



Revista Salud y Cuidado

ISSN:
2954-4459



Volumen 3
Número

1



EQUIPO EDITORIAL

Directora General: Dra. Vianey Méndez Salazar. Universidad Autónoma del Estado de México, Facultad de Enfermería y Obstetricia, México.

Coordinadora editorial: Mtra. Teresa Cañas López. Universidad Autónoma del Estado de México, Facultad de Enfermería y Obstetricia, México.

Consejo editorial

Dra. Bárbara Dimas Altamirano. Universidad Autónoma del Estado de México, Facultad de Enfermería y Obstetricia, México.

Mtra. Liliana Antonia Guadarrama Pérez. Universidad Autónoma del Estado de México, Facultad de Enfermería y Obstetricia, México.

Dra. Isabel Alvarez Solorza. Universidad Autónoma del Estado de México, Facultad de Enfermería y Obstetricia, México.

Dra. Jessica Belen Rojas Espinoza. Universidad Autónoma del Estado de México, Facultad de Enfermería y Obstetricia, México.

Dra. Danelia Gómez Torres. Universidad Autónoma del Estado de México, Facultad de Enfermería y Obstetricia, México.

Dra. Blanca Díaz Bernal. Universidad Autónoma del Estado de México, Facultad de Enfermería y Obstetricia, México.

Dra. Jannet Delfina Salgado Guadarrama. Universidad Autónoma del Estado de México, Facultad de Enfermería y Obstetricia, México.

Dra. María de Lourdes Rico González. Universidad Autónoma del Estado de México, Facultad de Enfermería y Obstetricia, México.

Consejo de redacción

Nacional

Dra. Hortensia Castañeda Hidalgo. Universidad Autónoma de Tamaulipas, Facultad de Enfermería de Tampico, México.

Dra. Nora Hilda González Quirarte. Universidad Autónoma de Tamaulipas, Facultad de Enfermería de Tampico, México.

Dr. José Ángel Luna Rojas. Instituto Politécnico Nacional, Escuela Superior de Enfermería y Obstetricia, México.

Dr. Juan Pineda Olvera. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Estudios Superiores Iztacala, México.

Dra. Juana Beltrán Rosas. Universidad Autónoma de Guerrero, Escuela Superior de Enfermería No.1, México.

Dra. María de los Ángeles Cabañas Rosales. Universidad Autónoma de Guerrero, Escuela Superior de Enfermería No.1 México.

Dra. Gandhi Ponce Gómez. Universidad Nacional Autónoma, Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, México.

Dra. María Gicela Pérez Hernández. Universidad de Colima, Facultad de Enfermería, México.

Dra. María de Lourdes Vargas Santillana. Universidad Autónoma del Estado de México, Centro Universitario UAEMéx-Zumpango, México.

Mtra. Claudia Hernández del Valle. Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco, División de Ciencias Biológicas y de la Salud. México.

Dr. Francisco Javier Arroyo Cruz. Universidad de Guanajuato. México.

Dra. Abigail Fernández Sánchez. Universidad Autónoma del Estado de Morelos.

Dra. Norma Pizarro. Universidad Autónoma de Chihuahua.

Internacional

Dra. Marcela Carrillo Pineda. Universidad de Antioquia, Facultad de Enfermería, Colombia.

Mtra. Kimm Alegría Castañeda Arellanes. Internacional Nursing Network INN- México.

Dra. Lorena Bettancourt Ortega. Universidad de Valparaíso, Escuela de Enfermería, Chile.

Dra. Cibeles González Nahuelquin. Universidad de Valparaíso, Escuela de Enfermería, Chile.

Dra. Denisse Ruth Parra Giordiano. Universidad de Chile, Departamento de Enfermería, Chile.

Dra. Doris Sequeira Daza. Universidad Central, Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud, Chile.

Mg. Jocelyn María Ramón Rojas. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Perú.

Mtra. Elizabeth Gonzales Cárdenas. Universidad Peruana Unión, Perú.

Equipo de traducción en idioma inglés

Dra. Gabriela Cervantes Espinoza. Universidad Autónoma del Estado de México. Facultad de Enfermería y Obstetricia, México.

Mtra. Ana Laura Maldonado Garrido. Universidad Autónoma del Estado de México. Facultad de Enfermería y Obstetricia, México.

Mtra. Gabriela Jacinto Hernández. Universidad Autónoma del Estado de México. Facultad de Enfermería y Obstetricia, México.

Mtra. Diana Jaimes Cortés. Universidad Autónoma del Estado de México. Facultad de Enfermería y Obstetricia, México.

Revista Salud y Cuidado, Vol.3, Núm.1, enero-marzo 2024, es una revista de publicación trimestral editada por la Universidad Autónoma del Estado de México (UAEMéx). Instituto Literario núm. 100 ote., Colonia Centro, Toluca, Estado de México, C.P. 50000; teléfono: 7222773835; página de internet: <http://revistasaludycuidado.uaemex.mx>, correo electrónico: revistac_fe@uaemex.mx. Editora responsable: Mtra. Teresa Cañas López, Facultad de Enfermería y Obstetricia, Paseo Tollocan S/N esquina Jesús Carranza, Col. Moderna de la Cruz, C.P. 50180. Toluca, Estado de México. Teléfono.722 270 6279 y 722 226 2300. Reserva de Derechos al Uso Exclusivo núm. 04-2021-033115440900-102, ISSN: 2954-4459, ambos otorgados por el Instituto Nacional del Derecho de Autor (INDAUTOR). Responsable de la última actualización de este número: Mtra. Teresa Cañas López, Facultad de Enfermería y Obstetricia Universidad Autónoma del Estado de México en Paseo Tollocan S/N esquina Jesús Carranza Col. Moderna de la Cruz, C.P. 50180, Toluca, Estado de México, México. Teléfono.722 270 6279 y 722 226 2300. Fecha de última actualización: 06 de agosto del 2024. Las opiniones expresadas por los autores no necesariamente reflejan la postura del editor de la publicación y actualización. Se autoriza la reproducción total o parcial del contenido aquí publicado sin fines de lucro, siempre que no se modifique y se cite la fuente completa y su dirección electrónica en términos de la licencia aplicable. Esta obra se encuentra protegida por una Licencia de Creative Commons Atribución-NoComercial-SinDerivar 4.0 Internacional (CC BY NC SA 4.0) Hecho en México, Universidad Autónoma del Estado de México (UAEMéx), todos los derechos reservados 2024.

Imágenes

1 Foto de Chris Liverani en Unsplash

2 Foto de Adam Nowakowski en Unsplash

3 Foto de Pawel Czerwinski en Unsplash



Editorial

Investigación cualitativa en el adulto mayor: Retos para enfermería

Qualitative research in the elderly: Challenges for nursing

Investigação qualitativa no adulto velho: Desafio para a enfermagem

Francisco Javier Arroyo Cruz

05

Artículos Originales Resultados de Investigación

Actitudes hacia la sexualidad en la vejez de los adultos mayores de Tlahuelilpan

Attitudes towards sexuality in old age of older adults in Tlahuelilpan

Atitudes para a sexualidade na velhice da população de Tlahuelilpan

Jacqueline Vargas Martínez, Reyna Elizeth Mota Falcon, Esmeralda Rojas Calva,

Ariana Maya Sánchez, Benjamín Nolasco López, Edith Araceli Cano Estrada

08

Manejo del estrés del personal de enfermería de urgencias; un estudio mixto

Stress management of emergency nursing staff; a mixed-method study

Gestão do stress do pessoal de enfermagem das urgências; uma pesquisa mista

Cristal Alejandra Flores Villavicencio, Livia Quiroz Benhumea, Vianey Méndez

Salazar, Bárbara Dimas Altamirano

16

Factores relacionados con la adherencia y no adherencia al tratamiento en adultos mayores polimedicados

Factors related to adherence and non-adherence to treatment in polymedicated elderly adults

Factores relacionados com a adesão e a não adesão ao tratamento em idosos polimedicados

Daniel Felipe Penagos Montoya, Norbey Stiwar Rodríguez Herrera, Laura Medi-

na Vélez, Daniela Largo Patiño, Marjorie Pérez Villa

33

Artículos de Revisión y Relatos de Experiencia

Síndrome cardiorenal: revisión de la literatura

Cardiorenal syndrome: literature review

Síndrome cardiorenal: revisão da literatura

María Isela Vélez Martínez, Guadalupe Vianey Antonio Ledo, Heriberto Reyes

Pérez, Luis Ricardo Vázquez -García

48

Ensayo: Retos en la implementación de la informática en enfermería en México

Essay: Challenges in the implementation of nursing informatics in Mexico

Ensaio: Desafios na implementação da informática na enfermagem no México

Erika Lozada Perezmitre, Miguel Iván Gómez Flores, Guadalupe Vianey Antonio

Ledo, Erick Landeros Olvera, Rosa María Galicia Aguilar, Catherine Valerdi Juarez

59

Investigación cualitativa en el adulto mayor: Retos para enfermería

*Qualitative research in the elderly: Challenges for nursing
Investigação qualitativa no adulto velho: Desafio para a enfermagem*

Francisco Javier Arroyo Cruz¹
<https://orcid.org/0000-0003-2044-1412>

¹ Universidad de Guanajuato; México.

Correo electrónico: fj.arroyocruz@ugto.mx

ISSN: 2954-4459

Actualmente no existe supremacía de un método de investigación. La ciencia poco a poco ha logrado demostrar que debe existir flexibilidad en los enfoques, así como articulación de métodos, técnicas y herramientas entre enfoques. En tal sentido, lo que resulta importante es que la aplicación sea lógica, pertinente y correcta sobre la base del conocimiento científico, para encontrar soluciones de mejor aplicación en la sociedad¹.

La metodología de la investigación cualitativa involucra la necesidad de abordar distintos contextos, para aprehender las posibles perspectivas en el fenómeno que se busca investigar. Para ello no es suficiente el uso de un único método; por el contrario, se requiere la articulación de distintos métodos, cada uno con sus propias herramientas o instrumentos, ventajas y limitaciones², que el investigador selecciona según su objeto o propósito de estudio, por lo que requiere de un amplio conocimiento.

Las distintas opciones metodológicas posibilitan una visión global y holística de un objeto de estudio, ya que cada método ofrece una perspectiva diferente.

La investigación cualitativa es utilizada en las ciencias de la salud, específicamente en la disciplina de Enfermería, que en los últimos tiempos ha optado por el desarrollo de estudios cualitativos, con la finalidad de experimentar la experiencia humana personalizada. Este enfoque puede considerarse una consecuencia del concepto holístico del cuidado sobre el que se respalda la profesión de enfermería³.

Dentro de la disciplina de Enfermería, los estudios cualitativos han permitido tener acceso a la acción y, como lo menciona Strauss, a una acción que es moral y eficaz. La investigación cualitativa en enfermería permite brindar el cuidado de una forma realmente individualizada y basado en las necesidades reales de la persona. Entonces, un estudio cualitativo considerado correc-

to debe aproximar al lector a la experiencia subjetiva, tal como lo hace una buena obra de arte o, en este sentido, una buena narración⁴.

Realizar estudios cualitativos de enfermería en el adulto mayor permitirá al profesional captar de mejor manera las experiencias vividas. Se logra aprehender el mundo del otro, lo que nos convierte sin duda alguna en mejores profesionales al brindar el cuidado a la persona mayor⁵.

En esta carta se pone un tema central sobre la mesa, el abordaje de investigación cualitativa para mejorar los cuidados al adulto mayor. La enfermería requiere de la investigación cualitativa para dar sentido interpretativo a los fenómenos que involucran al adulto mayor; de esa manera se puede conocer la experiencia durante los cuidados en situaciones de salud-enfermedad y favoreciendo así, a través de una descripción e interpretación del fenómeno, realizando un análisis crítico y reflexivo del cuidado de enfermería entregado al adulto mayor.

Referencias

1.Naranjo-Hernández Y, González-Bernal R, Naranjo-Hernández Y, González-Bernal R. Investigación cualitativa, un instrumento para el desarrollo de la ciencia de Enfermería. Revista Archivo Médico de Camagüey. 2021; 25(3).

2.Schenkel E, Pérez MI. Un abordaje teórico de la investigación cualitativa como enfoque metodológico. ACTA GEOGRÁFICA. 2019; 12(30): 227-233.

3.Miranda-Limachi KE, Rodríguez-Núñez Y, Cajachagua-Castro M. Proceso de Atención de Enfermería como instrumento del cuidado, significado para estudiantes de último curso. Enfermería Universitaria. 2019; 16(4).

4.Ceballos Ramos LM, Rodríguez Flores LA, González Corrales SC, Ceballos Ramos LM, Rodríguez Flores LA, González Corrales SC. La metodología de la investigación cualitativa como necesidad en la carrera de licenciatura en enfermería. Mendive. Revista de Educación. 2018; 16(3): 470-483.

5.Duran-Badillo T, Domínguez-Chávez CJ, Hernández-Cortés PL, Félix-Alemán A, Cruz-Quevedo JE, Alonso-Castillo MM. Dejar de ser o hacer: significado de dependencia funcional para el adulto mayor. Acta Universitaria. 2018; 28(3): 40-46.



Actitudes hacia la sexualidad en la vejez de los adultos mayores de Tlahuelilpan

Attitudes towards sexuality in old age of older adults in Tlahuelilpan
Atitudes para a sexualidade na velhice da população de Tlahuelilpan

Jacqueline Vargas Martínez¹
<https://orcid.org/0009-0002-3264>

Edith Araceli Cano estrada¹
<https://orcid.org/0055-1299-2241>

Reyna Elizeth Mota Falcon¹
<https://orcid.org/0007-3154-7708>

¹Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo,
Escuela Superior de Tlahuelilpan.

Esmeralda Rojas Calva¹
<https://orcid.org/009-0006-8084-8176>

¹ Universidad de Guanajuato; México.

Ariana Maya Sánchez¹
<https://orcid.org/0000-0002-6479-4358>

Correo electrónico: fj.arroyocruz@ugto.mx

ISSN: 2954-4459

Benjamín Nolasco López¹
<https://orcid.org/0000-0003-4566-214X>

Autor de correspondencia: Jacqueline Vargas Martínez

Correo electrónico: va439953@uaeh.edu.mx

Recibido: 28 febrero 2024
Aceptado: 27 abril 2024
Publicado: 06 agosto 2024

Resumen

Introducción: Hablar de sexualidad en la vejez provoca discordia e indiferencia entre la sociedad, pues su exteriorización puede influenciarse por ideas y juicios erróneos, así como por los cambios físicos con los que se relaciona; por ello representa un factor que influye positiva o negativamente en la salud.

Objetivo: Conocer actitudes hacia la sexualidad de adultos mayores de Tlahuelilpan.

Metodología: Estudio de tipo cuantitativo, de alcance descriptivo transversal; constituido por una muestra de 230 adultos mayores. Se utilizó el Cuestionario de Actitudes hacia la Sexualidad en la Vejez (CASV), compuesto por 14 preguntas y dividido en tres dimensiones: a) prejuicios, b) derechos y limitaciones, c) mitos. El puntaje mínimo es de 14 puntos y el máximo de 70; a mayor puntuación, más negativa la actitud. Se puntúa como completamente liberal 14-32 puntos, liberal medio 33-51 y conservador

52-7011.

Resultados: Se obtuvo una edad media de 70.6, 57.1% mujeres, 66.8% con pareja, 80.7% hablan español, 80.3% viven con pareja o con hijos. 83.6% se identificó con actitud liberal media, 15.5% conservadora; lo que demostró una estadística considerablemente desigual.

Discusión: A diferencia de la investigación de Moreno-Cumbicus, donde la mayoría de participantes (73.3%) evidenciaron una postura positiva hacia la sexualidad, en el presente estudio se mostró una actitud liberal media en 83.6%.

Conclusiones: Los adultos mayores mostraron conocimientos deficientes y negatividad sobre la sexualidad; lo que da cuenta de la necesidad de intervenir educativamente en dicho grupo etario.

Palabras clave: Adulto mayor, actitudes, sexualidad, vejez.

Abstract

Introduction: Talking about sexuality in old age causes discord and indifference among society as its externalization can be influenced by erroneous ideas and judgments as well as physical changes which it is related to. Therefore it represents a factor that determines health positively or negatively.

Objective: To determine attitudes towards sexuality among older adults in Tlahuelilpan.

Methodology: A quantitative, cross-sectional descriptive study with a sample of 230

older adults. The Questionnaire of Attitudes towards Sexuality in Old Age was used with 14 questions divided into three dimensions: a) prejudices, b) rights and limitations, c) myths. The minimum score is 14 points and the maximum is 70; the higher the score, the more negative the attitude. It is scored as completely liberal 14-32 points, medium liberal 33-51 and conservative 52-7011.

Results: Mean age was 70.6, 57.1% were women, 66.8% with a partner, 80.7% speaks Spanish, 80.3% lives with a partner or with their children. 83.6% was identified with a medium liberal attitude, 15.5% conservative; which showed a considerably unequal statistic.

Discussion: In contrast to the Moreno-Cumbicus research, where most of participants (73.3%) showed a positive stance towards sexuality, the present study showed a medium liberal attitude in 83.6%.

Conclusions: Older adults showed deficient knowledge and negativity about sexuality; therefore it is needed to intervene upbringing this age group. Therefore it is necessary to intervene in an educational way with this group.

Key Words: Older adults, attitudes, sexuality, old age.

Resumo

Introdução: Falar de sexualidade na velhice provoca discordia e indiferença entre a sociedade, pois a sua exteriorização pode influenciar-se pelas ideias e pelos prejuízos errados, também pelas mudanças físicas

com que se relaciona; por conseguinte representa um factor que influencia positivamente ou negativamente a saúde.

Objetivo: Conhecer atitudes para a sexualidade dos adultos velhos de Tlahuelilpan.

Metodologia: Estudo de tipo quantitativo, de alcance descritivo transversal; constituído por uma mostra de 230 adultos. Utilizou-se o Questionário de Atitudes para a Sexualidade na Velhice (QASV), composto por 14 perguntas e dividido em três dimensões: a) prejuízos, b) direitos e limitações, c) mitos. A pontuação mínima é de 14 pontos e o máximo, de 70; quanto maior for a pontuação, a atitude é mais negativa. Pontua-se como completamente liberal 14-32 pontos, liberal médio 33-51 e conservador 52-7011.

Resultados: Obteve-se uma média de idade de 70.6, 57.1% são mulheres, 66.8% com um companheiro, 80.7% falam espanhol, 80.3% vivem com um copanheiro ou com os filhos. 83.6% identificou-se com uma atitude liberal média, 15.5% conservadora; o que demonstrou uma estatística consideravelmente desigual.

Discussão: À diferença da investigação de Moreno-Cumbicus, onde a maioria dos participantes (73.3%) mostraram uma postura positiva com a sexualidade, no presente estudo mostrou-se uma atitude liberal média nos 83.6%.

Conclusões: Os adultos mostraram conhecimentos deficientes e uma negatividade sobre a sexualidade; o que evidencia a necessidade de intervir educativamente no grupo etario mencionado.

Palavras chave: Adulto, atitudes, sexualidade, velhice.

Introducción

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), se considera adulto mayor a todo individuo que tenga o sea mayor de 60 años. En sus reportes pronostica que, en 2030, una de cada seis personas en el mundo tendrá 60 años o más¹.

En México, la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo Nueva Edición (ENOE) de 2022 estimó que había 17 958 707 personas con 60 años o más, lo que representa 14% de la población total del país; de ellos, más de la mitad (56%) tiene entre 60 y 69 años. A medida que aumenta la edad, se acorta el porcentaje: 30% pertenece al rango entre 70 y 79 años; mientras que 14% al de 80 años y más².

Por otra parte, los adultos mayores se enfrentan a un proceso de adaptación a nuevos cambios, tanto funcionales como sociales, entre los que se encuentra la sexualidad: tema poco planteado. La Organización Mundial de la Salud (OMS) la define como un aspecto central del ser humano, presente a lo largo de la vida, que abarca sexo, identidades y roles de género, orientación sexual, erotismo, placer, intimidad y reproducción; expresada en pensamientos, fantasías, deseos y creencias, actitudes, valores, conductas prácticas, papeles y relaciones interpersonales. No obstante, no todas ellas se vivencian o se expresan siempre, pues está influida por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos,

legales, históricos y espirituales³. No se debe olvidar que se va más allá del acto coital⁴.

Cuando se habla sobre sexualidad, se esperan prejuicios y estereotipos; sobre todo al relacionarse con el grupo etario al que referimos. Tales suposiciones erróneas pueden provocar represión, puesto que el adulto mayor puede sentirse señalado; lo cual, en congruencia con otros estudios, repercute en su calidad de vida^{5,6,7}.

La presente investigación está basada en el supuesto científico de la teórica Sor Callista Roy, para quien “el pensamiento y el sentimiento median en la acción humana”⁸. Por ello ha sido necesario estudiar las actitudes de los adultos mayores sobre la sexualidad, ya que sus pensamientos, actitudes y sentimientos sobre ella podrían considerarse conservadores; sobre todo si se suman la percepción social, así como los cambios fisiológicos y psicosociales propios del envejecimiento, puesto tienden a desfavorecer la expresión íntegra de la sexualidad. No obstante, los resultados del estudio que presentamos arrojaron lo contrario, ya que las actitudes hacia la sexualidad fueron en mayor parte liberales.

Debido a esto la participación de los profesionales de la salud se torna fundamental para informar y educar sobre aspectos que engloban dicho tema. Por lo anterior, el objetivo ha sido identificar las actitudes hacia la sexualidad de los adultos mayores de Tlahuelilpan.

Metodología

Investigación de tipo no experimental, cuantitativa; de alcance descriptivo trans-

versal⁹.

El muestreo fue no probabilístico por conveniencia¹⁰, realizado durante diciembre 2022 y enero 2023. Se utilizó la fórmula para poblaciones finitas, con un universo de 2 160. Se obtuvo una muestra final de 238 adultos mayores entre 60 y 93 años de edad, de ambos sexos, que aceptaron participar (previa firma de consentimiento informado).

Dentro de los criterios de inclusión se consideraron a los adultos mayores de 60 años o más.

Se usó como técnica la entrevista. Los participantes fueron informados sobre el objetivo de la investigación y la temática de las preguntas.

Se utilizó una cédula de datos sociodemográficos que contiene información asociada con edad, estado civil, escolaridad, ocupación, si es hablante indígena y con quien vive.

Para el análisis de resultados se creó una base de datos, utilizando el programa Statistical Product and Service Solutions (SPSS versión 25).

Para medir la variable *sexualidad* se empleó el Cuestionario de Actitudes hacia la Sexualidad en la Vejez (CASV), con un α -Cronbach de 0,718, validado en población mexicana; conformada por 14 ítems en escala de tipo Likert, que evalúan de 1 (completamente falso) a 5 (completamente verdadero) y está dividido en tres dominios: prejuicios (siete ítems: 1, 2, 3, 4, 8, 12 y 14); derechos y limitaciones (cuatro ítems: 5, 9, 10 y 11) y mitos (tres ítems: 6, 7 y 13). La mínima puntuación

es de 14 puntos y la máxima de 70; a mayor puntuación, será más negativa la actitud. Se puntúa como *completamente liberal* 14-32 puntos, *liberal medio* 33-51 y *conservador* 52-7011.

El presente estudio se apegó en todo momento en la Ley General de Salud y la Declaración de Helsinki, con el objetivo de proteger la integridad, dignidad y confidencialidad de la información de los participantes^{12,13}.

Resultados

La muestra se constituyó de 238 adultos mayores, con una edad media de 70.6; de los cuales 57.1% es mujer, 66.8% tiene pareja, 80.7% habla español, 27% concluyó la primaria, 45.8% es desempleado, 9.2% es pensionado y 80.3% vive con su pareja o hijos.

Se identificó que la mayoría de los participantes (83.6%) mostró una actitud liberal media en relación con la sexualidad (ver tabla No. 1).

Los resultados demostraron que 39.6% de los adultos mayores piensa que es falso que la andropausia marque el inicio de la vejez; del mismo modo, 42.9% indicó que la menopausia no marca el fin de la vida sexual de la mujer. Cabe mencionar que 42% afirma que es completamente falso que los adultos mayores que demuestran amor se vean ridículos; mientras que 45% se presentó en la afirmación que plantea que los adultos mayores no tienen deseos y mucho menos actividad sexual. Asimismo, 46.2% consideró que es falso que la belleza y la sexualidad sean exclusivas de los jóvenes. Los adultos mayores afirman como verdadero el derecho al amor y a la vida sexual.

Discusión

El presente estudio permite identificar las actitudes hacia la sexualidad en adultos mayores de la comunidad de Tlahuelilpan, mediante la aplicación del Cuestionario de Actitudes hacia la Sexualidad en la Vejez.

Tabla No. 1

Frecuencia y porcentaje de las actitudes hacia la sexualidad.

Variable	F	%
Conservador	37	15.5
Liberal medio	199	83.6
Completamente liberal	2	0.8
Total	238	100

Fuente: Cuestionario de Actitudes hacia la Sexualidad en la Vejez (CASV).

Los resultados indican que los participantes mostraron en mayor medida una actitud liberal media hacia su sexualidad, a diferencia de lo encontrado por Hernández-Herrera et al. en su estudio nombrado “Evaluación de las actitudes hacia la sexualidad del adulto mayor en una comunidad rural”, donde reportaron que más de la mitad (56.6%) de los adultos mayores presentaron actitudes negativas¹⁴. Por el contrario, Moreno-Cumbicus, en su investigación titulada “Autoestima y actitud hacia la sexualidad en los adultos mayores de la parroquia San Antonio de las Aradas periodo 2022-2023”, encontró una actitud positiva (73.3%) hacia la sexualidad en la mayoría de sus participantes¹⁵. Lo que podría deberse al periodo y lugar donde se realizó el estudio.

Por otra parte, se identificó que 45% de los adultos mayores considera falsa la idea sobre que ya no tienen derecho al amor y a la vida sexual activa. Lo que coincide con Sánchez-Castillo en su estudio titulado “Actitud hacia la sexualidad en adultos mayores desde la percepción de adultos jóvenes y mayores”, donde refiere que 58.8% de los adultos mayores afirmó tener derecho al amor y a la vida sexual; con el mismo porcentaje reporta que los adultos mayores consideran completamente falso que estos piensen que se ven ridículos cuando demuestran su amor¹⁶; mientras que en el presente estudio se mostró con 42%.

En la investigación propuesta se ha observado que en su mayoría (46.2%) los participantes creen que es falso que la belleza y la sexualidad sean exclusivas de los jóvenes, lo que concuerda con Cerón Miramán et al. en “Creencias y actitudes de la sexualidad de personas mayores”, donde reportan que 61.43% llega a la misma afirmación. Pese a

que los porcentajes varían, se puede deducir como declaración de disconformidad frente a señalamientos y conceptualizaciones de la sociedad¹⁷.

Consideraciones finales

Con base en el análisis realizado se concluye que los adultos mayores de la comunidad de Tlahuelilpan muestran desconocimiento y timidez referente a temas y conceptos específicos de la sexualidad.

La presente investigación fortalece el supuesto de Callista Roy, quien menciona que “el pensamiento y el sentimiento median en la acción humana”: las palabras y acciones que a diario realizan los adultos mayores revelan sus pensamientos y emociones; a partir de ello dependerá la actitud que tomen ante la sexualidad. Dicha actitud se establecerá en razón a lo que el adulto mayor siente hacia la manifestación de esta, cómo se autopercibe y la información que tiene sobre esta, la cual puede o no ser favorable.

Por ello, pese a que la investigación refirió un resultado medianamente positivo, es evidente la necesidad de intervenciones educativas que impacten de forma positiva en el grupo etario seleccionado y, de esta manera, puedan verse a sí mismos y a sus iguales como seres que tienen el derecho del disfrute de su sexualidad y a conocer todo lo que abarca tanto en el ámbito emocional como en el físico, para que puedan prepararse para vivir esta etapa con dignidad y libertad.

Los resultados obtenidos proporcionan información que puede contribuir a la elaboración de programas de educación en

el primer nivel, en los que el profesional de la salud transmita los conocimientos necesarios a los adultos mayores y les permita ampliarlos, así como desmentir ideologías erróneas, a fin de lograr un nivel de actitud completamente liberal y una ideología libre que evite su represión y limitación.

Por otro lado, esta investigación puede servir de base para realizar otros estudios que permitan conocer diversos factores que influyan en la actitud que presentan los adultos mayores hacia la sexualidad como, por ejemplo, nivel académico, lugar de residencia, edad, creencias, estado civil, entre otros.

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud. Envejecimiento y salud. 2022. OMS. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
2. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. Estadísticas A Propósito Del Día Internacional De Las Personas Adultas Mayores. 2022. INEGI. Disponible en: https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2022/EAP_ADULMAY2022.pdf
3. Organización Mundial de la Salud. Salud Sexual. Disponible en: https://www.who.int/es/health-topics/sexual-health#tab=tab_2
4. Ramos A.M, Thomson D.Y, Mazzucchelli N. Envejecimiento, Género Y Sexualidad: Aproximación A Los Significados Sobre La Sexualidad De Mujeres Mayores En La Comuna De Valparaíso. Rev Pensamiento y Acción Interdisciplinaria. [Internet] 2018; 4(2): 8-23. Disponible en: <http://doi.org/10.29035/pai.4.2.8>
5. Pereira C.S, Peixoto V, Paiva de Oliveira G, Almeida J, Paredes M.A.S. La Sexualidad En La Vejez: Vivencias De Profesionales De La Salud Y De Ancianos. Cogitare Enferm. [Internet]. 2022; 27. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/cenf/a/TL4TCNQ7bpVGhY4gP-K4qCkF/?format=pdf&lang=es>
6. Torres S, Rodríguez B. Percepciones de la sexualidad en personas mayores: una revisión sistemática de estudios cualitativos. Rev. Esp. Salud Publica.[Internet] 2019; 93. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272019000100105
7. Tamborindéguy A. Sexualidad en la Vejez: “de abuelos asexualizados a viejos erotizados”. [Tesis de Licenciatura en Trabajo Social]. Universidad de la República; 2019. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12008/24155>
8. Raile M, Marriner A. Modelos y teorías de enfermería. 9ª ed. España. Elsevier; 2018.
9. Guevara G.P, Verdesoto A.E, Castro N.E. Metodologías de investigación educativa (descriptivas, experimentales, participativas, y de investigación-acción). Rev Recimundo. [Internet]. 2020; 4(3). 163-173. Disponible en: [10.26820/recimundo/4.\(3\).julio.2020.163-173](https://doi.org/10.26820/recimundo/4.(3).julio.2020.163-173)

10. Hernández O. Aproximación a los distintos tipos de muestreo no probabilístico que existen. *Rev Cubana Med Gen Integr.* [Internet]. 2021; 37(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252021000300002
11. Melguizo E, Álvarez Y, Cabarcas M.V, Calvo R.S, Flórez J, Moadie O.P, et al. Validez y confiabilidad del cuestionario de actitudes hacia la sexualidad en la vejez en adultos mayores en Cartagena, Colombia. *Rev Colomb Psiquiatr.* [Internet]. 2015; 44(2). Disponible en: <https://www.elsevier.es/en-revista-revista-colombiana-psiquiatria-379-articulo-validez-confiabilidad-del-cuestionario-actitudes-S003474501500030X>
12. Secretaría General. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. Diario Oficial de la Federación. 2014. Disponible en: https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MIS.pdf
13. Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki de la AMM- Principios Éticos para las Investigaciones Médicas en Seres Humanos. AMM. 2017. Disponible en: <https://www.wma.net/es/policies-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>
14. Hernández S, Durán A.A, López B. Cano A. Evaluación de las actitudes hacia la sexualidad del adulto mayor en una comunidad rural. *Rev Haban Cienc Méd.* [Internet]. 2022; 21(6): 1-8. Disponible en; <https://revhaba-nera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/4541/3252>
15. Moreno J.K. Autoestima y actitud hacia la sexualidad en los adultos mayores de la parroquia San Antonio de las Aradas periodo 2022-2023. [Tesis de Integración Curricular en Psicología]. Loja-Ecuador. Universidad Nacional de Loja. 2023. Disponible en: https://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/26757/1/JessicaKaterine_MorenoCumbicus.pdf
16. Sánchez M.L, Sepúlveda M, Hernández I.S, Cruz M.C, Catalán C.A. Actitud hacia la sexualidad en adultos mayores desde la percepción de adultos jóvenes y mayores. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc.* [Internet]. 2022; 31(1). 3-8. Disponible en: http://revistaenfermeria.imss.gob.mx/editorial/index.php/revista_enfermeria/article/download/1294/1203
17. Cerón M.C, Gómez A.F, López J. D, y Yarce E. Terapia Ocupacional en personas mayores. Prácticas investigativas estudiantiles mayores. En: Yarce E. Creencias y actitudes de la sexualidad de personas. UNIMAR; 2022. p. 36-62. Disponible en: <https://doi.org/10.31948/editorialunimar.167.c180>



Manejo del estrés del personal de enfermería de urgencias; un estudio mixto

Stress management of emergency nursing staff; a mixed-method study
Gestão do stress do pessoal de enfermagem das urgências; uma pesquisa mista

Cristal Alejandra Flores Villavicencio¹
<https://orcid.org/0009-0007-0034-1664>

Livia Quiroz Benhumea¹
<http://orcid.org/0000-0001-7763-1167>

Vianey Méndez Salazar¹
<http://orcid.org/0000-0002-0105-5404>

Bárbara Dimas Altamirano¹
<https://orcid.org/0000-0003-1645-7091>

¹Facultad de Enfermería y Obstetricia,
Universidad Autónoma del Estado de México,
Estado de México, México.

Autor de correspondencia: Cristal Alejandra Flores Villavicencio

Correo electrónico: cristal924@hotmail.com

Recibido: 29 febrero 2024
Aceptado: 27 abril 2024
Publicado: 06 agosto 2024

Resumen

Introducción: El estrés es un tópico de importancia en el área de la salud laboral. Se le ha descrito en diversas investigaciones e identificado niveles, factores estresantes, secuelas emocionales, fisiológicas y sociales. Resulta importante estudiar y analizar la relación del personal de enfermería de urgencias con el estrés, puesto que no se ha considerado de manera aislada en otros estudios.

Objetivo: Conocer cómo vive el estrés el personal de enfermería de urgencias, los mecanismos de afrontamiento, los factores causales frecuentes, las secuelas en dife-

rentes ámbitos y el aprendizaje a lo largo de su vida profesional para sobrellevarlo.

Metodología: Esta investigación tiene un enfoque mixto, se obtuvo el consentimiento de una institución de asistencia privada en el Estado de México; con lo cual se alcanzó una muestra de 81 participantes, mediante tres instrumentos cuantitativos y el desarrollo de un guion de entrevista. Se generó un programa piloto para desarrollar intervenciones específicas con el personal de enfermería, para promover un mejor manejo del estrés, así como sus efectos en ámbitos personal, familiar, laboral y social.

Resultados: Se reconoció que predominaba un nivel de estrés medio en el personal, que la principal causa de este fue ver a un paciente sufrir y que el afrontamiento dirigido al problema predominó en la muestra estudiada.

Discusión y conclusiones: Es importante que en las instituciones se realicen diagnósticos sobre los niveles de estrés, estrategias de afrontamiento y adaptación para crear programas que ayuden a prevenir repercusiones a corto y largo plazo; así como fortalecer las estrategias que puedan beneficiar al personal, dar seguimiento, crear redes de apoyo y fomentar la importancia de la salud mental.

Palabras clave: Personal de enfermería, estrés laboral, enfermería de urgencia, estrategias de afrontamiento.

Abstract

Introduction: Stress is a significant topic in occupational health area. It has been described in several research studies, identifying levels, stressors, emotional, physiological and social consequences. It is important to study and analyze the relationship of emergency nurses staff with stress, as it has not been studied in isolation in previous research.

Objective: To understand how emergency nursing staff experience stress, their coping mechanisms, common causal factors, consequences across various domains, and lifelong learning to manage it.

Methodology: This research utilized a mixed-method approach with the con-

sent of a private healthcare institution in the State of Mexico. The study involved 81 participants, using three quantitative instruments and a structured interview guide. A pilot program was implemented to develop specific interventions aimed at promoting better stress management among nursing staff and addressing its effects on personal, familial, occupational, and social aspects.

Results: The study identified a predominance of moderate stress levels among the nursing staff, with witnessing patient suffering being a primary stressor. Problem-focused coping strategies were prevalent in the sample.

Discussion and conclusions: It is crucial for institutions to assess stress levels, coping strategies, and adaptation techniques to develop programs that prevent short- and long-term consequences. Strengthening support networks, promoting the importance of mental health, and monitoring staff welfare are essential.

Keywords: Nursing staff, occupational stress, emergency nursing, coping strategies

Resumo

Introdução: O stress é um tópico de importância para a área da saúde no trabalho. Em distintas investigações tem-se descrito e identificado: os níveis, os fatores stressantes, as sequelas emocionais, fisiológicas e sociais. É importante estudar e analisar a relação entre o pessoal da enfermagem das urgências com o stress, posto que não se considera de forma isolada noutros estudos.

Objetivo: Conhecer como o pessoal de enfermagem das urgências convive com o stress, os mecanismos para enfrentar, os factores causais frequentes, as sequelas nos diferentes âmbitos e a aprendizagem ao longo da vida profissional para aguentar.

Metodologia: Esta investigação tem um foco misto. Obteve-se o consentimento de uma instituição de assistência privada do Estado de México; com a qual se obteve uma amostra de 81 participantes, mediante três instrumentos quantitativos e o desenvolvimento de um guião de entrevista. Construiu-se um programa piloto para desenvolver intervenções específicas com o pessoal de enfermagem, para promover uma gestão melhor do stress, bem como os efeitos nos âmbitos pessoais, familiares, no trabalho e social.

Resultados: Reconhece-se que predominava um nível de stress médio no pessoal, que a principal causa foi ver a um paciente sofrer e que o enfretamento dirigido ao problema predominou na mostra estudada.

Discussão e conclusões: É importante que se realizem diagnósticos sobre os níveis de stress nas instituições, estratégias de enfrentamento e a adaptação para criar programas que ajudem a prevenir repercussões a curto e longo prazo; bem como fortalecer as estratégias que possam beneficiar o pessoal, dar o seguimento, criar as redes de apoio e fomentar a importância da saúde mental.

Palavras-chave: Pessoal de enfermagem, stress no trabalho, enfermagem da urgência, estratégias de enfrentamento.

Introducción

El término estrés ha sido abordado desde 1932. Los primeros en elaborar una teoría que lo explicara fueron Lazarus y Folkman en 1984. Desde 1966 Lazarus sugirió que el estrés fuese tratado como un concepto organizador, para entender un amplio grupo de fenómenos de gran importancia a la adaptación humana y animal; por tanto, no lo considera como una variable, sino como una rúbrica de distintas variables y procesos¹⁷.

El estrés se ha tomado como un factor de importancia en el área de la salud laboral, en donde se han descrito diversas investigaciones e identificado niveles, factores estresantes, secuelas emocionales, fisiológicas y sociales. Representa una de las situaciones laborales con mayor incidencia en México y en el mundo, en parte debido a las condiciones del clima laboral, la baja remuneración, la falta de estabilidad en el puesto y la sobreexplotación de los trabajadores por parte de los patrones²⁷. El área de la salud no se ve exenta de esta situación, ya que diversos estudios realizados en el personal médico y de enfermería de diferentes áreas demuestran que al ejercer profesiones en contacto directo con seres humanos o situaciones críticas, como la muerte, el dolor y el sufrimiento, existe una mayor vulnerabilidad.

Tanto la Organización Internacional del Trabajo (OIT) y la OMS (Organización Mundial de la Salud), desde 1984 abordaron la identificación y control de los factores psicosociales nocivos en el trabajo, desde ahí la tendencia fue tomar en cuenta los factores psicosociales inherentes al entorno laboral, como un factor de riesgo y cómo éstos

inflúan en el bienestar físico y mental del trabajador. Los riesgos psicosociales más ampliamente reconocidos y sobre los que se mantiene un relativo consenso son el estrés, violencia en el trabajo, acoso laboral, acoso sexual, inseguridad laboral y Burnout o desgaste profesional¹.

El estrés en el personal de Enfermería ha sido estudiado en las áreas de quirófano, cuidados críticos, psiquiatría y pediatría, por mencionar algunas. El de urgencias se ha analizado en conjunto con otras secciones hospitalarias. Los resultados arrojados evidencian el alto nivel de estrés con el que cotidianamente vive el personal de enfermería; entre los estresores más frecuentes se menciona la falta de material y equipo, la comunicación no efectiva con el personal médico, la falta de recursos humanos, la realización de tareas no propias de enfermería y el ejercicio de procedimientos que pueden resultar dolorosos en pacientes, entre otros¹³.

En la presente investigación se retomó esta temática debido a su prevalencia e incidencia, que ha ido en aumento al pasar de los años. Asimismo, se eligió al personal del área de urgencias para formar parte de la muestra, debido a las características singulares con las que se desenvuelve, así como a una institución de asistencia privada en el Estado de México, reconocida por su labor enfocada en la atención de emergencias médicas, traumatológicas e intervención en desastres.

El objetivo general se centró en conocer cómo maneja el estrés el personal de enfermería de urgencias en una Institución de Asistencia Privada en el Estado de México. Los objetivos específicos fueron describir

los datos sociodemográficos del personal participante, identificar los niveles de estrés, determinar los factores causantes de estrés, estrategias de afrontamiento; así como su repercusión social, psicológica y fisiológica, interpretar cómo vive, afronta y resiente el estrés y, por último, diseñar un programa educativo y de sensibilización para el manejo del estrés. Cabe mencionar que esta investigación se desarrolló con el consentimiento bajo información de cada participante y representó un riesgo mínimo para los mismos.

Metodología

La línea de generación y aplicación del conocimiento en la que se sustentó la presente investigación es Cultura y Educación en Salud; el estudio tuvo una duración de dos años. Se realizó con un enfoque mixto, definido como un proceso que recolecta, analiza y vincula datos cuantitativos y cualitativos en un mismo estudio o una serie de investigaciones para responder a un planteamiento del problema¹⁶. Algunas de las ventajas que ofrece la metodología mixta son proveer inferencias más fuertes, así como dar oportunidad a los investigadores de enriquecer la variedad de datos divergentes o complementarios, para permitir un análisis más robusto, según lo menciona Venkatesh y colaboradores³⁰.

Se definió como un estudio concurrente, descriptivo, exploratorio, fenomenológico, interpretativo y transversal; puesto que el abordaje mixto se mantuvo durante toda la investigación, sin separar la metodología cuantitativa de la cualitativa, en donde se pretendió describir y analizar el fenómeno desde la perspectiva de los actores sociales³⁰.

En sus investigaciones, Lazarus y Folkman utilizaron la fenomenología y el estudio observacional, ya que consideraban que el análisis del estrés, así como sus mecanismos de afrontamiento deberían evaluarse de manera profunda en cada actor social.

Se hizo una revisión y búsqueda en diferentes fuentes de información de agosto a noviembre de 2018 (bibliográficas, hemerográficas y mesográficas), de entre las que destacan Scielo, Redalyc y Google académico, como bases de datos; asimismo, revistas como *Latinoamericana de Enfermagem*, *Enfermería global*, *Ciencia y Enfermería*, *Salud de los trabajadores*, *Psicencia* y *Tesis Psicológica*, en donde se buscaron artículos científicos, ensayos o estudios publicados entre 2009 y 2018. Las palabras clave para la búsqueda fueron estrés, enfermería y urgencias. Se eligieron 18 artículos referentes a investigaciones en el personal médico y de enfermería sobre estrés y sus repercusiones; se consultaron siete libros que abarcaron las teorías del estrés, el cuidado y la enfermería de manera general; entre algunos otros referentes sobre diseños metodológicos.

El universo fue el personal de enfermería que labora en urgencias en una Institución de Asistencia Privada en el Estado de México; es decir, 102 profesionales de enfermería, según lo indicó el censo de la Coordinación Estatal de Enfermería de enero de 2019. Cabe mencionar que se presentó el protocolo de investigación y se autorizó el desarrollo del proyecto en noviembre de 2018. Se calculó la muestra, utilizando la fórmula para poblaciones finitas¹⁶, con un margen de error de 5% y un nivel de confianza de 95%. La muestra fue de 81 recursos de enfermería que cumplieron con los criterios de inclusión, exclusión y eliminación;

a su vez que se eligió a los participantes a conveniencia del investigador.

Los criterios de inclusión fueron que el personal laborará en el servicio de urgencias, contara con una formación mínima como auxiliar en Enfermería, aceptara participar en el estudio de manera voluntaria y firmara la carta de consentimiento informado.

Los criterios de exclusión fueron para el personal que se encontrará en servicio social o prácticas de Enfermería y quienes no estuvieron presentes en el momento de la aplicación del instrumento. Finalmente, los criterios de eliminación fueron atribuibles al personal de que no quiso participar en el estudio.

Los instrumentos para la recolección de datos cuantitativos en el diagnóstico fueron la ficha de datos sociodemográficos, la escala de estrés en enfermería (NSS) y el inventario de estrategias de afrontamiento al estrés (CSI).

La ficha de datos sociodemográficos incluyó sexo, edad, nivel de estudios, antigüedad en la institución, estado civil, si tiene hijos y cuántos, número de empleos, horas de jornada laboral en la institución y tiempo de traslado al centro de trabajo.

La Escala de estrés en enfermería (NSS) de Gray-Toft y James G. Anderson de 1981, que mide la frecuencia con la que ciertas situaciones son percibidas como estresantes por el personal de enfermería hospitalario, identifica estímulos focales, contextuales y residuales. Consta de 34 ítems que describen distintas situaciones potencialmente causantes de estrés en el trabajo desempeñado por el colectivo de enfermería a nivel

hospitalario²⁰.

La escala tiene unos valores del coeficiente test-retest de 0.81 y de consistencia interna de la escala de 0.79 Spearman-Brown, 0.79

Guttman, 0.89 coeficiente Alpha Cronbach, 0.89 alfaitem tipificados¹⁸. Para la interpretación de los resultados se utilizarán los siguientes rangos y categorías (Cuadro No. 1):

Cuadro No. 1

Categorización de los niveles de estrés de la NSS

Bajo	Medio	Alto	Muy alto
0-25 puntos	26-51 puntos	puntos	77-102 puntos

Fuente: elaboración propia, 2019.

El Inventario de Estrategias de Afrontamiento en su adaptación española o CSI (Coping Strategies Inventory), por sus siglas en inglés, tiene 40 ítems que se estructuran jerárquicamente y se componen de ocho estrategias, cuyo grado de utilización es medido. Estas son diferenciadas entre las activas o dirigidas a la acción, que incluyen la resolución de problemas, reestructuración cognitiva, expresión de emociones y apoyo social, y las pasivas o no dirigidas a la acción, que se integran por la evitación de problemas, pensamientos ansiosos, auto-crítica y retirada social³. El inventario cuenta con una consistencia interna (alpha de Cronbach) que va desde valores de 0,63 (en la escala de evitación de problemas) a 0,89 (en la escala de autocrítica). Las respuestas se presentan a través de 40 ítems, mediante una escala tipo likert de cinco niveles 0 = En absoluto; 1 = Un poco; 2 = Bastante; 3 = Mucho; 4 = Totalmente. Al final de la escala se contesta un ítem adicional acerca de la autoeficacia percibida sobre el afrontamiento: "Me consideré capaz de afrontar la situación"²⁶. Cabe mencionar que estos instrumentos fueron autoadministrados.

Posteriormente, para el abordaje cualitativo del diagnóstico se desarrollaron entrevistas semiestructuradas a profundidad, dirigidas a encontrar temas sobre experiencias cotidianas y excepcionales¹⁶; que complementarán los datos obtenidos en los cuestionarios previos y que enriquecieron la investigación. Se eligió a 10 actores sociales a conveniencia del investigador, pues el tipo de estudio fue de casos en profundidad a saturación de datos, donde se respetó la libre participación de los sujetos de estudio¹⁶. Aunado a ello, también se utilizó una bitácora de campo como apoyo para la recolección de datos subjetivos, como expresiones faciales, emociones percibidas y actitudes. Para tal efecto, se procedió a concertar citas de manera individual con cada uno de los participantes; dependiendo de su disponibilidad, la entrevista se efectuó en un ambiente tranquilo, que les permitió responder las preguntas. Dichas entrevistas se recopilaron de forma digital con un dispositivo móvil, con lo que se aseguró su resguardo.

La entrevista semiestructurada se elaboró a partir de un guion de entrevista en donde se retomó la teoría de Lazarus y Folkman de 1991, sobre el estrés, quienes definen cinco variables para explicarla: estrés, evaluación, afrontamiento, antecedentes de estrés y afrontamiento del sujeto, del entorno, así como consecuencias adaptativas a corto y largo plazo. Se refieren tres niveles de análisis: social, psicológico y fisiológico. En cada nivel se asignan y describen los antecedentes causales, procesos mediadores, efectos inmediatos y efectos a largo plazo del estrés, que obtuvieron a través de una investigación procesal de carácter transaccional.

Esta investigación se desarrolló de acuerdo con lo indicado en el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud, en el título segundo de los aspectos éticos de la investigación en seres humanos, publicado el 7 de febrero de 1984 en el Diario Oficial de la Federación y reformado en abril del 2014. Destacan los artículos correspondientes al Capítulo I:

Art. 13.- 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.

Art. 14.- La Investigación que se realice en seres humanos deberá desarrollarse conforme a las siguientes bases:

V. Contará con el consentimiento informado y por escrito del sujeto de investigación o su representante legal.

VIII. Se llevará a cabo cuando se tenga la autorización del titular de la institución

de atención a la salud.

Art. 16.- En las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándolo sólo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice.

Art. 17.- Se considera como riesgo de la investigación a la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio, para esta investigación se considera un riesgo mínimo.

El resguardo de datos se siguió lo mencionado en la NOM-012-SSA3-2012, que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos en las generalidades; en cuyo punto 5.12 establece que, en toda investigación, los expedientes de los sujetos de investigación serán considerados expedientes clínicos, por lo que se resguardarán durante al menos 5 años, según lo dispuesto en el punto 5.4 de la NOM-004-SSA3-2012, del expediente clínico.

Resultados

Se realizó un diagnóstico de la población estudiada, referente a los datos sociodemográficos, y se construyeron categorías de análisis relativas al estrés, niveles, factores causales, mecanismos de afrontamiento, adaptación y efectos. Los datos se obtuvieron de la aplicación de 81 instrumentos (ficha de identificación, escala de estrés en enfermería, inventario de estrategias de afrontamiento) y diez entrevistas semiestructuradas, complementadas con una bitácora de campo.

Las variables sociodemográficas analizadas aportaron que el género femenino es predominante, 82.7%; el rango de edad más frecuente de 21 a 30 años es 63%; el estado civil preponderante es ser soltero(a), con 74.1%; la mayoría cuenta con nivel académico de carrera técnica en un 39.5%; 50.6% del personal ha permanecido en la institución, en un rango de 1 a 5 años; 42% cuenta con dos empleos; 38% del personal no tiene hijos; 44.4% de los profesionales de enfermería labora ocho horas por turno y el trayecto hacia su centros laborales es de 1 hora, en 38.3% de los casos.

Por otro lado, el promedio en la escala de estrés de enfermería es de 28.7; con lo cual

se considera que el personal se encuentra hasta el momento con un nivel medio de estrés. El menor puntaje obtenido por un recurso fue de 5 puntos (nivel de estrés bajo); el mayor, 95 (nivel de estrés muy alto).

De manera general, los niveles obtenidos de estrés fueron bajos con 54.3%, seguido del nivel moderado con 35.8%, alto 7.4% y muy alto 2.5%. En el análisis por sexo, los resultados obtenidos en las mujeres fueron bajos en 56.7%, seguido de 32.8% que presentaron estrés moderado, alto 9% y muy alto solo 1%. Los hombres obtuvieron 42.9% para el nivel bajo, 50% moderado y 7% muy alto (Tabla No. 1).

Tabla No. 1

Niveles de estrés

Categoría		Mujer	Hombre	Total
Bajo	Frecuencia	38	6	44
	Porcentaje	56.7%	42.9%	54.3%
Moderado	Frecuencia	22	7	29
	Porcentaje	32.8%	50.0%	35.8%
Alto	Frecuencia	6	0	6
	Porcentaje	9.0%	0.0%	7.4%
Muy alto	Frecuencia	1	1	2
	Porcentaje	1.5%	7.1%	2.5%
Total	Frecuencia	67	14	81
	Porcentaje	100%	100%	100%

Fuente: datos obtenidos de la ficha del cuestionario de estrés en enfermería (NSS), 2019.

Los diez factores causantes de estrés que se describieron con una incidencia catalogada como frecuente en el personal de enfermería de urgencias de la Institución de Asistencia Privada, obtenidos a través de la escala de estrés en enfermería ordenados de mayor a menor frecuencia, fueron: ver sufrir a un paciente (27.2%), falta de personal para cubrir el servicio con (22.2%), realizar cuidados de enfermería que resultan dolorosos a los pacientes (22.2%), sentirse impotente

en el caso de que un paciente no mejore (21%), no tener tiempo suficiente para dar apoyo emocional al paciente (21%), no tener ocasión para hablar abiertamente con otros compañeros del servicio sobre problemas (19.8%), interrupciones frecuentes en la realización de sus tareas representaron (18.5%), recibir información insuficiente del médico acerca del estado del paciente (17.3%), pasar temporalmente a otros servicios con falta de personal (17.3%), por último, no

saber bien el manejo y funcionamiento de un equipo especializado así como realizar tareas que no son de enfermería (16%).

En cuanto a los tipos de afrontamiento prevaleció que 57% está dirigido al problema y 43% a la emoción. Las estrategias empleadas por el personal de enfermería

de urgencias se distribuyen de la siguiente manera: 17% se centra en la resolución de problemas; 14% hacia la reestructuración cognitiva y la expresión emocional; 12% al apoyo social; 11% a evitar problemas, pensar de forma desiderativa y retirarse del ámbito social; finalmente, 10% emplea la autocrítica (Tabla No. 2).

Tabla No. 2

Estrategias de afrontamiento

Tipo de estrategia	Porcentaje
Resolución de problemas	17%
Reestructuración cognitiva	14%
Expresión emocional	14%
Apoyo social	12%
Evitación de problemas	11%
Pensamiento desiderativo	11%
Retirada social	11%
Autocrítica	10%

Fuente: datos obtenidos del inventario de estrategias de afrontamiento al estrés.

Posterior a la aplicación de los instrumentos cuantitativos y de su análisis, se programaron las entrevistas. Para la elaboración del guion de la entrevista semiestructurada se designaron núcleos y subnúcleos posibles de analizar, según la propuesta de Lazarus, Folkman y Roy. Los resultados obtenidos se describen a continuación.

• Categoría: Estrés

En 1984, Lazarus y Folkman desarrollaron una teoría donde definieron al estrés como un amplio grupo de fenómenos de gran importancia en la adaptación humana; en el cual influyen los factores causales, así como el tipo de afrontamiento de cada individuo. Según lo anterior, en esta investigación se cuestionó al personal de enfermería sobre

la conceptualización del estrés, cuyas respuestas son:

E-1

Son problemas tanto; familiares, de la casa y del trabajo que se te acumulan y por más que los quieres dejar a un lado los cargas a todos lados.

E-2

Lo definiría como una reacción a cierto estímulo, un estímulo externo...digo que es bueno, porque es normal estresarse, debido a diferentes cuestiones...es normal estresarse y es normal frustrarse.

E-3

Son todas aquellas acciones tanto propias como de terceros que llegan a causar cierto discomfort

E-5

Es un estado de ánimo, que te lleva a veces de lo bueno a lo malo.

Los entrevistados no vislumbran el estrés como un conjunto de fenómenos que dependen de varios factores, sino como una situación, un cúmulo de eventos que provocan experiencias desagradables.

• Categoría: Factores causales

En 1966, Lazarus refirió que existen estímulos inductores de estrés, considerados acontecimientos con los que tropieza el sujeto; de los cuales destacan tres tipos: cambios mayores, cambios mayores que afectan solo a una persona y ajetreos diarios. En función de ello, se solicitó a los entrevistados que mencionaran los factores que consideran que intervienen para vivir con estrés; lo que mencionaron fue:

E-1

Nos encomiendan hacer ciertas actividades de nuestra área y uno las hace como nos las mandan, pero por "x" o "y" razón nos cargan la mano con más actividades que no nos tocan; entonces tiene uno que hacer sus actividades y todavía sacar las de otra persona...ya nos implementaron nuevas bitácoras entonces son como siete u ocho bitácoras que hay que recibir en diez minutos, y pues no da tiempo... cuando he cubierto en el día si tienen la presión de los

administrativos; ellos muchas veces dicen: ¡ah! tienes pacientes en la sala de espera, ya apúrate a atenderlos, pero no ven que adentro ya hay un paciente en un procedimiento, estas hospitalizando a otro paciente, etc.

E-2

Es estresante pues llegan los pacientes graves y a veces hay que reaccionar de un momento a otro para hacer las cosas, pero también hay que pensar que hacerle al paciente, entonces eso te genera estrés. De hecho, el ver al paciente grave y quererlo tratar pues es muy estresante...a veces me piden algo que a lo mejor no sé, me preguntan algo que a lo mejor no sé y desde ahí empieza el estrés.

E-3

La falta de material, por ejemplo; en sala de choque algunos pacientes requieren de un tratamiento más avanzado y pues tu no lo puedes hacer. Entonces solo se puede estabilizar y mandarlo a otra unidad y eso a ti te frustra, piensas que a lo mejor pudiste hacer más cosas, pero por no tener el material a la mano, te hace pensar que puede haber hecho algo más...en otras situaciones cuando no llega el personal completo, pues normalmente es cuando el trabajo más se junta y es más estrés.

Según lo revisado en el marco de referencia, los factores que consideran causales son comunes en el personal de enfermería de otras áreas y hospitales. Ello corresponde con los resultados de la aplicación de la escala de estrés de enfermería.

- Categoría: Afrontamiento

El afrontamiento se define como aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo, según lo escrito en 1984 por Lazarus y Folkman. Un punto importante de esta investigación fue conocer de qué manera afronta el estrés el personal sanitario participante; las respuestas fueron:

E-7

Últimamente me he organizado más, ya sé cuándo mandar mis reportes, como se llenan las bitácoras.

E-6

El formar parte de esta institución y tomar muchos cursos, me ha dado herramientas... si las personas no cumplen me siento con ellas para explicar y ver que hagan las cosas.
E-5

Hay un doctor que lleva más años ahí, y pues es como mi maestro yo le pregunté algo y él me trata de enseñar. Hay veces que yo investigo, trato de hacer lo mejor que se puede, al principio éramos puras auxiliares y pues cuando llegaron los compañeros de mayor grado académico si me quede así.

E-3

Con respecto a que a veces tenemos que ingeniarlos el modo o el medio; como para si no está el recurso, la atención no sea tan mala o ver que puedes usar. Tratamos de hacer unas sesiones clínicas acá, para iden-

tificar cuales fueron nuestros errores en la atención, lo que podemos mejorar y en algunos momentos podemos realizar pruebas de casos clínicos y eso nos ha ayudado a disminuir mucho el estrés.

A partir de las propuestas de Lazarus y Folkman, se observa en las respuestas que el tipo de afrontamiento manifiesto es el dirigido al problema, pues las acciones de los informantes están enfocadas a la definición del problema, a la búsqueda de soluciones alternativas, a la consideración de tales alternativas con base en su costo y su beneficio, así como a su elección y aplicación. Este tipo de afrontamiento engloba un conjunto de estrategias más amplio, puesto que la resolución del problema implica un objetivo y un proceso analítico, dirigido principalmente al entorno.

Por otro lado, aquellos dirigidos a la emoción conllevan la disminución del grado de trastorno emocional e incluyen estrategias como la evitación, la minimización, el distanciamiento, la atención selectiva, las comparaciones positivas y la extracción de valores positivos a los acontecimientos negativos. Lo narrado por el personal es lo que se describe a continuación:

E-2

Yo para no estresarme tanto me pongo a ver series, o cuando voy en el camión me pongo a escuchar música, me pongo a leer, me pongo a chatear con personas que a lo mejor ya no he visto.

E-3

Trato de salir un poco, distraerme.

E-4

Los viernes, cuando salgo del hospital tengo chance de salir. Me ayuda a bajar el estrés, también ver una película, descansar

E-6

Pensando que no tengo que estresarme, tienen que salir bien las cosas, tengo que hacer el trabajo.

E-7

Con el tiempo se va adquiriendo experiencia de no involucrarnos tanto y siento que eso es lo que me ha ayudado.

• Categoría: Adaptación

Callista Roy en su modelo de adaptación la define como el proceso y el resultado por medio del cual las personas con pensamientos y sentimientos en forma individual o grupal utilizan la conciencia consciente y eligen para crear una integración humana y ambiental. De esta manera se buscó conocer cómo viven las enfermeras una situación estresante en el trabajo; lo que me contaron fue:

E-1

Buscamos la forma de convivir y platicarnos nuestros problemas y pues es como una segunda familia. Sabemos que no podemos ayudar, pero al menos nos escuchamos. O todo el mundo llega de "hoy vengo muy cansado de "x" cosa, pues no se hay que apurarnos a atender a los pacientes.

E-2

Nos activan el código azul y sabes que hay que preparar toda la sala de choque para que ubiquemos donde están las cosas. Lo que hemos optado en la mañana es crear los equipos de respuesta rápida, entonces es como de usted se va a compresiones, a ver tal persona se va a registrar, entonces a través de esas dinámicas, hemos estado disminuyendo esa parte del estrés.

Como seres humanos y sociales, buscamos integrarnos con las personas que nos rodean y con el ambiente en el que nos desenvolvemos.

• Categoría: Efectos del estrés

Lazarus y Folkman mencionan efectos del estrés, inmediatos y a largo plazo; por tal motivo, se indagó entre los participantes y estos mencionaron lo siguiente:

E-1

Entonces es así como que ya llega uno con el "tic"... tengo insuficiencia venosa, de que yo me exigía más de lo que debía haber dado; digo ya es algo que repercutió en mi salud. Cuando son muchas tareas la tensión muscular, en la espalda.

E-2

Si llega el momento en donde a lo mejor por mucho que quieras olvidar el estrés de tu trabajo, lo llevas un poquito a casa, entonces si reaccionas mal hasta a lo mejor algún comentario que te hace tu pareja o te hacen tus familiares y si les respondes mal, entonces como que en esa parte no es muy común, pero si me ha llegado a pasar, que el

estrés lo he llevado y ya al final es de no ya no me hablen (E-2).

E-3

A nivel físico sí, tengo dolores musculares, mi cuerpo me está diciendo ya bájale (E-3). Tengo la manía de notar ciertas incomodidades administrativas y eso me ha llevado a tener ciertos roces con el personal administrativo, por la falta de materiales, yo creo que eso es el estrés que puedo tener aquí los choques de opiniones.

E-4

En la parte física, el cansancio. Hay momentos en los que...por ejemplo los lunes es más pesado por que salgo de guardia y después tengo que ir al otro trabajo, entonces por la noche ya no quiero saber nada del mundo.

E-7

Sí, hay servicios en los que te involucras mucho, que causan un impacto en tu vida, como recuerdos o no te gustaría volver a vivirlo.

En las respuestas obtenidas se puede apreciar que los efectos no son solo físicos, sino que involucran las esferas social y psicológica, como lo mencionan los teóricos que se han tomado como referencia.

Después de aplicar los diversos instrumentos, de manera general se observa apatía y prisa por contestar. Además, que los informantes no evidencian su estado real con respecto a los factores que consideran causantes de estrés, por temor a repercusiones administrativas o con los directivos; o bien para no ser identificados como vulnerables

o “enfermos” mentales.

También se identifica, el desgaste físico del personal entrevistado, pues es evidente el cansancio y la falta de sueño, ojos hinchados, ojeras muy marcadas, consumo de bebidas con cafeína excesivo; así como sobrepeso y obesidad.

Cabe mencionar que se convocó a la participación en un programa nacional de gestión del estrés, a cuyas primeras dos sesiones acudieron 26 enfermeras, quienes mencionaron diferentes pesares psicológicos que han padecido, sin mejoría; aunado a ello, externaron cómo fueron sus primeros acercamientos con pacientes que presentaban dolor, sufrimiento y que fallecieron. Al mismo tiempo, según refirieron, durante su formación profesional recibieron comentarios, tanto de compañeros como de docentes, sobre que dicho tipo de situaciones son constantes y, por ello, deben reprimir sus emociones, a fin de volverse duras y no permitir que les afectara. No obstante, después de años de poner en práctica tales consejos, sienten un gran pesar emocional y físico, que no saben cómo manejar. En este mismo contexto, también se manifestó que el hecho de ser mujeres y tener que cumplir con distintos roles volvía monótona su vida y cada día perdían el sentido de ser enfermera, madre, esposa, etcétera.

Al abarcar la parte del auto cuidado, las respuestas fueron negativas respecto a las preguntas “¿Duerme bien?” “¿Hace ejercicio?” “¿Cree que come de manera adecuada? ¿Ha acudido a alguna consulta de salud mental? Dado que la mayoría duerme pocas horas o lo hace durante el traslado de un centro laboral a otro o hacia el domicilio, no realizan actividad física alguna, comen lo

que encuentran en el camino y, en general, realizan dos comidas copiosas que abarcan grasas y carbohidratos, bebidas edulcoradas, con cafeína y poca agua. Finalmente, dos asistentes refirieron que debieron acudir con un profesional de salud mental por situaciones extremas de depresión.

En el transcurso de esta etapa de diagnóstico, incluso se dio conocimiento de que una de las participantes más activas dentro del proyecto tuvo una parálisis facial, como consecuencia del nivel de estrés al que se encontraba expuesta.

Derivado de todo lo mencionado, analizado e interpretado, se consideró el desarrollo del programa piloto de manejo del estrés en personal de enfermería de urgencias, cuya temática fue:

- Estrés: definición, tipos, reacciones, consecuencias a corto y largo plazo, afrontamiento y adaptación.
- Autocuidado: nutrición, mecánica corporal y actividad física.
- Autoconocimiento.
- Comunicación y trabajo en equipo.
- Pensamiento crítico y resiliencia.

Discusión

Se encontró que diez principales casusas de estrés, como ver sufrir a un paciente, realizar cuidados de enfermería que resulten dolorosos a los pacientes y la falta de personal para cubrir adecuadamente el trabajo, se comparten con el estudio llevado a cabo en Chile en el 2015²³. Por otro lado, las principales causales de estrés que concuerdan con el estudio que realizamos y uno llevado a cabo en Colombia 2014 son

no tener ocasión para hablar abiertamente con otros compañeros, interrupciones frecuentes en su realización de tareas, falta de personal y no recibir información suficiente del médico sobre el estado del paciente⁴. Asimismo, coincide con lo encontrado en 2013 en un Hospital Universitario español, en torno a los factores causales de estrés, como interrupciones frecuentes en la realización de las tareas, sentirse impotente en el caso de un paciente que no mejora, ver a un paciente sufrir o realizar tareas que no son propias de enfermería²⁵.

Respecto al afrontamiento, prevalece el dirigido al problema, igual que en la población estudiada en 2016 en un hospital universitario²⁹. En cuanto a las estrategias de afrontamiento utilizadas, hay similitud con el personal de un hospital psiquiátrico: la principal es la centrada en la resolución de problemas.

Es importante que en las instituciones se realicen diagnósticos sobre los niveles de estrés, estrategias de afrontamiento y adaptación para crear programas que ayuden a prevenir repercusiones a corto y largo plazo, así como fortalecer las estrategias que puedan ser benéficas para el personal; incluso dar seguimiento, crear redes de apoyo y fomentar la importancia de la salud mental, pues en investigaciones previas se mantiene un enfoque cuantitativo y de diagnóstico. En suma, es importante llevar a cabo intervenciones que mejoren las estrategias de afrontamiento del personal de enfermería, así como que reconozcan la importancia de detectar y tratar a tiempo signos y síntomas de estrés.

Conclusiones

Las acciones que han permitido al personal de enfermería de urgencias adaptarse al ambiente que vive en sus áreas laborales son referentes a la organización de actividades, capacitación constante, trabajo y optimización de recursos disponibles, así como formación de equipos de trabajo y compañerismo, para poder hablar sobre cuestiones laborales y personales que mejoren el desempeño.

Las consecuencias del estrés a corto y largo plazo que se escucharon durante las entrevistas fueron relacionadas con el aparato osteomuscular; con la confrontación con compañeros y externos del área, apatía con el entorno y el cansancio crónico. También se pudo apreciar la falta de autocuidado del personal y de la poca importancia que se le da tanto a la identificación del como a sus efectos secundarios a corto y largo plazo.

Referencias

1. Aguado M. J., Bátiz C. A., Quintana P. S. El estrés en personal hospitalario, estado actual. España. Medicina y seguridad del trabajo. 2013. 59 (231). 259-275.

2. Astudillo D. P., Alarcón M. A., Lema G. M. Protectores de estrés laboral: percepción del personal de enfermería y médicos, Temuco, Chile. Ciencia y Enfermería, [Internet] 2009. XV (3): 111-122. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=370441800012>

3. Castaño E. F., León B. B. Estrategias de afrontamiento del estrés y estilos de conducta interpersonal. International

Journal of Psychology and Psychological Therapy. 2010. Vol. 10. núm. 2. Universidad de Almería. España. 245- 257.

4. Castillo A. I., Torres L. N., Ahumada G. A., Cárdenas T. K., Licona C. S. Estrés laboral en enfermería y factores asociados. Cartagena (Colombia). Salud Uninorte, [Internet] 2014. 30(1): 34-43. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=81730850005>

5. Cozzo, G., Reich, M. Estrés percibido y calidad de vida relacionada con la salud en personal sanitario asistencial. PSIENCIA. Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica, [Internet] 2016. 8(1): 1-15. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=333145838001>

6. Cremades P. J., Maciá S. L., Montesinos, M., Orts C. I. Identificación de factores de estrés laboral en profesionales de enfermería. Cogitare Enfermagem, [Internet] 2011. 16(4): 609-614. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=483648969002>

7. Cutcliffe, J., Mc Kenna, H., Hyrkäs K. Modelos de enfermería, aplicación a la práctica. Manual Moderno. 2011.

8. De Souza U. J., Costa S. P., Hoffmeister, E., Souza N. B., Pinheiro C. B., Poli F. C. Estrés en el trabajo de enfermería en hospital de emergencia: análisis usando la Job Stress Scale. Rev. Latino-Am. Enfermagem, 2011. Artigo RLAE 2011; V19N5:1122-1131 - Artículos Originales.

9. Díaz O. A. Adaptación y estrés laboral en el personal de las unidades

médico-quirúrgicas. RICSH Revista Iberoamericana de las Ciencias Sociales y Humanísticas, [Internet] 2013. 2(3). Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=503950745003>

10. Espinoza G. M., Valverde H. S., Vindas S. H. Vivencia holística del estrés en profesionales de Enfermería. Enfermería Actual en Costa Rica, [Internet] 2011. (20). Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=44821178001>

11. Federación Iberoamericana de Enfermería en Urgencias y Emergencias; Perfil profesional de la enfermería de urgencias, emergencias y desastres; octubre 2007.

12. Feitosa L. G., Simonetti, S., Ferraz B. E., Kobayashi, R. Caracterización del estrés de enfermeros que trabajan en hospital especializado en cardiología. Enfermería Global, [Internet] 2012.11(4): 90-104. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=365834801007>

13. García-M. M., Gil-L. M. El estrés en el ámbito de los profesionales de la salud. Persona, [Internet] 2016. (19): 11-30. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=147149810001>

14. Grazziano, E., Ferraz B. E. Impacto del estrés ocupacional y burnout en enfermeros. Enfermería Global, [Internet] 2010. 9 (1): 1-20. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=365834754020>

15. Hernández P. M., Díaz R. A., Nava A. S. Situaciones estresantes percibidas

por enfermeras: Una descripción contingencial. Tesis Psicológica, [Internet] 2012. 7 (2): 63-73. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=139026418006>

16. Hernández S. R., Fernández C. C., Baptista L. P. Metodología de la investigación. 4ª Edición. México. Mec Graw-Hill Interamericana. 2006.

17. Lazarus R., Folkman S., Estrés y procesos cognitivos. España. Ediciones Roa. 1984.

18. López F. J. Validación de la Escala de Estrés de Enfermería (NSS), de Gray-Toft y Anderson. Universidad de la Laguna. 2002. p.1-122.

19. Manterola, C. y Otzen, T. Estudios experimentales 2ª parte. Estudios cuasi-experimentales. Int. J. Morphol., 2015. 33(1):382-387.

20. Más P. R., Escriba A. V. La versión castellana de la escala «The Nursing Stress Scale». Proceso de adaptación transcultural. Institut Valencià d'Estudis en Salut Pública, RevEsp Salud Pública 1998; 72: 529-538.

21. Mesonero V. A. Hacia una cultura de la prevención del estrés: la educación en recursos personales. International Journal of Developmental and Educational Psychology, [Internet] 2009. 2(1): 165-173. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=349832321017>

22. Mingote A. J., Pérez G. S., Estrés en la Enfermería; el cuidado del cuidador.

Ediciones Diaz de Santos. Madrid. 2013.

23. Muñoz Z. C., Rumie D. H., Torres G. G., Villarroel J. K. Impacto en la salud mental de la(del) enfermera(o) que otorga cuidados en situaciones estresantes. *Ciencia y Enfermería*, [Internet] 2015. XXI (1): 45-53. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=370441818005>

24. Novoa G. M., Nieto D. C., Forero A.C., Caycedo, C., Palma R. M., Montealegre M. M., Bayona M. M., Sánchez D. C. Relación entre perfil psicológico, calidad de vida y estrés asistencial en personal de enfermería. *Universitas Psychologica*, [Internet] 2005. 4(1): 63-75. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=64740108>

25. Piñeiro F. M. Estrés y factores relacionados en el personal sanitario de hospitalización psiquiátrica: un estudio de prevalencia. *Enfermería Global*. 2013. 31. 125-150.

26. Pujadas S. M., Diseño de un programa de evaluación e intervención de variables emocionales, conductuales y personales para personal de emergencias, Tesis Doctoral, Universitat de les Illes Balears. [Internet] 2015. Disponible en: <https://www.tesisenred.net/bitstream/handle/10803/396665/tmd-ps1de1.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

27. Pulido N. M., Estrés laboral afecta a 75 por ciento de los mexicanos. *Semanario de la UAM*. [Internet] 2013 Vol. XIX (22): 1-27. Disponible en: www.uam.mx/semanario/

28. Raile A. M., Modelos y teorías en en-

fermería. 8ª Edición. España. Elsevier. 2015.

29. Teixeira, C., Gherardi D.E., Pereira, S., Cardoso, L., Reisdorfer, E. Estrés laboral y estrategias de afrontamiento entre los profesionales de enfermería hospitalaria. *Enfermería Global*, [Internet] 2016. 15(4): 288-298. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=365847326012>

30. Vekantesh V., Brown S., Sullivan Y. Guidelines for conducting mixed-methods research: an extension and illustration. *Journal of the Association for Information Systems*, 2016. P. 435-494.



Factores relacionados con la adherencia y no adherencia al tratamiento en adultos mayores polimedicados

Factors related to adherence and non-adherence to treatment in polymedicated elderly adults

Factores relacionados com a adesão e a não adesão ao tratamento em idosos polimedicados

Daniel Felipe Penagos Montoya¹
<https://orcid.org/0000-0003-2654-8552>

Norbey Stiwar Rodríguez Herrera¹
<https://orcid.org/0000-0002-8020-7903>

Laura Medina Vélez¹
<https://orcid.org/0000-0002-9852-9046>

Daniela Largo Patiño¹
<https://orcid.org/0000-0002-4137-8689>

Marjorie Pérez Villa¹
<https://orcid.org/0000-0003-1021-7054>

¹ Universidad Pontificia Bolivariana. Medellín, Colombia.

Autor de correspondencia: Marjorie Pérez-Villa

Correo electrónico: marjorie.perez@upb.edu.co

Recibido: 18 marzo 2024

Aceptado: 31 mayo 2024

Publicado: 06 agosto 2024

Resumen

Introducción: Con el envejecimiento de la población, se están incrementando las enfermedades crónicas y el uso de medicamentos. La falta de adherencia a los medicamentos para el tratamiento de estas es un problema de salud pública, aumentando las complicaciones y costos sanitarios.

Objetivo: Determinar los factores relacionados con la adherencia y no adherencia al tratamiento en adultos mayores polimedicados que consultan una institución de Medellín durante el primer semestre del 2021.

Metodología: Estudio transversal con diseño correlacional. La población estuvo conformada por 74 adultos mayores polimedicados de una institución de primer nivel de atención pública en Medellín durante el primer semestre del 2021. Se aplicó un instrumento con el que se indagó por variables sociodemográficas y clínicas; mientras que la adherencia al tratamiento se midió por medio de la escala de Morisky. Se realizó análisis descriptivo a las variables cualitativas, las cuales se resumieron con frecuencias absolutas y relativas; las variables cuantitativas por medio de medidas de resumen de acuerdo con la normalidad de los datos. Para examinar la correlación

entre los factores relacionados con la adherencia y no adherencia al tratamiento y las variables sociodemográficas, clínicas y relativas al tratamiento, se realizaron análisis correlacionales.

Resultados: La edad promedio en los 74 participantes fue de 72 ± 8 años, el 64,9% eran de sexo femenino. El 50 % de los pacientes tenían 3 o menos enfermedades crónicas. Las patologías que se presentaron con mayor frecuencia fueron la hipertensión arterial (93,2%) y la dislipidemia (67,6%). Se encontró que el 77% no era adherente a los medicamentos.

Discusión y Conclusiones: La no adherencia terapéutica en los pacientes se asocia con barreras como la desconfianza médica y razones económicas, generando malos desenlaces en salud, por lo que son necesarias estrategias de seguimiento más integrales en los pacientes adultos mayores para que cumplan de forma adecuada los tratamientos.

Palabras clave: Adherencia al tratamiento, adulto mayor, polifarmacia.

Abstract

Introduction: With the aging population, chronic diseases and medication use are increasing. Lack of adherence to medications for the treatment of these conditions is a public health issue, leading to increased complications and healthcare costs.

Objective: To determine the factors related to adherence and non-adherence to treatment in polymedicated elderly adults who consulted an institution in Medellín during

the first half of 2021.

Methodology: Cross-sectional study with a correlational design. The population consisted of 74 polymedicated elderly adults from a primary public healthcare institution in Medellín during the first half of 2021. An instrument was applied to inquire about sociodemographic and clinical variables, while adherence to treatment was measured using the Morisky scale. A descriptive analysis was performed on qualitative variables, summarized with absolute and relative frequencies; quantitative variables were summarized according to data normality. Correlational analyses were conducted to examine the relationship between factors related to adherence and non-adherence to treatment and sociodemographic, clinical, and treatment-related variables.

Results: The average age of the 74 participants was 72 ± 8 years, with 64.9% being female. Fifty percent of the patients had three or fewer chronic diseases. The most frequently occurring conditions were hypertension (93.2%) and dyslipidemia (67.6%). It was found that 77% were non-adherent to their medications.

Discussion and Conclusions: Therapeutic non-adherence in patients is associated with barriers such as medical distrust and economic reasons, leading to poor health outcomes. Therefore, more comprehensive follow-up strategies are necessary for elderly patients to adequately comply with treatments.

Keywords: Treatment adherence, elderly, polypharmacy.

Resumo

Introdução: Com o envelhecimento da população, as doenças crônicas estão a aumentar e o uso dos medicamentos. A falta de adesão aos medicamentos para o tratamento destas é um problema de saúde pública, aumentando as complicações e os custos sanitários.

Objetivo: Determinar os factores relacionados com a adesão e a não adesão ao tratamento nos idosos polimedicados que consultam uma instituição de Medellín durante o primeiro semestre de 2021.

Metodologia: Estudo transversal com desenho correlacional. A população foi conformada por 74 idosos polimedicados de uma instituição de primeiro nível de atenção pública em Medellín durante o primeiro semestre de 2021. Aplicou-se um instrumento com o que se analisou por variáveis sociodemográficas e clínicas; enquanto que a adesão ao tratamento mediu-se por meio da escala de Morisky. Realizou-se análises descritivas às variáveis qualitativas, as quais se resumiram com frequências absolutas e relativas; as variáveis quantitativas por meio de medidas de resumo de acordo com a normalidade dos dados. Para examinar a correlação entre os factores relacionados com a adesão e a não adesão ao tratamento e as variáveis sociodemográficas, clínicas e relativas ao tratamento, realizaram-se análises correlacionais.

Resultados: A média de idade dos 74 participantes foi de 72 ± 8 anos: 64,9% eram do sexo feminino. 50 % dos pacientes tinham 3 ou menos doenças crônicas. As patologias que se apresentaram com maior frequência foram: a hipertensão arterial (93,2%) e a

dislipidemia (67,6%). Verificou-se que o 77% não era aderente aos medicamentos.

Discussão e Conclusões: A não adesão terapêutica nos pacientes associa-se com barreiras como a desconfiança médica e a razões económicas, gerando maus resultados na saúde, pelo que são necessárias estratégias de seguimento mais integrais nos pacientes idosos para que cumpram de forma adequada os tratamentos.

Palavras-chave: Adesão ao tratamento, idosos, polifarmacia.

Introducción

A nivel mundial se experimenta una gran transición demográfica hacia el envejecimiento; lo que incrementa el número de personas con enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT); por ende, un gran aumento en el uso de medicamentos para el manejo de estas patologías. Se encuentra una importante correspondencia entre el envejecimiento y la adherencia o no adherencia a estos tratamientos que suelen ser de larga duración¹⁻³. En Colombia, el índice de envejecimiento⁴ muestra un rápido crecimiento. De acuerdo con las proyecciones del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), en 2021 hubo 7 107 914 adultos mayores; para Antioquia, en el mismo año, se estimó un total de 1 066 187⁵⁻⁷.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), las ECNT van en ascenso y provocan hasta tres de cada cuatro muertes en América, cifra que supera la prevalencia de enfermedades infecciosas^{8,9}, en algunos países. En los Estados Unidos, alrededor de 80% de adultos mayores tienen una ECNT; 68,4 % tiene dos o más¹⁰. En Colombia,

según cifras del Ministerio de Salud y Protección Social, entre 2009 y 2017, las ECNT constituyeron la primera causa de consulta en todos los niveles de atención; lo cual significa 81,61 % de la demanda y una razón de 20 atenciones por persona¹¹.

Las enfermedades crónicas requieren de regímenes de larga duración para el adecuado mantenimiento de la salud y, por ende, de la calidad de vida del paciente. Se ha demostrado que el no cumplimiento del régimen terapéutico aumenta la aparición de resistencia a fármacos y complicaciones médicas¹²⁻¹⁴ y constituye la principal causa por la cual no se obtienen los resultados esperados.

Un ejemplo de las ECNT es la hipertensión arterial (HTA), enfermedad que afecta en mayor medida a los adultos mayores. Es una patología y también un factor de riesgo para complicaciones cardiovasculares, cerebrovasculares y renales; además de implicar otros riesgos y daños a la salud del paciente^{15,13,16}.

El incumplimiento o no adherencia al tratamiento representa un claro problema de salud pública. La OMS estima que la adherencia en tratamientos crónicos y pacientes polimedicados es alrededor de 50% y 60%¹². En un estudio realizado con población colombiana, se reportó no adherencia a los medicamentos de 62,9%¹⁴. Ello es contrario al estudio de Ramírez et al. con pacientes diagnosticados con Diabetes Mellitus, quienes reportaron adherencias de 46.3% y moderadas de 50.4%¹⁷; mientras un grupo de pacientes hipertensos 89.6% mostró alta adherencia y 10.42%, moderada¹⁸. Sin embargo, estas cifras pueden ser menores en países donde se cuenta con bajos recursos

económicos y dificultades para acceder a recursos sanitarios básicos¹⁹. Además, el nivel de adherencia puede variar según la patología, el nivel de instrucción, la edad y el conocimiento que se tenga de esta^{20,21}.

La OMS considera la falta de adherencia a los tratamientos con medicamentos como un problema grave de salud pública; un problema prioritario debido a sus consecuencias negativas: fracasos terapéuticos, mayores tasas de hospitalización y aumento de los costes sanitarios. Asimismo, la falta de adherencia genera grandes pérdidas en ámbitos personal, familiar y social común, con repercusiones sanitarias, sociales y económicas; por lo que es importante asumir la necesidad de su prevención y detección en la práctica clínica diaria, para realizar actividades que impacten en la adherencia de los pacientes al tratamiento^{22,23}. Asimismo, se considera que su atención debe ser una estrategia de trabajo priorizada por los sistemas de salud, los científicos e investigadores de las disciplinas de la salud^{16,24,25}.

Por lo anterior, el objetivo de este trabajo es exponer los factores relacionados con la adherencia y no adherencia al tratamiento en adultos mayores polimedicados que consultan en una institución de Medellín durante el primer semestre del 2021.

Metodología

Esta investigación se realizó con un enfoque cuantitativo de tipo transversal y diseño correlacional. La población estuvo conformada por adultos mayores polimedicados, que consultaron la red de primer nivel de atención pública de Medellín durante el primer semestre del 2021. Se realizó un muestreo

no probabilístico; fueron incluidos todos los adultos con 60 años o más⁴ que tuvieran diagnosticada alguna enfermedad crónica no transmisible, polimedicados (consumo de cinco o más medicamentos durante un período igual o superior a seis meses) y sin deterioro funcional o cognitivo, que impidiera el manejo de la medicación de forma independiente.

La recolección de la información se realizó por medio de encuestas a los participantes de forma individual, realizadas antes o después de la consulta de control médico, momento en el cual se explicó el objetivo de la investigación y se hizo entrega del consentimiento informado. Una vez que fueron resueltas las posibles dudas, se procedió a la firma. Posteriormente, se aplicó un instrumento de recolección de datos y se les analizó mediante variables sociodemográficas, clínicas y relativas al tratamiento. La adherencia al tratamiento se midió por medio de la escala de Morisky 8 ítems (MMAS-8), que determina factores relacionados con la adherencia a los medicamentos; consta de siete preguntas con respuestas de tipo sí / no, donde no equivale a 1 punto en los ítems 1, 2, 3, 4, 6, 7; mientras que **sí**, a 1 punto en el ítem 5. La prueba cuenta con una octava pregunta en escala de tipo Likert, donde el ítem **nunca / casi nunca** equivale a 1 punto; mientras que los demás (**rara vez, algunas veces, habitualmente y siempre**) equivalen a 0.75, 0.5, 0.25 o 0, respectivamente.

La adherencia se determinó de acuerdo con su puntuación: los pacientes con 8 puntos, como **adherentes**; con puntajes menores a 8, como **no adherentes**. La versión original de este instrumento mostró un α de Cronbach de 0,646 26-28. Para este estudio se utilizó la versión validada en pacientes co-

lombianos; se encontró un coeficiente de concordancia w de Kendall de 0,8 con un p valor de 0,0001, lo que indica un alto grado de concordancia entre las valoraciones de los diferentes ítems del cuestionario²⁹.

El procesamiento de la información se realizó por medio del programa estadístico SPSS versión 25. Las variables cualitativas se resumieron con frecuencias absolutas y relativas; las cuantitativas, por medio de medidas de resumen de acuerdo con la normalidad de los datos. Se examinó la correlación entre los factores relacionados con la adherencia y no adherencia al tratamiento y las variables sociodemográficas, clínicas y relativas al tratamiento.

Se realizaron análisis correlacionales en el caso de variables continuas; en función de la distribución de las variables, se emplearon estadísticos paramétricos (correlación de Pearson) o no paramétricos (correlación de Spearman). En el caso de variables cualitativas, se examinaron las diferencias entre grupos respecto a los factores de adherencia y no adherencia. En función de la distribución de las variables, se emplearon estadísticos paramétricos (T Student o ANOVA) o no paramétricos (Kruskal Wallis o U de Mann-Whitney)³⁰.

Esta investigación contó con el aval ético de la Universidad Pontificia Bolivariana y de la entidad de salud donde se recolectó la información.

Resultados

En el estudio fueron incluidos 74 participantes, con una edad de 72 años (DE 8); 64,9% de sexo femenino. 60,8 % manifestó tener apoyo familiar (ver Tabla No. 1).

Tabla No. 1

Características sociodemográficas de los pacientes con enfermedad crónica no transmisible, 2021

Características sociodemográficas	N=74 n (%)
Edad, Promedio (DE)	72 (8)
Sexo	
Femenino	48 (64,9)
Masculino	26 (35,1)
Estado civil	
Soltero/a	22 (29,7)
Casado/a	18 (24,3)
Viudo/a	18 (24,3)
Separado/a	12 (16,2)
Unión libre	4 (5,4)
Escolaridad	
Analfabetismo	6 (8,1)
Primaria	43 (58,1)
Secundaria	22 (29,7)
Sin información	3 (4,1)
Situación laboral	
Desempleado	61 (82,4)
Independiente	5 (6,8)
Pensionado	5 (6,8)
Empleado	3 (4,1)
Estrato socioeconómico	
Bajo-bajo	12 (16,2)
Bajo	28 (37,8)
Medio-bajo	30 (40,5)
Medio	4 (5,4)
Lugar de residencia	
Urbano	69 (93,2)
Rural	5 (6,8)
Grupo familiar	
Nuclear	26 (35,1)
Extensa	20 (27)
Unipersonal	15 (20,3)
Monoparental	6 (8,1)
Compuesta	5 (6,8)
Sin información	2 (2,7)

Apoyo familiar	
Con apoyo	45 (60,8)
Sin apoyo	29 (39,2)
Quién brinda el apoyo	
Un integrante de la familia	44 (59,5)
Ninguna persona	29 (39,2)
Un externo	1 (1,3)

Fuente: Elaboración propia.

Respecto al número de enfermedades que les ha sido diagnosticadas, 50% de los pacientes tienen tres o menos enfermedades. Se encontró que los sistemas más afectados son el cardiovascular, digestivo y

metabólico; las patologías que se presentan con mayor frecuencia son la hipertensión arterial (93,2%), dislipidemia (67,6%) y diabetes mellitus (56,8%) (ver Tabla No. 2).

Tabla No. 2

Enfermedades diagnosticadas en los pacientes con enfermedad crónica no transmisible, 2021

Sistema	Enfermedad	n (%)
Respiratorio	Epoc*	10 (7,4)
	Asma	2 (2,7)
Cardiovascular	Hipertensión Arterial	69 (93,2)
	Dislipidemia	50 (67,6)
	Falla cardíaca	11 (11,9)
	Enfermedad coronaria	1 (1,4)
	Insuficiencia venosa	1 (1,4)
Digestivo y metabólico	Diabetes mellitus	42 (56,8)
	Hipotiroidismo	28 (37,8)
	Gastritis crónica	5 (6,8)
	Cirrosis	1 (1,4)
Musculoesquelético	Artrosis	11 (14,8)
	Osteoporosis	3 (4)
	Artritis	2 (2,7)
Neurológico/psiquiátrico	Depresión	4 (5,4)
	Trastorno afectivo bipolar	4 (5,4)
	Migraña	2 (2,7)
	Parkinson	1 (1,4)
	Epilepsia	1 (1,4)
	Trastorno del sueño	1 (1,4)
	Ansiedad	1 (1,4)

Renal y urinario	Enfermedad renal crónica	3 (4,1)
	Uremia	1 (1,4)
	Incontinencia urinaria	1 (1,4)
	Hiperplasia prostática	1 (1,4)
Autoinmunes	Lupus	1 (1,4)
* Epoc: enfermedad pulmonar obstructiva crónica		

Fuente: Elaboración propia.

Los grupos farmacológicos, prescritos con más frecuencia, son los antihipertensivos, seguido de hipolipemiantes y hormonas. De ellos, 50% de los pacientes toman seis medicamentos (RIQ 8-5). En cuanto a la percepción sobre los medicamentos ordenados, se encontró que 93,2% de los encuestados estaba satisfecho con los medicamentos recetados; 90,5% siente esperanza con el medicamento para el control de su enfermedad y 71,6% sentía alivio de los síntomas por los medicamentos que consumía; sin embargo, 35,2% no siempre se los tomaba todos y 43,3% no siempre se los tomaba a la hora adecuada. A ello se suma que 21,6% refirió sentir, a veces, efectos indeseados que no estaban relacionados con la enfermedad y que 25,7% hacía cambios frecuentes en la prescripción de los medicamentos que debía tomar.

De los encuestados, 67,6% afirmó no tener dificultades al momento de reclamar los medicamentos y que el lugar donde los reclama no se encuentra lejos de su resi-

dencia. Además, 68,9% considera que el costo del transporte para acudir por el medicamento es accesible; 89,2%, que la cuota moderadora no es alta. Por otra parte, a 77% no se le dificulta asistir a las citas de control.

En cuanto al conocimiento sobre características e importancia de los medicamentos consumidos, 35 participantes del estudio (47,3%) afirmó tener mucho conocimiento; en contraste con 39 de ellos (52,7%) que tenían poco, casi nada o nada de conocimiento. Resalta que 81,1% sí conoce las implicaciones de no tomar los medicamentos de la forma correcta; mientras que 67,7% se interesa por aprender más sobre sus medicamentos y enfermedad. 94,6% informó no tener alguna creencia que le impidiera seguir el tratamiento.

Se realizó la clasificación de la adherencia a los medicamentos de acuerdo con la escala Morisky; se encontró que 77% no era adherente (ver Tabla No. 3).

Tabla No. 3

Clasificación de la adherencia a la medicación de acuerdo con la escala Morisky

Clasificación	n (%)
Adherente	17 (23)
No adherente	57 (77)

Fuente: Escala Morisky, 2022

Variables relacionadas con la adherencia y no adherencia a los medicamentos

Se encontró correlación (débil) significativa entre la variable número de medicamentos, edad y número de enfermedades diagnosticadas. De las variables estudiadas, no se hallaron correlaciones significativas. (ver Tabla No. 4). En cuanto a las variables categóricas, se observaron diferencias estadís-

ticamente significativas en la satisfacción con el tratamiento ($p = 0,006$), esperanzas/expectativas con respecto al resultado ($p = 0,007$), conocimiento de las implicaciones de la no adherencia ($p = <0,001$), mejoría de los síntomas ($p = 0,022$), dificultad de acceso al medicamento ($p = 0,025$) e interés por aprender sobre los medicamentos ($p = 0,028$).

Tabla No. 4

Análisis de correlación entre variables de estudio

Variables	Valor de P	Correlación	Clasificación
# de medicamentos administrados vs Edad	0.033*	0.248	Débil
# de medicamentos administrados vs # de enfermedades diagnosticadas	0.002†	0.355	Débil
*Es significativa en el nivel de 0.05			
† Es significativa en el nivel de 0.01			

Fuente: Elaboración propia.

Discusión

Tras analizar aquellos factores que pueden estar relacionados con la adherencia y la no adherencia al tratamiento, se encontró un bajo porcentaje de adultos mayores adherentes al tratamiento. Dicho resultado es similar a lo reportado en otros estudios^{13,31,32}. Sin embargo, otros autores difieren al reportar adecuada adherencia al tratamiento^{21,33}; lo cual constituye resultados concordantes con lo informado por la OMS¹², donde se reporta una adherencia al tratamiento de alrededor de 50% en este tipo de población.

En cuanto a las barreras para la no adherencia, se menciona que los factores relacionados con el tratamiento juegan un

papel importante^{3,34}. Entre estos se podría mencionar desconfianza con la indicación del médico, razones económicas, aparición de síntomas indeseados no relacionados con la enfermedad, entre otros^{13,35,36}.

En el presente estudio, los pacientes manifestaron sentir (a veces) efectos indeseados, incluso a pesar de que algunos de los participantes sintieron alivio de los síntomas con la toma de los medicamentos prescritos^{3,13,37}. Esta situación se ve además potenciada por la percepción de bienestar o no tener síntomas clínicos causados por la enfermedad; lo cual favorece que el paciente deje de tomar los medicamentos y ello, en conjunto, se comporta como la principal causa de no adherencia al tratamien-

to^{31,38}. Tales resultados son congruentes con los obtenidos por Ramírez³⁹, en donde los pacientes suspendieron el tratamiento farmacológico por sentirse bien.

Con respecto a la influencia del nivel de conocimiento sobre el régimen terapéutico, los entrevistados refirieron tener poco conocimiento acerca de su tratamiento; esto mostró correlación con la no adherencia al tratamiento farmacológico. Un estudio realizado en Colombia arroja resultados similares: una muestra de 96 pacientes mostró un nivel de adherencia moderada determinada por factores como el bajo nivel de conocimiento y autocuidado de su enfermedad^{14,31,40}. Por el contrario, Conte et al. encontró que los pacientes mostraron tener un buen conocimiento sobre enfermedad y tratamiento⁴¹.

Estudios realizados en población española y mexicana demuestran que el apoyo de amigos, familiares y comunidades se ha asociado con una mejor salud; incluso recalcan que la importancia del apoyo de la familia, los recursos sociales y comunitarios a la hora de conseguir una buena adherencia al tratamiento^{17,40}. No obstante, el presente estudio evidencia que, aunque un porcentaje alto de los participantes refirieron tener apoyo familiar, no son adherentes al tratamiento, por lo que el apoyo familiar no se comporta directamente como un factor que determine la adherencia a los tratamientos.

Las creencias sobre la enfermedad, el enfoque del autocontrol y los medicamentos pueden verse influidos por historia, cultura, experiencias familiares y preferencias individuales, sobre todo en minorías étnicas y culturales⁴². Dichas creencias varían entre una persona y otra, dentro de las familias y

entre culturas; suelen estar asociadas con la adherencia al tratamiento. En este estudio no se evidenciaron creencias culturales sólidas que generaran interferencia con la adherencia al régimen terapéutico de los pacientes.

Los costos relacionados con el acceso al medicamento no tienen relación con el nivel de adherencia al tratamiento de los pacientes. Probablemente, esto se deba a la característica de universalidad y acceso al sistema de salud al que tienen derecho los pacientes después de que se implementara la ley 1751 de 2015^{43,44}, así como por su pertenencia al régimen subsidiado establecido en la ley 100 de 1993 de Colombia⁴⁵, por lo cual no se realizan cobros para el acceso a consultas médicas ni dispensación de medicamentos.

Conclusiones

Los regímenes de medicación muy complejos y la polifarmacia pueden llevar a la no adherencia al tratamiento. Ello se asocia con malos desenlaces en salud, progresión de la enfermedad, falla terapéutica y hospitalizaciones. Por ende, es necesario promover y estimular la adquisición de conocimientos sobre el tratamiento farmacológico en los pacientes. La consulta de control es clave para brindar educación y comunicación para la salud, pues permite que el paciente muestre mejoría en su adherencia al tratamiento.

Las evaluaciones de la adherencia a los tratamientos y la creación de estrategias para un seguimiento más integral son claves para determinar el comportamiento en la toma de medicamentos en los pacientes, para

que tengan un tratamiento adecuado y este no sea percibido como molestia. También es importante implementar intervenciones efectivas adaptadas a las necesidades de las personas, que permitan disminuir los síntomas indeseados y educar a los pacientes y familias; con lo que se fortalece la participación de los usuarios en programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, enfocados en hábitos y estilos de vida saludables, con el fin de reducir la incidencia de enfermedades crónicas no transmisibles, mejorando la calidad de vida y generando una inversión rentable por parte del sistema de salud que mejora el bienestar de adultos mayores polimedicados¹².

Agradecimientos

A la E.S.E. Metrosalud y su equipo de trabajo por abrirnos las puertas de sus instituciones. A los pacientes que fueron parte de la población de estudio, esto lo hacemos por ellos y para ellos.

Conflicto de interés

Los autores manifiestan no presentar ningún conflicto de interés.

Referencias

1. Téllez-Gordo MC, Garcés-Castañeda GE. Los adultos mayores de Puerto López, Colombia: una perspectiva desde la salud. Boletín Semillero de Investigación en Familia 2021;3(2):11; doi: 10.22579/27448592.822.
2. Nieto Poveda EC. Adherencia al tratamiento de enfermedades crónicas en adultos mayores con hipertensión arterial y diabetes tipo 2. Revista de Investigación e Innovación en Salud 2019; 2:44-57; doi: 10.23850/rediis.v2i0.2076
3. Rincón Alarcón AC, Gusñay Ramírez NX, Rodríguez Vinuesa VI. Adherencia terapéutica en pacientes con enfermedades crónicas del club de adultos mayores de un centro de salud, Ecuador. An Real Acad Farm 2020;86(2):125-131. Disponible en: https://analesranf.com/articulo/8602_04/
4. Ministerio de Salud. Ciclo de Vida. [citado 15 de abril de 2024]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/proteccion-social/Paginas/cicloVida.aspx>
5. Ministerio de Justicia y del Derecho. Enfoque Etario. [citado 15 de abril de 2024]. Disponible en: <https://www.minjusticia.gov.co/programas-co/justicia-transicional/Paginas/OJTC-Enfoque-Etario.aspx>
6. DANE. Personas mayores en Colombia, hacia la inclusión y la participación. 2021. [citado 15 de abril de 2024]. Disponible en: <chrome-extension://efaidnbnmnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/notas-estadisticas/nov-2021-nota-estadistica-personas-mayores-en-colombia-presentacion.pdf>
7. Ministerio de Salud. Política colombiana de envejecimiento humano y vejez 2015-2024. 2015. [citado 15 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/Pol%C3%ADtica>

[tica-colombiana-envejecimiento-humano-vejez-2015-2024.pdf](#)

8.Ortega Cerda JJ, Sánchez Herrera D, Rodríguez Miranda ÓA, et al. Adherencia terapéutica: un problema de atención médica. Acta médica Grupo Ángeles 2018;16(3):226-232. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-72032018000300226

9.Organización mundial de la salud. Enfermedades no transmisibles. [citado 18 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>

10.National Council on Aging. Chronic Disease Self-Management Facts. [citado 18 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://www.ncoa.org/article/get-the-facts-on-chronic-disease-self-management>

11.Ministerio de Salud y Protección Social. Análisis de Situación de Salud (ASIS). Dirección de Epidemiología y Demografía: Bogotá; 2018. p. 149. [citado 15 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/asis-nacional-2017.pdf>

12.Organización Mundial de la Salud. El incumplimiento del tratamiento prescrito para las enfermedades crónicas es un problema mundial de gran envergadura. World Health Organization. [citado 15 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://apps.who.int/mediacentre/news/releases/2003/>

[pr54/es/index.html](#)

13.González Boulí Y, Cardoso Aguilar E, Carbonell Noblet A. Adherencia terapéutica antihipertensiva en adultos mayores. RIC 2019;98(2):146-156. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=88087>

14.Polanco Leal SA, Rivera Gutiérrez IZ, Salamanca Ramos E, et al. Características de salud y adherencia farmacoterapéutica en el adulto mayor del municipio de Acacias (Colombia). Revista Colombiana de Ciencias Químico - Farmacéuticas 2021;50(2):325-338; doi: 10.15446/rcciquifa.v50n2.77677.

15.González Rodríguez R, Cardentey García J. Comportamiento de las enfermedades crónicas no transmisibles en adultos mayores. Revista Finlay 2018;8(2):103-110. Disponible en: <http://www.revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/564>

16.Garcés Ortega JP, Quillupangui Ramón SM, Delgado Astudillo EP, et al. Adherencia al tratamiento de la hipertensión arterial en adultos mayores. Revista Latinoamericana de Hipertensión 2020;15(5):8. Disponible en: http://saber.ucv.ve/ojs/index.php/rev_lh/article/view/22373

17.Ramírez Gómez A, Maldonado Muñiz G, Maya Sánchez A. Diferencia de adherencia terapéutica del adulto mayor que vive con diabetes mellitus por género. Revista Salud y Cuidado 2023;2(4):8-10. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo>

[lo?codigo=9295745](#)

18.Becerra Partida EN, Villegas Galindo C. Funcionalidad familiar en la adherencia terapéutica del paciente con hipertensión arterial sistémica en primer nivel de atención. *Revista CONAMED* 2021;26(2):57-67; doi: 10.35366/100348.

19.Marulanda FÁT, Nanclares R, Giraldo LAL. Fármaco-seguridad al uso de antihipertensivos por adultos mayores de un programa para la salud psicofísica. *Hacia la Promoción de la Salud* 2022;27(2):88-101; doi: 10.17151/hpsal.2022.27.2.7.

20.Guamán-Montero NA, Mesa-Cano IC, Peña-Cordero SJ, et al. Factores que influyen en la adherencia al tratamiento de la diabetes mellitus II. 2021;40(5):290-300; doi: 10.5281/ZENODO.5039487.

21.Pocohuanca-Ancco L, Villacorta J, Hurtado-Roca Y. Factores asociados a la no-adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo en pacientes de un hospital del seguro social. *Rev Cuerpo Med HNAAA* 2021;14(3):316-321; doi: 10.35434/rcmhnaaa.2021.143.1252.

22.González-Ruiz DP, Getial-Mora DA, Higidio-Miranda MA, et al. Efectividad de las tecnologías de la información y comunicación en la adherencia terapéutica de pacientes con Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus. *Enferm Nefrol* 2020;23(1):22-32; doi: 10.37551/S2254-288420200003.

23.Huaman-Carhuas L, Gutiérrez-Cres-

po HF, Huaman-Carhuas L, et al. Impacto de la intervención de enfermería en el autocuidado de pacientes con enfermedad renal crónica avanzada. *Enfermería Nefrológica* 2021;24(1):68-76; doi: 10.37551/s2254-288420210007.

24.Mendoza Reyes R. La adherencia terapéutica en pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles: diabetes, hipertensión y obesidad. *Medicina y ética* 2021;32(4):897-945; doi: 10.36105/mye.2021v32n4.01.

25.Díaz V. La adherencia terapéutica y las enfermedades crónicas. Un problema clínico. *Pediatr Panamá* 2021;50(3):37-47. Disponible en: <https://www.pediatricadepanama.org/index.php/rspp/article/view/1786>

26.De Las Cuevas C, Peñate W. Psychometric properties of the eight-item Morisky Medication Adherence Scale (MMAS-8) in a psychiatric outpatient setting. *Int J Clin Health Psychol* 2015;15(2):121-129; doi: 10.1016/j.ijchp.2014.11.003.

27.Valencia-Monsalvez F, Mendoza-Parra S, Luengo-Machuca L. Evaluación de la escala Morisky de adherencia a la medicación (MMAS-8) en adultos mayores de un centro de atención primaria en Chile. *Rev Perú Med Exp Salud Publica* 2017;34(2):245; doi: 10.17843/rpmesp.2017.342.2206.

28.Intilangelo A, Majic S, Palchik V, et al. Cuestionarios validados de adherencia a la medicación y factores asociados en pacientes crónicos: revisión sistemática. *Farmacia Hospitalaria*

2024; doi: 10.1016/j.farma.2024.01.001.

29.Chaves Torres NM, Echeverri Sarmiento JE, Ballesteros DA, et al. Validación de la escala de Morisky de 8 ítems en pacientes con enfermedad renal crónica. *Revista Med* 2016;24(2):23–32; doi: 10.18359/rmed.2627.

30.Grisales Romero H. Estadística aplicada en salud pública: estadística descriptiva y probabilidad. 1st ed. Universidad de Antioquia, Facultad Nacional de Salud Pública: Medellín-Antioquia; 2002.

31.Burgal-Cintra CJ, Pérez-Bichor A, Ortega-López IL, et al. Caracterización de la adherencia terapéutica en adultos mayores hipertensos. *Revista Médica Electrónica* 2021;43(6):1606–1616. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1684-18242021000601606&lng=es&nrm=iso&tlng=en

32.Zamora-Niño CF, Guibert-Patiño AL, De La Cruz-Saldaña T, et al. Evaluación de conocimientos sobre su enfermedad en pacientes con diabetes tipo 2 de un hospital de Lima, Perú y su asociación con la adherencia al tratamiento. *Acta Médica Peruana* 2019;36(2):96–103. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1728-59172019000200004&lng=es&nrm=iso&tlng=es

33.Monterrey Hernández M, Linares Cánovas LB, Toledo del Llano R, et al. Adherencia farmacológica y calidad de vida relacionada con la salud en

adultos mayores hipertensos. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río* 2021;25(2):11. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1561-31942021000200011&lng=es&nrm=iso&tlng=pt

34.Pagès-Puigdemont N, Valverde-Merino MI, Pagès-Puigdemont N, et al. Adherencia terapéutica: factores modificadores y estrategias de mejora. *Ars Pharmaceutica (Internet)* 2018;59(4):251–258; doi: 10.30827/ars.v59i4.7357.

35.Formentin-Zayas M, Carbajales-León EB, Medina-Fuentes G, et al. Adherencia terapéutica en pacientes hipertensos de un consultorio médico perteneciente al Policlínico Universitario “Joaquín de Agüero y Agüero.” *Revista Información Científica* 2021;100(4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1028-99332021000400001&lng=es&nrm=iso&tlng=es

36.Quintero LH, Fernández DAC, Cruz LT, et al. Adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial. *Revista Finlay* 2021;11(3):279–286. Disponible en: <https://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/973>

37.Padilla Vinueza VE, Morales Solís JM. Adherencia al tratamiento en enfermedades crónicas en adultos mayores. *Dominio de las Ciencias* 2020;6(Extra 4):68–80. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8385958>

38.Solarte Adrada W, Preciado Casi-

erra CJ, Galvis Acevedo S, et al. Determinantes psicosociales y adherencia farmacológica en pacientes geriátricos. *Aten Fam* 2022;29(2):126-129. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=104910>

39. Oviedo Ramírez S, Viart Almeida C, Chávez Vega R. Adherencia terapéutica en pacientes hipertensos o diabéticos ingresados en el Hospital Clínico Quirúrgico Joaquín Albarrán. *Progaleno* 2020;3(2):66-75. Disponible en: <https://revprogaleno.sld.cu/index.php/progaleno/article/view/179>

40. Lorigo Cano I, Hernanz Arroyo B, Cordero Sánchez E, et al. Adherencia terapéutica en pacientes polimedicados y factores condicionantes en un grupo de pacientes de Badajoz, España. *Arch Med Fam* 2019;21(2):51-59. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=86595>

41. Conte E, Morales Y, Niño C, et al. La adherencia a los medicamentos en pacientes hipertensos y en muestra de la población general. *Revista de la OFIL* 2020;30(4):313-323; doi: 10.4321/s1699-714x2020000400011.

42. McQuaid EL, Landier W. Cultural Issues in Medication Adherence: Disparities and Directions. *J Gen Intern Med* 2018;33(2):200-206; doi: 10.1007/s11606-017-4199-3.

43. Ramírez AM, Rocha Beltrán DE, Durango Suárez LF, et al. Implicaciones de la ley estatutaria 1751 de 2015

sobre las entidades promotoras de salud del régimen contributivo. *rev.ces derecho* 2016;7(2):13-41; doi: 10.21615/cesder.7.2.2.

44. Ministerio de Salud y Protección Social. Ley 1751 de 2015. [citado 14 de sept de 2022]. Disponible en: <https://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=60733>

45. Congreso de la República de Colombia. Ley 100 de 1993. [citado 14 de sept de 2022]. Disponible en: <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=5248>

Síndrome cardiorenal: revisión de la literatura

Cardiorenal syndrome: literature review
Síndrome cardiorenal: revisão da literatura

María Isela Vélez Martínez¹

<https://orcid.org/0009-0003-6375-0220>

Guadalupe Vianey Antonio Ledo²

<https://orcid.org/0000-0001-9191-4139>

Heriberto Reyes Pérez¹

<https://orcid.org/0009-0007-5957-4972>

Luis Ricardo Vázquez García²

<https://orcid.org/0000-0003-2830-9846>

¹ Hospital General Dr. Eduardo Vázquez N;
Puebla, México.

² Benemérita Universidad Autónoma
de Puebla; Puebla, México.

Autor de correspondencia: Guadalupe Vianey
Antonio Ledo

Correo electrónico: guadalupev.antonio@alumno.buap.mx

Recibido: 21 marzo 2024

Aceptado: 06 mayo 2024

Publicado: 06 agosto 2024

Resumen

Introducción: Entre un 30 y un 50% de los pacientes con insuficiencia cardíaca padecen enfermedad renal crónica, lo que representa un factor de mal pronóstico para contraer síndrome cardiorenal. Sin embargo, este padecimiento es poco conocido y relativamente ignorado por los estudios actuales.

Objetivo: Identificar los principales hallazgos sobre el síndrome cardiorenal a través de una revisión rápida de la literatura científica actual.

Metodología: Se realizó una revisión rápida de la literatura con los pasos propuestos por Tapia-Benavente, los cuales son: 1) Pregunta de investigación, formulada con la estructura PICOT-D; 2) Búsqueda bibliográfica en bases de datos reconocidas; 3) Selección de estudios y extracción de datos; 4) Evaluación del riesgo de sesgo; 5) Síntesis de la evidencia, realizada a partir de tablas comparativas; y, 6) Conclusión de la evidencia. Resultados: Se revisaron ocho artículos publicados en 2018-2023 en bases de datos reconocidas como PubMed. En estos se encontraron los siguientes hallazgos acerca del síndrome cardiorenal: antecedentes, definición, clasificación, etiología, fisiopa-

tología, epidemiología, factores de riesgo, manifestaciones clínicas, diagnóstico, tratamiento, tratamiento agudo, tratamiento a largo plazo, prevención, actualizaciones del síndrome cardiorenal y el papel del suplemento del hierro en pacientes con este síndrome.

Discusión y Conclusiones: El síndrome cardiorenal es una patología con limitada evidencia científica de estudios, por lo que hay insuficientes investigaciones al respecto de su prevención, así como de la función del equipo multidisciplinario de salud sobre el síndrome cardiorenal. En consecuencia, se recomienda explorar estas temáticas con mayor profundidad.

Palabras claves: Síndrome cardiorenal, actualización, manejo de la enfermedad, cuidados de enfermería.

Abstract

Introduction: 30 to 50% of patients with heart failure suffer from chronic kidney disease and this represents a poor prognosis factor to get cardiorenal syndrome; however, this condition is little known and slightly ignored by recent studied.

Objective: Identify the main findings about cardiorenal syndrome scientific literature through a quick literature review.

Methodology: A quick literature review was carried out with the steps proposed by Tapia-Benavente, which are: 1) research question, done with the PICOT-D structure; 2) bibliographic research in recognized databases; 3) study selection and data extraction; 4) risk of bias assessment; 5) syn-

thesis of the evidence, done through comparative charts; and 6) finally the conclusion of the evidence.

Results: Eight published articles during 2018-2023 were reviewed in recognized databases such as PubMed. In these articles the following findings of cardiorenal syndrome have been addressed: background, definition, classification, etiology, pathophysiology, epidemiology, risk factors, clinical manifestations, diagnosis, treatment, acute treatment, long-term treatment, prevention, updates of cardiorenal syndrome and the role of iron supplement in patients with this syndrome.

Discussion and Conclusions: Cardiorenal syndrome is a pathology with limited scientific evidence therefore there is no enough research regarding prevention and the role of the multidisciplinary health team on cardiorenal syndrome, which is why it is highly recommended to do deeper research on these topics.

Keywords: Cardiorenal syndrome, update, disease management, nursing care.

Resumo

Introdução: Entre os 30 e os 50% dos pacientes com insuficiência cardíaca sofrem de doença renal crônica, o que representa um factor de mal prognóstico para combater a síndrome cardiorenal. Não obstante, este padecimento é pouco conhecido e relativamente ignorado pelos estudos actuais.

Objetivo: Identificar as principais descobertas sobre a síndrome cardiorenal

através de uma revisão rápida da literatura científica actual.

Metodologia: Realizou-se uma revisão rápida da literatura com os passos propostos por Tapia-Benavente, os quais são: 1) Pergunta de investigação formulada com a estrutura PICOT-D; 2) Pesquisa bibliográfica em bases de dados reconhecidas; 3) Seleção de estudos e extração de dados; 4) Avaliação do risco de viés; 5) Síntese da evidência realizada a partir de tabelas comparativas; e, 6) Conclusão da evidência.

Resultados: Revisaram-se oito artigos publicados em 2018-2023 em bases de dados reconhecidas como PubMed. Nestes, encontraram-se as seguintes descobertas sobre o síndrome cardiorrenal: antecedentes, definição, classificação, etiologia, fisiopatologia, epidemiologia, factores de risco, manifestações clínicas, diagnóstico, tratamento, tratamento agudo, tratamento a longo prazo, prevenção, actualizações do síndrome cardiorrenal e o papel do suplemento de Ferro nos pacientes com esta síndrome.

Discussão e Conclusões: A síndrome cardiorrenal é uma patologia com evidência científica de estudos limitada, pelo que há insuficientes investigações a respeito da sua prevenção, bem como da função da equipa multidisciplinária da saúde sobre a síndrome cardiorrenal. Por conseguinte, é recomendável explorar estas temáticas com uma maior profundidade.

Palavras-chaves: Síndrome cardiorrenal, actualização, gestão da doença, cuidados de enfermagem

Introducción

Entre un 30 y un 50% de los pacientes con insuficiencia cardíaca padecen enfermedad renal crónica, lo que representa un factor de mal pronóstico para contraer síndrome cardiorrenal (SCR). Sin embargo, este padecimiento es poco conocido y relativamente ignorado por los estudios actuales¹. En este sentido, el SCR se define como una serie de desórdenes del corazón y riñón en los que la disfunción aguda o crónica en un órgano induce la disfunción aguda o crónica del otro².

El SCR se presenta en pacientes con una situación clínica en la que hay compromiso simultáneo de las funciones cardíaca y renal³. De ahí que la relación entre las dos enfermedades sea amplia y resulte difícil establecer límites sobre lo que pertenece a cada una⁴. Asimismo, la relevancia del SCR estriba en que la coexistencia de enfermedades cardíaca y renal se relaciona con un pronóstico deficiente a mediano y largo plazos; provocando, en consecuencia, un mayor riesgo de reingresos y mortalidad en los pacientes⁵.

Apesar de que existen guías clínicas consensuadas para el manejo de las insuficiencias cardíacas aguda y crónica, así como para las enfermedades renales aguda y crónica, no las hay para el manejo de los pacientes con SCR⁵; en los últimos años, al igual que se han estudiado temas relacionados con el SCR, se han analizado los mecanismos que relacionan la disfunción de ambos órganos, a la vez que se han descrito los factores hemodinámicos, los mediadores neuro-humorales y los mecanismos inflamatorios que pueden tener un papel relevante en el empeoramiento de la función de los órga-

nos. Mismos que conducen a la progresión del SCR⁶.

Si bien el SCR es un fenómeno frecuente en la actualidad, aún no está ni bien definido ni ha sido reconocido en su totalidad. Por lo tanto, la investigación de sus características naturales posibilitaría un uso más apropiado de las diferentes opciones terapéuticas, así como del análisis de intervenciones de prevención. Dicho lo anterior, el objetivo de la investigación se basó en identificar los principales hallazgos sobre el síndrome cardiorenal a través de una revisión rápida

de la literatura científica actual.

Metodología

Se realizó una revisión rápida de la literatura con base en los seis pasos propuestos por Tapia et al.⁷:

1.- La pregunta de investigación, formulada con el formato PICOT-D: ¿Cuáles han sido los hallazgos referentes a las características del SCR encontrados en los últimos cinco años? (Tabla No. 1).

Tabla No. 1

Pregunta PICOT-D

P Problema	I Intervención	C Comparación	O Outcomes/ Resultados	T Tiempo	D Datos
SCR	Artículos científicos referentes a los hallazgos estudiados sobre el SCR.	Realizar una comparación entre los artículos científicos referente a los hallazgos estudiados sobre el SCR.	Artículos científicos referentes a los hallazgos estudiados sobre el SCR.	2018-2023	Bases de datos en Internet.

Nota: elaboración propia de los autores.

2.- Para la búsqueda bibliográfica se utilizaron bases de datos de la Internet: PubMed, ScienceDirect, SciELO, y EBSCO; y se usaron las siguientes palabras clave: síndrome cardiorenal, actualización, manejo de la enfermedad, cuidados de enfermería; así como se emplearon los Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS)⁸ y Medical Subject Headings (MeSH)⁹ para los idiomas español, inglés, portugués y francés. Además, se utilizó una cadena de búsqueda mediante operadores booleanos AND y OR.

3.- Selección de estudios y extracción de datos, los cuales emplearon los siguientes criterios de inclusión: artículos de revisión

y revisiones de literatura publicados entre 2018 y 2024; de acceso libre; de texto completo en español, inglés portugués y francés que describiesen hallazgos del SCR como la etiología, fisiopatología, clasificación, los factores de riesgo, la epidemiología, el diagnóstico, tratamiento, la prevención del síndrome cardiorenal y las funciones del equipo multidisciplinario de salud ante el SCR; los criterios de exclusión fueron los siguientes: artículos duplicados, tesis, y disertaciones. Para la traducción al español de los artículos escritos en inglés, portugués y francés, se utilizó el traductor DeepL; y el gestor bibliográfico Sotero para organizar y guardar los artículos seleccionados.

4.- La evaluación del riesgo de sesgo no se realizó debido a que ni se incluyeron artículos con alguna metodología descrita, ni ensayos clínicos aleatorizados.

5.- La síntesis de la evidencia se realizó mediante tablas comparativas en las que se describió el contenido de cada uno de los artículos seleccionados que cumplieron con los criterios de inclusión.

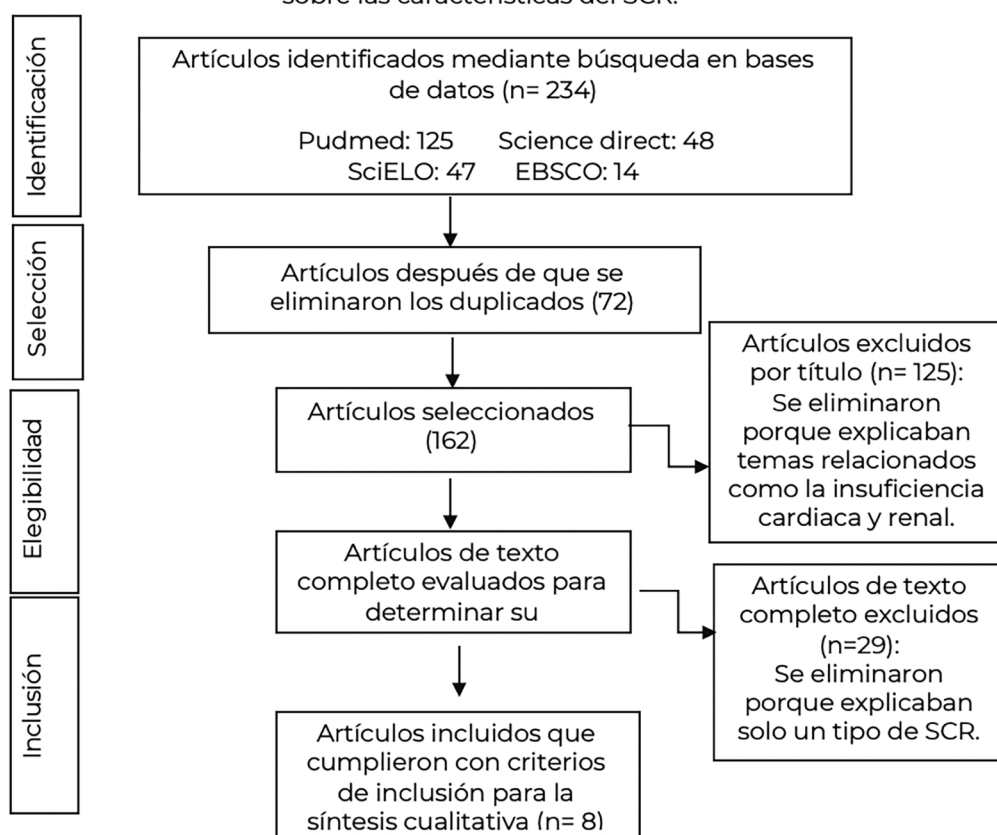
6.- Finalmente, se realizó la conclusión a partir de las evidencias analizadas.

Resultados

De acuerdo con los criterios de búsqueda se identificaron 234 publicaciones: 125 en PubMed, 48 en ScienceDirect, 47 en SciELO, y 14 en EBSCO, de los cuales se eliminaron 72 porque eran duplicados; sin embargo, de los 162 artículos restantes, se eliminaron 125 por título, ya que solamente explicaban temas relacionados, como las insuficiencias cardíaca y renal. Así pues, 37 fueron seleccionados para su análisis completo, pero 29 fueron eliminados porque solo mencionaban un tipo de síndrome cardiorenal. Así se obtuvieron ocho artículos, mismos que se incluyeron en esta revisión (Figura No. 1).

Figura No. 1

Diagrama de flujo PRISMA¹⁰ para la estrategia de búsqueda de artículos científicos sobre las características del SCR.



Nota: SCR= síndrome cardiorenal; evidencia publicada entre 2018 y 2023. Elaboración de los autores.

Según la identificación de los ocho artículos seleccionados, publicados entre 2018 y 2024: el 37.5% fueron escritos en México (3), 25% en España (2), 12.5% en Grecia (1), 12.5%

en Estados Unidos de América (1) y 12.5% en Argentina (1); y, de acuerdo con las bases de datos se encontraron: 3 en PubMed, 3 en SciELO y 2 en EBSCO (Tabla No. 2).

Tabla No. 2

Identificación de los artículos

Autor	País	Año	Revista/Base de datos
Thierer J. ¹¹	Argentina	2018	Revista Uruguaya de Cardiología/ SciELO
Alprecht-Quiroz, et al. ¹²	México	2021	Archivos de cardiología de México/ SciELO
Rozo-Ortiz, et al. ¹³	México	2021	Medicina Interna de México/ SciELO
Chávez-Iñiguez J, et al. ¹⁴	México	2022	Archivos de cardiología de México/ PubMed
Pardo Franco, J. ¹⁵	España	2023	Diabetes práctica/ EBSCO
Quiroga, et al. ⁵	España	2023	Nefrología al día/ EBSCO
Doumani, et al. ¹⁶	Grecia	2023	Urología y Nefrología Internacional/PubMed
McCallum y Testani. ¹⁷	Estados Unidos de América	2023	Medical Clinics of North America/PubMed

Nota: artículos de revisión publicados entre 2018 y 2023.

Los temas y hallazgos que se han encontrado en los últimos cinco años sobre el SCR son los siguientes: la definición, clasificación, etiología, fisiopatología, epidemiología, los factores de riesgo, las manifestaciones clínicas, el diagnóstico, tratamiento, tratamiento agudo, tratamiento a largo plazo, la prevención, las herramientas útiles para el diagnóstico, el trasplante renal como alter-

nativa terapéutica, el papel del ecocardiograma en la valoración cardiovascular, así como las actualizaciones del SCR. Inclusive, un artículo aborda la literatura existente sobre el impacto de la terapia con hierro intravenoso en poblaciones de pacientes con SCR a la vez que explora sus efectos sobre diversos resultados clínicos (Tabla No. 3).

Tabla No. 3

Características de los artículos de revisión incluidos

Autor	Título del artículo	Contenido
Thierer J. ¹¹	Síndrome cardiorenal. Una revisión	El artículo aborda la clasificación, epidemiología, fisiopatología, el diagnóstico, y tratamiento del SCR.
Alprecht-Quiroz, et al. ¹²	Síndrome cardiorenal: aspectos clínicos y ecocardiográficos	Los autores abordan la definición del SCR, su clasificación, el trasplante renal como alternativa terapéutica y el papel del ecocardiograma en la valoración cardiovascular.

Rozo-Ortiz, et al. ¹³	Síndrome cardiorrenal: enfoque diagnóstico, terapéutico y pronóstico	Los autores presentan los antecedentes del SCR, las causas y los factores de riesgo, la fisiopatología, clasificación, las manifestaciones clínicas, el diagnóstico y pronóstico, la prevención y el tratamiento.
Chávez-Iñiguez J, et al. ¹⁴	Cardiorenal syndrome: classification, pathophysiology, diagnosis and management. Literature review	Se estudia la definición y clasificación del SCR, epidemiología y los factores de riesgo, la fisiopatología, el diagnóstico, tratamiento agudo y tratamiento a largo plazo.
Pardo Franco J. ¹⁵	Síndrome cardiorrenal y metabólico y su relación con Atención Primaria	Los autores presentan los tipos de SCR, así como sus factores de riesgo, el diagnóstico del SCR y las aportaciones de la atención primaria.
Quiroga, et al. ⁵	Síndrome Cardiorrenal	Se estudian los tipos de SCR, la etiología, fisiopatología, epidemiología, el diagnóstico, tratamiento y la prevención.
Doumani, et al. ¹⁶	Cardiorenal syndrome and iron supplementation—more benefits than risks: a narrative review	Este artículo revisa la literatura existente sobre el impacto de la terapia con hierro intravenoso en poblaciones de pacientes con SCR y explora sus efectos sobre diversos resultados clínicos.
McCallum y Testani. ¹⁷	Updates in Cardiorenal Syndrome	Los autores abordan la epidemiología y pronóstico actual del SCR, fisiopatología y complicaciones y las nuevas estrategias de diagnóstico.

Nota: SCR= síndrome cardiorrenal

Discusión

El objetivo de la presente investigación fue identificar los hallazgos principales sobre el SCR a través de una revisión rápida de la literatura científica actual; se encontraron ocho artículos que han estudiado y descrito el SCR en los últimos cinco años.

Así pues, se han descrito dos definiciones del SCR: por un lado, de acuerdo con la Acute Dialysis Quality Initiative (ADQI), el SCR se ha definido como una serie de desórdenes del corazón y riñón en los que la disfunción aguda o crónica en un órgano induce la disfunción aguda o crónica del otro^{1,5}. Por el otro, también se ha utilizado^{15,18,19} la definición que ofrecen Ronco et al.², quienes definen el SCR como “un trastorno fisiopatológico en el cual la disfunción aguda o crónica de un órgano puede inducir disfunción del otro.

Además, de acuerdo a la clasificación propuesta por Ronco et al.² se ha identificado cinco tipos de SCR (tipo 1, 2, 3, renocardíaco, y 5); dicho lo anterior, los estudios incluidos en esta revisión han descrito la clasificación del SCR, y este punto es importante ya que conocer la clasificación de una enfermedad es fundamental para obtener conocimientos fundamentales y particulares sobre el alcance, causas, consecuencias, diagnóstico, y tratamiento individualizado²²

Asimismo, diversos estudios^{5,11,12,13,14,15,16,17} han explicado la fisiopatología, epidemiología, los factores de riesgo, las manifestaciones clínicas, el diagnóstico y tratamiento del SCR. Dicho lo anterior, entender las características de una enfermedad es fundamental, dado que su conocimiento epidemiológico permite la adecuada clasificación, así como la comprensión de su importancia y de sus

posibilidades de prevención¹⁸. Ello, a su vez, permite establecer medidas orientadas para prevenir la aparición de un problema de salud pública y, por tanto, proteger a la población en riesgo¹⁹.

Las investigaciones actuales sobre el SRC, de acuerdo con el análisis de los estudios, estriban en: el trasplante renal como alternativa terapéutica; el papel del ecocardiograma en la valoración cardiovascular¹²; así como los factores pronósticos y las aportaciones de la atención primaria¹⁵. En este sentido, la constante actualización de la investigación científica desempeña un papel valioso en la mejora de la salud humana, puesto que a través de nuevas investigaciones los científicos de la salud exponen terapias inéditas, descubren otros tratamientos para las enfermedades, identifican factores de riesgo y avanzan en el conocimiento médico²⁰.

Solo tres estudios^{1,5,11} han investigado la etiología del SCR; la importancia de conocerla radica en que entender el origen y las causas del desarrollo de una patología son puntos clave tanto del manejo de las enfermedades como de su prevención²¹. De igual forma, existe poca evidencia acerca de la prevención del SCR¹⁵; conocer estas medidas es fundamental para prever su aparición, reducir los factores de riesgo, detener su avance, atenuar sus consecuencias y mejorar el estado de salud de la población a corto, mediano y largo plazos^{22,23}.

Otro punto importante, es que ningún estudio ha explicado la importancia de la prevención y seguimiento del SCR por el equipo multidisciplinario de salud (nefrólogos, nutriólogos, endocrinólogos, enfermeras, psicólogos, etcétera). Se sabe que el trabajo en equipo multidisciplinario aumenta

la seguridad de los pacientes, minimiza los errores médicos, mejora la satisfacción y el rendimiento del personal de salud y evita gastos generados por complicaciones, por ello, la importancia del abordaje del SCR por un equipo especializado²⁴.

Conclusiones

El síndrome cardiorenal es una patología que ha sido relativamente estudiada en los últimos cinco años. De acuerdo con la revisión rápida de la literatura, se muestra que existe un déficit de evidencia científica respecto de la prevención, los tratamientos alternativos y las funciones del equipo multidisciplinario de salud sobre el SCR, por lo que se propone la investigación exhaustiva sobre esta temática. De esta manera, se lograrán identificar las intervenciones de enfermería en el cuidado de los pacientes con síndrome cardiorenal, así como se encontrará evidencia científica sobre la prevención de esta enfermedad en los grupos de riesgo, y se conocerá la importancia de crear guías de práctica clínica para el SCR.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales

Los autores declaran que para esta investigación no se realizaron experimentos en seres humanos ni en animales.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado

Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Referencias

1. Pereira Rodríguez J., Boada-Morales L., Niño-Serrato D., Caballero-Chavarro M., Rincón-Gonzales G., Jaimes-Martín T., et al.. Síndrome cardiorenal. Revista Colombiana de Nefrología [Internet]. 2017 [Obtenido: 15 septiembre de 2023]. 24(6), 602-613. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-56332017000600602

2. Ronco C., McCullough P., Anker SD., Anand I., Aspromonte N., Sean S., et al.. Cardiorenal syndromes: report from the consensus conference of the Acute Dialysis Quality Initiative. Eur Heart J [Internet]. 2010 [Obtenido: 18 de septiembre de 2023]. 31 (8), 703-711. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20037146/>

3. Valle J., Bolaños C.. Síndrome cardiorenal. Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica [Internet]. 2016 [Obtenido: 19 de septiembre de 2023]. 12 (7), 151-156. <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-203-articulo-sindrome-cardiorrenal-S0120563317301122>

4. Singh NP., Anish K., Taposh L., Sarkar C.. Cardiorenal syndrome: an overview. Medicine update [Internet]. 2013 [Obtenido: 21 de septiembre de 2023]. 601-604. Disponible en: <https://www.semanticscholar.org/paper/Cardiorenal-Syndrome%3A-An-Overview-Singh-Kumar/5aad3cf59c82d3b78da3434b87c3747df4f99f9d>

www.semanticscholar.org/paper/Cardiorenal-Syndrome%3A-An-Overview-Singh-Kumar/5aad3cf59c82d3b78da3434b87c3747df4f99f9d

5. Quiroga B., Santamaría R., Gorostidi M.. Síndrome Cardiorenal. Nefrología al día [Internet]. 2023 [Obtenido: 22 de septiembre de 2023]. 23-34. Disponible en: <https://www.nefrologiaaldia.org/es-articulo-sindrome-cardiorrenal-555>

6. McCullough PA., Kellum JA., Haase M., Murray P., Cruz D., Andrew A., et al.. Pathophysiology of the Cardiorenal Syndromes: Executive Summary from the Eleventh Consensus Conference of the Acute Dialysis Quality Initiative (ADQI). Contrib Nephrol [Internet]. 2013 [Obtenido: 23 de septiembre de 2023]. 82-98. Disponible en: <https://karger.com/books/book/126/chapter-abstract/5064409/Pathophysiology-of-the-Cardiorenal-Syndromes?redirectedFrom=fulltext>

7. Tapia Benavente L., Vergara Merino L., Garegnani I., Ortiz Muñoz L., Loézar C., Vargas Peirano M.. Revisiones rápidas: definiciones y usos. Medwave [Internet]. 2021 [Obtenido: 9 de septiembre de 2023]. 21(01). Disponible en: <https://www.medwave.cl/revisiones/metodoinvestreport/8090.html>

8. Descriptores en Ciencias de la Salud. DeCS [Internet]. [Obtenido: 01 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://decs.bvsalud.org/es/>

9. Medical Subject Headings. MeSH. [Internet]. [Obtenido: 04 de sep-

tiembre de 2023]. Disponible en: https://decs.bvsalud.org/es/ths/resource/?id=38905&filter=&q=&lang_another=es

10.Page M., McKenzie E., Bossuyt M., Boutron I., Hoffmann T., Mulrow C., et al.. Declaración PRISMA 2020: una guía actualizada para la publicación de revisiones sistemáticas. Revista Española de Cardiología [Internet]. 2020 [Obtenido: 02 de octubre de 2023]. 9, 790-799. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0300893221002748>

11.Thierer J. Síndrome cardiorenal. Revista Uruguaya de Cardiología [Internet]. 2018 [Obtenido: 02 de octubre de 2023]. 33(2), 8-27. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1688-04202018000100081&lng=es&nrm=iso

12.Alprecht-Quiroz P., Zúñiga-Pineda B., Lara-Terán J., Cáceres-Vinueza S., Duarte-Vera Y.. Síndrome cardiorenal: aspectos clínicos y ecocardiográficos. Revista mexicana de cardiología [Internet]. 2021 [Obtenido: 01 de octubre de 2023]. 90 (4), 503-510. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-99402020000400503

13.Rozo-Ortiz E., Ledmar G., Bautista M., Ortega-García S., Valencia-Rincón L., Zareth L., et al.. Síndrome cardiorenal: enfoque diagnóstico, terapéutico y pronóstico. Med Int Méx [Internet]. 2021 [Obtenido: 05 de octubre de 2023]. 36 (7), 971-981. Disponible

en: <https://medicinainterna.org.mx/article/sindrome-cardiorrenal-enfoque-diagnostico-terapeutico-y-pronostico/>

14.Chávez-Iñiguez J., Sánchez-Villaseca S., García-Macías L.. Cardiorenal syndrome: classification, pathophysiology, diagnosis and management. Literature review. Arch. Cardiol. Méx [Internet]. 2022 [Obtenido: 10 de octubre de 2023]. 92 (2), 1-11. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1405-99402022000200253&lng=es&nrm=iso&tlng=en

15.Pardo Franco J.. Síndrome cardiorenal y metabólico y su relación con Atención Primaria. Diabetes práctica [Internet]. 2023 [Obtenido: 1 de octubre de 2023]. 14(4). Disponible en: <https://diabetespractica.com/articulo/678>

16.Doumani G., Spanos G., Theofilis P., Vordoni A., Kalaitzidis R. Cardiorenal syndrome and iron supplementation—more benefits than risks: a narrative review. Nephrology [Internet]. 2023. [Obtenido: 1 de enero de 2024]. 56(1), 597-606. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11255-023-03741-8>

17.McCallum W., Testani J. Updates in Cardiorenal Syndrome. Med Clin North Am [Internet]. 2023. [Obtenido: 10 de diciembre de 2023]. 107(4), 763-780. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10756136/>

18.Organización Mundial de la Salud. OMS [Internet]. Enfermedades y Prob-

lemas Relacionados con la Salud (CIE). [Obtenido: 15 de noviembre de 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/standards/classifications/classification-of-diseases>

19.Organización Panamericana de la Salud. OPS [Internet]. Módulo de principios de epidemiología para el control de enfermedades. [Obtenido: 20 de noviembre de 2023]. Disponible en: https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=9161:2013-mo-pece-training-modules-epidemiology&Itemid=0&lang=es#gsc.tab=0

20.National Institutes of Health. NIH [Internet]. Entender los riesgos para la salud. Estados Unidos de América. [Obtenido: 23 de noviembre de 2023]. Disponible en: <https://salud.nih.gov/recursos-de-salud/nih-noticias-de-salud/#:~:text=Conocer%20los%20riesgos%20que%20usted,m%C3%A9dico%20a%20tomar%20decisiones%20informadas>

21.Jean-Louis V & Jacques C. Paradigm shifts in critical care medicine: the progress we have made. Journal of critical care [Internet]. 2015 [Obtenido: 14 de noviembre de 2023]. 19(3), 1-6. Disponible en: <https://ccforum.biomed-central.com/articles/10.1186/cc14728>

22.Rodríguez Méndez M., Echemendía Tocabens B.. La prevención en salud: posibilidad y realidad. Revista Cubana de Higiene y Epidemiología [Internet]. 2021. [Obtenido: 10 de noviembre de 2023]. 49(1), 135-150. Disponible en:

<http://scielo.sld.cu/pdf/hie/v49n1/hie15111.pdf>

23.Organización Mundial de la Salud. OMS [Internet]. Promoción de la Salud. [Obtenido: 11 de noviembre de 2023]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/promocion-salud>

24.Rando Huluk A. Trabajo en equipo: ¿Es posible formar equipos médicos expertos a partir de profesionales expertos?. Revista Médica del Uruguay [Internet]. 2016 [Obtenido: 03 de julio de 2024]. 32(1), 59-67. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-03902016000100008



Ensayo: Retos en la implementación de la informática en enfermería en México

Essay: Challenges in the implementation of nursing informatics in Mexico

Ensaio: Desafios na implementação da informática na enfermagem no México

Erika Lozada Perezmitre¹

<http://orcid.org/0000-0002-0515-8662>

Miguel Iván Gómez Flores¹

<http://orcid.org/0000-0003-4247-4119>

Guadalupe Vianey Antonio Ledo¹

<https://orcid.org/0000-0001-9191-4139>

Erick Landeros Olvera¹

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

Rosa María Galicia Aguilar¹

<http://orcid.org/0000-0002-0933-124x>

Catherine Valerdi Juárez¹

<https://orcid.org/0009-0002-5895-4803>

¹Benemérita Universidad Autónoma de Puebla.
Facultad de Enfermería. Puebla, México.

Autor de correspondencia: Erika Lozada
Perezmitre

Correo electrónico: erika.lperezmitre@correo.buap.mx

Recibido: 19 abril 2024

Aceptado: 30 mayo 2024

Publicado: 06 agosto 2024

Resumen

Introducción: La Informática en Enfermería (IE) ha revolucionado la atención sanitaria al integrar ciencias de la computación e información, mejorando la gestión y coordinación del cuidado.

Desarrollo: Su implementación en Latinoamérica, especialmente en México, enfrenta desafíos para garantizar equidad y eficiencia en el acceso y la calidad del cuidado. Las competencias en IE son fundamentales para desarrollar estrategias de atención a

través de tecnologías. La transformación digital en enfermería requiere la participación activa de los profesionales.

Conclusiones: Es crucial superar los obstáculos y aprovechar plenamente el potencial de la IE para mejorar la atención sanitaria.

Palabras clave: Informática en enfermería, atención primaria, tecnologías y computación.

Abstract

Introduction: Nursing Informatics (NI) has revolutionized healthcare by integrating computer science and information, thus management and care coordination improves.

Development: Its implementation in Latin America, mainly in Mexico; it faces challenges to guarantee equity and efficiency in access and quality of care. NI competencies are essential to develop care strategies through technology. The digital transformation in nursing requires the active participation of professionals.

Conclusion: It is crucial to overcome obstacles and fully harness the potential of NI to improve healthcare.

Keywords: Nursing informatics, primary care, technology and computing.

Resumo

Introdução: A Informática na Enfermagem (IE) tem revolucionado a atenção sanitária ao integrar ciências da computação e informação, melhorando a gestão e coordenação do cuidado.

Desenvolvimento: A sua implementação na América Latina, especialmente no México, enfrenta desafios para garantir a equidade e a eficiência ao acesso e a qualidade do cuidado. As competências na IE são fundamentais para desenvolver estratégias de atenção através das tecnologias. A transformação digital na enfermagem requer a participação ativa dos profissionais.

Conclusões: É crucial superar os obstáculos e aproveitar plenamente no potencial da IE para melhorar o atendimento sanitário.

Palavras-chave: Informática na enfermagem, atendimento primário, tecnologias e computação.

Introducción

El uso de la tecnología en la atención de salud y su impacto positivo en la brecha de desigualdad aún es un tema desconocido por muchos. En los años sesenta fue instalado el primer sistema por computadora en hospitales en países desarrollados¹. Desde entonces, el uso de las tecnologías en el ámbito sanitario ha ido evolucionando. La enfermería ha contribuido a la adquisición, el diseño y la implementación de estas tecnologías durante el cuidado. En 1980 surgió una nueva especialidad denominada Informática en Enfermería (IE)².

De acuerdo con la Asociación Americana de Enfermería (ANA), la IE es la especialidad que integra las ciencias de la computación e información. La IE puede mejorar la eficiencia, seguridad y calidad de la atención, al facilitar procesos de gestión, investigación, comunicación y coordinación del cuidado de las personas^{3,4}. La práctica de la enfermería (administración, educación, investigación y desarrollo del conocimiento de la disciplina) ocupa las ciencias de la informática a fin de identificar, recolectar, procesar y manejar datos e información para el apoyo en el cuidado de personas⁴; ello puede beneficiar la atención primaria de la salud y la salud pública.

La IE establece que la calidad de la práctica

en enfermería depende, en gran medida, de las competencias en el manejo de la informática⁵. Por lo anterior, los profesionales capacitados en la IE requieren habilidades de la práctica avanzada en enfermería; sin embargo en Latinoamérica, principalmente en México, la IE tiene retos para el desarrollo de estrategias del cuidado a través de las tecnologías. El objetivo es que la IE sea equitativa, efectiva y eficiente; que ayude a mejorar el acceso, la oportunidad de la atención, generación de alertas en salud, disminución de costos y brindar mayor efectividad en el cuidado de la salud^{5, 6}. En ese sentido, el propósito de este ensayo es mostrar el panorama de la IE en México, sus retos, implementación e impacto en la salud pública.

Desarrollo

Las tecnologías digitales aplicadas a la salud son una estrategia para mejorar constantemente los servicios que ofrece la enfermería. La información integral, precisa y segura de la IE agiliza procesos de salud, beneficia a personas y organizaciones sanitarias⁷; incluso, da aportes a la enfermería, dado que el uso de tecnologías facilita la práctica asistencial, de investigación, docencia y administración⁸. El desarrollo de habilidades y competencias se ve reflejado con menor probabilidad de errores o daños, lo que determina la calidad del cuidado de la salud⁹.

A pesar de los beneficios presentes de las tecnologías que se ocupan directamente en salud y transformación digital, también se presentan transiciones en estructura poblacional, cultura de la sociedad e instituciones que brindan atención; es decir, se transforma la forma en que se ofrecen los

servicios y se atiende a la población desde el sistema de salud.

Cabe mencionar que no siempre se beneficia a todas las personas¹⁰; por ejemplo, para acceder a la salud, se requiere integrar el proceso a un ecosistema que incluya la población por atender y las relaciones con su entorno, no solo mediante la digitalización de documentos o del uso de aplicaciones móviles, sino con un impacto significativo en la cobertura en salud¹¹. En dicho contexto, el uso de las tecnologías debe ser aprovechado y no solo brindar calidad en los cuidados u orientar a la población acerca de problemas potenciales de salud, sino también dar acceso a servicios de salud a comunidades que, por alguna situación, no puedan tener este beneficio.

La transición tecnológica de los últimos 10 años repercute en la práctica diaria de los profesionales de enfermería: los registros electrónicos, portales de salud para pacientes; teleenfermería, inteligencia artificial y robótica, por mencionar algunos. Estas transforman la práctica de enfermería y cambian la interacción con las personas¹². Es urgente incentivar el desarrollo de habilidades asociadas con estas tecnologías y herramientas; también que los profesionales sean parte de su desarrollo y diseño¹³. Deben dominar el entorno digital y su nuevo enfoque en la disciplina, porque las nuevas tecnologías cambian principalmente muchos aspectos de la atención de la salud. Se estima que en el futuro se necesitará un mejor enfoque en la atención primaria de la salud, lo que se podría lograr través de entornos digitales¹⁴.

En México no se ha conocido la especialidad de IE como una herramienta necesaria.

Investigaciones recientes, como el de Lozada et al.¹⁵, mostraron la importancia de su estudio, mediante la validación de la escala de autoevaluación de habilidades informáticas (SANICS-MX) en profesionales de enfermería mexicanos. Derivado de ello, se puede identificar que existe la necesidad de implementar estrategias dirigidas a la informática en profesionales en enfermería: el desarrollo de competencias de IE es pieza clave para empezar a crear estrategias en salud, dirigidas a la implementación de la especialidad de la informática en enfermería¹⁵.

Si bien se han generado estudios^{2,3,4,5} acerca del uso de la informática en la práctica de enfermería como teleenfermería, existe nula evidencia científica sobre gestión, análisis de ventajas y usos de la IE en México. Algunos estudios y documentos publicados desde organismos internacionales han emitido diversas recomendaciones para impulsar el desarrollo y la implementación de Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC) en los sistemas de salud. En México destacan las siguientes: el desarrollo para fortalecer los marcos legales y regulatorios de las TIC, a través de políticas en salud (eSalud o Salud digital) que incluyan a academias y entidades gubernamentales; el consenso entre diferentes actores que pueden estar involucrados, como representantes del sector de las TIC¹⁶.

Por otro lado, la telesalud no se encuentra incluida en las normas oficiales relacionadas con la atención en salud, por lo que no queda respaldo legal de dicha práctica a distancia; tampoco cuenta con el respaldo legal del uso de estas tecnologías en otras profesiones relacionadas como enfermería, farmacia y psicología; algunas tienen docu-

mentos propios, de carácter normativo, que rigen la disciplina¹⁷.

La Enfermería brinda y presta atención a personas, familias, grupos y comunidades, en todos los contextos; promueve salud y prevención de la enfermedad¹⁸. Las TIC son de gran importancia en la Enfermería, pues impactan en equipos y materiales, así como en sistemas de registros o control para las constantes fisiológicas. Cada vez se hace más uso de la teleenfermería y la IE¹⁹.

Los adelantos tecnológicos de la IE pueden ser vistos como un progreso social del que hacer diario de enfermería. Cabe destacar que estos avances no siempre llegan, se socializan, aprenden o distribuyen equitativamente; incluso, las problemáticas sociales y el tiempo afectan la adaptación de estos cambios²⁰.

Las tecnologías constituyen un factor clave en los procesos de cuidado, promoción y educación de la salud en las zonas rurales que deben hacer frente a las desigualdades, con el firme propósito de superarlas, ya que las TIC conllevan un proceso particular de exploración, organización y gestión, tanto de información y comunicación como de interacción. Ante esto, se reporta que las TIC pueden ser útiles para promover servicios profesionales de enfermería; ayudar a generar nuevas oportunidades laborales o de desarrollo académico; fomentar la promoción de la salud; así como mejorar el flujo de trabajo entre colegas²¹.

La transformación digital es la atención de la salud mediante tecnologías como Internet o aplicaciones móviles que permiten intercambiar, almacenar y captar datos a distancia, dentro del ecosistema de salud.

Estas herramientas dan lugar a la continuidad de cuidados, mejoran resultados sanitarios, diagnósticos de enfermería, decisiones terapéuticas basadas en datos, terapias digitales, ensayos clínicos, autocuidado y atención centrada en las personas. Además, la IE permite ampliar los conocimientos basados en evidencia, aptitudes y competencias de profesionales para prestar servicios de salud, a través de ciber salud o salud digital para ejecutar planes de acción, incluyendo comunidades rurales^{22,23}.

También ha resaltado la importancia de las TIC, pues favorecen la creación de entornos colaborativos basados en salud móvil, que posibilitan la creación de contenidos en forma colaborativa; así como el intercambio de información entre instituciones, bibliotecas médicas virtuales, profesionales de salud pública alejados geográficamente y sociedad en general, a través de foros virtuales, conversatorios, redes de intercambio de información y blogs²⁴.

Otro ejemplo de cómo pueden favorecer el ejercicio de los salubristas –y, por ende, de los tomadores de decisión– son los sistemas de vigilancia de enfermedades emergentes, como el Programa para el Monitoreo de Enfermedades Emergentes ProMED mail o el de enfermedades infecciosas (MedISys), desarrollado por la Dirección de Salud y Asuntos de Consumidores de la Comisión Europea²⁵.

En otro ámbito, la aplicación del macrodatos (big data) en el campo de la salud pública está relacionada con la posibilidad de integrar sistemas de información de cobertura en salud, capaces de articular una perspectiva, tanto individual como comunitaria; por ejemplo, es posible conformar grandes

bases de datos con información de distintas poblaciones en cuanto a infraestructura, disponibilidad de servicios hospitalarios y densidad de médicos disponibles, con datos individuales sobre historial clínico y monitoreo de salud; por lo tanto, capturar y analizar esta información tiene gran potencial sobre el diseño e implementación de políticas públicas^{15,23}.

Conclusiones

En conclusión, si bien la especialidad de IE es reconocida en muchos lugares del mundo, en México aún no se tiene ni reconoce este grado académico; lo cual representa una escasez de profesionales competentes en el uso de la informática, que dificulta el conocimiento de la disciplina, debido a la resistencia en general y la falta de apoyo de diferentes instituciones. Actualmente, la IE está presente en muchos establecimientos de salud y se presenta como competencia básica dentro de la carrera de grado de distintas universidades y hospitales escuela; pero sigue siendo un reto mundial que necesita la suma de esfuerzos nacionales e internacionales, para fortalecer conocimientos digitales que puedan implementarse entre quienes más lo necesitan.

Referencias

1. Fathi J, Modin H, Scott D. Nurses Advancing Telehealth Services in the Era of Healthcare Reform. OJIN [Internet] 2017;22(2) Disponible en: <https://ojin.nursingworld.org/table-of-contents/volume-22-2017/number-2-may-2017/nurses-advancing-telehealth-services-in-the-era-of-healthcare-reform/>

2. Abdul H, Wigodski S, Caballero M. Informática en enfermería: un desafío a la formación actual. Medwave [Internet]. 2012;12(2). Disponible en: <http://doi.org/10.5867/medwave.20012.02.5307>
3. Weaver C. Nursing and Informatics for the 21st Century. An International Look at Practice. Education and EHR Trends. Second Edition. HIMSS: AMIA. 2020.
4. García ML, Sanz LA, Buergo GO, Herrero AM, Delgado RE. Tecnologías de la información en la gestión de cuidados de enfermería. Gest y Eval Cost Sanit [Internet]. 2016;17(2):133-148. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962020000300007
5. López-Morales AB, Barrera-Cruz A. Enfermería basada en la evidencia y su aplicación en el plan de cuidados de enfermería. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc [Internet]. 2018;24(3):161-162. Disponible en: <https://biblat.unam.mx/hevila/RevistadeenfermeriadelInstitutoMexicanodelSeguroSocial/2016/vol24/no3/1.pdf>
6. Conferencia Mundial sobre Atención Primaria de Salud. Declaración de Astaná octubre. World Health Organization and the United Nations Children's Fund (UNICEF), 2018. Disponible en: <https://www.who.int/primary-health/conference-phc/declaration>
7. Consejo Internacional de Enfermeras. El futuro de la enfermería y la salud digital I: una nueva declaración de posición del CIE destaca las oportunidades y los riesgos. [Internet]. CIE. 2021 [citado 02 febrero 2024]. Disponible en: <https://www.icn.ch/es/noticias/el-futuro-de-la-enfermeria-y-la-salud-digital-una-nueva-declaracion-de-posicion-del-cie>
8. Suarez-Rodriguez R, Cabrera Olvera JL, Zapara Silva IM. Specialized nursing professional. Does this specialist make the best use of technology in care?. RevHabCienMedi. 2022, 21(3). Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/1804/180473698014/html/>
9. Santiago Mijangos AD, Jimenez Zúñiga EA. Qualidade do cuidado de enfermagem a partir da abordagem de donabedian em pacientes hospitalizados com dor [Internet]. 2022. 26. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.29393/ce26-19ccas40019>
10. Instituto Nacional de Salud Pública. Equidad en el acceso a los servicios de salud [Internet]. INSP. 2022. [Citado 02/02/24]. Disponible en: <https://www.insp.mx/avisos/equidad-en-el-acceso-a-los-servicios-de-salud>
11. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Políticas de fomento para la incorporación de las tecnologías digitales en las micro, pequeñas y medianas empresas de América Latina Revisión de experiencias y oportunidades. [Internet]. CEPAL. 2022 [citado 02/02/24]. Disponible en: <https://repositorio.cepal.org/server/api/core/bitstreams/07bb3712-8dbd-40f9-b527-7fb04e67e435/content>
12. Waldow Vera Regina, Germán-Bés

Concha. Tecnologías Avanzadas e Inteligencia Artificial: reflexión sobre desarrollo, tendencias e implicaciones para la Enfermería. Index Enferm [Internet]. 2020 Sep [citado 2024 Feb 16] ; 29(3): 142-146. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962020000200009&lng=es

13.Andrade-Pizarro Lisbeth Made-
layne, Bustamante-Silva Joseline
Stefanie, Viris-Orbe Sandra Maricela,
Noboa-Mora Clara Jeniffer. Retos y
desafíos de enfermería en la actuali-
dad. Salud y Vida [Internet]. 2023 Dic
[citado 2024 Feb 16] ; 7(14): 41-53.
Disponible en: [http://ve.scielo.org/
scielo.php?script=sci_arttext&pi-
d=S2610-80382023000200041&ln-
g=es](http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2610-80382023000200041&lng=es)

14.Comisión Económica para América
Latina y el Caribe (CEPAL). Tecnologías
digitales para un nuevo futuro. 2021.
Disponible en: [https://repositorio.
cepal.org/server/api/core/bitstreams/
879779be-c0a0-4e11-8e08-cf80b41a-
4fd9/content](https://repositorio.cepal.org/server/api/core/bitstreams/879779be-c0a0-4e11-8e08-cf80b41a-4fd9/content)

15.Lozada Perezmitre, E., Galicia Aguilar,
R. M., Landeros Olvera, E., Antonio Ledo,
G. V., & Pruinelli, L. (2023). Validación de
la escala de autoevaluación de com-
petencias de enfermería en informá-
tica en español. Journal Health NPEPS,
8(2). Disponible en: [https://periodicos.
unemat.br/index.php/jhnpeps/article/
view/11403](https://periodicos.unemat.br/index.php/jhnpeps/article/view/11403)

16.Díaz de León, C. Las TIC en el sec-
tor público del Sistema de Salud de
México: Avances y oportunidades.

(2020). Acta Universitaria. 7(8), 89.95.
Disponible en: [http://doi.org/10.15174.
au.2020.2650](http://doi.org/10.15174.au.2020.2650)

17.Arenas, J., Pérez, H. Atención a pobla-
ciones vulnerables a través del Progra-
ma Estatal de Telesalud de Querétaro:
Centro penitenciario varonil. (2018).
Latin American Journal of Telehealth,
5(2), 181-186. Disponible: [https://doi.
org/10.32443/2175-2990\(2018\)249](https://doi.org/10.32443/2175-2990(2018)249)

18.Centro Nacional de Excelencia Tec-
nológica en Salud (Cenetec). (2020).
Observatorio de Telesalud. Disponible
en: [https://cenetecdifusion.com/ob-
servatoriotelesalud/](https://cenetecdifusion.com/observatoriotelesalud/)

19.International Council of Nurses.
Definition of Nursing. Geneva (Switzer-
land): ICN. 2019. Disponible en: [http://
www.icn.ch/who-we-are/icn-defini-
tion-of-nursing/](http://www.icn.ch/who-we-are/icn-definition-of-nursing/)

20.Condor DF, Sánchez AK, Bidman
AA.. Nursing Informatics Training in
Undergraduate Nursing Programs in
Peru. Studies in Health Technology and
Informatics. [Internet]. 2021 250:81.
Disponible en: [https://pubmed.ncbi.
nlm.nih.gov/29857387/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29857387/)

21.Curioso, Walter H., & Oscuvilca-Ta-
pia, Elsa. Programas de capacitación
para el fortalecimiento de capacida-
des en informática en enfermería: una
perspectiva peruana. Ciencia y enfer-
mería. [Internet]. 2021 27, 5. Disponible
en: [https://dx.doi.org/10.29393/ce27-
5pcwe20005](https://dx.doi.org/10.29393/ce27-5pcwe20005)

22.Cruz Pérez MA, Pozo Vinueza MA,
Aushay Yupangui. Information and

Communication Technologies (TIC) as an interdisciplinary research form with an intercultural approach to the process of student training. ECI. [Internet]. 2019, 9(1),44-59. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/4768/476862662003/html/>

23.Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Tecnologías digitales para un nuevo futuro. 2021. Disponible en: <https://repositorio.cepal.org/server/api/core/bitstreams/879779be-c0a0-4e11-8e08-cf80b41a-4fd9/content>

24.Organización Mundial de la Salud. Proyecto de estrategia mundial sobre salud digital 2020-2025. [Internet]. 2021. Recuperado de https://www.who.int/docs/default-source/documents/200067-lb-full-draft-digital-health-strategy-with-annex-cf-6jan20-cf-rev-10-1-clean-sp.pdf?sfvrsn=4b848c08_2

25.García F. Aplicaciones móviles en la salud pública de México. [Internet]. 2018. Disponible en: <https://u-gob.com/aplicaciones-moviles-en-la-salud-publica-de-mexico/>

26.García G. TIC y salud pública: aplicaciones en México. [Internet]. 2018. Disponible en: <https://vinculotic.com/salud/tic-salud-publica-aplicaciones-mexico/>