



PARA INTEGRAR Y AVANZAR  
**¡VAMOS JUNTOS!**

Gestión 2021 - 2024



PARA INTEGRAR Y AVANZAR, ¡VAMOS JUNTOS!



REVISTA  
CIENTÍFICA DE  
ENFERMERÍA

Vol. 12 N° 01 - 2023 / ISSN Electrónica 2071 - 595 X / ISSN impresa 2071 - 5080

latindex  
catálogo 2.0

# RECIEN

REVISTA CIENTÍFICA

**COLEGIO DE ENFERMEROS DEL PERÚ**

LIMA, PERÚ 2023

ISSN electrónica 2071-596X

ISSN impresa 2071-5080

Edición Vol. 12 Núm. 1 (2023)

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

#### **Servicios de información.**

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

**Lugar de edición:** Lima

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

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

**Publicación:** Única

**Diseño y diagramación Web:** 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](mailto:revistacientifica@cep.org.pe)

# ORGANIZACIÓN

## DIRECTORA

Dra. Josefa Edith Vásquez Cevallos  
Colegio de Enfermeros del Perú

## EDITORA GENERAL

Dra. Rocío Yvonne Taboada Pilco  
Colegio de Enfermeros del Perú

## EDITORA CIENTÍFICA

Dra. Liliana Rodríguez Saavedra  
Colegio de Enfermeros del Perú

## COMITÉ EDITOR

PhD. Jonathan Adrián Zegarra Valdivia  
España.

Dra. Carol Nathali Flores Fernández.  
Inglaterra.

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

Dra. Magaly Rodríguez Saavedra  
Universidad Autónoma Madrid, España.

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

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

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

## PARES REVISORES

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

Dra. Magali Chun Hoyos  
Hospital de Chancay, Perú.

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

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

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

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

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

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

Mg. Margarita Gamboa Urbina  
Hospital Militar Central del Perú.

# ÍNDICE

## Artículo 1 (Original)

EXPERIENCIA FAMILIAR EN LA CRIANZA DE NIÑOS CON SÍNDROME DE DOWN (Pág. 6 - 17).

## Artículo 2 (Original)

VACUNACIÓN CONTRA LA COVID-19 EN UNA POBLACIÓN PEDIÁTRICA (Pág. 18 - 28).

## Artículo 3 (Original)

EXPERIENCIAS FAMILIARES DEL CRECIMIENTO-DESARROLLO DEL RECIÉN NACIDO PRETÉRMINO DURANTE EL PRIMER AÑO DE VIDA (Pág. 29 - 38).

## Artículo 4 (Original)

CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES ACERCA DE LA EUTANASIA MEDIANTE UNA ENCUESTA EN CHICLAYO, PERÚ (pág. 39 - 46).

## Artículo 5 (Original)

CALIDAD DE VIDA Y SOBRECARGA DEL CUIDADOR INFORMAL DEL PACIENTE ONCOLÓGICO (pág. 47 - 57).

## Artículo 6 (Revisión)

ENFERMERÍA Y LA SALUD MENTAL DURANTE LA PANDEMIA POR EL SARS-COV-2 (pág. 58 - 67).

## Artículo 7 (Original)

ESTUDIO DE CORTE TRANSVERSAL: PERCEPCIÓN Y EXPECTATIVA DEL USUARIO SOBRE CALIDAD EN UNA INSTITUCIÓN ONCOLÓGICA ESPECIALIZADA (pág. 68 - 79).

## Artículo 8 (Revisión)

BIOSEGURIDAD EN EL PERSONAL DE SALUD DURANTE LA PANDEMIA POR SARS COV-2 (pág. 80 - 87).

## Artículo 9 (Caso Clínico)

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA A PACIENTE CON DIABETES E INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO (pág. 88 - 100).

## Artículo 10 (Caso Clínico)

RED DE RAZONAMIENTO CLÍNICO Y CUIDADO ENFERMERO APLICADO EN ADULTO MAYOR CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN CLÍNICA (Pág. 101 - 122).

## **Sistema de Arbitraje:**

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

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

**EXPERIENCIA FAMILIAR EN LA CRIANZA DE NIÑOS CON SÍNDROME DE DOWN**

## FAMILY EXPERIENCE IN RAISING CHILDREN WITH DOWN SYNDROME

Guarate Coronado Yeisy Cristina<sup>1</sup>, Toapanta Quinatoa Vanessa Pilar<sup>2</sup>**Resumen**

**Objetivo:** Analizar la experiencia familiar en la crianza de niños con síndrome de Down. **Método:** Investigación cualitativa, descriptiva, fenomenológica. Los participantes del estudio fueron los miembros de grupos familiares donde habitan niños con síndrome de Down. Previa firma del consentimiento informado por parte de los participantes del estudio, se realizaron entrevistas semiestructuradas a un total de 6 grupos familiares ya que fue el momento en que se saturó la información. Las entrevistas fueron grabadas y luego transcritas siguiendo palabra a palabra a cada uno de los informantes para proceder al análisis de la información siguiendo los lineamientos de la teoría fundamentada en los datos, de modo que fueron surgiendo categorías y subcategorías del discurso de los informantes clave. Así mismo, se cumplieron con los principios éticos de autonomía, respeto y confidencialidad de la información obtenido. Se utilizaron pseudónimos para resguardar la identidad de los participantes del estudio. **Resultados:** Para los grupos familiares entrevistados el conocer del diagnóstico del niño significó un hecho inesperado ya que fueron informados al momento del nacimiento por lo que la aceptación del diagnóstico fue una situación donde vivieron múltiples encuentros emocionales y un proceso de adaptación familiar, económica y social. **Conclusión:** Las familias que tienen niños con síndrome de Down sufren un momento de gran impacto emocional que sugiere un acompañamiento por parte de los profesionales de enfermería; un proceso donde la educación es el papel fundamental.

## Citar como:

Guarate Y, Toapanta V. Experiencia familiar en la crianza de niños con síndrome de Down. Rev. Recien. 2023; 12(1).

## Correspondencia:

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

Recibido: 24/06/2022

Aprobado: 05/09/2022

En línea:

**Palabras clave:** Síndrome de Down, familia, experiencia.

**Abstract**

**Objective:** To analyze the family experience in raising children with Down syndrome. **Methods:** Qualitative, descriptive, phenomenological research. The study participants were members of family groups where children with Down syndrome live. After signing the informed consent by the study participants, semi-structured interviews were conducted with a total of 6 family groups since it was the moment when the information was saturated; the interviews were recorded and then transcribed following word by word to each of the informants to proceed with the analysis of the information following the guidelines of the theory based on the data, so that categories and subcategories of the discourse of the key informants emerged. Likewise, the ethical principles of autonomy, respect and confidentiality of the information obtained were complied with. Pseudonyms were used to protect the identity of the study participants. **Results:** For the family groups interviewed, learning of the child's diagnosis meant an unexpected event since they were informed at the time of birth, so acceptance of the diagnosis was a situation in which they experienced multiple emotional encounters and a process of family, economic and social adaptation. **Conclusion:** The family that has children with Down syndrome suffers a moment of great emotional impact that suggests an accompaniment by nursing professionals; a process where education is the fundamental role.

**Keywords:** Down syndrome, family, experience.

1 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](mailto:yc.guarate@uta.edu.ec) ORCID ID: 0000-0003-1526-4693.

2 Universidad Técnica de Ambato, Facultad de Ciencias de la Salud, Estudiante de Enfermería, Ambato - Ecuador [vtoapanta0712@uta.edu.ec](mailto:vtoapanta0712@uta.edu.ec) ORCID ID: 0000-0002-4306-8182.

## 1. Introducción.

El Síndrome de Down (SD), también conocido como trisomía 21, es una alteración genética causada por la presencia de un cromosoma extra en las células de un bebé, siendo la principal causa de discapacidad intelectual congénita que se produce de forma espontánea. La discapacidad que presenta un niño con SD es principalmente el retraso mental (1). La llegada de un niño con síndrome de Down es una situación que genera un impacto familiar y social debido a que se tiene desconocimiento sobre la patología; una persona que presenta SD puede generar cambios en el entorno familiar, en el estilo de vida de la familia y en el proceso de adaptación de la misma (2). El niño con SD tiene un patrón característico de signos dismórficos y discapacidad intelectual variable (3).

Las estadísticas de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) reflejan que uno de cada 1000 y 1 de cada 1100 recién nacidos presenta síndrome de Down, lo cual acarrea problemas para su salud general (4). América Latina ocupa el quinto lugar en el mundo con 8.000.000 personas con discapacidad intelectual como consecuencia del SD. Países como Cuba y Ecuador presentan un alto índice de nacimientos con SD con una frecuencia de 1 de cada 550 nacidos vivos; encontrándose con mayor frecuencia en los recién nacidos de mujeres con edades entre 20 a 25 años (5-6).

El nacimiento de un niño con SD puede estar asociado a factores ambientales que afectan los cromosomas en las mujeres jóvenes, tales como la radiación, los químicos y plaguicidas en plantaciones agroindustrias (7). También existe cierta predisposición genética con relación a este síndrome, así como factores inherentes a la embarazada.

Por lo tanto, la llegada de un hijo con síndrome de Down significa una experiencia familiar que va desde la aceptación del diagnóstico hasta la adaptación social y económica de todos sus miembros. Por tal motivo, esta investigación tuvo como objetivo general analizar la experiencia familiar en la crianza de niños con síndrome de Down, en los aspectos emocional, económico y social.

## 2. Métodos.

La investigación es cualitativa, fenomenológica y descriptiva ya que buscó la comprensión de un fenómeno en estudio mediante la narración de significados, percepciones, y experiencias (8-9). Fue un estudio de campo porque la recolección de los datos se realizó directamente de la realidad (10). La recopilación de los datos se realizó mediante entrevistas semiestructuradas de acuerdo a los objetivos del estudio (11-12). Se realizaron en total 6 entrevistas a los familiares de niños con síndrome de Down ya que fue el momento en que se saturó la información

(12). El análisis de la información se realizó a través de la teoría fundamentada en los datos; lo que permitió generar conceptos y teorías utilizando los datos obtenidos (13). La presentación de los resultados se realiza en base a categorías y subcategorías emergidas del discurso de los informantes clave o participantes del estudio. Para el desarrollo de esta investigación se tomó en cuenta los aspectos éticos reseñados en la Declaración de Helsinki (14). Los participantes firmaron el consentimiento informado, y se cumplieron con los principios éticos de confidencialidad, autonomía y respeto (15).

### 3. Resultados.

#### **Categoría 1: Encuentro con la discapacidad.**

##### *Subcategoría 1: Experiencia traumática*

Para la mayoría de las familias entrevistadas el conocer que iban a tener un integrante con síndrome de Down significó un hecho impredecible: (Margarita): “Siempre me iba al centro de salud y nunca me comentaron nada y eso que en eco ya sabido salir”. (Delia): “... en el embarazo no me avisaron los doctores.... cuando di a luz ahí dieron en cuenta que esta con síndrome Down”. (Elvia y Luz): “Es que no sabía en el embarazo, cuándo ya nació me dijeron que tiene síndrome de Down, pero ya pasado las horas”.

##### *Subcategoría 2: Aceptando el diagnóstico*

Fue un momento muy difícil: (Margarita): “Si, al principio fue una sorpresa ¿porque nace así él bebe? ...(Echeverry): “se me fueron las lágrimas que nunca esperé que mi hija naciera así, pero después de todo fue diferente cuando tuve entre mis brazos, fue cambiando la idea y que ella es mi hija y tengo que aceptar como es”. (Delia): “Que más me toca me toca aceptar, pero con tanto sentimiento de pena y tristeza yo también enfermé por estar llorando y toda la familia triste y hasta ahora mismo” (Luz): “Si, fue duro saber que ella iba a ser discapacidad, sentía tristeza que voy a tener así una niña con discapacidad y si era duro también pues saber que no va ser normal como otros niños”. (Carlos): “Fue un golpe bien duro para mí saber que mi hijita tenía esa enfermedad y no entendía muy bien que estaba pasando. Me sentí muy triste muy mal porque en realidad una situación como ésta para cualquiera le va ocasionar tristeza o hasta llanto”.

#### **Categoría 2: La familia**

##### *Subcategoría 1: Apoyo familiar*

Los resultados de la investigación evidencian que los padres no tienen ayuda económica por parte de la familia sino por sus propios medios. Manifiesta: (Echeverry): “No nada, gracias a Dios uno se ha aprendido a defenderse y no, no para que no habido ayuda de nadie”. (Luz): “Económica no tengo, mis familiares le dan ropa o me dan

viendo así” Elvia: “No, antes si ayudaba mi hermano, cuando mi hija era pequeñita ahora no como allá también está la situación económica mal. No, de familiares mismo no cuento para nada”. (Delia, Isabel y Carlos): “No tenemos nada de esa ayuda por parte de la familia”.

#### Subcategoría 2: Búsqueda de información

Las familias entrevistadas no conocían sobre esta patología, de tal manera (Delia, Pedro, Luz y Alex), mencionan: “no sabía nada porqué los niños nacen así, no sabía cómo decir, que me expliquen”. (Margarita, Elvia). “En el hospital mismo, el pediatra, como mes a mes estoy a las terapias ahí nos da información de cómo cuidarlo, los exámenes que le toca hacer”. (Isabel): “Como un vecino tenía un hijo así y aceptamos que nuestro hijo iba a ser igual” (Carlos): “Nosotros empezamos a buscar ayuda profesional, acudimos a un hospital de Quito al metropolitano ahí se hicieron los exámenes, los estudios y diagnósticos y ahí sí nos dieron diagnóstico que mi hija era así, tenía esa discapacidad de síndrome de Down”.

#### Subcategoría 3: Proceso de adaptación

El proceso de adaptación del niño con SD no ha sido del satisfactorio. (Margarita): “Si juega con los demás niños, aunque ella es pequeña; pero todos los niños juegan con ella, solo que a veces es muy enojona lanza las cosas, se enoja por todo cuando está viendo dibujos en el celular y no se carga rápido se enoja y quiere lanzar al suelo de las iras”

(Pedro): “Si le quiere hasta ahorita no sé si atrás hablaran adelante dicen que le quieren. Solo que veces esta de abuenas o a veces enojada sabe estar”. (Elvia): “Las críticas ... que al menos de mi cuñada de la misma familia dijo que sí que ¿cómo vas a tener esa niña? mejor que diosito le lleve; pero en la escolita si le quieren y en la casa también porque ella es muy cariñosa”. (Delia): “No nos llevamos, somos una familia muy alejada del barrio”. (Isabel): “El carácter del sí es un poco agresivo y grosero”. (Carlos): “Yo he visto en los niños pequeños, ellos se asustan, para ellos es ver algo extraño, tienen miedo y se alejan. Más en los niños pasa eso y las personas adultas le aprecian le dan cariño”. (Susana): “Pero mi hija a ratos bien, pero a ratos tiene una reacción muy fuerte, no se puede con ella ... ella es una agresión”.

En cuanto a los amigos de los grupos familiares, señalaron lo siguiente. (Flor): “Si saben mis amigos y le quieren bastante a ella”. (Gael): “No, mis amigos no saben porque si les digo me pueden juzgar”. (Alex): “No, porque ellos no saben que tengo hermana, con síndrome de Down. Creo tal vez no me acepten o me rechacen”. (David): “Si, algunos amigos se alejaron”. C: “Si saben que tengo un hermano, así mejor se llevan con nosotros”. (Karla): “De mi grupo social, de mis amigos, le conocen a mi hermana y me preguntan así a veces ¿por qué es así? y lo que mis papás me cuentan les transmito. Más le aprecian así”. (Elvia): “La gente critica porque mi hija nació así, pero como le digo,

*no me interesa de la gente. Con que yo y Dios le quiera suficiente de ahí como digo la gente me resbala”.*

### **Categoría 3: situación económica**

#### *Subcategoría 1: Gastos Inesperados*

Los participantes refieren que la inversión de dinero es alta cuando no hay los implementos necesarios en el hospital. Otros familiares mencionan que el mayor gasto corresponde a transporte y terapias. Responde. (Margarita): *“A veces en el hospital no hay, me mandan afuera a veces”.* (Delia): *“Ya no me voy porque a veces no hay dinero, porque tengo que ir a Quito hacer algunos chequeos”.* (Luz): *“Ahorita lo que gasto mandando a las terapias, mandando el recorrido, pagando de las pensiones eso”.* (Elvia): *“En los chequeos claro y exámenes”.* (Isabel): *“Bueno, inversión no había nada depende a donde tenga que ir, pasaje así no más, no es mucho lo mínimo si es”.* (Carlos): *“En lo que hacemos las terapias hacemos en Salcedo, en un centro privado, prácticamente no es del estado. Ahí lo hacemos porque prácticamente ahí lo tiene completo, tiene de todo ahí, si hay gastos en lo que es la terapia de mi hija”.*

#### *Subcategoría 2: Apoyo del estado*

La ayuda económica por parte del estado no es constante. Responde. (Margarita, Luz): *“No por medio de mi trabajo de ahí del estado no hemos tenido nada”.* (Delia): *“Nada mismo dice que tiene 35% no más tiene es normal; entonces para dar bono de*

*ella tiene que tener siquiera por lo menos 50% entonces no me quiere dar”.* (Elvia): *“Sí el bono de Joaquín Gallegos Lara”.* (Isabel, Carlos): *“Si recibido el bono”.*

### **Categoría 4: Convivencia**

#### *Subcategoría 1: La educación es primordial*

Con relación a la educación hay niños que sí está en escuelas y otras no porque no le aceptan por su discapacidad. De esta forma señala. (Margarita): *“Dicen que no reciben a niños especiales no sé cómo será cuando mi hija entre al jardín no sé si le aceptarían no sé cómo será”.* (Delia): *“Yo creo que si va ir porque ella es muy inteligente en escuelita normal tengo que poner con mis otros hijos”.* (Pedro): *“Si no pasamos nada tiene que estudiar qué más puede hacer no se pues quizás le reciban”.* (Luz): *“Si es duro porque ya está en la escuelita hay que ir a dejar llevarle, yo digo cuando ella este más grande si quiere ir al colegio como voy hacer porque no sé si le acepten y quien me va ayudar porque mi hijo ya se ha de ir a la universidad no hay quien de viendo”.* (Elvia e Isabel): *“Voy a seguirle apoyando hasta donde le acepten y quiera ir le voy a seguir mandando como le estado mandando”.* (Carlos): *“No le aceptaron incluso cuando era pequeñita no le aceptaron en la guardería ... no nos gustó como era el trato de ellos, por eso no se ira a la escuelita ... entonces dijimos que en ningún lado le van a tratar como nosotros con la paciencia ... nosotros hemos*

*pensado eso de ir a una escuelita descartado”.*

#### *Subcategoría 2: Cuidados en el hogar*

Los familiares narran que los cuidados son diferentes al cuidado que dieron a otros hijos. Responde. (Margarita): *“Al principio no sabíamos cómo bañarle, quitarle el oxígeno ... el pediatra dijo ya sáquele no más báñele tranquilamente y después le vuelva a poner el oxígeno”.* (Delia): *“...hay que cambiarle a cada rato la ropa y si es diferente, pero siempre toca estar atrás de ella ... le daba gripe por el frío tenía a subir la presión”.* (Luz): *“No solo hay que tenerle paciencia no más cuando no quiere comer ahí que darle en la boca”.* (Elvia): *“Si era medio diferente en el cuidado por ejemplo mi hija cuando era más pequeña ella no podía comer alimentos como ya se les daba a los niños normales, mi hija comía todo licuado, hasta los dos años casi porque ella tenía problemas de la faringe para tragar”.* (Isabel): *“El cuidado si es diferente... tengo que ayudar tengo que darle la comida, llevarle al baño no puede irse solo”.* (Luis y Susana): *“Si es diferente porque el todavía no puede independizarse solito no es como los otros niños normales”.*

#### **4. Discusión**

La detección del síndrome de Down se realiza en los controles prenatales en las pruebas de amniocentesis, biopsia de vellosidades coriónicas y cordocentesis (1). Entre las causas para que los niños

padezcan SD se encuentran la edad materna mayor o igual a 35 años (16) y la falta de la división meiótica (17). Los embarazos controlados permiten la identificación temprana de este síndrome, así como la identificación de factores de riesgo inherentes a la madre, antecedentes familiares o factores externos que les hacen propensos a padecer esta enfermedad. Un adecuado control prenatal permite a la madre mantener la salud materno fetal durante el embarazo (18). El impacto emocional que ocasiona la llegada de un niño con diagnóstico de síndrome de Down es alto, sobre todo cuando no se ha diagnosticado a tiempo porque no ha habido la preparación inicial; significa una experiencia para muchos descritas como traumáticas, por lo que el proceso de adaptación se torna difícil.

Para los padres aceptar el diagnóstico de SD ocasiona múltiples encuentros emocionales, no es fácil tener un hijo con discapacidad y las personas que lo tienen se enfrentan a problemas personales, familiares y sociales (19). Las familias experimentan tristeza, llanto, nostalgia mostrándose a veces inconformes con la noticia (20).

En la sociedad hay personas que aceptan a los niños con SD y otras que no los aceptan, ocasionando miedo en las familias, temor al rechazo o a recibir críticas por tener un miembro en la familia con discapacidad. En

este sentido, es importante el apoyo familiar en el cuidado, desarrollo y aprendizaje de los niños con SD debido a tienen problemas en su desenvolvimiento verbal lo que conlleva a ser rechazados y excluidos de la escuela; por este motivo, la integración social es fundamental para que tengan oportunidades de aprender y enriquecerse de lo que la sociedad y su entorno le ofrecen (21).

Así mismo, el cuidado de los niños con síndrome de Down conduce a realizar gastos adicionales en la familia muchos de los cuales no estaban previstos. Los costos médicos de un niño con SD son más altos que de un niño sin este síndrome; los gastos económicos más elevados son en las terapias alternativas como fisioterapias (22). Es por ello, que en Ecuador se estableció el bono Joaquín Gallegos Lara dirigido a las personas con algún tipo de discapacidad severa (23). Por lo tanto, el estado ecuatoriano garantiza a las personas con discapacidad el derecho a la salud y el acceso a servicios de promoción prevención, atención especializada permanente y prioritaria (7).

Finalmente, las personas con discapacidad pasan por un proceso de desigualdad en el acceso a la educación; los niños y niñas en situación de discapacidad tienden a ser excluidos de las escuelas comunes y forman parte de los grupos con menos años de escolaridad (24). Para un niño con síndrome

de Down la educación familiar es importante ya que necesitan conocer cuáles son los cuidados primordiales para entender el proceso de su personalidad; son niños con personalidad diversa, algunos pueden ser cariñosos, alegres; otros pueden llegar a ser agresivos. Cada niño con SD presenta características propias de su personalidad, rasgos que deben ser identificados y tratados por parte de profesionales del área donde la familia participe y tengo un rol fundamental, ya que la mayoría del tiempo se encuentra en casa (1-25).

### **Propuesta educativa para las familias de niños con síndrome de Down**

#### *Importancia de la familia*

La familia es la primera red de apoyo para los niños con síndrome de Down en donde el niño conoce las formas básicas de la vida social y aprende a relacionarse con los demás, por esta razón, es importante promover un ambiente familiar sano en la formación integral de los niños ayudando a fortalecer valores, principios éticos y sociales. El ambiente familiar debe ser sano, estimulante, motivador y afectivo donde favorezca la seguridad y su independencia (26).

### *Alimentación*

La lactancia materna es la forma natural e ideal de alimentar a los bebés durante el primer año de vida; ayuda a mejorar el estado nutricional, mayor protección inmunológica, menor riesgo de infecciones, alergias, previene enfermedades posteriores. El estado nutricional o alimenticio requiere de una supervisión constante del estado de salud y la evolución de crecimiento y el desarrollo del niño con síndrome de Down. Es necesario fomentar e instruir hábitos alimenticios saludables. Se debe tener en cuenta que los niños con SD presentan dificultades al deglutir por lo que los niños prefieren alimentos blandos y fáciles de tragar.

En este sentido se recomienda lo siguiente: establecer una adecuada alimentación que aporte nutrientes energéticos macro y micronutriente, combinando alimentos como cereales, verduras y tubérculos además incluir porciones diarias de frutas evitando alimentos altos en grasas saturadas como frituras además consumir agua (3). Una alimentación saludable incluye la distribución en cinco tiempos: desayuno, media mañana, almuerzo, media tarde y merienda (27). Es necesario que los niños tengan una alimentación equilibrada y balanceada para evitar la obesidad, la cual es común en los niños debido a su bajo gasto energético y metabolismo basal reducido; por eso es importante fomentar la

realización de actividades diarias, mejorando su salud y controlar su tendencia al sobrepeso (28).

### *Higiene*

Es fundamental que los niños con síndrome de Down aprendan los hábitos de higiene básicos: higiene bucal, higiene corporal. La higiene es principal para prevenir infecciones, enfermedades, el aseo es la técnica más sencilla que cada persona debe realizar por su propia cuenta, pero es importante la ayuda de un familiar en los niños con síndrome de Down (29). El baño se debe realizar tres veces por semana es suficiente, sin embargo, hay que limpiar la zona del pañal las veces que sean necesarias.

### *Prevención de infecciones*

Se debe explicar a los familiares la importancia de la vacunación que ayuda a prevenir las enfermedades inmunopreventivas, así también del adecuado lavado de manos y el manejo adecuado de los alimentos y evitar el contacto con personas enfermas (30).

### *Educación*

Los métodos para que aprendan los niños con SD deben ser principalmente diseñados para sus habilidades y capacidades, es importante desarrollar el lenguaje ya que es un factor importante para la comunicación. La integración de un niño con SD en una escuela es vital, ya que tendrá

grandes beneficios; lo primordial es incluirlo en dinámicas y actividades que aporten a sus habilidades y destrezas para su desarrollo no solo cognitivo sino también social para que tenga una vida independiente de manera progresiva (31).

#### *Incorporación a la sociedad*

Es necesario incluir a las personas con SD u otras discapacidades a participar en las diferentes actividades como cualquier otro niño porque tienen derecho a integrarse con la sociedad, que les permita desarrollar una vida independiente en la sociedad (24). La educación es fundamental para la interacción de los niños con discapacidad, permite el desarrollo del lenguaje ayudándole en el proceso de adaptación con la sociedad. Por tanto, se busca que el niño tenga accesibilidad social que permita la comunicación con otras personas de su entorno y que se convierta en una persona activa dentro de la comunidad, desarrollando habilidades mediante el juego y lograr su independencia en la medida de lo posible (31).

#### **5. Conclusiones**

El control prenatal es indispensable para detectar complicaciones en el desarrollo del embarazo y la identificación precoz de enfermedades que pueden afectar al binomio madre-hijo.

Los familiares de niños con SD sufren un gran impacto emocional manifestado por tristeza, llanto y angustia. El apoyo de la

familia es fundamental para lograr la integración de este nuevo miembro.

Existen políticas de Estado encaminadas a ayudar económicamente a las familiares que presentan algún miembro con discapacidad. De igual manera, el aporte económico familiar es importante.

Es necesario que el personal de salud proporcione información oportuna y eficiente con relación al cuidado de niños con SD; educar a los miembros de la familia en los cuidados es fundamental.

#### **6. Referencias**

1. Plaza M, Redondo M. Educación para la salud a los padres de niños con Síndrome de Down. Enfermeriadigital.com. [Internet]. 2021 [Consultado el 31 de mayo del 2022]. Disponible en: <https://www.enfermeriadigital.com/common/img/tfgs/trabajos/Miriam%20Triviño%20Plaza%20TFG.pdf>
2. Igual J. Experiencia de crianza de una niña con Síndrome de Down. Índex Enfermería [Internet].2019 [Consultado el 23 de mayo de 2022]; 28(3):134-8. Disponible en: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962019000200009](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962019000200009)
3. Malo E, Reyes M. Guía alimentaria para niños de 0 a 5 años con síndrome de Down del Centro de Neurodesarrollo Huiracocha Tutiven, Cuenca 2019. [Internet].2019 [Consultado el 23 de mayo de 2022] Disponible en: <http://repositorio.uees.edu.ec/bitstream/>

[123456789/3136/1/MALO%20OTTATI%20ERIKA%20CRISTINA.pdf](https://www.redalyc.org/doi/10.11118/1.2023.12.1.2071596X)

4. Naciones Unidas. Día Mundial del Síndrome de Down. 2019 [Consultado el 5 de febrero de 2022]; Disponible en: <https://www.un.org/es/observances/down-syndrome-day>
5. Rodríguez K, Peña M, Clavería A, Vallejo R, García C. Salud bucal en pacientes con síndrome de Down según actitud de sus tutores legales. Revista Medisan [Internet]. 2017 [Consultado el 5 de febrero de 2022]; 21(7):842–9. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=368451849010>
6. Proaño k. La tasa de síndrome de Down en Ecuador es mayor que el promedio mundial [Internet]. 2019. Edicionmedica.ec. [Consultado el 23 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://www.edicionmedica.ec/secciones/salud-publica/la-tasa-de-sindrome-de-down-en-ecuador-es-mayor-que-el-promedio-mundial-93840>
7. Paredes J. Ejercicios para la estimulación temprana en niños con Síndrome Down de uno a dos años. Facultad de Educación Física, Deportes y Recreación; 2020 [Consultado el 5 de febrero 2022]; Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redu/49298>
8. Loayza F. La investigación cualitativa en Ciencias Humanas y Educación. Criterios para elaborar artículos científicos. Educare Et Comunicare: Revista de investigación de la Facultad de Humanidades [Internet]. 2020 [Consultado el 5 de febrero 2022]; 56–66. Disponible en: <https://www.aacademica.org/edward.foustino.loayza.maturrano/16.pdf>
9. Alban G, Arguello A, Molina N. Metodologías de investigación educativa (descriptivas, experimentales, participativas, y de investigación-acción). Recimundo [Internet]. 2020 [Consultado el 5 de febrero de 2022];4(3):163–73. Disponible en: <https://www.recimundo.com/index.php/es/article/view/860>
10. Arias E. Investigación de campo [Internet]. Economipedia. 2020 [Consultado el 5 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://economipedia.com/definiciones/investigacion-de-campo.html>
11. Lopezosa C. Entrevistas semiestructuradas con NVivo: pasos para un análisis cualitativo eficaz. Métodos de Investigación en Comunicación Social. [Internet] 2020 [Consultado el 6 de febrero]. p. 88–97. Disponible en: <https://repositori.upf.edu/handle/10230/44605?locale-attribute=es>
12. Ortega. J. Como saturamos los datos una respuesta analítica desde y para la Investigación Cualitativa. Interciencia. [Internet] 2020 [Consultado el 6 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/339/33963459007/html/>

13. De la Espriella R, Gómez C. Teoría fundamentada. Revista Colombiana de Psiquiatría [Internet]. 2020 [Consultado el 6 de febrero de 2022]; 127-33. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v49n2/0034-7450-rcp-49-02-127.pdf>
14. Manzini J. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial: Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. Acta bioeth [Internet]. 2019 [Consultado el 6 de febrero de 2022]. Disponible en: [https://icmer.org/wpcontent/uploads/2019/Etica/declarac\\_Helsinki\\_ivestigacs\\_medicas\\_seres\\_hum.pdf](https://icmer.org/wpcontent/uploads/2019/Etica/declarac_Helsinki_ivestigacs_medicas_seres_hum.pdf)
15. Piscocoya J. Principios éticos en la investigación biomédica Revista Soc. Perú. Medicina Interna. 2018; 31(4):159-164 [Consultado el 6 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://medicinainterna.net.pe/sites/default/files/SPMI%202018-4%20159-164.pdf>
16. Lara A, Arguello M. Prevalencia al nacimiento del síndrome de Down, según la edad materna en Costa Rica, 1996-2016. Acta médica costarricense [internet] 2020 [Consultado el 8 de junio de 2022]; 61(4):177-182. Disponible en: [https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0001-60022019000400177](https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-60022019000400177)
17. Ramírez C, Sarmiento M, Quezada M, Orellana, J. Síndrome de Down por mosaico, informe de caso de Ecuador: Síndrome de Down por mosaico. Cienc médica [Internet]. 2021 [Consultado 16 de junio de 2022]; 23(2):267-70. Disponible en: [http://www.scielo.org.bo/scielo.php?pid=S1817-74332020000200020&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?pid=S1817-74332020000200020&script=sci_arttext)
18. Carvajal J, Barriga M. Manual de Obstetricia y Ginecología. Medicina.uc.cl [Internet]. 2021 [Consultado 15 de junio de 2022]. Disponible en: <https://medicina.uc.cl/wp-content/uploads/2020/11/Manual-Obstetricia-y-Ginecologia-2021-11112020.pdf>
19. Sánchez A, Lechuga M, Salgado J, Álvarez M, Alvarado E, Álvarez H. Adaptación de los Padres de Familia con hijos con Síndrome de Down. Dilemas contemporáneos: educación, política y valores [Internet]. 2020 [Consultado 15 de junio de 2022]. Disponible en: <https://doi.org/10.46377/dilemas.v8i.2477>
20. Villa, J., Barrios, J., & García, P. (2019). Vivencia de cuidadores principales de niños y adolescentes con necesidades especiales de atención en salud. Enfermería Comunitaria [internet]. 2019 [Consultado el 15 de junio 2022]; 15. Disponible en: <http://ciberindex.com/index.php/ec/article/view/e12067>
21. Andreucci P, Morales C. El protagonismo de la familia en la atención temprana de niños y niñas con síndrome de Down, Chile. Rev. Latinoam. Cienc. Soc. Niñez. Juv [Internet]. 2019 [Consultado el 17 de junio de 2022]; 17(2):1-21. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1692-715X2019000200148](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1692-715X2019000200148)
22. Silva F, Vivanco R, Aponte, J. Motion Graphics para disminuir el desconocimiento sobre la discapacidad intelectual, que genera un estrés

- de crianza en padres de hijos con síndrome de Down. [Tesis]. 2021 Edu.pe. [Consultado 17 de junio de 2022]. Disponible en: <https://repositorio.usil.edu.pe/server/api/core/bitstreams/0e17c8a7-b622-4cca-a166-6e94043da9be/content>
23. Ramírez Y, Luna H. La cuidadora de personas discapacitada en Ecuador. El caso de las beneficiarias del Bono Joaquín Gallegos Lara. Revista Universidad y Sociedad [internet].2018 [Consultado el 17 de junio de 2022]; 10(3),98-103. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2218-36202018000300098](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2218-36202018000300098)
24. Acevedo A, Angulo S. (2022). Niñas y Niños con Síndrome de Down en la educación primaria. [Tesis] 2022 Edu. uy. [Consultado 17 junio dec2022]. Disponible en: [https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/31280/1/TS\\_Acevedo\\_Agustina.pdf](https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/31280/1/TS_Acevedo_Agustina.pdf)
25. Salamanca D. Características del síndrome de Down [Internet]. 2021 [Consultado el 17 junio de 2022]. disponible en: [https://downsalamanca.es/?page\\_id=270#](https://downsalamanca.es/?page_id=270#)
26. Tobías E. El rol de la familia en la vida de una persona con discapacidad [Internet]. Instituto Tobías Emanuel.2020. [Consultado el 17 junio de 2022]. Disponible en: <https://tobiasemanuel.org/el-rol-de-la-familia-en-la-vida-de-una-persona-con-discapacidad/>
27. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Guía de alimentación y nutrición para padres de familia. [Internet]. Gob.ec. 2017 [Consultado el 17 de junio de 2022]. Disponible en: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2013/11/GUIA-DE-ALIMENTACION-PADRES-DE-FAMILIA-jul2017.pdf>
28. Flores J, Ruiz E. El síndrome de Down: aspectos biomédicos, psicológicos y educativos. Down21.org. [Internet]. 2018 [Consultado el 17 de junio de 2022]. Disponible en: <https://www.down21.org/profesional/2125-el-sindrome-de-down-aspectosbiomedicos-psicologicos-y-educativos.html>
29. Parrales Z, Reyes G, Diaz, Y. Intervención de enfermería en el cuidado del niño con síndrome de Down. Unidad educativa Melvin Jones – La Libertad 2017. [Internet]. 2018 [Consultado el 17 de junio 2022]. Disponible en: <https://repositorio.upse.edu.ec/bitstream/46000/4339/1/UPSE-TEN-2018-0016.pdf>
30. Ministerio de salud pública. Atención integral a la niñez. Manual. Quito. Dirección Nacional de Normalización; 2018 [Consultado el 13 de junio de 2022]. Disponible en: [https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2019/07/manual\\_atencion\\_integral\\_ninez.pdf](https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2019/07/manual_atencion_integral_ninez.pdf)
31. Mejía A, Mendizábal T, Rojas C, Gonzales R. Infantes con Síndrome de Down en la educación inclusiva. educación [Internet]. 2021 [Consultado el 18 de junio de 2022]; 27(1):85-188. Disponible en: <https://revistas.unife.edu.pe/index.php/educacion/article/view/2367>

## VACUNACIÓN CONTRA LA COVID-19 EN UNA POBLACIÓN PEDIÁTRICA

### VACCINATION AGAINST COVID-19 IN A PEDIATRIC POPULATION

Ortiz Arrova Jénesis Nadinne<sup>1</sup>, Arráiz de Fernández Carolina<sup>2</sup>

#### Resumen

El objetivo de esta investigación es determinar la vacunación contra la COVID-19 en la población infantil. Este estudio es cuantitativo, descriptivo, transversal y prospectivo; y se aplicó a la población pediátrica de la parroquia Pinguili del cantón Mocha, provincia del Tungurahua, Ecuador. La población estuvo constituida por niños mayores de 1 año hasta 14 años, que recibieron la vacuna contra la COVID-19. Aplicando la fórmula de población finita, con margen de error de 5 e índice de confiabilidad de 95 se obtuvo una muestra significativa de 172 pacientes. El instrumento de recolección fue la "Ficha de Notificación de Eventos Supuestamente Atribuibles a la Vacunación o Inmunización" del Ministerio de Salud de Argentina. Los resultados mostraron un predominio de niños inmunizados entre las edades de 10 a 14 años que corresponden a un 52 %. La vacuna más utilizada fue la fabricada por la farmacéutica Sinovac (59 % de los casos). La reacción adversa más frecuente fue el dolor, mientras que se evidenció una combinación de reacciones adversas sistémicas en varios niños de las cuales la fiebre fue la más frecuente. No hubo enfermedad atribuible a la vacunación contra la COVID-19. De manera contraria se evidenció una mejoría espontánea de la sintomatología de los efectos adversos ocasionados por la vacunación en todos los casos. Se concluye que la mayoría de la población pediátrica ha sido inmunizada con la vacuna contra la COVID-19 y los efectos adversos locales y sistémicos se resolvieron espontáneamente sin necesidad de medicación especializada.

Citar como:

Ortiz J, Arráiz C. Vacunación contra la COVID-19 en una población pediátrica. Rev. Recien. 2023; 12(1).

Correspondencia:

Arráiz de Fernández Carolina  
ca.arraiz@uta.edu.ec

Recibido: 25/08/2022  
Aprobado: 07/09/2022  
En línea:

**Palabras clave:** Vacunación, Población infantil, Inmunización, Efectos Adversos.

#### Abstract

The aim of this research is to determine the vaccination against COVID-19 in a child population. This study is quantitative, descriptive, cross-sectional and prospective; and it was applied to the pediatric population of the Pinguili parish of the Mocha canton, province of Tungurahua, Ecuador. The population consisted of children over 1 year old up to 14 years old, who received the vaccine against COVID-19. Applying the finite population formula, with a margin of error of 5 and a reliability index of 95, a significant sample of 172 patients was obtained. The collection instrument was the "Notification Form for Events Supposedly Attributable to Vaccination or Immunization" of the Ministry of Health of Argentina. The results showed a predominance of immunized children between the ages of 10 to 14 years, corresponding to 52%. The most widely used vaccine was the one manufactured by the pharmaceutical company Sinovac (59% of cases). The most frequent adverse reaction was pain, while a combination of systemic adverse reactions was seen in several children of which fever was the most frequent. There was no illness attributable to vaccination against COVID-19. On the contrary, a spontaneous improvement of the symptomatology of the adverse effects caused by vaccination was evidenced in all cases. It is concluded that the majority of the pediatric population has been immunized with the COVID-19 vaccine and the local and systemic adverse effects resolved spontaneously without the need for specialized medication.

**Keywords:** Vaccination, Child population, Immunization, Adverse Effects.

<sup>1</sup> ORCID ID: 0000-0002-5589-2224.

Universidad Técnica de Ambato, Facultad de Ciencias de la Salud, Estudiante de Enfermería, Ambato - Ecuador  
[jortiz5114@uta.edu.ec](mailto:jortiz5114@uta.edu.ec)

<sup>2</sup> ORCID ID: 0000-0002-3302-4274.

Docente de Enfermería, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Técnica de Ambato, Ecuador.  
[ca.arraiz@uta.edu.ec](mailto:ca.arraiz@uta.edu.ec)

## 1. Introducción.

A finales del año 2019, se registró en China un alto número de personas contagiadas por un coronavirus, ahora denominado Sars-CoV-2. El salto ocasional del virus de un animal a un humano es bastante común entre estos tipos de virus y podría ser la etiología de la COVID-19 (1). Según la Organización Panamericana de la Salud a finales de 2021 se notificó 260.547.965 casos acumulados confirmados de COVID-19 a nivel global, incluyendo 5.195.833 defunciones. El 37,1 % de los casos y 45,2 % de las defunciones a nivel mundial se reportaron en la región de las Américas (1). Para el mismo año, en el Ecuador se registró más de 35 mil personas fallecidas a causa de la COVID-19, representando el 4,3 % de la mortalidad total (2).

Debido a que aún no se conoce un tratamiento específico contra la COVID-19, la vacunación masiva con vacunas que cumplan los requisitos científicos es la única esperanza de volver a una normalidad verdadera (2,3). En el Ecuador, más de 200 mil personas, entre 12 a 15 años, ya están vacunadas con una primera dosis y más de 80 mil con una segunda dosis, y se pretende llegar al 100 % de los niños a finales del 2022. A su vez, se ha iniciado la vacunación en niños de 2 a 4 años y se garantiza la reserva de vacunas suficientes para concluir con la misma (4).

La COVID-19 propicia indicios respiratorios agudos de tipo severo y los contagios de la enfermedad se evidencian en toda la población sin restricciones de edad; sin embargo, en China, el porcentaje de niños que se vieron afectados por el virus fue alrededor del 2 % en los inicios de la pandemia (5), observándose que los niños experimentaban síntomas más leves en comparación con los adultos.

Existen numerosas hipótesis para entender las razones de la baja prevalencia de casos de COVID-19 en niños y de su cuadro clínico más leve en niños que en los adultos. En el estudio realizado por Curtis & Zimmermann se menciona que la presencia de una enfermedad grave aumenta con la edad avanzada, razón por la cual se presentan síntomas muy leves o casos asintomáticos en niños y por ende existe menos probabilidad de que se busque ayuda médica en el tratamiento de la misma (6).

Por otro lado, Balasubramanian (7), enuncia que los niños contraen varias enfermedades virales de las vías respiratorias, incluidos los coronavirus que causan un simple resfriado, también se ha sugerido que las infecciones de otros coronavirus ofrecerían resistencia a los niños, lo que los hace menos vulnerables a la enfermedad por el SARS-CoV-2. Esta peculiaridad puede deberse a la protección o inmunidad dada por otros tipos de enfermedades pasadas de coronavirus o a

una cobertura vaga de otras infecciones respiratorias. La coinfección con otro agente también podría producir una competencia entre el agente y el SARS-CoV-2 y reducir su reinfección y, por lo tanto, provocar una enfermedad más leve.

La vacunación contra la COVID-19 ha mostrado su eficacia en la disminución de enfermedades, hospitalizaciones y fallecimientos. Además, tienen beneficios tanto para el paciente pediátrico como para la comunidad, a nivel individual, reduce los riesgos de contraer una infección grave y a nivel colectivo evita la transmisión de la enfermedad y la aparición de nuevas variantes. Sin embargo, existen desafíos significativos, incluido el respaldo de los organismos administrativos y la accesibilidad a las dosis de vacunas en todas las naciones (8).

Los principales datos clínicos prediagnósticos que se evidencian en pacientes pediátricos son fiebre y tos; y en un menor grado se pueden presentar vómitos, diarrea, congestión nasal y fatiga. El 42 % de los casos pueden presentar un cuadro clínico asintomático y el 3 % requiere hospitalización, según lo describe Leblebicioglu et al. (9).

La vacunación es la técnica de inmunización general más eficaz frente a la pandemia COVID-19. Por años las vacunas han protegido a los niños y han disminuido la propagación de enfermedades a familias y

comunidades; pero tomando en cuenta la poca incidencia de la COVID-19 en niños pequeños, la salud inmunológica se convierte en pieza fundamental (10).

En la actualidad existen vacunas con una eficiencia comprobada mayor al 50 % para la prevención o inmunización contra la COVID-19 (Tabla 1).

A nivel nacional el Ministerio de Salud Pública del Ecuador es el organismo encargado de la vacunación, la elaboración y aplicación de los lineamientos de operación en los diferentes esquemas de vacunación contra el virus SARS-CoV-2.

La Agencia Nacional de Regulación, Control y Vigilancia Sanitaria ha aprobado el uso de 4 vacunas diferentes para el proceso de inmunización, dentro de las cuales se encuentran la vacuna BNT162b2 de la farmacéutica Pfizer (EE.UU y Alemania) que se utiliza en niños mayores de 12 años en un lapso de aplicación de 21 a 84 días y la vacuna Corona-Vac de la farmacéutica Sinovac (China) aplicada en niños desde los 3 años, en un lapso de aplicación de 28 a 42 días. Las dos vacunas mencionadas tienen un esquema de prioridad de 2 dosis y son aplicadas por vía intramuscular (10).

A nivel nacional la vacunación es gratuita y actualmente forma parte de la principal estrategia para la prevención de la COVID-19. A nivel pediátrico se efectuó la vacunación en Unidades académicas del

Ministerio de Educación y en establecimientos de salud públicos y privados mediante una programación en base a la disponibilidad de insumos y personal. En este contexto, los padres son los encargados de acudir a la inmunización junto a sus hijos, por lo que el presente trabajo tiene como finalidad de determinar la vacunación contra la COVID-19 en la población infantil, con respecto a la asociación con efectos adversos o enfermedad con secuelas graves.

Al mismo tiempo, este estudio contribuyó a la vacunación oportuna en niños, ya que difundió información relacionada con los beneficios de la vacunación y los escasos riesgos que supone la misma, logrando un enfoque preventivo contra la COVID-19 en la población infantil.

**Tabla 1** Principales vacunas contra el COVID-19 (9)

% EP	Vacuna	Laboratorio Farmacéutico	Edad (años)
100	BNT162b2	Pfizer/BioNTech	12-15
90	BNT162b2	Pfizer/BioNTech	5-11
100	BBIBP-CorV	Sinopharm	3-17
98	CTII-nCoV	Cansino	6-17
96	CoronaVac	Sinovac	3-17
98	ARNm-1273	Moderna	12-17

%EP: Porcentaje de eficacia preliminar

**Fuente:** Rodriguez-Morales AJ, León-Figueroa DA, Romaní L, McHugh TD, Leblebicioglu H. Vaccination of children against COVID-19: the experience in Latin America. *Ann Clin Microbiol Antimicrob.* 2022 Mar 25; 21(1):14. doi: 10.1186/s12941-022-00505-7. PMID: 35337354; PMCID: PMC8949833 (9).

## 2. Métodos.

Se realizó un estudio cuantitativo, descriptivo, transversal y prospectivo (11), lo que permitió conocer los diferentes aspectos relacionados con la vacunación contra la COVID-19 en la población pediátrica. El estudio fue realizado entre los meses de noviembre 2021 y abril 2022.

La población estuvo constituida por 309 niños mayores de 1 año hasta los 14 años, de la parroquia Pinguili del cantón Mocha, provincia de Tungurahua, Ecuador (12), quienes recibieron la vacuna contra la COVID-19. Para el cálculo de la muestra representativa (13) se aplicó la fórmula de población finita, con un margen de error de 5 e índice de confiabilidad de 95, según:

$$n = \frac{N * Z_{\alpha}^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z_{\alpha}^2 * p * q}$$

$$n = \frac{309 * 1.96^2 * 0.05 * 0.95}{0.05^2 * (309 - 1) + 1.96^2 * 0.05 * 0.95}$$

$$n = 172$$

Donde:

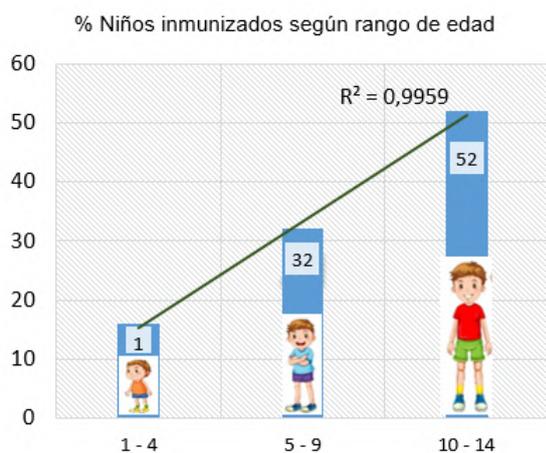
- N = Total de la población (12)
- Z $\alpha$  = La confianza es del 95 % equivalente al 1.96
- p = proporción esperada en este caso 5 % que equivale al 0,05
- q = 1 - p (1 - 0,05 = 0,95)
- d = precisión (precisión utilizada = 5 %)

Después de aplicar la fórmula anterior, con N = 309 niños, se obtuvo una muestra representativa de 172 niños.

Para la recolección de los datos se utilizó un instrumento tipo formulario (14). Dicho instrumento se conoce como la “Ficha de Notificación de Eventos Supuestamente Atribuibles a la Vacunación o Inmunización” del Ministerio de Salud de Argentina (15) que consta de 14 ítems con una estructura cerrada de manera que las personas respondan concretamente a cada una de ellas. Para el análisis de los resultados se utilizó el programa estadístico IBM® SPSS® Statistics 25.0 (IBM SPSS, Inc., Chicago, IL, EE. UU.).

### 3. Resultados

Según los datos obtenidos en la investigación podemos evidenciar que el rango de niños inmunizados que más predomina es de 10 a 14 años que corresponde al 52 % y que hay una correlación positiva entre la edad del niño con la tasa de vacunación (Figura 1).

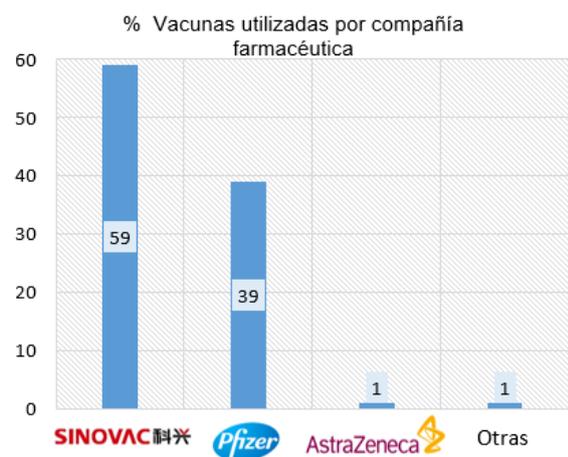


**Figura 1** Distribución de niños inmunizados contra el virus de la COVID-19 según rango de edad.

Esta investigación tuvo en consideración los principios éticos de la Declaración de Helsinki, donde se señala que las investigaciones médicas en seres humanos siempre deben ir acompañadas de un consentimiento informado, el cual debe ser firmado una vez que el sujeto acepta participar en la investigación y puede desistir cuando lo decida, respetando la confidencialidad; y está basado en los 4 principios éticos principales: el respeto por las personas, la beneficencia, la no maleficencia y la justicia (16)

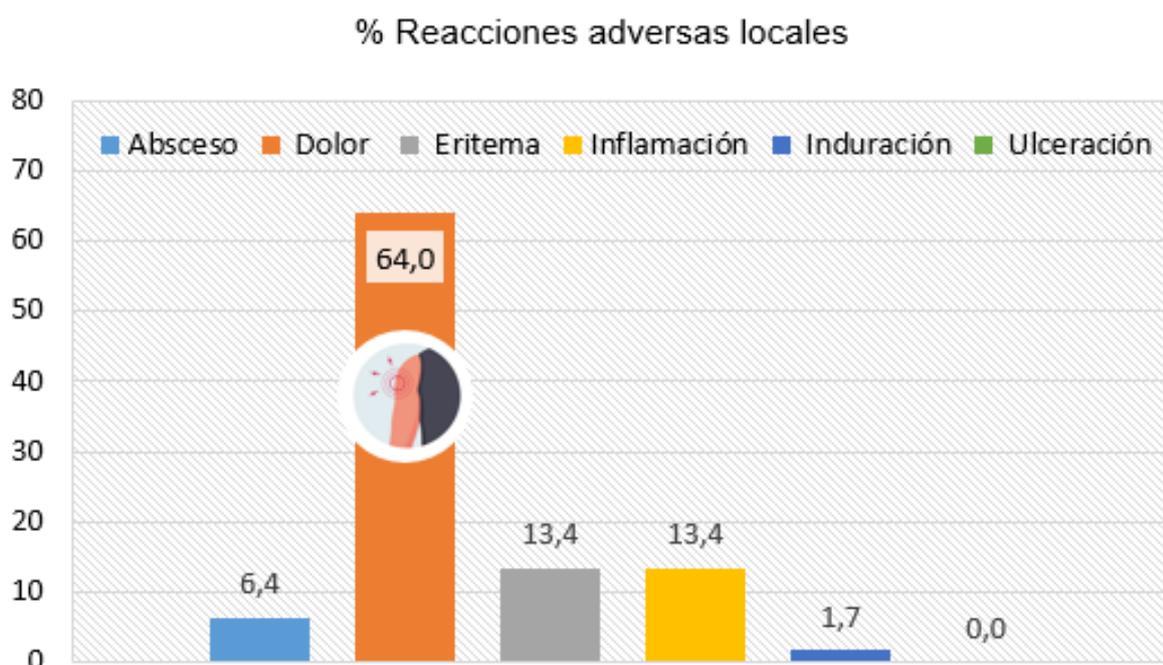
Respecto a la administración de las vacunas en el Ecuador, se observó que la vacuna más utilizada en la inmunización pediátrica fue la elaborada por la compañía farmacéutica Sinovac (59 %), seguida por la vacuna elaborada por Pfizer (39 %) (Figura 2).

En relación con la distribución de las reacciones adversas locales y sistémicas atribuibles a la vacuna contra la COVID-19, se observó una mayor frecuencia de reacciones locales como el dolor en el lugar de aplicación, con 110 casos (Figura 3). Además, existió una combinación de reacciones adversas sistémicas en varios niños, siendo la fiebre la más frecuente, con 104 casos (Figura 4).



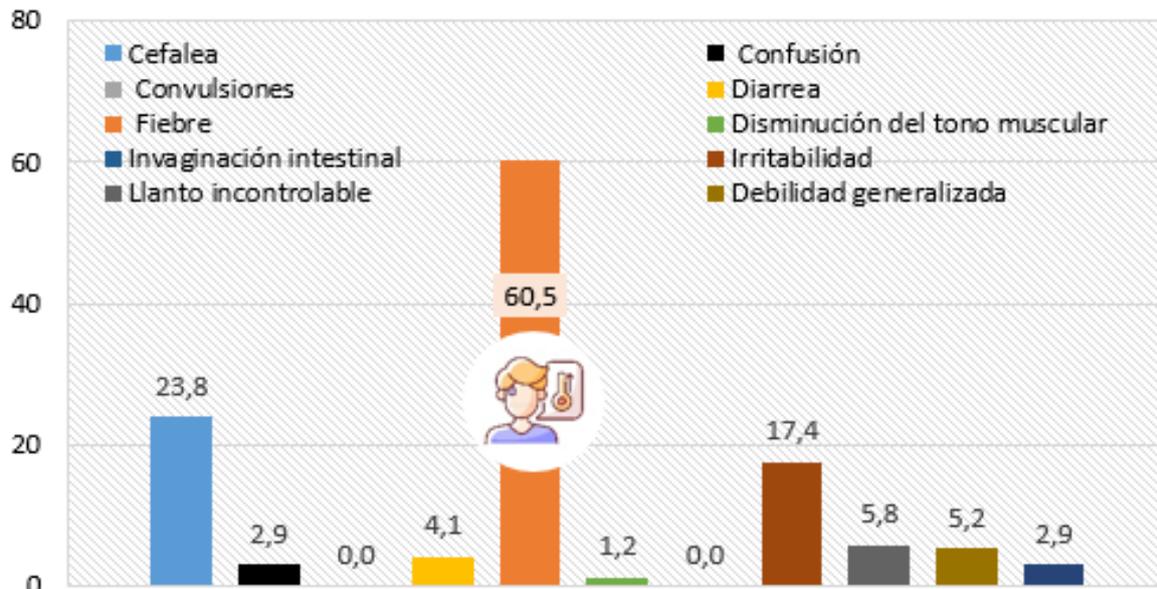
**Figura 2** Distribución de las vacunas utilizadas en la inmunización de niños contra la COVID-19 según compañía farmacéutica fabricante.

Finalmente, se encontró que ninguno de los niños presentó alguna enfermedad que guarde relación con alguna enfermedad atribuible a la vacunación contra la COVID-19; además, el 100 % de los niños vacunados tuvieron una mejoría espontánea de la sintomatología de los efectos adversos de la vacunación (Tabla 2).



**Figura 3** Porcentaje de las reacciones adversas locales presentes después de la administración de la vacuna contra la COVID -19.

### % Reacciones adversas sistémicas



**Figura 4** Porcentaje de las reacciones adversas sistémicas presentes después de la administración de la vacuna contra la COVID -19.

**Tabla 2** Distribución según la presencia de enfermedades atribuibles a la vacunación contra la COVID-19.

Variable	Frecuencia N°	%
Niños que padecieron enfermedades atribuibles a la vacunación contra la COVID-19	0	0
Niños que se recuperaron de manera espontánea de la sintomatología de los efectos adversos de la vacuna contra la COVID-19	172	100

#### 4. Discusión

Según los estudios realizados por el centro de vacunación COVID-19 en Tungurahua (17), hay un mayor porcentaje de niños vacunados al menos con la primera dosis contra la COVID-19 en el rango de edad de 11 a 15 años (95 %), mientras que para el rango de edad de 3 a 4 años el porcentaje es menor (62 %), lo que concuerda con esta investigación donde se

observó un mayor porcentaje de niños vacunados entre 10 y 14 años y un menor porcentaje en los infantes (Figura 1).

El uso mayoritario de la vacuna fabricada por la farmacéutica Sinovac con relación a la fabricada por Pfizer, se debe a que la primera ha demostrado ser segura para la inmunización desde la edad de 3 años a más (18), mientras que la segunda vacuna

estaba recomendada para las edades de 12 a más, durante la etapa de estudio (19).

En relación con los resultados de las reacciones adversas, tanto locales como sistémicas, éstos concuerdan con un estudio previo realizado en el Ecuador, donde también el dolor en el sitio de la inyección fue la reacción adversa local más frecuente con cerca del 53 % de los casos, mientras que la fiebre fue la reacción adversa sistémica más frecuente con cerca del 9 % de los casos (20).

Respecto a la inmunización con la vacuna de la farmacéutica Pfizer, en un estudio previo que incluyó a 2,268 niños de 5 a 11 años, se observó que los beneficios superaron los riesgos, en su gran mayoría las manifestaciones de reactogenicidad fueron leves o moderadas, cuya mediana de aparición y resolución espontánea estuvo entre 1 a 2 días (21), coincidiendo con los resultados de esta investigación donde el 100 % de los niños no padeció ningún tipo de enfermedad atribuible a la inmunización y además los efectos adversos que presentaron fueron leves y se resolvieron espontáneamente.

De acuerdo a los estudios exhaustivos de seguridad de las vacunas fabricadas por las compañías Sinovac (18) y Pfizer (19) se desprende que su administración es segura para el rango de edades recomendado, lo que concuerda con los resultados de esta investigación donde ningún niño presentó

alguna enfermedad relacionada con la vacuna administrada.

## 5. Conclusión

La mayoría de la población pediátrica ha sido inmunizada contra el COVID-19, principalmente con la vacuna fabricada por la farmacéutica Sinovac, seguida de Pfizer. La administración de la vacuna no afectó las condiciones previas de los niños y las reacciones adversas, en su mayoría leves, fueron resueltas en sus hogares espontáneamente, sin necesidad de tratamiento especializado. Dentro de la sintomatología de los efectos adversos se observó un predominio de dolor en el sitio de la inyección y fiebre.

### *Agradecimiento*

Este trabajo se realizó en el marco de los proyectos de investigación: "Estrategias de prevención de enfermedades infantiles: el éxito de la pediatría moderna", de la Unidad Operativa de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Ambato-Ecuador, Dirección de Investigación y Desarrollo (DIDE).

## 6. Referencias

1. Trilla A. Un mundo, una salud: la epidemia por el nuevo coronavirus COVID-19. Medicina Clínica. 2020; 154(5) [En Línea]. [consultado 18 Feb 2022] Disponible en <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7094554/>
2. Observatorio Social del Ecuador. Personas fallecidas por coronavirus en Ecuador [Internet]. 2022 [citado el 18 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://www.covid19ecuador.org/fallecidos>
3. Puebla B, Vinader R. Ecosistema de una pandemia. COVID 19, la transformación mundial. Séptima ed. S.L D, editor. Madrid; 2021.
4. Ministerio de Salud Pública. Ministerios de Salud y Educación vacunaron contra la COVID-19 a cerca de 200 mil adolescentes en una semana [Internet]. Gobierno del Encuentro, juntos lo logramos. 2021 [citado el 18 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://www.salud.gob.ec/ministerios-de-salud-y-educacion-vacunaron-contr-la-covid-19-a-cerca-de-200-mil-adolescentes-en-una-semana/>
5. Galindo, R., & Chow, H. COVID-19 in Children “Clinical Manifestations and Pharmacologic and Interventions Including Vaccine Trials” [Internet]. Pediatric Clinics of North America. 2021 [citado el 12 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S003139552100081X?via%3Dihub>
6. Curtis, N., & Zimmermann, P. Why is COVID-19 less severe in children? A review of the proposed mechanisms underlying the age-related difference in severity of SARS-CoV-2 infections [Internet]. Royal College of Paediatrics and Child Health. 2021 [cited 2022 May 30]. Available from: <https://adc.bmj.com/content/106/5/429.abstract>
7. Balasubramanian, S., Rao, N., Goenka, A., Roderick, M., & Ramanan, A. Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) in Children - What We Know So Far and What We Do Not [Internet]. Indian Pediatrics. 2020 [citado el 17 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s13312-020-1819-5>
8. Delgado, M., Hernández, T., Gómez, J., Gonzáles, J., & Ruiz, j. COVID in Pediatric Age: an opinion paper [Internet]. Revista Española de Quimioterapia. 2022 [citado el 14 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://seq.es/abstract/rev-esp-quimioter-2022-march-15-2/>

9. Rodríguez-Morales AJ, León-Figueroa DA, Romani L, McHugh TD, Leblebicioglu H. Vaccination of children against COVID-19: the experience in Latin America. *Ann Clin Microbiol Antimicrob.* 2022 Mar 25;21(1):14. doi: 10.1186/s12941-022-00505-7. PMID: 35337354; PMCID: PMC8949833.
10. Ministerio de Salud Pública. Lineamiento para la vacunación contra la COVID-19 a niños y niñas entre los 3 años hasta los 4 años 11 meses 29 días [Internet]. 2022 [citado el 20 de mayo de 2022]. Disponible en: [https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2022/02/Lineamiento-vacunacion-covid-ninos-y-ninas-3-y-4-anos\\_SINOVAC-signed-signed-signed.pdf](https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2022/02/Lineamiento-vacunacion-covid-ninos-y-ninas-3-y-4-anos_SINOVAC-signed-signed-signed.pdf)
11. del Castillo C.C. y Olivares Orozco S. Metodología de la investigación [En Línea]. México D.F: Grupo Editorial Patria, 2014 [consultado 10 Feb 2022]. Disponible en: <https://elibro.net/es/ereader/uta/39410?page=1>
12. Gobierno Autónomo Descentralizado Parroquial de Pingulí. PLAN DE DESARROLLO Y ORDENAMIENTO TERRITORIAL PINGUILÍ 2015 [Internet]. 2015 [citado 2022 Jun 1]. Disponible en: [http://app.sni.gob.ec/sni-link/sni/PORTAL\\_SNI/data\\_sigad\\_plus/sigadplusdiagnostico/1865018610001\\_P-DOT-PINGUILI\\_15-05-2015\\_21-19-48.pdf](http://app.sni.gob.ec/sni-link/sni/PORTAL_SNI/data_sigad_plus/sigadplusdiagnostico/1865018610001_P-DOT-PINGUILI_15-05-2015_21-19-48.pdf)
13. García-García, J. A., Reding-Bernal, A., & López-Alvarenga, J. C. Cálculo del tamaño de la muestra en investigación en educación médica [Internet]. Investigación en educación médica. 2013 [citado el 23 de junio de 2022]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2007505713727157>
14. Martínez Ruiz H. Metodología de la investigación [En Línea]. México, D.F: Cengage Learning, 2012 [Consultado el 18 Feb 2022]. Disponible en: <https://elibro.net/es/ereader/uta/39957?page=1>
15. Ministerio de Salud Argentina. Ficha de Notificación de Eventos Supuestamente Atribuibles a la Vacunación o Inmunización. es. Disponible en: <https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2020-12/ficha-notificacion-esavi.pdf>
16. Psicoya-Arbañil J. Principios éticos de la investigación biomédica. *Revista de la Sociedad Peruana de Medicina Interna* [Revista en internet]. 2019 [Consultado el 18 de Febrero de 2022]; 31(4): 159-164. Recuperado de: <http://revistamedicinainterna.net/index.php/spmi/article/view/10/>

17. Dirección Nacional de estadística y Análisis de Información de Salud. Vacunómetro COVID-19. 2022 [cited 2022 Jun 15]. Available from: <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrljoiYTkzNTFkMmUtZmUzNi00NDcwLTg0MDEtNjFkNzhhZTg5ZWYyYliwidCI6IjcwNjlyMGRiLTliMjktNGU5MS1hODI1LTl1NmlwNmQyNjlmMyJ9&pageName=ReportSection>
18. Han B, Song Y, Li C, Yang W, Ma Q, Jiang Z, et al. Safety, tolerability, and immunogenicity of an inactivated SARS-CoV-2 vaccine (CoronaVac) in healthy children and adolescents: a double-blind, randomised, controlled, phase 1/2 clinical trial. *Lancet Infect Dis.* 2021; S1473-3099(21)00319-4.
19. Ali K, Berman G, Zhou H, Deng W, Faughnan V, Coronado-Voges M, et al. Evaluation of mRNA-1273 SARS-CoV-2 vaccine in adolescents. *N Engl J Med.* 2021; doi: 10.1056/NEJMoa2109522.
20. Duma, D. M. V., Maza, S. L. C., Carrión, G. A. R., & Arévalo, K. S. S. Eventos supuestamente atribuibles a la vacunación e inmunización (ESAVI) de COVID-19 en niños y niñas de 6 a 11 años [Internet]. *Enfermería Investiga.* 2022 [citado el 25 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://revistas.uta.edu.ec/erevista/index.php/enfi/article/view/1608>
21. E.B. Walter, K.R. Talaat, C. Sabharwal, A. Gurtman, S. Lockhart, G.C. Paulsen, et al. Evaluation of the BNT162b2 Covid-19 vaccine in children 5 to 11 years of age *N Engl J Med.*, 386 (2022), pp. 35-46

## EXPERIENCIAS FAMILIARES DEL CRECIMIENTO-DESARROLLO DEL RECIÉN NACIDO PRETÉRMINO DURANTE EL PRIMER AÑO DE VIDA

FAMILY EXPERIENCES OF PRETERM NEWBORN GROWTH-DEVELOPMENT DURING THE FIRST  
YEAR OF LIFE

Caiza Lema Jonathan Jairo <sup>1</sup> Jiménez Peralta Ana Lucia<sup>2</sup>

### Resumen

El objetivo del presente trabajo es conocer las experiencias familiares del crecimiento-desarrollo del recién nacido pretérmino durante el primer año de vida. La metodología aplicada para este estudio es de enfoque cualitativo-descriptivo, la recolección y análisis de datos se obtuvo a través de entrevistas semiestructuradas por grupos focales que acuden al centro de salud, La muestra tomada es no probabilística por conveniencia considerando a 25 familias de recién nacidos prematuros en su primer año de vida. La información obtenida se las agrupado mediante la codificación abierta y axial, basada en la Teoría fundamentada de Strauss y Graser, con el fin de asociar y obtener las siguientes categorías: Sentimientos iniciales experimentados con el niño pretermo y experiencias sobre el cuidado o manejo. Los padres participantes mostraron inquietud en el momento que debían cuidar a sus hijos. Sus emociones positivas reflejaban felicidad y alegría de tener a su hijo en casa, sin embargo, por otro lado, se percibieron aspectos negativos como el miedo, preocupación y ansiedad, los cuales estaban relacionados directamente con el cuidado de su hijo, el mismo que se presentó por falta de educación y entendimiento de los padres. Además, se presentaron otros factores como el bajo nivel socioeconómico y de escolaridad, que afectaron directamente al cuidado de los hijos pretérminos, pese a ello, con el transcurso del tiempo se encontraron resultados favorables, pues los padres de estos recién nacidos mostraron un progreso en la eficacia de su cuidado crecimiento y desarrollo.

Citar como:

Caiza J, Jiménez A. Experiencias familiares del crecimiento-desarrollo del recién nacido pretérmino durante el primer año de vida. Rev. Recien. 2023; 12(1).

Correspondencia:  
Jiménez Peralta, Ana Lucia  
al.jimenezp@uta.edu.ec

Recibido: 10/07/2022  
Aprobado: 07/08/2022  
En línea:

**Palabras clave:** Recién nacido Prematuro, Atención Posnatal, Miedo, Ansiedad, Padres.

### Abstract

The aim of this study is to know the family experiences of the growth-development of the preterm newborn during the first year of life. The methodology applied for this study is a qualitative-descriptive approach, the collection and analysis of data was obtained through semi-structured interviews by focus groups that attend the health center. The sample taken is not probabilistic for convenience considering 25 families of newborns. preterm infants in their first year of life. The information obtained was grouped using open and axial coding, based on Strauss and Graser's Grounded Theory, in order to associate and obtain the following categories: Initial feelings experienced with the preterm child and experiences of care or handling. The participating parents showed concern when they had to take care of their children. Her positive emotions reflected happiness and joy of having her son at home, however, on the other hand, negative aspects such as fear, worry and anxiety were perceived, which were directly related to the care of her son, who was presented due to lack of education and understanding of the parents. In addition, other factors were presented, such as low socioeconomic and educational level, which directly affected the care of preterm children, despite this, favorable results were found over time, since the parents of these newborns showed progress in the effectiveness of their growth and development care.

**Keywords:** Infant Premature, Postnatal Care, Fear, Anxiety, Parents.

<sup>1</sup> ORCID ID: 0000-0003-2260-9936.

Universidad Técnica de Ambato, Facultad de Ciencias de la Salud, Estudiante de Enfermería, Ecuador  
[jairocaiza44@gmail.com](mailto:jairocaiza44@gmail.com)

<sup>2</sup> ORCID ID: 0000-0002-7854-5655.

Docente de Enfermería, Universidad Técnica de Ambato, Ecuador. [al.jimenezp@uta.edu.ec](mailto:al.jimenezp@uta.edu.ec)

## 1. Introducción.

El nacimiento de niños pretérmino ha constituido un problema de salud a nivel mundial, que ha causado morbilidad infantil debido a que presenta una inmadurez de la mayoría de sus órganos y sistemas, en esta realidad múltiples investigaciones realizadas indican las causas que ocasionan un nacimiento pretérmino (1). Según la organización mundial de la salud, define como recién nacido pretérmino al producto de edad gestacional menor de 37 semanas cumplidas (2).

En todo el mundo anualmente nacen aproximadamente 15 millones de bebés pretérminos, es decir más de uno en 10 nacimientos. Por lo que un millón de recién nacidos prematuros mueren debido a complicaciones en el parto (3). Según los reportes de la Organización Mundial de la Salud, en los últimos 20 años se ha presentado un aumento en nacimientos pretérminos, los recién nacidos prematuros menores de 1500 gramos tienen un doble riesgo de una morbilidad infantil, presentándose más en países en vías de desarrollo. Nuestro país cuenta actualmente con una población estimada de alrededor de 16 millones de habitantes y el número de nacidos vivos en cada año es de 300.000. En el Ecuador constituye el 40% de mortalidad infantil y alrededor del 50% de discapacidad infantil relacionados con el déficit visual, auditivos, enfermedades

neurológicas, cardiovasculares y pulmonares, de igual manera requieren atención en centros especializados y vigilancia médica estricta (4).

Llegar a tener un hijo es un acontecimiento notable en la vida de una pareja. No obstante, puede llegar a provocar estrés e inseguridad cuando el nacimiento es pretérmino, ya que se presentan eventos inesperados y doloroso para los progenitores (5) generando cambios que exigen una reorganización y adaptación en el cuidado y desarrollo del nuevo integrante. El vínculo y la construcción de las identidades paternas y la llegada de un bebé prematuro al hogar tiende a ser una situación difícil para los padres, ya que se enfrentan a una serie de cuidados para lograr un buen crecimiento, además el nivel de conocimiento y seguridad que tenga durante su maternidad estará fuertemente ligado a su visión de futuro en la manera de cuidar a su hijo (6).

Los padres por lo general refieren abundantes sentimientos de tristeza, dificultad para dormir, pérdida de apetito, pánico. El impacto emocional continúa tras el alta hospitalaria relacionado con síntomas a la angustia, desaliento y negatividad (7). No obstante, desde otra perspectiva y la más esperada es que se puede apreciar una adaptación óptima al nuevo estilo de vida con el recién nacido en casa y con ello aumentan las

responsabilidades en cuanto a los cuidados, por tal razón es imprescindible una red de apoyo del entorno cercano (6).

De igual manera los padres requieren preparación y apoyo cuando sus hijos se encuentran en casa, ya que necesitan de cuidados continuos que garanticen su seguridad y salud. Por ende, es indispensable la participación del personal de salud en este proceso de adaptación para intervenir de manera directa con los cuidadores, siendo necesario el seguimiento de los bebés prematuros para comprender las necesidades tanto de ellos como las de su familia (8).

El cuidado de un hijo pretérmino es un verdadero reto, es un proceso de altibajos y aprendizaje que genera un impacto emocional intenso (9). Debido a expectativas no realizadas las emociones negativas que experimentan los padres son temor, depresión, culpabilidad y estrés (10), mismas que influyen en la atención y cuidado del recién nacido pretérmino.

## 2. Métodos

Se llevó a cabo un estudio de enfoque cualitativo-Descriptivo, por medio del muestreo no probabilístico por conveniencia la recopilación de información se realizó por grupos focales, mediante entrevistas semiestructuradas en el centro de salud de Salasaca, previo anticipo voluntario y consentimiento firmado garantizando confidencialidad por parte del investigador

(11). El diálogo dirigido a 25 padres de hijos pretérminos se ejecutó un espacio tranquilo y cómodo. Además, fueron grabadas para ser analizadas en su totalidad y no omitir información relevante.

El análisis de datos se realizó con referencia en la teoría fundamentada creada por Strauss y Glaser, la cual es utilizada para el desarrollo de teorías sobre acontecimientos de salud. En la enfermería se ha estudiado sobre fenómenos cotidianos relevantes como la experiencia del dolor en pacientes con cáncer en cuidados paliativos, cuidados a personas con enfermedades mentales y el cuidado que brindas las madres de niños prematuros (12). Con el análisis de la codificación abierta y axial basada en Strauss y Glaser se logró definir las siguientes categorías: Sentimientos iniciales experimentados con el niño pretérmino y experiencias sobre el cuidado o manejo.

En la tabla 1 se categorizó mediante los codificadores axial y abierto, los sentimientos iniciales experimentados con el niño pretérmino y las experiencias sobre el cuidado o manejo.

## 3. Resultados

Tras el análisis de la información obtenida en las entrevistas efectuadas se agrupó mediante los codificadores abierto y axial de la teoría fundamentada (13), con el fin de agrupar y obtener las siguientes categorías: Sentimientos iniciales

experimentados con el niño pretérmino y experiencias sobre el cuidado o manejo.

### **Sentimientos iniciales experimentados con el niño pretérmino**

Al realizar las entrevistas con los padres sobre las experiencias vividas tras el alta hospitalaria de sus hijo/as, se logró identificar sentimientos que surgían de forma inicial. Los sentimientos demostrados por los padres tienden a ser contradictorios, ya que expresan sentimientos de alegría: “Me siento feliz de tener a mi hijo conmigo”, “Toda la familia estaba feliz de que mi hijo/a ya se encontraba en la casa”, sin embargo, en algunos momentos demostraron sentimientos de angustia y miedo, relacionados directamente con el

cuidado de su hijo prematuro. Los padres referían sentirse bien al tener a sus hijo/as en casa, pero también tenían temor de que les pueda pasar algo malo.

Por ende, los padres llegaban a expresar varios sentimientos como el miedo y la angustia, el cual se relacionaba con el cuidado, ya que, manifestaban: “Tenía miedo de cuidarlo”, “Tenía mucha preocupación de que le pasara algo”, “No podía descuidarlo porque sentía miedo de que le pasara algo malo”, “Mi hijo/a es muy pequeño”, “tengo miedo de hacerle daño”. El miedo, se entendió como una sensación de angustia inducida por la presencia de un peligro real o imaginario.

Categorías	Descripción
<p><b>Sentimientos iniciales experimentados con el niño pretérmino</b></p>	<p><b>a. Felicidad</b> Relacionado con el alta hospitalaria y el retorno a casa, debido a la mejoría de su salud y el cual reencuentro con la familia.</p> <p><b>b. Miedo</b> Por la vulnerabilidad asociada al estado de salud del prematuro, que pueda enfermarse o pueda ser hospitalizado nuevamente, además el miedo que no pueda crecer o desarrollarse bien por la condición de la prematuridad o por no saber cómo cuidarlo.</p>
<p><b>Experiencias sobre el cuidado o manejo</b></p>	<p><b>a. Aspectos positivos</b> Orientación adecuada sobre el cuidado del prematuro por parte del personal de salud. Ayuda sobre el cuidado y manejo por parte de familiares cercanos que han vivido experiencias similares. Autoeducación de fuentes confiables para obtener información acerca del cuidado del recién nacido.</p> <p><b>b. Aspectos negativos</b> Falta de entendimiento acerca del estado de salud y los cuidados que debe recibir el recién nacido, asociados por una escolaridad baja. Limitación económica para sustentar los insumos que necesita el recién nacido pretérmino. Conocimiento deficiente en la alimentación y manejo del bebé pretérmino. Estrés e inseguridad relacionado con la sobrecarga al momento del cuidado.</p>

El miedo que los padres mencionaban estaba encaminado al cuidado diario de sus hijos en su hogar, debido a que ya no

contaban con la ayuda de profesionales de salud, sino que ellos debían hacerse cargo de sus bebés.

### **Experiencias sobre el cuidado o manejo**

Tras indagar sobre los cuidados al bebé pretérmino durante las entrevistas surgieron diversas problemáticas con el manejo, ya que en la mayoría de padres entrevistados manifestaron a ver tenido problemas con el cuidado de su hijo, puesto que mencionaban: “No me enseñaron a darle de lactar”, “No quería coger el biberón”, “No podía sacarle los gases y llegaba a vomitar”, “No podía darle de lactar y lloraba mucho”, “En las noches no podía dormir por darle la leche cada 3 horas”, “No sabía cada que día debía bañarlo”, “No podía limpiarle el cordón umbilical”. No obstante, se pudo conocer criterios favorables sobre la educación del bebe pretérmino como los siguientes: “Si, en el hospital me educaron”, “Si, mi familia me ayudaba con mi niño”, “Si, cuando venían a visitarme del centro de salud me indicaban como cuidar a mi bebé”, fueron las respuestas que dieron a conocer en su mayoría los padres de hijo/as pretérminos, tras las entrevistas realizada. El cuidado se entiende como el conjunto de actividades y el uso de recursos para lograr que la vida de cada persona esté basada en la vigencia de los derechos humanos.

De igual manera, los padres referían, “Mi hijo esta pequeño porque no come como es debido, “Vomita toda la leche que le doy”, “Está chiquito porque no puedo darle de comer”, mencionaban los padres que en un

principio fue difícil el cuidado de su hijo/a pretérmino, por el mismo hecho de no a ver recibido una educación adecuada sobre el manejo de su bebé, el mismo que ocasionaba problemas a futuro con relación a su crecimiento y desarrollo. Fue una etapa muy difícil ya que, “No tenía dinero para comprarle la leche en tarro”, “A veces no tenía dinero para los pañales”, mencionaban algunos padres, el factor socioeconómico influyo de manera directa, puesto que los padres no contaban con los recursos para cuidar a sus hijos.

Además, en relación al cuidado algunos padres mencionaron a ver requerido ayuda tanto de familiares, personal de salud como de otros medios, refiriendo así “Pedí ayuda a mi mamá para que cuide a mi bebé”, “Pedí ayuda a un profesional de salud para que me enseñe a cuidar a mi bebé”, “Contrate a una niñera para que cuidara a mi bebé, porque mi marido y yo salíamos a trabajar”, “Mis hermanas me dijeron que mire videos en internet”, fueron las respuestas mencionadas por los padres, ayudando así a mejorar el cuidado y manejo de estos bebés.

La vivencia de los padres y el apoyo de terceras personas fue de gran ayuda, generando así una mayor confianza y seguridad. Mencionaban que, con el transcurso del tiempo, el miedo disminuía ya que podían tener un mejor cuidado de sus hijos, refiriendo así: “Ya puedo cuidar a mi

hijo/a”, “Ya no llora en las noches”, “Ahora sí ya come y puede dormir”. Los padres al tener un mejor conocimiento en cuanto al cuidado y manejo de su bebé brindan una mejor atención, el cual en un principio se veía afectado.

#### 4. Discusión

Tras analizar el conjunto de emociones experimentadas por familias de nacidos pretérminos, se encontraron estados emocionales positivos como es la felicidad, pero también, mostraron sentimiento negativo de miedo, temor, los cuales estaban relacionados directamente con el cuidado de su hijo/a (6)(8) (14). De igual manera, se manifestaron experiencias desafiantes para los padres en el rol de cuidado.

Se descubrió que los padres tienden a vivir experiencias desafiantes a nivel físico y emocional, por lo que llegan a sentir sobrecarga en sus labores diarios (15). Estudios similares encuentran experiencias positivas como negativas por parte de los padres (16). Los padres de bebés prematuros pueden llegar a tener problemas de salud mental. Se confirmó que no podían dormir, que se encontraban estresados y agotados, los mismo que podían agravar más los síntomas de depresión, ocasionando así un problema al estado de salud de los padres (17).

Los recién nacidos prematuros corren varios riesgos relacionados con los trastornos de la

alimentación. Ver a sus hijos comer normalmente y aumentar de peso es una satisfacción para los padres, ya que logra disminuir la ansiedad sobre el cuidado que brindan los padres a su hijo (9). De igual manera, parte de la dificultad vivida por los padres sobre el cuidado de su hijo es ocasionado por la ausencia de información o falta de comprensión. Además, es primordial brindar apoyo y orientación con el fin de adaptar estrategias de alimentación para sus hijos, ayudando así a un mejor manejo por parte de los padres (9, 16).

Además, el cuidado en el hogar por parte de los padres se volvió independiente, puesto que, ya no contaban con la ayuda del personal de salud (18). Iniciando así una nueva etapa, en donde los padres se enfrentaban a nuevas emociones y a una realidad que desconocían, por lo que expresaron la necesidad de contar con ayuda y apoyo de terceras personas para afrontar los miedos y vincularse activamente con el cuidado de sus hijos prematuros (18).

Por ende, el estudio que se presenta ha logrado demostrar sentimientos de miedo e inseguridad, relacionados con el cuidado y manejo de bebés pretérminos en casa. Estos cambios han sido tanto positivos como negativos, ya que provocan deficiencia en la vida diaria de los cuidadores, los cuales están relacionados con la falta de educación por parte del equipo de salud,

de igual manera existen otros factores como el nivel bajo de escolaridad y el nivel socioeconómico, los cuales influyen en la captación del aprendizaje, como también la dificultad que tienen los padres para adquirir los insumos básicos para el cuidado de su hijo. Demostrando así las dificultades encontradas en el cuidado de un bebé prematuro en casa.

## 5. Conclusiones

Las experiencias de los padres han permitido conocer a través de su vivencia el proceso al que se enfrentaron al tener a sus hijos prematuros en casa. Etapa en la que llegaron a presentar sentimientos de alegría y temor asociados a los cuidados que debían brindar, refiriendo así tener ciertos problemas en la alimentación y en el cuidado, ya que algunos padres manifestaron no haber tenido una educación adecuada sobre el manejo de su bebé como también la falta entendimiento por parte de los padres. Además, influyeron otros factores como el nivel bajo de escolaridad y el nivel socioeconómico, los mismos que afectaban de manera directa el cuidado de los hijos pretérminos, no obstante, con el transcurso del tiempo se encontraron resultados favorables sobre el cuidado de los niños pretérminos, ya que los padres conforme pasaron el tiempo aprendieron a cuidarlos y manejar este proceso de la mejor manera tanto para ellos, como para sus hijos.

## 6. Referencias

1. Nakasone, AO. Manejo neonatal del prematuro: avances en el Perú. Rev. Perú. ginecol. obstet. [Revista Internet]. 2018 Jul [citado el 18 de abril del 2022]; 64(3): 415-422. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2304-51322018000300015&lng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322018000300015&lng=es).  
<http://dx.doi.org/https://doi.org/10.31403/rpgo.v64i2106>
2. Gerónimo, NR. El parto pretérmino desde los registros del nacido vivo en Colombia, período 2008 – 2017. Rev. Méd. Risaralda. [Revista Internet]. 2020 agosto [citado el 18 de abril del 2022]; 26(2):138-147. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rmri/v26n2/0122-0667-rmri-26-02-138.pdf>  
<https://orcid.org/0000-0003-3855-9267>
3. Organización Mundial de la Salud. Nacimientos Prematuros. [Internet]. 2018 feb. [citado el 18 de abril de 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>
4. Vasco SN, Ortega NA. Vista de Sobrevida y principales causas de morbilidad y mortalidad en prematuros en Ecuador. The ecuador journal of medicine [Tesis]. Ecuador-Quito. Universidad Central del Ecuador. 2021 [citado el 20 de junio de 2022]. Disponible en: <http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/24345>
5. Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC). Registro Estadístico de Defunciones Generales. [Internet]. 2021.6-12. Disponible en:

- [https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Poblacion\\_y\\_Demografia/Defunciones\\_Generales\\_2020/boletin\\_tecnico\\_edg\\_2020\\_v1.pdf](https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Poblacion_y_Demografia/Defunciones_Generales_2020/boletin_tecnico_edg_2020_v1.pdf)
6. Giraldo JMR, Luján EL. LA ATENCIÓN TEMPRANA: UNA SEGUNDA OPORTUNIDAD PARA LOS NIÑOS PREMATUROS. Crónica [Internet]. 2018 [citado el 29 de junio de 2022];(3):43–54. Disponible en: <https://revistacronica.es/index.php/revistacronica/article/view/24>
  7. Ruiz AL. Nacer prematuro. Encrucijadas vinculares a lo largo de la niñez y la adolescencia. Universidad de Buenos Aires. [Internet].2019. [citado el 20 de junio de 2022]. 23(2):205-218. Disponible en: <https://publicacionescientificas.uces.edu.ar/index.php/subyprocog/article/view/727>
  8. Munhak da Silva R, Roldão dos Santos Nonose A, Monti Fonseca L, Falleiros de Mello D. Oportunidades de cuidado para bebés prematuros: visitas domiciliarias y apoyo telefónico. Rev. Latino-Am. Enfermagem. [Internet].2020. [citado el 29 de junio de 2022];28: e3308. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/jPc4SkMjPjH/VgRLXtr4XNn4M/?lang=en>
  9. Calsina SP, Obregón N, Calle del Fresno S, Escalé M, Cantó- L, Goberna J. Ansiedad y depresión en las madres de recién nacidos prematuros. Estrategias de intervención y revisión de la bibliografía. Federación-matronas.org. [Internet]. 2018.[citado el 20 de marzo de 2022]. 19(1):21-27. Disponible en: [https://www.federacion-matronas.org/wp-content/uploads/2018/04/Revision\\_Ansiedad-1.pdf](https://www.federacion-matronas.org/wp-content/uploads/2018/04/Revision_Ansiedad-1.pdf)
  10. Osorio SP, Salazar AM. El empoderamiento de los padres para el cuidado del hijo prematuro. Revista Cuidarte. [Internet].2022. [citado el 20 de junio de 2022];13(2): e2104 Disponible en: <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.2104>
  11. Manzini J. DECLARACIÓN DE HELSINKI: PRINCIPIOS ÉTICOS PARA LA INVESTIGACIÓN MÉDICA SOBRE SUJETOS HUMANOS. Acta bioeth. [Internet]. 2020 Dic [citado 2022 Jun 28]; 6(2): 321-334. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-569X2000000200010&lng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2000000200010&lng=es). <http://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2000000200010>
  12. Restrepo E, Gómez C. Teoría fundamental. Revista Colombiana de Psiquiatría. [Internet]. junio de 2020 [citado el 28 de junio de 2022]; 49(2): 127-133. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-74502020000200127&lng=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502020000200127&lng=en). Epub 18 de junio de 2020. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2018.08.002>
  13. Vivar CG, Arantzamendi M, López O, Gordo C. La Teoría Fundamentada como Metodología de Investigación Cualitativa en Enfermería. Index Enferm. [Internet]. 2018 Dic [citado 2022 Jun 29]; 19(4):283-288. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext)

[ext&pid=S1132-](#)

[12962010000300011&lng=es](#)

14. Lima de Souza N, Pinheiro AC, Clara IC, Cruz B, Leite de Carvalho JB y Costa da Silva ML. Experiencia materna doméstica con recién nacidos prematuros. Revista de Salud Pública. [Internet]. Julio 2018. [citado 2022 Jun 29]. Disponible en:

<https://www.scielosp.org/article/rsap/2010.v12n3/356-367>

15. Osorio SP, Ochoa SC, Semenic S. Preparación para el cuidado frente al alta de bebés prematuros: Experiencias de los padres. Investigación y Educación en Enfermería. [Internet].2017. [citado 2022 Jun 29] 35 (1),100-106. Disponible en:

[http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120-53072017000100100&script=sci\\_arttext&lng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120-53072017000100100&script=sci_arttext&lng=es)

16. Osorio SP, Salazar AM. Experiencias de los padres de niños prematuros hospitalizados en torno a las restricciones para la interacción con su hijo impuestas por la pandemia. Invest. Educ. Enferm. [Internet]. Mayo 2021. [citado 2022 Jun 24]. 39(2): e10. Disponible en:

<https://revistas.udea.edu.co/index.php/iee/article/view/346567/20805592>

17. Jiménez I, Anquela R, Carreras- P, Cases C, Gracia R, Huarte C. Programa de educación para la salud para padres de bebés prematuros. Revista Sanitaria de Investigación. [Internet]2021. [citado 2022 Jun 29].2(2). Disponible en:

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7813154>

18. Silva L, Días M, Santos F, Carlos D. Redes de apoyo de atención domiciliaria para el recién nacido prematuro: un informe de experiencia Revista Familia, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Socia. [Internet]. 2020.[citado 2022 Jun 29]. 2(6), 784-791. Disponible en: [https://www.redalyc.org/journal/4979/497965721014/497965721014\\_1.pdf](https://www.redalyc.org/journal/4979/497965721014/497965721014_1.pdf)

**CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES ACERCA DE LA EUTANASIA MEDIANTE UNA ENCUESTA EN CHICLAYO, PERÚ**

KNOWLEDGE AND ATTITUDES ABOUT EUTHANASIA THROUGH A SURVEY IN CHICLAYO, PERU

Johana Acosta-Quiroz <sup>1</sup>, Sebastián Iglesias-Osores <sup>2</sup> y Elmer López-López<sup>3</sup>**Resumen**

**Objetivo:** Determinar el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas sobre la eutanasia. **Métodos:** Se realizó un estudio descriptivo de tipo transversal para caracterizar los conocimientos, las actitudes y las prácticas frente a la práctica de la eutanasia. El cuestionario fue aplicado desde marzo de 2020 a febrero de 2021. Se aplicó el cuestionario a una población de Chiclayo, Perú. Se seleccionó a la muestra por muestreo no probabilístico por conveniencia de los investigadores. Se utilizó estadística descriptiva y se hizo análisis bivariado, se usaron los softwares Microsoft Excel y el estadístico InfoStat. **Resultados:** En nuestro estudio el rango de edad se encuentra entre 15-57 años, la mayoría de la muestra estudiada son mujeres 40 (56,3 %) frente a 31 (43,7 %) de hombres. Respecto a los conocimientos de la población encuestada acerca de la eutanasia, al preguntar que es la eutanasia 59 (83,1 %) respondió que es acelerar la muerte de un paciente terminal con la intención de evitar sufrimiento y dolor. Del total de encuestados solo 37 (52,1 %) conocen la diferencia entre eutanasia pasiva y activa. De los 71 encuestados 42 (59,2 %) respondieron estar a favor de la eutanasia mientras que 29 (40,8 %) estaban en contra de esta práctica. **Conclusiones:** Existe la necesidad de una formación adecuada en bioética, la población conoce que es la eutanasia, pero no la puede diferenciar en sus variantes.

Citar como:

Acosta-Quiroz J, Iglesias-Osores S y López-López E. Conocimientos y actitudes acerca de la eutanasia mediante una encuesta en Chiclayo, Perú. Rev. Recien. 2022; 12(1)

**Palabras clave:** Eutanasia; bioética; muerte asistida.

Correspondencia:

Johana Acosta-Quiroz  
johanaaq25@gmail.com

**Abstract**

**Objective:** To determine the level of knowledge, attitudes and practices on euthanasia. **Methods:** A descriptive cross-sectional study was conducted to characterize the knowledge, attitudes and practices regarding the practice of euthanasia. The questionnaire was applied from March 2020 to February 2021. The questionnaire was applied to a population of Chiclayo, Peru. The sample was selected by non-probabilistic sampling for the convenience of the researchers. Descriptive statistics and bivariate analysis were used, using Microsoft Excel and InfoStat statistical software. **Results:** In our study the age range was between 15-57 years, the majority of the sample studied were women, 40 (56.3%) compared to 31 (43.7%) men. Regarding the knowledge of the surveyed population about euthanasia, when asked what euthanasia is, 59 (83.1 %) answered that it is to hasten the death of a terminal patient with the intention of avoiding suffering and pain. Of the total respondents only 37 (52.1 %) know the difference between passive and active euthanasia. Of the 71 respondents 42 (59.2 %) responded to be in favor of euthanasia while 29 (40.8 %) were against this practice. **Conclusions:** There is a need for adequate training in bioethics, the population knows what euthanasia is, but cannot differentiate it in its variants

**Keywords:** Euthanasia; bioethics; assisted death.

Recibido: 05/08/ 2022

Aprobado: 19/09/2022

En línea:

1 Bióloga. Autor correspondal: johanaaq25@gmail.com. Facultad de Ciencias Biológicas, Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo, Calle Juan XXIII 391, Lambayeque. <https://orcid.org/0000-0002-7418-4856>

2 Biólogo. Facultad de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Ucayali, Ucayali, Perú. sebasiglo@gmail.com, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4984-4656>

3 Universidad Señor de Sipán, Pimentel, Perú. ellop2424@hotmail.com, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8414-7805>

## 1. Introducción.

La legalización del cuidado de la salud y la muerte es un tema controversial en el Perú (1). Los pacientes enfermos terminales tienen la necesidad de una muerte digna. La eutanasia es un procedimiento por medio del cual se busca reducir o evitar el sufrimiento del paciente en estado terminal (2). La eutanasia es un tema polémico tanto en el ámbito legal, ético y moral además existe una escasez de información sobre este tema (3). Esto ha conllevado a muchos debates tanto políticos como científicos para llegar a un consenso.

El tema de la eutanasia es muy amplio y se deben de analizar varios aspectos entre ellos: aspectos históricos, religiosos y culturales (4). El conflicto de deberes de los médicos no solo es aliviar el sufrimiento del paciente, sino que también proteger la vida de este (5). Para comprender el papel de la religión en la actitud de las personas hacia la eutanasia, es necesario tratar la religión como una estructura multidimensional (6).

En la eutanasia los médicos deben de proceder con cautela estudiando los casos previamente y de manera individual ya que el paciente en uso de sus facultades mentales y con una enfermedad incurable desea una muerte digna (7). Sin embargo, en los países en que la eutanasia es legal esta práctica se da en los casos en que el paciente no es quien la pide, sino los

familiares o médicos al encontrarse el paciente en una situación de sufrimiento (4). La principal responsabilidad del profesional de salud es aliviar el dolor y agonía de los pacientes, utilizando su conocimiento, la empatía y compasión para aliviar el sufrimiento (8).

En la actualidad la eutanasia es legal en países como: Bélgica, Países bajos, España, Luxemburgo, Suiza; Canadá y Estados Unidos (algunos estados) y Colombia que es el único país que acepta la eutanasia en América del sur (9). Para la legislación de esta práctica médica se deben conocer las pros y contras además de las actitudes que tienen las personas hacia esta. En el debate global sobre la eutanasia el caso de Perú no suele ser discutido en profundidad. El objetivo de este trabajo es determinar el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas sobre la eutanasia.

## 2. Métodos y materiales

### Diseño y área del estudio

Se realizó un estudio descriptivo de tipo transversal para caracterizar los conocimientos, las actitudes y las prácticas frente a la práctica de la eutanasia. El cuestionario fue aplicado desde marzo de 2020 a febrero de 2021.

### Población y muestra

Se aplicó el cuestionario a una población de Chiclayo, Perú. Se seleccionó a la muestra

por muestreo no probabilístico por conveniencia de los investigadores.

### **Variables e instrumentos**

Se aplicó un cuestionario no validado. La propuesta de cuestionario fue revisada por expertos, fueron cinco expertos del área de bioética y ciencias de la salud, vieron las preguntas en cuestión de forma, fondo con pertinencia, claridad y relevancia de las preguntas.

El cuestionario contó con 17 preguntas entre las cuales se dividen en conocimientos y actitudes hacia la eutanasia en el Perú.

### **Procedimientos**

El cuestionario fue enviado por medios digitales (WhatsApp y Facebook) usando Google Formularios por los investigadores, solo a los que completaron todo el cuestionario y aceptaron participar en el estudio, esto una vez que se les explicó los objetivos de la investigación.

### **Análisis estadístico**

Se utilizó estadística descriptiva y se hizo análisis bivariado, se usaron los softwares Microsoft Excel y el estadístico InfoStat.

### **Aspectos éticos**

El estudio estuvo aprobado por el comité de ética de la Facultad de medicina humana de la Universidad Nacional de Ucayali. El cuestionario contó con un asentimiento informado.

## **3. Resultados**

En nuestro estudio el rango de edad se encuentra entre 15-57 años, la mayoría de la muestra estudiada son mujeres 40 (56,3 %) frente a 31 (43,7 %) de hombres. Respecto a los conocimientos de la población encuestada acerca de la eutanasia, al preguntar que es la eutanasia 59 (83,1 %) respondió que es acelerar la muerte de un paciente terminal con la intención de evitar sufrimiento y dolor, 8 (11,3 %) respondieron que es inducir la muerte, 2 (2,8 %) de la población respondió que es dejar que una persona muera sin dar ningún tipo de asistencia médica y 2 (2,8 %) opina que es dejar que alguien muera sin dar asistencia médica sofisticada (ventilación mecánica, diálisis, alimentación directamente a la vena, etc.). Del total de la población 6 (8,5 %) de la población encuestada afirma que en el Perú la eutanasia es legal, frente a 65 (91,5 %) que respondió que no es legal. 68 (95,8 %) de los encuestados no han presenciado algún caso de eutanasia mientras que 3 (4,2 %) si lo han hecho. Al preguntar que entiende por eutanasia pasiva 35 (49,3 %) respondió que es cuando no se le aplica ningún tratamiento al paciente para prolongar su vida, con la finalidad de evitarle todo sufrimiento, las demás respuestas se pueden apreciar en la tabla 1.

**Tabla 1** Conocimientos acerca de la eutanasia en Chiclayo, Perú.

	Frecuencia	%
<b>¿Para usted que es la eutanasia?</b>		
Acelerar la muerte de un paciente terminal con la intención de evitar sufrimiento y dolor.	59	83,1
Es inducir la muerte, por ejemplo, mediante medicamentos.	8	11,3
Es dejar que una persona muera sin dar ningún tipo de asistencia médica.	2	2,8
Es dejar que alguien muera sin dar asistencia médica sofisticada (ventilación mecánica, diálisis, alimentación directamente a la vena, etc.)	2	2,8
<b>¿En el Perú la práctica de la eutanasia es legal?</b>		
Sí	6	8,5
No	65	91,5
<b>¿Ha presenciado algún caso de eutanasia?</b>		
Sí	3	4,2
No	68	95,8
<b>¿Qué entiende por eutanasia pasiva?</b>		
Inyectar una droga letal a un paciente agonizante para que muera sin sufrimiento.	21	29,6
Es aquella en que la muerte se produce directamente como consecuencia de una acción, por ejemplo, la aplicación de una dosis mortal.	9	12,7
Es cuando no se le aplica ningún tratamiento al paciente para prolongar su vida, con la finalidad de evitarle todo sufrimiento.	35	49,3
Aplicación de calmantes a pacientes terminales, produciéndole depresión respiratoria.	6	8,5

Encuestamos a 71 personas de las cuales 42 (59,2 %) está a favor de la eutanasia mientras que 29 (40,8 %) están en contra de esta práctica. Del total de encuestados solo 37 (52,1 %) conocen la diferencia entre eutanasia pasiva y activa, de ellos 19 (51,4 %) opina que la eutanasia pasiva es la más adecuada en con relación la bioética mientras que 18 (48,6 %) cree que la más adecuada es la eutanasia activa.

De los 71 encuestados 52 (73,2 %) informaron que si existen países en Latinoamérica donde la eutanasia es legal frente a 19 (26,8 %) respondieron que no existen países en Latinoamérica en los cuales la eutanasia está legalizada. Del

total de los encuestados 31 (43,7 %) están de acuerdo con que la eutanasia es una muerte digna, frente a 15 (21,1 %) está en desacuerdo mientras que 35 (35.2 %) se mantiene en una posición neutral. Del total de la población 30 (42,3 %) considera que es necesario para evitar cualquier sufrimiento que se aplique cualquier medicamento, aunque con ello se provoque la muerte del paciente, 22 (31 %) están en desacuerdo con esta premisa y 19 (26,8 %) no están de acuerdo ni en desacuerdo. De los 71 encuestados, 48 (67,6 %) estarían de acuerdo en aplicar la eutanasia a un familiar, 12 (15.5 %) estaban en desacuerdo y 18 (25,4 %) no están de acuerdo ni en desacuerdo (ver tabla 2).

**Tabla 2** Actitudes de los encuestados frente a la eutanasia

	Frecuencia	%
<i>¿Considera la eutanasia una muerte digna?</i>		
De acuerdo.	31	43,7
Ni de acuerdo ni en desacuerdo.	25	35,2
En desacuerdo.	15	21,1
<i>¿Considera que es necesario, para evitar el sufrimiento del paciente, que el médico aplique cualquier medicamento, aunque indirectamente se provoque con ello la muerte del paciente?</i>		
De acuerdo.	30	42,3
Ni de acuerdo ni en desacuerdo.	19	26,8
En desacuerdo.	22	31,0
<i>¿Considera la eutanasia como un pecado?</i>		
De acuerdo.	14	19,7
En desacuerdo.	29	40,8
Ni de acuerdo ni en desacuerdo.	28	39,4
<i>¿Considera que se debe aplicar la eutanasia a un familiar con alguna enfermedad terminal y si se encontrara sufriendo?</i>		
De acuerdo.	48	67,6
Ni de acuerdo ni en desacuerdo.	12	16,9
En desacuerdo.	11	15,5
<i>¿Cree que se debe dejar al paciente terminal morir de manera natural, aunque esto le genere exceso en su sufrimiento?</i>		
En desacuerdo.	42	59,2
Ni de acuerdo ni en desacuerdo.	18	25,4
De acuerdo.	11	15,5
<i>¿Para usted quien tiene la decisión final sobre la muerte del paciente?</i>		
El paciente	37	52,1
Los familiares.	24	33,8
Nadie	2	2,8
Dios	3	4,2
El médico	5	7,0

Al preguntar si un médico debe proponer la opción de la eutanasia a un paciente 36 (50,7 %) respondieron que si mientras que 35 (49,3 %) respondieron que no están de acuerdo. 44 (62 %) considera que se debería legalizar la eutanasia.

Al preguntar en qué casos consideraría realizar la eutanasia, 28 (39,4 %) considera que se debe realizar a un paciente con enfermedad terminal, 18 (25,4

%) a un paciente con enfermedad incurable, 25 (35,2 %) a un paciente vegetal y 13 (18,3 %) en ninguna circunstancia. De todos los encuestados 44 (62 %) consideran que se debe legalizar la eutanasia en Perú mientras que 27 (38 %) no considera que se debe legalizar la eutanasia.

#### 4. Discusión

La eutanasia es un tema controvertido no solo en el campo médico sino también en los campos social, político, filosófico y religioso (10). Hoy en día, el debate mundial sobre la legalización de la eutanasia está acompañado por una variedad de grupos políticos e ideológicos con diferentes voces, que van desde el amplio movimiento a favor de la eutanasia hasta fuertes opositores a la legalización de esta (11). El conflicto moral sobre el tema de la eutanasia siempre existirá, por lo que de varias maneras Países de todo el mundo están formulando medidas para regular el poder de decisión sobre el final de la vida (12). El término eutanasia proviene etimológicamente del griego y simplemente significa “buena muerte”, “muerte pacífica” o “muerte sin sufrimiento” (13).

Respecto a los conocimientos de la población encuestada acerca de la eutanasia la mayoría respondieron que es acelerar la muerte de un paciente terminal con la intención de evitar sufrimiento y dolor, este resultado es superior a otro llevado a cabo en enfermeras en España (1), esto también coincide con un estudio realizado en el que participaron estudiantes de medicina 70,97 % estaba a favor de la eutanasia (12). Al preguntar que entiende por eutanasia pasiva casi la mitad respondió es cuando no se le aplica ningún tratamiento al paciente para prolongar su vida, con la finalidad de evitarle todo

sufrimiento, esto es similar a los resultados de un estudio argentino (2). Existen controversias sobre la definición de eutanasia pasiva y la influencia de James Rachels (3).

Poco más de la mitad de los encuestados está a favor de la eutanasia mientras, al igual que en otro estudio español (1). La aceptación esta mediada por factores culturales como la religión, que está relacionada con la oposición a la eutanasia (4). La diferencia entre eutanasia pasiva y activa no está clara en la población encuestada. Esto puede deberse a la poca instrucción en bioética que tienen las personas encuestadas.

Entre las formas de eutanasia directa se encuentran la eutanasia activa y la eutanasia pasiva, la primera utiliza fármacos letales para lograr la muerte del paciente, mientras que la eutanasia pasiva lo hace al suspender el tratamiento farmacológico y la alimentación. De cualquier manera (11). Nuestros hallazgos muestran que el 52,1 % de los encuestados manifestó conocer la diferencia entre eutanasia pasiva y eutanasia activa.

El 43,7 % los encuestados en este estudio están de acuerdo con que la eutanasia es una muerte digna. Esto es similar a un estudio llevado a cabo en enfermeras (5). Estos resultados pueden deberse a que la mayoría de los encuestados fueron personas jóvenes. Poco menos de la mitad considera

que es necesario para evitar cualquier sufrimiento que se aplique cualquier medicamento, aunque con ello se provoque la muerte del paciente en nuestro estudio. Este es un resultado contradictorio con los conocimientos de la eutanasia y su aplicación. Se asemejan más a un suicidio asistido o eutanasia activa.

El 19,7 % están de acuerdo con que la eutanasia es un pecado en este estudio, esto debido a los factores culturales a los que están influenciados los encuestados (6). Además, estarían de acuerdo en aplicar la eutanasia a un familiar. Poco más de la mitad de la población en estudio está de acuerdo en dejar morir al paciente terminal de manera natural, aunque esto le genere sufrimiento. Se muestra una relación débil entre que las personas que presencian un sufrimiento insostenible en su entorno personal o nacional son más favorables a la eutanasia (7).

Existe una gran influencia de la religión en el tema de la eutanasia, ya que todas las religiones predicán que Dios nos ha dado la vida, y solo Dios tiene derecho a decidir cuándo y cómo acabar con ella, esto lleva muchas veces a pensar que la práctica de la eutanasia equivale a un asesinato (14). Sin embargo, la mayoría de las personas encuestadas 40,8 % no considera que la eutanasia sea un pecado.

Nos encontramos con limitaciones en el estudio, como el muestreo no probabilístico,

y una pequeña cantidad de personas encuestadas. El otro inconveniente que se tuvo fue el no validar el instrumento utilizado.

Existe la necesidad de una formación adecuada en bioética, la población conoce que es la eutanasia, pero no la puede diferenciar en sus variantes.

## 5. Referencias

1. Ugaz CM y Martínez CM. Eutanasia en el Perú y su regulación jurídica como alternativa a una muerte digna. *Rev Jurídica Científica SSIAS*. 2016; 9(1): 2313–3325.
2. Javier E, Rojas D. Eutanasia en Colombia: una mirada hacia la nueva legislación. *Justicia*. 2017; (31):226–39.
3. Stolz E, Burkert N, Großschädl F, Rásky É, Stronegger WJ, Freidl W. Determinants of Public Attitudes towards Euthanasia in Adults and Physician-Assisted Death in Neonates in Austria: A National Survey. *PLoS One*. 2015; 10(4).
4. Grupo de estudios de ética clínica de la sociedad médica de Santiago. Eutanasia y acto médico. *Rev Med Chil*. 2011; 139(5):642–54.
5. Kouwenhoven PSC, Van Thiel GJM, Van der Heide A, Rietjens JAC, Van Delden JJM. Developments in euthanasia practice in the Netherlands: Balancing professional responsibility and the patient's autonomy. *Eur J Gen Pract [Internet]*. 2 de enero de 2019 [citado el 9 de mayo de 2021];

- 25(1):44–8. Disponible en: <https://www.tandfonline.com/action/journalInformation?journalCode=igen20>
6. Sabriseilabi S, Williams J. Dimensions of religion and attitudes toward euthanasia. *Death Stud* [Internet]. 2020 [citado 9 de mayo de 2021]; Disponible en: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/07481187.2020.1800863>
7. Berengueras ME. Eutanasia, crimen o derecho. *Inven la génesis la Cult Univ en Morelos*. 2007; 3(5).
8. Campbell CS. Mortal responsibilities: Bioethics and medical-assisted dying. *Yale J Biol Med*. 2019; 92(4):733–9.
9. Parreiras M, Cafure Antunes G, Pacelli M, Silva L, Rückl S, Andrade L. Eutanasia y suicidio asistido en países occidentales: una revisión sistemática. *Rev bioét*. 2016; 24(2):355–67.
10. Vilela LP, Caramelli P. Knowledge of the definition of euthanasia: study with doctors and caregivers of Alzheimer’s disease patients. *Rev Assoc Med Bras*. 2009; 55(3):263–7.
11. Fernández-Martínez E, Fernández-Muñoz JJ, Romero-Blanco C, Parra-Fernández ML, Onieva-Zafra MD. Spanish version of the attitude towards euthanasia scale. *Int J Environ Res Public Health*. 2020; 17(11):1–8.
12. Rios-González CM, De Benedictis-Serrano GA, Córdova-Rivas GJ, Contreras-Romero ML, Contreras-Lugo LV. Conocimiento y percepción sobre eutanasia en estudiantes de medicina de diecisiete países latinoamericanos, 2017. *Memorias del Inst Investig en Ciencias la Salud*. 2018;16(3):58–65.
13. Hosseinzadeh K. Nursing Student Attitudes toward Euthanasia: A Cross-Sectional Study. *Nurs Ethic*. 2017;26(2).
14. Hassan W, Ahmad F, Malik A, Ali S. Knowledge and attitude regarding euthanasia among medical students in the public and private medical schools of Karachi. *J Pak Med Assoc*. 2013; 63(2):295–9.

## CALIDAD DE VIDA Y SOBRECARGA DEL CUIDADOR INFORMAL DEL PACIENTE ONCOLÓGICO

QUALITY OF LIFE AND OVERLOAD OF THE INFORMAL CAREGIVER OF THE CANCER PATIENT

Dayana Lizbeth Taipe Andrade<sup>1</sup>, Fabiola Beatriz Chasillacta Amores<sup>2</sup>

### Resumen

**Introducción:** Los cuidadores informales son fundamentales en la batalla de un paciente con cáncer, sin embargo, para estos es un cambio radical en la calidad de vida y la sobrecarga que estos cuidadores adquieren con la noticia de la enfermedad del paciente porque se vuelven el recurso indispensable en el proceso. **Objetivo:** Analizar la calidad de vida y el nivel de sobrecarga del cuidador informal del paciente oncológico. **Métodos:** Se efectuó un estudio cuantitativo, descriptivo, de corte transversal con una muestra de 50 cuidadores informales de pacientes atendidos en SOLCA de edades comprendidas entre 18 a 55 años, para la recolección de la información se aplicaron dos escalas, la primera la escala de calidad de vida versión cuidador familiar del paciente con cáncer, y la segunda escala aplicada es la de Zarit, las dos pruebas fueron validadas para su aplicación. **Resultados:** el 26% de los cuidadores informales sufren de un alto nivel de sobre carga debido a todas las funciones y al horario que desempeñan en sus cargos. **Conclusiones:** la escala multidimensional de Zarit proporciona un cuestionario para desarrollar políticas para prevenir y mejorar las condiciones laborales del personal de los cuidadores informales.

**Palabras clave:** cáncer, oncología, cuidadores informales, sobrecarga.

### Abstract

**Introduction:** Informal caregivers are fundamental in the battle of a cancer patient, however, for them it is a radical change in the quality of life and the overload that these caregivers acquire with the news of the patient's illness because they become the resource essential in the process. **Objective:** To analyze the quality of life and the level of burden of the informal caregiver of the cancer patient. **Methods:** A quantitative, descriptive, cross-sectional study was carried out with a sample of 50 informal caregivers of patients attended in SOLCA aged between 18 and 55 years, for the collection of information two scales were applied, the first the scale of quality of life, family caregiver version of the cancer patient, and the second scale applied is the Zarit scale, both tests have been validated for their application. **Results:** 26% of informal caregivers suffer from a high level of overload due to all the functions and the hours they perform in their positions. **Conclusions:** The Zarit multidimensional scale provides a questionnaire to develop policies to prevent and improve the working conditions of the staff of informal caregivers.

**Keywords:** cancer, oncology, informal caregivers, overload.

Citar como:

Taipe D y Chasillacta F. Calidad de vida y sobrecarga del cuidador informal del paciente oncológico. Rev. Recien. 2022; 12(1)

Correspondencia:  
Dayana Lizbeth Taipe  
Andrade  
dtaipe0066@uta.edu.ec

Recibido: 01/08/2022  
Aprobado: 19/09/2022  
En línea:

1 e mail: [dtaipe0066@uta.edu.ec](mailto:dtaipe0066@uta.edu.ec) <https://orcid.org/0000-0002-9416-0149>  
0987345328

2 Mg. en salud pública. e mail: [fb.chasillacta@uta.edu.ec](mailto:fb.chasillacta@uta.edu.ec) <https://orcid.org/0000-0002-0948-6305>  
0987352830

## 1. Introducción.

La comunicación de una enfermedad crónica es una tarea ardua e incómoda para los profesionales de la salud que requieren de habilidades más allá de solo las comunicativas por la reacción emocional del paciente y su familia debido a que debe involucrar a los familiares o allegados al paciente y guiarlos en el proceso de la enfermedad aún si la situación de salud es irrisoriamente prometedora (1). Una de las principales causas de muertes es el cáncer, la OMS informa que las causas de muerte por cáncer más comunes son pulmón, colorrectal, hepático, gástrico y de mama (1,2), por otro lado en Ecuador los cinco tipos cánceres de mayor incidencia en niños según SOLCA son: leucemia con un 45.5%, linfomas 16%, cerebro 10%, ojo 7.5%, riñón 5.5% y otros 15.5% y en adultos se tiene las siguientes cifras en mujeres los tipos de cáncer más comunes son: mama 27.2%, cuello uterino 16.7%, glándula tiroides 12.8%, piel 6.4%, linfomas 6.2% y otros en 30.7%, en los varones las cifras corresponden a: próstata 18.3%, Linfomas 13.1%, piel 10.2%, estómago 6.7%, leucemias 5.3% y otros 46.4% (3).

Según cifras mundiales entregadas hasta el día mundial del cáncer 2021 indican que hubo 10 millones de muertes por cáncer y 20 millones de nuevos casos lo cual significa que en las dos siguientes décadas la carga del cuidado para pacientes con cáncer aumentará aproximadamente en un 60%

(4). Como consecuencia se considera que para atender el incremento de casos de pacientes requerirá de mayor esfuerzo en cuanto a capacitación para lidiar no solo con el cuidado del paciente netamente con la enfermedad producida por el cáncer sino en los aspectos psicológicos y sociales (5). De este modo no sólo en centros médicos oncológicos será necesario el personal médico sino también los cuidadores de aquellos pacientes que padezcan cáncer, estos cuidadores son los denominados cuidadores informales los cuales son aquellas personas que realizan las actividades y tareas de cuidado básicas diarias de un paciente que no es capaz de ejecutarlo por sí mismo (6).

Por lo tanto, se sobre entiende que surgirán más cuidadores informales de pacientes con enfermedades crónicas mismos que obtendrán un gran impacto impredecible en su calidad de vida, este impacto será y es negativo al instante en el cual pasan de tener una rutina a dedicarse a tiempo completo al cuidado del paciente. Algunos de los impactos en la calidad de vida de los cuidadores informales son los siguientes: el psicológico, el aspecto social y por otro lado el aspecto económico (7), el primero porque resulta difícil lidiar con la condición del paciente, el segundo como el entorno reacciona ante estas enfermedades y el tercero que es clave en la recuperación del paciente; debido a que se requieren varias intervenciones así como los medicamentos

que en muchas ocasiones no están al alcance de todas las familias.

Es evidente que los cuidadores tienen una interrupción total en su vida cotidiana, y dejan de lado su propio bienestar teniendo en cuenta su responsabilidad a la hora de tomar decisiones frente al cuidado del familiar, dentro del hogar se transforman roles, responsabilidades familiares, cambios en los estilos de vida y las relaciones de apoyo por lo que los cuidadores que presentan una experiencia de cuidado mayor a tres meses se encuentran en una etapa de adaptación al rol (8).

Por otro lado, para los pacientes con cáncer; los cuidadores informales son su principal apoyo porque cumplen funciones como la administración de medicamentos, higiene, alivio del dolor, entre otras (9). Esto significa que brindar cuidados a los pacientes con cáncer es un trabajo sistemático, sin retribución económica y no regulado; el cuidador familiar se ve enfrentado a nuevos retos en la toma de decisiones y en la reorientación de sus proyecciones personales, lo que puede influenciar directamente en su calidad de vida.

En consecuencia, los cuidadores informales de un paciente con cáncer se exponen a un alto nivel de estrés, mismo que se produce por el cuidado 24-7 del paciente, que provoca desgaste físico y psicológico que puede desarrollar el síndrome del cuidador

primario (10), este síndrome se produce porque los cuidadores informales pasan de su rutina cotidiana sin previo aviso y con nulas estrategias de afrontamiento ante dificultades a ocupar su tiempo en el cuidado del paciente que inmediatamente abarca estrés y sentimientos de ansiedad y tristeza (11). De manera que se debe entender el impacto que figura ser un cuidador informal; la relación entre estados emocionales (ansiedad y depresión) del cuidador-paciente, el deterioro funcional del enfermo y el tiempo que es bastante significativo en el que el cuidador presta sus servicios, razón por la cual, los cuidadores precisan de apoyo para entender el cambio sustancial en sus propias vidas.

Por consiguiente los cuidadores requieren de educación respecto a la enfermedad y cuidados de su salud mental (12), por lo que se recomienda implementar estrategias para prevenir posibles alteraciones en su estado de salud que a su vez puedan afectar el cuidado que brindan al paciente oncológico en etapa terminal. Por todo lo antes expuesto, el objetivo de este estudio es analizar la calidad de vida y el nivel de sobrecarga del cuidador informal del paciente oncológico.

## 2. Metodología

La presente investigación tiene un estudio cuantitativo, descriptivo, de corte transversal el cual va a permitir analizar la calidad de vida y sobrecarga del cuidador informal de pacientes oncológicos y así poder aplicar estrategias y recomendaciones para una mejor calidad de vida tanto con el paciente como el cuidador informal. Con esta metodología se prevé medir las variables mencionadas de forma descriptiva que permita asociarlas con especificidad y claridad (13), se considera como investigación de corte transversal porque las variables se medirán en una sola ocasión (14), La información que se recopilará será mediante la aplicación de dos escalas: la primera la escala de calidad de vida versión cuidador familiar del paciente con cáncer, diseñada por Betty Ferrell la cual consta de 37 ítems que se califican de 1 a 4, donde uno es el peor resultado y cuatro es el mejor. La segunda escala a aplicar es la de Zarit, esta consta de 22 ítems con respuestas donde se evalúan de acuerdo a una escala de Likert que va de 0 (nunca) a 4 (casi siempre) (5), donde el punto de corte es de 46 puntos que es indicativo de no sobrecarga; de 47-55 hay una sobrecarga leve y mayor a 56 puntos implica una sobre carga intensa, por con siguiente a los resultados que se reflejaran en la evaluación indicaran las repercusiones negativas en el cuidador principal al prestar cuidados en el adulto

mayor, como su salud física y mental, vida social y los recursos económicos (15).

El tipo de muestra a utilizarse es no probabilístico de tipo intencional o por conveniencia que cumplen con las características de esta investigación (16), puesto que, previa a la aplicación de la encuesta, se solicitó el consentimiento de la población de estudio que corresponde a los familiares de pacientes oncológicos. Durante la recolección de datos se le informó al sujeto que toda la información recolectada será confidencial y los participantes serán tratados como seres autónomos y dignos se aplicará el principio de justicia, logrando que los beneficios sean distribuidos de una manera equitativa a todos los sujetos de estudio (17); como criterios de inclusión: personas mayores de 18-55 años y que hayan cuidado al paciente en su etapa de enfermedad y tengan un periodo de al menos de tres meses; los criterios de exclusión son cuidadores que no estuvieran dispuestos a participar en la investigación o cuidadores que posean limitaciones físicas, psicológicas o sociales que impidieran la participación en la investigación. Antes de la aplicación de los test es necesario medir y cuantificar el constructo de información, para lo cual se realizó la validación de los cuestionarios mediante el análisis de consistencia interna alfa de Cronbach y conocer la consistencia interna de las escalas y la correlación que existe entre sí debe tener un valor por

encima del 0.70 y hasta 0.90, por lo que es necesaria una prueba piloto con un error permisible máximo es del 7% y la estimación de individuos para los criterios del instrumento entre 5 y 10 (18,19).

El número de respuestas para la prueba piloto y para la validación de la consistencia interna en esta investigación para la encuesta del Test de calidad de vida se calcularon los 37 ítems del cuestionario por el mínimo estimado de 5 individuos y el 7% de error lo cual da como respuesta 12.95, para la Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit se consideraron los 22 ítems por el mínimo estimado de 10 individuos y el 7% de error lo cual da como respuesta 15.4. De los cálculos realizados se obtuvieron resultados favorables para ambos cuestionarios de encuesta, para el Test de calidad de vida se obtuvo un valor de 0.79 lo cual indica que existe consistencia interna con una escala aceptable, por otro lado, para medir la Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit se obtuvo un valor de 0.90 lo cual indica que existe consistencia interna y además no existe redundancia en las preguntas del cuestionario. Por lo tanto, la investigación se basará en los lineamientos de la Declaración de Helsinki referida a los principios éticos exigidos para las investigaciones médicas en seres humanos.

### 3. Resultados

Para recolectar los datos, fue necesario seleccionar a 25 personas, a quienes se les aplicó los dos formatos de encuestas, las cuales están compuestas por la escala de Zarit y el Cuestionario para medir la calidad de vida de los cuidadores informales cuyas edades se encuentran distribuidas entre los 18 a 55 años, estas personas debieron atender a pacientes en el SOLCA núcleo Tungurahua, las cuales arrojaron lo siguientes resultados:

**Tabla 1** Resultados estadísticos de Encuesta sobre Calidad de Vida.

Datos Estadísticos Encuesta Calidad de Vida			
	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Bienestar físico	8,0	8,0	8,0
Bienestar Emocional	20,0	20,0	28,0
Relaciones Interpersonales	24,0	24,0	52,0
Desarrollo Material	28,0	28,0	80,0
Autodeterminación	20,0	20,0	100,0
Total	100,0	100,0	

La tabla 1 presenta los resultados en las dimensiones que influyen en el mejoramiento de la calidad de vida, clasificados por porcentajes, siendo, el desarrollo material el factor que tiene un mayor impacto dentro de las percepciones que poseen los cuidadores informales del hospital Solca dentro de la calidad de vida que ellos manejan, otro de los resultados con gran peso fue las relaciones interpersonales, en la cual, el 24 % considera influyente, otro factor que interviene dentro de la calidad de vida, ahora en puestos secundarios con un 20% de aprobación se encuentra el

bienestar emocional y la auto determinación como los aspecto que posee un grado moderado; en último lugar el 8% del personal encuestado concuerda que el bienestar físico es un factor de poca o nula importancia dentro del estilo de vida de los cuidadores informales, por tanto, las estrategias administrativas desarrolladas por el hospital deben ir de la mano para abarcar aspectos como el fortalecimiento de las relaciones interpersonales y el desarrollo material siendo los factores que poseen mayor importancia dentro de la calidad de vida que maneja este tipo de personal.

**Tabla 2** Resultados Obtenidos Escala Zarit

Datos Estadísticos Escala de Zarit			
	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Sobrecarga Leve	16,0	16,0	16,0
Riesgo de Sobrecarga	60,0	60,0	76,0
Sobre Carga Intensa	24,0	24,0	100,0
Total	100,0	100,0	

La tabla 2 demuestra los niveles de sobrecarga experimentados por los cuidadores informales de los pacientes oncológicos del hospital de Solca en Tungurahua, se puede apreciar que, el 60% experimenta un riesgo de sobre carga laboral, la cual, afectará significativamente a la calidad de vida que manejan dentro y fuera de la institución de salud, el 24% experimenta sobrecarga en sus labores, provocada por varias patologías que experimentan como la diabetes o

hipertensión, finalmente, el 16% de la población consultada, establece que el nivel de actividades diarias no afecta a la calidad de vida que atraviesan.

**Tabla 3** Correlación entre la Escala Zarit y la Encuesta de la calidad de Vida

Correlación entre Esca Zarit y Encuesta Calidad de Vida

	Sobr ecarg a Leve	Riesg o de Sobr ecarg a	Sobr ecarg a Inten sa	Porc entaj e	Porc entaj e válido	Porc entaj e acu mula do	Alfa de Cro nba ch
Bienestar físico	1	3	0	16,0	16,0	16,0	0,87
Bienestar Emocional	1	1	1	12,0	12,0	28,0	0,86
Relaciones Interpersonales	0	4	1	20,0	20,0	48,0	0,84
Desarrollo Material	1	2	4	28,0	28,0	76,0	0,88
Autodeterminación	1	4	1	24,0	24,0	100,0	0,85
Total	4	15	6	100	100		

La tabla 3, demuestra la correlación existente entre las dimensiones que conforma la encuesta para medir la calidad de vida de los cuidadores informales y su influencia dentro de la escala Zarit para medir la carga laboral de los cuidadores informales del hospital de Solca, para cual fue necesario establecer la confiabilidad de las encuestas por medio de un coeficiente estadístico llamado Alfa de Cronbach, la confiabilidad de estabilidad destaca que

los dos cuestionarios mostraron un alto índice en los coeficientes Kappa, siendo los resultados superiores a 0,70. Finalmente, la utilidad que la encuestadora obtuvo al aplicar este tipo de procedimientos se caracterizó por la facilidad para la recolección y tabulación de datos, el cual se empleó alrededor de 20 minutos en la aplicación de los cuestionados, los resultados fueron tabulados por medio de un software llamado SPSS V. 25, mediante los resultados obtenidos se aprecia que los cuidadores informales del hospital poseen riesgo de sobre carga en las relaciones interpersonales y sobre todo en la auto determinación, motivo por el cual, su rendimiento se ve diezmado debido al estilo de vida a cual están sujeto el personal y sobre al tipo de detalles que influyen en su sana convivencia con el personal.

#### 4. Discusión

El presente artículo científico tiene como finalidad examinar el nivel de sobre carga y su influencia en la calidad de vida del personal informal del área oncológica del Hospital Solca de la provincia de Tungurahua, por tanto, se puede apreciar que la escala Zarit y el cuestionario para medir la calidad de vida posee un alto nivel de validez lo que se ve revelado en el constructo que poseen estas herramientas investigativas, así pues, el principal resultado de esta investigación se da con riesgo de sobre carga que experimenta el 60% de las personas, la sobrecarga del

cuidador informal se refiere a varios factores que afectan a su rendimiento, es decir, existen políticas administrativas con las cuales se perjudique directamente a la salud de este tipo de personal, así como las nulas políticas permisivas para ciertas actividades dentro del área oncológica, por tanto, la sobre carga del cuidador se convierte en un problema que afecta al funcionamiento del hospital, que va desde malos tratos a la integridad de los pacientes, así como la poca empatía que pueden sentir estas personas con aquellos casos médicos que atraviesan una gran complejidad con su estado de salud, en el caso del área oncológica es necesario aplicar cuidados personalizados con el fin de que el paciente supere con rapidez este tipo de dolencias para ello es necesario que los cuidadores de esta área deban contar con las políticas para brindar todas las solicitudes que requieran este tipo de pacientes (20).

Otro resultado detectado se da con la sobrecarga intensa, la cual está presente en el 24% de la población, esta afección se caracteriza por el estrés y sobre todo el cansancio que afectan a todas las actividades que desarrollan los cuidadores, también, se incluyen a las acciones empleadas para convivir con personas en el ambiente social, las características que se asocian con este tipo de fenómeno varían dependiendo del sujeto y sobre todo a la carga laboral en la cual se encuentra

sometido dentro del hospital así como las políticas con las cuales se pretende realizar actividades que involucren el trato de este tipo de afecciones por el personal administrativo (21).

El 16% de la muestra que fue encuestada afirma que la sobrecarga del cuidador informal es leve, esto se debe a que los hábitos que afectan con su calidad de vida, es decir, varias de estas personas incorporaron a sus rutinas un número alto de actividades que permite desarrollar varias acciones para reducir el estrés ya sea por medio de actividades físicas o varias actividades recreacionales en las cuales el cuidador de pacientes establezca parámetros con los cuales se pueda mejorar la convivencia diaria que posee con los pacientes del hospital (22).

Una de las grandes afectaciones que provoca en la población de cuidadores de un hospital es el envejecimiento prematuro, esto se debe a las largas jornadas laborales que experimentan, así como los hábitos alimenticios, sociales, psicológicos que desempeñan en sus cargos laborales, por tanto, cada persona que se desempeña en esta área, debe contar con cuidados especiales en los cuales se comprometan las autoridades a evitar las graves consecuencias que provocan este tipo de empleos, es decir, las medidas preventivas deben ser aplicadas con el fin de poder mejorar las condiciones para todos los

miembros del personal de la salud, debido a que todas estas personas son parte fundamental del eje funcional de cualquier casa de salud (23).

## 5. Conclusiones

Se concluyó que los cuidadores informales de pacientes oncológicos tienen un impacto sustancial en su calidad de vida y sobrecarga no solo física sino también psicológica, económica y social, si bien el cuidador acepta con compromiso su rol en la enfermedad del paciente oncológico ya sea por apego emocional o por otras causas cabe recalcar que el cuidador no está consciente en muchas ocasiones de todo lo que involucra convertirse en cuidador por lo que es necesario que también se ponga atención a la situación tanto física como psicológica de los cuidadores informales para que puedan participar de mejor manera en la lucha contra el cáncer.

La escala Zarit es una herramienta investigativa multidimensional diseñada con el fin de establecer el nivel de sobrecarga que poseen los cuidadores de personas, para ello se emplean varios coeficientes estadísticos con el fin de que los resultados puedan ser evaluados por cualquier tipo de expertos tanto en la ciencia médica como en las matemáticas.

Las dimensiones empleadas por la escala Zarit son: sobrecarga, competencia, relación social u relación interpersonal, las cuales proporcionan los datos para establecer el

resultado que permita emplear acciones para eliminar este tipo de problemas que puede causar graves problemas al personal de un hospital.

El 24% de los cuidadores informales del área de oncología del hospital de Solca de la provincia de Tungurahua presenta un alto nivel de sobrecarga, por tanto, se deben diseñar políticas administrativas de carácter urgente para disipar las consecuencias negativas de este tipo de afecciones por medio de acciones integradoras entre todo el personal que labore en esta institución.

**Agradecimientos:** Al personal del área de oncología del hospital del Solca de la Ciudad de Ambato.

## 6. Referencias

1. Herrera A, Ríos M, Manríquez J M y Rojas G. Entrega de malas noticias en la práctica clínica. Revista Médica de Chile [Internet]. 2014 [Citado el 25 de junio de 2022]; 142(10): 1306–1315. Disponible en: <https://doi.org/10.4067/S0034-98872014001000011>.
2. Organización Mundial de la Salud [Internet]. OMS; Cáncer: Datos y cifras; 2022 [Citado el 12 de julio de 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cancer>.
3. SOLCA. Informe de Labores 2016-2018. Solca. Med.Ec. [Internet]. 2022 [Citado el 9 de julio de 2022]. Disponible en: [http://www.solca.med.ec/wp-](http://www.solca.med.ec/wp-content/uploads/2018/10/SOLCA-Informe-labores-2018.pdf2020)  
[content/uploads/2018/10/SOLCA-Informe-labores-2018.pdf2020](http://www.solca.med.ec/wp-content/uploads/2018/10/SOLCA-Informe-labores-2018.pdf2020).
4. Toffoletto M C y Reynaldos K L. Determinantes sociales de salud, sobrecarga familiar y calidad de vida de cuidadores familiares de pacientes oncológicos en cuidados paliativos. Revista de Salud Pública [Internet]. 2019 [Citado el 18 de julio de 2022]; 21(2): 154–160. Disponible en: <https://doi.org/10.15446/rsap.v21n2.76845>
5. Expósito Y. La calidad de vida en los cuidadores primarios de pacientes con cáncer. Rev haban cienc méd [Internet]. 2008 [Citado el 10 de julio de 2022]; 7(3). Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci-arttext&pid=S1729-519X2008000300004&lng=es&nrm=iso>
6. Martínez-Pizarro S. Síndrome del cuidador quemado. Revista Clínica de Medicina de Familia Se [Internet]. 2020 [Citado el 18 de junio de 2022]; 13(1): 97–100. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/albacete/v13n1/1699-695X-albacete-13-01-97.pdf>
7. Llantá M D, Rodríguez K y Ochoa Y. Calidad de Vida en cuidadores primarios de pacientes oncopediátricos. Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología. Revista Habanera de Ciencias Médicas [Internet]. 2015 [Citado el 20 de junio de 2022]; 14(1): 97–106. Disponible en:

- [http://scielo.sld.cu/pdf/rhcm/v14n1/rhc\\_m14115.pdf](http://scielo.sld.cu/pdf/rhcm/v14n1/rhc_m14115.pdf)
7. Achury-Saldaña D M, Riaño H M C, Rubiano L A G y Rodríguez N M G. Calidad de vida de los cuidadores de pacientes con enfermedades crónicas con parcial dependencia. Red de Revistas Científicas de América Latina El Caribe, España y Portugal [Internet]. 2011 [Citado el 20 de mayo de 2022]; 13(1): 12. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/1452/145221282007.pdf>
  8. Organización Panamericana de la Salud. OPS. Día Mundial contra el Cáncer 2021: Yo Soy y voy [Internet]. 2021 [Citado el 10 de julio de 2022]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/campanas/dia-mundial-contra-cancer-2021-yo-soy-voy>
  9. Ayuso S y Rodríguez Ávila N. Valoración de enfermería para la evaluación de sobrecarga del cuidador en atención domiciliaria. Horizonte Sanitario [Internet]. 2018 [Citado el 9 de marzo de 2022]; 17(3): 179-187. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6556667>
  10. Zambrano R y Ceballos P. Síndrome de carga del cuidador. Rev. Colomb. Psiquiat [Internet]. 2007 [Citado el 26 de mayo de 2022]; XXXVI (1): 26–39. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v36s1/v36s1a05.pdf>
  11. Mayorga-Lascano M y Peñaherrera-Ron A. (2019). Estrategias de Afrontamiento y Calidad de Vida en Pacientes Oncológicos y Cuidadores Primarios. Revista Griot [Internet]. 2019 [Citado el 11 de julio de 2022]; 12(1): 16–30. Disponible en: <https://revistas.upr.edu/index.php/griot/article/view/16986>
  12. Herbas B C y Rocha E A. Metodología científica para la realización de investigaciones de mercado e investigaciones sociales cuantitativas. Revista Perspectivas. 2018; 42: 123–160.
  13. Corona J. Apuntes sobre métodos de investigación. Medisur: Revista de Ciencias Médicas de Cienfuegos [Internet]. 2016 [Citado el 11 de mayo de 2022]; 14(1): 81–83. Disponible en: <http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/2977>
  14. Puerto H M y Carrillo G M. Calidad de vida y soporte social en los cuidadores familiares de personas en tratamiento contra el cáncer. Revista de la Universidad Industrial de Santander. Salud [Internet]. 2015 [Citado el 29 de mayo de 2022]; 47(2):125-136. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=343839278004>
  15. Hernández C y Carpio N. Metodología de la Investigación Social Paradigmas: cuantitativo, sociocrítico, cualitativo, complementario. ALERTA Revista Científica del Instituto Nacional de Salud [Internet]. 2018 [Citado el 11 de mayo de

- 2022]; 2: 296. Disponible en: [https://books.google.com.ec/books?hl=es&lr=&id=FTSjDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA23&dq=método+descriptivo+tipo+cuantitativo&ots=6l6L2TGJW8&sig=vOJm2Kc\\_fEVOHw66a47G8DwsDBI#v=onepage&q=método20%descriptivo20%tipo20%cuantitativo&f=false](https://books.google.com.ec/books?hl=es&lr=&id=FTSjDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA23&dq=método+descriptivo+tipo+cuantitativo&ots=6l6L2TGJW8&sig=vOJm2Kc_fEVOHw66a47G8DwsDBI#v=onepage&q=método20%descriptivo20%tipo20%cuantitativo&f=false)
16. Manzini J. L. Declaración De Helsinki: Principios éticos para la investigación médica obre Sujetos Humanos. Acta Bioethica [Internet]. 2000 [Citado el 20 de julio de 2022]; 6(2): 321–334. Disponible en: <https://doi.org/10.4067/s1726-569x2000000200010>
17. Frías-Navarro D. Apuntes de estimación de la fiabilidad de consistencia interna de los ítems de un instrumento de medida. Universidad de Valencia [Internet]. 2022 [Citado el 20 de julio de 2022]. [https://www.ssoar.info/ssoar/bitstream/handle/document/42382/ssoar-revpublicando-2015-1-gonzalez\\_alonso\\_jorge\\_et\\_al-Calculo\\_e\\_interpretacion\\_del.pdf?sequence=1](https://www.ssoar.info/ssoar/bitstream/handle/document/42382/ssoar-revpublicando-2015-1-gonzalez_alonso_jorge_et_al-Calculo_e_interpretacion_del.pdf?sequence=1)
18. Oviedo H C y Campo-Arias A. Aproximación al uso del coeficiente alfa de Cronbach. Revista Colombiana de Psiquiatría [Internet]. 2005 [Citado el 21 de julio 2022]; 34(4): 572-580. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S003474502005000400009&lng=en&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003474502005000400009&lng=en&tlng=es)
19. Albarracín A P, Cerquera A M y Pabón D K. Escala de sobrecarga del cuidador Zarit: estructura factorial en cuidadores informales de Bucaramanga. Revista de Psicología Universidad de Antioquia [Internet]. 2016 [Citado el 13 de julio de 2022]; 8(2): 87-99. Disponible en: DOI: 10.17533/udea.rpsua.v8n2a06
20. Arias M, Carreño S y Sepúlveda G. Sobrecarga y calidad de vida de cuidadores de personas con cáncer en cuidados paliativos. Revista Cuidarte [Internet]. 2021 [Citado el 14 de julio de 2022]; 12(2): e1248. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.1248>
21. Barrera O L, Carrillo G M, Chaparro D L, Sánchez H B, Vargas R E y Carreño S P. Validez de constructo y confiabilidad del instrumento calidad de vida versión familiar en español. Enfermería Glob. [Internet]. 2015 [Citado el 16 de julio de 2022]; 14(37): 227–38. Disponible en: DOI: <https://doi.org/10.6018/eglobal.14.1.185111>
22. Carreño S, Chaparro L. Agrupaciones de cuidadores familiares en Colombia: perfil, habilidad de cuidado y sobrecarga. Pensum Psicológico [Internet]. 2017 [Citado el 19 de julio de 2022]; 15(1):87–101. Disponible en: DOI: <http://dx.doi.org/10.11144/Javerianacali.PPS15-1.ACFC>

## ENFERMERÍA Y LA SALUD MENTAL DURANTE LA PANDEMIA POR EL SARS-COV-2

### NURSING AND MENTAL HEALTH DURING THE SARS COV-2 PANDEMIC

Luzlita Canta-Zumaeta <sup>1</sup>, Edi William Aguilar-Urbina <sup>2</sup>

#### Resumen

Se presenta un ensayo científico, acerca del rol de los enfermeros y su repercusión en la salud mental durante la pandemia por el SARS-COV-2. Los enfermeros brindan cuidados que se centra fundamentalmente en la persona, participando activamente en los procesos de cambio mediante el cual los individuos mejoran su salud y bienestar, pero se debe advertir que durante la pandemia por el SARS-COV-2 se ha afectado la salud mental en estos profesionales, no solo relacionada a la asistencia y cuidados, sino que también relacionado al confinamiento, miedo al contagio, ansiedad, estrés, preocupación por la probabilidad de contagiar a su núcleo familiar, a esto se puede sumar la casi nula capacidad de respuesta de nuestros establecimientos de salud. Por lo que se concluye que la labor de los enfermeros es brindar cuidados a la persona y conservar la salud, esto se viene dando durante la pandemia por el SARS-COV-2 y esta pandemia repercute en la salud, afectando el bienestar emocional, psicológico y social (salud mental) de los enfermeros por constantes exposiciones a situaciones estresantes y al verse afectada esta esfera puede contribuir a la inadecuada atención en salud.

**Palabras clave:** SARS-COV-2, enfermería, Salud Mental.

#### Abstract

A scientific essay is presented on the role of nurses and their impact on mental health during the SARS COV -2 pandemic. Nurses provide care that is fundamentally centered on the person, actively participating in the processes of change through which individuals improve their health and well-being, but it should be noted that mental health has been affected during the SARS-COV-2 pandemic in these professionals, not only related to assistance and care, but also related to confinement, fear of contagion, anxiety, stress, concern about the probability of infecting their family nucleus, to this can be added the almost zero response capacity of our health establishments. Therefore, it is concluded that the work of nurses is to provide care to the person and maintain health, this has been taking place during the SARS-COV-2 pandemic and this pandemic has repercussions on health, affecting emotional, psychological and psychological well-being. social (mental health) of nurses due to constant exposure to stressful situations and when this sphere is affected, it can contribute to inadequate health care.

**Keywords:** SARS-COV-2, nursing, mental health.

Citar como:

Canta-Zumaeta L y  
Aguilar-Urbina E.  
Enfermería y la salud  
mental durante la  
pandemia por el SARS-  
COV-2. Rev. Recien.  
2022; 12(1)

Correspondencia:  
Luzlita Canta Zumaeta  
[lcanta@unitru.edu.pe](mailto:lcanta@unitru.edu.pe)

Recibido: 13/09/2022  
Aprobado: 05/10/2022  
En línea:

<sup>1</sup> Magister en Gerencia y Gestión en los servicios de Salud. Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza de Amazonas. Doctorando en la Universidad Nacional de Trujillo. Perú.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7664-7757>

<sup>2</sup> Especialista en enfermedades infecciosas y tropicales. Hospital Regional Docente de Trujillo – Perú. Doctor en Medicina. Docente de la Universidad Nacional de Trujillo. Perú.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6510-5346>

## 1. Introducción.

El 31 de diciembre de 2019, la Comisión Municipal de Salud y Sanidad de Wuhan (provincia de Hubei, China) informó a la OMS sobre un grupo de 27 personas que presentaba neumonía de causa inédita, todas estas personas habían acudido a un mercado donde podían adquirir productos marinos y animales vivos, de los cuales siete presentaron formas graves. El agente causante de esta neumonía fue identificado como un nuevo tipo de coronavirus denominado virus del síndrome agudo severo – 2 (SARS-COV-2) que afecta a las personas.

La pandemia, se diseminó rápidamente en todo el mundo y nuestro país no fue ajeno a este problema. A nivel de la región Amazonas los primeros casos se confirmaron el día 05 de abril del 2020 los mismos que fueron notificados, desde la aparición del primer caso hasta semana epidemiológica 32 del año 2022 se notificó un acumulado de 55,219 personas diagnosticadas con la enfermedad del SARS-COV-2; 54,123 son autóctonos y 1,096 casos importados de otras regiones del país. En el presente año, se notificaron 12,868 casos autóctonos confirmados, siendo el promedio diario de notificación de 57 casos, con un rango de 0 a 371 casos por día (1).

Teniendo en cuenta este contexto podemos decir que se vio afectado la salud mental de los enfermeros, ya que estos están en

asistencia directa a los usuarios de salud, brindando cuidados de manera integral y holística, al ser la pandemia de gran impacto social, psicológico y económico, llegando hasta el colapso de nuestro sistema de salud a nivel nacional, teniendo una gran preocupación para adquirir oxígeno medicinal, acceder a una cama UCI, y por la sobredemanda de pacientes y la no disponibilidad de camas UCI, el equipo de salud debió tomar decisiones drásticas para priorizar qué pacientes deben acceder a las camas UCI y los que tenían menos probabilidades de sobrevivir pues tuvieron un trágico final.

Considerando todo lo mencionado y con el propósito de identificar el rol de los enfermeros durante la pandemia por el SARS COV-2, y la repercusión en la salud mental que tuvo consigo, ya que el profesional de enfermería continúa afrontando las diversas olas pandémicas, por lo que es de gran importancia tratar este tema.

## 2. Discusión

El presente ensayo científico busca identificar el rol de los enfermeros y su repercusión psicológica, emocional y social (salud mental) durante la pandemia por el SARS-COV-2, actualmente se viene evidenciando que la pandemia ha dejado personas con diversos problemas de salud físicos y psicológicos, más aún es un tema importante tratar de las personas que

afrontan directamente a este enemigo invisible.

### **Salud mental y salud pública**

A nivel mundial, el personal de la salud ha afrontado la pandemia inesperada y ha sido afectada su salud mental, por ende se empieza a dar mayor importancia a los problemas psicológicos, emocionales y sociales (salud mental) que pudo traer consigo. Identificando así que del personal de salud (médicos, enfermeros) abordados en el estudio de Buitrago encuentra que en mayor porcentaje se identifica que presentan fatiga corporal, seguida de fatiga emocional y en menor porcentaje refieren presentar lo mismo antes de la pandemia por el SARS COV -2, conllevando así a tener mayor intención de renunciar y retirarse (2).

Para reforzar lo anterior decimos que velar por el bienestar del personal de salud es una tarea indispensable ya que estos han sido punto clave al hacer frente a la pandemia por el SARS COV-2, por ende es necesario implementar de inmediato medidas que contribuyan a lograr su bienestar emocional, psicológico y social a todo el personal de salud que ha sido expuesto, implementar medidas de identificación oportuna de trastornos, brindar ayuda mental e intervención oportuna en crisis (3).

Efectivamente, durante la pandemia por el SARS COV-2 se ve afectado la esfera

emocional, psicológica y social (salud mental) en los enfermeros debido a que estos se encuentran brindando asistencia directa a los pacientes, aunado a ello la sobrecarga laboral por la alta demanda de pacientes, en este contexto al ser la pandemia de gran impacto social, psicológico y económico, llegando hasta el colapso de nuestro sistema de salud, producto de ello podemos afirmar que se ve afectado la esfera emocional, psicológica y social en los enfermeros.

Sin embargo también podemos mencionar que el confinamiento aumenta el riesgo de producir problemas psicológicos y mentales, se vio alterado la convivencia interpersonal, la convivencia social y se hizo más difícil las intervenciones en estos profesionales (4).

El autor del presente ensayo indica que evidentemente este distanciamiento social ha producido problemas en la salud mental debido a que las personas estaban encerradas, algunas en aislamiento domiciliario, otros en los Centros de Aislamiento Temporal y seguimiento (CATS) y por el colapso de los hospitales se implementaron ampliaciones hospitalarias temporales (AHT); los seres humanos somos seres netamente sociales, es decir no podemos vivir solos, por lo cual se podría mencionar que esta cuarentena pudo generar problemas tales como: depresión, estrés, ansiedad, miedo a morir alterando así su forma de vivir.

## **Problemas de salud mental que surgen durante la pandemia**

### **Ansiedad por la salud**

El ser humano al presentar alto nivel de ansiedad puede alterar su comportamiento normal pudiendo ocasionar en ello excesivo uso de medicamentos, excesivo lavado de manos, uso de alcohol exagerado, compras de productos innecesarios para su aislamiento perjudicando así a la comunidad generando desabastecimiento en los productos de primera necesidad (5).

Teniendo en cuenta lo mencionado en el párrafo anterior el autor del presente ensayo indica que tiene mucha importancia la salud mental ya que si la persona no está bien mentalmente puede concurrir a realizar medidas exageradas y extremas, causando daño tanto a ella misma, a su entorno familiar y social.

### **Bajo estado de ánimo y tristeza**

Son alteraciones del comportamiento que se presenta durante la pandemia a casusa del SARS COV -2 y está ligado más directamente a los profesionales de la salud que afrontan la pandemia, así mismo a las poblaciones vulnerables y aquellas que hayan tenido antecedentes de problemas psicológicos (6).

Concuerdo que esta pandemia ha traído consigo múltiples problemas mentales y más aún ha afectado a aquellos que estaban afrontando esta emergencia sanitaria

directamente, manifestando sensación de temor, miedo, tristeza y producto de ello puede alterar su vida laboral y social.

### **Estrés**

Según Costa, en su investigación aplicado a personal de salud, sobre el SARS COV -2 y el estado de tensión física y emocional en el trabajo hospitalario: estudio integrado, llega a la conclusión que el estado de tensión física y emocional que vive el personal de salud en las instalaciones hospitalarias durante la emergencia sanitaria por el SARS COV-2 podría desatar conflictos en el trabajo y alteraciones psicológicas (7).

Asimismo, según Duarte en su estudio orientado a los enfermeros durante la emergencia sanitaria indica que estas son personas vulnerables y que pueden presentar problemas mentales debido a sus altas jornadas laborales, por las muertes que presenciaban, riesgo a contagiarse a contagiar a su familia y al aislamiento social (8).

Reafirmando lo anterior, Dias indica que la falta de profesionales, la sobrecarga laboral y debido a la poca importancia que se le da a la parte psíquica. Informaron que el personal de salud presenta trastornos como dificultad para conciliar el sueño, bajo estado de ánimo, ansiedad; por lo que se dio la imperiosa necesidad de utilizar medicamentos que alivien estas alteraciones psicológicas. También las interrelaciones

personales se afectaron por el actuar discriminatorio hacia el personal de salud debido al temor de contagiar a su núcleo familiar, teniendo en cuenta lo mencionado es indispensable que se implementen estrategias para el apoyo psicológico (9).

Por último, Moreira revela que en este contexto de la pandemia a causa del SARS COV – 2 trajo consigo alteraciones del estado de ánimo, ansiedad, alteraciones del comportamiento normal tanto en personas civiles y más aún en el personal de enfermería, siendo mayormente las más afectadas las mujeres (10).

Teniendo en cuenta lo mencionado se puede afirmar que en nuestro contexto se dio esta situación ya que llegamos a un punto que no se contaba con la cantidad suficiente de profesionales, ya que estos empezaron a contagiarse de manera masiva debido a la alta carga viral a la que se exponían y debido a que no se contaba con suficiente equipos de protección personal (EPP) estos profesionales de enfermería pasaron a asilamiento domiciliario, unos con sintomatología leve, otros moderada y otros ingresaron a las áreas hospitalarias y muchos fallecieron en cumplimiento de su labor.

### **Rol del profesional de enfermería**

Considerando la ley del trabajo del enfermero/a se puede decir que éste es un profesional que brinda cuidados a los pacientes de manera sistémica, con calidez, con vocación de servicio con la única finalidad de contribuir al bienestar de la persona, previniendo riesgos y evitando posibles complicaciones pero siempre teniendo en cuenta nuestro entorno en el cual nos desenvolvemos (11).

Teniendo en cuenta el párrafo anterior puedo afirmar que el trabajo del enfermero/a se centra fundamentalmente en brindar cuidados a la persona, participando activamente en los procesos de cambio mediante el cual los individuos mejoran su salud y bienestar, conducen sus vidas de forma autónoma y se esfuerzan por alcanzar su máximo potencial. Desde mi perspectiva puedo mencionar que durante la pandemia este cuidado ha sido más apreciado por la población y se ha revalorado los cuidados que brindan los enfermeros.

Asimismo, Zabalegui en España indica que enfermería es cuidado orientado al ser humano, considerando el entorno en el cual se desenvuelve y se interrelaciona con otras personas. El fin principal es mejorar la atención y el cuidado de los enfermos de una forma más humana y empática (12).

Para reforzar lo anterior, Virginia Henderson menciona que el profesional de

enfermería debe identificar las necesidades del paciente y contribuir en su cuidado. Desde los inicios de la enfermería se ha considerado a la familia como una principal fuente de apoyo que influye en la recuperación de algún miembro de su núcleo familiar, así mismo tiene mucho que ver el entorno social en el cual vive el paciente ya que a través de ello podemos obtener la armonía entre la persona y su entorno (13).

Cabe destacar que considerando el párrafo anterior discrepo con la autora ya que por la alta letalidad de esta enfermedad del SARS CoV-2 y el contagio masivo, no se promovió la intervención de la familia y el entorno social, este acompañamiento se vio afectado, los familiares también fueron expuestos a momentos de temor, ansiedad, miedo a contraer la enfermedad y llegar a fallecer en el hospital totalmente solos, por lo que preferían no acudir a los hospitales.

### **Bienestar emocional, psicológico y social (salud mental) de los enfermeros**

El bienestar emocional, psicológico y social es una esfera muy importante en la persona es decir está inmerso en la salud general, no podemos mencionar que la persona está bien, si mentalmente tiene problemas, y esto puede tener repercusiones en los ámbitos donde se desempeña.

Por lo que se puede afirmar que la salud es un estado de completo bienestar tanto físico, mental y social, es decir sentirse bien,

relacionarse con las demás personas y en armonía con el entorno que lo rodea (14).

Asimismo, según el estudio realizado por Centenaro donde tuvo una población de estudio de 327 enfermeros, en el cual concluyó que hay alteración psicológica, probablemente relacionada a las consecuencias que trajo consigo la pandemia y esta afecta el desempeño laboral y altera su forma vida (15).

Mientras que, en el estudio realizado por Zea en Perú en enfermeros que trabajan en el servicio de emergencia de un Hospital de Nazca, obtiene que los enfermeros están expuestos constantemente a problemas emocionales y psicológicos, esto debido a su quehacer diario ya que tienen bajo su cargo pacientes que dependen de su cuidado, pudiendo producir en estos, estrés físico y mental e incluso podría conllevar a producir alteraciones psicológicas, emocionales y ansiedad (16).

Considerando el párrafo anterior el autor del presente ensayo menciona que durante este contexto de la pandemia se ha visto afectada la salud de las personas en general, motivo por el cual el profesional de enfermería ha sido una pieza clave para la atención oportuna de los enfermos, contribuyendo con los cuidados orientados a la persona y continúa trabajando al servicio de la población con el único fin de promover la salud.

A su vez, según Peña en su estudio realizado plantea el problema de cómo afecta el estrés en la calidad de vida en los enfermeros que laboran en el servicio de emergencia. Obtuvo que los enfermeros alcanzaron una calidad de vida en el trabajo de nivel medio, y que el ambiente laboral con numerosa sobrecarga y el estrés influyen en la forma de vivir del profesional de enfermería (17).

También, Muñoz indica que en mayor porcentaje los enfermeros presentan algún nivel de estrés debido a que estos brindan atención en escenarios difíciles de manejar y esto puede desencadenar alteraciones tanto en la salud física, emocional, psicológica y social (18).

Así mismo, Gutierrez et al. muestra su estudio en percepción de salud general, estrés y condiciones sociolaborales en personal de enfermería, encontró que en 215 auxiliares y profesionales de enfermería de un hospital en Colombia, el 32,1 % manifestó tener altos niveles de estrés y 55,8 % bajos niveles de salud. Reportaron niveles más altos de estrés las mujeres, de 18 a 26 años, divorciados, que conviven con pareja o familia, sin hijos ni personas a cargo, que no estudian, que tienen menos de cuatro horas de sueño al día, con estudios tecnológicos, que laboran en unidades neonatales, con turno laboral mixto, que habían sido diagnosticadas con COVID-19, que tenían un familiar fallecido

por COVID-19, y que afirmaron tener síntomas de ansiedad y depresión (19).

Cabe destacar que los sentimientos negativos tales como: desasosiego, inquietud y estrés que pueda presentar la persona son manifestaciones naturales, este se da debido a situaciones desconocidas, entonces podemos mencionar que es incuestionable que las personas tengan estos sentimientos (20).

Por lo que, Chidiebere indica que la enfermedad causada por el SARS COV -2 perturbo mentalmente a los enfermeros. Estos afrontan problemas psicológicos, emocionales y sociales a causa del confinamiento, así mismo presentan ansiedad y temor. La crisis por la emergencia sanitaria esta desencadenando nuevos retos para afrontar y contribuir con el bienestar psicológico, emocional y social del personal de salud. La constante exposición a situaciones estresantes podría desatar problemas mentales y esto puede dar como resultado la inadecuada prestación del servicio, ideas suicidas y fallecimiento. Identificar los problemas de salud mental en los enfermeros y en el personal de salud en general, es preciso para poder intervenir y actuar oportunamente (21).

A lo largo de mi camino de enfermería he visto que los profesionales entregan los cuidados de enfermería con amor y dedicación, con empatía, ya que debemos

atender a los pacientes como quisiéramos que nos atiendan a nosotros o a nuestros familiares, por ende, deben estar mentalmente sanos y/o estables para poder brindar una atención oportuna y de calidad.

Según estudios realizados y que he revisado anteriormente, se puede advertir que se ha afectado la salud mental de los enfermeros, no solo relacionada a la asistencia y cuidados, sino que también relacionado al confinamiento que pudo ocurrir, miedo al contagio, ansiedad, estrés, preocupación por la probabilidad de contagiar a su núcleo familiar, a esto se puede sumar la casi nula capacidad de respuesta de nuestros establecimientos de salud; por todo esto puedo deducir que esta exposición ante el escenario actual, trae consigo repercusiones en la salud mental de estos profesionales.

En ese sentido, puedo mencionar que la salud mental de los enfermeros es muy importante para continuar con su ardua labor por lo que debemos contar con profesionales idóneos y que sean capaces de manejar adecuadamente las situaciones estresantes.

### 3. Conclusiones

En el presente ensayo se concluye que la labor de los enfermeros es brindar cuidados a la persona y conservar la salud, esto se viene dando durante la pandemia por el SARS COV -2 y esta pandemia repercute

en la salud, afectando el bienestar emocional, psicológico y social (salud mental) de los enfermeros por constantes exposiciones a situaciones estresantes y al verse afectada esta esfera puede contribuir a la inadecuada atención en salud.

### 4. Referencias

1. Dirección Regional de Salud Amazonas [Internet].2022 [Citado el 12 de septiembre 2022]. Disponible en: <https://web.facebook.com/Diresamazona/soficial>
2. Buitrago F, Ciurana R, Fernández MDC, Tizón JL. COVID-19 pandemic: Effects on the mental health of healthcare professionals. Aten Primaria [Internet]. 2022 [Citado el 30 de agosto 2022];54(7). Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2022.102359>
3. El-Hage W, Hingray C, Lemogne C, Yrondi A, Brunault P, Bienvenu T, et al. Les professionnels de santé face à la pandémie de la maladie à coronavirus (COVID-19): quels risques pour leur santé mentale? L'Encéphale [Internet]. junio de 2020 [Citado el 20 de julio 2022];46(3):S73-80. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.encep.2020.04.008>
4. Huarcaya-Victoria J. Consideraciones sobre la salud mental en la pandemia de COVID-19. Rev Peru Med Exp Salud Pública [Internet]. Abril de 2020 [Citado el 25 de julio 2022];37(2):327-34. Disponible en:

- <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2020.372.5419>
5. Asmundson GJG, Taylor S. How health anxiety influences responses to viral outbreaks like COVID-19: What all decision-makers, health authorities, and health care professionals need to know. *J Anxiety Disord* [Internet]. abril de 2020 [Citado el 25 de junio 2022];71:102211. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2020.102211>
6. Leon CN. La depresión en tiempos de covid-19: análisis del impacto de la pandemia en grupos vulnerables | Revista EDUCA UMCH [Internet]. 26 de abril de 2022 [citado 6 de septiembre de 2022]. Disponible en: <https://revistas.umch.edu.pe/EducaUMCH/article/view/178>
7. Costa NNG, Servo MLS, Figueredo WN. COVID-19 and the occupational stress experienced by health professionals in the hospital context: integrative review. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 25 de febrero de 2022 [citado 6 de septiembre de 2022];75. Disponible en: <http://www.scielo.br/i/reben/a/t7P6RzgVjBWHMcmfszqw8sJ/?lang=en>
8. Duarte M de LC, Silva DG da, Bagatini MMC. Nursing and mental health: a reflection in the midst of the coronavirus pandemic. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 19 de octubre de 2020 [citado 6 de septiembre de 2022];42. Disponible en: <http://www.scielo.br/i/rgenf/a/MnRHwqvgq3kTrHQ3JPSLR7H/?lang=en>
9. Dias EG. Repercussão das condições de trabalho sobre a saúde mental de profissionais de saúde no enfrentamento da pandemia do novo coronavírus. *Rev Cuba Enferm* [Internet]. 2022 [citado 4 de septiembre de 2022];38:16. Disponible en: <https://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/download/4739/879>
10. Moreira WC, Sousa AR de, Nóbrega M do PS de S. Mental illness in the general population and health professionals during Covid-19: a scoping review. *Texto Contexto - Enferm* [Internet]. 2020 [citado 8 de septiembre de 2022];29:e20200215. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/1980-265x-tce-2020-0215>
11. Ley\_trabajo\_enfermero\_27669.pdf [Internet]. [citado 4 de septiembre de 2022]. Disponible en: [http://www.conaren.org.pe/documentos/ley\\_trabajo\\_enfermero\\_27669.pdf](http://www.conaren.org.pe/documentos/ley_trabajo_enfermero_27669.pdf)
11. Zabalegui A. El rol del profesional en enfermería. *Aquichan* [Internet]. diciembre de 2003 [citado 9 de septiembre de 2022];3(1):16-20. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1657-59972003000100004&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972003000100004&lng=en&nrm=iso)
12. Hernández C. El modelo de Virginia Henderson en la práctica enfermera [Internet]. 2016 [citado el 5 de septiembre 2022];29. Disponible en:

- <https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/17711/TFG-H439.pdf;jsessionid=0FA62FE3992C0A8EFBDF951B15CB2C5?sequence=1>
13. Pacheco G. Aspectos que configuran la salud mental [Internet]. 2003 [citado el 4 de septiembre 2022]. Disponible en: <https://www.medwave.cl/2001-2011/2774.html>
14. Centenaro APFC, Andrade A de, Franco GP, Cardoso LS, Spagnolo LM de L, Silva RM da. Transtornos mentais comuns e fatores associados em trabalhadores de enfermagem de unidades COVID-19. Rev Esc Enferm USP. [Internet]. 2022 [citado el 6 de septiembre 2022];56:e20220059. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/1980-220x-reeusp-2022-0059pt>
15. Zea Angulo KP. El impacto en la salud mental del personal de enfermería que labora en el servicio de emergencia COVID-19, en un hospital del MINSA, Nasca 2021 [Internet]. 2021 [citado el 9 de septiembre 2022]. Disponible en: <https://repositorio.upch.edu.pe/handle/20.500.12866/11432?show=full>
16. Peña RDP, Viamonte V, Zegarra SE. Calidad de vida en el trabajo del profesional de enfermería que labora en el Servicio de Emergencia en un hospital nacional de Lima Metropolitana, 2017. Univ Peru Unión [Internet]. 24 de julio de 2017 [citado el 9 de septiembre 2022]; Disponible en:
- <https://repositorio.upeu.edu.pe/handle/20.500.12840/783>
17. Muñoz CL, Rumie H, Torres G, Villarroel K. Impacto en la salud mental de la (del) enfermera(o) que otorga cuidados en situaciones estresantes. Cienc Enferm. [Internet]. abril de 2015 [citado el 12 de septiembre 2022];21(1):45-53. Disponible en: <https://doi.org/10.4067/S0717-95532015000100005>
18. Gutierrez AM, Hurtado-Echeverri J, Cataño-Rendón OF, Paula G, Cuartas-Montoya, Restrepo JE. Perception of general health, stress, and socio-labor conditions in nursing personnel in Colombia during the pandemic. Gac Med Caracas. [Internet]. 2022 [citado el 3 de septiembre 2022];130 (2):227-36. Disponible en: <https://doi.org/10.47307/GMC.2022.130.2.3>
19. Salud Mental y COVID-19 - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud [Internet]. [citado el 4 de septiembre 2022]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/salud-mental-covid-19>
20. Chidiebere E, Tibaldi L, La Torre G. The impact of COVID-19 pandemic on mental health of Nurses. Clin Ter. [Internet]. Octubre de 2020 [citado el 7 de septiembre 2022];171 (5):e399-400. Disponible en: <https://doi.org/10.7417/CT.2020.2247>

## ESTUDIO DE CORTE TRANSVERSAL: PERCEPCIÓN Y EXPECTATIVA DEL USUARIO SOBRE CALIDAD EN UNA INSTITUCIÓN ONCOLÓGICA ESPECIALIZADA

CROSS-CUTTING STUDY: USER PERCEPTION AND EXPECTATION REGARDING QUALITY IN A SPECIALIZED ONCOLOGY INSTITUTION

Mónica Ivon Beatriz Ramírez Torres<sup>1</sup>, Monica Elisa Meneses-La-Riva<sup>2</sup>

### Resumen

**Introducción:** La calidad es un indicador de eficacia que promueve seguridad y confianza en el usuario para brindar un servicio de calidad.

**Objetivo:** Determinar el nivel de relación entre la percepción y expectativa del usuario sobre calidad en una institución oncológica especializada.

**Metodología:** Estudio de enfoque cuantitativo, descriptivo-correlacional y no experimental. Participó una población de 212 pacientes, a quienes se les aplicó 2 cuestionarios sobre expectativas y percepciones, con 5 dimensiones: fiabilidad, capacidad de respuesta, seguridad, empatía y aspectos tangibles; con 22 ítems y respuestas tipo Likert cada uno.

**Resultados:** Se evidenció alta correlación entre percepción y expectativas de los usuarios sobre la calidad de atención ( $Rho = ,582$ ), ( $p = ,000 < ,05$ ). Asimismo, alta relación entre expectativas y fiabilidad, capacidad de respuesta, seguridad, empatía y aspectos tangibles ( $Rho = ,439,431, 412, 398$  y  $,545$ ), ( $p = ,000 < ,05$ ), respectivamente.

**Conclusiones:** Es necesario tener en cuenta el indicador de calidad como la mejor alternativa para rediseñar estrategias de mejora que permitan garantizar la calidad de vida y de atención en salud de los usuarios

**Palabras clave:** Expectativa, percepción, calidad, usuario y cirugía Menor.

Citar como:

Ramírez M y Meneses-La-Riva M. Estudio de corte transversal: Percepción y expectativa del usuario sobre calidad en una institución oncológica especializada. Rev. Recien. 2022; 12(1)

Correspondencia:

Mónica Ivon Beatriz Ramírez  
Mibr45@hotmail.com

Recibido: 27/09/2022

Aprobado: 04/11/2022

En línea:

### Abstract

**Introduction:** Quality is an indicator of effectiveness that promotes user safety and confidence in providing a quality service.

**Objective:** To determine the level of relationship between the user's perception and expectation of quality in a specialised oncological institution.

**Methodology:** A quantitative, descriptive-correlational and non-experimental study with a population of 212 patients, to whom two questionnaires on expectations and perceptions were applied, with five dimensions: reliability, responsiveness, security, empathy and tangible aspects, with 22 items and Likert-type responses each.

**Results:** There was a high correlation between users' perceptions and expectations about the quality of care ( $Rho = ,582$ ), ( $p = ,000 < ,05$ ). Likewise, high relationship between expectations and reliability, responsiveness, security, empathy and tangible aspects ( $Rho = ,439,431, 412, 398$  and  $,545$ ), ( $p = ,000 < ,05$ ), respectively.

**Conclusions:** Taking into account the quality indicator as the best alternative for redesigning improvement strategies to guarantee the quality of life and health care of users.

**Keywords:** Expectation, perception, quality, user and minor surgery.

<sup>1</sup>Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7815-761X>

<sup>2</sup>Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6885-9207>

## 1. Introducción.

Los cambios acelerados que se vienen suscitando a nivel mundial, constituyen una figura de alta competitividad en todos los ámbitos sociales, con enfoques que generan con suma precisión la exploración de nuevos conocimientos para favorecer la cultura de calidad en diversos entornos. Al respecto, la calidad es un indicador que no se limita al quehacer sino, que involucra un dinámico proceso de participación de todo el equipo multidisciplinario de la institución (1). Por otro lado, la gestión del cuidado enfermero concibe la necesidad de manifestar en forma oportuna las dificultades, en relación a los indicadores afines a la organización, el proceso y solución, con el fin de evitar la insatisfacción de los usuarios, sobre los servicios prestados (2).

En Perú, la calidad de los servicios enfermeros es abordada desde el enfoque de Donabedian, este autor manifiesta que es un proceso de estructuración sistematizada y de resultados, que deben estar contemplados en los servicios de salud ofrendados al paciente; pero se vuelven un tanto complejos dentro de la organización (3). Además, señala que el indicador de calidad requiere de respuestas oportunas que se centren en el conocimiento profesional, la percepción del usuario y el cuidado permanente de la medicina actual; siendo importante discurrir que la expectativa y percepción de la calidad de

la atención debe incluir mejoras durante el proceso de prestación, como una responsabilidad ética ineludible del derecho a la salud (4, 5,6).

En las entidades de salud donde se brinda atención especializada, el componente humano es de vital importancia para la prestación de servicios con estándares de calidad, al estar estrechamente relacionada con el trato humano, dado que impacta directamente con las expectativas y perspectivas que tienen los usuarios en relación a la atención con trato humano, calidez y adecuado ambiente físico. Asimismo, los usuarios hoy en día exigen y demandan calidad en los servicios que se prestan los cuales sean altamente especializados en el cuidado de enfermería, como una real situación de vanguardia a los nuevos tiempos, lo cual se alcanza con capacitaciones continuas porque permiten a los profesionales de la salud, satisfacer las necesidades de los usuarios. Además, la contribución del presente trabajo apunta a esclarecer las necesidades y demandas del usuario referente a la calidad, lo cual nos permitirá identificar falencias para aplicar estrategias y lograr optimizar la calidad del servicio enfermero (5).

Igualmente, el método permite valorar e inferir las prestaciones de salud que se brindan a los usuarios que, según disímiles autores consideran el modelo SERVQUAL

las vincula con los rasgos que definen la calidad del cuidado y las agrupa en cinco, porque están en conexión con las expectativas y percepción del usuario, estas son: **Fiabilidad:** Es la habilidad para brindar cuidados de forma excelente y confiable; pues los usuarios valoran las competencias profesionales, la empatía, la forma como les ofrecen información y aclaran sus dudas (1,2). **Capacidad de respuesta:** Es la disposición de los colaboradores para ayudar de forma rápida y eficaz a los usuarios, quienes desde su ingreso y durante el servicio brindado en el hospital, perciben la calidad de la atención recibida. **Seguridad:** Es la forma de transmitir confianza al paciente desde el ingreso y durante su permanencia en el hospital, destacándose el trato y disposición del personal asistencial y administrativo para brindar una estancia segura. **Empatía:** Es el nivel de cuidado individualizado que brinda la institución a los usuarios, donde el colaborador se identifica con las necesidades del paciente en un determinado momento (7,8,9). **Elementos tangibles:** Engloba las instalaciones físicas de la institución como, el personal, infraestructura, materiales, equipos, otros elementos (10,11,12).

Autores como Rodríguez, señala que los indicadores de calidad cuando son evaluados como admisibles, evidencian un alto grado de satisfacción (12). Además,

Sardá expresa que los resultados adecuados de la estructura y los procesos, muestran que se mantiene la calidad durante el ejercicio profesional, lo que conlleva a la satisfacción de administradores y los clientes de los servicios de salud (12). Asimismo, Martínez señala que los resultados de ocho criterios valorados durante la admisión de usuarios, seis se establecieron como correctos y dos estuvieron no consideraron los estándares de calidad establecidos; concluyendo que la calidad del cuidado enfermero fue aceptable (10). Por otro lado, García manifiesta que los usuarios refieren estar satisfechos en relación a empatía y seguridad, pero insatisfechos en referencia a capacidad de respuesta, confiabilidad y aspectos tangibles (5).

Finalmente, evaluar los indicadores de percepción y expectativa de la calidad, es relevante para los distintos profesionales, porque permite valorar el servicio brindado con acciones concretas y planes de mejora, respetando el marco de políticas públicas, que buscan la calidad y el bienestar del paciente oncológico.

## **2. Metodología**

El estudio es de enfoque cuantitativo, descriptivo, correlacional, transeccional, no experimental (13). La población quedó integrada con 101 pacientes de la institución oncológica especializada. El instrumento utilizado fue un cuestionario

SERVQUAL, validado por 5 expertos la fiabilidad de ambos instrumentos fueron 0.8 y 0.7 respectivamente. Ambos cuestionarios de Percepción y Expectativas tienen 22 ítems con 5 dimensiones: fiabilidad, capacidad de respuesta, seguridad, empatía y aspectos tangibles, con 22 ítems y respuestas tipo Likert.

La recolección de información se realizó en una institución oncológica especializada mediante la entrevista a los pacientes seleccionados, a quienes se les explicó el objetivo y los fines del estudio. Previa firma del consentimiento informado, se registró la

información general y se procedió a aplicar la encuesta al momento del ingreso y alta del procedimiento. El tiempo para la encuesta fue aproximadamente de 15 minutos por cada usuario, al término del trabajo de recolección se efectuó el análisis de los datos y su registro en una base de datos, los cuales fueron procesados a través del Software estadístico IBM-SPSS v-23; además en el análisis de información se manejó la estadística inferencial y los resultados fueron presentados en cuadros descriptivos. Asimismo, durante el proceso de la investigación se aplicó las consideraciones éticas respectivas.

### 3. Resultados

**Tabla 1** Correlación de Spearman y su significancia.

			Expectativas	Percepción
Rho de Spearman	Expectativas	Coefficiente de correlación	1,000	,582**
		Sig. (bilateral)	.	,000
		N	100	100
	Percepción	Coefficiente de correlación	,582**	1,000
		Sig. (bilateral)	,000	.
		N	100	100

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

La correlación de Spearman evidencia moderada correlación entre percepción y expectativas de la calidad del cuidado de enfermería ( $Rho = ,582$ ), lo que muestra que ambas variables son significativas ( $p = ,000 < ,05$ ).

**Tabla 2** Correlación de Spearman y su significancia

			Expectativas	Fiabilidad
Rho de Spearman	Expectativas	Coefficiente de correlación	1,000	,439**
		Sig. (bilateral)	.	,000
		N	100	100
	Fiabilidad	Coefficiente de correlación	,439**	1,000
		Sig. (bilateral)	,000	.
		N	100	100

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

La concordancia de Spearman muestra una relación moderada entre expectativas y fiabilidad en la calidad del servicio (Rho= ,439), evidenciando que ambas variables son significativas ( $p = ,000 < ,05$ ).

**Tabla 3** Correlación de Spearman y su significancia.

			Expectativas	Capacidad de respuesta
Rho de Spearman	Expectativas	Coefficiente de correlación	1,000	,431**
		Sig. (bilateral)	.	,000
		N	100	100
	Capacidad de respuesta	Coefficiente de correlación	,431**	1,000
		Sig. (bilateral)	,000	.
		N	100	100

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

La conexión Spearman muestra moderada relación entre expectativas y capacidad de respuesta sobre la calidad del cuidado (Rho= ,431), evidenciando que ambas variables son significativas ( $p = ,000 < ,05$ ).

**Tabla 5** Correlación de Spearman y su significancia

			Expectativas	Seguridad
Rho de Spearman	Expectativas	Coefficiente de correlación	1,000	,412**
		Sig. (bilateral)	.	,000
		N	100	100
	Seguridad	Coefficiente de correlación	,412**	1,000
		Sig. (bilateral)	,000	.
		N	100	100

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

La relación Spearman indica moderada relación entre expectativas y opinión sobre la seguridad de la calidad del cuidado (Rho= ,412), representando que ambas variables son significativas ( $p= ,000 < ,05$ ).

**Tabla 4** Correlación de Spearman y su significancia

			Expectativas	Empatía
Rho de Spearman	Expectativas	Coefficiente de correlación	1,000	,398**
		Sig. (bilateral)	.	,000
		N	100	100
	Empatía	Coefficiente de correlación	,398**	1,000
		Sig. (bilateral)	,000	.
		N	100	100

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

La correlación de Spearman indica que existe moderada relación entre las expectativas y la percepción de empatía en la calidad de atención (Rho= ,398), lo que significa que ambas variables son significativas ( $p= ,000 < ,05$ ).

**Tabla 6** Correlación de Spearman y su significancia

			Expectativas	Aspectos tangibles
Rho de Spearman	Expectativas	Coefficiente de correlación	1,000	,545**
		Sig. (bilateral)	.	,000
		N	100	100
	Aspectos tangibles	Coefficiente de correlación	,545**	1,000
		Sig. (bilateral)	,000	.
		N	100	100

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

La correlación de Spearman indica moderada relación entre expectativas y la impresión sobre aspectos tangibles de la calidad del cuidado enfermero (Rho= ,545), mostrando que ambas variables son significativas ( $p= ,000 < ,05$ ).

#### 4. Discusión

Los resultados obtenidos evidencian que el indicador de expectativa y percepción conexas a la atención de enfermería registra información sumamente valiosa para el equipo de profesionales, específicamente para la enfermera que gestiona las acciones de cuidado centrados en el paciente, donde la especialidad de oncología busca custodiar el bienestar de salud de los usuarios y que las condiciones de los servicios ofrecidos sean de calidad (14,15,16,17,18). En efecto, el indicador de calidad evidencia que las deficiencias y causas que afectan la calidad, también sirven para tomar decisiones de gestión que favorezcan la satisfacción del paciente y asegurar la continuidad del cuidado enfermero (15,19,20,21,22).

Los resultados del estudio evidenciaron alta correlación entre expectativas y percepción de la calidad de la atención (Rho= ,582), ( $p= ,000 < ,05$ ). Los cuales coinciden con los hallados por Acapana et al., quienes revelaron la aceptación de las hipótesis, donde los usuarios continuadores de los servicios aceptan las expectativas y percepción que ofrece los centros de atención destacando su calidad de servicio (23).

En la prestación de la enfermera, los indicadores sobre expectativas y percepción deben considerarse porque favorecen la continuidad del cuidado que recibe el paciente oncológico, quien expresa vulnerabilidad y fragilidad emocional propia de la enfermedad (21,22). Además, la enfermera necesita asumir una adecuada relación de confianza

y seguridad para que el sujeto del cuidado, participe en su propio autocuidado.

Asimismo, en los objetivos determinados de acuerdo a las dimensiones, se evidenció alta conexión entre expectativas y fiabilidad, empatía, capacidad de respuesta, seguridad y aspectos tangibles ( $Rho=,439,431,412,398$  y  $,545$ ), ( $p=,000 < ,05$ ) respectivamente. Derivaciones que difieren con lo encontrado por Parodi-Lema et al., quienes señalaron que los resultados en relación a percepción no cumplieron las expectativas de los usuarios en todas las dimensiones (11).

Ante estos hallazgos, es relevante optimizar los estándares de calidad de los servicios que se presta en la institución, con el fin de garantizar un elevado nivel de excelencia, que permita generar la satisfacción de los usuarios. Además, Suarez et al. indican que este indicador es imprescindible para certificar la calidad de la prestación de servicios en salud, donde el usuario desde su percepción siente seguridad, empatía, confianza, disponibilidad y elementos tangibles (16). Asimismo, Parodi-Lema et al. expresan que una atención de calidad desde que ingresa el usuario hasta el término de los servicios, es un componente relevante de la calidad y donde se encontraron las mayores debilidades del servicio enfermero (11).

Los indicadores afines a los servicios de salud requieren ser evaluados de forma continua en las distintas áreas, con el propósito de establecer restricciones, identificar los errores que surjan durante el proceso de atención y plantear acciones de mejora permanente para garantizar en el usuario, la satisfacción dentro de la institución de salud (23,24,25).

Finalmente, la práctica de la futura atención de enfermería, debe tener características más personalizadas, donde se tengan en consideración los resultados emanados en la presente indagación; pues las dificultades surgidas durante su desarrollo nos plantean la urgente necesidad de utilizar instrumentos con ítems más puntuales y de mayor comprensión para los usuarios, en tal sentido, es plausible que el servicio enfermería, pueda continuar de forma periódica con similares averiguaciones con el objetivo de poder alcanzar la calidad de satisfacción de los usuarios, familia y comunidad en referencia a los servicios prestados en la entidad de salud.

## 5. Referencias

1. Amed, EJ, Villareal, G, Alvis CC. Calidad del cuidado de Enfermería brindado por profesionales en una ciudad colombiana: Quality of nursing care, provided by professionals, in a Colombian city. Rev. cienc. cuidad. [Internet]. 1 de mayo de 2019 [citado el 13 de abril de 2020]; 16(2):108-19. Disponible en: <https://revistas.ufps.edu.co/index.php/cienciaycuidado/article/view/1615>
2. Ministerio de Salud. Documento Técnico RM 519-2006/MINSA Sistema de Gestión de la calidad en salud/Ministerio de Salud. Dirección General de Salud de las personas, Dirección de la Calidad de Salud 2007. Disponible en: [http://bvs.minsa.gob.pe/local/dgsp/000\\_SGICALIDAD-2.pdf](http://bvs.minsa.gob.pe/local/dgsp/000_SGICALIDAD-2.pdf)
3. Torres M, Vásquez C. Modelos de evaluación de la calidad del servicio: caracterización y análisis. Compendium [Internet]. 2015 [citado el 15 de agosto de 2021];18(35):57-76. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=88043199005>
4. Donabedian A. Garantía y monitoreo de la calidad de la atención médica. Definición y métodos de evaluación. Prensa Médica [Internet]. 2019 [citado el 19 de agosto de 2021]. Disponible en: <https://www.fadq.org/wp-content/uploads/2019/07/La-Calidad-de-la-Atencion-Medica-Donabedian.pdf>
5. García E. El concepto de calidad y su aplicación en Medicina. Rev. méd. Chile [Internet]. 2001 Jul [citado el 7 de junio de 2020]; 129(7): 825-826. Disponible en: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872001000700020&lng=es](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872001000700020&lng=es). <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872001000700020> .
6. Inca MR. Percepción del paciente sobre el cuidado humanizado del equipo de enfermería de centro quirúrgico de la Clínica Internacional Sede San Borja 2017. [Tesis para obtener la especialización en enfermería en centro quirúrgico]. Lima, Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2017. Disponible en: [https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/6473/Inca\\_sm.pdf?sequence=3&isAllowed=y](https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/6473/Inca_sm.pdf?sequence=3&isAllowed=y)
7. Lages J. Evaluación de la calidad de la atención de enfermería en el Servicio de Retina en el Instituto Cubano de Oftalmología "Ramón Pando Ferrer". Rev Cubana Oftalmol [Internet]. 2016 [citado el 20 de mayo de 2022] ; 29( 1 ). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21762016000100002&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21762016000100002&lng=es).
8. Chuquihuaccha C, Herrera R, Villaorduña S. Percepción del paciente sobre el cuidado humanizado del Equipo de enfermería de centro quirúrgico en un

- hospital Del Callao de julio a diciembre 2018. [Tesis para obtener la especialización en enfermería en centro quirúrgico]. Lima, Perú: Universidad Cayetano Heredia; 2018. Disponible en: [https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/3951/Percepcion\\_ChuihuacchaHuamani\\_Carolina.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/3951/Percepcion_ChuihuacchaHuamani_Carolina.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
9. Llaja HD. Nivel de satisfacción en los usuarios del servicio de consulta externa del Hospital I Higos Urco EsSalud, Chachapoyas - 2019. Revista cubana de enfermería [Internet]. 2017 [citado el 13 de abril de 2021]. Disponible en: <http://181.176.222.66/handle/UNTRM/1723>
10. Martínez T. Evaluación de la calidad de la atención de enfermería en la Clínica Internacional Trinidad. Rev. Cubana Enferm [Internet]. 2016 [citado el 19 de octubre de 2021]. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-03192016000200006&lng=en](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192016000200006&lng=en).
11. Parodi-Lema D, Medin-Giacomozzi A. Expectativas y percepciones de calidad de servicio en pacientes de atención dental en un municipio de Chile. Revista médica Risaralda [Internet]. 2018 [citado el 10 de mayo de 2022]; 24( 2 ): 115-118. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0122-06672018000200115&lng=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0122-06672018000200115&lng=en).
12. Rodríguez G, Castellanos R. Evaluación de la calidad de la atención de Enfermería en el Servicio de Neonatología. Rev. Cubana Enferm. [Internet]. 2017 [citado el 8 de junio de 2020];33(4). Disponible en: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/886>
13. Hernández R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la investigación. 6ta ed. McGraw-Hill; 2014
14. Soto A. Barreras para una atención eficaz en los hospitales de referencia del Ministerio de Salud del Perú: atendiendo pacientes en el siglo XXI con recursos del siglo XX. Rev. Perú. med. exp. salud publica [Internet]. 2019 [citado el 20 de mayo 2022]; 36(2): 304-311. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.17843/rpmesp.2019.362.4425>.
15. Rafael FN. Satisfacción del paciente post operado inmediato con anestesia regional sobre los cuidados de enfermería en el servicio de URPA de la Clínica San Pablo, Lima 2017. [Tesis para obtener la especialización en enfermería en centro quirúrgico]. Lima, Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2018. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12672/7825>
16. Suárez G, Robles R, Serrano G, Serrano H, Armijo A, Anchundia R. Percepción sobre calidad de la atención en el centro de salud CAI III. Rev Cubana Invest Bioméd

- [Internet]. 2019 [citado el 10 de mayo de 2022]; 38( 2): 153-169. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-03002019000200153&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03002019000200153&lng=es).
17. Santamaria RE. Percepción del paciente quirúrgico ambulatorio sobre el cuidado humanizado que brinda el personal de enfermería en sala de operaciones de la Clínica San Pablo – 2015. [Tesis para obtener la especialización en enfermería en centro quirúrgico]. Lima, Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2017. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12672/6111>
18. Sardá A, Jay B, Sánchez Z. Evaluación de la calidad de la atención de enfermería a adultos mayores fármaco- dependientes. Rev. Cubana Enfermer [Internet]. 2017 [citado el 13 de abril de 2020]; 33(1): 8-17. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-03192017000100003&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192017000100003&lng=es)
19. Torres M, Vásquez C. Modelos de evaluación de la calidad del servicio: caracterización y análisis. Compendium [Internet]. 2015 [citado el 18 de mayo de 2022];18(35):57-76. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/880/88043199005.pdf>
20. Viviano GS. Percepción del paciente sobre la calidad de atención de la enfermera en la Unidad de Oncología del Hospital Militar Central Lima - Perú 2017 [Tesis para obtener la especialización en enfermería en centro quirúrgico]. Lima, Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2018. Disponible en: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/6215?show=full>
21. Piedra-Valoy I, Lipa-Chancolla CA. Calidad de la atención y grado de satisfacción de los pacientes atendidos en el servicio de Emergencia del Hospital Essalud II Vitarte. spmi [Internet]. 15 de junio de 2019 [citado el 12 de noviembre de 2021];31(4):137-42. Disponible en: <http://revistamedicinainterna.net/index.php/spmi/article/view/5>
22. Cruzado, M. S. Satisfacción de usuarios del Centro de Atención de Medicina Complementaria, Hospital II de Huamanga, EsSalud, Red Ayacucho, 2018. Rev Peru Med Integrativa [Internet]. 2018 [citado el 2 de noviembre de 2021]; 3(4): 174-181. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1145698>
23. Acapana K, Aguado S, Ariza A, Barriga S, Beraun S, Cabanillas F. Nivel de satisfacción del usuario externo que se atiende en el Centro de Salud Delicias de Villa-Chorrillos en octubre 2012 [Tesis para obtener el título profesional]. Lima, Perú: Universidad Ricardo Palma; 2012. Disponible en: <https://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/>

[handle/urp/246/Garc%C3%ADa\\_dl.pdf  
?sequence=1&isAllowed=y](https://handle.urp/246/Garc%C3%ADa_dl.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

24. García M, Alcaraz J, Pascual S, González J, Moreno J, Baeza Á. (2018). Mejora de las Consultas externas Hospitalarias Mediante la Cita Automática Directa de Interconsultas. Rev Esp Salud Pública [Internet]. 2018 [citado el 12 de noviembre de 2021]; (92): 2-3. Disponible en:

<https://scielo.isciii.es/pdf/resp/v92/1135-5727-resp-92-e201805012.pdf>

25. Hernández-Vásquez A, Rojas-Roque C, Prado-Galbarro FJ, Bendezu-Quispe G. Satisfacción del usuario externo con la atención en establecimientos del Ministerio de Salud de Perú y sus factores asociados. Rev Peru Med Exp Salud Publica [Internet]. 28 de diciembre de 2019 [citado el 3 de marzo de 2022];36(4):620-8. Disponible en:

<https://rpmesp.ins.gob.pe/index.php/rpmesp/article/view/4515>

## BIOSEGURIDAD EN EL PERSONAL DE SALUD DURANTE LA PANDEMIA POR SARS COV-2

### BIOSECURITY OF HEALTH PERSONNEL DURING THE SARS COV-2 PANDEMIC

Juan Francisco Juárez- Piscoya<sup>1</sup>, Edi William Aguilar-Urbina<sup>2</sup>

#### Resumen

La Pandemia por SARS COV-2 causó una verdadera emergencia sanitaria a nivel mundial, siendo un desafío para los diversos sistemas de salud incluido el personal, muchos de los cuales aún se encuentran en la primera línea de atención, por lo que el riesgo de contagio es muy alto. Ante esta realidad, es urgente adoptar medidas de bioseguridad que contrarresten dicha contaminación. Las medidas de bioseguridad implementadas durante la pandemia por SARS COVID-2, han demostrado ser de gran importancia, tanto en su ejecución como en el cumplimiento. Pese a las dificultades en su aceptación y uso de equipos de protección personal (EPP) es una medida de barrera que ha demostrado ser efectiva, ya que ha evitado la contaminación masiva del personal de salud. Finalmente, dentro de las lecciones aprendidas por la enfermedad, es que debemos estar preparados involucrando a todo el sistema sanitario, para que la respuesta sea rápida y eficaz.

**Palabras clave:** Bioseguridad, contención biológica, equipo de protección personal (fuente: DeCS BIREME)

#### Abstract

The SARS COV-2 Pandemic caused a true global health emergency, being a challenge for the various health systems, including the staff, many of whom are still on the front line of care, so the risk of contagion is very high. Given this reality, it is urgent to adopt biosafety measures to counter such contamination. The biosecurity measures implemented during the SARS COVID-2 pandemic have proven to be of great importance both in their execution and compliance. Despite the difficulties in its acceptance and use of personal protective equipment (PPE), it is a barrier measure that has proven to be effective, since it has prevented massive contamination of health personnel. Finally, among the lessons learned from the disease is that we must be prepared, involving the entire health system, so that the response is quick and effective.

**Keywords:** Biosecurity, biological containment, personal protective equipment (source: MeSH NLM)

Citar como:

Juárez- Piscoya J y Aguilar-Urbina E. Bioseguridad en el personal de salud durante la pandemia por SARS-COV-2. Rev. Recien. 2022; 12(1)

Correspondencia:

Juan Francisco Juárez- Piscoya  
jjuares@unitru.edu.pe

Recibido: 14/09/2022  
Aprobado: 11/10/2022  
En línea

## 1. Introducción.

1 Especialista en Cuidados Intensivos. Licenciado en Enfermería. Hospital Víctor Lazarte Echegaray-Trujillo. Magister en Gestión de los servicios de la Salud. Universidad Cesar Vallejo-Trujillo. Doctorando en Salud pública. Universidad Nacional de Trujillo. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6816-2602>

2 Especialista en enfermedades infecciosas y tropicales. Hospital Regional Docente de Trujillo – Perú. Doctor en Medicina. Docente de la Universidad Nacional de Trujillo. Perú. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6510-5346>

La bioseguridad es definida como el conjunto de medidas preventivas para mantener el control de los factores de riesgo ocupacional de agentes biológicos, físicos o químicos, para lograr reducir impactos nocivos y asegurar que el desarrollo o el producto final de dichos procedimientos no amenaza la salud, el bienestar y la seguridad de los trabajadores, pacientes, visitantes y el medio ambiente (1).

También, los trabajadores, en su quehacer diario están expuestos a múltiples riesgos de origen físico, químico, psicológico, biológico, entre otros. Esto no está ausente en el ambiente laboral de un profesional de la salud, en quienes la exposición accidental se orienta con más frecuencia al riesgo biológico (2).

Por otra parte, fue en el mes de diciembre, del año 2019, en China, ciudad de Wuhan, en donde aparecieron los primeros casos con diagnósticos de enfermedades respiratorias graves, desde allí se diseminaron a todas partes del mundo, “la OMS demoró en declarar sobre la magnitud del problema lo que ocasionó la diseminación exponencial de la enfermedad” (3). Además, no se tomaron las medidas de bioseguridad básicas, desde entonces la enfermedad paso a ser considerado desde un brote hasta convertirse en pandemia.

Asimismo, la pandemia por SARS Cov -2, provocó una crisis sanitaria mundial, que

requirió acción inmediata por parte de los sistemas de salud. Esta situación epidemiológica ha superado la capacidad de respuesta de diversos establecimientos de salud y del personal que labora en primera línea de atención; dicho personal está expuesto constantemente a contacto directo con aerosoles, fómites y procedimientos que lo produzcan.

A nivel mundial, hasta setiembre del año 2022, los casos confirmados por coronavirus son de más de 600 millones, en el Perú es de aproximadamente de 4 millones (4), de los cuales 153,000 pertenecen al personal de salud (5). El autor del presente ensayo refiere que, ante esta realidad, es urgente continuar adoptando medidas de prevención y control de infecciones, descontaminación de áreas, provisión y monitoreo del personal.

Además, se implementaron medidas estrictas de bioseguridad para el personal de salud, muchas de las cuales son obligatorias, entre las que tenemos: riguroso lavado de manos, distanciamiento social y uso estricto de equipo de protección personal (EPP); se evidenció además que la principal forma de contagio entre los profesionales de la salud fue el uso inapropiado de este; al principio hubo dificultades en su ejecución, pero ante la fácil diseminación, la elevada tasa de letalidad y mortalidad, finalmente el personal se adaptó al nuevo uso de artículos

de protección personal, las mismas que se utilizaron conforme se atendía a los pacientes, estas acciones no fueron tan efectivas en los primeros momentos, ya que los sistemas de salud no estaban preparados para el contexto de pandemia por SARS Cov-2 (6).

Por tanto, el propósito del presente ensayo es, identificar qué medidas de bioseguridad se han implementado y aplicado durante la pandemia por SARS Cov-2, así como, verificar si estos han sido eficientes en la prevención de la enfermedad.

## 2. Desarrollo

La Organización Mundial de la Salud, define la bioseguridad, como un conjunto de normas y medidas destinadas a proteger la salud del personal, pacientes y del medio ambiente frente a riesgos biológicos, químicos y físicos a los que se exponen en el ejercicio de sus funciones; de ahí la importancia de su ejecución y conocimiento, que su finalidad es garantizar un trabajo seguro para el personal sanitario (7).

Pues, dichas medidas de bioseguridad consistían en Universalización, todo paciente es potencialmente infectado hasta que se demuestre lo contrario, uso de barreras protectoras como: mascarilla, bata, gorro, botas, selección final de biocontaminados y manejo de punzocortantes; conjunto de acciones que se implementaron, en la década de los 80, con la finalidad de prevenir accidentes al manipular muestras

contaminadas (5); desde entonces las normas de bioseguridad, se extrapolaron para que sean utilizadas por el resto del personal y se pusieron en funcionamiento en los diversos servicios de salud.

Respecto a la epidemia de coronavirus 2019, en el mundo tiene una atención extraordinaria. Los estudios han identificado el patógeno COVID -19 como SARS CoV-2, un virus altamente infeccioso al que las personas generalmente son susceptibles puede transmitirse de una persona a otra a través de gotitas respiratorias, contacto cercano y otras vías. En medio de la pandemia, el control efectivo de la infección, el bloqueo de las vías de infección y la protección de las poblaciones susceptibles son esenciales para la prevención y el control de las infecciones (6).

Por esta razón, ya con la presencia de la enfermedad, un estudio realizado por Brown, en Nueva Zelanda; señala sobre la importancia del uso de EPP, dentro de los dispositivos y medidas de protección recomendados tenemos: higiene de manos con soluciones a base de alcohol o jabón líquido, batas, mascarilla, respirador N95 o FF2, gafas de protección ocular o protección facial, uso de guantes. Así como distanciamiento social y evitar aglomeraciones (8). Por consiguiente, estas medidas se fueron ejecutando durante la pandemia por los servicios de salud, a pesar de sus limitaciones en logística como en la

adquisición de insumos ya que muchos de ellos se agotaron en los momentos más críticos de la emergencia sanitaria mundial.

Por lo que, es de mucha importancia el implementar de manera efectiva medidas de protección ocupacional para prevenir la diseminación, contaminación de infecciones y garantizar seguridad en el trabajo al personal de salud. Además, desde la aparición de la nueva pandemia fue difícil atender a pacientes con esta nueva enfermedad, el temor y el desconocimiento provocaba en el personal de salud ansiedad y la posibilidad de contagiarse; sobre la marcha se implementaron nuevas medidas de bioseguridad de las ya existentes.

Por el contrario, lamentablemente la pandemia ha sido un reto para los sistemas de salud ya deficientes, tanto en su organización como en su infraestructura (falta de recurso humano capacitado, déficit de insumos, de oxígeno y camas para hospitalizaciones), siendo en los países en desarrollo los más afectados. No solo es necesario el dictado de normas o protocolos, por el contrario, estas se deberían implementar y sostener en el tiempo ya que en muchas oportunidades los insumos tuvieron gran demanda que se agotaron y el personal de salud se protegía con lo poco que tenía.

Respecto a la situación en pandemia, la revista, The Lancet en su editorial del 21 de

marzo 2020, señala que en todo el mundo, mientras millones se quedan en sus hogares para minimizar la transmisión del síndrome respiratorio agudo severo, el personal de la salud se preparan para hacer exactamente lo contrario, ellos se trasladarán a clínicas y hospitales, poniéndose en alto riesgo de COVID-2019. En la respuesta global, se debe garantizar la seguridad de los trabajadores de la salud. La provisión adecuada de EPP es solo el primer paso; se deben considerar otras medidas prácticas, que incluyen la cancelación de eventos no esenciales para priorizar los recursos (9).

De igual importancia, actualmente los trabajadores de la salud son el recurso más valioso en todos los países. Por lo que, no solamente se da importancia al uso del EPP, sino también, al cuidado que debe tener al recurso humano en el sistema sanitario; salvaguardarlo, dándole todas las herramientas necesarias para la atención de pacientes infectados, así como el apoyo logístico y psicológico, ya que muchos de los trabajadores de la salud han muerto, otros se han infectado y, además, el temor de regresar a casa a transmitir el virus a los miembros de su familia.

Además, un estudio realizado por Jafari, refiere que, cubrir una mayor parte del cuerpo podría proporcionar una mejor protección para los trabajadores de la salud, no solo es la provisión de EPP sino las habilidades de ponerse y retirarse son

importantes, siendo este un momento clave para la posible transmisión del patógeno (10). Igualmente, en relación al uso de mascarillas la N95 parece ser esencial, es una medida que redujo la contaminación tanto a nivel comunitario y en hospitales, se programaron capacitaciones vía on line sobre su uso tanto en la colocación, como en el retiro del EPP, era necesario la evaluación visual entre parejas de trabajo para que fiscalice dicho procedimiento.

Asimismo, Ruskin, en su estudio titulado: equipos de protección y actuación humana, concluye que: para atender a los pacientes infectados con coronavirus (COVID-19) deben usar un conjunto completo de equipo de protección personal, que incluye una máscara N95, protección para los ojos, una bata impermeable a líquidos y guantes. Esta combinación de equipo de protección personal puede provocar un aumento del trabajo respiratorio, campo de visión reducida, dificultades auditivas, del habla y estrés por calor.

Estos efectos no son causados por debilidad individual; son reacciones normales y esperadas que cualquier persona tendrá cuando se exponga a un ambiente inusual. Los desafíos fisiológicos y psicológicos impuestos por el equipo de protección personal pueden tener múltiples causas, pero existen contramedidas y estrategias de afrontamiento. La atenuación a largo plazo puede ayudar a mejorar la

capacidad del personal de salud en su atención (11).

Por lo que, existen ciertos riesgos para la salud al utilizar los EPP como, lesiones por presión en la cara al utilizar mascarillas KN95 o FF2, para lograr el sellado, empañamiento de lentes y faciales producidas por la respiración del personal, así como el calor y la sudoración por el uso del mameluco, aunado a largas jornadas en la atención de pacientes. Todo ello ha hecho que, el personal dificulte su utilización, así como su adaptación; ante estas reacciones adversas, es que se han cometido errores y posterior contaminación.

De igual importancia, respecto a la efectividad en la utilización de los EPP, Li en su estudio, señala que , está en función al empleo de protocolos estandarizados para utilizarlos, capacitación en el uso correcto, trabajar en parejas para observarse mutuamente el ponerse y quitarse, uso de desinfectante de manos después de cada paso, minimizar el contacto directo con los pacientes, desinfectar los guantes después de tratar a cada paciente, reemplazar los guantes rápidamente cuando están contaminados, lavado de manos al cambiarse los guantes, mantener al menos un metro de distancia entre los profesionales sanitarios y los pacientes, si es posible evitar tocarse la cabeza y la cara (12).

Así también, un estudio realizado por Veliz, concluye sobre la eficacia de emplear

adecuadamente las normas de bioseguridad frente a la pandemia Covid - 19 y la importancia del correcto uso del equipo de protección personal, ya que estos insumos son indispensables para disminuir el riesgo de contagio y proteger la salud tanto del paciente como del profesional (13). En consecuencia, se aplicó de manera casi obligatoria la bioseguridad por todo el equipo de salud con la finalidad de, evitar la posible contaminación y diseminación del virus; es de suma importancia que dichas medidas se cumplan a cabalidad, constante capacitación ya que repercutirá en el buen uso y la prevención de la enfermedad.

Sin embargo, existe preocupación latente sobre la Bioseguridad después de la pandemia, así un estudio realizado por Koh en Singapur, Señala que, los principios generales de prevención y control son efectivos para contener la enfermedad que representa una amenaza tanto para la salud pública como para la salud ocupacional; y las enfermedades infecciosas emergentes representan una amenaza continua para el mundo. Dadas las perspectivas ganadas y las lecciones aprendidas de estos eventos pasados, deberíamos estar mejor preparados para enfrentar el brote actual de COVID-19 (14).

Así también, Telenti en su artículo Señala que la persistencia del SARS-CoV-2 como virus endémico, tal vez con picos epidémicos

estacionales, puede ser alimentada por focos de individuos susceptibles y disminución de la inmunidad después de la infección o vacunación, además, la falta de una vigilancia eficaz podría permitir la aparición de nuevos patrones epidémicos o pandémicos a partir de una infección endémica (15).

Finalmente, Stenseth, señala que, “la lección más esencial que podemos aprender de COVID-19 es que el control de la pandemia depende de una respuesta pandémica rápida, eficaz, coordinada y sostenida a nivel local, nacional e internacional” (3). Por lo que la Salud Pública tiene como reto el enfocarse en controlar futuras pandemias, para lo cual se debería articular acciones con el sistema sanitario en conjunto con políticas de salud integrando a diversos sectores, además con la implementación de los servicios, así como a capacitación permanente del personal de salud.

### **3. Conclusiones**

La Bioseguridad sigue siendo muy importante tanto en la implementación así como en su aplicación, ya que nos permite disminuir las infecciones y transmisión de microorganismos asegurando la salud y seguridad en el personal de salud, dichas medidas ya establecidas y reforzadas durante la pandemia por SARS COV-2, tener presente que el recurso humano es el más importante para todo sistema de salud, además que se deben mejorar

políticas de salud tanto en la prevención como en la atención y estar preparados para hacerle frente a estas y otras epidemias

#### 4. Referencias

1. Organización Mundial de la Salud. Manual de bioseguridad en el laboratorio. World Health Organization [Internet]. 2006 [Citado el 12 de julio 2022]; 232 p. Disponible en: [https://books.google.es/books?id=Z3NV\\_StRaF8C](https://books.google.es/books?id=Z3NV_StRaF8C)
2. Malkmus G. Manual de bioseguridad en el laboratorio. Place of publication not identified: World Health Organization [Internet]. 2006 [Citado el 15 de julio 2022]. Disponible en: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43255/9243546503\\_spa.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43255/9243546503_spa.pdf)
3. Stenseth N, Dharmarajan G, Li R, Shi ZL, Yang R, Gao GF. Lessons Learnt From the COVID-19 Pandemic. Front Public Health [Internet]. 2 de agosto de 2021 [Citado el 18 de julio 2022]; 9:694-705. Disponible en: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.694705>
4. Casos confirmados de coronavirus en el mundo por continente 2022. Statista [Internet]. 2022 [Citado el 10 de septiembre 2022]. Disponible en: <https://es.statista.com/estadisticas/1107712/covid19-casos-confirmados-a-nivel-mundial-por-region/>
5. Sala Personal De Salud. Tableau Software [Internet]. 2022 [Citado el 10 de septiembre 2022]. Disponible en: [https://public.tableau.com/views/SALAPERSONALDESALUD/lmina1?:embed=y&showVizHome=no&host\\_url=https%3A%2F%2Fpublic.tableau.com%2F&embed\\_code\\_version=3&tabs=yes&toolbar=yes&animate\\_transition=yes&display\\_static\\_image=no&display\\_spinner=no&display\\_overlay=yes&display\\_count=yes&language=es-ES&loadOrderID=0](https://public.tableau.com/views/SALAPERSONALDESALUD/lmina1?:embed=y&showVizHome=no&host_url=https%3A%2F%2Fpublic.tableau.com%2F&embed_code_version=3&tabs=yes&toolbar=yes&animate_transition=yes&display_static_image=no&display_spinner=no&display_overlay=yes&display_count=yes&language=es-ES&loadOrderID=0)
6. Da Silva M, De Lima MCL, Dourado CAR, Pinho CM, Andrade MS. Nursing professionals' biosafety in confronting COVID-19. Rev Bras Enferm [Internet]. 18 de octubre de 2021 [Citado el 5 de septiembre 2022];75. Disponible en: <http://www.scielo.br/i/reben/a/cJk5qQfstc69Vdp9KdsXB6r/?lang=en>  
<https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-1104>
7. Rodríguez ZB, De Schant ME. Bioseguridad: precauciones universales. Rev Ateneo Argent Odontol [Internet]. 2001 [Citado el 12 de septiembre 2022];10-6. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-310536>
8. Brown L, Munro J, Rogers S. Use of personal protective equipment in nursing practice. Nurs Stand R Coll Nurs G B 1987 [Internet]. 26 de abril de 2019 [Citado el 19 de septiembre 2022];34(5):59-66. Disponible en: <https://doi.org/10.7748/ns.2019.e11260>

9. Lancet T. COVID-19: protecting health-care workers. The Lancet [Internet]. 21 de marzo de 2020 [Citado el 22 de septiembre 2022];395(10228):922. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30644-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30644-9)
10. Jafari E, Togha M, Kazemizadeh H, Haghghi S, Nasergivehchi S, Saatchi M, et al. Evaluation of headache associated with personal protective equipment during COVID-19. Brain Behav [Internet]. diciembre de 2021 [Citado el 23 de septiembre 2022];11(12):e2435. Disponible en: <https://doi.org/10.1002/brb3.2435>
11. Ruskin KJ, Ruskin AC, Musselman BT, Harvey JR, Nesthus TE, O'Connor M. COVID-19, Personal Protective Equipment, and Human Performance. Anesthesiology [Internet]. 1 de abril de 2021 [Citado el 24 de septiembre 2022];134(4):518-25. Disponible en: <https://doi.org/10.1097/ALN.00000000000003684>
12. Li F, Jiang T, Shi T, Liu Y, Liu X, Xu G, et al. Factors that affect the duration of wearing disposable personal protective equipment by healthcare professionals in Wuhan during treatment of COVID-19 patients: An epidemiological study. Nurs Health Sci. [Internet]. marzo de 2021 [Citado el 25 de septiembre 2022];23(1):245-54. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/nhs.12814>
13. Veliz GV, Mero CLA, Pin VEP. Eficacia de las normas de bioseguridad frente a la pandemia del COVID-19. Rev Científica Higía Salud [Internet]. 31 de diciembre de 2021 [citado el 6 de septiembre 2022];5(2). Disponible en: <https://revistas.itsup.edu.ec/index.php/Higia/article/view/502>  
<https://doi.org/10.37117/higia.v1i5.502>
14. Koh D, Goh HP. Occupational health responses to COVID-19: What lessons can we learn from SARS? J Occup Health. [Internet]. enero de 2020 [Citado el 24 de septiembre 2022];62(1):1-6. Disponible en: <https://doi.org/10.1002/1348-9585.12128>
15. Telenti A, Arvin A, Corey L, Corti D, Diamond MS, García-Sastre A, et al. After the pandemic: perspectives on the future trajectory of COVID-19. Nature [Internet]. agosto de 2021 [Citado el 25 de septiembre 2022];596(7873):495-504. Disponible en: <https://doi.org/10.1038/s41586-021-03792-w>

## PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA A PACIENTE CON DIABETES E INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO

NURSING CARE PROCESS TO PATIENT WITH DIABETES AND URINARY TRACT INFECTION

Sandy Gabriela Alvino Chaiña<sup>1</sup>, Santos Eufemia Bruno Peña<sup>2</sup>,  
Salmy Rosiel Díaz Vera<sup>3</sup>, Celeste Yasmin Fernández Chávez<sup>4</sup> y  
Jade Yveth Gonzales Fernández<sup>5</sup>

### Resumen

El profesional de enfermería brinda un cuidado integral, humanizado y objetivo al ser humano en sus diferentes campos de acción, tanto en familia y la comunidad. Estas intervenciones de enfermería se realizan mediante la aplicación del PAE, que es el método científico, sistemático y organizado que aplicamos a cada paciente. El proceso de atención de enfermería es una herramienta que permite para organizar el cuidado enfermero, aplicando las cinco fases como son: Valoración, Diagnóstico de enfermería, planificación, ejecución y evaluación, que juntos tiene un carácter metodológico, sistematización y lógico. Se presenta un proceso de atención de enfermería aplicado a un paciente de 22 años sexo masculino, con diagnóstico médico de diabetes mellitus e infección del tracto urinario, teniendo una estancia de 6 días, que ingreso y fue atendida en un hospital del norte del Perú, Dentro del presente tenemos los siguientes diagnósticos: (00179) Riesgo de nivel de glucemia inestable r/c Diabetes Mellitus 2 descontrolada, monitorización inadecuada de la Glucosa: 185.8 mg/dl, HbA1C: 8.06% obesidad; (00030) Deterioro del intercambio de gases r/c desequilibrio en la ventilación perfusión por cetoacidosis diabética, secundario /a Diabetes Mellitus 2 descontrolada m/p despierto con tendencia al sueño, palidez marcada, mucosas y fascias deshidratadas, pupilas isocóricas, taquicardia, taquipnea y saturación de oxígeno de 93 %, FR: 32; (00267) Riesgo de presión arterial inestable r/c falta de adherencia al tratamiento médico.

**Palabras clave:** Cuidado enfermero, diabetes mellitus, infección del tracto urinario.

### Abstract

The nursing professional provides comprehensive, humanized and objective care to human beings in their different fields of action, both in the family and in the community. These nursing interventions are carried out through the application of the PAE, which is the scientific, systematic and organized method that we apply to each patient. The nursing care process is a tool that allows to organize nursing care, applying the five phases such as: Assessment, nursing diagnosis, planning, execution and evaluation, which together have a methodological, systematization and logical character. We present a nursing care process applied to a 22-year-old male, with a medical diagnosis of diabetes mellitus and urinary tract infection, having a stay of 6 days, who was admitted and treated in a hospital in northern Peru,

Within the present nursing process we have the following diagnoses: (00179) Risk of unstable blood glucose level r/c uncontrolled Diabetes Mellitus 2, inadequate monitoring of Glucose: 185.8 mg/dl, HbA1C: 8.06% obesity; (00030) Impaired gas exchange r/c imbalance in perfusion ventilation due to diabetic ketoacidosis, secondary /to uncontrolled Diabetes Mellitus 2 m/p awake with sleep tendency, marked pallor, dehydrated mucous membranes and fasciae, isochoric pupils, tachycardia, tachypnea and oxygen saturation of 93 %, FR: 32; (00267) Risk of unstable blood pressure r/c lack of adherence to medical treatment. In conclusion, the patient was discharged and left the hospital walking in the company of his family.

**Keywords:** nursing care, diabetes mellitus, urinary tract infection.

Citar como:

Alvino S, Bruno S, Díaz S, Fernández C y Gonzales J. Proceso de atención de enfermería a paciente con diabetes e infección del tracto urinario. Rev. Recien. 2022; 12(1)

Correspondencia:

Recibido: 17/07/2022

Aprobado: 11/10/2022

En línea:

1 Enfermera, Universidad Señor de Sipan, ORCID 0000-0002-0187-1997

2 Enfermera, Universidad Señor de Sipan, ORCID 0000-0003-0113-9947

3 Enfermera, Universidad Señor de Sipan, ORCID 0000-0003-3366-0315

4 Enfermera, Universidad Señor de Sipan, ORCID 0000-0002-7208-7497

5 Enfermera, Universidad Señor de Sipan, ORCID 0000-0003-2031-0252

## 1. Introducción.

El Proceso de Atención de Enfermería (PAE) es un método científico y ordenado que permite a los enfermeros brindar el cuidado de manera racional, objetivo y sistemático. Desde la primera fase del proceso de atención de enfermería se incluye la valoración que en forma cíclica se aplica hasta el final. En la segunda fase del diagnóstico, que incluye conclusiones y juicios de una evaluación realizada previamente, en la que revisamos los diagnósticos de enfermería, luego desarrollamos un plan de cuidados enfermero que puede prevenir, asistir o corregir los problemas de salud o los patrones alterados que presenta el paciente y en este caso mediante el uso de la Clasificaciones de NANDA, NIC y NOC, nos permite construir un registro SOAPIE que se convierte en parte del proceso de implementación. Al final se aplica la evaluación, que va permite determinar si se ha cumplido las metas y objetivos trazados para el paciente con diabetes mellitus e infección del tracto urinario (1).

La diabetes tipo 2 es la combinación de resistencia a la acción de la insulina generalmente se asocia con la obesidad por excesivo consumo de macronutrientes como son los carbohidratos, lípidos y las proteínas. Los carbohidratos que son altamente procesados (azúcar y sal de mesa) glucosa es el monosacárido más recurrente causante de esta enfermedad,

pero también puede estar relacionados por exceso de grasas (se concentra en la parte central de abdomen) (2).

Según la OMS, valora que en el 2014 la prevalencia total de la Diabetes tipo 2, fue del 9 % entre personas mayores de 40 años; mientras que en el 2012 se confirmaron cerca de 1,5 millones de descensos a causa de la diabetes 4. Esta enfermedad es de suma importancia para la Salud Pública a nivel mundial, debido a que es muy frecuente en la población, no es transmisible, pero se calcula que para el año 2030 será la séptima causa de mortalidad. Aproximadamente 8 de cada 10 pacientes con diabetes, tienen sobrepeso o son obesos.

Este proceso consta del consumo de azúcares excesivos que ingresan a nuestro organismo y son absorbidas por nuestro torrente sanguíneo, éste estimula al páncreas el cual produce la hormona de la insulina que estabiliza la glucosa, entonces si se ingiere grandes cantidades de este monosacárido, el páncreas ya no producirá suficiente insulina y este suceso ocasionará una hiperglucemia. Que da lugar a enfermedades cardíacas, accidentes cerebrovasculares, enfermedades renales, problemas oculares, daño a los nervios (3) y pueden aparecer diversas infecciones y úlceras en la piel.

Si presenta alguna infección en los miembros superiores e inferiores y esta afección

persiste durante mucho tiempo, es posible que sea necesario amputar la parte afectada. Por lo tanto, las mejores recomendaciones para esta patología son planificar una actividad física, ya sea moderada y de alta resistencia de intensidad, como caminar a un paso ligero, correr, hacer algún deporte, una hora por día durante toda la semana, también aplicar una dieta equilibrada, disminuyendo el consumo de grasas saturadas.

La infección renal es un procedimiento clínico ocasionado por un agente invasivo generando la expansión de microorganismos, que llega a reproducirse infectando al tracto urinario alterando nuestras defensas (4).

Como consecuencias de padecer esta patología tenemos posibilidades de padecer cálculos renales, tener un sistema inmune débil, el apareamiento heridas en los tejidos que se encuentra alrededor de la vejiga, sufrir de presión alta y provocar una hipertensión y cáncer de riñón (5).

## 2. Metodología

El presente caso clínico se desarrolló en el hospital regional de Lambayeque, en el mes de enero del 2022, utilizando el marco teórico de valoración de los 11 patrones funcionales de, culminando con la recolección de datos del paciente adulto, se llevó a cabo la transcripción al caso clínico utilizando las nomenclaturas taxonómicas

NANDA (6) undécima edición, los resultados esperados con la taxonomía Nursing outcomes classification NOC sexta edición (7). Las intervenciones de enfermería codificadas con la taxonomía NIC (8) séptima edición, con codificaciones internacionales que se digitaron en las tablas establecidas, los cuales serán descritos e interpretados para generar resultados que serán discutido.

Según el concepto dado por Dorothea E Orem en 1969, el autocuidado es una actividad orientada a objetivos. Conductas presentes en determinadas situaciones de la vida, que las personas dirigen hacia sí mismas, hacia los demás o hacia el medio ambiente, con el fin de modificar los factores que afectan su desarrollo y actividades en interés de su vida, salud o felicidad. Los fundamentos de la teoría del déficit de autocuidado como modelo general constan de tres teorías relacionadas. La teoría del autocuidado, la teoría de la negación del autocuidado y la teoría de los sistemas de enfermería, como marco para la práctica, la educación y la gestión de enfermería. Esta teoría está relacionada con el Proceso de Atención de Enfermería a Paciente con Diabetes e Infección del tracto urinario en cual se aplicó el modelo de Orem que era necesario para conocer y definir los conceptos paradigmáticos de persona, enfermería, entorno y salud. En este caso clínico se aplicó el modelo de la teoría del déficit de

autocuidado, sobre cómo los enfermeros pueden ayudar a las personas, y la teoría del sistema de enfermería, que muestra las relaciones que deben ser mantenidas y la secuencia de acciones que los enfermeros realizan para satisfacer las necesidades de autocuidado (9).

### 3. Resultado

#### Presentación del caso clínico

El Paciente con iniciales A. N. S, de 22 años, sexo masculino, se encuentra en el servicio de emergencia del Hospital Regional de Lambayeque, ingresa el 1/04/2022, se encuentra despierto, pero con tendencia al sueño, poco orientado, se observa palidez marcada, mucosas y fascias deshidratadas ++/+++, con obesidad, Glasgow 13 puntos, con diagnóstico médico: Cetoacidosis diabética, diabetes mellitus tipo 2 descontrolada, hipertensión arterial no controlada, infección urinaria.

En la entrevista realizada se refiriera tiene bastante "SED", no calma con nada, "no ha comido desde hace dos días", ya no ha tomado su pastilla y tampoco la insulina, hace unos meses ha presentado cefalea y zumbido de oídos, pero no se ha hecho controlar la presión arterial. La mayoría de tiempo trabaja, no realiza actividad física, ni bebe agua, solo cuando tiene sed. Ha observado que en la tarde se hinchan sus pies, ambos, ya no le queda su zapato, por lo que usa sandalias todos los días. Vive con

su esposa, y sus 3 hijos, él es chofer que trabaja todos los días fuera de casa.

Al examen físico se le observa desalineado, con una mala higiene y sin fuerzas para caminar, su rostro muestra palidez marcada, mucosas y fascias deshidratadas, pupilas isocóricas, taquicardia, taquipnea y saturación de oxígeno de 93 %, se le administra oxígeno mediante una cánula binasal, refiere que al realizar la diuresis presenta dolor y calor (infección urinaria), no realiza deposiciones hace 2 días.

**Control de funciones vitales:** 145/100 mmHg, Temperatura: 36.9, Sat.O2: 93%, FR 32x', pulso 110 x minuto. Medidas antropométricas: IMC: 33.9, Peso:89 kg, Talla: 1.62 A la entrevista: paciente refiere tener mucha sed, que no calma con nada, "no he comido desde hace dos días",

**Antecedentes: Covid 19:** 20/029/2021 (duró 14 días) no estuvo hospitalizado solo fue ambulatorio. Fue operado el año 2018: Apendicitis aguda. Sin ninguna complicación fue dado de alta.

**Último control de endocrinólogo:** 15/03/2020 (Antes de la pandemia) luego no volvió a ir al HRL.

**Antecedentes familiares:** padre falleció de cáncer de próstata, fue diabético e hipertenso y la madre: no reporta ninguna enfermedad. Es alérgica al Tramadol.

### Ficha farmacológica

Ceftriaxona 2g c/24 h

Omeprazol 40 mg ev c/24 hrs

Captopril 25 mg vo, si pa>140/40

Dexametasona 6 mg ev c/24 hrs (1°)

Metamizol 1g ev, prn fiebre o temperatura mayor a 38.5°c

Oxigenoterapia: 1 l x cbn, prn saturación menor a 93%

Cloruro de sodio al 9% ev, 1 frasco a chorro y el un frasco a 45 gotas por minuto.

### Valoración de enfermería según el patrón funcionales

**Patrón I: Manejo de la salud:** Diabetes mellitus tipo 2 descontrolada: hipertensión arterial no controlada, no asiste a controles para sus enfermedades

**Patrón II: Nutrición:** no sigue una dieta estricta, Generalmente almuerza fuera de casa en un restaurante que está ubicado dentro del paradero de Monsefú, en el último año, no ha podido bajar de peso

Peso 89 kg, talla: 1.62, IMC 33.9, Glucosa basal: 185.8 mg/dl, HbA1C: 8.06%

**Patrón III: Eliminación:** Infección urinaria, estreñimiento, cetoacidosis diabética, palidez marcada, mucosas y fascias deshidratadas, pupilas isocóricas, taquicardia, taquipnea y saturación de oxígeno de 93 %.

**Patrón IV: Actividad:** Insomnio, disminución en la tolerancia de la actividad física, Frecuencia cardiaca: 32/m, presión arterial: 145/100 mmHG, falta de higiene personal, Se observa las uñas de manos y pies largas, uñas de pies con hongos.

**Patrón V: Percepción:** Cetoacidosis metabólica

**Patrón VI: Auto percepción:** Autoestima baja según el puntaje de escala de rosenberg: 22

**Patrón VII: Relaciones:** Falta de comunicación con su pareja e hijos

**Patrón VIII: Sexualidad:** No tiene relaciones sexuales con su pareja

**Patrón IX: Seguridad:** Escala de downton: 2 riesgo de caída baja

### Priorización del Diagnóstico de Enfermería.

1. (00179) Riesgo de nivel de glucemia inestable r/c Diabetes Mellitus 2 descontrolada, monitorización inadecuada de la Glucosa: 185.8 mg/dl, HbA1C: 8.06% obesidad.

2. (00030) Deterioro del intercambio de gases r/c desequilibrio en la ventilación perfusión por cetoacidosis diabética, secundario /a Diabetes Mellitus 2 descontrolada m/p despierto con tendencia al sueño, palidez marcada, mucosas y fascias deshidratadas, pupilas isocóricas,

taquicardia, taquipnea y saturación de oxígeno de 93 %, FR: 32.

3. (00267) Riesgo de presión arterial inestable r/c falta de adherencia al tratamiento médico.

4. (00016) Deterioro de la eliminación urinaria r/c infección del tracto urinario m/p “tiene dolor y ardor al orinar”

5. (00011) Estreñimiento r/c hábitos dietéticos inadecuados, ingesta insuficiente

de agua, obesidad m/p “no hace deposición hace dos días”, no suele realizar ejercicio, “generalmente almuerza fuera de casa en un restaurante que está ubicado dentro del paradero de Monsefú, no bebe agua solo cuando tiene sed.

6. (00004) Riesgo de infección r/c diabetes mellitus 2, obesidad, vía endovenosa periférica, alteración de la integridad de la piel.

**Tabla 1** Plan del diagnóstico de enfermería (00179) Riesgo de nivel de glucemia inestable.

<b>DX de ENF. NANDA</b>	<b>Criterios de Evaluación NOC</b>	<b>Intervenciones/ Actividades (NIC)</b>	<b>Evaluación de logros del NOC</b>
<b>00179</b> Riesgo de nivel de glucemia inestable r/c Diabetes Mellitus 2 descontrolada, monitorización inadecuada de la Glucosa: 185.8 mg/dl, hba1c: 8.06% obesidad.	<p><b>AUTOCONTROL DE LA DIABETES 1619</b></p> <p><b>Indicadores:</b></p> <p><b>161902</b> Busca información sobre métodos de prevención (1).</p> <p><b>161909</b> Realiza el régimen de tratamiento según esté prescrito (1).</p> <p><b>161911</b> Controla el nivel de glucosa en sangre (1).</p> <p><b>161924</b> Mantiene el peso óptimo (1).</p>	<p><b>Manejo de la hiperglucemia (2120)</b></p> <p><b>ACTIVIDADES:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Control de glucosa capilar cada 3 hrs</li> <li>Observar si hay signos y síntomas de hiperglucemia</li> <li>Administrar insulina, según prescripción (Insulina R, escala móvil).</li> <li>Realizar balance hídrico</li> <li>Instruir al paciente y cuidador acerca de la actuación con la diabetes durante la enfermedad, incluyendo el uso de insulina y/o antidiabéticos orales, control de la ingesta de líquidos, reemplazo de los hidratos de carbono y cuándo debe solicitarse asistencia sanitaria profesional.</li> <li>Facilitar el seguimiento del régimen de dieta y ejercicios.</li> </ol>	<p><b>161902</b> Busca información sobre métodos de prevención (3).</p> <p><b>161909</b> Realiza el régimen de tratamiento según esté prescrito (4).</p> <p><b>161911</b> Controla el nivel de glucosa en sangre (5).</p> <p><b>161924</b> Mantiene el peso óptimo (3).</p>

**Fuente:** Elaboración en base a las taxonomías Nanda, NOC, NIC basado en Herdman. T (2021-2023), Moorhead. S (6ª edición), Butcher H (7ª edición).

**Tabla 2** Plan del diagnóstico de enfermería (00030) Deterioro del intercambio de gases.

<b>DX de ENF. NANDA</b>	<b>Criterios de Evaluación NOC</b>	<b>Intervenciones/ Actividades (NIC)</b>	<b>Evaluación de Logro NOC</b>
<b>00030</b> Deterioro del intercambio de gases r/c desequilibrio en la ventilación perfusión por cetoacidosis diabética, s/a Diabetes Mellitus 2 descontrolada m/p despierto con tendencia al sueño, palidez marcada, mucosas y fascias deshidratadas, pupilas isocóricas, taquicardia, taquipnea y saturación de oxígeno de 93 %, FR: 32.	<p><b>ESTADO RESPIRATORIO (0415)</b></p> <p><b>INDICADORES:</b></p> <p><b>041501</b> Frecuencia respiratoria (2).</p> <p><b>041502</b> Ritmo respiratorio (2).</p> <p><b>041508</b> Saturación de oxígeno (2).</p> <p><b>041517</b> Somnolencia (2).</p>	<p><b>Oxigenoterapia (3320)</b></p> <p><b>ACTIVIDADES:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Mantener la permeabilidad de las vías aéreas</li> <li>Administración de oxígeno por CBN 1lt PRN saturación menor a 93%.</li> <li>Controlar la eficacia de la oxigenoterapia (pulsioxímetro, gasometría de sangre arterial)</li> </ol>	<p><b>041501</b> Frecuencia respiratoria (5).</p> <p><b>041502</b> Ritmo respiratorio (5).</p> <p><b>041508</b> Saturación de oxígeno (4).</p> <p><b>041517</b> Somnolencia (5).</p>

**Fuente:** Elaboración en base a las taxonomías Nanda, NOC, NIC basado en Herdman. T (2021-2023), Moorhead. S (6a edición), Butcher H (7a edición).

**Tabla 3** Plan del diagnóstico de enfermería (00267) Riesgo de presión arterial inestable.

<b>DX de ENF. NANDA</b>	<b>Criterios de Evaluación NOC</b>	<b>Intervenciones/ Actividades NIC</b>	<b>Evaluación de Logro NOC</b>
<b>00267</b> Riesgo de presión arterial inestable r/c falta de adherencia al tratamiento médico	<p><b>ESTADO CIRCULATORIO (0401)</b></p> <p><b>INDICADORES:</b></p> <p><b>040103</b> Presión del pulso (3).</p> <p><b>040104</b> Presión arterial media (2).</p>	<p><b>Monitorización de los signos vitales (6680)</b></p> <p><b>ACTIVIDADES:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Control de signos vitales cada 4 hrs.</li> </ol> <p><b>Administración de medicación (2300)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Seguir los principios de la administración de medicamentos.</li> <li>Administrar Captopril 40mg VO, si PA &gt; 140/40</li> </ol>	<p><b>040103</b> Presión del pulso (5).</p> <p><b>040104</b> Presión arterial media (5).</p>

**Fuente:** Elaboración en base a las taxonomías Nanda, NOC, NIC basado en Herdman. T (2021-2023), Moorhead. S (6a edición), Butcher H (7a edición).

**Tabla 4** Plan del diagnóstico de enfermería (00016) Deterioro de la eliminación urinaria.

<b>DX de ENF. NANDA</b>	<b>Criterios de Evaluación NOC</b>	<b>Intervenciones/ Actividades (NIC)</b>	<b>Evaluación de Logro NOC</b>
<b>00016</b> Deterioro de la eliminación urinaria r/c infección del tracto urinario m/p “tiene dolor y ardor al orinar”	<b>ELIMINACIÓN URINARIA (0503)</b>  <b>INDICADORES:</b> <b>050301</b> Patrón de eliminación (1). <b>050330</b> Quemazón al orinar (1).	<b>Manejo de la eliminación urinaria (0590)</b>  <b>ACTIVIDADES</b> 1. Controlar periódicamente la eliminación urinaria, incluyendo la frecuencia, consistencia, olor, volumen y color.  <b>Administración de medicación (2300):</b> 1. Preparar, administrar y evaluar la efectividad de los medicamentos prescritos y de libre dispensación. 2. Seguir los principios de la administración de medicamentos 3. Administrar Ceftriaxona 2gr EV c/24 hrs	<b>050301</b> Patrón de eliminación (5). <b>050330</b> Quemazón al orinar (5).

**Fuente:** Elaboración en base a las taxonomías Nanda, NOC, NIC basado en Herdman. T (2021-2023), Moorhead. S (6a edición), Butcher H (7a edición).

**Tabla 5** Plan del diagnóstico de enfermería (00004) Riesgo de infección.

<b>DX de ENF. NANDA</b>	<b>Criterios de Evaluación NOC</b>	<b>Intervenciones/ Actividades (NIC)</b>	<b>Evaluación Logro NOC</b>
<b>00004</b> Riesgo de infección r/c diabetes mellitus 2 descontrolada, obesidad, alteración de la integridad de la piel, vía endovenosa periférica	<b>CONTROL DEL RIESGO (1902)</b> <b>INDICADORES:</b> <b>190201</b> Reconoce factores de riesgo (1).  <b>190208</b> Modifica el estilo de vida para reducir el riesgo (1).  <b>ESTADO INMUNE (0702)</b> <b>INDICADORES:</b> <b>070204</b> Estado respiratorio (1).  <b>070208</b> Integridad cutánea (1).	<b>Control de infecciones (6540):</b> 1. Mantener el ambiente del paciente limpio 2. Realizar el lavado de manos en los 5 momentos 3. Administrar antibióticos indicados. 4. Asegurar una técnica de cuidados de heridas adecuada.	<b>190201</b> Reconoce factores de riesgo (4). <b>190208</b> Modifica el estilo de vida para reducir el riesgo (3).  <b>070204</b> Estado respiratorio (5). <b>070208</b> Integridad cutánea (3).

**Fuente:** Elaboración en base a las taxonomías Nanda, NOC, NIC basado en Herdman. T (2021-2023), Moorhead. S (6a edición), Butcher H (7a edición).

**Tabla 6** Plan del diagnóstico de enfermería (00011) Estreñimiento.

DX de ENF. NANDA	Criterios de Evaluación NOC	Intervenciones/ Actividades (NIC)	Evaluación de Logro NOC
<b>00011</b> Estreñimiento r/c hábitos dietéticos inadecuados, ingesta insuficiente de agua, obesidad m/p “no hace deposición hace dos días”, no suele realizar ejercicio, “generalmente almuerza fuera de casa en un restaurante que está ubicado dentro del paradero de Monsefú, no bebe agua solo cuando tiene sed.	<b>ELIMINACIÓN INTESTINAL (0501)</b>  <b>INDICADORES:</b>  <b>050301</b> Patrón de eliminación (1).  <b>050110</b> Estreñimiento (1)	<b>Manejo del estreñimiento/ impactación (0450)</b>  <b>ACTIVIDADES:</b> 1. Instruir al paciente/familia sobre la relación entre dieta, ejercicio y la ingesta de líquidos para el estreñimiento/impactación. 2. Comprobar movimientos intestinales, incluyendo frecuencia, consistencia, forma, volumen y color.	<b>050301</b>  Patrón de eliminación (4).  <b>050110</b> Estreñimiento (4).

**Fuente:** Elaboración en base a las taxonomías Nanda, NOC, NIC basado en Herdman. T (2021-2023), Moorhead. S (6a edición), Butcher H (7a edición).

#### 4. Discusión

En el presente estudio de caso clínico aplicado a un paciente adulto con diagnóstico 00179 riesgo de nivel de glucemia inestable r/c Diabetes Mellitus 2 descontrolada, monitorización inadecuada de la Glucosa: 185.8 mg/dl, HbA1C: 8.06% obesidad. CR1: busca información sobre métodos de prevención, que tiene como objetivo implementar intervenciones de enfermería para lograr una salud integral del paciente, y así poder implementar los procedimientos correctos para el especialista de enfermería, teniendo como referencia los resultados y metas establecidas de acuerdo con las intervenciones encaminadas a mejorar la condición del paciente.

En relación al primer diagnóstico según los objetivos: 161902 que busca información sobre métodos de prevención de la hiperglucemia, Indicador: 161909 realiza el régimen de tratamiento según esté prescrito, Indicador: 161911 controla el nivel de glucosa en sangre, a través de las intervenciones de enfermería se logró un 80 %, obteniendo una mejoría de 20% que aún está en proceso de efectuarse de acuerdo al plan de intervenciones de enfermería ejecutadas.

Es importante tratar la hiperglucemia, dado que, de lo contrario, puede empeorar y dar lugar a complicaciones graves que requieren atención de emergencia, como un coma diabético. Y a largo plazo, la hiperglucemia persistente puede provocar

complicaciones en los ojos, los riñones, los nervios y el corazón (10).

El método más común para tratar a los pacientes con diabetes hospitalizados es el tratamiento con el esquema móvil de insulina. El término "escala móvil" se refiere al aumento de la dosis de insulina antes de las comidas según la glucemia en ese momento (11).

Por otro lado, el segundo análisis del diagnóstico de enfermería: Estado respiratorio se lograron ejecutar al 100% las intervenciones de enfermería como también las actividades, para la recuperación del paciente. Según el NOC el estado respiratorio se define como aquella circulación del aire, iniciando primordialmente en los pulmones con la inhalación y exhalación lo que origina el intercambio alveolar con el dióxido de carbono e oxígeno (7).

De acuerdo a lo que presenta el paciente hacia un estado de deterioro de intercambio de gases, es expresado como un exceso de oxígeno y la eliminación de dióxido de carbono de la membrana alvéolo capilar (12).

Por lo mismo también el tercer diagnóstico: la presión arterial inestable en base a las intervenciones que se lograron aplicar al sujeto, se logró una mejoría al 100%. En la definición que nos da a conocer la NANDA, nos menciona que la fuerza en que fluye la sangre a través de los vasos sanguíneos es

inestable, esto puede afectar mucho a la salud (6). Otros autores como Dueñas mencionan que la hipertensión arterial incrementa el riesgo de desarrollar, enfermedades cerebro vascular, cardíacas e insuficiencia renal. Para ello recomienda la administración de los medicamentos correctos, en la hora indicada y la dosis correcta (13).

Asimismo, encontramos en el cuarto diagnóstico médico que el paciente sufre de infección en el tracto urinario, que según Elsa Lucas, es muy común en personas que sufre enfermedades crónicas; como es el caso del paciente que sufre de diabetes mellitus tipo 2 (14) que causa un deterioro de la eliminación urinaria, donde se debe implementar medidas de acción para mitigar su impacto negativo en la salud del paciente. Gracias a estas medidas tomadas se logra satisfactoriamente un progreso del 100% a favor del tratamiento.

En el análisis del quinto diagnóstico de enfermería: Riesgos de infección relacionado con Diabetes Mellitus referentes a las intervenciones, se apreció la realización del %70 con el que se logró mejoría en el paciente, por otro lado, el 30% aún se encuentra en proceso, porque de acuerdo al plan de intervención realizado se define que las actividades se van a realizar en las siguientes intervenciones. Los riesgos de infección se encuentran definido por la NANDA, como al

individuo que se encuentra en un estado de riesgo debido a una invasión de un agente patógeno (6) que este caso, el paciente A. N. S. es portador de una vía intravenosa periférica la cual es un acceso o una puerta de entrada de agentes patógenos al torrente sanguíneo el paciente corre el riesgo de padecer un proceso infeccioso.

Finalmente, en el sexto diagnóstico de enfermería: Estreñimiento referentes a las intervenciones se apreció la realización del 65% con el que se logró mejoría en el paciente, por otro lado, el 35% aún se encuentra en proceso, de acuerdo al plan de intervenciones. El estreñimiento se encuentra definido por la NANDA; como la dificultad de evacuación de heces (6).

Por otro lado, según la revista científica Ocronos estreñimiento es un síntoma, no una enfermedad. Este término se utiliza para denotar movimientos intestinales poco frecuentes y dificultad para defecar. Es el trastorno digestivo más frecuente en atención primaria (AP). Si sólo se considera el número de deposiciones por semana, afecta a alrededor del 5% de la población, mientras que, si se amplían los criterios para tener en cuenta la dificultad o el esfuerzo en la defecación, la prevalencia se eleva al 20-30%. Además, tiene muchos efectos sobre la salud y psicológicos.

Uno de los factores que confluyen cuando se presenta el estreñimiento son la inmovilidad,

deshidratación o simplemente tomar una variedad de medicamentos (15).

## 5. Conclusión

En síntesis del caso, el paciente A. N. S. que ingresó al hospital Regional de Lambayeque con diagnóstico de Cetoacidosis diabética, Diabetes Mellitus tipo II descontrolada, hipertensión arterial no controlada y presencia de intervención en el tracto urinario; a lo largo de su estancia los objetivos planteados en el proceso de atención gracias a las intervenciones realizadas por el profesional enfermero. Que da como resultado su partida del centro médico acompañado de sus respectivos familiares.

## Agradecimiento:

En el presente documento se ha contado con la asesoría de la Mg. encargada del curso de Naturaleza Humana Susan Míriam Oblitas Guerrero de la Universidad Señor de Sipán a quien se brinda más sinceros agradecimientos.

## 6. Referencias

1. Guamán-Montero N, Mesa-Cano I, Peña-Cordero S, Ramírez A. Factores que influyen en la adherencia al tratamiento de la diabetes mellitus II Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica. Sociedad Venezolana de Farmacología Clínica y Terapéutica, Venezuela [Internet]. 2021 [Citado el 12 de julio 2022]; 40 (3). Disponible en:

- <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=55969712011>
2. Elmajnoun H, Faris M, Uday S, Gorman S, Greening J, Haris P, et al. Impact of COVID-19 on children and young adults with type 2 diabetes: A narrative review with emphasis on the potential of intermittent fasting as a preventive strategy. *Front Nutr* [Internet]. 2021 [Citado el 13 de julio 2022]; 8:756413. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3389/fnut.2021.756413>
  3. Berlie H, Kale P, Orzechowski T, Jaber L. Mechanisms and potential roles of glucose-lowering agents in COVID-19: A review. *Ann Pharmacother* [Internet]. 2021 [Citado el 13 de julio 2022];55(11):1386–96. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1177/106002801999473>
  4. Vignolo W, Layerle B. Prevención cardiovascular en el diabético. *Rev urug cardiol* [Internet]. 2017 [citado el 5 de julio 2022];31(3):477–504. Disponible en: [http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1688-04202016000300011&lng=es](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-04202016000300011&lng=es)
  5. Nocua L, Cortés J, Leal A, et al. Perfil de sensibilidad antimicrobiana de microorganismos causantes de infecciones urinarias adquiridas en la comunidad en pacientes con diabetes mellitus en Colombia. *Biomédica* [Internet]. 2017 [citado el 15 de julio 2022]; 37:353-60. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/bio/v37n3/0120-4157-bio-37-03-00453.pdf>
  6. NANDA Internacional. Diagnósticos enfermeros Definiciones y clasificación 2021-2023. 11 ed. España: Elsevier; 2021.
  7. Moorhead S, Sansón E, Johnson M, Más M. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC) Medición de Resultados en Salud. 6 ed. España: Elsevier; 2019.
  8. Buchero H, Boliche G, Doctoran J, Warner C. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 7 ed. España: Elsevier; 2019.
  9. Naranjo Hernández Y, Concepción Pacheco JA, Rodríguez Larrañaga M. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Oren. *Gaceta Médica Espirituana* [Internet]. 2017 [Citado el 18 de julio 2022]19(3):89–100. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1608-89212017000300009](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-89212017000300009)
  10. Guido E, Malinger L, Abbott-Lifter J, Guerrero R, Villalpando S, Ridaura RL, et al. Management of diabetes and associated cardiovascular risk factors in seven countries: a comparison of data from national health examination surveys. *Bulletin of the World Health Organization* [Internet]. 2020 [Citado el 13 de junio 2022];89(3):172–83. Disponible en: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?>

[direct=true&db=a9h&AN=59967094&lang=es&site=ehost-live](https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=59967094&lang=es&site=ehost-live)

11. Colunga-Lozano LE, Gonzalez FJ, Delgado-Figueroa N, Gonzalez-Padilla DA, Hernandez AV, Roman Y, et al. Insulina de escala móvil para adultos hospitalizados no críticos con diabetes mellitus. Base de datos Cochrane Syst Rev [Internet]. 2018 [citado el 17 de julio 2022];11(11):CD011296. Disponible en: [https://www.cochrane.org/es/CD011296/ENDOC\\_esquema-movil-de-insulina-para-pacientes-adultos-hospitalizados-no-graves-con-diabetes-mellitus](https://www.cochrane.org/es/CD011296/ENDOC_esquema-movil-de-insulina-para-pacientes-adultos-hospitalizados-no-graves-con-diabetes-mellitus)
12. González R. Proceso Cuidado Enfermero en pacientes críticos con diagnóstico “deterioro del intercambio de gases” [Para obtener el nivel de Especialista en Cuidado Crítico]. 2018; 1 (2). Disponible en: <https://repositorioinstitucional.uaslp.mx/xmli/bitstream/handle/i/4603/TESINA%20MAURICIO%20RUIZ.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
13. Dueñas A. La hipertensión arterial. Rev cubana med [Internet]. 2011 [citado el 14 de junio 2022]; 50(3):232-233. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sciarttext&pid=S0034-75232011000300001&lng=es>
14. Lucas E, Franco C, Castellano M. Infección urinaria en pacientes con diabetes mellitus tipo 2: frecuencia, etiología, susceptibilidad antimicrobiana y factores

de riesgo. Revista Kasma [Internet]. 2018 [citado el 13 de junio 2022];46(2):139–51. Disponible en: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=zbh&AN=140209156&lang=es&site=ehost-live>

15. Plan de Cuidados de Enfermería al paciente con estreñimiento. Caso clínico. Ocronos - Editorial Científico-Técnica [Internet]. 2021 [citado el 17 de julio 2022]. Disponible en: <https://revistamedica.com/paestrenimiento-caso-clinico/spitalizados-no-graves-con-diabetes-mellitus>

## RED DE RAZONAMIENTO CLÍNICO Y CUIDADO ENFERMERO APLICADO EN ADULTO MAYOR CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN CLÍNICA

CLINICAL REASONING AND APPLIED NURSING CARE NETWORK IN THE ELDERLY WITH ARTERIAL HYPERTENSION IN A CLINIC

Karen Rocío Mamani Mescco<sup>1</sup>, Yuliana Nicole Santos Sebastian<sup>2</sup>, Handy Bastidas Carranza<sup>3</sup>, Rodolfo Amado Arevalo Marcos<sup>4</sup>, Rosa María Pretell Aguilar<sup>5</sup> y Susan Haydee Gonzales Saldaña<sup>6</sup>

### Resumen

**Introducción:** En la población de tercera edad, el principal motivo de atención ambulatoria en las instituciones del MINSA Y ESSALUD, es la hipertensión arterial, siendo la enfermedad no transmisible más recurrente en este grupo de edad. **Objetivo:** Brindar intervenciones de enfermería para estabilizar y corregir los valores de hipertensión arterial y saturación de oxígeno. **Presentación de caso clínico:** Paciente geriátrico de 77 años, con antecedentes de HTA y DM II, ante la atención, presenta malestar, fatiga, irritabilidad, preocupación, signos de rubor facial transitorio y dolor de pecho. **Método:** El presente estudio es de enfoque cualitativo y método de caso clínico único. El caso clínico tuvo lugar en una clínica privada en el mes de mayo, empleando el soporte teórico de valoración de Marjory Gordon y la taxonomía NANDA, NOC y NIC. **Resultados:** El progreso del paciente fue satisfactorio, se logró estabilizar el patrón respiratorio, aliviar el dolor y reducir la fatiga. **Conclusiones:** En el primer diagnóstico patrón respiratorio ineficaz la puntuación de cambio fue +4. En el segundo diagnóstico dolor agudo la puntuación de cambio fue +4. En el tercer diagnóstico estrés por sobrecarga la puntuación de cambio fue +3. En el cuarto diagnóstico disminución de la tolerancia a la actividad física la puntuación fue +3. En el quinto diagnóstico riesgo de la función cardiovascular la puntuación de cambio fue +3.

**Palabras clave:** Intervención de enfermería, hipertensión arterial, adulto mayor, diabetes mellitus.

### Abstract

**Introduction:** In the elderly population, the main reason for outpatient care in MINSA and ESSALUD institutions is arterial hypertension, being the most recurrent non-communicable disease in this age group. **Objective:** Provide nursing interventions to stabilize and correct the values of arterial hypertension and oxygen saturation. **Presentation of a clinical case:** A 77-year-old geriatric patient, with a history of HBP and DM II, presented discomfort, fatigue, irritability, concern, signs of transient facial flushing and chest pain when receiving attention. **Method:** This study has a qualitative approach and a single clinical case method. The clinical case took place in a private clinic in May, using Marjory Gordon's theoretical assessment support and the NANDA, NOC and NIC taxonomy. **Results:** The patient's progress was satisfactory, it was possible to stabilize the respiratory pattern, relieve pain and reduce fatigue. **Conclusions:** In the first diagnosis of ineffective breathing pattern, the change score was +4. In the second acute pain diagnosis, the change score was +4. In the third diagnosis of stress due to overload, the score changed +3. In the fourth diagnosis decreased tolerance to physical activity the score was +3. In the fifth diagnosis, risk of cardiovascular function, the change score was +3.

**Keywords:** Nursing intervention, arterial hypertension, elderly, diabetes mellitus.

Citar como:

Mamani K, Santos Y, Bastidas H, Arevalo R, Pretell RA, y Gonzales S. Red de razonamiento clínico y cuidado enfermero aplicado en adulto mayor con hipertensión arterial en clínica. Rev. Recien. 2023; 12(1).

Correspondencia:

Mónica Ivon Beatriz Ramírez  
Mibr45@hotmail.com

Recibido: 17/07/2022

Aprobado: 11/10/2022

En línea: 15/03/2023

1 [a2017101278@uwiener.edu.pe](mailto:a2017101278@uwiener.edu.pe) <https://orcid.org/0000-0001-5193-3431> Universidad Norbert Wiener, Perú  
2 [a2021101598@uwiener.edu.pe](mailto:a2021101598@uwiener.edu.pe) <https://orcid.org/0000-0002-8933-1417> Universidad Norbert Wiener, Perú  
3 [a2021200442@uwiener.edu.pe](mailto:a2021200442@uwiener.edu.pe) <https://orcid.org/0000-0003-0023-351X> Universidad Norbert Wiener, Perú  
4 [rodolfo.arevalo@uwiener.edu.pe](mailto:rodolfo.arevalo@uwiener.edu.pe) <https://orcid.org/0000-0002-4633-2997> Universidad Norbert Wiener, Perú  
5 [rosa.pretell@uwiener.edu.pe](mailto:rosa.pretell@uwiener.edu.pe) <https://orcid.org/0000-0001-9286-4225> Universidad Norbert Wiener, Perú  
6 [susan.gonzales@uwiener.edu.pe](mailto:susan.gonzales@uwiener.edu.pe) <https://orcid.org/0000-0001-5001-4388> Universidad Norbert Wiener, Perú

## 1. Introducción.

La Hipertensión Arterial (HTA) es un asunto prioritario de salud, manifestado por la organización mundial de la salud (OMS), debido a que origina decesos por cardiopatías y por enfermedades cerebrovasculares más recurrentes; asimismo impacta en desigualdad a las poblaciones de ingresos mínimos e intermedios, y conforma la cuarta causa de peligro de mortalidad y de años de vida saludable perdidos (1).

De igual forma, la OMS expresa que la Hipertensión Arterial (HTA) es considerada como una afección predominante durante la atención primaria de salud, ya que afecta los órganos internos del cuerpo como es el corazón, encéfalo y riñones. Esta patología pocas veces presenta síntomas y signos, por lo que se considera asintomática, es decir las personas solo tienen conocimiento de esta, al momento de hacerse control correspondiente (2).

El problema de HTA desencadena en un 35% los sucesos cardiovasculares ateroscleróticos y en cierta medida 49% la ocurrencia de falla cardíaca y eleva el peligro de eventos cerebrovasculares. Entonces se puede interpretar, que estos pacientes tienen un alto riesgo de desarrollar falencias cardio – cerebrovasculares que pueden alterar su estado de salud (3).

Asimismo, una de las complicaciones que puede originar la HTA son las crisis hipertensivas (CH) que conforman un porcentaje significativo de ocurrencias clínicas, donde se desencadena un aumento exacerbado de la presión arterial con valores superiores al grado alto. Las CH están divididas en emergencias, que necesitan el control inmediato de la PA y urgencias, que puede tener una atención más pausada. Un estilo de vida inadecuado o sedentario y las patologías comorbilidades pone en riesgo al adulto mayor hipertenso a sufrir de CH, a diferencia del resto de pacientes con HTA (4).

Entre los factores de riesgo que predominan para padecer de HTA están la presencia de otra patología o comorbilidad, antecedentes familiares de HTA, IMC elevado con sobrepeso u obesidad. Es por esto que es fundamental reconocer dichos factores para poder detectar o prevenir el desenlace de enfermedades crónicas o un deterioro del estado de bienestar (5).

En ese sentido, en un contexto internacional se llevó a cabo el estudio para identificar el nivel de cognición sobre HTA, en pacientes asistentes a un CDI en el país de Venezuela, el cual arrojó que un 67.80 % de la población adulta, identificaron como causa de propensión, los factores hereditarios de hipertensión, además, difirieron la adipositis

con un 76.71 %, un 71,91% sedentarismo y el nicotismo un 60.27 % (6).

Por otro lado, en el mundo, la población adulta se incrementa, el envejecimiento demográfico es un reto del siglo actual, en similar magnitud, las enfermedades no transmisibles que impactan a estos pacientes, entre las que podemos encontrar a la hipertensión arterial como la más frecuente, es importante la investigación de esta problemática en el adulto mayor, al ser detectada con similitud en otras regiones del mundo (7).

Actualmente el paciente de edad geriátrica es aquejado por enfermedades crónicas y estados asociados, que implican complicaciones e incluso el fallecimiento de esta población. Dentro de estas patologías encontramos la hipertensión arterial la cual compone una de las cuestiones de salud primordiales en países potencia, pero en especial en los subdesarrollados (8).

En la población de tercera edad, el principal motivo de atención ambulatoria en las instituciones del MINSA Y ESSALUD, es la hipertensión arterial, siendo la enfermedad no transmisible más concurrida en este grupo de edad, además, es la causa principal para el padecimiento de insuficiencia renal (IRA), fibrilación auricular y diabetes mellitus. Por esto es primordial, que el personal de enfermería tome medidas de acción para la prevención,

promoción y tratamiento en pacientes de este grupo etario a fin de la reducción de usuarios con esta enfermedad (9).

En relación con esto, se tiene antecedentes en el ámbito internacional, donde se desarrolló una averiguación, para precisar el grado de entendimiento de HTA en México, la muestra se distribuyó en 153 representantes del sexo femenino y 121 del sexo masculino. Se considero un 33% de hipertensión en varones de 75 a más años, seguido por un 55% de rango entre 60 y 75 años, un 32% entre 45 y 60, un 26% entre 30 y 45, y finalmente siendo un 14% inferior, en una edad de 30 años. Se observó que, en la porción femenina, la PA alta se encontró en un 28% de 75 a más años, seguido por un 43% entre 60 y 75.9% entre 45 y 60.6% entre 30 y 45 años, y un 2% por debajo de 30 años (10).

De igual forma en el ámbito internacional para determinar cognición, comportamientos y prácticas de adultos hipertensos que asisten al Servicio de Cardiología en Cuenca 2015, se realizó un estudio clínico con una muestra de 102 participantes asistidos por padecer HTA, siendo concurrente la población superior de 60 años, conformado por 60.8% adultos varones; 90,2% comprende sobre la afección; 99% se acercó a su seguimiento en el centro médico más cercano. Así como el 55.9% consumen una dieta saludable, el 54,9% tiene cognición de su control con el

tensiómetro y un 64,7% ejecuta ejercicios por debajo de 30 minutos por 3 veces a la semana (11).

En referencia al nivel de conocimiento de la HTA, se evaluó en Ecuador cuánto comprensión tienen los pacientes de edad adulta, en el cual se evidenció que un 78.8% poseen saberes inadecuados sobre esta patología, un grado apropiado de cognición sobre esta enfermedad el 21.2%, que significa una superioridad en la cantidad de pacientes hipertensos que no tienen un adecuado entendimiento de la enfermedad (12).

En relación con la terapéutica medicamentosa, se encuentran diversos antihipertensivos a elegir, que coadyuvan en un manejo propicio de la presión arterial, sin embargo, el control de esta enfermedad que no es medicamentosa, es bastante efectiva, supone riesgo mínimo y conlleva poca inversión, por este motivo es fundamental escoger un plan terapéutico que tenga mayor recibimiento en el paciente hipertenso (13).

En los últimos años se ha observado, que el cumplimiento de tratamiento de HTA es una pieza fundamental para el control de dicha enfermedad. La adhesión y cumplimiento al tratamiento no es únicamente responsabilidad del adulto, sino del equipo técnico e interdisciplinario, debido a que el individuo precisa atención oportuna,

requiriendo saber la conducta que asume a la estrategia instaurada y factores asociados a dicha adhesión (14).

En ese sentido, en un ámbito nacional en un trabajo de estudio, en Lambayeque, Quintana (5). nos señala que evidenció un 89% de la población hipertensa mayor con HTA cumple con el tratamiento a diferencia de un 11% de adultos mayores que no cuenta con un manejo de la enfermedad, debido a un descuido de la terapéutica, un régimen de cohesión a la terapéutica es necesario para un seguimiento y prevención de complicaciones en el individuo (15).

## **2. Método**

La metodología de investigación del caso clínico expuesto es un estudio de caso clínico único y corresponde a un enfoque cualitativo. El desarrollo de la investigación clínica se llevó a cabo en la clínica Internacional, por el mes de Mayo, en el cual se empleó el sustento de valoración de la teórica Marjory Gordon, concretando la recopilación de datos del adulto en edad geriátrica, se logró registrar y aplicar las nomenclaturas taxonómicas del libro de diagnósticos enfermeros NANDA duodécima edición (16), en cuanto a los objetivos deseados con la taxonomía la clasificación de resultados de enfermería (NOC) sexta edición (17), y las intervenciones de la profesión de enfermería ordenado con la taxonomía de la clasificación de intervenciones de

enfermería (NIC) séptima edición (18), con un lenguaje estandarizado se organizaron en tablas predeterminadas, los cuales serán analizados y puestos bajo la interpretación de los investigadores para la producción de resultados que serán evaluados y debatidos.

### 3. Resultados

#### Presentación del caso clínico

Paciente adulto mayor de 77 años de vida, que recurre a una clínica privada Internacional por una crisis hipertensiva de tipo urgencia, con diagnóstico de hipertensión arterial y diabetes mellitus grado II, con antecedentes de haber presentado crisis hiperglucémicas. Paciente refiere: “respiro con demasiada dificultad y me falta el aire”, “tengo un dolor insoportable de cabeza”, “tengo mucho mareo y se me nubla la visión”, “tengo dolor de pecho”, “siento miedo y ansiedad de lo que me esté pasando” “siento palpitaciones en la parte superior de la cabeza”, “paciente refiere que se encuentra bajo mucha presión por problemas familiares, y siente mucha preocupación”, “paciente manifiesta que se siente sin energía, cansado y desmotivado”, últimamente se encuentra agobiado, estresado y preocupado por problemas familiares con sus hermanos. Se le observa al paciente: despierto y orientado en espacio, lugar y tiempo, deambulando, presenta malestar, fatiga, irritable, con preocupación, signos

de rubor facial transitorio y dolor de pecho. Ante el examen clínico se adjunta un peso de 95 kg, 1,77 cm de estatura, IMC de 30.3, P.A: 210/100 mmHg, F.C: 77X1, T°: 36.5°, F.R: 11X1, SpO2%: 87%, bradipnea, cefalea con EVA 8/10.

#### Valoración de enfermería

##### Patrón I: Percepción – Manejo de la salud:

Antecedentes de haber sufrido de crisis hiperglucémicas con anterioridad, tiene conocimientos básicos sobre su afección, además cuenta con un control periódico de chequeos de salud para la diabetes e hipertensión arterial, en algunas ocasiones tiene variaciones en el horario de su administración.

**Patrón II: Nutricional metabólico:** Tiene un apetito normal, no cuenta con dificultad en la deglución, estado de piel y mucosas hidratadas sin complicaciones, cuenta con un peso de 95 kg, 1,77 cm de estatura, IMC de 30.3, en un estado de obesidad.

**Patrón III: Eliminación: Vesical:** Habito vesical normal con frecuencia de 3 o 4 v/d  
**Intestinal:** Habito intestinal con menor frecuencia 1 v/d, sus hábitos alimentarios son variables consume ensaladas y frutas, pero tiene mayor consumo de carbohidratos y grasa. En cuanto al consumo de líquidos es de dos litros diarios con consumos esporádicos de bebidas gasificadas.

**Patrón IV: Actividad – Ejercicio:** En cuanto a su fuerza muscular se ve disminuida, y se encuentra en estado de fatiga, normalmente con un patrón eficaz de respiración, pero

por su CH presenta dificultad para respirar con una frecuencia respiratoria de 11X1, T°: 36.5, P.A: 210/100 mmHg, F.C: 77X1, bradipnea, SpO2%: 87%, hipoxia, en un estado de obesidad y ejercicio físico regular.

**Patrón V: Sueño – Descanso:** Con pocas horas de sueño de 5 a 6 hrs, en la noche tiene interrupciones de sueño durante 2 veces, no logra conciliar el descanso correctamente debido al dolor de cabeza y estrés.

**Patrón VI: Perceptivo – Cognitivo:** Paciente despierto, deambulando, consciente, orientado en espacio, tiempo y persona, consciente de lo que habla dice y siente y alteraciones sensoriales en su visión ya que presento visión borrosa, asimismo presenta dolor agudo de cabeza y pecho medido con la escala visual de EVA 8/10.

**Patrón VII: Autopercepción - Autoconcepto:** Suele verse así mismo como una persona alegre y amorosa, con un cuidado personal adecuado a su edad, cuenta con el apoyo emocional de sus familiares, sin embargo por las complicaciones de la HTA se siente limitado y con cambios de humor recurrentes.

**Autovaloración:** Una persona que les gusta estar en actividad y amoroso, sentimientos expresados: Paciente se siente sin energía, cansado, desmotivado, agobiado, estresado y preocupado.

**Patrón VIII: Rol - Relaciones:** Casado, vive con su familia central, relación familiar con

sus hermanos complicada, bajo mucha presión familiar debido a problemas por terrenos familiares. Además, manifiesta tener una relación muy fuerte con su pareja e hijos, ellos lo escuchan y pasan momentos amenos con él.

**Patrón IX: Sexualidad - Reproducción:** El paciente prefiere no comentar sobre el tema.

**Patrón X: Adaptación- tolerancia al estrés:** El Sr. Presenta discusiones y preocupación por cuestiones con sus hermanos, lo cual afecta su estado anímico, también tiene poca tolerancia a problemas que resultan en cuadros de estrés, ansiedad y mucha preocupación y presión.

**Patrón XI: Valores – Creencias:** Paciente refiere ser peregrino de la religión católica, acude a la iglesia con regularidad, y toma decisiones guiadas por su espiritualidad, posee una creencia y fe estable.

#### **Priorización de Diagnósticos enfermeros:**

- 1. (00032)** Patrón respiratorio ineficaz relacionado con dolor evidenciado por bradipnea 10 rpm, SpO2%: 87 y disminución de la presión inspiratoria, P.A 180/97 mmHg y cefalea (Tabla 1).
- 2. (00132)** Dolor agudo relacionado con agentes lesivos biológicos evidenciado por informa de la intensidad usando escalas estandarizadas de valoración del dolor EVA con puntuación de 7/10, cefalea intensa y conducta expresiva (Tabla 2).
- 3. (00093)** Fatiga relacionada con pérdida de la condición física evidenciado por

expresión de cansancio, expresión de debilidad, cefalea e irritabilidad. (Tabla 3)

**4. (00177)** Estrés por sobrecarga relacionado con estresores evidenciado por expresar sentirse presionado, impacto negativo del estrés, y deterioro funcional (Tabla 4).

**5. (00298)** Disminución de la tolerancia a la actividad física relacionada con pérdida de la condición física evidenciado por

tensión arterial anormal en respuesta a la actividad, fatiga, agitación y bradipnea (Tabla 5).

**6. (00311)** Riesgo de deterioro de la función cardiovascular según lo evidenciado por conocimientos insuficientes de los factores modificables (Tabla 6).

**Tabla 1** Plan de cuidados del diagnóstico enfermero: (00032) Patrón respiratorio ineficaz.

Diagnóstico enfermería NANDA	Criterios de Evaluación NOC	Actividades de enfermería NIC	Evaluación del Logro NOC
(00032) Patrón respiratorio ineficaz relacionado con dolor evidenciado por bradipnea 10 rpm, SpO2%: 87% y disminución de la presión inspiratoria, P.A 180/97 mmHg y cefalea.	<b>0415</b> <b>Estado respiratorio</b>	<b>350</b> <b>Monitorización respiratoria</b>	<b>0415</b> <b>Estado respiratorio</b>
	<b>Indicadores:</b>	<b>Actividades:</b>	<b>041501</b> <b>Frecuencia respiratoria</b>
	<b>041501</b> <b>Frecuencia Respiratoria</b> 1 2 3 4 5 <b>GC SC MC LC NC Aumentar: 5</b> <b>Mantener: 4</b>	<b>3350.1</b> Medidas de Bioseguridad. <b>3350.2</b> Interacción con el paciente <b>3350.3</b> Monitorizar los signos vitales <b>3350.4</b> Vigilar la frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzo de las respiraciones. <b>3350.5</b> Monitorizar los patrones de respiración: bradipnea, taquipnea, etc.	1 2 3 4 5 GC SC MC LC <b>NC</b> <b>Puntuación cambio: +4</b>
	<b>041502</b> <b>Ritmo respiratorio</b> 1 2 3 4 5 <b>GC SC MC LC NC Aumentar: 5</b> <b>Mantener: 4</b>	<b>3390</b> <b>Ayuda a la ventilación</b>	<b>041502</b> <b>Ritmo respiratorio</b> 1 2 3 4 5 GC SC MC LC <b>NC</b> <b>puntuación cambio: +4</b>
	<b>041503</b> <b>Profundidad de la inspiración</b> 1 2 3 4 5 <b>GC SC MC LC NC Aumentar: 5</b> <b>Mantener: 4</b>	<b>3390.1</b> Colocar al paciente de manera que se minimicen los esfuerzos respiratorios. <b>3390.2</b> Enseñar técnicas de respiración.	<b>041503</b> <b>Profundidad de la inspiración</b> 1 2 3 4 5 GC SC MC LC <b>NC</b> <b>puntuación cambio: +4</b>
<b>041508</b> <b>Saturación de oxígeno</b> 1 2 3 4 5 <b>GC SC MC LC NC Aumentar: 5</b> <b>Mantener: 4</b>	<b>3320</b> <b>Oxigenoterapia</b>	<b>041508</b> <b>Saturación de oxígeno</b> 1 2 3 4 5 GC SC MC LC <b>NC</b> <b>puntuación cambio: +3</b>	
		<b>3320.1</b> Administrar oxígeno suplementario según órdenes. <b>3320.2</b> Controlar la eficacia de la oxigenoterapia, según corresponda.	

**Fuente:** Elaboración propia con base de datos de las taxonomías Nanda, Noc, Nic basado en Herdman H (2021), p. 313; Moorhead S (2018), p. 402,457-458; Butcher H (2018), p. 347,92-93,353.

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

Diagnóstico enfermería NANDA	Criterios de Evaluación NOC	Actividades de enfermería NIC	Evaluación del Logro NOC
(00132) Dolor agudo relacionado con agentes lesivos biológicos evidenciado por informa de la intensidad usando escalas estandarizadas de valoración del dolor EVA con puntuación de 8/10, cefalea intensa y conducta irritable.	<b>2102</b> <b>Nivel del dolor</b>	<b>1410</b> <b>Manejo del dolor agudo</b>	<b>2102</b> <b>Nivel del dolor</b>
	<b>Indicadores:</b>	<b>Actividades:</b>	<b>210201</b> <b>Dolor referido</b>
	<b>210201</b> <b>Dolor referido</b>	<b>1410.1</b> Medidas de Bioseguridad	1 2 3 4 5
	1 2 3 4 5	<b>1410.2</b> Interacción con el paciente	G S M L N
	G S M L N	<b>1410.3</b> Monitorizar los signos vitales	<b>puntuación cambio:</b>
	<b>Aumentar: 5</b>	<b>1410.4</b> Monitorizar el dolor utilizando una herramienta de medición válida y fiable apropiada a la edad y a la capacidad de comunicación	<b>+ 3</b>
	<b>Mantener: 4</b>	<b>1410.5</b> Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya localización, aparición, duración, frecuencia e intensidad, así como los factores que lo alivian y agudizan.	<b>210223</b> <b>Irritabilidad</b>
	<b>210223</b> <b>Irritabilidad</b>	<b>1410.6</b> Asegurarse de que el paciente reciba atención analgésica inmediata antes de que el dolor se agrave.	1 2 3 4 5
	1 2 3 4 5	<b>1410.7</b> Evitar el uso de analgésicos que puedan tener efectos adversos en ancianos.	G S M L N
	G S M L N	<b>2210</b> <b>Administración de analgésicos</b>	<b>puntuación cambio:</b>
<b>Aumentar: 5</b>	<b>Actividades:</b>	<b>+ 4</b>	
<b>Mantener: 4</b>	<b>2210.1</b> Comprobar las órdenes médicas en cuanto al medicamento, dosis y frecuencia del analgésico prescrito.	<b>1605</b> <b>Control del dolor</b>	
<b>160505</b> <b>Utiliza analgésicos como se recomienda</b>	<b>2210.2</b> Registrar el nivel del dolor antes y después de la administración de los analgésicos.	<b>160505</b> <b>Utiliza analgésicos como se recomienda</b>	
1 2 3 4 5		1 2 3 4 5	
ND RD AD FD SD		ND RD AD FD SD	
<b>Aumentar: 5</b>		<b>puntuación cambio:</b>	
<b>Mantener: 4</b>		<b>+ 4</b>	
<b>160511</b> <b>Refiere dolor controlado</b>		<b>160511</b> <b>Refiere dolor controlado</b>	
1 2 3 4 5		1 2 3 4 5	
ND RD AD FD SD		ND RD AD FD SD	
<b>Aumentar: 5</b>		<b>puntuación cambio:</b>	
<b>Mantener: 4</b>		<b>+ 4</b>	

**Fuente:** Elaboración propia con base de datos de las taxonomías Nanda, Noc, Nic basado en Herdman H (2021), p. 577; Moorhead S (2018), p. 466-467, 273-274; Butcher H (2018), p. 51-52, 306-307.

**Tabla 3** Plan de cuidados del diagnóstico enfermero: (00093) Fatiga.

Diagnóstico enfermería NANDA	Criterios de evaluación NOC	Actividades de enfermería NIC	Evaluación del Logro NOC
(00093) Fatiga relacionada con pérdida de la condición física evidenciado por expresión de cansancio, expresión de debilidad, agotamiento, cefalea e irritabilidad.	<p><b>0007</b> <b>Nivel de fatiga</b></p> <p><b>Indicadores:</b></p> <p><b>000701</b> <b>Agotamiento</b></p> <p>1 2 3 4 5 G S M L N</p> <p><b>Aumentar: 5</b> <b>Mantener: 4</b></p> <p><b>0008</b> <b>Fatiga: efectos nocivos</b></p> <p><b>Indicadores:</b></p> <p><b>000803</b> <b>Disminución de la energía</b></p> <p>1 2 3 4 5 G S M L N</p> <p><b>Aumentar: 5</b> <b>Mantener: 4</b></p> <p><b>000810</b> <b>Deterioro de la actividad física</b></p> <p>1 2 3 4 5 G S M L N</p> <p><b>Aumentar: 5</b> <b>Mantener: 4</b></p>	<p><b>0180</b> <b>Manejo de la energía</b></p> <p><b>Actividades:</b></p> <p><b>0180.1</b> Medidas de Bioseguridad</p> <p><b>0180.2</b> Interacción con el paciente</p> <p><b>0180.3</b> Monitorizar los signos vitales</p> <p><b>0180.4</b> Observar al paciente por si aparecen indicios de exceso de fatiga física y emocional.</p> <p><b>0180.5</b> Utilizar instrumentos válidos para medir la fatiga.</p> <p><b>0180.6</b> Determinar los déficits del estado fisiológico del paciente que producen fatiga según el contexto de la edad y el desarrollo.</p> <p><b>0180.7</b> Seleccionar intervenciones para reducir la fatiga combinando medidas farmacológicas y no farmacológicas, según corresponda.</p> <p><b>4310</b> <b>Terapia de actividad</b></p> <p><b>Actividades:</b></p> <p><b>4310.1</b> Ayudar al paciente a elegir actividades coherentes con sus posibilidades físicas.</p> <p><b>4310.2</b> Ayudar al paciente a centrarse en lo que puede hacer más que en las debilidades.</p>	<p><b>0007</b> <b>Nivel de fatiga</b></p> <p><b>000701</b> <b>Agotamiento</b></p> <p>1 2 3 4 5 G S M L N</p> <p><b>puntuación cambio: + 3</b></p> <p><b>0008</b> <b>Fatiga: efectos nocivos</b></p> <p><b>000803</b> <b>Disminución de la energía</b></p> <p>1 2 3 4 5 G S M L N</p> <p><b>puntuación cambio: + 3</b></p> <p><b>000810</b> <b>Deterioro de la actividad física</b></p> <p>1 2 3 4 5 G S M L N</p> <p><b>puntuación cambio: + 3</b></p>

**Fuente:** Elaboración propia con base de datos de las taxonomías Nanda, Noc, Nic basado en Herdman H (2021), p. 577; Moorhead S (2018), p. 495, 407; Butcher H (2018), p. 273, 410-411.

**Tabla 4** Plan de cuidados del diagnóstico enfermero: (00177) Estrés por sobrecarga.

Diagnóstico enfermería NANDA	Criterios de evaluación NOC	Actividades de enfermería NIC	Evaluación del Logro NOC
(00177) Estrés por sobrecarga relacionado con estresores evidenciado por expresar sentirse presionado, impacto negativo del estrés, aumento de la presión arterial y frecuencia respiratoria.	<p><b>1212</b> <b>Nivel del estrés</b></p> <p><b>Indicadores:</b></p> <p><b>121201</b> <b>Aumento de la presión arterial</b></p> <p>1 2 3 4 5 G S M L N <b>Aumentar: 5</b> <b>Mantener: 4</b></p> <p><b>121203</b> <b>Aumento de la frecuencia respiratoria</b></p> <p>1 2 3 4 5 G S M L N <b>Aumentar: 5</b> <b>Mantener: 4</b></p> <p><b>121206</b> <b>Cefalea tensional</b></p> <p>1 2 3 4 5 G S M L N <b>Aumentar: 5</b> <b>Mantener: 4</b></p>	<p><b>5270</b> <b>Apoyo emocional</b></p> <p><b>Actividades:</b></p> <p><b>5270.1</b> Medidas de Bioseguridad</p> <p><b>5270.2</b> Interacción con el paciente</p> <p><b>5270.3</b> Monitorizar los signos vitales</p> <p><b>5270.4</b> Explorar con el paciente que ha desencadenado las emociones.</p> <p><b>5270.5</b> Realizar afirmaciones empáticas y de apoyo.</p> <p><b>5270.6</b> Ayudar al paciente a reconocer sentimientos de ansiedad, ira o tristeza.</p> <p><b>6040</b> <b>Terapia de relajación</b></p> <p><b>Actividades:</b></p> <p><b>6040.1</b> Explicar el fundamento de la relajación y sus beneficios, límites y tipos de relajación disponible.</p> <p><b>6040.2</b> Mostrar y practicar la técnica de relajación con el paciente.</p>	<p><b>1212</b> <b>Nivel del estrés</b></p> <p><b>121201</b> <b>Aumento de la presión arterial</b></p> <p>1 2 3 4 5 G S M L N <b>puntuación cambio: + 4</b></p> <p><b>121203</b> <b>Aumento de la frecuencia respiratoria</b></p> <p>1 2 3 4 5 G S M L N <b>puntuación cambio: + 4</b></p> <p><b>121206</b> <b>Cefalea tensional</b></p> <p>1 2 3 4 5 G S M L N <b>puntuación cambio: + 4</b></p>

**Fuente:** Elaboración propia con base de datos de las taxonomías Nanda, Noc, Nic basado en Herdman H (2021), p. 455; Moorhead S (2018), p. 457-458; Butcher H (2018), p. 74, 419-120.

**Tabla 5** Plan de cuidados del diagnóstico enfermero: (00298) Disminución de la tolerancia a la actividad física.

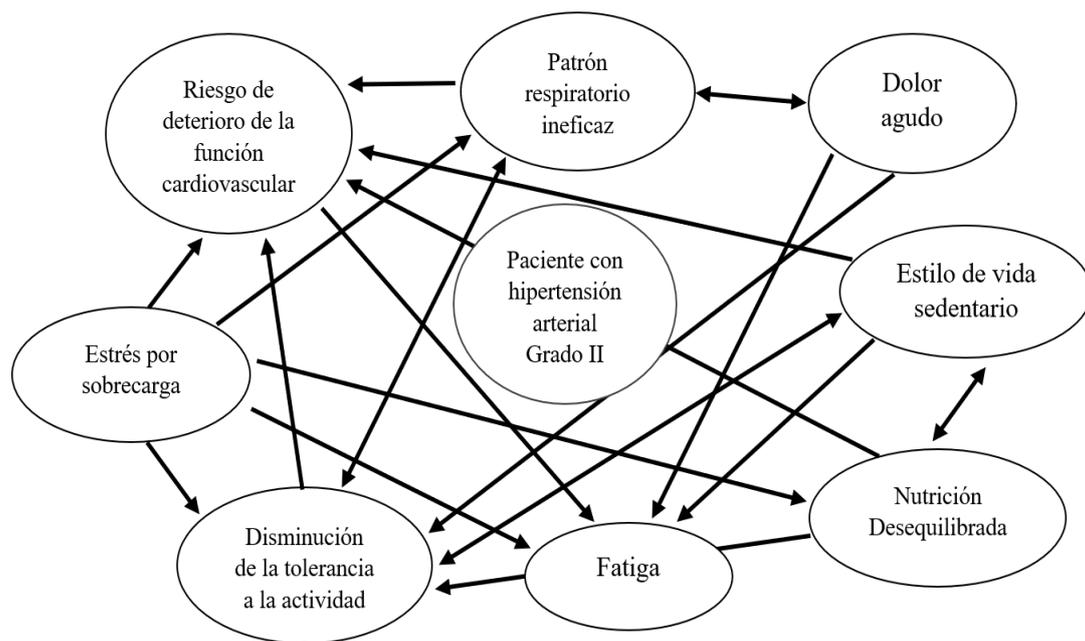
Diagnóstico enfermería NANDA	Criterios de evaluación NOC	Actividades de enfermería NIC	Evaluación del Logro NOC
(00298) Disminución de la tolerancia a la actividad física relacionada con pérdida de la condición física evidenciado por tensión arterial anormal en respuesta a la actividad, fatiga, agitación y bradipnea.	<p><b>0005</b> <b>Tolerancia a la actividad</b></p> <p><b>Indicadores:</b> <b>000504</b> <b>Presión arterial sistólica en respuesta a la actividad</b> 1 2 3 4 5 GC SC MC LC NC <b>Aumentar: 5</b> <b>Mantener: 4</b></p> <p><b>000503</b> <b>Frecuencia respiratoria en respuesta a la actividad</b> 1 2 3 4 5 GC SC MC LC NC <b>Aumentar: 5</b> <b>Mantener: 4</b></p> <p><b>000519</b> <b>Tolerancia a la caminata</b> 1 2 3 4 5 GC SC MC LC NC <b>Aumentar: 5</b> <b>Mantener: 4</b></p> <p><b>000518</b> <b>Facilidad para realizar las (AVD)</b> 1 2 3 4 5 GC SC MC LC NC <b>Aumentar: 5</b> <b>Mantener: 4</b></p>	<p><b>0180</b> <b>Manejo de la energía</b></p> <p><b>Actividades:</b> <b>0180.1</b> Medidas de Bioseguridad <b>0180.2</b> Interacción con el paciente <b>0180.3</b> Monitorizar los signos vitales <b>0180.4</b> Observar al paciente por si aparecen indicios de exceso de fatiga física y emocional. <b>0180.5</b> Vigilar la respuesta cardiorrespiratoria a la actividad. <b>0180.6</b> Ayudar en las actividades físicas normales (deambulacion, traslados, cambios posturales, etc.) si es necesario. <b>0180.7</b> Facilitar la alternancia de periodos de reposo y actividad.</p>	<p><b>0005</b> <b>Tolerancia a la actividad</b></p> <p><b>000504</b> <b>Presión arterial sistólica en respuesta a la actividad</b> 1 2 3 4 5 GC SC MC LC NC <b>puntuación cambio: + 4</b></p> <p><b>000503</b> <b>Frecuencia respiratoria en respuesta a la actividad</b> 1 2 3 4 5 GC SC MC LC NC <b>puntuación cambio: + 4</b></p> <p><b>000519</b> <b>Tolerancia a la caminata</b> 1 2 3 4 5 GC SC MC LC NC <b>puntuación cambio: + 3</b></p> <p><b>000518</b> <b>Facilidad para realizar las (AVD)</b> 1 2 3 4 5 GC SC MC LC NC <b>puntuación cambio: + 3</b></p>

**Fuente:** Elaboración propia con base de datos de las taxonomías Nanda, Noc, Nic basado en Herdman H (2021), p. 296; Moorhead S (2018), p. 583; Butcher H (2018), p. 273.

**Tabla 6** Plan de cuidados del diagnóstico enfermero: (00311) Riesgo de deterioro de la función cardiovascular.

Diagnóstico enfermería NANDA	Criterios de evaluación NOC	Actividades de enfermería NIC	Evaluación del Logro NOC
(00311) Riesgo de deterioro de la función cardiovascular según lo evidenciado por conocimientos insuficientes de los factores modificables.	<p><b>1837</b></p> <p><b>Conocimiento: control de hipertensión</b></p> <p><b>Indicadores:</b></p> <p><b>183705</b></p> <p><b>Complicaciones potenciales de la hipertensión</b></p> <p>1 2 3 4 5</p> <p>NC <b>CE</b> CM CS CE</p> <p><b>Aumentar: 5</b></p> <p><b>Mantener: 4</b></p>	<p><b>6680</b></p> <p><b>Monitorización de los signos vitales</b></p> <p><b>Actividades:</b></p> <p><b>6680.1</b> Medidas de Bioseguridad</p> <p><b>6680.2</b> Interacción con el paciente</p> <p><b>6680.3</b> Monitorizar los signos vitales</p> <p><b>6680.4</b> Observar las tendencias y fluctuaciones de la P.A</p> <p><b>6680.5</b> Monitorizar la P.A, pulso y respiraciones durante y después de la actividad.</p>	<p><b>1837</b></p> <p><b>Conocimiento: control de hipertensión</b></p> <p><b>183705</b></p> <p><b>Complicaciones potenciales de la hipertensión</b></p> <p>1 2 3 4 5</p> <p>NC CE CM CS <b>CE</b></p> <p><b>Puntuación cambio: +3</b></p>
	<p><b>183716</b></p> <p><b>Beneficios de las modificaciones del estilo vida</b></p> <p>1 2 3 4 5</p> <p>NC <b>CE</b> CM CS CE</p> <p><b>Aumentar: 5</b></p> <p><b>Mantener: 4</b></p>	<p><b>4162</b></p> <p><b>Manejo de la hipertensión</b></p> <p><b>Actividades:</b></p> <p><b>4162.1</b> Instruir en la forma de tener una pauta alimenticia saludable.</p> <p><b>4162.2</b> Formar en relación con la actividad física adecuada</p> <p><b>4162.3</b> Proporcionar información relacionada con el propósito y beneficio de los cambios del estilo de vida.</p> <p><b>4162.4</b> Formar en relación con la auto medición de la presión sanguínea y cómo informar de los hallazgos anormales.</p> <p><b>4162.5</b> Instruir al paciente para que reconozca y evite situaciones que puedan aumentar su P.A.</p>	<p><b>183716</b></p> <p><b>Beneficios de las modificaciones del estilo vida</b></p> <p>1 2 3 4 5</p> <p>NC CE CM CS <b>CE</b></p> <p><b>puntuación cambio: + 3</b></p>
	<p><b>183720</b></p> <p><b>Estrategias para controlar el estrés</b></p> <p>1 2 3 4 5</p> <p><b>NC</b> CE CM CS CE</p> <p><b>Aumentar: 5</b></p> <p><b>Mantener: 4</b></p>		<p><b>183720</b></p> <p><b>Estrategias para controlar el estrés</b></p> <p>1 2 3 4 5</p> <p>NC CE CM CS <b>CE</b></p> <p><b>puntuación cambio: +4</b></p>

**Fuente:** Elaboración propia con base de datos de las taxonomías Nanda, Noc, Nic basado en Herdman H (2021), p. 318; Moorhead S (2018), p. 194-195; Butcher H (2018), p. 341,275.



**Figura 1** Red de razonamiento clínico del modelo AREA.

### Figura 1: Interpretación

Se realizó un análisis del Modelo ÁREA en base a nuestro caso clínico, en el cual luego de establecer los diagnósticos enfermeros (DE) más frecuentes, se evidenció su relación con las comorbilidades inherentes al proceso de salud-enfermedad. Entre ellos, podemos resaltar un Estilo de vida sedentario, puesto que los pacientes con hipertensión arterial están en riesgo de agravar su situación de salud si tienen una vida con escasa actividad física. Este diagnóstico predominante tiene una relación causal con un riesgo de deterioro de la función cardiovascular y la fatiga, asimismo una relación causa y efecto con disminución de la tolerancia a la actividad y nutrición desequilibrada. El estrés por sobrecarga se presentó en nuestro paciente debido a la

inconmensurable presión y preocupación a causa de los problemas familiares que tiene con sus hermanos. Tiene una relación directa con patrón respiratorio ineficaz, riesgo deterioro de la función cardiovascular, fatiga, disminución de la tolerancia a la actividad y nutrición desequilibrada. Estas relaciones se lograron determinar en pacientes con hipertensión arterial, dado que un estado de estrés continuo puede suscitar la alteración de la presión arterial, una respiración inadecuada, sensación de cansancio, además el paciente se vuelve predispuesto a tener desórdenes alimenticios y poca energía para realizar sus actividades de la vida diaria (AVD). El DE riesgo de deterioro de la función cardiovascular, se manifestó en nuestro paciente debido conductas y gestión de la

salud inadecuadas que está llevando nuestro paciente, de esta forma se resalta que el individuo necesita educación para mejorar sus actitudes frente a su enfermedad, este DE tiene una relación de efecto con patrón respiratorio ineficaz, estilo de vida sedentario, nutrición desequilibrada, estrés por sobrecarga, y una disminución de la tolerancia a la actividad física, y solo una relación causal con la fatiga. Se entablo estas relaciones, puesto que un esquema respiratorio deficiente altera la función cardiovascular de la persona, así como las conductas y actitudes incorrectas ocasionan un riesgo en la función CV, al igual que una nutrición desequilibrada puede elevar el colesterol y triglicéridos que pueden generar un alza o inestabilidad en el gasto cardíaco. Así mismo el riesgo de contraer un déficit en función cardíaca arterial puede suscitar una sensación de fatiga constante en el adulto mayor, debido a las variaciones en el gasto cardíaco. Otro DE es la fatiga, que se origina en nuestro paciente por el cuadro de estrés emocional que presenta, y por llevar un estilo de vida poco recomendable para pacientes con su condición. Este DE tiene una relación de efecto con riesgo de deterioro de la función cardiovascular, con estrés por sobrecarga, estilo de vida sedentaria, y dolor agudo. Se establecieron estas relaciones, ya que las fluctuaciones e inestabilidades en los niveles de PA originan una sensación de agotamiento en la persona

con HTA y disminución de su capacidad física y mental, además un estado de fatiga puede ser producido por la sobrecarga de diversos estresores que ponen en peligro el estado anímico del paciente, un incorrecto estilo de vida pone en riesgo la capacidad productiva y de gestión de salud del paciente, por este motivo la persona puede encontrarse con fatiga, asimismo el dolor agudo causa un incomfort en el bienestar del usuario que puede reducir su energía y generar apatía a las AVD. El DE dolor agudo tiene una relación causal con una disminución de la tolerancia a la actividad y con la fatiga, puesto que el malestar que el dolor le causa al paciente directamente afecta su capacidad para hacer algún tipo de actividad. Este DE afecta el patrón respiratorio del paciente de forma negativa, ya que irrumpe el ciclo normal de la respiración. El DE disminución de la tolerancia a la actividad tiene una estrecha relación causa y efecto con el patrón respiratorio ineficaz, ya que el paciente al no tener una actividad frecuente se le dificulta tener una respiración eficaz, así mismo, una respiración ineficaz hace que le cueste mucho más al paciente hacer actividad física. Por otro lado, una poca actividad física tiene consecuencia directa en la función cardiovascular, lo que puede producir enfermedades que afectan a las arterias del corazón y al resto del organismo. Por último, el DE patrón respiratorio ineficaz guarda una relación de

causa y efecto con el dolor agudo, el cual va a condicionar a que nuestro paciente tenga una disminución de la tolerancia de la actividad, y a la vez provocara la fatiga, en consecuencias de lo mencionado. Asimismo, se indica que estas relaciones se describen en pacientes con ciertos factores que determinan un estado respiratorio ineficaz en el usuario produciendo complicaciones en la salud en general del paciente.

#### 4. Discusión

El desarrollo del estudio presentado, en base al caso clínico propuesto, aplicado a un paciente de edad avanzada con diagnóstico de crisis hipertensiva agravado con falta de oxígeno, se sustenta en dar a conocer las intervenciones de Enfermería que se ejecutaron, con un esquema ordenado estructuralmente e integral, con la finalidad de registrar los obstáculos o complicaciones que se puedan presentar. Estos resultados nos mostraran los procedimientos que debemos de llevar desde un inicio, a través de intervenciones de enfermería acordes a la enfermedad presentada que nos ayudaran a cumplir nuestros objetivos propuestos para así asegurar su pronta recuperación y bienestar de su persona.

En este apartado se señalarán los resultados deseados en porcentajes, posterior a la ejecución de cuidados e intervenciones de enfermería.

A partir de la evaluación de los datos adquiridos en el primer Diagnóstico de enfermería (DE): Patrón respiratorio ineficaz, en cuanto a las intervenciones se dieron en un 100

% en el individuo. NANDA define al Patrón respiratorio ineficaz como: La inspiración y/o espiración que no proporciona una ventilación adecuada (16). El problema de HTA desencadena en un 35% los sucesos cardiovasculares ateroscleróticos y en cierta medida 49% la ocurrencia de falla cardíaca y eleva el peligro de eventos cerebrovasculares. Entonces se puede interpretar, que estos pacientes tienen un alto riesgo de desarrollar falencias cardio – cerebrovasculares, estos eventos cardiovasculares que puedan presentar desencadenan episodios de alteración en el patrón respiratorio debido a la demanda de oxígeno que tienen por trasportar y el gasto cardiaco (3).

Según la evaluación de los datos del segundo Diagnostico de enfermería: Dolor agudo, en cuanto a las intervenciones, se logró brindar las intervenciones en un 100% en el usuario. NANDA define al Dolor agudo como: La experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial, o descrita en tales términos (International Association for The Study of Pain); inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve a grave con un final anticipado o previsible, y con una

duración inferior a tres meses (16). De igual forma, la OMS expresa que la Hipertensión Arterial (HTA) es considerada como una afección predominante durante la atención primaria de salud, ya que afecta los órganos internos del cuerpo como es el corazón, encéfalo y riñones. Esta patología pocas veces presenta síntomas y signos, por lo que se considera asintomática, es decir las personas solo tienen conocimiento de esta, al momento de hacerse control correspondiente, dentro de los problemas originados por la Hipertensión arterial se puede dar cefalea intensa, dolor agudo en el pecho o brazo izquierdo que pueden generar una incomodidad y alteración de su estado de bienestar de la persona (2).

Según la evaluación de los datos del tercer Diagnóstico de enfermería: Fatiga, nos indica que las intervenciones fueron brindadas en un 100%, fomentando una mejoría en el individuo. NANDA manifiesta sobre la fatiga que: Sensación abrumadora y sostenida de agotamiento y disminución de la capacidad para el trabajo físico y mental habitual (16). Actualmente el paciente de edad geriátrica es aquejado por enfermedades crónicas y estados asociados, que implican complicaciones e incluso el fallecimiento de esta población. Dentro de estas patologías encontramos la hipertensión arterial la cual compone una de las cuestiones de salud primordiales en países potencia, pero en especial en los

subdesarrollados, las personas de edad avanzada tienen una disminución de sus capacidades, pero el padecimiento de afecciones crónicas puede aseverar este estado y producir una sensación de cansancio intenso y agotamiento, como la fatiga (8).

Según la evaluación de los datos del cuarto Diagnóstico de enfermería: Estrés por sobrecarga, se evidencia que las intervenciones fueron dadas en un 100%, ayudando en su mejoría en el individuo. NANDA señala que el estrés por sobrecarga: excesiva cantidad y tipo de demandas que requieren de acción (16). Por otro lado, en el mundo, la población adulta se incrementa, el envejecimiento demográfico es un reto del siglo actual, en similar magnitud, las enfermedades no transmisibles que impactan a estos pacientes, entre las que podemos encontrar a la hipertensión arterial como la más frecuente, por este motivo el adulto mayor que este pasando por una situación estresante o por problemas que generen preocupación pueden agravar los niveles de TA y ocasionar daños contraproducentes en su enfermedad (7).

Según la evaluación de los datos del quinto Diagnóstico de enfermería: Disminución de la tolerancia a la actividad física, se puede contemplar que las intervenciones de enfermería fueron concretadas en un 100 %, observando una mejoría notable en el

individuo. NANDA manifiesta que la disminución de la tolerancia a la actividad física: es la resistencia insuficiente para completar las actividades requeridas de la vida diaria (16). Entre los factores de riesgo que predominan para padecer de HTA están la presencia de otra patología o comorbilidad, antecedentes familiares de HTA, IMC elevado con sobrepeso u obesidad, teniendo como fundamento esta premisa una disminución de la actividad puede desencadenar en el sedentarismo u obesidad que propicia complicaciones o agravamientos en el estado de la HTA, por esto es importante fomentar un estilo de vida saludable acorde a las capacidades del adulto mayor (5).

Según la evaluación de los datos del sexto Diagnóstico de enfermería: Riesgo de deterioro de la función cardiovascular, podemos resaltar que las intervenciones proporcionadas en un 100%, lograron el bienestar en el usuario. NANDA manifiesta sobre el Riesgo de deterioro de la función cardiovascular que: es la susceptibilidad de alteración en el transporte de sustancias, homeostasis corporal, eliminación de los residuos metabólicos tisulares y funciones orgánicas, que puede comprometer la salud (16). Una de las complicaciones que puede originar la HTA son las crisis hipertensivas (CH) que conforman un porcentaje significativo de ocurrencias clínicas, donde se desencadena un aumento exacerbado

de la presión arterial con valores superiores al grado alto. Un estilo de vida inadecuado o sedentario y las patologías comorbilidades pone en riesgo al adulto mayor hipertenso a sufrir de CH, a diferencia del resto de pacientes con HTA, las actitudes y comportamientos erróneos para el control de la hipertensión pueden causar un deterioro de la función cardiovascular o dañar un órgano blanco, lo cual puede exponer la salud del usuario, por este motivo se sugiere el manejo de la hipertensión arterial para evitar crisis hipertensivas o daños a nivel arterial y cardiaco. (4).

## 5. Conclusiones

El desarrollo del estudio presentado, en base al caso clínico propuesto, aplicado a un paciente de edad avanzada con diagnóstico de crisis hipertensiva agravado con falta de oxígeno, se sustenta en dar a conocer las intervenciones de Enfermería que se ejecutaron, con un esquema ordenado estructuralmente e integral, con la finalidad de registrar los obstáculos o complicaciones que se puedan presentar. Estos resultados nos mostraran los procedimientos que debemos de llevar desde un inicio, a través de intervenciones de enfermería acordes a la enfermedad presentada que nos ayudaran a cumplir nuestros objetivos propuestos para así asegurar su pronta recuperación y bienestar de su persona.

En este apartado se señalarán los resultados deseados en porcentajes, posterior a la ejecución de cuidados e intervenciones de enfermería.

A partir de la evaluación de los datos adquiridos en el primer Diagnóstico de enfermería (DE): Patrón respiratorio ineficaz, en cuanto a las intervenciones se dieron en un 100

% en el individuo. NANDA define al Patrón respiratorio ineficaz como: La inspiración y/o espiración que no proporciona una ventilación adecuada (16). El problema de HTA desencadena en un 35% los sucesos cardiovasculares ateroscleróticos y en cierta medida 49% la ocurrencia de falla cardíaca y eleva el peligro de eventos cerebrovasculares. Entonces se puede interpretar, que estos pacientes tienen un alto riesgo de desarrollar falencias cardio – cerebrovasculares, estos eventos cardiovasculares que puedan presentar desencadenan episodios de alteración en el patrón respiratorio debido a la demanda de oxígeno que tienen por trasportar y el gasto cardíaco (3).

Según la evaluación de los datos del segundo Diagnostico de enfermería: Dolor agudo, en cuanto a las intervenciones, se logró brindar las intervenciones en un 100% en el usuario. NANDA define al Dolor agudo como: La experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por

una lesión tisular real o potencial, o descrita en tales términos (International Association for The Study of Pain); inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve a grave con un final anticipado o previsible, y con una duración inferior a tres meses (16). De igual forma, la OMS expresa que la Hipertensión Arterial (HTA) es considerada como una afección predominante durante la atención primaria de salud, ya que afecta los órganos internos del cuerpo como es el corazón, encéfalo y riñones. Esta patología pocas veces presenta síntomas y signos, por lo que se considera asintomática, es decir las personas solo tienen conocimiento de esta, al momento de hacerse control correspondiente, dentro de los problemas originados por la Hipertensión arterial se puede dar cefalea intensa, dolor agudo en el pecho o brazo izquierdo que pueden generar una incomodidad y alteración de su estado de bienestar de la persona (2).

Según la evaluación de los datos del tercer Diagnóstico de enfermería: Fatiga, nos indica que las intervenciones fueron brindadas en un 100%, fomentando una mejoría en el individuo. NANDA manifiesta sobre la fatiga que: Sensación abrumadora y sostenida de agotamiento y disminución de la capacidad para el trabajo físico y mental habitual (16). Actualmente el paciente de edad geriátrica es aquejado por enfermedades crónicas y estados asociados, que implican complicaciones e

incluso el fallecimiento de esta población. Dentro de estas patologías encontramos la hipertensión arterial la cual compone una de las cuestiones de salud primordiales en países potencia, pero en especial en los subdesarrollados, las personas de edad avanzada tienen una disminución de sus capacidades, pero el padecimiento de afecciones crónicas puede aseverar este estado y producir una sensación de cansancio intenso y agotamiento, como la fatiga (8).

Según la evaluación de los datos del cuarto Diagnóstico de enfermería: Estrés por sobrecarga, se evidencia que las intervenciones fueron dadas en un 100%, ayudando en su mejoría en el individuo. NANDA señala que el estrés por sobrecarga: excesiva cantidad y tipo de demandas que requieren de acción (16). Por otro lado, en el mundo, la población adulta se incrementa, el envejecimiento demográfico es un reto del siglo actual, en similar magnitud, las enfermedades no transmisibles que impactan a estos pacientes, entre las que podemos encontrar a la hipertensión arterial como la más frecuente, por este motivo el adulto mayor que este pasando por una situación estresante o por problemas que generen preocupación pueden agravar los niveles de TA y ocasionar daños contraproducentes en su enfermedad (7).

Según la evaluación de los datos del quinto Diagnóstico de enfermería: Disminución de la tolerancia a la actividad física, se puede contemplar que las intervenciones de enfermería fueron concretadas en un 100 %, observando una mejoría notable en el individuo. NANDA manifiesta que la disminución de la tolerancia a la actividad física: es la resistencia insuficiente para completar las actividades requeridas de la vida diaria (16). Entre los factores de riesgo que predominan para padecer de HTA están la presencia de otra patología o comorbilidad, antecedentes familiares de HTA, IMC elevado con sobrepeso u obesidad, teniendo como fundamento esta premisa una disminución de la actividad puede desencadenar en el sedentarismo u obesidad que propicia complicaciones o agravamientos en el estado de la HTA, por esto es importante fomentar un estilo de vida saludable acorde a las capacidades del adulto mayor (5).

Según la evaluación de los datos del sexto Diagnóstico de enfermería: Riesgo de deterioro de la función cardiovascular, podemos resaltar que las intervenciones proporcionadas en un 100%, lograron el bienestar en el usuario. NANDA manifiesta sobre el Riesgo de deterioro de la función cardiovascular que: es la susceptibilidad de alteración en el transporte de sustancias, homeostasis corporal, eliminación de los residuos

metabólicos tisulares y funciones orgánicas, que puede comprometer la salud (16). Una de las complicaciones que puede originar la HTA son las crisis hipertensivas (CH) que conforman un porcentaje significativo de ocurrencias clínicas, donde se desencadena un aumento exacerbado de la presión arterial con valores superiores al grado alto. Un estilo de vida inadecuado o sedentario y las patologías comorbilidades pone en riesgo al adulto mayor hipertenso a sufrir de CH, a diferencia del resto de pacientes con HTA, las actitudes y comportamientos erróneos para el control de la hipertensión pueden causar un deterioro de la función cardiovascular o dañar un órgano blanco, lo cual puede exponer la salud del usuario, por este motivo se sugiere el manejo de la hipertensión arterial para evitar crisis hipertensivas o daños a nivel arterial y cardiaco. (4).

## 6. Referencias

1. Cruz J. Manejo de la hipertensión arterial en el adulto mayor. Revista Med. interna de México [Internet]. 2019 [citado el 24 de abril 2022];35 (4): 515-524. Disponible en: <https://medicinainterna.org.mx/article/manejo-de-la-hipertension-arterial-en-el-adulto-mayor/>
2. Ataucusi S y Nieto J. Nivel de conocimiento sobre la hipertensión arterial en la casa del adulto mayor asociación corazones contentos, Lurín - 2019 [Tesis para optar el título de licenciado(a) en enfermería]. Ica, Perú: Repositorio institucional Universidad Autónoma de Ica; 2019. Disponible en: <http://repositorio.autonomaieca.edu.pe/bitstream/autonomaieca/606/4/ATAUCUSI%20NAVARRO%20SONIANIETO%20OESTELA%20JUAN%20MANUEL%20-%20OK.pdf>
3. Quitian J, Rodriguez D, Carvajal J. Síndrome de descompresión pericárdica: una entidad poco frecuente. Revista Colombiana de cardiología [Internet]. 2 de junio de 2016 [citado el 24 de abril 2022]. Disponible en: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S012056331600070X?token=868D070701E8AFCA52CADB74CAA559E6A7DC46F91A59A0FF1979CB83E65F47F502174BD92686E2F0395F0BE67F21DEF6&originRegion=us-east1&originCreation=20220424083006>
4. Valdés O, Chávez E, Torres F. Comportamiento de las Crisis Hipertensivas en un Grupo de Pacientes Hipertensos. Revista Ciencia e innovación en salud [Internet]. 2014 [citado el 25 de abril de 2022]; 2 (1): 40 – 45. Disponible en: <http://revistas.unisimon.edu.co/index.php/innovacionsalud/article/download/72/2816>
5. Quintana A. Prevalencia y factores de riesgo asociados a la hipertensión arterial

en el adulto mayor del centro de salud Chongoyape, 2018. Revistas científicas uss [Internet]. 23 de mayo de 2019 [citado el 24 de abril 2022]. Disponible en: <http://revistas.uss.edu.pe/index.php/cura/article/view/1107/946>

6. Pérez D y Rodríguez M. Nivel de conocimientos, sobre hipertensión arterial, de pacientes atendidos en un Centro de Diagnóstico Integral de Venezuela. ccm [Internet]. 2015 [citado el 24 de abril 2022]; 19(3): 406-417. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=60935>
7. Gonzales MI, Gonzales M, Toirac Y, Milanés JJ. Caracterización de hipertensión arterial en adultos mayores. el polígono. El Polígono. Policlínico Jimmy Hirzel. 2014. Medigraphic - Literatura Biomédica [Internet]. 2014 [citado el 24 de abril 2022]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/multimed/mul2015/mul154c.pdf>
8. González S, Gómez M, Viñas M. Características clínicas y del estilo de vida asociadas a la hipertensión arterial en adultos mayores. MediCiego [Internet]. 2010 [citado el 24 de abril 2022]; 16 (2) Disponible en: <http://www.revmediciego.sld.cu/index.php/mediciego/article/view/1230>
9. Salazar P, Rotta A, Otiniano F. Hipertensión en el adulto mayor. Rev Med Hered [Internet]. 2016 [citado el 24 de abril 2022]; 27(1): 60-66. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1018-130X2016000100010&lng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2016000100010&lng=es)
10. Baglietto J, Mateos A, Nava J, Rodríguez P, Rodríguez F. Nivel de conocimiento en hipertensión arterial en pacientes con esta enfermedad de la Ciudad de México Medigraphic - Literatura Biomédica [Internet]. Febrero 2020 [citado el 24 de abril 2022]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/medintmex/mim-2020/mim201b.pdf>
11. Cordero ML, Asitimbay JI. Conocimientos, actitudes y prácticas de los pacientes con diagnóstico de hipertensión que acuden al servicio de cardiología de la consulta externa del IESS Seguro de Salud Central, Cuenca. 2015. [Tesis para optar al título de licenciada en enfermería]. Cuenca: Universidad de Cuenca; 2016. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/23495.pdf>
12. Alejos M, Maco J. Nivel de conocimiento sobre hipertensión arterial en pacientes hipertensos; 2017 [Tesis para optar el título de especialista en enfermería en cuidado cardiovascular]. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2017. Disponible en: [https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/1007/Nivel\\_AlejosGarcia\\_Mireyllle.pdf?sequence=3&isAllowed=y](https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/1007/Nivel_AlejosGarcia_Mireyllle.pdf?sequence=3&isAllowed=y)

13. Castro V, Berli M, Goldbaum M, Galvao C, Guimaraes M. Vista de Prácticas autoreferidas para controlar la hipertensión y la diabetes mellitus en adultos mayores de Campinas, Brasil, en tres períodos. Salud Colectiva [Internet]. 17 de mayo de 2020. Disponible en: <http://revistas.unla.edu.ar/saludcolectiva/article/view/2407/1595>
14. Medina I, Morales R, Castillo J. Factores asociados a la adherencia al tratamiento en el adulto y adulto mayor con hipertensión arterial de un hospital general, octubre 2016. [Tesis para optar el grado de Licenciada en Enfermería] Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2017. Disponible en: [https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/775/Factores\\_MedinaGutierrez\\_Rayda.pdf?sequence=3&isAllowed=y](https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/775/Factores_MedinaGutierrez_Rayda.pdf?sequence=3&isAllowed=y)
15. Puicón S. El nivel de conocimiento sobre hipertensión arterial en adultos mayores en el centro de salud José Quiñones Gonzáles mayo -octubre 2019. [Tesis para optar el título profesional de licenciada en enfermería]. Chiclayo: Universidad de Chiclayo; 2019. Disponible en: [http://repositorio.udch.edu.pe/bitstream/UDCH/567/1/T044\\_72631260\\_T.pdf](http://repositorio.udch.edu.pe/bitstream/UDCH/567/1/T044_72631260_T.pdf)
16. NANDA International, Inc. Diagnósticos enfermeros, definiciones y clasificación. Duodécima edición. España: ELSELVIER; 2021.
17. Nursing Outcomes Classification (NOC). Clasificación de Resultados de Enfermería. Medición de resultados en Salud. Sexta edición. España: ELSELVIER; 2018.
18. Nursing Interventions Classification (NIC). Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). Séptima edición. España: ELSELVIER; 2018.