



2020 Vol. 4 N° 1

Health Care & Global Health

JOURNAL OF RESEARCH AND HEALTH

ISSN 2522-7270

(ONLINE)



Peruvian Journal of Health Care and Global Health

Volumen 4 • Número 1 • 2020

AUTORIDADES DE LA UNIVERSIDAD

Dr. César Augusto Ángeles Caballero
Rector

Dr. Milciades Hidalgo Cabrera
Vicerrector Académico

Mg. Carlos Rubén Campomanes Bravo
Secretario General

DR. Hipólito César Reyes Del Carmen
Gerente General

Jorge Alberto Del Carpio Salinas
Decano de la Facultad de Ciencias e Ingeniería

Dr. Hernán Hugo Matta Solís
Decano (i) de la Facultad de Ciencias de la Salud

Dr. Roberto Cumpen Vidaurre
Decano (e) de la Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales

Dr. Roberto Cumpen Vidaurre
Decano de la Facultad de Ciencias Contables, Económicas y Financieras

Mg. Gustavo Marino Villar Mayuntupa
Coordinador de la Escuelas Profesionales de Educación Inicial y Educación Primaria e Interculturalidad.

Lic. Pablo Emerson Muñoz Choque
Coordinador de la Escuelas Profesionales de Administración y Contabilidad con mención en Finanzas.

Lic. Doris Mellina Alvines Fernandez
Coordinador de la Escuela Profesional de Enfermería.

Dr. Laberiano Matías Andrade Arenas
Coordinador de las Escuelas Profesionales de Ingeniería de Sistemas e Informática e Ingeniería Electrónica con mención en Telecomunicaciones.

COMITÉ EDITORIAL

EDITOR GENERAL

Juan Morales, Universidad de Ciencias y Humanidades, Perú

EDITOR ADJUNTO

Hernan Matta, Universidad de Ciencias y Humanidades, Perú

EDITORES ASOCIADOS

José Fuentes-Rivera, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Perú

Wilfredo Carcausto, Universidad Arzobispo Loayza, Perú

Kelly Levano, Universidad de Ciencias y Humanidades, Perú

Nélida Hilario, Universidad Peruana Cayetano Heredia

Alicibiades Díaz-Vera, Universidad Católica Murcia, España

COMITÉ CIENTÍFICO

- César Arturo Gutiérrez Villafuerte, *Universidad Nacional Mayor de San Marcos - UNMSM, Perú*
- Caridad Dandicourt Thomas, *Facultad de Ciencias Médicas Manuel Fajardo - FCM FAJARDO, Cuba*
- Carlos Alexander Alva Díaz, *Ministerio de Salud - MINSA, Perú*
- María Cristina Maya Vázquez, *Universidad Nacional Autónoma de México - UNAM, México*
- María Teresa Cuamatzi Peña, *Universidad Autónoma del Estado de México - UAEMex, México*
- María Angélica Arzuaga Salazar, *Universidad de Antioquia - UdeA, Colombia*
- Yolanda Rufina Condorimay Tacsí, *Universidade Federal de Goiás - UFG, Brasil*
- Violeta Magdalena Rojas Huayta, *Universidad Nacional Mayor de San Marcos - UNMSM, Perú*
- Eduardo Rafael Bucio Reta, *Instituto Nacional de Cardiología - Ignacio Chávez, México*
- Jack Roberto Silva Fhon, *Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo - EERP USP, Brasil*
- Leda Yamilée Hurtado Roca, *Universidad Autónoma de Madrid - UAM, España*
- José Pacheco Romero, *Universidad Nacional Mayor de San Marcos - UNMSM, Perú*
- Sílvia Suarez Cunza, *Universidad Nacional Mayor de San Marcos - UNMSM, Perú*
- Jéssica J Rivadeneyra Posadas, *Universidad de Burgos - UBU, España*
- Emma Hernández Valdés, *Instituto de Cardiología y Cirugía Cardiovascular - ICCV, Cuba*

Peruvian Journal of Health Care and Global Health

Peruvian Journal of Health Care and Global Health, es una publicación de la Universidad de Ciencias y Humanidades.

ISSN: 2522-7270

Editado por:

Peruvian Journal of Health Care and Global Health

© Copyright 2018

Dirección: Av. Universitaria 5175 - Los Olivos, Lima 39

<http://revista.uch.edu.pe>

Junio 2020

Esta publicación es gratuita y el contenido en su integridad se encuentra en:
<http://revista.uch.edu.pe>

Editorial

- Covid-19 y la desigualdad en el Perú
Covid-19 and inequality in Peru
Gustavo Villar-Mayuntupa 4

Artículo original

- Obesidad y sobrepeso en estudiantes de una universidad de Lima Norte
Obesity and overweight among students of a university of North Lima
Ana Paula Goyzueta, Juan Morales 6
- Atención prenatal y psicoprofilaxis obstétrica en gestantes del primer nivel de un distrito del Callao
Prenatal care and obstetric psychoprophylaxis in pregnant women of primary healthcare of a district of Callao
Marlene Raquel Basilio-Rojas 11
- Habilidades sociales en estudiantes de enfermería de una universidad privada de Lima Norte
Social skills in nursing students of a private university of North of Lima
Dayana del Pilar García-Nuñez, Hernan Hugo Matta-Solis 16

Artículo breve

- Diabetes mellitus y enfermedades odontológicas en un establecimiento del primer nivel de la Región Callao
Diabetes mellitus and dental diseases in a primary healthcare center of Callao Region
Juan Morales, Luz Verónica Licera 20
- La Medicina Familiar y Comunitaria en la Pandemia por COVID-19: Contribuciones y Desafíos
Family and Community Medicine During COVID-19 Pandemic: Contributions and Challenges
Verónica Palomino, Paula Cahuina-Lope 24

Artículo especial

- Proceso de cuidado de enfermería en un paciente oncológico
Nursing care process in an oncology patient
Ana Paula Goyzueta 28
- Experiencia de enfermería en la atención de pacientes con COVID-19 en primer nivel de atención
Nursing experience in the care of patients with COVID-19 at a Primary Health Care Center
María Rosa Gonzales 37

Peruvian Journal of Health Care and Global Health

Volumen 4 • Número 1 • 2020

AUTORIDADES DE LA UNIVERSIDAD

Dr. César Augusto Ángeles Caballero
Rector

Dr. Milciades Hidalgo Cabrera
Vicerrector Académico

Mg. Carlos Rubén Campomanes Bravo
Secretario General

DR. Hipólito César Reyes Del Carmen
Gerente General

Jorge Alberto Del Carpio Salinas
Decano de la Facultad de Ciencias e Ingeniería

Dr. Hernán Hugo Matta Solis
Decano (i) de la Facultad de Ciencias de la Salud

Dr. Roberto Cumpen Vidaurre
Decano (e) de la Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales

Dr. Roberto Cumpen Vidaurre
Decano de la Facultad de Ciencias Contables, Económicas y Financieras

Mg. Gustavo Marino Villar Mayuntupa
Coordinador de la Escuelas Profesionales de Educación Inicial y Educación Primaria e Interculturalidad.

Lic. Pablo Emerson Muñoz Choque
Coordinador de la Escuelas Profesionales de Administración y Contabilidad con mención en Finanzas.

Lic. Doris Mellina Alvines Fernandez
Coordinador de la Escuela Profesional de Enfermería.

Dr. Laberiano Matías Andrade Arenas
Coordinador de las Escuelas Profesionales de Ingeniería de Sistemas e Informática e Ingeniería Electrónica con mención en Telecomunicaciones.

COMITÉ EDITORIAL

EDITOR GENERAL

Juan Morales, Universidad de Ciencias y Humanidades, Perú

EDITOR ADJUNTO

Hernan Matta, Universidad de Ciencias y Humanidades, Perú

EDITORES ASOCIADOS

José Fuentes-Rivera, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Perú

Wilfredo Carcausto, Universidad Arzobispo Loayza, Perú

Kelly Levano, Universidad de Ciencias y Humanidades, Perú

Nélida Hilario, Universidad Peruana Cayetano Heredia

Alcibiades Díaz-Vera, Universidad Católica Murcia, España

COMITÉ CIENTÍFICO

- César Arturo Gutiérrez Villafuerte,
Universidad Nacional Mayor de San Marcos - UNMSM, Perú
- Caridad Dandicourt Thomas,
Facultad de Ciencias Médicas Manuel Fajardo - FCM FAJARDO, Cuba
- Carlos Alexander Alva Díaz,
Ministerio de Salud - MINSA, Perú
- María Cristina Maya Vázquez,
Universidad Nacional Autónoma de México - UNAM, México
- María Teresa Cuamatzi Peña,
Universidad Autónoma del Estado de México - UAEMex, México
- María Angélica Arzuaga Salazar,
Universidad de Antioquia - UdeA, Colombia
- Yolanda Rufina Condorimay Tacsí,
Universidade Federal de Goiás - UFG, Brasil
- Violeta Magdalena Rojas Huayta,
Universidad Nacional Mayor de San Marcos - UNMSM, Perú
- Eduardo Rafael Bucio Reta,
Instituto Nacional de Cardiología - Ignacio Chávez, México
- Jack Roberto Silva Fhon,
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo - EERP USP, Brasil
- Leda Yamilée Hurtado Roca,
Universidad Autónoma de Madrid - UAM, España
- José Pacheco Romero,
Universidad Nacional Mayor de San Marcos - UNMSM, Perú
- Sílvia Suarez Cunza,
Universidad Nacional Mayor de San Marcos - UNMSM, Perú
- Jéssica J Rivadeneyra Posadas,
Universidad de Burgos - UBU, España
- Emma Hernández Valdés,
Instituto de Cardiología y Cirugía Cardiovascular - ICCV, Cuba

Peruvian Journal of Health Care and Global Health

Peruvian Journal of Health Care and Global Health, es una publicación de la Universidad de Ciencias y Humanidades.

ISSN: 2522-7270

Editado por:

Peruvian Journal of Health Care and Global Health

© Copyright 2018

Dirección: Av. Universitaria 5175 - Los Olivos, Lima 39

<http://revista.uch.edu.pe>

Junio 2020

Esta publicación es gratuita y el contenido en su integridad se encuentra en:
<http://revista.uch.edu.pe>

Editorial

- Covid-19 y la desigualdad en el Perú
Covid-19 and inequality in Peru
Gustavo Villar-Mayuntupa 4

Artículo original

- Obesidad y sobrepeso en estudiantes de una universidad de Lima Norte
Obesity and overweight among students of a university of North Lima
Ana Paula Goyzueta, Juan Morales 6
- Atención prenatal y psicoprofilaxis obstétrica en gestantes del primer nivel de un distrito del Callao
Prenatal care and obstetric psychoprophylaxis in pregnant women of primary healthcare of a district of Callao
Marlene Raquel Basilio-Rojas 11
- Habilidades sociales en estudiantes de enfermería de una universidad privada de Lima Norte
Social skills in nursing students of a private university of North of Lima
Dayana del Pilar García-Nuñez, Hernan Hugo Matta-Solis 16

Artículo breve

- Diabetes mellitus y enfermedades odontológicas en un establecimiento del primer nivel de la Región Callao
Diabetes mellitus and dental diseases in a primary healthcare center of Callao Region
Juan Morales, Luz Verónica Licera 20
- La Medicina Familiar y Comunitaria en la Pandemia por COVID-19: Contribuciones y Desafíos
Family and Community Medicine During COVID-19 Pandemic: Contributions and Challenges
Verónica Palomino, Paula Cahuina-Lope 24

Artículo especial

- Proceso de cuidado de enfermería en un paciente oncológico
Nursing care process in an oncology patient
Ana Paula Goyzueta 28
- Experiencia de enfermería en la atención de pacientes con COVID-19 en primer nivel de atención
Nursing experience in the care of patients with COVID-19 at a Primary Health Care Center
María Rosa Gonzales 37

Covid-19 y la desigualdad en el Perú

Covid-19 and inequality in Peru

Gustavo Villar-Mayuntupa  ^{1,a}

¹ Universidad de Ciencias y Humanidades. Lima, Perú.

^a Psicólogo. Magister en Ciencias de la Educación

Información del artículo

Citar como: Villar-Mayuntupa G. Covid-19 y la desigualdad en el Perú. *Health Care & Global Health*.2020;4(1):4-5. doi: 10.22258/hgh.2020.41.66

Autor corresponsal

Gustavo Villar-Mayuntupa
Email: gvillar@uch.edu.pe
Dirección: Av. Universitaria 5175, Los Olivos, Lima 39 – Perú.

Historial del artículo

Recibido: 16/06/2020
Aprobado: 17/06/2020
En línea: 27/06/2020

Financiamiento

Autofinanciado

Conflictos de interés

Ninguno

Los problemas de desigualdad que tiene el Perú son estructurales e históricos. Es evidente, a casi doscientos años de vida republicana que no tenemos una nación que integre a la totalidad de habitantes de nuestro país⁽¹⁾. Existe una exclusión histórica de sectores mayoritarios de peruanos respecto a su derecho a gozar de servicios básicos de calidad como los de salud y educación. Los derechos humanos fundamentales están reconocidos formalmente, nuestra igualdad ante la ley está reconocida legalmente, pero no existen como tales en la realidad.

Los efectos de la pandemia en el Perú se agravan debido a las condiciones de desigualdad que tiene el país⁽²⁾. Con relación a la desigualdad en el ingreso, el Perú tiene un índice de Gini de alrededor del 70%, según cifras de Alarco⁽³⁾, que revelan un nivel de casi el doble de lo que se indica en las cifras oficiales⁽⁴⁾. En el aspecto laboral, en el Perú más del 70% del empleo es precario e informal⁽⁵⁾. Es este sector el que ha sufrido de manera más dura las medidas de restricción, pues se trata de una población que vive del sustento diario. Es una buena parte de esta población la que no tiene una cuenta bancaria y le ha sido muy difícil acceder a los bonos del gobierno. Es también la población que no ha podido beneficiarse del retiro de un porcentaje de la Compensación por Tiempo de Servicios (CTS), o del retiro del 25% del fondo privado de pensiones, pues son condiciones inexistentes para ellos.

De la población que tiene trabajo asalariado, un 60% no tiene contrato⁽⁶⁾. De los que tienen contrato, el 63% tiene contrato temporal. Este grupo de la población ha pasado a ser masivamente desempleada, debido a la no renovación de sus vínculos laborales. Aproximadamente 1 216 600 personas han perdido su empleo considerando cifras recientes⁽⁷⁾. Otro grupo ha pasado a suspensión perfecta de labores, lo que implica que conserva su empleo, pero deja de percibir un sueldo.

Esta situación se repite en muchos países de América Latina⁽⁸⁾. El Estado peruano se ha mostrado claramente insuficiente para atender urgencias que en condiciones normales tampoco lograba satisfacer⁽⁹⁾. Es evidente que la pandemia por COVID-19 acentuará las brechas de desigualdad en nuestro país y en todos los países de la región⁽¹⁰⁾.

Las desigualdades se han acentuado no solo en lo referente al plano socio-económico, sino también en torno a la cuestión del género⁽¹¹⁾. Diversos estudios han señalado que en América Latina las denuncias por violencia doméstica y sexual se han duplicado o triplicado⁽¹²⁾. Los servicios de respuesta han sido sobrepasados por la situación de pandemia, lo cual ha limitado la protección y la ayuda disponible.

Hay que tomar en cuenta, además, que solo un 40% de mujeres denuncia la violencia que recibe. Las causas son la escasa disponibilidad de servicios de salud y de respuesta inmediata, sumado al temor de infectarse de coronavirus al tener que salir de sus casas.

La mayoría de empleos que se han visto afectados suelen ser empleos de una mayor participación laboral femenina: comercio minorista, hotelería y turismo. Las mujeres



Obesidad y sobrepeso en estudiantes de una universidad de Lima Norte

Obesity and overweight among students of a university of North Lima

Ana Paula Goyzueta ^{1,a} Juan Morales ^{1,b,c}

¹ Universidad de Ciencias y Humanidades

^a Bachiller en Enfermería

^b Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria

^c Doctor en Medicina

Información del artículo

Citar como: Goyzueta AP & Morales J. Obesidad y sobrepeso en estudiantes de una universidad de Lima Norte. *Health Care & Global Health*.2020;4(1):6-10. doi: 10.22258/hgh.2020.41.67

Autor correspondiente

Ana Paula Goyzueta
Email: apgoyzueta@gmail.com
Dirección: Av. Universitaria N° 5175,
Los Olivos, Lima 39.

Historial del artículo

Recibido: 09/05/2020
Aprobado: 11/06/2020
En línea: 27/06/2020

Financiamiento

Autofinanciado

Conflictos de interés

Declaran no tener conflictos de interés.

Resumen

Objetivos: Determinar la frecuencia de sobrepeso y obesidad en los estudiantes de una universidad de Lima Norte. **Materiales y métodos:** Estudio descriptivo transversal. Participaron 470 estudiantes de cinco facultades de una universidad privada de Lima Norte. Para la evaluación del sobrepeso y obesidad se utilizó el Índice de Masa Corporal. **Resultados:** Del total de participantes, el 56,4% (n=265) tenían 20 años o menos, el 72,1% (n=339) eran mujeres, el 44,3% (n=208) eran estudiantes de educación, 23,4% (n=110) de enfermería y en menor proporción estudiantes de ingeniería, administración y contabilidad. De la muestra, el 30,4% (n=143) de los estudiantes tenían sobrepeso y 14,7% (n=69) obesidad. **Conclusiones:** Existe una alta proporción de estudiantes universitarios con exceso de peso, por lo que requiere implementar o reforzar las medidas de prevención y promoción de los estilos saludables.

Palabras clave: Sobrepeso; Obesidad; Estudiantes; Perú (Fuente: DeCS, BIREME)

Abstract

Objectives: To determine the frequency of overweight and obesity among students of a university of North of Lima. **Materials and methods:** Cross-sectional descriptive study. A total of 470 students from five faculties of a private university of North of Lima participated. For the evaluation of overweight and obesity, the Body Mass Index was used. **Results:** Of the total participants, 56.4% (n = 265) were 20 years old or younger, 72.1% (n = 339) were women, 44.3% (n = 208) were education students, 23.4% (n = 110) of nursing and in a lower percentage student of the faculties of engineering, administration and accounting. Of the sample, 30.4% (n = 143) of the students were overweight and 14.7% (n = 69) were obese. **Conclusions:** There is a high proportion of university students with excess weight, which is why it is necessary to implement or reinforce prevention and promotion measures for healthy styles.

Keywords: Overweight; Obesity; Students; Peru (Source: MeSH, NLM).



Introducción

A nivel mundial, la obesidad se ha triplicado desde 1975, en el 2016 el 39% (1,900 millones) de personas mayores de 18 años tenían sobrepeso y el 13% (650 millones) obesidad⁽¹⁾. Uno de cada cinco adultos es obeso en los países de la OCDE (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico); las tasas de sobrepeso y obesidad han crecido rápidamente en Inglaterra, México y los Estados Unidos desde la década de 1990 y el nivel de obesidad proyectada al 2030 son 35%, 39% y 47% de la población, respectivamente⁽²⁾.

El aumento del sobrepeso puede atribuirse a alteraciones significativas en los hábitos alimenticios y el nivel de actividad física, los efectos genéticos directos e indirectos, las interacciones genético-ambientales y los determinantes sociales de la salud⁽³⁾⁽⁴⁾⁽⁵⁾. El sobrepeso está asociado con varias enfermedades importantes; la susceptibilidad de la diabetes es 80 veces mayor entre los adultos obesos que los no obesos, la enfermedad coronaria aumenta de 2 a 3 veces más en los adultos obesos; los adultos obesos tienen un 40% más de probabilidades de morir de cáncer que los no obesos, además de otros problemas como la osteoartritis, daño emocional y psicológico, mayor costo de atención médica⁽⁶⁾, disminución de la calidad de vida⁽⁷⁾, y aumento del riesgo de deterioro en el funcionamiento cognitivo⁽⁸⁾.

En Perú, el 58% de la población de 15 años a más tiene sobrepeso⁽⁹⁾, y a nivel nacional existe más de 1,3 millones de estudiantes universitarios⁽¹⁰⁾. Los estudiantes universitarios, generalmente jóvenes, a menudo son sanos y las enfermedades y los factores de riesgo pueden pasar desapercibidos o minimizado, identificar oportunamente puede tener utilidad para mejorar las actividades de promoción y prevención en la comunidad universitaria. Por lo expuesto, el estudio tiene como objetivo determinar la frecuencia de sobrepeso y obesidad entre los estudiantes de una universidad privada ubicada al Norte de Lima.

Materiales y métodos

Diseño

Es un estudio observacional, descriptivo retrospectivo. Se realizó el análisis de los estudiantes matriculados en el primer ciclo, periodo académico 2019-I en la Universidad de Ciencias y Humanidades (UCH).

Población y muestra

La población estuvo constituida por 478 estudiantes matriculados en el primer ciclo académico en una de las cinco escuelas académicas profesionales de la UCH. Los datos se tomaron de la ficha médica de los estudiantes evaluados en el centro médico de la universidad. La muestra fue censal, considerando los siguientes criterios: Registro de la escuela académica profesional, sexo, edad,

estado civil, ocupación, tipo de seguro de salud, turno de estudio, peso y talla. Ochos estudiantes fueron excluidos por presentar datos incompletos.

Variables de estudio

Obesidad y sobrepeso: Evaluado por el índice de masa corporal (IMC), que resulta del cociente entre el peso en kilogramos y el cuadrado de la talla en metros. Basados en los criterios de la OMS, se consideró bajo peso (IMC<18,50), rango normal (18,50-24,99), sobrepeso (25-29,99) y obesidad (IMC ≥30)⁽¹¹⁾.

Procedimientos

Los datos se obtuvieron de la ficha médica de los estudiantes. La medición del peso se realizó con una balanza mecánica de plataforma SECA® calibrada, con una resolución de 100 gramos y una capacidad de 220Kg peso. Para la medición de la talla se utilizó un tallímetro de madera. Los procedimientos de medición y el registro de los datos fueron realizados por profesionales de enfermería.

Análisis estadístico:

Los datos se ingresaron en una matriz, las variables numéricas como el peso y estatura sirvieron para determinar el IMC, para el caso de la edad, se estimó la edad promedio de los participantes. Las variables cualitativas se distribuyeron en una tabla de frecuencias. Para el análisis bivariado, se utilizó el estadístico Chi cuadrado, considerando valores de $p < 0,05$ como significativos. El procesamiento de los datos se realizó con el programa IBM SPSS versión 23.

Aspectos éticos:

Se tomó en cuenta los principios éticos de la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial⁽¹²⁾, asegurando la confidencialidad de los datos.

Resultados

Participaron 470 estudiantes de ambos sexos, con una edad media de 22,03 años (DE=6,75; Rango: 15 a 57), de los cuales el 56,4% (n=265) eran menores de 21 años, 72,1% (n=339) eran mujeres, 84,9% (n=399) solteros, 24,7% (n=116) eran estudiantes y trabajadores. El 33,2% (n=156) de los participantes tenía Seguro Integral de Salud (SIS), el 23,6% (n=111) tenía seguro social (EsSalud) y el 37% (n=174) de los estudiantes no tenía seguro. Las dos áreas académicas con el mayor número de estudiantes fueron educación y enfermería con 44,3% (n=208) y 23,4% (n=110), respectivamente, y el 64,9% (n=305) eran del turno de mañana. Según el índice de masa corporal, el 30,04% (n=143) de los estudiantes tenía sobrepeso y el 14,7% (n=69) obesidad (Tabla 1).

La mayor proporción de sobrepeso y obesidad se observó en estudiantes menores de 21 años ($p < 0,001$), en los solteros ($p = 0,010$), en los que su ocupación fue solo estudiante ($p = 0,004$), en estudiantes de la facultad de educación ($p = 0,002$), y entre aquellos que estudian en el turno de la mañana ($p < 0,001$) (Tabla2).

Tabla 1. Características sociodemográficas e índice de masa corporal de los estudiantes universitarios.

Características Sociodemográficas	n	%
Total	470	100,0
Edad		
≤ 20	265	56,4
21 a 25	100	21,3
26 a 30	47	10,0
31 a 35	38	8,1
>35	20	4,3
Sexo		
Femenino	339	72,1
Masculino	131	27,9
Estado civil		
Soltero	399	84,9
Casado	34	7,2
Conviviente	22	4,7
Separado	4	0,9
Sin datos	11	2,3
Ocupación		
Solo estudiante	354	75,3
Estudiante y trabajador	116	24,7
Seguro de salud		
Seguro Integral de Salud (SIS)	156	33,2
Seguro social (EsSalud)	111	23,6
Sin seguro	174	37,0
Privado	18	3,8
Seguro militar/policial (FFAA/PNP)	9	1,9
Sin datos	2	0,4
Facultad		
Educación	208	44,3
Enfermería	110	23,4
Ingeniería	74	15,7
Administración	53	11,3
Contabilidad	25	5,3
Turno		
Mañana	305	64,9
Noche	165	35,1
Índice de masa corporal		
Normal	235	50,0
Sobrepeso	143	30,4
Obesidad	69	14,7
Bajo peso	23	4,9

Discusión

En el presente estudio, el 45% de los estudiantes presentaron exceso de peso (30,4% con sobrepeso y 14,7% con obesidad). Los factores asociados con el exceso de peso en los estudiantes fueron la edad menor de 21 años, estado civil soltero, estudiantes que no trabajan, estudiantes de educación y pertenecientes al turno mañana.

La proporción de exceso de peso fue menor que la población peruana de 15 años y más, que corresponde a 58% de exceso de peso, 37% de sobrepeso y un 21% de obesidad, según el reporte del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) ⁽⁹⁾.

Los estudios indican que el IMC en los estudiantes universitarios es significativamente mayor al final del último año (media: 24,84, DE: 4,46) en comparación con el comienzo del primer año (media: 23,59, DE: 4,01), lo que indica que hay un aumento de peso durante la universidad ⁽¹³⁾. En un metaanálisis de estudios en los Estados Unidos, Canadá, el Reino Unido y Bélgica, se encontró un aumento de peso significativo en estudiantes universitarios; el aumento de peso promedio fue de 1,4 kg (IC 95%: 1,15 a 1,57) durante 6 semanas a ocho meses; el 60,9% ganó peso durante el primer año y aumentó 3,38 Kg (IC del 95%: 2,84 a 3,92), además uno de cada 10 estudiantes ganó al menos 6,8 Kg ⁽¹⁴⁾.

Se reportan un conjunto de condiciones asociadas con el exceso de peso en los estudiantes universitarios. En Chile, entre los estudiantes universitarios de Talca, los factores asociados al exceso de peso fueron el sexo masculino (OR: 2,16 [IC 95%: 1,17- 4,01], p= 0,014), el bajo nivel de actividad física (OR: 2,13 [IC 95%: 1,10-4,14], p=0,026) y el hábito de fumar (OR: 2,09 [IC 95%: 1,05-4,14], p= 0,036) ⁽¹⁵⁾. El exceso de peso, también es atribuido al estrés, al consumo de alcohol y a la dieta poco saludable ⁽¹⁴⁾.

Aunque la proporción de exceso de peso en el presente estudio es menor que la población peruana de 15 años y más, la proporción de estudiantes con sobrepeso es alta, lo que equivale a decir que uno de cada dos estudiantes universitarios tiene exceso de peso. Por otro lado, los estudios indican que los años de permanencia en la universidad generan un aumento de peso significativo ⁽¹³⁾⁽¹⁴⁾, esto puede aumentar la proporción de estudiantes con exceso de peso en el futuro cercano. Los hallazgos presentados deben considerarse como una oportunidad dentro de la comunidad universitaria para la implementación de medidas de promoción y prevención de la salud, desde el comienzo de la carrera universitaria y dirigida a todos los estudiantes, independientemente de la escuela académica profesional a la que pertenezcan.

Dentro de las limitaciones del estudio, se puede considerar la fuente secundaria de los datos, porque una parte de los datos de la historia clínica, especialmente los datos sociodemográficos, fue registrada por los propios estudiantes; sin embargo, los datos correspondientes a las medidas antropométricas fueron tomados y registrados por los profesionales de enfermería del centro médico universitario.

Conclusiones

Entre los nuevos estudiantes universitarios, una alta proporción presentan exceso de peso, por lo que se deben implementar o fortalecer las medidas de prevención y promoción de la salud.

Tabla 2. Exceso de peso según las características sociodemográficas de los estudiantes universitarios

Características Sociodemográficas	Bajo peso		Normal		Sobrepeso		Obesidad		p- valor
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Total	23	100	235	100	143	100	69	100	
Edad (años)									
≤ 20	16	69,6	163	69,4	59	41,3	27	39,1	<0,001
21 a 25	6	26,1	44	18,7	31	21,7	19	27,5	
26 a 30	0	0	14	6	21	14,7	12	17,4	
31 a 35	1	4,3	10	4,3	23	16,1	4	5,8	
>35	0	0	4	1,7	9	6,3	7	10,1	
Sexo									
Femenino	16	69,6	168	71,5	103	72	52	75,4	0,923
Masculino	7	30,4	67	28,5	40	28	17	24,6	
Estado civil									
Soltero	21	91,3	213	90,6	108	75,5	57	82,6	0,010
Casado	2	8,7	7	3	19	13,3	6	8,7	
Conviviente	0	0	10	4,3	10	7	2	2,9	
Separado	0	0	0	0	2	1,4	2	2,9	
Sin datos	0	0	5	2,1	4	2,8	2	2,9	
Ocupación									
Solo estudiante	19	82,6	192	81,7	95	66,4	48	69,6	0,004
Estudiante y trabajador	4	17,4	43	18,3	48	33,6	21	30,4	
Seguro de salud									
Seguro del estado (SIS)	5	21,7	79	33,6	43	30,1	29	42	0,424
Seguro social (EsSalud)	5	21,7	48	20,4	42	29,4	16	23,2	
Fuerzas armadas y policía	0	0	2	0,9	5	3,5	2	2,9	
Privado	1	4,3	11	4,7	4	2,8	2	2,9	
Sin seguro	12	52,2	94	40	48	33,6	20	29	
Sin datos	0	0	1	0,4	1	0,7	0	0	
Facultad									
Educación	10	43,5	89	37,9	69	48,3	40	58	0,002
Enfermería	4	17,4	55	23,4	35	24,5	16	23,2	
Ingeniería	2	8,7	36	15,3	28	19,6	8	11,6	
Administración	6	26,1	37	15,7	7	4,9	3	4,3	
Contabilidad	1	4,3	18	7,7	4	2,8	2	2,9	
Turno									
Mañana	18	78,3	174	74	76	53,1	37	53,6	<0,001
Noche	5	21,7	61	26	67	46,9	32	46,4	

Referencias bibliográficas

- World Health Organization. Obesity and Overweight. 2018. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>. [Accessed: 05-Mar-2019].
- OECD. Obesity Update 2017. Disponible en <https://www.oecd.org/els/health-systems/Obesity-Update-2017.pdf>
- Bhurosy T, Jeewon R. Overweight and obesity epidemic in developing countries: A problem with diet, physical activity, or socioeconomic status? *Sci World J.* 2014;2014.
- Arroyo-johnson C, Mincey KD. Obesity epidemiology trends by race/ethnicity, gender, and education: National Health Interview Survey. *Gastroenterol Clin North Am.* 2016;45(4):571–9.
- Schwartz MW, Seeley RJ, Zeltser LM, Drewnowski A, Ravussin E, Redman LM, et al. Obesity Pathogenesis: An Endocrine Society Scientific Statement. *Endocr Rev.* 2017;38(4):267–96.
- Agha M, Agha R. The rising prevalence of obesity: part A: impact on public health. *Int J Surg Oncol.* 2017;2(7):e17.

7. Hruby A, Manson JE, Malik VS, Rimm EB, Sun Q, Willett WC, et al. Determinants and Consequences of Obesity. *Am J Public Health*. 2016;106(9):1656–62.
8. Dye L, Boyle NB, Champ C, Lawton C. The relationship between obesity and cognitive health and decline. *Proc Nutr Soc*. 2017;76(04):443–54.
9. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú enfermedades no transmisibles y transmisibles, 2017. ENDES. 2018. Disponible en: https://www.inei.gov.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1526/index.html
10. Superintendencia Nacional de Educación Superior Universitaria. Estadísticas de Universidades por Programa de Estudio. 2019. Disponible en: <https://www.sunedu.gov.pe/sibe/>
11. World Health Organization. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Vol. 894, World Health Organization technical report series. Geneva, Switzerland; 2000. Disponible en: https://www.who.int/nutrition/publications/obesity/WHO_TRS_894/en/
12. Asociación Médica Mundial. La Declaración de Helsinki. Principios éticos para la investigaciones médicas en seres humanos. Disponible en: <https://www.wma.net/es/polices-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>
13. Pope L, Hansen D, Harvey J. Examining the Weight Trajectory of College Students. *J Nutr Educ Behav*. 2017;49(2):137-141.e1.
14. Vadeboncoeur C, Townsend N, Foster C. A meta-analysis of weight gain in first year university students: Is freshman 15 a myth? *BMC Obes*. 2015;2(1):1–9.
15. Concha-Cisternas Y, Guzmán -Muñoz E, Valdéz-Badilla P, Lira-Cea C, Petermann F, Celis-Morales C. Factores de riesgo asociados a bajo nivel de actividad física y exceso de peso corporal en estudiantes universitarios. *Rev Med Chile*. 2018;146:840–9.

Atención prenatal y psicoprofilaxis obstétrica en gestantes del primer nivel de un distrito del Callao

Prenatal care and obstetric psychoprophylaxis in pregnant women of primary healthcare of a district of Callao

Marlene Raquel Basilio-Rojas ^{1,a}

¹ Centro de Salud Mi Perú. Dirección Regional de Salud del Callao. Lima, Perú.

^a Obstetra

Información del artículo

Citar como: Basilio-Rojas MR. Atención prenatal y psicoprofilaxis obstétrica en gestantes del primer nivel de un distrito del Callao. *Health Care & Global Health*. 2020;4(1):11-5. doi: 10.22258/hgh.2020.41.68

Autor correspondiente

Marlene Raquel Basilio Rojas
Email: marlene.basilio.roja@gmail.com
Dirección: Jr. Sao Paulo 2468, San Martín de Porres. Lima 31.

Historial del artículo

Recibido: 22/05/2020
Aprobado: 10/06/2020
En línea: 27/06/2020

Financiamiento

Autofinanciado

Conflictos de interés

Declara no tener conflictos de interés.

Resumen

Objetivo: Determinar la frecuencia de la atención prenatal (CPN) y las sesiones de psicoprofilaxis obstétrica (PO) en las gestantes que acuden al Centro de Salud Mi Perú, en el distrito Mi Perú, Región Callao. **Materiales y métodos:** Estudio descriptivo transversal. La población estuvo conformada por las gestantes atendidas en el Centro de Salud Mi Perú durante el año 2019. La muestra fue censal incluyendo a 278 gestantes, se descartó 10 por datos incompletos. El instrumento utilizado fue un cuestionario constituido por características sociodemográficas, características maternas y de la atención prenatal y postnatal. **Resultados:** El análisis se realizó con 268 gestantes con una edad media de 25,55 años (DE=6,29; Rango: 14 a 46). El 66,8% (n=179) tenía de seis a más CPN y el 51,5% (n=138) fueron captadas en el primer trimestre de embarazo. La mayor proporción de gestantes controladas eran convivientes o casadas (p=0,031). Las gestantes que tenían menos de dos hijos en su mayoría cumplieron con tener al menos seis CPN (p=0,049). Las gestantes que tuvieron seis a más CPN participaron en mayor cantidad de sesiones de psicoprofilaxis (p<0,001). La mayor cantidad de gestantes con seis a más CPN fueron captadas en el primer trimestre del embarazo (p<0,001). **Conclusiones:** Las gestantes con al menos 6 CPN son en su mayoría convivientes o casadas, tienen menos de dos hijos, participaron en mayor cantidad de sesiones de PO y fueron captadas en el primer trimestre del embarazo.

Palabras clave: Atención prenatal; Educación Prenatal; Atención Primaria de Salud; Perú (Fuente: DeCS, BIREME).

Abstract

Objective: To determine the frequency of prenatal care (PNC) and obstetric psychoprophylaxis (OP) sessions in pregnant women who come to the Mi Perú Health Center, in the Mi Perú district, Callao Region. **Materials and methods:** Cross-sectional descriptive study. The population was made up of pregnant women attended at the Mi Perú Health Center during 2019. The sample was census including 278 pregnant women, 10 were discarded due to incomplete data. The instrument used was a questionnaire made up of sociodemographic characteristics, maternal characteristics, and prenatal and postnatal care. **Results:** The analysis was performed with 268 pregnant women with a mean age of 25.55 years (SD = 6.29; Range: 14 to 46), 66.8% (n = 179) had six or more PNCs and 51.5% (n = 138) were captured in the first trimester of pregnancy. The highest proportion of controlled pregnant women were living with or married (p = 0.031). The pregnant women who had less than two children mostly complied with having at least six NPC (p = 0.049). The pregnant women who had six or more PNC participated in more psychoprophylaxis sessions (p < 0.001). The greatest number of pregnant women with six or more PNCs were captured in the first trimester of pregnancy (p < 0.001). **Conclusions:** Pregnant women with at least 6 PNC are mostly cohabiting or married, have fewer than two children, participated in a greater number of OP sessions and were captured in the first trimester of pregnancy.

Keywords: Prenatal Care; Prenatal Education, Primary Health Care; Peru (Source: MeSH, NLM).



Introducción

La mortalidad materna continúa siendo uno de los principales problemas de salud pública a nivel mundial, a pesar de que la razón de mortalidad materna mundial (RMM) estimada disminuyó en cerca de un 44% en los últimos 25 años, la magnitud de esa disminución fue diferente de una región a otra ⁽¹⁾. En el Perú, la salud materna ha mejorado en forma importante en los últimos años, la mortalidad materna pasó en 20 años de 769 defunciones en 1997 a 325 en 2016, lo que representa un descenso del 42% ⁽²⁾.

Una intervención clave para la disminución de la morbimortalidad materna y perinatal es la atención prenatal, porque permite identificar factores de riesgo, lo cual hace posible establecer acciones preventivas y terapéuticas oportunas durante el embarazo ⁽³⁾. Idealmente, la atención prenatal debe cumplir con cinco atributos básicos: precocidad, periodicidad, completitud, cobertura y gratuidad ⁽⁴⁾ para que efectivamente contribuya a reducir la morbilidad y la mortalidad materna. El Ministerio de Salud (MINSa) establece que la frecuencia óptima de atención prenatal consiste en una atención mensual hasta las 32 semanas, una atención quincenal entre las 33 y las 36 semanas y una atención semanal desde las 37 semanas hasta el parto; y considera un mínimo de 6 atenciones prenatales ⁽⁵⁾.

La Psicoprofilaxis Obstétrica (PO) también es considerada como una herramienta de prevención en la atención obstétrica que tiene un impacto positivo en la salud materna y perinatal ⁽³⁾. La psicoprofilaxis obstétrica es un proceso educativo para la preparación integral de la mujer gestante que le permita desarrollar hábitos y comportamientos saludables, así como una actitud positiva frente al embarazo, parto y puerperio ⁽⁶⁾; por tanto, participar de estas sesiones educativas podrían influir positivamente en la asistencia al control prenatal. Se le atribuyen varios beneficios materno-perinatales a la psicoprofilaxis obstétrica, como menor tiempo de la fase de dilatación, menor tiempo del periodo expulsivo y mejores puntajes de Apgar del recién nacido ⁽⁷⁾, así como también incrementa la asistencia al control prenatal, la práctica de la lactancia materna exclusiva y la asistencia al control puerperal ⁽⁸⁾.

En el Perú, durante el 2018, el 98,1% de las mujeres embarazadas recibieron algún control prenatal por personal de salud calificado y el 89,5% de las embarazadas recibieron 6 a más atenciones prenatales ⁽⁹⁾. Por otro lado, la PO no está siendo adecuadamente implementado en los establecimientos de salud, encontrándose que solamente el 8,6% de los servicios de salud a nivel nacional registra tener áreas de PO ⁽¹⁰⁾.

A pesar del incremento de los controles prenatales y la PO, existen todavía brechas importantes, como es el caso del distrito de Mi Perú, que, habiendo un establecimiento de salud con una amplia oferta de servicios maternos y muy accesibles, todavía existe una brecha de cobertura importante. Por ello, el objetivo del estudio es determinar

la frecuencia de la atención prenatal y de las sesiones de psicoprofilaxis obstétrica en las gestantes que acuden al Centro de Salud Mi Perú, en el distrito de Mi Perú, ubicado en la Región Callao.

Materiales y métodos

Diseño

El estudio es de tipo cuantitativo, con diseño descriptivo transversal, basado en una fuente secundaria.

Población y muestra

La población de estudio estuvo constituida por todas las gestantes atendidas en el Centro de Salud Mi Perú durante el 2019. Según los registros, se atendió a 578 gestantes, de las cuales 278 culminaron su embarazo hasta febrero 2020. Se consideró muestra censal.

Variables de estudio

Atención prenatal: Es la vigilancia y evaluación integral de la gestante y el feto que realiza el profesional de salud para lograr el nacimiento de un recién nacido sano, sin deterioro de la salud de la madre ⁽⁵⁾. Durante el control, la mujer embarazada es examinada y se le toman varias pruebas para detectar situaciones que pueden poner en peligro su salud y el desarrollo normal del embarazo (ejemplo: presión alta, anemia, entre otras). Además, durante las visitas de control prenatal se vacuna a la madre contra el tétano neonatal. También se le aconseja cómo alimentarse durante el embarazo, los síntomas y signos de posibles complicaciones del parto y cómo cuidar y alimentar al recién nacido o nacida. Asimismo, se orienta a la madre sobre planificación familiar ⁽⁹⁾. En el presente estudio se consideró: Gestante controlada, toda gestante que recibió como mínimo seis controles prenatales (CPN) y gestante no controlada, aquellas que tenían menos de seis CPN.

Psicoprofilaxis obstétrica: proceso educativo para la preparación integral de la mujer gestante que le permita desarrollar hábitos y comportamientos saludables, así como una actitud positiva frente al embarazo, parto y puerperio, producto de la concepción y al recién nacido, convirtiendo este proceso en una experiencia feliz y saludable, tanto para ella como para su bebe y su entorno familiar ⁽⁶⁾. La psicoprofilaxis consiste en un programa estructurado de seis sesiones educativas teórico-prácticas para lograr en la gestante conocimientos y actitudes adecuadas que permiten su participación efectiva con tranquilidad y seguridad durante la gestación, parto, postparto y lactancia, además se desarrollan sesiones de gimnasia obstétrica. Este programa se brinda a la gestante, pareja y familiar a partir de las 20 semanas de gestación en ambientes amplios, iluminados, ventilados, y adecuados a las necesidades de la actividad a realizar ⁽⁶⁾. Las sesiones se brindan semanalmente hasta

completar las seis sesiones en total, si la gestante acude en el último trimestre debe recibir un mínimo de tres sesiones.

Técnica e instrumento de medición

La técnica empleada: Revisión de registro de atenciones (HIS) y libro de seguimiento de gestantes del servicio de obstetricia.

Instrumento: Para facilitar la recolección de datos se preparó un cuestionario constituido por los siguientes componentes: Características sociodemográficos (Edad, estado civil, grado de instrucción), maternas (Paridad, edad gestacional al inicio del control prenatal) y atención prenatal y posnatal (Número de control prenatal, número de sesiones de psicoprofilaxis y control de puerperio).

Análisis estadístico

Mediante el programa SPSS versión 23, se determinó los estadísticos descriptivos más importantes, construyéndose tablas y/o gráficos para las variables del estudio y de comparación. Para el análisis bivariado se empleó el estadístico Chi cuadrado, considerando los valores de $p < 0,05$ como significativos.

Consideraciones éticas

En el presente estudio se cumplió con la confidencialidad de los datos personales. La identificación fueron recodificados con códigos numéricos.

Resultados

El estudio incluyó a un total de 278 puérperas, 10 fueron excluidas por presentar datos incompletos. El análisis se realizó con 268 gestantes con una edad media de 25,55 años ($DE=6,29$; Rango: 14 a 46). De la muestra, el 67,2% ($n=180$) tenían de 18 a 29 años, el 73,9% ($n=198$) tenían instrucción secundaria, el 84,3% ($n=226$) eran convivientes o casadas y el 72,8% ($n=195$) tenían menos de dos hijos. Respecto a los controles prenatales (CPN), el 51,5% ($n=138$) fueron captadas en el primer trimestre de embarazo y el 66,8% ($n=179$) tenía de seis a más CPN. De la muestra, el 68,7% ($n=184$) no cumplieron con las sesiones de psicoprofilaxis y el 40,3% ($n=108$) cumplieron con el control de puerperio (Tabla 1).

Con relación al CPN, la mayor proporción de gestantes controladas eran convivientes o casadas y de manera similar la mayor proporción de gestantes solteras no cumplieron con el CPN ($p=0,031$). Las gestantes que tenían menos de dos hijos en su mayoría cumplieron con tener al menos seis CPN ($p=0,049$). Las gestantes que tuvieron seis a más CPN participaron en mayor cantidad de sesiones de psicoprofilaxis ($p < 0,001$). La mayor cantidad de gestantes con seis a más CPN fueron captadas en el primer trimestre del embarazo ($p < 0,001$) (Tabla 2).

Tabla 1. Características de las gestantes atendidas en el Centro de Salud del distrito Mi Perú, 2019

Variables	n	%
Total	268	100
Edad		
12 a 17	17	6,3
18 a 29	180	67,2
30 a 49	71	26,5
Instrucción		
Primaria	14	5,2
Secundaria	198	73,9
Superior	56	20,9
Estado civil		
Soltera	42	15,7
Conviviente/casada	226	84,3
N° de hijos		
< 2	195	72,8
≥ 2	73	27,2
Inicio de control pre natal		
I Trimestre	138	51,5
II Trimestre	91	34,0
III Trimestre	22	8,2
Sin datos	17	6,3
Control prenatal		
1 a 5	89	33,2
≥ 6	179	66,8
Psicoprofilaxis		
0	184	68,7
1 a 3	33	12,3
4 a 6	51	19,0
Control de puerperio		
0	73	27,2
1	87	32,5
2	108	40,3

Discusión

Los resultados de este estudio demostraron que el 66,8% de las gestantes cumplieron con un mínimo de seis controles prenatales y el 51,5% fue captada en el I trimestre. Esto evidencia que aproximadamente la mitad de las gestantes acuden tardíamente al inicio del control prenatal que conllevaría a que no cumplan con la recomendación mínima de seis visitas prenatales. Datos muy similares a la reportada por Arispe C et al, quienes reportaron 66,1% con seis a más controles en un Hospital Nacional⁽¹¹⁾.

Las gestantes con estatus de convivientes o casadas cumplieron con al menos seis CPN, este hallazgo puede deberse a que el apoyo de la pareja influye positivamente en la gestante motivándola a cumplir con la asistencia a los

Tabla 2. Factores asociados al control prenatal en gestantes atendidas en el Centro de Salud del distrito Mi Perú, 2019.

Variables	Control prenatal				p-valor
	No controlada (1 a 5 CPN)		Controlada (> 6 CPN)		
	n	%	n	%	
Total	89	100	179	100	
Edad (años)					
12 a 17	8	9,0	9	5,0	0,218
18 a 29	54	60,7	126	70,4	
30 a 49	27	30,3	44	24,6	
Instrucción					
Primaria	4	4,5	10	5,6	0,796
Secundaria	68	76,4	130	72,6	
Superior	17	19,1	39	21,8	
Estado civil					
Soltera	20	22,5	22	12,3	0,031
Conviviente/casada	69	77,5	157	87,7	
N° de hijos					
0 a 1	58	65,2	137	76,5	0,049
≥ 2	31	34,8	42	23,5	
Psicoprofilaxis Obstétrica					
0	76	85,4	108	60,3	< 0,001
1 a 3	6	6,7	27	15,1	
4 a 6	7	7,9	44	24,6	
Edad gestacional (Trimestre)					
I	28	31,5	110	61,5	< 0,001
II	39	43,8	52	29,1	
III	20	22,5	2	1,1	
Sin datos	2	2,2	15	8,4	
Control de puerperio					
0	31	34,8	42	23,5	0,122
1	24	27,0	63	35,2	
2	34	38,2	74	41,3	

controles prenatales y probablemente también con el cumplimiento de otras indicaciones dadas por el profesional de salud que la atiende. Moya-Plata et al en su estudio demuestran que la participación del padre en el control prenatal se asocia a embarazos de bajo riesgo sugiriendo que el acompañamiento de la pareja en el proceso de gestación puede favorecer el adecuado curso de la misma ⁽¹²⁾

Así también, las mujeres con menor cantidad de hijos tienen mayor cumplimiento del CPN. Las mujeres con menos carga familiar podrían tener menos responsabilidades en el hogar y más tiempo para cumplir a cabalidad con sus consultas prenatales programadas, por el contrario, las multiparas tienen menos tiempo como consecuencia de la atención de los hijos menores y las labores del hogar que resultaría en la deserción del CPN. Al respecto Munares O reporta que las multiparas tiene 4,2 veces mayor probabilidad de abandonar el CPN ⁽¹³⁾; Arispe et al. encontraron que la paridad mayor a dos hijos es un factor asociado a CPN inadecuado ⁽¹¹⁾.

Además, las gestantes que tuvieron seis a más CPN participaron en mayor cantidad de sesiones de psicoprofilaxis, hallazgo consistente con el estudio de Villar-Villegas quien concluye que la asistencia al control prenatal es un factor determinante para el uso de psicoprofilaxis obstétrica ⁽¹⁴⁾, Yabar Peña también reporta que un alto porcentaje de las gestantes adolescentes que asistieron a psicoprofilaxis (97,37%) recibieron más de 7 controles prenatales ⁽⁶⁾. Esta relación podría atribuirse al compromiso que asume la madre gestante en participar activamente en el cuidado de su salud ya sea porque tiene una actitud positiva frente al embarazo o como consecuencia de la sensibilización que se realiza en la atención prenatal por el profesional de salud y que se ve reforzado en las sesiones de psicoprofilaxis, donde se les informa y sensibiliza para que tengan presente lo importante de contar con su control prenatal puntual además de cumplir con todas las actividades que debe recibir como parte de su atención integral.

El cumplimiento de seis o más CPN ocurre cuando la gestante es captada en el primer trimestre del embarazo, cuanto más temprano sea el inicio del CPN más oportunidad de cumplir con el mínimo recomendado de seis CPN, aunque eso no garantiza que los controles hayan tenido la periodicidad esperada. Una característica del control prenatal es que sea de inicio temprano además de ser periódica y continua⁽⁵⁾, para que efectivamente permita la identificación y el diagnóstico oportuno de pacientes con alto riesgo de desarrollar complicaciones durante su embarazo logrando disminuir en forma importante la morbilidad materna y perinatal⁽¹²⁾⁽¹⁵⁾.

Una de las limitaciones del estudio es que los datos se obtuvieron de información secundaria de los registros usados en el establecimiento de salud tales como reporte HIS y libro de seguimiento de gestantes. Otra limitación es que no se excluyó a las gestantes con factor de riesgo, pacientes que en su mayoría fueron referidas a un establecimiento de mayor complejidad resolutive y donde continuaron sus atenciones prenatales; y para efectos del estudio sólo contamos con

información registrada en los reportes del establecimiento de origen.

Conclusiones

Las gestantes con al menos 6 CPN son en mayor proporción convivientes o casadas, así como también las gestantes que tenían menos de dos hijos en su mayoría cumplieron con tener al menos seis CPN. Las gestantes que tuvieron seis a más CPN participaron en mayor cantidad de sesiones de PO y en su mayoría fueron captadas en el primer trimestre del embarazo. Aún existe un alto porcentaje de gestantes que no cumplen con al menos 6 CPN y que además no inician precozmente el CPN, disminuyendo la efectividad de la atención prenatal en su contribución a la reducción de la morbilidad materna; y es aún más alto el porcentaje de las gestantes que no participan de las sesiones de PO. Estos hallazgos nos obligan a reforzar las campañas de promoción de ambas estrategias por los importantes beneficios maternos y perinatales que se le atribuye.

Referencias bibliográficas

1. Organización Mundial de la Salud. Evolución de la mortalidad materna: 1990-2015. Estimaciones de la OMS, el UNICEF, el UNFPA, el grupo del Banco Mundial y la División de Población de las Naciones Unidas [Internet]. 2015. Disponible en: <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/maternal-mortality-2015/es/>
2. Guevara E. Estado actual de la mortalidad materna en el Perú. *Rev Peru Investig Matern Perinat*. 2016;5:7-8. Disponible en: <https://doi.org/10.33421/inmp.2016155>
3. Organización Panamericana de la Salud. Consejo Directivo 51. Plan de acción para acelerar la reducción de la mortalidad materna y la morbilidad materna grave [Internet]. Washington; 2011. 1-20 p. Disponible en: https://www.paho.org/clap/index.php?option=com_content&view=article&id=167:plan-de-accion-para-acelerar-la-reduccion-de-la-mortalidad-materna-y-la-morbilidad-materna-grave&Itemid=234&lang=es
4. Cáceres-Manrique F de M. El control prenatal: una reflexión urgente Prenatal care: an urgent reflection. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*. 60:165-70.
5. Ministerio de Salud. Dirección General de Salud de las Personas. Guía Nacional de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva. Lima, Perú: MINSA; 2004. 47 p. Disponible en: http://bvs.minsa.gob.pe/local/dgsp/63_guiasnac.pdf
6. Ministerio de Salud. Guía Técnica para la Psicoprofilaxis Obstétrica y Estimulación Prenatal [Internet]. 2011. Disponible en: [www.bvs.minsa.gob.pe › local › MINSA](http://www.bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA)
7. Gardeña-Torres S. Psicoprofilaxis obstétrica: su influencia durante la labor de parto en el Hospital Uldarico Rocca Fernández, EsSalud, Villa el Salvador, noviembre-diciembre 2009. *Revista Peruana de Obstetricia y Enfermería* [Internet]. 13 de septiembre de 2011 [citado 6 de febrero de 2020];7(2). Disponible en: <https://www.aulavirtualusmp.pe/ojs/index.php/rpoe/article/view/668>
8. Yábar Peña M. La Psicoprofilaxis Obstétrica en gestantes adolescentes: Características y beneficios integrales. *Horizonte Médico* (Lima). Abril de 2014;14(2):39-44.
9. Instituto Nacional de Estadística e Informática. INEI - Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2018 - Nacional y Departamental [Internet]. 2018 [citado 21 de octubre de 2019]. Disponible en: <https://proyectos.inei.gob.pe/endes/2010/endes00/index.html>
10. Munares-García O. Establecimientos de salud con servicios de psicoprofilaxis obstétrica en el Perú. *Revista Internacional de Salud Materno Fetal*. 2017;2(1):11-5.
11. Arispe C, Salgado M, Tang G, González C, Rojas JL. Frecuencia de control prenatal inadecuado y de factores asociados a su ocurrencia: Frequency of inadequate prenatal care and associated factors. *Revista Medica Herediana*. Octubre de 2011;22(4):159-60.
12. Moya-Plata D, Guiza-Salazar JJ, Mora-Merchán MA. Ingreso Temprano al Control Prenatal en una Unidad Materno Infantil. *Rev Cuid* [Internet]. 1 de diciembre de 2010 [citado 17 de mayo de 2020];1(1).
13. Munares-García O. Factores asociados al abandono al control prenatal en un hospital del Ministerio de Salud Perú. *Revista Peruana de Epidemiología*. 2013;17(2):8.
14. Villar-Villegas R. Factores asociados al uso de psicoprofilaxis obstétrica en púerperas en el Cono Sur de Lima – 2005. *Revista Peruana de Obstetricia y Enfermería* [Internet]. 19 de agosto de 2007 [citado 6 de febrero de 2020];3(2).
15. Gonzaga-Soriano MR, Zonana-Nacach A, Anzaldo-Campos MC, Olazarán-Gutiérrez A. Atención prenatal y mortalidad materna hospitalaria en Tijuana, Baja California. *Salud Pública de México*. Febrero de 2014;56(1):32-9. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/106/10631162005.pdf>

Habilidades sociales en estudiantes de enfermería de una universidad privada de Lima Norte

Social skills in nursing students of a private university of North of Lima

Dayana del Pilar García-Núñez^{1,a}, Hernan Hugo Matta-Solis ^{1,b}

¹ Universidad de Ciencias y Humanidades. Lima, Perú.

^a Estudiante de Enfermería

^b Médico Cirujano. Doctor en Educación

Información del artículo

Citar como: García-Núñez DP, Matta-Solis HH. Habilidades sociales en estudiantes de enfermería de una universidad privada de Lima Norte. *Health Care & Global Health*.2020;4(1):16-9. doi: 10.22258/hgh.2020.41.69

Autor corresponsal

Dayana del Pilar García-Núñez
Email: dayana-206@outlook.com
Dirección: Av. Universitaria 5175, Los Olivos, Lima 39 - Perú

Historial del artículo

Recibido: 10/01/2020
Aprobado: 11/06/2020
En línea: 27/06/2020

Financiamiento

Autofinanciado

Conflictos de interés

Declara no tener conflictos de interés.

Resumen

Objetivos: Determinar el nivel de habilidades sociales en estudiantes de enfermería.

Materiales y métodos: Estudio descriptivo transversal, con enfoque cuantitativo. La población estuvo conformada por estudiantes de enfermería. **Resultados:** Participaron un total de 486 estudiantes de enfermería, con edades entre 16 a 49 años, con una edad media de 24,88 años (DE=11,27; Rango: 16 a 49). De la muestra, el 86,6% (n=421) eran de sexo femenino, 80,5% (n=391) solteros, el 59,7% (n=290) estudia y trabaja. El 82,1% (n=399) de los estudiantes de enfermería resultaron con un nivel medio de competencias sociales. **Conclusiones:** Los estudiantes no son completamente capaces de demostrar sus habilidades sociales y más adelante se verá afectado en el ámbito laboral, es por esta razón que se propone implementar asignaturas sobre habilidades o competencias sociales que generen el fortalecimiento de la salud mental en los estudiantes.

Palabras clave: Habilidades Sociales; Estudiantes de Enfermería; Perú (Fuente: DeCS, BIREME).

Abstract

Objectives: Determine the level of social skills in nursing students. **Materials and methods:** Cross-sectional descriptive study, with a quantitative approach. The population was made up of nursing students. **Results:** A total of 486 nursing students participated, with ages between 16 and 49 years, with a mean age of 24.88 years (SD = 11.27; Range: 16 to 49). Of the sample, 86.6% (n = 421) were female, 80.5% (n = 391) were single, 59.7% (n = 290) studied and worked. A total of 82.1% (n=399) of the nursing students resulted with middle level of social skills. **Conclusions:** Nursing students are not fully capable of demonstrating their social skills and will later be affected in the workplace, for this reason it is proposed to implement subjects on social skills or competencies that generate the strengthening of mental health among students.

Keywords: Social Skills; Students, Nursing; Peru (Source: MeSH, NLM).



Introducción

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) y las Naciones Unidas trabajan en la formación del crecimiento competitivo para establecer leyes que protejan y promuevan a los jóvenes en muchos países a que desarrollen habilidades sociales de manera que puedan demostrarlo en el campo laboral⁽¹⁾. La OPS señala que aproximadamente el 30% de la población en el Caribe y América Latina está comprendido por un grupo de jóvenes⁽²⁾.

En el Perú, según el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) para el año 2021 el número de los adolescentes, será mayor que años anteriores⁽³⁾. El Ministerio de Educación (MINEDU) menciona que el 31,3% de jóvenes presentan deficiencia en cuanto a las competencias sociales⁽⁴⁾. Desarrollar habilidades desde la formación académica, actúa como factor protector a diversos problemas, entre ellos los problemas psicosociales, facilitándole a los estudiantes, hacer frente las exigencias, demandas y desafíos que se presenten en lo personal y profesional⁽⁵⁾.

Si los estudiantes de enfermería adquieren mayor competencia en comunicación desde la base profesional, se puede lograr aumentar la confianza mutua con los pacientes y el equipo médico; así evitar los problemas legales y finalmente lograr elevar la imagen de profesional de enfermería⁽⁶⁾. Las competencias sociales básicas que debe poseer un estudiante de enfermería son: asertividad, las habilidades para la toma de decisiones, el pensamiento creativo, analítico y reflexivo, manejo de las emociones y sentimientos, la comunicación efectiva y la autonomía moral⁽⁹⁾. En las habilidades comunicativas, las estrategias verbales y no verbales como: Empatía, cordialidad, educación y respeto son habilidades que ayudan a mejorar la comunicación en salud⁽⁷⁾.

La falta de habilidades sociales en los estudiantes de enfermería podría generar múltiples problemas, a nivel personal y profesional; siendo una carrera profesional que mantiene contacto directo con los pacientes y el entorno, es importante la fortaleza de sus habilidades para enfrentar situaciones de conflicto que pueda suscitarse. Se puede observar a lo largo de las clases, en la práctica comunitaria y clínica, muchos de los estudiantes tienen dificultad para comunicarse entre sus mismos compañeros, expresar sus pensamientos y sentimientos, no pudiendo tomar decisiones por sí mismos. Por tal motivo el presente estudio tiene como objetivo determinar el nivel de habilidades sociales en estudiantes de enfermería de una universidad privada de Lima Norte.

Materiales y métodos

Diseño

Estudio descriptivo transversal, con enfoque cuantitativo.

Población y muestra

La población estuvo conformada por los estudiantes de enfermería de la Universidad de Ciencias y Humanidades. La muestra estuvo constituida por 511 estudiantes procedentes de 20 aulas, de todos los semestres académicos, tanto turno mañana y noche, 25 fueron excluidos por errores u omisiones en sus respuestas.

Variable de estudio

Habilidades Sociales: Denominado también competencias sociales. Es el conjunto de conductas o capacidades aprendidas que permite a una persona desempeñarse funcionalmente en el ámbito social y resolver de manera eficaz los problemas que se presenten, y que pueden ser enseñadas, se manifiestan en situaciones interpersonales, socialmente aceptadas. Es el conjunto de saberes, a partir de una combinación de recursos (conocimientos, saber hacer, cualidades o aptitudes, recursos del ambiente, relaciones, documentos, informaciones y otros) que son movilizados para lograr un desempeño⁽⁸⁾.

Técnica e instrumento de medición

La técnica utilizada fue la encuesta. El instrumento empleado fue la Escala de Habilidades Sociales (EHS) de Elena Gismero Gonzáles. La EHS consta de 33 ítems, de los cuales 28 están redactados en sentido contrario, indicaría falta de aserción o déficit en habilidades sociales, y 5 de ellos en sentido positivo. Las respuestas constan de 4 alternativas, desde "No me identifico en lo absoluto y me sentiría o actuaría así en la mayoría de casos". A mayor puntaje, la persona expresa mayor habilidad social y capacidad de aserción en distintos contextos. Si el puntaje resulta en 25 o por debajo, tiene nivel bajo de Habilidades sociales (HS), entre 26 y 74 puntos, tiene nivel medio de HS, 75 o más tiene nivel alto de HS⁽⁹⁾.

Procedimiento

La aplicación del instrumento se realizó durante el mes de octubre del 2019. Previamente se explicó sobre el llenado de la encuesta y de los objetivos. Finalmente, se les solicitó su consentimiento firmado por escrito para que procedan con el llenado. El tiempo utilizado por cada aula fue de 20 minutos aproximadamente.

Análisis estadístico

Los datos fueron ingresados a una matriz de datos diseñada en el programa Microsoft Excel, posteriormente estos se exportaron al programa estadístico IBM SPSS Statistics 24.0. Los datos fueron ordenados por frecuencias y representados en tablas.

Aspectos éticos

Se contó con la autorización de la Facultad de Ciencias de la Salud. El proyecto de investigación fue evaluado y aprobado por el Comité de Ética de la Universidad de Ciencias y

Humanidades (ID-134-19 / Acta CEI N°131-2019). A las estudiantes participantes se solicitó el consentimiento informado.

Resultados

Participaron un total de 486 estudiantes de enfermería, con una edad media de 24,88 años (DE=11,27; Rango: 16 a 49). El 86,6% (n=421) fueron de sexo femenino, el 80,5% (n=391) eran solteros, el 9,1% (n=44) eran convivientes y 7,0% (n=34) eran casados(as). El 33,5% (n=163) de los estudiantes cursaban el primer año, el 59,7% (n=290) de los estudiantes estudia y trabaja (Tabla 1).

En cuanto a las habilidades sociales, el 82,1% (n=399) de los estudiantes resultaron con un nivel medio. Según las dimensiones autoexpresión en situaciones sociales, defensa de los propios derechos como consumidor, expresión de enfado o disconformidad, decir no y cortar interacciones, hacer peticiones, iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto, la mayoría obtienen un nivel medio (Tabla 2).

Discusión

En el presente estudio, los estudiantes de enfermería no logran por completo demostrar o expresar sus necesidades, sentimientos, opiniones y entender correctamente las

Tabla 1. Datos sociodemográficos en estudiantes de enfermería

Datos sociodemográficos	n	%
Total	486	100
Sexo		
Masculino	65	13,4
Femenino	421	86,6
Estado civil		
Soltera(o)	391	80,5
Casada(o)	34	7,0
Conviviente	44	9,1
Divorciada(o)	15	3,1
Viuda(o)	2	,4
Año académico		
Primero	163	33,5
Segundo	116	23,9
Tercero	82	16,9
Cuarto	72	14,8
Quinto	53	10,9
Condición de ocupación		
Estudia	196	40,3
Estudia y trabaja	290	59,7

Tabla 2. Habilidades sociales según sus dimensiones, en estudiantes de enfermería

Dimensiones de las habilidades sociales	n	%
Competencias Sociales	486	100
Bajo	4	0,8
Medio	399	82,1
Alto	83	17,1
Autoexpresión en situaciones sociales		
Bajo	15	3,1
Medio	281	57,8
Alto	190	39,1
Defensa de los propios derechos como consumidor		
Bajo	23	4,7
Medio	346	71,2
Alto	117	24,1
Expresión de enfado o disconformidad		
Bajo	31	6,4
Medio	344	70,8
Alto	111	22,8
Decir no y cortar interacciones		
Bajo	45	9,3
Medio	319	65,6
Alto	122	25,1
Hacer peticiones		
Bajo	11	2,3
Medio	398	81,9
Alto	77	15,8
Iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto		
Bajo	47	9,7
Medio	403	82,9
Alto	36	7,4

situaciones interpersonales y finalmente lograr poner en prácticas dichas competencias. La explicación es porque están en proceso de formación y considerando que la mayoría de los estudiantes están cursando los primeros años. Por otra parte, es necesario conocer en diferentes etapas de su formación y fortalecerla.

Esto es corroborado por Torres María de España⁽¹⁰⁾ quien logró evidenciar que al proponer actividades diseñadas a las competencias sociales se puedan elevar, todo en beneficio de los estudiantes.

Además, se ha comprobado que las habilidades sociales juegan un papel importante en la obtención de apoyo social fuera del entorno familiar⁽¹¹⁾. Cuanto mayor sea el clima social familiar, será mayor el nivel de habilidades sociales,

esto porque la familia juega un papel importante de apoyo emocional y social en el desarrollo de las habilidades sociales ⁽¹²⁾.

En España, manifiestan el interés e importancia de instruir con habilidades sociales a los profesionales de enfermería, ya que algunas casas de estudios carecen de ésta para su formación ⁽¹³⁾.

Al implementar asignaturas sobre competencias sociales genera un gran fortalecimiento en la salud mental en los estudiantes, de esa manera la formación del estudiante no se verá afectada ⁽¹⁴⁾. Al respecto, un estudio revela que a los inicios de la adolescencia es la etapa donde la autoestima tiende a disminuir y luego aumenta nuevamente, esto se verá comprometido la habilidad emocional, como la capacidad de poder entender y finalmente en resolver emociones con los demás ⁽¹⁵⁾.

En el presente estudio, nos indican que se debe de resaltar la promoción de las competencias sociales en los estudiantes de enfermería. Los investigadores como Lacunza Ana

y González Norma de Argentina ⁽¹⁶⁾ mencionan de la importancia de dar prioridad a los hallazgos evidenciados ya que serán importante para los jóvenes en cuanto a su desempeño profesional.

Como limitaciones se pueden considerar la participación heterogénea de los diferentes ciclos. La aplicación del instrumento se realizó en las aulas de la universidad y los estudiantes de los últimos dos ciclos se encuentran en las sedes hospitalarias y tienen poca presencia en la universidad.

Conclusiones

Los estudiantes de enfermería no son completamente capaces de demostrar sus habilidades sociales y más adelante se verá afectado en el ámbito laboral, es por esta razón que se propone implementar asignaturas sobre habilidades o competencias sociales que generen el fortalecimiento de la salud mental en los estudiantes.

Referencias bibliográficas

- Mangrulkar L, Whitman CV, Posner M. Enfoque de habilidades para la vida para un desarrollo saludable de niños y adolescentes. 2011;68. Disponible en: <https://core.ac.uk/download/pdf/11056125.pdf>
- Salud OP de la. OPS/OMS | Salud del Adolescente [Internet]. [cited 2019 Dec 30]. Disponible en: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=3177:salud-del-adolescente&Itemid=2428&lang=es
- Delicia Ferrando, Luis Meza, Elva Dávila BO. Perú: Estimaciones y proyecciones de población, 1950-2050. Perú, Lima; 2001.
- Ministerio de Salud. Modelo de abordaje de Promoción de la Salud en el Perú [Internet]. Lima - Perú. Disponible en: http://bvs.minsa.gob.pe/local/promocion/203_prom30.pdf
- Choque-Larrauri R, Chirinos-Cáceres JL. Eficacia del programa de habilidades para la vida en adolescentes escolares de Huancavelica, Perú. Rev Salud Publica. 2009;11(2):169–81.
- Song HS, Choi JY, Son YJ. The relationship between professional communication competences and nursing performance of critical care nurses in South Korea. International Journal of Nursing Practice [revista en Internet] 2017 [acceso 23 de Octubre de 2017]; 23(5): 1-7.
- López Martín I. Habilidades sociales en enfermería. El papel de la comunicación centrado en el familiar. Rev Española Comun en Salud [Internet]. 2014;5(2):92–101.
- Levy-Leboyer C, Prieto J. Gestión de las competencias. Ediciones Gest [Internet]. 2000;18. Disponible en: <http://cidseci.dgsc.go.cr/datos/Gestion de las competencias-Claude Levy.pdf>
- Gismero E. Escala de Habilidades Sociales - EHS. Manual. 3a ed. Madrid - España: TEA- Ediciones; 2010. 56 p.
- Torres Alvarez M. Las habilidades sociales. Un programa de intervención en Educación Secundaria. [tesis Maestría]. España: Universidad de Granada; 2014.
- García-Bóveda RJ, Vázquez Morejón AJ, Jiménez RVM. Habilidades sociales y apoyo social en esquizofrenia. Int J Psychol Psychol Ther. 2007;7(1):61–71.
- Galarza C. Relación entre el nivel de habilidades sociales y el clima social familiar de los adolescentes de la I. E. N Fe y Alegria 11, Comas. Tesis. 2012;150.
- Fernández N, Fraile C. Evaluación de las competencias sociales en estudiantes de enfermería. Bordón Rev Pedagog [Internet]. 2008;2(2):91–105.
- Navarro L, Genoveva R, López P. Las habilidades sociales en la intervención social y educativa : de la creatividad a la adquisición de competencias. RES Revista de Educación Social número 18, Enero de 2014.
- Zych I, Beltrán M, Ortega R, Llorent V. Competencias sociales y emocionales de adolescentes involucrados en diferentes roles de bullying y cyberbullying. Revista de Psicodidáctica [revista en Internet] 2017 [acceso 23 de octubre de 2019]; (xx): 1-8.
- Betina Lacunza, Ana; Contini de González N. Las habilidades sociales en niños y adolescentes. Su importancia en la prevención de trastornos psicopatológicos. Fundam en Humanidades. 2011;XII(23):159–82.

Diabetes mellitus y enfermedades odontológicas en un establecimiento del primer nivel de la Región Callao

Diabetes mellitus and dental diseases in a primary healthcare center of Callao Region

Juan Morales ^{1,a,b}, Luz Verónica Licera^{2,c}

¹ Universidad de Ciencias y Humanidades. Lima, Perú.

² Centro de Salud Mi Perú. Dirección Regional de Salud del Callao. Lima, Perú.

^a Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria

^b Doctor en Medicina

^c Cirujano Dentista

Información del artículo

Citar como: Morales J, Licera LV. Diabetes mellitus y enfermedades odontológicas en un establecimiento del primer nivel de la Región Callao. *Health Care & Global Health*.2020;4(1):20-3. doi: 10.22258/hgh.2020.41.70

Autor corresponsal

Juan Morales
Email: mdjuanmorales@gmail.com
Dirección: Av. Universitaria 5175, Los Olivos, Lima 39 – Perú.

Historial del artículo

Recibido: 22/05/2020
Aprobado: 11/06/2020
En línea: 27/06/2020

Financiamiento

Autofinanciado

Conflictos de interés

Declara no tener conflictos de interés.

Resumen

Objetivos: Determinar la frecuencia de las enfermedades odontológicas en los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 (DM2). **Materiales y métodos:** Estudio descriptivo transversal basado en una fuente secundaria. Participaron pacientes con DM2 atendidos en el servicio de odontología de un establecimiento del primer nivel de atención del distrito Mi Perú, en la Región Callao. **Resultados:** Se analizó a 36 pacientes con DM2, con una edad media de 56,94 años (DE=11,56; Rango: 28 a 76). El 88,9% (n=32) eran de sexo femenino, 50% (n=18) tenía 60 o más años de edad y 47,2% (n=17) con instrucción secundaria. El 94,4% de los pacientes con DM2 presentaron al menos una enfermedad odontológica. Las principales enfermedades odontológicas fueron caries, periodontitis y gingivitis aguda, que afectó al 69,4% (n=25), 36,1% (n=13) y 25% (n=9), respectivamente. El 72,2%(n=26) tenían pérdida de alguna pieza dental y 50% (n=18) presentaban al menos una pieza por extraer. **Conclusiones:** Las afecciones odontológicas están generalizadas en los pacientes con DM2, encabezado por la caries, seguido por la periodontitis y gingivitis aguda; además de una alta proporción de pérdidas de piezas dentales. La DM2 requiere una intervención multidisciplinaria y oportuna.

Palabras clave: Diabetes Mellitus Tipo 2; Enfermedades Dentales; Enfermedades Estomatognáticas; Perú (Fuente: DeCS, BIREME).

Abstract

Objectives: To determine the frequency of dental diseases in patients with type 2 diabetes mellitus (DM2). **Materials and methods:** Cross-sectional descriptive study based on a secondary source. DM2 patients attended in the dental service of a primary healthcare center of "Mi Peru" district in the Callao Region participated. **Results:** A total of 36 patients with DM2 were analyzed, with a mean age of 56.94 years (SD = 11.56; Range: 28 to 76). Of the sample, 88.9% (n = 32) were female, 50% (n = 18) were 60 years of age or older and 47.2% (n = 17) had secondary education. A 94.4% of patients with DM2 presented at least one dental disease. The main dental diseases were caries, periodontitis and acute gingivitis, which affected 69.4% (n = 25), 36.1% (n = 13) and 25% (n = 9), respectively. A 72.2% (n = 26) of patients had loss of a dental piece and 50% (n = 18) had at least one piece to extract. **Conclusions:** Dental conditions are widespread in patients with type 2 diabetes, caries being more frequent, followed by periodontitis and acute gingivitis; in addition to a high loss rate of dental pieces. Diabetes requires multidisciplinary and timely intervention.

Keywords: Diabetes Mellitus, Type 2; Tooth Diseases; Stomatognathic Diseases; Peru (Source: MeSH, NLM).



Introducción

La diabetes mellitus (DM) es un problema de salud pública, con una tendencia creciente principalmente en los países en desarrollo. A nivel mundial afecta a 422 millones de personas, con una prevalencia de 8,5% en la población adulta y se le atribuye 1,5 millones de muertes⁽¹⁾. En el Perú, DM afecta al 7% de la población y constituye la octava causa de muerte⁽²⁾.

La DM ocasiona complicaciones multiorgánicas. En la cavidad oral destacan la caries dental, gingivitis y anomalías periodontales⁽³⁾. La hiperglucemia se asocia con un mayor riesgo de erosión dental, caries dental y gingivitis⁽⁴⁾; la DM mal controlada aumenta tres veces el riesgo de desarrollar enfermedad periodontal⁽⁵⁾, los hombres con DM tienen mayor riesgo de periodontitis⁽⁶⁾, y tienen más probabilidades de tener un mayor número de dientes cariados⁽⁷⁾.

Los factores anticaries de la saliva como el pH óptimo, el flujo rápido y el nivel adecuado de calcio se ven gravemente afectados por el fracaso del control de la glucosa en sangre por los pacientes con DM2⁽⁸⁾. La incidencia elevada de caries en los diabéticos se asocia con un número elevado de microorganismos acidogénicos como los estreptococos y lactobacilos, potencialmente cariogénicos⁽⁹⁾.

Los pacientes con DM y enfermedad periodontal severa presentan un riesgo de tres veces mayor de mortalidad por cardiopatía isquémica en comparación con los pacientes con DM pero con una gravedad menor de la enfermedad periodontal. La presencia de periodontitis también se asocia con un riesgo más de tres veces mayor de enfermedad renal terminal⁽⁶⁾. La presencia de manifestaciones orales en pacientes con DM indica un estado glucémico mal controlado, tanto las complicaciones microvasculares y macrovasculares de la DM son significativamente mayores entre los diabéticos con enfermedades orales⁽¹⁰⁾.

La falta de articulación de los servicios de salud y el desconocimiento de los pacientes retardan la intervención oportuna y en consecuencia pueden incrementar prematuramente las complicaciones. La DM requiere un abordaje multidisciplinario y los servicios de odontología también pueden contribuir con la reducción de las complicaciones. Por lo expuesto, el objetivo del presente estudio es determinar la frecuencia de las enfermedades odontológicas en los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en un establecimiento de salud del primer nivel de atención de un distrito del Callao.

Materiales y métodos

Diseño

Estudio descriptivo transversal realizado en el Centro de Salud del Distrito de Mi Perú ubicado en la Región Callao, con una población que supera los 60 mil habitantes.

Población y muestra

La población de estudio estuvo constituida por los pacientes portadores de diabetes mellitus tipo 2 atendidos en el servicio de odontología del Centro de Salud Mi Perú. Según la Oficina de Estadística del Centro de Salud, durante el 2018 se atendieron 308 pacientes con diabetes mellitus tipo 2 (DM2). Se revisaron historias clínicas, de los cuales 40 fueron atendidos en el servicio de odontología.

Se incluyeron a los pacientes que contaban con los datos sociodemográficos básicos, con diagnóstico médico de DM2 y atención odontológica.

Variables de estudio e instrumentos

Diabetes mellitus tipo 2: Enfermedad crónica asociada a la producción insuficiente de insulina o al uso ineficaz de la insulina. La diabetes tipo 2 es el tipo de diabetes más común, y representa el 90%, por lo general ocurre en adultos, pero cada vez más aparece en niños, adolescentes y jóvenes adultos⁽¹¹⁾. El diagnóstico de DM2 se establece mediante los criterios de la Asociación Americana de Diabetes⁽¹²⁾. Para efectos del presente estudio se consideró a todo paciente en cuya historia clínica tenía registro de diagnóstico y/o tratamiento para DM2 firmado por un médico.

Enfermedades odontológicas: Presencia de enfermedades localizadas en la boca y dientes. Incluye a la enfermedad periodontal que comprende a todas las alteraciones de cualquier origen que afecta a los tejidos del periodonto (conjunto de estructuras que protegen y soportan los dientes), formado por encía, ligamento periodontal, cemento radicular y hueso alveolar⁽¹³⁾.

Se determinó a partir de la información registrada en el odontograma o diagnóstico firmado por un profesional odontólogo.

Procedimientos de recolección de datos

Se empleó un cuestionario de recolección de datos con asesoría de un profesional odontólogo. En el instrumento se incluyó datos sociodemográficos como la edad, sexo, procedencia, diagnóstico de DM2, comorbilidades, medidas antropométricas y diagnóstico odontológico.

Análisis estadístico

Los datos obtenidos fueron ingresados a una matriz y depurados según los criterios del estudio. Las variables cualitativas fueron distribuidas en tablas de frecuencias, para las variables numéricas se determinaron los estadísticos básicos. La evaluación de las asociaciones se realizó con el estadístico Chi cuadrado, considerando los valores de $p < 0,05$ como significativos. El procesamiento de datos se realizó con la versión 23 del IBM SPSS Statistics.

Consideraciones éticas

El acceso a las fuentes de información se realizó con la autorización del jefe del establecimiento de salud y se garantizó la confidencialidad de los datos. El protocolo de investigación fue evaluado por el Comité de Ética de la Universidad de Ciencias y Humanidades (Acta CEI N° 111-2019).

Resultados

En el estudio participaron 40 pacientes de ambos sexos, cuatro fueron excluidos por presentar datos incompletos. El análisis se realizó con 36 pacientes portadores de DM2, con una edad media de 56,94 años (DE=11,56; Rango: 28 a 76). El 88,9% (n=32) eran de sexo femenino, 50% (n=18) tenía 60 o más años de edad, 47,2% (n=17) con instrucción secundaria, procedentes en su mayoría de Lima y Callao y ciudades de la sierra, el 33,3% (n=12) presentaba hipertensión arterial, el 36,1% (n=13) presentaba obesidad y 33,3% (n=12) sobrepeso (Tabla 1).

El 94,4% de los pacientes con DM2 presentaron al menos una enfermedad odontológica. Las principales enfermedades odontológicas fueron caries, periodontitis y gingivitis aguda, que afectó al 69,4% (n=25), 36,1% (n=13) y 25% (n=9), respectivamente. El 72,2% (n=26) tenían pérdida de alguna pieza dental y 50% (n=18) presentaban al menos una pieza por extraer (Tabla 2). La presencia de las enfermedades odontológicas no mostraron asociación con las variables sociodemográficas, comorbilidades ni el índice de masa corporal ($p>0,05$).

Discusión

Las afecciones odontológicas están generalizadas en los pacientes con DM2, encabezado por la caries, seguido por la periodontitis y gingivitis aguda. Una alta proporción de pacientes con DM2 ha perdido alguna pieza dentaria y/o tiene otra por extraer.

La caries dental es la enfermedad crónica más extendida del mundo, afecta al 44% de la población mundial⁽¹⁴⁾. En el Perú, el 90,4% de peruanos tiene caries dental, de las enfermedades periodontales la gingivitis es importante junto a la periodontitis⁽¹⁵⁾. Pareciera que la frecuencia de los problemas dentales como la caries en los pacientes con DM2 es menor que la población general; sin embargo, el registro de odontograma representa el estado de la cavidad oral del paciente en un momento determinado y no necesariamente se encuentra caries sino otras complicaciones mayores irreversibles como la pérdida de pieza dental o por extraerse.

La DM2 junto a la deficiencia de los hábitos de higiene bucal y la evaluación oportuna por los profesionales odontólogos

Tabla 1. Características generales de pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en el servicio de odontología, Mi Perú, Callao.

Características	n	%
Total	36	100
Sexo		
Femenino	32	88,9
Masculino	4	11,1
Edad (años)		
< 40	2	5,6
40 a 49	8	22,2
50 a 59	8	22,2
≥ 60	18	50,0
Instrucción		
Primaria	9	25,0
Secundaria	17	47,2
Sin datos	10	27,8
Procedencia		
Lima y/o Callao	11	30,6
Sierra	11	30,6
Selva	8	22,2
Costa	6	16,7
Comorbilidad		
HTA	12	33,3
Hiperlipidemia	2	5,6
Otros	1	2,8
Ninguno	12	33,3
Índice de masa corporal		
Normal	11	30,6
Sobrepeso	12	33,3
Obesidad	13	36,1

Tabla 2. Enfermedades odontológicas en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en el Centro de Salud Mi Perú, Región Callao.

Enfermedades odontológicas	n	%
Total	36	100
Caries	25	69,4
Gingivitis aguda	9	25,0
Gingivitis crónica	4	11,1
Periodontitis	13	36,1
Pieza dental por extraer	18	50,0
Pérdida de pieza dental	26	72,2
Prótesis dental	6	16,7
Absceso periapical	3	8,3
Necrosis pulpar	7	19,4

pueden ser los factores determinantes en la ocurrencia y prevalencia de los problemas de salud bucal. Un estudio en la India, encontró que la prevalencia de caries dental en pacientes con DM2 fue de 73,3% mientras que en los no diabéticos fue 33,3%, asimismo, la prevalencia de la caries dental fue mayor entre las personas con DM2 no controladas que entre los diabéticos controlados⁽¹⁶⁾.

La DM daña severamente los tejidos orales causando enfermedad periodontal, pérdida de dientes, caries y otros trastornos de la cavidad oral⁽¹⁷⁾. El control de la DM2 es determinante en la aparición de los problemas dentales, la DM2 mal controlada aumenta tres veces el riesgo de desarrollar enfermedad periodontal⁽⁶⁾, y tienen más probabilidades de tener un mayor número de dientes cariados⁽⁷⁾. Merece destacar la intervención oportuna tanto de la DM2 y los problemas dentales, los estudios indican una relación bidireccional entre la diabetes y la periodontitis, es decir, existe una destrucción más severa del tejido periodontal en pacientes diabéticos y un control glucémico más pobre en sujetos diabéticos con enfermedad periodontal⁽¹⁸⁾.

Es preocupante la escasa integración de los servicios para asegurar el abordaje multidisciplinaria de los problemas de

salud como la DM2, y todo ello está reflejado en el presente estudio donde solo una parte de los pacientes hayan recibido los servicios odontológicos.

Entre las limitaciones que deben considerarse en el presente estudio son el tamaño de la muestra y la fuente secundaria de los datos que no permiten realizar un análisis más detallado de los hallazgos; no obstante, permite conocer los principales problemas bucales que afectan a los pacientes con DM2, los cuales pueden servir para promover la intervención multidisciplinaria desde el primer nivel de atención.

Conclusiones

Las afecciones odontológicas están generalizadas en los pacientes con DM2, encabezado por la caries, seguido por la periodontitis y gingivitis aguda; además de una alta proporción de pérdidas de piezas dentales. La DM2 requiere una intervención multidisciplinaria y oportuna para evitar las complicaciones.

Referencias bibliográficas

- World Health Organization. Global Report on Diabetes [Internet]. France; 2016. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/204877/WHO_NMH_NVI_16.3_spa.pdf?sequence=1
- Villena JE. Diabetes Mellitus in Peru. *Ann Glob Heal*. 2015;81(6):765–75.
- Lotfy M, Adeghate J, Kalasz H, Singh J, Adeghate E. Chronic Complications of Diabetes Mellitus: A Mini Review. *Courrent Diabetes Rev*. 2017;13(August 2017):3–10.
- Goodson JM, Hartman ML, Shi P, Hasturk H, Yaskell T, Vargas J, et al. The salivary microbiome is altered in the presence of a high salivary glucose concentration. *PLoS One*. 2017;12(3):1–20.
- Garton B, Ford P. Root caries and diabetes: Risk assessing to improve oral and systemic health outcomes. *Aust Dent J*. 2012;57(2):114–22.
- Jimenez M, Hu FB, Marino M, Li Y, Joshipura KJ. Type 2 diabetes mellitus and 20 year incidence of periodontitis and tooth loss. *Diabetes Res Clin Pr*. 2012;98(3):494–500.
- Yonekura S, Usui M, Murano S. Association between numbers of decayed teeth and HbA1c in Japanese patients with type 2 diabetes mellitus. *Ups J Med Sci*. 2017;122(2):108–13.
- Jawed M, Khan RN, Shahid SM, Azhar A. Protective effects of salivary factors in dental caries in diabetic patients of Pakistan. *Exp Diabetes Res*. 2012;2012.
- Kampoo K, Teanpaisan R, Ledder RG, McBain AJ. Oral Bacterial Communities in Individuals with Type 2 Diabetes Who Live in Southern Thailand. *Appl Environ Microbiol*. 2014;80(2):662–71.
- Bajaj S, Prasad S, Gupta A, Singh V. Oral manifestations in type-2 diabetes and related complications. *Indian J Endocrinol Metab*. 2012;16(5):777–9.
- International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas Eighth Edition 2017 [Internet]. International Diabetes Federation. 2017. Disponible en: <https://www.idf.org/e-library/epidemiology-research/diabetes-atlas/134-idf-diabetes-atlas-8th-edition.html>
- American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes-2019. *J Clin Appl Res Educ* [Internet]. 2019;42(1). Disponible en: https://care.diabetesjournals.org/content/diacare/suppl/2018/12/17/42.Supplement_1.DC1/DC_42_S1_2019_UPDATED.pdf
- Villa P. Enfoque salubrista de la enfermedad periodontal. *Rev Iberoam Ciencias*. 2015;2(4):179–89.
- Federación Dental Internacional. El desafío de las enfermedades bucodentales. Una llamada a la acción global. Atlas de Salud Bucodental [Internet]. Segunda ed. Federación Dental Internacional. Ginebra; 2015. Disponible: https://www.fdiworlddental.org/sites/default/files/media/documents/book_spreads_oh2_spanish.pdf
- Ministerio de Salud. Caries dental. Nota de prensa [Internet]. Lima-Perú; 2019. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/45475-el-90-4-de-los-peruanos-tiene-caries-dental>
- Malvania EA, Sheth SA, Sharma AS, Mansuri S, Shaikh F, Sahani S. Dental caries prevalence among type II diabetic and nondiabetic adults attending a hospital. *J Int Soc Prev Community Dent*. 2016;6(9):S232–6.
- Nazir MA, Alghamdi L, Alkadi M, Albeajan N, Alrashoudi L, Alhussan M. The burden of diabetes, its oral complications and their prevention and management. *Open Access Maced J Med Sci*. 2018;6(8):1545–53.
- Llambés F, Arias-Herrera S, Caffesse R. Relationship between diabetes and periodontal infection. *World J Diabetes*. 2015;6(7):927–35.

La Medicina Familiar y Comunitaria en la Pandemia por COVID-19: Contribuciones y Desafíos

Family and Community Medicine During COVID-19 Pandemic: Contributions and Challenges

Verónica Palomino ^{1,a}, Paula Cahuina-Lope^{2,a}

¹ Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima, Perú.

² Instituto Nacional de Salud. Lima, Perú.

^a Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.

Información del artículo

Citar como: Palomino V, Cahuina-Lope P. La Medicina Familiar y Comunitaria en la Pandemia por COVID-19: Contribuciones y desafíos. Health Care & Global Health.2020;4(1):24-7. doi: 10.22258/hgh.2020.41.71

Autor corresponsal

Verónica Palomino
Email: veronica.palomino.n@gmail.com
Dirección: Calle Centenario 348, Breña, Lima 05.

Historial del artículo

Recibido: 27/05/2020
Aprobado: 10/06/2020
En línea: 27/06/2020

Financiamiento

Autofinanciado

Conflictos de interés

Declaran no tener conflictos de interés.

Resumen

Los médicos de familia han demostrado contribuciones notables en la respuesta contra la pandemia por COVID-19. Los médicos de familia son los principales efectores de la atención primaria, trabajan junto con otros profesionales y autoridades para garantizar que se tomen las medidas adecuadas con prontitud para reducir los riesgos, así como, los desafíos de derivación adecuada, triaje y mantenimiento efectivo de un sistema de salud.

Palabras clave: Medicina Familiar y Comunitaria; Brote por el Coronavirus 2019-nCoV; COVID-19; Perú (Fuente: DeCS, BIREME).

Abstract

Family physicians have shown remarkable contributions in the response to the COVID-19 pandemic. Family physicians are the primary effectors of primary health care, working alongside other professionals and authorities to ensure that appropriate steps are taken promptly to reduce risks, as well as the challenges of proper referral, triage, and effective maintenance of a healthcare system.

Keywords: Family Practice; Coronavirus Infections; COVID-19; Peru (Source: MeSH, NLM).



Introducción

A finales del 2019, se identificó un nuevo coronavirus como la causa de un grupo de casos de neumonía en Wuhan, China, la cual se extendió rápidamente, llevando a la Organización Mundial de la Salud (OMS) a declararla como una emergencia de salud pública de interés internacional el 30 de enero de 2020, caracterizándose así la primera pandemia provocada por un coronavirus⁽¹⁾. A nivel mundial, desde la aparición en diciembre de 2019 y hasta el cuatro de junio del 2020, se ha reportado más de 6,4 millones de casos de enfermedad por coronavirus (COVID-19) y 382 867 muertes⁽²⁾. Lo que ha llevado a que las autoridades de diversas naciones de todo el mundo tomen decisiones drásticas para evitar una mayor propagación del virus. Sin embargo, la falta de terapia dirigida sigue siendo un problema⁽³⁾, por lo que las medidas de prevención aunadas al diagnóstico oportuno y preciso de COVID-19 continúan siendo la piedra angular de los esfuerzos para proporcionar un tratamiento adecuado y limitar la propagación del virus.

En Perú, el 06 de marzo de 2020 se reportó el primer caso confirmado de COVID-19 y el 11 de marzo se declaró la Emergencia Sanitaria a nivel nacional por el plazo de 90 días calendario, dictándose diversas medidas de prevención y control del COVID-19. Como en muchas partes de Latinoamérica, Perú cuenta con un sistema de salud fragmentado, con servicios de salud orientados atenciones hospitalarias, y donde la atención primaria de salud no está implementada en forma adecuada. Esta pandemia, terminó por incrementar el número de pacientes que acudían a los hospitales, abrumando y ocasionando en poco tiempo el colapso del nuestro precario sistema de salud, ya que los pacientes buscaron pruebas y tratamiento, y en el proceso ayudaron a propagar el virus más rápidamente, situación que evidencia nuevamente la ineficacia de los hospitales principal entrada al sistema de salud, la respuesta a este virus y a otros tipos de problemas infecciosos.

Los médicos que trabajan en el primer nivel de atención, médicos de familia, promueven e implementan la Atención Primaria de Salud (APS), enfatizando en la provisión de servicios, prevención de la enfermedad, la promoción de la salud, la atención de problemas agudos, crónicos, psicosociales y cuidados al final de la vida. Además, el cuidado de la salud de las familias y la gestión de la salud de las comunidades con la articulación y trabajo interdisciplinario, promoviendo un trabajo en equipo, más allá del establecimiento de salud. Los principales desafíos para todos los proveedores de atención médica en el contexto de esta pandemia y para los médicos de familia en particular, son el número abrumador de pacientes, las condiciones laborales precarias, la falta de reconocimiento, la sobreexposición, la incertidumbre y el desconocimiento aun sobre la fisiopatología de esta enfermedad, y aunado a ello, el manejo del miedo y el pánico entre la población y entre los mismos profesionales. Para los médicos de familia, los desafíos no terminan ahí, la necesidad de continuidad

de la atención y el tratamiento de toda la persona en su lugar de residencia son aportes esenciales de los médicos de familia para guiar a la comunidad y a sus integrantes hacia el camino de la recuperación de su salud⁽⁴⁾.

La participación comunitaria es la primera línea de defensa en la batalla contra todas las enfermedades infecciosas. Los médicos de familia son guardianes y promotores de salud al capacitar a la comunidad contra este virus mortal. Los médicos de familia participan en cada una de las tres fases de respuesta a la enfermedad. Por ejemplo, ayudan a bloquear la transmisión viral en la fase uno al monitorear a las personas en los puntos de control designados, y retrasan el aumento de casos al tratar a los pacientes y proporcionar vigilancia médica en la comunidad en la fase 2. En la fase 3, se encargan de la clínica y el bienestar psicológico de los pacientes y extenderlo a sus familias, para que toda la comunidad pueda volver a la vida normal, tan pronto como sea práctico⁽⁵⁾.

Roles y contribuciones de los médicos de familia

Los médicos de familia cumplen diversos roles y contribuyen con el control del nuevo coronavirus.

1. Frenar la propagación del virus y proteger a la comunidad

Los médicos del primer nivel de atención trabajan de manera conjunta con diferentes actores sociales como los gobiernos locales y la policía como un "Equipo de Defensa Conjunta" manteniendo un seguimiento cercano de los casos confirmados y de sus contactos. Realizan un monitoreo diario de la salud y brindan apoyo psicológico en cada una de las atenciones realizadas a la persona, familia y comunidad. Brindan asesoramiento a las personas bajo cuarentena o vigilancia médica sobre cómo desinfectar sus hogares y procesar adecuadamente sus desechos domésticos.



Figura 1. Equipo de defensa conjunta



Figura 2. Visita domiciliaria

2. Detección de casos en establecimientos de salud del primer nivel de atención

Los médicos de familia son puntos para la vigilancia centinela, a menudo son los primeros en detectar casos sospechosos, proporcionar información a las autoridades sanitarias para el seguimiento de contactos, y orientar el manejo inicial correspondiente. Durante el brote de coronavirus los equipos de respuesta rápida y equipos multidisciplinarios del primer nivel de atención, han realizado la búsqueda incansable de los signos y síntomas establecidos en la definición de caso sospechoso. Se han adoptado una serie de medidas de control de infecciones y direcciones de flujo de pacientes para minimizar el riesgo de infecciones cruzadas. Así como la reorganización de los servicios y equipos de atención para responder a las necesidades de salud de los casos sospechosos y confirmados y de sus contactos.

Los establecimientos de salud (EESS) del primer nivel de atención, no solo brindan servicios que satisfacen las necesidades médicas básicas de los pacientes con COVID-19, sino que también brindan vigilancia para monitorear de cerca los posibles casos infectados y a los que se recuperan de alguna complicación que ameritó hospitalización⁽⁶⁾.

3. Proporcionar continuidad de la atención a los pacientes dados de alta y los enfermos crónicos

El Perú viene realizando esfuerzos para fortalecer la APS, uno de ellos es la conformación de Redes Integradas de Salud (RIS), con el objetivo de prestar una cartera de atención de salud equitativa e integral a una población definida e intervenciones de salud individual y salud pública, promoviendo la articulación, coordinación y complementación, y la rendición de cuentas. La implementación de la Telesalud y Telemedicina⁽⁶⁾, así como la aprobación del modelo del cuidado integral de salud por curso de vida para la persona, familia y comunidad⁽⁷⁾, siguiendo como orientadores los principios de la APS Renovada; son algunas de las acciones que contribuye en fortalecer el alineamiento de las estrategias en salud y las políticas de salud, que son clave para hacer frente a los principales problemas de salud pública, más aún en este contexto de pandemia.

En ese sentido, son los médicos del primer nivel de atención quienes brindan atención continua a los pacientes que se recuperan de las infecciones por coronavirus en sus 14 días de rehabilitación y en el período de atención domiciliaria después del alta. Monitorean la salud del paciente visitándolos dos veces al día, continúan controlando sus morbilidades existentes y alivian su ansiedad a través del asesoramiento. También apoyan a las familias y vecinos de los pacientes, y buscan asistencia de hospitales y autoridades sanitarias solo cuando los problemas no pueden abordarse a nivel comunitario.

Así mismo, durante la pandemia y el mandato de inmovilización social obligatoria, los pacientes con enfermedades crónicas han tenido dificultades para controlar su enfermedad, es por ello que una estrategia clave que afronta el primer nivel de atención a través de los médicos de familia fue el de emitir recetas para tres meses, permitiendo así que los pacientes eviten exponerse a riesgo innecesarios al visitar con relativa frecuencia los EESS; así también gracias al uso de herramientas virtuales para emitir recetas en línea, y los medicamentos ahora se pueden entregar de puerta en puerta a las personas en las áreas afectadas, como lo viene haciendo el Seguro Social (EsSalud).

Los médicos de familia también mantienen sus servicios de visitas domiciliarias a pacientes estables con enfermedades crónicas bajo la atención médica domiciliaria establecida en la comunidad, incluso durante la pandemia; con especial mención es al médico de familia que contribuye en el cuidado y preservación de la salud mental de la población en los centros de salud mental comunitarios.

4. Explorar nuevos modos de atención: plataformas de salud en línea

Los médicos de familia a través de su conocimiento de la comunidad local y su papel como coordinadores de servicios de atención primaria, pueden trabajar junto con los comités locales del vecindario para crear redes de detección de salud, que pueden proporcionar el seguimiento de contactos y la investigación de las fuentes de infecciones. Estas redes dirigidas por los médicos de familia contribuyen significativamente en la recopilación de datos, las investigaciones epidemiológicas y los esfuerzos para prevenir una mayor transmisión de enfermedades.

Los médicos de familia están utilizando herramientas electrónicas por mensajería instantánea a través de WhatsApp®, texto, video llamada, Zoom® y paneles electrónicos para difundir información de salud pública, como recordarle al público el significado de aislamiento social, que evite las reuniones y visitas sociales, la conciencia de la higiene personal, las formas adecuadas de usar mascarillas, el lavado de manos y la importancia de una buena ventilación en el hogar. También brindan asesoramiento psicológico oportuno y apoyo a la comunidad, para contrarrestar los miedos y el pánico.

Calmar los miedos es tan crucial como detener la propagación del virus. Los médicos de familia con amplio

conocimiento sobre la comunidad y capacitados para tener buenas habilidades de comunicación han participado activamente en plataformas de atención médica en línea y asesoramiento por teléfono e internet. Algunos médicos generales han producido videos sobre consejos de salud o han participado en programas interactivos de televisión o en línea. Estos pueden aliviar la ansiedad y minimizar las consultas médicas innecesarias. Las personas que sufren dolencias menores pueden consultar a los médicos en línea, especialmente cuando no pueden acudir a una consulta en persona por varias razones, como los requisitos de accesibilidad o aislamiento.

Conclusiones

El nuevo brote de coronavirus ha puesto en evidencia lo crítico de nuestro sistema de salud con todas sus carencias y expone a sus trabajadores de la salud quienes son la primera línea de defensa. Existen numerosas instancias de respuestas individuales y de equipos médicos a esta enfermedad, muchas de ellas sobre los esfuerzos de los médicos de familia que han desarrollado confianza y buena comunicación con sus pacientes. Brindar atención personal y soporte en línea ha ayudado a aliviar la ansiedad inevitable.

Referencias bibliográficas

1. Pan American Health Organization / World Health Organization. 2020 [citado 27 de abril de 2020]. Disponible en: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=15756:who-characterizes-covid-19-as-a-pandemic&Itemid=1926&lang=en
2. World Health Organization. Coronavirus disease (COVID-2019). Situation Report-136 [Internet]. WHO. 2020. Disponible en: https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200604-covid-19-sitrep-136.pdf?sfvrsn=fd36550b_2
3. Rothan HA, Byrareddy SN. The epidemiology and pathogenesis of coronavirus disease (COVID-19) outbreak. *J Autoimmun.* 1 de mayo de 2020;109:102433.
4. Lim WH, Wong WM. COVID-19: Notes From the Front Line, Singapore's Primary Health Care Perspective. *Ann Fam Med.* mayo de 2020;18(3):259-61.
5. WHO-China-joint-mission-on-covid-19-final-report.pdf [Internet]. [citado 26 de mayo de 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/who-china-joint-mission-on-covid-19-final-report.pdf>
6. Ley Marco de Telesalud-LEY-N° 30421 [Internet]. [citado 26 de mayo de 2020]. Disponible en: <http://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/ley-marco-de-telesalud-ley-n-30421-1363168-1/>
7. Resolución Ministerial N° 030-2020-MINSA [Internet]. [citado 26 de mayo de 2020]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/414755-030-2020-minsa>

Los médicos de familia han demostrado contribuciones notables a las tres etapas de respuesta a esta pandemia, lo que ha valido que la OMS recomiende el fortalecimiento de estrategias de prevención y seguimiento lideradas por médicos del primer nivel de atención. Vale la pena mencionar nuevamente que los médicos de familia están en la mejor posición para atender a pacientes con angustia emocional derivada de brotes, como el trastorno de estrés postraumático, que sería tan devastador como los problemas de salud física. Los pacientes no se sentirán estigmatizados al buscar ayuda de alguien en quien confiar. Hay buenas lecciones que aprender de cada pandemia y crisis que no deben desperdiciarse. A medida que la enfermedad comienza a estar bajo control en el país, el desafío para los médicos de familia y el sistema de salud en general se reorienta sobre cómo promover la atención integrada centrada en las personas.

La competencia y la confiabilidad de los médicos de familia son las más importantes. Los médicos de familia son los principales efectores de la atención primaria, trabajan junto con otros profesionales y autoridades para garantizar que se tomen las medidas adecuadas con prontitud para reducir los riesgos, así como, los desafíos de derivación adecuada, triaje y mantenimiento efectivo de un sistema de salud.

Proceso de cuidado de enfermería en un paciente oncológico

Nursing care process in an oncology patient

Ana Paula Goyzueta ^{1,a}

¹ Universidad de Ciencias y Humanidades

^a Bachiller en Enfermería.

Información del artículo

Citar como: Goyzueta AP. Proceso de cuidado de enfermería en un paciente oncológico. Health Care & Global Health.2020;4(1):28-36. doi: 10.22258/hgh.2020.41.72

Autor corresponsal

Ana Paula Goyzueta
Email: apgoyzueta@gmail.com
Dirección: Av. Universitaria 5175, Los Olivos, Lima 39 - Perú

Historial del artículo

Recibido: 09/03/2020
Aprobado: 12/06/2020
En línea: 27/06/2020

Financiamiento

Autofinanciado

Conflictos de interés

Declara no tener conflictos de interés.

Resumen

El proceso de cuidado de Enfermería (PCE) es una herramienta que permite al enfermero brindar los cuidados de enfermería, ayuda a comprender la respuesta del ser humano, para poder intervenir oportunamente y tener una respuesta favorable del paciente. El objetivo del trabajo fue describir el estado clínico de un paciente adulto mayor con enfermedad terminal, y conocer las características personales, familiares y sociales. Se trató el caso de un paciente senil con diagnóstico de cáncer de estómago estadio avanzado, post operada de gastrectomía total, con ascitis y derrame pleural en pulmón izquierdo. Se brindó un enfoque integral al paciente en sus últimos días y hubo soporte familiar en todo momento. Se considera que es derecho del paciente conocer su estado de salud y pronóstico, siempre y cuando el paciente se encuentre consciente.

Palabras clave: Neoplasias Gástricas; Adulto Mayor; Atención de Enfermería; Perú (Fuente: DeCS, BIREME)

Abstract

The Nursing Care Process (PCE) is a tool that allows the nurse to provide nursing care, helps to understand the human response, in order to intervene in a timely manner and have a favorable response from the patient. The objective of the work was to describe the clinical state of an older adult patient with terminal illness, and to know the personal, family and social characteristics. This is the case of a senile patient with a diagnosis of advanced stage stomach cancer, post-surgery for a total gastrectomy, with ascites and pleural effusion in the left lung. A comprehensive approach was provided to the patient in his last days and there was family support at all times. It is considered that it is the patient's right to know his state of health and his prognosis, as long as the patient is conscious.

Keywords: Stomach Neoplasms; Aged; Nursing Care; Peru (Source: MeSH, NLM).



Introducción

El cáncer es el acúmulo de células anormales, que presentan invasividad por su multiplicación rápida y descontrolada dentro o fuera de los órganos de origen como por fallas en los mecanismos de muerte celular natural. Cuando estas células tienen la capacidad de ingresar a los vasos linfáticos o sanguíneos y son capaces de instaurarse en órganos alejados se denomina metástasis ⁽¹⁾.

La enfermedad terminal es una enfermedad activa y progresiva para la cual el tratamiento curativo no es posible ni apropiada y de la cual la muerte es segura, por ende, son necesarios los cuidados paliativos con el objetivo de lograr la mejor calidad de vida posible para los pacientes y sus familias ⁽²⁾, sin la intención de apresurar ni posponer la muerte. Los cuidados paliativos logran prevenir y aliviar el sufrimiento de cualquier tipo: físico, psicológico, social o espiritual a través de la identificación temprana, la evaluación correcta y el tratamiento de dolor, ya que este último es uno de los síntomas más frecuentes y graves que experimentan los pacientes que necesitan cuidados paliativos ⁽³⁾. El 90% los pacientes con SIDA o cáncer experimentan dolor de moderado a intenso al final de sus vidas ⁽⁴⁾, 80% depresión o ansiedad, 60% dificultad para respirar y, en su mayoría, falta de apetito, sequedad bucal, constipación, debilidad general u otras molestias similares, una oleada de síntomas que afectan en su totalidad al paciente ⁽⁵⁾, por tales razones, se brinda las terapias paliativas ⁽⁶⁾.

Los estudios demuestran que los pacientes que reciben cuidados paliativos tienen como beneficios mejorar la calidad de vida, disminuir la carga de síntomas incluido la depresión, evitando los riesgos asociados al tratamiento y hospitalización y disminuyen los costos con una mejor utilización de los recursos de atención médica ⁽⁷⁾.

La función de los profesionales de enfermería en los cuidados paliativos es necesario porque son ellos quienes interactúan entre el paciente y resto de profesionales que intervienen en los cuidados ⁽¹⁾. La psicoterapia en pacientes terminales también es de suma importancia para el paciente, porque aborda problemas en lo psicosocial, espiritual y físico, generando satisfacción, utilidad, aumento de dignidad, sentido de la vida, sentido de propósito y voluntad de vivir, con una disminución significativa en el sufrimiento; en tanto, para la familia es satisfactorio, ya que mejora la experiencia al final de la vida ⁽⁸⁾.

El paciente tiene derecho a recibir información completa y continuada, verbal y escrita, de todo lo relativo a su proceso, incluyendo diagnóstico, alternativas de tratamiento y sus riesgos y pronósticos, que debe facilitarse con un lenguaje comprensible; en caso de que el paciente no quiera o no pueda recibir dicha información, esta debe proporcionarse a los familiares o personas legalmente responsables ⁽⁹⁾.

El paciente al no conocer su estado de salud, limita la capacidad de decisión; a ello solo los pacientes con la capacidad para comprender la situación a la que se enfrenta tienen el derecho ético y legal de aceptar o rechazar un procedimiento propuesto ⁽¹⁰⁾. Prigerson, menciona que los pacientes tienen derecho a saber el estado de su enfermedad y los probables resultados del tratamiento para que tomen decisiones sobre el cuidado basándose en la información ⁽¹¹⁾.

Los pacientes informados sobre su diagnóstico tienen mayor satisfacción con el médico tratante y entienden mejor las explicaciones recibidas, asimismo no solo no pierden la esperanza, sino que muestran más confianza en el cuidado que reciben ⁽¹²⁾, dejando de lado la desconfianza, la sensación de engaño y el conflicto que podría generar no decir el diagnóstico en el momento oportuno. Un estudio en España sobre la comunicación del diagnóstico en cáncer, evidencia que un 70% de pacientes con cáncer conocen la naturaleza maligna de su enfermedad a pesar de que solo un 50% han sido informados de ellos. Muchas veces el enfermo sabe más de lo que se le dice ⁽¹²⁾.

La familia debe estar correctamente informada sobre la evolución de la enfermedad, por lo tanto, tratar de evitar que el paciente conozca sobre su estado de salud, impide que este comparta sus sentimientos, miedos y hace que este se sienta cada vez más aislado. El profesional de salud y la familia no pueden brindar mensajes discordantes, sobre todo cuando insisten en ocultar la información al enfermo ⁽¹³⁾, es importante tratar de convencerles de que es mucho mejor la sinceridad y fomentar una comunicación veraz entre ambos. Es una situación difícil, pero sea el profesional de salud o familia deben considerarse siempre los derechos del paciente y respetarlos.

La muerte es el término de la vida y puede ser percibida como una bendición divina, sin embargo, no significa pedir al hombre el derecho de acabar con la vida de una persona con sufrimiento ⁽¹⁴⁾. Hipócrates, en su Juramento pide a los médicos el compromiso de no dar a nadie una droga mortal aun cuando les sea solicitada, ni brindar consejos con dicho objetivo. En Holanda, el 15% de los fallecidos muere por eutanasia ⁽⁵⁾. No debemos olvidar que todo paciente terminal merece cesar su vida con dignidad.

El pronóstico de un paciente terminal no es nada alentador, la esperanza de vida del paciente es seis meses o menos, es algo fortuito; no se puede saber con exactitud ⁽¹¹⁾. El diagnóstico médico de una enfermedad oncológica, sea cual fuese el tipo es aquello que, en su momento tiene un impacto emocional tanto para el paciente y los familiares, el paciente comienza con una serie de pensamientos, sentimientos, muchos de ellos negativos; la desesperanza y vacío que sienten no tiene explicación alguna; no obstante, no todos reaccionan de la misma manera.

La familia, por desconocer la situación y el proceso de la enfermedad, trata de ayudar y hacer todo lo posible para preservar la salud, busca todas las alternativas y recursos posibles para que el familiar no sufra. El problema radica cuando no se dice al paciente el diagnóstico que tiene. Por ello, cuando la familia es quien decide por el paciente, deja de lado la autonomía y derecho que le corresponde a la persona o paciente. Es importante conocer el pensamiento del paciente, el saber cómo se siente, saber cuáles son sus deseos y expectativas de vida. Llega un momento en el que el mismo paciente, en sus facultades, no comprende que es lo que le pasa, a pesar de la información brindada por sus familiares, no comprende, comienza a cuestionarse, a comparar, a tener dudas de lo sucedido. Sabemos que es difícil recibir un diagnóstico como el cáncer, pero es egoísta no decir la verdad y hablar con enredo al paciente.

En este contexto, el presente trabajo tiene como objetivo describir el estado clínico de un paciente adulto mayor con enfermedad terminal, y conocer las características personales, familiares y sociales.

Materiales y métodos

Para el desarrollo del estudio de caso, se ha trabajado y aplicado la taxonomía diagnóstica según NANDA-NIC-NOC, una herramienta que permite clasificar según los estándares de diagnóstico, planificación e intervención.

- **Taxonomía clasificación de diagnósticos de enfermería (NANDA):** Permite clasificar los diagnósticos de enfermería basados en evidencia ⁽¹⁵⁾.
- **Taxonomía clasificación de resultados de enfermería (NOC):** Es un sistema de clasificación que permite describir los resultados y objetivos que se quiere lograr con el paciente según el diagnóstico priorizado, asimismo se encarga de evaluar los efectos del cuidado de enfermería.
- **Taxonomía calificación de intervenciones de enfermería (NIC):** Permite clasificar las intervenciones que serán brindadas al paciente según diagnóstico priorizado.

Como herramienta se utilizó el Proceso de Cuidado de Enfermería (PCE), que permitirá estratificar el plan de cuidados según las necesidades que requiere el paciente, de modo que pueda recibir los cuidados necesarios y llevar sus últimos días con calidad y sin sufrimiento.

I. Valoración de enfermería

Situación problemática

En Lima, en el distrito de San Martín de Porres (S.M.P) vive una paciente adulta mayor de 83 años de edad,

con los siguientes diagnósticos médicos: cáncer de estómago estadio IV, post operada de gastrectomía total, actualmente con evidencia de ascitis y derrame pleural leve en pulmón izquierdo. Se encuentra despierta, ventilando espontáneamente. A la entrevista, la paciente refiere: “Me duele mucho la espalda, en el coxis, tengo malestar general”, “Han hecho conmigo lo que han querido, no entiendo por qué estoy así, estoy muerta en vida y no se dan cuenta”, “Como quisiera que el señor me recoja, porque estoy sufriendo, poco a poco me estoy yendo, no quiero molestar ya, hace meses que no como nada, ¿quién vive así? Nadie”. “Tengo sed, la boca la tengo seca por el ácido amargo”.

Recolección de datos

Datos subjetivos

A la entrevista con el familiar (hija) refiere: “Es mejor no decir nada, para que no sufra. Ella se podría deprimir, para que decirle, solo debemos darle calidad de vida”.

A la entrevista con el familiar (hijo) refiere: “Si tomas tus medicinas mamá, te vas a poner bien, te vas a recuperar” “Tienes que hacer lo que dice el doctor”. Negación de la enfermedad.

Datos Objetivos

Paciente se muestra colaboradora, con facies de dolor. Al examen físico: Cabellos frágiles, ojos hundidos, pómulos hundidos, mucosa bucal seca, piel pálida y flácida, sin turgencia, con problemas de deglución, no puede pasar los alimentos tanto sólidos ni líquidos, presencia de vómitos intermitentes de características biliosa y ácida, excesiva salivación. Cuello sin presencia de ganglios inflamados, también presenta lordosis lumbar. Miembros superiores uniformes con presencia sarcopenia y presencia de vía periférica en el miembro superior derecho (MSD). Pulmones, a la auscultación se escucha crépitos. Abdomen distendido, globoso, dolor a la palpación en mesogastrio, con Escala de Evaluación Analógica (EVA) (9/10), acompañado de malestar general. Miembros inferiores uniformes con disminución de la fuerza motora, zona genital íntegra, orina colúrica, ambos pies con signo de fóvea +++/+++ y presencia de úlcera por presión estadio I en la región sacra.

Control de funciones vitales: PA: 110/70 FC: 115x', FR: 22x', SatO₂: 87%, T°: 36,8 °C, Talla: 1,56 y Peso: 50 Kg.

Escala de Glasgow: 13/ 15 puntos (AO: 4, RV: 4 y RM: 5). Nivel (Moderado)

Datos de afiliación personal y/o familiar

Paciente mujer de iniciales GCS, de 83 años de edad, soltera, procedente de Lima. Como acompañantes se encuentra los hermanos, hijos y nietos.

Condiciones de salud de la paciente

Paciente se encuentra con ascitis y derrame pleural en pulmón izquierdo, post operada de gastrectomía total por cáncer de estómago. Enfermedad de estadio IV (avanzado), progresivo e incurable. Generó un gran impacto emocional en el paciente y familia. El pronóstico de vida según el médico tratante es menor a dos meses. Paciente con grado de dependencia III y en un aparente mal estado general. Por las noches paciente no puede dormir, se levanta por el dolor en abdomen y reflujo laringofaríngeo, por ratos

se rehúsa a recibir el medicamento para el dolor. Por las mañanas manifiesta deseos de morir.

Datos de la enfermedad:

- Diagnóstico médico: Post operada de gastrectomía total por cáncer de estómago.
- Tratamiento médico: (22/12/2019) Recibe NaCl 0,9x1000cc c/8 horas vía EV, Dimenhidrinato 50 mg c/12h EV, Pantoprazol 40 mg c/24 h EV y Tramadol 50 mg c/12 horas SC.

II. Diagnóstico de enfermería

Listado de diagnósticos

Diagnósticos reales

Dominio1: Promoción de la salud / Clase2: Gestión de la salud	(00257)
Síndrome de fragilidad del anciano r/c sarcopenia m/p desequilibrio nutricional inferior a las necesidades corporales.	
Dominio2: Nutrición / Clase1: Ingestión	(00103)
Deterioro de la deglución r/c reflujo faringolaríngeo m/p los alimentos son expulsados por la boca.	
Dominio2: Nutrición / Clase5: Hidratación	(00027)
Déficit de volumen de líquidos r/c mecanismos de regulación comprometidos m/p pérdida de peso, piel seca, sed, disminución de diuresis.	
Dominio3: Eliminación e Intercambio / Clase1: Función urinaria	(00011)
Estreñimiento r/c tumor m/p aumento de la presión intraabdominal	
Dominio4: Actividad/Reposo/ Clase1: Sueño/Reposo	(00095)
Insomnio r/c malestar físico m/p dolor intenso.	
Dominio4: Actividad/Reposo/ Clase2:	(00088)
Deterioro de la ambulación r/c fuerza muscular insuficiente m/p Deterioro de la habilidad para caminar una distancia requerida.	
Dominio5: Percepción/ Clase4: Cognición	(00128)
Confusión aguda r/c demencia m/p alucinaciones	
Dominio11: Seguridad/Protección / Clase2: Lesión física	(00046)
Deterioro de la integridad cutánea r /c alteración de la turgencia de la piel m/p upp- estadio I	
	(00031)
Limpieza ineficaz de las vías aéreas r/c retención de secreciones m/p cantidad excesiva de esputo.	
Dominio12: Confort / Clase1: Confort físico	(00133)
Dolor crónico r/c infiltración tumoral m/p expresión facial de dolor.	
	(00134)
Náuseas r/c ascitis m/p aversión a alimentos.	

Leyenda

* r/c: Relacionado con (causa)

* m/p: Manifestado por (signos y síntomas)

Diagnósticos de riesgo

Dominio11: Seguridad/Protección / Clase1: Infección	(00004)
Riesgo de infección r/c inmunosupresión.	
Dominio11: Seguridad/Protección/Clase2: Lesión física	(00039)
Riesgo de aspiración r/c aumento de secreciones.	
	(00155)
Riesgo de caídas r/c disminución de la fuerza en las extremidades inferiores.	
	(00205)
Riesgo de shock r/c hipovolemia.	
Dominio11: Seguridad/Protección/Clase6: Termorregulación	(00005)
Riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal r/c alteración de la tasa metabólica.	
Leyenda	
* r/c: Relacionado con (causa)	
* m/p: Manifestado por (signos y síntomas)	

Priorización de diagnósticos

1. Dolor crónico r/c infiltración tumoral m/p expresión facial de dolor.
2. Déficit de volumen de líquidos r/c mecanismos de regulación comprometidos m/p pérdida de peso, piel seca, sed, disminución de diuresis.
3. Deterioro de la deglución r/c reflujo faringolaríngeo m/p los alimentos son expulsados por la boca.
4. Insomnio r/c malestar físico m/p dolor intenso.
5. Deterioro de la integridad cutánea r/c alteración de la turgencia de la piel m/p upp- estadio I.

III. Planificación de enfermería

En esta tercera etapa del PCE, se establecen los objetivos a corto plazo, un resultado esperado para con el paciente, para modificar o disminuir el problema que se encontró. En el caso se encontró 10 diagnósticos reales y cinco diagnósticos de riesgo; sin embargo, del total de diagnósticos, se priorizan los que requieren intervención inmediata y necesaria. Priorizando siempre los diagnósticos potenciales o reales para luego continuar con los de riesgo. A cada uno de ellos, se le otorga un objetivo o resultado esperado.

IV. Intervención

En esta cuarta etapa del PCE, se ejecutan los cuidados planteados al paciente y/o familia. Las actividades involucran trabajo intelectual para decidir correctamente y que beneficien al usuario ⁽¹⁶⁾. Es importante la valoración antes y después de la intervención, registrando en todo momento las características del paciente.

V. Evaluación

Es la última etapa del PCE, dónde es importante identificar y comparar los objetivos trazados con el paciente antes y después de la intervención con el paciente, mediante los indicadores de valoración. La evaluación ejerce una importante función en revalorar y registrar nuevamente datos del paciente en caso no se hayan cumplido con los objetivos establecidos, permite intervenir nuevamente desde el inicio de una valoración hasta su evaluación con el propósito de lograr los objetivos trazados y exista una respuesta favorable en el paciente.

Los propios enfermeros(as) quienes realizan la función de docencia tienen la responsabilidad de formar profesionales en pregrado, con las capacidades necesarias para afrontar situaciones significativas en el desarrollo de la práctica, con un enfoque holístico, ya que nunca debe olvidarse el objeto de estudio, propio de enfermería, es el cuidado humano. El proceso de cuidado enfermero permite a la profesión, su crecimiento y desarrollo profesional hasta lograr una autoeficacia satisfactoria en el cuidado ⁽¹⁶⁾.

DOMINIO 12: CONFORT / CLASE 1: CONFORT FÍSICO					
Diagnóstico: Dolor crónico r/c infiltración tumoral m/p expresión facial de dolor. (00133)					
NOC	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA	NIC	ACTIVIDADES
Nivel de dolor 2102	Dolor referido 210201	Sustancial:2	Mantener:2 Aumentar: 5	Administración de analgésicos 2210	<ul style="list-style-type: none"> Determinar la localización, duración e intensidad del dolor antes de administrar el analgésico. Monitorizar el dolor del paciente con alteraciones de comunicación (demencia) Documentar todos los hallazgos de la observación del dolor. Comprobar antecedentes de alergias a otros medicamentos. Verificar la vía de administración Administración de Tramadol para el control del dolor, Evaluar la respuesta del paciente ante la administración del analgésico.
DOMINIO: SALUD PERCIBIDA (V)	Expresiones faciales de dolor 210206	Sustancial:2	Mantener:2 Aumentar:5	CAMPO: Fisiológico: Complejo	
CALSE: SINTOMATOLOGÍA (V)	Pérdida de apetito 210215	Sustancial:2	Mantener: 2 Aumentar: 5	CLASE: Control de Fármacos (H)	

DOMINIO2: NUTRICIÓN / CLASE5: HIDRATACIÓN					
Diagnóstico: Déficit de volumen de líquidos r/c mecanismos de regulación comprometidos m/p pérdida de peso, piel seca, sed, disminución de diuresis. (00027)					
NOC	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA	NIC	ACTIVIDADES
Hidratación 0602	Turgencia cutánea 060201	Sustancialmente comprometido:2	Mantener: 2 Aumentar: 4 Levemente comprometido	Manejo de Líquidos/ Electrolitos 2080	<ul style="list-style-type: none"> Monitorizar los cambios del estado respiratorio y cardiaco que indiquen una sobrecarga de líquidos o deshidratación. Monitorizar los signos y síntomas de la deshidratación (crepitantes en la auscultación pulmonar, ojos hundidos, saliva espumosa o espesa). Favorecer la ingesta oral, colocarlo a su alcance, proporcionar una gasa humedecida de agua. Asegurar que la solución intravenosa, contenga electrolitos y se administre a un ritmo constante. Observar si hay signos y síntomas de retención de líquidos. Vigilar los signos vitales. Explorar mucosas bucales, la esclera y piel del paciente por si hubiera desequilibrio hidroelectrolítico. Observar si existe pérdida de líquidos. Llevar un registro preciso de entradas y salidas.
	Orina oscura 060219	Sustancial:2	Mantener: 2 Aumentar: 4 Leve	CAMPO: Fisiológico: Complejo	
DOMINIO: SALUD FISIOLÓGICA (II)				CLASE: Control de electrolitos y ácido básico (G)	
CALSE: LÍQUIDOS Y ELECTROLITOS (G)	Espasmos musculares 060225	Sustancial:2	Mantener: 2 Aumentar: 5 Ninguno		

DOMINIO12: CONFORT / CLASE1: CONFORT FISICO					
Diagnóstico: Deterioro de la deglución r/c reflujo faringolaríngeo m/p los alimentos son expulsados por la boca					
NOC	INDICADOR	ESCALA DE MEDICION	PUNTUACION DIANA	NIC	ACTIVIDADES
Severidad de las náuseas y los vómitos 2107	Frecuencia de los vómitos 210707	Sustancial:2	Mantener: 2 Aumentar: 4	Manejo del Vómito 1570	<ul style="list-style-type: none"> • Valorar el color, consistencia y grado en el que es forzado. • Estimar el volumen de emesis. • Llevar consigo bolsas de plástico para recoger la emesis. • Controlar los factores ambientales que pueden evocar el vómito (malos olores, ruidos) • Colocar al paciente de forma adecuada para prevenir la aspiración. • Proporcionar apoyo físico durante el vómito (como ayudar a la persona a inclinarse o sujetarle la cabeza). • Proporcionar alivio (lavar la cara o proporcionar ropa limpia y seca) durante el periodo del vomito. • Utilizar higiene oral para limpiar la boca y nariz. • Limpiar después del episodio del vómito para eliminar el olor. • Aumentar gradualmente la ingesta de líquidos si durante un periodo de 30 minutos no se han producido vómitos. • Controlar el equilibrio hidroelectrolítico. • Fomentar el descanso. • Enseñar el uso de técnicas no farmacológicas (relajación, musicoterapia, distracción) • Ayudar al paciente y familia a solicitar ayuda.
	Intensidad de los vómitos 210708	Grave: 1	Mantener: 1 Aumentar: 4		
DOMINIO: SALUD PERCIBIDA (V)				CAMPO: Fisiológico: Básico	
CALSE: SINTOMATOLOGÍA (V)	Vómitos fecaloides 210719	Sustancial:2	Mantener: 2 Aumentar: 4	CLASE: Fomento de la comodidad física (E)	

DOMINIO4: ACTIVIDAD/REPOSO/ CLASE1: SUEÑO/REPOSO					
Diagnóstico: Insomnio r/c malestar físico m/p Estado de salud comprometido. (00095)					
NOC	INDICADOR	ESCALA DE MEDICION	PUNTUACION DIANA	NIC	ACTIVIDADES
Sueño	Calidad de sueño 000404	Sustancialmente comprometido: 2	Mantener: 2 Aumentar: 5	Mejorar el sueño 1850	<ul style="list-style-type: none"> • Determinar el patrón de sueño/vigilia del paciente. • Determinar los efectos que tiene la medicación del paciente en el patrón de sueño. • Observar/registrar el patrón y número de horas de sueño del paciente. • Observar las circunstancias psicológicas (miedo o ansiedad). • Ajustar el ambiente (luz, ruido, temperatura, colchón y cama) para favorecer el sueño. • Facilitar mantener una rutina habitual a la hora de irse a la cama. • Iniciar/llevar a cabo medidas agradables: masajes, colocación y contacto afectuoso. • Disponer siestas durante el día, para cumplir con las necesidades del sueño. • Ajustar el programa de administración de medicamentos para apoyar el ciclo de sueño/vigilia del paciente. • Comentar con el paciente y la familia técnicas para favorecer el sueño.
	Dificultad para conciliar el sueño 000421	Sustancial: 2	Mantener: 2 Aumentar: 5		
DOMINIO: SALUD FUNCIONAL (I)				CAMPO: Fisiológico: Básico	
CALSE: MANTENIMIENTO DE LA ENERGÍA (A)	Dolor 000425	Sustancial: 2	Mantener: 2 Aumentar: 4	CLASE: Facilitación del autocuidado (F)	

DOMINIO4: ACTIVIDAD/REPOSO/ CLASE1: SUEÑO/REPOSO					
Diagnóstico: Deterioro de la integridad cutánea r/c alteración de la turgencia de la piel m/p estadio I. (00046)					
NOC	INDICADOR	ESCALA DE MEDICION	PUNTAJACION DIANA	NIC	ACTIVIDADES
Curación de la herida por primera intención	Aproximación cutánea 110201	Sustancial: 4	Mantener: 4 Aumentar: 2 Escaso	Cuidados de las úlceras por presión 3520 Vigilancia de la piel 3590	<ul style="list-style-type: none"> • Describir las características de la úlcera por presión (longitud, anchura, profundidad y estadio) • Controlar el color, la temperatura, edema, humedad y aspecto de la piel. • Limpiar la piel alrededor de la úlcera con jabón suave y agua. • Limpiar la úlcera con solución salina con movimientos circulares desde el centro. • Mantener la úlcera humedecida (Niofen) para favorecer la curación. • Aplicar un apósito adhesivo permeable a la úlcera • Observar el color, calor, textura y si hay edema y ulceraciones en alguna otra región corporal. • Observar las zonas de presión y fricción para evitar otra upp. • Vigilar el color y temperatura de la piel. • Documentar los cambios en la piel y las mucosas.
DOMINIO: Salud Fisiológica (II)	Eritema cutáneo circundante 110208	Sustancial: 2	Mantener: 2 Aumentar: 4	CAMPO: Fisiológico: Complejo	
CALSE: Integridad tisular (L)	Olor de la herida 110211	Sustancial: 2	Mantener: 2 Aumentar: 4	CLASE: Control de la piel/ heridas (I)	

El PCE es una herramienta que contribuye con el aprendizaje en pregrado, para que sea más dinámico y brinda la oportunidad de ser referencia para otros, con un caso similar, pero con diferentes experiencias y ellos en algún momento puedan compartir, generando un intercambio de conocimientos. Asimismo es importante que los cuidados paliativos no se consideren como algo que solo los hospitales pueden hacer, puede ser proporcionado en cualquier entorno de atención médica y también en los hogares de los pacientes ⁽³⁾.

La evaluación es en función de los objetivos que se trazaron con el paciente. En el presente caso se evaluó y priorizó los diagnósticos de importancia que se debía de realizar con el fin de contribuir al bienestar del paciente. La paciente se muestra colaboradora en todo momento a los cuidados, sin embargo, el estadio avanzado de la enfermedad en el que se encontraba, era fuerte y se incrementaba cada vez más, a tal punto que el tratamiento farmacológico no era lo

suficiente para poder paliar sus síntomas. Es necesario decir que se brindó un enfoque integral al paciente en sus últimos días, a pesar de no conocer el diagnóstico hubo soporte familiar en todo momento. Por tal motivo, se recomienda que por más doloroso que sea recibir un diagnóstico como tal, es derecho del paciente conocer su estado de salud, el pronóstico; que el paciente tome la decisión de que hacer, y que no decidan por uno, siempre y cuando el paciente se encuentre orientado en tiempo y espacio, sin alteración de conciencia. Es complicado quizás para la familia aceptar la decisión del paciente con una negativa, pero es derecho del paciente y debe ser siempre respetado.

Se recomienda fomentar los cuidados en casa para quienes vivan con adultos mayores, fortalecer su cuidado, buen desarrollo con la ayuda de la familia. Concientizar que los problemas que se presentan pueden llegar a comprometer la vida del paciente, pero que todo se puede prevenir si se toma las medidas necesarias y de manera oportuna.

Referencias bibliográficas

1. Laura Acuña, Silvia Aibar, Liliana Broggi, Constanza Celano, Clara Cullen, María Concepción Chambi, Silvina Estrada, Patricia Gange, Carlos González, Olinda González, Gladys Grance, Nelson Kohen, Marta Junín CEL. Manual

de Enfermería Oncológica [Internet]. Ciudad Autónoma de Buenos Aires; 1395. Disponible en: <http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000510cnt-38-ManualEnfermeriaOncologica2014.pdf>

2. Higginson I. Palliative and Terminal Care [Internet]. Vol. 4. 1998. p. S20–1. Disponible en: <https://pdfs.semanticscholar.org/9ee8/1852bbcfa76c3339c7d15b4f02d70393a39.pdf>
3. Oliver J. Planning and implementing palliative care services: A guide for programme managers [Internet]. Vol. 53, Journal of Chemical Information and Modeling. 2013. p. 1689–99. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/250584>
4. Higginson IJ, Hart S, Koffman J, Selman L, Harding R. Needs Assessments in Palliative Care: An Appraisal of Definitions and Approaches Used. *J Pain Symptom Manage* [Internet]. 2007;33(5):500–5. Disponible en: [https://www.jpmsjournal.com/article/S0885-3924\(07\)00109-1/pdf](https://www.jpmsjournal.com/article/S0885-3924(07)00109-1/pdf)
5. Mendoza Vega J. El derecho a morir con dignidad. *Biomedica* [Internet]. 2005;25(2):165–6.
6. K.M.Foley, P. Kashemsant, N. MacDonald, M. McCaffery, V.A. Ngu, F. Takeda, R. Tiffany, R.G Twycross VV. Alivio del dolor y tratamiento paliativo en el cáncer. [Internet]. Ginebra; 1990. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/41759/WHO_TRS_804_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
7. Rebecca Mcateer CW. Palliative care: Benefits, Barriers, and Best Practices [Internet]. Washington. DC; 2013. Disponible en: <https://www.aafp.org/afp/2013/1215/p807.pdf>
8. Donato SCT, Matuoka JY, Yamashita CC, Salvetti M de G. Effects of dignity therapy on terminally ill patients: A systematic review. *Rev da Esc Enferm* [Internet]. 2016;50(6):1011–21.
9. España O y legislación S en. Carta de derechos y deberes del paciente [Internet]. 2005. Disponible en: https://www.semfyces/wp-content/uploads/2016/07/23_01.pdf
10. Carrasco OV. El consentimiento informado del paciente en la actividad asistencial médica. *Rev Médica La Paz* [Internet]. 2016;22(1):59–68.
11. Instituto Nacional del Cáncer. Hablar del pronóstico con pacientes con cáncer avanzado - [Internet]. 14-07-2016. 2016 [cited 2020 Mar 2]. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/noticias/temas-y-relatos-blog/2016/cancer-pronostico-platicas>
12. Barbero Gutiérrez J. El derecho del paciente a la información: El arte de comunicar. *An Sist Sanit Navar* [Internet]. 2006;29(SUPPL.3):19–27.
13. Arévalo F del C. Cuidados a la persona con enfermedad terminal [Internet]. 2003. p. 1–39. Disponible en: http://www.seaonline.org/uploads/documentacion/Herramientas para la Consulta Enfermera/CUIDADOS_Enfermo_Terminal.pdf
14. Noemi JJ. Vida y muerte: Una reflexión teológico-fundamental. *Teol y Vida*. 2007;48(1):41–55.
15. Adams, Jeffrey, Kay Avant, Lynda Juall Carpenito, Dorothy DeMaio, T. Heather Herdman ML. Welcome to NANDA International | Defining the Knowledge of Nursing [Internet]. [cited 2020 Feb 18]. Disponible en: <https://www.nanda.org/>
16. Aguilar-Serrano L, López-Valdez M, Ponce-Gómez G, Rivas-Espinosa JG. Nivel de conocimientos acerca del proceso enfermero y la percepción de autoeficacia para su aplicación. *Rev enferm Inst Mex Seguro Soc* [Internet]. 2008;16(18):3–6.

Experiencia de enfermería en la atención de pacientes con COVID-19 en primer nivel de atención

Nursing experience in the care of patients with COVID-19 at a Primary Health Care Center

María Rosa Gonzales  ^{1,a}

¹ Centro de Salud Mi Perú. Dirección Regional de Salud del Callao. Lima, Perú.

^a Licenciada en Enfermería

Información del artículo

Citar como: Gonzales MR. Experiencia de enfermería en la atención de pacientes con COVID-19 en primer nivel de atención. Health Care & Global Health.2020;4(1):37-42. doi: 10.22258/hgh.2020.41.73

Autor corresponsal

María Rosa Gonzales
Email: peque-a-ma2010@hotmail.com
Dirección: Urb: El Carmen MZ F Lite
11 Callao
Teléfono: 986117456

Historial del artículo

Recibido: 01/06/2020
Aprobado: 12/06/2020
En línea: 27/06/2020

Financiamiento

Autofinanciado

Conflictos de interés

Declara no tener conflictos de interés.

Resumen

Existe una gestión ineficiente de recursos para la lucha contra el COVID-19, que ha llevado a la saturación de los servicios e insatisfacción de los usuarios; y entre los trabajadores de salud, existe temor de contagio de la enfermedad. Por lo que se requiere el liderazgo y eficiencia de gestión de las autoridades sanitarias de la región.

Palabras clave: Servicios de Enfermería; Atención Primaria de Salud; Epidemia por 2019-nCoV; Perú (Fuente: DeCS, BIREME)

Abstract

There is an inefficient management of resources to face COVID-19, which has led to saturation of services and dissatisfaction of users; and among health workers, there is a perception of fear of contagion of the disease. Therefore, the leadership and management efficiency of the region's health authorities is required.

Keywords: Nursing Services; Primary Health Care; Coronavirus Infections; Peru (Source: MeSH, NLM).



Introducción

El COVID-19 es una enfermedad causada por el coronavirus de tipo 2, inicialmente notificada el 31 de diciembre del 2019 en la ciudad de Wuhan, provincia de Hubei de China, como una neumonía de etiología desconocida⁽¹⁾. Al 03 de junio del 2020, la Organización Mundial de la Salud (OMS), reporta más de 6,2 millones de casos positivos de COVID-19 y con cerca de 380 mil fallecidos, con una mayor concentración en la Región de las Américas⁽²⁾; en el Perú, se cuenta con 178 914 casos positivos y 4 894 defunciones⁽³⁾.

El COVID-19 es una enfermedad altamente contagiosa, la transmisión del virus relacionada con el hospital sigue siendo una amenaza muy grande para los trabajadores de la salud, y las enfermeras están en la primera línea de atención y, por lo tanto, son más susceptibles a la infección⁽⁴⁾. La pandemia por COVID-19 ha generado una alta carga laboral de los profesionales de enfermería, especialmente en las unidades de cuidados intensivos⁽⁵⁾, y ha ocasionado diversos problemas de salud mental en los trabajadores de salud, tales como depresión, ansiedad e insomnio⁽⁶⁾.

Los profesionales de enfermería brindan servicios asistenciales en diversas áreas y en diversos niveles de complejidad. En el Perú, en cumplimiento de la normativa nacional, en los establecimientos del de salud del primer nivel de atención, se han implementado unidades de equipos de salud exclusivos para la atención de pacientes con COVID-19⁽⁷⁾. En estos equipos, los profesionales de enfermería juegan un rol importante y realizan numerosas actividades asistenciales y administrativas.

El contexto que permite resaltar y exponer el presente trabajo es el distrito Mi Perú, con una población de 62,340 habitantes y cuenta con un Centro de Salud, donde el primer caso se confirmó el 2 de abril del 2020 y desde esa fecha hasta el día 25 de mayo se registran 98 casos confirmados de COVID-19, con 11 fallecidos y 120 casos sospechosos identificados.

Por lo expuesto, el objetivo del presente estudio es conocer la percepción del personal de enfermería que participan directamente en la prestación de servicios asistenciales de pacientes con diagnóstico de COVID-19 en el Centro de Salud Mi Perú, ubicado en la Región Callao.

Materiales y métodos

A manera de un estudio cualitativo, el presente trabajo recoge la percepción de un grupo de enfermeras integrantes del equipo COVID-19 del Centro de Salud Mi Perú, ubicado, ubicado en el distrito de Mi Perú.

La recolección de datos se realizó durante las pausas de descanso en los turnos programados y de manera individualizada. A las participantes se les pidió que expresaran

libremente sobre la experiencia durante la atención y seguimiento de los pacientes diagnosticados por COVID-19.

Resultados

Las enfermeras participantes expresaron lo siguiente: “En el mes de marzo cuando recién se escuchaba los síntomas de COVID-19, en el centro de salud el profesional de enfermería presentaba la proximidad de la llegada de nuestros primeros pacientes positivos, la preocupación se manifestaba en prever la conducta de los pacientes para brindarles la atención adecuada y darles la tranquilidad de una atención adecuada; por otra parte, mi preocupación y la de otros colegas era principalmente la falta de personal profesional para enfrentar esta pandemia, el posible tráfico de pacientes, la preocupante falta de equipos de protección personal, medicamentos y sobre todo el diagnóstico impreciso de los casos negativos traducidos en pruebas rápidas que no evidenciaban una seguridad de la no presencia de la enfermedad en el paciente, sin embargo se les brindaba la consejería preventiva” (E1).

“Simulando un barco que no sabe si encontrará puerto, al centro de salud los pacientes llegaban con muchos tipos de síntomas y signos como fiebre, dolor de cabeza, diarreas malestar general a veces pérdida del olfato y sabor. De esta manera nos sumergimos en el itinerario de trabajo sensibilizadas en dar lo mejor de nosotras, contábamos solo con mascarillas N95, que al poco tiempo comenzaban a escasear; después los EPP ya estaban completos, sin embargo, aún faltaban nuestras mascarillas protectoras. Después empezamos a leer y buscar experiencias de otros países: Italia tenía un tratamiento médico y reconocían síntomas pero a la vez había una gran cantidad de infectados, no obstante también una gran cantidad de fallecidos; España de la misma manera comenzaba a incrementar sus infectados y muertos por COVID -19, a pesar de tener unas condiciones de salud pública más estables que nuestro país. Las enfermeras empezamos a tomar consciencia e iniciativa, teníamos que enfrentar este virus, era nuestra labor y nos reuníamos como gremio y sindicato, dándonos los conocimientos y la fuerza para poder seguir adelante y afrontar esta pandemia. Nuestra vocación de servicio nos mantenía firmes en el compromiso: era nuestro año y teníamos una labor que cumplir” (E1).

“La atención permaneció constante, asumíamos las consultas de pacientes sospechosos, al ver la continuidad y aumento de pacientes con síntomas relacionados a la epidemia; siendo así que la gestión de nuestro médico jefe del centro de salud apertura la emergencia, y como tal se implementa luego el traje COVID-19 con personal exclusivo. La llegada del profesional de enfermería de COVID alarmó mi sentir, el personal empezaba a trabajar y no tenían ningún contrato, ya sea por tercero o cas, ni seguros de vida como lo estipulaba las normas de urgencias, permaneciendo expuestos al contagio sin ninguna garantía de sus vidas, ya que no se estaba cumpliendo los decretos de urgencia promulgados por nuestro el Presidente de la República” (E1).

Esta etapa se convirtió en el foco del estrés y el tormento de las enfermeras, ya que se empezaba a visibilizar la llegada de infectados por COVID-19, algunas colegas comenzaron a tener perturbaciones psicológicas como entrar en pánico o ansiedad, dolores de cabeza y dificultad para respirar al trabajar buscaban una manera de justificar descansos médicos, en mi cargo yo me mantenía preocupada por brindarles la protección y cuando percibí que la DIRESA no facilitaba las mascarillas faciales, solicite a nuestro sindicato cierto número de mascarillas para un determinado número de colegas. Este logro se vio opacado porque aún las colegas se mantenían sin contrato, sin almuerzos desde las 8 am hasta las 4 pm, todo parecía refugiarse en un contexto triste e injusto, los pacientes seguían llegando y las pruebas rápidas confirmando lo que en el fondo ya sabíamos, el COVID-19 en personas con fiebre, tos y agitación (E1).

“El personal de enfermería paso una semana trabajando de 8 am a 4 pm sin acceder a un almuerzo, atendiendo largo y tendido sin poder salir del servicio de COVID-19, sin un refrigerio alguno que pueda sostener con eficiencia su labor. Me propuse garantizar el almuerzo y las colegas trataron de persuadirme de que llegaría, y así sucedió, sin embargo me pareció una burla la mínima o nula cantidad de nutrientes de ese servicio, sobre todo en una etapa de crisis en donde el personal se encontraba cercanamente expuesto; con el fastidio anímico redacte un documento solicitando el apoyo de la municipalidad pidiendo que se nos donara el almuerzo solo para el personal de COVID y emergencia, no obstante la DIRESA enviaba un día 2 almuerzos, al otro día 3 almuerzos y al siguiente 4 almuerzos no satisfaciendo la cantidad de personal que laboraba, ya que eran 10 almuerzos los que cubrían al equipo. A pesar de estas barreras el personal continuó trabajando, asumiendo mayor presión por el cambio a 24 horas de trabajo por la falta de movilidad y por la falta de equipos EPP” (E1).

“La consejería en bioseguridad en trabajo y para los paciente se volvió de primera línea, era realizado estrictamente, se previeron los EPP, desinfectantes, mascarillas, lentes, lavado de manos en todo momento y la desinfección de los alimentos y bebidas empaquetadas, esto se le comunico a todo el personal y pacientes atendidos” (E1).

“En los márgenes del centro se podían observar la cola de pacientes que requerían atención, llegaban con agitación y pasaban rápidamente para muestra de prueba rápida, siempre y cuando estuviera disponible e indicado por el medico de turno, teniendo siempre en cuenta el protocolo de seguridad y mantener al tanto al personal de laboratorio para que tome las muestras. El personal de laboratorio nos confirmaba los casos positivos de COVID-19, más algunos pacientes se le administraba tratamiento y oxígeno, con el fin de mantenerlos estables hasta sus hogares o hasta una transferencia a un hospital; a muchos que no logramos prestarles el servicio se fueron en busca de hospitales, en nuestra preocupación surgían interrogantes y cierta impotencia, las preguntas frecuentes eran: ¿Irían a un hospital? ¿Los recibirían?, ¿o simplemente regresarían a sus casas? La desventaja era agravada al no contar con una ambulancia para los pacientes” (E2).

“Tuve que atender en algún momento a los pacientes según recomendaciones, ya que la atención involucraba cierta sospecha de pacientes COVID-19 para la atención preferencial, otro grupo de personas haciendo la fila para la atención desde muy temprano no tuvieron en consideración la urgencia, exposición y sensibilidad humana cuestionando el compromiso de la atención justa que impartía, teniendo como respuesta en los pacientes los gritos y maltrato hacia el personal. En mis turnos, observo que la mayoría de pacientes estuvieron haciendo cuadros de ansiedad llevándolos a suponer y creer que tenían la enfermedad; este hecho provocó en algún momento la aglomeración de pacientes y la incertidumbre del mismo, acusando al personal de no querer ejecutar la prueba rápida, teniendo como resultado el estrés y el enfado con la atención en el centro” (E2).

“Así mismo comenta que del cien por ciento de atendidos, según avanzaron los días estos eran ya de atención moderada a grave y que el contagio iba en aumento, la atención era lo mejor posible por parte de ellos, pero que no quedaba satisfecha porque sabía que algunos pacientes deberían estar internados pero que no eran recibidos en ningún hospital, por la falta de camas y su única esperanza era el centro de su salud e ir a sus casa según ellos, a morir, dolorosa respuesta hecha por varios pacientes” (E2).

“Nunca me imaginé estar trabajando al frente con personas que buscan sanar sus síntomas, recibir un tratamiento y no saber si son COVID positivos. Tengo un bebe de 6 meses el cual aún daba de lactar cuando inicio todo esto, de ello surgió el temor de que algo malo le pase a él o a mi familia. Ya vengo trabajando casi 2 meses y dentro de este tiempo he vivido momentos muy duros, mi pesar inicia con la falta de un contrato, el cual sigo esperando porque de tenerlo me sentiría más segura laborando pero no existe, no sé hasta cuando estaremos así, siento que es injusto porque nos exponemos día a día y nuestra salud no tiene la seguridad que amerita; hablando de seguridad el déficit de EPP nos afecta y nos pone en riesgo totalmente, a veces no tenemos mascarillas N95 y tenemos que ponernos las simples una sobre otra buscando la manera de protegernos, los mandiles son limitados y no los cambiamos por otros ya que es solo uno por turno y debemos cuidarlos así hayamos tenido contacto con muchos más casos positivos” (E3).

“El trabajar con una población que tiene temor pero aun así salen a pasear por las calles como si fuera cualquier día particular, eso implica mucha tolerancia, en mi caso hubieron momentos en que he querido explotar de coraje, los pacientes acuden descontroladamente para realizarse una prueba o descarte, como ellos lo llaman, hay muchos que son ansiosos y en ellos radica nuestra mayor labor como enfermera; es muy difícil hacer entender a estas personas que una prueba no es la cura ya que no existe cura para esta enfermedad, lo peor de todo es que no tenemos pruebas, las pruebas son limitadas para todos. Siento impotencia al no poder ayudar o realizar pruebas a todos los que acuden al centro, muchas veces he recibido insultos, pero no por eso dejo de seguir ayudando, en

lo posible trato de priorizar a las personas que realmente necesitan de una prueba y que su salud está en riesgo, eso me satisface entre tanta crítica de los pacientes. Otra de las cosas que enfatizo en los pacientes es la consejería de los cuidados en casa y la toma de tratamiento”(E3).

“En otro momento tuve la oportunidad de salir a las visitas domiciliarias, eso me emociono mucho porque iba a orientar y brindar apoyo emocional a las familias afectadas por el COVID, recuerdo que el primer paciente que visite vivía en una zona muy alejada, para llegar a su domicilio tenía que caminar por cierto abismo con el fin de administrarle un tratamiento que lo mantendría en confort. Otra vez sentí frustración ya que me di cuenta que la pobreza también influye en un correcto manejo de las acciones para el aislamiento porque como le pediría a un paciente que se aisle de sus familiares si en casa viven más de 5 personas y solo tienen 2 cuartos, la realidad es esa. En aquel entonces salía a visitas con un médico que pasado las semanas me enteré que contrajo el COVID, pensé que trabajamos juntos y que podría haber sido yo la que presente los síntomas”(E3). “Con el pasar de los días comencé con el seguimiento de los pacientes positivos con COVID y allí también tuve dificultades porque al llamar siempre me referían que sus familiares presentaban síntomas y que querían una prueba para ellos, de lo cual no podíamos cumplir eso por la falta de pruebas y más aún la falta de personal para las visitas, los pacientes llamaban a cada momento porque su tiempo de aislamiento ya había culminado y epidemiológicamente hablando ya estaban de alta pero nadie iba a decirles que ya lo estaban, yo trataba de explicarles que ya estaban de alta pero muchos de ellos exigían que se les realizara una última prueba como muestra de que se encuentran de alta y no fue así, no se pudo hacer esas pruebas” (E3).

“Algunos de esos pacientes lamentablemente fallecieron, sentía mucha pena por sus familiares pero tal vez no lo sentía tanto hasta que me tocó a mí, hace unos días recibí una llamada de un familiar que mi tía había fallecido a causa del COVID, mi madre sufrió mucho y yo con ella, a los dos días su esposo también falleció, fue muy duro encontrarme con esta realidad tan cercana, me llene de temor porque podría haber sido mi madre y lo peor es ser yo quien pueda contagiarla a causa de mi trabajo y el grado tan alto de exposición que tengo cada vez que tengo turno (E3).

“En múltiples ocasiones he pensado en renunciar y mantenerme alejada de este virus y de la población que tanto se desespera por una prueba pero luego pienso y retomo mi mente hace algunos años y pienso en mi vocación en que muchas de esas personas que vienen desesperadas a la atención es por falta de conocimiento, porque no tienen quien las oriente y necesitan respuestas, es allí donde ingresa mi labor, por otro lado tengo la necesidad como muchas de mis colegas, trabajamos porque tenemos familias y responsabilidades económicas, aunque no se nos paga lo que realmente debería, y el pago tampoco es puntual ya que somos terceros cada día preguntando cuando pagaran?” (E3)

“A veces llegan pacientes críticos, me ha tocado atender a algunos y cuando hemos intentado referirlos a hospitales no se podía porque nos decían que estaban saturados, un día nos quedamos con un paciente que estaba desaturando hasta las 4 de la tarde y su familiar se desapareció, no sabíamos que hacer hasta que pudimos localizar a su hijo y le pedimos de favor que venga a ver a su padre y se le pueda derivar a otro establecimiento donde reciba la atención que requiere” (E3).

“Sé que estas semanas serán más difíciles aun, espero estar preparada para enfrentar todas las situaciones que se avencinan, lo único que deseo para cada turno es tener mi EPP completo para así sentirme protegida ante tanto contacto que se tiene con los pacientes COVID” (E3).

“Quisiera hacer un resumen de cómo es que a pesar de todas las trabas desde un punto administrativo y asistencial, enfermería se ha visto en la necesidad de dar todo el apoyo y atención necesario para brindar una atención medianamente buena al paciente con un triaje adecuado en donde se les indica desde que entran lavado de manos luego se evalúa sus signos vitales y se deriva al servicio de COVID o al de emergencia, si es sospechoso de COVID si hay pruebas rápidas se le hace el análisis y si no hay, el médico indica el tratamiento según el examen clínico, la enfermera brinda las consejerías antes, durante y después de la atención garantizando el no contagio en familia y pronta recuperación” (E1).

“En cuanto a un análisis de situación de pacientes puedo decir que en la población tenemos más fallecidos de lo que se tiene identificado; así como infectados y positivos confirmados, sustento la información porque tenemos datos que nos manda diariamente la municipalidad de nuestro distrito en donde reciben llamadas telefónicas de pacientes enfermos que han sido diagnosticados en otras instituciones y no son informados hacia nosotras, además de aquellos que enferman en sus casas y no pueden salir por encontrarse débiles y nos solicitan que se les vaya a visitar. He realizado visitas domiciliarias dándome con la sorpresa de encontrar pacientes postrados por la enfermedad agitados desaturando y la impotencia de no poderlos transportar a algún centro hospitalario. He podido conversar con el medico jefe solicitándole que las pocas veces que hay médicos para visitas, por favor que también se visiten a los casos sospechoso y llevarles medicamentos para aliviar su malestar ya que por su estado no le permite bajar al centro de salud” (E1).

“Las visitas médicas están programadas una visita por semana el resto de días es hecho por una enfermera, se sustenta la falta médica en la inasistencia o se encuentra cubriendo el servicio de emergencia y algunos que no se acercan porque tienen el temor de contagiarse y solo terminan realizando como mínimo tres visitas y como máximo algunos médicos de vocación hasta diez, muchos de ellos atienden y se preocupan de llevar medicamentos para facilitar su tratamiento y mejoría del paciente. Finalmente siento que nos falta atención del profesional médico para nuestra población enferma” (E1).

“La enfermera en las visitas domiciliarias de la atención primaria, la mayoría de las zonas son accidentadas pero no imposibles de llegar, el tiempo que llevamos trabajando han hecho que conozcamos y se haga fácil, aun mas en tiempos de coronavirus, bien contarles que al inicio salíamos con personal de laboratorio para poder tomar las pruebas a los contactos al acabarse dichas pruebas salimos solas, visitando el estado del paciente, brindando apoyo psicológico, verificando la situación económica y contactos con síntomas para prevenir los contagios, la realidad es que nos encontrábamos con familias que la mayoría estaban contagiadas, estaban asustadas, preocupadas y con lo mismo de siempre situación económica precaria, se les orientaba que tenían que realizar la cuarentena y que estaríamos en contacto por teléfono, por cualquier duda o síntoma anormal; después informamos a la secretaria de la municipalidad para el apoyo económico para la ayuda con canastas”(E1).

“Las enfermeras realizando las llamadas telefónicas a los pacientes positivos, sospechosos y con morbilidad de diabetes e hipertensión, brindamos alivio, controlamos como va su proceso de la enfermedad y hacemos lo posible por que el paciente se sienta tranquilo ofreciendo que el medico irá en cuento pueda porque la mayoría tiene miedo y se sienten tranquilos cuando les damos una esperanza de atención de visita medicas; pero no dejamos de brindarles estrictamente las consejerías para mejorar su enfermedad, le decimos que nos pueden llamar en cualquier momento sintiéndose protegidos y agradecidos, puedo decir que muchos nos han llamado de madrugada por que usamos nuestros teléfonos personales por que la institución no nos brinda un teléfono institucional a pesar de haberse solicitado”(E1).

“La falta de pagos y contratos hacia el profesional de enfermería considero un abuso y una falta grave, aun mas porque hay una enfermera de COVID sin pago y sin contrato positiva a COVID-19, además la falta de médicos para visitas, la falta de una movilidad para transporte de pacientes teniendo en cuenta que ya tenemos emergencias y atención de triaje COVID-19, la falta de EPP, la poca cantidad de pruebas reactivas, la falta de enfermeras que hasta ahora no se solucionan” (E1).

“Algo que si les puedo decir que cada día entre colegas siempre nos damos fuerzas y bueno yo salgo de mi casa y digo señor que sea tu voluntad hoy trabajare contigo y permíteme regresar con bien a mi casa para poder seguir ayudando a tus hijos, he visto hasta el momento contagiarse a varios profesionales y administrativos de salud entre ellos enfermeras médicos y técnicos, he escuchado de padres fallecidos por completo en dos semanas, de profesionales enfermeras y médicos que llegaban a sus casas y compartían con sus padres ancianos. Tengo mis padres adultos mayores, estoy distanciados de ellos y sigo las normas de prevención, llego a mi casa e inmediatamente me lavo las manos y a la ducha con agua caliente y todo el

personal de enfermería tiene esta consigna espero que nos mantengamos sanas para seguir adelante”.

Discusión

De los casos presentados se desprende la existencia de una gestión ineficiente de recursos humanos, pruebas rápidas y equipos de protección personal. Hay una percepción de saturación de servicios de salud y ha quedado insuficiente los recursos hospitalarios y tienen como única opción el establecimiento de salud del primer nivel de atención de su jurisdicción. Al mismo tiempo ha generado una insatisfacción y pérdida de control emocional en los pacientes; mientras que en los trabajadores de salud, se percibe temor de contagio por el COVID-19, debido a la dotación insuficiente de los equipos de protección personal (EPP).

La activación de los mecanismos de coordinación, comunicación y colaboración con la red integrada de servicios de salud a nivel local, considerando atención de pacientes, requerimientos de medicamentos insumos o equipos, y traslado de pacientes, son indicadores de liderazgo y coordinación que debieron haberse realizado⁽⁸⁾; y a nivel regional no se ha percibido la preparación para enfrentar a la pandemia.

Enfrentar la pandemia por COVID-19 requiere muchos recursos, recursos humanos, insumos médicos y materiales. En los trabajadores de salud ocasiona una alta carga laboral en los profesionales de enfermería⁽⁵⁾, en nuestra realidad es debido a que se tiene que realizar numerosas actividades asistenciales en el establecimientos y a la vez visitas domiciliarias como parte de seguimiento. A todo lo anterior, se suma el temor al contagio y otros problemas de salud mental que también se ha reportado en los estudios.

El trabajo intensivo puede derivar en agotamiento físico y emocional, por lo tanto, se debe brindar un apoyo integral para salvaguardar el bienestar de los trabajadores⁽⁹⁾. Entre los trabajadores de salud durante el brote de Covid-19 en China, el 23,2% presentaron ansiedad, 22,8% depresión y 38,9% padecieron de insomnio. Las enfermeras presentaron tasas más altas de síntomas afectivos en comparación con el personal médico y masculino⁽⁶⁾.

Los equipos de protección personal adecuadamente usados reducen el riesgo de contagio de la enfermedad. En China, las razones de contagio de alto número de trabajadores de la salud durante el comienzo del brote de emergencia fueron: Primero, la protección personal inadecuada de los trabajadores de la salud, debido al poco conocimiento del patógeno y la conciencia de protección personal no era lo suficientemente fuerte; segundo, la exposición prolongada a un gran número de pacientes infectados, además, la presión del tratamiento, la intensidad del trabajo y la falta de descanso aumentaron indirectamente la probabilidad

de infección; tercero, la escasez de equipo de protección personal (EPP) y cuarto, los trabajadores de atención médica de primera línea recibieron capacitación inadecuada⁽¹⁰⁾.

No se ha seguido los procedimientos estrictos de una metodología cualitativa; sin embargo, los hallazgos representan una aproximación a un estudio cualitativo. Por lo tanto, se desprenden puntos importantes a tomarse en cuenta por las autoridades.

Conclusiones

Existe una gestión ineficiente de recursos para la lucha contra el COVID-19, que ha llevado a la saturación de los servicios e insatisfacción de los usuarios; y entre los trabajadores de salud, existe temor de contagio de la enfermedad. Por lo que se requiere el liderazgo y eficiencia de gestión de las autoridades sanitarias de la región.

Referencias bibliográficas

1. World Health Organization. Novel Coronavirus (2019-nCoV) Situation Report - 1. 21 January 2020 [Internet]. WHO. 2020. Disponible en: https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200121-sitrep-1-2019-ncov.pdf?sfvrsn=20a99c10_4
2. World Health Organization. Coronavirus disease (COVID-2019). Situation Report-135 [Internet]. Vol. 03 June, WHO. 2020. Disponible en: https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200603-covid-19-sitrep-135.pdf?sfvrsn=39972feb_2
3. Ministerio de Salud. Sala Situacional COVID-19 Perú [Internet]. 2020. Disponible en: https://covid19.minsa.gob.pe/sala_situacional.asp
4. Huang L, Lin G, Tang L, Yu L, Zhou Z. Special attention to nurses' protection during the COVID-19 epidemic. *Crit Care*. 2020;24(120).
5. Lucchini A, Giani M, Elli S, Villa S, Rona R, Foti G. Nursing Activities Score is increased in COVID-19 patients. *Intensive Crit Care Nurs*. 2020;59.
6. Pappa S, Ntella V, Giannakas T, Giannakoulis VG, Papoutsis E, Katsaounou P. Prevalence of depression, anxiety, and insomnia among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Brain Behav Immun*. 2020.
7. Ministerio de Salud. Documento Técnico. Prevención y atención de personas afectadas por COVID-19 en el Perú [Internet]. Perú; 2020. Disponible en: https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/574377/Documento_Técnico_Atención_y_Manejo_Clínico_de_Casos_de_COVID-19.pdf
8. Organización Panamericana de la Salud. Lista de verificación para gestionar los riesgos y los efectos de COVID-2019 [Internet]. 2020. Disponible en: <https://www.paho.org/es/file/60470/download?token=ZsYNu4Qi>
9. Qian Liu, Dan Luo, Joan E Haase, Qiaohong Guo, Xiao Qin Wang, Shuo Liu, Lin Xia, Zhongchun Liu, Jiong Yang BXY. The experiences of health-care providers during the COVID-19 crisis in China: a qualitative study. *Lancet Glob Heal*. 2020;8.
10. Wang J, Zhou M, Liu F. Reasons for healthcare workers becoming infected with novel coronavirus disease 2019 (COVID-19) in China. *J Hosp Infect*. 2020;105:1.