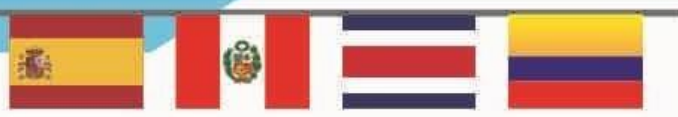




# VI Encuentro Internacional de Cuidado

Retos del modelo de atención en salud en la práctica del cuidado



# VI

## ENCUENTRO INTERNACIONAL DE CUIDADO: RETOS DEL MODELO DE ATENCIÓN EN SALUD EN LA PRÁCTICA DEL CUIDADO.

**ISSN 2346-2582**

**ORGANIZADO POR**

**Grupo de Cuidado de Enfermería**

**Universidad Francisco de Paula Santander**



**Universidad Francisco  
de Paula Santander**  
Vigilada Mineducación

**Noviembre 9 y 10 de 2017**

**Auditorio: Edificio de Posgrados.  
Universidad Francisco de Paula Santander.  
San José de Cúcuta, Colombia.**

**MEMORIAS DE TRABAJOS PRESENTADOS  
EN MODALIDAD ORAL Y PÓSTER**

## AGRADECIMIENTOS

**María Del Pilar Ureña Molina**

Directora Grupo de Investigación de Cuidado de  
Enfermería

Universidad Francisco de Paula Santander

**Comité organizador.**

Gloria Bautista Espinel

Ligia Teresa Mora Delgado

Mónica Peñaloza García

María del Pilar Ureña Molina

Martha Ligia Velandia Galvis

Olga Marina Vega Angarita

E-mail: [gcuidado@ufps.edu.co](mailto:gcuidado@ufps.edu.co)



## Contenido

---

PALABRAS DE APERTURA I .....	6
PALABRAS DE APERTURA II .....	8
I. Modalidad presentación oral .....	10
IMPLANTACIÓN DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA: PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN MAYORES DE 65 AÑOS.....	11
SISTEMA DE SALUD DE COSTA RICA .....	15
CUIDADO HUMANIZADO COMO ELEMENTO DEL MODELO DE ATENCIÓN EN SALUD: UNA EXPERIENCIA DESDE LA ACADEMIA.....	19
FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA DEL PACIENTE ANTICOAGULADO .....	25
MANUAL DE DROGAS ADRENÉRGICAS PARA LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL INSTITUTO AUTÓNOMO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LOS ANDES. MÉRIDA, 2017.....	31
RETOS DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA EN LA CRONICIDAD PARA COLOMBIA .....	36
PROGRAMA DE CAPACITACIÓN PARA LA APLICACIÓN DE LENGUAJES ESTANDARIZADOS EN LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL INSTITUTO AUTÓNOMO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LOS ANDES. MÉRIDA 2017.....	38
COMUNICACIÓN ASERTIVA CON EL PACIENTE Y EL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO QUE INTERVIENE EN PRO DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE .....	43
EVALUACIÓN DE LA PRÁCTICA REFLEXIVA MEDIANTE LA EXPERIENCIA DEL DIARIO REFLEXIVO, EN ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA .....	47
CIENCIA, TECNOLOGÍA E INNOVACIÓN EN LA PRÁCTICA DE ENFERMERÍA.....	49
PERCEPCIÓN DEL CUIDADO HUMANIZADO EN UN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIAS	52
SIGNIFICADO DE LA DISCAPACIDAD CAUSADA POR UN TRAUMATISMO INESPERADO.....	58
II. Modalidad presentación poster .....	65
VIVENCIAS DEL PACIENTE CARDIOVASCULAR DURANTE LA ESTANCIA EN LA UNIDAD	



CORONARIA .....	66
RIESGO DE EVENTO CARDIOVASCULAR EN DOCENTES: EL CUIDADO ORIENTADO HACIA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD .....	74
CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE LOS EXÁMENES UTILIZADOS EN LA DETECCIÓN TEMPRANA DEL CÁNCER DE PRÓSTATA .....	80
SINDROME DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR INFORMAL DE PACIENTES CON ENFERMEDADES PSIQUIÁTRICAS EN UNA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD DE CÚCUTA, COLOMBIA .....	86
LA SALUD MENTAL DEL CUIDADOR: UNA EXPERIENCIA DE CALIDAD DE VIDA O SOBRECARGA .....	92
PERCEPCIÓN DE CONDICIONES DE SEGURIDAD DEL ENTORNO HOSPITALARIO DE PACIENTES CON ENFERMEDAD CRÓNICA EN COLOMBIA.....	103
CUIDADOS DE ENFERMERÍA PARA EL BIENESTAR DEL BINOMIO MADRE –HIJO, DURANTE EL TRABAJO DE PARTO .....	108
PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE ATENCION RECIBIDA POR LOS USUARIOS DEL SERVICIO DE URGENCIAS ADULTO DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO ERASMO MEOZ.....	114
RIESGO CARDIOVASCULAR GLOBAL EN TRAJADORES DE LA SALUD DE UNA IPS DE CÚCUTA EN EL SEGUNDO SEMESTRE DEL AÑO 2016 .....	124
COMPETENCIA PARA CUIDAR EN EL HOGAR DE LA DIADA PACIENTE CRÓNICO-CUIDADOR. ÁREA METROPOLITANA DE BUCARAMANGA .....	134
III. Anexos .....	139



## PALABRAS DE APERTURA I

Para la Universidad Francisco de Paula Santander, es realmente satisfactorio contribuir al fortalecimiento y difusión del conocimiento de estudiantes, docentes y personal de salud, en torno a los “MODELO DE ATENCIÓN EN SALUD”, es por ello que el VI Encuentro Internacional de Cuidado, ha tomado como enfoque: “RETOS DEL MODELO DE ATENCIÓN EN SALUD EN LA PRÁCTICA DEL CUIDADO”.

El programa de enfermería y el Grupo de Investigación en Cuidado de Enfermería (GICE), reconocen la importancia de los esfuerzos realizados a nivel país en el establecimiento de la POLITICA ATENCIÓN EN SALUD, la cual viene siendo implementada desde los lineamientos del Modelo de atención en salud, y es liderada por el Ministerio de Salud y Protección Social.

En este sentido el grupo de Cuidado del programa de Enfermería de la Universidad Francisco de Paula Santander, mediante el presente encuentro, busca compartir y fortalecer las experiencias desarrolladas en torno a Modelos de atención en salud por otros países. Que desde finales del siglo pasado y comienzos del presente se han hecho, mediante propuestas basadas en modelos de atención integral.

Entidades como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), muestran los modelos de atención, cómo una solución integral en la estrategia de resolución de los sistemas de salud y el ordenamiento de los modelos de prestación y aseguramiento, algo que diversos países han intentado y en que la jornada de estos dos días nos contarán sus experiencias.

En esta visión, los modelos de atención de salud deben basarse, ser sistemas eficaces de atención primaria; orientarse a la familia y la comunidad; incorporar el enfoque de ciclo de vida; tener en cuenta las consideraciones de género y las particularidades culturales.

El Objetivo del VI Encuentro Internacional de Cuidado, es el proporcionar espacios para el intercambio científico de conocimiento y de experiencias de cuidado en los diferentes escenarios del ejercicio profesional: asistencia, docencia, gestión e investigación en torno a los modelos de atención en salud, de tal forma que se contribuya a incrementar las capacidades de estudiantes, docentes y trabajadores de la salud en la gestión y el direccionamiento de procesos asistenciales en el ámbito de los prestadores primarios y secundarios.

Compartir con los asistentes espacios como este, para la difusión de los nuevos conocimientos, experiencias, estrategias y resultados de prácticas exitosas que mejoren la actuación del personal de salud en los procesos de atención; para promover una atención en salud centrada en el individuo familia y comunidad, es sin duda, una tarea que la academia asume con agrado, como



agente dinamizador de los procesos de enseñanza, investigación, gestión y asistencia, conscientes del papel protagónico que tiene en este escenario los Modelos de Atención en Salud y por ende, la contribución que se hace desde el VI Encuentro Internacional de Cuidado, busca abarcar los ejes temáticos de:

Experiencias de atención en la promoción de la salud y prevención de la enfermedad a nivel individual y colectivo.

Experiencias de atención en situación de enfermedad y discapacidad en los ámbitos clínicos y ambulatorios.

Ética y humanización en la atención en salud.

Participación de la comunidad y corresponsabilidad en la atención de salud.

Gerenciamiento del conocimiento en los modelos de atención desde la academia.

El compromiso, de los participantes del VI Encuentro Internacional de Cuidado, es incorporar las prácticas de cuidado al Modelo de Atención en salud, como estrategia indispensable, para el desarrollo de un entorno centrado en la persona. El reto que la implementación del modelo de atención en salud impone, no tiene vuelta atrás; porque son los pacientes y sus familias, los que demandan de los integrantes del equipo de salud; un mayor compromiso algo que para el desarrollo de la profesión de Enfermería, es fundamental.

Finalmente agradecer la decidida colaboración brindada por los ponentes, panelistas, participantes, docentes, estudiantes, administrativos y comité organizador del VI Encuentro Internacional de Cuidado, donde la incorporación del modelo de atención en salud a las prácticas de cuidado, es un compromiso de Enfermería.

**CLAUDIA ELIZABETH TOLOZA MARTÍNEZ**

**Rectora**

**Universidad Francisco De Paula Santander**



## PALABRAS DE APERTURA II

Buenos días a los miembros de la mesa directiva, representantes de las IPS en convenio de desempeño, invitados internacionales y nacionales, docentes y estudiantes del programa de Enfermería

Es para mí una enorme satisfacción darles la bienvenida al VI ENCUESTRO INTERNACIONAL DE CUIDADO: “RETOS DEL MODELO DE ATENCIÓN EN SALUD EN LA PRÁCTICA DEL CUIDADO”.

Evento que busca, contribuir a la comprensión del impacto que contexto de la reforma en salud con el cambio del modelo la transformación de concepción biológica, ejerce sobre la forma de prestar servicios de salud, sobre los formadores del personal en salud; es decir las universidades, Retos que implican la transformación de la enseñanza para liderar los cambios que el actual modelo de salud en Colombia plantea

La tarea de separar, el rol basado en la atención individual y de las concepciones basadas en teorías económicas, por parte del aparato de producción de servicios de salud, para transitar a una nueva forma de brindar atención, que sea centrada en las personas, no es una tarea fácil; situación que genera discrepancias en los agentes tradicionales que en gran medida solo reconocen las necesidades en un modelo centrado en la enfermedad.

Este cambio de paradigma ha implicado para Colombia, realizar un proceso gradual, que parte con la adopción de los lineamientos de la Política en Salud (PAIS), que busca que los integrantes del sistema de Salud y Protección Social tengan en cuenta que el eje fundamental que orienta la acción sanitaria, tanto prestadores como agentes de salud, se desarrolla con énfasis especial en las personas, familias y colectivos.

Esta modificación, en la forma tradicional de dar respuesta a las necesidades de salud de la población, genera un nuevo elemento que empodera a la ciudadanía, que en este caso tiene la palabra; para convertirse en el eje que fundamenta, el quehacer de todos los aquí presentes.

La visión del modelo de salud que la política integral de salud plantea, se aleja del enfoque tradicional, centrado en las instituciones; quienes hasta hace poco, tenían a cargo la función de promover una acción de salud, que privilegiaba la relación costo – beneficio, pero, que desatendía el verdadero: “**bienestar**” de la persona, como un elemento articulador del concepto de salud, que es promovido por la OMS; desde la década de los 70.

De otra parte el componente estratégico, que permitirá el desarrollo de esta visión se construye, por intermedio del Modelo de Atención Integral en Salud (MIAS), que es un componente más operativo, que se constituye en el marco que: “posibilita la organización y coordinación de actores e instituciones para garantizar que los ciudadanos accedan a servicios seguros, accesibles





y humanizados”, tal y como lo ha venido expresado el Ministro de Salud, Alejandro Gaviria Uribe, en diferentes escenarios.

Así mismo, con el desarrollo de las Rutas de Atención (RIAS), para las principales enfermedades que afectan a los habitantes del país se busca, obtener mejoras en aspectos relacionados con: la oportunidad, la seguridad y calidad en la atención. Sobre la base de un enfoque de promoción de la salud, detección temprana y oportuna de los principales problemas de salud, al igual que la prevención de los mismos.

Es el momento de los prestadores primarios, que tienen el compromiso de ser una real puerta de acceso de las personas. Mejorando su capacidad de resolución, sin su concurso, los pacientes no podrán ingresar al sistema de salud, a través de la medicina familiar y comunitaria. Aspecto que la academia ha liderado, dentro del componente del fortalecimiento del recurso humano en salud, que la nueva política contempla.

Es por esto, que el presente evento busca realizar, las sinergias que sean necesarias para que en la región y en todo el departamento se empiece a mirar a la academia como un aliado, que tiene mucho que aportar, que desea contribuir a mejorar las acciones de salud, para lo cual se requiere profundizar en temas como la educación. Dirigida a no solo a los integrantes del equipo de salud, sino a sus dirigentes y a la ciudadanía. Como academia, tenemos mucho que ofrecer, pero no es algo que podamos hacer solos. Entendemos que las instituciones de salud, las entidades rectoras del sistema y la ciudadanía; podemos en conjunto hacer una gran tarea.

Con la convicción que en esta jornada académica de dos días, repensaremos, la forma de orientar nuestras acciones, con un foco permanente el bienestar de la población, si logramos modificar de manera efectiva los determinantes de la salud, habremos avanzado y contribuido en gran medida en mejorar el desenlace de los resultados en salud y estamos contribuyendo en el cierre de brechas que nos separan y que son generadoras de inequidad social.

Es por eso que las experiencias de los países invitados pueden contribuir de forma certera a entender de una mejor forma el enlace de estas dinámicas y las experiencias exitosas que han aportado valor a la salud en la población de los países que en presente evento, nos acompañan.

Agradezco su asistencia, participación y desde ya les convoco para que hagamos de este evento, que impulse a que continuemos uniendo esfuerzos, ampliado con la participación activa de nuestros usuarios. Muchas gracias.

**PATRICIA VELEZ LAGUADO**  
**Decana (E) De La Facultad Ciencias De La Salud**  
**Universidad Francisco De Paula Santander**



I. Modalidad presentación oral



## IMPLANTACIÓN DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA: PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN MAYORES DE 65 AÑOS

Esther González María\*

### RESUMEN

La investigación en salud debe tener como finalidad la aplicación de los resultados en la práctica clínica. Diferentes estudios concluyen que la aplicación de recomendaciones provenientes de guías de práctica clínica consigue mejoras en el proceso de cuidados y pueden favorecer la mejora en los resultados de salud de los pacientes. El proyecto de Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados (CCEC/BPSO®), para la implantación, evaluación y mantenimiento de buenas prácticas en cuidados en España se inició en 2010. Cinco hospitales aplicaron el proceso de implantación respecto a la guía de prevención de caídas en mayores de 65 años, basado en el modelo Knowledge to Action, aplicando las intervenciones derivadas de las recomendaciones de la guía. Se realizó la evaluación de estructura, proceso y resultados. Tras 32 meses de observación, sobre un total de 7.901 pacientes, se encontraron mejoras en las estructuras y la organización, en algunos procesos y los datos sugieren una tendencia a la mejora en los resultados respecto a la incidencia de caídas. La aplicación de las recomendaciones basadas en resultados de investigación sobre prevención de caídas es efectiva, si bien con áreas de mejora.

**Palabras Clave.** Guía de Práctica Clínica, Práctica Clínica Basada en la Evidencia, Enfermería, Protocolos.

### INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS.

La investigación en salud debe tener como finalidad la aplicación de los resultados en la práctica clínica. Los pacientes que reciben cuidados basados en las mejores evidencias científicas, tienen mejores resultados de salud, incluso si los profesionales que aplican los resultados en la práctica suponen un bajo porcentaje (1,2). Sin embargo, la adopción en la práctica clínica de los resultados de investigación debe superar diferentes barreras, que tienen su origen tanto en la calidad y acceso a los resultados de investigación como en características de los profesionales y con el escaso apoyo de las organizaciones (3-6). Diferentes estudios concluyen que la aplicación de recomendaciones provenientes de guías de práctica clínica consigue mejoras en el proceso de cuidados y pueden favorecer la mejora en los resultados de salud de los pacientes (7 -10). Con el fin de facilitar y apoyar la implantación, evaluación y mantenimiento de buenas prácticas en cuidados, en España se inició en 2010 el proyecto de Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados (CCEC/BPSO®) como resultado del acuerdo entre la Unidad de Investigación en Cuidados de Salud (Investén-isciii), el Centro español para los cuidados de salud basados en la evidencia y la Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO) (11, 12). Tras una

\* Diplomada en Enfermería, Magister en Salud Comunitaria, Magister en Epidemiología y Salud Pública, Doctora en



convocatoria competitiva, la primera cohorte de BPSO®, constituida por 7 hospitales, 1 centro de salud y 1 facultad de enfermería, comenzó a implantar las guías de buenas prácticas de RNAO previamente seleccionadas por ellos en base a las características de su contexto. Cinco hospitales seleccionaron la guía de prevención de caídas y las lesiones derivadas de las caídas en mayores de 65 años. Las caídas en el hospital representan hasta un 40% de los eventos adversos (13). Suponen el sexto evento adverso más notificado en la base de datos de sucesos centinelas de la Joint Commission (14). Cerca del 30% de pacientes hospitalizados que tienen una caída sufren lesiones, de las cuales entre el 4 y el 6% son graves (15). En España, una revisión sistemática estableció la incidencia acumulada de caídas en hospitales entre el 2.2% y el 10%, constatando que existe una subdeclaración (16). El objetivo es conocer los efectos de un programa de implantación de guías de práctica clínica en los resultados de salud de los pacientes, en los procesos clínicos y en los cambios de estructura y organizacionales. Específicamente, el objetivo es conocer la efectividad de la implantación de la guía de prevención de caídas y las lesiones derivadas de las caídas en mayores de 65 años.

## **METODOLOGÍA.**

En 5 hospitales del Sistema de Salud español se aplicó el proceso de implantación, basado en el modelo "Knowledge to Action", que consta de las siguientes fases interrelacionadas: 1. Identificación de la necesidad de salud; 2. adaptación al contexto local, creando una estructura organizativa en la institución y captando "champions" que se organizan en grupos multiprofesionales 3. Identificación y evaluación de barreras y facilitadores; 4. Selección de las recomendaciones de la guía y definición de las estrategias de implantación, relacionadas con la revisión de las políticas y la actualización de protocolos, circuitos, materiales educativos, etc.; 5. Planificación del proceso de monitorización y evaluación de los resultados de implantar la guía, con la revisión y armonización de registros y la sistematización de retroalimentación de resultados; 6. Planificación de la sostenibilidad de la implantación. Las intervenciones fueron las relacionadas con las recomendaciones de la guía: valoración del riesgo de caída, fortalecimiento muscular, revisión de la medicación, educación del paciente, valoración del entorno, formación a profesionales, y adecuación en el uso de contenciones. Se realizó una evaluación de proceso y de resultados de salud, a partir de la información de las historias clínicas de los pacientes mayores de 65 años, dados de alta los últimos 5 días laborables de cada mes a partir de mayo de 2012 y tras haber realizado una evaluación basal pre proyecto. Asimismo se evaluaron los cambios en las estructuras y organizaciones. Se realizó un análisis descriptivo e inferencial.

## **RESULTADOS.**

Entre los cambios en las estructuras y la organización destacan: adecuación de la historia clínica y los registros, nueva normativa institucional, apoyo a comités interdisciplinarios, actualización de protocolos, revisión sistemática del entorno, programa formativo para profesionales y para pacientes y familias, material de apoyo audiovisual, así como empoderamiento de profesionales, pacientes y familias/cuidadores. Respecto a los procesos clínicos y tras 32 meses de observación,



se obtuvo información de 7.901 pacientes. Se incrementaron de forma significativa la valoración del riesgo de caídas al ingreso, resultando en 61,3% de pacientes en riesgo de caídas, y la valoración del riesgo tras caída.

En los 32 meses de observación se produjeron 171 caídas, con una incidencia acumulada para el total del periodo de 2,2%. Se produjo un incremento en las caídas en los primeros meses, coherente con una mayor sensibilización y aumento del registro, para disminuir posteriormente de forma progresiva.

## **CONCLUSIONES.**

El modelo de implantación seguido en el programa es adoptado por las instituciones, con resultados positivos en estructuras y organización, procesos clínicos y resultados de salud en los pacientes.

La aplicación de las recomendaciones basadas en resultados de investigación sobre prevención de caídas es efectiva, si bien con áreas de mejora.

## **BIBLIOGRAFÍA.**

1. Melnyk BM, Fineout-Overholt E, Stone P, Ackerman M. Evidence-based practice: the past, the present, and recommendations for the millennium. *Pediatr Nurs*. 2000; 26(1):77-80.
2. Thomas LH, Cullum NA, McColl E, Rousseau N, Soutter J, Steen N. Guidelines in professions allied to medicine. *Cochrane Database Syst Rev*. 2000. 2-CD000349.
3. Moreno-Casbas T, Fuentelsaz-Gallego C, González-María E. Gil de Miguel, A. Barreras para la utilización de la investigación. Estudio descriptivo en profesionales de enfermería de la práctica clínica y en investigadores activos. *Enf Clín*, (2010); 20(3):153-64.
4. Fink R, Thompson CJ, Bonnes D. Overcoming barriers and promoting the use of research in practice. *JONA*. 2005; 35: 121-129.
5. Pravikoff DS, Tanner AB, Pierce ST. Readiness of US nurses for evidence-based practice. *AJN*. 2005; 105:40-52.
6. Hutchinson AM, Johnston L. Beyond the BARRIERS scale: commonly reported barriers to research use. *JONA*. 2006; 36:189-199.
7. Grimshaw J, Eccles M, Ruth T, et al. Toward evidence-based quality improvement: evidence (and its limitations) of the effectiveness of guideline dissemination and implementation strategies 1966 -1998. *J Gen Intern Med* 2006; 21(2):14 -20.
8. Kryworuchko J, Stacey D, Bai N, et al. Twelve years of clinical practice guideline development, dissemination and evaluation in Canada (1994 to 2005). *Implementation Science* 2009, 4:49.
9. Hakkennes S, Dodd K. Guideline implementation in allied health professions: A systematic review of the literature. *Qual Saf Health Care*. 2008; 17(4):296-300.
10. Lugtenberg M, Burgers JS, Westert GP. Effects of evidence-based clinical practice guidelines *Qual Saf Health Care* 2009; 18:385 -392.



11. Bajnok I, Grinspun D, Lloyd M, Mc Connell H. Leading quality improvement through Best Practice Guideline Development, implementation and measurement science. MEDUNAB 2015; 17(3):155-62.
12. Ruzafa-Martínez M, González-María E, Moreno-Casbas T, del Río Faes C, Albornos-Muñoz L, Escandell-García C. Proyecto de Implantación de Guías de Buenas Prácticas en España 2011-2016. *Enf Clin.* 2011; 21(5):275-83.
13. Schwendimann R, Buhler H, De Geest S, Milisen K. Characteristics of hospital inpatient falls across clinical departments. *Gerontology.* 2008; 54(6): 342-8.
14. The Joint Commission International: Summary Data of Sentinel Events Reviewed by The Joint Commission. 2014. [citado octubre 2017] Disponible en: <http://bit.ly/1BacDZp>.
15. Hitcho EB, Krauss MJ, Birge S, Claiborne Dunagan W, Fischer I, Johnson S, Nast PA, Costantinou E, Fraser VJ. Characteristics and circumstances of falls in a hospital setting: a prospective analysis. *J Gen Intern Med.* 2004; 19: 732-9.
16. Sebastián Viana T, García Martín MR, Núñez Crespo F, Velayos Rodríguez EM, et al. ¿Cuál es la incidencia real de caídas en un hospital?. *Enf Clin.* 2011; 21(5):271-4.



## SISTEMA DE SALUD DE COSTA RICA

Alejandra Acuña Navarro\*

### Generalidades Demográficas

4.947. 481 habitantes  
(2017)  
95,7 habitantes por Km<sup>2</sup>  
7 provincias  
81 cantones  
Extensión  
Territorial: 51.100 km<sup>2</sup>



### Indicadores 2016

- Mortalidad infantil a 7.93 por mil nacimientos.
- Mortalidad materna 2.8 por 10 mil nacidos vivos (2015)
- Mortalidad general 4,62 por mil habitantes
- Aseguramiento del 95 % de la población
- Población con acceso a agua potable: 82.7
- Nacimientos hospitalarios. 98 %
- Tasa de fecundidad 1.88 por mil habitantes
- Tasa bruta natalidad: 14,31 por mil habitantes

### Historia de una transformación

Es importante para conocer un poco de la historia de cómo el Ministerio de Salud de CR pasó de ser un proveedor a un ente Rector de la Salud.

Antes de los años 70 el MS desde su creación fue prestador de servicios, vamos a repasar con este esquema la transformación, En la década de los años 70 Costa Rica fue pionero en AL en los programas de Extensión de cobertura, se inició con un proceso de prestación de servicios de atención primaria que sirvieron de referencia para la Declaración de Alma Atta, se instauraron los programas de salud rural y salud comunitaria , con trabajo de campo de visita domiciliar de técnicos de atención primaria y auxiliares de enfermería, formados y supervisados por enfermeras, estaban ubicados en puestos de salud que las enfermeras visitaban con periodicidad.

En los años 80 y finales de los 90 ante los procesos de ajuste estructural del Estado se realizó un cambio para integrar los servicios de prevención y atención de la morbilidad, se estableció la

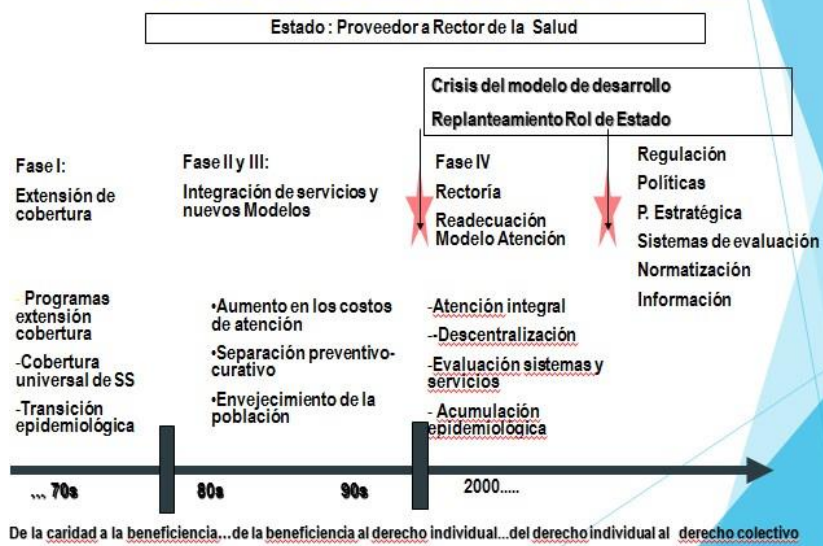
\* Enfermera, Jefe Unidad de Planificación Estratégica y Evaluación de Acciones de Salud. Ministerio De Salud De Costa Rica.



estrategia de integración de servicios de salud con modelos de atención donde la CCSS proveía la atención de morbilidad y el MS las acciones preventivas.

A finales de los 90 se plantea un proyecto de Ley que fue aprobado por la Asamblea Legislativa donde redefine las actividades de rectoría y de prestación de servicios, se realiza la división de funciones, donde el MS asume el papel rector y la CCSS la prestación de servicios integrales del país, el MS establece las políticas y la regulación de los servicios de salud.

### Historia de una transformación



### Principios

- Universalidad
- Equidad
- Solidaridad
- Enfoque de Derechos Humanos

El Sistema de Salud de Costa Rica establece cuatro principios básicos  
 Universalidad llegar a toda la población que habita en el territorio nacional  
 Equidad Brindar los servicios de salud a los que más lo requieren  
 Solidaridad: Aporte para la sostenibilidad de los servicios de salud de parte de la población económicamente activa.  
 Enfoque de derechos humanos: ver la salud como derecho humano

### Sistema Nacional de Salud

Conjunto de entes públicos y privados, interrelacionados entre sí, que tienen entre sus actividades primordiales, la provisión de bienes y servicios; finales, intermedios y de apoyo, destinados explícitamente a la protección y mejoramiento del estado de salud de la población, independientemente de que tengan o no un fin lucrativo. Además de los entes nacionales, se consideran parte de este sistema los organismos que, siendo de carácter internacional, realizan actividades en el país relacionadas con la provisión de ese tipo de servicios.

El Sector Salud actual está constituido por el conjunto de entidades públicas, centralizadas y descentralizadas, que tienen una competencia explícita y legal dirigida a proteger y mejorar el estado de salud de la población.

### Financiamiento servicios de atención.





La CCSS se financia con cotizaciones tripartitas (empleadores, trabajadores y Estado). En su modalidad obligatoria el seguro de salud es financiado en forma tripartita de acuerdo a los siguientes montos: patrones 9,25%, trabajadores 5,50% y Estado 0,25%, para un total de 15%.

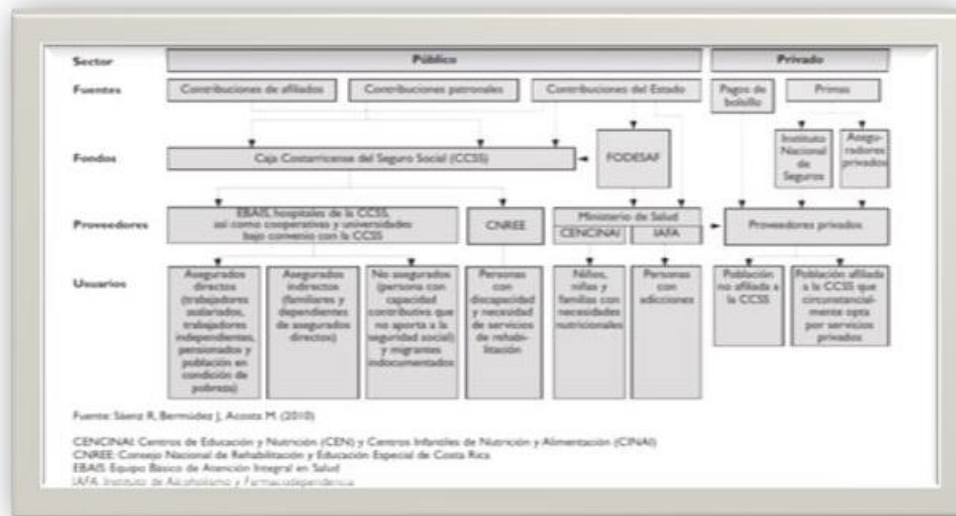
Los regímenes no contributivos son financiados por el Estado a través del Fondo de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares,(FODESAF) así como con cargas específicas a las actividades de lotería electrónica y la venta de cigarrillos y licores.

El sector privado se financia de forma directa con los pagos de bolsillo realizados por los usuarios al momento de recibir la atención, y por primas de los seguros en salud, encargados de los riesgos laborales

**Modelo Conceptual y Estratégico de la Rectoría de la Producción Social de la Salud.** Expone el rol rector del MS dentro del Sistema Nacional de Salud.

La Rectoría de la producción social de la salud Rectoría se define como “La acción de gobernar, dirigir, conducir a una comunidad, conjunto de instituciones o personas, o ejercer autoridad sobre ellas”. (Modelo Conceptual y Estratégico de la Rectoría julio 2011)

Para que la salud sea protegida y mejorada es necesaria la participación y articulación social, es así como surge el concepto de rectoría de la producción social de la salud, como “la función mediante la cual el ente rector lidera, promueve y articula, de manera efectiva, los esfuerzos de los actores sociales y ejerce sus potestades de autoridad sanitaria, para proteger y mejorar la salud de la población” (Modelo Conceptual y Estratégico de la Rectoría julio 2011)



**Escenarios**



Rectoría sobre la producción social de la salud con liderazgo y con enfoque de impacto. El quehacer del MS se plantea en diferentes ámbitos educación, servicios de salud, económico, cultura, ambiente, infraestructura.

## **ORGANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD CCSS**

### **RED DE SERVICIOS DE SALUD NOROESTE**

La provisión de servicios de salud está fundamentalmente a cargo de la CCSS. Esta es la principal entidad prestadora de servicios de salud a los diferentes grupos de la población nacional. Para cumplir con esta misión, la CCSS se ha organizado como una red nacional de servicios de salud, compuesta por tres niveles de atención y siete regiones programáticas.

La unidad representativa del primer nivel de atención son los Equipos Básicos de Atención Integral de Salud (EBAIS). Estos constituyen, con una presencia en prácticamente todo el territorio nacional, la base del sistema nacional de salud mediante su ubicación en las 103 áreas de salud divididas sectorialmente con base al número de población. En las áreas de salud se ofertan servicios de 5 programas de atención integral dirigidos a niños/as, adolescentes, mujeres, adultos y adultos mayores

En un segundo nivel se ofertan servicios de consulta especializada, internamiento y tratamiento quirúrgico de las especialidades básicas de la medicina. Este nivel está integrado por 10 clínicas mayores, 13 hospitales periféricos y 7 hospitales regionales. Además se dan servicios de odontología, microbiología.

El tercer nivel proporciona atención especializada a través de 3 hospitales nacionales generales (Hospital Calderón Guardia; Hospital San Juan de Dios y Hospital México), y 5 hospitales nacionales especializados en las siguientes áreas: niñez, gerontología, mujeres, rehabilitación, psiquiátrico (CCSS/OPS, 2004: 10; Memoria Institucional de la CCSS; 2007:28).

### **Aseguramiento CCSS**

Tratamientos especializados de radioterapia., VIH sida, cáncer, enfermedades de alta complejidad.

En cuanto al equipamiento, cuatro hospitales nacionales cuentan con tomógrafo y unidades de trasplante, de diálisis y de cuidados intensivos, y siete hospitales regionales más, cuentan con unidad de cuidados intensivos.

### **CCSS Elementos importantes**

Tratamientos especializados de radioterapia., VIH sida, cáncer, enfermedades de alta complejidad. En cuanto al equipamiento, cuatro hospitales nacionales cuentan con tomógrafo y unidades de trasplante, de diálisis y de cuidados intensivos, y siete hospitales regionales más, cuentan con unidad de cuidados intensivos.



## CUIDADO HUMANIZADO COMO ELEMENTO DEL MODELO DE ATENCIÓN EN SALUD: UNA EXPERIENCIA DESDE LA ACADEMIA

Deysi Astrid Machucca Albarracín \*  
Gloria Omaira Bautista Espinel  
Jeimmy Melissa Mateus Contreras  
Karen Dayana Rodríguez Ortega  
Nohra Daniela Carriazo Jacome

### INTRODUCCIÓN

Es interesante la necesidad de hablar de Humanización, y que esta sea requisito para la acreditación en salud, y estudiar las razones por las cuales el “ser humano”, no tiene la facilidad de humanizar. Desde el punto de vista de la formación en áreas de la salud, cuando se realizan entrevistas para ingreso a los programas los aspirantes refieren que su mayor deseo es ayudar a los demás, y estudiar un área de la salud le permitirá demostrar con mejores competencias su deseo por servir a la sociedad. Y en efecto el ser humano, tiene características que le permiten ayudar, cuando su par atraviesa por procesos de enfermedad. Sin embargo, en la realidad no ocurre así en todos los casos, por lo tanto el Ministerio de salud ha establecido el Plan Nacional de Mejoramiento de la Calidad en Salud (PNMCS) donde la humanización es un elemento muy importante. En la Clínica Santa Ana se está desarrollando un proyecto de Impacto “Humanización de los servicios en el eje de acreditación” diseñado por estudiantes de octavo (8) del programa de Enfermería en coordinación de la Enfermera Gloria Omaira Bautista Espinel que inició en el 2016 y que se extenderá hasta el 2019. Así mismo la línea de Gerencia del programa de Enfermería de la UFPS ha organizado un GRUPO DE CONSULTORIA, con el fin de apoyar desde la academia y teniendo en cuenta el PNMCS, el fortalecimiento de la red de gestión del conocimiento y generar productos que redunden en el mejoramiento de la calidad de atención en salud de la región.

### OBJETIVOS

- Definir técnicamente los conceptos relacionados con humanización y calidad frente al sistema de salud colombiano.
- Identificar las normas actuales relacionadas con la necesidad de humanizar el cuidado y la atención en la salud, teniendo en cuenta el nuevo Modelo de Atención en Salud.
- Describir brevemente acciones realizadas en la IPS Clínica Santa Ana como parte del proyecto de Impacto en ejecución por parte de estudiantes de la línea de gerencia de servicios de enfermería.

---

\* Enfermera, Especialista en Gerencia de Servicio de Salud, estudiante de maestría de Gerencia de Empresas de la UFPS, Docente de la Facultad Ciencias de la Salud - Universidad Francisco de Paula Santander. San José de Cúcuta, Norte de Santander Colombia.



- Presentar de manera formal el Grupo de Consultoría, naciente de la línea de Gerencia con el apoyando la red de gestión de conocimiento en las diferentes entidades de salud.

## **METODOLOGÍA**

Inicialmente se define la humanización, características de la deshumanización y posibles causas desde varios puntos de vista, para poder entrar en la revisión del tema frente a la Política de Atención Integral en Salud, el Modelo Integral de Atención en Salud y las Rutas Integrales de Atención en Salud. Así mismo se describe la importancia dentro del Plan Nacional de Mejoramiento de la Calidad en Colombia. Seguido presento el proyecto de humanización que las estudiantes de octavo semestre han venido desarrollando desde el año 2016 en la clínica Santa Ana, y que va hasta el 2019. Finalmente el lanzamiento del Grupo de Consultoría del Grupo de Gerencia con el fin de apoyar procesos de mejoramiento de la calidad al interior de las entidades en salud del Departamento.

## **RESUMEN**

“Humanizar es un asunto ético, que tiene que ver con los valores que conducen nuestra conducta en el ámbito de la salud. Cuando los valores nos llevan a diseñar políticas, programas, realizar cuidados y velar por las relaciones asociadas con la dignidad de todo ser humano, hablamos de humanización”. (Bermejo)

Desde hace muchos años la atención en salud se ha desarrollado en ambientes donde se busca que la persona se sienta agrada y confiada en los resultados, y se supone que al ser otros seres humanos preparados para la atención y que han sentido dolor alguna vez en su vida y han pasado por momentos de enfermedad o ansiedad por alguna situación, podrán entender a los demás y por ende la atención brindada será cordial y buscando siempre la recuperación de la salud.

Aun en los espacios académicos, durante la formación en áreas de la salud, las instituciones procuran no solo instruir en procedimientos, guías y protocolos sino mostrar las características del ser necesarias para desarrollar la atención y el cuidado de manera adecuada, a fin de realmente ayudar a las personas que acudirán a sus servicios en el futuro. En las entrevistas para ingresar a la formación, se encuentran personas que refieren desde la niñez haber soñado con servir a los demás, y cuentan experiencias de solidaridad con sus familiares, vecinos o amigos. Cuando esos estudiantes participan en las prácticas formativas en las diferentes instituciones de la ciudad tienen una mirada crítica ante las situaciones observadas donde los profesionales o técnicos no se conducen de manera humana frente a los enfermos o las personas sanas que acuden a las instituciones. Sin embargo, cuando terminan su tiempo de formación y se encuentran dentro del sistema de salud con un contrato laboral, para algunos la actitud cambia, ya no son esas personas humana, amables, cálidas y con esmero por servir y apoyar a sus pares en el momento en que necesitan de las entidades de salud.

Cuando se presta un servicio de salud visto como un mero trabajo, se olvida el ser humano, nos podemos olvidar de nuestra esencia, de nuestra razón de ser.

Tal vez, la deshumanización sea vista como algo más criticable en el caso de los servicios de salud, pues pensamos que, cuando enfermamos, es decir, cuando seamos más vulnerables que de costumbre, al menos en los servicios de salud nos reciban con afecto, consideren nuestra esencia, comprendan nuestro drama, reconozcan el ser humano integral que somos y no simplemente que seamos considerados como una patología, un número, un examen por realizar, un afiliado a determinada empresa, una cuenta que presentar o un ingreso que generar. O peor aún, que no mirando nuestra vulnerabilidad nos resten como una glosa o una pérdida para la empresa y seamos objeto de inoportunidad.

En la experiencia profesional como docente he observado este comportamiento una y otra vez, y miro con sorpresa este fenómeno y me he preguntado cuáles serán las causas, de esa transformación en el pensamiento que lleva a los estudiantes egresados a ser parte de un sistema inhumano, al que en la práctica pareciera impersonal y que no le importara la necesidad del otro ser humano. Las entidades frías que no autorizan los procedimientos o medicamentos o consultas de especialistas, los empleados de primera línea que creen que con sonrisas o con lavarse las manos frente al usuario ya solucionaron el tema o simplemente ya no son culpables de los obstáculos que en algunas ocasiones le cuestan la vida a los usuarios. Y entonces es cuando un pensamiento llega... ¿en qué momento nos cambió la forma de pensar y actuar?, ¿no son estos los mismos que en sus aulas miraban con asombro las actitudes de sus colegas más experimentados que ellos?, ¿cómo puede una persona olvidar sus juramentos, sus anhelos de infancia y sus compromisos simples de constitución y formación? ¿Habría algo en el sistema que una vez nos comprometemos con el de manera formal nos cambia?

No he encontrado respuestas, existen algunos esbozos de causas en las que los profesionales y técnicos se refugian para disimular su falta de fidelidad a su propia causa.

Por otra parte las instituciones de toda la estructura del sistema contribuyen en gran medida a que esta situación se presente, las formas de contratación, las dificultades salariales, la no percepción de ingresos de parte de otras entidades del sistema, que se ha convertido en un círculo vicioso., las compras de insumos y las contrataciones con algunos profesionales que deben realizar la atención de los usuarios, la pérdida de autoridad profesional frente a las órdenes de las Entidades Administradoras de Planes de beneficios (EAPB).

Esa falta de humanización se manifiesta en condiciones fácilmente observables como la inoportunidad, la inequidad, falta de articulación, accesos limitados los servicios, excesiva tecnificación, tratar al paciente como un órgano o un objeto simplemente, algunos tratos superficiales, que se observan en procedimientos sencillos con la explicación de procedimientos a realizar, el desagrado que ve en algunos profesionales al realizar el esfuerzo por hacer entender el mensaje a los usuarios o familiares, la prisa, el manejo inadecuado del dolor, la organización de horarios en la administración de medicamentos, uso de lenguaje confuso, espacios poco privados, o ridiculización en momentos como la eliminación del paciente no comprendiendo el pudor de los pacientes.

Ante este panorama, la pregunta obliga es: ¿ se puede hacer algo?

Volver a nuestras raíces, de manera personal en cada uno de los trabajadores buscar las formas de mejorar nuestras actitudes, pero por otra parte el sistema y las Instituciones deben proveer un los elementos para que en un ambiente adecuado los individuos trabajadores puedan desarrollar habilidades humanizadas durante a la atención y el cuidado ofrecido a los pacientes y sus familias.

El Ministerio de Salud y Protección Social establece varias acciones, como el Decreto 1011 de 2006 por el cual se establece el sistema Obligatorio de Garantía del Sistema General de Seguridad Social en Salud a través de sus cuatro (4) componentes de Habilidadación, Acreditación, auditoría y Sistema de información se estructura la forma en que en Colombia se pretende alcanzar la calidad, el Sistema único de Habilidadación descrito en la Resolución 2003 de 2014, allí se establecen los procedimientos y condiciones de habilitación. La Resolución 1445 de 2006 y la 123 de 2012, contienen los estándares de acreditación necesarios para demostrar calidad. La Ley 1751 de 2015, Ley Estatutaria en Salud, por medio de la cual se Regula el derecho fundamental a la salud, presentando la salud como un derecho autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo; derivándose la Política de Atención Integral en Salud( PAIS), junto a MIAS y las RIAS, para darle cuerpo a la ejecución en cada región y sus instituciones encargadas de brindar servicios de salud, en los cuales se puede observar el fuerte enfoque en la persona, su familia y comunidad, teniendo en cuenta sus entornos para producir comportamientos saludables, y como se articulan estos con la capacidad de la instituciones de contribuir a la recuperación de la salud cuando esta se vea alterada por los determinantes particulares.

Sumado a lo anterior se han desarrollado las Guías de Buenas Prácticas en Salud y el Plan nacional de Mejoramiento de la Calidad en Salud a fin de entregar al Sistema herramientas suficientes para ofrecer un servicio de salud de calidad.

Partiendo de esta base expuesta, la Línea de Gerencia de los Servicios de Enfermería, (Programa de Enfermería, Facultad Ciencias de la Salud, Universidad Francisco de Paula Santander) en cabeza de la Enfermera Gloria Omaira Bautista Espinel ha diseñado acciones específicas en algunas IPS de la ciudad, este es el caso del Proyecto de Impacto Inscrito en COLCIENCIAS, “Humanización de los Servicios en el Eje Transversal De Acreditación en Salud”, con una duración de 3 años, iniciados en 2016 y se extenderá hasta el 2019. Apoyado en la buena práctica Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria 2016-2019 España.

En este proyecto se pretende cumplir el objetivo general de Implementar un proyecto de atención humanizada en los servicios de salud, de la IPS, teniendo como referente el eje de humanización del modelo evaluativo de acreditación reglamentados por el Ministerio De Salud y protección Social.

Como objetivos específicos están:

- Identificar los valores asociados a los cuidados y la dignidad humana, en el personal asistencial y administrativo de la IPS, que permitan el diseño de estrategias, políticas, programas, y actividades encaminadas a su fortalecimiento.



- Capacitar a los miembros del equipo de salud en el contexto de la ética y los valores, que permita una mejora en la atención integral del paciente, de tal manera que las personas y usuarios de la salud; sean considerados como seres humanos en un sentido global.
- Mejorar la calidad de atención al usuario mediante la práctica de valores y principios humanísticos encaminados a la transformación de la relación personal de salud –paciente.
- Acompañar la reformulación del direccionamiento estratégico de la institución, enfocado a la existencia de instancias de apoyo como los comités de ética, la gerencia del talento humano, salud ocupacional y atención al usuario, en el proceso de planeación de la atención, basado en una política de atención humanizada que incluya el paciente y el personal de la institución.
- Promover la cultura de la humanización de los servicios, en los procesos de preparación del personal, fomentando líneas de intervención con usuarios y clientes internos, apoyando la práctica de valores y principios humanísticos, fundamentados en el respeto a la dignidad humana, la humanización, la motivación y el reconocimiento.

A la fecha se ha desarrollado el primer objetivo específico, alcanzando 219 trabajadores de la Clínica, los estudiantes de octavo semestre realizaron acciones de análisis de la plataforma estratégica de la Institución identificando la humanización, planearon y ejecutaron encuentros con 219 trabajadores de la institución e diferentes áreas incluyendo mantenimiento, servicios, generales, vigilancias, nutrición, laboratorio clínica, medicina, enfermería, entre otros, con los cuales se establecieron los valores predominantes en cada uno de ellos, que les permiten ser humanos a la hora de prestar servicios de salud a los usuarios, y se dejó establecida la forma de identificar las buenas prácticas a seguir para fortalecer la humanización dentro de la Clínica.

La Experiencia que incluye todos los dos (2) grupos de rotación por semestre con 3 estudiantes en cada rotación distribuidos en servicios de Hospitalización, urgencias y Cuidado Intensivo de adultos, pretende seguir desarrollando cada uno de los objetivos establecidos y al finalizar poder entregar resultados de impacto frente a la humanización de los servicios dentro de la Clínica.

Así mismo la Línea de Gerencia, ha formalizado un GRUPO DE CONSULTORÍA, que busca ser un apoyo para las Instituciones de Salud de la Región con el objetivos de facilitar el mejoramiento de la Calidad en la prestación de servicios de Salud, ya que a través de la oferta de servicios de la realización de estudios diagnósticos externos, Gestión del conocimiento, diseño de propuestas documentales, entre otros, consolidando la alianza estratégica Academia- Sector Salud, que tanta falta le hace a la calidad en nuestra región.

## **BIBLIOGRAFIA**

1. ESE. Hospital Universitario Erasmo Meoz. Cúcuta: E- learning 2015 [Internet] [citado 4 Noviembre de 2017] Disponible en: <http://www.herasmomeoz.gov.co/>
2. Ministerio de Salud y Protección Social, Lineamientos del Plan Nacional de Mejoramiento de la Calidad en Salud [Internet] Bogotá: 2014. [Citado 4 Noviembre de 2017]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/La%20Humaniza%20ci%C3%B3n%20en%20los%20lineamientos%20PNMCS.pdf>



3. Melissa Mateus, et al, Proyecto de Impacto “Humanización de los Servicios en el Eje Transversal De Acreditación en Salud”, Clínica Santa Ana. 2017.
4. Ministerio de Salud y Protección Social, [Internet] Ley Estatutaria 1751 de 2015. [Citado 4 de Noviembre de 2017]. Disponible en: [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Ley%201751%20de%202015.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Ley%201751%20de%202015.pdf)
5. Ministerio de Salud y Protección Social, Plan Nacional de Mejoramiento de la Calidad en Salud. [Internet] 2016. [Citado el 2 de Noviembre de 2017]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Plan-nacional-de-mejoramiento-calidad.pdf>
6. Ministerio de Salud y protección Social, Calidad en Salud. Decreto 1011 de 2006. [Internet] 2006 [citado el 1 de Noviembre de 2017]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/CALIDAD%20EN%20SALUD%20EN%20COLOMBIA.pdf>. p.52.
7. Ministerio de Salud y protección Social, Resolución 2003 de 2014. [Internet] 2014. [citado el 1 de Noviembre de 2017]. Disponible en: [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%202003%20de%202014.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%202003%20de%202014.pdf)
8. Ministerio de Salud y protección Social, Resolución 123 de 2012. (Internet) citado el 1 de Noviembre de 2017. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/Acreditaci%C3%B3n-en-Salud.aspx>
9. Ministerio de Salud y protección Social, Estudio INCAS. (Internet) citado el 1 de Noviembre de 2017. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/informe-nal-calidad-atencion-salud-2015.pdf>
10. Ministerio de Salud y protección Social, GUIA DE BUENAS PRÁCTICAS EN SALUD (Internet) citado el 2 de Noviembre de 2015. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Guia-buenas-practicass-seguridad-paciente.pdf>
11. Bautista Espinel GO. Documento Marco creación del Grupo de Consultoría, Línea de Gerencia. Programa de Enfermería Universidad Francisco de Paula Santander.
12. Bautista-Rodríguez LM. La calidad en salud un concepto histórico vigente. Rev. cienc. cuidad. 2016;13(1):5-9. <https://doi.org/10.22463/17949831.731>



## FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA DEL PACIENTE ANTICOAGULADO

Débora Milena Alvarez-Yañez\*  
Asly Nataly Guevara-García\*\*  
Yari Paola Garcia-Calderon\*\*\*

### RESUMEN

**Objetivo:** Identificar los factores que influyen en la adherencia terapéutica. **Materiales y método:** Estudio cuantitativo, descriptivo y de corte transversal, realizado en la ciudad de Cúcuta, Norte de Santander, Colombia, durante el segundo semestre del 2016 y el primer semestre del año 2017, la muestra estuvo conformada por 89 pacientes y se empleó el cuestionario “Instrumento para evaluar los factores que influyen en la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en pacientes con factores de riesgo de enfermedad cardiovascular Versión 3”. **Resultados:** los factores que influyen negativamente en la adherencia al tratamiento son los relacionados con factores socioeconómicos y por otra parte los factores relacionados con el sistema y equipo de salud influyen de manera positiva. **Conclusiones:** el rol del profesional de Enfermería en los programas de seguimiento a pacientes anticoagulados permite la identificación de los factores que influyen en la adherencia terapéutica. Se evidencia en esta investigación el impacto positivo en el cuidado integral de la salud del paciente anticoagulado en su contexto familiar y social.

**Palabras Clave:** Prótesis valvulares cardiacas, Enfermería cardiovascular, Cumplimiento de la medicación.

### INTRODUCCIÓN

Las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de discapacidad y muerte, afectan en mayor medida a los países de ingresos bajos y medianos, más del 80% de las defunciones por esta causa se producen en esos países. Se calcula que en el año 2012 murieron 17,5 millones de personas, lo cual representa un 31% de todas las muertes registradas en el mundo (1). Los factores de riesgo cardiovascular constituyen un problema de salud de primer orden, en el mundo se registran 16,7 millones de muertes cada año, atribuibles a dichos factores (2). Los tres tipos de enfermedades que concentran más de 33% de las muertes en mujeres y más de 26 % de las

\* Enfermera especialista en cuidado crítico, Docente de cátedra de la Facultad Ciencias de la Salud Universidad Francisco de Paula Santander, [deboramilenaay@ufps.edu.co](mailto:deboramilenaay@ufps.edu.co), Cúcuta, Norte de Santander Colombia.

\*\* Enfermera, Universidad Francisco de Paula Santander, [aslynataly@hotmail.com](mailto:aslynataly@hotmail.com), Cúcuta, Norte de Santander, Colombia.

\*\*\* Enfermera, Universidad Francisco de Paula Santander, [ypgc\\_ajgc@hotmail.com](mailto:ypgc_ajgc@hotmail.com), Cúcuta, Norte de Santander, Colombia.



mueres en hombres son: la diabetes mellitus, las enfermedades isquémicas del corazón y las enfermedades cerebro-vasculares

(3). Es necesario recalcar que las valvulopatías son una de las patologías más frecuentes, siendo la válvula aórtica y mitral las más afectadas, por tanto, se hace necesario reemplazar la válvula dañada por una prótesis de tipo biológica o mecánica que tienen una vida útil de 20 a 30 años (4). Los pacientes portadores de válvulas mecánicas deben tomar anticoagulantes diariamente y por el resto de su vida, de igual manera deben seguir las recomendaciones dadas por el profesional de Enfermería, teniendo en cuenta los cambios nutricionales, control adecuado del peso, la restricción de algunas actividades físicas porque aumentan el riesgo de sangrado por trauma, la toma de conciencia de la ingesta de los medicamentos y sus controles periódicos, todo esto con el fin de mantener un estilo de vida saludable que favorezca la calidad de vida del paciente anticoagulado.

La Organización Mundial de la Salud, define la adherencia terapéutica como “El grado en que el comportamiento de una persona, tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida corresponde con las recomendaciones acordadas con el prestador de asistencia sanitaria” (5). En los países desarrollados, sólo el 50% de los pacientes crónicos cumplen con su tratamiento y el cumplimiento es significativamente menor en países en vía de desarrollo (6). El incumplimiento del tratamiento es la principal causa de que no se obtengan todos los beneficios que los medicamentos pueden proporcionar a los pacientes, ocasionando complicaciones en el estado de salud y alteraciones psicosociales, se reduce la calidad de vida del paciente, y se aumenta la probabilidad de aparición de resistencia a los fármacos y desaprovechamiento de los recursos para la atención en salud (8).

Existen factores que influyen en el tratamiento afectando el comportamiento de la persona hacia el seguimiento de la medicación o recomendaciones dadas por el personal de salud. Tales como: las características socioeconómicas, las relacionadas con la enfermedad, con el tratamiento, con el paciente y el sistema de atención sanitaria (9). Según Salcedo y Gómez, en el año 2014, indagaron sobre los “Grados de riesgo para la adherencia terapéutica en personas con hipertensión arterial”, encontrando como resultado algunos aspectos negativos, como los factores socioeconómicos, el factor relacionado con el proveedor, el sistema y el equipo de salud; como aspectos positivos se encontraron los factores relacionados con el paciente y con la terapia (10). El tiempo de anticoagulación y las dificultades económicas constituyen barreras para la adhesión al tratamiento con anticoagulante y que la disponibilidad de acceso a la medicación es, muchas veces, poco valorado por algunos profesionales (11). Algunos de estos factores con frecuencia pueden ser evitados, de allí nace la importancia de identificar los factores que influyen en la adherencia que impiden lograr un régimen terapéutico óptimo, se deben implementar estrategias que le permitan al profesional de Enfermería influir positivamente en el paciente con el fin de lograr una buena adherencia, minimizando los riesgos y complicaciones del mismo.

## **MATERIALES Y MÉTODOS**

El presente estudio es de tipo cuantitativo, descriptivo y de corte transversal. Se llevó a cabo en la



ciudad de Cúcuta, Norte de Santander, en una Institución de IV nivel que reportó 1260 cirugías cardíacas durante los años 2011 a 2016, la población corresponde a 155 pacientes con reemplazo valvular con prótesis mecánica, la muestra corresponde a 89 pacientes que participaron voluntariamente en la investigación. Las limitantes en cuanto a la recolección de la muestra fueron: fallecimiento del paciente (17% pacientes), cambio de número telefónico (54% pacientes) y decisión de no participar en el estudio (31% pacientes). Para la recolección de la información se utilizó el “Instrumento para evaluar los factores que influyen en la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en pacientes con factores de riesgo de enfermedad cardiovascular Versión 3”, elaborado por Bonilla y De Reales en el 2006, posee un alfa de Cronbach de 0.85, está conformado por 53 ítems y 4 dimensiones: factores socioeconómicos, factores relacionados con el proveedor: sistema y equipo de salud, factores relacionados con la terapia y factores relacionados con el paciente; para evaluar las respectivas dimensiones se tuvo en cuenta que puntajes entre el 80 y 100% referencian una buena adherencia; entre el 60 y 79% determina riesgo de no adherencia y menos del 59% muestran una baja adherencia al tratamiento. El análisis de datos se ejecutó en el programa SPSS versión 24, se realizó análisis descriptivo mediante distribución de frecuencias y distribución porcentual para las variables cualitativas y medidas de tendencia central para las variables cuantitativas.

## RESULTADOS

Caracterización sociodemográfica: con respecto a la edad, el grupo más representativo fue el de 56 a 60 años (31.5%) y los mayores de 60 años (29.2%); sin embargo, participaron pacientes entre los 21 y 55 años, En cuanto al género, la proporción de hombres en la muestra corresponde al 53% y de mujeres al 47%, con respecto al nivel educativo la mayoría de los pacientes son personas con un bajo nivel puesto que el 59.6% solo tiene estudios en primaria, mientras que el 7.9% no tiene instrucción escolar, restando un 7,9% que cuentan con educación superior técnico o universitario respectivamente, en cuanto al estado civil, la mayor parte de los pacientes valorados son personas con pareja estable (casado / unión libre) (70.7%), el 19.1% son personas solteras, el 7.9% ya enviudó y el 2.2% son personas separadas, respecto al tiempo terapéutico, en promedio cada paciente lleva en tratamiento  $2.8 \pm 1.8$  años; no obstante se valoraron pacientes con hasta 5 años. Al establecer la posible asociación entre el nivel de adherencia al tratamiento y los aspectos sociodemográficos de los pacientes, se logró observar respecto a la edad, que la presencia del riesgo de no adherencia predomina en pacientes que superan los 40 años, es decir, se observa una leve tendencia a que a mayor edad mayor riesgo de no adherencia; con respecto al género, el riesgo de no adherencia al tratamiento es mayor en pacientes hombres (16.7%), comparada con las mujeres (4.3%); La mayor parte de pacientes con riesgo son personas con baja instrucción escolar; sin embargo la presencia del riesgo se evidencia en los demás niveles educativos, de igual manera el riesgo predomina en pacientes pertenecientes a los estratos 1 y 2, se observó la presencia del riesgo en pacientes en unión libre y personas casadas. En lo referente al tiempo terapéutico se puede evidenciar que a mayor tiempo terapéutico existe mayor adherencia terapéutica.

Dimensión I: Factores socioeconómicos: influyen de manera negativa en la adherencia



terapéutica, el 4.5% de los pacientes no presenta adherencias, el 22.5% se encuentra en riesgo de no adherencia, restando el 73% de población que poseen una buena adherencia al tratamiento. Dentro de esta dimensión, los ítems que influyen de manera negativa son principalmente los cambios en la dieta, debido al alto costo de los alimentos recomendados y el poder costearse los medicamentos, lo cual evidencia que el factor económico es una barrera para la adecuada adherencia al tratamiento. Por otra parte, la población de igual manera manifiesta reconocer que a pesar de los costos de los medicamentos, vale la pena conseguirlo y seguir las recomendaciones.

Dimensión II: factores relacionados con el proveedor: sistema y equipo de salud: se evidencia que influye de manera significativa en una adecuada adherencia, El 3.4% de los pacientes exhibe riesgo de no adherencia al tratamiento y el 96.6% presenta buena adherencia; la población manifiesta que el trato que recibe del personal médico y el personal de Enfermería es lo que ellos esperan, ya que se atienden y responden sus inquietudes y dificultades con respecto a su tratamiento, se resalta que el personal de Enfermería es quien realiza la educación al paciente anticoagulado desde el primer momento de inicio del régimen terapéutico, manteniendo el contacto directo con el paciente y su entorno familiar para ampliar el nivel de conocimientos en cuanto al cuidado y las recomendaciones sobre el tratamiento, los pacientes manifiestan que la información dada por el profesional de Enfermería es detallada y precisa, se explican los resultados que se obtienen con el adecuado seguimiento del tratamiento, así mismo, se anima al paciente a continuar con los respectivos controles, lo cual evidencia el compromiso del profesional de Enfermería para brindar una atención de calidad al paciente anticoagulado favoreciendo su estado de salud.

Dimensión III: factores relacionados con la terapia: el 12.4% de los pacientes se encuentra en riesgo de no adherencia al tratamiento en cuanto a factores relacionados con la misma y el 87.6% demuestra buena adherencia al tratamiento en esta dimensión. Con respecto a esta dimensión, el total de la población reconoce que los medicamentos no le crean dependencia al tomarlos y que vale la pena cumplir el tratamiento y las recomendaciones para mejorar su salud.

Dimensión IV: factores relacionados con el paciente: el 12.4% de los pacientes se encuentra en riesgo de no adherencia, restando un 87.6% el cual demuestra buena adherencia al tratamiento en esta dimensión. La totalidad de la población reconoce que es importante seguir su tratamiento para mejorar su salud, y que ellos son los responsables de seguir el cuidado de su salud y que nunca han sido discriminados o alejados de su familia o grupo a causa de los tratamientos y recomendaciones que tiene que seguir. Por otra parte, refieren en algún momento haber sentido angustia o desánimo por las dificultades del tratamiento, pero reconocen que el profesional de Enfermería es quien los anima a continuar con la terapia de anticoagulación reforzando los beneficios del medicamento y las medidas no farmacológicas en el cuidado de la salud.

A nivel general, se identificó que el 90% de los pacientes valorados manifiesta buena adherencia al tratamiento; mientras que el 10% se encuentra en riesgo de no adherencia. También se evidenció que la dimensión de factores socioeconómicos influyó negativamente en la adherencia, contrario a la dimensión relacionada con el sistema y equipo de salud que tuvo mayor influencia positiva en la adherencia terapéutica.

## CONCLUSIONES

La presente investigación evidenció que los pacientes en su mayoría presentan un nivel de adherencia bueno, aunque es importante resaltar que se reportaron casos de no adherencia en un porcentaje bajo (4,5%). Así mismo, se evidenció que los factores que influyen de manera negativa en la adherencia al tratamiento son los relacionados con los factores socioeconómicos, en tal sentido, los pacientes manifestaron que cuentan con la disponibilidad económica para suplir las necesidades de su hogar, por lo tanto les sería difícil costearse ellos mismos los medicamentos, sin embargo reconocen que a pesar de las dificultades económicas que se presentan vale la pena seguir con la terapia de anticoagulación y las recomendaciones para garantizar un régimen terapéutico óptimo.

Por otra parte, los factores que favorecen a la adecuada adherencia son principalmente los factores relacionados con el proveedor: sistema y equipo de salud donde la población manifiesta su agrado con el servicio prestado por el personal de salud y resaltan el trato humanizado del profesional de Enfermería, que aborda al paciente anticoagulado desde el postoperatorio de cirugía cardíaca para educarlo a él y a su familia sobre los cambios en su estilo de vida que incluyen alimentación, actividad física, apoyo emocional, terapia farmacológica con recomendaciones generales que permitan el reconocimiento precoz de complicaciones, el compromiso con la continuidad del tratamiento y sus controles periódicos.

El desarrollo de este tipo de investigaciones permiten que el profesional de Enfermería identifique los factores que influyen en la adherencia terapéutica del paciente anticoagulado tanto positiva como negativamente, y plantear acciones que permitan fortalecer los factores que influyen a favor y actuar en los factores negativos que puedan ser intervenidos mediante sesiones educativas para el paciente con el fin de que conozca su enfermedad y la importancia de su tratamiento, pues es Enfermería quien brinda una atención centrada en las necesidades del paciente con el fin de que comprenda la importancia de la terapia tanto farmacológica y no farmacológica y desarrolle sus habilidades en el cuidado de su salud. En definitiva, Enfermería a través del cuidado holístico y humanizado contribuye a que el individuo alcance el empoderamiento de su cuidado para garantizar una mejor calidad de vida en el paciente anticoagulado.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud. Enfermedades cardiovasculares, Datos y Cifras. [Internet]. Ginebra: OMS, 2016. [Citado el 15 de nov de 2016]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/es/>
2. Zambrano R, Duitama F, Posada I, & Flórez F. Percepción de la adherencia a tratamientos en pacientes con factores de riesgo cardiovascular. Revista Facultad Nacional de Salud Pública. [Internet]. 2012 [Citado el 15 de nov de 2016]; 30(2):163-174. Disponible en:



<http://www.redalyc.org/pdf/120/12023918005.pdf>

3. Ávila M, Gómez P, Yam A, Vega G, Franco B. Un enfoque cualitativo a las barreras de adherencia terapéutica en enfermos crónicos de Guanajuato, México. Aquichan. [Internet]. 2013 [Citado el 15 de noviembre de 2016]; 13(3):373-386. Disponible en: <http://bdbiblioteca.ufps.edu.co:2057/docview/1499379504/4A827C0533DE405FPQ/3?accountid=43636>
4. Centro de Información Cardiovascular, Texas Heart Institute. Reparación o sustitución valvular. [Internet] 2016. [Citado el 1 de noviembre de 2016]. Disponible en: [http://www.texasheart.org/HIC/Topics\\_Esp/Proced/vsurg\\_span.cfm](http://www.texasheart.org/HIC/Topics_Esp/Proced/vsurg_span.cfm)
5. Sabaté E. Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción [Internet] Washington: Organización Panamericana de la Salud; 2004 [citado 2017 Sep 22]. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/WHO-Adherence-Long-Term-Therapies-Spa-2003.pdf>
6. Pfizer. La adherencia al tratamiento: cumplimiento y constancia para mejorar la calidad de vida, III foro diálogos pfizer-pacientes. [Internet]. Bogotá: 2009. [Citado el 1 de nov de 2016]. Disponible en: [https://www.pfizer.es/docs/pdf/asociaciones\\_pacientes/2009/FOROpfizer\\_2009.pdf](https://www.pfizer.es/docs/pdf/asociaciones_pacientes/2009/FOROpfizer_2009.pdf)
7. Ewen S, Rettig V, Mahfoud F, Bohm M, Laufs U. Drug adherence in patients taking oral anticoagulation therapy. Clinical Research in Cardiology [Internet]. 2014 [Citado el 1 de nov de 2016]; 103(3):173–182. Disponible en: <http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00392-013-0616-8>
8. Organización Mundial de la Salud OMS. Comunicado de prensa: el incumplimiento del tratamiento prescrito para las enfermedades crónicas es un problema mundial de gran envergadura. [Internet]. Ginebra: OMS, 2003 [Citado el 15 de nov de 2016]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2003/pr54/es/>
9. Herrera, A. "Factores que influyen en la adherencia a tratamientos en pacientes con riesgo de enfermedad cardiovascular." Avances en Enfermería [Internet]. 2008 [citado el 30 septiembre 2016]; 26(1):36-42. Disponible en: <http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/12883/13641>
10. Salcedo A, Gómez A. Grados de riesgo para la adherencia terapéutica en personas con hipertensión arterial Avances en Enfermería [Internet]. 2014 [Citado el 15 de nov de 2016]; 32(1):33-43. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v32n1/v32n1a04.pdf>
11. Solano M.H, Mendieta A.F. Adherencia al tratamiento anticoagulante hospital de san José. Bogotá dc, Colombia. [Internet]. 2014 [Citado el 15 de nov de 2016]; 23(3): 189-198. Disponible en: <https://www.fucsalud.edu.co/sites/default/files/2017-01/ADHERENCIA%20AL%20TRATAMIENTO%20ANTICOAGULANTE%20.pdf>



## MANUAL DE DROGAS ADRENÉRGICAS PARA LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL INSTITUTO AUTÓNOMO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LOS ANDES. MÉRIDA, 2017

Eduardo José Sánchez \*  
Leonardo Ortega

### RESUMEN

Las drogas adrenérgicas, son de gran utilidad para tratar pacientes en estado crítico con inestabilidad hemodinámica, estos fármacos estimulan los receptores alfa y beta adrenérgicos, actuando sobre un determinado subtipo adrenoreceptor. Por ello se deduce que, la administración incorrecta de las mismas, puede traer consecuencia repercusiones en la recuperación y estabilidad de los pacientes. El objetivo general consistió en “Proponer un manual de drogas adrenérgicas para los profesionales de enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) del Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes (IAHULA), Edo. Mérida”. La metodología utilizada se fundamentó bajo el enfoque cuantitativo, corresponde a un diseño no experimental con un nivel descriptivo de campo y de corte transversal, con modalidad de proyecto factible. La técnica empleada fue la encuesta y el instrumento aplicado lo constituyó un cuestionario que se aplicó a una muestra conformada por (35) profesionales de enfermería de la UCI del IAHULA, Los resultados más resaltantes obtenidos indican que, el 83% de la muestra encuestada, aciertan que la adrenalina no está indicada en casos de insuficiencia cardiaca congestiva 46% poseen conocimientos deficientes en la indicación de la dopamina, por otro lado, el 63% del grupo encuestado no conocen los receptores estimulados por la adrenalina, asimismo 80%, desconocen lo relacionado con la distribución en la barrera hematoencefálica. Se concluye que en base a los resultados obtenidos es necesario el diseño e implementación de un manual que sirva de guía y actualización para el personal.

**Palabras Claves:** drogas adrenérgicas, enfermería, cuidados intensivos.

### INTRODUCCIÓN

Las drogas agonistas adrenérgicas son un grupo de fármacos muy utilizados, específicamente en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), ya que, en las mismas, ingresan pacientes críticamente enfermos, de las cuales constituyen un escenario propicio para tal fin, por lo que estos agentes farmacológicos constituyen sólo una de las herramientas disponibles para el manejo

\* Magister en Educación Mención Docencia Universitaria, Doctorando en Ciencias Humanas. Universidad de Los Andes. Mérida – Venezuela.

hemodinámico, siendo de fundamental importancia el tratamiento clínico que las complementa. Ampliando este aspecto, se puede señalar que los fármacos agonistas adrenérgicos más usados en la UCI del Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes (IAHULA) son la adrenalina, noradrenalina, dopamina y dobutamina, cada una de ellas posee efectos farmacológicos con características diferentes de acuerdo a la afinidad sobre el receptor que se quiere accionar.

Conviene destacar que, los profesionales de enfermería al ser los encargados de la administración de estos medicamentos como parte de su actividad interdependiente en el equipo multidisciplinario de salud, amerita que lo mismos estén permanentemente actualizados y ejecuten cuidados con estándares especializados en la materia; por ello, estos deben poseer conocimientos teórico y prácticos necesarios que permitan optimizar cuidados de calidad, para así evitar situaciones que pongan en riesgo a las personas cuidadas y evitar reacciones adversas, alérgicas y actos asociados a la impericia en cuanto a la administración de la medicación. Aunado a esto, se puede señalar que los cuidados de enfermería relacionados con los fármacos señalados van más allá de la preparación y administración, pues incluyen también, la evaluación de la pre-administración y dosis, así como la vigilancia de los efectos terapéuticos, identificación y reducción de efectos adversos, prevención de interacciones medicamentosas y control de la toxicidad, permitiendo de esta forma un control operativo y el medio para sistematizar y asegurar la atención individualizada al paciente internado en la UCI. En tal sentido, la investigación tomó en consideración la importancia de llevar a cabo la propuesta de diseñar un manual de drogas adrenérgicas para el profesional de Enfermería de la UCI del IHULA, previo al diagnóstico de la necesidad del mismo, de tal manera que se pueda generar un material de consulta actualizado y acorde a los estándares en la materia, que fortalezca y asegure la calidad de atención proporcionada en dicha unidad.

## **OBJETIVO GENERAL**

Proponer un manual de drogas adrenérgicas para los profesionales de enfermería en la UCI del IAHULA. Mérida, 2017.

## **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Determinar los conocimientos que tienen los profesionales de enfermería de la UCI sobre las drogas adrenérgicas.
- Reconocer la importancia de la aplicación del proceso de cuidados de enfermería en la administración de drogas adrenérgicas.
- Indagar sobre los cuidados que proporcionan los profesionales de enfermería en la administración de drogas adrenérgicas en la UCI.
- Diseñar un manual de drogas adrenérgicas para los profesionales de enfermería de la UCI del IAHULA.

## **METODOLOGÍA**





El estudio ejecutado se enmarcó a través de un paradigma con enfoque cuantitativo, ya que se apoyó de la interpretación de datos estadísticos relacionado con los elementos del problema planteado.

*Diseño y tipo de la investigación:* La investigación se orientó bajo un diseño no experimental, puesto que su fin es la expectación de las variables y no la manipulación de estas. Por consiguiente, estas variables se relacionan en función con los objetivos específicos formulados en este estudio. De igual manera, es descriptivo y de campo, con un nivel transversal, ya que se estudió y se describió los datos obtenidos en la UCI del IAHULA, en un momento determinado. La modalidad fue un proyecto factible

*Población muestral:* La población de la investigación estuvo representada por treinta y cinco (35) especialistas de enfermería en cuidados al paciente en estado crítico de la UCI del IAHULA.

*Técnicas e instrumentos de recolección de datos:* La técnica que se utilizó para la recolección de datos en la investigación fue una encuesta y el instrumento estuvo constituido por un cuestionario con 31 preguntas y una escala dicotómica, el cual fue validado por juicio de expertos.

*Técnica de análisis de los resultados:* Para el proceso de la recolección de la información fue necesario, proceder a la tabulación, codificación y procesamiento estadístico de los resultados mediante el paquete SPSS, para luego presentarlos en cuadros y gráficos con su respectivo análisis. Debe explicarse también que, en la investigación, se plantearon las fases del desarrollo del proyecto factible (diagnóstico y diseño de la propuesta), que dieron origen a un manual.

## RESULTADOS

- *Conocimiento de drogas adrenérgicas: Indicación.* El noventa y siete por ciento (97%) de los profesionales de enfermería conocen el uso terapéutico de las drogas adrenérgicas. Asimismo, el ochenta y tres por ciento (83%), niega que la adrenalina está indicada en casos de insuficiencia cardiaca congestiva. A pesar de esto la muestra encuestada conoce el uso terapéutico de la adrenalina, por lo que, se ratifica que la adrenalina está indicada en aquellos pacientes que presentan a nivel cardiaco, fibrilación ventricular, asistolia, bradicardia y bloqueo aurículoventricular de segundo y tercer grado.
- *Conocimiento de drogas adrenérgicas: Indicación.* El cuarenta y seis por ciento (46%) del grupo encuestado poseen conocimientos deficientes en la indicación de la dopamina pues, esta droga se utiliza en el tratamiento de ICC grave, sobre todo en pacientes con oliguria y con resistencia vascular periférica (RVP) baja o normal. Asimismo, este fármaco logra mejorar parámetros fisiológicos en el tratamiento de choque cardiogénico y séptico.
- *Conocimiento de drogas adrenérgicas: Mecanismo de acción:* El noventa y un por ciento (91%) del grupo encuestado tienen conocimientos acerca de los receptores estimulados de las

drogas adrenérgicas tras su administración. No obstante, se observa que el sesenta y tres por ciento (63%) del grupo encuestado no conocen los receptores estimulados por la adrenalina.

- *Conocimiento de drogas adrenérgicas: Mecanismo de acción:* El ochenta por ciento (80%) de los individuos en estudio tienen deficiencia de conocimientos en cuanto a la distribución tras la administración de estas drogas en la barrera hematoencefálica, pues la adrenalina y la dopamina no atraviesan la barrera hematoencefálica.
- *Conocimiento de drogas adrenérgicas: Contraindicación:* El cuarenta y nueve por ciento (49%) de la muestra estudiada presenta deficiencia de conocimientos en relación a los efectos no deseados en el paciente. Al respecto, la adrenalina está contraindicada en hipersensibilidad a las aminas adrenérgicas y en arritmias cardíacas, así como también, en el empleo cauteloso en relación a enfermedad cardíaca (angina, taquicardia, infarto miocardio) e hipertensión. De igual forma, en las enfermedades endocrinas como hipertiroidismo y diabetes. Simultáneamente, en el caso de la dobutamina el cincuenta y cuatro por ciento (54%) muestra un bajo conocimiento acerca de su contraindicación farmacológica, de hecho, ya que está contraindicada en personas con antecedentes de hipertensión (mayor riesgo de respuesta presora exagerada), fibrilación auricular (se recomienda un pretratamiento con glucósidos digitálicos) y con antecedentes de actividad ventricular ectópica que puede exacerbarse.
- *Conocimiento de drogas adrenérgicas: Reacciones adversas:* Un sesenta y tres por ciento (63%) y un sesenta y seis por ciento (66%) respectivamente no poseen conocimientos acerca de las reacciones adversas en la noradrenalina y dopamina teniendo en cuenta, que las reacciones adversas que produce la norepinefrina, son ansiedad, disnea, percepción de bradicardia, cabe considerar, que la noradrenalina por poseer efectos vasoconstrictores puede provocar reducción del flujo sanguíneo hacia las regiones vitales. Por otra parte, existe un conocimiento claro de las reacciones adversas en la adrenalina y dobutamina.
- *Aplicación del Proceso de Enfermería:* Un noventa y siete por ciento de los profesionales de enfermería encuestados conocen las cinco (5) fases de este proceso.
- *Cuidados en la administración de drogas adrenérgicas:* evidencia que el ochenta y tres (83%) del grupo encuestado poseen un bajo conocimiento en relación al indicador de dilución de los fármacos adrenérgicos, dado que, diversas fuentes bibliográficas señalan que la dilución de los fármacos adrenérgicos en el caso de la adrenalina y noradrenalina, se prefiere su dilución en solución glucosa al 5% o solución salina 0.9% más solución glucosa al 5%, lo que le da mayor estabilidad. Por otra parte, señalan que preferentemente no deben administrarse en solución salina al 0.9% únicamente, ya que esto favorecería la pérdida de su potencia farmacológica debido a los diluyentes como el bisulfato de sodio, con los que se logra su estabilidad.

## CONCLUSIONES

- En cuanto a los conocimientos que poseen los profesionales de enfermería de la UCI sobre las drogas adrenérgicas, estos presentan una variabilidad de criterios en los conocimientos relacionados a las indicaciones, al mecanismo de acción, farmacocinética, reacciones adversas y contraindicaciones. También, se observó que estos profesionales si poseen conocimientos en las interacciones de drogas adrenérgicas con otros fármacos.



- De acuerdo a la importancia de la aplicación del proceso de cuidados de enfermería en la administración de drogas adrenérgicas, se demostró que el grupo encuestado reconocen su aplicación en función a las cinco fases de este proceso.
- En cuanto a los cuidados que proporcionan el profesional de enfermería durante la administración de drogas adrenérgicas, se indago que estos profesionales mantienen conocimientos acerca de la paraclínica a utilizar cuando se están administrando, por otra parte consideran que es importante el cálculo y formulación para su administración, al igual el uso de equipo de infusión, no obstante, se analizó que pudiera existir diversidad de criterios de conocimientos sobre las diluciones de estas drogas con soluciones salinas al 0,9%.
- Finalmente, los conocimientos de los profesionales de enfermería en relación a la administración de drogas adrenérgicas son de suma importancia, por lo que su utilidad corresponde al tratamiento de la inestabilidad hemodinámica del paciente crítico ingresado en UCI, por lo tanto, es imprescindible conocer bien sus efectos farmacológicos, indicaciones, diluciones y posibles interacciones. Cabe destacar que, de acuerdo a los resultados obtenidos de la presente investigación, se procedió a diseñar un manual de drogas adrenérgicas.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Álvarez (2008). Guía rápida de fármacos para emergencias prehospitalarias. Manual de bata, ediciones ARAN y unión de sociedades de emergencias. España.
2. Bruton, Lazo y Parker, (2007). Bases farmacológicas de la terapéutica (12a, ed.) Gogman y Gilman. McGraw-Hill, compies, Interamericana. México.
3. Breslow y Ligie (2007). Indicaciones terapéutica drogas adrenérgicas (12a, ed.) Gogman y Gilman. McGraw-Hill, compies, Interamericana. México
4. Deglin y Vallerand (2009). Guía farmacológica para profesionales de enfermería (10<sup>a</sup>, ed.) McGraw-Hill, compies, Interamericana. México.
5. Fidiás G, Arias. (2012) El Proyecto de Investigación, introducción a la metodología científica (6<sup>a</sup>, ed.) Editorial Episteme,c.a. Caracas, Venezuela. 2012.
6. Flórez, Armijo y Mediavilla, (2012) Libro Farmacología Humana (6<sup>a</sup>,ed), Elsevier Masen. Barcelona España.
7. Hernández, R, Fernández, C, y Baptista, M.P. (2014) Metodología de la Investigación (6<sup>a</sup> Ed.) México: McGraw Hill Educación.
8. Katzung, Masters y Trevor, (2013). Libro de farmacología básica y clínica. (12<sup>a</sup>, ed.) Lange. McGraw-Hill, compies, Interamericana. México.
9. Lorenzo, Moreno, Lizasoain Leza, Moro y Portoles (2010). Libro de farmacología básica y clínica. (19<sup>a</sup>, ed.) Velázquez. Editorial medica panamericana. Argentina y Colombia.



## RETOS DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA EN LA CRONICIDAD PARA COLOMBIA

Lorena Chaparro Díaz. \*

### RESUMEN

Las enfermedades crónicas tienen una importancia relevante si se valora desde el impacto social que tienen en la morbilidad y la mortalidad. Sin embargo, existen conceptualizaciones recientemente validas por los científicos en el área que demuestran la necesidad de repensar el concepto hacia la trayectoria que implica la enfermedad como tal, así como los sujetos involucrados y las necesidades de los sistemas de salud del mundo, especialmente los más inmaduros. Las tendencias en este sentido se inclinan en primera medida en repensar el abordaje hacia el cuidado al largo plazo en donde Enfermería tiene un rol protagónico de cuidado en el hogar y transiciones de cuidado. Se presentan algunos desarrollos del Grupo de investigación Cuidado de enfermería al paciente crónico de la Universidad Nacional de Colombia y sus modelos a validar en los próximos años.

**Palabras Clave.** Enfermedad crónica, Tendencias, Colombia, Enfermería

### INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Las enfermedades crónicas tienen una importancia relevante si se valora desde el impacto social que tienen en la morbilidad y la mortalidad. El objetivo de la presentación es que los asistentes identifiquen los aspectos de futuro que se recomiendan sean de interés investigativo, mejoramiento de los servicios de salud y enfermería e innoven en enfermería.

### METODOLOGÍA.

Se realizó una revisión de literatura amplia en la que se incluyeron los desarrollos más vigentes en revistas de alto impacto científico que permiten identificar los cuestionamientos en abordajes y enfoques en la enfermedad crónica.

### Intervenciones.

Desde el sujeto se identificó la necesidad de repensar en la conceptualización de las Enfermedades No Transmisibles (ENT) deben reestructurarse hacia Enfermedades biosociales y de desarrollo (biosocial and development diseases- BDDs), porque dirigirá más atención a los factores subyacentes (como el medio ambiente y las políticas públicas), que van más allá de los factores de riesgo tradicionalmente reconocidos de comportamiento, metabólicos y fisiológicos y así ubicarse mejor en la Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) (*Guanyang Zou et al, 2017*). Desde el cuidador familiar y la diada (persona con

---

\* Enfermera, Doctora en Enfermería, Profesora Asociada Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia. Líder Grupo de Investigación Cuidado de Enfermería al Paciente Crónico. Bogotá, Colombia.



enfermedad crónica-cuidador familiar) se requiere un abordaje de transición del rol de ser cuidador. Desde el sistema de salud se recomienda modelos funcionales involucren al Paciente, Cuidador, Diada, Profesionales de la salud y otras disciplinas, Instituciones y políticas.

### CONCLUSIONES.

- Reconocer el sujeto “Integralmente” es valorarlo en las relaciones con su familia y la sociedad.
- La trazabilidad de la atención sería un eje importante de las políticas en ECNT
- Abordar a los cuidadores familiares de personas con ECNT es útil, pero debe ser alrededor de la trayectoria.

Enfermería tiene desarrollos teóricos y conceptuales que pueden ser validados a través de redes de conocimiento.

### BIBLIOGRAFÍA.

1. Allen, LN et al. Reframing non-communicable diseases as socially transmitted conditions. *The Lancet Global Health*, 2017. 5(7): e644- e646
2. Allen, L et al. What's in a name? A call to reframe non-communicable diseases. *The Lancet Global Health*. 2017. 5(2): e129 - e130
3. Barrera L, Carrillo, GM, Chaparro L y Sánchez B. Modelo para abordar la carga del cuidado de la enfermedad crónica en Colombia. *Orinoquia*. 2015, 19(1):89-99.
4. Barrera-Ortiz L, Carreño SP, Carrillo GM, Chaparro-Díaz L, Gómez OJ, Sánchez-Herrera B, Vargas-Rosero E. Indicadores de carga del cuidado familiar de personas con enfermedad crónica: relevantes en salud pública. *MedUNAB* 2015; 18(2):125-134.
5. Carreño SP, Sánchez-Herrera B, Carrillo GM, Chaparro L, Gómez OJ. Carga de la enfermedad crónica para los sujetos implicados en el cuidado. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública* 2016; 34(3):342-349. <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.v34n3a08>
6. Organización Mundial de la salud. Informe Sobre La Situación Mundial de las enfermedades no transmisibles 2014. Ginebra. 16 p.
7. Sánchez Herrera B, Chaparro L, Carrillo González GM. La carga del cuidado en la enfermedad crónica en la díada cuidador familiar-receptor del cuidado. *Investig Enferm. Imagen Desarr*. 2016;18 (2): 43-60. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.ie18-2.ccec>
8. Sánchez-Herrera Beatriz, Carrillo Gloria M, Chaparro-Díaz Lorena, Carreño Sonia P, Gómez Olga J. Concepto carga en los modelos teóricos sobre enfermedad crónica: revisión sistemática. *Rev. Salud pública*. 2016; 18(6):976-985.
9. Unión Temporal Carga de la enfermedad crónica no transmisible en Colombia (Universidad Nacional de Colombia, Universidad Mariana de Pasto, Universidad UDCA, Universidad de Santander). Programa para la disminución de la Carga de la enfermedad crónica no transmisible en Colombia. 2011-2015. Financiado por Colciencias, Contrato 366 de 2011.
10. Zou, Guanyang et al. Renaming non-communicable diseases. *The Lancet Global Health*. 2017. 5(7): e656.
11. Chaparro-Díaz L, Barrera-Ortiz L, Vargas-Rosero E, Carreño-Moreno SP. Mujeres cuidadoras familiares de personas con enfermedad crónica en Colombia. *Rev. cienc. cuidad*. 2016; 13(1):72-86. <https://doi.org/10.22463/17949831.736>



## PROGRAMA DE CAPACITACIÓN PARA LA APLICACIÓN DE LENGUAJES ESTANDARIZADOS EN LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL INSTITUTO AUTÓNOMO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LOS ANDES. MÉRIDA 2017

Eduardo Sánchez\*  
Andry Carrillo

### RESUMEN

Integrar una capacitación educativa continua y actualizada, constituye una práctica innovadora, que conlleva al desarrollo de habilidades del pensamiento y juicio crítico. Actualmente en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) del Instituto Autónomo Hospital Universitario de los Andes (IAHULA) se aborda el diagnóstico enfermero, como parte de la utilización de los lenguajes estandarizados de enfermería. La presente investigación tuvo como objetivo general: Proponer un programa de capacitación para la aplicación de los lenguajes estandarizados NANDA –NOC –NIC, en los profesionales de enfermería de la UCI del IAHULA - Mérida, 2017. La metodología utilizada se fundamentó en el enfoque cuantitativo no experimental, de campo, bajo la modalidad de proyecto factible. Para realizar el diagnóstico del contexto relacionado con el objetivo de la investigación, se utilizó como técnica la encuesta y como instrumento un cuestionario con su respectiva validez y confiabilidad. Los resultados demuestran que los profesionales conocen los lenguajes, pero que existe la necesidad de capacitación e información de estos. Se concluye que existe la necesidad de desarrollar actividades que promuevan la actualización y ejecución de los lenguajes estandarizados de enfermería en la gestión, prevención y cuidado en la unidad citada, mediante el diseño de un Programa de Capacitación propuesto.

**Palabras Claves:** Capacitación, enfermería, cuidados, diagnósticos, resultados, intervenciones.

### INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La responsabilidad social de las ciencias de la salud, conlleva desde la formación universitaria a desarrollar competencias en el ser y el saber hacer, y sobre todo en la toma de conciencia basada en la vocación de servicio e impacto social en las personas, familias y comunidades. Al respecto, integrar una capacitación educativa continua y actualizada, constituirá una práctica innovadora,

---

\* Magister en Educación Mención Docencia Universitaria, Doctorando en Ciencias Humanas.  
Universidad de Los Andes. Mérida – Venezuela.



que conllevará al desarrollo de habilidades del pensamiento y juicio crítico, que influirá directamente en todas aquellas intervenciones que se realicen en función de la mejora de la calidad de vida de las personas que acuden a las instituciones de salud.

Actualmente en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) del Instituto Autónomo Hospital Universitario de los Andes (IAHULA) se aborda desde la perspectiva del pensamiento y juicio crítico el diagnóstico enfermero como parte de la dinámica propia del proceso enfermero. El proceso enfermero conlleva a predecir, prevenir y gestionar problemas. Es así como los profesionales de enfermería valoran y emiten juicios profesionales o clínicos (diagnóstico de enfermería) en función de la taxonomía de la Asociación Americana para los Diagnósticos de Enfermería, conocida como NANDA, aunque no en forma exhaustiva y en función de todas las taxonomías como la de la Clasificación de los Resultados esperados NOC o la Clasificación de las Intervenciones de Enfermería NIC.

En consecuencia, con la creciente necesidad de una capacitación sobre la prestación de los cuidados como eje central en la práctica de la enfermería, y al ser competentes para valorar, diagnosticar, planificar, ejecutar y evaluar en conjunto con los usuarios y demás profesionales de la salud todos aquellos que mejoran la calidad de la atención, los profesionales de enfermería necesitarán más que nunca una amplia educación, confiar en sí mismos, poseer competencias técnicas y ser capaces de adaptarse con rapidez a la evolución de la enfermería como profesión y disciplina.

En cuanto a la formación de enfermeros se refiere, todas las instituciones, así como los programas educativos y de capacitación, deberían seguir profundizando sus estrategias y actividades en función de las nuevas realidades profesionales y de desarrollo. Integrar los nuevos conocimientos en la actividad diaria de los profesionales enfermeros constituye una práctica innovadora, que conlleva al desarrollo de habilidades del pensamiento, y el desarrollo de competencias necesarias para la práctica profesional. La relevancia de la presente investigación, se fundamentó en indagar sobre la aplicabilidad de los lenguajes estandarizados de la NANDA, el NOC y el NIC en la UCI del IAHULA para con ello diseñar un programa de capacitación innovador y viable para la práctica clínica.

## **OBJETIVOS**

### **Objetivo General**

Proponer un programa de capacitación para la aplicación de los lenguajes estandarizados en los profesionales de enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) del Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes (IAHULA) Mérida, 2016.

### **Objetivos Específicos**



- Describir las características profesionales del personal de Enfermería que labora en la UCI del IAHULA.
- Determinar las necesidades de capacitación de los profesionales de enfermería en el uso de las taxonomías estandarizadas de enfermería.
- Indagar sobre el nivel de conocimiento de los lenguajes estandarizados de Enfermería en los profesionales de enfermería en la UCI del IAHULA.
- Diseñar un programa de capacitación para la aplicación de los lenguajes estandarizados en el personal de enfermería de la UCI del IAHULA.

## **METODOLOGÍA**

La investigación se realizó bajo el enfoque cuantitativo,

*Diseño y tipo de investigación:* El estudio propuesto corresponde a un diseño no experimental. El tipo de investigación fue de campo, pues se recolectaron los datos directamente en la realidad en donde ocurren los hechos, sin manipular o controlar las variables. Con un nivel descriptivo. La modalidad correspondió a un proyecto factible en la fase de diagnóstico y diseño.

*La población y muestra:* estuvo conformada por 30 profesionales de la Enfermería de la UCI del IAHULA. Para la presente investigación se consideró una muestra de 26 profesionales de la enfermería, representando un 86.6% de la población total debido que 2 profesionales se encontraban de vacaciones y 2 de descanso trimestral.

*Técnicas e instrumentos de recolección de datos:* En este caso la técnica fue la encuesta, y el instrumento lo constituyó el cuestionario, el cual estuvo conformado por 26 ítems con una escala de Likert de 5 alternativas de respuesta.

*Validéz del instrumento:* La validación del instrumento se realizó a través del juicio de expertos, para luego hacer las correcciones que tuvieran lugar, garantizando la calidad en la elaboración definitiva.

*Técnicas de análisis de los resultados:* Luego de aplicar el instrumento a los sujetos de estudio y recolectada la información pertinente, se procedió a la tabulación, codificación y procesamiento estadístico de los resultados mediante el paquete SPSS, para presentarlos en cuadros y gráficos con su respectivo análisis.

## **RESULTADOS**

- El 38,5% de los individuos tienen entre 25 y 30 años de servicio, además se muestra que 30,8% tienen experiencia entre 5 y 10 años, seguido de 15 a 20 años con 15,4%, posteriormente de 20 a 25 años 11,5% y finalmente de 1 a 5 años 3,8%. Es importante indicar





que el 100% de los enfermeros encuestados son licenciados con especialidad.

- En cuanto a que, si la capacitación y actualización en proceso de enfermería representa un eje de formación para la institución, el mayor porcentaje fue, muy en desacuerdo con un 26,9%. Por otro lado, en cuanto a la relevancia en el dictado de charlas y talleres de formación en proceso de enfermería, se obtuvo que la categoría que más se repitió fue muy de acuerdo 26,9%.
- Se observó que en relación al adiestramiento profesional de los enfermeros en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), el mayor porcentaje estuvo en la categoría muy en desacuerdo 29,6%. Mientras que, en la instrucción relacionada con el llenado de formatos de enfermería, así como la implementación de planes de cuidado, la mayor frecuencia estuvo en muy de acuerdo 26,9%.
- En lo referente a la evaluación del desempeño de los enfermeros de la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) el 30,8% (8) está de acuerdo en relación al desarrollo de competencias procedimentales para el proceso de enfermería situación que también se refleja con 46,2% señalan estar de acuerdo en la importancia de la implementación del proceso de enfermería.
- Por otro lado, el 46,2% se encuentran de acuerdo y un 50 % muy de acuerdo, en relación a la importancia de la definición operativa de los lenguajes estandarizados de Enfermería en los profesionales de enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) del IAHULA para el diseño del programa de capacitación.
- Así mismo, se describe que el 57,7% de los enfermeros de la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) del IAHULA están de acuerdo, a su vez el 34,6% muy de acuerdo dando como un total que el 92,3% en cuanto a la relevancia de la utilización de lenguajes estandarizados para el cuidado del paciente.
- El 73,1% de los enfermeros de la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) están de acuerdo con la necesidad de información sobre la Clasificación de las Intervenciones de Enfermería (NIC); además el 42,3% está de acuerdo en poseer protocolos compuestos por intervenciones de enfermería; finalmente 61,5% está de acuerdo con que las actividades de las intervenciones de enfermería NIC, son indispensables para la aplicación del Proceso Enfermero.

## CONCLUSIONES

- En relación al primer objetivo: Describir las características profesionales del personal de Enfermería que labora en la UCI del IAHULA. Los profesionales son personas adultas jóvenes, con un alto nivel de desarrollo humano, pues la mayoría tienen estudios de 4to nivel.
- El segundo objetivo: Determinar las necesidades de capacitación de los profesionales de enfermería en el uso de las taxonomías estandarizadas de enfermería. Los resultados del estudio conllevan a concluir que, a pesar de la diversidad de criterios obtenidos en los mismos, los profesionales consideran que la capacitación es relevante en cuanto a la temática se refiere.
- Atendiendo el tercer objetivo relacionado con: Indagar sobre el nivel de conocimiento de los lenguajes estandarizados de Enfermería en los profesionales de enfermería en la UCI del IAHULA. Los profesionales conocen los lenguajes estandarizados de la NANDA-NOC-NIC



aunque se hace necesaria la facilitación de más información relacionada con estos lenguajes.

- En relación al cuarto objetivo: Diseñar un programa de capacitación para la aplicación de los lenguajes estandarizados en el personal de enfermería de la UCI del IHULA. Los resultados obtenidos conllevan a generar un diagnóstico de la situación estudiada, el cual permite concluir que a pesar de la importancia de la capacitación y el conocimiento de los profesionales sobre de los lenguajes estandarizados de la NANDA-NOC-NIC, se amerita una capacitación y facilitación de información relacionada con los mismos. Aunado a que no existe en la UCI, un programa adaptado a los requerimientos del personal. Por lo que como objetivo de este estudio se diseñó dicho programa.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Alfaro Rosalinda - LeFevre. S.A. Aplicación del proceso enfermero. Fundamentos de razonamiento clínico. 8va Edición. (2011)
2. Arias F. El proyecto de investigación. 3er ed. Editorial Episteme. Caracas 1999. p. 21.
3. Ackley Betty, Ladwing Gail, “Manual de diagnósticos de enfermería” 7ª edición, ELSEVIER, Madrid –España.
4. Alfaro-Lefevre R. Aplicación del proceso enfermero: fomentar el cuidado en colaboración. 5ª ed. Barcelona. Masson, 2003.
5. Alfaro-Lefevre R. Pensamiento crítico y juicio clínico en enfermería: un enfoque práctico para un pensamiento centrado en los resultados. 4ª ed. Barcelona. Elsevier España, cop. 2009
6. Areas F. (2012). El Proyecto de Investigación. 6ta edición, Caracas: Editorial episteme.
7. Bulechek Gloria M., McCloskey Dochterman Joanne, “Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC)”, 5ª edición, ELSEVIER, Madrid –España.
8. Bulechek GM. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC) 5ª ed. Madrid. Elsevier, 2008.
9. Crespo C. Titular de Enfermería Materno Infantil. Escuela Universitaria de Enfermería. Universidad de Madrid España; 2013.



## COMUNICACIÓN ASERTIVA CON EL PACIENTE Y EL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO QUE INTERVIENE EN PRO DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE†

Jomaira Benedicta Gaona Ordoñez\*

### RESUMEN

Esta experiencia se basa en el protocolo de Londres que es el modelo organizacional de accidentes de James Reason. Según este modelo, son muchos los factores que inciden en la secuencia de un suceso adverso. Cuando se realiza el análisis del suceso adverso hay que considerar cada uno de los elementos, comenzar con las acciones inseguras, luego con las barreras que fallaron, los factores que contribuyeron y finalmente con los procesos de la organización. Acciones inseguras: acciones u omisiones que pueden causar un suceso adverso. Barreras y defensas: se diseñan para evitar accidentes o para mitigar las consecuencias de las fallas (ejemplos: listas de verificación, códigos de barras, Entrenamiento y supervisión).

El componente comunicación en medio de este proceso radica en que, la atención del paciente independiente del nivel de complejidad y del motivo de consulta involucra tres elementos que intervienen en el proceso de atención desde el inicio hasta el fin.

Por lo tanto cual es el reto que tenemos actualmente los prestadores de servicio de salud en donde la Enfermera profesional es el baluarte importante de hacer que se ejecuten las acciones claras con el único propósito de proporcionar esa seguridad integral al paciente basándonos en el concepto claro de: conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propende por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención en salud o de mitigar sus consecuencias.

Cuál es la finalidad que me propongo mediante la intervención propiciar en el futuro profesional la integralidad del trabajo en equipo, mitigar el riesgo y ante todo como lo dice Goethe *“El único hombre que no se equivoca es el que nunca hace nada.”*

**Palabras Clave:** Seguridad del Paciente, Protocolo, Habilidad, Enfermería, Comunicación, Responsabilidad.

† El resultado corresponde a la experiencia profesional relacionada con las actualizaciones correspondientes a la atención basada en la seguridad del paciente teniendo en cuenta los lineamientos del protocolo de Londres.

\* Enfermera, Magister Gerencia en Salud Pública, Especialista en Salud Ocupacional. Docente del área de Extensión del programa de enfermería de la UDES. Correo Electrónico: sebasvg98@hotmail.com San José de Cúcuta, Norte de Santander, Colombia.



## INTRODUCCIÓN.

La relación laboral interdisciplinaria permite que las experiencias se alternen y se pueda lograr la excelencia en la atención pero nos olvidamos que tanto saber frente al familiar del paciente se torna Omnipotente y lo que pretendo mediante la oportunidad de intervenir en este evento es sembrar en cada uno de los presentes de manera profesional sin saltarme los lineamientos que aplican las buenas técnicas de comunicación fomentar las buenas relaciones aplicadas en los diferentes entornos y servicios asistenciales no solo en el ámbito hospitalario sino logrando llegar al ambiente extramural aplicar estos buenos procesos de la comunicación que nos permitan llegar a la buena comprensión de la información de forma homogénea por todos los involucrados en la atención.

De esta forma lograremos más que la atención segura, evitar fallas que atenten contra la seguridad del paciente; permitiendo la estandarización de los mecanismos de comunicación como punto de partida fundamental que garantice una correcta comprensión de la situación cumpliendo con los protocolos establecidos favoreciendo la comunicación entre los diferentes involucrados en la atención; siempre apoyándome en el protocolo de Londres.

Teniendo en cuenta lo anterior, se deben considerar todos los factores o elementos contribuyentes de los sucesos adversos. (Figura 1.)

Figura 1: Modelo de organización de causalidad de incidentes clínicos



## OBJETIVO.

Desarrollar y fortalecer destrezas y habilidades en el oyente que le permitan descubrir las competencias para el adecuado proceso de comunicación con el equipo interdisciplinario involucrado durante el proceso de atención al paciente aplicando los lineamientos básicos de cero

incidentes durante la prestación del servicio.

### **METODOLOGÍA.**

Mediante la aplicación de experiencias del actuar en la trayectoria profesional en el ámbito administrativo y de la docencia en los sectores públicos y privados se podrá hacer llegar al oyente tocando las fibras del sentir profesional en lo que parece tan simple pero que olvidamos en el quehacer profesional.

### **Intervenciones.**

El ejercicio profesional en las diferentes facetas de la atención me ha permitido cada día apropiarme de la importancia en la prestación de un servicio, en donde la profundidad del deber ser radica en la **SEGURIDAD DEL PACIENTE**, ya que el ser enfermera hoy día implica la orientación hacia la prestación de servicios de salud más seguros, en donde el componente fundamental requiere que la información sobre seguridad del paciente esté integrada de tal forma que se aplique linealmente su difusión, despliegue y generación de conocimiento con el fin de estimular a los diferentes actores al desarrollo de las acciones definidas en las líneas de acción y el logro de objetivos propuestos, teniendo en cuenta que cada paciente es integral y se apoya en ese familiar que vela por su recuperación y atención especial.

### **CONCLUSIONES.**

Las fallas de la comunicación presentes en el equipo de profesionales en la prestación de los servicios asistenciales durante la atención de los pacientes hacen evidente que la falta de comunicación e información esencial para la toma de decisiones diagnósticas y terapéuticas sean el punto detonante de los errores que atentan con la seguridad del paciente.

Cuando llegamos como equipo a tener el dominio de las habilidades lingüísticas que se requieren en los diferentes niveles de conocimientos expresivos comprensivos, me explico es tan fácil comunicarnos como no ser entendido; y es allí importancia de sensibilizarnos y entrenarnos en la diversidad de servicios que involucran la atención segura del paciente.

Facilitar la transparencia en la comunicación como en la información será el eje fundamental de las instituciones prestadoras de los servicios de salud.

Es de vital importancia en el actuar profesional la total comprensión de las órdenes verbales y así mismo comprobar la correcta transcripción de los diferentes registros clínico.

Como herramienta importante se debe involucrar al paciente y a los cuidadores durante el proceso asistencial con suficiente información y comprensión que se pueden convertir en una de las barreras más efectivas.

### **BIBLIOGRAFÍA.**

1. Traducción con modificaciones del documento System Análisis of clinical incidents: the



London protocol. Autores: Sally Taylor-Adams y Charles Vincent (Clinical Safety reserch Unit, Imperial College London, UK).

2. Ministerio de Salud y Protección Social, 2008. Disponible en: [www.minsalud.gov.co/salud/PServicios/Paginas/Seguridad-del-Paciente.aspx](http://www.minsalud.gov.co/salud/PServicios/Paginas/Seguridad-del-Paciente.aspx)
3. Publicado por El Blog de la AAFH. Protocolo de Lóndres. Junio 9 del 2013. C85B6574-7E28-4BE&-BE61-E94C376243CE/londonprotocol\_e.pdf.
4. Merck Sharp and Dohme de España. C/ Josefa Valcárcel, 38 – 28027 Madrid. Copyrigh 2015 Merck Sharp & Dohme Corp., a subsidiary of Merck & Co., Inc., Kenilworth, HJ,USA.NOND-1117228-0067 (Creado: Julio 2016).
5. En el documento / En la referencia / Revista Científica del Colegio Oficial de A.T.S de Valencia de Valencia, ISSN 0214-0128, N° 73, 2006, págs. 27 – 34.
6. Naranjo B. IC. Ricaute G. GP. La Comunicación con el paciente. Invest. Edu. Enferm 2006; 24(1): 94-98.
7. de Dios Lorente JA, Jiménez Arias ME. La Comunicación en salud desde la perspectiva ética, asistencial, docente y gerencial. MEDISAN 2009; 13(1).
8. Yo Psicólogo/ La relación entre el enfermo y el profesional de la salud. Disponible en: [http://www.yopsicologo.com/files/salud\\_relacion\\_enfermo.html](http://www.yopsicologo.com/files/salud_relacion_enfermo.html). Noviembre 12, 2009
9. Atención segura en la calidad de la atención <http://www.inalde.edu.co/sala-de-prensa/revista-inalde/detalle-blog/ic/atencion-segura-y-de-calidad-al-paciente-a-traves-del-manejo-del-proceso-hospitalario/icac/show/Content/>
10. En el documento/En la referencia/Wold Health Organization / Joint Commision International / Preámbulo a las soluciones para la seguridad del paciente / Mayo 2007



## EVALUACIÓN DE LA PRÁCTICA REFLEXIVA MEDIANTE LA EXPERIENCIA DEL DIARIO REFLEXIVO, EN ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA

Ana Verónica Jara Rojas\*

### INTRODUCCIÓN

En la formación de Enfermería se han introducido estrategias pedagógicas instando a la reflexión para el aprendizaje de la práctica del cuidado, como la “Práctica reflexiva”. A través de ella se logra la articulación de los conocimientos de los estudiantes con el entorno educativo (prácticas clínicas), y la construcción de conocimiento a partir de la propia experiencia.

El diario reflexivo es una estrategia metodológica innovadora, que favorece la reflexión y que puede ser utilizada durante las prácticas clínicas para evaluar una práctica reflexiva.

**Palabras claves:** Práctica reflexiva, diario reflexivo, curriculum

### OBJETIVO

Determinar el valor de la práctica reflexiva en los estudiantes de Enfermería de la Universidad Católica del Maule, mediante la experiencia de un diario reflexivo durante las prácticas clínicas.

### MÉTODO

Diseño cualitativo, con enfoque fenomenológico, bajo un paradigma interpretativo. La muestra estuvo conformada por estudiantes de enfermería, de tipo teórico, no probabilística. La recolección de la información se realizó por medio de un diario reflexivo y el análisis de los hallazgos se realizó con triangulación de la información a través de la experiencia de diario reflexivo, entrevista individual y grupos focales.

### RESULTADOS

---

\* Enfermera, Magister en Enfermería con mención en educación, Académica Departamento de Enfermería Universidad Católica Del Maule, ajara@ucm.cl, Talca, Región del Maule, Chile.



De los datos obtenidos, se desprenden tres categorías de análisis; análisis de actitudes, procedimientos y conocimientos. En ellas se evidencian que los estudiantes de enfermería expresan sentimientos personales como: temor, ansiedad y el nerviosismo. Además reflexionan y analizan los beneficios y consecuencias, que pueden provocar en los pacientes, la realización de técnicas y entrega de cuidados.

### **CONCLUSIÓN**

Se puede concluir que los estudiantes valoran y consideran que a través de la experiencia del diario reflexivo se logra promover la utilización de este, ya que todos los estudiantes recomiendan su uso durante la formación académica de enfermería. Al formar profesionales de enfermería con un pensamiento reflexivo se logrará potenciar la entrega de cuidados de calidad a los usuarios y así favorecer los Modelos de atención en Salud.





## CIENCIA, TECNOLOGÍA E INNOVACIÓN EN LA PRÁCTICA DE ENFERMERÍA

Lorena Chaparro Díaz\*

### RESUMEN.

En el mundo de la ciencia actual se habla de la Ciencia, tecnología e innovación; sin embargo, resulta necesario poner en el contexto de enfermería como se entienden estos conceptos y la forma en que enfermería pudiera orientar su producción social y académica a fin de ponerse a tono con profesiones y disciplinas de mayor trayectoria en este abordaje. Se realizó una revisión documental en la que existe un debate frente a la actitud de enfermería frente a la innovación. Al final se presenta una experiencia del Grupo de investigación cuidado de enfermería al paciente crónico de la Universidad Nacional de Colombia en el registro de una innovación.

**Palabras Clave.** Innovación, Colombia, Enfermería

### INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS.

La ciencia que es el conocimiento, más la tecnología que son los medios derivan en sí mismas la innovación que es mejorar con creatividad. El objetivo de la presentación es cautivar al público asistente a que plantee ideas de desarrollo hacia la innovación, para que se puedan materializar en productos tangibles y registrables a futuro.

### METODOLOGÍA.

Se realizó revisión amplia de literatura en bases de datos en las que se cruzaron las palabras innovación AND enfermería y se seleccionaron elementos de las referencias que permitían la reflexión con los asistentes del evento.

### Intervenciones.

Existen algunas reflexiones en la literatura sobre la influencia de los antecedentes históricos de la enfermería, que han hecho pensar que la innovación no es para las enfermeras y enfermeros, sino para otras disciplinas de la ciencia dura. La ciencia blanda que es la mayor producción en enfermería se caracteriza porque tienen buenas ideas que se materializan, pero no existe aún una actitud de bajo comportamiento de innovación y baja difusión. Por otro lado, existen algunas reflexiones en la literatura sobre la influencia de los antecedentes históricos de la enfermería, que

---

\* Enfermera, Doctora en Enfermería, Profesora Asociada Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia. Líder Grupo de Investigación Cuidado de Enfermería al Paciente Crónico. Bogotá, Colombia.



han hecho pensar que la innovación no es para las enfermeras y enfermeros, sino para otras disciplinas de la ciencia dura. La ciencia blanda que es la mayor producción en enfermería se caracteriza porque tienen buenas ideas que se materializan, pero no existe aún una actitud de bajo comportamiento de innovación y baja difusión. La innovación no es un producto percé, es derivada de una producción científica con pertinencia social, sumado a actitud de liderazgo transformacional. Se finaliza la presentación con la experiencia del Grupo de investigación cuidado de enfermería al paciente crónico de la Universidad Nacional de Colombia en el registro del Programa “Cuidando a los Cuidadores” con derechos de autor y el reciente registro de marca con todas las etapas que han sido necesarias llevar a cabo.

### CONCLUSIONES.

- Enfermería tiene una capacidad alta de generación de ideas, especialmente en estudiantes de pregrado y posgrado. Se requieren entonces habilidades de liderazgo transformacional para hacerlas realidad y alto rigor científico.
- Debemos cuestionarnos si hacer lo mismo de siempre contribuye al desarrollo de la disciplina y el fin social de la Enfermería.
- Se requieren procesos dispendiosos en tiempo y energía de los involucrados en proceso de innovación; sin embargo, el fin último debe ser el mejoramiento de la práctica de enfermería que es la mayor satisfacción de un investigador.

### BIBLIOGRAFÍA.

1. Aparicio Salamanca E. Innovación y enfermería: Análisis para un cambio. Universidad de Barcelona; 2010.
2. Bassalobre García A, De Bortoli Cassiani SH, Reveiz L. A systematic review of nursing research priorities on health system and services in the Americas. *Rev Panam Salud Pública*. 2015;37(3):162–71.
3. Alacoque LE. A inovação em enfermagem. *Cienc y Enferm*. 2013;19(3):7–9.
4. Camacho-Bejarano R, Rodríguez-Gómez S, Padín-López S, Lima-Serrano M, Gómez-Salgado J. Investigación, innovación y originalidad: La contribución enfermera al conocimiento científico. *Enferm Clin*. 2015;25(2):47–8.
5. Yue CP, Rowell C. Innovation in nursing: only radical change will do. *Adv Nurs Sci*. 2016;64(3):673–4.
6. Kotronoulas G, Wengström Y, Kearney N. Sleep and sleep-wake disturbances in care recipient-caregiver dyads in the context of a chronic illness: A critical review of the literature. *J Pain Symptom Manage*. 2013;45(3):579–94.
7. Weng R-H, Huang C-Y, Lin T-E. Exploring the cross-level impact of market orientation on nursing innovation in hospitals. *Health Care Manage Rev [Internet]*. 2013;38(2):125–36. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22343902>
8. Timmermans O, Van Linge R, Van Petegem P, Van Rompaey B, Denekens J. Team learning and innovation in nursing, a review of the literature. *Nurse Educ Today [Internet]*.



2012;32(1):65–70. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.nedt.2011.07.006>

9. Timmermans O, Van Linge R, Van Petegem P, Van Rompaey B, Denekens J. A contingency perspective on team learning and innovation in nursing. *J Adv Nurs*. 2013;69(2):363–73.
10. Franklin Mancialla MC. A Pilot Study of the Implementation of the Caring for Caregivers Program for Families of People with Cancer in. *Actual en Enferm*. 2014;17(4):27–31.
11. Chaparro-Díaz L, Sánchez-Herrera B, Carrillo GM, Barrera-Ortiz L. Las TIC como un mecanismo de apoyo social para cuidadores de familia de pacientes con enfermedad crónica: Un estudio de caso. *Aquichán* [Internet]. 2013;13(1):27–40. Available from: <http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-84878371024&partnerID=tZOtx3y1>



## PERCEPCIÓN DEL CUIDADO HUMANIZADO EN UN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIAS

Laura Paola Caballero Díaz\*

### RESUMEN

Existe la preocupación de la pérdida del cuidado humanizado en enfermería, tomando gran importancia las labores administrativas, el apoyo interdisciplinario y el uso de la tecnología, olvidando las labores propias del ejercicio y perdiéndose el sentido del cuidado. **Objetivo:** Evaluar la percepción de los usuarios sobre el cuidado humanizado, recibido del personal de enfermería, en el servicio de urgencias hospitalarias. **Métodos:** estudio descriptivo transversal, con una muestra poblacional de 62 usuarios hospitalizados en el servicio de urgencias hospitalarias, entre 18 y 70 años de edad, incluidos bajo un muestreo no aleatorio, basado en los criterios de inclusión y exclusión, IC 95%, margen de error del 5% e intervalo de confianza de 6; se evaluaron variables sociodemográficas y propias del cuidado humanizado a través del instrumento “Percepción de Comportamientos de Cuidado Humanizado de Enfermería” (PCHE) (2da versión), validado y utilizado en Colombia con índice de acuerdo de 0.78 y validez de contenido alta de 0.83; a la información recolectada se le realizó un análisis univariado con medidas de tendencia central (media) y medidas de dispersión (desviación estándar, rango, máximo y mínimo) y proporciones. **Resultados:** El 40,3% de los participantes Siempre percibían un cuidado humanizado, 41,9% Casi siempre y 16,1% algunas veces percibían un cuidado humanizado. La categoría *priorizar el cuidado* fue evaluada con mayor percepción positiva, contrario a *proactividad* con la menor percepción positiva. **Conclusiones:** la percepción de los beneficiarios de cuidado deja ver las falencias del mismo, existiendo la necesidad de fortalecer la esencia de enfermería desde las instituciones educativas hasta las prestadoras de servicios de salud.

**Palabras Clave:** Cuidado de enfermería, Humanización, Percepción del cuidado.

### INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Autores<sup>1, 2, 3</sup> coinciden que el cuidado es parte en la historia de la naturaleza y de la humanidad, tomando importancia en la supervivencia y desarrollo, manteniendo la vida y la salud. Malvares<sup>3</sup>, refiere que “el cuidado surge cuando la existencia de otro adquiere importancia para mí, en consecuencia, me dispongo a participar de su existencia”; y es en ese momento donde el cuidador

\* Enfermera, Magister en Salud Pública. Profesor Auxiliar Facultad Ciencias de la Salud de la Universidad Francisco de Paula Santander. San José de Cúcuta, Norte de Santander Colombia.



se centra en el otro quien toma prevalencia con “desvelo, solicitud...preocupación”, entablando una relación afectiva con el otro, lo que moviliza a la acción del cuidado. Quintero<sup>4</sup> refiere que el cuidado de enfermería significa ayuda hacia la satisfacción de las necesidades físicas, terapéuticas, y que los pacientes han encontrado en el cuidado de enfermería compañía, esperanza, comprensión y seguridad, garantizando la calidad de los cuidados.

Sin embargo, la asistencia sanitaria se ha basado en un modelo biomédico que se centra en lo patológico, es decir en tratar la enfermedad y no a la persona, y por ende la labor de enfermería en parte ha estado ligada en curar y no en cuidar. Ramos<sup>5</sup> enuncia que si la labor de la asistencia sanitaria se fundamenta en una ética del cuidado donde además de los aspectos biomédicos, también se tiene en cuenta aspectos psico sociales y los valores, y se concibe a la persona de forma holística, el profesional de la salud no se centraría solo en su actividad técnica y cualificada, sino en aspectos que facilite el diálogo y la relación con el paciente; lo anterior permite, que se actúe de manera particular por parte cuidador y también participativa por parte del usuario, ayudándolo a que él recupere y desarrolle su autonomía en su cuidado, humanizando así la actividad del cuidado al existir una preocupación real por el usuario y un verdadero compromiso hacia su recuperación. Ramos<sup>5</sup> recalca que “sólo se introduce en la relación asistencial a la persona que será cuidada mediante el diálogo y la confianza mutua. Si actuamos de este modo, reconocemos y respetamos la dignidad de la persona, ya que la tratamos como persona, como ser humano, y no como objeto al que hay que cuidar”.

Igualmente, se debe tener en cuenta que el cuidado puede ser percibido de forma diferente entre los usuarios; la Real Academia Española, define la percepción como la “sensación interior que resulta de una impresión material hecha en nuestros sentidos”<sup>6</sup>. Por ello, la percepción es algo muy personal, particular y subjetivo, y podría estar influenciada con las expectativas que se puedan tener, basada en creencias, cultura, valores entre otros aspectos de cada sujeto. En tanto, la percepción del cuidado en enfermería, podría ser la sensación resultante o impresión obtenida por nuestros sentidos, al otorgar o recibir una ayuda para la satisfacción de una necesidad. La percepción del cuidado y de comportamientos de cuidado humanizado, han sido abordadas como forma de conocer esa impresión y sensación dejada al recibir y dar cuidados de enfermería para la satisfacción de necesidades en el proceso de salud-enfermedad. Estas evaluaciones se han tomado como mediciones de la calidad y satisfacción de los cuidados en enfermería, mostrando aspectos por fortalecer en el que hacer y que son base y características del cuidado humano como esencia a la profesión.

Rivera y Triana<sup>9</sup> basados en la Teoría de Jean Watson, proponen seis categorías dentro del cuidado humanizado de enfermería, las cuales describen aspectos esenciales en el quehacer como son *Dar apoyo emocional*, *Dar apoyo físico*, *Empatía*, *Cualidades del hacer de la enfermera*, *Proactividad* y *Priorizar el ser cuidado*. La categoría *Dar apoyo emocional*, comprende acciones que van más allá del contacto físico, otorgando escucha, tranquilidad, comodidad, confianza y bienestar, con disponibilidad y preocupación por la otra persona. *Dar apoyo físico*, incluye acciones de contacto físico delicado y cortés, basados en la dignidad del otro con el mirar, tomar de la mano, cubrir las necesidades físicas, ayudar a manejar del dolor y la comodidad física de la

persona cuidada. Los principales elementos de la *Empatía* son la escucha activa, el dialogo, la presencia, la comprensión, el ponerse en el lugar del Otro y el apoyo durante la expresión de sentimientos; estableciendo una relación cercana y de respeto haciéndole sentir cuidado en su totalidad.

Las *Cualidades del hacer de la enfermera*, son los valores y cualidades como la amabilidad, responsabilidad, disposición y disponibilidad para la explicar acciones de cuidado, aclarar inquietudes, y dar cuidado de manera integral, identificando las necesidades. *Proactividad*, refleja acciones a la disponibilidad para el cuidado físico y satisfacer necesidades informativas del cuidado otorgando seguridad y confianza. La categoría *Priorizar el ser cuidado* hace referencia a hacer sentir al ser cuidado como un ser único, llamándole por el nombre, respetando las creencias, valores, decisiones e intimidad.

Estudios basados en estas y similares categorías del cuidado humanizado de enfermería, muestran diferencias en las percepciones del mismo, entre ciudades y entre servicios de atención de instituciones de salud; igualmente, existen coincidencias frecuentes entre algunos comportamientos positivos y otros por fortalecer. En tanto, Romero et al.<sup>7</sup>, evaluaron en un estudio en la ciudad de Cartagena-Colombia, que la percepción global de cuidado humanizado por parte de los usuarios hospitalizados en una institución de carácter público, fue percibida siempre en el 55,4% de los participantes; de igual forma, en una institución de carácter privado en la ciudad de Bucaramanga, el 58,7% de los participantes hospitalizados refirieron de manera global que el cuidado brindado por las enfermeras era excelente<sup>8</sup>. Mientras que, Rivera y Triana<sup>9</sup> encontraron que el 86,7% de las personas hospitalizadas en la Clínica Country en la ciudad de Bogotá, siempre percibieron un cuidado humanizado de enfermería, siendo una evaluación más alta que los dos estudios anteriores mencionados. Es por ello que este estudio busco conocer la percepción de los usuarios sobre el cuidado humanizado recibido por el personal de enfermería en el servicio de urgencias hospitalarias, de una institución de III nivel de complejidad de carácter público, en la ciudad de Bucaramanga. Siendo éste es uno de los centros asistenciales de mayor acopio y asistencia en el Nororiente de los Santanderes, con el fin de develar puntos de partida para el fortalecimiento en el que hacer propio de enfermería desde el área asistencial como desde la academia en la formación del futuro recurso humano.

## **METODOLOGÍA.**

Estudio descriptivo transversal, muestra de 62 usuarios internados en el servicio de urgencias hospitalarias, entre 18 y 70 años de edad, incluidos bajo un muestreo no aleatorio, basado en los criterios de inclusión y exclusión, IC 95%, margen de error del 5% e intervalo de confianza de 6; se evaluaron variables sociodemográficas y propias del cuidado humanizado a través del instrumento PCHE (2da versión), validado y utilizado en Colombia con índice de acuerdo de 0.78 y validez de contenido alta de 0.83. PCHE cuenta con 32 ítems que evalúa 6 categorías del cuidado humano (Dar apoyo emocional, Dar apoyo físico, Empatía, Cualidades del hacer de la enfermera, Proactividad y Priorizar el ser cuidado), con cuatro opciones de respuesta tipo Likert (nunca, algunas veces, casi siempre y siempre), puntuadas de 1 a 4 respectivamente. A la información recolectada se le realizó un análisis univariado con medidas de tendencia central

(media) y medidas de dispersión (desviación estándar y rangos) y proporciones.; esta investigación se realizó bajo normas éticas para la investigación de Helsinki<sup>10</sup> y Resolución 8430 de 1993<sup>11</sup>, tomándose consentimiento informado verbal y escrito.

**RESULTADOS**

Participaron 62 usuarios, la edad promedio fue 45,8 años, 56,5% de los participantes eran de sexo masculino, 32,3% cursaron algún grado de primaria, 56,5% pertenecían a estrato I, 87,1% procedían de zonas urbanas, 75,8% pertenecían al régimen subsidiado en salud, 6 días fue el promedio de días de hospitalización y 77,4% de los participantes refirieron haber sido hospitalizados en alguna anterior ocasión. La percepción de los usuarios sobre el cuidado humanizado recibido por el personal de enfermería en el servicio de urgencias reveló que el 40,3% de los participantes Siempre percibían un cuidado humanizado, 41,9% Casi siempre y 16,1% algunas veces percibían un cuidado humanizado. (Tabla 1.) Resultados inferiores a los evaluados por Romero et al.,<sup>7</sup> Torres y Buitrago<sup>8</sup> y Rivera y Triana<sup>9</sup>, en otros estudios.

Tabla 1. Percepción de los usuarios sobre cuidado humanizado, general y por categorías evaluadas, en un servicio de urgencias hospitalarias, Bucaramanga, 2015

Percepción General/Categorías	Escala evaluativa (%)			
	Nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
General	1,6	16,1	41,9	40,3
<b>Categorías</b>				
Apoyo emocional	4,8	12,9	45,2	37,1
Apoyo físico*	1,6	9,7	48,4	40,3
Empatía	0	17,7	48,4	33,9
Cualidades del hacer -	1,6	17,7	53,2	27,4
Pro actividad -	4,8	24,2	37,1	33,9
Priorizar al ser cuidado*	1,6	1,6	34,2	58,9

En cuanto a las seis categorías del cuidado humanizado evaluadas, se evidenció que las categorías *Priorizar el ser cuidado* y *Apoyo físico*, fueron las de mayor percepción. La mayormente percibida fue *Priorizar el ser cuidado*, donde 58,9 % y 34,2 % de los usuarios percibieron respectivamente Siempre y Casi siempre un cuidado humanizado. *El Apoyo físico* fue Siempre percibido por el 40,3 % de los participantes y 48,4 % Casi siempre, siendo la segunda categoría mayormente percibida. La primera evalúa el respeto por la intimidad, creencias, valores y decisiones, haciéndole sentir como ser humano. La segunda hace referencia por la atención oportuna a las necesidades básicas como el baño, la eliminación y alimentación, la comodidad física, el contacto visual y el apoyo para el manejo del dolor. El *Apoyo emocional* fue percibido Siempre por el 37,1 % de los participantes y 45,2 % Casi siempre, sin embargo, el 4,8 % de los participantes refirieron Nunca percibir características de esta categoría. Las categorías con menor percepción positiva y mayor percepción negativa fueron *Proactividad* y *Cualidades del hacer*, en donde la categoría de *Proactividad* fue percibida por el 33,9 % y el 37,1 % de los participantes en



Siempre y Casi siempre respectivamente, siendo la menormente percibida y donde el 4,8 % y el 24,2 % de los participantes Nunca y Algunas veces percibieron comportamientos de Proactividad, respectivamente. *Cualidades del hacer*, fue percibida Siempre por el 27,4 % de los participantes y Casi siempre por el 53,2 % de los participantes, sin embargo, el 17,7 % de los participantes perciben estas Cualidades del quehacer Algunas veces y el 4,8 % refieren que Nunca las perciben, siendo la segunda categoría con menor percepción. La categoría Proactividad está relacionada con la percepción de estar pendientes de las necesidades del usuario, animándolos a que pregunten y les llamen, y la dedicación del tiempo necesario para y con los usuarios. Mientras que la categoría cualidades del hacer hace referencia a la administración a tiempo de los medicamentos, la percepción de la responsabilidad en el cuidado, la respuesta oportuna al llamado, la identificación de las necesidades del usuario, la comunicación de las indicaciones de autocuidado, y la explicación anticipada de los procedimientos resolviendo dudas y preguntas, siendo amables en el trato.

## CONCLUSIONES

La evaluación de la percepción de los usuarios evidencia los aspectos propios del cuidado humanizado de enfermería a fortalecer como es la Proactividad y Cualidades del hacer, en un servicio particular como el de urgencias hospitalarias. Aspectos a inculcar desde la academia hasta las instituciones que prestan servicios de salud.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Quintero Laverde M.C. Enfermería en el mundo cristiano. Rev. Aquichán. [Internet]. 2001 Dic [citado 16 Jun 2015]; 1(1):42-5. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1657-59972001000100012&lng=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972001000100012&lng=en)
2. Leninger M. Teoría de los cuidados culturales. En: Marriner A, Ralei M. Modelos y teorías de enfermería. 6ª ed. Philadelphia: Mosby; 2007.p. 472- 98.
3. Malvárez S. El reto de cuidar en un mundo globalizado. Texto & Contexto Enfermagem [Internet]. 2007 Jul-Set [citado 25 Jun 2015]; 16(3): 520-30. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=71416319>
4. Quintero M.T., Gómez M. El cuidado de enfermería significa ayuda. Rev. Aquichan [Internet] 2010 Abril [citado 22 ene 2015] 10(1): 8-18. Disponible: en <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/1602/1999>
5. Ramos Pozón S. La ética del cuidado: valoración crítica y reformulación, Revista Laguna. [Internet] 2011 Oct [citado 13 Nov 2014] (29):109-22; ISSN: 1132-8177. Disponible en <http://publica.webs.ull.es/upload/REV%20LAGUNA/29%20-%202011/07%20Ramos.pdf>
6. Diccionario de la Real Academia Española. Definición de Percepción. [Internet] 2017 [citado 03 Jul 2015]. Disponible en: <http://dle.rae.es/?id= SX9HJy3>
7. Romero Massa E., Contreras Méndez I., Pérez Pájaro ., Moncada A., Jiménez amora V. (2013). Cuidado humanizado de enfermería en pacientes hospitalizados, Cartagena,





- Colombia. Rev. de ciencias biomedicas. [Internet] 2013 Ene-Jun [citado 20 Jun 2015]; 4(1):60-68. ISSN: 2215-7840. Disponible en: <http://revistas.unicartagena.edu.co/index.php/cienciasbiomedicas/article/view/1143/1053>
8. Torres Contreras C., Buitrago Vera M. Percepción de la calidad del cuidado de enfermería en pacientes oncológicos hospitalizados. Revista Cuidarte. [Internet]. 2011 Ene-Dic [citado 06 Jun 2015]; 2(1): 138-48. Disponible en <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=359533178007>
  9. Rivera Álvarez LN., Triana A. Percepción de comportamientos del cuidado humanizado de enfermería en la Clínica Country. Avances de enfermería. [Internet]. 2007 Ene-Jun [citado 19 Nov 2014]; (1): 56-68. Disponible en: <http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/35901/36916>
  10. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial, Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. Biblioteca virtual en Salud Cuba. [Internet]. 2008 Oct [citado 08 Mar 2015]; [aprox. 5 p.] Disponible en: <http://bvs.sld.cu/revistas/recursos/helsinki.pdf>
  11. República de Colombia. Ministerio de Salud. Resolución 8430 de 1993, 04 de octubre de 1993, Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Santafé de Bogotá DC, Internet . citado 08 Mar 2015 ; aprox. 12 p.] Disponible en: [https://www.invima.gov.co/images/pdf/medicamentos/resoluciones/etica\\_res\\_8430\\_1993.pdf](https://www.invima.gov.co/images/pdf/medicamentos/resoluciones/etica_res_8430_1993.pdf)



## SIGNIFICADO DE LA DISCAPACIDAD CAUSADA POR UN TRAUMATISMO INESPERADO

Diana Acevedo\*  
Camila Amaya\*  
Jofren Arévalo\*  
Natalia Bayona\*  
Melissa Mateus\*  
María Mercedes Ramírez\*\*

### RESUMEN

**Objetivo.** Analizar el significado de la discapacidad causada por un traumatismo inesperado. **Materiales y Método.** Estudio de tipo cualitativo, Para ello se contó con la participación de 10 personas en condición de discapacidad y que pertenecen al “equipo norte” de la liga deportiva de departamento Norte de Santander (INDENORTE); se realizaron en total 20 entrevistas a profundidad, con un promedio de dos entrevistas por informante, un tiempo mínimo de 25 minutos, cada entrevista fue grabada y transcrita textualmente, se realizó análisis de contenido, categorización y triangulación de las categorías. **Resultados y Discusión.** Las categorías que surgieron fueron: renacer, espiritualidad, adaptación, experiencia difícil, cambios, autoestima y apoyo. Estableciendo renacer como categoría principal, debido a que es el resultado del proceso que se da después de sufrir la discapacidad por las múltiples transformaciones físicas y psicológicas; el afrontamiento y superación se da gracias a la ayuda y apoyo de los familiares, amigos y compañeros, todo esto genera como resultado un nuevo ser; en el cual se exagera el deseo de vivir a plenitud. **Conclusión.** El significado de la discapacidad ocasionada por un traumatismo inesperado es múltiple y variado, dicho proceso ha sido una experiencia difícil, afrontando alteraciones en sus estilos de vida, planteándose nuevas metas y objetivos, el “renacer”, es ver el mundo desde la mirada de un ser completo que se renueva cada día, este conjunto de transformaciones no son estáticas, seguirán surgiendo a lo largo del camino, pues el padecer una discapacidad física implica enfrentar un nuevo reto cada día.

**Palabras clave.** Traumatismo, Adaptación, Deficiencia, Salud.

### INTRODUCCIÓN.

La discapacidad se define como un término genérico, que abarca deficiencias, limitaciones de la actividad y restricciones a la participación; (1) se entiende que la discapacidad incluye a aquellas personas con deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo (2) el origen

\* Estudiantes. Facultad ciencias de la Salud. Universidad Francisco de Paula Santander. [nataliabp@ufps.edu.co](mailto:nataliabp@ufps.edu.co)

\*\* Docente. Facultad ciencias de la Salud. Universidad Francisco de Paula Santander. [mariamercedesro@ufps.edu.co](mailto:mariamercedesro@ufps.edu.co)



de una discapacidad puede ser genético, o puede ser causado de manera imprevista por un traumatismo provocado por un accidente de cualquier tipo, de igual manera los conflictos armados, el uso y abuso de alcohol y/o sustancias psicoactivas también generan cierto tipo de discapacidades.

Se calcula que más de mil millones de personas, es decir, un 15% de la población mundial, están aquejadas por la discapacidad en alguna forma. (1) En Colombia actualmente solo 1.167. 816 Personas se encuentran incluidas en el registro para la localización y caracterización de las personas con discapacidad; (3) según los datos encontrados en el departamento nacional de estadística (DANE 2010) en la caracterización de las personas con discapacidad, se encuentran que 2.632.255 personas padecen alguna limitación y cerca de 770.128 personas tienen dificultad para caminar (4).

Por departamentos, las mayores prevalencias de discapacidad se encontraron en Cauca con 9,7%, Nariño con 9,3%, Boyacá con 8,8%, Huila con 8,7%, Quindío con 8,0%, Tolima con 7,9% y Putumayo con 8,1%. [4] En Norte de Santander existen cerca de 57.339 personas con discapacidad donde el 19% tienen como principal alteración el movimiento del cuerpo, manos, brazos y piernas; originados en un 9% por accidentes traumáticos (4).

A nivel local en la ciudad de Cúcuta se encuentran 14.264 individuos con discapacidad, de los cuales el 18% padecen limitación del movimiento del cuerpo, manos, brazos y piernas, siendo producidos en un 8% por accidente traumático (4).

Se observa que la discapacidad tiene gran prevalencia en la sociedad y trae cambios repentinos para la vida de las personas, porque el individuo no se encuentra preparado para asimilar una disfuncionalidad en alguna parte de su cuerpo. Muchas discapacidades son desencadenadas por accidentes de todo tipo, entre estos encontramos los accidentes de tránsito, los cuales son eventos inesperados que traen consecuencias múltiples y complejas para todas las personas; Los resultados que generan son en su mayoría lesiones y discapacidades a nivel de la estructura física del cuerpo. Esto realiza cambios a nivel psicológico porque todos estos tipos de discapacidades exigen un proceso de rehabilitación integral para las personas afectadas y sus familias (3).

Este tipo de lesiones adquiridas causan un trauma emocional más complejo; ya que la pérdida total o parcial de la funcionalidad de una parte del cuerpo de manera repentina altera los sentimientos, las relaciones interpersonales, laborales y familiares, de igual manera pueden provocar que la persona no acepte su imagen corporal y esta se vea altamente afectada; solo por el hecho de pensar en ser una carga para su familia, que será rechazado y que su vida no volverá a ser la misma.

En consecuencia la discapacidad tiene un significado único para cada individuo, llevándonos como investigadores a preguntar o indagar a profundidad acerca de ¿Cuáles han sido los sentimientos generados por la discapacidad ocasionada de manera inesperada? Y ¿qué cambios ha generado la discapacidad en su vida?

## **OBJETIVOS.**



### **Objetivo general.**

Analizar el significado de la discapacidad causada por un traumatismo inesperado

### **Objetivos específicos.**

- Describir los sentimientos que le genera la discapacidad
- Describir los cambios que generó la discapacidad en su vida

### **METODOLOGÍA.**

Esta investigación es de tipo cualitativo con un enfoque fenomenológico donde se caracteriza la interpretación y la descripción de los sentimientos de las personas. Los métodos para la recolección de información que se utilizó son la entrevista a profundidad y las notas de campo, utilizando el análisis de contenido de Miles y Huberman, quienes lo plantean como una técnica estructurada sistemáticamente en cinco pasos: La lectura, la codificación, la presentación, la reducción e interpretación. [5] La población objeto de estudio son personas en condición de discapacidad a causa de un traumatismo inesperado en la ciudad de Cúcuta en tiempo no mayor de 15 años del acontecimiento, llevándose a cabo por muestreo homogéneo, hasta alcanzar la saturación teórica requerida conformada por los miembros del “equipo norte” que hacen parte de la liga deportiva del instituto de deportes del departamento Norte de Santander (INDENORTE).

### **RESULTADOS.**

Durante la investigación se lograron obtener 7 (siete) categorías que muestran el proceso que atraviesa una persona que adquiere una discapacidad por un traumatismo ellas son:

#### ***Renacer.***

Los informantes manifiestan que después de ocurrido el accidente traumático y a ver afrontado las secuelas del mismo son unas personas nuevas debido a los numerosos aspectos que cambiaron en su vida.

I:2.E:1: “yo cambie mucho la manera de pensar, antes veía la vida de una manera distinta como más fácil, más bien como fresca así veía la vida yo, pero no después de esto que me paso yo entendí que la vida es una sola y que hay que provecharla...”

#### ***Cambios.***

Los cambios son percibidos por los informantes como las transformaciones que se realizan en su vida, esto con lleva a una lucha permanente para lograr acoplarse a su nuevo. Entre ellos cambios físicos, el autocuidado, su imagen corporal y su sexualidad se ven afectadas y transformadas.

I:7.E:1 Si mi condición física ha influenciado en que antes exhibía un poco más las piernas, me gustaba utilizar bermudas cortas cuando iba a gimnasio, me gustaban utilizar bermudas hasta la rodillas y por tener unas buenas piernas, me sentía muy cómodo, ahora no es lo mismo....”

### ***Experiencia difícil.***

Las experiencias difíciles son todas aquellas situaciones a las cuales se enfrenta el ser en los informantes se evidencio un conjunto de hechos, emociones, sensaciones, miedos, esperanzas, desasosiegos producto de las circunstancia derivada de vivencias inesperada, entre ellas el impacto, la discriminacion, la angustia y la tristeza.

I7E1: “duro mi estado físico no era el mejor, no me veía como estaba antes y era muy notorio era muy expresivo, sabía que no iba ser lo mismo físicamente verme sin la pierna era traumático, y pensar en esas cosas que yo hacía y que ahora no iba hacer”

### ***Autoestima.***

La autoestima es un factor que es transformado al principio se ve deprimida y se afianza a medida de las experiencias que atraviesan los sujetos.

I4E1 primero es un fantasma gracias a Dios todo eso lo he superado, yo voy a piscina yo voy al río, me meto a jugar a una cancha sin la pierna a tapar, este no me da pena quitarme la prótesis delante de quién sea

### ***Apoyo.***

El apoyo es un factor de gran relevancia en él se refleja lo crucial que fueron los consejos, las palabras de comprensión y los gestos de apoyo por parte de personas significativas como la familia, la compañera sentimental y en este caso el equipo deportivo al que pertenece.

I7E2: “Ha sido muy gratificante, he encontrado en ellos esas ganas de que yo salga adelante que no me quede estancado, que quieren que yo sea mejor cada día”

### ***Adaptación.***

La adaptación es un elemento que se ve en los participantes en forma pausada, por lo tanto la adaptación no solo es un proceso de superación y aceptación de la realidad propia, es un conjunto de situaciones que se deben dar en un orden y tiempo específico entre los cuales se encontró la negación, resignación, autodeterminación y finalmente superación.

I1:E2: ahora veo las cosas de una manera muy diferente a como las veía al principio, antes las veía mal, que todo había acabado para mí, que yo ya no tenía el mismo valor, que ya no sería capaz de alcanzar muchas cosas, pero ahora me doy cuenta de que si, que si puedo, yo tengo muchas capacidades y puedo lograr lo que me proponga

### ***Espiritualidad.***

Durante todo el proceso investigativo se logró establecer que el concepto de espiritualidad para el grupo estudiado es el vínculo entre el ser humano y una divinidad, en este caso Dios.

I6E1: “Pues, principalmente ha sido uno de los motores de mi vida ¿Sí? Porque por ejemplo uno sabe que sin él no es capaz de salir uno adelante solo, teniendo la ayuda de él, la fuerza que él le

da a uno, por medio de sabiduría que cada día le da a uno, de personas que le coloca en el camino para que lo motiven, para que le den fuerza, para que lo apoyen, todo eso es gracias a Dios, que él ha sido como esa balsa o ese barco que lo ayuda a uno a trasladar”.

## **DISCUSIÓN.**

Cuando un individuo se ve enfrentado a un hecho que pone en peligro su vida o altera la misma de una forma profunda, se producen cambios en la totalidad del ser para Díaz A. José [7] un hecho traumático marca la existencia del sujeto, pero afirma que este acontecimiento trae consigo transformaciones positivas para el informante, al punto de afirmar que no sería la persona que es actualmente si no es por causa de este suceso.

Comprendiendo que el proceso de renacer implica transformaciones físicas y mentales, que involucran aspectos relevantes del individuo dando como resultado un nuevo ser, encontramos que los cambios después de sufrir un trauma inesperado en especial en las personas con una lesión medular o amputación de alguna parte de su cuerpo, representa una transformación en su vida en especial en la imagen corporal ;Para estas personas es de vital importancia modificar su forma de movilizarse después de haber sufrido la discapacidad, es necesario implementar estos cambios con el uso de la silla de ruedas y la prótesis, esto se hace con el fin de buscar a independencia en su vida. Todo esto se ve reflejado en la investigación realizada por María Fergusson y Amaya Rey titulada Cuerpo y corporalidad en la paraplejia: significado de los cambios, el estudio describe que “con el tiempo las personas adquieren consciencia de las secuelas de su discapacidad, aprenden a re-conocer los nuevos patrones de expresión de su cuerpo, desarrollan nuevas habilidades (8).

Además de esto ellos se ven enfrentados experiencias difíciles que afecta todas las dimensiones del ser humano Según la antropóloga Margaret M. Lock citada por Díaz A. José en su estudio, “reconoce que una experiencia traumática es parte del compendio de elementos que conforman nuestra trayectoria vital y que han contribuido de alguna manera a la propia felicidad, implica incorporar las experiencias de sufrimiento a nuestra vida”. 7 Generalmente las personas que terminan con una condición de discapacidad desarrolla al principio depresión, que los sumerge en nostalgia, tristeza y pensamientos negativos con respecto a la vida, pero gracias a la ayuda que se les brinda por parte de sus familiares, amigos y a la fe en un ser supremo logran superarla, y seguir adelante, como lo afirma González e., y. Price, I. Muñoz Nuestro universo cultural describe una gran crisis vivencial, que gatilla un estado de depresión profunda, en el que la persona debe lidiar con su realidad, y poner en juego su familia, su fe o su filosofía de vida, y son justamente sus seres queridos y la fe personal los que empujan a la persona” (9).

Por lo tanto este tipo de experiencias influyen es un aspecto muy importante como lo es la autoestima pues esta con el tiempo se hace más fuerte y permite que las personas crezcan o aprendan a quererse a sí mismas, a reconocer el valor que tienen como seres humanos. En este sentido Díaz A. cita a Isabel Gentil, expresando, “que ha sido la deformidad lo que ha posibilitado que el yo se expanda y enriquezca” (6). Así que todo este proceso que se está dando paso a paso gracias al apoyo y en muchas ocasiones a las experiencias difíciles que los individuos

han enfrentado ocasionaron que en ellos se adapten constante, como lo planteo Sor Calista Roy donde Considera al hombre como un ser bio-psico-social en relación constante con el entorno que considera cambiante (10). Además de todo esto hay una fuerza mayor que se ve relacionada con todo el proceso la cual es la relación con Dios esto reafirma lo encontrado por Sánchez H. Cada individuo reacciona diferente en tiempos de crisis; por tanto, puede encontrarse a sí mismo como trascendente y buscar un poder superior como Dios o relacionarse de manera diferente con la naturaleza, con otros y con él mismo, en un intento por afrontar efectivamente las situaciones de estrés (11).

### **CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.**

El significado de la discapacidad ocasionada por un traumatismo inesperado es múltiple y variado para cada uno de los informantes, compartiendo entre sí que dicho proceso ha sido una experiencia difícil debido a que tuvieron que afrontar alteraciones en sus estilos de vida, llevándolos a revalorarla, planteándose nuevas metas y objetivos, queriendo salir adelante por sus propios medios y vivir a plenitud con sus seres queridos.

Esto no sería posible de no contar con el apoyo de la familia, de su pareja sentimental y el deporte; este último fue de gran ayuda, debido a que los motiva a continuar, ser mejores personas, y a superarse, porque las emociones y momentos que les ofrece el deporte son placenteros y representan para la mayoría un desahogo de todas aquellas situaciones difíciles de afrontar por causa de su discapacidad.

Se recomienda promover los procesos investigativos respecto a personas con discapacidad, para enriquecer la información acerca de los diferentes aspectos que influyen en sus vidas al sobrellevar este proceso, pues es relevante la construcción de nuevos conocimientos sobre esta temática.

### **BIBLIOGRAFÍA.**

1. Organización mundial de la salud [internet]; Discapacidad y salud; consultado: 23 de febrero de 2016; disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs352/es/>
2. Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad y protocolo facultativo; Naciones unidas; consultado: 23 de febrero; disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Convenci%C3%B3n%20sobre%20los%20Derechos%20de%20las%20Personas%20con%20Discapacidad%20Protocolo%20Facultativo.pdf>
3. Minsalud; Observatorio Nacional de Discapacidad. [Internet] consultado: 23 de febrero; disponible en: <http://ondiscapacidad.minsalud.gov.co/Paginas/Home.aspx>
4. Sistema departamental de estadística (DANE), Discapacidad por departamentos. Página web del DANE, consultado el 23-02-2016, disponible en <http://www.dane.gov.co/index.php/poblacion-y-registros-vitales/discapacidad/119-demograficas/discapacidad/2848-discapacidad-por-departamentos>.
5. Fernández Núñez, L. Institut de Ciències de l'Educació. Universitat de Barcelona ¿Cómo analizar datos cualitativos. [Consultado el 09/04/2016]. disponible en:



- <http://www.ub.edu/ice/recerca/pdf/ficha7-cast.pdf>
6. Instituto nacional de medicina legal y ciencias forenses. Diego Alfonso Vargas Carrillo, Comportamiento de muertes y lesiones por accidente de transporte, Colombia, [internet]. [Citado 26 de febrero de 2016]. pag.171- 172 Disponible en: <http://www.medicinalegal.gov.co/documents/10180/188820/FORENSIS+2013+4-+accidentes+de+transporte.pdf/51867e30-9ab5-4a15-8363-f2232d2c86ae>
  7. Díaz Agea JL, Schriewer K, Echevarría P. Enfermería/primer-segundo trimestre 2014 Vol. 23, N°1-2. ¿Por qué a mí? Instantáneas del momento del accidente en los amputados traumáticos. Disponible en la revista cielo [http://scielo.isciii.es/pdf/index/v23n1\\_2/original7.pdf](http://scielo.isciii.es/pdf/index/v23n1_2/original7.pdf). Consultado el 20-02-2016.
  8. Moreno Fergusson M, Amaya Rey M. cuerpo y corporalidad en la paraplejia, significado de los cambios. Rev avances en enfermería. [consultado el 19/02/2016]; 3. 82-94. Disponible en: <http://search.proquest.com/docview/1677644292/6BA1A93BAAC8424DPQ/1?accountid=43636#>
  9. González Echeverría L, Price Y, Muñoz LA. Vivencias de discapacidad por traumatismo de la medula espinal y el proceso de rehabilitación. Revista ciencia y enfermería XVLL (1): 81-94, 2011. [Consultado el 20-02-2016]. Disponible en cielo sitio web [http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v17n1/art\\_09.pdf](http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v17n1/art_09.pdf).
  10. Facultad De Enfermería, G. Análisis de los conceptos del modelo de adaptación de Callista Roy. Aquichan Norteamérica, 2, may. 2009. Fecha de acceso: 30 may. 2016. Disponible en: <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/18/36>
  11. Sanchez, B. Bienestar espiritual en personas con o sin discapacidad. Rev. Aquichan. Año 2009. [consultado el 28/02/2016]; 9(1):8-22. Disponible en: <http://aquichan.unisabana.edu.co/in>





## II. Modalidad presentación poster



## VIVENCIAS DEL PACIENTE CARDIOVASCULAR DURANTE LA ESTANCIA EN LA UNIDAD CORONARIA

Gloria Zambrano Plata\*  
Claudia Sánchez\*\*  
Linda Marcela Peña Ortiz\*\*\*  
Yulitza Andrea Hernández Moncada\*\*\*\*  
Johan Manuel Morales Morales\*\*\*\*\*

### RESUMEN

**Objetivo.** Analizar las vivencias del paciente con enfermedad cardiovascular durante la estancia en la unidad coronaria de cuidados intensivos en la Clínica san José durante el primer semestre de 2017. **Materiales y Método.** Se realizó un estudio de naturaleza cualitativa, la población de 3 personas, con un muestreo intencional por medio de una muestra homogénea. **Resultado.** La experiencia de sufrir una enfermedad cardiovascular y su hospitalización en UCI es difícil, debido a los sentimientos negativos que se generan como temor, ansiedad e incertidumbre, tanto por los efectos de la enfermedad como por los equipos utilizados en el tratamiento, los procedimientos terapéuticos y los cuidados de bienestar y confort. **Conclusiones.** La hospitalización en una Unidad de Cuidado Intensivo Coronario es una experiencia estresante y dolorosa para los pacientes. Las vivencias referidas por los informantes de la presente investigación respaldan lo encontrado en estudios similares, los cuales concuerdan al decir que el ingreso a la Unidad de Cuidado Intensivo genera sensaciones negativas en el paciente, que marcan de una manera significativa su experiencia de vida, pero, también influyen aspectos positivos derivados de la atención con calidad humana del personal de salud, el apoyo familiar como pilar fundamental en la recuperación y la fe en Dios.

**Palabras Clave.** Incertidumbre, Ansiedad, Temor, Enfermedades Cardiovasculares.

---

\* Enfermera, PhD. Docente Facultad Ciencias de la Salud, Universidad Francisco de Paula Santander. Correo electrónico: [gloriaesperanzap@ufps.edu.co](mailto:gloriaesperanzap@ufps.edu.co). San José de Cúcuta, Norte de Santander, Colombia.

\*\* Especialista de cuidado crítico en el adulto. Clínica San José. Enfermera cuidado crítico coronario. Correo Electrónico: [cpcp1981@hotmail.com](mailto:cpcp1981@hotmail.com). San José de Cúcuta, Norte de Santander, Colombia.

\*\*\* Estudiante de Enfermería VI semestre, Universidad Francisco de Paula Santander. Correo electrónico: [linm\\_0815@hotmail.com](mailto:linm_0815@hotmail.com). San José de Cúcuta, Norte de Santander, Colombia.

\*\*\*\* Estudiante de Enfermería VI semestre, Universidad Francisco de Paula Santander. Correo electrónico: [yulitza\\_andrehernandez@hotmail.com](mailto:yulitza_andrehernandez@hotmail.com). San José de Cúcuta, Norte de Santander, Colombia.

\*\*\*\*\* Estudiante de Enfermería VI semestre, Universidad Francisco de Paula Santander. Correo electrónico: [jese.morales.93@hotmail.com](mailto:jese.morales.93@hotmail.com). San José de Cúcuta, Norte de Santander, Colombia.



## **INTRODUCCIÓN.**

Wilhel Dilthey fue filósofo, historiador, sociólogo, psicólogo y estudioso de la hermenéutica, uno de sus libros publicados tiene por nombre “Introducción a las ciencias del espíritu” en 1883, aquí se puede encontrar las definiciones, el análisis y la forma de tratar el tema de las vivencias. (1) La vivencia se distingue de la experiencia, puesto que constituye el criterio individual responsable de la caracterización de lo real. Es activada por la resistencia ejercida por un mundo exterior sobre los movimientos del cuerpo y sobre el impulso de la voluntad y las emociones, respondiendo de este modo al surgimiento de los hechos de la conciencia. (2)

Para Husserl 1903, la intencionalidad es lo que caracteriza la conciencia en su pleno sentido y lo que autoriza para designar a su vez la corriente entera de las vivencias como corrientes de conciencia y como unidad de una conciencia y tema general de la fenomenología de orientación objetiva.

Los actos son vivencias intencionales (conciencia de), pero las vivencias pueden no ser todas intencionales, como los sentimientos y sensaciones. Husserl señala que la característica de las vivencias es el “estar dirigido a”. (3)

Husserl refiere que la experiencia es entendida como vivencia de las personas frente a una situación particular que es trascendente en su vida. Dicha experiencia permite revelar y describir las estructuras fundamentales de nuestro mundo, para apropiarnos e interpretarlo como una verdad. En otras palabras, es comprender la situación de quienes han tenido esta vivencia y adjudicarlo a un significado. (4)

Hans-Georg Gadamer Filósofo alemán destaca el término vivencia para hablar de aquello que es aprendido y vivido por el individuo o por el grupo y se expresa en el sentido común. (5)

## **OBJETIVOS.**

### **Objetivo General.**

Analizar las vivencias del paciente con enfermedad cardiovascular durante la estancia en la unidad coronaria de cuidados intensivos en la Clínica san José durante el primer semestre de 2017.

### **Objetivos Específicos.**

- Describir los sentimientos que vivencia el paciente coronario durante su estancia en UCI.
- Describir las experiencias más significativas del paciente coronario durante la estancia en UCI.

## **MATERIALES Y MÉTODO.**

La población del siguiente estudio está constituida por los pacientes que presentan una enfermedad cardiovascular que hayan egresado de la unidad coronaria de cuidados intensivos en



la Clínica san José durante el primer semestre de 2017.

El muestreo del presente estudio es intencional por medio de una muestra homogénea debido que se busca identificar sujetos que cumplan características en común.

## **RESULTADOS.**

### **Características sociodemográficas.**

Las características sociodemográficas de los sujetos participantes del estudio, en su mayoría corresponden a hombres con un grado de escolaridad entre primaria y secundaria, gran parte labora como comerciantes, en cuanto a las mujeres participantes ambas se desempeñan como amas de casa con nivel de escolaridad de primaria, y el estrato socioeconómico la mayor parte de los participantes estuvo en el rango de 1 y 2.

Mediante el análisis de los datos obtenidos en las entrevistas, emergieron 7 categorías.

### **Estancia en UCI: Experiencia Renovadora.**

La estancia en la UCI se constituye en una experiencia renovadora, que genera un cambio realmente significativo para la vida paciente. El haber sobrevivido a una experiencia cercana a la muerte, les causa gran alegría por considerar que es una nueva oportunidad para volver a vivir y para un nuevo comienzo.

**I:4.E:2:** “Lo que viví fue algo muy duro para mí, algo difícil, pero esto me hizo dar cuenta que puedo hacer más con mi vida, me ayudo a valorar más todo lo que tengo, me ayudo abrir los ojos”.

### **Fe en Dios.**

Se nota una necesidad de buscar a Dios para poder afrontar de una mejor manera esta vivencia. Esta fe se ve reflejada como el principal apoyo para superar no solo el proceso de enfermedad por el cual se encuentran, sino también cualquier acontecimiento negativo.

**I:4.E:1:** “Uno que más encomendarse a Dios porque él es el todo poderoso y es el que decide si uno se lo lleva o lo deja otro ratico más acá”.

### **Atención con calidad humana.**

Fue percibida por los entrevistados como un factor importante para afrontar y superar su proceso de enfermedad y los factores estresantes que encontraron en la unidad de cuidados intensivos. El equipo de salud, se caracterizó por crear un ambiente de aceptación y confianza, y motivarlos permanentemente en su proceso de recuperación.

**I:1.E:1:** “las muchachas también me decían, no hombre usted es un verraco, está bastante recuperado, se está recuperando bastante rápido, usted es una persona fuerte esperamos que siga así para que pueda salir rápido de acá”.

### **Incertidumbre frente a la enfermedad.**

Se logra observar como los informantes tienen mucho temor de lo que les pueda suceder mientras cursan su proceso de enfermedad.

También se logra visualizar que estos al tener mucho tiempo libre en la UCI, tenían muchos pensamientos negativos sobre su proceso de enfermedad, la mayoría de las veces por desconocimiento de la misma.

**I:1.E:1:** “ahí, sentado, acostado, pero pues sin pensar, de que cuando a uno se le vienen como cosas malas a la cabeza, de qué será que, si salgo de ahí, será que, si salgo de esta, si me iré alentar”.

### **Perdida de la Autonomía: Un factor estresante.**

Se genera un gran estrés al no poderse valer por sí mismos. Algunos participantes refirieron sentirse muy incómodos con el hecho de no poder ir al baño por sí solos, ya que generalmente ellos lo hacían y sentían que habían perdido su capacidad de valerse por sí mismos.

**I:3.E:2:** “pues el problema allá es que uno está consciente que no puede bajarse de la cama para ir al baño, yo dure cinco, seis días casi sin ir al baño porque me daba pena que me tuvieran que ayudar para esas cosas, prefería aguantarme”.

### **Impacto ante una situación no esperada.**

Los pacientes informaron sentir gran temor al verse frente a la situación actual de su enfermedad, asocian el ingreso a la UCI como una cercanía a la muerte, refieren no sentirse a gusto ni aceptar la realidad, sino que buscan motivos en su vida para salir de esa situación difícil.

**I:1.E:1:** “uno se ve en la situación como que me voy a morir, pero uno nunca va aceptar esas cosas, claro que todos vamos para allá, pero no quien va a querer morirse, uno se pone a pensar en todo lo que se deja mis hijos, mi esposo ¡ay! quien me hubiera cuidado a mi viejo, porque ya los hijos están grandes, pero mi viejo es el que vive conmigo él está pa todo ahí al lado de uno y dejarlo solito me daba mucha tristeza”.

### **Familia: Pilar fundamental en la recuperación.**

Referían que en ellos encontraban una fuente de apoyo ante su proceso de enfermedad, además de darles aliento para seguir adelante, para aceptar procedimientos que de otra manera no hubieran aceptado y de ser una conexión con los demás familiares que no podían ver, también esta situación dio pie a afianzar lazos que se habían deteriorado.

**I:2.E:1:** “mis hijas viven en Bogotá, y pa que le digo yo con ellas no es que tenga una muy buena relación, lastimosamente, pero pues por lo que pase vinieron hasta aquí a verme después de cómo casi 7 años que no las veía, eso vinieron y me dieron mucha fuerza, me dieron ganas pa seguir viviendo”.

### **DISCUSIÓN.**

La experiencia de sufrir una enfermedad cardiovascular y su hospitalización en UCI es difícil, debido a los sentimientos negativos que se generan como temor, ansiedad e incertidumbre, tanto por los efectos de la enfermedad como por los equipos utilizados en el tratamiento, los procedimientos terapéuticos y los cuidados de bienestar y confort.

Esta experiencia, debido a su cercanía con la muerte y las situaciones estresantes que allí se viven, se percibe como dura. Como resultado de todas las vivencias experimentadas por los pacientes en la UCI suele producirse cambios positivos que repercuten en la vida de la persona.

Para Peplau (6), la enfermedad “Es una contribución a los procesos individuales de auto renovación, auto reparación y en la toma de conciencia hacia sí mismos y la propia vida. “Esto se evidencia en los resultados presentados en este estudio, donde para los participantes la estancia en UCI se constituye en una experiencia renovadora, que genera un cambio realmente significativo para la vida del paciente, fomentándose una mayor gratitud por la nueva oportunidad que tienen de vivir, anhelando iniciar ciertas transformaciones que les permita ser mejores en todos los aspectos de su vida.

Se vio reflejado que, desde el punto de vista espiritual, Dios fue un factor esencial para aceptar y darle algún tipo de sentido o propósito al proceso de enfermedad en el cual se encontraban. Como pudo notarse en los resultados, la fe en dios fue explicación suficiente para salir adelante en su recuperación, potenciando sus ansias de vivir.

Es un ambiente desconocido, en el cual se enfrentan con la realidad de estar críticamente enfermos, los lleva a afianzarse a un ser supremo. Estos resultados se ven contrastados con lo expuesto en el estudio de Collado Martínez (7) “En esencia la espiritualidad es un fenómeno íntimo y trascendente que es vital para el desarrollo de la recuperación de calidad en el paciente. Además, una fortaleza, motivación y b squeda del significado de la vida”.

El personal de salud juega un papel sumamente importante en el proceso de recuperación del paciente, siendo este quien tiene el contacto directo con él la mayor parte del tiempo. El equipo de salud fue percibido por el paciente como una ayuda irremplazable, en cuanto a la atención que les propiciaban y al apoyo que les aportaban, dándoles animo en momentos de angustia, tristeza y soledad. Esto da a concordancia con lo dicho por Jean Watson (8) “el interés de la enfermería reside en comprender la salud como a la enfermedad y la experiencia humana”.

Para el paciente el verse cursando su estadía en uci, genero gran incertidumbre ante su enfermedad, principalmente por el desconocimiento acerca de esta, debido a la falta de información que brindaba el personal médico, esto concuerda con lo dicho por Merle Mishel (9) quien expreso que “La incertidumbre surge en el momento en que la persona no puede estructurar o categorizar adecuadamente los casos de enfermedad, debido a la falta de claves suficientes”.

Se recalcó que el sobrellevar la enfermedad y afrontarla, la familia fue el pilar fundamental para lograr su recuperación, siendo este uno de los aspectos más importantes para el paciente, debido a que primordialmente el sentirse acompañado de un ser querido les genera tranquilidad. Esto se ve contrastado por la investigación realizada por ambrano Plata et “La familia es la base

fundamental de la sociedad, lo cual significa que para el paciente que está hospitalizado UCI, es primordial el apoyo y respaldo que reciban de estos para su proceso de afrontamiento de la enfermedad (10).

Es un entorno diferente al que ya están acostumbrados, donde al principio les es difícil adaptarse a su alrededor, no se sienten a gusto ni aceptan la realidad que se les presenta, generando sentimientos de temor.

Por otro lado, no todos toman de forma negativa estas situaciones, lo toman como una forma de recapacitar y cambiar los preconceptos que poseían sobre lo que les está sucediendo. Esto puede coincidir con lo postulado por Merle Mishel (11) “La adaptación representa la continuidad de la conducta biopsicosocial normal del individuo y constituye el deseado resultado de los esfuerzos del afrontamiento, bien para reducir el nivel de incertidumbre, vista como un peligro, bien para ver la incertidumbre como una oportunidad.” Coincide con los resultados de la presente investigación, donde el proceso de adaptación de cada paciente les ayudo a superar en cierta medida las situaciones novedosas a las que se enfrentaban.

Hay muchos factores estresantes cuando un paciente ingresa a UCI, entre ellos está la pérdida de autonomía, donde una persona está acostumbrada a tener cierto grado de privacidad, a poder realizar las cosas por sus propios medios, el tener que aceptar que no pueden hacerlo y que otras personas suplan por el ciertas necesidades, esto se ve contrastado con el estudio de Zambrano Plata et “Con relación a las actividades cotidianas, se proyecta la manera en la cual las personas están acostumbradas a trabajar o realizar sus diferentes actividades diarias, todo esto depende del nivel socioeconómico y cultural al que pertenezca el individuo, todo esto se ve afectado y es extraño por los pacientes en el nuevo mundo en el cual no tienen ni pueden hacer nada de lo que realizan habitualmente” (10).

## **CONCLUSIONES.**

La hospitalización en una Unidad de Cuidado Intensivo Coronario es una experiencia estresante y dolorosa para los pacientes. Las vivencias referidas por los informantes de la presente investigación respaldan lo encontrado en estudios similares, los cuales concuerdan al decir que el ingreso a la Unidad de Cuidado Intensivo genera sensaciones negativas en el paciente, que marcan de una manera significativa su experiencia de vida, pero, también influyen aspectos positivos derivados de la atención con calidad humana del personal de salud, el apoyo familiar como pilar fundamental en la recuperación y la fe en Dios.

A pesar de que los resultados del presente estudio no se podrían generalizar a las demás vivencias de los pacientes en las Unidades de Cuidados Intensivos, se concluye que el apoyo directo en el paciente, ya sea por parte del personal de enfermería o de su familia, o el contacto personal con Dios, contribuyen de manera significativa para que la experiencia de los pacientes sea menos estresante, y para que puedan afrontar y superar su proceso de enfermedad de una manera satisfactoria.

Un aspecto que resalta de esta experiencia, son los sentimientos que se generaron de ella en la



que principalmente se manifestaron, el temor ante su enfermedad, la incertidumbre debido a la falta de información sobre su situación, el estrés por los procedimientos que se les realizaban, la ansiedad ante el hecho de salir rápidamente de la UCI, todo esto fue sobrellevado mediante la atención que brindó el personal de salud generando esperanza y confianza en su pronta recuperación, también lo fue apoyarse en sus creencias ya que esto les brindó fortaleza espiritual para aceptar esta experiencia de una manera positiva. Otro hecho que los motivó a salir adelante fue el apoyo familiar que produjo en ellos gratitud de saber que se preocupaban por su salud y recuperación, también alegría de saber que no estaban solos en esta situación.

La experiencia más significativa de tener una enfermedad crítica, y el haber estado hospitalizado en una unidad de cuidados intensivos coronarios, fue percibida como una vivencia renovadora. Este suceso cercano a la muerte fue generador de cambios positivos en la forma de ver y enfrentar la vida, dejando a un lado múltiples actitudes negativas que llevaban habitualmente, afectando tanto su vida personal como social.

### **BIBLIOGRAFÍA.**

1. (Biografías y Vidas, La enciclopedia Biográfica en Línea. Wilhelm Dilthey. 2004. [Citado el 29 de Marzo de 2017]. Disponible en: <http://www.biografiasyvidas.com/biografia/d/dilthey.htm>
2. Beltrán Salazar O. La experiencia de estar hospitalizado en una unidad de cuidado intensivo. Aquichan. 2009. [Citado el 17 de marzo de 2017] Disponible en: DOI: <https://doi.org/10.5294/167>
3. Hernández, Walter. Consideraciones sobre el Objeto desde la perspectiva de la Vivencia Intencional de la Fenomenología Husserliana. [Citado el 29 de Marzo de 2017]. Disponible en: <http://serbal.pntic.mec.es/~cmunoz11/vivencia.pdf>
4. EMBREE, Lester. Análisis Reflexivo: Una primera introducción a la investigación fenomenológica. 1. ed. México: Morelia, 2003. p. 543.
5. Hans Gadamer, Biografías y vidas 2004-2017, La enciclopedia biográfica en línea. [Citado el 29 de Marzo de 2017]. Disponible en: <http://www.biografiasyvidas.com/biografia/g/gadamer.htm>
6. Modelos y teorías de enfermería, séptima edición, Martha Alligood, Ann Tomey. Pag, 54-85. [Citado el 13 de Abril de 2017].
7. Collado re. Cuidado espiritual, labor del profesional de Enfermería. Rev 360[revista en Internet]. 2010 [acceso: 2 Abril 2017]; Disponible en: <http://cremc.ponce.inter.edu/360/revista360/ciencia/Cuidado%20espiritual%20enfermeria.pdf>
8. En Colombia, Teoría del Cuidado Humano de Jean Watson, [Citado el 17 de abril del 2017]. Disponible en: <https://encolombia.com/medicina/revistas-medicas/enfermeria/ve-104/trabajoslibres1/>
9. The university of North Carolina at Chapel Hill, Merle H. Mishel, Teoría de la





incertidumbre frente a la enfermedad. Encontrado en:  
<http://teoriasintermedias2013.blogspot.com.co/2013/06/merle-h-mishel-teoria-de-la.html>.  
[Citado el 13 de Abril de 2017].

10. Zambrano Plata, G., Ferreira Cardona, J., Lindarte Clavijo, A., Niño Bayona, C., Ramírez Rodríguez, N., & Rojas Bautista, L. (2016). Entre la incertidumbre y la esperanza: Percepciones y motivaciones de los pacientes hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos (UCI). *Ciencia y Cuidado*, 7(1), 52-60. [Citado el 29 de Marzo del 2017]. Recuperado de <http://revistas.ufps.edu.co/ojs/index.php/cienciaycuidado/article/view/493>



## RIESGO DE EVENTO CARDIOVASCULAR EN DOCENTES: EL CUIDADO ORIENTADO HACIA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

Clararocio Niño Gómez\*  
Yislem Audrey Barrera Cruz  
Mónica Peñaloza García.

### RESUMEN

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de muerte e incapacidad a nivel mundial, producidas mayoritariamente por factores de riesgo modificables y estas ocupan el primer lugar dentro de los 16 grupos de riesgo del Modelo de Atención Integral en Salud; sin embargo, la ruta para la promoción y mantenimiento de la salud permite realizar intervenciones a las comunidades acorde al curso de vida en el que se encuentren. Ahora bien, los docentes se someten a altas cargas de estrés que sumado a los estilos de vida no saludable podrían derivar en eventos mortales. De este modo el objetivo principal busca identificar el riesgo de evento cardiovascular en docentes orientado a intervenciones de promoción de la salud a través del cuidado de enfermería. La metodología fue de tipo cuantitativo, descriptivo de corte transversal, participaron 108 docentes; con predominio masculino y edades de 40-59 años. En los antecedentes personales-familiares se reportaron sobrepeso/obesidad, diabetes e hipertensión, los primeros dos teniendo relación estadística entre la presencia del antecedente y la mayor probabilidad de desarrollo en la persona. Se encontró el consumo frecuente de fritos/grasas, dulces/harinas y embutidos/paquetes; así mismo elevación de variables bioquímicas; pero no hubo relación estadística entre la alimentación y la elevación de estas. Todos los docentes presentaron riesgo cardiovascular; predominando el bajo. Respecto a la contextualización del modelo de promoción de la salud, no se encontró relación entre lo que manifiestan hacer y lo que realmente hacen, creyendo estar adheridos a conductas de salud.

**Palabras claves:** Factores de riesgo, predicción, promoción de la salud.

### INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS.

Las enfermedades cardiovasculares (ECV) son un problema de salud pública, ya que se han convertido en la causa principal de muerte a nivel mundial y las más importantes de discapacidad, de este modo la OMS en el 2012 reportó la muerte de 17,5 millones de personas y estima para el 2030 la muerte de 23,6 millones de personas por ECV. Cabe resaltar, que estas

---

\* Enfermero profesional en formación, Universidad Francisco de Paula Santander, Clara.nino@hotmail.com, Cúcuta, Norte de Santander, Colombia.



enfermedades tienen lugar a causa de los factores de riesgo modificables y no modificables a los que se encuentran expuestos la población. Partiendo de ese punto de vista, los docentes son considerados como una población vulnerable debido al alto índice de factores de riesgo a los que se encuentran expuestos diariamente, tales como exigencias relacionadas con la toma de decisiones importantes en responsabilidades funcionales, la exposición a estrés, los hábitos alimenticios entre otros. Sin embargo, el Modelo de Atención Integral en Salud, cuenta con la ruta de promoción y mantenimiento de la salud, la cual permite realizar intervenciones de enfermería oportunas y teniendo en cuenta lo anterior lograr la reducción del riesgo de padecimiento de un episodio cardiovascular mortal o no en la población vulnerable, indicando puntualmente que se debe fomentar la salud de la persona en todos los entornos en los que se desenvuelve, en este caso se aborda el lugar de trabajo. Teniendo coherencia con la ruta anterior se abordó la teoría del modelo de promoción de la salud de Nola Pender la cual señala que la ausencia de un plan de acción en salud puede estar influenciado por factores interpersonales o situacionales que aumenta la probabilidad de padecimiento de enfermedad crónica. Así mismo, esta teoría se relaciona con la ruta ya que las dos están encaminadas en establecer en las personas conductas promotoras de salud con el fin de obtener un estilo de vida óptimo, a nivel personal y laboral. Ahora bien, teniendo en cuenta toda la información anteriormente mencionada se plantearon los siguientes objetivos para dar cumplimiento a cabalidad con el fenómeno de estudio:

## **Objetivos**

### **Objetivo general**

Identificar el riesgo de evento cardiovascular en docentes orientado a intervenciones de promoción de la salud a través del cuidado de enfermería.

### **Objetivo específicos**

- Clasificar la población objeto de estudio según variables sociodemográficas de interés.
- Determinar los factores de riesgo cardiovasculares no modificables y modificables a los que se ve expuesta la población objeto de estudio.
- Identificar la relación estadísticamente significativa entre las variables inmersas en los factores de riesgo modificables y no modificables.
- Determinar el riesgo de padecimiento de un episodio cardiovascular mortal o no, en un período de diez años, mediante las tablas de predicción de la OMS.
- Establecer los factores cognitivo - perceptuales que permiten en el individuo la participación en conductas favorecedoras de la salud, según la perspectiva teórica de Nola Pender.

## **METODOLOGÍA.**



Enfoque de tipo cuantitativo, permitiendo analizar los resultados de forma medible; descriptivo, el cual describe el fenómeno de estudio a partir de las variables identificadas y finalmente de corte transversal, porque la muestra fue tomada en un periodo de tiempo determinado. La población total del estudio estuvo conformada por 135 docentes de planta con edades entre 40 a 80 años; se obtuvo una muestra de 101 docentes teniendo en cuenta un margen de error del 5%, un nivel de confianza del 95% y una probabilidad de ocurrencia del 50%; sin embargo se logró sobrepasar la muestra con 108 participantes, los cuales cumplieron los criterios de inclusión determinados: ser docentes de planta de la UFPS activos en el I semestre de 2017; estar en el rango de edad de 40 a 80 años, sin importar el sexo y querer colaborar con el desarrollo de la investigación.

La recolección de la información se realizó mediante el instrumento “Factores de Riesgo Cardiovascular para la predicción del riesgo de padecimiento de un episodio cardiovascular en población adulta, bajo un Modelo de Promoción de la Salud (FRCV – PRECA – MPS - V1), construido y validado con un coeficiente Alfa de Cronbach de 0,74 demostrando alto nivel de consistencia interna; análisis factorial de tipo exploratorio con promedio de desviación típica en nivel alto de 6.73 en sus categorías; un coeficiente de correlación r par-impar con resultado de 0.98 encontrándose en un excelente nivel, que valida con suficiencia el instrumento para aplicar en investigación realizado por los investigadores Edwin Alexander Donado Quintero, Luis Alberto Rondón Andrade, Jimmy Anderson Cárcamo Méndez, bajo la dirección de Mónica Peñaloza García; el cual requiere datos de talla, tomada con cinta métrica; peso, tomado con balanza de pie digital; cálculo de índice de masa corporal (IMC); toma de tensión arterial, con tensiómetro manual; toma de glicemia y colesterol obtenidos por muestra de sangre central. El resto de los datos, corresponden a la información suministrada por la persona según tenga o no cada uno de los riesgos mencionados en cada variable del cuestionario.

Así mismo, se utilizaron las tablas para la predicción de padecimiento de un episodio cardiovascular, mortal o no que ofrece la OMS en su Guía de bolsillo; específicamente la tabla América B (AMRB) de la OMS/ISH 2008 empleada para predecir el riesgo en las Américas, en donde se tenían en cuenta las siguientes variables; edad, genero, colesterol total, presión arterial sistólica, fumador o no y si presenta diagnóstico de diabetes mellitus. Las cuales al introducirse en las tablas exponen el riesgo de padecimiento de un episodio cardiovascular para un periodo de 10 años.

## **RESULTADOS.**

En cuanto a la caracterización sociodemográfica, es preciso mencionar que el 63,9% de los participantes pertenecían al género masculino; el rango de edad predominante se ubicó entre los 40 a 59 años con un 85%, estas dos variables categorizadas como factores personales de tipo biológico; así mismo se determinó que en su mayoría se encontró la población casada con un 63%, el 79,6% de los docentes contaban con un nivel académico de maestría/doctorado y en cuanto al estrato socioeconómico sobresalió el medio (tres y cuatro) con un 90,8%; estas últimas 3 variables incluidas dentro de los factores personales socioculturales en el MPS.



Dentro de los factores de riesgo no modificables; los cuales son considerados como factores personales biológicos ya que corresponden a la historia personal del individuo, se evaluaron los antecedentes familiares encontrándose la hipertensión arterial en un 66,7%; seguido de la diabetes mellitus en un 51,8%; además del sobrepeso y la obesidad en un 30,6%, es preciso mencionar que se reportaron complicaciones de las enfermedades cardiovasculares como infarto de miocardio, derrame cerebral y fibrilación auricular. De manera seguida se analizaron los antecedentes personales encontrando en primer lugar el sobrepeso/obesidad con un 48,1%; seguido de la Hipertensión Arterial con un 21,3% y por último la Diabetes mellitus con un 11,1%. Se encontró relación estadísticamente significativa entre la presencia del antecedente familiar de sobrepeso/obesidad y diabetes mellitus y la mayor predisposición en el individuo a desarrollarla.

Una vez identificados los factores de riesgos no modificables; se dio paso a la evaluación de los modificables, los cuales pueden ser cambiados mediante intervenciones de enfermería. En donde se encontró que el 9,3% de los docentes tienen el hábito de fumar y el 49,1% indico consumir alcohol; un 6,5% de los participantes indicaron el consumo cigarrillo y alcohol simultáneamente. Al indagar acerca de los hábitos alimenticios frecuentes encontramos el 75,9% consume dulces/harinas; el 45,3% fritos/grasas y el 44,4% embutidos/paquetes. Al mismo tiempo se evaluaron las variables bioquímicas encontrando que un 2,8% presentaba la glicemia elevada, el 36,1% tenía triglicéridos altos y por último el 48,1% presento elevación del colesterol. Es preciso mencionar que no se encontró relación estadísticamente significativa entre la alimentación y la elevación de las variables bioquímicas. Al clasificar la población acorde a su IMC, predomino la que presentaba sobrepeso con un 48,1%, seguida de la obesidad con un 28,7%. Se encontró que el 70,4% de los docentes no realizaba ejercicio vigoroso, en cuanto al estrés el 85,2% de la población estaba expuesto a este y el 22,2% presento algún tipo de dolor crónico.

Al obtener los factores de riesgo modificables y no modificables en la población estudio, se dio paso para la estratificación del riesgo cardiovascular introduciendo las variables de: edad, genero, presión arterial sistólica, colesterol total, ser fumador o no y presencia del diagnóstico de Diabetes mellitus. Obteniendo como resultado que predominó el riesgo bajo (menor al 10%) en un 93%, seguido del riesgo medio (del 10 al 20%) en un 7%; sin embargo no se clasificaron docentes en los riesgos alto y muy alto. En cuanto a la percepción del estado de salud predominaron los que la consideraron como bueno con un 73,1%, sin embargo un 5,6% de la población indico una percepción de buena o excelente estando clasificados en un riesgo medio de padecimiento de un episodio cardiovascular.

Por último se contextualizó la población según el modelo de promoción de la salud (MPS), encontrándose de manera significativa que el 65,74% de la población indicó estar adherida a conductas promotoras de salud en su diario vivir, sin embargo dentro de sus rutinas diarias realizan actividades como fumar, beber alcohol, llevar una dieta poco saludable, estar expuestos al estrés y presentar algún tipo de dolor crónico.

## **CONCLUSIONES.**

El abordaje del MPS permite indagar sobre comportamientos individuales y colectivos que repercuten en el estado de salud del individuo. Pudiendo analizar aspectos propios del ser humano que hacen parte de su cotidianidad y que se reflejan en la presencia o no de factores de riesgo para enfermedades agudas y crónicas, que favorecen la presencia de episodios cardiovasculares mortales o no. Así mismo, se hace necesario implementar en el entorno laboral de los docentes la ruta de promoción y mantenimiento de la salud con el fin de alcanzar un óptimo nivel de salud y la potenciación del desarrollo de las personas teniendo en cuenta el curso de vida en el que se encuentren.

En cuanto a los Factores Personales Biológicos; se obtuvo alta participación masculina, acorde con la contratación de docentes de planta; así mismo el instrumento requería personas con edades entre 40 y 80 años, encontrándose predominio de actividad laboral hasta los 59 años, sin embargo se encontró un pequeño grupo de docentes en edad de jubilación. Adicionalmente se indagaron los Factores Socioculturales, encontrándose mayormente población casada, en relación al nivel educativo todos contaban con un nivel de posgrado y se ubicaron principalmente en el estrato medio.

En cuanto a los factores de riesgo no modificables, se destacaron patologías crónicas como la Hipertensión arterial, la Diabetes mellitus y el sobrepeso u obesidad; no obstante, las dos últimas tienen relación estadísticamente significativa entre la presencia de estas entidades en el individuo y su herencia familiar. Por lo anterior se considera importante incorporar en la atención de salud, estrategias que además de identificar las características de salud heredadas establezcan conductas para minimizar el riesgo de presentarlas.

Así mismo en los factores de riesgo modificables, se destacó que las personas no realizan ejercicio vigoroso, se encuentran expuestos al estrés, consumen de alcohol y mantienen una alimentación poco cardiosaludable. Como hallazgo significativo a nivel estadístico, no se relacionó la elevación de las variables bioquímicas con la dieta; por otro lado; además, es preciso mencionar la relación existente entre el estrés y la presencia de dolor crónico.

Toda la población presentó riesgo cardiovascular, la mayor parte de los docentes se ubicó en riesgo bajo < 10% los cuales presentaron al menos 1 factor de riesgo. Se presentó proporción baja de docentes con riesgo medio del 10% al 20%, los cuales presentaron más de un factor de riesgo. Se encontró población docente que indicó su estado de salud como buena o excelente, no encontrando relación con el estado de salud real, dificultando la instauración de acciones promotoras de salud.

En cuanto a los factores cognitivo- perceptuales del MPS, se concluyó que los docentes creen estar adheridos a conductas promotoras de salud en su diario vivir, no existiendo coherencia entre lo que manifiestan hacer y los hábitos a los que realmente están expuestos.

## **BIBLIOGRAFÍA.**

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). Enfermedades cardiovasculares [internet] 2015



- Enero [Citado el 22 de marzo de 2016] Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/es/>
2. Organización Mundial de la Salud (OMS). Prevención de las enfermedades cardiovasculares “Guía de bolsillo para la estimación y el manejo del riesgo cardiovascular” internet 2008 Citado el 22 de marzo de 2016 ; Disponible en: [http://www.who.int/publications/list/PocketGL\\_spanish.pdf?ua=1](http://www.who.int/publications/list/PocketGL_spanish.pdf?ua=1)
  3. Organización Mundial de la Salud (OMS), Foro Económico Mundial 2008. Prevención de las enfermedades no transmisibles en el lugar de trabajo a través del régimen alimentario y la actividad física [internet]. [Citado el 13 de agosto de 2016]; Disponible en: <http://www.who.int/dietphysicalactivity/workplace-report-spanish.pdf>
  4. Promoción de la salud OMS , 2017 [citado el 19 de septiembre del 2017] [internet] Disponible en: <http://www.who.int/healthpromotion/es/>
  5. González G, Pabón Y, Meza N. Factor de riesgo cardiovascular en docentes universitarios [internet] 2012 Abril [Citado el 22 de marzo de 2016]; Disponible en: <http://revistas.ucc.edu.co/index.php/me/article/view/60/61>
  6. Donado E, Rondón L, Carcamo J; factores de riesgo cardiovascular presentes en docentes pertenecientes al magisterio de Cúcuta con hipertensión arterial y diabetes, para la predicción del riesgo de padecimiento de un episodio cardiovascular, durante el primer semestre de 2015 [Tesis] Cúcuta: Universidad Francisco de Paula Santander. Facultad de enfermería; 2015.
  7. Decreto 2277 de 1979; Estatuto docente [internet]. 1979 [Citado el 28 de marzo de 2016]; Disponible en: [http://www.mineducacion.gov.co/1621/articulos-103879\\_archivo\\_pdf.pdf](http://www.mineducacion.gov.co/1621/articulos-103879_archivo_pdf.pdf)
  8. Ministerio de educación; Estilos de vida saludable. [internet]. 2016 [Citado el 19 de agosto de 2016]; <http://www.mineducacion.gov.co/1759/w3-article-350651.html>
  9. Raile M, Marriner A. Enfermería modelos y teorías en enfermería 7ma ed. Elsevier España, S.L.
  10. República de Colombia. Ministerio de Salud. Resolución N° 008430. [internet] (4 de octubre de 1993) [citado el 14 de agosto del 2016]. Disponible: [http://www.urosario.edu.co/urosario\\_files/a2/a24fb07a-f561-4fcc-b611-affff4374bb7.pdf](http://www.urosario.edu.co/urosario_files/a2/a24fb07a-f561-4fcc-b611-affff4374bb7.pdf)



## CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE LOS EXÁMENES UTILIZADOS EN LA DETECCIÓN TEMPRANA DEL CÁNCER DE PRÓSTATA

Myriam García Gómez\*  
María Mercedes Ramírez Ordoñez\*\*  
Angie Melissa Contreras García\*\*\*  
Diana Patricia Puerto Marciales\*\*\*  
Norabel Carrillo Ochoa\*\*\*  
Pedro Emilio Palacios Ramírez\*\*\*  
Yarlin Karina Meneses Galvis\*\*\*

### RESUMEN.

**Objetivo:** Determinar los conocimientos, actitudes, y prácticas sobre los exámenes utilizados en la detección temprana de cáncer de próstata en los pacientes crónicos de la unidad básica comuneros de la ciudad de Cúcuta durante en el primer semestre del 2017. **Materiales y Métodos:** Esta investigación es de tipo cuantitativo con abordaje descriptivo de corte transversal, constituida por una población de 957 pacientes masculinos registrados en el Kardex de pacientes crónicos de la Unidad Básica Comuneros; con una muestra de 121 pacientes. Para la recolección de la información se aplicó el instrumento Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre los Exámenes Utilizados en la Detección Temprana del Cáncer de Próstata, que constaba de 38 preguntas con un Alfa de Cronbach de 0,81. **Resultados:** Se encontró que el promedio de la edad es de 63,5 años, el mayor porcentaje 18,18% se encuentra en el rango de 56 a 60 años. Respecto a conocimientos se evidenció que tan solo el 37% poseen conocimientos adecuados; en actitudes se encontró que el 77% eran inadecuadas; y el 68% tiene prácticas inadecuadas. **Conclusiones:** Se evidencio que más de la mitad de los participantes poseen adecuados conocimientos, que no se reflejan en sus actitudes y prácticas, situación que afecta la detección temprana del cáncer de próstata. Considerando estos resultados es importante implementar programa que sensibilicen a la población masculina sobre esta problemática de salud pública.

**Palabras Clave:** Tacto rectal, Antígeno Prostático Específico, Enfermedad Crónica, Promoción de la Salud

### INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS.

---

\* Enfermera. Docente. Universidad Francisco de Paula Santander. Correo electrónico: docenciaservicioenf@ufps.edu.co

\*\* Enfermera Magister Docente. Universidad Francisco de Paula Santander. Correo electrónico: mariamercedesro@ufps.edu.co

\*\*\* Estudiantes. Programa de Enfermería. Universidad Fráncico de Paula Santander. Correo electrónico: melligaciar@gmail.com





Según la Sociedad Americana del Cáncer, el cáncer de próstata se origina cuando las células de la próstata comienzan a crecer sin control, la próstata es una glándula que sólo tienen los hombres<sup>1</sup>. A través del tiempo diferentes estudios han indicado que el carcinoma prostático es uno de los principales causales de altas tasas de mortalidad en el hombre a nivel mundial y nacional (Colombia). En Estados Unidos se diagnosticó cáncer de próstata a aproximadamente 180,890 hombres, en el año 2016<sup>2</sup>.

Las pruebas de detección tienen el objetivo de descubrir el cáncer antes de que se presente algún síntoma, en etapas iniciales permitiendo un manejo oportuno y mejor pronóstico<sup>4</sup>. Para el diagnóstico precoz del carcinoma prostático existen pruebas como: La prueba de sangre del antígeno prostático específico (PSA) y Tacto rectal.

A nivel de Latinoamérica incluyendo nuestro país se han realizado diferentes investigaciones<sup>3,4,5,6</sup> mostrando como resultado que un gran porcentaje de la población tiene buenos conocimientos acerca del tema, diferente a las prácticas y actitudes que son bajas, y esto se relacionan con el estrato socioeconómicos, y educativo.

En Colombia 200 de cada mil hombres tienen la probabilidad de desarrollar cáncer de próstata por falta de conocimientos en aspectos de prevención y de detección temprana<sup>7</sup>. La población de pacientes con cáncer de próstata en Colombia fue de 16.842, lo cual representa el 28%, situándose como la neoplasia más frecuente en hombres.

La Liga Colombiana Contra el Cáncer realiza campañas Nacionales durante todo el año para actividades de prevención y detección oportuna del cáncer. En Colombia existen leyes que ejecutan el control integral del cáncer para la población colombiana buscando de esta forma reducir las tasas de morbilidad y mortalidad<sup>8</sup>; igualmente existe el plan decenal para el control de esta patología 2012-2021<sup>9</sup>.

La Unidad Básica Comuneros es una unidad primer nivel<sup>10</sup> que presta servicios a usuarios de más 28 barrios de la ciudad<sup>11</sup>; encontrándose un gran porcentaje de población masculina, en el rango de edad considerado como factor de riesgo; donde no se ha realizado investigaciones que permitan indagar acerca de esta patología del cáncer de próstata.

La presente investigación pretende determinar el nivel de conocimientos, prácticas y actitudes de una patología silenciosa y con altos índices de mortalidad a nivel mundial, nacional y local. Lo que permitirá sensibilizar a los usuarios acerca de la importancia de ampliar sus conocimientos acerca del tema y servir como soporte para una futura implementación de un programa de promoción y prevención.

### **Objetivo general**

Determinar los conocimientos, actitudes, y prácticas sobre los exámenes utilizados en la detección temprana de cáncer de próstata en los pacientes crónicos masculinos de la unidad básica comuneros de la ciudad de Cúcuta durante en el primer semestre del 2017.

### **Objetivos específicos**

- Caracterizar la población perteneciente al programa de pacientes crónicos en la UBA de comuneros.
- Identificar los conocimientos sobre el cáncer de próstata y exámenes de detección temprana.
- Identificar las actitudes sobre el cáncer de próstata y exámenes de detección temprana.
- Describir las prácticas sobre el cáncer de próstata y exámenes de detección temprana.

## **METODOLOGÍA.**

La presente es una investigación es de tipo cuantitativo con abordaje descriptivo de corte transversal. La población estaba conformada por los pacientes que pertenecen al programa de pacientes crónicos de la Unidad Básica de Comuneros en la ciudad de Cúcuta durante el primer semestre del año 2017 Comuneros, y que aceptaron participar en este estudio.

Debido al gran tamaño de la muestra 274, por limitaciones de recursos y el tiempo de realización; se decidió con aval y recomendación de los docentes disminuir el tamaño a 125. El muestreo fue probabilístico aleatorio simple sin reemplazo, se realizaron llamadas telefónicas para invitarlos a participar en la investigación y fijar una fecha en la cual debían asistir para responder el instrumento. De los participantes 4 de estas personas no pudieron contestarla dos que fallecieron y una persona que no se ubicó.

El instrumento fue validado por Juan David Arbeláez Restrepo<sup>5</sup>, está compuesto por 38 ítems contruidos con base en otros estudios similares. Se encuentra dividido en cuatro aspectos, la primera parte por variables sociodemográficas, en la segunda parte preguntas sobre los conocimientos sobre cáncer de próstata y exámenes de detección temprana, el tercer bloque las actitudes de los pacientes frente a los exámenes y la última parte aborda lo referente a las prácticas frente al tacto rectal y el antígeno prostático.

En la parte de los conocimientos sobre si ha recibido información acerca del cáncer de próstata y su detección temprana, se establece criterios de respuesta como si, no, no sabe y no recuerda.<sup>12, 13</sup>. Actitudes se define como: predisposiciones a responder de una determinada manera con reacciones favorables o desfavorables hacia algo. Las integran las opiniones o creencias, los sentimientos y las conductas, factores que a su vez se interrelacionan entre sí<sup>14</sup>. El concepto de prácticas Una praxis social, objetiva e intencional en la que intervienen los significados, las percepciones y las acciones de los agentes implicados en el proceso<sup>15</sup>.

La tabulación se realizó hoja de cálculo del programa de Microsoft Excel 2013, analizando individualmente las variables. Este estudio se rige por la resolución 008430 de 1993 la cual establece las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud<sup>16</sup>. Se realizó consentimiento informado y se consideraron en la realización del estudio los principios éticos: autonomía, beneficencia y no-maleficencia.

## **RESULTADOS**

El perfil sociodemográfico se encontró que el promedio de la edad es de 63,5 años, con una

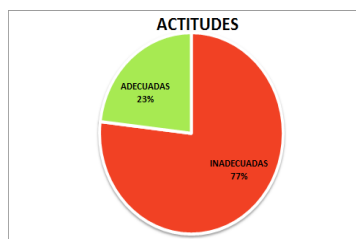


moda de 58 años. Referente al estado civil el 44,6% son casados, seguido de la unión libre con un 34,7%; el 55,4% de los encuestados no tienen actividad laboral; los ingresos individuales son menos de un SMLV en un 42% y los ingresos familiares corresponden a un salario exactamente en un 43,8%; correspondiente a la afiliación social el 96,7% son del régimen subsidiado, y el 97,5% tiene hijos donde el 59,7% tienen de 3-4 hijos.

### Dimensión Conocimientos

El 37% correspondiente a 44 personas encuestadas poseen conocimientos adecuados.

Por su parte es de gran importancia resaltar que la pregunta en la cual se evidenció menor puntuación para esta dimensión fue: ¿La información recibida sobre el cáncer de próstata y/o los exámenes de detección temprana, la obtuvo a través de? Lo que permite inferir que las personas no cuentan con los medios o fuentes de información necesarias acerca de esta enfermedad. Difiere del estudio realizado en Santa Rosa de cabal titulado Percepciones sobre el Cáncer De



Próstata en Población Masculina Mayor de 45 años, Santa Rosa De Cabal<sup>17</sup>, 2010 indicó que un 85% de los entrevistados conocía las formas de diagnóstico del cáncer de próstata: tacto rectal con un 69%, prueba de antígeno prostático con un 28%

### Dimensión actitudes

Se encontró que el 77% (93 personas) poseen actitudes inadecuadas. Similar a lo encontrado en el estudio Conocimientos, actitudes y prácticas sobre los exámenes utilizados en la detección temprana del cáncer de próstata en hombres de dos comunas de Medellín<sup>5</sup> donde el 56,6% mostro actitudes inadecuadas. La pregunta con menor puntuación esta dimensión fue: ¿Me hago el examen de próstata solo



para

cuando me lo recomienda el médico? Este resultado muestra que los pacientes no asumen medidas preventivas por su cuenta.

### Dimensión práctica

La mayor parte de los encuestados (68%) llevaban a cabo prácticas inadecuadas. Coincide con los resultados de la investigación de Conocimientos, actitudes y prácticas sobre los exámenes utilizados en la detección temprana del cáncer de próstata en hombres de dos comunas de Medellín donde el 61,4% de sus prácticas fueron inadecuadas<sup>5</sup>. En cuanto a las preguntas formuladas en la encuesta se destacó con un menor puntaje: ¿Cuándo fue la última vez que se realizó el examen de próstata? dando como resultado que los participantes hace más de un año que no se practicaban estos exámenes.

### CONCLUSIONES.

- La población masculina tiene una edad promedio de 63,5 años y un rango de edades entre 56 – 60 lo cual nos indica que existe el riesgo de presentar problemas prostáticos.
- Los pacientes del programa de crónicos poseen conocimientos inadecuados ante esta patología así mismo ante los exámenes de detección temprana. La educación y la constante retroalimentación son herramientas positivas que sirven como prevención y promoción de enfermedades así como la incorporación de exámenes de detección temprana al programa que maneja la Unidad Básica de Comuneros y la utilización de las tics o medios de comunicación para que la información llegue a las personas y sea más fácil lograr sensibilizar esta población.
- Los usuarios tienen buenas actitudes frente a la prevención del cáncer de próstata, exceptuando frente a los exámenes ya que piensan que les puede afectar su virilidad.
- Respecto a las prácticas de los señores el 68% son inadecuadas expresando que para ellos la razón por la cual no lo realizan es la incomodidad del examen y la desinformación acerca del tema.

## **BIBLIOGRAFIA**

1. American Cancer Society. Cancer Facts & Figures 2016. Atlanta, GA: American Cancer Society. [Internet]. 2016.[Citado el 24 de marzo de 2017]. Disponible en: <http://www.cancer.net/es/tipos-de-pr%C3%B3stata/estad%C3%ADsticas>
2. American Society of Clinical Oncology (ASCO). Estadísticas adaptadas de la publicación de la American Cancer Society (Sociedad Estadounidense del Cáncer), Cancer Facts & Figures (Datos y cifras de cáncer) 2016. [Consultado el 25/03/2017]. Disponible en: <http://www.cancer.net/es/tipos-de-pr%C3%B3stata/estad%C3%ADsticas>
3. Paiva, Elenir Pereira de; Motta, María Catarina Salvador y griep, Rosane Harter. Barreras relacionadas con exámenes de detección de cáncer de próstata. Rev. Latino-Am. Enfermería [Internet]. 2011, vol.19, n.1, pp.73-80. ISSN 1518 hasta 8345. [Citado el 29 de marzo de 2017]. Disponible en <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692011000100011>.
4. Camilo Novoa, Carolina Anguitaa, Sebastián Badilla-O, Alfredo Aliaga, Diego Reyes. Rev. Med. Chile [Internet]. 2014, vol.142, n.9, pp.1136-1141. ISSN 0034-9887. [Citado el 29 de marzo de 2017]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872014000900007>.
5. Arbeláez R Juan D., Montealegre H Nora A... Conocimientos, actitudes y prácticas sobre los exámenes utilizados en la detección temprana del cáncer de próstata en hombres de dos comunas de Medellín. Rev. Fac. Nac. Salud Pública [Internet]. 2012 Dec [Citado el 02 de abril de 2017]; 30(3): 300-309. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-386X2012000300006&lng=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-386X2012000300006&lng=en).
6. Fajardo-Zapata Álvaro, Jaimes-Monroy Gustavo. Conocimiento, percepción y disposición sobre el examen de próstata en hombres mayores de 40 años. rev.fac.med. [Internet]. 2016 Abril [Citado el 02 de abril de 2017]; 64(2): 223-228. Disponible en:



- [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-00112016000200007&lng=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-00112016000200007&lng=en). <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v64n2.53039>
7. Fondo Nacional de Alto Costo (FNAC).SITUACION DEL CANCER EN COLOMBIA [Internet].2015.Capitulo 9.Pag 177-189. [Citado 01 de abril del 2017]. Disponible en: <https://cuentadealtocosto.org/site/index.php>
  8. República de Colombia. Congreso de Colombia, 2010, Ley Sandra Ceballos. [Internet]. 2017, 15 de marzo. [Citado el 01 de abril del 2017]. Disponible:<http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=39368>
  9. Ministerio de salud y protección social, 2013, Por el cual se adopta el Plan Decenal para el Control del Cáncer en Colombia 2012-2021.[Internet]. 2017, 23 marzo. [Consultado 02 de abril del 2017]. Disponible en :<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-1383-de-2013.pdf>
  10. Nuestro municipio – Alcaldía de Cúcuta. 2016. Cúcuta Norte de Santander. [Internet] Junio, 2016 [Citado 02 de abril del 2017]. Disponible en: [http://cucuta-nortedesantander.gov.co/informacion\\_general.shtml](http://cucuta-nortedesantander.gov.co/informacion_general.shtml)
  11. Olger Garcia.CRONICAS DE CUCUTA (BLOG). [Internet] Sábado 12 de septiembre del 2015. [Citado 25 de marzo del 2017].Disponible en :<http://cronicasdecucuta.blogspot.com.co/2015/09/808-historia-de-algunos-barrios>.
  12. M. Rosental y P. Ludin (1973). Diccionario filosófico. [Internet] 1973 [Citado el 30 de marzo del 2017]. Disponible en: <http://www.filosofia.org/urss/dfm1946.htm>
  13. Tsoukas y Vladimiro (2001). Conocimientos. [Internet] 1973 [Citado el 25 de marzo del 2017]. Disponible en: <http://tesis.uson.mx/digital/tesis/docs/7329/Capitulo1.pdf>
  14. Allport. (1935). Actitudes. [Internet] 24 de noviembre 2010. [Citado el 25 de marzo del 2017]. Disponible en: <http://formoenactitudes.blogspot.com.co/2010/11/definicion-de-actitud-segun-allport.html>
  15. Universidad pedagógica nacional E. Moreno (2000). Concepciones de práctica pedagógica. [Internet] 2000 [Citado el 30 de marzo del 2017]. Disponible en: [http://www.pedagogica.edu.co/storage/folios/articulos/fol16\\_11inve.pdf](http://www.pedagogica.edu.co/storage/folios/articulos/fol16_11inve.pdf)
  16. República de Colombia, Ministerio de salud. Resolución 008430 de 1993. Santa fé de Bogotá. [Internet]. [Citado el 29 de marzo de 2017].Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>
  17. María Nelcy Muñoz Astudillo; Luis Alfredo Sossa Pinzón; Jhon Jairo Ospina; Adrián Grisales; José David Rodríguez García. Percepciones Sobre El Cáncer De Próstata En Población Masculina Mayor De 45 Años. Santa Rosa De Cabal, 2010. Hacia promoción. Salud [Internet]. 2011, vol.16, n.2.Pp.147-161.ISSN.0121-7577. [Consultado 2 de abril del 2017]. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v16n2/v16n2a11.pdf>



## SINDROME DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR INFORMAL DE PACIENTES CON ENFERMEDADES PSIQUIATRICAS EN UNA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD DE CÚCUTA, COLOMBIA.

Claudia Ximena Reyes González\*  
William Atehortua  
Liliana Figueroa  
Yulibell Cuadros Acevedo,  
María Alexandra Hernández Rojas

### RESUMEN

**Objetivo:** Determinar la Situación Epidemiológica Del Síndrome De Sobrecarga Del Cuidador Informal De Los Pacientes Crónicos Con Enfermedades Psiquiátricas En La Clínica Stella Maris En El Mes De Marzo Del Año 2016. **Materiales y Métodos:** Estudio cuantitativo de tipo descriptivo de corte trasversal; con una población de 1216 cuidadores informales y una muestra de 86 cuidadores informales. Instrumentos: La información fue recolectada mediante una entrevista indirecta. Se aplicaron dos instrumentos, el primero de ellos es la escala de Zarit y el segundo la caracterización del cuidador familiar del grupo de cuidado al paciente crónico y su familia de la Universidad Nacional de Colombia. Los datos fueron tabulados y analizados mediante la herramienta Microsoft Excel® 2010 y Epi-info 7.0 **Resultados:** El 68,60% de los cuidadores informales presentan prevalencia en la sobrecarga; según el resultado obtenido por medio de la escala de Zarit el 48,8% de la muestra tiene sobrecarga intensa; el género que predominó fue el femenino (66,30%), casadas (34,90%), de estrato socioeconómico 2 (48,80), con un promedio de edad de 47 años, y un nivel de estudio de básica secundaria (45,30%), dedicadas al hogar (39,50%) y pertenecientes a la religión católica (81,40%). **Conclusiones:** En cuanto a las características sociodemográficas el género femenino predominó, estado civil casadas, de religión católicas en su mayoría, dedicadas al hogar y con un nivel de estudio de básica secundaria; aproximadamente las dos terceras partes de los cuidadores informales encuestados presentan sobrecarga y la mitad de los entrevistados tienen sobrecarga intensa. Se encontró asociación estadísticamente significativa entre las características género y religión con el nivel de sobrecarga de los cuidadores informales de la Clínica.

**Palabras claves:** Síndrome de sobrecarga, cuidador informal, paciente crónico

---

\* Estudiante de Enfermería de la Universidad Francisco de Paula Santander. San José de Cúcuta, Norte de Santander, Colombia.



## INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

El informe de la Secretaria de la OMS emitió que: “Los trastornos mentales no tratados se cobran un alto precio, ya que representan el 13% del total de la carga de morbilidad mundial”. La depresión unipolar es la tercera entre las principales causas de morbilidad, representando el 4,3% de la carga mundial (7). Además, reporta que las afecciones mentales más comunes son la ansiedad y la depresión y dentro de las incapacitantes se encuentra la esquizofrenia y el trastorno bipolar. (7)

Por ello, estar a cargo de una persona que presenta patologías psiquiátricas es una labor que demanda esfuerzo, dedicación, trabajo y tiempo, llegando al punto de comprometer su vida emocional y física. La carga trasciende a distintas áreas de la vida del cuidador informal: las tareas del hogar, las relaciones de pareja, familiares y sociales, el desarrollo personal y del tiempo libre, la economía familiar, la salud mental y el malestar subjetivo del cuidador relacionado con la enfermedad (4).

Lo anterior implica un gran riesgo en el cuidador informal, por el desequilibrio psicológico y su consecuente agotamiento, que en muchas ocasiones puede desencadenar en enfermedad. Según Bayés, Arranz, Barbero y Barreto (1997), por lo menos en el 80% de los casos de enfermedad mental son las familias quienes asumen, en el propio domicilio, los cuidados de estos enfermos. El 65% de los familiares que cuidan directamente al enfermo sufrirán cambios sustanciales en sus vidas y una importante merma de su salud física o psíquica, llegando el 20% a desarrollar un cuadro intenso conocido como síndrome de sobrecarga del cuidador “informal” (13). El síndrome de sobrecarga del cuidador es un conjunto de problemas físicos, emocionales y socioeconómicos que afectan a las personas que realizan un “cuidado informal” a los pacientes dependientes, en este caso, en los que tienen enfermedades psiquiátricas (1).

Dentro de los aspectos epidemiológicos más representativos a nivel internacional el síndrome de sobrecarga, se comparó con algunos estudios, evidenciándose que no existe un acuerdo unánime de algunas variables. Entre las más significativas se encuentra: la edad, aunque no influye en la aparición del síndrome si existe un periodo prevalente en la aparición de este; el sexo se da en mayor proporción en las mujeres, convirtiéndose en un grupo más vulnerable; el estado civil, se asocia más a las personas que no tiene una pareja estable, sin embargo, no existe en este caso un acuerdo unánime; la existencia o no de hijos puede hacer que las personas sean más resistentes al síndrome, puesto a que los padres son personas maduras y estables, lo que los puede ayudar a tener una mayor capacidad de afrontamiento de los problemas que se presenten (8).

En Colombia el cargo del cuidador está dado por los hijos, siendo el sexo femenino de edad media, con un nivel bajo de educación y desempleadas. Estas personas aproximadamente pasan tiempo completo con sus parientes enfermos, puestos que ellos no pueden valerse por sí mismo, generando cambios en el estilo de vida de los cuidadores (9).

En el contexto departamental no existen muchas investigaciones que se hayan realizado sobre la situación epidemiológica del síndrome de sobrecarga del cuidador, puesto que la mayoría de ellas están enfatizadas en el personal de salud o en otro tipo de enfermedades que no abarcan todas las

psiquiátricas.

### **Objetivo general**

Determinar la situación epidemiológica del síndrome de sobrecarga del cuidador informal de los pacientes crónicos con enfermedades psiquiátricas en la Clínica Stella Maris en el mes de marzo del año 2016.

### **Objetivos específicos**

- Identificar las características socio-demográfico de los cuidadores informales de pacientes crónicos con enfermedades psiquiátricas en la Clínica Stella Maris en el mes de marzo del año 2016.
- Determinar la prevalencia del síndrome de sobrecarga en la población objeto de estudio.
- Identificar el nivel de sobrecarga presente en los cuidadores informales de los pacientes crónicos con enfermedades psiquiátricas en la Clínica Stella Maris en el mes de marzo del año 2016.
- Establecer la relación entre el nivel de sobrecarga y algunas características sociodemográficas.

### **METODOLOGÍA**

Estudio con enfoque cuantitativo de tipo descriptivo, de corte trasversal. La población estuvo formada por 1216 cuidadores informales de pacientes crónicos con enfermedades psiquiátricas de la Clínica Stella Maris en San José de Cúcuta. Se estimó una muestra de 89 cuidadores, con un error de muestreo del 10%, un nivel de confianza del 90%, mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia. Para la recolección de la información, fue mediante una entrevista indirecta. Se aplicaron dos instrumentos (escala de Zarit y caracterización del cuidador familiar del grupo de cuidado al paciente crónico y su familia de la Universidad Nacional de Colombia).

### **RESULTADOS**

En cuanto a caracterización sociodemográfica el 66,30% pertenecen al género femenino con un promedio de edad de 42 años. La distribución por estado civil demuestra un alto porcentaje por casados(as) con un 34,90% y una escolaridad de bachiller con un 45,30%. El 100% de la muestra viven en la ciudad de Cúcuta, un 94,20% su departamento de procedencia es Norte de Santander. Los encuestados refirieron un 39,50% ser amas de casa con un estrato socioeconómico 2 demostrado con un 48,80%. El 87,20% manifestó ser el cuidador desde el momento del diagnóstico y ser católicos un 81,40% manifestando un nivel de compromiso religioso medio por un 53,50%. Algunas de las respuestas consideradas como relevantes en el estudio son (escala de Zarit): El 29,10% consideran que su familiar pide más ayuda de la que necesita, los cuidadores informales piensan que casi siempre son la única persona que pueden cuidar a su familiar con un 45,30%. El 41,90% de la población encuestada respondió que casi siempre consideran que no



tienen suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a su familiar. A pesar de los cuidados que brindan a su familiar, el 33,70% de la población encuestada respondió que casi siempre pensaron que podía cuidar mejor a su familiar, el 27,90% manifestó que globalmente consideran tener un alto grado de carga por el hecho de cuidar a su familiar. Existe una prevalencia de sobrecarga en los cuidadores informales con un 69%, se ve evidenciada con un 48,80% de nivel sobrecarga intensa y solo un 19,80% posee un nivel de sobrecarga leve. De la población encuestada el 48,80% presentan un nivel de sobrecarga intensa y solo un 19,80% tienen un nivel de sobrecarga leve. Se encontró asociación estadísticamente significativa entre la característica sociodemográfica género y el nivel de sobrecarga intensa  $P= 0,0093$  que presenta el cuidador informal de la Clínica Stella Maris; con un 56,1% de sobrecarga intensa en las mujeres. Se encontró asociación estadísticamente significativa  $p= 0,0108$ , entre el factor religión a la cual pertenecen los cuidadores y el nivel de sobrecarga de los mismos. El 52,9% de los cuidadores informales presentan una sobrecarga intensa perteneciente a la religión católica.

## CONCLUSIONES

En cuanto a las características sociodemográficas el género femenino predomina como cuidador, puesto que culturalmente la mujer asume el cuidado de las personas que están en su entorno; siendo la edad más frecuente es 42 años, con un promedio de 47 años; la mayor parte de los cuidadores tienen un nivel de estudio de básica secundaria, y estado civil casados; en cuanto a la ocupación principal es el hogar; las familias pertenecen a un estrato socioeconómico 2, en cuanto a las creencias religiosas predomina; la religión católica entre ellos y un nivel medio de compromiso religioso

Este estudio muestra que aproximadamente las dos terceras partes de los cuidadores informales encuestados presentan sobrecarga; aproximadamente la mitad de los entrevistados tienen sobrecarga intensa.

Se encontró asociación estadísticamente significativa entre las características género y religión con el nivel de sobrecarga de los cuidadores informales de la Clínica.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial De La Salud. (OMS). Informe Sobre La Salud Del Mundo. (Internet). (Consultado El 22 De Febrero De 2016). Disponible En: [Http://www.who.int/whr/2003/Chapter1/Es/Index3.html](http://www.who.int/whr/2003/Chapter1/Es/Index3.html)
2. Caracterizacion Sociodemografica Y Nivel De Sobrecarga De Cuidadores De Ancianos Con Enfermedad De Alzheimers: Consultado El 22 De Febrero De 2016. Disponible En: [Http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1135-5227199700030000&script=sci\\_arttext](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1135-5227199700030000&script=sci_arttext)
3. Sánchez Herrera B, Carrillo González M, Corredor L.R. Caracterización Y Carga Del Cuidado En Hombres Cuidadores Familiares De Personas Con Enfermedad Crónica En Colombia: Consultado El 23 De Febrero De 2016: Disponible En: [Http://revistasum.umanizales.edu.co/ojs/index.php/archivosmedicina/article/view/299/783](http://revistasum.umanizales.edu.co/ojs/index.php/archivosmedicina/article/view/299/783)

4. Base De Datos Estadisticos De La Clinica Stella Maris: Consultado El 17 De Febrero De 2016
5. Molina Linde J., Iáñez Velasco M. De A Y Iáñez Velasco B. El Apoyo Social Como Modulador De La Carga Del Cuidador De Enfermos Alzheimer. Consultado El 22 De Marzo De 2016. Disponible En: [Http://Revistas.Uv.Mx/Index.Php/Psycosalud/Article/Viewfile/817/1483](http://Revistas.Uv.Mx/Index.Php/Psycosalud/Article/Viewfile/817/1483)
6. Rodríguez B., Marmol F. La Sobrecarga Del Cuidador Informal Del Adulto Mayor Desde La Percepción Subjetiva: Propuesta De Un Programa De Orientación Para Su Abordaje (2014): Consultado El 17 De Febrero De 2016. Disponible En: [Http://Docplayer.Es/3757152-La-Sobrecarga-Del-Cuidador-Informal-Del-Adulto-Mayor-Desde-La-Percepcion-Subjetiva-Propuesta-De-Un-Programa-De-Orientacion-Para-Su-Abordaje.Html](http://Docplayer.Es/3757152-La-Sobrecarga-Del-Cuidador-Informal-Del-Adulto-Mayor-Desde-La-Percepcion-Subjetiva-Propuesta-De-Un-Programa-De-Orientacion-Para-Su-Abordaje.Html)
7. Palacios X., Jiménez K. Estrés Y Depresión En Cuidadores Informales De Pacientes Con Trastorno Afectivo Bipolar; avances en psicología latinoamericana/Bogotá (Colombia)/vol. 26(2)/pp. 195-210. Disponible en <http://revistas.urosario.edu.co/index.php/apl/article/viewfile/62/54/2008/issn1794-4724>
8. Zambrano Cruz R. y Ceballos Cardona P. Síndrome De Carga Del Cuidador: Consultado el 22 de febrero de 2016: Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-74502007000500005](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502007000500005)
9. Barreto R., Coral Ibarra R., Campos M., Gallardo Solarte K., Ortiz V. Cuidadores Y Cuidadoras Familiares De Personas Con Enfermedad Crónica En Colombia: Más Similitudes Que Diferencias (2012-2014). (Consultado el 22 de febrero de 2016). Disponible en: <http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/salud/article/viewArticle/6988>
10. Cardona D, Segura A, Berberí D, Agudelo M. Prevalencia Y Factores Asociados Al Síndrome De Sobrecarga Del Cuidador Primario De Ancianos. (Consultado el 23 de febrero de 2016). Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=12026437003>
11. Vásquez L., Baena A., Ulloa M. Prevalencia De Sobrecarga Del Cuidador, Factores Asociados Y Su Asociación Con La Función Familiar, En Los Cuidadores De Los Pacientes Atendidos En El Proceso Interdisciplinario De Rehabilitación De La Clínica Universidad De La Sabana. Elsevier [Internet]. [citado EL 08 DE JUNIO DE 2016]; 9(61). Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-prevalencia-sobrecarga-del-cuidador-factores-90156244>
12. Pinzón – Rocha M., Aponte – Garzón L., Galvis – López C. Perfil de los cuidadores informales de personas con enfermedades crónicas y calidad de vida, Villavicencio, Meta. (2011). (Consultado el 8 de junio de 2016). Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rori/v16n2/v16n2a12>
13. Zambrano Cruz R. y Ceballos Cardona P. Síndrome De Carga Del Cuidador: Consultado el 22 de febrero de 2016: Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-74502007000500005](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502007000500005)
14. García-Calventea M., Rodríguez M., Maroto-Navarro G. El Impacto De Cuidar En La Salud Y La Calidad De Vida De Las Mujeres. (Consultado el 23 de febrero de 2016). Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0213-](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-)



- 91112004000500011
15. Pérez de Obanos M. Sobrecarga Del Familiar Cuidador Principal De Una Persona Con Demencia En Un Medio Residencial. (Consultado el 23 de febrero de 2016). Disponible en: <http://academica-e.unavarra.es/xmlui/bitstream/handle/2454/11528/PEREZ%20DE%20OBANOS,%20MARTA.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
  16. Carretero Gómez S, Garcés Ferrer J, Ròdenas Rigla F, Sanjosé López V. LA Sobrecarga De Las Cuidadoras De Personas Dependientes: Análisis Y Propuesta De Intervención Psicosocial. Valencia: Tirant lo Blanch; (2006). (Consultado el 08 de junio de 2016). Disponible en: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/polibienestar-sobrecarga-02.pdf>
  17. Andueza Doce MR, Galán Rodríguez de Isla P, Benavides Espilla MB, Peralta Rodrigo MC. Sobrecarga Emocional Del Cuidador Del Enfermo Mental Ingresado En Una Unidad De Subagudos. Nure Inv [Internet]. Nov-dic 2012 [citado día mes año]; 9(61): [aprox. 14 p.]. Disponible en: [http://www.fuden.es/FICHEROS\\_ADMINISTRADOR/ORIGINAL/NURE61\\_original\\_sobrecarga.pdf](http://www.fuden.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/ORIGINAL/NURE61_original_sobrecarga.pdf)
  18. Mendoza Suarez G. Síndrome De Sobrecarga En Familiares Encargados Del Cuidado De Pacientes Con Enfermedad Neurológica Crónica. (Consultado el 24 de febrero de 2016). Disponible en: <http://www.medicinainterna.org.pe/pdf/SPMI%202014-1%20articulo%20%20sindrome%20de%20sobrecarga.pdf>
  19. Cerquera, A; Granados F., Buitrago A. Psicología: Avances de la Disciplina. Sobrecarga en cuidadores de pacientes con demencia tipo Alzheimer (2012). Bogotá, D. C.: Universidad San Buenaventura; (Pág. 36-44). Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/2972/297225770002.pdf>
  20. Steele H. Prevalencia Del Síndrome De Sobrecarga Del Cuidador En Cuidadores Informales De Pacientes Del Hospital Diurno Del Hospital Nacional Psiquiátrico Durante Los Meses. Binass. 2009 [Internet]. 9(61). [Internet]. [citado el 08 de junio de 2016]. Disponible en: <http://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/textos/tesis20.pdf>
  21. Espinoza Miranda K, Jofre Aravena A. Sobrecarga, Apoyo Social Y Autocuidado En Cuidadores Informales. Cienc. enferm. [Internet]. 2012 ago. [citado 22 de marzo de 2016]; 18(2): 23-30. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-95532012000200003&lng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532012000200003&lng=es). <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532012000200003>
  22. Chaparro-Díaz L, Barrera-Ortiz L, Vargas-Rosero E, Carreño-Moreno SP. Mujeres cuidadoras familiares de personas con enfermedad crónica en Colombia. Rev. cienc. cuidad. 2016;13(1):72-86. <https://doi.org/10.22463/17949831.736>



## LA SALUD MENTAL DEL CUIDADOR: UNA EXPERIENCIA DE CALIDAD DE VIDA O SOBRECARGA

Myriam García Gómez \*  
Sharon Geraldine Ariza Torrado \*\*  
Sergio Alejandro Méndez Fuentes \*\*  
Diego Fernando Mendoza Rangel \*\*  
Andrea Carolina Blanco Cañas \*\*  
Lizeth Ibañez Ibarra \*\*

### RESUMEN

**Objetivo:** Determinar la calidad de vida y la sobrecarga del cuidador de pacientes con afecciones de salud mental en la clínica Stella Maris en el segundo trimestre del 2017. **Materiales y Métodos:** Estudio cuantitativo, descriptivo de corte transversal, realizado en 120 cuidadores primarios, seleccionados por muestreo no probabilístico a conveniencia, se aplicó dos instrumentos: calidad de vida del cuidador familiar y la escala de sobrecarga del cuidador. **Resultados:** predominaron los cuidadores de género femenino, en edades de 38 a 47 años, hijo/a, dedicadas al hogar, con predominio a nivel socioeconómico bajo y un nivel educativo medio. En la calidad de vida se reportó un resultado positivo en el bienestar social y físico, contrario a lo reportado en el bienestar psicológico y espiritual; en la sobrecarga del cuidador se evidenció en los cuidadores primarios una sobrecarga leve. **Conclusiones:** La calidad de vida en su dimensión psicología no se tiene una buena percepción de la misma, la dimensión espiritual se ve afectada en un 70%. El 43% de los cuidadores presenta una sobrecarga leve.

**Palabras clave.** Salud mental, cuidadores, calidad de vida, sobrecarga.

### INTRODUCCIÓN

En el último siglo se ha concebido que la calidad de vida está dividida en dos pilares básicos los cuales son los niveles de ingresos económicos y las comodidades con la que una familia o persona usualmente viven<sup>(1)</sup> Cuando uno de estos pilares se ve afectado, se puede decir que su calidad de vida también lo estará. Cuando las afectaciones del ser humano son de tipo mental pueden desencadenar una serie de actitudes, pensamientos, relaciones y sentimientos, los cuales afectan en la persona su funcionalidad ante la ejecución de actividades de trabajo, estudio o

\* Enfermera, Magister. Docente Facultad Ciencias de la Salud, Universidad Francisco de Paula Santander. Correo electrónico: myriamgg@ufps.edu.co

\*\* Estudiantes V semestre Enfermería, Facultad Ciencias de la Salud, UFPS. Correos electrónicos: sharonarizat@gmail.com, sealmefu@gmail.com, diegomendoza.r@hotmail.com, andreabc015@hotmail.com, grils\_1992@hotmail.com



relaciones sociales <sup>(2)</sup>. Esta situación es condicionante para el individuo que afronta el cuidado del paciente, puesto que genera una sobre carga, la cual repercute en distintas áreas de la vida del cuidador, como lo son: las tareas de la casa, las relaciones de pareja, las relaciones familiares y sociales, el desarrollo personal, el tiempo libre y la economía familiar <sup>(3)</sup>. Los trastornos mentales son alteraciones en la cognición, la emoción o el humor, o los aspectos integradores del comportamiento, como las interacciones sociales o la planificación de las actividades futuras <sup>(4)</sup>, a nivel mundial se han aumentado las cifras de pacientes que padecen un trastorno mental, lo que con lleva a la necesidad del cuidado por parte de un cuidador primario a este tipo de persona <sup>(4)</sup>. Se realizó una investigación en Chile en pacientes extranjeros con trastornos mentales, el 14,2% de los entrevistados tenía algún trastorno psiquiátrico <sup>(5)</sup>.

En Colombia se ha encontrado un aumento de casos de trastornos mentales, el Estudio Nacional de Salud Mental, el 40,1 % de la población colombiana entre 18 y 65 años ha sufrido, está sufriendo o sufrirá alguna vez en la vida un trastorno psiquiátrico diagnosticado, se detecta el 16 % en el último año y el 7,4 %, en el último mes. Los trastornos de ansiedad encabezan la lista (19,5 %); luego siguen los trastornos del estado de ánimo (13,3 %), los trastornos por control de impulsos (9,3 %) y los relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas (9,4 %) <sup>(6)</sup>.

Para el departamento de Norte de Santander que los trastornos mentales como el uso de sustancias psicoactivas (SPA) han tenido una prevalencia de vida, muestran las personas que han consumido en algún momento de su vida cualquiera de las sustancias estudiadas. La investigación mencionada anteriormente evidencia que Norte de Santander se encuentra por debajo del nivel de consumo nacional para todas las sustancias relacionadas. Entre estas, las sustancias legales tienen mayor prevalencia en el Departamento. Del total de las personas encuestadas el 79,7% (481.671 personas) declaran haber consumido alcohol alguna vez en su vida y el 35,6% (215.334 personas) ha consumido tabaco alguna vez en su vida. En cualquier sustancia ilegal el indicador se encuentra por debajo del indicador a nivel nacional, esto equivale 2,7% (16.416 personas) del total de personas encuestadas. El estudio fue realizado 29.164 personas participaron en todo el país en el estudio mencionado. En Norte de Santander, la muestra fue de 1035 personas que representaron 604.291 habitantes. <sup>(7)</sup>

La calidad de vida se considera como las condiciones placenteras y dignas en que el ser humano necesita vivir y qué aspectos intervienen dentro de ella <sup>(8)(9)(10)</sup>, y la sobrecarga es esfuerzo presentado por el cuidador primario <sup>(11)</sup>, al tener a cargo un paciente con afección mental, del cual necesite de un cuidado completo para el proceso de su vida y mejoramiento de su propia salud <sup>(12)</sup>.

Los estudios que se encontraron fueron acerca de la calidad de vida y la sobrecarga del cuidador primario de pacientes con enfermedad crónica <sup>(13,14)</sup>, por esta razón se vio la necesidad de realizar la investigación acerca cuidadores primarios con pacientes con afección mental <sup>(15)</sup>, debido a la falta de documentación de paciente que desarrollan afección mental y el cambio que provoca en el cuidador tener que suplir las necesidades de su familiar, de esta manera apoyar a los cuidadores y

mejorar las problemáticas que se originan a partir de esta.

La sobrecarga del cuidador de pacientes con Trastorno Bipolar ha sido estudiada con especial atención en los últimos años <sup>(16)</sup>, como también el desarrollo de los tratamientos comunitarios de las enfermedades mentales crónicas y graves tras el cierre de los hospitales psiquiátricos ha supuesto una sobrecarga para los familiares cuidadores de los pacientes <sup>(17)</sup>. Además, el estudio investigación se desarrolló en un Centro de Salud Mental (CSM) de Reus que es un centro psiquiátrico comunitario tuvo como objetivo analizar la relación de la carga percibida por el cuidador del enfermo esquizofrénico y la salud del mismo <sup>(18)</sup>.

El cambio de modelo asistencial de los enfermos mentales centrado en el hospital a la atención comunitaria ha ayudado en las últimas décadas a los pacientes esquizofrénicos a convivir con sus familias. Teniendo como objetivo estudiar el nivel de sobrecarga de los familiares o cuidadores de pacientes con esquizofrenia y evaluar la eficacia del programa educativo <sup>(19)</sup>, se encontró en el Programa del Adulto Mayor en el Centro de Atención del Adulto Mayor “Tayta Wasi”, el nivel de agotamiento de los cuidadores familiares del adulto mayor frágil <sup>(20)</sup>.

En el Hospital Regional Docente Las Mercedes (HRDLM) en Chiclayo, Perú con el estudio de describir el nivel de sobrecarga y sus factores asociados en familiares cuidadores de pacientes con esquizofrenia evidenciando niveles elevados de sobrecarga en este tipo de familias <sup>(21)</sup>, en Lima durante el 2012 se realizó un estudio acerca de los factores asociados a mayores niveles de carga familiar en cuidadores principales de pacientes con esquizofrenia que tuvo por objetivo determinar los factores implicados a mayores niveles de carga familiar y sus hallazgos fueron bastante significativos en los niveles de sobrecarga que presentaron que afectaron sus estilos de vida de manera negativa <sup>(22)</sup>.

Se busca con este estudio determinar la de calidad de vida <sup>(23)</sup> y sobrecarga que experimenta este tipo de cuidador y, que se puede reforzar en ellos, no solo tomar al paciente en el proceso de atención, sino a su cuidador que se puede encontrar afectado por estar en constante esfuerzo físico, psicológico, social y espiritual, como también el proceso de sobrecarga experimentado.

## **OBJETIVOS.**

### **Objetivo General.**

Determinar la calidad de vida y la sobrecarga del cuidador de pacientes con afecciones de salud mental en la clínica Stella Maris en el segundo trimestre del 2017.

### **Objetivos Específicos.**

- Caracterizar socio demográficamente la población de estudio.
- Identificar la dimensión física de la calidad de vida del cuidador de pacientes con



- afecciones de salud mental en la clínica Stella Maris en el segundo trimestre del 2017.
- Identificar la dimensión psicológica de la calidad de vida del cuidador de pacientes con afecciones de salud mental en la clínica Stella Maris en el segundo trimestre del 2017.
  - Identificar la dimensión social de la calidad de vida del cuidador de pacientes con afecciones de salud mental en la clínica Stella Maris en el segundo trimestre del 2017.
  - Identificar la dimensión espiritual de la calidad de vida del cuidador de pacientes con afecciones de salud mental en la clínica Stella Maris en el segundo trimestre del 2017.
  - Identificar la sobrecarga de los cuidadores de los pacientes con afección de salud mental en la clínica Stella maris en el Segundo trimestre del 2017

## **METODOLOGÍA.**

La investigación se realizó con un enfoque cuantitativo, descriptivo de corte transversal, en una población conformada por 125 cuidadores primarios asistentes a consulta externa en la clínica de salud mental Stella Maris en la ciudad de Cúcuta, Colombia. Mediante muestreo no probabilístico a conveniencia fueron seleccionados 120 cuidadores los cuales cumplieron con los criterios de inclusión: ser cuidador primario de persona con afección de salud mental<sup>(24,25)</sup>, mayor de edad de ambos sexos, sin deterioro cognitivo y aceptara voluntariamente su vinculación al estudio. Se excluyeron 5 cuidadores que no reunieron los criterios de inclusión.

La recolección de datos se llevó a cabo durante tres semanas en el mes de abril del año 2017, la captación de cuidadores se realizó a través de las consultas programadas de lunes a viernes en horario administrativo. A cada cuidador se le entregó un consentimiento informado el cual tenía descrito el nombre del estudio, el propósito y la utilidad que este tendría a futuro tanto para ellos como para sus familiares y el personal de salud.

En el desarrollo del estudio se acogieron los principios éticos de la investigación, siguiendo las normas científicas, técnicas y administrativas de la investigación en salud, estipuladas en la Resolución del Ministerio de Salud No. 008430 de 4 de octubre de 1993<sup>(26)</sup>.

Se ejecutaron dos instrumentos para la recolección de información. En la medición de sobrecarga se empleó la escala de sobrecarga del cuidador- Test de Zarit consta de 22 preguntas con respuesta tipo Likert con cinco opciones de respuesta (nunca, rara vez, algunas veces, bastantes veces y siempre) la puntuación va desde 22 a 110 puntos y la sobrecarga se clasifica: ausencia de sobrecarga ( $\leq 46$ ), sobrecarga ligera (47 a 55), sobrecarga intensa ( $\geq 56$ ). Cuenta con una validez de 0,92 y una confiabilidad de 0,81<sup>(27)</sup>.

Esta escala se divide en tres factores: impacto del cuidador con 13 preguntas correspondiente a los ítems 2,3,7,8,10,11,12,14,16,17,18,19,22 del cuestionario; relación interpersonal con 6 preguntas correspondiente a los ítems 1,4,5,6,9,13 y expectativa de autoeficacia con 3 preguntas correspondiente a los ítems 15,20,21. Para calificar e interpretar esta escala se utilizan puntos de cortes para clasificar el tipo de sobrecarga, una puntuación de  $\leq 46$  «no hay sobrecarga», con 47-

55 hay «sobrecarga leve» y  $\geq 56$  implica una «sobrecarga intensa».

En la medición de la calidad de vida de los cuidadores primarios se empleó el instrumento propuesto por Farell y Cols el cual tiene un alfa de Cronbach <sup>(27)</sup> de 0.86, consta de 37 preguntas. Se evidencian cuatro factores: dimensión física conformada por 5 preguntas (de la 1 a la 5) con puntaje de 5 a 20; dimensión psicológica conformada por 16 preguntas (de la 6 a la 21) con puntaje de 16 a 64; dimensión social conformada por 9 preguntas (de la 22 a la 30) con puntaje de 9 a 36 y, dimensión espiritual conformada por 7 preguntas (de la 31 a la 37) con puntaje de 7 a 28. Tanto la escala de sobrecarga como de apoyo social percibido mostraron una distribución normal <sup>(28)</sup>. Y la interpretación de los resultados en la escala Likert, los puntajes mínimos en la dimensión física equivalen a una percepción positiva del estado de salud, en la dimensión psicológica el puntaje mínimo es equivalente a una percepción negativa en el área emocional, en la dimensión social el puntaje mínimo equivale a una percepción positiva de su interacción social y en la dimensión espiritual, el puntaje mínimo es equivalente a una percepción negativa de la espiritualidad.

Los datos obtenidos se tabularon a través de la hoja de cálculo de Microsoft Excel y Epi Info, para su análisis se aplicaron medidas estadísticas descriptivas como la distribución de frecuencias, porcentajes, media, desviación estándar; además de ellos los resultados obtenidos son presentados en tablas y gráficas.

## **RESULTADOS.**

### **Caracterización sociodemográfica.**

En la caracterización sociodemográfica de la población en la que se realizó el estudio se pudo evidenciar que el género predominante como cuidador primario fue el femenino con un porcentaje de 69.17% lo cual correspondía a 83 mujeres; por otra parte con un rango de edad entre los 38-47 años se observó un 26.67% se registró nivel socioeconómico 2 con un 67,50%; mientras que el nivel educativo predominante fue secundaria completa con 26,76%; con relación a el parentesco que más se presentó fue el hijo/a con 38,33% y la ocupación que más se refirió fue de ama de casa con 52.25%. El mayor número de personas pertenecía, a un sistema de salud con convenio a fue de la institución Cafesalud con un numero de 54 personas (45%), luego fue la nueva EPS con 23 personas (19%) y solo una persona pertenecía al régimen militar (1,1%) <sup>(29)</sup>

### **Dimensión física.**

El resultado de esta dimensión arrojó una respuesta positiva de los cuidadores primarios con 72,5% encontrándose en el rango de 5 a 12 su respuesta, esto indica, que no se ve afectada su salud física, también se encontró que la ausencia del problema en cuanto al agotamiento con un 36,65% de esta, los cambios de apetito, los cambios en el dormir y la salud física en general con algo de problema la primera con 35,00% y la segunda 35,83%.



En relación al estudio realizado por Henry Puerto sobre calidad de vida de personas con familiares con tratamiento contra el cáncer, se obtuvieron resultados contradictorios, ya que la dimensión física tuvo un resultado negativo. Estableció que el (74,7%) de los cuidadores presentaron algún problema o muchísimo problema en relación al agotamiento, el (77,3%), en los cambios en los hábitos alimentarios, el (76%) en el dolor, (81,3%) en los cambios en el sueño. Pero el (72%) califica su salud física en general de buena por consiguiente la dimensión física se encontró con una percepción media (48%)<sup>(29)</sup>

### **Dimensión psicológica.**

El 50 % de los familiares cuidadores califican su estado de salud psicológica como regular. El 62,5% describen como difícil y muy difícil el lidiar con su vida como resultado de tener un pariente con afección mental. El 60,83% califican su calidad de vida entre sumamente mala y regular. El 50,84% de los cuidadores manifiestan tener algo o nada de control en su vida. El 64,17% manifestó sentir temor a que su pariente tenga una recaída y el 69,19% refirió sentir temor a que su pariente empeore.

Esta dimensión, se puede comparar con el estudio realizado por Henry Puerto<sup>(28)</sup> donde se evidencia que la percepción de la dimensión psicológica y la percepción de dificultad al tener que participar en el cuidado de su pariente presentaron resultados contrarios, con niveles del 47%, medio, y el 53% sin presencia de dificultad respectivamente. La comparativa ante las situaciones futuras es consecuente con la analizada en nuestro estudio ya que se describe que el (68%), (76%) y (73,3%) presentan un alto grado temor ante la presencia de una segunda enfermedad, las recaídas y empeoramientos del estado de salud respectivamente<sup>(30,31)</sup>.

### **Dimensión social.**

A el 68% de los cuidadores familiares les ha ocasionado de algo a moderada angustia la enfermedad de su familiar; el 77% manifiestan que el nivel de ayuda que reciben de otras personas es algo o moderado; por otra parte, el 40 y 35,83% informaron de algo a moderado ser un obstáculo en las relaciones personales y el hogar respectivamente, los cuidadores califican de sumamente malo a regular en un 58,33% su estado social en general.

En relación con el estudio realizado por Henry Puerto, sobre calidad de vida de personas con familiares con tratamiento contra el cáncer, se obtuvo que la dimensión social fue negativa, resultados contrarios a esta investigación, ya que la dimensión social obtuvo un puntaje positivo. El (84%) de los cuidadores familiares le ha ocasionado de moderada a muchísima angustia la enfermedad de su familiar, el (60%) manifiestan que el nivel de ayuda que reciben de otras personas es nada o algo; por otra parte, el (52 y 68%) informó de moderada a muchísima ser un obstáculo en las relaciones personales y el hogar respectivamente. Asimismo, el (64 y 65%) respondieron que la enfermedad de su familiar no ha alterado su vida sexual y laboral, además el

(52 y 74,6%) afirmaron que se sienten aislados y de tener una carga económica mayor por la situación de salud de su familiar respectivamente. Finalmente, los cuidadores califican de buena a excelente en un (69,3%) su estado social en general <sup>(28)(29)</sup>

### **Dimensión espiritual.**

El 44,17% manifestó moderada incertidumbre en relacional futuro de su pariente, también el 45% manifiesta que la enfermedad de su pariente ha causado moderadamente cambios positivos en su vida, de la misma manera, el 32,50 y 42,50% de los cuidadores primarios manifestaron tener muchos propósitos y esperanzas para su vida respectivamente. Finalmente, los cuidadores califican su estado espiritual de manera general como bueno, siendo el 35,83%.

En relación con el estudio realizado por Henry Puerto, sobre calidad de vida de personas con familiares con tratamiento contra el cáncer, se obtuvo que la dimensión espiritual fue positiva, resultados contrarios a esta investigación, ya que la dimensión espiritual obtuvo un puntaje negativo correspondiendo al 70%. Según el estudio por Henry Puerto, el (90,6 y 93,3%) de los cuidadores familiares informaron que el nivel de sus actividades religiosas y espirituales son suficientes para satisfacer sus necesidades; también que el (82%) presenta incertidumbre con respecto al futuro de su familiar, cabe añadir que (66,6%), (98,6%) y (98,6%) refieren tener cambios positivos en su vida, así como una razón para vivir de moderada a muchísima esperanza. Finalmente, los cuidadores califican de buena a excelente en un (96%) su estado espiritual en general <sup>(28)(29)</sup>.

### **Medición de sobrecarga de cuidadores.**

#### **Factor impacto del cuidado.**

Se obtuvo que los cuidadores en un 73% presentar algún grado de sobrecarga (leve 47%, intensa 25%) y solo el 28% de los cuidadores no tienen sobrecarga ante su familiar.

#### **Factor relación interpersonal.**

Los cuidadores en un 54% presentan algún grado de sobrecarga (leve 36%, intensa 18%) y solo el 46% de los cuidadores no tienen sobrecarga ante su familiar.

#### **Factor expectativa de autoeficacia.**

Los cuidadores en un 68% presentan algún grado de sobrecarga (leve 44%, intensa 24%) y solo el 32% de los cuidadores no tienen sobrecarga ante su familiar.

Se evidenció un resultado de 53 puntos lo que determina que hay presencia de sobrecarga leve en los cuidadores primarios de los pacientes con afecciones mentales de la clínica Stella Maris.

Ballesteros et al. (2015) en el estudio de caracterización y percepción de carga de cuidadores familiares realizado en Arauca se evidenció que el 83% no perciben sobrecarga, 7% percibe una sobre carga leve y el 10% una sobrecarga intensa, con lo cual se pudo evidenciar que los cuidadores no siente que le falte tiempo para sí mismo, no se considera agobiado ni desmejorado en su salud, no afecta de forma trascendental su esfera social, no se considera único cuidador ni percibe alta carga del cuidado <sup>(31)</sup>.

## **CONCLUSIONES.**

En la investigación realizada sobre la calidad de vida y la sobrecarga de los cuidadores primarios con pacientes con trastorno mental en la clínica Stella Maris durante el segundo trimestre 2017, los resultados indican que el género predominante fue el femenino con un total de 83 cuidadoras, cabe resaltar que el nivel educativo predominante fue secundaria completa con 32 personas de la muestra, la EPS a la cual pertenece fue Cafesalud con 54 personas, también el parentesco que más se presentó que el cuidador era hijo/a con una cantidad 46 personas y la ocupación que se presento fue que eran ama de casa con un total 63 personas.

La dimensión física obtuvo una percepción positiva con un 72,5%, lo cual indica que no se encontró alteraciones en la salud física de los cuidadores como resultado de tener que llevar a cabo el cuidado de su familiar con alteraciones de salud mental. Por otra parte, en la dimensión psicológica se puede observar que los familiares cuidadores no logran tener una buena percepción de la misma, los niveles en las preguntas de ¿cuánta felicidad siente usted? y ¿que tanto le satisface su vida?, se encuentran entre nada o algo. La ardua tarea de cuidar especialmente cuando no se tiene adaptación al rol muestra afecciones en la concepción del propio bienestar y el confort de cada cuidador, además la adopción a este vulnera otros aspectos de la vida como el control de su propio tiempo, actividades personales y sociales. Sin embargo, otros aspectos que también afectan esta dimensión con situaciones de angustia y temor son los manifestados por los cuidadores al momento del diagnóstico de su familiar y al preguntar por situaciones que le puedan afectar en un futuro la salud de su pariente.

En relación a la dimensión social, se logró observar que obtuvo un resultado positivo, siendo el 60%, lo que quiere decir que no se ve afectada la parte social de los cuidadores primarios de personas con algún tipo de enfermedad mental, aunque refirieron clasificar su estado social en general como regular en un 50,83% y en relación a la dimensión espiritual, se logró observar que obtuvo un resultado negativo, correspondiendo al 70%, lo que quiere decir que ve afectada la parte espiritual de los cuidadores primarios de personas con algún tipo de enfermedad mental, aunque refirieron clasificar su estado espiritual en general como bueno en un 35,83%.

En relación a la sobrecarga de los cuidadores, se obtuvo que el 43% de ellos presenta una sobrecarga leve, e intensa en un 23%, lo cual indica que el 66% de los cuidadores presentan algún tipo de sobrecarga como resultado de ejecutar el rol de cuidador primario con sus familiares.



## BIBLIOGRAFÍA

1. Gómez C, Ferrer G, Rigla. R. La Sobrecarga De Las Cuidadoras De Personas Dependientes: Análisis Y Propuestas De Intervención Psicosocial. [Internet]. 2011 [Encontrado el 2017 4 14]. Disponible en: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/polibienestar-sobrecarga-02.pdf>.
2. Minsalud. Minsalud-salud mental. [Internet]. 2014 [encontrado 2017 4 15]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/abc-salud-mental.pdf>.
3. Valencia ud. Valoración de la sobrecarga en cuidadores informales de pacientes con esquizofrenia antes y después de un programa psicoeducativo. [Internet]. 2008 [encontrado el 2017 5 1]. Disponible en: <http://www.actaspsiquiatria.es/repositorio/9/50/ESP/9-50-ESP-63-69-502702.pdf>.
4. Giménez S. MEDICINA21. [Internet].; 2011 [Encontrado el 2017 4 11]. Disponible en: [https://www.medicina21.com/Articulos-V63-salud\\_Mental\\_y\\_Enfermedades\\_Mentales.html](https://www.medicina21.com/Articulos-V63-salud_Mental_y_Enfermedades_Mentales.html).
5. Rojas G. Scielo-Trastornos mentales comunes y uso de servicios de salud en población inmigrante. [Internet].; 2011 [Encontrado el 2017 4 11]. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872011001000008&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872011001000008&script=sci_arttext).
6. Salud ind. Biomedica-La salud mental en Colombia. [Internet].; 2013 [Encontrado el 2017 5 1]. Disponible en: <http://www.revistabiomedica.org/index.php/biomedica/article/view/2214/2317>.
7. Salud idd. Instituto Departamental De Salud-ITUACIÓN DEL CONSUMO DE DROGAS EN NORTE DE SANTANDER SISTEMA ÚNICO DE INDICADORES SOBRE CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS. [Internet].; 2008 [Encontrado el 2017 5 1]. Disponible en: <https://www.odc.gov.co/Portals/1/Docs/SUISPA/SUISPA-NorteSantander2011.pdf>.
8. Caqueo AU&A. scielo-Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. [Internet].; 2012 [Encontrado el 2017 3 15]. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0718-48082012000100006](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082012000100006).
9. Miranda K, Aravena J. scielo. [Internet].; 2012 [Encontrado el 2017 03 26]. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-95532012000200003](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532012000200003).
10. Mabel CG. scielo. [Internet].; 2014 [Encontrado el 2017 03 28]. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-95532014000200009](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532014000200009).
11. Cepal. Calidadde Vida: Conceptos y medidas. [Internet].; 2002 [Encontrado el 2017 4 1]. Disponible en: [http://www.cepal.org/celade/agenda/2/10592/envejecimientorp1\\_ppt.pdf](http://www.cepal.org/celade/agenda/2/10592/envejecimientorp1_ppt.pdf).
12. Rojas LG. Scielo-La sobrecarga del cuidador en el trastorno bipolar. [Internet].; 2013 [Encontrado el 2017 4 15]. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0212-97282013000200036](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-97282013000200036).
13. Javeriana PU. SCIELO-Familias de Adultos con Discapacidad Intelectual en Cali, Colombia, Desde el Modelo de Calidad de Vida. [Internet].; 2007 [Encontrado el 2017 4



20. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-22282007000200003&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-22282007000200003&script=sci_arttext&tlng=pt).
14. Chaparro-Díaz L, Barrera-Ortiz L, Vargas-Rosero E, Carreño-Moreno SP. Mujeres cuidadoras familiares de personas con enfermedad crónica en Colombia. Rev. cienc. cuidad. 2016;13(1):72-86. <https://doi.org/10.22463/17949831.736>
15. Loayza DEC. UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS. [Internet].; 2014 [Encontrado el 2017 4 14. Disponible en: [http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/4177/1/Correa\\_ld.pdf](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/4177/1/Correa_ld.pdf).
16. Gutiérrez-Rojas L. Universidad de Murcia. [Internet].; 2013 [Encontrado el 2017 4 11. Disponible en: <http://revistas.um.es/analesps/article/view/analesps.29.2.124061/147711>.
17. Martínez A. Sobrecarga de los cuidadores familiares de pacientes con esquizofrenia: factores determinantes. [Internet].; 2000 [Encontrado el 2017 4 14. Disponible en: [http://repositoriodpd.net:8080/bitstream/handle/123456789/940/Art\\_MartinezLarreaA\\_SobrecargaCuidadoresFamiliares\\_2000.pdf?sequence=1](http://repositoriodpd.net:8080/bitstream/handle/123456789/940/Art_MartinezLarreaA_SobrecargaCuidadoresFamiliares_2000.pdf?sequence=1).
18. Gayán MJA. EL CUIDADOR DEL ENFERMO ESQUIZOFRÉNICO: SOBRECARGA Y ESTADO DE SALUD. [Internet]. [Encontrado el 2017 04 01. Disponible en: <http://www.aesme.org/wp-content/uploads/2014/06/1-El-cuidador-del-enfermo-esquizofrenicosobrecarga-y-estado-de-salud.pdf>.
19. Valencia Ud. Valoración de la sobrecarga en cuidadores informales de pacientes con esquizofrenia antes y después de un programa psicoeducativo. [Internet].; 2008 [Encontrado el 2017 04 01. Disponible en: [http://sid.usal.es/idocs/F8/ART12816/valoracion\\_de\\_la\\_sobrecarga\\_familiares\\_esquizofrenicos.pdf](http://sid.usal.es/idocs/F8/ART12816/valoracion_de_la_sobrecarga_familiares_esquizofrenicos.pdf)
20. Flores A. CYBERTESIS. [Internet].; 2014 [Encontrado el 2017 4 11. Disponible en: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/3526>.
21. QUIROGA MLCL. HOSPITAL REGIONAL DOCENTE LAS MERCEDES. [Internet].; 2014 [Encontrado el 2017 4 12. Disponible en: [http://tesis.usat.edu.pe/bitstream/usat/303/1/TL\\_Li\\_Quiroga\\_MeyLing.pdf](http://tesis.usat.edu.pe/bitstream/usat/303/1/TL_Li_Quiroga_MeyLing.pdf).
22. Saavedra FGL. CYBERTESIS. [Internet].; 2013 [Encontrado el 2017 4 20. Disponible en: [http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/463/1/Leon\\_sf.pdf](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/463/1/Leon_sf.pdf).
23. Peñaranda AP. Universidad de Salamanca Facultad de Medicina-DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA, PSICOLOGÍA MÉDICA, MEDICINA LEGAL E HISTORIA DE LA CIENCIA. [Internet].; 2006 [Encontrado el 2017 03 28. Disponible en: [http://www.repositoriodpd.net:8080/bitstream/handle/123456789/781/Tes\\_PerezPenarandaA\\_CuidadorPrimarioFamiliares\\_2006.pdf?sequence=1](http://www.repositoriodpd.net:8080/bitstream/handle/123456789/781/Tes_PerezPenarandaA_CuidadorPrimarioFamiliares_2006.pdf?sequence=1).
24. OMS. trastornos mentales. [Internet].; 2017 [Encontrado el 2017 04 10. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs396/es/>.
25. Dummar AdM. universidad de Oviedo. [Internet].; 2015 [Encontrado el 2017 4 2. Available from: [http://digibuo.uniovi.es/dspace/bitstream/10651/33960/1/TD\\_alinedemesquita.pdf](http://digibuo.uniovi.es/dspace/bitstream/10651/33960/1/TD_alinedemesquita.pdf).
26. COLOMBIA RD. REPÚBLICA DE COLOMBIA. [Internet].; 1993 [Encontrado el 2017 3 5. Disponible en:



- [http://www.urosario.edu.co/EMCS/Documentos/investigacion/resolucion\\_008430\\_1993/](http://www.urosario.edu.co/EMCS/Documentos/investigacion/resolucion_008430_1993/).
27. Ramírez VJA. revista psicología y salud. [Internet].; 2008 [Encontrado el 2017 04 1. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/291/29118209.pdf>.
  28. IMBACHI DMA. UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA. [Internet].; 2010 [Encontrado el 2017 04 1. Disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/3924/1/539454.2010.pdf.pdf>.
  29. Pedraza HMP. REVISTA CUIDARTE. [Internet].; 2015 [Encontrado el 2017 04 15. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/cuid/v6n2/v6n2a03.pdf>.
  30. Vega O. REVISTA CIENCIA Y CUIDADO. [Internet]. 2015 [Encontrado el 2017 05 10. Disponible en: <http://revistas.ufps.edu.co/ojs/index.php/cienciaycuidado/article/view/200/208>.
  31. Ballesteros JE. SCIELO. [Internet]; 2015 [Encontrado el 2017 05 10. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rori/v19n1/v19n1a09.pdf> .



## PERCEPCIÓN DE CONDICIONES DE SEGURIDAD DEL ENTORNO HOSPITALARIO DE PACIENTES CON ENFERMEDAD CRÓNICA EN COLOMBIA

Martha Ligia Velandia Galvis\*  
Luzana Andrea Faría\*\*

### RESUMEN

El presente estudio tuvo como objetivo determinar la percepción de comportamientos de cuidado humanizado dado por el personal de enfermería a los pacientes de la Clínica Santa Ana S.A. durante el segundo semestre del año 2016, en el cual se aplicó una metodología de tipo cuantitativo, descriptivo de corte transversal, cuya población objeto estuvo conformada por pacientes hospitalizados, de los cuales la clínica posee en su base de datos una totalidad de 5.354 pacientes, seleccionando una muestra de 137 cuidadores. Se empleó el instrumento “Percepción de Comportamientos de Cuidado Humanizado de Enfermería (PCHE) 3ª versión.” de Rivera L, Triana A. Los resultados obtenidos fueron en su mayoría pacientes de género femenino, con un rango de edad que oscila entre 18-70 años. El estado civil del paciente en su mayoría son solteros, el nivel educativo universitario y en su mayoría trabajadores. Las dimensiones que se encontraron en las categorías con una tendencia positiva fueron: en un 79,56% los usuarios perciben siempre las cualidades del personal de enfermería; con un 59,85% los pacientes perciben siempre la apertura de la comunicación y en un 71,53% los pacientes siempre perciben disposición en la atención. En conclusión la población percibe como excelente el cuidado brindado por parte del personal de enfermería, teniendo en cuenta que en la percepción global se encuentran inmersas la mayoría de las actividades que realiza el personal de enfermería durante la estancia hospitalaria con el paciente.

**Palabras claves:** Percepción, Cuidado Humanizado, Cuidado

### Introducción

La profesión de enfermería como parte importante del equipo de salud se ha destacado a lo largo de la historia, entre varios aspectos, por otorgar cuidados con responsabilidad y calidad, valiéndose de sus conocimientos, valores, actitudes y habilidades para lograr cumplir las expectativas del paciente. Por ello, cabe resaltar que el cuidado humanizado es una característica esencial en la relación enfermero-paciente puesto que el profesional es quien se encuentra comprometido con la propiciación de acciones de mejora que aseguren la calidad de la atención.

Jean Watson, creadora de la “Teoría del Cuidado Humano”, sostiene que “ante el riesgo de

\* Enfermera profesional y docente de la Universidad Francisco de Paula Santander. E-mail: marthaligiavg@ufps.edu.co

\*\* Enfermera profesional de la Universidad Francisco de Paula Santander. Docente de practica Escuela para el trabajo y desarrollo Humano TECNIDENT E-mail: luzanafaria@hotmail.com



deshumanización en el cuidado del paciente, a causa de la gran reestructuración administrativa de la mayoría de los sistemas de cuidado de salud en el mundo, se hace necesario el rescate del aspecto humano, espiritual y transpersonal, en la práctica clínica, administrativa, educativa y de investigación por parte de los profesionales de Enfermería (1).

El ejercicio profesional del enfermero debe ser la expresión de su formación integral, en la que sus valores éticos y morales van agregando, a lo largo de su vida, conocimientos, habilidades y destrezas que dispone a la atención del paciente. Muchas veces, el desempeño de su quehacer profesional debe hacerse en un tiempo determinado lo que acarrea un alejamiento de lo esencial del cuidado; el agobio de las actividades administrativas dificulta cada vez más el acercamiento individual y centrado en las necesidades del paciente (2).

## **OBJETIVOS**

### **Objetivo General**

Determinar la percepción de comportamientos de cuidado humanizado dado por el personal de enfermería a los pacientes de la Clínica Santa Ana S.A. durante el segundo semestre del año 2016

### **Objetivos específicos**

- Caracterizar socio demográficamente a la población de estudio
- Identificar las cualidades del hacer de enfermería, que son percibidas por los pacientes de la Clínica Santa Ana
- Describir las características de apertura de la comunicación enfermera-paciente, frente a los pacientes de la Clínica Santa Ana
- Identificar la percepción de los pacientes sobre la disposición para la atención que ofrece el personal de enfermería de la Clínica Santa Ana

## **METODOLOGÍA**

Se trata de un estudio de tipo cuantitativo, descriptivo de corte transversal, que pretendió determinar la percepción de comportamientos de cuidado humanizado dado por el personal de enfermería a los pacientes de la Clínica Santa Ana S.A.

La población objeto en la investigación fue conformada por 5.354 pacientes los cuales fueron atendidos por el personal de enfermería de la Clínica Santa Ana S.A. en la ciudad de San José de Cúcuta, desde el mes de junio hasta diciembre del años 2016. La muestra del presente estudio estuvo conformada por 137 pacientes asistentes a la Clínica Santa Ana S.A.

La información se obtuvo de aplicar el instrumento, “Percepción de Comportamientos de Cuidado Humanizado de Enfermería (PCHE) 3ª versión.” diseñado por Rivera L, Triana A. La interpretación del mismo se realizó de la siguiente forma (3):





## RESULTADOS

Del presente estudio se pudo determinar que el género predominante de los pacientes son las mujeres en un 62%, cuyos rangos de edad en varían entre los 18 a 70 años de edad, teniendo en un 34% de 18-26 años, seguido de un 26% entre los 27 y 37 años de edad, mientras que el 16% corresponde a las edades de 38 – 48 años y 49 – 59 años y en menor cantidad tenemos el 8% en edades de 60 – 70 años de edad. En relación al estado civil del paciente, en su mayoría son solteros y en unión libre con un 31%, mientras que el 25% son casados y el 3% son separados. El 35% de los pacientes son universitarios, el 26% son bachilleres y tan sólo el 10% culminó la primaria. Finalmente el nivel de ocupación es trabajador con un 42% seguido de ama de casa con 22%, mientras que desempleado son un 16% y teniendo como estudiantes un 9%.

### *Cualidades del hacer de enfermería*

El objetivo principal de las cualidades del hacer del personal de enfermería es ayudar a que los pacientes puedan progresar durante el proceso de cuidado, intentando que éste logre aprender y crecer no sólo en su proceso de salud enfermedad sino como ser humano.

Se logró evidenciar que el 79.56% de la población encuestada refiere que siempre perciben las cualidades del hacer de enfermería, casi siempre con un 14,60%, algunas veces 5,11% y nunca perciben las cualidades del hacer del personal de enfermería con un 0.73%.

### *Apertura a la comunicación enfermera(o) – paciente:*

El personal de salud, muy aparte de las tareas complejas que realiza día tras día en su labor como profesional, no sólo debe informarle a los pacientes lo que sucede durante su estancia hospitalaria sino también desarrollar a fondo el proceso comunicativo que existe en la relación enfermero(a)-paciente, ya que éste es un factor clave a la hora de prestar cuidados de manera integral. Algunas veces resulta difícil sacar el tiempo requerido para cada paciente, debido a la sobrecarga laboral y otras, por falta de experiencia en el ámbito comunicativo; por ello, es vital que desde los inicios de la profesión se piense en adquirir habilidades que permitan al personal de salud interactuar mejor con el usuario, intentando estar ahí para ellos cuando tengan alguna inquietud o surjan dudas.

Se pudo evidenciar que el 59.85% de la población encuestada refirió que el personal de enfermería siempre tiene una apertura para la comunicación, casi siempre con un 23,36%, algunas veces 13,87% y nunca percibieron que le personal de enfermería les daba apertura a la comunicación con un 2,93%.

### *Disposición para la atención:*

Uno de los privilegios de enfermería y de su rol al interactuar con la humanidad es que las enfermeras tienen acceso a la totalidad del ser humano. Las enfermeras tienen el honor íntimo de ayudar a otros a gratificar sus necesidades humanas más básicas, especialmente cuando se

encuentran en estado de vulnerabilidad (4). El personal de enfermería debe tener valores que logren encaminar el mejor trato posible hacia el usuario y contar con la disposición para hacer muchas veces un poco más de lo que se debe en el momento en que se está brindando el cuidado; ponerse en el lugar del otro y ayudarlo en la realización de las actividades diarias que seguramente van a contribuir a una mejora en su salud y bienestar.

Se logró evidenciar que el 71,53% de la población encuestada refirió que siempre el personal de enfermería se encuentra en disposición para brindar atención, casi siempre con un 18,25%, algunas veces 8,03% y nunca percibieron enfermería se encontraba en disposición para brindar atención con un 2,19%.

### ***Percepción global:***

Se logra determinar que en la percepción global del cuidado humanizado que tienen los usuarios del personal de enfermería que el 70,07% de la población encuestada lo percibe como excelente, el 18,25% como bueno, el 9,49% como regular y solamente el 2,19% como malo (5). En esta categoría se obtuvo una calificación gratificante para el personal de salud, sabiendo que aquí se encuentran inmersas la mayoría de las actividades que realiza el personal de enfermería durante la estancia hospitalaria con el paciente.

## **CONCLUSIONES**

- Respecto a la clasificación sociodemográfica, los usuarios en su mayoría, promediaban una edad entre 18 a 26 años, con predominio de género femenino; encontrándose solteros o en unión libre en cuando a su estado civil; la gran parte de la población encuestada eran personas con estudios universitarios y en su ocupación la mayoría se encontraba como trabajador.
- Teniendo en cuenta los resultados dados al momento de realizar las 137 encuestas, se evidencia en la investigación que todas las categorías se encuentran calificadas un rango de siempre, lo cual significa que la mayor parte del tiempo los usuarios logran percibir el cuidado humanizado brindado por el personal de enfermería lo que lleva a concluir que el personal que labora en la institución se encuentra capacitado para dar atención con calidad e integralidad.
- En la categoría cualidades del hacer de enfermería en la cual el personal de enfermería intenta que los pacientes sientan el mayor bienestar posible la pregunta mejor calificada fue “le hacen sentir como persona”, lo cual revela que la mayor parte del tiempo enfermería está brindando un cuidado humanizado.
- En la categoría apertura a la comunicación enfermera(o) – paciente donde la enfermero(a) hace parte fundamental de la mejora del usuario y permite que la interacción con éste crezca mediante la información brindada sobre su cuidado la pregunta “le proporcionan información suficiente y oportuna para que pueda tomar decisiones sobre su situación de salud“, siendo la



mejor calificada en la categoría, reflejando así el alto grado de compromiso que tiene enfermería para que el usuario sea capaz de decidir sobre su salud y cuál es la mejor solución posible para su bienestar físico, emocional y mental.

- La categoría final llamada disposición para la atención, es la categoría donde el papel del enfermero(a) es más valorado por los pacientes debido a que aquí, se olvida por un momento del rol laboral y se logra inmiscuir en la realidad que vive el enfermo, brindando apoyo en sus necesidades y ayudándolo en el gran proceso que es la existencia de alguna enfermedad. “Le respetan sus decisiones” es la pregunta mejor calificada; mientras que; la pregunta “le permiten expresar sus sentimientos sobre la enfermedad y tratamiento” es la que se encuentra calificada de forma allí, se refleja que la escucha del personal hacia el usuario es poca.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Gonzales G, Cordoba H, Bedoya L, Benavides G, Dalmero N, Vergara C. Cuidado humanizado de enfermería percibido por los familiares de pacientes pediátricos, usuarios del Hospital Universitario Fernando Troconis de Santa Marta. [Internet] 2013 [Citado agosto 21 de 2016]; 11(20):31-39. Disponible en: <http://revistas.ucc.edu.co/index.php/me/article/viewFile/496/490>
2. Díaz S. Percepción del paciente hospitalizado sobre el trato digno otorgado por el personal de enfermería. Universidad Autónoma de Querétaro. México. [Internet] 2014. [Citado agosto 21 de 2016]. Disponible: <http://ri.uaq.mx/bitstream/123456789/1975/1/RI001243.pdf>
3. República de Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Decreto 1011 de 2006. [Citado en Agosto 12 de 2016]. Disponible en: [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/DECRETO%201011%20DE%2006.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/DECRETO%201011%20DE%2006.pdf)
4. Gonzales G. Validez y confiabilidad del instrumento “Percepción de Comportamientos de Cuidado Humanizado de Enfermería PCHE Clinicountry 3ª versión. Universidad Nacional de Colombia. [Consultado 4 de abril de 2017]. Disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/46149/1/1110447614.2014.pdf>
5. Ortiz H., et al. Percepción de los usuarios sobre los comportamientos del cuidado humanizado de enfermería en dos IPS privadas, de la ciudad de Cúcuta durante el I semestre de 2016. Universidad Francisco de Paula Santander. [Consultado 4 de abril de 2017].



## CUIDADOS DE ENFERMERÍA PARA EL BIENESTAR DEL BINOMIO MADRE –HIJO, DURANTE EL TRABAJO DE PARTO

Oscar Farith Argota Gómez\*  
Siaolis Patricia Gómez\*\*

### RESUMEN.

Se presenta el caso de una gestante de 36.1 semanas de gestación, con amenaza de parto pre término (APP). **Objetivo:** Describir la efectividad de los cuidados de enfermería, brindados a una gestante de 36.1 semanas de gestación con APP durante su trabajo de parto en el servicio sala de partos, fomentando el bienestar materno – fetal. **Metodología:** estudio de caso con abordaje cualitativo observacional descriptivo, a partir de la entrevista, y una valoración holística por dominios según Taxonomía Diagnostica de la Asociación Estadinense de Enfermeras (NANDA) por su sigla en Inglés, desarrollando un plan de cuidados, Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC) por su sigla en Inglés, Clasificación de intervenciones en Enfermería (NIC) por su sigla en Inglés, priorizando los resultados con el modelo área, orientado desde la teoría de **KRISTEN M. SWANSON “TEORÍA DE LOS CUIDADOS”** (Swanson, K. M., 1993). La muestra incluye la información suministrada por la gestante hospitalizada en el servicio de sala de partos del Hospital Universitario Erasmo Meoz (HUEM), en trabajo de parto desencadenado por una APP, Cúcuta, Norte de Santander durante el I semestre del 2014. **Conclusión:** Al término de esta investigación, se concluye, que la enfermería consiste en suplir o ayudar a realizar las acciones que la persona no puede llevar a cabo en un momento de su vida, acciones que preservan la vida; aplicando el marco conceptual de otras disciplinas, a su vez, realizando un planteamiento inductivo, y a través de la observación, llegar a teorías que expliquen los temas importantes de la enfermería.

**Palabras Clave:** Parto, enfermería, entrevista, bienestar materno, bienestar del lactante, feto.

### INTRODUCCIÓN

En Colombia, la mortalidad materna es la tercera causa de muerte en la mujer adulta joven, siendo la razón de mortalidad materna en 2013 de 55,2 por 100.000 nacidos vivos<sup>1</sup> mostrando un descenso marcado desde 2010. Siendo la Muerte materna relevante, lo es también la morbilidad

\* Enfermero. E.S.E. Hospital Universitario Erasmo Meoz, oscarargota.huem@gmail.com, Cúcuta, Norte de Santander, Colombia.

\*\* Enfermera, Especialista en Gerencia y Auditoria de la Calidad en Salud Coordinadora Consulta Externa, E.S.E. Hospital Universitario Erasmo Meoz, sipatrics1904@hotmail.com Cúcuta, Norte de Santander, Colombia.

<sup>1</sup> Ministerio de Salud y Protección Social. Análisis de Situación de Salud, Colombia, 2016. Disponible en <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/asis-colombia-2016.pdf>

durante la gestación, que incluye distintos grados de gravedad que demandan la necesidad de conocer mejor los problemas relacionados con el embarazo, parto y puerperio que no resultan en muerte, pero que pueden causar sufrimiento y dejar secuelas en las mujeres. La morbilidad materna extrema causada por una gestación de alto riesgo, se ha definido como una complicación obstétrica severa y requiere una intervención médica urgente, encaminada a prevenir la muerte materna.

La gestación de alto riesgo es considerada aquella en la que madre, el feto y/o el neonato tienen una mayor probabilidad de enfermar, morir o padecer secuelas antes o después del parto. El riesgo de una gestación se eleva cuando coexisten una condición patológica, un intervalo intergenésico corto, una alta paridad, una edad reproductiva extrema (temprana o tardía).

Cordero y González (Cordero MZ, 2011), llaman la atención acerca de la gestación a edad muy temprana y después de los 35 años de edad ya que supone un incremento del riesgo adicional del parto y para la mortalidad materna; además es especialmente importante en los países en desarrollo, donde las mujeres mayores tienen con frecuencia numerosos hijos. Este es uno de los factores usados para definir el alto riesgo materno. Otros factores predictores de morbilidad han sido la raza no blanca, exclusión social, historia previa de hemorragia posparto, embarazo múltiple, hipertensión, diabetes mellitus, cesárea de emergencia y anemia.

## **OBJETIVOS**

### **Objetivo General.**

Describir la efectividad de los cuidados de enfermería, brindados a una gestante de 36.1 semanas de gestación con (APP) durante su trabajo de parto en el servicio sala de partos, fomentando el bienestar materno – fetal.

### **Objetivos Específicos.**

- Realizar revisión bibliográfica con relación a la incidencia y prevalencia de las APP en las gestantes, manejo de enfermería en el trabajo de parto.
- Aplicar técnicas de valoración de enfermería a las gestantes con proceso de parto.
- Establecer los diagnósticos principales de enfermería por dominios NANDA.
- Priorizar los diagnósticos por modelo Área.
- Ejecutar actividades de enfermería encaminadas a el bienestar materno – fetal.
- Aplicar una teoría de mediano rango de Enfermería al análisis del estudio de caso.

## **MATERIALES Y MÉTODOS.**

Se realizó un estudio de caso de tipo cualitativo, observacional descriptivo, aplicado a un gestante



de 36.1 semanas de embarazo con APP, residente del municipio de Villa del Rosario, Norte de Santander.

Se le realizó entrevista de enfermería y examen físico por dominios NANDA, bajo un cuidado de enfermería en el servicio de hospitalización en sala de partos HUEM,

## RESULTADOS.

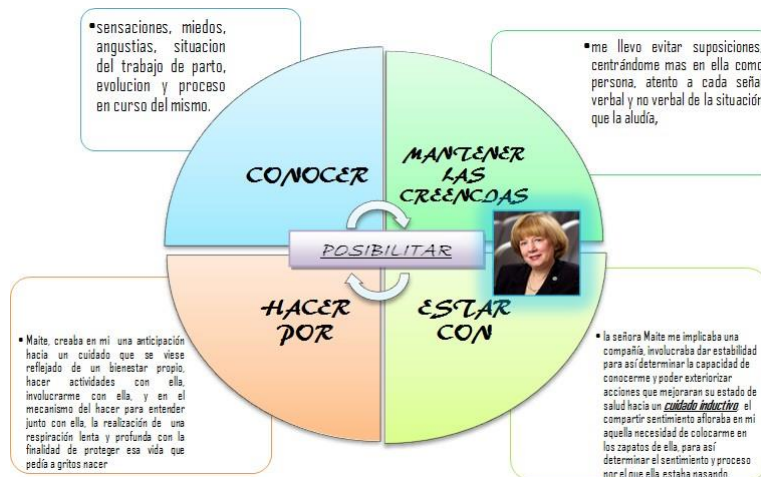
Se exploró con la paciente el desencadenante y preocupación del suceso que acontece, como enfermero idee aquellos indicadores empíricos que den conocimiento y clarificación más amplia de lo que surge con la paciente, el **conocer** me daba cabida en la percepción del cuidado, teniendo en cuenta el **conocimiento empírico, ético, personal y estético** con una **visión recíproca e interactiva**, estas características me engloban y me dan una percepción más precisa a la hora del abordaje para la implementación de un cuidado oportuno, eficaz y de calidad en la señora Maite, **mantener las creencias** me llevo evitar suposiciones, centrándome más en ella como persona, atento a cada señal verbal y no verbal de la situación que la aludía, **estar con** la señora Maite me implicaba una compañía, involucraba dar estabilidad para así determinar la capacidad de conocerme y poder exteriorizar acciones que mejoraran su estado de salud hacia un **cuidado inductivo**, el compartir sentimiento afloraba en mí aquella necesidad de colocarme en los zapatos de ella, para así determinar el sentimiento y proceso por el que ella estaba pasando, **hacer por** la paciente, creaba una anticipación hacia un cuidado que se viese reflejado de un bienestar propio, hacer actividades con la usuaria, involucrarme con ella, y en el mecanismo del hacer para entender junto con ella, la realización de una respiración lenta y profunda con la finalidad de proteger esa vida que pedía a gritos nacer, el desarrollo integral preservar la dignidad es un prejuicio personal que solo yo sabía respetar pues me enfocaba en la información y explicación de paso a paso en el proceso que se estaba llevando a cabo, para así **permitir** un cuidado satisfactorio y llevadero para Maite en ese duro pero digno y de mucha admiración para una mujer que da bina a otro ser humano.

Durante la relación humanística entre el enfermero y la persona de estudio; se observó gran disponibilidad, e integración ante las eventualidades que alrededor de sí misma ocurrían, hago énfasis en el miedo que sentía Maite, en el miedo a no poder dar a luz, y todo esto daba a lugar a aquella interacción y empatía del enfermero para tener un resultado favorable y reconocido por la persona; cabe destacar que un trabajo de parto implica un grado de apoyo psicoemocional hacia el cuidado relativamente propio de enfermería, la situación trascendental y mecánica que conocemos a lo largo del papel del enfermero debe exteriorizarse a lo humano, a lo comprensible, pues en medio del dolor se puede percibir sentimientos a flor de piel que lo único que ellas necesitan es esa mano amiga que las toquen y les digan tranquila yo estoy aquí contigo y todo va a salir bien.

El diagnóstico **DOLOR AGUDO** Relacionado/Con dolor físico del Trabajo de Parto, Evidenciado/Por inquietud, gemido, irritabilidad, observación de dolor físico., se intervino satisfactoriamente dando como resultado un aumento muy significativo en la escala de Likert

,pero que debe reforzarse y realizar un seguimiento para que estas intervenciones de enfermería instauradas en un servicio de sala de partos, permitan establecer y mejorar las condiciones de vida del binomio materno – fetal de aumentando la tranquilidad, dolor tolerado y alivio para cualquier gestante que inicia un trabajo de parto.

**Interpretación teoría de los cuidados kristen m. swanson.**



**DISCUSIÓN.**

Muchas mujeres se enfrentan al parto con miedo, al dolor, a el sufrimiento para el niño, un miedo en ocasiones ocasionado por las historias de terror, que se cuentan entre las propias madres acerca del nacimiento de sus hijos, gran parte de estos miedos son fruto de la imagen que se le muestra a la mayoría de las madres, sin embargo estas desagradables experiencias, no se deben a que el parto sea intrínsecamente algo muy difícil y peligroso, sino que en gran medida son el resultado de una inadecuada praxis, por la cual es importante el compartir información verdadera, real, de lo que acontece ante un trabajo de parto, uno de los temores al parto es el no saber a lo que se va a enfrentar, los partos posteriores suelen enfrentarse con menos temor, salvo que la primera experiencia haya sido traumática.

Es importante el apoyo emocional a estas pacientes pues a veces una caricia, un abrazo, el tocar, proporciona a la gestante, u alivio transcendental, que contribuye a él no sentirse solas y de alguna u otra forma protegidas.

El dolor se define como “una experiencia sensorial y emocional no placentera; asociado a un daño tisular, el cual es real o potencial, o bien descrito en términos de dicho daño”. De tal forma que en la paciente obstétrica, el dolor por causas relacionadas con el embarazo o el nacimiento es subjetivo y multifactorial, así mismo, es una experiencia única e irrepetible.

*William C 2005, Lowe NK 2002* (Camann, William. "Pain relief during labor." (2005): 718-720.). Debido a dogmas teológicos ("parirás a los hijos con dolor", Génesis 3:16), el manejo del dolor no fue tomado en consideración durante siglos. Más a n, con la bula "Summis Desiderantes Affectibus", promulgada por el Papa Inocencio VIII, se iniciaron persecuciones religiosas y muchas parteras fueron llevadas a la hoguera durante la inquisición, por contravenir este designio divino.

Siglos más tarde, estos conceptos dogmáticos fueron cuestionados, cuando Sir James Young Simpson (un obstetra escocés) administró éter a una mujer en trabajo de parto en 1847. Seis años más tarde (1853), la Reina Victoria de Inglaterra recibió cloroformo para el nacimiento del Príncipe Leopoldo popularizándose el empleo de la analgesia obstétrica.

*Eltzsching HK, Lieberman ES, Camann WR. 2003, Refieren que durante este último período, la conducción de estímulos nociceptivos (somáticos y viscerales) por estas fibras ocurre de forma simultánea. Por tal motivo, en esta fase el dolor tiene dos componentes uno somático y otro visceral. Lo anterior es debido a que las contracciones uterinas condicionan isquemia del miometrio, activando a los mecanismos de inmunidad celular y liberando sustancias nociceptivos (potasio, bradicinina, histamina, serotonina, sustancia P, entre otras); las cuales, activan a los nociceptores periféricos. De igual forma, la contracción y distensión de los segmentos uterinos inferiores, así como el adelgazamiento y dilatación del cérvix, estimulan a los mecanoceptores.*

En relación desde la antigüedad y realizando un barrido espectral de todos aquellos acontecimientos, dogmas, y teologías, emerge lo contextual y evoca a el siglo XXI, la fisiología y descripción del cuidado de enfermería que se le brinda a un gestante en proceso de parto, este mecanismo dado fisiológicamente que se describe, y que puede ser llevadero mediante acciones y actividades de enfermería, contribuyen a un parto satisfactorio en calidad de salvaguardar el bienestar del binomio madre e hijo. Esta investigación contribuye al análisis de la calidad de un cuidado inductivo precedido por enfermería emergiendo la satisfacción para contribuir en el nacimiento de una nueva vida.

## **CONCLUSIONES.**

Se pudo constatar con los principios trabajados en esta investigación la simplicidad y el lograr identificar la generación de actuaciones de enfermería que permitan aumentar la comunicación e interrelación como un mecanismo de aceptación a la realidad de nuestras vidas.

Se enmarca mucho la tendencia a repercusiones a futuro cuando se es incierta la situación y se alude la problemática por la que atraviesa una gestante, comprobando el grado de implicación de un cuidado de enfermería y el mecanismo para enfrentar esta situación sin resultar afectado el binomio madre e hijo.

Cabe destacar la importancia que tiene esta teoría de enfermería para establecer los principios y en base a ese resultado contribuir con el cuidar y la relación de lo inexplicable con lo explicable a lo que concierne lo literario explícitamente escrito.



Al término de esta investigación se puede concluir que la enfermería consiste en suplir o ayudar a realizar las acciones que la persona no puede llevar a cabo en un momento de su vida, acciones que preservan la vida; Usando el marco conceptual de otras disciplinas aplicándolo a la enfermería, realizando un planteamiento inductivo, es decir, a través de la observación llegar a teorías que expliquen los temas importantes de la enfermería.

Se realizó un estado de arte satisfactorio, conociendo realidades a nivel mundial, nacional y departamental, constituyendo una literatura real y precisa de lo que acontece en nuestro mundo con respecto a las AAP en gestantes.

Se emplearon técnicas de valoración sucedida una a uno en sus componente taxonómicos de para la determinación de diagnósticos en la gestante.

Se ejecutó priorización de diagnósticos de enfermería, para contribuir en el cuidado de Enfermería teniendo énfasis en el diagnóstico más afectado de la gestante con trabajo de parto.

Se ejecutaron actividades de enfermería para el bienestar materno fetal.

Se logró aplicar una teoría de mediano rango, dando peso a esta investigación creando una aproximación de la realidad con la literatura contemplada.

## **BIBLIOGRAFÍA.**

1. Swanson KM. Nursing as informed caring for the well – being of others. Image: the journal of nursig scholarship. 1993; 25(4). 352 – 357.
2. Cordero MZ, González GJ. factores socio económicos y de servicios de salud asociados con la mortalidad materna: una revisión. Rev. cienc. biomed. 2011;2(1):77-85.
3. William C. Pain relief during labor. New Eng J Med 2005; 352:718- 720.
4. Eltzsching HK, Lieberman ES, Cabman WR. Medical progress: regional anesthesia and analgesia for labor and delivery. New Eng J Med 2003; 348:319-332.



## PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN RECIBIDA POR LOS USUARIOS DEL SERVICIO DE URGENCIAS ADULTO DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO ERASMO MEOZ

Ligia Teresa Mora-Delgado\*  
Cindy Yaneira Pallares-González\*\*  
Jessica Andrea Bayona-Rojas\*\*  
Karen Julieth Santander-Torres\*\*

### RESUMEN

**Objetivo:** determinar la percepción sobre la calidad de la atención de los servicios de urgencias adultos en una institución de cuarto nivel. **Materiales y Métodos:** estudio tipo descriptivo de corte transversal, la recolección de la información se obtuvo mediante la aplicación de un instrumento tipo encuesta, llamado Escala Multidimensional SERVQUAL, que consta de cinco dimensiones. La población la conformaron 340 usuarios asistentes al servicio. **Resultados:** se encontró predominio del sexo femenino con 57,65%, el rango de edad con mayor peso porcentual fue de 18-26 años con un 56,47%, prevaleció el nivel de escolaridad primaria con un 45,29%, la mayoría de los pacientes pertenecen a un estrato socioeconómico nivel 1 con 62,65% y con tipo de afiliación subsidiado en un 82,65%. **Conclusiones:** en los elementos tangibles donde se encontró que los usuarios están satisfechos con la apariencia de las instalaciones físicas, presentación personal de los empleados y estado de los mobiliarios, e insatisfechos con la limpieza de las instalaciones y cantidad de mobiliarios. En cuanto a fiabilidad los usuarios se encontraron satisfechos en los tiempos de espera en el servicio, secuencia de la atención, solución de problemas, registro de información, confianza, orientación en el servicio y mejoría en el estado de salud e insatisfacción con el cumplimiento de los horarios. En las dimensiones capacidad de respuesta, seguridad y empatía predominó el parcialmente satisfecho en todos los ítems.

**Palabras Clave:** atención de urgencia, paciente, conocimientos.

### INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

El Decreto 1011 de 2006 define la atención en salud como “el conjunto de servicios que se prestan al usuario en el marco de los procesos propios del aseguramiento, así como de las actividades, procedimientos e intervenciones asistenciales en las fases de promoción y prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se prestan a toda la población” (1). El propósito de las instituciones es brindar una atención con calidad en donde se pretenda cumplir

\* Enfermera. Magister. Docente. Universidad Francisco de Paula Santander. Cúcuta, Norte de Santander, Colombia. Correo electrónico: ligiamora@ufps.edu.co

\*\* Estudiantes VIII Semestre de Enfermería. Universidad Francisco de Paula Santander. Cúcuta, Norte de Santander, Colombia. Correo electrónico: cindypallares@hotmail.com, andre-0604@hotmail.com, karensantander1228@hotmail.com



con las expectativas de los usuarios las cuales se ven reflejadas en las respuestas positivas o negativas que estos tienen acerca de la atención que se le suministra.

La calidad de atención en salud no puede definirse desde el punto de vista exclusivo de un actor del sistema de salud. Cada uno de ellos, paciente, prestador, asegurador o entidad rectora, tiene una percepción diferente, que, sin contradecir y estando de acuerdo con la de los demás, hace énfasis en aquel o aquellos determinantes que más valora. Para el paciente, por ejemplo, aspectos tales como la amabilidad y disponibilidad de tiempo del prestador, las características físicas del sitio en donde recibe la atención, el tiempo que transcurre entre el momento en que solicita el servicio y efectivamente lo recibe, y los resultados y las complicaciones del proceso, son características que puede evaluar fácilmente y que, por lo tanto, determinan su valoración de la calidad (2,3).

A nivel regional y local son pocos los estudios documentados con base en la percepción de la calidad de la atención de salud, y menos aún en los servicios de urgencia, por ello resulta necesario evidenciar la problemática social que atraviesan las instituciones hospitalarias de la región, con el propósito de generar interés por parte de las instituciones de salud ya sean públicas o privadas, a fin de que se desarrollen estrategias que logren el mejoramiento en la calidad de atención que se le brinda a los usuarios.

## **OBJETIVOS**

### **Objetivo General**

Determinar la percepción sobre la calidad de atención recibida por los usuarios del servicio de urgencias adulto de una ESE de IV nivel de mayo a julio de 2016.

### **Objetivos Específicos**

- Identificar las variables sociodemográficas de interés de los usuarios asistentes al servicio de urgencias adulto de la ESE de IV nivel
- Establecer los elementos tangibles que contribuyen a la satisfacción de los usuarios asistentes al servicio de urgencias adulto de la ESE de IV nivel
- Identificar los elementos de fiabilidad que contribuyen a la satisfacción de los usuarios asistentes al servicio de urgencias adulto de ESE de IV nivel.
- Describir los elementos de capacidad de respuesta que contribuyen a la satisfacción de los usuarios asistentes al servicio de urgencias adulto del HUEM.
- Identificar los elementos de seguridad que contribuyen a la satisfacción de los usuarios asistentes al servicio de urgencias adulto del HUEM.



- Describir los elementos de empatía que contribuyen a la satisfacción de los usuarios asistentes al servicio de urgencias adulto del HUEM.

## **MATERIALES Y MÉTODOS**

Se llevó a cabo un estudio tipo descriptivo transversal (4), en el que se describió la percepción sobre la calidad de la atención de los servicios de urgencias adultos, con un abordaje de tipo descriptivo. La muestra del estudio estuvo conformada por 340 pacientes asistentes al servicio de urgencias adulto ESE de IV nivel, que asistieron en los meses de Junio a Agosto de 2016.

Para la recolección de la información fue un instrumento tipo encuesta, llamado Escala Multidimensional SERVQUAL. Aplicado de manera personal por las investigadoras, a los usuarios que asistieron al servicio de urgencias según los criterios de inclusión, teniendo en cuenta las normas éticas de investigación en las que el profesional de enfermería participe o adelante, salvaguardando la dignidad, integridad y los derechos de los seres humanos, plasmado en el artículo 29 de la Ley 911 del 2004 (5), garantizando la total privacidad y no divulgación de los resultados con nombre propio, debido a que se analizaron de forma general. Igualmente de acuerdo al Artículo 11 de la Resolución No. 008430 de 1993 el trabajo se clasifica en la categoría investigación sin riesgo. Se tramitaron los respectivos permisos en la institución, solicitando la aprobación y autorización por parte del comité de calidad para la realización del proyecto.

La encuesta utilizada consta de dos partes, en la primera parte se recopilan los datos sociodemográficos de los participantes como lo son: sexo y edad, estrato socioeconómico, nivel escolaridad y tipo de afiliación, y la segunda parte incluye la escala multidimensional SERVQUAL, el cual cuenta con una fiabilidad de 0.7413 y una validez del 0,82321 con una confiabilidad del 100%, siendo el instrumento más completo que integra de forma clara los aspectos que conforman la calidad en la atención del usuario (6), este mide y relaciona la percepción del usuario respecto a la calidad del servicio; lo conforman 5 dimensiones, cada una consta de 6- 9- 8- 7 y 8 preguntas respectivamente, con 5 opciones de respuesta cada una, distribuidos de la siguiente manera:

1. Elementos tangibles
2. Fiabilidad
3. Capacidad de respuesta
4. Seguridad
5. Empatía

## **RESULTADOS**

### **Características sociodemográficas**

En lo correspondiente al perfil sociodemográfico, el rango de edad predominante correspondió al de 18-26 años con un 56,47%, seguido por el rango de 27-59 años con un 43,53%, predominó el sexo femenino con un 57,56% y en menor proporción el sexo masculino con un 42,35%. Con

relación al grado de escolaridad se obtuvo que la mayor proporción de los pacientes encuestados en un 45,29% solo cursaron la primaria, el 38,53% curso la secundaria completa, el 8,82% culminaron carreras profesionales y solo el 7,35% cuentan con estudios técnicos.

En el estrato socioeconómico se encontró que la mayoría de los pacientes encuestados pertenecen a un estrato socioeconómico, nivel 1, con el 62,65%, seguido de un 34,41% perteneciente al nivel 2, y en menos proporción con un 2,94% el nivel 3. En cuanto al tipo de afiliación se determinó que la mayoría pertenecía al régimen subsidiado en un 82,65% y con un 17,35% al contributivo esto se debe a que el régimen subsidiado es el mecanismo mediante el cual el Estado Garantiza el servicio de salud a la población de escasos recursos, que no cuenta con capacidad de pago.

### **Caracterización sociodemográfica**

Se evidenció que los usuarios asistentes al servicio de urgencias con la edad predominante corresponde a los de 18-26 años datos que coinciden con el estudio realizado por López-Tasama (7) donde se encontró que la población que más participo fue la población joven con un 49%. Es de resaltar, que los demás estudios consultados como referencia no consideraron el estudio de esta variable demográfica.

A lo largo del tiempo estudiado la asistencia a los servicios de salud se presenta en mayor proporción por el sexo femenino, en el presente estudio se encontró predominio por parte del sexo femenino, datos similares a lo reportado en un estudio anterior () a nivel nacional.

Se encontró que la mayor proporción de usuarios tienen un nivel de escolaridad bajo como lo es la primaria, semejante a los resultados obtenidos en un estudio realizado en Risaralda (8) donde el 45% de la población encuestada tiene un nivel de escolaridad primaria; a diferencia de lo encontrado por el Hospital Universitario del Valle (9) en donde el 46% registro haber cursado la secundaria, seguido del 36% que alcanzó primaria. Sólo un 3% de encuestados alcanzaron un grado profesional y un 6% no reportó ninguna escolaridad.

En Colombia a través del SISBEN es la institución que cataloga que en el nivel 1 y 2 (los estratos socioeconómicos más bajos) se encuentran las personas más vulnerables de la población, los cuales no tienen la capacidad económica para pagar los gastos que generan los servicios de salud, además de esto no cumplen con los requisitos para estar en el régimen contributivo, estando afiliados al régimen subsidiado (10); por tal motivo, son estos los que acuden al servicio en mayor proporción, esto se debe a que es una empresa subsidiada por el estado y por lo tanto presta servicios a la población más vulnerable.

En cuanto al tipo de afiliación, se determinó que la mayoría pertenecía al régimen subsidiado y con menor proporción al contributivo, similares resultados a los obtenidos en un estudio realizado por el Hospital Universitario del Valle (9)

### **Elementos Tangibles**

La percepción que tienen los usuarios respecto a la apariencia de las instalaciones físicas es de satisfacción, encontrando similitud con lo encontrado por Olivar-Gómez et al. (11), donde el

60.1% de los encuestados calificaron la infraestructura del servicio como excelente. Analizando desde otra perspectiva donde se toma los satisfechos y totalmente satisfechos podemos deducir que los usuarios tienen algún grado de satisfacción con la apariencia de las instalaciones físicas (52,64%).

En cuanto a la limpieza de las instalaciones, los usuarios expresaron sentirse insatisfechos. Es importante resaltar que al analizar los datos desde otra perspectiva donde se suman los insatisfechos y totalmente insatisfechos se encontró que los usuarios tienen algún grado de insatisfacción (40,89%), en cuanto a la limpieza del servicio de urgencias.

Respecto a la presentación personal de los empleados, los usuarios refirieron estar satisfechos, semejante a lo descrito por Angarita-Toro et al. (12), donde la mayoría de los encuestados (31%) está de acuerdo en que la presentación personal de los empleados del servicio de urgencias de la ESE HUEM.

Sobre el material informativo que le brinda la institución se pudo deducir que los usuarios de alguna manera se encuentran satisfechos; sin embargo, refieren que el material suministrado debería ilustrar más sobre enfermedades y situaciones de salud actuales y temas que generen interés a la población en general. Contrario a Angarita-Toro et al. (12), donde la mayoría de los usuarios encuestados (29%) está en desacuerdo con las carteleras, anuncios, folletos, avisos de señalización u hojas informativas del servicio de urgencias.

Cuando se preguntó por la comodidad camas, camillas y sillas los usuarios tienen cierto grado de satisfacción. Es importante resaltar que las investigaciones consultadas como referencia no consideran significativo el estudio de esta variable.

El último ítem evaluado hizo referencia al número de camas, camillas y silletería existente en el servicio de urgencias, encontrando que los usuarios encuestados se encuentran de insatisfechos, pues el mobiliario es una parte fundamental para mejorar la calidad de la atención. Similares resultados encontró el Hospital Universitario del Valle (9).

### **Fiabilidad**

En cuanto al tiempo de espera desde la llegada hasta el momento de la atención, los pacientes encuestados refirieron estar satisfechos. Contrario a lo hallado por Angarita-Toro et al. (12), donde el 32% de los usuarios considera que el tiempo de espera para la atención en urgencias no fue adecuado, debido a demoras, lo mismo que en Ramírez-Sánchez et al. (12), donde los motivos de mala calidad fueron aludidos a los largos tiempos de espera (23.7%).

Estos resultados difieren de los obtenidos por el Hospital Universitario del Valle (9), donde se observó que la satisfacción de los usuarios con el cumplimiento de los horarios asignados para citas, exámenes y otros procedimientos alcanzó el 49%. Se puede inferir que la percepción del



paciente sobre el cumplimiento de los horarios para la atención en urgencias afecta su nivel de satisfacción; por tal motivo medir el cumplimiento de los horarios y el tiempo de espera no sería un predictor de la satisfacción pero sí una variable de resultado que serviría a los profesionales como indicador de la calidad del servicio.

Por otra parte, la secuencia y continuidad de la atención, es uno de los aspectos considerados con mayor frecuencia por parte de los pacientes en servicio de urgencias, ya que la continuidad asistencial hace parte fundamental de la percepción que tiene el usuario sobre la relación de asistencia medica coordinada que recibe a lo largo del tiempo. En el HUEM los usuarios manifestaron satisfacción. Semejante a los resultados Hospital Universitario del Valle (9), donde los usuarios consideran apropiada (63%).

La percepción que tiene los usuarios sobre el interés por parte de los empleados en solucionar algún problema es de satisfacción; sin embargo, algunos manifestaron que los principales inconvenientes del servicio se relacionan con el personal asistencial, ya que existen inconformidades con el servicio recibido, relacionados con la no solución a sus problemas en el momento que necesitan. Encontrando relación con el estudio de Hospital Universitario del Valle (9), donde los usuarios valoraron con un alto nivel de satisfacción (66%) el interés mostrado por los empleados.

Por otro lado, en cuanto al registro que le realizaron en el servicio sobre la información como usuario la población encuestada manifestó satisfacción, demostrando así que la institución está implementando estrategias de mejoramiento junto con el personal que allí labora para disminuir en gran escala las falencias existentes, en pro del bienestar de los usuarios que asisten al servicio. Similar a lo hallado por el Hospital Universitario del Valle (9), donde esta pregunta alcanzo una alta calificación de calidad y se consideró excelente el registro de la información que realiza el personal.

Para el nivel de confianza que le transmite el personal de salud y otros empleados, los usuarios encuestados refirieron sentirse satisfechos; sin embargo una mínima parte de la población estudiada refiere que la desinformación sobre su estado de salud provoca inseguridad, a esto se le suma el uso excesivo de tecnicismos por parte del personal al momento de la atención. Contrario a lo investigado por Angarita-Toro et al. (12), donde los usuarios manifestaron con un alto porcentaje que el comportamiento de enfermeras y auxiliares de enfermería no les transmiten confianza y seguridad.

En cuanto a la orientación e información que se suministró en el servicio de acuerdo a la ubicación y trámites necesarios, los usuarios manifestaron sentirse satisfechos, encontrando semejanza con el estudio realizado en el Hospital Universitario del Valle (9).

Por último, se indago si el asistir al servicio de urgencias había mejorado su estado de salud, los usuarios respondieron sentirse satisfechos con su mejoría; no obstante, algunos de ellos

manifestaron que su percepción podría ser mejor si el personal de salud se tomaran un poco más de tiempo para realizar la valoración y establecer tratamientos de mayor efectividad y rapidez. Siendo similar a lo investigado por Angarita-Toro et al. (12).

### **Capacidad de Respuesta**

En cuanto al tiempo que esperó en el servicio para pedir una cita médica o examen, los pacientes encuestados tienen algún grado de insatisfacción. Resultado similar con el estudio realizado por Ibarra y Espinoza (14), en el cual la dimensión más alejada del valor cero, es la capacidad de respuesta, lo que significa que las principales variables de insatisfacción están dadas por la demora en la aplicación y obtención de estudios especiales (67.62%).

En lo relacionado con la complejidad de los trámites para ser atendidos, la mayoría de los usuarios se encuentran parcialmente satisfechos. Semejante a lo descrito por Olivar- Gómez (11), el cual dio como resultado entre excelente y bueno 97.3% con relación a los trámites de acceso al servicio de urgencias.

En cuanto a la disposición y agilidad de los funcionarios del servicio para resolver las preguntas o inquietudes, se encontró predominancia del grado de insatisfacción de los usuarios, y parcialmente satisfecho respectivamente, contrario a lo descrito por Hospital Universitario del Valle (9).

En lo que respecta a la cooperación entre los funcionarios del servicio para responder a las necesidades de atención, es de resaltar que se tiene como antecedente el estudio de esta variable en la misma institución de salud donde se evidencia que no ha ocurrido cambios favorables que beneficien a los usuarios asistentes al servicio de urgencias, ya que siguen estando parcialmente satisfechos, y encontrando similitud con el estudio realizado por Angarita-Toro et al. (12).

En cuanto a la respuesta oportuna de quejas o reclamos y si los horarios de atención del servicio de Urgencias del HUEM son apropiados, predominó el parcialmente satisfecho

### **Seguridad**

En esta dimensión se evaluaron los conocimientos y atención mostrados por los empleados y sus habilidades. En cuanto a la solución dada por el personal médico y otros empleados del servicio a las necesidades de salud se pudo deducir que el parcialmente satisfecho prevaleció en el estudio. Al revisar si al paciente le suministraron los medicamentos apropiados se encontró que los pacientes están parcialmente satisfechos. En lo referente a la ubicación apropiada se pudo deducir que los usuarios tienen algún grado de insatisfacción.

En la pregunta si la capacidad de los profesionales para solucionar la necesidad de salud fue alta, se encontró que para este ítem, los usuarios se encuentran parcialmente satisfechos. Cuando se



preguntó si las respuestas del personal de salud ante las inquietudes o preguntas de los usuarios fueron apropiadas se dedujo que los usuarios encuestados tienen algún grado de insatisfacción.

Cuando se habló si los usuarios percibieron que el personal de salud cumplió siempre con las medidas de seguridad del paciente incluyendo lavado de manos, uso de guantes y tapabocas, se dedujo que en este estudio predomina el parcialmente satisfecho.

### **Empatía**

Se evaluó el grado de satisfacción de los usuarios frente a la atención personalizada que dispensa la organización a sus clientes, los usuarios refieren no sentirse a gusto al momento de la atención por parte del médico, pues estos llegan medio lo miran y se van, no dicen su nombre, ni que especialidad maneja. En cuanto al trato que recibido por los médicos, el personal de enfermería, y los auxiliares del servicio fue excelente. Al referirse al personal administrativo y demás el parcialmente satisfecho predominó en esta pregunta.

### **CONCLUSIONES**

Dentro de los datos sociodemográficos, el sexo de mayor predominio fue el femenino, el rango de edad con mayor representación fue el de edades entre 18-26 años, prevalece la primaria y secundaria como nivel de escolaridad y aparece el estrato socioeconómico nivel 1 en más de la mitad de encuestados, junto con el tipo de afiliación de régimen subsidiado.

En la variable de elementos tangibles se encontró un nivel alto de satisfacción en cuanto a la apariencia de las instalaciones físicas, insatisfacción con relación a la limpieza de las mismas, una mayor satisfacción frente a la presentación personal de los empleados, una percepción parcialmente satisfecha acerca del material informativo, satisfacción con referencia al estado del mobiliario y por el contrario un alto grado de insatisfacción en lo que tiene que ver con la cantidad y limpieza del mobiliario.

En cuanto a la fiabilidad se halló que gran parte de la población se encuentra satisfecha, convirtiéndose en un factor que es posible y fácil de intervenir por parte del hospital con el fin de mejorar la percepción de los usuarios.

En la variable de capacidad de respuesta parte representativa de los usuarios se encuentra parcialmente satisfecha lo cual que denota una atención inmediata para mejorar la disposición y voluntad para ayudar a los usuarios proporcionando un servicio rápido.

En cuanto a la variable de seguridad una parte representativa de los usuarios encuestados se mostraron parcialmente satisfechos mostrando la necesidad de corregir las falencias encontradas en los conocimientos y atención mostradas por los empleados y sus habilidades.

Al indagar por la variable de empatía los pacientes encuestados manifestaron en la gran mayoría sentirse parcialmente satisfechos sobre la identificación inicial del personal médico Indicando una necesidad de intervención hacia la atención personalizada que dispensa la organización a sus usuarios.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Presidencia de la Republica, Ministerio de la Protección Social. Decreto Número 1011 de 2006, abril, por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. [Internet]. Bogotá: MinProteccion. 2006. [consultado 20 de enero de 2016]. Disponible en: [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/DECRETO%201011%20DE%202006.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/DECRETO%201011%20DE%202006.pdf)
2. Calidad de Atención en Salud. Organización para la excelencia de la salud (OES). [Internet]. Bogotá: Actualizado el 24 de septiembre de 2012. [consultado 15 de abril de 2016]. Disponible en: <http://www.cgh.org.co/temas/calidadensalud.php>
3. Bautista-Rodriguez LM. La calidad en salud un concepto histórico vigente. Rev. cienc. cuidad. 2016;13(1):5-9. <https://doi.org/10.22463/17949831.731>
4. Monje-Álvarez CA. Metodología de la investigación cuantitativa y cualitativa. Guía didáctica. [Internet]. Neiva: Universidad Surcolombiana; 2011 [consultado 6 de abril de 2016]. Disponible en: <https://carmonje.wikispaces.com/file/view/Monje+Carlos+Arturo+-+Gu%C3%ADa+did%C3%A1ctica+Metodolog%C3%ADa+de+la+investigaci%C3%B3n.pdf>
5. Congreso de Colombia. Ministerio de Educación Nacional. Ley 911 de 2004, octubre 5. [Internet]. Bogotá: Diario Oficial No. 45.693; 2004 [consultado 10 de abril de 2016]. Disponible en: [http://www.mineducacion.gov.co/1759/articles-105034\\_archivo\\_pdf.pdf](http://www.mineducacion.gov.co/1759/articles-105034_archivo_pdf.pdf)
6. Trujillo-Parra B. Diseño de una prueba para determinar la calidad del servicio desde la percepción de los usuarios del Hospital San Juan de Dios, Pamplona. [Tesis en internet]. Pamplona: Universidad de Pamplona; 2006 Disponible en: [http://www.unipamplona.edu.co/unipamplona/hermesoft/portalIG/home\\_1/recursos/tesis/contenidos/pdf\\_tesis/pdf\\_2/03052007/disen%C3%B3+de+una+prueba.pdf](http://www.unipamplona.edu.co/unipamplona/hermesoft/portalIG/home_1/recursos/tesis/contenidos/pdf_tesis/pdf_2/03052007/disen%C3%B3+de+una+prueba.pdf)
7. López-Tasama MA. Percepción que tiene el usuario, servicio de urgencias, Hospital Raúl Orejuela Bueno, municipio de Palmira. [Internet]. Cali: Universidad Católica de Manizales; 2013 - 2014 [consultado 3 de abril de 2016]. Disponible en: <http://repositorio.ucm.edu.co:8080/jspui/bitstream/handle/10839/924/Michelle%20Andrea%20Lopez%20Tasama.pdf?sequence=1>
8. Morales-González CG. Nivel de satisfacción de los pacientes que asisten al servicio de urgencias, frente a la atención de enfermería en una institución de primer nivel de atención en salud, en Mistrato Risaralda. Febrero a Abril de 2009. [Internet]. Bogotá. Pontificia Universidad Javeriana; 2009 [consultado 8 de abril de 2016]. Disponible en: <http://www.javeriana.edu.co/biblos/tesis/enfermeria/2009/DEFINITIVA/tesis12.pdf>



9. Hospital Universitario del Valle, HUV, “Evaristo García”, ESE. Calidad de la atención en salud: percepción de los usuarios. Hospital Universitario del Valle, Cali; Colombia [Internet]. Cali: Hospital Universitario del Valle; 2010 [consultado 15 de abril de 2016]. Disponible en: <http://www.fundacionfundesalud.org/pdf/files/calidad-de-la-atencion-en-salud.pdf>
10. Ministerio de Salud y la Protección Social. Régimen subsidiado. [Internet]. [consultado 6 de abril de 2016]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/R%C3%A9gimenSubsidiado.aspx>
11. Olivar-Gomez DF, Perez-Rueda MR, Rueda-Valle ML. Encuesta satisfacción de los usuarios del servicio de urgencias. Hospital Local del Norte de ISABU. Floridablanca Santander 2007. [Internet]. [consultado 3 de abril de 2016]. Disponible en: [http://bdigital.ces.edu.co:8080/dspace/bitstream/123456789/62/1/Encuesta\\_satisfaccion\\_usuarios\\_servicio\\_de\\_urgencias\\_hospital\\_local\\_norte\\_ISABU.pdf](http://bdigital.ces.edu.co:8080/dspace/bitstream/123456789/62/1/Encuesta_satisfaccion_usuarios_servicio_de_urgencias_hospital_local_norte_ISABU.pdf)
12. Angarita-Toro N, Carrillo-Becerra VH., Chaparro-Quintero AM. Percepción de la Calidad del Servicio de Urgencias Ofertado por la ESE Hospital Universitario “Erasmus Meoz” de la Ciudad de San José de Cúcuta, Norte de Santander. 2014. [Internet]. Cúcuta: Universidad católica de Manizales; 2014 [consultado 3 de abril de 2016]. Disponible en: <http://repositorio.ucm.edu.co:8080/jspui/bitstream/handle/10839/1011/Nancy%20Angarita%20Toro.pdf?sequence=1>
13. Ramírez-Sánchez T, Nájera-Aguilar P, Nigenda-López G. Percepción de la calidad de la atención de los servicios de salud en México: perspectiva de los usuarios. Scielo [Internet]. 1998 [consultado 15 de abril de 2016]; 40(1): 03-12. Disponible en: [http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36341998000100002](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36341998000100002)
14. Ibarra L, Espinoza B. Servqual, una propuesta metodológica para evaluar la percepción de la calidad La calidad en el área de urgencias en los hospitales privados y públicos de Hermosillo, Sonora; Un estudio comparativo. ReIbCi. [Internet]. 2014 [consultado 22 de marzo de 2016]; 4(1): 107-120. Disponible en: <http://www.reibci.org/publicados/2014/septiembre/3300110.pdf>



## RIESGO CARDIOVASCULAR GLOBAL EN TRABAJADORES DE LA SALUD DE UNA IPS DE CÚCUTA EN EL SEGUNDO SEMESTRE DEL AÑO 2016.

Dianne Sofía González Escobar\*  
Ricardo José Barrera Acevedo\*\*  
Sandra Paola Miranda Narváez\*\*\*

### RESUMEN

**Objetivo:** Determinar el riesgo cardiovascular global en los trabajadores de la salud de una IPS de Cúcuta durante el segundo semestre del año 2016. **Materiales y métodos:** Se realizó una investigación con enfoque cuantitativo, descriptivo retrospectivo de corte transversal, con una población de 69 trabajadores de salud de una Institución de salud de la ciudad de Cúcuta. Para recolectar la información se utilizó la base de datos de las consultas de control cardiovascular del primer semestre del 2015 y la aplicación de escalas de medición: Riesgo de enfermedad coronaria duro Framingham 2011 y de riesgo cardiovascular global Framingham 2003. **Resultados:** Existe prevalencia femenina (75%) en los trabajadores, con rango de edad de 35 hasta 48 años, con estratos socioeconómicos entre 1-2 (84%) y predominio del estado civil casado (37,7%). Respecto al nivel educativo el 68,1% del personal del área asistencial posee estudios técnicos. El 51,1% de mujeres tenían antecedente familiar de enfermedad arterial; para los factores modificables se encontró principalmente inactividad física, obesidad, hipercolesterolemia, hipertensión sistodistólica con o sin tratamiento. El riesgo de presentar un evento agudo/duro a los 10 años en hombres es del 2% (29,4%); en mujeres <1% (94,2%) siendo mayor en trabajadores asistenciales. En el 97,1% el riesgo cardiovascular global era bajo. **Conclusión:** El riesgo de presentar un evento agudo/duro a 10 años en trabajadores de la salud es mayor en hombres que en mujeres. Se encontró que la mayoría de esta población tenía un riesgo cardiovascular global bajo, donde el 85,5% no supera los 45 años y el riesgo aumenta de forma directa a lo largo del rango de edad.

**Palabras Clave:** Factor de Riesgo, Enfermedades Cardiovasculares.

### INTRODUCCIÓN

En el informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (1), sobre la situación mundial de las enfermedades cardiovasculares, plantea que en 2012 murieron 14,5 millones de personas por esta causa, lo cual representa un 25.7% de todas las muertes registradas en el mundo, en los países de ingresos bajos y medios. En la actualidad, el ministerio de salud y protección social, ha clasificado en Colombia la enfermedad isquémica cardíaca, el accidente cerebro vascular, la diabetes y la enfermedad hipertensiva dentro de las diez principales causas de mortalidad (2,3).

Dentro del conjunto de las enfermedades cardiovasculares se destacan la enfermedad isquémica

cardiaca, el accidente cerebro vascular, la hipertensión arterial con factores de riesgo como el tabaquismo, las dislipidemias, el sedentarismo, el sobrepeso y la obesidad; siendo así como la afirman Capewell et al (4), donde las tendencias a la baja de estos factores de riesgo cardiovascular reducirían casi a la mitad las tasas de mortalidad previstas por cardiopatía coronaria, pues toda disminución adicional de los factores de riesgo principales, podría tener un efecto considerable en ese sentido, es decir, disminuirían las tasas de mortalidad de la mano de la reducción del colesterol total y de las cifras de tensión arterial unidas al menor consumo de tabaco y el aumento de la actividad física.

En el escenario mundial en cuanto a investigación sobre riesgo cardiovascular, han detectado un riesgo global considerable con factores prevalentes en varias poblaciones de trabajadores de la salud. En el año 2013, fue realizado un estudio en Perú por Briceño et al (5), sobre la estimación del riesgo cardiovascular en trabajadores de salud, la población correspondió a profesionales y técnicos administrativos - asistenciales, encontrando que en el 26,5% de la población existe un riesgo cardiovascular superior al 2%, mientras que el 73,50% de la población tiene un riesgo de 1%, también existe un riesgo intermedio de un primer evento de enfermedad cardiovascular dentro de 10 años en el 24,7% y un riesgo alto en el 1,8% de los trabajadores mayores de 40 años, siendo el grupo laboral más afectado el personal administrativo.

En Colombia, son pocos los trabajos poblacionales que se han realizado en busca de factores de riesgo de enfermedad cardiovascular y menos aún para identificar el riesgo cardiovascular global. Se encuentran reportes de estudios realizados por Sveins et al y Díaz et al (6,7) en 2004 y 2006, en las ciudades de Bucaramanga y Popayán sobre los factores de riesgo de enfermedad cardiovascular en trabajadores de la salud encontrándose la prevalencia de factores de riesgo comunes como la hipertensión arterial, el sobrepeso, las dislipidemias, el tabaquismo y la diabetes.

En la ciudades de Pereira y Barranquilla en el año 2008 y 2010 respectivamente, Giraldo et al y Díaz Granados et al (8,9) evaluaron en los trabajadores de una institución universitaria el riesgo cardiovascular global encontrando el 86.3 % de la población total en riesgo global bajo, 8.1 % en riesgo moderado, 4.8 % en alto riesgo y 0.8% en muy alto riesgo; así mismo el otro grupo de investigadores encontró un riesgo bajo y moderado en hombres de 89.2%-95.2% y en mujeres 96.2%-2.8%, con factores de riesgo como la obesidad, el tabaquismo e inactividad física.

El riesgo cardiovascular puede definirse como la probabilidad potencial de padecer o de morir a causa de una enfermedad cardiovascular, pudiéndose presentar en aquellos individuos con factores desencadenantes por inadecuados estilos de vida o factores hereditarios (9). Está directamente relacionado con el número de factores de riesgo que se encuentran presentes en una persona, los cuales dependen de los estilos de vida no saludables que realizan como el sedentarismo, el tabaquismo, consumo de alcohol, sobrepeso, ansiedad o estrés, inadecuado manejo de la hipertensión, diabetes, niveles elevados de colesterol, a mayor cantidad de factores de riesgo presentes mayor será el riesgo cardiovascular.

El riesgo cardiovascular es cuantificable, utiliza tablas con parámetros concretos que se encuentran orientados por los factores de riesgo a valorar, para realizar un cálculo basado en dos determinantes, el primero que enfermedad cardiovascular se considera y segundo en que intervalo de tiempo se medirá. También es importante resaltar que el riesgo cardiovascular posee variables cualitativas (calificando el riesgo como alto, intermedio o bajo) y variables cuantitativas, permitiendo estimar la probabilidad numérica de sufrir la complicación considerada en el periodo establecido. Entre las tablas de cálculo de riesgo cardiovascular se encuentran: Framingham, SCORE, ASSIGN, Reynolds, QRISK, PROCAM, creadas en Estados Unidos, Europa, Escocia, Reino Unido y Alemania, con estimaciones de rangos de edad para su aplicación (11).

Esta investigación busca determinar el riesgo cardiovascular en los trabajadores de la salud de la IPS de Cúcuta, logrando identificar aspectos en riesgo e indagar a cerca de su influencia, así mismo ser un punto de referencia para las diferentes poblaciones o grupos de salud a efectuar mediciones similares y lograr establecer un panorama de riesgo con el fin de elaborar estrategias de prevención en la población que permitan reducir el riesgo y controlar el impacto de las enfermedades cardiovasculares.

## **MATERIALES Y METODOS**

Se realizó una investigación con enfoque cuantitativo, descriptivo retrospectivo de corte transversal, que permite determinar el riesgo cardiovascular en una población definida en un periodo de tiempo establecido.

El total de los trabajadores en el año 2015 en la institución de salud estudiada era de 84 empleados, sin embargo ingresaron 69 (82%) empleados, quienes cumplían con todos los criterios del estudio, el principal criterio que no cumplieron los restantes fue no poseer los datos completos para analizar las escalas de riesgo cardiovascular como son los laboratorios de colesterol HDL y LDL, colesterol total, glicemia y datos clínicos de presión arterial, antecedentes de diabetes, hipertensión, y tabaquismo, los cuales son datos muy importantes para calcular el riesgo global y el riesgo de presentar un evento agudo cardiovascular en los próximos 10 años, alcanzando cada uno de los objetivos propuestos en el estudio.

Para la recolección de la información se realizó una búsqueda activa en las historias clínicas del sistema de información de gestión hospitalaria (GHIPS) de la IPS a través de una base de datos de las consultas de control cardiovascular en el primer semestre del 2015 para obtener la información detallada y necesaria en cada una de las variables de la investigación, por lo que se divide la recolección de la información en tres componentes de revisión para la creación de la base de datos inicial que cuenta con: Primero, al conjunto de características sociodemográficas como sexo, edad, nivel socioeconómico, estado civil, escolaridad y ocupación; segundo al conjunto de factores de riesgo modificables y no modificables según la clasificación de Sabán en la epidemiología de la enfermedad cardiovascular; y tercero mediante la aplicación de los

instrumentos de riesgo de enfermedad coronaria duro (HCHD) (infarto de miocardio o muerte coronaria) y riesgo cardiovascular global según la clasificación de SCORE basadas en la cohorte de Framingham respectivamente.

Dentro de los aspectos éticos se tuvo en cuenta la ley 911 de 2004 (12) donde se resalta la responsabilidad del profesional de enfermería en los procesos de investigación y la resolución número 8430 de 1993 (8) que establece las normas académicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud, siguiendo los principios éticos de confidencialidad, beneficencia y no maleficencia.

## **OBJETIVOS**

### **Objetivo General**

Determinar el riesgo cardiovascular global en los trabajadores de la salud de la IPS de Cúcuta durante el segundo semestre del año 2016.

### **Objetivos Específicos**

- Caracterizar socio demográficamente a los trabajadores de la salud
- Identificar la prevalencia de factores de riesgo no modificables para enfermedad cardiovascular en los trabajadores de la salud de la IPS
- Identificar la prevalencia de factores de riesgo modificables para enfermedad cardiovascular en los trabajadores de la salud de la IPS
- Determinar riesgo de presentar un evento agudo cardiovascular en los próximos 10 años para los trabajadores de la salud de la IPS en el segundo semestre del año 2016.
- Determinar el riesgo para desarrollar una enfermedad cardiovascular en los próximos 10 años para los trabajadores de la salud de la IPS en el segundo semestre del año 2016.

## **RESULTADOS Y DISCUSION**

### **➤ Caracterización sociodemográfica de los trabajadores de la salud**

De los 69 participantes se evidencia que predomina el sexo femenino con un 75% (n: 52) siendo el masculino un 25% (n: 17), en ambos sexos prevalecen las edades en rangos jóvenes donde el 42,3% y 41,2% son menores de 35 años, respectivamente en mujeres y hombres, con bajo nivel socioeconómico, el 47,8% estrato 1 y el 36,2% estrato 2 de la población total; el 38,7% es casado, 34,8% soltero y el 27,5% vive en unión libre. El nivel de escolaridad de la mayoría de los trabajadores es técnico con un 68,1%, seguido por un 21,7% universitario, 7,2% postgrado y 2,9% tecnólogo.

Desempeñándose la mayoría en el área asistencial en un 79,7% y administrativo en un 20,3%,



estos últimos datos se deben a que el número de personal asistencial como auxiliares de enfermería y enfermeras profesionales que son contratadas por demanda de atención de pacientes es mayor que los contratos a médicos y administrativos. En el personal asistencial se encuentran auxiliares de enfermería, enfermeras(os) profesionales, médicos, nutricionistas y personal de farmacia.

➤ **Prevalencia de factores de riesgo no modificables para enfermedad cardiovascular**

Entre de los factores de riesgo no modificables se encuentran el sexo, la edad y la historia familiar de enfermedad arterial sintomática en un familiar de primer grado, donde se evidencia que en los trabajadores de la salud predomina el sexo femenino con un 51,8%, la edad de los trabajadores es en su mayoría menor a 35 años en un 42%; la historia de enfermedad cardiovascular precoz prevalece en un 51,9% en el sexo femenino y 41, 2% en el sexo masculino.

**Prevalencia de factores de riesgo modificables para enfermedad cardiovascular en los trabajadores de la salud.**

En cuanto a los factores de riesgo modificables relacionados con el consumo de tabaco se aprecia un indiscutible hábito saludable al no fumar uno o más cigarrillos de manera consumo crónica o en el último mes, demostrado por el 97,1% de los trabajadores de la salud en la categoría no fumador, resaltando el importante papel protector que puede tener esta conducta a largo plazo. El tabaquismo estuvo presente en tan solo un 2,9% y específicamente al sexo masculino; respecto a un caso en particular de tabaquismo se evidencia en el trabajador de la salud cifras elevadas de presión arterial sistodiastólicas compatibles con hipertensión arterial tipo II correspondiente al 50% del total.

Para los factores de riesgo modificables relacionados con la actividad física se muestra un marcado predominio de la categoría inactividad en los trabajadores de la salud con un 71,1%, donde la realización de ejercicios aeróbicos generalmente regulares realizados para mejorar o mantener el acondicionamiento físico o salud no excede los 150 minutos semanales, mostrando así una tendencia importante al sedentarismo. Con relación a la inactividad física, se encontró que el sexo femenino presenta el factor de riesgo en un 56,6%, principalmente para el grupo etáreo comprendido entre los 35 a 44 años con un 27,6% del total, del cual un 17,4% presenta como factor de riesgo sobrepeso y obesidad como lo menciona Sabán et al (13). Cabe resaltar que para el rango de edad  $\geq 45$  años el 80% presenta el factor de riesgo.

Los datos indican una elevada prevalencia de sobrepeso y obesidad tipo I, superando más de la mitad de la población de trabajadores de la salud al alcanzar la cifra de 56,5%, revelando el mayor porcentaje en el sexo femenino con un 36,3% para los rangos de edad 35 a 44 y <35 años con un 13% y 7,2% proporcionalmente. Además se encuentran 4 casos de inactividad física relacionados directamente con obesidad tipo II – III, de los cuales este último a su vez presenta



como factor de riesgo hipertensión arterial tipo I.

Al analizar los factores de riesgo modificables relacionados con los factores metabólicos en primera línea se observa que los niveles de glucosa en la sangre en ayuno mayor de 7 horas y menor de 12 horas con un rango de 70 - 100 mg/dl ubicando al 95,8% de los trabajadores de la salud en la categoría normal y a un 4,2% con el factor de riesgo presente.

Al examinar los factores de riesgo modificables relacionados con los factores metabólicos encontramos en segunda línea al colesterol total colocando al 65,3% de los trabajadores de la salud en la categoría normal. Respecto a los niveles limítrofes se encontró en un 30,4% de la población, del cual un 18,8% distribuido en 7,2% y 11,6% para el sexo masculino y femenino respectivamente presento en su totalidad factores de riesgo como la inactividad física, la obesidad y sobrepeso.

Respecto a los factores de riesgo modificables relacionados con los factores metabólicos encontramos al HDL como subdivisión del colesterol total con un rango ideal 41- 59 mg/dl ubicando tan solo al 37,7% de los trabajadores de la salud en esta categoría y elevando la cifra al 50,7% con el factor de riesgo presente en la categoría bajo, principalmente en el sexo masculino con un 64,7% del global por género respectivamente.

Al examinar los factores de riesgo modificables relacionados con los factores metabólicos encontramos al LDL como subdivisión del colesterol total en un nivel ideal < 129 mg/dl ubicando al 71,1% de los trabajadores de la salud en la categoría optimo normal y a 28,9% con el factor de riesgo presente con hipercolesterolemia, principalmente en el sexo masculino con un 47% del global por género respectivamente.

Al examinar los factores de riesgo modificables relacionados con los factores metabólicos encontramos en tercera línea a los triglicéridos como tipo de glicerol que pertenece a la familia de los lípidos en la sangre con un valor <149 mg/dl colocando al 60,9% de los trabajadores de la salud en la categoría normal y a 39,1% con el factor de riesgo presente con hipertriglicéridemia, principalmente en el sexo masculino con un 41,2% del global por género respectivamente.

Con respecto a los factores de riesgo modificables relacionados con los factores hemodinámicos los hallazgos revelan que los niveles de presión arterial sistólica y diastólica se encuentran en los niveles deseados en mayor proporción para las edades inferiores a < 45 años con niveles < 130/85 mmHg, para un 87,1% y 85,6% respectivamente en los trabajadores de la salud, y un marcado factor de riesgo presente para la categoría hipertensión arterial tipo I.

➤ **Riesgo de presentar un evento agudo cardiovascular en los próximos 10 años para los trabajadores de la salud**

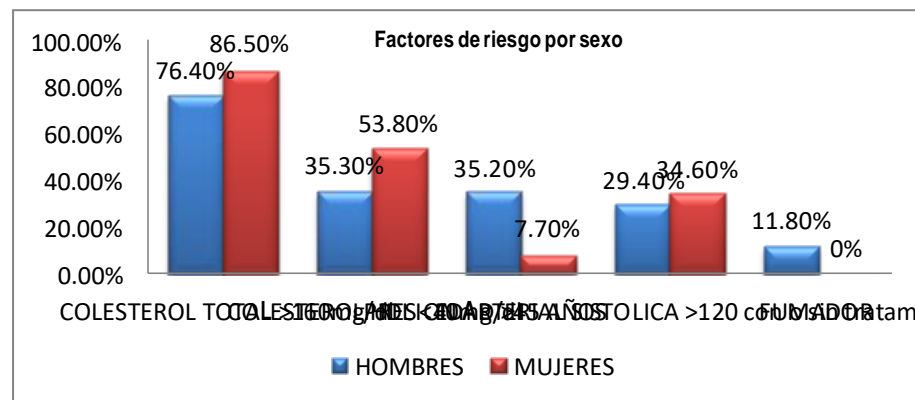
El riesgo de presentar un evento agudo cardiovascular en los próximos 10 años se calculó en la

escala basada en el Adult Treatment Panel III, JAMA 2001, la cual tiene en cuenta criterios como la edad dando un puntaje más alto a mayor edad, relaciona la edad con el nivel de colesterol, y si es fumador o no, nivel de colesterol HDL, valor de la presión arterial sistólica y si se encuentra en tratamiento antihipertensivo, estos criterios van dando un valor y al final un puntaje donde se relaciona a un porcentaje que va de <1% a >30%.

En la población masculina de los trabajadores de la salud se observa al realizar sumatoria por porcentajes de riesgos que el 29,4% tiene un riesgo del 2% de presentar un evento agudo cardiovascular en los próximos 10 años, seguidamente el 23,5% un riesgo del 1%, el 11,8% un riesgo menor del 1% y se mantiene un porcentaje de población del 5,9% en valores de riesgo del 3%, 4%, 5%, 6%, 10% y 20%, datos variables para el área asistencial y administrativa, observando mayores porcentajes de riesgo en trabajadores asistenciales. Siendo los factores de riesgo cardiovascular más frecuentes el colesterol total >160 mg/dl en menores de 70 años (76,4%), colesterol HDL <40mg/dl (35,3%), hombre mayor de 45 años (35,2%), valores de presión arterial sistólica >130mmHg sin tratamiento (29,4%) y tabaquismo (11,8%).

En la población femenina de los trabajadores de la salud se observa que el 94,2% tiene un riesgo menor del 1% de presentar un evento agudo cardiovascular en los próximos 10 años, tanto de área asistencial (80,7%) como administrativo (13,5%), seguidamente el 1,9% mantienen un riesgo del 1%, 2% y 3%; siendo los factores de riesgo cardiovascular más frecuentes el colesterol total >160 mg/dl (86,5%), colesterol HDL <40mg/dl (53,8%), valores de presión arterial sistólica >120mmHg con o sin tratamiento (34,6%), y mujer mayor de 45 años (7,7%), cabe destacar la ausencia de tabaquismo en el sexo femenino (Ver gráfico No.1).

**Gráfico 1. Prevalencia de factores de riesgo presentes según el sexo en trabajadores de la salud de la IPS de Cúcuta.**



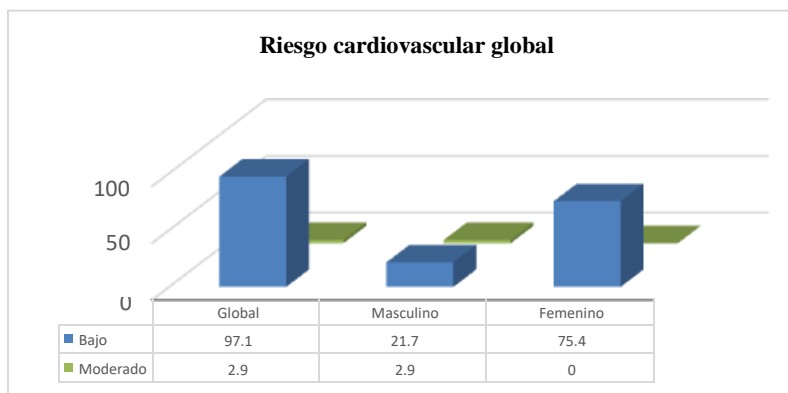
**Fuente:** Datos tabulados por los autores de la investigación.

La presencia de mayores factores de riesgo se asocia con el aumento del riesgo del desarrollo de un evento agudo/duro cardiovascular a los diez años, se evidencia que existe una probabilidad mayor en hombres del 2% de sufrir un evento agudo/duro como infarto de miocardio (IAM) o muerte coronaria, independientemente que en el estudio haya mayor población femenina, siendo en ellas el riesgo menor del 1%.

➤ **Riesgo para desarrollar una enfermedad cardiovascular en los próximos 10 años para los trabajadores de la salud**

Aplicando la clasificación para riesgo cardiovascular global como la probabilidad de padecer enfermedades cardiovasculares en los próximos 10 años, el 97,1 % de los trabajadores de la salud se categorizó en riesgo cardiovascular global bajo, de los cuales el 85,5% no supera los 45 años de edad.

**Gráfico 2. Riesgo cardiovascular global**



**CONCLUSIONES**

Dentro de los datos sociodemográficos se determina la prevalencia del sexo femenino (75%) en los trabajadores de la institución de salud, en edades jóvenes y productivas con rangos desde menores de 35 años hasta 48 años, con excepción de una mujer de 67 años, con estratos socioeconómicos mayormente bajos entre 1 y 2, siendo la mayoría (79,7%) del área asistencial con estudios técnicos (68.1%), predominando en el estado civil casados (37,7%).

En los factores de riesgo no modificables se tuvo en cuenta el sexo, la edad y la historia familiar precoz, determinando que el mayor porcentaje de población tiene edad joven (<35 años) y es femenina, la variable más influyente dentro de la valoración del riesgo cardiovascular es el antecedente familiar donde el 51,1% de las mujeres tenían un familiar de primer grado de

consanguinidad con enfermedad arterial sintomática.

La prevalencia de factores de riesgo cardiovascular modificables en el grupo de trabajadores de la salud, como la inactividad física, presión arterial elevada, hipercolesterolemia, sobrepeso y obesidad, no solo pueden ser importantes para la prevención primaria de enfermedades cardiovasculares sino también para el incremento de la expectativa de vida promedio debido a que constituyen una de las causas más importantes de discapacidad y muerte prematura en todo el mundo.

El riesgo de presentar un evento agudo/duro a los 10 años en la población de trabajadores de la salud es mayor en hombres que en mujeres. En hombres el riesgo es del 2% en un 29,4% siendo mayor en trabajadores asistenciales (17,6%) que administrativos (11,8%); en mujeres el riesgo es <1% en un 94,2% siendo también mayor en trabajadores asistenciales (80,7%) que administrativos (13,5%).

Se encontró que la mayoría de esta población de trabajadores de la salud tenía un riesgo cardiovascular global bajo, lo que hace pensar que otros factores de riesgo no incluidos en estas tablas para el cálculo como la hipertriglicéidemia y la obesidad, además, el predominio del riesgo cardiovascular global bajo pudiera estar explicado en que el 85,5% de la población a estudio no supera los 45 años y este aumenta de forma lineal directa a lo largo del rango de edad.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Oleg Chestnov et al. Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles 2014. [En línea]. WHO (SUIZA): 2005; 1-16. [Consultado 09 de Septiembre de 2015] Disponible en: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/149296/1/WHO\\_NMH\\_NVI\\_15.1\\_spa.pdf?ua=1&ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/149296/1/WHO_NMH_NVI_15.1_spa.pdf?ua=1&ua=1)
2. Castañeda Orjuela CA. Informe técnico. Carga de enfermedad por Enfermedades Crónicas No Transmisibles y Discapacidad en Colombia. [En línea]. ONS 2015; 1-222. [Consultado 09 de Septiembre de 2015] Disponible en: <http://www.ins.gov.co/lineasdeaccion/ons/SiteAssets/Paginas/publicaciones%20Informe%20ONS%20v-f1.pdf>
3. ONS. Boletín n1. Observatorio nacional de salud. Enfermedad cardiovascular: principal causa de muerte en Colombia. [En línea]. ONS 2013; 1-6. [Consultado 09 de Septiembre de 2015] Disponible en: [http://www.ins.gov.co/lineas-de-accion/ons/boletin%201/boletin\\_web\\_ONS/boletin\\_01\\_ONS.pdf](http://www.ins.gov.co/lineas-de-accion/ons/boletin%201/boletin_web_ONS/boletin_01_ONS.pdf)
4. Capewell Simon F, et al. Cardiovascular risk factor trends and potential for reducing coronary heart disease mortality in the United States of America. [En línea]. Bull World Health Organ; 88(2): 120-130. [Consultado 06 de Septiembre de 2015] Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/bwho/v88n2/v88n2a13.pdf>
5. Briceño Díaz RO, et al. ESTIMACIÓN DEL RIESGO CARDIOVASCULAR MEDIANTE EL SISTEMA SCORE EN TRABAJADORES DE SALUD. [En línea]. Rev. Medica



- Rebagliati. Vol. 5 N° 5 Enero / Marzo 2013. [Consultado 18 de Septiembre de 2015] Disponible en: [http://revistamedicarebagliati.org/estimacion\\_del\\_riesgo\\_cardiovascular.pdf](http://revistamedicarebagliati.org/estimacion_del_riesgo_cardiovascular.pdf)
6. Sveins Rincón O, et al. Valoración del riesgo cardiovascular global y prevalencia de síndrome metabólico en trabajadores de la salud del Hospital Universitario Ramón González Valencia. [En línea]. ACTA MÉDICA COLOMBIANA (29) 4. OCTUBRE-DICIEMBRE. 2004. [Consultado 25 de Agosto de 2015] Disponible en: <http://www.actamedicacolombiana.com/anexo/articulos/04-2004-05.pdf>
  7. Díaz Realpe JE, et al. Factores de Riesgo para Enfermedad Cardiovascular en Trabajadores de una Institución Prestadora de Servicios de Salud, Colombia. [En línea]. Rev. Salud publica 9 (1) 69-75. 2007. [Consultado 24 de Agosto de 2015] Disponible en: <http://www.scielo.org/pdf/rsap/v9n1/v9n1a07.pdf>
  8. Giraldo Trujillo JC, et al. Aplicación de la escala de Framingham en la detección de riesgo cardiovascular en empleados universitarios, 2008. [En línea]. Revista de Salud Pública. 2011; 13(4):633-643. [Consultado 05 de Septiembre de 2015] Disponible en: <http://www.scielo.org/pdf/rsap/v13n4/v13n4a08.pdf>
  9. Díaz Granados IL, et al. Prevalencia de factores de riesgo cardiovascular y evaluación del riesgo cardiovascular global en trabajadores de la Universidad Libre seccional Barranquilla, 2010 (Colombia). [En línea]. Salud Uninorte 2013 01;29(1). [Consultado 05 de Septiembre de 2015] Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/sun/v29n1/v29n1a07.pdf>
  10. Lobos Bejarano JM, Brotons Cuixart C. Factores de riesgo cardiovascular y atención primaria: evaluación e intervención. [En línea]. Vol. 43. Núm. 12. Diciembre 2011. [Consultado 05 de octubre de 2015] Disponible en: [http://apps.elsevier.es/watermark/ctl\\_servlet? f=10&pident articulo=90055363&pident usuario=0&pcontactid=&pident revista=27&ty=94&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=27v43n12a90055363pdf001.pdf](http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet? f=10&pident articulo=90055363&pident usuario=0&pcontactid=&pident revista=27&ty=94&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=27v43n12a90055363pdf001.pdf)
  11. Alegría Ezquerro E, et al. Estratificación del riesgo cardiovascular: importancia y aplicaciones. [En línea]. Rev Esp Cardiol Supl. 2012; 12(C):8-11 - Vol. 12. [Consultado 05 de octubre de 2015] Disponible en: [http://pdf.revespcardiol.org/watermark/ctl\\_servlet? f=10&pident articulo=90200648&pident usuario=0&pcontactid=&pident revista=25&ty=29&accion=L&origen=cardio&web=www.revespcardiol.org&lan=es&fichero=25v12nSupl.3a90200648pdf001.pdf](http://pdf.revespcardiol.org/watermark/ctl_servlet? f=10&pident articulo=90200648&pident usuario=0&pcontactid=&pident revista=25&ty=29&accion=L&origen=cardio&web=www.revespcardiol.org&lan=es&fichero=25v12nSupl.3a90200648pdf001.pdf)
  12. Ley 911 de 2004 [En línea]. [Consultado 03 de enero de 2017] Disponible en: <http://www.tribdepetico.com/documentos/LEY%20911%20DE%202004.pdf>
  13. Sabán Ruiz J, et al. Introducción al riesgo cardiovascular. Estudio Framingham: Control global del riesgo cardiometabólico. [En línea]. 2012; 49(1):848-861 [Consultado 18 de Septiembre de 2015]. Disponible en: [https://books.google.com.co/books?id=JybKVAsuchgC&pg=PA31&dq=EPIDEMIOLOGIA+DE+LA+ENFERMEDAD+CARDIOVASCULAR&hl=es&sa=X&ved=0CB8Q6AEwAWoVChMIlq6J\\_fe6yAIVil4eCh079QuC#v=onepage&q=EPIDEMIOLOGIA%20DE%20LA%20ENFERMEDAD%20CARDIOVASCULAR&f=false](https://books.google.com.co/books?id=JybKVAsuchgC&pg=PA31&dq=EPIDEMIOLOGIA+DE+LA+ENFERMEDAD+CARDIOVASCULAR&hl=es&sa=X&ved=0CB8Q6AEwAWoVChMIlq6J_fe6yAIVil4eCh079QuC#v=onepage&q=EPIDEMIOLOGIA%20DE%20LA%20ENFERMEDAD%20CARDIOVASCULAR&f=false)

## COMPETENCIA PARA CUIDAR EN EL HOGAR DE LA DIADA PACIENTE CRÓNICO - CUIDADOR. ÁREA METROPOLITANA DE BUCARAMANGA.

Laura Andrea Díaz-Mayorga\*  
María Stella Campos de Aldana\*\*  
Silvia Liliana Ruiz-Roa\*\*\*

### RESUMEN:

**INTRODUCCIÓN:** Las enfermedades crónicas no transmisibles son la principal causa de morbimortalidad a nivel mundial, nacional y local. Éstas son enfermedades de larga duración y producen dependencia, requiriendo un cuidador que en la mayoría de las ocasiones es un familiar. **Objetivo:** Evaluar la competencia para el cuidado en el hogar de la diada: paciente en situación de cronicidad-cuidador familiar al egreso de una institución de salud del área Metropolitana de Bucaramanga. **Métodos:** Estudio cuantitativo, descriptivo, observacional de corte transversal, desarrollado entre el 2016 y 2017. La muestra la constituyeron 51 diadas. Se emplearon instrumentos validados en esta población que permitieron determinar el perfil sociodemográfico de la diada, así como la competencia para el cuidado evaluando seis dimensiones: Conocimiento, Unicidad, Instrumental, Disfrute, Anticipación y Relación social. Los datos fueron analizados empleando estadística descriptiva. **Resultados:** Los cuidadores (74,5 %) y pacientes (58,8 %) fueron predominantemente del género femenino. La enfermedad crónica más prevalente en los pacientes fue la hipertensión arterial (60%). La competencia para el cuidado observada fue baja en cuidadores familiares (44.7%) y en pacientes (60%). **Conclusiones:** La evidente baja competencia para el cuidado observada en la diada paciente crónico- cuidador familiar demuestra la importancia del profesional de enfermería intervenir con estrategias educativas durante el egreso hospitalario considerando factores que aumentan la sobrecarga de cuidado como bajos niveles de escolaridad y estrato socioeconómico para prevenir complicaciones que afecten la salud del paciente y el bienestar del cuidador, garantizando la continuidad, seguridad e integralidad del cuidado en el hogar.

**Palabras clave:** Enfermedad crónica – Atención al paciente - Cuidador familiar -

### INTRODUCCIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud, en los últimos años se ha generado una alarma mundial por el incremento de la enfermedad crónica no trasmisible considerándolas un problema de salud pública, representando la principal causa de muerte en el mundo,

\* Estudiante de Enfermería, Semillero Cuidemos, Universidad de Santander- UDES, Bucaramanga, Santander, Colombia.

\*\* Docente del Programa de Enfermería, Universidad de Santander-UDES, Bucaramanga, Santander, Colombia.

\*\*\* Docente del Departamento de Atención Clínica y Rehabilitación, Universidad Francisco de Paula Santander-UFPS, San José de Cúcuta, Norte de Santander, Colombia.



especialmente en países en desarrollo, adicionalmente, son patologías complejas que se prolongan en el tiempo y demandan apoyo de cuidado [1].

En un informe realizado por Ramírez [2] concluyó que, en Colombia, las condiciones crónicas, en los últimos 20 años, han constituido uno de los principales problemas de salud pública, generando impacto en la población con debilidad social y económica según lo refiere en una investigación realizada por Gallardo, Benavidez, Rosales (2016) [3]. lo que ratifica la preocupación a nivel mundial, siendo este el mayor reto del milenio. La Organización Panamericana de la Salud junto con la OMS han identificado los objetivos programáticos y las políticas que en forma efectiva buscan prevenir y controlar las condiciones crónicas en las Américas.

Carrillo y colaboradores (2016) documentaron que la competencia para el cuidado en el hogar se define teóricamente como la capacidad, habilidad y preparación que tiene la persona con enfermedad crónica y/o cuidador familiar para ejercer la labor de cuidado en el hogar, la cual se puede cuantificar a través de la aplicación del instrumento Competencia de Cuidado en el hogar de la diada paciente cuidador que consta de 60 ítems que se miden en la escala tipo Likert con puntajes de 0 (nunca), a 3 (siempre o casi siempre) los cuales son referidos por los participante [4]. Este instrumento comprende de seis categorías que se describen bajo el acróstico CUIDAR: conocimiento, unicidad, instrumental, disfrutar (bienestar), anticipación y relación social [4].

La presente investigación, forma parte del marco del proyecto Plan de Egreso: herramienta eficaz en el cuidado de la diada persona cuidador familiar en situación de cronicidad de Bucaramanga y su área metropolitana de la convocatoria interna N° 25 del 2016; pertenece al grupo de investigación Everest y la línea de cuidado comunitario del Programa de Enfermería de la Universidad de Santander UDES y a la Red Latinoamericana de cuidado al paciente crónico y su familia

## **OBJETIVO GENERAL**

Evaluar la competencia para el cuidado en el hogar de la diada paciente-cuidador familiar en situación de cronicidad en una institución de salud del área Metropolitana de Bucaramanga.

## **METODOLOGÍA**

Estudio cuantitativo, descriptivo, observacional y de corte transversal, desarrollado entre el 2016 y 2017, la población y muestra la constituyen 51 diadas. se empleo la encuesta GCPC-UN-D que permitió caracterizar al paciente y cuidador se utilizó estadística descriptiva con presentación de frecuencias absolutas y relativas y el instrumento competencia para el cuidado versión larga se presentaron los datos mediante estadística descriptiva utilizando medidas de tendencia central y de dispersión para la totalidad del instrumento y las dimensiones adicionalmente se analizaron a partir de los niveles de estratificación propuestos: alto medio y bajo.

Los datos obtenidos en este estudio univariado, ficha de caracterización de la diada paciente cuidador e instrumento de competencia para el cuidado versión larga 60 ítems, fueron trasladados



a una base de datos de Excel y analizados en el programa EpiData Análisis V2.2.2.186.

El estudio conto con los respectivos avales institucionales de la Universidad de Santander y la IPS San Juan de Dios de Floridablanca Santander y la resolución 8430 del 4 de octubre de 1993.

**RESULTADOS**

En la tabla 1 se observa que el género prevalente del cuidador fue el femenino (74 %), con edades entre los 32-52 años (41 %), el nivel educativo más frecuente fue el bachiller (4%), estrato socioeconómico 2 (60.8 %) y el 47% con estado civil casado. En los pacientes el 59 % fueron de género masculino con edades entre los 78-90 años (52 %) y un nivel de escolaridad de primaria (60 %).

*Tabla 1. Caracterización sociodemográfica*

<b>Variable</b>	<b>Cuidador</b>		<b>Paciente</b>	
<b>Edad</b>	19-31 años	24%	52-68 años	22%
	35-52 años	41%	70-77 años	25%
	53-68 años	34%	78-90 años	52 %
<b>Genero</b>	Femenino	74 %	Masculino	59 %
	Masculino	25 %	Femenino	41 %
<b>Escolaridad</b>	Bachiller	47 %	Primaria 60 %	Desescolarizados 39 %
	Primaria	17 %		
	Bachiller incompleto	12 %		
	Técnico	12 %		
	Desescolarizado	12 %		
<b>Estrato Socioeconómico</b>	Estrato 2	60.8%	Estrato 2	60,8 %
	Estrato 1	25,5 %	Estrato 1	25,5 %
	Estrato 3	13,7 %	Estrato 3	13,7%
<b>Estado civil</b>	Casados	47 %	Viudos	51%
	Solteros	27 %	Casados	27.5 %
	Unión Libre	16 %	Solteros	9.8 %
	separados	6 %	Unión libre	7.8 %
	viudos	4 %	separados	3.9%

En la tabla 2 el perfil PULSES permitió identificar que el 43.1% de los pacientes tenían un nivel de dependencia alto lo que se traduce en sobrecarga de cuidado. El SPMSQ reportó que el 48% de los pacientes poseían una memoria intacta.

*Tabla 2: Caracterización clínica*

	<b>Cuidador</b>	<b>Paciente</b>
<b>PERFIL PULSES</b>	Bajo 98%	Alto 43.1 %
	Alto 2 %	Bajo 39.2 %
	Medio	Medio 17.6 %





<b>SPMSQ</b>	Intacta 98 %	Intacta 48 %
	Mínima 2 %	Mínima 25 %
		Moderada 26 %
		Severa 1 %
<b>Patologías</b>	HTA 41 %	HTA 64 %
	Sanos 33 %	DM 22 %
	DM 24 %	EPOC 13 %
	Otros 2 %	Otros 1 %

Por otro lado, en la tabla 3 se muestra que la Competencia para CUIDAR de la diada es baja en el paciente (82 %) y el cuidador (45%).

*Tabla 3: Instrumento competencia para el cuidado(CUIDAR)*

<b>Dimensión</b>	<b>Cuidador</b>	<b>Paciente</b>
<b>Conocimiento</b>	Alto 52 %	Alto 8 %
	Medio 38 %	Medio 28 %
	Bajo 10 %	Bajo 64 %
<b>Unicidad</b>	Alto 32 %	Alto 2 %
	Medio 23 %	Medio 14 %
	Bajo 45 %	Bajo 84 %
<b>Instrumental</b>	Alto 29 %	Alto 0 %
	Medio 26 %	Medio 30 %
	Bajo 45 %	Bajo 70 %
<b>Disfrute</b>	Alto 45 %	Alto 29 %
	Medio 35 %	Medio 8 %
	Bajo 20 %	Bajo 63 %
<b>Anticipación</b>	Alto 35.3 %	Alto 7 %
	Medio 27.7 %	Medio 31 %
	Bajo 37 %	Bajo 62 %
<b>Relación Social</b>	Alto 40 %	Alto 14 %
	Medio 20 %	Medio 16 %
	Bajo 40 %	Bajo 70 %
<b>COMPETENCIA PARA CUIDAR</b>	Alto 32 %	Alto 8 %
	Medio 23 %	Medio 10 %
	Bajo 45 %	Bajo 82 %

### CONCLUSIONES

En referencia a las características sociodemográficos se observa mayor prevalencia del género femenino dedicado al cuidado, similar al estudio realizado por Montalvo [5], con bajos niveles de escolaridad y estratos socioeconómicos que le impiden a la diada tener calidad de vida relacionado a los resultados del estudio de Carrillo, Díaz y Herrera [6]



La competencia para el cuidado en el hogar en las 6 dimensiones es baja, similar al estudio realizado por Aldana [7], por lo tanto, es importante que durante el plan de egreso la enfermera brinde educación a la diada en temas como: patología, medicación, procedimientos, grupos de apoyo para prevenir complicaciones del estado de salud del paciente y el bienestar del cuidador y de esta forma garantizar la continuidad, seguridad e integralidad del cuidado.

El sistema de salud colombiano debe mejorar la equidad y fortalecer la justicia social, a través de un mejor acceso, seguridad, continuidad en las intervenciones y tratamientos de las personas con ECNT, convirtiéndose en un soporte social para quienes realizar la labor de cuidado [8].

Es fundamental que el profesional de enfermería continúe realizando investigaciones de competencia de cuidado en pacientes con enfermedad crónica no transmisible y su respectivo cuidador familiar, analizando los factores asociados a los niveles de competencia para brindar cuidados basados en destrezas, habilidades e identificación de riesgo, que contribuyan a la formulación de nuevas políticas de salud pública.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Avila Toscano JH, Vergara Mercado M. Quality of Life of Informal Caregivers of Chronically ill persons.2014; 14(3): 417-429.
2. Documento técnico del proyecto de desarrollo de autonomía para la prevención y control de condiciones crónicas en el distrito capital plan de intervenciones colectivas.SDS.2009.
3. Gallardo Solarte K, Benavidez Acosta FP, Rosales Jiménez R. Costos de la enfermedad crónica no transmisible: La realidad colombiana.2016;14(1):103-114.
4. Carrillo Gonzales GM, Barreto Osorio RV, Arboleda LB, Gutiérrez Lesmes OA, Melo BG, Tamarra Ortiz V. Competence for Home Health Care in Colombian People With Chronic Llness and their Caregivers. 2015; 63(4): 668-75.
5. Montalvo A, Florez Torres IE. Características de los cuidadores de personas en situación de cronicidad. Cartagena (Colombia)un estudio comparativo.2008; 24 (2):181-190.
6. Carrillo GM, Chaparro Díaz L, Sánchez Herrera B. The burden of care in family caregivers of patients with chronic illiness in the Colombian Pacific Coast.2014; xx (2):83-91.
7. Aldana EA, Barrera V, Rodríguez J, Konniev A, Gómez O, Carrillo M. Competencia para el cuidado (CUIDAR) en el hogar de personas con enfermedad renal crónica en hemodiálisis .2016; 19(3): 265-273.
8. Universidad Nacional de Colombia. Habilidad de cuidado y carga de cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica. Bogotá (Colombia): UNAL; 2016.Tesis de grado: 68.
9. Hui X, Cheng C, Yisheng T, Jie Z, Delprino R. Quality of life in Chinese family caregivers for elderly People with chronic diseases. 2016; 14:99.
10. Aponte Garzón LH, Pinzon Rocha ML, Galvis López CR. Nivel de funcionalidad de los enfermos crónicos y su relación con la calidad de vida de los cuidadores informales, Villavicencio (Colombia).2014;(33):191-200.



III.

Anexos











