada es el abordaje cuantitativo con un 95,0%.

A continuación, se expone la caracterización de los artículos seleccionados durante la revisión bibliográfica.

Tabla 1 Caracterización de artículos seleccionados.

TÍTULO ESTUDIO	AÑO/ LUGAR	METODOLOGÍA	OBJETIVO	MUESTRA
Exploring the Link Between Alcohol and Marijuana Use and Teen Dating Violence Victimization Among High School Students: The Influence of School Context (30).	2016 Estados Unidos	Cuantitativo Transversal correlacional	Conocer la asociación entre el consumo reciente de alcohol, marihuana y la experiencia de victimización por violencia física y verbal en el noviazgo adolescente.	27758 estudiantes de secundarias públicas entre 12 a 21 años.
Intimate partner violence in adolescence: an analysis of gender and generation (31).	2016 Brasil	Cuantitativo descriptivo exploratorio	Analizar la violencia de pareja en la adolescencia desde la perspectiva de género y generación.	111 adolescentes entre 15 y 19 años.
A National Descriptive Portrait of Adolescent Relationship Abuse: Results from the National Survey on Teen Relationships and Intimate Violence (15).	2016 Estados Unidos	Cuantitativo Transversal descriptivo	Informar resultados de la Encuesta Nacional sobre Relaciones de Adolescentes y violencia íntima.	1804 jóvenes de 12 a 18 años.
Longitudinal dating violence victimization among Latino teens: Rates, risk factors, and cultural influences (32).	2016 Estados Unidos	Cuantitativa Longitudinal	Analizar las tasas de victimización de violencia en el noviazgo por género, y la relación entre diferentes formas de victimización y condiciones socioculturales.	547 adolescentes latinos, de Estados Unidos, entre 12 y 18 años.
Dating Violence and Injury Among Youth Exposed to Violence (33).	2016 Estados Unidos	Cuantitativo Transversal descriptivo	Evaluar las diferencias de género en la violencia en el noviazgo adolescente (TDV) y la frecuencia de TDV en varios puntos de edad en jóvenes con exposición previa a la violencia.	Adolescentes 1149 de 11 a 17 años de 35 escuelas en Texas.
Ajuste psicosocial en adolescentes víctimas frecuentes y víctimas ocasionales de violencia de pareja (4).	2016 España	Cuantitativo transversal correlacional	Analizar el ajuste psicosocial en los adolescentes víctimas de violencia de pareja y diferencias según la frecuencia de la victimización y el sexo de los adolescentes.	1078 adolescentes entre 12 y 19 años.
Psychological health and academic success in rural Appalachian adolescents exposed to physical and sexual interpersonal violence (34).	2016 Estados Unidos	Cuantitativo transversal correlacional	Analizar las tasas de cada forma de violencia de pareja en adolescentes y evaluar su asociación con factores de riesgo.	Adolescentes de 2 escuelas secundarias rurales de los Apalaches.

Análisis del autoconcepto en las víctimas de violencia de género entre adolescentes (35).	2017 España	Cuantitativo transversal correlacional	Analizar el autoconcepto en las víctimas de violencia de género entre adolescentes.	266 adolescentes entre 14 y 19 años.
Octava Encuesta Nacional de Juventud 2015. Informe Regional: Región de Valparaíso (23).	2017 Chile	Cuantitativo Cualitativo Sondeo	- Analizar las percepciones y experiencias de la juventud frente a los fenómenos de discriminación y violencia.	Adolescentes entre 15 y 19 años, en zonas urbanas y rurales.
A Cross-National Comparison of Risk Factors for Teen Dating Violence in Mexico and the United States (36).	2017 México y Estados Unidos	Cuantitativo transversal correlacional	Evaluar las similitudes y diferencias en los factores de riesgo asociados con la violencia en el noviazgo entre estudiantes de secundaria en México y Estados Unidos.	2211 adolescentes de México y 15099 de Estados Unidos, entre 12 a 16 años.
Relationship violence victimization and binge drinking trajectories among a nationally representative sample of adolescents (37).	2017 Estados Unidos	Cuantitativo longitudinal	Evaluar el impacto de la victimización por violencia de pareja (RV) en el consumo excesivo de alcohol (BD).	Adolescentes entre 12 a 17 años.
The Relationship Between Parents' Intimate Partner Victimization and Youths' Adolescent Relationship Abuse (38).	2017 Estados Unidos	Cuantitativo longitudinal	Investigar la relación entre patrones de pareja y victimización por violencia física denunciada por los padres e informados por sus hijos.	610 padres y adolescentes de 12 a 21 años.
Violencia en las relaciones de pareja de adolescentes gallegos/as (39).	2017 España	Cuantitativo Transversal Descriptivo	Evaluar la prevalencia de la violencia de pareja en adolescentes desde la perspectiva de la víctima (y su relación con el sexo del adolescente).	400 estudiantes de secundarias públicas de Galicia, entre 14 a 20 años.
Prevalence of teen dating victimization among a representative sample of high school students in Quebec (16).	2017 Canadá	Cuantitativo transversal descriptivo	Examinar la prevalencia y la frecuencia de victimización por violencia en parejas y explorar diferencias por sexo e impacto percibido de la victimización.	8194 estudiantes adolescentes de secundarias de 14 a 18 años.
Factores de género y violencia en el noviazgo de adolescentes (40).	2018 México	Cuantitativo Transversal Exploratorio	Analizar la prevalencia de factores de género como la aceptación de roles, sexismo ambivalente, mitos sobre el amor romántico y la violación y su relación con la violencia en el noviazgo.	767 adolescentes con edades comprendidas entre los 14 y 19 años.

Violencia en la pareja adolescente: diferencias de sexo en función de sus variables predictoras (41).	2019 España	Cuantitativo/ transversal correlacional	Analizar la prevalencia de la violencia en la pareja adolescente, examinar su relación con variables predictoras e identificar las diferencias por sexo.	199 adolescentes con edades entre 13 y 16 años.
Teen Dating Violence, Sexism, and Resilience: A Multivariate Analysis (13).	2020 España	Cuantitativo Transversal Exploratorio	Conocer los factores asociados a la victimización en el noviazgo adolescente.	268 adolescentes escolares de 12 a 17 años.
Violencia de pareja en estudiantes secundarios de Osorno (Chile) (42).	2020 Chile	Cuantitativo Exploratorio	Identificar la prevalencia y coexistencia de violencia en parejas de adolescentes que cursan estudios secundarios (y las diferencias según sexo).	847 estudiantes de 3° y 4° año de secundaria con edades entre 16 y 21 años.
Emerging partner violence among young adolescents in a low-income country: Perpetration, victimization and adversity (43).	2020 Malawi	Cuantitativo longitudinal	Determinar la prevalencia de violencia de pareja en adolescentes y la asociación con factores de la niñez y la adolescencia.	2089 adolescentes de 10 a 16 años.
Violencia en las relaciones amorosas y violencia conyugal: Convergencias y divergencias. Reflexiones para un debate (27).	2016 Chile	Revisión bibliográfica	Conocer particularidades de la violencia en las relaciones amorosas de adolescentes y la violencia conyugal en parejas adultas.	Estudios dirigidos a la población juvenil respecto de la violencia en el noviazgo.

Dentro de la revisión bibliográfica se evidenció que existen factores relacionados a la violencia de pareja en adolescentes, que dan cuenta de características demográficas, psicológicas y sociales importantes de considerar, esto se expone en la tabla 2

Tabla 2 Factores asociados a violencia de pareja en adolescentes

Factores		%	Principales aspectos que destacar
Demográficos	Edad	25%	La edad es un factor que, en todas las investigaciones donde se incluyó, se asocia de manera directa con la victimización por violencia de pareja en adolescentes, es decir, a mayor edad, mayor es la victimización (13, 15, 23, 27, 35).
	Sexo	60%	<p>Las investigaciones han mostrado diferencias en los tipos de violencia vivenciados por hombres y mujeres, aunque existen discrepancias en los resultados:</p> <p>Estudios realizados en Canadá (16), Brasil (31), Estados Unidos (32), España (39) y Malawi (43), señalan que existe mayor victimización por violencia sexual en mujeres. Por otro lado, una menor cantidad de investigaciones realizadas en México (40) y Chile (42) señalan mayor victimización por violencia sexual en hombres. Asimismo, un estudio en adolescentes españoles señala que la victimización por violencia sexual no muestra diferencia estadísticamente significativa entre sexos (35). Por otro lado, una investigación realizada en estadounidenses expone que la violencia sexual se observa mayormente en hombres de menor edad y mujeres de mayor edad (33).</p> <p>Con respecto a la violencia psicológica, estudios realizados en Canadá (16) y Brasil (31) señalan que es mayor en mujeres. En cambio, una investigación estadounidense (15), dos españolas (35, 39), una chilena (42) y una en Malawi (43) muestran que no existe diferencia significativa entre ambos sexos.</p> <p>En cuanto a la victimización por violencia física, dos estudios españoles (16, 39) y un estudio mexicano (36), señalan que es mayor en mujeres. No obstante, otras investigaciones desarrolladas en México (40) y España (41) informan que es mayor en hombres. Por último, un estudio de Malawi señala que no existe diferencias significativas entre ambos sexos (43).</p>
	Nivel socio-económico	5%	Solo una investigación estadounidense incorporó este factor, mostrando que en adolescentes de nivel socioeconómico bajo, presentan mayor victimización en los distintos tipos de violencia de pareja adolescente (38).

Psicológico	Autoestima	15%	Investigaciones con adolescentes españoles señalan que existe una relación inversa entre los distintos tipos de violencia en parejas adolescentes y la autoestima, es decir, a menor autoestima mayor es la victimización en el noviazgo (35, 41). Otro estudio español establece que los adolescentes que sufren violencia en las relaciones de pareja tienen mayor posibilidad de desarrollar una baja autoestima, siendo una consecuencia en la salud de los victimizados (4).
	Síntomas depresivos	15%	Estudios efectuados en Estados Unidos (34) y México (36) señalan que existen relaciones directas y significativas entre la violencia de parejas adolescentes y la presencia de sintomatología depresiva. Una investigación con adolescentes españoles encontró que quienes son víctimas de violencia tienen una mayor probabilidad de tener pensamientos e intentos suicidas y síntomas asociados a la depresión (4).
	Satisfacción con la vida	5%	Un estudio con adolescentes españoles señala que aquellos que han sido victimizados por violencia de pareja presentan menor satisfacción con la vida (4).
Social	Violencia observada en pares y adultos	10%	Investigaciones realizadas en Chile (27) y Estados Unidos (38) señalan que los adolescentes que observaron violencia en sus padres y grupo de pares tienen mayor riesgo de victimización por violencia en sus relaciones de pareja.
	Consumo de alcohol	10%	Estudios estadounidenses describen que el consumo de alcohol se asocia a un mayor riesgo de victimización de violencia de pareja en adolescentes. Este consumo se caracteriza por ser excesivo y/o frecuente (30, 37).

4. Discusión

Los hallazgos del rescate bibliográfico han mostrado la existencia de factores relacionados a la violencia de pareja en adolescentes, los cuales fueron agrupados en factores a) demográficos: sexo, edad y nivel socioeconómico; b) psicológicos: autoestima, sintomatología depresiva y satisfacción con la vida y; c) sociales: violencia observada en pares y adultos y, consumo de alcohol. En la mayoría de los factores, a excepción del sexo, se observa concordancia en los resultados entre las distintas investigaciones.

En primer lugar, referente a los factores demográficos, la variable edad evidenció concordancia en los diferentes estudios (13, 15, 23, 27, 35), lo cual se podría explicar porque al aumentar la edad de los/as adolescentes van estableciendo relaciones de pareja más formales, es decir, de larga data y con factores de compromiso, pudiendo dificultar el término de la relación y por ende, se va generando una mayor tolerancia y riesgo de vivenciar situaciones más severas de violencia (27).

La diferencia observada en el tipo de violencia sufrida según el sexo de los y las adolescentes (13, 15-6, 31-3, 35, 39, 40-3) se puede explicar por los aspectos culturales de los diversos países donde se desarrollaron los estudios, los cuales inciden en la legitimación o no de la violencia en su forma directa e indirecta, por medio de un mecanismo psicológico conocido como la interiorización de nociones sociales. Así, de acuerdo a la Teoría de la violencia de Johan Galtung (44), el sujeto manifiesta la cultura dominante, cultura que en este caso naturaliza la violencia de pareja en

adolescentes y no la suya propia, al menos no en espacios públicos.

En relación con el factor nivel socioeconómico, sólo un estudio que incluyó esta variable cumplió con los criterios de elegibilidad, encontrando que a menor nivel socioeconómico mayor es la victimización por violencia de pareja, estableciéndose como un factor de riesgo. Esto se podría explicar dado que las poblaciones de bajo nivel socioeconómico se configuran como barrios cerrados, en los cuales se acentúan fenómenos sociales como el aislamiento y la marginación, lo cual promueve el desarrollo de la violencia (45). Cabe señalar que la evidencia empírica disponible es escasa por lo que es importante indagar más en esta variable.

En segundo lugar, en relación con los factores psicológicos, la variable autoestima demostró tener una relación inversa con la victimización (35, 41), esto se puede deber a que un menor nivel de autoestima genera dificultades a los adolescentes para enfrentar los problemas dado que desconfían de sí mismos y no tienen motivación para confrontarlos, esto hace que se mantengan en relaciones violentas o que toleren situaciones de violencia (46). Asimismo, durante la adolescencia la autoestima continúa siendo “moldeable y vulnerable al cuestionamiento personal y crítica social” (46), por lo que habría un mayor riesgo de experimentar actos de violencia de pareja y justificarlos u ocultarlos para evitar ser criticados.

Respecto a la variable sintomatología depresiva, la literatura señala que a mayor sintomatología mayor es la victimización por violencia de pareja (4, 34, 36), esto podría

deberse a que el o la adolescente que la presenta, tiene sus mecanismos psicológicos de defensa limitados o disminuidos, por lo que presenta obstáculos para percibir que se encuentra en una situación de violencia o para tomar una decisión frente a ella (47).

En cuanto a la variable satisfacción con la vida, sólo un estudio cumplió con los criterios de selectividad (4), por lo tanto es insuficiente para generalizar esta asociación. Sin embargo, los resultados obtenidos se podrían explicar dado que la satisfacción con la vida influye en el ajuste psicosocial del adolescente, ya que contribuye a un afrontamiento óptimo ante situaciones estresantes, por lo que una baja satisfacción con la vida puede entorpecer la resolución de conflictos generados por la violencia en la pareja (26), por lo que toleran o minimizan las situaciones de violencia que se produzcan.

En tercer lugar, en relación a los factores sociales, la variable violencia observada en pares y adultos evidenció una relación directa con la victimización por violencia de pareja (27, 38). Con respecto a lo anterior, según la Teoría del Aprendizaje Cognoscitivo Social de Albert Bandura, los individuos aprenden conductas a través de la observación del comportamiento de su entorno, y posterior imitación. Por lo que este factor influiría en los patrones de conductas y valores del adolescente, reproduciéndolos posteriormente en sus relaciones sociales (48). De modo que es importante el desarrollo de investigaciones de esta temática, ya que la literatura señala que aquellos/as adolescentes que observaron o experimentaron violencia durante su infancia como malos tratos, exposición a violencia intrafamiliar o abuso

sexual, tienen mayor riesgo de victimización por violencia en sus relaciones de pareja y perpetración de ésta en etapas posteriores (27, 38, 49).

Finalmente, la variable consumo de alcohol demostró tener una relación directa con la victimización por violencia (30, 37). En relación a esto, la Teoría del Estilo de Vida fundamenta que el consumo de alcohol es un factor de riesgo de victimización por violencia de pareja porque “(...) coloca a una persona en un entorno en el que es más probable que ocurra la victimización” (30), es decir, el consumo de alcohol aumenta las probabilidades de sufrir violencia.

Por todo lo mencionado, es de gran trascendencia para la disciplina de Enfermería conocer los factores de riesgo asociados a este problema, y poder intervenir a edades tempranas, utilizando guías anticipatorias y un abordaje con énfasis en el fortalecimiento de la salud mental. Del mismo modo, complementar con la educación a los padres con respecto al fenómeno de la replicación de la violencia tanto a nivel familiar como entre pares, y la promoción de estilos de vida saludables. En la Atención Primaria de Salud existen distintas instancias de relación con la familia, como los controles de salud en la infancia, grupos de educación donde se puede valorar la relación y, vínculo entre los padres y el/la niño/a. Asimismo, es relevante que Enfermería continúe investigando esta temática dado que la disciplina tiene un lugar privilegiado abordando todo el ciclo vital de la persona y la violencia es un fenómeno que lo trasciende.

Esta revisión bibliográfica, tiene como principal fortaleza la amplia búsqueda bibliográfica realizada y, entre sus limitaciones se encontraron escasas investigaciones que cumplieron con todos los criterios de elegibilidad tanto metodológicos como éticos, también es relevante destacar que algunas variables sólo se incluyeron en uno de los estudios seleccionados, por lo que se requiere seguir investigando. Finalmente señalar que en algunos estudios no se indicaba la profesión de los investigadores, por lo tanto, no se pudo objetivar o visualizar la participación de la disciplina de enfermería en el estudio de esta problemática, tomando en cuenta que la posiciona en un contexto preferente para poder pesquisar y abordar estos factores.

5. Conclusiones

La revisión bibliográfica permitió encontrar 20 investigaciones, las cuales dieron respuesta al objetivo planteado, posibilitando la descripción de los factores relacionados a la violencia de pareja en adolescentes, los cuales fueron agrupados en:

- a) Factores demográficos: edad, sexo y nivel socioeconómico.
- b) Factores psicológicos: autoestima, sintomatología depresiva y satisfacción con la vida.
- c) Factores sociales: violencia observada en pares y adultos, y consumo de alcohol.

Es de gran relevancia para la disciplina de Enfermería el reconocer estos factores tanto protectores como de riesgo, para el desarrollo de actividades de abordaje y, con ello aportar a la solución de esta problemática.

6. Referencias

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). Comprender y abordar la violencia contra las mujeres. Violencia infligida por la pareja. Washington DC; 2013.
2. Oliva L, Rivera E, González M, Rey L. Violencia en el noviazgo en adolescentes de Veracruz, México. Psique. [Internet]. 2018. [citado 20 Jun 2019]; 15. Disponible en:
https://repositorio.ual.pt/bitstream/11144/3813/1/PSIQUE-XIV_3Viole%cc%82ncia-Noviazgo.pdf
3. Organización Mundial de la Salud (OMS). Salud de la madre, el recién nacido, del niño y del adolescente. [Internet]. OMS. [citado 20 Jun 2019]. Disponible en:
https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/
4. Carrascosa L, Cava MJ, Buelga S. Ajuste psicosocial en adolescentes víctimas frecuentes y víctimas ocasionales de violencia de pareja. Ter Psicol. [internet]. 2016. [citado 20 Jun 2019]; 34(2). Disponible en:
<https://scielo.conicyt.cl/pdf/udecada/v24n44/art06.pdf>
5. Martínez A. La violencia. Conceptualización y elementos para su estudio. Polít cult. [internet]. 2016. [citado 20 jun 2019]; 46. Disponible en:
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S018877422016000200007
6. Ministerio de Salud (MINSAL). Manual de apoyo técnico para las acciones de salud

- en violencia intrafamiliar. Santiago de Chile; 1997.
7. Ocampo-Álvarez N, Estrada-Pineda C, Chan-Gamboa E. Violencia psicológica en noviazgos de adolescentes y jóvenes mexicanos. Revista de Educación y Desarrollo. [internet]. 2018. [citado 20 jun 2019]; 47. Disponible en: http://www.cucs.udg.mx/revistas/edu_desarrollo/anteriores/47/47_Ocampo.pdf
 8. Organización Mundial de la Salud (OMS). Comprender y abordar la violencia contra las mujeres. Violencia sexual. Washington DC; 2013.
 9. Águila Y, Hernández V, Hernández V. Las consecuencias de la violencia de género para la salud y formación de los adolescentes. Rev Med Electrón. [Internet]. 2016 [citado 07 Ago 2020]; 38(5). Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rme/v38n5/rme050516.pdf>
 10. Gallegos J, Ruvalcaba A, Castillo J, Ayala P. Funcionamiento familiar y su relación con la exposición a la violencia en adolescentes mexicanos. Acción psicol. [internet]. 2016. [citado 23 abr 2020] 13(2). Disponible en: <http://revistas.uned.es/index.php/accionpsicologica/article/view/17810>
 11. Rivera R, Cahuana M. Influencia de la familia sobre las conductas antisociales en adolescentes de Arequipa-Perú. Actual psicol. [internet]. 2016. [citado 20 jun 2020]; 30(120). Disponible en: <https://www.scielo.sa.cr/pdf/ap/v30n120/2215-3535-ap-30-120-00084.pdf>
 12. Gilligan C. La moral y la teoría: Psicología del desarrollo femenino. México: Fondo de Cultura Económica; 1985. 289 p.
 13. Dosil M, Jaureguizar J, Bernaras E, Burges Sbicigo J. Teen Dating Violence, Sexism, and Resilience: A Multivariate Analysis. Int J Environ Res Public Health. [internet]. 2020. [citado 13 jul 2020]; 17. Disponible en: <https://www.mdpi.com/1660-4601/17/8/2652>
 14. Karsberg S, Bramsen R, Lasgaard M, Elklit A. Prevalence, and characteristics of three subtypes of dating violence among Danish seventh-grade students. Scand J Child Adolesc Psychiatr Psychol. 2018; 6(1): 16-27.
 15. Taylor BG, Mumford EA. A National Descriptive Portrait of Adolescent Relationship Abuse: Results From the National Survey on Teen Relationships and Intimate Violence. J Interpers violence. 2016; 31 (1): 963-88.
 16. Heberta M, Blaisa M, Lavoie F. Prevalence of teen dating victimization among a representative sample of high school students in Quebec. Int J Clin Health Psychology. 2017. [citado 4 jul 2019]; Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1697260017300364>
 17. González-Cordero C, Cervera-Flores W, Alvarado-Ríos V, Izquierdo-Príncipe A, Neyra W, Morales J. Violencia de pareja en adolescentes estudiantes de colegios estatales de Lima Norte. Rev Peru Investig. Salud. [Internet]. 2020. [citado 18 jul

- 2020]; 4(2). Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7405922>
18. Peña F, Zamorano B, Villarreal K, Vargas JI, Velázquez Y, Hernández GI, et al. Violencia en el noviazgo en jóvenes y adolescentes en la frontera norte de México. J Health NPEPS. [internet]. 2018. [citado 16 may 2020]; 3(2): 426-40. Disponible en: https://periodicos.unemat.br/index.php/jh_npeps/article/view/3117
19. Coelho M, Borges H, Rodrigues S, Cardoso C. Violence in intimate relationships in adolescents: effectiveness of an intervention by peers through forum theater. Rev esc enferm USP. [Internet]. 2020. [citado 15 jul 2020]; 54. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v54/1980-220X-reeusp-54-e03539.pdf>
20. Alvarez B, Godoy R. Intimate partner violence in adolescence: an analysis of gender and generation. Rev Bras Enferm. [internet]. 2016. [citado 20 Jun 2019]; 69 (5). Disponible en: https://www.scielo.br/pdf/reben/v69n5/en_0034-7167-reben-69-05-0946.pdf
21. Instituto Nacional de la Juventud (INJUV). Novena Encuesta Nacional de Juventud 2018. Santiago de Chile; 2019.
22. Leal I, Molina T, Luttges C, González E, González D. Edad de inicio sexual y asociación a variables de salud sexual y violencia en la relación de pareja en adolescentes chilenos. Rev Chil Obstet Ginecol. [internet] 2018. [citado 20 Jun 2019]; 83(2).
23. Instituto Nacional de la Juventud (INJUV). Octava Encuesta Nacional de Juventud 2015. Informe Regional: Región de Valparaíso. Santiago de Chile; 2016.
24. Pinuer V, Valerio D, Baeza G, Vega P, Muñoz R, Peña A. Presencia de Violencia en Relaciones Románticas en Adolescentes de la Ciudad de Río Bueno, Sur de Chile. Pensam acción interdiscip. [Internet]. 2017. [citado 18 Jul 2020]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6918823>
25. Descriptores en Ciencias de la Salud: DeCS. [Internet]. ed. 2017. Sao Paulo (SP): BIREME/OPS/OMS. 2017 [actualizado 16 Jul 2014; citado 21 de Oct 2020]. Disponible en: https://decs.bvsalud.org/es/this/resource/?id=55693&filter=this_termall&q=factores%20protectores
26. Carrascosa L, Cava MJ, Buelga S. Perfil psicosocial de adolescentes españoles agresores y víctimas de violencia de pareja. Rev Universitas Psychological. [Internet]. 2018. [citado 20 Jun 2019]; 17 (3). Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rups/v17n3/1657-9267-rups-17-03-00183.pdf>
27. Sanhueza T. Violencia en las relaciones amorosas y violencia conyugal: Convergencias y divergencias. Reflexiones para un debate. Ultima década. [internet]. 2016. [citado 20 Jun 2019]; 24(44). Disponible en:

- <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-22362016000100006>
28. Bonilla E, Rivas E, Vásquez J. Tolerancia y justificación de la violencia en relaciones de pareja adolescentes. *Apuntes Psicol.* [internet]. 2017. [citado 15 oct 2020]; 35 (1). Disponible en: <http://apuntesdepsicologia.es/index.php/revista/article/view/651/479>
 29. Critical Appraisal Skills Programme Español (CASPe.). Herramienta de análisis de estudios de Casos y Controles. Alicante, España; 2016.
 30. Parker EM, Debnam K, Pas ET, Bradshaw CP. Exploring the Link Between Alcohol and Marijuana Use and Teen Dating Violence Victimization Among High School Students: The Influence of School Context. *Health Educ Behav.* 2016; 43(5):528-36.
 31. Alvarez B, Godoy R. Intimate partner violence in adolescence: an analysis of gender and generation. *Rev. Bras Enferm.* [internet]. 2016. [citado 20 Jun 2019]; 69 (5). Disponible en: https://www.scielo.br/pdf/reben/v69n5/en_0034-7167-reben-69-05-0946.pdf
 32. Chiara S, Cuevas C, Cotignola-Pickens H. Longitudinal dating violence victimization among Latino teens: Rates, risk factors, and cultural influences. *Journal of adolescence.* 2016; 47: 5-15.
 33. Reidy DE, Kearns MC, Houry D, Valle LA, Holland KM, Marshall KJ. Dating Violence and Injury Among Youth Exposed to Violence. *Pediatrics.* [internet]. 2016. [citado 15 nov 2020]; 137(2). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26826215/>
 34. Martz DM, Jameson JP, Page AD. Psychological health, and academic success in rural Appalachian adolescents exposed to physical and sexual interpersonal violence. *Am J Orthopsychiatry.* 2016; 86(5): 594-601
 35. Abilleira M, Rodicio-Garcia M. Análisis del autoconcepto en las víctimas de violencia de género entre adolescentes. *Rev Suma Psicológica.* [internet]. 2017. [citado 15 jul 2020]; 24 (2). Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S012143811730022X>
 36. Ludin S, Bottiani JH, Debnam K, Solis MGO, Bradshaw CP. A Cross-National Comparison of Risk Factors for Teen Dating Violence in Mexico and the United States. *J Youth Adolesc.* [Internet]. 2018 [citado 28 jul 2020]; 47(3). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28639204/>
 37. Walsh K, Moreland AM, Hanson RF, Resnick HS, Saunders BE, Kilpatrick DG. Relationship violence victimization and binge drinking trajectories among a nationally representative sample of adolescents. *J adolesc.* 2017; 58(1):49-55.
 38. Liu W, Mumford E, Taylor B. The Relationship Between Parents' Intimate Partner Victimization and Youths' Adolescent Relationship Abuse. *J Youth Adolescence.* [Internet]. 2017. [citado 18

- jul 2020]; 47(2). Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s10964-017-0733-1>
39. Rodrigo-Castro Y, Lameiras-Fernández M, Carrera-Fernández M, Alonso P. Violencia en las relaciones de pareja de adolescentes gallegos/as. REIPE. [Internet]. 2017. [citado 20 jul 2020]; (2). Disponible en: <https://revistas.udc.es/index.php/reipe/article/view/reipe.2017.0.02.2277>
40. Nava M, Rojas J, Toldos M, Morales L. Factores de género y violencia en el noviazgo de adolescentes. Bol científic sapiens. res. 2018; 8(1):54-70.
41. Esparza-Martínez M, García-García M, Zaragoza L, Ruiz-Hernández J, Jiménez-Barbero J. Violencia en la pareja adolescente: Diferencias de sexo en función de sus variables predictoras. Rev Argent Clin Psicol 2019;28(5):937-44.
42. Espinoza S, Arias A. Violencia de pareja en estudiantes secundarios de Osorno (Chile). Opción. [internet]. 2020. [citado 20 nov 2020]; 93. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7621434>
43. Kidman R, Kohler HP. Emerging partner violence among young adolescents in a low-income country: Perpetration, victimization and adversity. PLOS one. [internet]. 2020. [citado 10 nov 2020]; 15(3). Disponible en: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0230085>
44. Calderón P. Teoría de conflictos de Johan Galtung. Rev Paz y Conflictos. [Internet]. 2009 [citado 21 Dic 2020]; 2: 60-81. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=205016389005>
45. Sanghee J. La pobreza urbana de América Latina y los desafíos en la era del desarrollo sustentable. PORTES. 2017; 11 (21): 27
46. Panesso K, Arango MJ. La autoestima, proceso humano. Psyconex. [internet]. 2017. [citado 20 Dic 2020]; 9 (14).
47. Álava M, Álava J. Los Mecanismos de defensa: una comparación teleológica entre Sigmund y Anna Freud. Perspectivas. [internet]. 2019. [citado 20 dic 2020]; (14). Disponible en: <https://revistas.uniminuto.edu/index.php/Pers/article/view/2068/1853>
48. Bandura A, Walters R. El papel de la imitación. En: Alianza. Aprendizaje social y desarrollo de la personalidad. 8va ed. España: Alianza Editorial; 1987. p. 44-93.
49. Espinoza S, Vivanco R, Veliz A, Vargas A. Violencia en la familia y en la relación de pareja en universitarios de Osorno, Chile. Polis. [internet]. 2019. [citado 23 dic 2020]; 18(52). Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/polis/v18n52/0718-6568-polis-18-52-00122.pdf>

PROCESO DEL CUIDADO ENFERMERO APLICADO EN ADULTO MAYOR CON DIABETES MELLITUS, HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD

NURSING CARE PROCESS APPLIED TO OLDER ADULTS WITH MELLITUS DIABETES, ARTERIAL HYPERTENSION AND COMMUNITY-ACQUIRED PNEUMONIA

Santiago Abal Sharol Maria¹

Patricio Maguiña Karina²

Paita Bustamante Eber Loyolo³

Santiago Rodríguez Johanna⁴

Soto Luna Jessica Janet⁵

Flores Peña Edith Noelia⁶

Resumen

El presente proceso de cuidado enfermero fue realizado en un paciente adulto mayor internado en el hospital Belén de Trujillo área de Medicina, con diagnóstico médico de Diabetes mellitus tipo 2, Hipertensión arterial y Neumonía. Objetivo: Corregir niveles de glucemia, valores de presión arterial y permeabilidad de vías aéreas. Caso clínico: paciente varón, adulto mayor, 77 años, con alza térmica, diuresis de 400 ml en 24 horas, edema en miembros inferiores, con antecedentes de EVC hace 1 año 8 meses, con secuela de hemiplejía derecha, HTA, Diabetes tipo 2 y NAC. Examen Físico se tiene: ECG: 14 puntos, PA 140/90 mmHg, FR 30 x min, Sat O₂ 92%, FIO₂ 28% (CBN) TO 37° C, con sonda Foley con diuresis de 150 cm en 6 horas, IMC de 26.5 Kg/cm², UPP de segundo grado en región lumbar, tos productiva con secreción verdosa, ruidos respiratorios adventicios, debilidad generalizada. Glucosa: 150 mg/dl tras administración de insulina, Na⁺ = 126.3 mmol/L. Método: Se realizó en el servicio de Medicina del hospital Belén de Trujillo, utilizando la valoración de Patrones Funcionales de Marjory Gordon y Taxonomía de NANDA, NIC y NOC. Resultados: paciente en proceso de recuperación, hospitalizado por 7 días, con evolución favorable. En conclusión, el PAE es un instrumento valioso en el ejercicio del profesional enfermero, permitiéndonos prestar cuidados de manera lógica, racional y sistemática para identificar y obtener las necesidades del individuo con la finalidad de plantear, ejecutar y evaluar su cuidado.

Palabras clave: Proceso de Enfermería, Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial y Neumonía Adquirida en la Comunidad.

Abstract

The present nursing care process was carried out in an elderly patient admitted to the Belén de Trujillo hospital, Medicine area, with a medical diagnosis of type 2 diabetes mellitus, arterial hypertension, and pneumonia. Objective: Correct blood glucose levels, blood pressure values and airway patency. Clinical case: male patient, older adult, 77 years old, with thermal rise, diuresis of 400 ml in 24 hours, edema in the lower limbs, with a history of CVD 1 year 8 months ago, with sequelae of right hemiplegia, hypertension, type 2 diabetes, and NAC. Physical examination shows: ECG: 14 points, BP 140/90 mmHg, RR 30 x min, Sat O₂ 92%, FIO₂ 28% (CBN) TO 37° C, with Foley catheter with diuresis of 150 cm in 6 hours, BMI of 26.5 Kg/cm², second degree PU in the lumbar region, productive cough with greenish discharge, adventitious breath sounds, generalized weakness. Glucose: 150 mg/dl after administration of insulin, Na⁺ = 126.3 mmol/L. Method: It was carried out in the Medicine service of the Belén de Trujillo hospital, using the evaluation of Functional Patterns of Marjory Gordon and Taxonomy of NANDA, NIC and NOC. Results: patient in recovery process, hospitalized for 7 days, with favorable evolution. In conclusion, the PAE is a valuable instrument in the practice of the nursing professional, allowing us to provide care in a logical, rational, and systematic way to identify and obtain the individual's needs in order to propose, execute and evaluate her care.

Keywords: Nursing Process, Diabetes Mellitus, Arterial Hypertension and Community Acquired Pneumonia.

Citar como:

Santiago S, Patricio K, Paita E, Santiago J, Soto J y Flores E. Proceso del cuidado enfermero aplicado en adulto mayor con diabetes mellitus, hipertensión arterial y neumonía adquirida en la comunidad. Rev. Recien. 2022; 11(3)

Correspondencia:

Santiago Abal Sharol Maria
 sharolsantiagoabal@gmail.com

Recibido: 20/04/2022

Aprobado: 24/06/2022

En línea:

¹ Código ORCID: 0000-0002-9525-6652

² Código ORCID: 0000-0002-0921-5951

³ Código ORCID: 0000-0002-2784-2609

⁴ Código ORCID: 0000-0002-4180-1299

⁵ Código ORCID: 0000-0002-5424-5762

⁶ Código ORCID: 0000-0001-7032-2791

1. Introducción.

La diabetes constituye una amenaza seria a la salud mundial dado que está presente en todos los países, independientemente de la situación socioeconómica de las personas. La prevalencia mundial ha crecido de forma alarmante en las últimas décadas. En el 2000 se estimaba que existían 151 millones de personas con diabetes (4.6%) entre la población de 20 a 79 años de edad. Para el 2019 esta cifra ascendió a 463 millones (9.3%); se proyecta que para el 2030 al menos 578 millones de personas (10.2%) serán víctimas de esta pandemia y en el 2045 se alcanzarían cifras preocupantes de hasta 700 millones (10.9%). Al realizar una estimación más cercana, en América del Sur y Central, se calculó que al 2019, las personas con diabetes alcanzaban los 32 millones, cifra que podría elevarse a 40 millones para el 2030 y 49 millones para el 2045 (1).

A nivel de Sudamérica se estima que la prevalencia de diabetes alcanza el 10.8% en Chile, 8.9% en Bolivia, 8.7% en Brasil y 8.5% en Ecuador. Con respecto al Perú,

las cifras aparentemente son favorables en comparación a otros países sudamericanos, dado que su prevalencia es de 8.1%; sin embargo, es importante reflexionar sobre la tendencia que se observa en comparación a otros años. Se calcula que desde 1980 hasta el 2014, la prevalencia

se incrementó en un 37%, indicando así que es un problema de salud creciente en el país, sobre todo en los sectores socioeconómicos extremos (2). De acuerdo a la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2020, el 4.5% de la población mayor de 15 años tiene diabetes mellitus siendo afectadas más las mujeres (4.8%) que los hombres (4.1%); con respecto a regiones, se estima que los habitantes de la Costa tienen mayor prevalencia (5.2%) con respecto a los de la Sierra (3.1%) y Selva (3.5%) (3).

Asimismo, es esencial señalar los cambios que transcurren en la vida diaria de una persona con diabetes y su familia quienes comparten el impacto que produce la enfermedad con respecto a la necesidad de una continua atención médica, una disminución en la calidad de vida y manifestaciones de estrés. En caso una persona no realiza un control adecuado de la diabetes se incrementarán los ingresos hospitalarios y la mortalidad prematura. En el mundo, la diabetes es una de las diez primeras causas de fallecimiento y en Perú, la quinta en orden jerárquico (4).

Por otro lado, la hipertensión arterial es una enfermedad crónica que al igual que la diabetes mellitus va ganando mayores víctimas en el mundo. A nivel mundial se estima que existen alrededor de 1130 millones de personas con hipertensión, de los que la mayor prevalencia se concentra en

África (27%) y la más baja en la Región de las Américas (18%) (5). A nivel nacional, para el 2021 se estima que el 21.7% de personas con 15 años a más presenta hipertensión arterial, de ellos, existe mayor prevalencia en hombres (24.5%) que en mujeres (19.1%). Es preocupante indicar que solo el 68% recibe tratamiento adecuado para la enfermedad (3).

Aquellas personas que conviven con ambas patologías, diabetes mellitus e hipertensión arterial, hacen frente a diversos cambios, debido al impacto que implica para su calidad de vida, desde modificaciones físicas, psicológicas, sociales y emocionales hasta el continuo uso y acceso de los servicios de salud. El origen de estas patologías es multicausal, compartiendo entre ambos factores comunes tales como el sedentarismo, sobrepeso, hábitos alimenticios inadecuados, entre otros (6).

Las personas que conviven con ambas patologías tienden a ser propensos a desarrollar diversas enfermedades y más aún si sobrepasan los 60 años, entre ellos destaca la neumonía adquirida en la comunidad (NAC). Este es un tipo de infección respiratoria aguda que se desarrolla a nivel pulmonar de origen mayormente bacteriano que genera inflamación del parénquima pulmonar y espacios alveolares (7). Diversos estudios señalan que en el mundo, la incidencia anual de la NAC varía entre 1.6 a 13.4 casos por

cada 1000 siendo preponderante en varones y edades extremas (8).

A nivel nacional puede afectar anualmente a más de un millón de personas siendo la mortalidad un 30% aproximadamente (9). Por ello es considerada entre las 10 primeras causas de morbilidad y una de las primeras causas de mortalidad en adultos mayores, de acuerdo a la información del Ministerio de Salud. A pesar de los avances en ciencia y tecnología, a la fecha solo en el 50% de casos se puede identificar el factor causal, resaltando el *Streptococcus pneumoniae* como factor patógeno aislado en la NAC del adulto mayor. El *S. pneumoniae* es responsable del 16% de casos en adultos mayor tratados de forma ambulatoria y aproximadamente del 80% de casos hospitalizados e ingresados a la Unidad de Cuidados Intensivos (8).

Es esencial referir que los pacientes con mayor riesgo de presentar complicaciones al cursar la NAC son aquellos de edad avanzada, presencia de otras enfermedades tales como la diabetes mellitus e hipertensión arterial, vivir en residencias geriátricas, inmunosuprimidos o que presenten alteraciones de la salud mental. Por tanto son pacientes que deben tratarse oportunamente, brindárseles el apoyo necesario y la intervención multidisciplinaria del equipo de salud (10).

Un estudio realizado en Lima determinó que las enfermedades cardiovasculares son las comorbilidades más frecuentes de la NAC, siendo prioritariamente la hipertensión arterial la más asociada (74%) y que prolongan la estancia hospitalaria. En segundo lugar, se ubica la diabetes mellitus, aunque en dicho estudio no se encontró relación estadísticamente significativa con la estancia hospitalaria prolongada (11).

Finalmente, por lo señalado, la NAC es una enfermedad de alta incidencia en la población adulta mayor. Es así que, el proceso de atención de enfermería tiene la finalidad de contribuir en el restablecimiento de salud del paciente mediante la efectivización de intervenciones científicamente sustentadas, en las cuales se aborda el cuidado desde un enfoque holístico hacia la persona y su familia que representa el principal soporte. Las acciones emprendidas son factibles de mejora continua dado que la evaluación de resultados se realiza constantemente con fines de retroalimentación y redireccionamiento de intervenciones y cuidados en caso sea necesario.

2. Resultados

Presentación del caso Clínico

Adulto de 77 años, de ocupación carnicero, casado, primaria incompleta, católico, ingresa al servicio de EMG del HBT por presentar alza térmica ($T^{\circ} = 38.3^{\circ}\text{C}$) que no cede después de haber recibido en domicilio ceftriaxona, se añade diuresis menor de 400 ml en 24 horas más edema de MI motivo final de ingreso. Presenta antecedentes de EVC hace 1 año 8 meses, con secuela de hemiplejía derecha. Ingresó al servicio de Medicina con los diagnósticos médicos de HTA, diabetes mellitus tipo II. NAC adquirida en la comunidad, en compañía de su hija que refiere dificultades para el cuidado de su padre y el cumplimiento del tratamiento.

- ECG, 14 puntos
- FC= 108 x mn; PA= 140/90 mmHg, FR= 30 x mn, sat. O₂= 92%, fioO₂= 28% CBN. $T^{\circ} = 37^{\circ}\text{C}$, después del antipirético, hipoxemia
- Se logra entender lo que dice con dificultad, pero afirma sentir dolor en el pecho y espalda, dificultad para respirar y lamentos sobre su estado de salud: *“me debo morir ya no aguanto más esta vida”*
- Se observa edema de MI,
- Sonda Foley con una diuresis de 150cc en 6 horas.
- IMC= 26.5 Kg/cm²

- UPP de 2º en región lumbar,
- Tos productiva con secreción verdosa en regular cantidad, se ausculta ruidos respiratorios: roncus y crepitos en ambos campos pulmonares, aleteo nasal, respiración con labios fruncidos.
- Debilidad generalizada, no puede movilizarse, refiere: “me agito mucho” y “*me duele la cabeza me siento aun un poco mareado*”.

Exámenes Auxiliares:

- Glucosa: 150mg/dl luego de la administración de la insulina.
- Na+=126,3 mol/L (Hiponatremia).

Valoración de enfermería

Patrón I: Percepción – Manejo de la salud:

Antecedentes de enfermedades y/o quirúrgicas: HTA, diabetes mellitus tipo 2, Neumonía adquirida en la comunidad (NAC). Antecedentes de EVC hace 1 año 8 meses, con secuela de hemiplejía derecha.

Patrón II: Nutricional metabólico:

Presenta piel seca, mucosa oral seca, se evidencia prótesis dental. Apetito disminuido, con dificultad para deglutir (hemiplejía), con intolerancia a algunos alimentos, IMC 26.5 kg/ cm², edema en miembros inferiores, UPP de 2º en región lumbar.

Patrón III: Eliminación: Vesical: con sonda Foley, orina colúrica diuresis menor de 400

ml en 24 horas. **Intestinal:** estreñimiento.

Patrón IV: Actividad – Ejercicio: FC= 108 x mn; PA= 140/90 mmHg, FR= 30 x mn, Sat. O₂= 92%, FiO₂= 28% CBN. T° = 37°C, después del antipirético, hipoxemia

Paciente con Tos productiva con secreción verdosa en regular cantidad, se ausculta ruidos respiratorios: roncus y crepitos en ambos campos pulmonares, aleteo nasal, respiración con labios fruncidos.

Debilidad generalizada, no puede movilizarse, refiere: “me agito mucho” y “*me duele la cabeza me siento aun un poco mareado*”.

Patrón V: Sueño – Descanso: inadecuado, insomnio con tratamiento ansiolítico.

Patrón VI: Perceptivo – Cognitivo: Escala de Glasgow de 14 puntos: apertura ocular al llamado, respuesta verbal confusa por momentos, con pupilas isocóricas reactivas a la luz. Paciente afirma sentir dolor en el pecho y espalda, orientado en tiempo y persona, con lagunas mentales por momentos, uso de anteojos y no escucha bien.

Patrón VII: Autopercepción - Autoconcepto:

Autovaloración: paciente rechaza su imagen corporal, agitado, con pérdida de interés por mejorar su estado de salud, no acepta su enfermedad.

Sentimientos expresados: de ira, paciente expresa lamentos sobre su estado de salud:
“me debo morir ya no aguanto más esta vida”

Patrón VIII: Rol - Relaciones: paciente geriátrico frágil vive y su cuidado depende de su hija, la reacción de la familia ante la enfermedad, hija refiere dificultades para el cuidado de su padre y el cumplimiento del tratamiento. Paciente adulto mayor de profesión carnicero, casado.

Patrón IX: Sexualidad - Reproducción: no evaluable.

Patrón X: Adaptación – tolerancia al estrés: Ansioso, negativo, con preocupación por su enfermedad, percepción del apoyo familiar: familiar presentan conflictos en comunicación y toma de decisiones frente al cuidado y cumplimiento del tratamiento del paciente.

Patrón XI: Valores – Creencias: Religión: católico, paciente expresa desesperanza y deseos de no querer seguir viviendo.

Tabla 1 Plan de cuidados del diagnóstico enfermero: (00179) Riesgo de nivel de glucemia

DIAGNÓSTICO ENFERMERO NANDA	CRITERIOS DE EVALUACIÓN NOC	ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA NIC	FUNDAMENTO DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	EVALUACIÓN DEL LOGRO NOC
(00179) Riesgo del nivel de glucemia inestable según lo evidenciado por el manejo ineficaz de la medicación	<p>2300 NIVEL DE GLUCEMIA</p> <p><u>Indicadores:</u></p> <p>230001 Concentración sanguínea de glucosa (2) S</p> <p>Diana Mantener a: 2 Aumentar a: 4</p>	<p>2120 MANEJO DE LA HIPERGLUCEMIA</p> <p>ACTIVIDADES</p> <p>2120.01 Observar signos y síntomas de hiperglucemia. 2120.02 Mantener una vía i.v. 2120.03 Administrar líquidos i.v. 2120.04 Administrar insulina, según prescripción. 2120.05 Ayudar al paciente a interpretar la glucemia. 2120.06 Fomentar el autocontrol de la glucemia. 2120.07 Revisar los registros de glucemia con el paciente.</p> <p>2300 ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN</p> <p>ACTIVIDADES:</p> <p>2300.01 Seguir las reglas de la administración de medicamentos. 2300.02 Observar si existen alergias a los medicamentos. 2300.03 Documentar la administración de medicamentos. 2300.04 Instruir al paciente las acciones y los efectos adversos de la medicación</p> <p>5246 ASESORAMIENTO NUTRICIONAL</p> <p>ACTIVIDADES</p> <p>5246.01 Proporcionar información acerca de la necesidad de modificación de la dieta por razones de salud. 5246.02 Establecer metas a corto y largo plazo para el cambio del estado nutricional. 5246.03 Colocar folletos informativos llamativos de guías alimentarias en la habitación del paciente. 5246.04 Fomentar el uso del internet para acceder información útil sobre dietas, estilo de vida. 5246.05 Coordinar interconsultas con nutrición.</p>	<p>Es considerado como principal nutriente energético de nuestro cuerpo, la glucosa, pero su aumento, así como su descenso a niveles muy por encima o por debajo de lo normal puede ocasionar problemas en nuestro organismo por ello manejar la glucosa en sangre no solo es del punto de vista e medicamentos sino también ver como un asesoramiento nutricional ayuda. a conseguirlo. (1)</p> <p>La administración de medicamentos se fundamenta en la acción específica de este fármaco con fin preventivo, diagnóstico o terapéutico en beneficio del paciente en donde la enfermera(o) debe enfocarse a reafirmar los conocimientos y aptitudes necesarias para aplicar un fármaco al paciente, así como, saber evaluar los factores fisiológicos, mecanismos de acción y las variables individuales que afectan la acción de las drogas, los diversos tipos de prescripciones y vías de administración, también los aspectos legales que involucran una mala práctica de la administración de medicamentos. (2)</p>	<p>230001</p> <p>Concentración sanguínea de glucosa (+2) 4 (L)</p>

Fuente: Elaboración propia con base de datos de las taxonomías Nanda, Noc, Nic basado en Herdman y Kamitsuru (12); Moorhead et al (13) y Butcher et al (14).

Tabla 2 Plan de cuidados del diagnóstico enfermero: (00267) Riesgo de nivel de hipertensión arterial inestable.

DIAGNÓSTICO ENFERMERO NANDA	CRITERIOS DE EVALUACIÓN NOC	ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA NIC	FUNDAMENTO DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	EVALUACIÓN DEL LOGRO NOC
(00267) Riesgo de tensión arterial inestable según lo evidenciado por inconsistencia del régimen de medicación	<p>0802 SIGNOS VITALES</p> <p><u>Indicadores:</u></p> <p>080205 Presión arterial sistólica (2) Diana Mantener a: 2 Aumentar a: 4</p> <p>080206 Presión arterial diastólica (4) Diana Mantener a: 2 Aumentar a: 5</p> <p>080201 Temperatura corporal (2) Diana Mantener a: 2 Aumentar a: 4</p>	<p>4162 MANEJO DE LA HIPERTENSIÓN</p> <p>ACTIVIDADES:</p> <p>4162.01 Identificar las posibles causas de la hipertensión arterial. 4162.02 Medir la presión arterial. 4162.03 Controlar los signos vitales. 4162.04 Alentar al paciente y a su familia a mantener una lista de los medicamentos que toma actualmente y acudir regularmente los chequeos médicos.</p> <p>2304 ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN: ORAL</p> <p>ACTIVIDADES:</p> <p>2304.01 Seguir las reglas de la administración de medicamentos. 2304.02 Informar al paciente la administración correcta de medicación sublingual. 2304.03 Documentar la administración de medicamentos.</p> <p>5246 ASESORAMIENTO NUTRICIONAL</p> <p>ACTIVIDADES</p> <p>5246.01 Proporcionar información acerca de la necesidad de modificación de la dieta por razones de salud. 5246.02 Colocar folletos informativos llamativos de guías alimentarias en la habitación del paciente. 5246.03 Fomentar el uso del internet para acceder información útil sobre dietas, estilo de vida. Coordinar interconsultas con nutrición.</p> <p>3740 TRATAMIENTO DE LA FIEBRE</p> <p>ACTIVIDADES</p> <p>3740.01 Controlar la temperatura y otros signos vitales. 3740.02 Observar el color de la piel. 3740.03 Cubrir al paciente con una manta o que use ropa ligera. 3740.04 Administrar antipiréticos. 3740.05 Controlar la presencia de complicaciones relacionadas con la fiebre.</p> <p>4360 MODIFICACION DE LA CONDUCTA</p> <p>4360.01 Determinar la motivación del paciente para el cambio 4360.02 Ofrecer refuerzo positivo 4360.03 Animar al paciente a que examine su propia conducta.</p>	<p>Según Medwave 2004 menciona que: “La hipertensión arterial acorta la expectativa de vida de las personas, de manera que su tratamiento tiene un doble objetivo; aunque no se logre modificar la mortalidad, al menos se debería reducir el tiempo de vida con enfermedad clínica, es decir, la morbilidad. En suma, el objetivo del tratamiento antihipertensivo es lograr la reducción de la morbilidad y de la mortalidad cardiovascular” (3)</p>	<p>080205 Presión arterial sistólica (+2) 4 (L)</p> <p>080206 Presión arterial diastólica (+2) 4 (L)</p> <p>080201 Temperatura corporal (+2) 4 (L)</p>

Fuente: Elaboración propia con base de datos de las taxonomías Nanda, Noc, Nic basado en Herdman y Kamitsuru (12); Moorhead et al (13) y Butcher et al (14).

Tabla 3 Plan de cuidados del diagnóstico enfermero: (00031) Limpieza ineficaz de las vías aéreas.

DIAGNÓSTICO ENFERMERO NANDA	CRITERIOS DE EVALUACIÓN NOC	ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA NIC	FUNDAMENTO DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	EVALUACIÓN DEL LOGRO NOC
(00031) Limpieza ineficaz de las vías aéreas relacionado con mucosidad excesiva evidenciado por alteración de la frecuencia respiratoria.	<p>410 ESTADO RESPIRATORIO PERMEABILIDAD: DE LAS VIAS RESPIRATORIAS.</p> <p>Indicadores:</p> <p>041004 Frecuencia respiratoria (3) Diana Mantener α: 3 Aumentar α: 4</p> <p>041005 Ritmo respiratorio (3) Diana Mantener α: 3 Aumentar α: 4</p> <p>0411011 Profundidad de la inspiración (3) Diana Mantener α: 3 Aumentar α: 4</p> <p>0411012 Capacidad para eliminar secreciones (3) Diana Mantener α: 3 Aumentar α: 4</p> <p>0411007 Ruidos respiratorios patológicos (3) Diana Mantener α: 3 Aumentar α: 4</p> <p>0411018 uso de músculos accesorios (2) Diana Mantener α: 3 Aumentar α: 4</p> <p>041019 acumulación de esputo (3) Diana Mantener α: 3 Aumentar α: 4</p>	<p>353 OXIGENOTERAPIA ACTIVIDADES:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Eliminar secreciones. 2. Vigilar el flujo de litros de oxígeno. 3. Controlar la eficacia de la oxigenoterapia 4. Observar si se producen lesiones en piel por dispositivo oxigenatorio <p>3160 ASPIRACION DE VIAS AEREAS ACTIVIDADES:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Realizar lavado de manos. 2. Usar equipos de protección personal 3. Hiperoxigenar al paciente 4. Monitorizar el estado de oxigenación del paciente. 5. Aspirar orofaringe 6. Controlar y observar el color, cantidad y consistencia de las secreciones. 7. Auscultar los sonidos respiratorios antes y después de la aspiración. 8. Enseñar al paciente y familia a succionar la vía aérea, si resulta adecuado. <p>3350 MONITORIZACION RESPIRATORIA ACTIVIDADES</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Vigilar la frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzo de las vías respiratorias. 2. Monitorizar los patrones de respiración. 3. Palpar para ver si la expansión pulmonar es igual. 4. Monitorizar si aumenta la inquietud, ansiedad o disnea. 	<p>Según Hinojosa Fernández en su estudio de anejo de la oxigenoterapia por el personal de enfermería y riesgo para el paciente nos manifiesta que "La satisfacción del requerimiento del oxígeno del organismo asegura la vida del hombre que puede verse modificada por ciertos trastornos, siendo necesaria la utilización de oxigenoterapia como pedida terapéuticas y que estos procedimientos son manejados por el personal de enfermería,"(4), por ello el cumplimiento en nuestros hospitales de las guías de atención en aspiración de vías aéreas conjuntamente con la monitorización respiratoria del paciente.</p>	<p>041004 Frecuencia respiratoria (+1) 4 (L)</p> <p>041005 Ritmo respiratorio (+1) 4 (L)</p> <p>0411011 Profundidad de la inspiración (+1) 4 (L)</p> <p>0411012 Capacidad para eliminar secreciones (+1) 4 (L)</p> <p>0411007 Ruidos respiratorios patológicos (+1) 4 (L)</p> <p>0411018 uso de músculos accesorios (+1) 4 (L)</p> <p>041020 acumulación de esputo (+1) 4 (L)</p>

Fuente: Elaboración propia con base de datos de las taxonomías Nanda, Noc, Nic basado en Herdman y Kamitsuru (12); Moorhead et al (13) y Butcher et al (14).

Tabla 4 Plan de cuidados del diagnóstico enfermero: (00046) Deterioro de la Integridad Cutánea.

DIAGNÓSTICO ENFERMERO NANDA	CRITERIOS DE EVALUACIÓN NOC	ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA NIC	FUNDAMENTO DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	EVALUACIÓN DEL LOGRO NOC
Deterioro de la integridad cutánea relacionado con presión sobre las prominencias óseas evidenciado por UPP de 2° en región lumbar	<p>1101 INTEGRIDAD TISULAR: PIEL Y MEMBRANAS MUCOSAS.</p> <p>Indicadores:</p> <p>110101 Temperatura de la piel (3) Diana Mantener a: 3 Aumentar a: 4</p> <p>110102 Sensibilidad (3) Diana Mantener a: 3 Aumentar a: 4</p> <p>110113 Integridad de la piel (3) Diana Mantener a: 3 Aumentar a: 4</p> <p>110115 lesiones cutáneas (3) Diana Mantener a: 3 Aumentar a: 4</p>	<p>3590 VIGILANCIA DE LA PIEL ACTIVIDADES:</p> <ol style="list-style-type: none"> Vigilar el color y temperatura de la piel. Observar si hay infecciones Instruir al familiar/cuidador acerca de los signos de pérdida e la integridad de la piel, según corresponda. <p>3661 CUIDADOS DE LAS ULCERAS POR PRESION ACTIVIDADES:</p> <ol style="list-style-type: none"> Describir características de la úlceras Controlar el color, la temperatura, humedad y el aspecto de la piel. Limpiar la piel alrededor de las úlceras Aplicar apósito adhesivo permeable a las zonas de las úlceras. Cambiar de posición cada 1-2 horas para evitar la presión prolongada. <p>2314 ADMINISTRACION DE MEDICACION: INTRAVENOSA ACTIVIDADES:</p> <ol style="list-style-type: none"> Seguir los correctos en la administración. Preparar la concentración adecuada de la medicación. Administrar la medicación IV. a velocidad adecuada. Mantener acceso IV. Documentar la administración de la medicación. 	<p>La vigilancia de la piel garantiza que se trate al paciente de forma correcta, identificando los factores de riesgo con el uso de escalas de valoración de enfermería.</p> <p>La prescripción y la administración por vía endovenosa aseguran a la pronta recuperación del paciente durante su estancia hospitalaria.</p>	<p>110101 Temperatura de la piel (+1) 4 (L)</p> <p>110102 Sensibilidad (+1) 4 (L)</p> <p>110113 Integridad de la piel (+1) 4 (L)</p> <p>110115 lesiones cutáneas (+1) 4 (L)</p>

Fuente: Elaboración propia con base de datos de las taxonomías Nanda, Noc, Nic basado en Herdman y Kamitsuru (12); Moorhead et al (13) y Butcher et al (14).

Tabla 5 Plan de cuidados del diagnóstico enfermero: (00066) Sufrimiento espiritual.

DIAGNÓSTICO ENFERMERO NANDA	CRITERIOS DE EVALUACIÓN NOC	ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA NIC	FUNDAMENTO DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	EVALUACIÓN DEL LOGRO NOC
(00066) Sufrimiento espiritual relacionado con aumento en la dependencia de otros evidenciado por cuestionamientos del significado de la vida	<p>2001 SALUD ESPIRITUAL</p> <p><u>Indicadores:</u></p> <p>200103 Expresión de significado y fin de la vida (3) Diana Mantener a: 3 Aumentar a: 4</p> <p>200123 Gozo por la vida (3) Diana Mantener a: 3 Aumentar a: 4</p>	<p>5270 APOYO EMOCIONAL</p> <p>ACTIVIDADES:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Realizar afirmaciones empáticas y de apoyo. 2. Proporcionar apoyo durante la negación. 3. Permanecer con el paciente y proporcionar sentimientos de seguridad durante los periodos de más ansiedad. <p>0640 MODIFICACION DE LA CONDUCTA</p> <p>ACTIVIDADES:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Determinar la motivación del paciente para un cambio de conducta 2. Presentar al paciente a personas que hayan superado con éxito la misma experiencia 3. Ofrecer refuerzos positivos 	<p>El apoyo emocional posibilita el afrontar mejor la enfermedad por parte de los pacientes, puesto que permite conocer las fases de adaptación que se produce en enfermedades de larga duración y ofrece recursos para contrarrestar los pensamientos y emociones negativas.</p> <p>Según el estudio de Mara de Melo nos menciona en una de sus conclusiones que "el apoyo socioemocional es de suma importancia en el cuidado de pacientes portadores de cualquier tipo de enfermedad. Al ser una enfermedad crónica solo incrementa la situación, dejando al individuo aún más vulnerable por el hecho de ser una enfermedad incurable, que traerá estrés diario a su vida y, por tanto, convirtiendo a este individuo en alguien necesitado de cuidados técnicos y biológicos y de apoyo socioemocional tanto de los amigos y familiares como del equipo de salud que trabaja junto al mismo" (5)</p>	<p>200103 Expresión de significado y fin de la vida (+1) 4 (L)</p> <p>200123 Gozo por la vida (+1) 4 (L)</p>

Fuente: Elaboración propia con base de datos de las taxonomías Nanda, Noc, Nic basado en Herdman y Kamitsuru (12); Moorhead et al (13) y Butcher et al (14).

Priorización de diagnósticos enfermeros

1. (00179) Riesgo de nivel de glucemia inestable según lo evidenciado por el manejo ineficaz de la medicación (Tabla 1).
2. (00267) Riesgo de nivel de hipertensión arterial inestable según lo evidenciado por inconsistencia del régimen de medicación (Tabla 2).
3. (00031) Limpieza ineficaz de las vías aéreas relacionado con mucosidad excesiva evidenciado por alteración de la frecuencia respiratoria (Tabla 3).
4. (00046) Deterioro de la Integridad Cutánea relacionado con presión sobre las prominencias óseas evidenciado por UPP de 2º en región lumbar (Tabla 4).
5. (00066) Sufrimiento espiritual relacionado con aumento en la dependencia de otros evidenciado por cuestionamientos del significado de la vida (Tabla 5).

3. Discusión

La aplicación del presente proceso de atención enfermero, se realizó en un paciente adulto mayor que fue hospitalizado con los siguientes diagnósticos: Diabetes mellitus, hipertensión arterial y neumonía adquirida en la comunidad, las intervenciones de enfermería se desarrollaron de forma sistemática e integral para así demostrar las dificultades presentadas en el paciente. Por medio de los cuidados e intervenciones

realizados obtenemos resultados que son indicativo del incremento del bienestar en el paciente y la disminución de la complejidad de la enfermedad. Los resultados obtenidos indican el porcentaje esperado al realizar las intervenciones de enfermería.

Con respecto al primer diagnóstico enfermero: (00179) Riesgo de nivel de glucemia inestable cuya definición según NANDA I es cuando se "es susceptible de variación de los niveles séricos de glucosa fuera de los niveles normales, que puede comprometer la salud" (9). Se obtuvo un resultado de un 95% de logro, mejorando y manteniendo el nivel de glicemia dentro de los valores normales.

En relación con el segundo diagnóstico: (00267) Riesgo de nivel de tensión arterial inestable: se alcanzó el 90% de mejoría, mientras que el 10 % se encuentra en proceso debido a la condición clínica del paciente y a su proceso de enfermedad. Según el concepto de la NANDA I. Riesgo de nivel de tensión arterial inestable es la "susceptibilidad de existir fluctuación del flujo en el paso de la sangre a través de los vasos arteriales, que puede comprometer la salud" (9).

En el tercer diagnóstico: (00031) Limpieza ineficaz de las vías aéreas, que según la definición de la NANDA "es la incapacidad para eliminarlas secreciones u obstrucciones del tracto respiratorio para mantener las

vías aéreas permeables" (9). En cuanto a este diagnóstico se logró un 90% se hizo todas las actividades propuestas para disminuir la alteración del patrón respiratorio.

En referencia el cuarto diagnóstico: (00046) Deterioro De La Integridad Cutánea, relacionado a la presión sobre prominencia ósea evidenciado por presencia de UPP 2º Grado en región lumbar, postrado en cama cuya definición según NANDA es "Alteración de la epidermis y/o de la dermis" (9) el resultado alcanzado fue del 85% ya que la recuperación de una lesión tisular es progresiva.

En relación al quinto diagnóstico: (00066) Sufrimiento espiritual relacionado con aumento en la dependencia de otro evidenciado por cuestionamientos del significado de la vida, cuyo concepto según NANDA es el "estado de sufrimiento relacionado con el deterioro de la habilidad para experimentar el sentido de la vida a través de conexiones con el yo, los otros, el mundo o un ser superior" (9). Luego de las intervenciones de enfermería dadas, el 80% de objetivos planteados se alcanzaron y 20% fueron parcialmente alcanzados.

4. Conclusiones

El PAE es un instrumento valioso en el ejercicio del profesional enfermero, permitiéndonos prestar cuidados de manera

lógica, racional y sistemática para identificar y obtener las necesidades del individuo con la finalidad de plantear, ejecutar y evaluar su cuidado.

El presente proceso se efectuó con las actividades propuestas a través de un plan de cuidados basado en respuestas humanas y en un contexto biopsicosocial, se alcanzaron las necesidades del paciente adulto mayor por medio de cuidados individualizados y orientados al cuidado basado en evidencias, los cuales se dieron de forma segura y eficaz para alcanzar la mejoría del paciente frente al estado crítico que presento en su valoración inicial.

Se identificaron 05 diagnósticos de enfermería en donde se lograron alcanzar casi en su totalidad los objetivos propuestos. En el primer diagnóstico enfermero (00179) Riesgo de nivel de glucemia inestable, el 95% de objetivos fueron alcanzados y 5% no fueron alcanzados debido al estado del paciente. En el segundo diagnóstico (00267) Riesgo de nivel de tensión arterial inestable: se alcanzó el 90% de mejoría, mientras que el 10 % se encuentra en proceso debido a la condición clínica del paciente y a su proceso de enfermedad. El tercer diagnóstico (00031) Limpieza ineficaz de las vías aéreas se logró un 90% se hizo todas las actividades propuestas para disminuir la alteración del patrón respiratorio. En cuanto al cuarto diagnóstico (00046) Deterioro de la Integridad

Cutánea los objetivos alcanzados fueron del 85% ya que la recuperación de una lesión tisular es progresiva y el quinto diagnóstico (00066) Sufrimiento espiritual el 80% de objetivos planteados se alcanzaron y 20% fueron parcialmente alcanzados.

Entre las recomendaciones tenemos: Primero, a los jefes de Enfermería, se incluya el uso de la valoración de Marjory Gordon y de la taxonomía NANDA, NIC y NOC en las intervenciones de enfermería para los pacientes hospitalizados.

Segundo, se recomienda a los enfermeros realizar una valoración integral del paciente, para que puedan priorizar adecuadamente las necesidades de los pacientes y así logren realizar oportunamente las intervenciones necesarias para mejorar el estado de salud de los pacientes.

5. Referencias

1. Atlas de la Diabetes de la FID. Federación Internacional de Diabetes. Atlas de la Diabetes de la FID (Novena) [Internet]. 2019 [Consultado 24 Octubre 2021]. Disponible en:
http://www.idf.org/sites/default/files/Atlas-poster-2014_ES.pdf
2. Carrillo R M y Bernabéz A. Type 2 diabetes mellitus in Peru: A systematic review of prevalence and incidence in the general population. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública [Internet]. 2019 [Consultado 12 diciembre 2021]; 36(1), 26–36. Disponible en:
<https://doi.org/10.17843/rpmesp.2019.361.4027>
3. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú Enfermedades No Transmisibles y Transmisibles [Internet]. 2020 [Consultado 18 diciembre 2021]. Disponible en
<https://proyectos.inei.gob.pe/endes/2020/SALUD/ENFERMEDADES ENDES 2020.pdf>
4. Mendoza M Á, Padrón A, Cossío P E y Soria M. Prevalencia mundial de la diabetes mellitus tipo 2 y su relación con el índice de desarrollo humano. Revista Panamericana de Salud Pública [Internet]. 2017 [Consultado 12 marzo 2022]; 41, 1–6. Disponible en:
<https://doi.org/10.26633/rpsp.2017.103>
5. Organización Mundial de la Salud. Hipertensión [Internet]. 2021 [Consultado 1 febrero 2022]. Disponible en:
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>
6. Carrera M C y González A. Calidad de vida en el paciente adulto y adulto mayor con diabetes mellitus e hipertensión arterial Punin- Bellavista 2017. Proyecto de investigación [Internet]. 2017 [Consultado 5 febrero 2022]. Disponible en:
<http://dspace.unach.edu.ec/bitstream/51>

[000/4189/1/UNACH-EC-FCS-ENF-2017-0011.pdf](https://doi.org/10.11144/javeriana.ume.d59-4.neum)

7. Organización Mundial de la Salud. Neumonía [Internet]. 2019 [Consultado 15 febrero 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/pneumonia>
8. Sánchez C. Neumonía bacteriana adquirida en la comunidad: epidemiología, clínica y tratamiento, en adultos mayores. Servicio de Medicina del Hospital MINSA II-2 Tarapoto. Enero 2011 a Octubre 2015 [Tesis para optar Licenciatura]. Tarapoto, Perú: Universidad Nacional de San Martín; 2017. Disponible en: http://repositorio.unsm.edu.pe/bitstream/handle/11458/2176/TP_MED_00002_2017.pdf?sequence=1&isAllowed=y
9. Huamán P. Cuidados de Enfermería en Neumonía Adquirida en la Comunidad Adulto Mayor. Servicio de Medicina Hospital Regional Ica – 2018 [Tesis para optar Licenciatura]. Arequipa, Perú: Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa; 2010. Disponible en: http://www.bvcooperacion.pe/biblioteca/bitstream/123456789/6458/1/BVCIO_006652.pdf
10. Martínez S, Soto M J, Mckinley E y Gualtero S. Neumonía adquirida en la comunidad: una revisión narrativa. Universitas Médica [Internet]. 2018 [Consultado 12 enero 2022]; 59(4), 1–10. Disponible en: <https://doi.org/10.11144/javeriana.ume.d59-4.neum>
11. Fernández W R. Factores asociados a estancia hospitalaria prolongada en pacientes mayores de 60 años con neumonía adquirida en la comunidad en el Hospital Militar Central del 2007 al 2016 [Tesis para optar Licenciatura]. Lima, Perú: Universidad Ricardo Palma; 2018. Disponible en: <http://repositorio.urp.edu.pe/handle/URP/1247>
12. Herdman H y Kamitsuru S. Diagnósticos enfermeros. Undécima edición. USA: Elsevier; 2018.
13. Moorhead S, Johnson M, Maas M y Swanson E. Nursing Outcomes Classification (NOC) Measurement of Health Outcomes [Internet]. USA: Elsevier; 2018 [Consultado 15 agosto 2021]. Disponible en: <https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/61876689/NOC20200123-44425-q4s7m0-with-cover-page-v2.pdf?Expires=1656010575&Signature=GwAHwO27VOFvdtYsnvYj9P~NYGcG~p9rLEawHmvBOvtXsirFB2nCbG0pEotb2KAmnuADreGHFfyJ-hajaGBOSnR~y0Kk4BF83nNtITo9Y~lwU7IW9Uh3aW85U8K09jfxb4wK-YnPC4yKsc~bs8vyjg1GJMNt9vN5~4s6nf95rdYmVEIG7qVACyOalpQBMURhh5kYvX8E~Vy0uK6nG4M9e0W8kxGenEQ1QuExJBa9dNwunlgaX8j9FfrW0zc0q4pAmXMrZUm-yRaAbpoYfmF->

Santiago S, Patricio K, Paita E, Santiago J, Soto J y Flores E. Proceso del cuidado enfermero aplicado en adulto mayor con diabetes mellitus, hipertensión arterial y neumonía adquirida en la comunidad. Rev. Recien. 2022; Vol. 11/ N.º 3, ISSN: 2071-596X

[zojvGkKE~h26NRkOEG8Tv4zOLsfBmXo
al0fP4A0ohQkpVAYvdDjqUHCmU6OV3
Ue~A_&Key-Pair-
Id=APKAJLOHF5GGSLRBV4ZA](https://doi.org/10.1016/j.ric.2022.03.003)

74. Butcher H K, Bulechek G M, Wagner C M y McCloskey-Dochterman J. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (Nic) [Internet]. USA: Elsevier; 2018 [Consultado 10 agosto 2021]. Disponible en: [https://books.google.com.pe/books?hl=es&lr=&id=5RI9DwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=Butcher+H+\(2018&ots=Rlms1IXQ2j&sig=hc6XEODdByUwcfC79R6yolu6YZ0#v=onepage&q=Butcher%20H%20\(2018&f=false](https://books.google.com.pe/books?hl=es&lr=&id=5RI9DwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=Butcher+H+(2018&ots=Rlms1IXQ2j&sig=hc6XEODdByUwcfC79R6yolu6YZ0#v=onepage&q=Butcher%20H%20(2018&f=false)

ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA QUE ATIENDE A PACIENTES CON COVID-19 EN UN INSTITUTO ESPECIALIZADO EN LIMA, PERÚ

COPING STRATEGIES OF THE NURSING PROFESSIONAL WHO CARES FOR PATIENTS WITH COVID-19 IN A SPECIALIZED INSTITUTE IN LIMA, PERU

Moreno Cabello Viviana Elida ¹

Resumen

El presente estudio basado en la metodología cuantitativa, método descriptivo y de corte transversal tiene como objetivo determinar las estrategias de afrontamiento de 242 profesionales de enfermería que atiende pacientes con diagnóstico de COVID-19 en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN), de los cuales el 89,7 % pertenecen al género femenino y el 10,3 % al género masculino. Para la recolección de información se utilizó a técnica de encuesta y como instrumento el COPE-28, escala tipo Likert modificado de 28 ítems divididos en 3 dimensiones: centrado en problema, centrado en la emoción y evitativo. Los resultados mostraron que en el 56,2 % de la población en estudio están presentes las estrategias de afrontamiento mientras que están ausentes en el 43,8 %. Del grupo que utiliza estrategias de afrontamiento, el 58,7 % utilizan la estrategia de enfocados en el problema, el 44,6 % utilizan el afrontamiento emocional y el 33,9 % utilizan el afrontamiento evitativo. En conclusión, más del 50 % de la población en estudio utiliza estrategias de afrontamiento durante la atención al paciente con diagnóstico de COVID-19. La estrategia de afrontamiento utilizada mayoritariamente se centra en el problema, donde el profesional de enfermería admite un papel activo en la atención y cuidado del paciente con diagnóstico de COVID-19.

Palabras clave: estrategias de afrontamiento, enfermería, COVID-19.

Abstract

The objective of this study, based on the quantitative methodology, descriptive and cross-sectional method, is to determine the coping strategies of 242 nursing professionals who care for patients diagnosed with COVID-19 at the National Institute of Neoplastic Diseases (INEN), of the which 89.7% belong to the female gender and 10.3% to the male gender. For the collection of information, a survey technique was used and the COPE-28 instrument was used, a modified Likert-type scale of 28 items divided into 3 dimensions: problem-focused, emotion-focused and avoidant. The results showed that coping strategies are present in 56.2% of the study population while they are absent in 43.8%. Of the group that uses coping strategies, 58.7% use the problem-focused strategy, 44.6% use emotional coping, and 33.9% use avoidant coping. In conclusion, more than 50% of the study population uses coping strategies during care for patients diagnosed with COVID-19. The coping strategy used mostly focuses on the problem, where the nursing professional admits an active role in the care and attention of the patient diagnosed with COVID-19.

Keywords: coping strategies, nursing, COVID-19.

Citar como:

Moreno V. Estrategias de afrontamiento del profesional de enfermería que atiende a pacientes con Covid-19 en un instituto especializado en Lima, Perú. Rev. Recien. 2022; 11(3)

Correspondencia:

Moreno Cabello Viviana Elida
vivimc1621@hotmail.com

Recibido: 13/05/2022

Aprobado: 15/07/2022

En línea:

¹Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. Licenciada en Enfermería por la UNMSM. Especialista en: Enfermería Oncológica, Enfermería en Cuidados Intensivos y Enfermería Pediátrica. Docente invitada PSEE UPG UNMSM. Egresada Maestría Docencia e Investigación en Salud. Correo: vivimc1621@hotmail.com, ORCID: [0000-0002-6245-6316](https://orcid.org/0000-0002-6245-6316)

1. Introducción.

El 16 de marzo del 2020, el estado peruano declaró Estado de Emergencia Nacional a consecuencia del brote del COVID-19. El Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN) tomó una serie de medidas a nivel del personal de salud y en los pacientes oncológicos para contener la pandemia por COVID-19. Entre el personal de salud se encuentran los profesionales de enfermería por encontrarse en primera línea de atención, acompañando a pacientes oncológicos afectados por COVID-19, desde el diagnóstico hasta el tratamiento. El riesgo de infección y de desarrollar cuadro severo por COVID-19 es mayor en la población oncológica (1). Desde el 17 de marzo del 2020, el Perú ingreso a la fase de contagio comunitario o llamada fase 3 (2). Se ha descrito que esta pandemia generó una situación estresante en los profesionales de enfermería en general, quienes intensificaron sus labores, y en quienes se manifestó agotamiento y el trastorno de estrés postraumático (3). Frente a este panorama, el profesional de enfermería puso en marcha diversas estrategias de afrontamiento durante el cuidado de pacientes diagnosticados con COVID-19, para poder continuar con su labor profesional en primera línea en el cuidado de estos pacientes.

Lazarus, R. y Folkman, S. (1986) definieron el afrontamiento como una transformación

cognitiva y conductual que cambia frecuentemente y evoluciona para manejar las demandas que exige una situación determinada, las cuales son evaluadas como insostenibles en una persona (4) por lo que, el afrontamiento conlleva esfuerzos en comportamiento y conocimientos que ejecuta la persona para satisfacer las demandas que exige una situación y actúan como un todo para sostener su entereza, calificado como primordial para su salud y bienestar.

La pandemia por COVID-19, es causada por el virus SARS-CoV-2, que se propaga mayoritariamente cuando una persona infectada entra en contacto con otra a una corta distancia, mediante partículas expulsadas a través de la boca o nariz al estornudar, toser, hablar, cantar, resoplar o simplemente al respirar. Estas partículas varían de tamaño y pueden tener forma de gotículas respiratorias o aerosoles. El virus puede penetrar por la boca, nariz u ojos, lo que sucede principalmente si un individuo está en contacto estrecho (menos de 1,5 metros de distancia) con el individuo que contrajo la infección (5).

En cuanto a las estrategias, se refiere a las innumerables actividades específicas que conlleva la persona en su forma de vida, estas estrategias son respuestas cotidianas que el ser humano hace uso con el fin de habituarse y mantener su estabilidad cotidiana en situaciones de ansiedad. El modelo de Carver et. al. (6) describe las

categorías del afrontamiento donde engloba 3 dominios y 2 estilos que pueden ser catalogados como activos y pasivos, por su funcionalidad durante una situación por enfrentar.

Tabla 1 Estrategias de afrontamiento según carácter activo y pasivo.

Afrontamiento	Activo	Pasivo/Evitativo
Conductual	Activo	Renuncia
	Planificación	Autodistracción
	Apoyo instrumental	Consumo de sustancias
Cognitivo	Reinterpretación positiva	Negación
	Humor	Religión
	Aceptación	Autocrítica
Emocional	Apoyo emocional	Descarga emocional

Fuente: Carver, Scheier, y Weintraub, (1989, citado por Krzemien et al., 2005) (6).

Posterior al primer brote de COVID-19 (Wuhan – China) en diciembre 2019, China detectó 41 casos desde el 8 de diciembre al 2 de enero de 2020. Esta rápida expansión de contagios desencadenó que la Organización Mundial de la Salud (OMS), con fecha 30 de enero de 2020, declarara emergencia sanitaria mundial (7).

El agente infeccioso SARS-CoV-2 produce síntomas similares a los de la gripe, entre ellos: fiebre, tos, disnea, mialgia y fatiga (8). En los pacientes con COVID-19 grave, la característica principal es la neumonía, síndrome de dificultad respiratoria aguda y sepsis que conlleva aproximadamente un

3,75 % de los contagiados a decesos, información de la OMS (9). Al momento, no se ha establecido un esquema de tratamiento propio. Al identificar los síntomas en el paciente solo se puede aliviarlos a fin de sostener la hemodinamia estable en el paciente.

Con fecha 11 de marzo del 2020, la infección viral se expandió en más de 100 países a nivel mundial (10). Los casos continuaron en aumento hasta llegar a los 500 mil casos a nivel mundial en 15 días (11). La epidemia y posteriormente, declarada por la OMS, pandemia del COVID-19 constituyen una emergencia de salud pública sin precedentes. En Latinoamérica, los primeros casos se reportaron en Brasil, luego en Ecuador, mientras que el “caso 0” en el Perú se registró el 06 de marzo del 2020 (12). La pandemia por COVID-19 puso en alerta máxima al mundo entero y con ello se evidenció la falta de personal de salud para la “primera línea” atendiendo día y noche pacientes con esta infección a nivel mundial (13).

En este contexto de la pandemia, al interactuar con los profesionales de enfermería han referido: “tengo miedo de contagiarme”, ¿contagiaré a mi familia? entre otras expresiones (comunicación personal). A seis meses de iniciada la pandemia en el Perú, el Colegio de Enfermeros del Perú (CEP) calculó más de 5

mil contagiados entre el personal de enfermería, de los cuales 71 profesionales de enfermería y 92 técnicos en enfermería fallecieron (14). Por tal motivo se realizó la siguiente pregunta de investigación ¿Cuáles son las estrategias de afrontamiento del profesional de enfermería que atiende a pacientes con COVID-19 en un instituto especializado del Perú?

Esta investigación permitió proporcionar a la institución en estudio información relevante sobre las estrategias de afrontamiento, detectándose qué estrategias son las que están presentes o ausentes, lo cual permitirá programar actividades que ayuden a los profesionales de enfermería a reconocer y hacer uso de estrategias de afrontamiento ante situaciones difíciles como la pandemia, por encontrarse desde el primer momento, en primera línea de atención al paciente con COVID-19.

2. Métodos.

La metodología empleada tuvo un enfoque cuantitativo, se usó el método descriptivo, con diseño no experimental y corte transversal. Así mismo, la presente investigación se realizó en el INEN, institución especializada en el tratamiento de pacientes oncológicos, la cual está ubicada en Lima – Perú. El INEN es un Organismo Público Ejecutor (OPE) y pertenece al Ministerio de Salud del Perú (nivel 3 II).

La población conformada para el presente estudio fue de 648 profesionales de enfermería quienes trabajaron de manera presencial en el INEN en los diferentes servicios especializados.

Para determinar el tamaño muestral se utilizó la fórmula para poblaciones finitas, obteniéndose como resultado, al 95 % de seguridad, un tamaño muestral de 242 profesionales de enfermería que cumplieron con todos los criterios de inclusión los cuales fueron:

- Profesionales de enfermería con trabajo presencial durante la pandemia COVID-19.
- Profesionales de enfermería quienes atendieron a pacientes con diagnóstico de COVID- 19.
- Profesionales de enfermería quienes aceptaron participar en el estudio.
- Profesionales de enfermería con un tiempo de trabajo mayor a tres meses en el INEN.

Para recolectar los datos del trabajo de investigación se realizaron los trámites administrativo correspondientes, primero una carta dirigida al Director Ejecutivo del INEN, Dirección de enfermería, Dirección de docencia e investigación, así como al comité de ética del INEN, obteniéndose la autorización y facilidades para ejecutar el estudio.

El cuestionario - formulario fue enviado mediante un link de formulario google drive, vía e-mail y WhatsApp. En la

primera parte del formulario se solicitó la aceptación del participante mediante el consentimiento informado, se brindó las indicaciones y el instrumento propiamente dicho. Al final se agradeció su participación y se informó que los datos recolectados serán codificados y de uso exclusivo para el presente trabajo de investigación. El formulario estuvo programado para que envíe un mensaje automático si faltaba responder alguna pregunta al participante. Una vez enviado el link al personal de enfermería, el formulario estuvo disponible durante diez días para su acceso y sin tiempo límite para responder el formulario.

Se utilizó como técnica la encuesta y como instrumento el cuestionario COPE-28, el cual es una escala Likert (versión española del Brief según el original de Carver, 1997) Consuelo Morán y Dionisio Manga lo validaron y tradujeron al español, cuenta con 28 ítems, los puntajes se midieron según las variables en base a la escala de 14 sub estrategias de afrontamiento, lo cual corresponde a 3 estrategias: enfocado en el problema, emoción y evitativo, con 3 alternativas de respuesta, designándose el siguiente puntaje: Nunca (0), A veces (1) y Siempre (2). Se otorgó los puntos a las variables estrategias de afrontamiento, según: Presente (28 – 56) y Ausente (0 – 27). La designación de cada ítem fue dada para cada dimensión, según la Tabla 2.

Tabla 2 Dimensiones de Afrontamiento COPE-28 según ítems.

ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO	ÍTEMS
Enfocado en el problema	
Afrontamiento activo	2 y 10
Planificación	6 y 26
Apoyo instrumental	1 y 28
Reinterpretación positiva	14 y 18
Aceptación	3 y 21
Humor	7 y 19
Desconexión	11 y 25
Enfocado en la emoción	
Desahogo	12 y 23
Uso de apoyo	9 y 17
Evitativo	
Negación	5 y 13
Religión	16 y 20
Uso de sustancias	15 y 24
Autoinculpación	8 y 27
Auto-distracción	4 y 22

Fuente: Carver C. (1989) (15).

Para la variable estrategias de afrontamiento se trabajó 3 dimensiones con sus respectivos ítems, determinándose la siguiente distribución: 14 ítems para las estrategias enfocadas en el problema, 4 ítems para las estrategias enfocadas en la emoción y 10 ítems para las estrategias evitativas. Cada dimensión fue evaluada según el puntaje obtenido de acuerdo al número de ítems correspondiente.

Todo el proceso se realizó mediante el programa estadístico IBM® SPSS® Statistics 20.0 (IBM SPSS, Inc., Chicago, IL, USA) y se elaboró gráficos estadísticos con el fin de realizar el análisis e interpretación de los resultados.

En el presente trabajo de investigación se cumplieron los principios de no maleficencia, beneficencia, justicia y autonomía.

No maleficencia: el profesional de salud nunca debe hacer uso de su conocimiento para dañar a otros o hacia uno mismo. El presente estudio no ocasionó ningún daño a la unidad de análisis que conforma la muestra de estudio.

Beneficiencia: considerado uno de los preceptos más importantes de los principios bioéticos, de carácter exigible, el presente estudio de investigación pretende beneficiar al profesional de la salud en el contexto de la pandemia ya que con los resultados se podrá adoptar medidas para mejorar el estado emocional del profesional.

Justicia: definida como la equidad en consideración y respeto, se debe valorar si el proceder es equitativo, es decir accesible para todos aquellos que la necesiten. El estudio pretende favorecer a todos los profesionales de la salud sin excepción.

Autonomía: para Beauchamp y Childress, la persona autónoma es el que “actúa con libertad según un plan autoescogido” para el presente estudio el profesional de enfermería tuvo libertad de decidir participar, abstenerse o renunciar del presente estudio, para lo cual se entregó el consentimiento informado.

3. Resultados.

De los resultados de la distribución por género del grupo encuestado (242), el 89,7 % (217) pertenecen al género femenino y el 10,3 % (25) al género masculino. A nivel de grupo etario, el 37.6 % (91) corresponden al rango de 26 - 35 años, seguidos de un 35,1 % (85) entre 36 - 45 años, 22,7 % (55) eran mayores de 46 años y solo un 4,6 % (11) eran menores de 25 años. En relación al grado académico el 91.3% (221) contaba con título de Licenciada(o) en Enfermería, mientras que un 7,9 % (19) con el grado de Magister y solo un 0.8 % (2) con el grado de doctor en Enfermería.

En la encuesta se incluyó un aspecto importante, el uso de Equipos de Protección Personal (EPP). El 79,3 % (192) respondió que la institución brindó todos los EPP, mientras que el 20,7 % (50) indicó que le fueron entregados solo algunos EPP para que realice sus actividades laborales frente a un paciente diagnosticado con COVID-19.

Respecto a la variable Estrategias de afrontamiento de los profesionales de enfermería que atiende a pacientes positivo a COVID-19, en la figura 1 se observa que el 56,2 % (136) usa estrategias de afrontamiento y en el 43.8 % (106) las estrategias están ausentes.

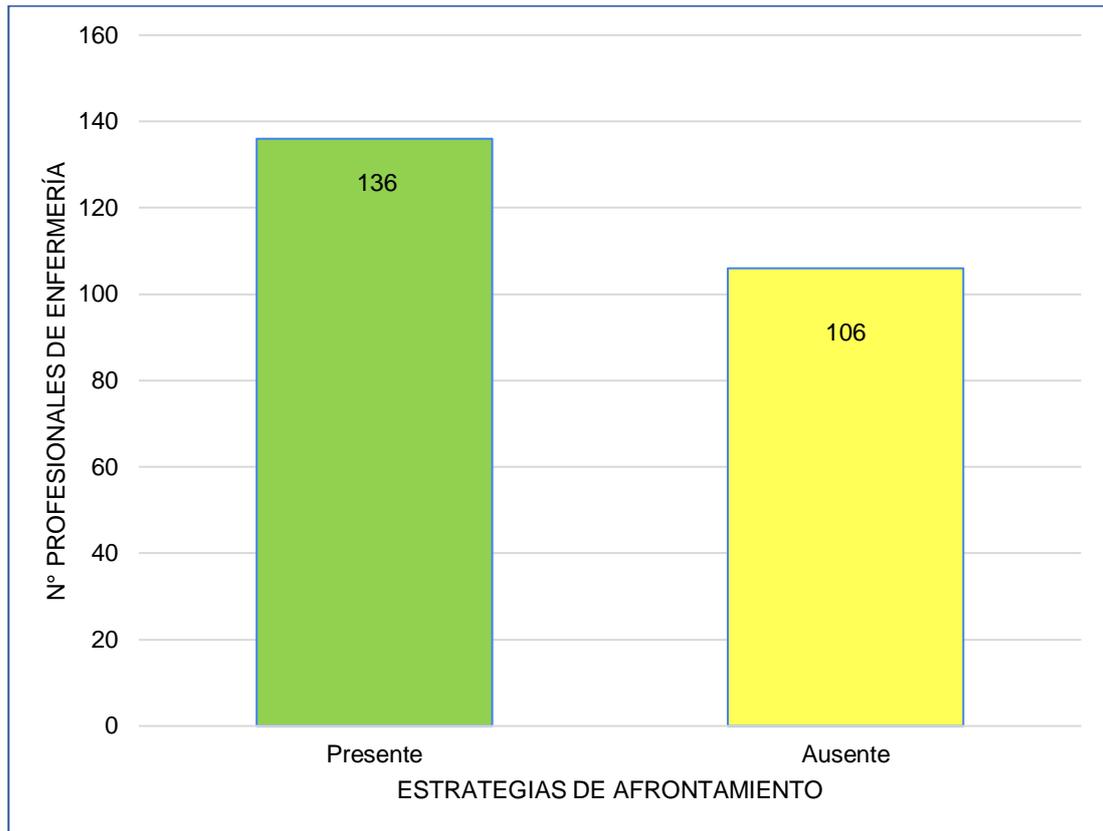


Figura 1 N° de profesionales de enfermería que usan Estrategias de Afrontamiento en la atención de pacientes con diagnóstico de COVID-19 en el INEN

En este estudio, la variable Estrategias de Afrontamiento tuvo tres dimensiones: enfocado en el problema, en la emoción y evitativo. La figura 2 muestra que en la dimensión enfocados en el problema se obtuvo que en el 58,7 % (142) estaban presentes las estrategias y en un 41,3 % (100) estaban ausentes. En la estrategia enfocado en la emoción, las estrategias de afrontamiento estaban presentes en el 44,6 % (108) de los profesionales de enfermería y en 55,4 % (134) estuvieron ausentes.

Respecto a la tercera dimensión, evitativo, se obtuvo que solo el 33,9 % (82) de los profesionales de enfermería usaban las estrategias de afrontamiento y el 66,1 % (160) de los profesionales de enfermería las estrategias evitativas estaban ausentes.

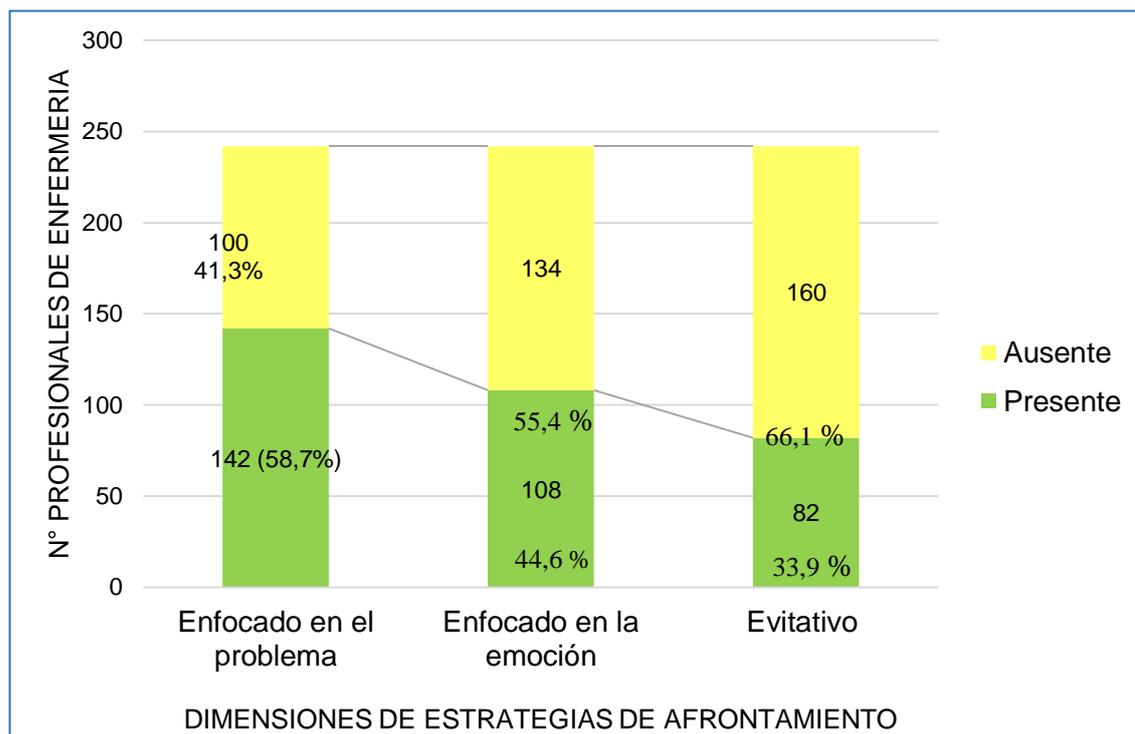


Figura 2 Estrategias de Afrontamiento de los profesionales de Enfermería en el INEN por dimensiones

4. Discusión.

Los profesionales de la salud, en esta pandemia, se encuentran en primera línea, lo cual ha provocado en la población millones de muertes a nivel mundial, entre ellos ha cobrado la vida de profesionales de la salud y entre ellas el profesional de enfermería, quienes al convivir dentro de un grupo familiar implica el alto riesgo de contagio a las personas con quien comparte la vivienda. Los profesionales de enfermería continúan brindando un cuidado de calidad a todo paciente pediátrico o adulto con esta infección, con valor y fuerza; sin embargo, el miedo a contagiarse y contagiar a sus familias está presente día a día y deben superar sus miedos por el bien común. Esta pugna entre

lo afectivo y la emoción pueden afectar no solo la salud psico-emocional del profesional de enfermería sino también el de su familia y vínculo social, observándose, por ejemplo, en muchos reportajes de televisión que el personal de la salud era discriminado por la sociedad en los primeros meses de pandemia por el temor al contagio, causando probablemente mayor conmoción y frustración.

Considerando los resultados, se puede afirmar que solo un poco más del 50 % de los encuestados presentan estrategias de afrontamiento. Gutiérrez (2009) indicó que las estrategias de afrontamiento ante situaciones difíciles establecen el soporte

de un equilibrio emocional y buscan respuestas que le permita resolver, afrontar y confrontar situaciones de forma óptima, situaciones en forma activa y continuar con las funciones propias del profesional de enfermería con seguridad y calidad (16). Así también, el estudio realizado por Espinoza (2017) encontró que el afrontamiento es principalmente de un nivel medio y bajo (17). De igual forma en el estudio realizado por Pérez (2016) encontró que solo el 30 % de los encuestados tenían un nivel de afrontamiento alto (18).

Respecto a las dimensiones de las estrategias de afrontamiento, resalta los resultados de las estrategias enfocadas en el problema, las cuales se presentaron en la mayoría de los profesionales de enfermería, es decir, realizan actividades de tipo activo como la planificación, apoyo, reinterpretación positiva, humor, aceptación y desconexión. En la dimensión centradas en la emoción, observamos que están presentes en menos del 50 %, es decir, el desahogo y uso de apoyo, mientras que en la estrategia de afrontamiento evitativo estuvo ausente en la mayoría de encuestados, que corresponden a las actividades de negación, religión, uso de sustancias, auto inculpação y autodistracción.

Los resultados evidencian que la mayoría de profesionales de enfermería fue de

género femenino cuyas edades estaban entre los 26 y 35 años. Por otro lado, más de la mitad de los profesionales de enfermería están haciendo uso de estrategias de afrontamiento frente a esta situación de atención del paciente con diagnóstico COVID-19, procurando que su desempeño profesional no se vea alterado por los efectos negativos que puedan presentar por la pandemia, el contacto directo con pacientes con diagnóstico COVID-19 y el alto riesgo de contagio debido al alto compromiso que tienen los profesionales de enfermería que se encuentran en primera línea ante la pandemia. Arque (2014) encontró similares resultados donde la estrategia más utilizada fue el enfocado en el problema, mientras que en las otras dimensiones están en su mayoría ausentes (19).

5. Conclusiones.

Más de la mitad del personal de enfermería en el INEN en Lima - Perú tiene presente las estrategias de afrontamiento, utilizando principalmente la estrategia enfocada en el problema en donde el profesional de enfermería asume un papel activo en la atención y cuidado del paciente con diagnóstico de COVID-19.

Teniendo en cuenta las 3 dimensiones, la más utilizada es el enfocado en el problema, en donde el profesional de enfermería asume un papel activo en la atención y cuidado del paciente con

diagnóstico de COVID-19, que durante la primera y segunda ola era de alto riesgo de contagio y mortalidad, sobre todo para el personal de salud y entre ellos los profesionales de Enfermería que se encuentran en primera línea ante esta pandemia.

Responsabilidades Éticas: Los datos obtenidos fueron procesados de forma anónima, la identidad de los participantes fue protegida durante el curso de la investigación.

Conflicto de intereses: Para el presente estudio, se declara no tener conflictos de interés.

Financiamiento: no se ha recibido ningún financiamiento económico para el desarrollo del estudio.

6. Referencias.

1. Castañeda CA, Castillo M, Rojas JL, Fuentes H y Gómez HL. COVID-19 en pacientes con cáncer: revisión sistemática. Rev Peru Med Exp Salud Publica [Internet]. 2020 [Citado el 5 de octubre 2021];37(4):611-9. Disponible en: <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2020.374.5976>
2. Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades. Alerta epidemiológica Código: AE-013-2020 [Internet]. 2020 [Citado el 7 de octubre 2021]; Disponible en: https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/570086/Alerta_013-2020.pdf
3. Caruso R, Annaloro C, Arrigoni C, Ghizzardi G, Dellafiore F, Magon A, Maga G, Nania T, Pittella F y Villa G. Burnout and post-traumatic stress disorder in frontline nurses during the COVID-19 pandemic: a systematic literature review and meta-analysis of studies published in 2020: COVID-19, burnout, and PTSD in nurses. Acta Biomed [Internet]. 2021 [Citado el 12 de octubre 2021];92(S2): e2021428. Disponible en: <https://mattioli1885journals.com/index.php/actabiomedica/article/view/11796>
4. Lazarus y Folkman. Estrés y procesos cognitivos. España: Martínez Roca; 1986.
5. Organización Mundial de la Salud (OMS) Novel Coronavirus (COVID-19) Situation [Internet]. 2020 [Citado el 25 de octubre 2021]. Disponible en: <https://experience.arcgis.com/experience/685d0ace521648f8a5beeeee1b9125cd>
6. Krzemien D, Monchietti A y Urqujo S. Afrontamiento activo y adaptación al envejecimiento en mujeres de la ciudad de Mar del Plata: una revisión de la estrategia de autodistracción. Revista Interdisciplinaria de Psicología y Ciencias Afines [Internet]. 2005 [Citado

- el 26 de octubre 2021]; 22 (2), 183-210. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1668-70272005000200004&lng=es&tlng=es
7. Organización Mundial de la Salud (OMS). Declaración sobre la segunda reunión del Comité de Emergencias del Reglamento Sanitario Internacional (2005) acerca del brote del nuevo coronavirus (2019).[Internet]. 2020 [Citado el 26 de octubre 2021]. Disponible en: www.who.int
 8. Nasserie T, Hittle M y Goodman SN. Assessment of the Frequency and Variety of Persistent Symptoms Among Patients With COVID-19: A Systematic Review. JAMA Netw Open [Internet]. 2021 [Citado el 29 de octubre 2021]; 4(5): e2111417. Disponible en: doi:10.1001/jamanetworkopen.2021.11417
 9. Mornese S, Scabini S, Corcione S, Lupia T y De Rosa F. COVID-19 pneumonia: do not leave the corticosteroids behind!. Future Microbiology [Internet]. 2021 [Citado el 29 de octubre 2021]; 16:5, 317-322 Disponible en: <https://doi.org/10.2217/fmb-2020-0199>
 10. Organización Mundial de la Salud (OMS). Alocución de apertura del Director General de la OMS en la rueda de prensa sobre la COVID-19 celebrada el 11 de marzo de 2020. Archivado desde el original el 12 de marzo de 2020.
 11. Organización Mundial de la Salud (OMS). Contagios por coronavirus en el mundo alcanzan el medio millón. El Universal. 26 de marzo de 2020. Archivado desde el original el 30 de marzo de 2020.
 12. Plataforma digital única del Estado peruano. Coronavirus en el Perú. Marzo 2020 [Internet]. 2020 [Citado el 30 de octubre 2021]. Disponible en: <https://www.gob.pe/coronavirus>
 13. Organización Mundial de la Salud (OMS). La OMS y sus asociados hacen un llamamiento urgente para que se invierta en el personal de enfermería. [Internet] 7 de abril de 2020. [Citado el 2 de julio 2020]. Comunicado de prensa, extraído el 20 agosto 2020. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/07-04-2020-who-and-partners-call-for-urgent-investment-in-nurses>
 14. Colegio de Enfermeros del Perú. Colegio de Enfermeros informa que hay más de 5 mil profesionales contagiadas con coronavirus [Internet] 2020. [Citado el 2 de julio 2021]. Disponible en: <https://gestion.pe/peru/coronavirus-peru-colegio-de-enfermeros-informa-que-hay-mas-de-5-mil-profesionales-contagiadas-con-covid-19-nndc-noticia/>

15. Carver C, Scheier M y Weintraub J K. Assessing Coping Strategies: A theoretically based approach. Journal of Personality and Social Psychology. 1989; 56(2): 267–283.
16. Gutiérrez C. Escala de medición del proceso de afrontamiento y adaptación de Callista Roy: una propuesta metodológica para su interpretación. Hallazgos [Internet]. 2009 [Citado el 2 de agosto 2021]; 6 (12), 201-213. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/4138/413835200009.pdf>
17. Espinoza T, Pérez D, Abarca M y Zúñiga J. Afrontamiento familiar ante hospitalización de un pariente adulto en cuidados intensivos de una institución de salud. Lima-Perú 2017. [Internet]. 2017 [Citado el 2 de noviembre 2021]. Disponible en: <http://coloquioenfermeria2018.sld.cu/index.php/coloquio/2018/paper/download/1307/295>
18. Pérez D. Nivel de uso de estrategias de afrontamiento por la familia ante el estrés, por la hospitalización de un pariente adulto en la Unidad de Cuidados Intensivos del HNGAI. Perú; 2016.
19. Arque Y. Estilos de afrontamiento y calidad de vida en personas con insuficiencia renal crónica, unidad de hemodiálisis Hospital Nacional Case – EsSalud, Arequipa. Perú; 2014.

PROPUESTA DE ATENCIÓN DEL PACIENTE CON COVID-19 EN EL PROGRAMA DE ATENCIÓN DOMICILIARIA (PADOMI) ESSALUD, CHACHAPOYAS, 2022

PROPOSAL FOR PATIENT CARE WITH COVID-19 IN THE PROGRAM OF HOME CARE (PADOMI) ESSALUD, CHACHAPOYAS, 2022

Henni Marielith Epiquién Urbina¹
Wilfredo Amaro Cáceres²

Resumen

El objetivo de la investigación fue elaborar una propuesta de atención al paciente con COVID-19 (Coronavirus) en el Programa de Atención Domiciliaria (PADOMI) considerando los alcances del personal asistencial de EsSalud Chachapoyas. El estudio fue de enfoque cuantitativo, de nivel descriptivo, de tipo observacional, prospectivo transversal. La muestra estuvo constituida por 25 profesionales de la salud que laboraron o laboran en PADOMI; los datos fueron recolectados utilizando el cuestionario denominado "Propuesta de atención domiciliaria del paciente con COVID 19" (validez: 0.82 y confiabilidad: 0.79). Los resultados evidencian que del 100 % (25) de profesionales de la salud encuestados, en su mayoría, están de acuerdo en considerar dentro de la propuesta de atención las siguientes dimensiones: Organización del servicio de atención domiciliaria para pacientes COVID-19 (84 %), Notificación de un posible caso y la intervención en el domicilio (80 %), Uso del equipo de protección personal (EPP) para la intervención en domicilio (88 %), Diagnóstico del paciente y decisión de atención domiciliaria (88 %), Identificación de contactos del paciente y toma de muestras (84 %), Condiciones de la vivienda para el aislamiento (84 %), Instalación del paciente (84 %), Manejo del paciente en domicilio (84 %), entre otras. Además, existe un alto grado de correspondencia entre las 17 dimensiones propuestas y la variable atención (mayor a 0.9 por ecuaciones estructurales). Conclusión: las dimensiones consideradas en el estudio son adecuadas para abordar la atención al paciente con COVID-19 en el PADOMI.

Palabras clave: Atención domiciliaria, COVID 19, PADOMI.

Abstract

The objective of this research was to develop a proposal for patient care with COVID-19 (Coronavirus) in the Home Care Program (PADOMI) considering the scope of the EsSalud Chachapoyas care staff. The study was a quantitative approach, descriptive, observational, and cross-sectional prospective. The sample consisted of 25 health professionals who worked or work at PADOMI; The data was collected using the questionnaire called "Proposal for home care of the patient with COVID 19" (validity: 0.82 and reliability: 0.79). The results show that 100% (25) of the health professionals surveyed, agreed to consider the following dimensions within the care proposal: Organization of the home care service for COVID-19 patients (84%), Notification of a possible case and home intervention (80%), Use of personal protective equipment (PPE) for home intervention (88%), Patient diagnosis and home care decision (88%), Identification of patient contacts and sample collection (84%), Housing conditions for isolation (84%), Patient installation (84%), Patient management at home (84%), among others. In addition, there is a high degree of correspondence between the 17 proposed dimensions and the Variable attention (greater than 0.9 by structural equations). Conclusion: the dimensions considered in the study are adequate to address the care of patients with COVID-19 in PADOMI.

Keywords: Home care, COVID 19, PADOMI

Citar como:

Epiquién H y Amaro W.
Propuesta de atención del
paciente con covid-19 en el
Programa de Atención
Domiciliaria (PADOMI)
Essalud, Chachapoyas, 2022.
Rev. Recien. 2022; 11(3)

Correspondencia:

Henni Marielith Epiquién
Urbina

henni19902013@gmail.com

Recibido: 02/05/2022

Aprobado: 15/07/2022

En línea:

¹Licenciada en Enfermería del Hospital EsSalud Higos Urco Chachapoyas. Egresada de la Maestría en Gerencia y Gestión de los Servicios de Salud de la Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza de Amazonas. Email: henni19902013@gmail.com. <https://orcid.org/0000-0002-0447-2174>

²Licenciado en Enfermería, docente asociado en la Escuela Profesional de Enfermería de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza de Amazonas. Email: wilfredo.amaro@untrm.edu.pe <https://orcid.org/0000-0001-6601-1835>

1. Introducción.

El virus SARSCoV-2 ha generado una crisis sanitaria en todo el mundo que ha afectado la salud pública de toda la población, conllevando a consecuencias fatales (1). Asimismo, la pandemia ha generado una situación de mayor demanda en los servicios sanitarios (2).

Es así que, en la actual situación de incremento sucesivo de casos y muertes, se cambió radicalmente la perspectiva de atención tradicional, primero centrándose en los hospitales, luego en los centros de primer nivel y más tarde en diversas formas de atención domiciliaria (1). Al ser, el SARS-CoV-2, una enfermedad contagiosa se optó por adecuarse a las medidas basadas en la prevención y promoción, en la cual es importante la incorporación de Atención primaria (3).

Por otro lado, la innovación epidemiológica, la incorporación de los pacientes al sistema de salud, el seguimiento y diagnóstico de casos leves en su mayoría, requiere que esta atención se tenga que efectuar en el primer nivel de atención, entre ellas: los consultores rurales, centros de salud, centros de atención continuada, entre otros. Esta pandemia ha provocado adoptar medidas importantes para lidiar la crisis sanitaria causadas por el COVID 19 como la atención domiciliaria (4).

Cabe indicar que el beneficio de los servicios de salud domiciliarios es diverso, y está a cargo de profesionales con la participación de los representantes de salud comunitaria, curanderos tradicionales, ayudantes comunitarios o un grupo diferente de cuidadores y de otros abastecedores responsables, relacionados con la comunidad (5).

En ese sentido que, la atención domiciliaria se puede definir como un grupo de actividades que llevan un valioso valor preventivo y promocional, siendo el fruto de indagación, evaluación y detección de las carencias que tienen las familias. Este tipo de atención permite evaluar no solo el ambiente donde interactúa la familia o los riesgos que presente, sino enfocarse cómo se relacionan con la comunidad (1).

La persona que requiere atención en casa, siendo sospechoso o confirmado de COVID-19, ya sea en niños como en adultos, logra proyectarse cuando no haya atención en el hospital o no cumpla con garantías de seguridad o no esté apto. Los pacientes que hayan admitido el alta en el hospital, si desean pueden continuar la atención en su domicilio, si lo requiere (5).

Puede presentarse la oportunidad de que una persona con patologías leves o severas y además con diagnóstico de COVID 19, requiera atención en su domicilio; el lugar de aislamiento tiene que ser el apropiado,

por ejemplo, si la persona es menor de sesenta años y no está asociado a otras patologías cardiovasculares, enfermedades crónicas pulmonares, diabetes mellitus, cáncer, enfermedades crónicas renales, o individuos con inmunodepresión (6). Se propone que el paciente tenga un móvil para que se pueda comunicar con el personal de salud, la cual efectuara el seguimiento a su domicilio. Se tiene que prevenir tener una cercanía por lo casos posibles de COVID 19 (3).

Algunas administraciones sanitarias también han acreditado que se pueda otorgar en el domicilio del paciente los medicamentos y productos sanitarios (PS), a personas que estén es riesgo de contagiarse por el COVID 19 y que tienen que estar aislados en sus domicilios (4). Si no puede garantizarse un aislamiento adecuado de los demás en el domicilio ni la utilidad para prevención y control de la infección, puede que sea importante el aislamiento en el centro de salud, teniendo el consentimiento de la persona, el cuidador o el resto de la familia siendo necesario organizar el aislamiento en instalaciones comunitarias designadas o en un centro de salud, con la autorización del paciente, el cuidador y los miembros del hogar (5).

Como se puede ver, la atención domiciliaria del paciente COVID 19 está siendo implementada como una opción para los pacientes con cuadros leves y se ira

consolidando cada día más según las perspectivas de los diferentes sistemas de salud (6).

Teniendo en cuenta lo redactado, se planteó como problema de investigación el siguiente: ¿Cómo sería la propuesta de atención del paciente con COVID-19 (Coronavirus) en el Programa de Atención Domiciliaria (PADOMI), desde los alcances del personal asistencial de EsSalud Chachapoyas?, Asimismo, el objetivo fue: elaborar una propuesta de atención al paciente con COVID-19 (Coronavirus) en el Programa de Atención Domiciliaria (PADOMI) considerando los alcances del personal asistencial de EsSalud Chachapoyas. En los posteriores capítulos de la investigación se exponen los materiales y métodos, los resultados y discusión de la investigación, finalmente las conclusiones y recomendaciones.

2. Métodos y materiales

El estudio fue de enfoque cuantitativo, tuvo un nivel descriptivo. La muestra estuvo constituida por 25 profesionales de la salud de EsSalud Chachapoyas, seleccionados con un muestreo no probabilístico aleatorio simple. Para la investigación se utilizó como instrumentos un formulario de cuestionario denominado: "Propuesta de atención domiciliaria del paciente con COVID 19", el cual se elaboró previamente considerando la normatividad vigente del Ministerio de salud e investigaciones previas. El

instrumento está estructurado en las siguientes dimensiones: Organización del servicio de atención domiciliaria para pacientes COVID-19 (PADOMI), Identificación de posibles casos y la intervención en el domicilio, utilización de los (EPP) para la intervención en domicilio, Diagnóstico del paciente y decisión de atención domiciliaria, Identificación de contactos del paciente y toma de muestras, Condiciones de la vivienda para el aislamiento, Instalación del paciente, Manejo del paciente en domicilio, Seguimiento del paciente, Atención de urgencias y eventualidades, Recomendaciones para el personal de salud que realiza atenciones en domicilio del paciente, Recomendaciones de específicas para individuos formales de los cuidados, asepsia y desinfección de la vivienda, empeno de residuos, Duración del aislamiento, Servicios complementarios de atención al paciente y Alta del paciente. La información recolectada fue procesada utilizando el programa estadístico SPSS versión 20 y la hoja de cálculo Excel 2013 siguiendo las etapas de consistenciación de la información, codificación y tabulación. En cuanto al análisis se realizará el análisis descriptivo considerando frecuencias absolutas y relativas, así como medidas de tendencia central y dispersión. Además de realizó un análisis de correspondencia entre la variable y las dimensiones utilizando el

ejemplo de ecuaciones estructurales, la cual se evidencio en esquemas.

3. Resultados

Tabla 1 Propuesta de dimensiones e indicadores para la atención del paciente con COVID-19 en el Programa de Atención Domiciliaria (PADOMI) de EsSalud Chachapoyas.

Aspectos propuestos	En desacuerdo		Medianamente de acuerdo		De acuerdo	
	fi	%	fi	%	fi	%
Organización del servicio de atención domiciliaria para pacientes COVID-19 (PADOMI)	4	16	0	0	21	84
Notificación de un posible caso y la intervención en el domicilio	3	12	2	8	20	80
Uso del equipo de protección personal (EPP) para la intervención en domicilio	3	12	0	0	22	88
Diagnóstico del paciente y decisión de atención domiciliaria	3	12	0	0	22	88
Identificación de contactos del paciente y toma de muestras	4	16	0	0	21	84
Condiciones de la vivienda para el aislamiento	3	12	1	4	21	84
Instalación del paciente	3	12	1	4	21	84
Manejo del paciente en domicilio	3	12	1	4	21	84
Seguimiento del paciente	3	12	2	8	20	80
Atención de urgencias y eventualidades	4	16	0	0	21	84
Recomendaciones para el personal de salud que atiende al paciente en domicilio	3	12	3	12	19	76
Recomendaciones de específicas para personas responsables de los cuidados	3	12	0	0	22	88
Limpieza y desinfección del domicilio	4	16	0	0	21	84
Manejo de residuos sólidos	4	16	0	0	21	84
Duración del aislamiento	5	20	0	0	20	80
Servicios complementarios de atención al paciente	3	12	1	4	21	84
Alta del paciente	3	12	0	0	22	88

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 1 se analiza que de la encuesta que se realizó a la mayoría de profesionales de enfermería, están en conformidad de examinar la propuesta de atención del paciente con COVID 19 en el PADOMI las siguientes dimensiones: Organización del servicio de atención domiciliaria para pacientes COVID-19 (PADOMI) (84 %), Notificación de un

posible caso y la intervención en el domicilio (80 %), Utilización del equipo de protección personal (EPP) para la intervención en domicilio (88 %), Diagnóstico del paciente y decisión de atención domiciliaria (88 %), Identificación de contactos del paciente y toma de muestras (84 %). Asimismo, Condiciones de la vivienda para el aislamiento (84 %), Instalación del paciente

(84 %), Manejo del paciente en domicilio (84 %), Seguimiento del paciente (80 %), Atención de urgencias y eventualidades (84 %), Recomendaciones para el profesional del área de salud que asiste al paciente en domicilio (76 %), Recomendaciones de

específicas para personas responsables de los cuidados (88 %), Limpieza y desinfección del domicilio (84 %), Manejo de residuos sólidos (84 %), Duración del aislamiento (80%) y Servicios complementarios de atención al paciente (84 %).

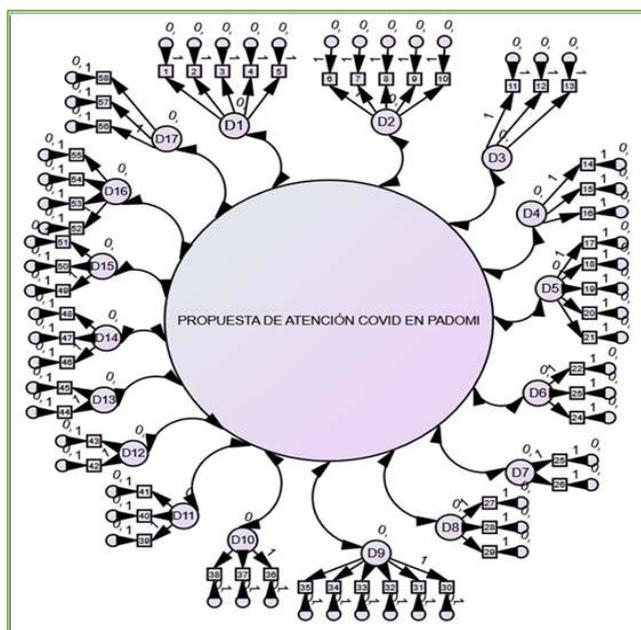


Figura 1 Propuesta de dimensiones e indicadores para la atención del paciente con COVID-19 en el Programa de Atención Domiciliaria (PADOMI) de Essalud Chachapoyas.

Leyenda.

D1: Organización del servicio de atención domiciliaria para pacientes COVID-19	D10: Atención de urgencias y eventualidades
D2: Notificación de un posible caso y la intervención en el domicilio	D11: Recomendaciones para el personal de salud que atiende al paciente en domicilio
D3: Uso del equipo de protección personal (EPP) para la intervención en domicilio	D12: Recomendaciones de específicas para personas responsables de los cuidados
D4: Diagnóstico del paciente y decisión de atención domiciliaria	D13: Limpieza y desinfección
D5: Identificación de contactos del paciente y toma de muestras	D14: Manejo de residuos
D6: Condiciones de la vivienda para el aislamiento	D15: Duración del aislamiento
D7: Instalación del paciente	D16: Servicios complementarios de atención al paciente
D8: Manejo del paciente en domicilio	D17: Alta del paciente
D9: Seguimiento del paciente	

Fuente: Elaboración propia

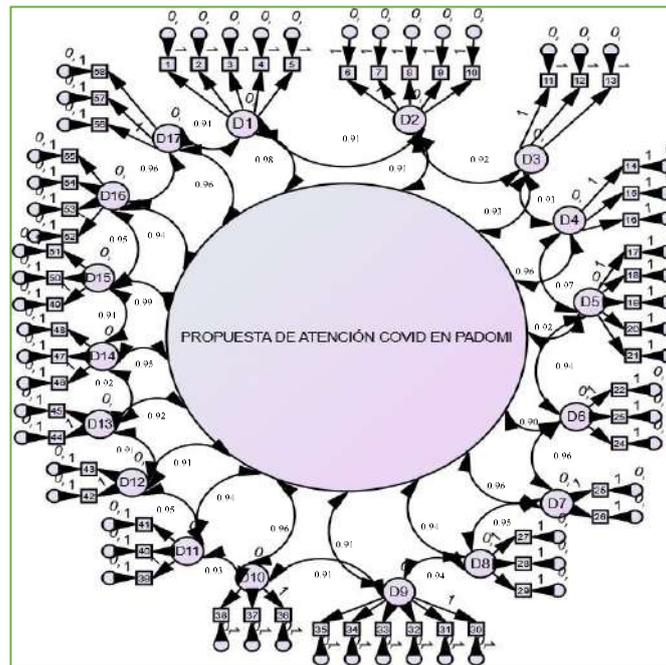


Figura 2 Correspondencia entre las dimensiones e indicadores para la atención del paciente con COVID-19 en PADOMI. Essalud Chachapoyas.
Fuente: Elaboración propia.

En la figura 2 se analiza la propuesta de dimensiones e indicadores esquematizada para la atención del paciente con COVID-19 en el Programa de Atención Domiciliaria (PADOMI). Estima 17 dimensiones la propuesta que recogen 58 indicadores. En relación con las correspondencias de las dimensiones y la propuesta de atención, la

cifra excede los 0.9 puntos (en una escala del 0 al 1) empleando el modelo de ecuaciones estructurales, la cual demuestra que las variables propuestas de atención final y dimensiones entre sí genera un grado alto de correspondencia considerando la escala de 0 a 1.

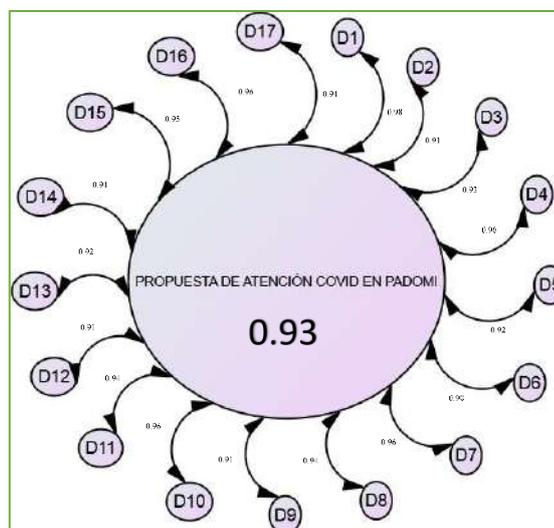


Figura 3 Correspondencia entre las dimensiones e indicadores para la atención del paciente con COVID-19 en PADOMI. Essalud Chachapoyas.
Fuente: Elaboración propia

4. Discusión

En los resultados de la investigación se muestra que la mayor cantidad de los profesionales de enfermería con las siguientes dimensiones e indicadores propuestos están muy de acuerdo para la atención del paciente con COVID-19 en PADOMI: D1: Organización del servicio de atención domiciliaria para pacientes COVID-19, D2: Notificación de un posible caso y la intervención en el domicilio, D3: Utilización del material protección personal (EPP) para la intervención en domicilio, D4: Diagnóstico del paciente y decisión de atención domiciliaria, D5: Identificación de contactos del paciente y toma de muestras, D6: Condiciones de la vivienda para el restringimiento

, D7: Instalación del paciente, D8: Manejo del paciente en domicilio, D9: Seguimiento del paciente, D10: Atención de urgencias y eventualidades, D11: Recomendaciones para el profesional de salud que cuida al paciente en domicilio, D12: Sugerencias específicas para individuos encargados de los cuidados, D13: Limpieza y desinfección, D14: Manejo de residuos, D15: Duración del aislamiento, D16: Servicios complementarios de atención al paciente y D17: Alta del paciente. En ese sentido, la propuesta del cuidado del paciente con COVID 19 en el programa de atención domiciliaria (PADOMI) Essalud cuenta con un total de 17 dimensiones y 58 indicadores, las cuales

tienen un alto nivel de correspondencia entre ellas.

Al respecto se pudo encontrar solo algunos estudios directamente relacionados con el cuidado en el domicilio del paciente COVID 19, en los cuales se evidencia hallazgos y alcances sobre la atención domiciliaria en este tipo de pacientes. Es importante mencionar que siendo la atención domiciliaria un tema relativamente nuevo, también diversos autores realizaron algunos estudios donde se evidencia alcances sobre el cuidado del paciente COVID 19 en domicilio.

En ese sentido la OMS (5) señala que existen parámetros temporales para el cuidado domiciliario de los pacientes con COVID-19 que tienen manifestaciones leves, asimismo los protocolos de las intervenciones de salud pública referentes al abordaje de sus contactos pueden variar. Por ello recomienda que la atención del paciente en su domicilio debe estar a cargo de un profesional experto, el cual tiene que verificar que las condiciones del lugar sean lo más adecuadas de acuerdo a las recomendaciones, y que el enfermo y toda su familia tengan la capacidad de cumplir las medidas de prevención como parte del confinamiento (por ejemplo, el lavado de manos, y las restricciones al desplazamiento desde la casa y viceversa).

Por su parte, Guerra (7) considera que la atención en casa puede ser una opción en casos no graves que no tengan una enfermedad alterna y su condición sea estable. El tratamiento en domicilio puede ser la opción más adecuada en caso la atención hospitalaria no sea posible, por ejemplo, cuando la demanda hospitalaria sea grande y la oferta limitada. Por ello es importante contar con protocolos de atención del paciente en domicilio y un servicio implementado para tal fin. La gestión de la atención en casa debe ser protocolizada.

Otro estudio realizado por FD (8) señala que se puede proponer la intervención de cuidado en domicilio si el paciente dispone de los medios de comunicación necesarios para asegurar la comunicación con el equipo de salud, quienes deberán realizar el monitoreo correspondiente, y establecer acciones con los familiares para coadyuvar en la recuperación del paciente. Asimismo, es necesario implementar programas de atención en el hogar de los pacientes COVID 19 considerando los tratamientos necesarios y las medidas de prevención, así mismo se debe evitar que convivan con los pacientes, familiares que se localicen incluido en los grupos de riesgo (edad avanzada, patologías crónicas, inmunodepresión, entre otros).

Según NICE (9) en el contexto de crisis derivado de la pandemia se ha priorizado

la atención de pacientes graves dejando de lado la atención de los pacientes menos graves en domicilio, pese a ser una posibilidad para afrontar la carga de pacientes.

Por otro lado, respecto a algunas experiencias sobre la atención domiciliaria previas a la pandemia, Ávila, Gonzales y Limo (10) señalan que en una programación asistencial de atención domiciliaria se mejora la distribución del personal de salud y se contribuye a disminuir brechas de oferta-demanda permitiendo la supervisión de atenciones programadas.

Como se puede ver los estudios realizados por OMS (5), Guerra (7), FD (8), NICE (9) y Ávila, Gonzales y Limo (10) dan alcances importantes sobre la atención domiciliaria del paciente con COVID 19 complementando los hallazgos del presente estudio. Sin embargo, el tema de este tipo de atención es aún variable por los conocimientos que se van descubriendo cada día en la actualidad. Sin embargo, es importante fortalecer la atención en domicilio sea en contexto de pandemia o no, dado que sus ventajas están demostradas.

Es necesario mencionar que se encontraron también estudios donde se proponen acciones concretas para el abordaje del paciente con COVID 19 en el domicilio (11). En ese sentido, algunos autores como Martínez y Gras (1); OMS (5); SEMUS (12)

y el Ministerio de Sanidad de España (13) proponen una serie de intervenciones antes de entrar a domicilio para la atención, las cuales son: 1. Debe minimizarse la cantidad trabajadores sanitarios y no sanitarios en relación directa con casos sospechosos o ya tengan hayan contraído la patología 2. Se les brindara recomendaciones antes de ingresar al domicilio, sobre los cuidados que debe tener presente al paciente o a los familiares 3. El profesional de salud que va atender al paciente tiene que tener el equipo completo de protección para evitar la propagación de la enfermedad.

En cuanto a las intervenciones para la persona enferma a realizar con la persona enferma; Martínez y Gras (1), la OMS (5) y el Ministerio de Sanidad de España (13) proponen: disponer de un cuarto individual si es factible con baño propio, que esté ventilado, si no sería probable esto, cumplir con las medidas respetando la distancia de dos metros, la puerta del cuarto permanezca cerrada, solo el acceso si es importante con mascarilla quirúrgica, anotar a los individuos que ingresan al cuarto, si fuese imprescindible, no aceptar visitas, prevenir que haya corrientes de aire, procedimientos de calor o refrigeración, tener medios de comunicación, la ropa solo darle un uso, las ropas de cama e higiene tiene que cambiarse continuamente, tener en cuenta las medidas de higiene, cubrirse con un pañuelo al estornudar y darlo solo un uso,

el lavado de manos continuamente con agua y jabón. Además, se brindará asesoramiento al paciente o familiares sobre los signos y síntomas, se le brindará enlace telefónico al paciente y se informará el desarrollo a seguir.

Respecto a las intervenciones y recomendaciones para las personas cuidadoras, Martínez y Gras (1), la OMS (5) y el Ministerio de Sanidad de España (13) proponen que los cuidadores de inicio sea solo una persona y que no tenga complicaciones de la enfermedad. Debe darse cuando tenga contacto con el paciente, tiene que realizar el lavado de manos con agua y jabón o empleando la solución hidroalcohólica. Si la persona que lo cuida requiere un acercamiento más de lo requerido, tiene que utilizar mascarilla quirúrgica. Por lo tanto, la persona que lo cuida tiene que emplear guantes desechables de preferencia cuando tenga un contacto con secreciones, posterior eliminar y lavarse las manos al instante.

Sobre las acciones del profesional de salud en la atención domiciliaria del paciente con COVID 19, las investigaciones ejecutadas por la Secretaría de Salud de México (14), OMS (5), Ministerio de Sanidad de España (13) y Mujal et al. (15) proponen que debe darse una buena comunicación con el paciente, monitoreo continuo del estado, principalmente grupos de riesgo, minimizar las visitas en los domicilios, educando sobre

las prevenciones para evitar la transmisión como el lavado de manos continuamente con agua y jabón soluciones alcoholadas al 70%, utilización de la mascarilla. Igualmente, al identificar casos sospechosos informar y requerir una atención médica.

En cuanto a las intervenciones para el entorno domiciliario, la Secretaría de Salud de México (14) y la OMS (5) proponen que debe hacerse la asepsia con agua y jabón con los materiales del paciente, incorporando el baño, la cama, perilla después de la limpieza se tiene que utilizar solución clorada: por cada litro de agua se tiene que añadir 30 ml de cloro al 5%. En cuanto al vestuarios del paciente ya sean colchas, toallas, sábanas se tiene que colocar en una bolsa, posterior lavar con agua y jabón manualmente y si es en lavadora colocar a una temperatura de 60–90 °C y luego secar. Por lo tanto, no sacudir el vestuario, entre otros.

Respecto a la entrega de medicamentos Baixauli (4) y Álvarez (16) señalan que el modelo planteado para otorgar los productos sanitarios mediante el servicio de dispensación a través de farmacia comunitaria a los pacientes establecidos, se debe justificar la inserción en un programa de Atención Farmacéutica en el Domicilio de las personas. Dentro de este programa se puede abordar la entrega de medicamentos siguiendo el siguiente protocolo: 1. Que reciba la bolsa en la

puerta de su casa, posteriormente, retirar el paquete que incluye sus medicamentos e ingrese a su casa. 2. De la bolsa retirar en la puerta de su casa los justificantes de la dispensación donde están los medicamentos y los tenga consigo. 3. Cuando retire la bolsa negra de la puerta de su casa el otro justificante, lo firme con lapicero y los ingrese en la bolsa con el lapicero. Si no desea firmar y prefiere la autorización verbal se tendrá que grabar con el celular, diciéndole al paciente que abra la puerta, determine su identidad y confiese la entrega de los medicamentos. 4. Finalmente, se le solicitará que la bolsa lo deje en el piso o en la puerta al exterior de su casa y cierre la puerta.

Como se puede ver, diversos estudios encontrados proponen diversas acciones para abordar la atención del paciente en domicilio, las cuales son diferentes de acuerdo al contexto; esto indica que en muchos países y escenarios se están tratando de implementar protocolos y programas de atención domiciliaria, aunque aún falta sistematizar este tipo de intervención, en el caso del Perú, específicamente la región de Amazonas se vienen implementando solo algunas acciones de atención en domicilio de acuerdo a los limitados recursos con los que se cuenta, no se ha sistematizado de manera integral la atención en domicilio.

En el caso particular de Essalud, el programa PADOMI viene apoyando algunas acciones de atención en domicilio, pero se carece de los recursos suficientes. No se ha logrado establecer una propuesta de atención integral, dadas otras prioridades y las limitaciones presupuestales, logísticas y de recurso humano. Por ello es necesario, hacer los análisis correspondientes para plantear propuestas de acción de manera integral y que sean eficientes para la atención de los pacientes COVID 19 en domicilio. En el presente trabajo se pretende justamente proponer aspectos para la atención domiciliaria del paciente COVID 19 en el marco del programa PADOMI.

5. Conclusiones

1. La propuesta de atención del paciente con COVID 19 en PADOMI considera 17 dimensiones y 58 indicadores para la atención. Dichas dimensiones son: D1: Organización del servicio de atención domiciliaria para pacientes COVID-19, D2: Notificación de un posible caso y la intervención en el domicilio, D3: Utilización del equipo de protección personal (EPP) para la intervención en domicilio, D4: Diagnóstico del paciente y decisión de atención domiciliaria, D5: Identificación de contactos del paciente y toma de muestras, D6: Condiciones de la vivienda para el aislamiento, D7: Instalación del paciente, D8: Manejo del

paciente en domicilio, D9: Seguimiento del paciente, D10: Atención de urgencias y eventualidades, D11: Recomendaciones para el personal de salud que asiste al paciente en domicilio, D12: Recomendaciones de específicas para personas responsables de los cuidados, D13: Limpieza y desinfección, D14: Manejo de residuos, D15: Duración del aislamiento, D16: Servicios complementarios de atención al paciente y D17: Alta del paciente.

2. Existe un grado alto de correspondencia en relación a las 17 dimensiones planteadas y la variable propuesta de atención del paciente COVID 19 (superior a 0.9 por el modelo estructurales de ecuaciones), por lo tanto, en la correspondencia total respecto a las dimensiones e indicadores planteadas; demuestra que los aspectos propuestos para la atención del paciente COVID 19 en PADOMI son coherentes con la misma.
3. Se encontraron varios estudios relacionados directamente con la atención domiciliaria del paciente con COVID desarrollados en diferentes contextos a nivel internacional. La mayoría de los estudios consultados fueron realizados en España, y menor medida en otros países (Brasil, México, Suiza y Chile).
4. Se encontraron hallazgos importantes sobre la atención en el domicilio del

paciente COVID 19, específicamente en cuanto a las intervenciones antes de entrar a domicilio, intervenciones para la persona enferma, recomendaciones para personas cuidadoras, recomendaciones para los convivientes, recomendaciones para el personal de salud y para el entorno domiciliario.

6. Referencias

1. Martínez J. y Gras E. Atención domiciliaria y COVID-19. Antes, durante y después del estado de alarma. *Enferm Clin.* [Internet]. 2020 [Citado el 5 de octubre 2021]. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2020.05.003>
2. Palomo L. COVID-19 y esfuerzo asistencial en atención primaria. Centro de Salud Zona Centro. España; 2020.
3. Jiménez M. Con telemonitorización en el seguimiento de pacientes con COVID-19. España: Sociedad Española de Medicina Interna; 2020.
4. Baixauli V. Propuesta para la dispensación y entrega de medicamentos y productos sanitarios en el domicilio del paciente desde la farmacia comunitaria durante el estado de alarma por Covid-19. España: Sociedad Española de Farmacia Familiar y Comunitaria (SEFAC); 2020.
5. Organización Mundial de la Salud (OMS). Atención en el domicilio a pacientes con COVID-19 que presentan síntomas leves, y gestión de sus contactos. Suiza: Organización Mundial de la Salud; 2020.
6. EsSalud. Recomendaciones clínicas para el manejo domiciliario de pacientes con sospecha o confirmación de infección por COVID-19. Perú: Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación – EsSalud; 2020.
7. Guerra A. Manejo domiciliario de casos en investigación, probables o confirmados de COVID-19. España. 2020. Disponible en: <https://www.researchgate.net/publication/339630963>
8. FD. El manejo en Atención Primaria y el manejo domiciliario del COVID-19 [Internet]. España. 2020 [Citado el 30 de octubre 2021]. Disponible en: <https://www.fundaciondiabetes.org/general/articulo/266/el-manejo-en-atencion-primaria-y-el-manejo-domiciliario-del-covid-19>
9. NICE. Manejo ambulatorio de casos de COVID-19. [Internet]. Estados Unidos. 2020 [Citado el 10 de agosto 2021]. Disponible en: <https://www.intramed.net/contenido.asp?contenido=95989>.
10. Ávila P, Gonzales C y Limo E. Diseño de procesos para el programa de atención domiciliaria de Essalud, Lima [tesis para optar el grado de Maestría]. Lima: Universidad del Pacífico; 2016.

11. Ministerio de Salud del Perú. Prevención y Atención de personas afectadas por COVID-19 en el Perú. Lima; 2020.
12. Servicio Murciano de Salud (SEMUS). Recomendaciones en la asistencia domiciliaria COVID-19. Atención Primaria. España; 2020.
13. Ministerio de Sanidad de España. Manejo en atención primaria y domiciliaria del COVID 19. España; 2020.
14. Secretaría de Salud de México. Atención domiciliaria de pacientes sospechosos o confirmados de COVID-19. México; 2020.
15. Mujal A. et al. Derivación a hospitalización a domicilio de pacientes con infección por COVID-19. Hosp Domic. 2020; 4(2):59-67.
16. Álvarez A. Evaluación del servicio de entrega de medicación a domicilio desde la Farmacia Hospitalaria durante la pandemia COVID 19. Rev. OFIL·ILAPHAR 2020; 30; 3:193-199.

FACTORES DE RIESGO PARA EL CONSUMO DE DROGAS EN ADOLESCENTES

RISK FACTORS FOR DRUG USE IN ADOLESCENTS

Guarate Coronado Yeisy Cristina¹Marcial Tisalema Jennifer Soraya²**Resumen**

El consumo de sustancias psicotrópicas representa un problema de salud pública que afecta a más de 269 millones de personas a nivel mundial con mayor incidencia en adolescentes, considerado el grupo más vulnerable. El objetivo de este estudio es determinar los factores de riesgo para el consumo de drogas en los adolescentes de una unidad educativa de Ambato, Ecuador. Este trabajo es un estudio cuantitativo, descriptivo, de campo y corte transversal. La población fue de 514 estudiantes con edades comprendidas entre los 15 y 17 años de una unidad educativa, con una muestra de 347 estudiantes. El instrumento utilizado fue la encuesta de factores de riesgo aplicable a adolescentes del nivel secundario. Se solicitó el consentimiento y asentimiento a los participantes previa información de los objetivos del estudio. Los resultados evidenciaron que 306 adolescentes consumieron drogas, de los cuales el 73,2 % tuvieron edades comprendidas entre los 16 y 17 años, el 51,6 % pertenecen al sexo femenino, el 74,2 % viven con el padre y la madre, el 78,8 % de los estudiantes refirieron que existe una relación regular dentro del hogar, el 85,6 % mantienen un nivel de comunicación medio con sus padres y el 77,1 % de los estudiantes que consumieron drogas aseguraban tener conocimiento sobre el tema. Sin embargo, el 85,9 % no consideran al tabaco y alcohol como drogas y el 37,9 % admiten haber consumido por decisión propia. Se encontró una relación entre las variables sexo y conocimiento sobre las drogas con el consumo de drogas en adolescentes. Finalmente, el alto nivel de desconocimiento sobre las drogas influyó en el consumo de estas.

Palabras clave: factores de riesgo, adolescentes, estudiantes, drogas.

Abstract

The use of psychotropic substances represents a public health problem that affects more than 269 million people worldwide, with a higher incidence among adolescents, considered the most vulnerable group. The objective of this study is to determine the risk factors for drug use among adolescents in an educational unit in Ambato, Ecuador. This is a quantitative, descriptive, field, and cross-sectional study. The population consisted of 514 students between 15 and 17 years of age from an educational unit, with a sample of 347 students. The instrument used was the risk factor survey applicable to adolescents at the secondary level. Consent and assent were requested from the participants after informing them of the objectives of the study. The results showed that 306 adolescents consumed drugs, 73.2% of whom were between 16 and 17 years of age, 51.6% were female, 74.2% lived with both parents, 78.8% of the students reported a regular relationship at home, 85.6% maintained an average level of communication with their parents and 77.1% of the students who consumed drugs said they were aware of the subject. However, 85.9% do not consider tobacco and alcohol as drugs and 37.9% admit to having consumed by choice. A relationship was found between the variables sex and knowledge about drugs and drug use in adolescents. Finally, the high level of lack of knowledge about drugs influenced drug use.

Keywords: risk factors, adolescents, students, drugs.

Citar como:

Guarate Y, Marcial J. Factores de riesgo para el consumo de drogas en adolescentes. Rev. Recien. 2022; 11(3).

Correspondencia:

Guarate Coronado Yeisy Cristina
yc.guarate@uta.edu.ec

Recibido: 29/06/2022

Aprobado: 15/07/2022

En línea:

¹ORCID: 0000-0003-1526-4693.

Docente de Enfermería, Universidad Técnica de Ambato, Ecuador. Licenciada en Enfermería, Magister en Enfermería en Salud Reproductiva, Dra. en Enfermería en Salud y Cuidado Humano. yc.guarate@uta.edu.ec

²ORCID: 0000-0001-6458-965X.

Universidad Técnica de Ambato, Facultad de Ciencias de la Salud, Estudiante de Enfermería, Ambato, Ecuador. jmarcial3765@uta.edu.ec

1. Introducción.

El consumo de drogas por parte de los adolescentes se ha incrementado imparablemente en los últimos años. Las drogas de mayor consumo son el alcohol, tabaco, marihuana y cocaína (1), en relación con el consumo mundial. En la actualidad el consumo de sustancias psicotrópicas o psicoactivas es alarmante en todos los estratos sociales y diversos grupos etarios (2) representando un problema de salud pública debido al aumento acelerado en la última década. Mundialmente afecta a 269 millones de personas, con mayor incidencia en adolescentes considerándose como grupo vulnerable. El consumo de drogas está asociado a 3 millones de decesos anuales considerándose uno de los principales factores de riesgo para la salud (3).

Son muchos los desencadenantes que lleva a que los jóvenes decidan consumir este tipo de sustancias, entre ellos se mencionan factores personales, familiares, sociales, culturales, entre otros. El hogar inicialmente es un entorno en el que los adolescentes observan el consumo de drogas legales y por imitación tienden a adoptar ese comportamiento como si fuera un evento normal sin pensar que posteriormente puede llevar a optar por consumir sustancias ilícitas (4). Se estima que 8 de cada 10 adolescentes en algún momento consumieron algún tipo de sustancia psicotrópica antes de considerarse mayores de edad,

comúnmente por presión de sus compañeros, por buscar ser aceptados, o simplemente por curiosidad (5).

Es por ello, que varias organizaciones muestran preocupación frente a esta problemática. La Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito asegura que el consumo de drogas está en aumento, tanto que el 5,7 % de la población mundial son consumidores, pertenecientes al rango de edad entre los 14 a 65 años (6). Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) el índice de mortalidad a causa del consumo de drogas es alto, principalmente en adolescentes entre los 15 a 17 años, quienes son víctimas del consumo de sustancias ilícitas y están comúnmente relacionado a cuadros de sobredosis (7).

Por lo expuesto, el objetivo de la presente investigación es determinar los factores de riesgo para el consumo de sustancias psicotrópicas en adolescentes de una unidad educativa de Ambato, Ecuador.

2. Métodos

Esta investigación consiste en un estudio de tipo cuantitativo, descriptivo, de corte transversal y de campo. Se aplicaron instrumentos de recolección de datos en un marco temporal determinado (8). La recolección de datos se realizó de forma directa a los estudiantes en la unidad educativa de la ciudad de Ambato.

La población estuvo constituida por 514 estudiantes entre 15 y 17 años, cursantes de

primero a tercero de bachillerato. Utilizando el cálculo muestral según la fórmula de Sierra y Bravo (9) se obtuvo una muestra de 347 estudiantes.

Se aplicó la encuesta de factores de riesgo estructurada por Bonilla Sosa (10), aplicable a adolescentes del nivel secundario, que permite evaluar las dimensiones planteadas, consta de respuestas de opción múltiple calificadas con una puntuación de 0 o 14. Las variables dependientes fueron: consumo de sustancias psicotrópicas, mientras que las variables independientes fueron: factores personales, familiares y sociales. Los datos recabados se analizaron mediante frecuencias y porcentajes a través de la utilización del programa estadístico IBM® SPSS® Statistics 20.0 (IBM SPSS, Inc., Chicago, IL, USA) y los resultados fueron presentados en tablas estadísticas (8). Se realizó un análisis descriptivo y para establecer la correlación existente entre las variables, se determinaron los parámetros estadísticos chi cuadrado y $p \text{ value} \leq 0.05$.

Los participantes firmaron el asentimiento informado y los padres o representantes el consentimiento informado. Se tomó en cuenta la promulgación de la Declaración de Helsinki, con la finalidad de velar por el bienestar del adolescente. Toda la información obtenida fue manejada de manera anónima y únicamente por las autoras, con la finalidad de velar y respetar sus derechos (11).

3. Resultados

La tabla 1 muestra que el 50,4 % de los estudiantes son de sexo femenino. En relación con la edad el 64,6 % estuvieron en el rango de 16 a 17 años. En base al ingreso mensual, el 88,5 % tienen un ingreso mayor a 500 dólares americanos, y el 98,3 % cuentan con ingresos estables. Respecto a la zona de residencia, el 82,4 % viven en área urbana. Por otro lado, el 33,7 % practica la lectura, escritura o dibujo en su tiempo libre. Finalmente, el 43,8 % de estudiantes se encontraban cursando el tercero de bachillerato (Tabla 1).

Tabla 1 Distribución de acuerdo con los factores personales.

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Sexo		
Masculino	172	49,6 %
Femenino	175	50,4 %
Edad		
14-15	106	30,5 %
16-17	224	64,6 %
>18	17	4,9 %
Ingreso mensual		
< \$300	39	11,2 %
< \$500	1	0,3 %
> \$500	307	88,5 %
Trabajo con ingresos estables		
Si	341	98,3 %
No	6	1,7 %
Zona de residencia		
Rural	61	17,6 %
Urbana	286	82,4 %
Actividades de ocio		
Leer, escribir, dibujar	117	33,7 %
Pasar con amigos	101	29,1 %
Actividad física	88	25,4 %
Ninguna	41	11,8 %
Nivel de escolaridad		
1° de bachillerato	106	30,5 %
2° de bachillerato	89	25,6 %
3° de bachillerato	152	43,8 %
n= 347		

* \$: dólares americanos

En relación con los factores familiares, el 70,0 % de los estudiantes viven en un hogar conformado por padre y madre. El 10,4 % de los estudiantes refieren que hay consumidores de droga en su familia, mientras que el 31,7 % consideran que es un tabú total conversar sobre drogas con los padres. Por otro lado, el 77,8 % de los estudiantes consideran que mantienen una relación regular dentro del hogar, mientras que gran parte (86,5 %) mantiene un nivel regular de comunicación con los padres. Sin

embargo, el 96,5% refieren no presenciar violencia intrafamiliar, frente al 3,5 % quienes manifestaron presenciar violencia verbal y psicológica (Tabla 2).

En relación con los factores sociales se identificó que el 72,6 % de los estudiantes conocen sobre drogas, sin embargo, el 87,0 % consideran que tanto el alcohol como el tabaco no lo son. El 52,2 % manifestaron que el motivo que lleva a los adolescentes a consumir drogas es por experimentar y sentirse bien. El 54,5 % refirieron haber

consumido alcohol, mientras que el 12,5 % manifestó haber consumido alguna de las siguientes drogas ilícitas: marihuana, cripy y cocaína. El 37,9 % de los estudiantes consumieron drogas por decisión personal y voluntaria y a su vez el 93,1 % refirió no

haberse sentido presionado por amigos para consumir. Además, el 76,0 % de los estudiantes consideran que conseguir drogas en su sector es difícil, y el 40,9 % refieren que hay personas que consumen en su sector (Tabla 3).

Tabla 2 Distribución de acuerdo con los factores familiares.

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Personas que integran la familia		
Padre	16	14,5 %
Padre y madre	243	70,0 %
Madre	65	18,7 %
Madre y abuelos	9	2,6 %
Abuelos	14	4,0 %
Consumo de drogas en la familia		
Si	36	10,4 %
No	311	89,6 %
Accionar de los padres frente al tema de las drogas		
Ofrecen confianza	55	15,9 %
Posición rígida y conservadora, pero se permite conversar	90	25,9 %
Rígida y conservadora, no se permite conversar sobre el tema.	92	26,5 %
Es un tabú total	110	31,7 %
Relación dentro del hogar		
Buena	77	22,2 %
Regular	270	77,8 %
Nivel de comunicación con los padres		
Alto	39	11,2 %
Regular	300	86,5 %
Bajo	8	2,3 %
Violencia en el hogar		
Si	12	3,5 %
No	335	96,5 %
Violencia verbal	3	25,0 %
Violencia verbal y psicológica	9	75,0 %

Tabla 3 Distribución de acuerdo con los factores sociales.

Variable		Frecuencia	Porcentaje
Conoce sobre las drogas			
Sí		252	72,6 %
No		95	27,4 %
Considera al alcohol y tabaco como drogas			
Sí		45	13,0 %
No		302	87,0 %
Motivo que lleva a consumir drogas			
Experimentar y sentirse bien		181	52,2 %
Curiosidad y aceptación grupal		65	18,7 %
Porque ven que sus padres lo hacen		13	3,7 %
Porque sus amigos se lo piden		73	21,0 %
Olvidarse de los problemas familiares		15	4,3 %
Ha consumido alguna droga			
Lícita	Alcohol	189	54,5 %
	Tabaco	74	21,3 %
Ilícita	Marihuana	29	8,4 %
	Cripy	12	3,5 %
	Cocaína	2	0,6 %
Ninguna		41	11,8 %
Causa aparente de consumo de drogas			
Curiosidad		102	33,3 %
Sentime bien con los demás amigos		45	14,7 %
Decisión personal y voluntaria		116	37,9 %
Sentimiento de compromiso		43	14,1 %
Te has sentido presionado para consumir drogas			
Sí		24	6,9 %
No		323	93,1 %
Conseguir drogas en su sector es			
Fácil		85	24,5 %
Difícil		262	76,0 %
Consumen drogas en el sector			
Sí		142	40,9 %
No		205	59,1 %

Un total de 306 adolescentes refirieron haber consumido algún tipo de drogas. Dentro del grupo consumidor, en relación con los factores personales, el 73,2 % tiene entre 16 y 17 años, y el 51,6 % corresponden al sexo femenino. Referente a los factores familiares, el 74,2 % refirieron vivir con el padre y la madre, además, el 78,8 % de los estudiantes refieren que existe una relación regular dentro del hogar, de la misma manera el 85,6 % mantienen un nivel de comunicación medio con sus padres. Finalmente, en relación con los factores sociales, el 77,1 % de los estudiantes que consumieron drogas manifestaron tener conocimiento sobre los mismos, sin embargo, el 85,9 % de ellos no consideran al alcohol ni al tabaco como drogas y el 37,9 % admiten haber consumido drogas por decisión propia, seguido del 32,0 % quienes lo han hecho por curiosidad (Tabla 4).

Respecto a la correlación entre los factores personales, familiares y sociales más relevantes que influyen en el consumo de drogas lícitas e ilícitas, en este estudio se encontró una relación estadísticamente

significativa entre las variables sexo (femenino) y el conocimiento sobre las drogas con el consumo de sustancias psicotrópicas por adolescentes con un valor $p= 0,0021$ y $p= 0,01579$, respectivamente. Con relación a la última variable, el alto nivel de desconocimiento sobre las drogas influyó en el consumo de estas.

4. Discusión

Se denomina factores de riesgo a las condiciones, acciones, estilos de vida, conductas adoptadas o eventos que hacen que una persona o grupo de personas ponga en riesgo su vida al exponerse a una enfermedad (3).

Dentro de los factores de riesgo para el consumo de drogas se encuentran los factores personales, definidos como una serie de rasgos individuales propios de cada ser humano que hacen que la persona sea vulnerable para dar inicio al abuso de sustancias psicotrópicas (12).

Los datos recolectados en este estudio se consideran datos primarios ya que no fueron manipulados ni alterados (13).

Tabla 4 Correlación entre el consumo de drogas y los factores personales, familiares y sociales.

VARIABLES	CONSUMO DE DROGAS			
	Legales	Ilícitas	Chi ²	p
FACTORES PERSONALES				
EDAD				
14-15 años	52	13	2.8267	0,2433**
16-17 años	197	27		
>18 años	14	3		
SEXO				
Masculino	105	43	13.7159	0,0021*
Femenino	139	19		
FACTORES FAMILIARES				
PERSONAS EN EL HOGAR				
Padre	3	2	3.00723	0,5566**
Padre y madre	195	32		
Madre	46	9		
Madre y abuela	9	1		
Abuela	8	1		
RELACIÓN DENTRO DEL HOGAR				
Buena	57	8	2.3735	0,1234**
Regular	206	35		
NIVEL DE COMUNICACIÓN CON LOS PADRES				
Alto	31	5	0.0883	0,9568**
Medio	222	40		
Bajo	7	1		
FACTORES SOCIALES				
CONOCE SOBRE LAS DROGAS				
Si	209	27	5.826	0,01579*
No	54	16		
CONSIDERA AL ALCOHOL Y TABACO COMO DROGAS				
Si	34	9	1.9596	0,1617**
No	229	34		
CAUSA APARENTE DEL CONSUMO DE DROGAS				
Curiosidad	84	14	0.8585	0,8354**
Sentirse bien con amigos	38	8		
Decisión propia	102	14		
Por compromiso	39	7		

* Variables dependientes al nivel de significancia

** Variables independientes al nivel de significancia

Los resultados de este estudio señalan mayor predisposición para el consumo de drogas entre los adolescentes de 16 a 17 años, con mayor predisposición en el sexo femenino; datos similares fueron reportados por Da Silva y colaboradores (2021), quienes evidenciaron un mayor consumo por parte del sexo femenino en adolescentes con una edad media de 16,36 años, en Brasil (14).

Sin embargo, el sexo no es un factor determinante para el consumo ya que otro estudio ha reportado que gran parte de los estudiantes que consumieron drogas ilícitas fueron del sexo masculino (15). De igual manera, la OMS reportó una mayor prevalencia en el sexo masculino y un alto consumo en las edades de 15 a 17 años (7).

Un factor de riesgo para el consumo de drogas son los familiares; aquellos que forman parte del entorno del adolescente. Se refiere al contexto familiar, medio en donde se pueden generar circunstancias que faciliten el acercamiento de los adolescentes al consumo de drogas. Pese a que varios estudios establecen que la convivencia con los dos padres representa un factor protector (15), los resultados de este estudio señalan lo contrario, ya que la mayor parte de los estudiantes que consumen sustancias viven con ambos padres, refiriendo que la relación dentro del hogar es regular y mantienen un nivel de comunicación medio. Por lo tanto, el

consumo de drogas no es exclusivo en grupos familiares desarticulados, donde hay presencia de violencia intrafamiliar, consumo de drogas por parte de familiares y mala comunicación intrafamiliar (16-17).

Otros factores de riesgo sociales que predisponen al consumo de drogas en adolescentes son la personalidad, la conducta, actitudes y creencias de diversa índole que inciden en el desarrollo social y cultural del adolescente y que lo pueden llevar a optar por decisiones inadecuadas por miedo al fracaso, por necesidad de tener aprobación social, por escasa información o conocimiento erróneo sobre algunas conductas del mundo exterior (14).

Así mismo, el desconocimiento sobre las drogas es un factor de riesgo social para el consumo; la mayoría de los estudiantes que consumieron drogas no consideran al tabaco y alcohol como drogas, y admitieron haberlas consumido por decisión propia y curiosidad. Se sabe que el alcohol y el tabaco pueden ser puertas de entrada al consumo de sustancias ilícitas por lo que es necesario una educación basada en la prevención del consumo de estos. Comprender que el alcohol y el tabaco son drogas lícitas, es un factor protector frente al consumo de otras sustancias (18). La adolescencia es una etapa en la cual surgen diversas modificaciones, los jóvenes adquieren prácticas y comportamientos nuevos y alguno de éstos expone a los

escolares a factores que predisponen al consumo de sustancias legales e ilícitas (19-20).

5. Conclusiones

Los factores de riesgo personales que influyen en el consumo de drogas en los adolescentes son el sexo, prevaleciendo en este estudio el consumo en el sexo femenino; y la edad, evidenciándose mayor consumo entre los 16 y 17 años.

Los factores de riesgo familiares para el consumo de drogas son las familias inestables, poca relación en el grupo familiar y falta de comunicación. En este estudio, los resultados señalan que los adolescentes no estuvieron exentos del consumo de drogas, aunque convivan con un grupo familiar integrado por padre y madre, con un nivel de comunicación medio dentro de la relación familiar.

Finalmente, los factores de riesgo sociales para el consumo de drogas son falta de conocimiento sobre las drogas, así como las presiones de grupos sociales como los amigos, para satisfacer la necesidad de pertenencia a un grupo y de sentirse aceptado por ellos.

6. Referencias

1. Simón M, Fuentes R, Garrido M, Serrano M, Días M. Perfil de consumo de drogas en adolescentes. Factores protectores. Med. Fam. SEMERGEN [internet]. 2020 [citado 06 May 2022]; 46(1): 33-40. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.semerg.2019.06.001>
2. Quintero M. Factores que promueven en consumo de drogas en adolescentes del sector CODESA del cantón Esmeraldas. [tesis de licenciatura]. Esmeraldas, Ecuador: Pontificia Universidad Católica del Ecuador; 2019. [internet]. Disponible en: <https://repositorio.pucese.edu.ec/bitstream/123456789/153773/1/QUINTERO%20GRUEZO%20MARLON%20VINICIO.pdf>
3. Vuele M, García D, Guachisaca V, Robles S, Villavicencio K. Factores de riesgo y protectores relacionados al consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes de la carrera de Enfermería de la Universidad Nacional de Loja. Enf Inv. [internet] 2021 [citado 06 May 2022]; 6(2). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.31243/ei.uta.v6i2.1059.2021>
4. Falcon J. Factores de riesgo para el consumo de sustancias psicoactivas en los adolescentes de la Institución Educativa "José Olaya Balandra" en La Perla-Callao, 2018. [Tesis de licenciatura]. Lima, Perú: Universidad Inca Garcilaso de la

- Vega. 2019. Disponible en: <http://repositorio.uigv.edu.pe/handle/20.500.11818/4368>
5. Martínez I. Efectos de la exposición y calidad de la prevención escolar en el consumo de drogas y factores de riesgo de estudiantes de secundaria. [Tesis de licenciatura]. Madrid, España: Universidad Complutense de Madrid. 2012. Disponible en: <https://eprints.ucm.es/id/eprint/15002/>
6. Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC). Informe mundial sobre las Drogas: Estadísticas sobre el consumo de drogas a nivel mundial por parte de los adolescentes. [internet] 2019. [citado 09 May 2022] Disponible en: https://www.unodc.org/wdr2018/prelawnch/WDR18_ExSum_Spanish.pdf
7. Organización Mundial de la Salud (OMS). Drogas y su desarrollo en la adolescencia; [internet] 2018. [citado 07 May 2022] Disponible en: https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/
8. Tramullas J. Temas y métodos de investigación en Ciencia de la Información. Revisión bibliográfica. Pro. Inf. [internet]. 2020 [citado 12 May 2022]; 29(4): 1-18. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3145/epi.2020.jul.17>
9. Ochoa N. Prevalencia y factores asociados al consumo de sustancias psicotrópicas en adolescentes de 12 a 17 años, estudio multicéntrico en la ciudad de Cuenca, durante el periodo 2019-2020. [Tesis de licenciatura]. Cuenca, Ecuador: Universidad Católica de Cuenca. 2020. Disponible en: <https://dspace.ucacue.edu.ec/handle/ucacue/8418>
10. Bonilla S. Factores de riesgo que influyen en el desarrollo personal-social de los adolescentes de la Institución Educativa N°06 Julio C. Tello de Fortaleza, distrito de Ate-Vitarte. [Tesis doctoral]. San Marcos, Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 2006. Disponible en: <https://repositorioslatinoamericanos.uchile.cl/handle/2250/3140223>
11. Manzini J. Declaración de Helsinki: Principios éticos para la investigación médica sobre sujetos humanos. Act. Bioet. [internet]. 2000 [citado 18 May 2022]; 6(2). Disponible: <http://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2000000200010>
12. Guerri M. Que impulsa a alguien a consumir drogas [internet]. Madrid, España: 2021. [citado 20 May 2022]. Disponible en: <https://www.psicoadictiva.com/blog/que-impulsa-a-alguien-a-consumir-drogas/>
13. Piza N, Amaique F, Beltrán G. Métodos y técnicas en la investigación cualitativa. Algunas precisiones necesarias. Conrado. [internet]. 2019 [citado 17 May 2022]; 15(70): 445-459. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1990>

- [86442019000500455&script=sci_arttext&t&lng=pt](https://doi.org/10.21134/haaj.v11i2.453)
14. Da Silva D, Timoteo D, De Araujo G, Brandao W, Rodrigues A, De Aquino J. Factores asociados al consumo de drogas por adolescentes escolares. Index de Enf. [internet]. 2021 [citado 02 Jun 2022]; 30(1-2): 24-28. Disponible en: <https://medes.com/publication/165364>
15. Antunes H, Rivadeneira M, Goulart B, Oenning N. Factores familiares y consumo de drogas ilícitas entre adolescentes brasileños: un análisis de la Encuesta Nacional de Salud Escolar. Cuad. Sal. Púb. [internet]. 2018 [citado 02 Jun 2022]; 34. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00009518>
16. Guayasamín D. Factores que Influyen en el Consumo de Drogas en Adolescentes del Colegio Roberto Luis Cervantes de la Ciudad de Esmeraldas. [Tesis de licenciatura]. Esmeraldas, Ecuador: Pontificia Universidad Católica del Ecuador. 2021. Disponible en: <https://repositorio.pucese.edu.ec/handle/123456789/2663>
17. Uribe L, Díaz M. Factores asociados al consumo de drogas en niños, niñas y adolescente. Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica. [internet]. 2021 [citado 24 May 2022]; 84(625): 15-22. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=102137>
18. Álvarez Á, Carmona N, Pérez Á, Jaramillo A. Factores psicosociales asociados al consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes de Pereira, Colombia. Universidad y Salud. [internet]. 2020 [citado 28 May 2022]; 22(3): 213-222. Disponible en: <https://doi.org/10.22267/rus.202203.193>
19. Ferrel F, Ferrel L, Alarcón A, Delgado K. El consumo de sustancias psicoactivas como indicador de deterioro de la salud mental en jóvenes escolarizados. Psicología. Avances de la disciplina. [internet] 2016 [citado 28 May 2022]; 10(2): 43-54. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/2972/297248896004/html/>
20. Del Rocío M. Factores de Riesgo para el Consumo de Alcohol y Drogas en Estudiantes de Bachillerato en Nayarit, México Drugs and addictive Behavior. [internet] 2019 [citado 29 May 2022]; 19(2):130-138 Disponible en: <https://doi.org/10.21134/haaj.v19i2.453>

PERCEPCIÓN DE LA ENSEÑANZA DE METODOLOGÍA DEL PROCESO DE CUIDADO DE ENFERMERÍA EN ESTUDIANTES DE LA UNIVERSIDAD NORBERT WIENER, EN TIEMPOS DE PANDEMIA – COVID-19

PERCEPTION OF TEACHING METHODOLOGY OF THE NURSING CARE PROCESS IN STUDENTS NORBERT WIENER UNIVERSITY, IN TIMES OF PANDEMIC – COVID-19

Rodolfo Amado Arévalo Marcos¹

Resumen

El objetivo de la investigación es determinar los niveles de percepción de la enseñanza de metodología del proceso de cuidado de enfermería y de sus dimensiones: contenido del PAE, técnicas didácticas en la enseñanza teórica y el manejo de recurso didácticos, en los estudiantes del cuarto año de la Universidad Norbert Wiener. El estudio es de enfoque cuantitativo, de nivel descriptivo y diseño no experimental, cuya muestra estuvo constituida por 86 estudiantes. Como resultados se obtuvieron que la percepción de los estudiantes sobre la enseñanza de metodología del proceso de cuidado de enfermería es regular con un 47,67 %, mientras que un 30,23 % lo percibió en un nivel bueno y el 22,09 % en un nivel malo. Los resultados mostraron que la percepción de los estudiantes sobre la variable y las tres dimensiones evaluadas estuvieron mayoritariamente en el nivel regular, seguido de un nivel bueno y un menor porcentaje lo percibió en el nivel malo.

Palabras clave: factores de riesgo, adolescentes, estudiantes, drogas.

Abstract

The aim was to determine the level of perception of the teaching of the methodology of the nursing care process in the students of the 4th year of the Norbert Wiener University. This study is of quantitative approach, descriptive type, and non-experimental design. The sample was 86 students. The results showed that the students' perception of the teaching methodology of the nursing care process is regular with 47,67%, while 30,23% perceived it at a good level and 22,09% at a bad level. The results showed that the students' perception of the variable and the three dimensions evaluated were mostly at a regular level, followed by a good level and a lower percentage perceived it at a bad level.

Keywords: risk factors, adolescents, students, drugs.

Citar como:

Arévalo M, Rodolfo A. Percepción de la enseñanza de metodología del proceso de cuidado de enfermería en estudiantes de la Universidad Norbert Wiener, en tiempos de pandemia – COVID-19 Rev. Recien. 2022; 11(3).

Correspondencia:
rodolfo.arevalo@uwiener.edu.pe

Recibido: 10/05/2022
Aprobado: 04/08/2022
En línea:

1. Introducción.

Actualmente la búsqueda de una metodología adecuada para la instrucción en la atención de enfermería representa un desafío constante para diversas universidades, no solo en el Perú sino a nivel mundial. Quienes cursan la carrera de enfermería deben tener conocimientos sobre los principios que determinan las características sociales de la salud, asimismo sobre los procedimientos de salud que deben regirse por los códigos de ética y las normas y protocolos que la profesión exige. En la actualidad, el alcanzar una formación de calidad en la carrera en enfermería significa contar con una buena infraestructura, con asociaciones, y con el diseño de los currículos pertinentes (1).

En el plano internacional, la aplicación del proceso de atención de enfermería (PAE) se utiliza como una herramienta pedagógica que facilita el aprendizaje durante toda la formación de la profesión de enfermería, en la cual el docente brinda una formación integral que permite un aprendizaje significativo y la adquisición de habilidades para el manejo del PAE, el cual tiene un inicio en los procedimientos y desarrollo de la guías en la valoración de los pacientes, a través de los patrones funcionales de Gordon, lo que permite una organización en la enseñanza y aprendizaje, así como trabajar de forma científica e

individualizada, con la estimulación del pensamiento crítico y de reflexión (2).

Cabe hacer mención que la profesión de enfermería tiene como objetivo el estudio de los procesos del cuidado de la salud de las personas, el cual es considerado como una ciencia y un arte. Como ciencia, ya que se fundamenta en la teoría conceptual y en la investigación conjugada con la práctica en los diversos eventos de salud, y como el arte ya que exige el manejo de ciertas destrezas particulares para realizar la práctica dando sentido a lo cotidiano y buscando el desarrollo de las personas (3). En la actualidad, es un gran reto lograr calidad en la formación de los recursos humanos en salud. Los docentes gestores realizan grandes esfuerzos para garantizar una formación universitaria de calidad, que incorpore cambios en la salud de la persona para propiciar el desarrollo de modos de actuación pertinentes en los profesionales de la salud (4-5). Así mismo, la formación de los profesionales de enfermería ha tenido grandes avances, como respuesta a la preocupación por mejorar la seguridad y calidad de atención en el paciente. La innovación de las tecnologías ha permitido que los conocimientos y procesos relacionados al cuidado sean tomados con mayor importancia. Uno de los retos en enfermería es abordar los problemas metódicos y fundamentos científicos a través de la aplicación del proceso cuidado

enfermero en la práctica profesional de enfermería. El diseño e implementación del PAE no es fácil, conduciendo a que sea en ocasiones aceptado o incluso rechazado, evidenciando la necesidad y la importancia de contar con instrumentos que faciliten su aplicación en la enseñanza pedagógica de enfermería (6). La enfermería como profesión ha puesto énfasis en el desarrollo de una metodología de trabajo adecuada que se adapte al campo práctico y que a su vez se desempeñe como base científica y teórica. La introducción al PAE ha influido en el avance de la profesión, desarrollando bases teóricas para su ejercicio (7).

El proceso atención de enfermería (PAE) sostiene la práctica clínica empleando aptitudes para analizar y evaluar los razonamientos clínicos para brindar cuidado. La demanda actual en el sistema sanitario hace que el PAE no sea utilizado como una herramienta cotidiana, y si se aplica, no se utiliza el método científico de manera adecuada (8).

El nuevo modelo formativo en enfermería impone una actitud abierta y reflexiva en los estudiantes, tutores y docentes, buscando de esta manera la excelencia en los cuidados de enfermería a través del método enfermero proceso de atención de enfermería como modo actuación profesional (9). El tutor clínico es una figura esencial en la formación de los estudiantes de enfermería dado que de esa manera

guía en los procesos del quehacer profesional y se transforma en facilitador del aprendizaje e incorpora la teoría con la práctica (10).

El proceso atención de enfermería es una herramienta fundamental para brindar cuidados de calidad al paciente, esto se sustenta en las bases científicas que permiten identificar el estado de salud del paciente y necesidades. El desarrollo del cuidado enfermero requiere procesos organizados y sistemáticos que se abordan desde el desarrollo teórico y son aplicados durante la práctica clínica. En la formación del profesional de enfermería es de vital importancia construir un currículo de manera transversal. La enseñanza del PAE debe ser enseñado con una metodología basada en situaciones reales de manera humanizada y personalidad (11). La investigación tuvo como objetivo determinar el nivel de percepción de la enseñanza de metodología del PAE en los estudiantes del cuarto año de la Universidad Norbert Wiener.

2. Métodos

La presente investigación es de enfoque cuantitativo, nivel descriptivo, tipo aplicado de diseño observacional. El lugar del estudio fue la escuela de enfermería de la Universidad Norbert Wiener. La población estuvo constituida por 86 estudiantes matriculados en el cuarto año, durante el periodo 2020 – II según datos obtenidos en

la escuela profesional de enfermería, y la muestra estuvo constituida por la población censal. Se tomó como criterios de inclusión a todos los estudiantes matriculados en el periodo 2020 - II, estudiantes matriculados en el séptimo y octavo ciclo, mientras que como criterios de exclusión se tomaron a aquellos alumnos que no desearon participar en el estudio y a los alumnos no matriculados en el periodo 2020 -II. La técnica empleada para la recolección de datos fue la entrevista y el instrumento utilizado fue el de percepción de la enseñanza del PAE según Veliz (2017) (12), el cual tiene una fiabilidad de 0,861 según el Alpha de Cronbach y mediante el cual se evaluó las siguientes tres dimensiones: el

contenido del PAE, las técnicas didácticas empleadas en la enseñanza teórica y el manejo de recursos didácticos modernos. Para la recolección de datos, se solicitó el consentimiento informado a cada participante de manera virtual, respetando los principios bioéticos. Los datos recabados se analizaron y graficaron con el programa estadístico IBM® SPSS® Statistics 22.0 (IBM SPSS, Inc., Chicago, IL, USA).

3. Resultados

La figura 1 muestra los resultados de la percepción de los estudiantes sobre la enseñanza de metodología del proceso de cuidado de enfermería y de cada una de las dimensiones evaluadas.

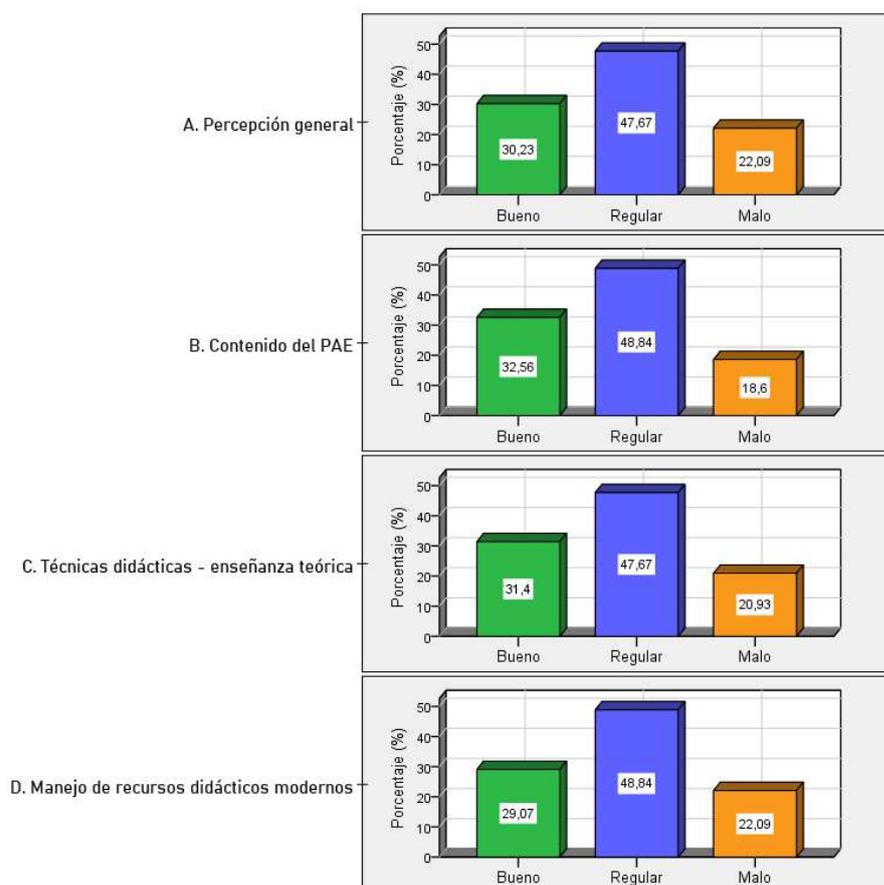


Figura 1 Percepción de los estudiantes sobre la enseñanza de metodología del proceso de cuidado de enfermería

En cuanto a la percepción de la variable (percepción general) (Fig. 1-A), el 30,23% $n= (26)$ la percibió como bueno, mientras que el 47,67 %, $n= (41)$ la percibió como regular y el 22,09 % $n= (19)$ tuvo una percepción mala. Sobre la percepción del contenido del PAE (Fig. 1-B), el 32,56 % $n= (28)$ lo percibe como bueno, mientras que el 48,84 % $n= (42)$ como regular, y el 18,60 % $n= (16)$ tuvo una percepción mala del contenido. Respecto a las técnicas didácticas empleadas en la enseñanza teórica (Fig. 1-C), el 31,40 % $n= (27)$ las percibe como bueno, mientras que el 47,67 % $n= (41)$ como regular, y el 20,93 % $n= (18)$ tuvo una percepción mala de estas técnicas. El manejo de recursos didácticos modernos (Fig. 1-D) tuvo resultados similares, ya que el 29,07 % $n= (25)$ lo percibió como bueno, mientras que el 48,84 % $n= (42)$ como regular, y el 22,09 % $n= (19)$ tuvo una percepción mala respecto a este punto.

4. Discusión

Se observó que la percepción de los estudiantes sobre la variable enseñanza de metodología del proceso de cuidado de enfermería (percepción general) y sus tres dimensiones evaluadas fue mayoritariamente regular, seguido de un nivel bueno y un menor porcentaje lo percibió en el nivel malo. Estos resultados, en parte, están acorde con la investigación de Veliz (2017) (12), quien estudió la percepción de los estudiantes de enfermería

sobre la metodología de enseñanza del PAE en una universidad pública peruana, y concluyó que la mayoría de ellos tienen una percepción medianamente favorable respecto a dicha metodología. De manera contraria, el estudio mencionado de Veliz difiere de los resultados obtenidos en este estudio, ya que dicho autor encontró que la variable y las dos primeras dimensiones evaluadas tuvieron un mayor porcentaje de percepción desfavorable en comparación con la favorable (12), mientras que en el presente estudio se observa un porcentaje mayor de percepción considerada como buena en comparación con la considerada como mala (Fig. 1 A-D.)

Los resultados de este estudio contrastan con los resultados obtenidos en la investigación de Acevedo y Alvarado (2015) (13) quien estudió la percepción de los estudiantes de enfermería sobre el rol docente en la formación del cuidado humanizado en una universidad privada peruana, y concluyó que la percepción general de los estudiantes sobre el rol, la primera dimensión (interacción docente – estudiante) y la segunda dimensión (interacción docente - paciente) fueron considerados como buenos (98 %, 94 % y 97 %, respectivamente), mientras que en el presente estudio se obtuvo mayoritariamente niveles de percepción regulares tanto en la variable como en cada una de las dimensiones evaluadas.

Así mismo, los resultados de este estudio contrastan con el trabajo de Nieto (2014) (14), quien investigó la opinión de los estudiantes de enfermería sobre las actividades de enseñanza-aprendizaje en la asignatura de Metodología del Cuidado de Enfermería en una universidad pública peruana, en la cual se determinó que las opiniones fueron mayoritariamente desfavorables, concluyendo que los estudiantes no estarían desarrollando adecuadamente las actividades fundamentales para su óptimo desempeño académico (14), mientras que en este estudio dichos niveles fueron percibidos mayoritariamente como regulares.

Los docentes implicados deben incorporar estrategias en la enseñanza del método del PAE como elaborar guías y rúbricas actualizadas, y unificar criterios según los nuevos enfoques que garanticen un aprendizaje adecuado del método enfermeros de tercera generación, y de esta manera generar un impacto positivo y una nueva experiencia en el estudiante.

Financiamiento: Esta investigación fue financiada por la Universidad Norbert Wiener.

5. Conclusión

La percepción de los estudiantes del cuarto año de la Universidad Norbert Wiener (Lima, Perú) sobre la enseñanza de metodología del proceso de cuidado de enfermería estuvo mayoritariamente en el

nivel regular, seguido de un nivel bueno y en menor proporción en el nivel malo.

6. Referencias

1. De Bortoli, y cols. La situación de la educación en enfermería en América Latina y el Caribe hacia el logro de la salud universal. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2017. Recuperado de: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v25/es_0104-1169-rlae-25-e2913.pdf
2. Quispe, L. Experiencias en la enseñanza-aprendizaje del proceso de atención de enfermería en estudiantes del noveno ciclo de una Universidad Privada-Chiclayo, 2017. Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo. Recuperado de: http://tesis.usat.edu.pe/bitstream/20.500.12423/904/3/TL_QuispeRamosLuzE_stefany.pdf.pdf
3. Aranda, L.; Baca, R. y Larios, R. Formación de la identidad profesional en las estudiantes de la Facultad de Enfermería de una Universidad en Lambayeque (Perú). Rev. Iberoam. Educ. Investi. Enferm. 2012; 2(3):33-9. Recuperado de: <https://www.enfermeria21.com/revistas/aladefe/articulo/45/formacion-de-la-identidad-profesional-en-las-estudiantes-de-la-facultad-de-enfermeria-de-una-universidad-en-lambayeque-peru/>
4. González-Hernando C, Martín-Villamor PG, Martín-Durántez N, López-Portero S.

- Evaluación por los estudiantes al tutor de enfermería en el contexto del aprendizaje basado en problemas. *Enferm. univ.* 2015; 12(3): 110–5. <https://doi.org/10.1016/j.reu.2015.07.0026>
5. Kuiper R, Pesut D, Kautz D. Promoting the self-regulation of clinical reasoning skills in nursing students. *Open Nurs J* 2009; 3: 76–85. <http://dx.doi.org/10.2174/1874434600903010076>
 6. González Sara S.H., Moreno Pérez N. E. Instrumentos para la enseñanza del proceso enfermero en la práctica clínica docente con enfoque de autocuidado utilizando Nanda-Nic-Noc. *Enferm. glob.* [Internet]. 2011 jul [citado 2021 jul 04]; 10(23): 89-95. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412011000300007&lng=es <https://dx.doi.org/10.4321/S1695-61412011000300007>
 7. Corona MBEF, Carvalho EC de. Significado de la enseñanza del proceso de enfermería para el docente. *Rev Lat Am Enfermagem.* diciembre de 2005; 13: 929 - 936.
 8. Ponti Liliana Elba, Castillo Benites Ruth Tirsa, Vignatti Rosana Alicia, Monaco Marisa Elena, Nuñez Judith Evangelina. Conocimientos y dificultades del proceso de atención de enfermería en la práctica. *Educ Med Super* [Internet]. 2017 dic [citado 2021 jul 04]; 31(4): 1-12. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412017000400007&lng=es
 9. Franklin Santell, Caridad, Garbey Calzado, Juana, Jarrosay Speck, Clara Mireya, Serrano Durán, Catalina, Rivera Castañeda, Nereida, Francis Jarrosay, Lisandra, Mendoza Fonseca, Norma Luisa, la universalización de la enseñanza. su vinculación con el proceso atención de enfermería como método científico de actuación profesional. *Revista Información Científica* [Internet]. 2008; 57 (1). Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=551757326020>
 10. Carrasco Paola, Dois Angelina. Perfil de competencias del tutor clínico de enfermería desde la perspectiva del personal de enfermería experto. *FEM* (Ed. impresa) [Internet]. 2020 [citado 2021 jul 04]; 23(2): 81-87. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2014-98322020000200006&lng=es. Epub 04-mayo-2020.
 11. González Salcedo P, Chaves Reyes AM. Proceso de atención de enfermería desde la perspectiva docente. *Investg. Enferm. Imagen Desarrollo.* [Internet]. 18 de agosto de 2011 [citado 4 de julio de 2021];11(2):47-76. Disponible en:

<https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/imagenydesarrollo/article/view/1617>

12. Veliz, J. Percepción de los estudiantes de enfermería sobre la metodología de enseñanza del Proceso de Atención de Enfermería en una universidad pública. 2017, Lima-Perú. Tesis. Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
13. Acevedo, J. y Alvarado, L. Percepción de los estudiantes de la escuela de enfermería Padre Luis Tezza acerca del rol docente en la formación del cuidado humanizado, Lima-Perú. 2015. Universidad Ricardo Palma.
14. Nieto, M. Opinión de los estudiantes de Enfermería sobre las actividades de enseñanza-aprendizaje en la asignatura de Metodología del cuidado de Enfermería UNMSM. Lima-Perú 2013, Lima-Perú. 2014. Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

CARACTERIZACIÓN DE ALERGIAS A LOS EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL EN EL PERSONAL DE ENFERMERÍA DE UN HOSPITAL PÚBLICO

CHARACTERIZATION OF ALLERGIES TO PERSONAL PROTECTIVE EQUIPMENT IN THE NURSING STAFF OF A PUBLIC HOSPITAL

Dávila Ortega Yeseli Yuliana¹

Resumen

Objetivo: Determinar la prevalencia de las alergias a los equipos de protección personal en enfermeros de un hospital público en Huánuco, Perú. **Materiales y métodos:** El enfoque del estudio fue descriptivo, de tipo observacional y con diseño transversal. Se utilizó un cuestionario de caracterización de las alergias recolectando datos de las características generales de la muestra en estudio como grupo etario, sexo, estado civil, religión, grado académico, tiempo de servicio, condición laboral y servicio. Para la obtención de los datos, se aplicó una encuesta presencial, previa aceptación del consentimiento informado y se aplicó un cuestionario de caracterización de las alergias. **Resultados:** Se incluyó a 52 profesionales de enfermería hallando el 69,2% que demuestran una prevalencia media de las alergias. Podemos afirmar que no existen diferencias estadísticamente significativas entre la caracterización de las alergias de las mujeres respecto a los varones con un p valor de 0,046. **Conclusiones:** Se identificó que la caracterización de las alergias de los profesionales de enfermería fue de caracterización media, estos resultados fueron significativos.

Palabras clave: Alergias, equipos de protección personal, guantes de látex, mascarillas.

Abstract

Objective: To determine the prevalence of allergies to personal protective equipment in nurses at a public hospital in Huánuco, Peru. **Materials and methods:** The study approach was descriptive, observational and with a cross-sectional design. An allergy characterization questionnaire was used, collecting data on the general characteristics of the study sample such as age group, sex, marital status, religion, academic degree, length of service, employment status, and service. To obtain the data, a face-to-face survey was applied, after accepting the informed consent, and an allergy characterization questionnaire was applied. **Results:** 52 nursing professionals were included, finding that 69.2% showed a mean prevalence of allergies. We can affirm that there are no statistically significant differences between the characterization of allergies in women compared to men, with a p value of 0.046. **Conclusions:** It was identified that the characterization of the allergies of the nursing professionals was of medium characterization, these results were significant.

Keywords: Allergies, personal protective equipment, latex gloves, masks.

Citar como:

Dávila Y. Caracterización de alergias a los equipos de protección personal en el personal de enfermería de un hospital público. Rev. Recien. 2022; 11(3)

Correspondencia:

Dávila Ortega Yeseli Yuliana
Yeseli2001@outlook.com

Recibido: 10/08/2022

Aprobado: 27/08/2022

En línea:

¹Universidad de Huánuco, Perú. Correo: yeseli2001@outlook.com

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-0458-3798>

1. Introducción.

Según Sánchez (1), las alergias son enfermedades con distintas manifestaciones clínicas que se manifiesta entre el 20 a 40 % de la población. El manejo de las alergias se enfoca en tres acciones: i) identificar; ii) controlar los síntomas por medio de fármacos y generar tolerancia con sustancias que estimulan el sistema inmunitario; y iii) combatir las alergias. La mayoría de los trabajadores en el sector salud durante los turnos de trabajos extendidos, utilizan los equipos de protección personal (EPP), que incluye la mascarilla N95 y guantes de látex. El uso prolongado de estos EPP puede causar manifestaciones cutáneas que incluyen dermatitis alérgica de contacto, dermatitis de contacto irritante, urticaria de contacto y angioedema, mientras que la sensibilización al látex podría ocasionar reacciones de hipersensibilidad sistémica como rinitis alérgica, conjuntivitis, asma y anafilaxia (2).

Muchos trabajadores tienen la necesidad de utilizar los EPP para evitar el contagio de la COVID-19 durante las jornadas de trabajo, lo que ocasiona un incremento en las reacciones adversas, principalmente manifestadas a nivel dermatológico, dificultando la labor de atención a los pacientes (3).

Como antecedentes, en un hospital finlandés se evaluó la prevalencia de los síntomas cutáneos y respiratorias debido al uso de guantes de látex en 543 trabajadores de

salud durante el 2011. Como resultado, se obtuvo que el 56 % presentó trastornos cutáneos debido al uso de guantes, mientras que un 13 % presentó congestión nasal debido al uso de guantes desechables empolvados (4). De manera similar, otro estudio señala que en el Italian General Hospital hubo una prevalencia sintomatológica del 47 % debido al látex y un 12 % de sensibilización demostrada al látex (5). Teniendo en cuenta otros estudios de investigación, entre el 5 al 15 % del personal de salud están sensibilizados a los guantes de látex (5). La British Association of Dermatologists (BAD) observó que alrededor de 6 de cada 10 trabajadores de salud durante la pandemia COVID-19 fueron afectados por dermatitis de contacto irritante causado por el uso de EPP durante el 2020 (6). También, hicieron un estudio a 1294 empleados del hospital que utilizaron o habían utilizado guantes de látex en el trabajo, de los cuales, un 24,4 % refirieron síntomas cutáneos inducidos por guantes y síntomas no cutáneos en un 8,1 %, mientras que, entre los empleados sintomáticos evaluados, un 9,1 % eran sensibles al látex en el año 2002 (7).

La prevalencia de alergias frente al uso de los EPP en el personal de salud en general es un tema poco estudiado en el Perú. Por todo lo expuesto, el objetivo de este estudio es identificar la caracterización de las alergias a los EPP en el personal de enfermería de un hospital público del Perú.

2. Métodos

Tipo de estudio

El enfoque del estudio es descriptivo, de tipo observacional y con diseño transversal.

Población muestral

La población muestral fue de 52 enfermeros que laboran en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano, ubicado en la ciudad de Huánuco, Perú. Se incluyeron a los profesionales de enfermería asistenciales que respondieron las encuestas y dieron su consentimiento informado para participar en el estudio de forma voluntaria. Se excluyó a los técnicos en enfermería.

Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Para evaluar la prevalencia de alergias a los EPP en el personal de enfermería, se aplicó un cuestionario de caracterización de alergias, estructurado con 11 ítems. Se recolectó datos de las características generales de la muestra en estudio como grupo etario, sexo, estado civil, religión, grado académico, tiempo de servicio, condición laboral y servicio. Los instrumentos utilizados fueron previamente validados a nivel cualitativo, siendo sometido a un juicio de 5 expertos quienes evaluaron la pertinencia de los instrumentos de medición.

Procedimientos de recolección de datos

La recolección de datos se realizó entre los meses de abril y junio del 2021. Para ello, se aplicó una encuesta presencial. Previamente, se les detalló el objetivo de la

investigación y la importancia del estudio. Las encuestas fueron aplicadas en los centros de labores en horarios de menor carga laboral. Luego se controló la calidad de la información recolectada a fin de verificar que todos los datos estén completos.

Análisis de datos

Se realizó un análisis descriptivo con frecuencias y proporciones para las variables cualitativas. La comprobación de hipótesis fue realizada mediante las pruebas Test de t de student, Kruskal-Wallis, ANOVA terminando como nivel de significancia estadística un valor de $p < 0,05$, mediante el uso del software IBM® SPSS® Statistics 25.0 (IBM SPSS, Inc., Chicago, IL, EE. UU.).

Aspectos éticos

Se respetaron los principios éticos de la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Previa a la aplicación de los instrumentos de recolección se consideró la aceptación del consentimiento informado, así como la aprobación por parte de un comité ético, tomando en cuenta el Principio de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia.

3. Resultados

Al analizar el grupo etario de los enfermeros en estudio, se encontró que un 44,2 % fueron adultos jóvenes, un 40,4 % fueron adultos medios y solo el 15,4 % correspondió a los adultos maduros. La

mitad de la muestra fueron personal femenino y la otra mitad personal masculino, mientras que, respecto al estado civil, un 51,9 % manifestó encontrarse con pareja. En cuanto al grado académico, el 42,3 % tenía estudios de segunda especialidad. El tiempo de servicio de

mayor predominio fue de 3 a 5 años, siendo contratados en una gran proporción y laboran mayormente en la unidad de cuidados intensivos, seguidos del centro quirúrgico y hospitalización COVID-19 (Ver Tabla 1).

Tabla 1 Distribución de datos sociodemográficos de los profesionales de enfermería del hospital público.

Características sociodemográficas	n= 52	
	fi	%
Grupo etario		
Adultos jóvenes (20 a 39 años)	23	44,2
Adultos medios (40 a los 49 años)	21	40,4
Adultos maduros (50 a 59 años)	08	15,4
Sexo		
Masculino	26	50,0
Femenino	26	50,0
Estado civil		
Con pareja	27	51,9
Sin pareja	25	48,1
Religión		
Católica	21	40,4
Evangélica	12	23,1
Otros	19	36,5
Grado académico		
Licenciatura	14	26,9
Segunda especialidad	22	42,3
Maestría	09	17,3
Doctorado	07	13,5
Tiempo de servicio		
1 - 3 años	16	30,8
3 - 5 años	21	40,4
5 a más años	15	28,8
Condición laboral		
Nombrado (estable)	21	40,4
Contratado	29	55,8
Otros	02	3,8
Servicio		
Medicina	07	13,5
Emergencia	09	17,3
Centro quirúrgico	10	19,2
Cuidados intensivos	13	25,0
Hospitalización COVID-19	10	19,2
Otros	03	5,8

Al analizar la caracterización de las alergias frente al uso de los EPP por parte de los profesionales de enfermería, se halló que de manera general un 78,8 % presentó alergias, de los cuales un 65,4 % presentó alergias debido al uso de mascarillas, ya que en un 55,8 % presentaron alergias dermatológicas debido al uso de mascarillas, seguido de un 28,8 % debido al uso de guantes de látex y en una proporción minoritaria (5,8 %) debido al uso del gorro desechable de tela de polipropileno no tejida. Las alergias de tipo dermatológicas fueron 55,8 %, mientras que las alergias respiratorias fueron un

44,2%. La gran mayoría (86,5 %) presentó la alergia después de 45 minutos de uso del EPP. De toda la población, un 46,2 % usó medicamentos para prevenir la alergia. Se observó un mayor uso de medicamentos en caso de alergia respiratoria respecto al caso de alergia dermatológica. La mitad del personal se aplicó cremas antes de colocarse los EPP. En el 61,5 % de los casos se consiguió un resultado eficaz. Para finalizar, el 50 % presentó otras alergias no relacionadas al uso de EPP, de los cuales el 50 % tiene la predisposición a que su alergia empeore debido al uso de las EPP (Ver Tabla 2)

Tabla 2 Descripción de la caracterización de las alergias frente al uso de los EPP de los profesionales de enfermería del hospital público

Caracterización de las alergias frente al uso de las EPPS	n=52	
	fi	%
Experiencia sobre alergias a los EPP		
Presencia de alergia frente al uso de los EPP		
Sí	52	78,8
Equipos de Protección Personal que produjo alergia		
Gorro	3	5,8
Mascarilla	34	65,4
Guantes de látex	15	28,8
Tipo de alergia presenta debido al uso de los EPP		
Alergia dermatológica	29	55,8
Alergia respiratoria	23	44,2
Tiempo aproximado en producirse la alergia		
15 min	3	5,8
30 min	4	7,7
45 min	15	28,8
1 hora	16	30,8
Otro (mayor a 1 hora)	14	26,9
Medios utilizados para prevenir la alergia		
Crema dermatológica	23	44,2
Medicamentos no tópicos	24	46,2
Otro	5	9,6
Uso de cetirizina y pseudoefedrina en caso de alergia respiratoria		
Sí	23	44,2
No	28	53,8
Uso de fexofenadina u otro en caso de alergia dermatológica		
Sí	28	53,8
No	24	46,2
Utilización de cremas antes de colocarse guantes o mascarillas		
Sí lo aplica	26	50,0
No lo aplica	26	50,0
El resultado del uso de medicamentos es eficaz		
Siempre	32	61,5
Casi siempre	20	38,5
Presenta otras alergias no relacionadas con el uso de EPP		
Sí	26	50,0
No	26	50,0
La alergia que tiene predispone a que empeore debido al uso de EPP		
Sí	13	50,0
No	13	50,0

La Tabla 3 muestra la distribución de la prevalencia de las alergias en el estudio. Se observó que la prevalencia es más de la mitad de los participantes con una prevalencia media de 69,2 % (36), seguido con las prevalencias bajas de 17,3 % (9) y

finalmente con las prevalencias altas 10,61 % (7) (Ver Tabla 3).

Tabla 3 Distribución de la prevalencia de las alergias de los profesionales de enfermería del hospital público

Prevalencia de alergia debido al uso de EPP	n= 52	
	fi	%
Alto	7	13,5
Medio	36	69,2
Bajo	9	17,3
Total	52	100 %

Al analizar la caracterización de las alergias de los profesionales de enfermería en cuanto a las características sociodemográficas de observó en relación según sexo evidenciamos que a través de la aplicación de la prueba *t* de Student con un

valor de 0,121 y un valor *p* de 0,046, podemos afirmar que no existen diferencia estadística significativa entre la caracterización de las alergias de las mujeres respecto a los varones (Ver Tabla 4).

Tabla 4 Caracterización de las alergias de los profesionales de enfermería

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS	VARIABLES	CARACTERIZACIÓN DE ALERGIAS DEBIDO AL USO DE EPP						N= 52	
		Alto		Medio		Bajo		Pruebas inferenciales	p- valor
		Fi	%	Fi	%	Fi	%		
Grupo etario	Adultos jóvenes (20 - 39 años)	1	4,3%	18	78,3%	4	17,4%	2,659+	0,265
	Adultos medios (40 - 49 años)	3	14,3%	14	66,7%	4	19,0%		
	Adultos maduros (50 a más años)	3	37,5%	4	50,0%	1	12,5%		
Sexo	Masculino	1	3,8%	19	73,1%	6	23,1%	0,121‡	0,046
	Femenino	6	23,1%	17	65,4%	3	11,5%		
Estado civil	Con pareja	5	18,5%	16	59,3%	6	22,2%	0,019‡	0,985
	Sin pareja	2	8,0%	20	80,0%	3	12,0%		
Religión	Católico	2	9,5%	16	14,5%	3	14,3%	0,414*	0,663
	Evangélico	3	25,0%	7	58,3%	2	16,7%		
	Otros	2	10,5%	13	68,4%	4	21,2%		
Máximo grado de estudios alcanzado	Licenciatura	0	0,0%	12	85,7%	2	14,3%	5,773+	0,123
	Segunda especialidad	4	18,2%	13	59,1%	5	22,7%		
	Maestría	3	33,3%	6	66,7%	0	0,0%		
	Doctorado	0	0,0%	5	71,4%	2	28,6%		
Tiempo de servicio	1-3 años	3	18,8%	9	56,3%	4	25,0%	0,379*	0,686
	3-5 años	2	9,5%	15	71,4%	4	19,0%		
	5 a más	2	13,3%	12	80,0%	1	6,7%		
Condición laboral	Nombrado	2	9,5%	16	76,2%	3	14,3%	0,018+	0,991
	Contratado	5	17,2%	18	62,1%	6	20,7%		
	Otros	0	0,0%	2	100,0%	0	0,0%		
Área de Servicio	Medicina	0	0,0%	7	100,0%	0	0,0%	0,472*	0,795
	Emergencia	1	11,1%	5	55,6%	3	33,3%		
	Centro quirúrgico	2	20,0%	6	60,0%	2	20,0%		
	Cuidados intensivos	2	15,4%	8	61,5%	3	23,1%		
	Hospitalización COVID19	1	10,0%	8	80,0%	1	10,0%		
	Otros	1	33,3%	2	66,7%	0	0,0%		

‡ Test de t de student

+ Prueba de Kruskal-Wallis

* Prueba ANOVA

4. Discusión

Los hospitales son un componente esencial de los sistemas de salud, puesto que brindan la atención debida para cada tipo de casos; sin embargo, son ambientes donde existen múltiples riesgos laborales y daños a la salud para quienes trabajan allí, más aún para el personal de enfermería ya que se encuentran en mayor contacto con los pacientes y permanecen por largas horas en los hospitales (8).

La profesión de enfermería está expuesta a varios riesgos causados por agentes químicos, físicos, biológicos, psicosociales y ergonómicos. Estos presentan mayor exposición al material biológico, en función de su rutina profesional. Para la prevención de la transmisión de patógenos necesita de medidas para disminuir el riesgo ocupacional como las precauciones estándar (PE), es una de las principales medidas para evitar la exposición también el uso adecuado de los EPP ya que así se puede minimizar los riesgos, pero también el hecho de utilizarlos puede causarles algún riesgo físico (9). Las alergias laborales principalmente el asma y dermatosis, estos casos se pueden agravarse, estas alergias son debidas a la exposición al látex (10).

En la actualidad, los trabajadores de salud constituyen el grupo ocupacional más afectado por alergias debido al uso frecuente de guantes de látex, estimándose

cerca del 10 %, que es poco más del doble en comparación con la población general (4,3 %) (11). Sin embargo, esta prevalencia difiere significativamente entre países, siendo menor en países de altos ingresos con medidas preventivas implementadas de manera eficiente (12). Si bien, la alergia a los guantes de látex y su impacto en los trabajadores de la salud han sido estudiados en diversos países, los datos son escasos en países en vías de desarrollo, incluyendo el Perú. En este sentido, los resultados de esta investigación demuestran la necesidad de abordar de manera urgente en la prevención de enfermedades ocasionadas por el uso de EPP en el hospital de estudio, ya que a pesar que a la fecha, hay suficiente evidencia de la múltiple etiología de las alergias a los guantes de látex, los programas de prevención aún no han sido adoptados en algunos hospitales peruanos, en contraposición a lo que ocurre en países desarrollados donde el uso de guantes de látex sigue siendo común en los trabajadores de la salud (13), e incluso es obligatorio evitar los materiales quirúrgicos que contengan látex en el cuidado de personas sensibilizadas (11).

Respecto al tiempo para generar alergias, este estudio demostró que un breve tiempo en contacto con los EPP es suficiente para generar alergias, en comparación con el tiempo total de uso de EPP durante una jornada laboral por parte del personal de enfermería, quienes, por ejemplo, no

pueden evitar usar guantes protectores durante la atención al paciente con COVID-19 y en este estudio los participantes usaban guantes de látex durante 8 horas o más por día. En estudios previos, la duración del uso de guantes de látex ha presentado correlación significativa con la incidencia de eczema en las manos del personal de enfermería que labora en salas de tratamiento contra COVID-19 (14).

Por otro lado, debido a las excelentes propiedades del látex para guantes médicos, no se recomienda prohibir su uso, pero se deben aumentar los esfuerzos para disminuir la aparición de alergias como centrarse en la investigación de medidas alternativas. En esta línea, recientemente, se ha descrito que el uso de guantes de algodón-poliéster debajo de los guantes de látex puede mejorar los síntomas de dermatitis, incluso sin interferir con la función de las manos del personal de sala de operación (15).

Así mismo, es de conocimiento que durante la pandemia el personal de salud ha debido extremar sus medidas de prevención contra el contagio por COVID-19, puesto que están expuestos a contagios; es por ello que el uso prolongado de las mascarillas quirúrgicas ha sido obligatorio; y es por esta utilización prolongada, debido a las largas las jornadas a las que se están enfrentando los profesionales de la salud, que están padeciendo de alergias y

lesiones en la piel, como se ha demostrado en el presente estudio. Aunque estas afecciones también se ven en cualquier persona que usa mascarilla, pero se muestran en mayor cantidad en el personal de enfermería puesto que utilizan este implemento por largas jornadas que muchas veces sobrepasan las ocho horas y esto acompañado al mismo tiempo del uso de otros elementos más de EPP, que cualquier persona común y corriente no lo hace. Toda esa situación genera en la piel alergias, descamación, acné, dermatitis por contacto, entre otros, por ello es importante tener más estudios sobre las consecuencias de su uso prolongado y cómo afrontarlas para evitar los efectos negativos (16).

La teoría de Orem explica que el ser humano es como un organismo biológico, racional y pensante, que tiene la capacidad de sí mismo y su entorno, utilizando ideas, palabras para así poder comunicarse y pensar que cosas son beneficiosas para su entorno y sí mismo (7). También es una contribución del individuo a su propia existencia, ella nos dice que el autocuidado es aprendido por los individuos que van orientados hacia un objetivo, son conductas que se da en situaciones concretas de la vida y estas van dirigidas por las personas sobre sí misma, para que los factores que afecten se regulen a su propio desarrollo en beneficio de la, salud, vida o bienestar (17).

Estudios que apoyan

En el presente estudio se halló un nivel de prevalencia media de las alergias frente al uso de las EPP, similar a este resultado en el Italian General Hospital hallaron una alta prevalencia de síntomas alérgicos por el látex en el personal asistencial del hospital (4). También, se halló mayor prevalencia de alergias frente al uso de las EPP en enfermeras. Así mismo, las mujeres son más frecuentes a la presencia de alergia al látex que los varones y están relacionadas significativamente con una enfermedad atópica ($p=0.007$). Por su parte, el antecedente de dermatitis atópica en el padre o madre también mostró asociación significativa con la alergia al látex ($p<0.0001$, respectivamente) (18).

Según este estudio, el predominio mayor se da en las mujeres por el contacto con guantes de látex; esto puede ser debido que el 74,3 % que los participantes fueron del sexo femenino, la mayoría de los trabajadores estudiados manifestaron que los síntomas por el uso de uno de los EPP mejoraban cuando terminaba la jornada laboral (19).

Estudios de contradicen

En este estudio el número de enfermedades de alergias de la piel es en varones a pesar de que las mujeres son propensas a presentar alergias de la piel por tener la piel más sensible (20).

5. Recomendación

Si se presentan síntomas de alergia en el trabajo, se debe acudir a un profesional para recibir tratamiento médico. También puede recurrir a un médico especialista como el alergólogo para que tenga un diagnóstico específico y sepa que agentes posibles provocan la reacción alérgica (9). Si se llegara a complicar para la prevención se recomienda máscaras y gafas de protección del tamaño adecuado, también el cambio del equipo de protección de manera periódica y pueden tomar algún medicamento como antihistamínicos (21).

6. Conclusión

Este estudio demuestra una alta prevalencia (78,8%) de alergias dermatológicas y respiratorias a los EPP, principalmente a las mascarillas, seguido por el guante de látex. Recomendamos realizar más investigaciones que aborden las medidas de prevención más eficaces para el personal de salud.

7. Referencias

1. Sánchez J, Sánchez A, Cardona R. Preguntas comunes en alergias. Enfoque práctico para el diagnóstico y manejo en atención primaria. Rev. alerg. Méx. [Internet]. 2018 Sep [citado el 25 de abril 2021]; 65(3): 197-207. Disponible en:
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2448-91902018000300117&lng=es.
<https://doi.org/10.29262/ram.v65i3.309>
2. Royal College of physicians. Latex Allergy: Occupational aspects of management 2008 [Internet]. 2008 [Citado el 20 de agosto 2021]. Disponible en: <https://www.rcplondon.ac.uk/guidelines-policy/latex-allergy-occupational-aspects-management-2008>
3. Pérez U y Arellano M. Labor de Dermatología en la atención a reacciones cutáneas adversas por uso de equipo de protección personal durante la pandemia por COVID-19. Dermatol Rev Mex. [Internet]. 2020 [citado el 17 de noviembre 2021]; 64(4): 487-490. Disponible en:
<https://dermatologiarevistamexicana.org.mx/article/labor-de-dermatologia-en-la-atencion-a-reacciones-cutaneas-adversas-por-uso-de-equipo-de-proteccion-personal-durante-la-pandemia-por-covid-19/>
4. Kujala VM y Reijula KE. Glove-induced dermal and respiratory symptoms among health care workers in one Finnish hospital. Am J Ind Med. [Internet]. 2015 [Citado el 25 de octubre 2021]; 28(1). Disponible en:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/757307/>
5. Verna N, Di Giampaolo L, Renzetti A, Balatsinou L, Di Stefano F, Di Gioacchino G, et al. Prevalence and risk factors for latex-related diseases among healthcare workers in an Italian general hospital. Annals of Clinical & Laboratory Science. [Internet]. 2003 [Citado el 25 de noviembre 2021];33(2): 184–91. Disponible en:
<http://www.annclinlabsci.org/content/33/2/184.full>
6. Paton N. PPE and hand washing causing 'spike' in dermatitis among healthcare workers [Internet]. Personneltoday.com. 2020 [citado el 26 de abril 2021]. Disponible en:
<https://www.personneltoday.com/hr/pp-e-and-hand-washing-causing-spike-in-dermatitis-among-healthcare-workers/>
7. Veiga JMF. Manual especial de Prevención de Riesgos Laborales. José Manuel Ferro Veiga [Internet]. 2020 [citado el 17 de noviembre 2021]. Disponible en:
https://books.google.com.pe/books?id=h_XJDwAAQBAJ&pg=PA357&lpg=PA3

- [57&dq=ALERGIA+AL+L%C3%81TEX+Menci%C3%B3n+aparte+merece+la+alergia+al+L%C3%A1tex,+un+problema+que+afecta+a+unas+800.000+personas+en+Espa%C3%B1a,+seg%C3%BAn+la+Asociaci%C3%B3n+Espa%C3%B1ola+de+Al%C3%A9rgicos+al+L%C3%A1tex.+Se&source=bl&ots=R09e7NLP62&sig=ACfU3U2lch_qaBSdJofOU SyrmsxaW1mg0Q&hl=es-419&sa=X&ved=2ahUKEwi9i4L_xP3zAhWQKrKqGHTNXGkQ6AF6BAgCEAM#v=onepage&q=ALERGIA%20AL%20L%C3%81TEX%20Menci%C3%B3n%20aparte%20merece%20la%20alergia%20al%20L%C3%A1tex%20un%20problema%20que%20afecta%20a%20unas%20800.000%20personas%20en%20Espa%C3%B1a%20seg%C3%BAn%20la%20Asociaci%C3%B3n%20Espa%C3%B1ola%20de%20Al%C3%A9rgicos%20al%20L%C3%A1tex.%20Se&f=false](https://ve.scielo.org/scielo.php?pid=S131501382015000100004&script=sci_abstract)
8. Pérez J y Franco J. Nocividad del proceso de trabajo en un hospital público de la ciudad de México. Salud de los Trabajadores [Internet]. 2015 [Citado el 25 de setiembre 2021]; 23 (1): 39-48. Disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?pid=S131501382015000100004&script=sci_abstract
9. Neves HCC, Souza ACS, Medeiros M, Munari DB, Ribeiro LCM, Tipple AFV. La seguridad de los trabajadores de enfermería y los factores determinantes para adhesión a los equipamientos de protección individual [Internet]. 2011 [citado el 17 de noviembre 2021]. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/XyXY8CTQQLV8BJrNnMVpzSy/?lang=es&format=pdf>
10. Gadea R. Alergias laborales: enfermedades silenciosas. Revista de salud laboral [Internet]. 2010 [citado el 17 de noviembre de 2021]; 50. Disponible en: <https://porexperiencia.com/dossier/alergias-laborales-enfermedades-silenciosas>
11. Nucera E, Aruanno A, Rizzi A, Centrone M. Latex allergy: current status and future perspectives. *J Asthma Allergy*. 2020; 13:385-398.
12. Raulf M. Current state of occupational latex allergy. *Curr Opin Allergy Clin Immunol*. 2020; 20(2):112-116.
13. Japundžić I, Vodanović M, Lugović-Mihčić L. An analysis of skin prick tests to latex and patch tests to rubber additives and other causative factors among dental professionals and students with contact dermatoses. *Int Arch Allergy Immunol*. 2018; 177(3):238-244.
14. Rosmarwati E, Widhiati S, Novriana D, Rahma A, Kariosentono H, Irawanto M, Kusumawardani A, Ellistasari E y Oktavriana T. Hand Eczema in Nurses in COVID-19 Treatment Room: Frequency

- of Handwashing, Hand Sanitizer, Moisturizer, and Duration of Latex Gloves Use. *Berkala Ilmu Kesehatan Kulit Dan Kelamin*. [internet]. 2022 [Citado el 9 de noviembre 2021]; 34(2): 92–98. Disponible en: <https://doi.org/10.20473/bikk.V34.2.2022.92-98>
15. Sayadi M, Abtahi B, Asefi A, Rafie M, Sefiddashti S y Nazari M. Wearing Cotton-polyester Gloves Under Surgical Latex Gloves to Improve the Symptoms of Hand Dermatitis in Operating Room Staffa. *Journal of Health Sciences & Surveillance System* [Internet]. 2022 [Citado el 15 de noviembre 2021]; 10(3): 328-333. Disponible en: doi: 10.30476/jhsss.2021.91831.1230
16. Ministerio de Salud del Perú. Documento Técnico: Recomendaciones Para El Uso Apropiado De Mascarillas Y Respiradores Por El Personal De Salud En El Contexto Del Covid-19. [Internet]. 2020 Disponible en: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/05/1095749/rm_248-2020-minsa.pdf
17. Orem D. *Congreso historia enfermería 2015.com*. [Internet]. 2015 [Citado el 17 de noviembre 2021]. Disponible en: <https://www.congreso historia enfermería 2015.com/dorothea.html>
18. Bedolla-Barajas M, Machuca-Rincón M, Morales-Romero J, Macriz-Romero N, Madrigal-Beas IM, Robles-Figueroa M, et al. Prevalencia de autorreporte de alergia al látex y factores asociados en trabajadores de la salud. *Revista Alergia México* [Internet]. 2017 [Citado el 9 de diciembre 2021]; 64(4):430–8. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2448-91902017000400430
19. Vicente-Herrero MT, Ramírez Iñiguez de la Torre MV, Capdevila García LM, López-González AA, Terradillos García MJ. Las alergias en salud laboral. Aspectos preventivos. *Semergen*. [Internet]. 2012 [Citado el 25 de noviembre 2021]; 38(3):192–6. Disponible: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-articulo-las-alergias-salud-laboral-aspectos-S1138359311004369>
20. Nettis E; Casella R; Incorvaia C y Miniello A. Secondary prevention of latex allergy. *Current Opinion in Allergy and Clinical Immunology* [Internet]. 2022 [Citado el 9 de setiembre 2021]; 22 (4): 250-256. Disponible en: doi: 10.1097/ACI.0000000000000838
21. Maurer M, Fluhr JW, Khan DA. How to approach chronic inducible urticaria. *J Allergy Clin Immunol Pract* [Internet] 2018 [Citado el 19 de noviembre 2021]; 6(4):1119-30. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jaip.2018.03.007>