

INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA

Manuel Velasco Suárez



Revista de Enfermería Neurológica



ISSN - 1870-6592 • e-ISSN: 2954-3428 Indexado en: Base de datos CUIDEN (Granada, España)

enero - abril 2023

Vol. 22 **N.1**

DIRECTORIO



INSTITUTO NACIONAL DE
NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA
MANUEL VELASCO SUÁREZ

DR. ÁNGEL ANTONIO ARAUZ GÓNGORA
Director General

DR. EDGAR NATHAL VERA
Director Médico

DRA. FABIOLA EUNICE SERRANO ARIAS
Directora de Enseñanza

DR. BENJAMIN PINEDA OLVERA
Director de Investigación

DR. RAMIRO GILBERTO RUIZ GARCÍA
Subdirector de Enseñanza

DRA. ELIZABETH LEÓN MANRIQUEZ
Jefa del Depto. de Publicaciones Científicas

Revista de Enfermería Neurológica

Comité Editorial

DIRECTORA EJECUTIVA

Mtra. Martha Elena Castillo Trejo

FUNDADORA

Mtra. Hortensia Loza Vidal

EDITORA

Lic. Guisety López Cantera <http://orcid.org/0000-0001-7680-2948>

EDITORAS ADJUNTAS

Mtra. Gloria Ortiz López

Mtra. E. Patricia Zamora Ruiz

Dra. Ma. Guadalupe Nava Galán

Mtra. Monserrat Castelán Flores

CUIDADO A LA EDICIÓN

Lic. Mariela Perez Castañeda

TRADUCTOR

Mtro. Alejandro Belmont Molina <https://orcid.org/0000-0002-4722-8841>

Lic. Mariela Perez Castañeda

DISEÑO Y FORMACIÓN EDITORIAL

Mara Isabel Ramírez Naranjo <https://orcid.org/0000-0002-1983-0915>

TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN

Lic. Mario Orlando Solis Solis

Revista de Enfermería Neurológica

Comité Editorial

Comité Evaluador Internacional

Dra. Rafaela Camacho Bejarano

Universidad de Huelva España

<https://orcid.org/0000-0003-0716-5038>

Mtra. Antonia Campolongo Perillo

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau Institut de Recerca, Barcelona, Catalunya, España

<https://orcid.org/0000-0002-7962-3264>

Dra. Amélia Costa Mendes

Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade De São Paulo, Brasil

<https://orcid.org/0000-0002-0704-4319>

Mag. Mónica Isabel Hanna Lavalle

Universidad de Córdoba, Colombia

<https://orcid.org/0000-0003-4118-761X>

Dr. Augusto Hernán Ferreira-Umpiérrez

Facultad de Ciencias de la Salud, Departamento de Ciencias de la Enfermería, Universidad Católica del Uruguay, Montevideo, Uruguay

<https://orcid.org/0000-0002-2088-382X>

Dra. Ma. José López Montesinos

Universidad de Murcia, España

<https://orcid.org/0000-0001-6084-2670>

Dra. Stefany Ortega Pérez

Universidad del Norte, Colombia

<https://orcid.org/0000-0003-3058-5161>

Dra. Maria Helena Palucci Marziale

Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade De São Paulo, Brasil

<https://orcid.org/0000-0003-2790-3333>

Dra. Ana Luísa Petersen Cogo

Universidade Federal Do Rio Grande Do Sul, Brasil

<https://orcid.org/0000-0003-2168-7801>

Dra. Edith E. Rivas Riveros

Universidad de la Frontera, Temuco, Chile

<https://orcid.org/0000-0002-9832-4534>

Mtra. Anabel Sarduy Lugo

Universidad Estatal Península de Santa Elena, Ecuador

<https://orcid.org/0000-0001-7666-7846>

Revista de Enfermería Neurológica

Comité Editorial

Mtra. Mirelys Sarduy Lugo

Hospital Provincial Pediátrico Universitario José Luis Miranda

<https://orcid.org/0009-0009-1749-9403>

Dra. Catalina Sepúlveda Rivas

Universidad Mayor, Sede Temuco

<http://orcid.org/0000-0002-5256-2270>

Mag. Rosana Tessa

Universidad Católica del Uruguay, Uruguay

<https://orcid.org/0000-0002-0516-9222>

Dra. Sandra Valenzuela Suazo

Facultad de Enfermería, Universidad de Concepción, Chile

<https://orcid.org/0000-0002-1308-4835>

Comité Evaluador Nacional

Dra. Adela Alba Leonel

Facultad de Enfermería y Obstetricia, Universidad Nacional Autónoma de México

<https://orcid.org/0000-0001-9359-9590>

Dra. Carmen Lasty Balseiro Almario

Facultad de Enfermería y Obstetricia, Universidad Nacional Autónoma de México

<https://orcid.org/0000-0002-3484-432X>

Dra. María Candelaria Betancourt Esparza

Universidad Autónoma de San Luis Potosí

<https://orcid.org/0000-0003-3956-2003>

Mtra. Miriam Bretado de los Ríos

Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, Universidad Nacional Autónoma de México

<https://orcid.org/0000-0002-8127-1384>

Mtra. Beatriz Carmona Mejía

Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, Universidad Nacional Autónoma de México

<https://orcid.org/0000-0003-2831-1313>

Revista de Enfermería Neurológica

Comité Editorial

Mtra. Marisol Castro Serrato

Hospital de PEMEX Central Sur

Dra. Sofía Cheverría Rivera

Universidad Autónoma de San Luis Potosí

<https://orcid.org/0000-0003-1099-8719>

Dra. Silvia Crespo Knopfler

Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, Universidad Nacional Autónoma de México

<https://orcid.org/0000-0002-7720-7187>

Mtra. Belinda de la Peña León

Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, Universidad Nacional Autónoma de México

<https://orcid.org/0000-0002-2579-7699>

Mtra. Erika Rossi Díaz Benítez

Hospital General de Zona No. 32, Instituto Mexicano del Seguro Social

Instituto Nacional de Cardiología "Ignacio Chávez"

<https://orcid.org/0000-0001-6458-4998>

Dra. María del Carmen Escalante Membrillo

Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez

<https://orcid.org/0009-0004-5452-4720>

Mtra. Ma. Rosy Fabián Victoriano

Hospital General Dr. Manuel Gea González

<https://orcid.org/0000-0002-2026-0331>

Dr. Luis Manuel Fernández Hernández

Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, Universidad Nacional Autónoma de México

Mtra. Ma. del Carmen Gómez Lucio

Centro Oncológico Estatal ISSEMyM

<https://orcid.org/0000-0001-5465-1560>

Dra. María Susana González Velázquez

Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, Universidad Nacional Autónoma de México

<https://orcid.org/000-0002-5851-4886>

Dra. Alejandra Hernández Castañón

Universidad Autónoma de Querétaro

Revista de Enfermería Neurológica

Comité Editorial

Dra. Sandra Hernández Corral

Instituto Nacional de Rehabilitación "Luis Guillermo Ibarra"

<http://orcid.org/0000-0003-4292-2380>

Mtra. Pamela Edith Juárez Beltrán

Instituto Mexicano del Seguro Social

<https://orcid.org/0000-0003-0340-5479>

Dra. Martha Landeros López

Universidad de San Luis Potosí

<https://orcid.org/0000-0002-5035-3715>

Dr. Erick Alberto Landeros Olvera

Benemérita Universidad Autónoma de Puebla

<https://orcid.org/0000-0001-6270-1759>

Dra. María Luisa Leal García

Universidad Autónoma de Querétaro

<https://orcid.org/0000-0002-4511-2052>

Dr. Benjamín López Nolasco

Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo

<https://orcid.org/0000-0003-4566-214X>

Mtra. Silvia Macario Hernández

Hospital General Dr. Manuel Gea González

Mtra. Ariana Maya Sánchez

Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo

<https://orcid.org/0000-0002-6479-2524>

Dra. Laura Morán Peña

Asociación Latinoamericana de Escuelas y Facultades de Enfermería, Facultad de Enfermería y Obstetricia, Universidad Nacional Autónoma de México

<https://orcid.org/0000-0002-7072-742X>

Dra. María Guadalupe Moreno Monsiváis

Facultad de Enfermería, Universidad Autónoma de Nuevo León

<https://orcid.org/0000-0002-7152-0244>

Samantha Naranjo Álvarez

Hospital General Regional No. 1, Querétaro, Instituto Mexicano del Seguro Social

Revista de Enfermería Neurológica

Comité Editorial

Mtro. Héctor Nebot García

Academia Nacional Mexicana de Bioética A.C.

Dra. Yedith Isaura Olea Torres

Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, Universidad Nacional Autónoma de México

Dr. Juan Pineda Olvera

Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Universidad Nacional Autónoma de México

<https://orcid.org/0000-0003-4552-7714>

Mtro. Gerardo Pluma Bautista

Universidad Tecnológica de Nezahualcóyotl

Dra. Gandhi Ponce Gómez

Facultad de Enfermería y Obstetricia, Universidad Nacional Autónoma de México

<https://orcid.org/0000-0002-1532-8207>

Dra. Natalia Ramírez Girón

Universidad de las Américas Puebla

<https://orcid.org/0000-0002-8312-6287>

Mtra. Mtra. Martha Ranauro García

Universidad Autónoma de San Luis Potosí

<https://orcid.org/0000-0003-4151-0245>

Dra. Virginia Reyes Audiffred

Facultad de Enfermería y Obstetricia, Universidad Nacional Autónoma de México

<https://orcid.org/0000-0002-9366-9883>

Dr. Alejandro Rodríguez Camacho

Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez

<https://orcid.org/0000-0002-0486-4039>

Dr. Ariel Alejandro Rodríguez García

Universidad Nacional Autónoma de México

<https://orcid.org/0000-0001-5779-0371>

Dr. Ernesto Roldan Valadez

Universidad Panamericana

<https://orcid.org/0000-0002-7116-5289>

Mtra. Teresa Sánchez Estrada

Facultad de Enfermería y Obstetricia, Universidad Nacional Autónoma de México

<https://orcid.org/0000-0001-5294-0182>

Revista de Enfermería Neurológica

Comité Editorial

Dr. Nicolas Santiago González

Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca

<https://orcid.org/0000-0002-1999-5541>

Dra. Sandra Magdalena Sotomayor Sánchez

Facultad de Enfermería y Obstetricia, Universidad Nacional Autónoma de México

<https://orcid.org/0000-0002-8048-5284>

Dra. Rosa A. Zárate Grajales

Facultad de Enfermería y Obstetricia, Universidad Nacional Autónoma de México

<https://orcid.org/0000-0002-9264-8490>

Comité Evaluador Institucional

Mtro. Alejandro Belmont Molina

<https://orcid.org/0000-0002-4722-8841>

Mtra. Araceli Bernal González

<https://orcid.org/0000-0002-1204-9050>

Mtra. Monserrat Castelán Flores

<https://orcid.org/0009-0005-8013-2250>

Dra. Gloria Guzmán Hernández

Mtra. Verónica Jalapa Nicasio

Dra. Ma. Guadalupe Nava Galán

<https://orcid.org/0000-0003-0682-8514>

Mtra. Gloria Ortiz López

<https://orcid.org/0000-0002-4180-0798>

MRN. Irene Quiza Tomich

<https://orcid.org/0009-0000-6033-5492>

Dra. Sara Santiago García

<https://orcid.org/0000-0002-6963-4808>

MRN. Roció Valdez Labastida

<https://orcid.org/0000-0001-6232-7453>

Mtra. Adriana Yonca Moreno

Mtra. E. Patricia Zamora Ruíz

<https://orcid.org/0000-0002-8037-789X>

No. 1 2023

Contents Contenido

EDITORIAL

The importance of multidisciplinary research work in nursing

La importancia del trabajo multidisciplinario de investigación en enfermería
Carlos Alberto Aguilar Palomeque

3-4

ORIGINAL ARTICLE ARTICULO ORIGINAL

Nursing specialization in anesthesiology and resuscitation as a training need in Cuba

Especialización de enfermería en anestesiología y reanimación como necesidad formativa en Cuba
Yuleidy Fernández Rodríguez, Mirelys Sarduy Lugo, Anabel Sarduy Lugo

5-16

Experiences of the family caregiver with the use of Information and Communication Technologies: Implementation of an educational intervention

Experiencias del cuidador familiar con la utilización de las Tecnologías de la Información y la Comunicación: implementación de una intervención educativa
Ana María Olivares Roldan, Virginia Reyes Audiffred

17-30

Humanized care of the nursing professional in the care of hospitalized cancer patients

Cuidado humanizado del profesional de enfermería en la atención del paciente oncológico hospitalizado
María del Carmen Gómez Lucio

31-46

Level of adaptation and anxiety in older adults during confinement due to COVID-19 in Tepetitlán, Hidalgo

Nivel de adaptación y ansiedad en adultos mayores durante el confinamiento por COVID-19 en Tepetitlán, Hidalgo
Raul Huitron Narváez, Diana Laura García Mendoza, Zazzil Alexa Callejas García, Benjamín López Nolasco, Ariana Maya Sánchez, Gabriela Maldonado Muñiz,

47-55

Original ARTICLE
ARTICULO ORIGINAL

Pressure lesions: incidence in critical patient with pneumonia due to SARS-CoV-2 in response to decubitus prone position during COVID-19 pandemic

Lesiones por presión: la incidencia en el paciente crítico con neumonía por SARS-CoV-2, en respuesta a la estrategia del decúbito prono durante la pandemia COVID-19

Abraham Medrano Godoy, Marissa de Lourdes Becerra Pérez

56-69

Clinical competence of nursing staff for the management of intradialytic hypotension in the hemodialysis service of the Naval Medical Center

Competencia clínica del personal de enfermería para el manejo de la hipotensión arterial intradialítica en el servicio de hemodiálisis del Centro Médico Naval

Ángel Citalán Morales, Isidora Gallardo García, Jesús López Rivera

70-83

Working conditions of nursing professionals in a second level hospital in México City

Condiciones de trabajo de los profesionales de enfermería en un hospital de segundo nivel en la Ciudad de México

Carmen Lasty Balseiro Almario, Wendy Melina Suasto Gómez, María Adriana Chaparro Sánchez, Yohyotzin Edgar Tapia Juárez, Nayelli Aguilera Padilla, Margarita Hernández Zavala

84-92

Clinic case
Caso clínico

Negative Pressure System as a Thoracic Window Treatment: a Case report

Sistema de presión negativa como tratamiento de la ventana torácica: informe de un caso

Catalina Santana Romero, Nicolás Santiago González, Yadira Martínez López, Nancy Antonio Francisco, Carolina Raquel Tortolero Sánchez, Danna Betzabe González Olivares, Gabriela Espinosa Jiménez

93-99



The importance of multidisciplinary research work in nursing

La importancia del trabajo multidisciplinario de investigación en enfermería

La investigación en enfermería tiene la misión de mejorar la salud y el bienestar general de las personas. No se limita a la generación de conocimiento, sino que busca la integración de buenas prácticas clínicas y la educación continua. Para lograrlo es necesario identificar las necesidades insatisfechas de los pacientes, lo que a su vez contribuirá a mejorar el servicio y la calidad de la experiencia que se brinda al paciente.

Una de las formas más exitosas de fomentar la adquisición de habilidades, capacidades y conocimiento especializado es motivar a todo el personal de enfermería a involucrarse directamente en la investigación clínica o interactuar con las y los investigadores, independientemente de su nivel de educación o experiencia.

El conocimiento resultante de la investigación proporciona la evidencia necesaria para la toma de decisiones informadas, y la elaboración de prácticas y recomendaciones de manejo del paciente. Ahora bien, su implementación exitosa requiere de un equipo multidisciplinario enfocado en el desarrollo de intervenciones para los diferentes servicios de enfermería. Asimismo, es fundamental contar con los recursos humanos adecuados, así como con la preparación, experiencia y conocimiento necesarios para guiar y supervisar el planteamiento de preguntas de investigación, ideas o procesos innovadores. Mediante el entrenamiento se puede enseñar a evaluar la calidad de la evidencia recolectada, llevar a cabo revisiones de la literatura científica, discernir la calidad de la investigación, identificar limitaciones o sesgos en los artículos publicados y sintetizar los datos para convertir la evidencia científica en prácticas clínicas.

La colaboración con otros profesionales de la salud es fundamental para formular nuevos métodos de cuidado y atención. La ciencia enfocada en atender los síntomas y necesidades de los pacientes tiene el potencial de mejorar su calidad de vida, de sus cuidadores y sus familias. Esto solo se logra creando un ambiente óptimo para la correcta ejecución y comunicación de las intervenciones. El camino comienza con el trabajo en equipo, en el cual convergen múltiples disciplinas en busca de un objetivo común.

Correspondencia: Carlos Alberto Aguilar Palomeque

Email: carlos.palomeque@innn.edu.mx

Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez

Unidad de Imagen Molecular PET/CT

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4321-2516>

La importancia del trabajo multidisciplinario de investigación en enfermería

The importance of multidisciplinary research work in nursing

Nursing research has the mission of improving human health and the overall well-being of individuals. It is not limited to generating knowledge; it seeks integration of good clinical practices and continuous education. To achieve this, it is necessary to identify unmet patient needs and thereby improve service and quality of the experience provided to patients.

One of the most successful ways to encourage the acquisition of skills, abilities and specialized knowledge is to motivate all nursing personnel to directly participate in clinical research or interact with researchers, regardless of their level of education or experience.

The knowledge obtained as a result of research provides the necessary evidence for informed decision-making, development of practices and patient management recommendations. An effective implementation requires a multidisciplinary team focused on developing interventions for all nursing services. It is essential to have the human resources, preparation, experience and knowledge to guide and supervise the formulation of research questions, innovative ideas or processes. With training, it is possible to teach how to evaluate the quality of collected evidence, conduct a review of scientific literature, discern research quality, identify limitations or biases in published articles, and synthesize data to turn scientific evidence into clinical practices.

It is through collaboration with other healthcare professionals that new methods of care and attention can be discovered. Science focused on addressing the symptoms and needs of patients has the potential to improve their quality of life, as well as that of their caregivers and families throughout their lives. This can only be achieved by creating an optimal environment for the proper implementation and communication of interventions. This quest commences through collaborative teamwork, a journey where multiple domains of knowledge converge in pursuit of a shared objective.

Correspondencia: Carlos Alberto Aguilar Palomeque

Email: carlos.palomeque@innn.edu.mx

Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez

Unidad de Imagen Molecular PET/CT

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4321-2516>



Artículo original

Nursing specialization in anesthesiology and resuscitation as a training need in Cuba

Especialización de enfermería en anestesiología y reanimación como necesidad formativa en Cuba

Yuleidy Fernández Rodríguez¹Mirelys Sarduy Lugo²Anabel Sarduy Lugo³

Abstract

Introduction: Postgraduate specialties constitute the academic training that provides the professional with the updating, deepening, improvement or expansion of labor competencies for the care performance that is required.

Objective: to explore the perception of certified nurses for the practice of anesthesiology on the need to train specialist nurses in anesthesiology and resuscitation.

Methods: A qualitative study of the Convergent Care Research type was carried out in the Teaching and Research Department of the Provincial Pediatric University Hospital of Villa Clara, Cuba between the months of January and March of the year 2022. The universe was composed of 100 nursing professionals. certificates in anesthesiology and the sample selected through a proven theory was made up of 80. Informal interviews and discussion groups were conducted as instruments in the investigative process.

Results: the participants will perceive as necessary the training of specialist nurses in anesthesiology, resuscitation and pain relief. The strategies to achieve this training must be directed to its approval by the postgraduate instances of the Ministry of Public Health and the Ministry of Higher Education.

Conclusions: They perceive as peremptory the training of specialist nurses in anesthesiology and resuscitation, since it will allow guaranteeing the adequate renewal of this human resource, having trained nurses capable of providing optimal anesthesiology care, reaching a higher professional level that places them parallel to other areas of care and training younger human resources who have a higher level of preparation in this specialty.

Keywords: Specialized nurses, postgraduate nursing education, postgraduate health programs, nurse anesthetists

Citación: Fernández Rodríguez Y, Sarduy Lugo M, Sarduy Lugo A. Especialización de enfermería en anestesiología y reanimación como necesidad formativa en Cuba. Rev Enferm Neurol.2023;22(1): pp. 5-16

Correspondencia: Yuleidy Fernández Rodríguez

Email: yuleidyfr@infomed.sld.cu

¹Hospital Provincial Clínico-Quirúrgico Celestino Hernández Robau

²Hospital Provincial Pediátrico Universitario José Luis Miranda

³Universidad Estatal Península de Santa Elena

Recibido: 22 noviembre 2022

Aceptado: 16 marzo 2023



Resumen

Introducción: Las especialidades de posgrado constituyen la formación académica que le proporciona al profesional la actualización, profundización, perfeccionamiento o ampliación de las competencias laborales para el desempeño asistencial que requiere.

Objetivo: Explorar la percepción de los enfermeros certificados para la práctica de la anestesiología sobre la necesidad de la formación de enfermeros especialistas en anestesiología y reanimación.

Métodos: Se realizó un estudio cualitativo, de tipo Investigación Convergente Asistencial en el Departamento de Docencia e Investigación del Hospital Provincial Pediátrico Universitario de Villa Clara, Cuba, entre los meses de enero y marzo del año 2022. El universo estuvo compuesto por 100 profesionales de enfermería certificados en anestesiología, y la muestra seleccionada a través de un muestreo teórico quedó constituida por 80. Se realizaron entrevistas informales y ocho grupos de discusión en el proceso investigativo.

Resultados: Los participantes perciben como necesaria la formación de enfermeros especialistas en anestesiología, reanimación y alivio del dolor. Las estrategias para lograr esta formación deben estar dirigidas a su aprobación por parte de las instancias de posgrado del Ministerio de Salud Pública y el Ministerio de Educación Superior.

Conclusiones: Perciben como perentorio la formación de enfermeros especialistas en anestesiología y reanimación, ya que permitirá garantizar la adecuada renovación de este recurso humano, contar con enfermeras capacitadas y capaces de brindar atención anestesiológica óptima, alcanzar un nivel profesional superior que los coloque paralelos a otras áreas del cuidado y formar recursos humanos más jóvenes que tengan un nivel de preparación superior en esta especialidad.

Palabras clave: enfermeras especialistas, educación de posgrado en enfermería, programas de posgrado en salud, enfermeras anestesistas

Introducción

Como otras profesiones, la enfermería es resultado de la actividad evolutiva del ser humano, que ha adquirido en cada periodo características propias de su desarrollo paulatino. Durante este progreso continuo de la profesión enfermera en sus distintos contextos han existido personas especializadas en el cuidado.¹

La anestesiología se considera una especialidad clínica, dedicada a mantener el bienestar y la integridad física de los pacientes durante la intervención quirúrgica y otros actos que puedan ser incómodos o dolorosos; sus objetivos son mantener la hemodinamia del paciente, la profundidad

anestésica y el adecuado alivio del dolor.²

La práctica anestesiológica en Cuba tuvo un resurgir a partir de 1959, pues hubo varias acciones implementadas por el estado para el desarrollo de esta especialidad, entre ellas la formación de médicos anesthesiólogos en países europeos, por lo que la actividad de dormir y despertar a los pacientes dejó de ser su única función. Así, se recoge en la historia la formación de enfermeros anestesistas como un paso importante llevado a cabo a partir del año 1965.³

Desde el año 1962, se crearon nuevas facultades de medicina con filiales en todas las provincias de Cuba, agrupadas en diversas universidades médicas, además del Instituto Superior de Ciencias Médicas

Militar, la Escuela de Medicina Latinoamericana, la Escuela Nacional de Salud Pública y un número creciente de facultades de tecnología de la salud y enfermería. En ese año también se organizó el sistema de especialización para médicos y en 1973 el sistema de perfeccionamiento y educación continuada, para garantizar de forma permanente la calidad de los médicos especialistas, personal de enfermería y otros técnicos de la salud.⁴

La formación de enfermeros anestésistas en Cuba, a partir del año 1965, surge de la necesidad de contar con recursos humanos capacitados en esta área de atención debido al déficit en anestesiología, reanimación y alivio del dolor. Dicho objetivo se logró con el diseño e implementación, en primer lugar, de cursos postbásicos de anestesiología, seguido de diplomados en esta especialidad, lo cual permitió la formación de cientos de enfermeros anestesiólogos y se considera como una de las capacitaciones más prematuras realizadas por la actividad de posgrado en el país.

Sin embargo, a pesar de que en Cuba están aprobadas por el Ministerio de Educación Superior y el área de posgrado del Ministerio de Salud Pública las especialidades en enfermería desde el año 2005, solo tuvieron este respaldo legal las especialidades de Cuidados Intensivos y Emergencia, Materno Infantil y Enfermería comunitaria. Sería hasta el año 2020 que este proceso formativo se extendió a las áreas de pediatría y ginecoobstetricia, pero no a la de anestesiología.⁵

En la actualidad, la inexistencia de formación de enfermeros especialistas en anestesiología pone en desventaja a estos recursos humanos con respecto a las demás áreas del cuidado, pues supone una limitación en la superación profesional y la posibilidad de adquirir nuevos conocimientos, así como de profundizar en los ya adquiridos, además de que representa una condicionante desde el punto de vista económico dada la mejor remuneración

que los enfermeros especialistas reciben. Esta constituye la problemática de la presente investigación, que tiene como objetivo explorar la percepción de los enfermeros certificados para la práctica de la anestesiología sobre la necesidad de la formación de enfermeros especialistas en anestesiología y reanimación.

Métodos

Se realizó un estudio cualitativo^{6, 7} de tipo Investigación Convergente Asistencial (ICA) en el Departamento de Docencia e Investigación del Hospital Provincial Pediátrico Universitario de Villa Clara, Cuba, entre los meses de enero y marzo del año 2022.

La ICA es un tipo de investigación cualitativa que se caracteriza por contar con atributos que organizan su desarrollo y aplicación, como la inmersibilidad, simultaneidad, expansibilidad y diálogo, lo cual facilita la aproximación entre acciones asistenciales y de investigación para que puedan intercalarse y se realicen de mejor manera.^{8,9}

En este sentido, cabe recordar que la construcción del enfoque de la ICA fue iniciada en la década de 1990, junto con el programa de Posgrado en Enfermería de la Universidad Federal de Santa Catarina (UFSC), Brasil. Esta propuesta innovadora partió de ideas, estudios y publicaciones iniciadas con los libros de Trentini y Paim: *Pesquisa em enfermagem: uma nova modalidade convergente-assistencial*, publicado en 1999 por la editorial de la UFSC, y *Pesquisa convergente-assistencial: un diseño que une o fazer e o pensar na prática assistencial em saúde-enfermagem*, publicado en 2004 por la Editora Insular.^{10,11}

La propuesta de la ICA implica algunos presupuestos particulares que fundamentan y

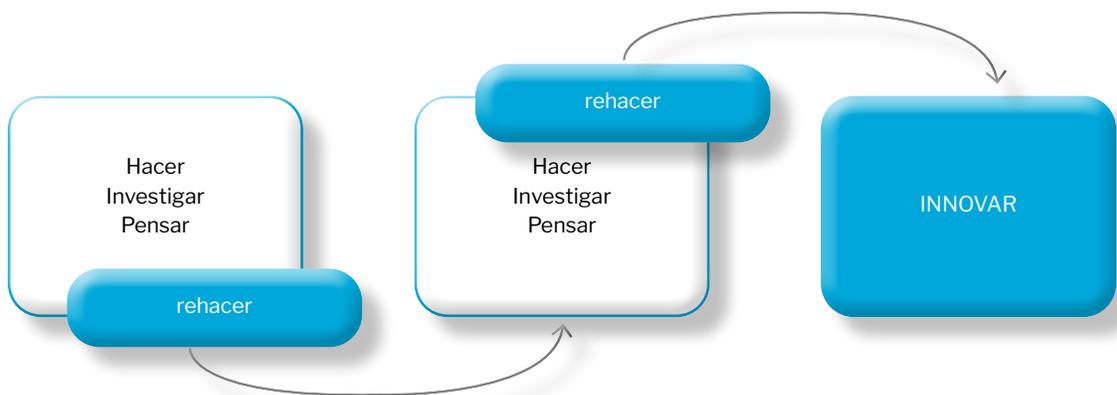
apoyan argumentos del proceso de investigación dirigido a la simultaneidad del proceso asistencial, lo que, al delimitar y justificar caracteres de tipificación de esta clase de investigación, apunta a posibles conexiones entre el proceso investigativo y el asistencial. Entre estos presupuestos se encuentran:

- La ICA tiene la potencialidad de producir conocimiento, absorberlo e incorporarlo en un determinado espacio asistencial (físico y temporal), lo cual constituye su conexión. Así, la calidad translacional es inherente a la ICA y se conforma en el interior de la propia práctica asistencial investigada.
- El contexto de la práctica asistencial plantea innovación, alternativas para minimizar o solucionar problemas cotidianos en salud y renovación de prácticas en superación, lo que requiere el compromiso por parte de los profesionales de incluir la investigación en sus actividades asistenciales, unir el saber-pensar sistemático al saber-hacer.
- El contexto de la práctica asistencial es potencialmente un campo fértil de cuestiones implícitas, que dan lugar al desarrollo de

investigaciones científicas.

- Las relaciones entre la investigación y la asistencia revitalizan de manera simultánea el trabajo activo en el campo de la práctica asistencial y de la investigación científica.
 - La ICA implica el compromiso de beneficiar el contexto asistencial durante el proceso investigativo mediante el acceso libre a la información que procede de éste.
 - El profesional de la salud es un investigador potencial de las cuestiones que maneja cotidianamente, lo que le posibilita una actitud crítica apropiada a la creciente inmersión intelectual en el trabajo que realiza.
- Por tanto, la ICA es aquel tipo de investigación cualitativa que mantiene durante todo el proceso de ejecución un estrecho vínculo con la práctica asistencial, con el objetivo de encontrar opciones para solucionar o minimizar problemas, realizar modificaciones e introducir innovaciones en la práctica. En tal sentido, este tipo de investigación está comprometido con la innovación del contexto social investigado y su proceso incorpora el hacer, investigar, pensar y rehacer (Figura 1).

Figura 1. Representación del proceso investigativo de la Investigación Convergente Asistencial (ICA). Tomado de Paim *et al.*⁸



Teniendo en cuenta estos elementos, el presente estudio contó con cinco etapas que se describen a continuación y que las autoras enumeran según el orden en que fueron ejecutadas:

I) Etapa de concepción

Participaron 80 enfermeras seleccionadas por un muestreo no probabilístico de tipo teórico,¹² de un total de 100 profesionales certificadas para la práctica de la anestesiología en la provincia durante el periodo en que se desarrolló la investigación, por lo tanto, fueron excluidas del estudio 20 profesionales.

Criterios de inclusión:

- Ser enfermero o enfermera certificada en anestesiología.
- Haber firmado el consentimiento informado que respalda su aceptación para participar en la investigación.

Criterios de exclusión:

- No encontrarse trabajando o estar fuera del país durante la realización de la investigación.

El muestreo teórico permitió realizar preguntas cada vez más enfocadas en las categorías y en escrutar con controles sistemáticos las respuestas en el análisis comparativo. Este se realizó de forma iterativa de acuerdo con la riqueza de la información obtenida para la generación de categorías y sus relaciones. De tal manera, el tamaño de la muestra fue precisado al finalizar el estudio, cuando se logró la saturación de la información en el desarrollo de ocho grupos de discusión.

El problema identificado en el ámbito asistencial fue la ausencia de un programa de

formación de residentes en anestesiología y reanimación, además del desconocimiento de los investigadores sobre la percepción que tienen las enfermeras certificadas para la práctica de la anestesiología respecto a esta necesidad.

Ante esta situación planteada, el estudio tuvo como preguntas orientadoras: ¿cuál es la percepción que tienen las enfermeras certificadas para la práctica de la anestesiología en Villa Clara sobre la necesidad de la formación de enfermeras especialistas en anestesiología y reanimación?, ¿cuáles son las estrategias que se pueden adoptar para lograr la especialización de enfermería en anestesiología y reanimación?

II) Etapa de instrumentalización

El espacio de investigación elegido fue el Departamento de Docencia e Investigación del Hospital Provincial Pediátrico Universitario José Luis Miranda de Villa Clara, área donde se realizaron los métodos para la obtención de información, es decir, la entrevista estructurada¹³ y los grupos de discusión (GD). La entrevista estructurada se realizó por parte de la autora principal al total de las enfermeras y enfermeros certificados en anestesiología que estuvieron de acuerdo en formar parte de la investigación, fue de carácter flexible y sin límite de tiempo, y se llevó a cabo cuando las autoras lo solicitaron. El objetivo de la entrevista estructurada fue conocer los datos generales de los participantes en el estudio, que a continuación se describen.

La muestra de estudio estuvo constituida por un total de 80 profesionales, de las cuales 48 eran mujeres (60%) y 32 hombres (40%); por otro lado, 18 enfermeras (22.50%) tenían de 11 a 15 años de experiencia profesional, y otro tanto tenían de 16 a 20 años, seguido de las que tenían más de 25 años, representadas por 15 profesionales

(18.75%). Del total de la muestra, 67 cuentan con licenciatura en enfermería (83.75%) y 13 son técnicos medios (16.25%).

Una vez realizada la entrevista a cada participante se organizaron los GD y se planificó con antelación la fecha de ejecución de cada uno de ellos. Se conformaron ocho GD y en cada uno participaron 10 profesionales. La distribución de los GD obedece a lo planteado en la literatura existente sobre la composición de estos, en la que se describe: *“Está compuesto por un número reducido de personas, generalmente entre 7–9, la mayoría indica que el número máximo, para que todos los participantes puedan opinar, sería 10, que, aunque tienen características comunes que las relacionan con el tema objeto de estudio, por lo general son desconocidas entre sí”*; y además: *“Respecto a la homogeneidad o heterogeneidad (...) El equilibrio está en encontrar participantes que sean homogéneos con los segmentos de estudio, pero con características diferentes que aporten riqueza y matices al debate.”*¹³

Las reuniones se desarrollaron en el aula que se encuentra en los predios del Departamento de Docencia e Investigación del centro ya mencionado, la cual se adecuó de forma tal que todos los participantes se encontraran al mismo nivel. Los GD fueron organizados por las tres investigadoras, que cumplieron funciones diferentes: la autora principal fue la moderadora, la segunda autora fue la registradora de las notas de campo y la tercera autora realizó las grabaciones de los audios y de los videos. La duración promedio de las reuniones fue de una hora, la grabación de audios y videos permitió el registro y la transcripción precisa de los datos. Para grabar los audios se colocaron en lugares diferentes dentro del aula tres móviles que contaban con la aplicación necesaria a dicho propósito. En situaciones similares y en el mismo lugar, previamente se había probado la calidad de las grabaciones de estos dispositivos.

Los videos fueron realizados con un solo móvil, mediante la aplicación con que contaba el dispositivo para este fin. El objetivo de los encuentros fue explorar la percepción de las enfermeras certificadas sobre la necesidad de formación de enfermeros especialistas en anestesiología y reanimación, además de analizar, reflexionar y hacer propuestas colectivas de estrategias para lograr este tipo de formación posgradual.

III) Etapa de elaboración de datos

Se llevó a cabo la organización de información recolectada durante la práctica asistencial e investigativa, de cada anotación conseguida y de los acuerdos logrados en los ocho GD, se establecieron categorías y por cada una de ellas se seleccionó un resumen de la respuesta en relación con el objetivo. A los participantes se les identificó por la letra E, en alusión a la profesión de enfermería, seguido del número correspondiente al orden en que realizaron las intervenciones.

IV) Etapa de análisis

Según las máximas exponentes de la ICA, el momento de análisis requiere una profunda abstracción para la lectura de los descubrimientos y su decodificación, así como de la revelación de posibles significados. Esta abstracción depende de una reclusión temporal del investigador que se produce al lograr un alejamiento de la práctica asistencial.⁸

Por tanto, el análisis de datos realizado fue cualitativo e incluyó el descubrimiento, codificación y relativización de la información, lo que permitió descubrir categorías, codificarlas y establecer relaciones. Para ello se utilizaron como técnicas el análisis de contenido y la codificación temática.

El análisis de contenido se realizó desde la perspectiva inductiva, que afirma que las categorías emergen de los datos (categorías empíricas), y fue ejecutado por la autora principal, teniendo en cuenta el referencial teórico de Bardín,¹⁴ mediante la lectura exhaustiva del cuerpo textual. Se marcaron con diferentes colores las unidades de registro, se buscaron a continuación los núcleos de sentido de los que emergieron las categorías y se aplicó la frecuencia ponderada para identificar la de mayor peso.

Por otra parte, en relación a la codificación temática, Saldaña hace referencia a Strauss: *“la excelencia en la investigación en gran parte radica en el método de codificación”*.¹⁵ La codificación es una técnica de exploración que se utiliza para la resolución de problemas sin datos numéricos, es cíclica y se requiere para completar el análisis y poder formar categorías de tres a cuatro ciclos. Además, la codificación precisa de tres momentos: la codificación abierta, que tiene como objetivo formular los datos en conceptos; la codificación axial, que resume e integra los conceptos en categorías; y la codificación selectiva, que utiliza un nivel de abstracción superior para generar la o las categorías centrales, las cuales enlazan las categorías identificadas al dar sentido a los datos y sus relaciones.¹²

V) Etapa de interpretación

Se comprendieron tres pasos fundamentales: síntesis, teorización y transferencias. Para ello se realizó un profundo análisis de los resultados de la etapa anterior, lo que permitió costurar la información de cada categoría que emergió durante el análisis.

En cuanto a los aspectos éticos de la investigación, la inclusión de los participantes en el estudio se realizó mediante la explicación previa

del objetivo y el alcance de la investigación, así como la solicitud del consentimiento informado de forma verbal y escrita. También se les garantizó a los participantes la posibilidad de abandonar el estudio en el momento que lo desearan sin que esto trajera consecuencias para su vida laboral.

Además, la presente investigación fue aprobada por el consejo científico de la institución, con número de acuerdo 102/2021 del 20 de noviembre del 2021, y por el comité de ética de la investigación, con número de acuerdo 72/2021 del 7 de noviembre de 2021.

Resultados

Con respecto a la exploración realizada por parte de las autoras sobre la percepción de las enfermeras certificadas para la práctica de la anestesiología en la provincia Villa Clara, dos aspectos destacaron en los grupos de discusión, por una parte, la necesidad de la formación de enfermeros especialistas en anestesiología, y por otra, las estrategias necesarias para lograr dicha formación. Los resultados del análisis se sintetizan a continuación según cada categoría.

Necesidad de la formación de enfermeros especialistas en anestesiología

La mayoría del personal de enfermería certificado para la práctica de la anestesiología en la provincia Villa Clara percibe que la formación de enfermeros especialistas en anestesiología, reanimación y alivio del dolor en Cuba es perentoria para brindar cuidados de excelencia en esta área. Enseguida se muestran algunos de los testimonios que predominaron en los discursos de los grupos de discusión, junto con la etiqueta de otros participantes que simpatizaban con lo dicho.

- “{...} contar con un recurso humano de enfermería capacitado y capaz de brindar atención anestesiológica óptima en todo momento.” (E1), (E3), (E4), (E6), (E10), (E14), (E16), (E30), (E33), (E35), (E44), (E51), (E60), (E72), (E76)
- “Permitiría alcanzar un nivel profesional superior que nos coloque paralelos a otras áreas del cuidado {...}” (E5), (E7), (E12), (E19), (E26), (E31), (E38), (E43), (E66), (E75), (E80)
- “{...} además, garantizaría la formación de recursos humanos más jóvenes, que tengan un nivel de preparación superior en esta especialidad.” (E2), (E11), (E22), (E27), (E32), (E39), (E46), (E49), (E52), (E65), (E68), (E70)
- “Para garantizar la formación docente de forma continua.” (E15), (E18), (E21), (E29), (E34), (E36), (E41), (E47), (E54), (E55), (E59), (E61), (E64), (E71)
- “{...} necesario para solventar la adecuada renovación de este recurso humano.” (E8), (E17), (E23), (E25), (E28), (E37), (E40), (E45), (E50), (E58), (E62), (E67), (E73)
- “{...} necesario para asumir los retos que impone el aumento de la actividad quirúrgica en la actualidad y garantizar la calidad de la atención {...}” (E13), (E24), (E42), (E48), (E56), (E63), (E69), (E74), (E77), (E79)

A pesar de que predominaron las opiniones positivas sobre la necesidad de la formación de enfermeros especialistas, las autoras también registraron opiniones divergentes, las cuales se exponen a continuación.

- “{...} este tipo de formación no es necesario para asumir la práctica asistencial del enfermero anestesista {...}” (E9), (E57), (E78)
- “La formación de enfermeros especialistas va a complejizar nuestro trabajo.” (E20), (E53)

Estrategias para la formación de enfermeros especialistas en anestesiología

Las enfermeras certificadas para la práctica de la anestesiología de la provincia Villa Clara perciben en su mayoría que entre las estrategias para lograr la formación de enfermeros especialistas en anestesiología, reanimación y alivio del dolor se encuentra el diseño y la aprobación de un programa para esta especialidad por parte de la Dirección Nacional de Posgrado del Ministerio de Salud Pública, así como la solicitud por parte de los enfermeros certificados de esta formación posgradual. Se presentan brevemente algunas voces que ilustran estos argumentos.

- “...reunirnos con la jefa de la sección provincial de enfermería y plantear esta necesidad es una opción {...} ya años antes se logró reiniciar la formación de especialistas en otras áreas gracias a esta estrategia.” (E1), (E4), (E12), (E18), (E26), (E33), (E39), (E44), (E47), (E49), (E54), (E56), (E62), (E65), (E68), (E73), (E77), (E80)
- “{...} también hay que involucrar a la Sociedad Cubana de Enfermería {...} siempre ha estado directamente relacionada con la superación profesional de sus asociados.” (E2), (E5), (E7), (E11), (E14), (E16), (E19), (E21), (E24), (E27), (E29), (E32), (E36), (E38), (E43), (E45), (E52), (E60), (E67), (E71), (E79)
- “{...} hasta que no consigamos que se vea como una necesidad real, no lograremos que se concrete y se apruebe la anestesiología como una de las especialidades en enfermería {...}” (E3), (E6), (E8), (E17), (E23), (E28), (E31), (E35), (E42), (E46), (E50), (E59), (E64), (E70), (E75), (E79)
- “Se requiere la aprobación por el Departamento de Posgrado del Ministerio de Salud Pública y

también por el Ministerio de Educación Superior {...} el programa de la especialidad lo diseñan especialistas designados por estas instancias.” (E10), (E13), (E15), (E22), (E25), (E30), (E34), (E37), (E40), (E41), (E48), (E51), (E55), (E58), (E61), (E63), (E66), (E69), (E72), (E74), (E76)

En los discursos predominaron las sugerencias sobre estrategias para lograr la formación de enfermeros especialistas en anestesiología, sin embargo, también se registraron perspectivas en desacuerdo:

- *“Un programa de formación no va a cambiar en nada lo que hemos hecho hasta ahora.”* (E9), (E57)
- *“No creo que sea necesario hacer nada, mejor continuamos así.”* (E20), (E53)
- *“Entre que lo solicitamos a que lo aprueben va a pasar mucho tiempo, todo lleva un proceso que se torna burocrático muchas veces.”* (E78)

Discusión

En el año 2020 la Editorial de Ciencias Médicas publicó la segunda edición del *Manual de anestesia para enfermero*,¹⁶ el cual, junto con otros esfuerzos formativos, como ediciones sobre diplomados, cursos y entrenamientos, se han convertido en pilares fundamentales en la superación de los hasta hoy denominados enfermeros anestesistas.

Favorecer la superación profesional de los recursos humanos de enfermería en cada una de sus áreas de actuación es, sin dudas, una preocupación del Ministerio de Salud Pública, el Ministerio de Educación Superior y la Sociedad Cubana de Enfermería, así como elevar la calidad de la atención que se dispensa.

El área quirúrgica posee características específicas, distintas a las del resto de servicios en los que la enfermería desarrolla su actividad. El cuidado de la evolución en los procedimientos de anestesia del paciente antes del evento quirúrgico, hace necesario que el profesional de enfermería se mantenga en constante actualización, con el fin de poder abordarlos de modo adecuado, facilitando el confort del paciente y minimizando los riesgos quirúrgicos asociados. Por estos motivos, las autoras consideran imprescindible la especialización en esta área del cuidado para enfermería.

El avance en los procedimientos quirúrgicos, de reanimación y terapia del dolor, junto con la implementación de nuevas tecnologías, convierten la anestesiología del área quirúrgica en un ámbito de alta complejidad. Los profesionales de enfermería deben responder a esta nueva realidad mediante una formación sólida, específica y continua para desarrollar de forma holística y competente las tareas relacionadas con el cuidado en esta área de actuación.

La enfermería de anestesia y quirófano requiere una formación de calidad, determinada y compleja, basada en la eficiencia y en parámetros de calidad como la seguridad anestésica del paciente. La evolución de la especialidad en los últimos años, tanto desde el punto de vista farmacológico como tecnológico, es un hecho reconocido que ha contribuido de forma significativa al progreso de la cirugía. En este aspecto, la colaboración del enfermero anestesista es fundamental para conseguir los objetivos asistenciales, como ha sido señalado por especialistas en la mayor parte de los países.

La visión de un programa de formación de enfermeros especialistas en anestesiología y reanimación debe estar dirigida a alcanzar la excelencia en la formación de estos recursos

humanos en dichos contextos asistenciales. Esto permitirá contar con un elevado número de especialistas con alta preparación científico técnica y humanista, comprometidos con los principios de la Revolución, que actúen en correspondencia con la política y estrategia del Ministerio de Salud Pública, y que estén enfocados en lograr una atención que se traduzca en cambios cuantitativos y cualitativos superiores en la calidad de vida y la satisfacción de la población.¹⁶

Los antecedentes en Cuba con respecto a la formación de enfermeros certificados para la práctica de la anestesiología datan de 1962, cuando, ante la ausencia de personal al inicio del triunfo de la Revolución, se instruye mediante cursos teóricos y prácticos intensivos a un conjunto selecto de enfermeros, con el fin de organizar y apoyar el trabajo de los médicos anestesiólogos. Desde entonces, esta necesidad, así como la figura del enfermero anestesia han perdurado por seis décadas.¹⁷

Los resultados obtenidos en el presente estudio, en relación a la edad de los enfermeros anestesiólogos de la provincia Villa Clara, demuestran que este puesto es asignado en muchas ocasiones como una forma de mejoría laboral a profesionales que se han desempeñado durante años en otras áreas del cuidado, lo cual puede garantizar determinada experiencia si estos provienen de unidades de atención al paciente grave, pero no garantiza especialización.

La pandemia de COVID-19 ha modificado el paradigma de la asistencia médica con un conjunto de implicaciones y precauciones a considerar en la atención anestesiológica, lo cual vuelve más urgente la necesidad de la formación de recursos humanos de enfermería cualificados y expertos en esta actividad.¹⁸

En otros países dicha especialización existe, es el caso de la Universidad de Oviedo, que cuenta

con un programa de formación de Especialistas Universitarios en Enfermería Quirúrgica y Anestesia, el cual tiene una duración de un año y se compone de cuatro módulos con un programa, metodología y sistema de evaluación específicos. Otro ejemplo es la Maestría en Ciencias en Enfermería con Especialidad en Anestesia de la Escuela de Enfermería de la Universidad de San Juan, Puerto Rico. Este programa ahora tiene un grado doctoral, lo cual le otorga un papel trascendente en la formación posgradual.

Conclusiones

Las enfermeras certificadas para la práctica de la anestesiología en Villa Clara tienen la percepción general de que la formación de enfermeras especialistas en anestesiología es necesaria para el desarrollo holístico de la profesión y la consecución de mejores estándares de atención en la práctica clínica en esta área del cuidado. Por otra parte, opinan que entre las estrategias que se pueden implementar para la formación de enfermeros especialistas en anestesiología, reanimación y alivio del dolor se encuentra la aprobación de esta especialidad por parte de la Dirección Nacional de Posgrado del Ministerio de Salud Pública. Para esto es necesaria la solicitud de los profesionales de esta formación posgradual, así como el diseño de un programa, para el cual se puede utilizar como referentes los programas de especialización que existen en instituciones a nivel internacional.

Referencias

- 1 Maslen Bonnane M, Bonnane Martínez C, Leliebre Dellundet I, Rodríguez Clemente K, Rodríguez Aguilar R. Reseña histórica sobre la Enfermería en el Hospital General Docente "Dr. Agostinbo Neto" de Guantánamo.

- Revista Información Científica. 2012; 76(4). Disponible en: <https://cutt.ly/YwkStdBC>
2. **San Martín Oses V, Rivas Riveros E.** Enfermeras anestestistas años 1970 a 1980, hospitales terciarios: rol del profesional. South Florida Journal of Health. 2021;2(2):175-82. Disponible en: <https://doi.org/10.46981/sfjhv2n2-001>
 3. **Rojas Santana O, Dávila Cabo de Villa E, Molina Lois RM, Rojas Molina I.** Historia de la anestesiología y reanimación en Cienfuegos. Medisur. 2021;19(5):736-40. Disponible en: <https://cutt.ly/EwkSyOfz>
 4. **Torres Montes de Oca A, Agüero Martínez MO, Cuadréns Villalón A.** Visión de las especialidades de anestesia y cirugía en Cuba a través de apuntes históricos. Rev Ciencias Médicas. 2020;24(6). Disponible en: <https://cutt.ly/XwkSuznz>
 5. **Cuba.** Resolución Núm. 140/2019. Reglamento de la Educación de Posgrado de la República de Cuba. (GOC-2019-776-O65). La Habana: Gaceta Oficial de la República de Cuba. 2019; 65: 1440-1447. Disponible en: <https://cutt.ly/lwkSiyJT>
 6. **Naranjo Hernández Y, González Bernal R.** Investigación cualitativa, un instrumento para el desarrollo de la ciencia de Enfermería. Arch méd Camagüey. 2021;25(3). Disponible en: <https://cutt.ly/RwkSo8Wr>
 7. **Ceballos Ramos LM, Rodríguez Flores LA.** Estrategia para el perfeccionamiento de la asignatura Elementos de Investigación Cualitativa en Salud. Rev Ciencias Médicas. 2020;24(2). Disponible en: <https://cutt.ly/FwkSpzqn>
 8. **Paim L, Trentini M, Schmidt Reibnitz K.** Metodología de investigación convergente para la asistencia de enfermería, en: Marta Lenise do Prado, Maria de Lourdes de Souza, Marisa Monticelli, María Cristina Cometto & Patricia Fabiana Gómez (eds.). Investigación cualitativa en enfermería. Metodología y didáctica. Washington, D.C: OPS, 2013, 117-33 pp. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51587>
 9. **Escobar Tobón AL, Álvarez del Río RF, Salazar Maya AM.** Estado de la investigación en enfermería de América Latina: una revisión de la literatura. Investigación en Enfermería, Imagen y Desarrollo, 2021; 23:1-10. Disponible en: <https://doi.org/10.11144/Javeriana.ie23.eiea>
 10. **Trentini M, Paim L.** Pesquisa em enfermagem: uma modalidade convergente-assistencial. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 1999.
 11. **Trentini M, Paim L.** Pesquisa convergente-assistencial: um desenho que une o fazer e o pensar na prática assistencial em saúde-enfermagem. Florianópolis: Insular, 2004.
 12. **Vives Varela T, Hamui Sutton L.** La codificación y categorización en la teoría fundamentada, un método para el análisis de los datos cualitativos. Inv Ed Med. 2021; 10(40): 97-104. Disponible en: <https://cutt.ly/CwkShoGV>
 13. **Tejero González JM (ed.).** Técnicas de investigación cualitativa en los ámbitos sanitario y sociosanitario. Cuenca: Universidad de Castilla-La Mancha; 2021. Disponible en: <https://cutt.ly/ewkSjOgJ>
 14. **Bardín L.** Análise de conteúdo. Brasil: Editorial Casa de Ideias; 2016.
 15. **Saldaña J.** The Coding Manual for Qualitative Researchers. Los Angeles: SAGE; 2016.
 16. **Dávila Cabo de Villa E, Hernández Dávila CM.** Manual de anestesia para enfermeros. La Habana:

- Editorial Ciencias Médicas; 2020.
17. **Fuentes Díaz Z, Rodríguez Salazar O, Hernández Hernández R.** Implementación del programa de formación de la especialidad de Anestesiología y Reanimación en Camagüey. Rev Hum Med. 2017;17(3):454-76. Disponible en: <https://cutt.ly/HwkSzqXf>
 18. **Torres Montes de Oca A, Puente Téllez H, Ramírez López B.** Desafíos para el anestesiólogo en pacientes con Covid-19. Rev cuba anestesiol reanim. 2020;19(2). Disponible en: <https://cutt.ly/hwkSz7ld>



Artículo original

Experiences of the family caregiver with the use of Information and Communication Technologies: Implementation of an educational intervention

Experiencias del cuidador familiar con la utilización de las Tecnologías de la Información y la Comunicación: implementación de una intervención educativa

Ana María Olivares Roldan  Virginia Reyes Audiffred 

Abstract

Introduction: Health professionals can use Information and Communication Technologies (ICTs) to provide support and advice at a distance.

Objective: Description of the experiences of a family caregiver (FC) with the use of ICTs in the implementation of an educational intervention to support her self-care and the care of the Older Adult (OA).

Methodology: Case study with qualitative approach. An undergraduate intern in Nursing and Midwifery implemented an educational intervention with a FC from December 15, 2020 to June 25, 2021, during the covid-19 pandemic. Data collection was gathered with in-depth interviews, Whatsapp text and voice messages, as well as direct observation. Thematic type content analysis was performed according to de Souza Minayo.

Results: The cell phone was identified as the most used device, Whatsapp video call and voice message functions as the most useful and preferred tools by the FC, and infographics and videos as the most appropriate educational materials for this population.

Limitations: Only one female FC and one male OA were included in this study. This may generate response bias, as the FC was perhaps more motivated and willing to participate than other hypothetical caregivers.

Value: Implementation of a new communication channel between the nursing professional, the OA, the FC, and other family members.

Conclusions: Training in the use of ICTs was accepted by the FC to improve her self-care and care of the OA.

Keywords: family caregiver, older adult, nurses, health information technology, cell phone.

Citación: Olivares Roldan AM, Reyes Audiffred V. Experiencias del cuidador familiar con la utilización de las Tecnologías de la Información y la Comunicación: implementación de una intervención educativa. Rev Enferm Neurol.2023;22(1): pp. 17-30.

Correspondencia: Virginia Reyes Audiffred

Email: vreyesaudiffred828@gmail.com

¹⁻²Facultad de Enfermería y Obstetricia

Universidad Nacional Autónoma de México

Recibido: 7 noviembre 2022

Aceptado: 23 diciembre 2022



Resumen

Introducción: Las Tecnologías de la Información y Comunicación (TICs) son un recurso a través del cual los profesionales de la salud pueden proporcionar apoyo y asesoría a distancia.

Objetivo: Describir las experiencias de una cuidadora familiar (CF) con el uso de las TICs en la implementación de una intervención educativa como apoyo para su autocuidado y el cuidado del adulto mayor (AM).

Metodología: Estudio de caso con abordaje cualitativo. Una pasante de la licenciatura en Enfermería y Obstetricia implementó una intervención educativa en una CF del 15 diciembre 2020 al 25 junio 2021, periodo de pandemia por COVID-19. La recolección de datos se realizó a partir de entrevistas a profundidad, mensajes de texto y voz de WhatsApp, así como por observación. Se realizó análisis de contenido tipo temático según de Souza Minayo.

Resultados: Se identificó el teléfono celular como el dispositivo más utilizado, las funciones de videollamada y mensaje de voz de WhatsApp como las herramientas más útiles y preferidas por la CF, y las infografías y videos como los materiales educativos más adecuados para esta población.

Limitaciones: Solo se incluyó una CF y un AM, lo cual puede generar un sesgo de respuesta, ya que la CF quizás estuvo más motivada y dispuesta a participar que otros cuidadores hipotéticos.

Valor: Implementar un nuevo canal de comunicación entre el profesional de enfermería, el AM, la CF y otros familiares.

Conclusiones: El uso de las TICs fue aceptado por la CF para recibir capacitación en su autocuidado y cuidado del AM.

Palabras clave: cuidador familiar, adulto mayor, enfermeras, tecnología de información de la salud, celular.

Introducción

En México hay 2,941,589 adultos mayores dependientes, de los cuales 41% cuenta con un cuidador familiar (CF),¹ quien debe invertir gran parte de su tiempo y energía en la satisfacción de las necesidades y cuidados que requiere el adulto mayor (AM).² Sin embargo, la mayoría de las veces se realizan estas funciones sin conocimientos previos ni el apoyo de un profesional de la salud que guíe, poniéndose en riesgo la calidad del cuidado que se brinda y la seguridad de la persona a cuidar.¹ Además, se propicia la aparición o pérdida de control de problemas de salud preexistentes, pues

la responsabilidad de cuidar implica estrés constante para el CF.^{3,4}

Actualmente, las Tecnologías de la Información y Comunicación (TICs) son un recurso conveniente para que los profesionales de la salud proporcionen apoyo y asesoría a distancia.⁵ Mediante la difusión de información fiable, de fácil lectura y comprensión para el cuidado de la salud tanto del CF como de la persona a quien cuida, se generan cambios positivos en la calidad de vida del AM.⁶ Dicho de otro modo, en el área de la salud las TICs facilitan el acceso al conocimiento y también la posibilidad de habilitar nuevos modelos de cuidado.⁵ En España, las enfermeras utilizan las TICs para apoyar a los cuidadores,

gestionando a distancia recursos sanitarios como la historia clínica digital, el plan de cuidados personalizado e interdisciplinario, grupos de apoyo, recordatorios de citas médicas, vigilancia remota de signos vitales y visualización de heridas.⁷ En cambio, aunque en México hay avances en la incorporación de las TIC's en el sistema de salud, aún quedan muchos pendientes que resolver⁸ en cuanto al apoyo de los CF; de León Castañeda considera este aspecto como un área de oportunidad para brindar tele-enfermería.⁸

Por estos motivos, el objetivo del presente estudio es describir las experiencias de una CF con el uso de las TICs como medio de una intervención educativa. Los resultados obtenidos pueden constituir un punto de referencia para introducir las TICs como herramientas de implementación a distancia del plan de atención de enfermería, y fomentar así el autocuidado de la CF y el cuidado del AM que favorezcan su bienestar.

Materiales y métodos

Se presenta un estudio de caso de abordaje cualitativo, con la finalidad de realizar un análisis intensivo y holístico⁹ de las experiencias de una CF en el uso de las TICs como apoyo en una intervención educativa para su autocuidado y el cuidado del AM dependiente, ambos habitantes del Estado de México. Dicha intervención fue implementada por una pasante de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia durante la prestación del servicio social (*Figura 1*). Se llevaron a cabo los siguientes pasos para la realización del estudio:

a) Diseño de la intervención educativa

Fase Teórica: Durante dos meses se realizó la revisión de la literatura para identificar los elementos esenciales a integrar en la intervención educativa.

b) Selección de la participante

Se capturaron de una base de datos trece CF,

con quienes se estableció comunicación por medio de mensajería y llamada de WhatsApp, y de las cuales se eligió un caso típico. Los criterios de selección fueron: ser CF de un AM y ejercer por un año como mínimo esta labor, tener más de 18 años de edad, contar con un teléfono celular o una computadora y aceptar participar en las sesiones virtuales de manera regular.

c) Recolección de los datos

Este último paso se llevó a cabo en seis fases. En la primera, se explicaron los objetivos del proyecto de investigación a la cuidadora participante, quien firmó el consentimiento informado. En la segunda fase, se realizó la valoración geriátrica integral al AM y se evaluó el estado salud de la CF. Después, la pasante de la licenciatura en Enfermería y Obstetricia, junto con la CF y el AM, identificaron las necesidades y las jerarquizaron para abordarlas en la intervención educativa. En la tercera fase se intercambiaron opiniones para decidir las TICs a utilizar y el material didáctico, así como los días y horario para la implementación de la intervención. En la cuarta fase, que se llevó a cabo del 15 diciembre del 2020 al 25 junio del 2021, durante de pandemia de COVID-19, se implementó la intervención educativa a la CF. Esta consistió en sesiones educativas de 60 minutos dos veces a la semana por videollamada de WhatsApp. Antes de cada sesión, se envió a la CF el material de lectura o video correspondiente al tema a tratar. Los temas se eligieron de acuerdo con las necesidades identificadas y cubrieron aspectos como hipertensión arterial, ansiedad, riesgo de caídas, diabetes, depresión, administración de analgésicos, hipoglucemiantes, broncodilatadores, manejo no farmacológico del dolor, medición de glucosa y tensión arterial, masajes para relajación muscular y activación de circulación sanguínea, importancia de la aplicación de la vacuna

COVID-19, síndrome del cuidador quemado, envejecimiento saludable y autocuidado. Para cada tema se elaboraron infografías con letras grandes, sin cursivas o con muchos relieves, de colores no fosforescentes y subtítulos resaltados en color diferente. Además, se enviaron mediante WhatsApp a la CF los enlaces de dos videos seleccionados por su contenido claro y conciso, así como por la buena calidad en las imágenes. Para resolver dudas, la CF podía enviar mensajes o realizar llamadas telefónicas vía celular una vez a la semana o en el momento en que lo requiriera.

La cuarta y la quinta fase de la recolección de datos fueron implementadas simultáneamente. La cuarta se enfocó en la ejecución de la intervención educativa para la CF, mientras que la quinta fase evaluó los materiales didácticos utilizados en cada sesión educativa. Después de cada sesión, se realizó a la CF las siguientes preguntas abiertas: *¿son adecuados los videos, infografías y páginas web para aprender a cuidarse y cuidar a su familiar?, ¿qué sugerencias tendría para mejorar la calidad de los materiales didácticos en cuanto a la letra, diseño y formato?, ¿puede acceder a los materiales didácticos de manera rápida y fácil a través de WhatsApp?*

En la sexta y última fase se resolvieron dudas relacionadas con los temas tratados en las sesiones educativas. Después de finalizar las sesiones, se realizaron dos entrevistas a profundidad a la CF, en las cuales se le hicieron las siguientes preguntas abiertas: *¿cómo ha beneficiado la información proporcionada en las sesiones educativas?, ¿qué opinión tiene sobre el uso de llamadas telefónicas, videollamada, mensajería y envío de material didáctico por WhatsApp en las sesiones educativas?, ¿cómo fue su experiencia durante las sesiones educativas?* Cada entrevista en promedio duró 90 minutos y fue grabada y transcrita en Word 2013 para su posterior

análisis. Además, se consideraron como material cualitativo 20 mensajes de voz y 311 mensajes de texto enviados por WhatsApp, que contenían información relacionada con el fenómeno de estudio.

Aspectos éticos

Éticamente la investigación cumplió con lo estipulado en la declaración de Helsinki,¹⁰ el informe de Belmont¹¹ y el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud,¹² además se guardó cada entrevista con un seudónimo para cuidar el anonimato de la CF y del AM y se cuenta con la firma del consentimiento informado de cada participante. Este trabajo se deriva del proyecto de investigación “*Modelo de formación en Práctica Avanzada de Enfermería para la atención Primaria a la Salud en el cuidado de personas adultas mayores con enfermedad crónica (Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial) con enfoque de familia*”, y cuenta con dictamen favorable del Comité de Investigación CI/ENEO/114.

Criterios de rigor metodológico

Para asegurar la aplicación de los criterios de rigor metodológico,⁹ la credibilidad y confirmabilidad se cumplió con la observación continua y persistente durante toda la intervención educativa y la entrevista a profundidad, además se validó la información con la participante. Para el criterio de auditabilidad se cuenta con las grabaciones de audio, las transcripciones de las entrevistas, registros lo más concretos posible y citas directas de fuentes documentales; asimismo, para el criterio de transferencia se presenta la descripción del contexto de la investigación y las características socio-demográficas de los participantes del estudio.

Análisis de datos

Se realizó análisis de contenido tipo temático en tres etapas, según de Souza Minayo.¹³ En la primera etapa se realizó el pre-análisis, que consistió en la lectura fluctuante de las entrevistas para impregnarse de su contenido, seguida de la constitución del corpus, en la que se revisó el cumplimiento de las normas de validez como exhaustividad, representatividad, homogeneidad y pertinencia con relación al fenómeno de estudio, que a su vez condujo a la formulación y reformulación de hipótesis y objetivos. En la segunda etapa se procedió a recortar el texto en unidades de registro que significaran un tema relacionado con el fenómeno de estudio y se colocó un código, lo cual fue cuantificado para una mejor comprensión; surgieron así las categorías responsables de la especificación de los temas. Finalmente, en la tercera etapa se realizaron inferencias e interpretaciones, que fueron interrelacionadas con el marco teórico diseñado inicialmente.

Antecedentes del caso

“Durazno” es el seudónimo correspondiente a la CF y “Oro” al AM (*Cuadro 1*). Ambos habitan en el municipio de Nezahualcóyotl, Estado de México, en una vivienda que cuenta con servicios básicos (agua, luz, drenaje) y es compartida con personas sin lazos sanguíneos. Durante su matrimonio concibieron tres hijos varones que ya cuentan con familia propia y respectivas viviendas (*Figura 2*), todos visitan esporádicamente la casa del AM y contribuyen de diferentes formas a su bienestar.

Resultados

Surgieron del análisis de las entrevistas dos categorías que evidencian las experiencias de la

CF con el uso de las TICs: 1) El teléfono celular y WhatsApp, herramientas valiosas para el cuidado de enfermería con las subcategorías: 1.1 Llamada telefónica, 1.2 Mensajes escritos, 1.3 Mensajes de voz, 1.4 Videollamada, 1.5 Envío de material didáctico; y 2) Ganar confianza de los miembros de la familia.

Categoría 1. El teléfono celular y WhatsApp, herramientas valiosas para el cuidado de enfermería.

El teléfono celular se usó como principal dispositivo tanto por la pasante de enfermería y obstetricia como por la CF para la implementación de la intervención educativa. La CF contaba con un teléfono celular equipado de una cámara con resolución de 4 Mpx, procesadores de 2 núcleos, almacenamiento interno de 8 GB y buena conexión a redes inalámbricas, lo cual permitió el correcto funcionamiento de aplicaciones como Google, Facebook, WhatsApp, Messenger, Chrome, YouTube.

1.1 Llamada telefónica

La CF utilizó sin dificultad el teléfono celular para realizar llamadas a la pasante de enfermería y obstetricia, una vez que la registro en sus contactos. La pasante realizó llamadas telefónicas en promedio dos veces a la semana, con duración de 10 a 30 minutos, y sólo en dos ocasiones la CF realizó llamadas telefónicas a la pasante. En la primera, a pocos días de iniciar la intervención educativa, la CF refirió que el AM “Oro” se notaba pálido, decaído y frío al tacto. Después de realizar por videoconferencia un interrogatorio, exploración física y chequeo de signos vitales a través de la CF, la pasante indicó que acudieran a revisión médica,

por lo que el AM se quedó hospitalizado. La segunda llamada fue para recibir orientación sobre analgésicos, ya que “Durazno” padece lumbalgia y cefaleas.

1.2. WhatsApp

Por medio de la aplicación de WhatsApp se intercambiaron mensajes escritos y de voz, se realizaron videollamadas para el tratamiento de los temas y la demostración de los procedimientos, además de que se envió material didáctico como videos, infografías, direcciones de páginas web y materiales de lectura.

1.2.1. Mensajes escritos

Los mensajes de texto se utilizaron para situaciones específicas como: días y hora de reunión, confirmación, cancelación o para reagendar fecha, preguntar por el estado de salud del AM, de la CF y acontecimientos importantes. Al menos dos veces por semana se intercambiaron mensajes escritos breves, en promedio durante 15 minutos y con extensión de no más de 30 palabras. A la CF se le dificultaba escribir por celular y expresó “no sentirse a gusto” por la falta de percepción de emociones y la comunicación tediosa:

A mí no me gustan los mensajes, me gustan más las videollamadas. (Durazno).

1.2.2. Mensajes de voz

Se identificó en la CF falta de conocimiento para enviar notas de voz como una de las causas de la escasa comunicación con sus hijos, ya que por la pandemia de COVID-19, no podían estar presencialmente. Se elaboró un video en el que se explica y ejemplifica el manejo de las notas de voz,

con el cual la CF aprendió a utilizarlas:

Me parece mucho más práctico, porque luego hasta el dedito se cansa {...} mis hijos se alegraron cuando les mande notas de voz {...} dicen que ya podemos platicar más seguido y entenderme mejor. (Durazno)

El uso de notas de voz produjo comunicación más fluida tanto con sus hijos como con la pasante. Las notas de voz tuvieron una duración de 1 hasta 5 minutos, se emplearon para la aclaración de dudas con respecto a las infografías, alimentación, medicamentos (analgésicos), medidas preventivas de COVID-19 y manejo de ansiedad.

1.2.3 Videollamada

También se identificó en la CF falta de conocimiento para realizar videollamadas, por lo que primero se le enseñó mediante un video educativo. El entusiasmo de la CF por obtener nuevos conocimientos fue importante para que aprendiera a hacer videollamadas, e incluso tuvo la iniciativa de realizarlas cuando su hijo no estuvo disponible para ayudarla:

Tú dime cuándo nos volvemos a conectar para revisar un nuevo tema {...} A esa hora él (su hijo) ya no está voy a intentarlo yo sola qué te parece. (Durazno)

Casi de manera inmediata fue capaz de atender la llamada por video para asistir a la sesión educativa, lo que aumentó su confianza en sí misma para usar la tecnología. En la videollamada se siguió como estrategia de trabajo: 1) bienvenida y agradecimiento a la reunión, 2) informe sobre el estado de salud de la CF y el AM o acontecimientos relevantes, 3) recordatorio del tema pasado, 4)

evaluación del material enviado, 5) abordaje del tema acordado con el material didáctico enviado, y 6) aclaración de dudas. Se contabilizaron 16 videollamadas durante la ejecución de la intervención educativa, generalmente en un horario de 9:00 – 11:00 am, antes de iniciar sus labores del hogar, y esporádicamente de 18:00 - 20:30, cuando ya había terminado sus labores y antes de la hora de la cena; la duración de estas sesiones fue de 1 a 2 horas. La CF prefirió la videollamada, pues expresó que le gustaba más y sentía un contacto más cercano cuando veía y escuchaba a la enfermera que le está hablando:

Con la videollamada, sí, porque así nos estamos viendo a los ojos {...} así me gusta. Prefiero que me hablen y oír su voz {...} así como lo haces de manera virtual lo haces muy bien, porque hay un contacto se puede decir, no directo, pero si nos vemos las caras {...} es un contacto más cercano (Durazno)

Tanto la CF como el AM expresaron sentir gusto por recibir de manera clara las explicaciones de la pasante en las sesiones educativas:

Me gustan muchos tus temas, porque me explicas bien {...} te extrañamos cuando no nos reunimos. (Oro)

Yo siento que así aclaramos muchas dudas (por videollamada), si nos da tiempo bien. (Durazno)

En las dos primeras sesiones la CF expresó en varias ocasiones tener fuertes dolores de cabeza, después de interrogarla se identificaron cuadros de ansiedad por estrés. Estos temas se abordaron, además de que se le proporcionaron terapias de relajación

y de ocupación, logrando disminuir el dolor de cabeza y, con ello, el estrés:

En mi persona si he visto progresos en el malestar que sentía en mi cabeza {...} te puedo decir que de un 100% un 90% ya lo hemos controlado (el estrés).

Ya me siento más segura desde que estás tú apoyándome, me siento bien, estoy tranquila, mis dolores de cabeza ya van tres días que me han bajado mucho {...} estoy muy relajada, muy tranquila y durmiendo muy bien {...} me has calmado mucho mi ansiedad {...} me siento plena, muy cobijada, apapachada por ti, porque estás en todos los momentos {...} me siento muy tranquila, con las videollamadas. (Durazno)

El acompañamiento de la pasante también contrarrestó el aislamiento debido a las restricciones impuestas a este grupo de edad por la pandemia de COVID-19:

Me ha ayudado mucho la comunicación contigo, porque honestamente no tengo con quien platicar. (Durazno)

En las videollamadas la CF expresó aprender a cuidar su salud mediante la mejora de sus hábitos alimenticios:

Ya estoy aprendiendo a comer de todo, pero en poquitas porciones, cosa que ya no hacía {...} me das muchos tips para mi salud. (Durazno)

Como una de sus principales necesidades, expresó interés por aprender a medir la presión arterial, pues su mayor dificultad era la colocación del brazaletes del baumanómetro:

A mí lo que más me gustaría, es aprender a checar bien la presión, eso sí me sería de mucha ayuda, utilidad {...} sabes lo que no he encontrado bien, es el punto exacto de dónde colocar el baumanómetro. (Durazno)

Por medio de la videollamada la pasante pudo explicar reiteradamente este procedimiento a la CF, quién lo repitió varias veces tanto de manera verbal como práctica, hasta que lo realizó sin problema:

Ok, reiniciemos, primero toco mi brazo y donde sienta el pulso coloco el brazalete {...} luego, el estetoscopio con las olivas hacia afuera y ya después empiezo {...} cierro la valvulita de aquí y le bombo hasta 160-180 {...} y después empiezo a soltar hasta que empiezo a escuchar el ruido como latido del corazón y luego cuando para, esa es la presión. (Durazno)

Otro uso que se le dio a las videollamadas fue la asesoría y gestión de trámites para la aplicación de la vacuna COVID-19, lo que aportó tranquilidad a la CF, pues registró a su esposo y se registró a sí misma:

Ya estoy más tranquila porque ya estamos registrados, ya solo toca esperar a que nos toque. (Durazno)

1.2.4 Envío de material didáctico

El envío de material didáctico incluyó medios y recursos, como infografías y videos, que facilitaron el proceso de enseñanza-aprendizaje de la CF. Las infografías se enviaron por WhatsApp en formato de imagen, fueron aceptadas sin problema por la CF debido a su fácil uso y disponibilidad para

consultar en cualquier momento. Se observaron expresiones de confianza y gusto cuando se abordaba el tema, la infografía fue un recurso valioso para recordar su contenido:

Estoy muy a gusto con el material (las infografías), ya que cuando siento que algo se me olvida lo vuelvo a ver o si no te marco {...} siempre han sido muy claras. (Durazno)

Los videos de YouTube se seleccionaron de acuerdo a los temas y con duración máxima de 6 minutos, ya que la CF expreso cansarse:

No me gusta estar mucho tiempo con el celular, porque luego me arden los ojos. (Durazno)

Se enviaron dos videos. El primero, con duración de 2:57 minutos, para ejemplificar la correcta colocación del inhalador a fin de evitar fugas de medicamento, y el segundo video, con duración de 5:06 minutos, para comunicar el inicio de la aplicación de la vacuna COVID-19 a los adultos mayores. En el caso del video sobre la colocación eficaz del inhalador, la facilidad de repetirlo cuantas veces fuera necesario y pausarlo en el momento requerido fue una de las ventajas del uso del material, como manifestaron tanto la CF como el AM.

Se elaboraron tres videos con duración máxima de 2 minutos y se enviaron por WhatsApp. El primer video se realizó para enseñar a hacer una videollamada por WhatsApp, el segundo para enviar notas de voz, y el tercero para enviar o reenviar fotos y videos en la misma aplicación. A partir de estos materiales la CF expresó haber aprendido a usar las TICs señaladas:

Hola, buenas tardes {...} aquí probando lo que me mandaste (video), ya le entendí {...}

le digo a mi hijo que tú me explicas todo muy bien y te entiendo muy clarito todo lo que me dices {...} ya solo me falta practicar más. (Durazno)

Categoría 2. Ganar la confianza de los miembros de la familia.

Se realizó una reunión virtual de 40 minutos con el tercer hijo de la CF, quien se encontraba en la casa de los adultos mayores. Una vez finalizada la reunión, el hijo manifestó comentarios positivos respecto a las sesiones educativas y a la información otorgada:

Mi hijo me lo ha comentado “ella (la pasante de Enfermería y Obstetricia) es muy clara mamá, no deja dudas” (Durazno)

A partir de estos comentarios, la CF se mostró con mayor confianza y disposición a participar en la intervención educativa, así como a hacer cambios en su rutina diaria para mejorar tanto su autocuidado como el cuidado del AM.

Discusión

La CF participante no contaba con computadora, como es el caso de la mayoría de los AM y sus cuidadores de acuerdo con el INEGI,¹⁴ solo tenía un teléfono celular con el que únicamente realizaba llamadas telefónicas. Fue necesario capacitar a la CF para que las distintas funciones de WhatsApp (videollamadas, mensajes de voz y envío de material didáctico) sirvieran como medio de comunicación en las sesiones educativas. Esto coincide con diversas investigaciones en las que se reportó que los CF tenían conocimientos¹⁵ y habilidades insuficientes para usar las TICs, tales como dispositivos

telefónicos móviles, computadoras o laptops, lo cual se evidenció en mayor medida durante la pandemia.^{16,17}

Especialmente la videollamada fue la TIC más aceptada, y permitió capacitar a la CF en procedimientos a realizar para el cuidado del AM, como se refiere en otra investigación.¹⁸ A través de la videollamada se logró una sensación de cercanía de la CF con el personal de enfermería, así como acompañamiento para su autocuidado y seguimiento del cuidado del AM. O’Leary concuerda con este aspecto, pues destaca la videollamada como principal medio para la implementación de una intervención educativa.¹⁹

Por su parte, los mensajes escritos por WhatsApp no fueron del total agrado de la CF, mientras que los mensajes de voz constituyeron un recurso más aceptado y utilizado. En este sentido, la publicación de Sánchez Juárez coincide con los resultados encontrados, ya que refiere que el envío de mensajes de texto tampoco fue del agrado de los AM.²⁰

Los resultados obtenidos en la presente investigación coinciden con O’Leary et al.¹⁹ y Barbara et al.,²¹ quienes consideran las llamadas telefónicas, videollamadas y mensajes de voz como las TICs más aceptadas por los CF en la implementación de intervenciones educativas. Sin embargo, también es cierto que el uso de las TICs es un reto para la población de las personas mayores,^{15,17} aunque en algunos casos están abiertos a adquirir este tipo de conocimientos y habilidades, como en la presente investigación o en la de Pino Juste, et al.,²² en las cuales se encontró una actitud positiva para su utilización.

Las sesiones interactivas y las características del material utilizado tuvieron un papel importante en la motivación de la CF para lograr su participación, como también se señala en el trabajo de Barbara et al.,²¹ pues mencionan que es

importante la motivación lograda través del uso de un material didáctico adecuado y llamativo con asesorías interactivas. Además, esto coincide con lo referido por Barrera-Ortiz *et al.*,²³ quienes afirman que los materiales deben de elaborarse con base en características de los participantes como el nivel educativo, a fin de adecuar el lenguaje a utilizar en los materiales y asesorías.²³ Asimismo, el envío de videos de YouTube por medio de WhatsApp tuvo buena aceptación, lo cual coincide con las estadísticas del estudio de consumidores en México realizado por Yim Min Shum,²⁴ pues refiere que YouTube se encuentra entre las tres principales plataformas con mayor uso en todos los rangos de edad, con 8.3% de participación de los AM.

Un elemento importante de la participación de la CF en la intervención educativa fue la confianza generada en uno de sus hijos, aspecto que coincide con la investigación de Guzmán,²⁵ ya que afirma que, como medio de agilizar el proceso de aprendizaje, la familia es el principal núcleo de apoyo para validar o no la información y enseñanza proporcionadas por alguien externo. Finalmente, la CF y el AM manifestaron sentirse acompañados por la pasante de Enfermería y Obstetricia durante toda la intervención educativa a distancia, así como satisfechos por adquirir nuevos conocimientos que ayudaron a mejorar su salud, a semejanza de lo obtenido en diversos estudios.^{17,26}

Conclusiones

Se evidenció que el teléfono celular es el dispositivo con el que más cuentan los CF y que las TICs, en particular la videollamada, los mensajes de voz y los videos enviados a través de WhatsApp, resultaron herramientas útiles y aceptadas por la CF para la comunicación y el aprendizaje. La interactividad y el material didáctico adecuado también fueron factores claves para la motivación

y la participación de la CF en la intervención educativa. Además, la confianza generada por el hijo de la participante fue un factor importante para lograr la adherencia a la intervención. En general, los resultados sugieren que la implementación de intervenciones educativas a distancia puede ser una estrategia efectiva para mejorar la salud de los AM y sus cuidadores, siempre y cuando se consideren adecuadamente las limitaciones y necesidades de esta población.

Limitaciones del estudio

La falta de diversidad de la muestra fue la principal limitante, ya que solo incluyó a una CF y un AM y, en consecuencia, una misma región geográfica. Esto también pudo haber causado un sesgo de respuesta, ya que la CF participante quizá estuvo más motivada y dispuesta a participar en la intervención educativa a distancia que otros hipotéticos cuidadores.

Agradecimientos

Investigación realizada gracias al Programa de Apoyo de Investigación e Innovación Tecnológica (PAPIIT) de la UNAM IN306819: Diseño y evaluación de un modelo de formación en Práctica Avanzada de Enfermería para la atención primaria a la salud en el cuidado de personas adultas mayores con enfermedad crónica (DM, HTA) con enfoque de familia: Fase Diagnóstica.

Referencias

1. Gutiérrez Robledo LMF, García Peña M del C, Jiménez Bolón JE. Envejecimiento y dependencia. Realidades y previsión para los próximos años. México: Academia Nacional

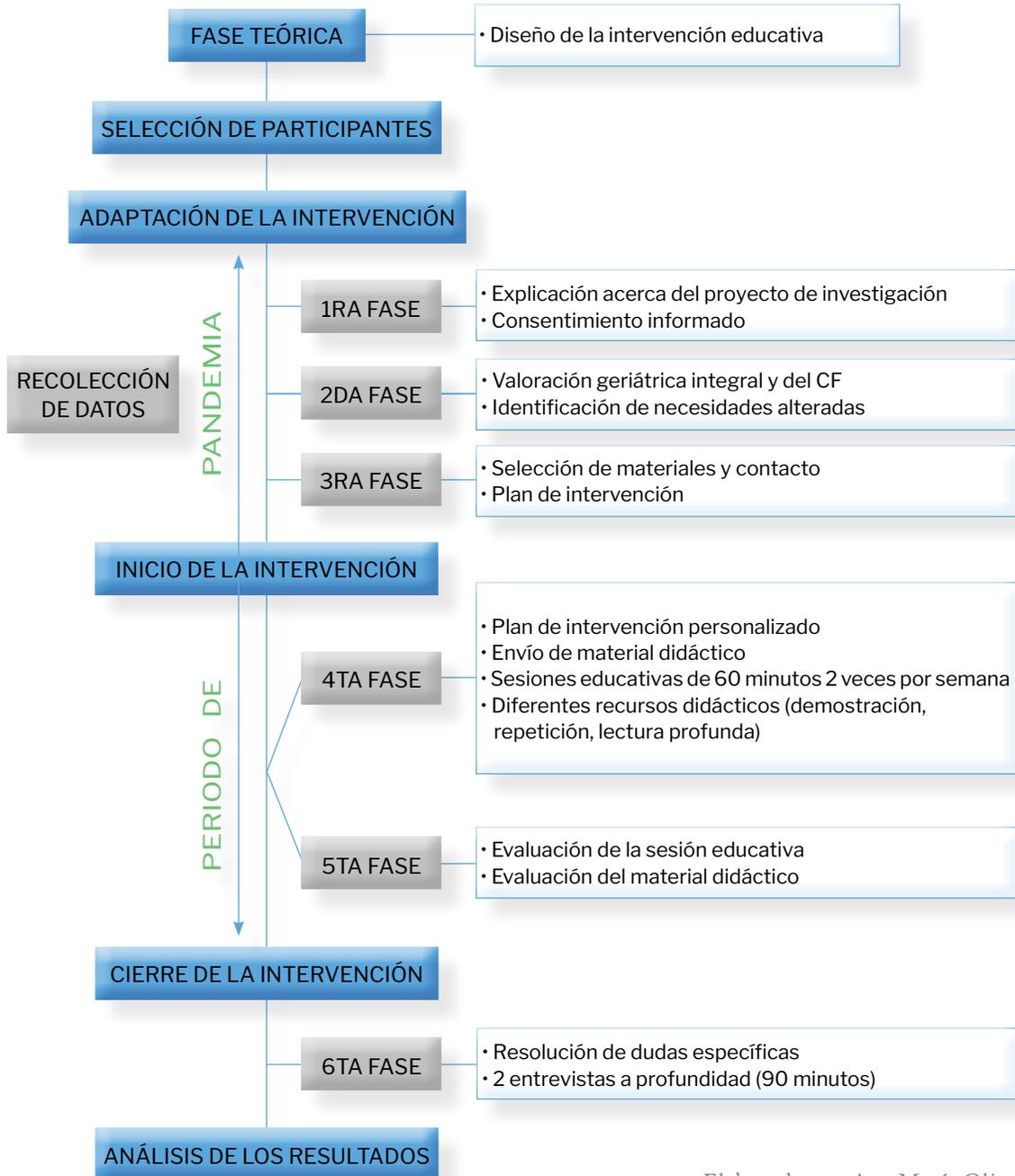
- de Medicina; 2014. Disponible en: <https://cutt.ly/bwuMNTEU>
2. Wichit N, Mnatzaganian G, Courtney M, Schulz P, Johnson M. Randomized controlled trial of a family-oriented self-management program to improve self-efficacy, glycemic control and quality of life among Thai individuals with Type 2 diabetes. *Diabetes Res Clin Pract.* 2017; núm. 123:37-48. Doi:[10.1016/j.diabres.2016.11.013](https://doi.org/10.1016/j.diabres.2016.11.013)
 3. Belmino Chaves JH, Angelo Neto LM, Cavalcante Tavares VM, Pereira Da Silva Tuller L, Tenório Santos C, Peçanha de Miranda Coelho JA. Cuidados paliativos: conocimiento de los pacientes oncológicos y de sus cuidadores. *Rev Bioét.* 2021;29(3):519-33. Doi:[10.1590/1983-80422021293488](https://doi.org/10.1590/1983-80422021293488)
 4. Martín del Campo Navarro AS, Medina Quevedo P, Hernández Pedroza RI, Correa Valenzuela SE, Peralta Peña SL, Vargas MR. Grado de Sobrecarga y Caracterización de Cuidadores de Personas Adultas Mayores con Diabetes Mellitus tipo 2. *Enferm glob.* 2019; núm. 56:57-67. Doi:[10.6018/eglobal.18.4.361401](https://doi.org/10.6018/eglobal.18.4.361401)
 5. Lindquist LA, Ramirez-Zohfeld V. Visual Abstracts to Disseminate Geriatrics Research Through Social Media. *J Am Geriatr Soc.* 2019;67(6):1128–31. Doi:[10.1111/jgs.15853](https://doi.org/10.1111/jgs.15853)
 6. Van Smoorenburg AN, Hertroijs DFL, Dekkers T, Elissen AMJ, Melles M. Patients' perspective on self-management: type 2 diabetes in daily life. *BMC Health Serv Res.* 2019; 19(1). Doi:[10.1186/s12913-019-4384-7](https://doi.org/10.1186/s12913-019-4384-7)
 7. Morilla Herrera JC, García Mayor S, Martín Santos FJ, Kaknani Urtumchandani S, León Campos Á, Caro Bautista J, et al. A systematic review of the effectiveness and roles of advanced practice nursing in older people. *Int J Nurs Stud.* 2016; núm. 53:290–307. Doi: [10.1016/j.ijnurstu.2015.10.010](https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.10.010)
 8. Díaz de León Castañeda C. Las TIC en el sector público del Sistema de Salud de México: avances y oportunidades. *Acta Univ.* 2020; núm. 30. Doi:[10.15174/au.2020.2650](https://doi.org/10.15174/au.2020.2650)
 9. Hernández Sampieri R, Mendoza Torres CP. Metodología de la investigación. Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta. México: McGraw-Hill Interamericana Editores; 2018.
 10. Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki de la AMM - Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. Ferney-Voltaire: Asociación Médica Mundial; 2013. Disponible en: <https://cutt.ly/twu1q7I2>
 11. National Institutes of Health. Informe Belmont. Principios y guías éticos para la protección de los sujetos humanos de investigación. Belmont: National Institutes of Health. 1979. Disponible en: <https://cutt.ly/Iwu1wssf>
 12. México. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. Ciudad de México: Cámara de Diputados del H.Congreso de la Unión; 2014. Disponible en: <https://cutt.ly/8wu1wmjG>
 13. De Souza Minayo MC. Artesanía de la investigación cualitativa. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2009.
 14. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Comunicado de Prensa Núm.103/20. Aguascalientes: Instituto Nacional de Estadística y Geografía; 2020. Disponible en: <https://cutt.ly/Rwu1wInm>
 15. Vega OA, Quintero Romero SB. Persona adulta mayor y TIC: Un ambiente propicio para consolidar. *Anales en Gerontología.* 2019; núm. 11:129–40. Disponible en: <https://cutt.ly/6wu1w0or>

16. Cuevas Martínez KI, Gutiérrez Valverde JM. Caracterización de los cuidadores informales de adultos mayores en situación de pandemia por COVID-19 en Tamaulipas, México. *SANUS*. 2022; núm. 7. Doi:[10.36789/revsanus.vi1.265](https://doi.org/10.36789/revsanus.vi1.265)
17. López-Fraga A. Cuidadores de personas mayores: las nuevas tecnologías como recurso de apoyo. *Psicogeriatría*. 2015;5(2):57–61. Disponible en: <https://cutt.ly/0wu1eUzy>
18. Quimí X, Alvarado G, Vera L, Coello T, Olaya S. Describir los usos del WhatsApp de las personas de la tercera edad en el 2018 en la ciudad de Babahoyo. Universidad Casa Grande, trabajo de curso de Maestría en Comunicación; 2018. Disponible en: <https://cutt.ly/Qwu1e1hD>
19. O’Leary K, Liu L, McClure JB, Ralston J, Pratt W. Persuasive Reminders for Health Self-Management. *AMIA Annu Symp Proc*. 2016; vol. 2016: 994-1003. Disponible en: <https://cutt.ly/6wu1rfkQ>
20. Sánchez-Juárez A. Los mayores de 65 años consultan 17 veces al día WhatsApp, su aplicación preferida. *Universitat Oberta de Catalunya*; 2019. Disponible en: <https://cutt.ly/qwu1rU2b>
21. Barbara AM, Dobbins M, Haynes RB, Iorio A, Lavis JN, Levinson AJ. User Experiences of the McMaster Optimal Aging Portal’s Evidence Summaries and Blog Posts: Usability Study. *JMIR Hum Factors*. 2016;3(2). Doi: [10.2196/humanfactors.6208](https://doi.org/10.2196/humanfactors.6208)
22. Pino Juste MR, Soto Carballo JG, Rodríguez López B. Las personas mayores y las TIC. Un compromiso para reducir la brecha digital. *Pedagog Soc Rev Interuniv*. 2015; núm. 26:337–59. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/1350/135043653003.pdf>
23. Barrera Ortiz L, Carrillo González GM, Chaparro Díaz L, Sánchez Herrera B. Modelo para abordar la carga del cuidado de la enfermedad crónica en Colombia. *Orinoquia*. 2015;19(1):89–99. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=89640816008>
24. Shum YM. Situación digital, Internet y redes sociales México 2021. [Lugar desconocido]: Yi Min Shum Xie; 2021. Disponible en: <https://yiminshum.com/redes-sociales-mexico-2021/>
25. Guzmán Marín LL. *La Familia*. México: Colegio de Ciencias y Humanidades, UNAM; 2017. Disponible en: <https://cutt.ly/Ewu1tAZh>
26. Cárdenas Corredor DC, Melenge Díaz B, Pinilla J, Carrillo González GM, Chaparro Díaz L. Soporte social con el uso de las TIC para cuidadores de personas con enfermedad crónica: un estado del arte. *Aquichan*. 2010;10(3):204–13. Disponible en: <https://cutt.ly/nwu1yqkc>

Anexos

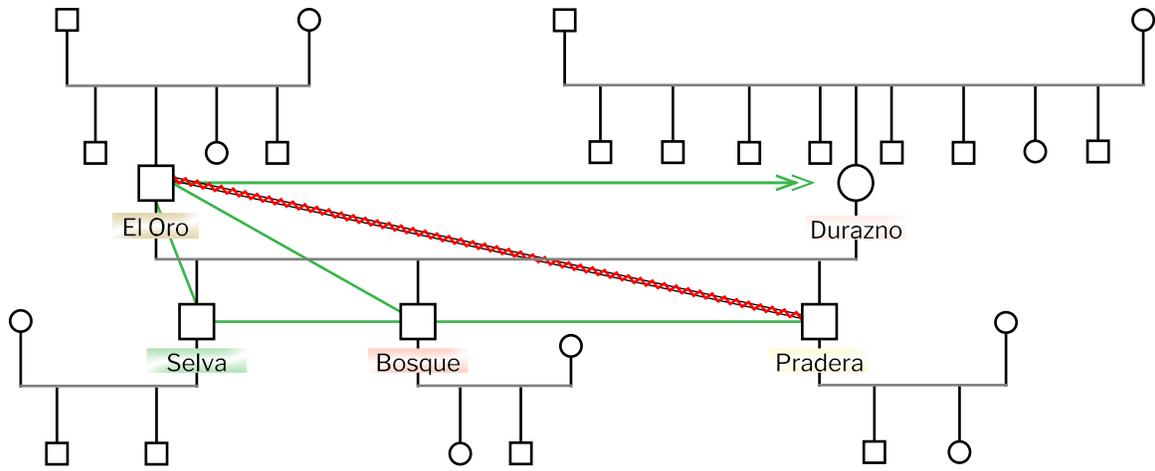
Figuras

Figura 1. Intervención educativa



Elaborado por Ana María Olivares

Figura 2. Genograma Durazno y Oro.



Simbología



Elaborado por Ana María Olivares

Cuadros

Cuadro 1. Perfil de los participantes

	CF "Durazno"	AM "Oro"
Edad	58	60
Sexo	Femenino	Masculino
Parentesco	Esposa	Esposo
Nivel de escolaridad	Primaria	Primaria
Ocupación	Ama de casa	Jubilado
Enfermedades crónicas	DM II, Depresión, escoliosis (lumbalgias severas), Ansiedad, Migraña	EPOC

Elaborado por Ana María Olivares



Artículo original

Humanized care of the nursing professional in the care of hospitalized cancer patients

Cuidado humanizado del profesional de enfermería en la atención del paciente oncológico hospitalizado

María del Carmen Gómez Lucio¹ 

Abstract

Introduction: Caring for cancer patients is an interaction that goes beyond satisfying physical needs, it is caring for the person in a holistic way, where the humanization of care favors the essential link of the profession, it is an interaction between science and values to establish quality care. quality, giving solutions to the human responses of the patient.

Objective: To identify the level of humanized care provided by the nursing professional to patients hospitalized in an oncology center.

Material and methods: Descriptive, observational cross-sectional study. Non-probabilistic opportunity and sequential sampling with a quota of 35 patients. Measurements carried out with the: *"Instrument Perception of Humanized Care in Hospitalized Patients"*. Analysis of results through descriptive statistics

Results: The level of care provided to hospitalized cancer patients is very humanized, patients report receiving friendly treatment with a positive effect on them, derived from the attitude of the nurse in her being and doing care, they perceive a relationship of trust where knowledge and Experience in favor of your health since the nursing professional provides individualized and empathetic care, favoring communication, expression of feelings and emotions; listening to them beyond their illness satisfying their physical, social, cultural and spiritual needs.

Discussion: People with oncological disease perceive receiving humanized care when mentioning that the nursing professional acts understanding the patient by knowing, knowing how to do, and knowing how to be, which allows them to positively face their disease process.

Citación: Gómez Lucio M del C. Cuidado humanizado del profesional de enfermería en la atención del paciente oncológico hospitalizado. Rev Enferm Neurol.2023;22(1): pp. 31-46

Correspondencia: María del Carmen Gómez Lucio

Email: golucar1@yahoo.com.mx

¹ Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios (ISSEMyMM)

Red Mexicana de Enfermería en la Prescripción A.C. (REDMEPresc)

Colegio de Profesionales de la Enfermería del Estado de México (COPEEM)

Recibido: 10 enero 2022

Aceptado: 25 marzo 2022



Conclusions: The level of quality humanized care is a relationship that occurs between the nursing professional and the person they care for, in this human quality of care, communication prevails, the power that the word and hearing have in the field of attention, transcendental to generate confidence; coupled with the scientific foundation, empathetic attitude, technical and professional skills given by experience, allowing intervention in a humane, effective, efficient and safe way.

Keywords: nursing care, humanism, patient, oncology

Resumen

Introducción: El cuidado a pacientes oncológicos consiste, más allá de satisfacer necesidades físicas, en una atención holística, pues el cuidado humanizado favorece una interrelación esencial entre ciencia y valores para establecer una asistencia de calidad, que dé solución a las demandas humanas del usuario.

Objetivo: Identificar el nivel de cuidado humanizado que proporciona el profesional enfermero a pacientes hospitalizados en un centro de oncología.

Material y métodos: Estudio descriptivo, observacional-transversal. Muestreo no probabilístico de oportunidad y secuencial con cuota de 35 pacientes. Medición realizada con el instrumento "Percepción del cuidado humanizado en pacientes hospitalizados". Análisis de resultados mediante estadística descriptiva.

Resultados: El cuidado proporcionado a pacientes oncológicos hospitalizados es humanizado, pues afirman recibir trato amable con efecto positivo en ellos derivado de la actitud de la enfermera en su labor, en la que impera el conocimiento y la experiencia para proveer cuidados individualizados y empáticos a partir de comunicación, expresión de sentimientos y escucha, atendiendo no sólo necesidades físicas, sino también sociales, culturales y espirituales.

Discusión: Los pacientes oncológicos mencionan que el profesional de enfermería actúa comprendiendo al usuario integralmente, lo que les permite enfrentar positivamente su proceso de enfermedad.

Conclusiones: El cuidado humanizado de calidad es una relación entre el profesional de enfermería y el paciente a cuidar, en la que impera la comunicación, el debido uso de la palabra y la escucha para generar confianza, lo cual se suma a la base científica y las habilidades técnicas, a fin de intervenir de forma humana, eficiente y segura.

Palabras clave: atención de enfermería, humanismo, paciente, oncología.

Introducción

La enfermería surge como una profesión “a mediados del siglo XIX por Florence Nightingale”,¹ quien dio prioridad a la satisfacción de necesidades biológicas. Este cuidado, que con el tiempo se fue perfeccionando, “comenzó a encontrar justificaciones teóricas desde ese momento, lo cual ha permitido a las enfermeras mejorar su práctica cotidiana mediante la observación, descripción, explicación, predicción y control de los fenómenos”.¹ Los cuidados estaban basados en la observación del entorno, por lo que se identificaron las necesidades y competencias que debía poseer la enfermera para dar inicio al cuidado humano de forma organizada. En este sentido, “el cuidado de enfermería se concibe como un acto eminentemente humano, caracterizado por el respeto, confianza e intimidad, que se da a partir de un juicio de valor para identificar las necesidades y decidir un plan de acción conjuntamente con el paciente y la familia, en el que están en juego el conocimiento, técnica y actitud”.²

El cuidado se vincula con la “curación, ética y escala de valores de cuidado y salud; comprenden el contexto profesional, misión de la enfermera y su razón de ser para la sociedad”,³ pues se trata del eje medular de la enfermería que tiene como fin dar solución a “las respuestas humanas de la persona en condiciones de salud o enfermedad”.⁴ Por supuesto, este es el caso del paciente oncológico, para quien las intervenciones de enfermería en cuanto a asistencia, escucha, educación o consejería resultan indispensables, “las cuales son de suma importancia en el proporcionar cuidados de calidad con alto sentido crítico y reflexivo a estos pacientes, ya que necesitan un sistema de atención de cuidados prolongados, ante cambiantes requerimientos en cada etapa de la enfermedad, demandan conocimientos y atributos especializados del equipo de enfermería”.⁵ La enfermería constituye, por lo tanto, una profesión de suma relevancia para satisfacer las necesidades

físicas, emocionales y espirituales de quienes están a su cargo, aunque estas funciones frecuentemente sean invisibles. Las expectativas de la enfermería deben apuntar a un cuidado integral para asumir la trascendencia que su práctica profesional requiere, como señala Christian Bobin: “las necesidades de los pacientes raramente son satisfechas por medio de la tecnología médica. El paciente espera una mirada que se pose sobre él. Espera lo imponderable, lo invisible, ansia un vínculo humano, un vínculo que de pronto ensanche el cielo y le libere. Desea un gesto honesto, la verdad de una palabra que le lleve más allá, a un lugar donde se pueda respirar, donde se pueda vivir. Quizás, el enfermo anhela la llegada de una presencia. Y si ésta es sincera, se sentirá acompañado. El enfermo necesita ser llevado a otro espacio, a un lugar que le transporte fuera de la cama del hospital, aunque siga quedándose en ella. El silencio entre dos personas es una promesa de florecimiento, tan sanador como lo puede ser un medicamento”.⁶ Se trata de acciones que muchas veces proporciona el profesional enfermero.

Es “en la segunda mitad del siglo XX la enfermería revoluciona con la búsqueda de marcos teóricos explicativos de los fenómenos relacionados en el campo del saber y las diferentes prácticas”.⁷ En este contexto surge el cuidado profesional de enfermería que demanda diferentes aptitudes y habilidades, “se requiere de: conocimientos, actitudes y destrezas que sólo se adquieren con el estudio profundo y sistemático de la sociedad, del hombre, la salud y la propia disciplina de enfermería. Para que los cuidados se presten con profesionalismo, las enfermeras deben: entender al hombre de forma integral, tener bien definidas las acciones y metas basadas en principios científicos, utilizar una metodología de trabajo, poseer capacidad para responder a una obligación ética y legal que han contraído”.³

Esta atención especializada abarca al paciente en sus diferentes aspectos, pues “la Organización

Mundial de la Salud (OMS) define a la salud como el estado de completo bienestar físico, mental, espiritual, emocional y social, no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”.⁸ La humanización, en este sentido, consiste en comprender al humano como un ser integral, incluyendo sus diferentes aspectos biológicos, espirituales, sociales y emocionales; ahora bien, “la humanización de la atención es la interacción entre los conocimientos de la ciencia y los valores del ser humano para poder establecer una asistencia con calidad centrada en el individuo, a través de un vínculo”⁹ de cuidado, el cual no siempre se visibiliza.

Huércanos Esparza, citada por Fernández Rubio *et al.*, define: “los cuidados invisibles son un conjunto de intervenciones fruto de la observación atenta, empatía, conocimiento y experiencia, que llevan a las enfermeras a la elaboración de juicios profesionales y éticos deliberados, altamente centrados en las necesidades de cada paciente”.⁶ Es decir, cuidados que trascienden la acción terapéutica: “Son imponderables e intangibles y se entienden como una nueva dimensión de las tareas del cuidar al estar basados en la humanización y dignidad”.⁶

Según Watson, citado por Vázquez Arreola *et al.*, el cuidado humanizado se refiere “al aspecto humano, espiritual y transpersonal, es una forma singular que aborda la enfermería, una clase especial de cuidado humano, que depende del compromiso moral de la enfermera, de proteger y realzar la dignidad humana, lo precedente, permite al personal de enfermería brindar el cuidado con calidad en la atención del paciente, en la práctica, en la parte administrativa, educativa y de investigación”.¹⁰ Para realizar intervenciones cálidas y seguras, “el cuidado humanizado de calidad se apoya en el conocimiento científico, capacidad técnica y relación terapéutica que el enfermero establece con el paciente”,¹¹ relación profesional y experiencia que deriva de perfeccionar el trabajo en el cuidado

de los pacientes, garantizando una atención profesional humana que da respuesta a las necesidades y demandas del usuario.

En el paciente oncológico “el trato humanizado tiene relevancia, pues en el quehacer cotidiano se trata con personas que poseen sentimientos, dudas y temores respecto al acto sanitario y a la continuidad salud-enfermedad, por lo cual, es indispensable la incorporación de pautas que midan la calidad de la atención desde la perspectiva humanizada. La calidad de atención de enfermería es el resultado de hacer lo correcto en el momento oportuno escuchando sus inquietudes, aliviando las molestias y fortaleciendo la confianza a través de la comunicación.”¹²

Por lo tanto, si se lleva a cabo una práctica humanizada la atención será de calidad y la percepción del usuario será positiva. Este engranaje se fortalece cuando “la calidad de la atención de enfermería es oportuna, personalizada, humanizada, continua y eficiente que brinda el profesional de enfermería de forma responsable, con el propósito de lograr la satisfacción del paciente y de la profesional”.¹³ Se trata, de esta manera, de una interacción que beneficia tanto al usuario como al profesional que brinda la atención.

Este compromiso bidireccional es regido por el código de ética que respalda a las y los enfermeros mexicanos y guía la práctica dentro de su ámbito de competencia, pues dice: “la enfermera, a través del cuidado, pone en marcha todo aquello que mueve la energía del ser humano, su potencial, su deseo de vivir. El cuidado es una actitud que trasciende las dimensiones de la realidad humana. Tiene un significado de auténtico humanismo, pues conlleva la sensibilidad que es incomparablemente mayor que la eficiencia técnica, porque la primera está en relación con el orden de los fines y la última con la de los medios”.⁷

El paciente oncológico requiere de una atención humanizada debido a que desde su

diagnóstico enfrenta la enfermedad e inicia retos de supervivencia, por lo que aumentan los signos psicológicos aunados a la sintomatología propia del cáncer y su tratamiento. En este punto, el personal de enfermería ha demostrado mejorar la calidad de vida del paciente mediante intervenciones holísticas, realizando su cuidado de manera integral. La enfermera tiene participación directa en cada momento, desde el ingreso del paciente, las etapas de la enfermedad que suponen aceptación o negación, el proceso de su tratamiento, las recaídas y complicaciones, hasta su curación o el lamentable deceso. Por lo anterior, se reconoce la importancia de identificar el nivel de cuidado humanizado que proporciona el profesional enfermero a pacientes hospitalizados en un centro de oncología, a fin de proponer pautas estratégicas en esta labor e implementar acciones que fortalezcan el cuidado que se brinda.

Material y métodos

Estudio de metodología cuantitativa con diseño descriptivo y observacional-transversal. El universo de estudio fueron pacientes hospitalizados y atendidos en un centro de oncología de tercer nivel del Estado de México. Se realizó un muestreo no probabilístico de oportunidad y secuencial, con cuota de 35 pacientes. Los criterios de inclusión fueron: pacientes del servicio de hospitalización de un centro de oncología internados durante la aplicación del instrumento, que se encontraran entre la escala ECOG 0 (completamente activo y sin restricciones) y ECOG 2 (puede cuidarse a sí mismo, pero no puede realizar otras actividades; se mantiene despierto más del 50% del tiempo).¹⁴ Los criterios de exclusión fueron: pacientes externos al servicio de hospitalización o ingresados fuera del periodo de aplicación del

instrumento, que tuvieran un ECOG diferente al establecido y que no quisieran participar en el estudio.

Para la recolección de datos se aplicó un cuestionario a los usuarios internados en el servicio de hospitalización del centro de oncología. El instrumento aplicado fue diseñado de acuerdo al instrumento "*Percepción del cuidado humanizado en pacientes hospitalizados*", elaborado en el 2016 por Hermosilla Ávila *et. al.*,¹⁵ de la Universidad del Bío-Bío de Chile; además, fue validado en una primera muestra de 35 usuarios con puntaje de alfa Cronbach de 0.835, es decir, de "*confiabilidad aceptable y buena consistencia interna*". El instrumento aplicado consta de 36 ítems, clasificados en 10 dimensiones de acuerdo a la teoría transpersonal del cuidado humano de Watson.¹⁵ Cada dimensión tiene de 3 a 6 indicadores y, puesto que el cuidado humanizado es una variable cualitativa de actitud, se midieron a través de la escala de Likert, caracterizada por una medición ordinal con las siguientes escalas y valores: nunca= 1, a veces =2, regularmente=3, casi siempre= 4 y siempre=5. Se representaron los resultados mediante frecuencias y porcentajes, y se analizaron a partir de estadística descriptiva tanto para las variables demográficas como para cada una de las dimensiones estudiadas.

Cabe mencionar que la Ley General de Salud, título segundo, artículo 13, "*referente a los aspectos éticos de la investigación en seres humanos, menciona que en toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberán prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar*".¹⁶ Se considera que la investigación pertenece a la categoría de estudios sin riesgos ni implicaciones éticas, puesto que se llevaron a cabo métodos y técnicas de investigación documental en los que no se realiza intervención directa al paciente. Únicamente se aplicó un cuestionario

a los usuarios que accedieron a participar, previa aplicación del consentimiento informado de acuerdo al “*artículo 14, fracción V, que plantea contará con el consentimiento informado y por escrito del sujeto de investigación o su representante legal*”,¹⁶ en el cual se le menciona a los participantes que los datos recabados sólo serán utilizados con fines estadísticos, manteniendo en todo momento la confidencialidad y anonimato.

La investigación se sometió a los comités de investigación y ética del centro de tercer nivel de atención donde se desarrolló, y fue aprobada con el no. de oficio: COE/CEI/PT/16/2019 y COE/029/2019.

Resultados

Se recolectó información de 35 pacientes hospitalizados en el centro de oncología, de los cuales 66% era de género femenino y 34% masculino, además de que 48% se encontraba en edad productiva; la escolaridad más reportada fue licenciatura con 40%, la estancia hospitalaria de 1 a 10 días fue de 74% y de 11 a 20 días fue de 17% (Cuadro 1). En el análisis por cada dimensión de los 36 indicadores del instrumento “*Percepción del cuidado humanizado en pacientes hospitalizados*”, se obtuvieron los resultados que aparecen en el Cuadro 2.

Cuadro 1. Características demográficas de los pacientes hospitalizados en un centro de oncología del Estado de México.

	Frecuencia (%)
Género	
Femenino	23 (66)
Masculino	12 (34)
Edad	
20-40 años	10 (29)
41-60 años	17 (48)
61-80 años	8 (23)
Escolaridad	
Analfabeta	1 (3)
Primaria	6 (17)
Secundaria	5 (14)
Preparatoria	4 (11)
Carrera técnica	4 (11)
Licenciatura	14 (40)
Posgrado	1 (3)
Días de estancia hospitalaria	
De 1 a 10 días	26 (74)
De 11 a 20 días	6 (17)
De 21 a 30 días	2 (6)
Más de 30 días	1 (3)

Fuente: cuestionario de percepción del cuidado humanizado aplicado a los usuarios.

Cuadro 2. Valoración de la percepción del cuidado humanizado.

Dimensión	Indicadores	Nunca f (%)	A veces f (%)	Regularmente f (%)	Casi siempre f (%)	Siempre f (%)	TOTAL
Dimensión 1: formación de un sistema de valores humanísticos y altruistas	1. Recibe un trato amable de parte de la enfermera	1 (3)	1 (3)	1 (3)	3 (9)	29 (83)	35
	2. Siente que la actitud de la enfermera tiene un efecto positivo en usted	1 (3)	2 (6)	1 (3)	1 (3)	30 (86)	35
	3. Siente que la enfermera al cuidado le entrega algo de sí misma	1 (3)	2 (6)	1 (3)	5 (14)	26 (74)	35
	4. Siente que la enfermera al cuidado le entrega algo propio que la distingue de otras	1 (3)	1 (3)	2 (6)	4 (11)	27 (77)	35
Dimensión 2: instalación de fe y esperanza	5. La enfermera ha considerado sus preferencias religiosas o espirituales en la atención brindada	15 (43)	1 (3)	3 (9)	4 (11)	12 (34)	35
	6. Siente que las acciones de la enfermera ayudan a fortalecer su fe	7 (20)	3 (9)	1 (3)	4 (11)	20 (57)	35
	7. Siente que la enfermera al cuidado le transmite esperanza (formas de sentirse mejor)	1 (3)	4 (11)	1 (3)	2 (6)	27 (77)	35
Dimensión 3: cultivar la sensibilidad hacia uno mismo y los demás	8. Siente que tiene una relación cercana con la enfermera	4 (11)	1 (3)	1 (3)	4 (11)	25 (71)	35
	9. Siente que la enfermera se conmueve con su situación de salud	4 (11)	3 (9)	2 (6)	7 (20)	19 (54)	35
	10. La enfermera sabe cómo usted se siente y le consulta al respecto	2 (6)	2 (6)	1 (3)	4 (11)	26 (74)	35
	11. Siente que la comunicación con la enfermera es verdadera	2 (6)	2 (6)	4 (11)	1 (3)	26 (74)	35
	12. Usted puede identificar como se siente la enfermera y manifestarlo con confianza	7 (20)	3 (9)	1 (3)	5 (14)	19 (54)	35
Dimensión 4: desarrollar una relación de cuidados humanos de ayuda y de confianza	13. La enfermera es capaz de saber cómo se siente usted	1 (3)	3 (9)	2 (6)	8 (23)	21 (60)	35
	14. Puede expresarle a la enfermera sus sentimientos	4 (11)	2 (6)	2 (6)	4 (11)	23 (65)	35
	15. Siente una confianza mutua entre la enfermera y usted	1 (3)	4 (11)	2 (6)	3 (9)	25 (71)	35
	16. La enfermera se pone en su lugar cuando usted expresa lo que siente	3 (9)	4 (11)	3 (9)	6 (17)	19 (54)	35
Dimensión 5: promocionar y aceptar la expresión de sentimientos positivos y negativos	17. La enfermera favorece o permite que usted exprese sus sentimientos	4 (11)	2 (6)	1 (3)	4 (11)	24 (69)	35
	18. La enfermera le da tiempo para que usted exprese sus emociones	1 (3)	3 (9)	4 (11)	4 (11)	23 (66)	35
	19. Siente que la enfermera lo escucha más allá de lo que pasa con su enfermedad	5 (14)	1 (3)	1 (3)	6 (17)	22 (63)	35
	20. Siente que la enfermera acepta lo que a usted le pasa	4 (11)	4 (11)	1 (3)	4 (11)	22 (63)	35

Dimensión 6: uso sistemático del método científico para la resolución de problemas y toma de decisiones	21. Siente que el cuidado entregado por la enfermera es organizado y basado en conocimientos	1 (3)	2 (6)	1 (3)	1 (3)	30 (86)	35
	22. Siente que los procedimientos que se realizan son adecuados a su manera de ser	1 (3)	1 (3)	1 (3)	4 (11)	28 (80)	35
	23. Siente que los cuidados que se le proporcionan son diferentes a lo entregados a las demás personas	10 (29)	3 (9)	3 (9)	5 (14)	14 (40)	35
Dimensión 7: promocionar la enseñanza y el aprendizaje transpersonal	24. Le han informado o educado respecto a los cuidados que le entregan	1 (3)	1 (3)	1 (3)	4 (11)	28 (80)	35
	25. Se le consulta su opinión en los procedimientos que se le realizan	3 (9)	1 (3)	1 (3)	3 (9)	27 (77)	35
	26. Conoce la razón de los procedimientos que se le proporcionan	1 (3)	3 (9)	1 (3)	1 (3)	29 (83)	35
	27. Reconoce cuál es su participación y qué importancia tiene usted en los cuidados otorgados	1 (3)	1 (3)	1 (3)	3 (9)	29 (83)	35
Dimensión 8: crear un entorno de apoyo o conexión mental, física, sociocultural y espiritual	28. Siente que se le ha incluido a usted y a su entorno (familia) en sus cuidados de salud	1 (3)	1 (3)	1 (3)	6 (17)	26 (74)	35
	29. Siente que ha recibido un trato digno, que resguarda su integridad	1 (3)	1 (3)	1 (3)	2 (6)	30 (86)	35
	30. Siente que se apoya con respecto a personalidad y cuerpo	1 (3)	1 (3)	1 (3)	5 (14)	27 (77)	35
Dimensión 9: ayudar a la satisfacción de las necesidades humanas	31. Siente que la enfermera trabaja para satisfacer sus necesidades físicas	0 (0)	1 (3)	0 (0)	1 (3)	33 (94)	35
	32. Siente que la enfermera se preocupa de sus necesidades sociales	8 (23)	1 (3)	4 (11)	3 (9)	19 (54)	35
	33. Siente que la enfermera incorpora en los cuidados sus necesidades espirituales	9 (26)	1 (3)	3 (9)	5 (14)	17 (49)	35
Dimensión 10: aceptación de fuerzas existenciales - fenomenológicas	34. La enfermera le ayuda a entender por qué está en esa condición, lugar o estado	4 (11)	1 (3)	0 (0)	3 (9)	27 (77)	35
	35. Logra comprender el significado de su vida por medio de la comunicación con la enfermera	4 (11)	3 (9)	2 (6)	6 (17)	20 (57)	35
	36. La enfermera le ayuda a comprenderse mejor a sí mismo y a los demás	5 (14)	1 (3)	1 (3)	5 (14)	23 (66)	35

Dimensiones e indicadores del instrumento "Percepción del cuidado humanizado en pacientes hospitalizados", elaborado por Hermosilla Ávila *et al.*¹⁵ Fuente: Cuestionario de percepción del cuidado humanizado aplicado a usuarios hospitalizados en un centro de oncología del Estado de México.

A continuación se desarrollan los datos obtenidos de acuerdo a cada dimensión:

En la dimensión 1, formación de un sistema de valores humanísticos y altruistas, 80% de los pacientes contestó que siempre recibe trato amable con efecto positivo en él, derivado de la actitud de la enfermera en su labor del cuidado.

En la dimensión 2, instalación de fe y esperanza, 77% de los pacientes afirman que sienten confianza y seguridad con las intervenciones de las enfermeras, acciones que se ven manifestadas en un estado emocional positivo; sin embargo, es de considerar que 43% de los entrevistados contestaron que nunca se toman en cuenta las preferencias religiosas.

En la dimensión 3, cultivar la sensibilidad hacia uno mismo y los demás, se observa que arriba de 70% de los entrevistados perciben que hay una relación enfermera-paciente en todo momento del cuidado, en la cual la comunicación, conocimiento y destreza de la profesional le permite identificar el estado de salud del paciente, creando un ambiente de confianza favorable para la calidad de cuidado proporcionado.

En la dimensión 4, desarrollar una relación de cuidados humanos de ayuda y de confianza, los usuarios identifican que el profesional enfermero siempre brinda cuidados con empatía, favoreciendo la comunicación y no sólo un tratamiento biológico, motivo por el cual se sienten con la confianza de expresar sus sentimientos.

En la dimensión 5, promocionar y aceptar la expresión de sentimientos positivos y negativos, 65% de los usuarios piensan que las enfermeras siempre ayudan a que los pacientes manifiesten sus emociones o aflicciones escuchándolos y brindándoles el tiempo necesario para hacerlo, esto permite que los pacientes se expresen y propicia la esperanza y afrontamiento del curso de su patología.

En la dimensión 6, uso sistemático del

método científico para la resolución de problemas y toma de decisiones, por arriba del 80% de usuarios menciona que la atención proporcionada por el profesional de enfermería es adecuado y fundamentado en conocimiento, pues señalan que las intervenciones son individualizadas independientemente de su diagnóstico, lo cual les da confianza de la calidad de cuidado recibido.

En la dimensión 7, promocionar la enseñanza y el aprendizaje transpersonal, 81% de los usuarios refieren conocer la razón de los procedimientos que se les realiza, pues han sido previamente informados acerca de los cuidados brindados, lo cual les permite crear conciencia de su importancia y sentirse involucrados para poder solicitar un cuidado de calidad.

En la dimensión 8, crear un entorno de apoyo o conexión mental, física, sociocultural y espiritual, 79% de los informantes refieren haber recibido un cuidado digno y protector de su integridad como persona, de su familia y contexto presente, lo que caracteriza un nivel de cuidado humanitario que toma en cuenta todo el entorno del paciente para trascender el tratamiento estrictamente biológico.

En la dimensión 9, ayudar a la satisfacción de las necesidades humanas, 66% de los pacientes perciben que el personal enfermero siempre satisface sus necesidades físicas: alimentación, oxigenación, eliminación, sueño o descanso, actividad, ejercicio e higiene, así como los requerimientos sociales y espirituales en un menor porcentaje.

Por último, en la dimensión 10, aceptación de fuerzas existenciales-fenomenológicas, 67% de los informantes indican que el personal enfermero les apoya a identificar el proceso que están viviendo, lo cual les permite dar un significado a su vida que es favorecido por el cuidado de su salud y la mejora de su calidad de vida.

Se identificaron 5 respuestas ponderables

para cada indicador, por lo que se realizó un escalamiento tipo Likert que se presenta en el Cuadro 3, a fin de identificar con los siguientes grados el nivel de cuidado proporcionado por el profesional de enfermería en el centro de oncología: nunca = 1, a veces = 2, regularmente = 3, casi siempre = 4, y siempre = 5.

Posteriormente, de acuerdo con los rangos de medición descritos en el Cuadro 4,

se clasificó el nivel de cuidado humanizado proporcionado por el profesional de enfermería. Se obtiene que existe un cuidado “*muy humanizado*”, pues el porcentaje general de nueve dimensiones es superior al 85%, en un rango de 140 a 174 puntos, mientras que sólo la dimensión 2 muestra un cuidado humanizado en un rango de 105 a 130 puntos, equivalentes al 74 %.

Cuadro 3. Escalamiento Likert de cada indicador

	Nunca (1)	A veces (2)	Regularmente (3)	Casi siempre (4)	Siempre (5)	TOTAL
Dimensión 1: formación de un sistema de valores humanísticos y altruistas						
1. Recibe un trato amable de parte de la enfermera	1	2	3	12	145	163
2. Siente que la actitud de la enfermera tiene un efecto positivo en usted	1	4	3	4	150	162
3. Siente que la enfermera al cuidado le entrega algo de sí misma	1	4	3	20	130	158
4. Siente que la enfermera al cuidado le entrega algo propio que la distingue de otras	1	2	6	16	135	160
Dimensión 1						161
Dimensión 2: instalación de fe y esperanza						
5. La enfermera ha considerado sus preferencias religiosas o espirituales en la atención brindada	15	2	9	16	60	102
6. Siente que las acciones de enfermera ayudan a fortalecer su fe	7	6	3	16	100	132
7. Siente que la enfermera al cuidado le transmite esperanza (formas de sentirse mejor)	1	8	3	8	135	155
Dimensión 2						130
Dimensión 3: cultivar la sensibilidad hacia uno mismo y los demás						
8. Siente que tiene una relación cercana con la enfermera	4	2	3	16	125	150
9. Siente que la enfermera se conmueve con su situación de salud	4	6	6	28	95	139
10. La enfermera sabe cómo usted se siente y le consulta al respecto	2	4	3	16	130	155
11. Siente que la comunicación con la enfermera es verdadera	2	4	12	4	130	152
12. Usted puede identificar como se siente la enfermera y manifestarlo con confianza	7	6	3	20	95	131
13. La enfermera es capaz de saber cómo se siente usted	1	6	6	32	105	150
Dimensión 3						146

Dimensión 4: desarrollar una relación de cuidados humanos de ayuda y de confianza						
14. Puede expresarle a la enfermera sus sentimientos	4	4	6	16	115	145
15. Siente una confianza mutua entre la enfermera y usted	1	8	6	12	125	152
16. La enfermera se pone en su lugar cuando usted expresa lo que siente	3	8	9	24	95	139
Dimensión 4						145
Dimensión 5: promocionar y aceptar la expresión de sentimientos positivos y negativos						
17. La enfermera favorece o permite que usted exprese sus sentimientos	4	4	3	16	120	147
18. La enfermera le da tiempo para que usted exprese sus emociones	1	6	12	16	115	150
19. Siente que la enfermera lo escucha más allá de lo que pasa con su enfermedad	5	2	3	24	110	144
20. Siente que la enfermera acepta lo que a usted le pasa	4	8	3	16	110	141
Dimensión 5						146
Dimensión 6: uso sistemático del método científico para la resolución de problemas y toma de decisiones						
21. Siente que el cuidado entregado por la enfermera es organizado y basado en conocimientos	1	4	3	4	150	162
22. Siente que los procedimientos que se realizan son adecuados a su manera de ser	1	2	3	16	140	162
23. Siente que los cuidados que se le proporcionan son diferentes a lo entregados a las demás personas	10	6	9	20	70	115
Dimensión 6						146
Dimensión 7: promocionar la enseñanza y el aprendizaje transpersonal						
24. Le han informado o educado respecto a los cuidados que le entregan	1	2	3	16	140	162
25. Se le consulta su opinión en los procedimientos que se le realizan	3	2	3	12	135	155
26. Conoce la razón de los procedimientos que se le proporcionan	1	6	3	4	145	159
27. Reconoce cuál es su participación y qué importancia tiene usted en los cuidados otorgados	1	2	3	12	145	163
Dimensión 7						160
Dimensión 8: crear un entorno de apoyo o conexión mental, física, sociocultural y espiritual						
28. Siente que se le ha incluido a usted y a su entorno (familia) en sus cuidados de salud	1	2	3	24	130	160
29. Siente que ha recibido un trato digno, que resguarda su integridad	1	2	3	8	150	164
30. Siente que se apoya con respecto a personalidad y cuerpo	1	2	3	20	135	161
Dimensión 8						162

Dimensión 9: ayudar a la satisfacción de las necesidades humanas						
31. Siente que la enfermera trabaja para satisfacer sus necesidades físicas	0	2	0	4	165	171
32. Siente que la enfermera se preocupa de sus necesidades sociales	8	2	12	12	95	129
33. Siente que la enfermera incorpora en los cuidados sus necesidades espirituales	9	2	9	20	85	125
Dimensión 9						142
Dimensión 10: aceptación de fuerzas existenciales-fenomenológicas						
34. La enfermera le ayuda a entender por qué esta en esa condición, lugar o estado	4	2	0	12	135	153
35. Logra comprender el significado de su vida por medio de la comunicación con la enfermera	4	6	6	24	100	140
36. La enfermera le ayuda a comprenderse mejor a sí mismo y a los demás	5	2	3	20	115	145
Dimensión 10						146

Dimensiones e indicadores del instrumento "Percepción del cuidado humanizado en pacientes hospitalizados", elaborado por Hermosilla Ávila *et al.*¹⁵ Fuente: Cuestionario de percepción del cuidado humanizado aplicado a usuarios hospitalizados en un centro de oncología del Estado de México.

Cuadro 4. Nivel de cuidado humanizado proporcionado por el profesional de enfermería.

Nivel de cuidado humanizado proporcionado al paciente hospitalizado en un centro de oncología del Estado de México				
	35 - 69 No humanizado		140 - 174 Muy humanizado	
Rango de medición	70 - 104 Poco humanizado		> 175 Excelentemente humanizado	
	105 - 139 Humanizado			
Dimensión	Puntajes totales	Porcentaje	Nivel de cuidado humanizado	
Dimensión 1: formación de un sistema de valores humanísticos y altruistas	161	92%	Muy humanizado	
Dimensión 2: instalación de fe y esperanza	130	74%	Humanizado	
Dimensión 3: cultivar la sensibilidad hacia uno mismo y los demás	146	84%	Muy humanizado	
Dimensión 4: desarrollar una relación de cuidados humanos de ayuda y de confianza	145	83%	Muy humanizado	
Dimensión 5: promocionar y aceptar la expresión de sentimientos positivos y negativos	146	83%	Muy humanizado	
Dimensión 6: uso sistemático del método científico para la resolución de problemas y toma de decisiones	146	84%	Muy humanizado	

Dimensión 7: promocionar la enseñanza y el aprendizaje transpersonal	160	91%	Muy humanizado
Dimensión 8: crear un entorno de apoyo o conexión mental, física, sociocultural y espiritual	162	92%	Muy humanizado
Dimensión 9: ayudar a la satisfacción de las necesidades humanas	142	81%	Muy humanizado
Dimensión 10: aceptación de fuerzas existenciales-fenomenológicas	146	83%	Muy humanizado
Promedio total del instrumento	148	85%	Muy humanizado

Dimensiones e indicadores del instrumento “Percepción del cuidado humanizado en pacientes hospitalizados”, elaborado por Hermosilla Ávila *et al.*¹⁵ Fuente: Cuestionario de percepción del cuidado humanizado aplicado a usuarios hospitalizados en un centro de oncología del Estado de México.

Discusión

Los resultados de esta investigación concuerdan con afirmaciones de estudios previos, en los que el nivel de cuidado humanizado de calidad brindado por el profesional enfermero está sustentado en fundamentos científicos, actitud empática, habilidad técnica y profesional, así como en experiencia basada en la observación minuciosa, lo cual en conjunto propicia la producción de “juicios profesionales y éticos deliberados, altamente centrados en las necesidades de cada paciente”.¹⁷

Se muestra que los usuarios identifican el trato recibido, el tiempo dedicado a escuchar sus inquietudes o dudas, lo cual permite enfrentar positivamente su proceso de salud-enfermedad. Esto también se manifiesta en la investigación de Anacleto *et al.*, quienes analizan diferentes estudios sobre este tipo de población y aseveran que intervienen diferentes “factores que promueven el cuidado de enfermería humanizado como: acogida, apreciación paciente {...}, establecimiento de una buena relación, buena comunicación, escucha activa, creación de vínculos con el paciente y su familia, respeto a la individualidad, autonomía {...}, necesidades espirituales y fe...”.¹⁸ Por lo tanto, existe una

relación directa entre el cuidado oncológico y las dimensiones valoradas en el presente estudio.

Este proceso supone la “formación de un sistema de valores humanísticos y altruistas”,¹⁵ en la que las intervenciones de enfermería generan confianza y aceptación del cuidado, como se constata en la investigación de Monje *et al.*: “las cualidades en la entrega de cuidado humanizado por el profesional de enfermería que destacan los pacientes son las relacionadas a la categoría ‘cualidades del hacer’, es decir, perciben que son capaces de identificar sus necesidades, mantienen trato cordial, tienen buena disponibilidad cuando se les requiere y los educan.”¹⁹

Es importante recalcar que el instrumento permitió evaluar de forma concreta cada una de las dimensiones e ítems, pues se implementaron los rangos de medición del nivel de cuidado según los puntajes obtenidos. Por consiguiente, de acuerdo con el instrumento aplicado, se fundamenta que el cuidado proporcionado al paciente oncológico es percibido como “muy humanizado”, en el cual se da prioridad a la persona como ser humano, respetando sus decisiones, valores y creencias, cualidad que influye sustancialmente en la labor de los profesionales de enfermería en el arte del cuidado.

Se concuerda así con las postulaciones de Leininger, quien *“afirma que el cuidado son aquellos actos de asistencia, de soporte, dirigidos a otro ser humano con necesidades reales o potenciales, con el fin de mejorar o aliviar sus condiciones de vida”*.²⁰ Este tipo de acciones ayudan a disminuir la percepción de que *“el acto de cuidar, hoy, está siendo deficiente, tanto en la práctica profesional sanitaria como en la formación”*.²¹ Si bien es cierto, existen muchos sesgos, por lo que se debe recalcar que el vínculo generado en la atención a la persona con una patología oncológica es de comprensión y escucha desde el primer encuentro, en el cual *“las habilidades comunicativas y emocionales son elementos esenciales del cuidado humanizado”*,²¹ habilidades propias de los profesionales enfermeros.

Conclusiones

Se concluye y fundamenta que el cuidado proporcionado por el profesional de enfermería en la atención a pacientes hospitalizados en un centro de oncología del Estado de México es muy humanizado, debido al vínculo que se genera en la atención que tiene como prioridad considerar integralmente al usuario, incluyendo mente, cuerpo, alma y entorno.

En este estudio se generó una escala de valores para clasificar el nivel de cuidado. Ésta se desarrolló a partir de los puntajes del escalamiento Likert, obteniendo cinco niveles que van desde *“cuidado no humanizado”* hasta *“cuidado muy humanizado”*. Dicha escala supone un pilar fundamental para futuras investigaciones que midan este tipo de variable.

La importancia de un cuidado humanizado en la atención a personas con cáncer radica en la calidad del conocimiento de la praxis, la comunicación, el debido uso la palabra y la escucha en el ámbito

asistencial. Ésta última resulta trascendental para brindar confianza a la persona que quiere expresarse o que necesita apoyo emocional para tener un panorama más alentador, pues en el transcurso de la enfermedad pueden producirse crisis que dan lugar a estados de ánimo fluctuantes. Estas acciones fortalecen a la profesión, ya que los cuidados humanos caracterizados por la calidad, calidez y seguridad se ven reflejados en la satisfacción del usuario, lo cual mejora paulatinamente su calidad de vida e influye positivamente en su persona, su familia y la sociedad.

Por lo tanto, es recomendable seguir reforzando una cultura de cuidados humanos que creen un ambiente de confianza y garanticen una labor de calidad y fuera de riesgos, como lo menciona Mijangos-Fuentes: *“los cuidados reducen las distancias entre los tratamientos y el sentido de la enfermedad. Empero, estos cuidados deben ser proporcionados desde una visión holística, como la que distingue a la disciplina de la enfermería”*.²²

Referencias

1. Moreno Sánchez YM, Fajardo Daza M, Ibarra Acuña A, Restrepo SS. Cronología de la profesionalización de la Enfermería. Revista Logos Ciencia & Tecnología [Internet]. 2017 [citado 24 de mayo de 2023]; 9(2):64-84. Disponible en: <https://doi.org/10.22335/rlct.v9i2.479>
2. García Hernández M de L, Arana Gómez B, Cárdenas Becerril L, Monroy Rojas A. Cuidados de la salud: paradigma del personal de enfermeros en México - la reconstrucción del camino. Esc Anna Nery Rev Enferm. 2009;13(2):287-96. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/S1414-81452009000200008>
3. García Hernández M de L, Cárdenas Becerril L, Arana Gómez B, Monroy Rojas A, Hernández Ortega Y, Salvador Martínez

- C. Construcción emergente del concepto: cuidado profesional de enfermería. *Texto Contexto Enferm.* 2011;20(esp):74-80. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072011000500009>
4. **Jiménez Arroyo V, Rangel Flores YY.** Las representaciones sociales como marco para comprender las respuestas humanas en el cuidado enfermero. *Cultura de los Cuidados* [Internet]. 2017 [citado 24 de mayo de 2023]; núm. 49: 147-54. Disponible en: <https://cutt.ly/ZwkNLumx>
 5. **Rubio Domínguez S.** Editorial. La Enfermera Humanista: ciencia, filosofía, arte y técnica. Garantía en la seguridad de los pacientes. *Revista CONAMED* [Internet]. 2008 [citado 24 de mayo de 2023]; 3(supl. 1):3-4. Disponible en: <https://cutt.ly/ewkNZyC0>
 6. **Fernández Rubio M, Pagola Pascual MI, Izo García MN.** Una aproximación a los cuidados invisibles desde la enfermería. *Conocimiento Enfermero.* 2019;2(4):55-7. Disponible en: <https://cutt.ly/2wkNXcyN>
 7. **México.** Modelo del cuidado de enfermería. Ciudad de México: Secretaría de Salud. 2018. Disponible en: <https://cutt.ly/3wkNX8PB>
 8. **Rivera Ullauri MV.** Editorial. *Rev Med HJCA.* 2017;9(2):114-5.
 9. **Llanes Fernández de la Cueva G, Bejarano Álvarez D, Márquez Rodríguez LM, Ponce Pérez C, Martínez Ramírez RM.** La humanización de la atención de enfermería en salud laboral. *Enfermería del Trabajo* [Internet]. 2018 [citado 24 de mayo de 2023]; 8(1):18-26. Disponible en: <https://cutt.ly/wwkN3YCi>
 10. **Vázquez Arreola L, Medina Ortiz SG, Interrial Guzmán MG, Moreno Monsiváis M.** Valoración del cuidado humanizado en pacientes hospitalizados otorgado por el personal de enfermería. *Salud,* 2020-2021;7(7):1123-48.
 11. **Guerrero Ramírez R, Meneses La Riva ME, De La Cruz Ruiz M.** Cuidado humanizado de enfermería según la teoría de Jean Watson, servicio de medicina del Hospital Daniel Alcides Carrión. Lima- Callao, 2015. *Rev enferm Herediana.* 2016;9(2):133-42. Disponible en: <https://doi.org/10.20453/renh.v9i2.3017>
 12. **Farfan Pesante RN.** Percepción de atención humanizada y su relación con la calidad de atención en el servicio de radiodiagnóstico. *UCV-Scientia;* 2016;8(2):124-31. Disponible en: <https://cutt.ly/HwkMwcrb>
 13. **Castillo Andrade, RE.** El cuidado enfermero y la relación con la satisfacción de los pacientes de la unidad de recuperación en el postoperatorio inmediato del Hospital San Vicente de Paúl Ibarra, 2016. Tesis de Maestría en Gerencia en servicios de salud, Universidad Técnica del Norte; 2018. Disponible en: <https://cutt.ly/vwkMeINX>
 14. **Pérez-Cruz PE, Acevedo F.** Escalas de estado funcional (*o performance status*) en cáncer. *Gastroenterol latinoam.* 2014;25(3):219-26.
 15. **Hermosilla Ávila A, Mendoza Llanos R, Contreras Contreras S.** Instrumento para valoración del cuidado humanizado brindado por profesionales de enfermería a personas hospitalizadas. *Index Enferm.* 2016;25(4):273-7.
 16. **México.** Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. Ciudad de México: Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión; 2014. Disponible en: <https://cutt.ly/6wkMiYKj>

17. **Huércanos Esparza I.** Cuidado Invisible: donde los medicamentos no llegan. *Index Enferm.* 2013;22(1-2):5-6.
18. **Anacleto G, Cecchetto FH, Riegel F.** Cuidado de enfermagem humanizado ao paciente oncológico: revisão integrativa. *Rev Enferm Contemp.* 2020;9(2):246-54.
19. **Monje P, Miranda P, Oyarzün J, Seguel F, Flores E.** Percepción de cuidado humanizado de enfermería desde la perspectiva de usuarios hospitalizados. *Cienc enferm [Internet].* 2018 [citado 25 de mayo de 2023]; 24(5):[Apróx 10 pp.]. Disponible en: <https://cutt.ly/CwkMpM65>
20. **Nieves Galán A.** El camino hacia la humanización de los cuidados. Trabajo de fin de Grado en Enfermería, Universidad de Alicante; 2019. Disponible en: <http://rua.ua.es/dspace/handle/10045/92831>
21. **Díaz Rodríguez M, Alcántara Rubio L, Aguilar García D, Puertas Cristobal E, Cano Valera M.** Orientaciones formativas para un cuidado humanizado en enfermería: una revisión integrativa de la literatura. *Enferm glob.* 2020; núm. 58: 640-72.
22. **Mijangos-Fuentes KI.** El paradigma holístico de la enfermería. *Salud y Administración.* 2014;1(2):17-22.



Artículo original

Level of adaptation and anxiety in older adults during confinement due to COVID-19 in Tepetitlán, Hidalgo

Nivel de adaptación y ansiedad en adultos mayores durante el confinamiento por COVID-19 en Tepetitlán, Hidalgo

Raul Huitron Narváez¹  Diana Laura García Mendoza²  Zazzil Alexa Callejas García³ 
Benjamín López Nolasco⁴  Ariana Maya Sánchez⁵  Gabriela Maldonado Muñiz⁶ 

Abstract

Objective: To examine the relationship between the level of adaptation and anxiety during COVID-19 pandemic confinement in older adult residents of the municipality of Tepetitlan.

Methods: Cross-sectional descriptive study conducted from November 2021 to March 2022 in a *non-probabilistic convenience* sample of 170 adults aged 60 years and older. In accordance with the Helsinki declaration and the general health law on research, the approval of the Research Ethics Committee of the Autonomous University of the State of Hidalgo was obtained, as well as informed consent, from which a sociodemographic data form was applied. The Beck anxiety inventory was used to determine the level of anxiety of the participants. *The active older adult coping instrument* was used, which evaluates coping in relation to the following modes or dimensions: physiological, role function, interdependence and self-concept. Spearman's correlation test was used to estimate the relationship between the variables of interest.

Results: The average age was 70 years (± 7.6 years). More than half of the participants were female (62.9%). A high and statistically significant correlation was observed between the level of adaptation and anxiety in older adults ($\rho=0.61$; $p\text{-value}=.000$).

Conclusion: The results indicate that the level of adaptation of older adults during COVID-19 confinement is probably related to their level of anxiety.

Key words: adaptation, anxiety, older adult, COVID-19.

Citación: Huitron Narváez R, García Mendoza DL, Callejas García ZA, López Nolasco B, Maya Sánchez A, Maldonado Muñiz G. Nivel de adaptación y ansiedad en adultos mayores durante el confinamiento por COVID-19 en Tepetitlán, Hidalgo. Rev Enferm Neurol.2023;22(1): pp. 47-55.

Correspondencia: Benjamín López Nolasco
Email: benjamin_lopez8494@uaeh.edu.mx

¹⁻⁶ Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo

Recibido: 21 septiembre 2022

Aceptado: 5 noviembre 2022



Resumen

Objetivo: Examinar la relación que existe entre el nivel de adaptación y la ansiedad durante el confinamiento por la pandemia COVID-19 en adultos mayores residentes del municipio de Tepetitlan.

Métodos: Estudio descriptivo transversal realizado de noviembre de 2021 a marzo de 2022 en una muestra *no probabilística por conveniencia* de 170 adultos de 60 años y más. De acuerdo con lo señalado por la declaración de Helsinki y la ley general de salud en materia de investigación, se obtuvo la aprobación del comité de ética en investigación de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo así como el consentimiento informado, a partir de lo cual se aplicó una cedula de datos sociodemográficos. Para conocer el nivel de ansiedad de los participantes se empleó el inventario de ansiedad de Beck. Se utilizó el *instrumento de adaptación de adulto mayor activo*, que evalúa la adaptación en relación con los siguientes modos o dimensiones: fisiológico, función del rol, interdependencia y autoconcepto. Para estimar la relación entre las variables de interés se empleó la prueba de correlación de Spearman.

Resultados: El promedio de edad fue de 70 años (± 7.6 años). Más de la mitad de los participantes fueron del sexo femenino (62.9%). Se observó una correlación alta y estadísticamente significativa entre el nivel de adaptación y la ansiedad de los adultos mayores ($\rho=0.61$; valor $p=.000$).

Conclusión: Los resultados indican que el nivel de adaptación de los adultos mayores durante el confinamiento por COVID-19 probablemente se relaciona con su nivel de ansiedad.

Palabras clave: adaptación, ansiedad, adulto mayor, COVID-19.

Introducción

Según datos reportados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) la población global se encuentra envejeciendo a ritmo acelerado; estimaciones indican que entre 2015 y 2050, la proporción de la población mayor de 60 años se duplicaría, pasando del 12% al 22%, y la mayoría de los adultos mayores vivirían en países de ingresos bajos y medios.¹ En el caso concreto de México, cifras reportadas por la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) señalaron que en el año 2018 el número de habitantes de 60 años o más era de 15.4 millones.²

Por otra parte, en enero de 2020 la OMS declaró el brote de la nueva enfermedad por coronavirus, COVID-19, una emergencia de

salud pública internacional. Ante tal situación, se establecieron restricciones sociales, decretándose el confinamiento, y se pidió a todos permanecer resguardados el mayor tiempo posible debido a la tasa de mortalidad de esta enfermedad.³⁻⁵ El importante crecimiento del número de casos confirmados y muertes ocasionó sentimientos y pensamientos negativos que amenazan la salud mental y se extienden por todo el mundo.⁶

La pandemia mundial de COVID-19 ha tenido implicaciones importantes para la salud de los adultos mayores, ya que se ubican en el centro del problema como el grupo de mayor riesgo. A esto se suman otros problemas de salud relacionados, como estrés postraumático, confusión, depresión, ansiedad, pánico y alteraciones del comportamiento, los cuales pueden deberse a

factores como la separación familiar, la angustia, el duelo y la soledad, situaciones que afectan en mayor medida a los adultos mayores.^{7,8}

Asimismo, las restricciones sociales interfieren en las actividades de la vida cotidiana de los adultos mayores, provocando entre ellos diferentes reacciones. Algunas personas tienen una reacción desadaptativa, pues las perciben como una sobrecarga emocional que da lugar a un mayor grado de incertidumbre, frustración y ansiedad, mientras que otras tratan de mantener su rutina diaria en la medida de lo posible y sacar el máximo provecho de la situación, adaptándose a las condiciones de vida actuales, por lo que presentan una reacción adaptativa.⁹ En este sentido, el concepto de adaptación propuesto por Callista Roy se refiere al proceso en el que, mediante el empleo de diferentes capacidades, las personas hacen frente a diversas situaciones derivadas de su entorno.¹⁰

Por su parte, la ansiedad se define como un estado emocional de displacer que se acompaña de cambios somáticos y psíquicos, que puede presentarse como una reacción adaptativa, o como síntoma o síndrome que acompaña diversos padecimientos médicos y psiquiátricos. La ansiedad afecta los procesos mentales, tiende a producir distorsiones en la percepción del entorno y de sí mismo, interfiriendo con la capacidad de análisis y afectando evidentemente funcionalidad del individuo.¹¹ Se ha sugerido que la ansiedad es uno de los problemas de salud mental que más afecta a la población adulta mayor a nivel mundial.¹ A pesar de ello, a la fecha no existe una base científica que fundamente una relación existente entre el nivel de adaptación de los adultos mayores y el nivel de ansiedad, por lo que el objetivo de la presente investigación es determinar la presencia de esta relación durante el confinamiento por la pandemia de COVID-19

en el municipio de Tepetitlan, Hidalgo.

Metodología

Se realizó un estudio cuantitativo, descriptivo y de alcance correlacional, de noviembre de 2021 a marzo de 2022. Se conformó una muestra no probabilística por conveniencia de 170 personas adultas de 60 años y más, residentes del municipio de Tepetitlan. Se incluyeron tanto hombres como mujeres independientemente de padecer algún tipo de enfermedad crónica o haber sufrido COVID-19. De acuerdo con lo señalado por la declaración de Helsinki¹² y la ley general de salud en materia de investigación para la salud,¹³ en la Escuela Superior de Tlahuelilpan se invitó a los adultos mayores a participar en la investigación, se obtuvo el consentimiento informado de cada uno y se les aplicó una cédula de datos sociodemográficos, además de que se obtuvo la aprobación del comité de ética en investigación de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo. Posteriormente, se les aplicó el Inventario de Ansiedad de Beck para medir el nivel de ansiedad de las personas. Esta escala ha sido previamente usada en población mexicana con niveles de confiabilidad aceptable (0.70). Cabe mencionar que este instrumento consta de 21 preguntas, con escala tipo Likert. La puntuación total de esta escala oscila entre 0 y 63 puntos. Cuando la puntuación de un participante se encuentra entre 0-5 se considera ansiedad mínima, cuando va de 6 a 15 es ansiedad leve, si oscila entre 16-30 se considera ansiedad moderada y, finalmente, una puntuación entre 31 y 63 corresponde a ansiedad severa. Para medir el nivel de adaptación se utilizó el instrumento de adaptación del adulto mayor activo, que cuenta con una confiabilidad aceptable (nivel > 0.70) tanto para su puntuación general como para las puntuaciones de los

modos adaptativos que evalúa. Esta escala está conformada por 111 ítems, que a su vez se dividen en los cuatro siguientes modos: fisiológico, autoconcepto, interdependencia y función del rol. Cada ítem tiene opción de respuesta dicotómica de Si y No, con valor máximo de un punto y mínimo de cero puntos. El nivel de adaptación está categorizado como integrado, compensatorio y comprometido, dependiendo de la puntuación de cada modo adaptativo.

- Modo fisiológico: integrado <15, compensatorio 15-18, y comprometido 19-42.
- Modo autoconcepto: integrado <12, compensatorio 12-23, y comprometido 24-35.
- Modo interdependencia: integrado <7, compensatorio 7-12, y comprometido 13-18.
- Modo función del rol: integrado <7, compensatorio 7-12, y comprometido 13-18.¹⁴

Las variables sociodemográficas, así como la ansiedad y el nivel de adaptación, se describen con medias, frecuencias y porcentajes, según la naturaleza cuantitativa o cualitativa de las variables. Para examinar la relación del nivel de adaptación con la ansiedad se empleó la prueba de correlación de

Spearman. Se optó por aplicar esta prueba no paramétrica en lugar de la correlación de Pearson, ya que las variables de interés no cumplieron con el supuesto de distribución normal tras evaluarlas con la prueba de normalidad de Shapiro-Wilk. El análisis de datos se realizó con el paquete estadístico SPSS versión 22.

Resultados

El muestreo se conformó por 170 adultos mayores de 60 años o más, de los cuales 62.9% fueron mujeres. El promedio de edad fue de 70 ± 7.6 . Cerca de 51.2% de la población estaba casada, 55.3% contaba únicamente con estudios de educación primaria y la mayoría profesaba la religión católica (89.4%). Sólo 22.9% de los participantes contaba con un trabajo remunerado. En cuanto a la presencia de enfermedades crónicas, 34.1% presentaba hipertensión y 21.8% tenía diabetes tipo 2. Además, solo 5.3% de la población de estudio reportó padecer o haber padecido COVID-19 alguna vez en la vida (Cuadro 1)

Cuadro 1. Datos generales de la población de estudio

<i>Características</i>	<i>F^a</i>	<i>%^b</i>
<i>Edad en años</i>	70	± 7.6
<i>Sexo</i>		
Hombres	63	37.1
Mujeres	107	62.9
<i>Estados civil</i>		
Casado(a)	87	51.2
Soltero(a)	20	11.8
Viudo(a)	54	31.8
Divorciado(o)	9	5.3

<i>Características</i>	<i>F^a</i>	<i>%^b</i>
<i>Religión</i>		
Ateo(a)	2	1.2
Católico(a)	152	89.4
Evangélico(a)	8	4.7
Otra	8	4.7
<i>Escolaridad</i>		
Sin estudios	32	18.8
Primaria	94	55.3
Secundaria	29	17.1
Preparatoria	11	6.5
Universidad	4	2.4
<i>Ocupación</i>		
Ninguno / Desempleado	15	8.8
Hogar	116	68.2
Trabajo remunerado	39	22.9
<i>Enfermedades</i>		
Hipertensión	58	34.1
Diabetes	37	21.8
COVID-19	9	5.3
Cáncer	2	1.2
Otra	13	7.6
Ninguna	51	30

Abreviaturas: a Frecuencia, b Porcentaje
Fuente: cédula de datos sociodemográficos

N=170

Cuando se evaluó el nivel de adaptación de los adultos mayores se observó que en el modo interdependencia (81.2%) y en función del rol (69.4%) hubo un mayor porcentaje de población con nivel integrado de adaptación, mientras que en el modo autoconcepto hubo una mayor frecuencia de personas con un nivel de adaptación compensatorio (92.9%). Además, en el modo fisiológico 27.1% de los participantes presentaron un nivel de adaptación de tipo comprometida (Cuadro 2)

Cuadro 2. Frecuencia y porcentaje de los niveles de adaptación por cada modo adaptativo

<i>Modo fisiológico</i>	<i>F^a</i>	<i>%^b</i>
Integrado	90	52.9
Compensatorio	34	20
Comprometido	46	27.1

<i>Modo autoconcepto</i>		
Integrado	9	5.3
Compensatorio	158	92.9
Comprometido	3	1.8
<i>Modo Interdependencia</i>		
Integrado	138	81.2
Compensatorio	19	11.2
Comprometido	13	7.6
<i>Modo función del rol</i>		
Integrado	118	69.4
Compensatorio	49	28.8
Comprometido	3	1.8

Abreviaturas: a Frecuencia b Porcentaje

Fuente: instrumento de adaptación del adulto mayor activo

N=170

Por otra parte, en lo que respecta al nivel de ansiedad de los adultos mayores, 26.5% presentó un nivel mínimo de ansiedad, mientras que 38.2% presentó ansiedad leve, 32.9% ansiedad moderada y el resto ansiedad severa (Cuadro 3).

Cuadro 3. Frecuencia y porcentaje de nivel de ansiedad

<i>Nivel de ansiedad</i>	F ^a	% ^b
Ansiedad mínima	45	26.5
Ansiedad leve	65	38.2
Ansiedad moderada	56	32.9
Ansiedad severa	4	2.4

Abreviaturas: a Frecuencia b porcentaje

Fuente: Inventario de ansiedad de Beck

N=170

A partir del análisis de correlación con el puntaje total del Instrumento de Adaptación del Adulto Mayor y el Inventario de Ansiedad de Beck, se observó una correlación positiva y alta entre ambas variables que, además, fue estadísticamente significativa (Cuadro 4)

Cuadro 4. Correlación General del nivel de adaptación y el nivel de Ansiedad

<i>Adaptación</i>	<i>Ansiedad</i>	
	Correlación ^a	Valor p
	0.61	0.000

Abreviaturas: a coeficiente de correlación de Spearman

Fuente: construcción propia

Cuando se analizó la correlación de cada uno de los modos adaptativos con el nivel de ansiedad, se observó una correlación alta y significativa entre el modo fisiológico y la ansiedad de los participantes ($\rho=0.74$ y valor $p=.000$). Asimismo, se encontraron resultados similares entre el modo autoconcepto y la ansiedad, no obstante, en este caso particular la correlación fue moderada ($\rho=0.46$ y valor $p=.000$). Por el contrario, en el modo interdependencia se observó una correlación baja y no significativa con la ansiedad ($\rho=.19$ y valor $p=.010$); de igual forma, se observó una correlación baja y no significativa entre modo función del rol y la ansiedad ($\rho=.10$ y valor $p=0.16$ Cuadro 5).

Cuadro 5. Análisis de correlación entre el nivel de ansiedad y nivel de adaptación por modos

<i>Modos adaptativos</i>	<i>Ansiedad</i>	
	Correlación ^a	Valor p
Modo fisiológico	0.74	0.00
Modo autoconcepto	0.46	0.00
Modo Interdependencia	0.19	0.10
Modo función del rol	0.10	0.16

Abreviaturas: a coeficiente de correlación de Spearman

Fuente: instrumento de adaptación del adulto mayor activo e Inventario de Ansiedad de Beck

Discusión

A juzgar por la revisión de la literatura sobre el tema, hasta ahora parece que la presente investigación es la única a nivel nacional que ha examinado la relación entre adaptación y ansiedad en los adultos mayores durante el confinamiento por la pandemia de COVID-19. En lo que respecta al nivel de ansiedad, los participantes de este estudio presentaron principalmente niveles leves (38.2%) y moderados (32.9%) de ansiedad, resultados que difieren con los reportados en el 2007 por Acosta Quiroz *et al.*,¹⁴ pues dieron cuenta principalmente de niveles mínimos (48%) y leves (32%) en su población de estudio. Estas diferencias probablemente se deban a que dicha investigación se realizó varios años antes del confinamiento por la pandemia de COVID-19. Asimismo, los hallazgos del presente artículo

contrastan con los del estudio publicado en 2018 por Buitrago Bonilla *et al.*,⁹ quienes encontraron en la mayoría de los casos de su población niveles bajos de ansiedad, a pesar de que se trataba de adultos mayores institucionalizados. Este trabajo se realizó un año antes de que se presentara la pandemia de COVID-19, lo que parece sugerir que la aparición de esta contingencia de salud tuvo algún efecto en la ansiedad de los adultos mayores.

En lo que respecta al nivel de adaptación de los adultos mayores del presente estudio, observamos que en el modo fisiológico hubo una mayor prevalencia de adultos mayores con un nivel integrado (52.9%), así como en el modo autoconcepto hubo mayor frecuencia con nivel compensatorio (92.9%). Por su parte, los modos interdependencia (81.2%) y función del rol (69.4%) obtuvieron una mayor prevalencia en

el nivel integrado. Estos resultados concuerdan parcialmente con los de Pérez *et al.*,¹⁵ pues reportaron en el 2019 que en el modo fisiológico hubo una mayor frecuencia de sujetos con nivel integrado, mientras que en el modo autoconcepto registraron una mayor proporción a nivel comprometido. Además, en el modo interdependencia y función del rol el 100% de la población fue clasificado con un nivel de adaptación integrado, cuando en nuestros resultados existe una proporción importante a nivel compensatorio en los modos interdependencia (11.2%) y función del rol (28.8%). Estas diferencias se pueden deber a que, en el estudio de Pérez *et al.*, la población se componía de adultos institucionalizados, además de que también se llevó a cabo antes del confinamiento, lo cual constituye un indicador de que las restricciones por COVID-19 tuvieron un impacto en los niveles de adaptación de los adultos mayores. Por otro lado, el estudio mencionado se realizó con un tamaño de muestra mucho menor, lo que puede limitar también sus interpretaciones estadísticas. Cabe mencionar que dicha investigación tuvo lugar dentro de comunidades rurales, factor que puede influir en sus resultados con respecto a otros estudios que se realizaron en entornos diferentes, como antes se había mencionado.

Conclusiones

Los hallazgos de este estudio muestran una posible relación del nivel de adaptación con la ansiedad en los adultos mayores del municipio de Tepetitlán durante el confinamiento por COVID-19; sin embargo, es preciso considerar que el presente trabajo es de tipo transversal, por lo que no es posible determinar causalidad entre las variables de interés. A pesar de ello, se muestra la relevancia de implementar intervenciones de

enfermería que aborden de forma integral el caso de los adultos mayores, tomando en cuenta su salud física y mental.

Referencias

1. **Organización Mundial de la Salud.** Envejecimiento y salud. Ginebra: OMS; 2022. Disponible en: <https://cutt.ly/kwpjMwxj>
2. **Instituto Nacional de Estadística y Geografía.** Estadísticas a propósito del día internacional de las personas de edad (1° de octubre). Aguascalientes: INEGI; 2019. Disponible en: <https://cutt.ly/2wpjMPuV>
3. **Organización Panamericana de la Salud.** Consideraciones psicosociales y de salud mental durante el brote de COVID-19. Washington DC: OPS/OMS; 2020. Disponible en: <https://cutt.ly/ewpj1rJE>
4. **Organización Panamericana de la Salud.** La OMS caracteriza a COVID-19 como una pandemia. Washington DC: OPS/OMS; 2020. Disponible en: <https://cutt.ly/Kwpj1GYM>
5. **Organización Mundial de la Salud.** Declaración acerca de la decimoquinta reunión del Comité de Emergencias del Reglamento Sanitario Internacional (2005) sobre la pandemia de enfermedad por coronavirus (COVID-19). Washington DC: OMS; 2023. Disponible en: <https://cutt.ly/jwpj15Z8>
6. **Arias Molina Y, Herrero Solano Y, Cabrera Hernández Y, Chibás Guyat D, García Mederos Y.** Manifestaciones psicológicas frente a la situación epidemiológica causada por la COVID-19. Rev Haban Cienc Méd [Internet]. 2020 [citado 22 de octubre de 2022];19 (supl. 1). Disponible en: <https://cutt.ly/8wpj0EpA>

7. **Sánchez-Ordóñez R, Sánchez-Vázquez JF.** El aislamiento del adulto mayor por el COVID-19: consecuencias e intervenciones psicosociales durante la cuarentena. *Studia Zamorensia*. 2020; núm. 19: 33-41. Disponible en: <https://cutt.ly/wwpj9yRD>
8. **Apaza PCM, Seminario Sanz RS, Santa-Cruz Arévalo JE.** Factores psicosociales durante el confinamiento por el Covid-19 – Perú. *Revista Venezolana de Gerencia*. 2020; núm. 90: 402-13. Disponible en: <https://cutt.ly/Xwpj7Vge>
9. **Buitrago Bonilla LM, Cordón Espinosa L, Cortés Lugo RL.** Niveles de ansiedad y estrés en adultos mayores en condición de abandono familiar. *Integración Académica en Psicología* [Internet]. 2018 [citado 23 de octubre de 2022]; núm. 17: 70-81. Disponible en: <https://cutt.ly/rwpi5kMR>
10. **Raile Alligood M, Marriner Tomey A.** Modelos y teorías en enfermería. El Sevier España: Madrid; 2018.
11. **Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y Tratamiento de los Trastornos de Ansiedad en el Adulto, México.** Secretaria de Salud, 2010. Disponible en: <https://cutt.ly/7wpkoHHu>
12. **Asociación Médica Mundial.** Declaración de Helsinki de la AMM – Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. Ferney-Voltaire: Asociación Médica Mundial; 2017. Disponible en: <https://cutt.ly/kwpkpJxb>
13. **México.** Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. Ciudad de México: Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión; 2014. Disponible en: <https://cutt.ly/BwpkagFy>
14. **Acosta Quiroz CO, García Flores R.** Ansiedad y depresión en adultos mayores. *Psicología y Salud*. 2007;17(2):291-300. Disponible en: <https://cutt.ly/BwpkfRcq>
15. **Chávez Pérez PM, Soto Pérez YY, Trejo Mendoza NB.** Nivel de adaptación del adulto mayor de la Casa de Día del Adulto Mayor de Apaxco, Estado de México. *Geriatría Clínica*. 2019;13(2): 38-47. Disponible en: <https://cutt.ly/Kwpkjmyx>



Artículo original

Pressure lesions: incidence in critical patient with pneumonia due to SARS-CoV-2 in response to decubitus prone position during COVID-19 pandemic

Lesiones por presión: la incidencia en el paciente crítico con neumonía por SARS-CoV-2, en respuesta a la estrategia del decúbito prono durante la pandemia COVID-19

Abraham Medrano Godoy¹Marissa de Lourdes Becerra Pérez²

Abstract

Introduction: Prolonged prone decubitus (PD) is usually applied in patients with SARS-CoV-2, as it has shown benefits to solve the lack of mechanical ventilation equipment; however, it also tends to produce pressure injuries (PI) in anatomical regions not experienced in other practices.

Objective: To calculate the incidence of PI in the critical patient of COVID-19 in PD, describe patient characteristics and injuries.

Methodology: Observational, descriptive, cross-sectional study with retrospective approach. Data collection was performed in a tertiary level hospital in Mexico City, including 230 patients who developed PI after admission. The electronic file and wound clinic records were analyzed, data collection was generated in Excel and statistical analysis in the SPSSs program.

Citación: Medrano Godoy A, Becerra Pérez M de L. Lesiones por presión: la incidencia en el paciente crítico con neumonía por SARS-CoV-2, en respuesta a la estrategia del decúbito prono durante la pandemia COVID-19. Rev Enferm Neurol.2023;22(1): pp. 56-69

Correspondencia: Abraham Medrano Godoy

Email: mega-london@hotmail.com

¹⁻² Centro Médico Naval (CEMENA)

Recibido: 17 noviembre 2022

Aceptado: 23 diciembre 2022



Results: The incidence was 18.05%, PI with slough corresponded to 33.9% and those with necrosis to 40%. The anatomical location in the pinna, cheekbones and thorax was 36.1% and 46.5% were category III lesions with involvement of muscular structures. Correlation with BMI showed that overweight patients had a higher incidence of PI with fibrin and sphacel in 60.3%.

Limitation of the study: variables such as nursing workload were not considered.

Originality: this research has not been previously postulated in any editorial body.

Conclusions: The incidence coincides with studies in other countries, so it is necessary to standardize actions for the prevention of PI and reduce its incidence.

Keywords: pressure injuries, pronation, pneumonia, critical condition.

Resumen

Introducción: Se suele aplicar en pacientes con SARS-CoV-2 el decúbito prono (DP) prolongadamente, pues ha demostrado beneficios para solventar la falta de equipos de ventilación mecánica; sin embargo, también tiende a producir lesiones por presión (LPP) en regiones anatómicas no experimentadas en otras prácticas.

Objetivo: Calcular la incidencia de LPP en el paciente crítico de COVID-19 en DP, describir características de los pacientes y las lesiones.

Metodología: Estudio observacional, descriptivo, de carácter transversal con enfoque retrospectivo. La recolección de datos se realizó en un hospital de tercer nivel de la Ciudad de México, incluyó 230 pacientes que desarrollaron LPP posterior a su ingreso. Se analizó el expediente electrónico y los registros de la clínica de heridas, la recolección de datos se generó en Excel y el análisis estadístico en el programa SPSS.

Resultados: La incidencia fue de 18.05%, las LPP con esfacelo corresponden al 33.9% y las de necrosis al 40%. La localización anatómica en pabellón auricular, pómulos y tórax fue de 36.1% y 46.5% fueron lesiones de categoría III con afectación de las estructuras musculares. La correlación con el IMC demostró que pacientes con sobrepeso presentaron mayor incidencia de LPP con fibrina y esfacelo en un 60.3%.

Limitación del estudio: No se consideraron variables como la carga de trabajo de enfermería.

Originalidad: Esta investigación no ha sido postulada previamente en ningún órgano editorial.

Conclusiones: La incidencia coincide con estudios en otros países, por lo que es necesario estandarizar las acciones para la prevención de LPP y reducir su incidencia.

Palabras clave: lesiones por presión, pronación, neumonía, estado crítico.

Introducción

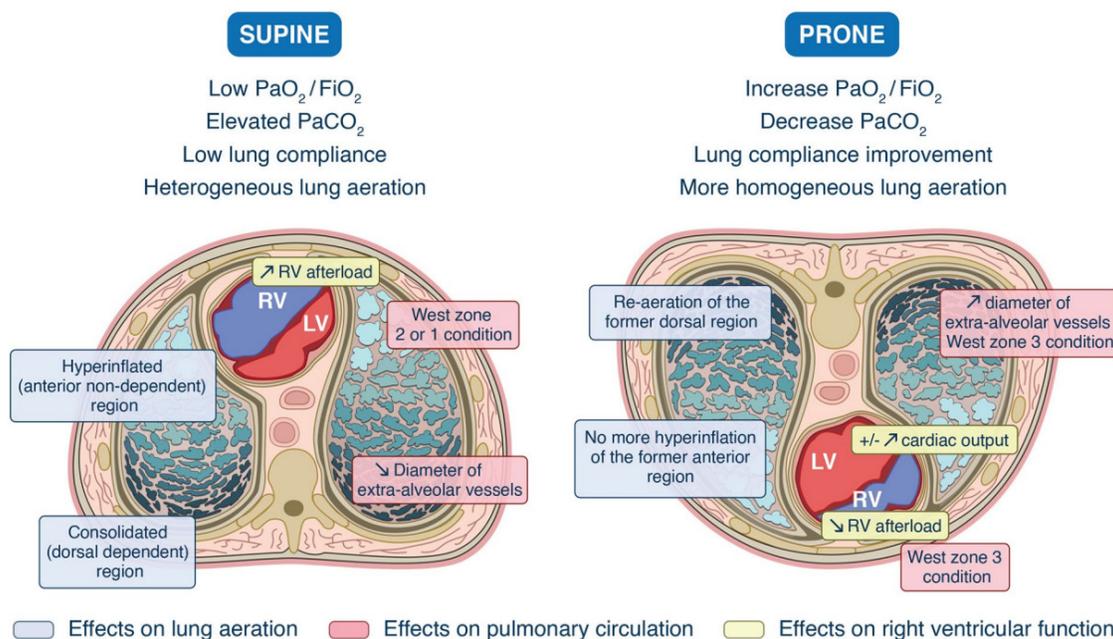
La patología por COVID-19 es una enfermedad emergente, pues a partir de marzo de 2020 la World Health Organization dio a conocer el aumento de casos en varios países, declarando el estado de pandemia.¹ Esto ocasionó un giro radical en la asistencia del servicio médico, ya que la propagación del virus llevó al aumento del 9% las cifras de pacientes con necesidad de atención en las Unidades de Cuidados Intensivos Adultos (UCIA).²

En consecuencia, la presión sobre los sistemas sanitarios y la falta de conocimiento de la enfermedad dejó en segundo plano la seguridad del paciente, considerada como un elemento prioritario y obligatorio por derecho universal del paciente de la UCIA,³ pues se optó como

medida principal por el decúbito prono (DP), que implementado por varias horas puede aumentar el riesgo de lesiones por presión (LPP) si el paciente es críticamente inestable y es sometido a soporte hemodinámico mediante fluidoterapia, aplicación de fármacos vasopresores, soporte ventilatorio mecánico, relajantes neuromusculares, vasodilatadores y tratamientos dirigidos a contrarrestar el COVID-19.⁴

La falta a nivel mundial de equipos especializados para dar soporte ventilatorio obligó a implementar medidas como el DP, posición anatómica que permitió mejorar la condición respiratoria de los pacientes.⁵ Esta práctica ha sido empleada para personas con síndrome de distrés respiratorio agudo (SDRA), y constituye la principal estrategia que ha evidenciado beneficio en pacientes con manifestaciones clínicas de COVID-19 (Figura 1).

Figura 1. Impacto hemodinámico del decubito prono en el paciente COVID-19.

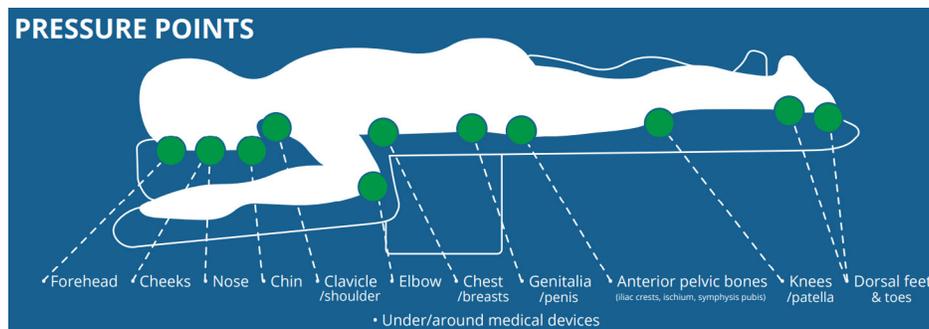


En posición supina el peso del corazón y la masa abdominal comprimen la parte posterior del diafragma. En posición prono la forma del tórax y de los pulmones se modifica, aumentando la masa pulmonar en zonas independientes como resultado de la modificación significativa de la PaO₂ (presión parcial de oxígeno), PaCO₂ (presión parcial de dióxido de carbono) y SaO₂ (saturación de oxígeno). Fuente: Vieillard *et al.*

Sin embargo, esta medida ha generado lesiones en zonas corporales con mayor susceptibilidad al contacto directo con ciertas superficies, como colchones y algunos dispositivos empleados durante el DP (Figura 2). En este sentido, las LPP que anteriormente se producían

en posición supina también se manifiestan actualmente en el DP y, por lo tanto, cambian el panorama de esta práctica, ya que en algunos contextos las LPP se vuelven inevitables o su riesgo es altamente elevado debido a técnicas preventivas inadecuadas o contraindicadas.⁶

Figura 2. Puntos de presión en el paciente en posición prono.



La figura representa los puntos de presión críticos durante la colocación del paciente en DP. Para seguir recomendaciones sobre la posición DP, se puede consultar la página de internet del National Pressure Injury Advisory Panel (npiap.com).

Las LPP son la principal complicación en pacientes hospitalizados en la UCIA, sin embargo, la evidencia sobre intervenciones necesarias y específicas para su prevención en el DP es bastante limitada.⁷ En este sentido, las LPP son un problema que afecta a los sistemas de salud a nivel mundial, impactando directamente sobre la morbilidad de los pacientes.⁸

Específicamente las LPP se localizan en la piel y consisten en la pérdida de continuidad con los tejidos subyacentes, ocasionando un aumento de la presión sobre éstos, generalmente en una prominencia ósea, que supera los 20 mmHg que por fisiología soporta la piel antes de lesionarse (Figura 3).⁹

Figura 3. LPP en pacientes en DP



La imagen representa una LPP de grado III con tejido esfacelar en un 80% e islotes de tejido granular en un 20%, ubicada en región anatómica torácica en una paciente femenina en DP, ingresada en la UCIA del CEMENAV. Derechos proporcionados por familiar.

A nivel mundial, los antecedentes previos a la pandemia por COVID-19 muestran que la tasa de prevalencia de las LPP en las áreas hospitalarias es diversa (Cuadro 1).¹⁰ En el estudio de Pancorbo et al. realizado en España, se menciona que la prevalencia se centra en pacientes adultos ingresados a áreas hospitalarias con una población de 0.12%; y en pacientes mayores de 65 años con un 0.47%.¹¹

Por su parte, en Brasil se reporta una prevalencia importante del 41%.¹² Estudios multicéntricos en México reportan una prevalencia cruda de LPP de 12.94% a 17%. El hospital Dr. Leonardo Liceaga reportó 11.60% de prevalencia, con un riesgo de presentar LPP de 17.79%, mientras que en el 2019 el Hospital General de Zona no. 30 en Baja California registró 79.15%.¹²

Cuadro 1. Antecedentes de las LPP

Antecedentes de LPP a nivel mundial previos a la pandemia COVID-19	
País	Incidencia de LPP
Japón	5,1%
España	8%
Italia	8,3%
Países bajos	23.1%
Estados Unidos	15%
Canadá	26%

Se presenta el porcentaje de prevalencia de LPP previo a la pandemia COVID-19 en pacientes en posición supina.

En Ecuador se realizó uno de los pocos estudios de incidencia en 2019, el cual mostraba que 34% de los pacientes que presentan LPP oscilan entre 60 y 70 años de edad, mientras que 17% son mayores de 71 años.¹³ Cabe señalar que se citan trabajos sobre la prevalencia como antecedentes de gran importancia, pues se ha encontrado poca evidencia sobre los estudios de la incidencia de las LPP en el paciente en DP.

Objetivo

El objetivo de la presente investigación es calcular la incidencia de las LPP en el paciente crítico por COVID-19 llevado al DP, así como describir el tipo de pacientes y las lesiones identificadas.

Materiales y métodos

El estudio realizado fue observacional, descriptivo, de carácter transversal y con enfoque retrospectivo, y se llevó a cabo en el hospital de tercer nivel del Centro Médico Naval (CEMENA) de la ciudad de México, con previa autorización del comité de bioética hospitalaria y del departamento de bioestadística. Para el análisis se consideró únicamente el total de pacientes ingresados al área UCIA-COVID en el año 2020, y se llevó a cabo la recolección de datos de los expedientes físicos y digitales de dicha área del 1 de mayo al 30 de agosto del 2022. Para el uso correcto de los formatos de recolección, verificación y registro se realizó una capacitación previa al personal de

enfermería en cuidados intensivos, el cual analizó los expedientes clínicos digitales y físicos con el apoyo del personal de enfermería especializada en cuidado de heridas y estomas, ya que proporcionó registros de las LPP en los pacientes.

En los criterios de selección solo se consideraron pacientes en estado crítico con protocolo DP establecido, hombres y mujeres entre 45 y 90 años de edad, con soporte ventilatorio mecánico, sedados, diagnosticados con SARS-COVID-2 y sin lesiones previas al ingreso.

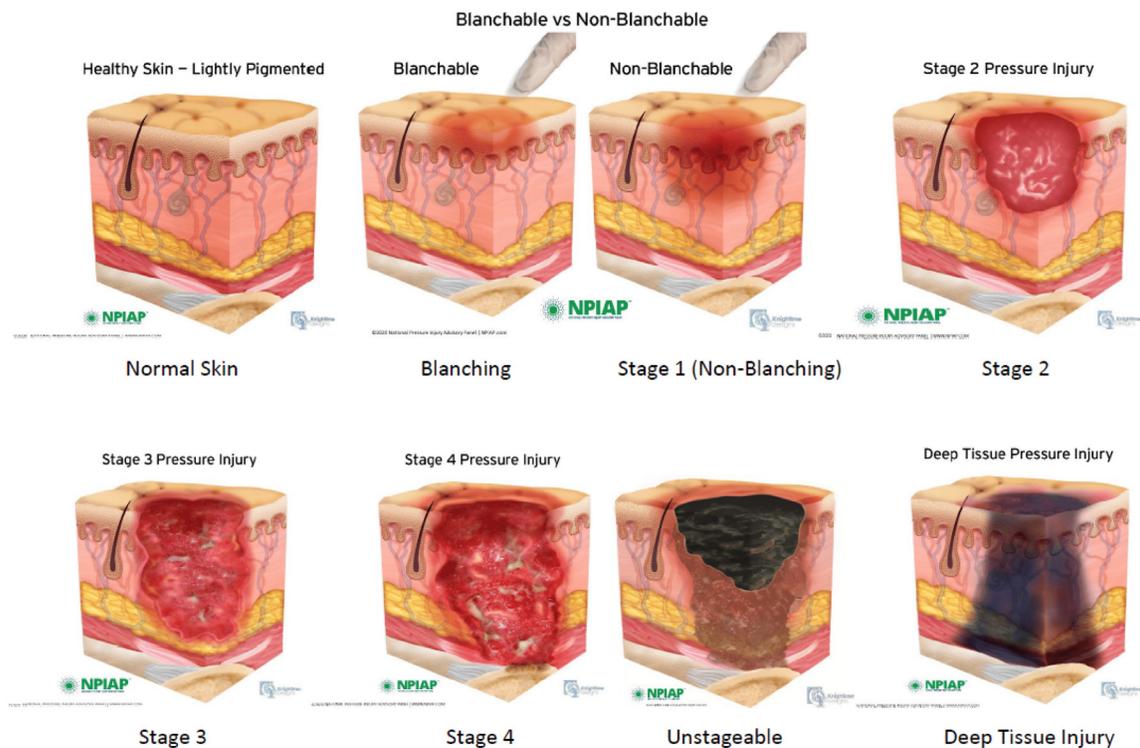
Para la verificación de la calidad de los datos obtenidos se comparó la información del Sistema Hospitalario Electrónico (HIS) del CEMENAV, en el que se registran los documentos legales de

la estancia hospitalaria de los pacientes, con el expediente clínico físico dentro del área UCIA-COVID.

Asimismo, el procesamiento de los datos generales y determinantes sobre la incidencia de LPP se llevó a cabo mediante una base elaborada en Excel, en la que se registró la información obtenida.

Por otra lado, a fin de estandarizar la evaluación de las LPP y su desarrollo se aplicó el sistema de clasificación de LPP del National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP) y el European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP); dicha información es parte del instrumento de registro de datos para categorizar las LPP según los grados establecidos como I, II, III y IV (Figura 4).¹⁴

Figura 4. Clasificación de las LPP



La imagen representa la categorización de las clasificaciones de las LPP con la adaptación del EPUAP (European Pressure Ulcer Advisory Panel), NPIAP (National Pressure Injury Advisory Panel) y PPPIA (Pan Pacific Pressure Injury Alliance). Vecin *et al.*

Esta evaluación fue aplicada por el personal de la clínica de heridas que estuvo en contacto directo con los pacientes y fue registrada en su expediente físico y electrónico, así como en el registro de la clínica de heridas como parte de su rutina. De esta manera quedó asentada la información para ser extraída posteriormente.

Con el objetivo de facilitar la recolección de datos y evaluar las variables de estudio (índice de masa corporal o IMC, días de estancia hospitalaria, comorbilidades y tiempo en DP), se empleó el documento “*Wound Assessment Form*” de la compañía danesa COLOPLAST, la cual tiene presencia en los países más importantes del mundo en tratamiento de heridas y está ampliamente validada. Además, como parte del instrumento empleado para la recolección de datos, se realizó una modificación al DP que permitiera evaluar áreas anatómicas lesionadas en éste. Posteriormente a la recolección, se realizó el vaciado los datos en la base de Excel.

El procesamiento de los datos se llevó a cabo con el software SPSS, con el cual se obtuvo la estadística descriptiva para conocer frecuencias y porcentajes de cada una de las variables y la correlación chi cuadrada de Pearson, a fin de analizar el impacto de éstas en la incidencia de LPP.

Por su parte, mediante el SPSS también se realizó el cálculo de la tasa de incidencia, que se representa con la fórmula $T.I = \frac{x}{y} \times K$, en la cual X es el número total de personas de la población que enfermaron por la causa de estudio específica, en este caso las LPP, Y es la cantidad de tiempo total sin la presencia de la enfermedad en el paciente durante el periodo de la observación, y K representa el factor de extensión asignado o potenciador. Asimismo, la densidad de incidencia, se representó con la fórmula $D.I = \frac{x}{y} \times K$, con la sustitución de valores.

Resultados

La población total fue de 1,274 pacientes que ingresaron a las áreas críticas durante la pandemia de COVID-19 en el año 2020; el tamaño de la muestra seleccionada fue calculado por medio electrónico con el 95% de nivel de confianza y un margen de error de 5%, con una totalidad de 230 pacientes. Se optó por un muestreo estratificado con el fin de establecer solo el número de pacientes ingresados por área, donde cada paciente fue asignado acorde a la disponibilidad de cama para su atención, destinada únicamente para enfermos inestables, con soporte mecánico ventilatorio y protocolo de pronación. Durante el análisis se excluyeron a 10 pacientes por no cumplir con los criterios de inclusión, 7 por no contar con edad establecida de 45 a 90 años, y 3 por no contar con el diagnóstico base según la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) para pacientes con COVID-19.

Se aplicaron frecuencias absolutas y porcentajes a los datos sociodemográficos de los pacientes por medio del SPSS, y se obtuvo como resultado que 64.3% (N=148) eran hombres y solo 35.7% (N=82) eran mujeres, con una edad media promedio de 61 a 70 años de edad.

También se calculó la incidencia de los 1,274 pacientes con el SPSS y se encontró que solo 230 presentaron LPP durante la estancia hospitalaria, que supone una tasa de incidencia total de 18.05%, es decir, de cada 100 ingresos por COVID-19; 18 pacientes presentaron una o múltiples LPP. En cuanto a la densidad de la incidencia calculada, se obtuvo como resultado que de cada 1000 pacientes en 12 meses de riesgo 15.04 de ellos pueden desarrollar LPP durante el DP.

Asimismo, se aplicó la prueba estadística de frecuencias y porcentajes del SPSS para los datos

específicos de las LPP, lo que dio lugar a los siguientes resultados: 40% (N=92) presentaron una LPP con tejido esfacelar/necrótico, y solo 46.5% (N=107) tuvieron lesiones de categoría III, cuya profundidad afecta el tejido celular subcutáneo y las estructuras musculares (Cuadro 2). En cuanto a la localización anatómica de las LPP, el uso de frecuencias y porcentajes del SPSS dio como resultado que 36.1% (N=83) se presentó en pabellón auricular, pómulos, tórax y esternón (Cuadro 2).

Cuadro 2. Datos generales de las LPP en el Centro Médico Naval (CEMENAV).

Datos generales sobre las LPP		
Total de pacientes con lesión por presión		
<i>Tipo de lesión</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Sin lesión	1	0.4%
Eritema.	21	9.1%
Eritema/Edema.	37	16.1%
Fibrina.	1	0.4%
Esfacelo	78	33.9%
Esfacelo/Necrótico.	92	40.0%
Total	230	100%
Clasificación de las LPP por estadio		
Sin lesión	1	0.4%
Estadio I	25	10.9%
Estadio II	97	42.2%
Estadio III	107	46.5%
Total	230	100%
Localización anatómica de las LPP		
<i>Área anatómica</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
SIN LESIÓN	1	0.4%
PAB. A, POMU.	25	10.9%
MAM, PECT	1	0.4%
PAB. A, POMU, TORX, EST	83	36.1%
PAB. A, POMU, SUPRACLAV, MAM, PECT, TORX, EST	48	20.9%
PAB. A, POMU, SUPRACLAV, MAM, PECT, TORX, EST, TIB, C.ILIA	72	31.3%
Total	230	100%

Fuente: área de bioestadística del CEMENAV 2020. Los datos se presentan como el número de pacientes (N) con LPP y sus porcentajes correspondientes. Abreviaturas: PAB. A= pabellón auricular; POMU= pómulos; MAM= mamas; PECT= pectorales; TORX= tórax; EST= Esternón; SUPRACLAV= supraclavicular; TIB= tibia; C.ILIA= cresta iliaca.

En el Cuadro 3 se presentan los datos generales y clínicos (IMC, días de estancia hospitalaria, tiempo en DP y comorbilidades) y los factores predisponentes para las LPP. Se empleó la prueba estadística de chi cuadrada de Pearson para el análisis de correlación, la cual permitió identificar las variables con mayor asociación a las LPP. La relación con el IMC dio como resultado que en un 60.3% (N=47) los pacientes con sobrepeso (IMC=25-

Cuadro 3. Datos generales sobre los factores predisponentes de las LPP.

Datos generales sobre los factores predisponentes para las LPP		
Total de pacientes por IMC y grado de obesidad		
IMC	N	%
IMC < 18.50 = Bajo peso.	1	0.4%
IMC 18,5 – 24,99 = Peso medio	43	18.7%
IMC 25,00 – 29.99 = Sobrepeso.	97	42.2%
IMC 30 – 39.99 = Obesidad.	71	30.9%
IMC > 40 = Obesidad Mórbida.	18	7.8%
Total	230	100%
Días de estancia hospitalaria en la UCIA		
Días de estancia	N	%
1-10 días de UCIA.	70	30.4%
11-20 días de UCIA.	92	40.0%
21-30 días de UCIA.	42	18.3%
31-40 días de UCIA.	14	6.1%
41-50 días de UCIA.	8	3.5%
55-65 días UCIA.	4	1.7%
Total	230	100%
Temporalidad en decúbito prono		
Ciclos pronos.	N	%
Sin Pronación = 0 horas.	1	0.4%
Ciclo incompleto = 24 a 48 horas.	45	19.6%
1 ciclo = 72 horas.	31	13.5%
2 Ciclos = 144 horas.	54	23.5%
3 Ciclos = 216 horas.	42	18.3%
4 Ciclos = 288 horas.	57	24.8%
Total	230	100%
Comorbilidades asociadas		
Tipo de comorbilidad	N	%
Sin comorbilidades	43	18.7%
DM2.	20	8.7%
DM2+HAS.	41	17.8%
DM2+OB.	14	6.1%
HAS.	37	16.1%
HAS+OB.	21	9.1%
DM2+HAS+OB.	22	9.6%
OB.	27	11.7%
Otro	5	2.2%
Total	230	100%

Fuente: área de bioestadística del CEMENAV 2020. Los datos se presentan como el número de pacientes (N) y sus porcentajes correspondientes, categorizados por índice de masa corporal (IMC), días de estancia hospitalaria en la Unidad de Cuidados Intensivos Adultos (UCIA), temporalidad del paciente en DP y comorbilidades presentadas. Abreviaturas: DM2= Diabetes Mellitus Tipo 2; HAS = Hipertensión Arterial Sistémica, OB= Obesidad.

29.9) presentaron mayor incidencia por LPP con fibrina y esfacelo, mientras que en un 59.8% (N=55) los pacientes con obesidad (IMC=30.0-39.9) presentaron LPP con características de esfacelo y necrosis; esto supone que a mayor grado de obesidad medido en IMC los pacientes presentan mayores lesiones y complicaciones. En relación al IMC

y la localización anatómica, los pacientes con obesidad fueron los que presentaron mayor número de lesiones en pabellón auricular, pómulos, mamas o pectorales (según el género), tórax, tibias y crestas iliacas, lo cual establece que el grado de IMC incide de forma directa en las lesiones de mayores áreas anatómicas (Cuadro 4).

Cuadro 4. Relación entre IMC y la localización anatómica de las LPP.

Relación entre IMC y la localización anatómica de las LPP								
IMC	% / Total de N.	Área anatómica de lesión presente						TOTAL
		Sin Lesión	PAB. A. - POMU.	MAM. - PECT.	PAB. A. POMU - TORX. EST	PAB. A. POMU, SUPRACLAV, MAM. PECT, TOX - EST	PAB. - A POMU, SUPRACLAV, MAM - PECT, TORX - EST, TIB. C.ILIA.	
IMC < 18.50 - Bajo peso.	% dentro de Lesión por presión	(0%).	(0%).	(0%).	(0%)	(0%)	(1.4% N=1)	(0.4% N=1)
IMC 18,5 – 24,99 – Normo peso.	% dentro de Lesión por presión	(0%).	(40.10% N=10).	(0%).	(18.1% N=15)	(29.2% N=14).	(5.6% N=4)	(18.7% N=43)
IMC 25,00 – 29,99 – Sobrepeso.	% dentro de Lesión por presión	(100% N=1).	(52.0% N=13).	(100% N=1).	(55.4% N=46).	(52.1% N=25).	(15.3% N=11).	(42.2% N=97)
IMC 30 – 39.99 – Obesidad.	% dentro de Lesión por presión	(0%).	(4.0% N=1).	(0%).	(24.18% N=20)	(18.8% N=9)	(56.9% N=41).	(30.9% N=71)
IMC > 40 – Obesidad Mórbida.	% dentro de Lesión por presión	(0%).	(4.0% N=1).	(0%).	(2.4% N=2)	(0%)	(20.8% N=15)	(7.8% N=18)
Total		N=1	N=25	N=1	N=83	N=48	N=72	N=230

Fuente: área de bioestadística del CEMENAV 2020. Los datos se presentan como el número de pacientes (N) y los porcentajes de la relación entre las variables categóricas de localización anatómica y los intervalos de IMC. Abreviaturas: PAB.A= pabellón auricular; POMU= pómulos; MAM= mamas; PECT= pectorales; TORX= tórax; EST= esternón; SUPRACLAV= supraclavicular; TIB= tibia; C.ILIA= cresta iliaca.

También se aplicó la prueba estadística de chi cuadrada de Pearson a la correlación entre el tiempo de estancia de los pacientes y la aparición de LPP; lo cual dio como resultado que durante la estancia de 1 a 10 días las lesiones con mayor frecuencia fueron solo eritema y edema, consideradas no graves dentro de la clasificación de LPP, que se manifestaron en un 56.8% (N=21). Sin embargo,

en las estancias de 11 a 20 días los pacientes tuvieron lesiones más graves, con presencia en tejidos como el esfacelo y necrosis en un 40.2% (N=37), que puede incluir compromiso de los tejidos profundos, cartílago e incluso del hueso. Esto indica que una mayor cantidad de días de estancia implica un mayor grado de complicación de las LPP.

El tiempo en DP y la aparición de LPP derivó mayormente en lesiones leves en los pacientes con ciclos de pronó incompleto, sin embargo, los pacientes con más de 288 horas en DP desarrollaron lesiones más graves, lo cual determina que el tiempo en DP incide considerablemente en la probabilidad de que aparezcan lesiones y en su gravedad (Cuadro 3).

Discusión

En el ámbito sanitario es frecuente el estudio de las LPP, pues son indicadores directa e indirectamente de la calidad de la atención en salud. Dentro de este panorama algunos temas son más susceptibles para el personal de enfermería, pues están con los pacientes la mayor parte de su estancia hospitalaria, aunque su cuidado no es únicamente su responsabilidad. Es necesario recordar que existen patologías que pueden agravar las condiciones para la incidencia de las LPP, como sucedió durante la pandemia de COVID-19 debido a la falta de un tratamiento efectivo para la enfermedad, la limitación de los recursos y la superación en la capacidad hospitalaria, lo cual requirió una optimización de la atención. El DP demostró grandes beneficios en pacientes sometidos a ventilación mecánica, pues la evidencia que se analizó refiere que mejora la oxigenación, sin embargo, constituye a su vez un factor asociado al desarrollo de las LPP. Los factores relacionados a la incidencia de las LPP siguen siendo un tema de gran interés en el área de salud, pues no solo tienen efectos perjudiciales para la salud del paciente, sino también económicos y sociales que deterioran su calidad de vida. El control de las LPP sigue siendo uno de los pilares fundamentales del cuidado del servicio de enfermería, por lo tanto, es de gran importancia la búsqueda de estrategias que disminuyan su

incidencia y logren su prevención completa.

En relación con los objetivos establecidos sobre la incidencia de LPP en el CEMENAV durante el 2020, nuestros resultados indican que las cifras se han mantenido en rangos semejantes a los mostrados en otros estudios nacionales e internacionales. La incidencia de las LPP en las áreas de UCIA-COVID en el periodo de 2020 alcanzó niveles de 18.05%, por encima de los que presentó Japón con 5.1%; España con 8%; Italia con 8.3% y Estados Unidos con 15%. Por su parte, se trata de cifras menores a las de Países Bajos con 23.1% y Canadá con 26%, en donde se refleja un alza de incidencia según el estudio de Andrade Fonseca *et al.*¹⁰

Brasil reportó una prevalencia importante de 41% en el año 2016 por encima de la incidencia del CEMENAV en el 2020, a pesar que el estudio fue realizado años previos a la pandemia; colocándolo por encima de México con un 21.0%.¹⁵

Estudios multicéntricos en México reportan una prevalencia cruda de LPP de 12.94% hasta 17%, es decir, por debajo del 18.05% que alcanzó el CEMENAV durante la pandemia.¹⁵

Por otro lado, según el estudio de Parra Carlo *et al.*, los casos estudiados dieron como resultado que los pacientes que presentan LPP son en rangos de edad > 70 años.¹²

En el estudio de Pancorbo Hidalgo *et al.*,¹¹ realizado en España durante el año 2013, se describe que la prevalencia de las LPP recae en pacientes adultos con 0.12%, y en mayores de 65 años con un alza de 0.47%, dato relevante en cuanto al rango de edad como parámetro de comparación con las cifras del CEMENAV en pacientes de 61 a 70 años de edad. Debido al periodo en que se llevó a cabo la investigación de Pancorbo Hidalgo *et al.*, cabe señalar que este estudio tiene la diferencia significativa de que solo se consideró a pacientes ingresados en áreas COVID. Por último, en el

estudio de García et al. se encontró que 34% de los pacientes que presentan LPP oscilan entre 60 y 70 años de edad, mientras que 17% son mayores de 71 años, a semejanza de los resultados del estudio del CEMENAV.¹³

De acuerdo con el sistema de clasificación de LPP del NPUAP y el EPUAP, los pacientes en DP del CEMENAV manifestaron LPP de categoría III en 46.5%, considerada como lesión grave, y de categoría II en 42.2%, resultados disímiles a los encontrados por Pancorbo Hildalgo *et al.*, quienes reportaron que las LPP con mayor prevalencia fueron de categoría I con 24.6% y de categoría II con 39.3%. Es evidente el contraste con la gravedad de las lesiones de los pacientes del CEMENAV, la cual llega a grados que comprometen tejidos profundos como el músculo, con la posibilidad de agravar el estado de salud y ocasionar complicaciones, desde la infección sistémica por bacterias que invaden las heridas hasta la pérdida de funcionalidad del área anatómica afectada. Debe considerarse la importancia de la gravedad de una LPP para los pacientes, pues no supone un hallazgo secundario.

Por último, con respecto a la localización de las LPP en la presente investigación, el panorama dista mucho de los demás estudios, ya que sólo se refieren a LPP de pacientes en supino que tienen mayor incidencia en sacro y talones.¹⁶ Puesto que nuestro análisis se enfoca en el DP, las lesiones se producen en lugares anatómicos poco comunes en otras posiciones: 36.1% fueron lesiones en pómulos, pabellón auricular tórax y esternón, y los pacientes con un IMC de 30.0 a 39.9 generaron mayor número de lesiones en tibia, cresta iliaca y supraclaviculares, representadas en un 31.3%.

Lo anterior conlleva a replantear estudios sobre las LPP en pacientes que requieren emplear el protocolo DP, a fin de analizar si la alta incidencia encontrada tiene relación con la sobrecarga de

trabajo o incluso con el desconocimiento, estrés y ansiedad que puedan afectar a los enfermeros durante la pandemia COVID-19. Una de las limitantes de este estudio probablemente fue no considerar en las variables determinados datos subjetivos para la aparición de las LPP, como es la aplicación de escalas de riesgos específicamente para pacientes en estado crítico, la valoración de las escalas de severidad para la mortalidad, que algunos autores consideran como factores predisponentes para los pacientes en mayor riesgo, entre ellas la APACHE o SOFA, así como la carga de trabajo del personal de enfermería y el número de pacientes asignados que impida una atención segura y de calidad.

Conclusiones

En respuesta al objetivo principal de la investigación, de los 1,274 pacientes ingresados en la UCIA-COVID del CEMENAV en el año 2020 que requirieron DP, 230 desarrollaron LPP. Por lo tanto, la incidencia fue de 18.05 %, cifra semejante a la encontrada en otros estudios nacionales e internacionales y considerada por el Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas (GNEAUPP) como una incidencia alta. La aplicación de la escala para la clasificación de LPP permitió analizar que las lesiones de estadio I, II y III fueron las que tuvieron mayor presencia en los pacientes.

Las variables que tuvieron mayor impacto para las LPP fueron el grado de obesidad de los pacientes de acuerdo a la escala de IMC y las horas en DP. Las áreas anatómicas con mayor registro de LPP fueron pabellón auricular, pómulos, mamas o pectorales, tórax, tibias y crestas iliacas, lo cual indica que el IMC incide de forma directa en la aparición de LPP en mayores áreas anatómicas.

Se ha puesto en evidencia que las LPP están presentes en las unidades hospitalarias, de las que no está exento el CEMENAV, lo cual expone una incidencia de gran importancia, por lo que es necesario considerar nuevas evaluaciones con posibles variables no incluidas en esta investigación, así como el análisis e implantación de guías y protocolos que permitan la prevención de las LPP durante el DP. En este sentido el estudio se considera una contribución de gran relevancia para la búsqueda de la calidad asistencial y seguridad del paciente en las UCIA del CEMENAV y de cualquier otra institución destinada al mantenimiento de la integridad y salud.

Referencias

1. **Organización Mundial de la Salud.** Alocución de apertura del Director General de la OMS en la rueda de prensa sobre la COVID-19 celebrada el 11 de marzo de 2020. Ginebra: OMS; 2020. Disponible en: <https://cutt.ly/hwk2yBq0>
2. **Instituto de Salud Carlos III.** Análisis de los casos de COVID-19 notificados a la RENAVE hasta el 10 de mayo en España . Informe COVID-19 no 33, 29 de mayo de 2020. Madrid: ISCIII. 2020. Disponible en: <https://cutt.ly/7wk2uyqx>
3. **Torra Bou JE, Verdú Soriano J, Paras Bravo P, Sarabia Lavín R, Soldevilla Ágreda JJ, García Fernández FP.** Las úlceras por presión como problema de seguridad del paciente. Gerokomos. 2016;27(4):161–7. Disponible en: <https://cutt.ly/vwk2it6l>
4. **Robayna-delgado MC, Arroyo-lópez MC, Martín-meana C, China-rodriíguez CD, González-herrero V, Jiménez-sosa A.** Incidencia de lesiones por presión en pacientes con y sin COVID-19, ingresados en una unidad de cuidados intensivos. ene Rev Enfermería [Internet]. 2021;16:1–17. Disponible en: <https://cutt.ly/ewk2iGXW>
5. **Abel Aillón, DR Jaime Illánéz D.** Utilidad del pronóstico vigil en COVID-19. Ecuador J Med [Internet]. 2022;9(1):1–2. Disponible en: <https://cutt.ly/8wk2i64F>
6. **Pittman BJ, Beeson T, Dillon J, Yang Z, Cuddigan J.** Pressure injuries in critical and progressive care: Avoidable versus Unavoidable. Am J Critical Care [Internet]. 2019;28(5). Disponible en: <https://doi.org/10.4037/ajcc2019264>
7. **Martínez Villamea S, Braña Marcos B.** Prevención de las úlceras por presión en el cuidado de pacientes colocados en decúbito prono: lecciones derivadas de la crisis Covid-19. Ene. 2021;15(1): [aprox. 7 pp.]. Disponible en: <https://cutt.ly/xwk2oRG9>
8. **Cobos López G.** Úlceras por presión. Revisión bibliográfica. SANUM. 2020;4(3):48–59. Disponible en: <https://cutt.ly/Twk2oDKz>
9. **Herraiz Adillo A, Romero Parrilla JJ.** Prevalencia de úlceras por presión en atención primaria : estudio de Cuenca. Gerokomos. 2021;32(2):111–6. Disponible en: <https://cutt.ly/owk2o7vN>
10. **Andrade Fonseca D, Hernández Ordóñez SJ, Gómez ME, Rojas Villamil JJ, Ayala NE, Alfonso YA, et al.** Factores asociados a la prevalencia de úlceras por presión en un hospital universitario en Bogotá (Colombia). Univ. Med. 2020;61(4): [aprox. 8 pp.]. Disponible en: <https://doi.org/10.11144/Javeriana.umed61-4.ulce>
11. **Pancorbo Hidalgo PL, García Fernández FP, Torra i Bou J-E, Verdú Soriano J, Soldevilla-Agreda JJ.** Epidemiología de las úlceras por presión en España en 2013: 4.º Estudio Nacional de Prevalencia. Gerokomos.

- 2014;25(4):162–70. Disponible en: <https://cutt.ly/jwk2p4Pg>
12. **Parra Carlo KA, Martínez Contreras AM, Ortega Vélez G, Vázquez Bustamante JC, Ayala RI, Dautt Silva J, et al.** Úlceras por presión en pacientes en un Hospital General de Zona. *Aten Fam.* 2020;27(2):66-70. Disponible en: <https://doi.org/10.22201/facmed.14058871p.2020.2.75201>
 13. **Ignacio García E, Herreros Rubiales M, Delgado Pacheco J, Alvarez Vega D, Salvador Valencia H, García Vela M, et al.** Incidencia de las úlceras por presión en una Unidad de Cuidados Intensivos. *Enferm Intensiva.* 2019;8(4):157–64.
 14. **Abad García R, Aguirre Aranaz RM, Arizmendi Pérez M, Beaskoetxea Gómez P, Beistegui Alejandro I, Camiruaga Zalbidea I, et al.** Guía de actuación para la prevención y cuidados de las úlceras por presión. *Osakidetza: Vitoria-Gasteiz.* 2017. Disponible en: <https://cutt.ly/Zwk2gG8F>
 15. **Barrera Arenas JE, Pedraza Castañeda M del C, Pérez Jiménez G, Hernández Jiménez P, Reyes Rodríguez JA, Padilla Zárate MP.** Prevalencia de úlceras por presión en un hospital de tercer nivel, en México DF. *Gerokomos.* 2016;27(4):176–81. Disponible en: <https://cutt.ly/8wk2gmF5>
 16. **Torra i Bou JE.** Incidencia de úlceras por presión en unidades de cuidados intensivos. Revisión sistemática con Meta-análisis. Tesis doctoral por la Universidad de Alicante; 2016. Disponible en: <https://cutt.ly/wwk2gi8M>
 17. **Vieillard-Baron A, Boissier F, Pesenti A.** Hemodynamic impact of prone position. Let's protect the lung and its circulation to improve prognosis. *Intensive Care Med* [Internet]. 2023;49(6):692–4. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s00134-023-07001-2>
 18. **Vecin NM, Gater DR.** Pressure Injuries and Management after Spinal Cord Injury. *J Pers Med* [Internet]. 2022;12(7). Disponible en: <https://doi.org/10.3390/jpm12071130>



Clinical competence of nursing staff for the management of intradialytic hypotension in the hemodialysis service of the Naval Medical Center

Competencia clínica del personal de enfermería para el manejo de la hipotensión arterial intradialítica en el servicio de hemodiálisis del Centro Médico Naval

Ángel Citalán Morales



Isidora Gallardo García



Jesús López Rivera



Abstract

Introduction: the correct management of arterial hypotension during hemodialysis is fundamental in the training and work of the nephrological nursing staff at the Naval Medical Center. The staff must have sufficient knowledge about hypotension and its associated factors to help them predict it and act preventively, as well as instrumental skills to carry out measures in practice.

Objective: to analyze the clinical competence of the nursing staff in the hemodialysis service of the Naval Medical Center concerning their academic training and professional experience in the management of intradialytic arterial hypotension.

Methodology: a prospective, descriptive, and observational study. Two instruments were used: an adaptation of Miller's Hemodialysis Management Knowledge Questionnaire and Murillo's Guide to Observation of Instrumental Skills in Nursing Personnel.

Results: There was a sample of twelve nurses belonging to the hemodialysis service. 33.3% percent showed a fair level of clinical competence and 66.7% a good level. On average, clinical competence was 78%.

Citación: Citalán Morales A, Gallardo García I, López Rivera J. Competencia clínica del personal de enfermería para el manejo de la hipotensión arterial intradialítica en el servicio de hemodiálisis del Centro Médico Naval. Rev Enferm Neurol. 2023;22(1): pp. 70-83

Correspondencia: Ángel Citalán Morales

Email: angel210890@hotmail.com

Centro Médico Naval (CEMENAV)

Recibido: 11 enero 2023

Aceptado: 25 marzo 2023



Discussion: the results obtained differ from those reported in other studies, in terms of both the year of application and the subjects evaluated.

Limitations: there was a low sample size due to the small number of service personnel.

Conclusions: it is necessary to reinforce the knowledge of the personnel on the subject. However, it was observed that instrumental skills were excellent in all cases. No relationship was observed with the level of studies or professional experience.

Keywords: hypotension; hemodialysis; clinical competence.

Resumen

Introducción: el correcto manejo de la hipotensión arterial durante la hemodiálisis es fundamental en la formación y trabajo del personal de enfermería nefrológica del Centro Médico Naval. El personal debe tener conocimientos suficientes sobre la hipotensión y sus factores asociados que le ayuden a predecirla y actuar de manera preventiva, así como con habilidades instrumentales para llevar a cabo medidas en la práctica.

Objetivo: analizar la competencia clínica del personal de enfermería en el servicio de hemodiálisis del Centro Médico Naval con respecto a su formación académica y experiencia profesional en el manejo de la hipotensión arterial intradialítica.

Metodología: estudio prospectivo, descriptivo y observacional. Se emplearon dos instrumentos: una adaptación del Cuestionario de conocimientos para el manejo de hemodiálisis de Miller y la Guía de observación de habilidades instrumentales en el personal de enfermería de Murillo.

Resultados: se contó con una muestra de doce enfermeros pertenecientes al servicio de hemodiálisis. El 33.3% mostró un nivel regular de competencia clínica y 66.7% un nivel bueno. En promedio, la competencia clínica se ubicó en 78%.

Discusión: los resultados obtenidos difieren de los reportados en otras investigaciones, tanto por el año de aplicación como de los sujetos evaluados.

Limitaciones: se contó con una muestra baja debido a que el personal del servicio no es numeroso.

Conclusiones: es necesario reforzar los conocimientos del personal sobre el tema. Sin embargo, se observó que las habilidades instrumentales fueron excelentes en todos los casos. No se observa relación con el nivel de estudios o la experiencia profesional.

Palabras clave: hipotensión; hemodiálisis; competencia clínica

Introducción

En el tratamiento de la hemodiálisis, una de las complicaciones que se presenta con mayor frecuencia es la hipotensión arterial.¹ Ésta se suscita como una respuesta cardiovascular ante una reducción importante del volumen plasmático, es decir, suele originarse cuando se extrae un gran cantidad de dicho líquido en un corto periodo y la sustancia restante se desplaza del espacio intersticial al espacio intravascular.¹ La organización *Kidney Disease Improving Global Outcomes (KDIGO)* define esta afección como una disminución mayor de 20 mmHg de la tensión arterial sistólica (TAS) o de más de 10 mmHg de tensión arterial media (TAM) asociada a síntomas.^{2,3}

La hipotensión arterial se considera de especial preocupación debido a que produce malestar en el paciente durante el proceso dialítico extracorpóreo y genera obstáculos para garantizar el éxito del tratamiento. En los casos más extremos puede generar riesgo de muerte.⁴ Se calcula que entre 10% y 30% de los tratamientos hemodialíticos han mostrado en algún momento cuadros de hipotensión. Su manejo es incluso más complicado si se toma en cuenta que tiene un origen multifactorial atribuible a un conjunto de variables, tales como diversas comorbilidades (por ejemplo, una reserva de sangre reducida en el corazón debido a la enfermedad coronaria, las consecuencias de efectos antihipertensivos o la disfunción autonómica), y a factores propios del proceso dialítico, entre los que destaca el manejo por parte del personal de enfermería.^{1,5}

Como se ha mencionado, durante la hemodiálisis se aumentan de forma importante la morbimortalidad del paciente y los riesgos de sufrir un evento de hipotensión. A fin de enfrentar de manera eficaz este procedimiento,

se requiere que el equipo de enfermería se entrene de forma continua para alcanzar mejores niveles en habilidades técnico-científicas y desarrollar un pensamiento crítico que permita aumentar la calidad en el servicio, por medio del desempeño eficiente y la toma de mejores decisiones cuando se presentan urgencias en hemodiálisis. Este tipo de acciones no solo tiene beneficios para el paciente, sino que ayuda a reducir las implicaciones, complicaciones y costos que el procedimiento representa a nivel institucional.^{6,7}

Una respuesta inadecuada, en términos hemodinámicos, puede influir de forma negativa en la adaptación y tolerancia del paciente al tratamiento de hemodiálisis y, por lo tanto, su eficacia será menor. Esto destaca la importancia de prevenir el surgimiento de episodios de hipotensión en el paciente que se ha sometido a este proceso. Además, episodios constantes de hipotensión intradialítica pueden propiciar alteraciones cardíacas permanentes, como la hipertrofia del ventrículo izquierdo y la reducción de la distensibilidad arterial. Entre los pacientes que se someten constantemente a procesos de hemodiálisis, la sobrecarga de volumen y la insuficiencia cardíaca son causas de incidencia de infartos agudos al miocardio, eventos cerebrovasculares, síncope, así como de reducción de la efectividad del tratamiento de hemodiálisis.^{7,8}

Las intervenciones de enfermería en las sesiones de hemodiálisis están enmarcadas dentro de las acciones de manejo integral del paciente, desde su ingreso a la unidad de diálisis hasta su salida. Por ende, en este proceso se incluye su recepción, la verificación de monitores e instalaciones, el montaje y cebado del circuito de hemodiálisis, la evaluación previa del estado de salud del paciente, la conexión de éste al monitor a través de la punción de accesos vasculares, así como la programación de la terapia y cuidados de

enfermería durante las sesiones.^{1,9} No obstante, la función principal del personal de enfermería es monitorizar continuamente al paciente, con el objetivo de evitar complicaciones. Dicho monitoreo incluye el control de los parámetros del monitor (conductividad, flujo, temperatura) y de las constantes vitales. De igual modo, es responsabilidad del personal comunicarle al paciente sobre la necesidad de informar sobre cualquier cambio en su estado general.^{9,10}

Existen ya algunos estudios que han evaluado las competencias clínicas del personal de enfermería para el manejo de la hipotensión arterial durante la hemodiálisis, destacan algunas experiencias registradas en los últimos años. En 2017, Lazcano *et al.*¹¹ llevaron a cabo una investigación que tuvo como objetivo determinar las competencias del personal de enfermería en el paciente con hemodiálisis. Contó con una muestra de 13 enfermeros a quienes aplicó dos instrumentos: uno que midió el conocimiento sobre hemodiálisis con 14 ítems y otro dirigido a medir variables laborales, con 10 dimensiones. Entre sus resultados destaca que más de la mitad de la muestra (77%) conoce qué hacer durante un episodio de hipotensión, lo que indica un buen nivel sobre el tema; asimismo, contó con una muestra predominantemente de licenciados en enfermería. Los autores no realizaron contrastes entre las variables.¹¹

En el año 2015, Quirós y Parrales⁸ desarrollaron una investigación que tuvo como finalidad valorar el nivel de conocimientos del personal de enfermería de una clínica pública en la ciudad de Guayaquil, Ecuador. El diseño experimental fue de corte mixto y se aplicó una prueba de conocimientos, es decir, una guía de observación para conocer los conocimientos científico-técnicos del personal de enfermería, su capacidad para aplicarlos, así como sus habilidades instrumentales. Entre

los hallazgos destaca el hecho de que solo 15% de los encuestados tenía conocimiento de que la hipotensión intradialítica se manifiesta de forma episódica, también resalta que 60% sí demostró manejar adecuadamente las crisis de hipotensión durante las sesiones de hemodiálisis. De tal modo, se concluyó que el equipo de enfermería estaba bien capacitado en la aplicación de sus habilidades instrumentales; no obstante, se reflejaban áreas de oportunidad en su nivel de conocimiento técnico-científico. También se concluyó que es necesario que el personal mejore sus habilidades de detección de situaciones de riesgo ante el seguimiento de crisis de hipotensión, y se hizo énfasis en la necesidad de transmitir al paciente instrucciones adecuadas sobre prevención de dichas crisis.⁸

El servicio de hemodiálisis del Centro Médico Naval (CEMENA) es un área donde se realiza el tratamiento de hemodiálisis continuamente y su personal es capacitado de forma constante en la aplicación correcta de las técnicas y procedimientos que conlleva. En la población atendida en este centro de salud, la hipotensión arterial es una complicación frecuente la mayor parte de las veces que se brinda tratamiento dialítico extracorpóreo, y la ocurrencia de crisis es elevada. Por lo tanto, resulta necesario que el personal de enfermería asignado al servicio de hemodiálisis del CEMENA cuente con mejores habilidades técnico-científicas en torno a este tema y desarrolle un pensamiento más crítico, ya que en la medida que mejore sus competencias para enfrentar las complicaciones frecuentes, podrá prevenir de forma más eficiente su ocurrencia, o bien lograr atenuar los efectos sobre la salud general de los pacientes tratados bajo este procedimiento.

Se debe garantizar que el personal de salud tenga una adecuada capacitación sobre la valoración y monitoreo de los signos y síntomas de hipotensión en pacientes durante la hemodiálisis.

Para lograrlo, es necesaria la aplicación de instrumentos que evalúen la competencia del personal de enfermería en el manejo de la hipotensión intradialítica. Por lo anterior, la presente investigación tiene como objetivo general analizar la competencia clínica del personal de enfermería en relación con la formación académica y experiencia profesional para el cuidado de la hipotensión arterial intradialítica en el servicio de hemodiálisis del CEMENAV.

Material y Métodos

Se realizó un estudio observacional, descriptivo y prospectivo. La investigación se llevó a cabo en el servicio de hemodiálisis del CEMENAV entre los meses de enero y junio de 2022. Se seleccionó a personal de enfermería del servicio mencionado, que labora en el turno matutino y vespertino, con una antigüedad mínima de un mes y que accediera voluntariamente a participar en el estudio.

La noción de “*competencia clínica*” es compleja, tiene un carácter multifacético y multifuncional. Ésta puede definirse como el conjunto de conocimientos, habilidades y aptitudes de los profesionales de la salud para la organización, retención y empleo de procesos y técnicas en su práctica académica y laboral. De acuerdo con diversas investigaciones,^{12,13} el estudio de la competencia clínica debe dividirse en dos dimensiones: conocimientos y habilidades instrumentales del personal. Debido a esto, las variables a considerar en la investigación fueron el nivel de conocimientos científico-técnicos, nivel de habilidades instrumentales, formación académica, experiencia profesional y sexo.

La variable “*conocimientos*” se desglosa en dos indicadores: los conocimientos técnico-científicos que posee el personal de enfermería para llevar

a cabo sus funciones, así como la integración de conocimientos, que hace referencia a su capacidad para elaborar un diagnóstico adecuado y diseñar un plan de cuidados óptimo. Ambos fueron evaluados mediante un instrumento propio adaptado del “*Cuestionario de conocimientos en el manejo de hipotensión arterial intradialítica*” de Miller¹³ y Murillo.¹² El instrumento está conformado por diez ítems. Los puntos de corte considerados fueron: nivel deficiente (igual o menor al 50%, equivalente a 5 o menos respuestas correctas); regular (nivel de conocimiento entre 60 y 80%, equivalente a 6 u 8 respuestas correctas) y excelente (nivel de conocimiento de entre 90 y 100%, equivalente a 9 o 10 preguntas correctas). Al igual que el instrumento, estos puntos de corte fueron determinados con base en una adaptación del instrumento utilizado por Miller¹³ y Murillo.¹² La adaptación se realizó con base en el criterio de expertos acerca de cuál era la suficiencia respecto al tema; se trata de puntos de corte institucionalizados, determinados por el centro de salud en el que se suele aplicar la prueba.

Por otro lado, la variable habilidad pretende valorar la práctica habitual del personal de enfermería, mediante el instrumento “*Guía de observación de habilidades instrumentales en el personal de enfermería*” de Murillo.¹² Dicha variable se desglosa en siete indicadores, que contienen cada uno un determinado número de ítems a evaluar. A continuación, se mencionan los indicadores y la cantidad de ítems entre paréntesis: preparación de hemodiálisis (7), valoración inicial del paciente (8), preparación de acceso vascular (17), abordaje de acceso vascular (10), conexión al monitor (8), seguimiento de la sesión y resolución de complicaciones (13); y conclusión de la sesión (12). Debido a que se trata de una guía de observación, se requirió

dedicar tiempo para revisar la forma en que los participantes llevaban a cabo los procedimientos de hemodiálisis. Se utilizaron los siguientes puntos de corte: Excelente (91 – 100%); Bueno (75 – 90%); Regular (65 – 74%) y Deficiente (0 – 64%). Éstos fueron establecidos en la investigación de Murillo¹² y retomados para el presente estudio.

Una vez que se contara con los resultados de ambas variables (nivel de conocimientos y nivel de aplicación de habilidades instrumentales) el nivel de competencia clínica se determinaría por medio de la integración promediada del score obtenido en ambos instrumentos. Para la competencia clínica se retomaron los puntos de corte propuestos en la investigación de Murillo:¹² Excelente (91 – 100%); Bueno (75 – 90%); Regular (65 – 74%) y Deficiente (0 – 64%).

En un primer momento, se invitó al personal de enfermería a participar en el estudio. Quienes aceptaron y cumplieron con los criterios de inclusión fueron 12 personas. Se les solicitó a todos que firmaran el consentimiento informado y que respondieran el cuestionario impreso. Adicionalmente, se usaron dos jornadas de ocho horas para la observación de cada participante para el llenado de la guía de aplicación y habilidades. Una vez realizado esto, se integró una base de datos con la información obtenida mediante ambos instrumentos.

Se utilizó estadística descriptiva para caracterizar a la muestra y describir el nivel de conocimientos científico-técnico y habilidades instrumentales que integran la competencia clínica del personal de enfermería. Se realizó un contraste entre las variables experiencia profesional y nivel de estudios con el nivel de conocimientos científico-técnicos y de aplicación de habilidades instrumentales, a partir de tablas y gráficas que reportaron las frecuencias

y porcentajes de la distribución de la muestra. Se emplearon dos pruebas estadísticas: una correlación de Spearman para determinar la asociación entre el nivel de conocimientos y los años de experiencia laboral, y una Chi-cuadrada para la correlación entre nivel de conocimientos y nivel de estudios. Los datos obtenidos fueron registrados por medio de una hoja de cálculo del programa Microsoft Excel y posteriormente importados al software especializado Statistics Package for the Social Sciences (SPSS), versión 26.0 para Windows.

Resultados

De los 12 participantes que conformaron la muestra de estudio, 33.3% eran hombres y 66.7% mujeres. En cuanto a la edad de los participantes, se observa que 41.7% eran mayores de 35 años de edad, 33.3% tenían entre 31 y 35 años, y el 25.0% restante dijeron tener una edad de entre 26 y 30 años. La edad mínima de los participantes fue 27, la máxima fue 49, y el promedio de edad fue de 35.67, con una desviación de ± 6.315 .

Se observó que 50% del personal de enfermería entrevistado tenía más de 10 años de experiencia laboral, 33.3% tenía de 6 a 10 años, y el 16.7% restante de 1 a 5 años. El tiempo mínimo de experiencia laboral fue de 2 años, el máximo fue 27, y el promedio fue 12.75. En lo que refiere a la antigüedad en el servicio de hemodiálisis, se observa que 41.7% de los participantes del estudio tienen más de 10 años de antigüedad, 8.3% tienen de 6 a 10 años, 25.0% de 1 a 5 años, y el 25.0% restante tenía menos de un año en el servicio. Se observó una media de antigüedad de 7.57 años.

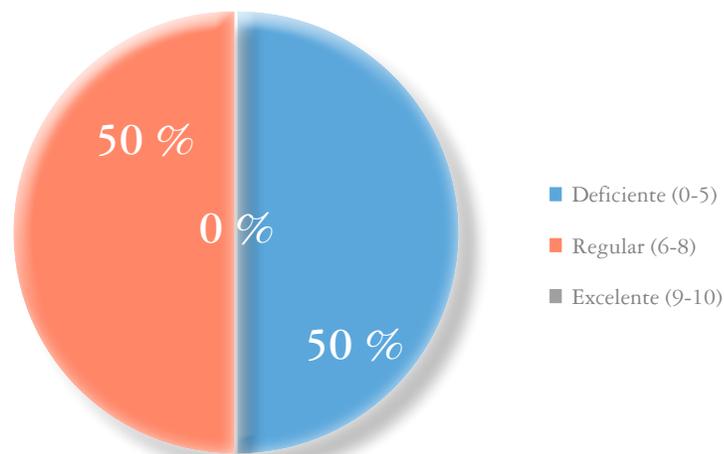
En lo que respecta al nivel de estudios: 58.3% de los participantes tienen la licenciatura de enfermería terminada y un posgrado en enfermería

nefrológica, 25.0% tienen la licenciatura terminada y un postécnico en uronefrología, y 16.7% son técnicos profesionales en enfermería con un postécnico en uronefrología. Se observa que cerca del 66.7% de los participantes no asistieron a algún tipo de capacitación en los últimos dos años.

El 50% de los enfermeros mostraron un nivel deficiente de conocimiento, que equivale a solo

obtener el 50% o menos respuestas correctas, el 50% restante tuvo un nivel regular, lo que significa que respondieron correctamente entre 6 y 8 preguntas. Cabe destacar que ninguno mostró un nivel excelente de conocimientos (9-10 preguntas correctas). Los datos descritos se encuentran representados gráficamente en la Figura 1, y en términos escalares los datos se desglosan en el Cuadro 1.

Figura 1. Nivel de conocimientos científico-técnicos del personal de enfermería



Fuente: elaboración propia.

Cuadro 1. Nivel de conocimientos científico-técnicos del personal de enfermería (escalar)

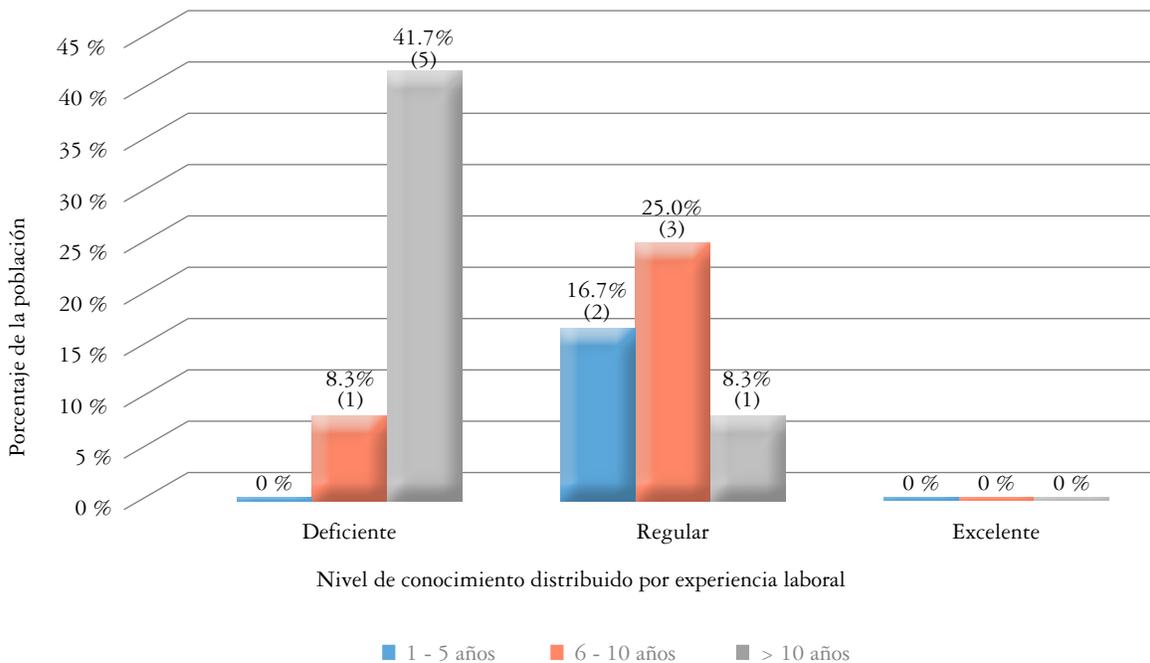
<i>Nivel de conocimiento</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Calificación</i>
30% (3 respuestas correctas)	1	8,3	Deficiente
40% (4 respuestas correctas)	4	33,3	Deficiente
50% (5 respuestas correctas)	1	8,3	Deficiente
60% (6 respuestas correctas)	2	16,7	Regular
70% (7 respuestas correctas)	2	16,7	Regular
80% (8 respuestas correctas)	2	16,7	Regular
Total	12	100,0	

Fuente: elaboración propia.

Posteriormente, se contrastó el nivel de conocimientos con la experiencia laboral del personal de enfermería. Como puede observarse en la Figura 2, aquellos con un nivel deficiente se concentran en el grupo de más de 10 años de experiencia (41.7%). Solamente un enfermero con 6 a 10 años de experiencia mostró un nivel deficiente. Los enfermeros que obtuvieron un nivel

de conocimiento regular se distribuyeron en los tres grupos de años de experiencia: 16.7% tenían entre 1 y 5 años de experiencia, 25% entre 6 y 10 años, y 8.3% tenía más de 10 años. Se realizó una prueba de correlación de Spearman; sin embargo, debido a que el valor p fue de 0.065, que es mayor al valor 0.05 de referencia, se concluye que no hay una asociación significativa entre ambas variables.

Figura 2. Nivel de conocimiento relacionado con la experiencia laboral

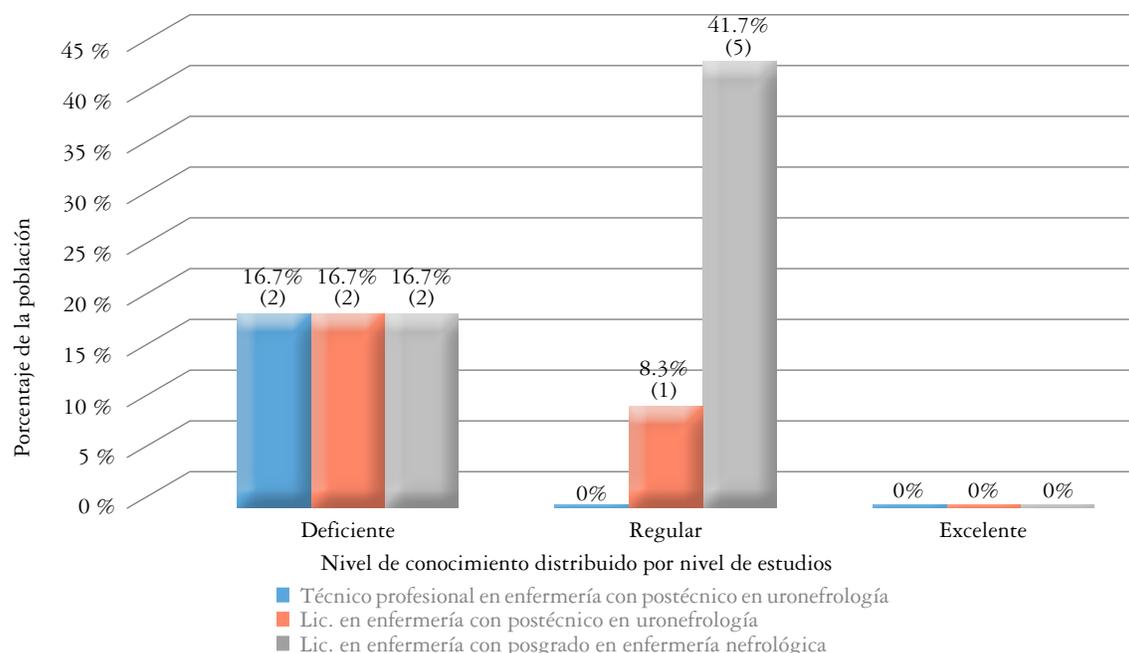


Fuente: elaboración propia.

En cuanto al nivel de estudios, en la Figura 3 se observa que mostraron un nivel deficiente de conocimientos dos enfermeros técnicos con postécnico en uronefrología (16.7%), dos licenciados con postécnico en esta misma área (16.7%) y dos licenciados con posgrado en nefrología. Por otro lado, un

enfermero con licenciatura y postécnico en uronefrología (8.3%) y cinco con posgrado en nefrología (41.7%) tuvieron un nivel de conocimientos regular. La prueba de Chi-cuadrado arrojó un valor p de 0.164, por lo que no existe asociación significativa entre las variables.

Figura 3. Nivel de conocimiento relacionado con el nivel de estudios

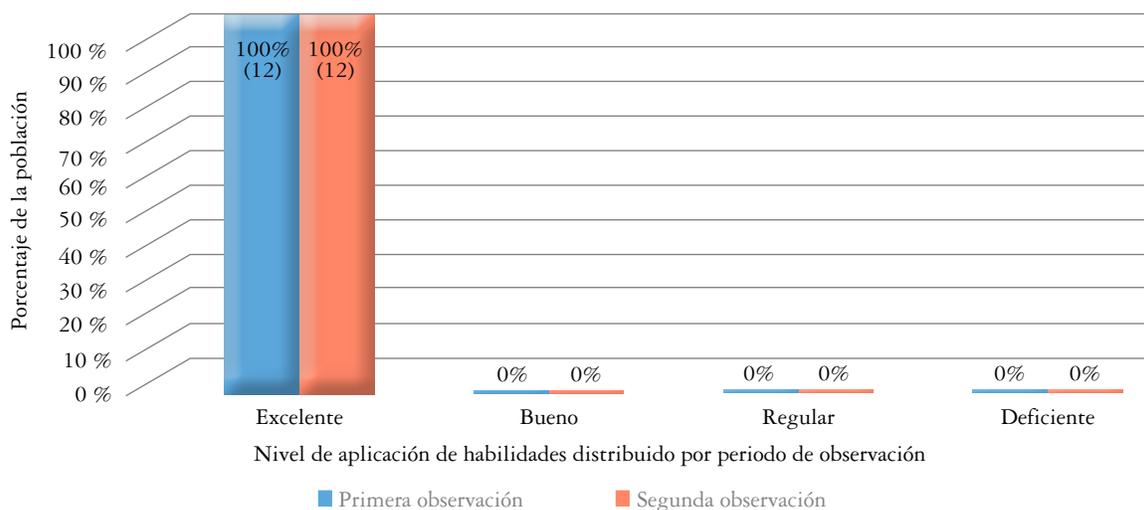


Fuente: elaboración propia.

En lo que refiere al nivel de habilidades instrumentales, los resultados obtenidos durante las dos observaciones se agruparon en cuatro categorías: excelente (cuando el cumplimiento va de 91 a 100%),

bueno (de 75 a 90%), regular (de 65 a 74%) y deficiente (de 0 a 64%). El 100% de los enfermeros mostraron un nivel excelente en la aplicación de las habilidades instrumentales en ambas observaciones (Figura 4).

Figura 4. Nivel de aplicación de habilidades distribuido por periodo de observación



Fuente: elaboración propia.

No obstante, estos resultados no permiten identificar aquellos conceptos evaluados en los que se necesitan reforzar estas habilidades. Por eso, en el Cuadro 2 se presentan los porcentajes obtenidos

en la aplicación de estos conceptos. Como se ha mencionado, cada grupo de habilidades se integró por una determinada cantidad de ítems, por lo que en la tabla se muestra la cantidad de criterios cumplidos.

Cuadro 2. Porcentaje de aplicación de los conceptos evaluados

Grupo de habilidades evaluadas	1° observación				2° observación			
	Sí		No		Sí		No	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
1. Preparación de hemodiálisis	82	97.61%	2	2.3%	83	98.089%	1	1.19%
2. Valoración inicial del paciente	87	90.65%	9	9.37%	87	90.65%	9	9.37
3. Preparación del acceso vascular	204	100%	0	0%	204	100%	0	0%
4. Abordaje de acceso vascular	111	92.5%	1	7.5%	111	92.5%	1	7.5%
5. Conexión del paciente al monitor	96	100%	0	0%	96	100%	0	0%
6. Seguimiento de la sesión de hemodiálisis y resolución de complicaciones	152	97.43%	4	2.56%	153	98.07%	3	1.92%
7. Término de la sesión	144	100%	0	0%	144	100%	0	0%

Fuente: elaboración propia.

Durante la primera observación se encontró que 97.61% de los enfermeros realizaron la preparación de hemodiálisis, mientras que el 2.3% restante no lo hizo; 90.65% realizaron la valoración inicial del paciente y 100% la preparación del acceso vascular; 92.5% hicieron el abordaje de acceso vascular, mientras que un 7.5% no. El 100% de los enfermeros conectaron al paciente a un monitor. En cuanto al seguimiento de la sesión de hemodiálisis y resolución de complicaciones, 97.43% lo llevó a cabo, pero el 2.56% restante no. Y, por último, el 100% de los participantes terminaron la sesión.

Durante la segunda observación, 98.08% de los enfermeros realizaron la preparación de hemodiálisis y 1.19% no, una mejora con respecto a la primera observación. Por otro lado, 90.65% hicieron la valoración inicial del paciente, pero 9.37% no, por eso no se encontró

ninguna variación en el porcentaje. En cuanto a la preparación del acceso vascular, el 100% lo ejecutó, 92.5% hizo su abordaje y 7.5% no lo hizo. Todos los enfermeros conectaron al paciente a un monitor; 98.07% realizaron el seguimiento de la sesión de hemodiálisis y la resolución de complicaciones, en tanto que 1.92% no mostró hacerlo. El término de la sesión fue llevado a la práctica por el 100% de los evaluados.

En este sentido, una vez obtenido tanto los porcentajes del nivel de conocimientos, como de la aplicación de habilidades instrumentales, se procedió a determinar el nivel de competencia clínica de los participantes. Para ello, se promediaron los resultados obtenidos de ambos instrumentos. El nivel de habilidades instrumentales se determinó por el promedio de lo obtenido en la primera y segunda observación. Se observó que el nivel más bajo de competencia

clínica fue de 65% y el más alto de 88%, con un promedio de 76% (Cuadro 3). De acuerdo con los puntos de corte establecidos, seis participantes obtuvieron un nivel regular y

los seis restantes un nivel de competencia buena. Cabe mencionar que ninguno alcanzó un nivel de competencia excelente o deficiente.

Cuadro 3. Nivel de competencia clínica

Caso	Nivel de conocimientos	Nivel de habilidades	Nivel de competencia clínica	Calificación
1	30%	100%	65%	Regular
2	40%	100%	70%	Regular
3	40%	96.5%	68%	Regular
4	40%	96.5%	68%	Regular
5	40%	96.5%	68%	Regular
6	50%	96.5%	73%	Regular
7	60%	96.5%	78%	Buena
8	60%	92%	76%	Buena
9	70%	98%	84%	Buena
10	70%	94.5%	82%	Buena
11	80%	94%	87%	Buena
12	80%	96.5%	88%	Buena

Fuente: elaboración propia.

Discusión

Son muy escasos los estudios que hayan evaluado la competencia clínica del personal de enfermería para el manejo de la hipotensión arterial durante el tratamiento dialítico extracorpóreo, sobre todo aquellos que hacen uso de instrumentos como los empleados aquí. Por dicha razón, los resultados hallados en este estudio se evaluarán casi siempre de forma indirecta.

En este estudio se observó que 50% del personal de enfermería mostró un nivel de conocimiento científico-técnicos deficiente, y que el otro 50% tuvo un nivel regular. El estudio realizado por Lazcano *et al.*¹¹ utilizó el mismo cuestionario desarrollado por Murillo. Su muestra estuvo compuesta por 13 profesionales de la salud (62% con licenciatura en enfermería y 38% con

carrera técnica en enfermería). Sus resultados mostraron que 77% de los encuestados saben qué intervención deben realizar durante un episodio de hipotensión (modificación del perfil de sodio). Este resultado contrasta con el arrojado por el ítem 2 en este estudio, donde solo el 44.7% de los enfermeros identificó de forma correcta cuáles son las medidas terapéuticas a realizarse ante este tipo de complicación durante la hemodiálisis.

Es complicado encontrar una explicación para esta diferencia, sobre todo porque el personal de la muestra de Lazcano *et al.* mostró un menor nivel de preparación académica y menos años de experiencia laboral. Sin embargo, si se toma en cuenta que la proporción de personas que no han recibido capacitación para el manejo de complicaciones en hemodiálisis en el último año (66%, n= 8) es similar a la de personas que

erraron en contestar la pregunta relacionada con las medidas terapéuticas de emergencia ante una hipotensión arterial dialítica (58.3%, n=7), se puede inferir que la falta de preparación específica en el manejo de hemodiálisis puede ser un factor que explique este resultado.

Por otro lado, en el estudio de Quirós y Yance⁸ también se aplicó el test de conocimientos de Murillo a una muestra de 20 personas (65% contaban con licenciatura en enfermería y 35% eran auxiliares de enfermería), además de una guía de observación para evaluar las habilidades y los conocimientos teóricos necesarios para el manejo de las crisis de hipotensión interdialítica en pacientes de un hospital de Ecuador. Los resultados mostraron que 60% del personal evaluado colocan al paciente en posición Trendelenburg durante un episodio de hipotensión. Este porcentaje es menor al obtenido en este estudio, donde en el cuestionario el 100% de los enfermeros afirmaron que ésta es la posición recomendada durante dichos episodios. Además, los datos de Quirós y Yance revelaron que 60% del personal entrevistado sí ha recibido cursos de capacitación en el manejo de complicaciones durante la hemodiálisis; en contraste, el personal de enfermería del CEMENAV sólo recibió este tipo de cursos en el 33% de los casos, lo que pone de manifiesto la necesidad de que adquieran capacitación sobre el manejo de complicaciones agudas en hemodiálisis.

En cuanto a las habilidades instrumentales, todo el personal mostró un nivel de aplicación excelente (91 a 100%). En el estudio de Quirós y Yance⁸ se encontraron niveles de desempeño inferiores en el correcto manejo de la hipotensión en un 60%, según lo reportado por las guías de observación que aplicaron ambas investigadoras. Esta diferencia podría explicarse por el nivel académico y por la experiencia de más de 10 años que acumulan gran parte del personal del CEMENAV.

Conclusiones

La competencia clínica del personal de enfermería para el cuidado de la hipotensión arterial intradialítica en el servicio de hemodiálisis del CEMENAV es mayoritariamente buena, con un promedio de 78%. Sin embargo, este alto porcentaje generalmente es debido a las habilidades instrumentales del personal, que fueron catalogadas como excelentes en todos los casos. Es importante reforzar los conocimientos sobre el tema, ya que en este aspecto la muestra tendió hacia un nivel deficiente-regular. En particular, no se observó que las habilidades instrumentales dependieran de los niveles de estudio ni de los años de experiencia profesional.

El presente estudio contribuye a la apertura de un campo de investigación clínico-terapéutico prácticamente inexplorado en nuestro país, ya que solamente se dispone de literatura basada en revisiones, más no en la aplicación de instrumentos que evalúen directamente el desempeño del personal de enfermería en la prevención y control de episodios de hipotensión arterial durante el tratamiento de hemodiálisis. Por eso, se recomienda realizar más estudios de este tipo, sobre todo centrados en la evaluación de los conocimientos y habilidades instrumentales de los enfermeros.

Considerando que una de las limitaciones de este estudio fue el pequeño tamaño de la muestra (justificado por la ubicación espacial del estudio), se sugiere extender los límites de la investigación considerando una población más amplia de enfermeros de otras instituciones de salud. De esta forma se puede obtener un panorama más amplio de su desempeño clínico. Un estudio de esta magnitud también puede ayudar a identificar deficiencias u omisiones importantes que pueden estar cometiendo estos profesionales de la salud, y

su temprana detección podría contribuir a reducir los eventos adversos provocados por la hipotensión arterial.

También se recomienda diseñar estudios de otra índole partiendo de los resultados y conclusiones de este estudio. Por ejemplo, entre el personal de enfermería del CEMENAV se identificó que menos de la mitad se capacitan, por lo cual su capacitación puede favorecer su nivel de competencia clínica. Para comprobar esta hipótesis se podrían diseñar estudios que determinen el impacto que tienen los programas de capacitación en el personal de enfermería y su relación con la prevalencia de complicaciones por hipotensión arterial en hemodiálisis. Finalmente, partiendo de lo dicho anteriormente, se recomienda proponer un mecanismo de educación continua en el área de enfermería clínica basada en la capacitación del personal en técnicas y métodos que mejore su desempeño; por ejemplo, en el manejo de la hipotensión arterial intradialítica en el servicio de hemodiálisis.

Referencias

1. **McIntyre D, Havas K, Bonner A.** Monitoring for intradialytic hypotension: an audit of nursing practice. *J Ren Care.* 2021;47(1):27-33.
2. **Flythe JE, Chang TI, Gallagher MP, Lindley E, Madero M, Sarafidis PA, et al.** Blood pressure and volume management in dialysis: conclusions from a Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) Controversies Conference. *Kidney Int.* 2020;97(5):861-76.
3. **Flythe JE, Brunelli SM.** The risks of high ultrafiltration rate in chronic hemodialysis: implications for patient care: ultrafiltration rate in hemodialysis. *Semin Dial.* 2011;24(3):259-65.
4. **Sars B, van der Sande FM, Kooman JP.** Intradialytic hypotension: mechanisms and outcome. *Blood Purif.* 2020;49(1-2):158-67.
5. **Cuba de la Cruz Y, Dieguez Y.** Hipotensión arterial en hemodiálisis. *Nefrología.* 2007;27(3):387-8.
6. **Fortin PM, Bassett K, Musini VM.** Human albumin for intradialytic hypotension in haemodialysis patients. *Cochrane Database Syst Rev.* 2010;11:CD006758. doi: [10.1002/14651858.CD006758.pub2](https://doi.org/10.1002/14651858.CD006758.pub2)
7. **Choquehuanca Suca A.** Cuidados enfermeros en la prevención de hipotensión en pacientes adultos con tratamientos de hemodiálisis [trabajo académico en internet]. Arequipa: Universidad Católica de Santa María; 2018. Disponible en <https://cutt.ly/lwk9pz5l>
8. **Quiros Rumba K, Yance Parrales LI.** Cuidados de enfermería en el manejo de hipotensión durante la hemodiálisis en pacientes con insuficiencia renal crónica de la Unidad Renal Sur – Pasal de la ciudad de Guayaquil durante periodo de octubre a febrero 2015 [proyecto de investigación]. Guayaquil: Universidad Católica de Santiago de Guayaquil; 2015.
9. **Pérez Jaramillo A.** Abordaje de las complicaciones agudas en la unidad de diálisis para enfermería. *NPunto.* 2018;1(7):55-79.
10. **Nephrology News & Issues.** Strategies to reduce intradialytic hypotension in hemodialysis patients [Internet]. Thorofare: Healio News; 2015 [citado 28 mayo 2021]. Disponible en: <https://cutt.ly/Jwk9pJb2>
11. **Lazcano Ortiz M, Barrera García E, Cedeño Campos DC, Hernández Nicolás QA, Segovia Reyes A, Jiménez Sánchez RC.** Competencias del personal de enfermería en el paciente con hemodiálisis. *Educación y*

- Salud Boletín Científico Instituto de Ciencias de la Salud Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo. 2017;6(11).
12. **Murillo Gómez MV.** Nivel de competencia clínica de enfermería en pacientes con hemodiálisis [tesis en internet]. San Luis Potosí: Universidad Autónoma de San Luis Potosí; 2009. Disponible en: <https://cutt.ly/lwk9aqwC>
 13. **Miller GE.** The assessment of clinical skills/competence/performance. Acad Med. 1990;65(9 Suppl):S63-7.



Working conditions of nursing professionals in a second level hospital in México City

Condiciones de trabajo de los profesionales de enfermería en un hospital de segundo nivel en la Ciudad de México

Carmen Lasty Balseiro Almario¹  Wendy Melina Suasto Gómez²  María Adriana Chaparro Sánchez³ 
Yohytzin Edgar Tapia Juárez⁴  Nayelli Aguilera Padilla⁵  Margarita Hernández Zavala⁶ 

Abstract

Introduction: Making the working conditions of nursing professionals in Mexico more visible is necessary to improve some aspects.

Objective: To analyze the Working Conditions in Nursing professionals in a second level Hospital, in Mexico City.

Material and Methods: Quantitative, non-experimental, cross-sectional, prolective, descriptive and diagnostic study. The variable measured was nursing working conditions. The universe was 530 nursing professionals and the sample was 200.

Results: Regarding “*intra-work conditions*”, 56.50% of the personnel do have the necessary resources and supplies to work, and 57.50% state that the salary is relatively good; regarding “*extra-labor conditions*”, 56% state that they have a good quality of life. The most disliked aspects are the working environment (27%), injustices (18%), and lack of personnel (15%).

Discussion: 82% of the nursing staff showed physical and mental stress at work, which is similar to the 80% of nursing professionals in Colombia who have a work overload that affects their quality of life.

Conclusions: Nursing professionals have good to excellent working conditions. However, work overload and physical and mental exhaustion need to be addressed with various strategies, such as hiring more staff to improve patient care.

Key words: working conditions, nursing, workers' health.

Citación: Balseiro Almario L, Suasto Gómez WM, Chaparro Sánchez MA, Tapia Juárez YE, Aguilera Padilla N, Hernández Zavala M. Condiciones de trabajo de los profesionales de enfermería en un hospital de segundo nivel en la Ciudad de México. Rev Enferm Neurol.2023;22(1): pp. 84-92

Correspondencia: Lasty Balseiro Almario

Email: lastybals@hotmail.com

¹ Facultad de Enfermería y Obstetricia, UNAM

²⁻⁵ Hospital General Dr. Manuel Gea González

⁶ Colegio Mexicano de Licenciados de Enfermería

Recibido: 13 de febrero 2023

Aceptado: 25 abril 2023



Resumen

Introducción: La visibilización de las condiciones de trabajo de los profesionales de enfermería en México resulta necesaria para mejorar algunos aspectos.

Objetivo: Analizar las condiciones de trabajo de los profesionales de enfermería en un hospital de segundo nivel en la Ciudad de México.

Material y métodos: Estudio de carácter cuantitativo, no experimental, transversal, prolectivo, descriptivo y diagnóstico. La variable medida fueron las condiciones laborales de enfermería. El universo fue de 530 profesionales de enfermería y la muestra de 200.

Resultados: En cuanto a las “condiciones intralaborales”, 56.50% del personal sí cuentan con los recursos e insumos necesarios para trabajar, y 57.50% afirman que el sueldo es relativamente bueno; sobre las “condiciones extralaborales”, 56% manifiestan tener una buena calidad de vida. Lo que más disgusta al personal es en un 27% el ambiente de trabajo, en un 18% las injusticias y en un 15% la falta de personal.

Discusión: 82% del personal de enfermería mostró desgaste físico y mental en el trabajo, lo que es semejante al 80% de los profesionales de enfermería en Colombia que tienen una sobrecarga laboral que afecta su calidad de vida.

Conclusiones: Los profesionales de enfermería tienen condiciones laborales de buenas a excelentes. Sin embargo, es necesario atender la sobrecarga de trabajo y el agotamiento físico y mental con diversas estrategias, como contratar más personal para mejorar el cuidado de los pacientes.

Palabras clave: condiciones de trabajo, enfermería, salud de trabajadores.

Introducción

Dado que el personal de enfermería se encarga del cuidado de los usuarios o pacientes en su proceso de salud-enfermedad, resulta importante saber cómo lo están llevando a cabo y si las condiciones laborales son adecuadas o inadecuadas, tanto en el ámbito individual de su salud física y mental, de su satisfacción laboral y de su ambiente de trabajo, como también en su autoconcepto y en las expectativas generadas sobre estos aspectos. De igual manera, también es necesario conocer las condiciones intralaborales en cuanto a ventilación, reconocimiento, sobrecarga de trabajo, lesiones, riesgos de contagio, medidas de protección y otros aspectos relevantes

durante el cuidado de pacientes. Además, se necesita identificar condiciones extralaborales como la calidad de vida familiar, que incluye el padecimiento de enfermedades entre sus miembros, para tener un panorama integral de cómo están las enfermeras(os) realizando sus funciones y saber si se requieren acciones dirigidas que permitan mejorar su situación laboral.

Marco teórico

Acevedo *et al.*¹ definen el trabajo como la interacción con el entorno mediante la que se consiguen bienes y servicios necesarios para vivir y satisfacer las necesidades. Para Peiró y Prieto² las condiciones de trabajo son un

factor determinante en los procesos de salud-enfermedad de la población, pues constituyen, en un sentido amplio, cualquier aspecto de las circunstancias en que se realiza la actividad laboral, es decir, todos aquellos elementos que se sitúan en torno al trabajo.

El sector salud es una importante área de empleo para profesionales de salud en todos los países. En este sentido, Brito *et al.*³ estiman que actualmente hay 35 millones de empleados en este sector a nivel global y 9 millones en la región de las Américas, para quienes el desafío principal consiste en prestar servicios de salud de calidad con alta productividad, reducción de gastos y amplia cobertura.

Los profesionales de enfermería son parte importante del sector salud y representan hasta más del 60% del personal de un hospital. Su principal función es el cuidado, por lo que se les llama “*trabajadores del cuidado*”. Según Pereyra y Micha,⁴ la enfermería es una profesión eminentemente femenina en la que se desempeñan actividades que contribuyen a la salud de los individuos, el desarrollo de habilidades cognitivas y el cuidado físico y emocional de las personas. Por lo tanto, resulta un servicio clave e irremplazable para el cuidado de los pacientes en hospitales, centros comunitarios y diversos organismos del sistema de salud.

De acuerdo con Saltos *et al.*,⁵ a pesar de la importancia de las profesionales de enfermería en el sector salud, investigaciones realizadas sobre sus condiciones laborales dan cuenta de accidentes de trabajo, enfermedades profesionales, ausentismo, entornos de organización negativos, etc., que se traducen en una disminución de la productividad de las instituciones y en un deterioro de la calidad de vida de los trabajadores. Por ejemplo, en una

investigación realizada por la Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia (ANEC) en 2001 y difundida por García Ubaque *et al.*,⁶ se encontró deterioro de las condiciones de vida y de trabajo de las enfermeras debido a las formas de contratación y la no participación en la organización jerárquica de las instituciones.

Asimismo, para Canales *et al.*⁷ las profesionales de enfermería cumplen un rol esencial en los servicios hospitalarios y de atención primaria; sin embargo, también se presentan problemas en sus condiciones laborales, relacionados con riesgos de tipo psicosocial, sobrecarga de trabajo, jornadas extensas, turnos rotativos, trabajo nocturno sin descanso, cambios frecuentes de servicio y estrés por manejo de situaciones críticas y muertes. Dichos factores se tornan más preocupantes si se considera que han sido escasamente estudiados los efectos de estos ambientes laborales sobre la salud del personal de enfermería. Granero *et al.*⁸ analizaron las condiciones de trabajo de los profesionales de enfermería en España mediante la aplicación de una encuesta a 1,760 trabajadores de hospitales. Los resultados dan cuenta de aspectos negativos sobre estas condiciones: excesiva presión asistencial, sobrecarga de tareas, falta de personal, falta de insumos, estrés y desgaste emocional y empeoramiento de las condiciones de trabajo.

Esta situación ha propiciado que el personal de enfermería reflexione sobre sus difíciles condiciones de trabajo y la escasa percepción cuantitativa que recibe como sueldo, lo que en ocasiones ha conllevado a que se abandone la profesión por la gran insatisfacción que produce el entorno social del trabajo.

Material y métodos

Estudio cuantitativo, no experimental, transversal, prolectivo y descriptivo, cuyo propósito es analizar las condiciones laborales de las profesionales de enfermería en un hospital de segundo nivel en la Ciudad de México. La variable medida fueron las condiciones laborales a partir de tres dimensiones: la de “*condiciones individuales*”, que mide los aspectos individuales y personales de las enfermeras(os) con los indicadores de percepción de la salud, formación profesional, motivación y autoconcepto; la de “*condiciones intralaborales*”, que se refiere a las condiciones del área hospitalaria en donde el personal de enfermería presta sus servicios y que se mide con los indicadores de ambiente, sobrecarga, recursos e insumos, organización, carga física y mental, pluriempleo, seguridad y riesgos, limpieza del área, agotamiento y cansancio, conflictos y sueldo; y la de “*condiciones extralaborales*”, que es propia del ambiente familiar del personal de enfermería fuera del hospital y se mide con los indicadores de calidad de vida, posesión de casa, tiempo de traslado y familiares discapacitados.

El estudio se llevó a cabo en tres etapas. En la primera se realizó un análisis del estado del arte de condiciones laborales. En la segunda se diseñó el instrumento, tomando como referencia el “*Instrumento de condiciones de trabajo del personal de enfermería en servicios de alta complejidad*”, desarrollado en Bogotá por García Ubaque *et al.*⁶ y validado a través de un juicio de expertos. A partir de las tres dimensiones mencionadas (“*condiciones individuales*” con 4 indicadores, “*condiciones intralaborales*” con 12 indicadores y “*condiciones extralaborales*” con 4 indicadores) se conformó el instrumento con ítems de respuestas cerradas y estructuradas tipo

Likert. Además, se validó la confiabilidad del instrumento con una prueba piloto y el criterio de cinco jueces. Finalmente, en la tercera etapa se aplicó el instrumento mediante la aplicación de Google Forms para el personal de enfermería profesional.

El universo se conformó por 530 personas de enfermería y la muestra únicamente por el personal profesional con suficiente criterio para evaluar las condiciones laborales. La muestra fue de 200 profesionales de enfermería, lo que constituyó 37.73% del universo. En los criterios de inclusión se tomó en cuenta al personal profesional de enfermería del hospital de todos los turnos, mientras que en los de exclusión al personal no profesional de enfermería y camilleros, y en el criterio de eliminación a los profesionales que no quisieron colaborar en la contestación del instrumento aunque cumplieran con los criterios de inclusión.

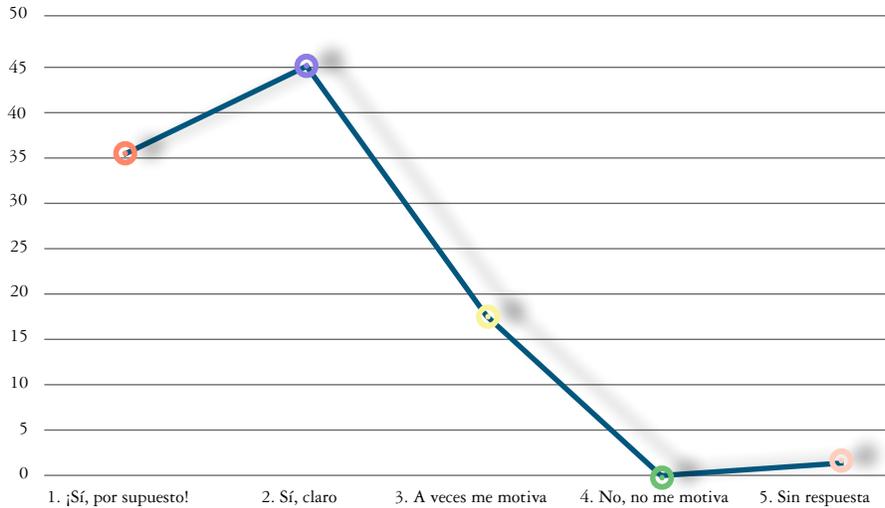
Esta investigación se realizó de marzo a julio del 2022.

Resultados

En cuanto a los datos sociodemográficos, 32.50% del personal de enfermería tiene más de 41 años, 60% de las personas que contestaron son del turno nocturno, 79.80% son del género femenino y 42% son enfermeras generales A, B o C, que están en diversos servicios del hospital.

En relación con las “*condiciones individuales*”, 51% se sienten bien de salud, 31.50% tienen estudios de licenciatura y especialidad de posgrado, 45% están muy motivados por atender y cuidar a sus pacientes, 57% tienen un autoconcepto de seguridad, responsabilidad, compromiso y respeto como profesionales de enfermería (Figura 1).

Figura 1. La motivación del personal de enfermería en un hospital de segundo nivel en la Ciudad de México



Con respecto a las “condiciones intralaborales”, 56% consideran que el ambiente de trabajo es bueno porque se ayudan entre todos, 59% comentan que a veces sí hay carga de trabajo que consume todo su tiempo, 56.50% afirma que la mayoría de la veces cuentan con los recursos e insumos necesarios para trabajar, 65% manifiestan que su trabajo está bien organizado en favor de los pacientes, 62% dicen que sí hay sobrecarga física y mental, 59% tienen un solo trabajo y no podrían atender otro, 36% comentan que sí hay seguridad en el empleo ya que cuenta con un equipo de protección personal, 67% consideran que siempre está limpia su área de trabajo, 44.10% creen que sí tiene señales de cansancio y agotamiento, 48.50% afirman que a veces sí surgen conflictos que tratan de solucionar por el bienestar de todos, y 57.50% dicen que el sueldo que perciben es bueno (Figura 2 y 3).

Figura 2. Carga de trabajo del personal de enfermería en un hospital de segundo nivel en la Ciudad de México

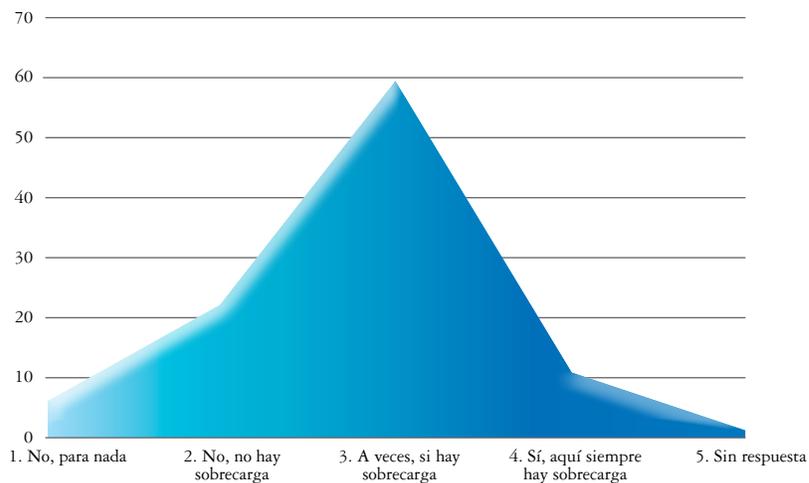
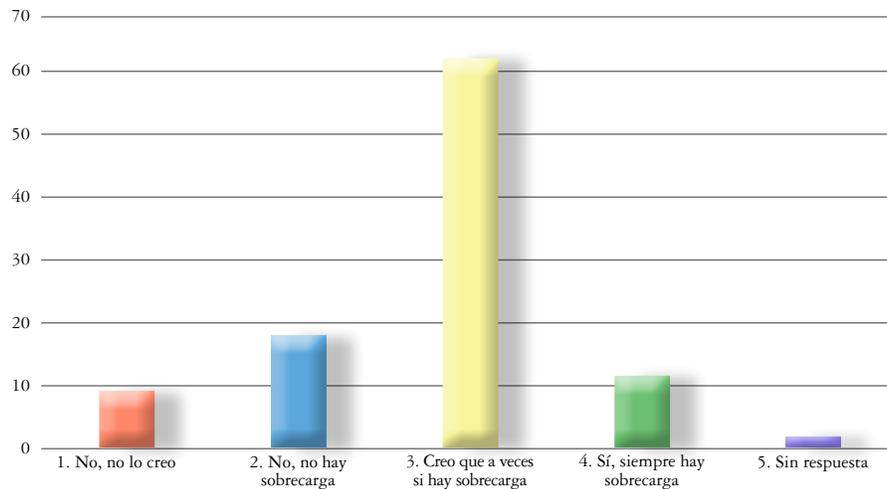


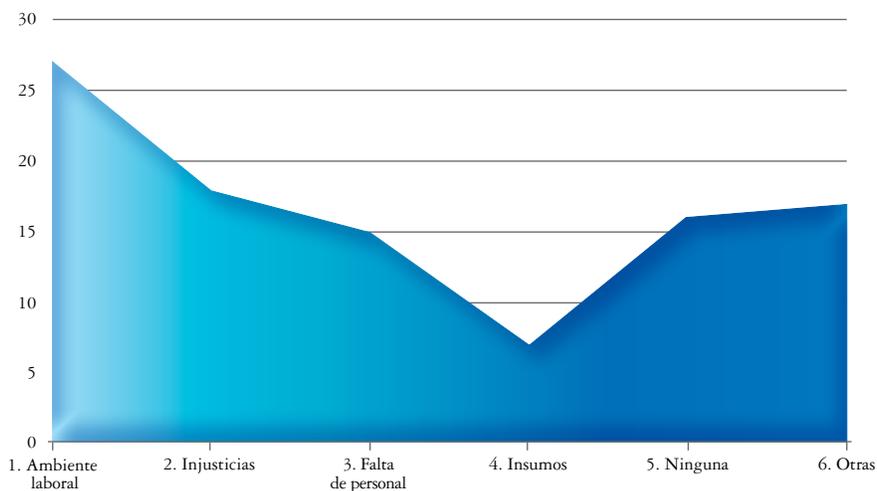
Figura 3. Carga física y mental del personal de enfermería en un hospital de segundo nivel en la Ciudad de México



Asimismo, en torno a las “condiciones extralaborales” 56% de los profesionales de enfermería consideran que tienen una buena calidad de vida, 29.50%, cuentan con casa propia o departamento en donde viven con su familia, 39.50% hace una hora de traslado al hospital y otro 39.50% hace dos horas, y 40% no tienen familiares discapacitados, aunque sí desempleados.

Finalmente, lo que más le disgusta al personal de enfermería de sus condiciones laborales es en un 27% el ambiente laboral, en un 18% las injusticias y en un 15% la falta de personal. Por estos motivos, el personal recomienda en un 31% la comunicación efectiva, en un 14% la contratación de más personal y en un 12% la creación de programas de mejora. (Figura 4).

Figura 4. Lo que más disgusta al personal de enfermería de las condiciones de trabajo en un hospital de segundo nivel en la Ciudad de México



Discusión

De acuerdo con los datos sociodemográficos, 79.50% del personal de enfermería encuestado fueron del género femenino, lo que es similar a la investigación de Campos *et al.*⁹ realizada en Lima, la cual a partir de 112 enfermeras(os) reportó 86% de sexo femenino. De igual forma, 50.50% del personal tienen categoría de enfermeras generales, y 31.50% cuenta con licenciatura y especialidad de posgrado, nivel de calificación profesional que se asemeja al registrado en la investigación de Aspiazu¹⁰ realizada en Buenos Aires, que reporta 70% de los trabajadores de enfermería con un nivel de calificación técnica y profesional.

En relación a las “*condiciones intralaborales*”, 56% del personal de enfermería dice que el ambiente de trabajo es bueno porque se ayudan entre todas(os) para realizar y terminar las tareas, semejante a lo encontrado en la investigación de Orcasita y Ovalle¹¹ en Colombia, pues a partir de 171 profesionales de enfermería reportaron que 94% tiene buen ámbito de trabajo con ventilación e iluminación, el cual no está sometido a cambios bruscos de temperatura y resulta cómodo. Por su parte, en cuanto a la cantidad de trabajo en el hospital, 59% del personal manifestó que a veces sí hay sobrecarga de trabajo que consume todo su tiempo, lo cual parece un común denominador en la labor de enfermería en América Latina, ya que Malvárez y Castrillón¹² observan que una característica del trabajo de las enfermeras en dicha región es la sobrecarga laboral con frecuentes cambios de servicio, afectaciones psicológicas y condiciones precarias de trabajo. Asimismo, 62% del personal encuestado manifestó que también tiene sobrecarga física y mental en el trabajo, además de la sobre exigencia que las enfermeras se imponen a sí mismas. Esto resulta similar a los datos que reportan Mesa y

Romero,¹³ quienes consideran que 80% de los profesionales de enfermería en Colombia tienen un desgaste significativo ocasionado por la carga laboral que afecta su salud física y mental, y en consecuencia su calidad de vida. Por otro lado, 57.50% del personal manifestó que su sueldo es relativamente bueno, aunque a veces tengan que conseguir otro empleo. Este aspecto contrasta con la investigación de Manrique *et al.*¹⁴ realizada en Colombia, donde se encuestaron a 14 profesionales de enfermería y 35% manifestaron insatisfacción laboral a causa de los bajos salarios que reciben.

En cuanto a las “*condiciones extralaborales*”, 56% del personal encuestado afirmó tener una buena calidad de vida, 29.50% cuenta con casa o departamento propio y 39.50% se traslada al hospital en transporte público. Estos datos difieren con los presentados por el Consejo Internacional de Enfermeras (CIE) y señalados por Mahecha y León,¹⁵ que reportan condiciones laborales de mayor exigencia cada día en los servicios clínicos, producto de las políticas financieras del sector salud que repercuten en la calidad de vida de los trabajadores, con mayor impacto en las mujeres por su condición social de cuidadoras.

Conclusiones

Los profesionales de enfermería del hospital de segundo nivel tienen de buenas a excelentes condiciones laborales, debido al buen ambiente y la motivación que sienten por su trabajo, su autoconcepto, la suficiencia de insumos, la organización laboral en los turnos, la limpieza y el orden que ostentan en el cuidado de los pacientes, el sueldo y su buena calidad de vida. Sin embargo, existen aspectos que son necesarios corregir o retroalimentar, como la sobrecarga de trabajo que tiene el personal y el agotamiento

físico y mental que reporta. Esto se puede lograr con diversas estrategias que permitan incrementar al personal de contrato, mejorar la comunicación entre todos y hacer más equitativo el trabajo de cuidar a los pacientes.

También es necesario atender las peticiones y sugerencias del personal de enfermería en cuanto a la dotación del personal, creación de diversos programas de comunicación efectiva, para garantizar así mejores condiciones de trabajo y prevenir la insatisfacción laboral, que repercutirá inevitablemente en la atención a los pacientes y en la salud integral de las enfermeras.

Referencias

1. **Acevedo G, Farias A, Sánchez J, Astegiano C, Fernández A.** Condiciones de trabajo del equipo de salud en centros de atención primaria desde la perspectiva del trabajo decente. *Rev Argent Salud Pública* [Internet]. 2012 [citado 14 de julio de 2022];3(12):15-22. Disponible en: <https://cutt.ly/EwkfTbKu>
2. **Peiró JM, Prieto F.** Tratado de psicología del trabajo. Vol. I: La actividad laboral en su contexto. Madrid: Síntesis, 1996.
3. **Brito P, Galin P, Novick M.** Relaciones laborales, condiciones de trabajo y participación en el sector salud. *Scala Higher Education*. Disponible en: <https://cutt.ly/XwkfTB2q>
4. **Pereyra F., Micha A.** La configuración de las condiciones laborales de la enfermería en el Área Metropolitana de Buenos Aires: un análisis en el cruce del orden de género y la organización del sistema de salud. *Salud Colectiva*. 2016;12(2):221-38. Disponible en: <https://doi.org/10.18294/sc.2016.730>
5. **Saltos Llerena I, Paravic Klijn T, Burgos Moreno M.** Visibilización de condiciones de trabajo del personal de salud en Ecuador en tiempos de pandemia. *Revista Eugenio Espejo*. 2022;16(2):153-61. Disponible en: <https://doi.org/10.37135/ee.04.14.15>
6. **García Ubaque JC, Beltrán Lizarazo AH, Daza López ML.** Autoevaluación de condiciones de trabajo de enfermería en alta complejidad. *Av Enferm*. 2011;29(2):331-41. Disponible en: <https://cutt.ly/wwkfJk8>
7. **Canales Vergara M, Valenzuela Suazo S, Paravic Klijn T.** Condiciones de trabajo de los profesionales de enfermería en Chile. *Enferm univ*. 2016;13(3):178-86. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.reu.2016.05.004>
8. **Granero A, Blanch JM, Ochoa P.** Condiciones laborales y significados del trabajo en enfermería en Barcelona. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2018; núm. 26: [Apróx. 8 pp.]. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2342.2947>
9. **Campos Truyenque G, Nolberto Sifuentes VA, Coras Bendezú DM.** Satisfacción laboral en profesionales de enfermería de un instituto especializado de Perú. *Rev enferm Herediana*. 2018;11(1): 11-7. Disponible en: <https://doi.org/10.20453/renh.v11i1.3520>
10. **Aspiazú E.** Las condiciones laborales de las y los enfermeros en Argentina: entre la profesionalización y la precariedad del cuidado en la salud. *Trab. soc*. 2017; núm. 28: 11-35. Disponible en: <https://cutt.ly/6wkfSJi6>
11. **Orcasita Almarales AP, Ovalle Yaguna L.** Condiciones laborales del personal de enfermería en una clínica de alta complejidad en Valledupar. *Biociencias*. 2019;14(1): 83-99. Disponible en: <https://doi.org/10.18041/2390-0512/biociencias.1.5334>
12. **Malvárez SM, Castrillón Agudelo MC.** Panorama de la fuerza de trabajo en enfermería

- en América Latina. Segunda parte. Rev Enferm IMSS. 2006;14(3):145-65. Disponible en: <https://cutt.ly/iwkvRIJI>
13. **Mesa Melgarejo L, Romero Ballén MN.** Profesionales de enfermería y cuidado en las condiciones laborales actuales. Inv Enf. 2010;12(2):55-92. Disponible en: <https://cutt.ly/bwkvUGfA>
 14. **Manrique Abril FG, Herrera Amaya GM, Méndez Fandiño YR.** Validez y fiabilidad en Colombia del Font Roja. Hacia Promoc. Salud. 2019;24(2):46-59. Disponible en: <https://cutt.ly/UwkvODcJ>
 15. **Mahecha Angulo M, León Espinoza E.** Condiciones salud-trabajo de docentes profesionales de enfermería vinculados a programas de formación para auxiliares de enfermería. Enferm Glob. 2014;13(35): 148-59. Disponible en: <https://doi.org/10.6018/eglobal.13.3.182041>



Caso clínico

Negative pressure system as a thoracic window treatment: a case report

Sistema de presión negativa como tratamiento de la ventana torácica: informe de un caso

Catalina Santana Romero¹  Nicolás Santiago González²  Yadira Martínez López³ 
Nancy Antonio Francisco⁴  Carolina Raquel Tortolero Sánchez⁵  Danna Betzabe González
Olivares⁶  Gabriela Espinosa Jiménez⁷ 

Abstract

Introduction: A clinical case of negative pressure system as a right thoracic window treatment, performed in the wound clinic, is presented. The time and healing process from patient arrival to complete healing is described.

Case: A 24-year-old man, postoperative thoracotomy, was placed on negative pressure therapy at -75mmHg with medium intensity and continuous mode; white sponge was applied to protect the exposed lung and silver sponge, with three changes every seven days. Subsequently, ten sponge changes were performed every four days, identifying a decrease in the dimensions of the thoracic window. In week eleven, the patient started treatment with wet therapy and platelet-rich fibrin, which was placed in the wound bed and applied once a week for a month. From week fifteen onwards, daily healing was performed with silver sulfadiazine application. The patient was discharged at week twenty with the wound 100% epithelialized.

Conclusions: The use of negative pressure therapy accelerates the healing process, reduces complications and tissue bacterial load, due to the silver sponge acting as an antimicrobial barrier.

Keywords: negative pressure wound therapy, wound healing, wound closure techniques, nursing care.

Citación: Santana Romero C, Santiago González N, Martínez López Y, Antonio Francisco N, Tortolero Sánchez CR, González Olivares DB et al. Sistema de presión negativa como tratamiento de la ventana torácica: informe de un caso. Rev Enferm Neurol.2023;22(1): pp. 93-99

Correspondencia: Nicolás Santiago González

Email: nicosantiago21@hotmail.com

¹⁻⁷ Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca

Recibido: 20 enero 2023

Aceptado: 27 abril 2023



Resumen

Introducción: Se presenta un caso clínico de sistema de presión negativa como tratamiento de ventana torácica derecha, realizado en la clínica de heridas. Se describe el tiempo y proceso de cicatrización, desde la llegada del paciente hasta la cicatrización total.

Caso: Hombre de 24 años, postoperado de toracotomía, se le colocó terapia de presión negativa inicial a -75mmHg con intensidad media y modalidad continua; se aplicó esponja blanca para proteger el pulmón expuesto y esponja de plata, con tres cambios cada siete días. Posteriormente, se realizaron diez cambios de esponjas cada cuatro días, identificando disminución de las dimensiones de la ventana torácica. En la semana once inició tratamiento con terapia húmeda y fibrina rica en plaquetas, la cual se colocó en el lecho de la herida, aplicándose una vez por semana durante un mes. A partir de la semana quince se realizó curación diaria con aplicación de sulfadiazina de plata. El paciente fue dado de alta en la semana veinte con la herida 100% epitelizada.

Conclusiones: El uso de la terapia de presión negativa acelera el proceso de curación, reduce las complicaciones y la carga bacteriana del tejido, debido a que la esponja de plata actúa como barrera antimicrobiana.

Palabras clave: terapia de heridas con presión negativa; curación de heridas; técnicas de cierre de heridas; cuidado de enfermería; toracotomía; ventana torácica.

Antecedentes

La ventana torácica es la apertura de la pared del tórax y es utilizada para drenar la acumulación de pus en el espacio que se encuentra entre el pulmón y la superficie interna de la pared torácica, y que también se conoce como empiema pleural o torácico.^{1,2} En la mayoría de los casos es producto de un derrame pleural paraneumónico no resuelto, cuya causa más frecuente es la neumonía.³ Existen dos tipos de toracotomía, abierta y cerrada. La abierta o ventana torácica se utiliza cuando el empiema es crónico y los métodos de tratamiento han fallado, mientras que en la cerrada la pus puede ser drenada a través de un tubo que se inserta hasta la cavidad pleural.⁴

Ante esta situación se considera la terapia de presión negativa (TPN), que se define como la aplicación de presión subatmosférica controlada en

una herida; consiste en un tratamiento avanzado con un sistema no invasivo que funciona de manera activa utilizando una bomba eléctrica, y tiene como finalidad facilitar el proceso de cicatrización.^{5,6} Se compone de una esponja de poliuretano porosa que se conecta a una bomba de vacío y se fija con un apósito adhesivo alrededor de la herida.⁷ Este sistema permite mejorar el flujo sanguíneo sobre la zona de la herida, acelerando la aparición de tejido de granulación, rellenando espacios o aportando un lecho vascular apropiado, al mismo tiempo que se elimina el exudado de la herida, controlando la posibilidad de sobreinfección bacteriana.^{7,8}

El mecanismo de acción se basa en reducir el edema, el exudado, el detritus celular y la inflamación. Controla la carga bacteriana, mejora el flujo sanguíneo y linfático, aumenta la formación de neovascularización y, por

lo tanto, de tejido de granulación, así como también incrementa la acción de los factores de crecimiento, los cuales constituyen sus principales puntos de intervención.^{9,10,11} Debido a esto, la ventana torácica requiere cuidados específicos y especializados de enfermería, que han evolucionado desde el empleo de la miel hasta el uso de alginatos de última generación y el manejo de la TPN, además de los cuidados en el retiro de tejido no vascularizado.^{12,13}

De esta manera, se ofrece tanto al paciente como a la familia información acerca del cuidado de la herida para identificar cualquier anomalía, y el personal de enfermería especialista en heridas se ocupa de todo el manejo del sistema, examina posibles cambios en la piel, dolor, hemorragia, mal olor, infección, fugas en el sistema y evolución de la herida, así como también se encarga de los cambios de esponja, la intensidad de la presión y la sustitución de material de curación.^{14,8} La TPN ha sido utilizada ampliamente en el área de cirugía plástica, cirugía abdominal, ortopedia y cirugía cardiotorácica.¹¹

El presente estudio se realizó para mejorar el proceso de cierre de la ventana torácica, el cual depende de las condiciones clínicas del paciente, complicaciones previas y características de la herida. Por lo anterior, el objetivo de la investigación fue evaluar el efecto de la TPN como tratamiento de la ventana torácica en un paciente posquirúrgico manejado en la clínica de heridas.

Descripción del caso

Se presenta el caso de un paciente postoperado de apendicectomía y laparotomía debido a la formación de colecciones. Después del evento quirúrgico presentó evolución tórpida y derrame pleural masivo derecho, por lo cual se le colocó

una sonda endopleural derecha que se retiró a los dos días a causa de un absceso abdominal con salida de líquido purulento. A continuación, el paciente fue referido a la institución para la realización de toracotomía y reintervención por abscesos abdominales residuales, de lo que resultaron dos heridas. Una semana después de la toracotomía presentó derrame pleural y exudado purulento, por lo que se colocó TPN en ventana torácica, la cual presentó un volumen de 805 cm³ (Figura 1) y exudado moderado seroso. Se colocó esponja blanca para proteger el pulmón expuesto y esponja de plata, con presión inicial a -75 mmHg, intensidad media y modalidad continua.

Figura 1. Ventana torácica



Anamnesis

Paciente masculino de 24 años, originario de Oaxaca, residente del Estado de México, que habita en casa de materiales perdurables y con todos los servicios. Cuenta con escolaridad primaria, ocupación obrera, estado civil en unión libre, religión cristiana, zoonosis negativa y desconoce esquema de vacunación. Además, tiene antecedentes quirúrgicos de apendicetomía y laparotomía exploradora, refiere fractura nasal hace 6 meses con tratamiento conservador, alergias, transfusiones, toxicomanías e infecciones negadas.

Diagnósticos médicos

El paciente se encontró con una serie de complicaciones, como fueron: parénquima pulmonar con consolidación del segmento apicoposterior de probable etiología infecciosa (co-rads 2), derrame pleural izquierdo laminar con atelectasia pasiva y sub-segmentarias ipsilaterales, colección del espacio pleural derecho loculado con reforzamiento de sus paredes y gas en su interior (empiema) y dos lóculos de mayor tamaño, uno anterior y uno posterior, que producen atelectasia pasiva de la totalidad del pulmón, con desplazamiento del mediastino a la izquierda de la línea media y derrame pleural en afecciones clasificadas en otra parte.

Tratamiento y evolución: continuidad de cuidados

A partir de la tercera semana el paciente presentó una cantidad moderada de exudado seroso con tres cambios de esponja cada 7 días; asimismo, se modificaron los parámetros de la presión negativa a -25mmHg por riesgo de sangrado. Se aumentó la presión gradualmente hasta llegar a -75mmHg debido a que la herida no presentó datos de sangrado (Figura 2).

Figura 2. Ventana torácica sin datos de sangrado



En la cuarta semana se observó tejido de granulación en la herida, se retiraron los puntos de sutura y se aumentó la presión negativa a -100mmHg con instilación de antiséptico a base de ácido hipocloroso, colocando 50 ml cada 6 horas. Tres días después se visualizaron cinco lesiones en sitios de sutura de la piel perilesional (Figura 3).

Figura 3. Lesiones en sitios de sutura (piel perilesional)



En la quinta semana se aplicó instilación con 40 ml de solución limpiadora de ácido hipocloroso. De la semana seis en adelante se realizaron diez cambios de esponjas cada 4 días, identificando disminución de las dimensiones de la ventana torácica.

Después de dos meses del uso de la TPN la herida presentó medidas de 1cm de ancho, 1cm de largo, 1cm de profundidad y 5cm de socavamiento. Para el treceavo cambio de esponjas se aplicó presión negativa a -125mmHg,

que supuso la última colocación de TPN (Figura 4).

Figura 4. Última colocación del sistema de presión negativa.



En la semana once se realizó tratamiento con terapia húmeda y la herida presentó dimensiones de 1.5cm de largo, 0.5cm de ancho y 2cm de profundidad. Se optó por aplicar fibrina rica en plaquetas autóloga, por lo que se le extrajo al paciente una muestra sanguínea, se centrifugó y se obtuvo fibrina, que fue colocada en el lecho de la herida, aplicándose una vez por semana durante un mes (Figura 5).

Figura 5. Aplicación de fibrina rica en plaquetas.



A partir de la semana quince se capacitó al paciente para realizar curación diaria con aplicación de sulfadiazina de plata. Para la semana dieciséis la herida presentó dimensiones de 0.5cm de largo, 2.9cm de ancho y 0.5cm de profundidad con tejido granulado (Figura 6). Finalmente, en la semana veinte el paciente fue dado de alta de la clínica de heridas con la herida 100% epitelizada.

Figura 6. Tejido granulado de ventana torácica.



Discusión

El caso tratado con ventana torácica y TPN redujo el tiempo de cierre de la ventana torácica a 65 días en comparación con el estudio de Munguía Canales *et al.*,¹⁵ en el cual se utilizó el sistema de presión negativa por 92 días.

La presión negativa variaba de -25mmHg a -125mmHg, manteniéndose la mayoría de tiempo del tratamiento con una presión continua de -75mmHg por riesgo de sangrado, mientras que Munguía Canales *et al.*¹⁵ describió una presión inicial de succión de -75mmHg durante 2 días y

posteriormente se incrementó a -125mmHg.

La combinación del procedimiento de ventana torácica con sistemas de presión negativa es óptima en el manejo de los pacientes con empiema que no se resuelve mediante otras técnicas. Esto coincide con los estudios de Roe Devia¹⁶ y de Mouës *et al.*,¹⁷ quienes mencionan que existe una mayor reducción en las heridas crónicas tratadas con TPN que con el método convencional, el cual consiste en algunos hospitales en retirar los restos de exudado y limpiar la cavidad con una compresa empapada en suero fisiológico, para introducir así compresas secas sin dejar espacios y colocar apósitos secundarios que se fijan posteriormente.^{4,16,17}

Un aspecto importante fue que el seguimiento ambulatorio en la clínica de heridas permitió un manejo extrahospitalario con resultados satisfactorios, ya que el personal de enfermería especializado en heridas eliminó el tejido no viable y realizó un correcto control de la humedad para lograr el tejido granulado, el cual conllevó a la epitelización sin mostrar datos de infección.

El tiempo de uso del dispositivo fue menor al reportado en otro estudio¹⁵ sobre una mujer de 21 años, quien presentó un empiema izquierdo posneumónico que no remitió con el tratamiento médico convencional, por lo cual se le realizó una ventana torácica abierta y al sexto día se le envió a su domicilio con colocación de sistema cerrado de succión portátil.

Conclusión

La TPN es una técnica que reduce el tiempo de curación en comparación con los métodos convencionales, pues tiene resultados favorables durante el proceso de cicatrización hasta llegar al cierre total mediante el manejo avanzado de heridas, además de que reduce complicaciones como la presencia de sangrado y de proceso

infeccioso, aun cuando existen condiciones variables para cada paciente, de acuerdo con el tamaño, cambio de sistema y la cura húmeda. Asimismo, en este caso se observó la modalidad de instilación de la TPN en la ventana torácica, la cual fue segura y con resultados favorables para el paciente. Por último, es importante resaltar el rol del profesional de enfermería como principal proveedor de cuidados a través de la práctica especializada en clínica de heridas.

Aspectos éticos

En todo momento se respetó la confidencialidad de los datos del paciente, de acuerdo con la Ley Orgánica 3/2018 del 5 de diciembre sobre protección de datos personales y garantía de los derechos. Se solicitó el consentimiento del paciente para la toma de fotografías y su utilización en investigación o docencia.

Referencias

1. Maekawa Ykehara RL, Amez Olivera JM, Castañeda Saldaña E. Ventana torácica en el tratamiento del empiema pleural crónico en el Hospital Nacional Cayetano Heredia, 1990-1998. *Rev Med Hered* [Internet]. 2002 [citado el 10 de junio del 2021]; 13(3):90-8. Disponible en: <https://cutt.ly/8wpEUVC3>
2. Sociedad Argentina de Cirugía Torácica. *Empiema pleural*. Buenos Aires: SACT. 2014. Disponible en: <https://cutt.ly/7wpEICJQ>
3. Abad Cerúlea C, Santana Santana JA, González Chávez AS, Hernández Rodríguez N, Rodríguez Tapanes L, Gutiérrez Hidalgo-Gato D. *Empiema Pleural*. *MediSur* [Internet]. 2005 [citado el

- 2 de octubre de 2021]; 3(5):35-40. Disponible en: <https://cutt.ly/lwpEOF2h>
4. **Llorente Fauro MP, Rubio AF, San Juan Saralegui M, Canet Fajas C, Gabas Ballarín MP, Gallego Llorente D et al.** La toracostomía abierta en atención primaria. Revista Electrónica de PortalesMedicos.com [Internet]. 2020 [citado el 2 de octubre de 2021]; 15(5). Disponible en: <https://cutt.ly/NwpEPQme>
 5. **Arancibia Hernández F.** Manual de enfermedades respiratorias. Santiago de Chile: Mediterráneo; 2020.
 6. **Moreno Valor C.** Grado de eficacia de curas avanzadas mediante terapia de presión negativa (vac) en úlceras por presión con deterioro de la integridad tisular. Trabajo de fin de grado en Enfermería, Universidad de La Laguna; 2019. Disponible en: <https://cutt.ly/5wpEArXe>
 7. **Felemovicus Hermangus J, López Konschot RC.** Uso de la terapia de presión negativa en el tratamiento de heridas complejas. Reporte de 4 casos. An Med (Mex) [Internet]. 2015 [citado el 28 de mayo de 2021]; 60(2):141-47. Disponible en: <https://cutt.ly/qwpEAUnr>
 8. **Abad Cerdán I.** Terapia de presión negativa y enfermería. Revisión bibliográfica narrativa. Trabajo de fin de grado en Enfermería, Universidad de Valladolid; 2019. Disponible en: <https://cutt.ly/0wpESjGH>
 9. **Gruart Armandé P.** Rol autónomo del profesional de enfermería en CAPD. BISIDEN [Internet]. 1996 [citado el 2021 de Mayo 28]; 1996(1):24-6. Disponible en: <https://cutt.ly/pwpEDaIl>
 10. **Zabalegui Yáñez A.** El rol del profesional en enfermería. Aquichan [Internet]. 2003 [citado el 28 de Mayo de 2021]; 3(1):16-20. Disponible en: <https://cutt.ly/wwpEDSTl>
 11. **García Martínez L, Pintueles Álvarez C.** Aportaciones de la terapia de presión negativa en la calidad de vida del paciente y en el uso eficiente de los recursos sanitarios [Internet]. [Lugar desconocido]: Ocronos; 2018 [citado el 28 de mayo de 2021]. Disponible en: <https://cutt.ly/xwpEFe5R>
 12. **Acelity.** Terapia V.A.C. Directrices clínicas. Una fuente de referencia para profesionales de la salud [Internet]. Acelity; 2015 [citado el 2 de octubre de 2021]. Disponible en: <https://cutt.ly/LwpEFRn8>
 13. **Castellanos Ramirez DK, Gonzalez Villordo D, Gracia Bravo LJ.** Manejo de heridas. Cir Gen [Internet]. 2014 [citado el 28 de Mayo 2021]; 3(2):112-20. Disponible en: <https://cutt.ly/uwpEGd5X>
 14. **Rodríguez Álvarez L, López Sánchez E, Barroso Santamaría W.** Terapia de presión negativa en heridas. Cuidados de Enfermería. Revista Electrónica de PortalesMedicos.com [Internet]. 2017 [citado el 23 de enero de 2022]; 12(16). Disponible en: <https://cutt.ly/KwpEGHgC>
 15. **Munguía Canales DA, Vargas Mendoza GK, Álvarez Bestoff G, Calderón Abbo MC.** Manejo del empiema con un sistema cerrado de succión y reconstrucción de ventana torácica en un paciente con cirrosis hepática. Arch Bronconeumol [Internet]. 2013 [citado el 25 de mayo de 2022]; 49(10):447-9. Disponible en: <https://cutt.ly/YwpEKJIF>
 16. **Roa Devia EY.** Presión Negativa como Estrategia de Tratamiento de Heridas Crónicas y Agudas: Revisión de la literatura. Trabajo de fin de grado en Enfermería, Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales; 2017. Disponible en: <https://cutt.ly/bwpEJFwn>
 17. **Mouës CM, van den Bemd GJCM, Heule F, Hovius SER.** Comparing conventional gauze therapy to vacuum-assisted closure wound therapy: A prospective randomised trial. J Plast Reconstr Aesthet Surg. 2007;60(6):672-81. Disponible en: <https://cutt.ly/NwpEMQlp>