

CINA RESEARCH



MAY - AGO
2019
Volumen 3 - Número 2
Neiva - Colombia

C I N A RESEARCH

Editor

Centro de Investigaciones UNINAVARRA - CINA

Asistente Editorial

Ana Maria Mañosca Ramirez

Diseño y Diagramación

Jesús Mauricio Roa Polania



U NINAVARRA®
e d i t o r i a l A

CINA RESEARCH

e-ISSN 2590-5562

La revista CINA Research es una publicación cuatrimestral.

Reservados todos los derechos. El contenido de esta publicación no se debe reproducir, almacenar en un sistema de recuperación o transmitir por cualesquiera otros medios (electrónicos, mecánicos, fotocopias, grabaciones u otros) sin el consentimiento previo del editor.

Imagen de la portada correspondiente al cerebro, en dominio público. Creada por Massachusetts General Hospital y Draper Labs.

Centro de Investigaciones UNINAVARRA - CINA

+57 (8) 8740089 - 871 1199 - 8722049

Calle 10 No. 6-41

Neiva - Colombia

<https://journals.uninavarra.edu.co/index.php/cinaresearch>
editorial@uninavarra.edu.co

Contenido

Artículo Original

Factores de riesgo para desarrollar Úlceras por Presión en pacientes hospitalizados de una institución de salud de alta complejidad

Angie Melissa Tovar Ardila, Juan Manuel Reyes Artuluaga, Jorge Andrés Ramos Castañeda

5

Depresión en personas con discapacidad motora de la Fundación La Vida Es Bella de la ciudad Neiva Huila 2018

Maria Paula Ruiz Triana, Jhohann Stevan Ledesma Gomez, Liliana Campos Quintero

13

Artículo de Revisión

Barreras de la Adherencia al Tratamiento en Pacientes Diabéticos

María del Mar Reina Sendoya, Carlos Alberto Martínez Collazos

21

Conocimiento y práctica de autoexamen de seno en estudiantes de enfermería a través de la teoría de Orem

Nohora X. Collazos R., Yineth M. Gaviria Z.

28

Cuidado de enfermería en el paciente con pie diabético a la luz de la teoría de Dorothea Orem

Alba I. Galeano-Durán, Yesenia Segura-Rodríguez, Abigail A. Claros-Cárdenas

37

Factores de riesgo para desarrollar Úlceras por Presión en pacientes hospitalizados de una institución de salud de alta complejidad

Risk factors for developing pressure ulcers in hospitalized patients in a health institution of high complexity

Angie Melissa Tovar Ardila¹, Juan Manuel Reyes Artuluaga¹, Jorge Andrés Ramos Castañeda²

1. *Estudiante, Programa de Enfermería, Fundación Universitaria Navarra - UNINAVARRA, Neiva - Colombia.*
2. *Enf. MSc. PhD.(c) Docente, Programa de Enfermería, Fundación Universitaria Navarra - UNINAVARRA, Neiva - Colombia.*

Resumen

Introducción: Las úlceras por presión, se presentan debido a factores como edad avanzada, falta de actividad física, movilidad reducida y deficiente estado de conciencia; más allá de presentarse como un problema claramente físico, son consideradas un problema de salud pública pues traen repercusiones en el costo al sistema de salud; siendo así importante describir los factores de riesgo para desarrollar úlceras por presión (UPP), en los pacientes hospitalizados en una institución de salud Neiva durante el período de agosto a noviembre del 2018. Materiales y Método: se recolectó la información mediante la aplicación del Instrumento de valoración de UPP y factores de riesgo y la revisión de la historia clínica digital de los 90 pacientes adultos que presentaban Úlceras por Presión en una institución de salud de alta complejidad de la ciudad de Neiva. Resultados: La úlcera por presión es una condición frecuente en el adulto mayor hospitalizado, los factores que se relacionan con la aparición de UPP incluye edad avanzada, movilidad reducida, uso del pañal, humedad, incontinencia urinaria y fecal, estancia hospitalaria mayor a 12 días.

Abstract

Introduction: Pressure ulcers are due to factors such as advanced age, lack of physical activity, reduced mobility and poor state of consciousness; Beyond present itself as a problem clearly physical, are considered a public health problem because they bring impact on the cost to the health system; That being so important to describe risk factors for developing pressure ulcers (PU) in hospitalized patients in a health institution Neiva during the period from August to November 2018. Materials and methods: The information was collected through the application of an instrument of valuation of UPP and a review of the clinical history of digital 90 adult patients presenting with pressure ulcers in a health institution of high complexity of the city of Neiva. Result: The pressure ulcer is a condition common in older adults hospitalized, the factors that are related with the appearance of UPP includes elderly, disabled guests, diaper rash, humidity, urinary and fecal incontinence, length of hospital stay longer than 12 days.

Palabras Clave

Úlcera por presión, pacientes hospitalizados, instituciones de alta complejidad, factores de riesgo.

Keywords

Pressure ulcer, hospitalized patients, institutions of high complexity, risk factors.

Introducción

“La Organización mundial de la salud (OMS) considera una úlcera por presión (UPP) como la consecuencia de la necrosis isquémica en la piel y los tejidos subcutáneos, producida especialmente por presión sobre una prominencia ósea, con predominancia en pacientes adultos mayores inmovilizados por cualquier patología subyacente [1,2]. Su presencia aumenta hasta cuatro veces la mortalidad si son de III y/o IV grado y además la probabilidad de morir dentro de los siguientes 6 meses es cercana al 50%” [1].

El 95% de las UPP son evitables y el 60% prevenibles a través de la aplicación de la escala de valoración de riesgo de UPP [2-4].

A nivel internacional, la prevalencia de úlceras por presión oscila entre el 10 – 12% en hospitales de alta complejidad. Esto se evidencia en países como Holanda, Alemania, España, Brasil y China [5-8].

Con respecto a los factores que se relacionan a las UPP, dentro de las variables incidentes se encuentran: sexo femenino, edad avanzada, falta de actividad física, déficit nutricional, movilidad reducida, estado de conciencia y la combinación de presión más humedad en una prominencia ósea [9-11].

Dado lo anterior es importante definir estos factores de riesgo en los pacientes que están hospitalizados en la institución de salud objetivo de esta investigación, puesto que permitirá ser referente para el reconocimiento del evento, su manifestación y el fortalecimiento de estrategias de intervención por parte de enfermería para mitigar los daños que este genera.

Por lo anterior se propuso un estudio cuyo objetivo fue describir los factores de riesgo de los pacientes hospitalizados que presentaron úlceras por presión (UPP), durante el periodo de agosto a noviembre del 2018 y describir las necesidades de confort fi-

sicas y ambientales desde la teoría de Katherine Kolcaba, que requieran dichos pacientes.

Materiales y métodos

Esta investigación es de tipo cuantitativo descriptivo de corte transversal. El contexto de la institución de salud donde se desarrolló la investigación presta servicios a la población del sur de Colombia pertenecientes al régimen subsidiado y contributivo, actualmente tiene habilitadas aproximadamente 121 camas llegando a tener alrededor de 122.000 ingresos anualmente en su sucursal de Neiva Huila.

Previo a la recolección de datos se solicitó autorización por parte del Comité de Investigación de la Fundación Universitaria Navarra - UNINAVARRA y el de la institución de salud para aplicar el instrumento correspondiente.

Para la selección de la muestra se utilizó el método de muestreo de observación por conveniencia: se pasó por cada servicio de hospitalización con el fin de verificar la prevalencia del evento, se identificó al paciente con UPP, se comentó con el usuario el objetivo del estudio, firmó el consentimiento, se aplicó el instrumento en su totalidad de ítems, se utilizó la técnica observacional para evaluar la magnitud de la úlcera; luego se revisó la historia clínica digital con el fin de rectificar la información obtenida.

La muestra estuvo conformada por 90 personas hospitalizadas cuyos criterios de inclusión fueron, ser mayores de 18 años, con úlceras por presión, hospitalizados, que aceptaron voluntariamente la participación en el estudio. Se excluyeron pacientes del área de urgencias, cirugía y unidades de cuidados intensivos.

Se aplicó una encuesta denominada “Instrumento de valoración de UPP y factores de riesgo” previamente validado por la Pontificia Universidad Javeriana en el año 2009, el cual contiene tres secciones:

1. Características sociodemográficas: edad, sexo, nivel de escolaridad, servicio de hospitalización y cuidador del paciente.
2. Factores de riesgos intrínsecos: estado de conciencia, actividad, movilidad, incontinencia, uso de pañal.
3. Factores de riesgo extrínsecos: humedad, localización de la UPP, superficie y estadio de la UPP [12].

Para el procesamiento y análisis de datos, se utilizó el programa Excel en donde se organizó la información en una base de datos y los resultados se presentaron en tablas estadísticas.

Consideraciones éticas: La investigación tuvo como base para su realización tres pilares importantes desde el punto de vista ético; en primer lugar, la resolución 08430 de 1993, la categoría de la investigación es Investigación con riesgo mínimo [13]. Así mismo, la Ley 911 de 2004 en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de Enfermería haciendo referencia a sus principios éticos [14]; y por último se ha respetado la legislación vigente en materia de intimidad, confidencialidad y protección de datos [15].

El estudio cuenta con la aprobación del Comité Ética/Bioética y científico de investigación de la Fundación Universitaria Navarra y el Comité Científico de Ética e Investigación de la Clínica Medilaser.

A todos los participantes se les informó verbalmente y de forma comprensible del objetivo del estudio, de la difusión que tendrían los datos, del carácter voluntario de la participación, así como de la confidencialidad de los datos obtenidos. Se solicitó su consentimiento escrito para la colaboración en el estudio.

Resultados

Dentro de las características sociodemográficas de la muestra seleccionada para este estudio se encon-

tró que: la edad promedio de los encuestados fue de 72 años, con una diferencia promedio de edad entre ellos de 17,6 años; la edad más avanzada entre los encuestados fue de 97 años y el más joven tenía 19 años. El 52,2% pertenecían al sexo femenino, y con respecto a los días de hospitalización la media fue 12,3 días entre un mínimo de 0 días a 50 días de estancia.

Más del 50% de los encuestados solo tiene nivel de educación en primaria, el 97,8% de los pacientes tenían algún tipo de cuidador, de los cuales en su mayoría eran familiares como hijo/a, madre, esposo/a, hermano/a y/o nuera, mientras que el resto tenía un cuidador secundario en este caso un técnico en enfermería (Tabla 1).

Tabla 1. Características sociodemográficas

| VARIABLE | n (%) |
|--------------------------------|----------------|
| Edad (en años) | |
| Me | 72 (DE 17,6) |
| Sexo | |
| Masculino | 43 (47,8) |
| Femenino | 47 (52,2) |
| Escolaridad | |
| Ninguno | 6 (6,6) |
| Primaria | 50 (55,5) |
| Bachiller | 18 (20) |
| Técnico | 2 (2,2) |
| Tecnológico | 1 (1,1) |
| Universitario | 13 (14,4) |
| Régimen de salud | |
| Contributivo | 64 (71,1) |
| Subsidiado | 26 (28,9) |
| Cuidador del paciente | |
| Aux de enfermería | 13 (14,4) |
| Familiar | 75 (83,3) |
| Ninguno / o | 2 (2,2) |
| Días de hospitalización | |
| Me | 12,3 (DE 10,2) |

Dentro de los factores de riesgo intrínsecos encontrados se evidenció que la patología subyacente más predominante fue la hipertensión arterial (HTA) con un 62,2%, relacionados con la toma recíproca de medicamentos antihipertensivos; en cuanto al estado de conciencia los participantes que se encontraban alerta y consciente comprendían el 60% y el 40% en un estado debilitante. (Tabla N°2)

Tabla 2. Factores de riesgo intrínsecos

| VARIABLE | n (%) |
|-----------------------------------|---------------|
| Hipertensión arterial | |
| Si | 56 (62,2) |
| No | 34 (37,8) |
| Índice de Masa Corporal | |
| Me | 24,5 (DE 5,1) |
| Estado de conciencia | |
| Consciente, alerta | 54 (60) |
| Desorientado | 24 (26,7) |
| Letárgico | 12 (13,3) |
| Valoración de la actividad | |
| Encamado | 72 (80) |
| En silla | 6 (6,7) |
| Camina con ayuda | 12 (13,3) |
| Movilidad | |
| Completamente inmóvil | 19 (21,1) |
| Muy limitado | 50 (55,6) |
| Ligeramente limitado | 20 (22,2) |
| Sin limitaciones | 1 (1,1) |
| Incontinencia | |
| Doble incontinencia | 32 (35,5) |
| Urinaria | 33 (36,7) |
| Ocasional | 17 (18,9) |
| Ninguna | 8 (8,9) |
| Uso de pañal | |
| Si | 81 (90) |
| No | 2 (2,2) |
| Ocasional | 7 (7,8) |

Con respecto a la actividad, el 80% de los pacientes se encontraban encamados y tan solo el 20% podían movilizarse con ayuda de un familiar o en silla, la limitación de la movilidad se relaciona en un 76,7% con un alto riesgo de presentar el evento.

Otro factor de riesgo intrínseco que se presentó en la mayoría de los pacientes fue el uso del pañal continuamente siendo un agente predominante para la presencia de UPP en la piel, esto relacionado a la incontinencia urinaria o fecal que produce humedad y eleva las probabilidades de presentarse el evento en un 91,1%. (Tabla 2)

Dentro de los factores de riesgo extrínsecos evidenciados se encontró en relación a la localización de la úlcera por presión áreas predominantes como la región sacro coccígeo en un 65,6%, seguida del área dorso-espalda con un 16,7%, talón en un 14,4%. Con respecto a los estadios de la UPP se presentó en un 91,1% en grado I y II, mientras que el restante de los pacientes se encontró en el estadio III y IV (Tabla 3).

Tabla 3. Factores de riesgo extrínsecos

| VARIABLE | n (%) |
|-------------------------------|-----------|
| Humedad | |
| Constantemente húmeda | 5 (5,6) |
| A menudo húmeda | 21 (23,3) |
| Ocasionalmente húmeda | 43 (47,8) |
| Raramente húmeda | 21 (23,3) |
| N° de UPP | |
| 1 | 74 (82,2) |
| 2 | 13 (14,4) |
| 3 | 3 (3,3) |
| Localización de la UPP | |
| Espalda | 15 (16,7) |
| Talón | 13 (14,4) |
| Sacro coccígeo | 59 (65,6) |
| Otros | 3 (3,3) |

Tabla 3. (continuación)

| Estadio UPP | |
|-------------|-----------|
| I | 58 (64,4) |
| II | 24 (26,7) |
| III | 6 (6,7) |
| IV | 2 (2,2) |

Discusión

Es importante mencionar que la edad avanzada se ha referido como uno de los factores asociados a las UPP [16-19] en la literatura se encontró que a partir 60 años se presenta una mayor predisposición para este evento [7]; relacionados especialmente en pacientes hospitalizados mayores de 72 años.

Otro factor importante en la presencia de las UPP, son las enfermedades crónicas y las situaciones de salud críticas, las cuales según se refiere en la literatura, aumentan la incapacidad de movilidad en las personas y la dependencia de estos hacia los cuidados; dentro de los factores asociados está el nivel funcional de dependencia parcial o total, deterioro cognitivo moderado y severo, presencia de incontinencia urinaria, presencia de cuidador continuo, evidenciado también en la investigación con el estado de conciencia debilitante, movilidad limitada y dependencia de un cuidador primario familiar [20,11,9,21].

En cuanto al estado de la úlcera por presión Cárdenas y colaboradores encontraron datos similares dentro de su estudio: estadio I en un 28.57% y estadio II en un 2.85%[20]. Similares datos encontró el estudio de Real López en donde: el 93,56% de las UPP pertenecen a los estadios I y II [11,22]. Entonces se concluye que en los servicios de hospitalización se desarrollan UPP en estadio I y II.

Con respecto a la localizaciones más frecuentes de UPP a nivel hospitalario se evidencia, en varios estudios, que se encuentran en: el sacro/coxis, el talón y en los glúteos [17,7,23]; lo cual coincide

con los hallazgos encontrados en este estudio, en donde se encontraron UPP en el área sacro coccígeo en un 65,6%, en el dorso-espalda en un 16,7%, y en el talón en un 14,4%.

Por otra parte, Kolcaba define las necesidades de confort mediante los cuidados a la salud a partir de situaciones estresantes, de allí la importancia de la intervención de enfermería hacia las medidas de comodidad de manera holística [24]. Dentro del contexto de la experiencia ambiental perteneciente al entorno y condiciones en las que se desarrolla el paciente se encontraron situaciones como: humedad, deficiente hidratación en la piel y la comodidad física con respecto a los cambios de posición, lubricación de la piel, tener ropa de cama limpia y sin arrugas; lo cual previene o promueve la aparición de las UPP según sea el caso [25,26].

El carácter observacional del caso para este estudio les da mayor validez a sus resultados, también cabe señalar el hecho de que los datos fueron recogidos por medio de un Instrumento de valoración de UPP y confirmados mediante la historia clínica digital; además, en algunos casos la evaluación de la UPP fue reevaluada por otro miembro del equipo, lo cual ratifico la veracidad de los resultados.

Limitaciones

Según las encontradas en el estudio fueron acerca del muestreo y en la búsqueda de individuos con úlceras por presión ya establecidas en los servicios de hospitalización de la institución de salud.

También en cuanto a los datos correspondientes al peso los cuales se reflejaron en la historia clínica digital debido a que los pacientes tenían dificultad para la movilidad ya fuese por alguna patología de base o por su estado hemodinámico. Otro aspecto se evidenció en algunas variables en las que no se pudieron medir debido a que los pacientes no contaban con ellas en la historia clínica dentro de estas se encontraban la albumina y la hemoglobina.

Conclusiones

Dentro de las características sociodemográficas de los pacientes encuestados se destaca que: predominaron pacientes de sexo femenino, con edad avanzada, estancia hospitalaria superiores a 12 días, pertenecientes al régimen contributivo, y la mayoría de los cuidadores fueron familiares.

De igual forma, dentro de los factores de riesgo a padecer UPP intrínsecos evidenciados se encontraron: hipertensión arterial, actividad y movilidad reducida, el uso del pañal continuo, humedad y estado de conciencia debilitante.

Con respecto a los factores de riesgo extrínsecos se evidenciaron que las zonas de localización más frecuentes son sacro coccígeas, espalda y talón y los estadios de las úlceras por presión estaban en su gran mayoría en I y II.

Es importante recomendar el replanteamiento del cuidado de enfermería que se está brindando al paciente hospitalizado, dado que esto se debe traducir, según Kolcaba, dentro de la teoría del confort a través de la toma de conciencia e implementación de estrategias para brindar una atención integral, humana y de calidad; además de involucrar de manera activa al paciente y a la familia en el cuidado a través de la educación sobre el tema, teniendo en cuenta que se tiene un grado de escolaridad como la primaria. Esto traducido en la importancia de fortalecer los protocolos de manejo de pacientes con factores de riesgo a desarrollar UPP en las Instituciones de Salud, asimismo implementar en los servicios escalas de valoración de riesgo de UPP, aplicarlas e iniciar de manera temprana con el fin de prevenir el desarrollo de úlceras por presión.

Implicaciones

Hoy en día, la seguridad de los pacientes es una prioridad para los sistemas de salud. Las úlceras por presión son un importante problema de salud

que produce daño en los pacientes y que son evitables en un alto porcentaje de casos.

La prevención de la UPP es responsabilidad de todos los profesionales involucrados en el cuidado del paciente, siendo el conocimiento y las habilidades necesarias para efectuar esto con efectividad. La educación no solamente agudiza la conciencia del problema, también proporciona las bases para la toma de decisiones y el marco de trabajo para desarrollar y mantener la capacidad de implementar nuevos conocimientos en la práctica clínica.

Por lo tanto, el desarrollo de una UPP al ser un evento trazador para la calidad de una institución de salud se enmarca la importancia del cuidado de enfermería en la práctica profesional permeada por un código ético, estas acciones deben ir encaminadas a identificar oportunamente a los pacientes de mayor riesgo, para aplicar todas las medidas preventivas necesarias basadas en la evidencia y con los recursos disponibles.

Agradecimientos

Manifestamos nuestros agradecimientos a la Fundación Universitaria Navarra, a nuestro asesor de investigación Jorge Andrés Ramos Castañeda, a la Institución de Salud por facilitarnos la información para la investigación y también al Comité de investigaciones CINA, por dar la importancia al estudio y el aval a la realización de este.

Conflictos de interés

Los autores manifestamos que durante el desarrollo de esta investigación no se presentó conflicto de intereses alguno.

Referencias

1. Salud PDELA, Salud MDELA. PARTE II : Úlceras por Presión.
2. García Fernández F, Soldevilla Agreda JJ, Pancorbo Hidalgo P.L, Verdú Soriano J, López Casanova P RPM.

- Clasificación-categorización de las lesiones relacionadas con la dependencia. Serie Documentos Técnicos GNEAUPP no II. Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento de las Úlceras por Presión. 2014. 1-50 p.
- Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica. JE, Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas. M. del C, Pérez Jiménez G, Hernández Jiménez P, Reyes Rodríguez JA, Padilla Zárate MP. Gerokomos : revista de la Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica. Gerokomos [Internet]. 2016;27(4):176-81. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2016000400009
 - Fernandez R, Griffiths R. Water for wound cleansing. Cochrane Database Syst Rev. 2008;(1):1-76.
 - Tannen A, Dassen T, Bours G, Halfens R. A comparison of pressure ulcer prevalence: Concerted data collection in the Netherlands and Germany. Int J Nurs Stud. 2004;41(6):607-12.
 - Vanderwee K, Clark M, Dealey C, Gunningberg L, Defloor T. Pressure ulcer prevalence in Europe: A pilot study. J Eval Clin Pract. 2007;13(2):227-35.
 - Montes-Flores I, De la Cruz-Ortiz S, Ortega-Vargas M, Hernández-Morales S, Cabrera-Ponce M. Prevalencia de úlceras por presión en pacientes atendidos en el Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez. Rev Mex Enfermería Cardiol [Internet]. 2010;18(1-2):13-7. Disponible en: http://www.medigraphic.com/pdfs/enfe/en-2010/en101_2c.pdf
 - Jiang Q, Li X, Qu X, Liu Y, Zhang L, Su C, et al. The incidence, risk factors and characteristics of pressure ulcers in hospitalized patients in China. Int J Clin Exp Pathol. 2014;7(5):2587-3594.
 - Costa IG. Incidência de úlcera por pressão em hospitais regionais de Mato Grosso, Brasil. Rev Gauch Enferm. 2010;31(4):693-700.
 - Gallagher P, Barry P, Hartigan I, McCluskey P, O'Connor K, O'Connor M. Prevalence of pressure ulcers in three university teaching hospitals in Ireland. J Tissue Viability [Internet]. 2008;17(4):103-9. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jtv.2007.12.001>
 - Luis Real López, M.a Eugenia Diez Estébanez, Marta Serrano, Hernantes, Elena de la Iglesia García, Irene Blasco Romero, et al. Prevalencia de úlceras por presión y lesiones cutáneas asociadas a la humedad en el Hospital Universitario de Burgos. Helcos [Internet]. 2017;28(2):103-8. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v28n2/1134-928X-geroko-28-02-103.pdf>
 - Maria H. No Title.
 - Salud MDE, Salud ELMDE. MINISTERIO DE SALUD RESOLUCION NUMERO 8430 DE 1993. 1993;1993(Octubre 4):1-19.
 - No DO, Congreso EL, Principios TIDELOS, Eticos V, Acto DEL, Enfermeria DECDE, et al. Ley 911 de 2004. 2004;2004(45).
 - Definiciones ÁDEAY. No Title. 2013;2012(Octubre 17).
 - González Consuegra RV, Cardona Mazo DM, Murcia Trujillo AP, Matiz Vera GD. Prevalencia de úlceras por presión en Colombia: informe preliminar. Rev la Fac Med [Internet]. 2014;62(3):369-77. Disponible en: <http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/revfacmed/article/viewFile/43004/50099>
 - Pancorbo-hidalgo PL. Epidemiología de las úlceras por presión en España en 2013 : 2014;25(4):162-70.
 - Serrano ML, Méndez MIG, Cebollero FMC. Factores de riesgo asociados al desarrollo de úlceras por presión en unidades de cuidados intensivos de adultos : revisión sistemática. 2017;41(6).
 - Galván-Martínez IL, Narro-Llorente R, Lezama-de-Luna F, Arredondo-Sandoval J, Fabian-Victoriano MR, Garrido-Espindola X, et al. Point prevalence of pressure ulcers in three second-level hospitals in Mexico. Int Wound J. 2014;11(6):605-10.
 - Camargo-figuera FA. Prevalencia de úlcera por presión. 2011;249-55.
 - Laranjeira CA. Fatores de risco das úlceras de pressão em doentes internados num hospital português. 2017;19(1):99-104.
 - Mejía EMS, Mendoza AJ, Gálvez LER. U n i v e r s i t a r i a Úlceras por presión en diversos servicios de un hospital de segundo nivel de atención. 2015;12(4).
 - Sebastián-Viana T, González-Ruiz JM, Núñez-Crespo F, Lema-Lorenzo I, Gadea-Romero G, Losa-Iglesias ME. La validez de un registro clínico de úlceras por presión TT - Validity of clinical register of pressure ulcers. An Sist Sanit Navar [Internet]. 2014;37(1):17-24. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272014000100003&lng=es&nrn=iso&tlng=es
 - Smith K, Agredo G, Johanna L, Sepulveda R, Gestión DY, Proyectos D. Cuidando La Piel a Través Del Confort. Programa Especiaización En Cuid Crítico Adulto Diseño Gestión Proy St Fé Bogotá [Internet]. 2016;106.

Disponible en: https://intellectum.unisabana.edu.co/bitstream/handle/10818/29978/Karina_Smith_Gallardo_Agredo_%28Tesis%29.pdf?sequence=1&isAllowed=y

25. Nava Galán G. Estudio de caso con utilización del instrumento de Katharine Kolcaba teoría de rango medio del confort. *Enfermería Neurológica Enf Neurol* [Internet]. 2010;9(2):94-104. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2010/ene102j.pdf>
26. Teoría del confort de Katharine Kolcaba y evaluación de prevención UPP en la UPC del Hospital Regional “Dr Juan Noé C”.

Depresión en personas con discapacidad motora de la Fundación La Vida Es Bella de la ciudad Neiva Huila 2018

Depression in people with motor disability of the La Vida Es Bella Foundation of the city of Neiva Huila 2018

Maria Paula Ruiz Triana¹, Jhohann Stevan Ledesma Gomez¹, Liliana Campos Quintero²

1. *Estudiante de Enfermería, Fundación Universitaria Navarra - UNINAVARRA, Neiva - Colombia*

2. *Enfermera, Docente, Fundación Universitaria Navarra - UNINAVARRA, Neiva - Colombia*

Resumen

Objetivo: Determinar el nivel de depresión en personas con discapacidad motora de la Fundación: La Vida Es Bella, ubicada en la ciudad de Neiva, Huila, 2018. Material y métodos: Estudio observacional, descriptivo, cuantitativo transversal, con una muestra de 20 pacientes con discapacidad motora vinculados a la fundación; se realizaron visitas domiciliarias y se evaluó la presencia de depresión por medio del Inventario de depresión de Beck y un cuestionario para las características sociodemográficas. La sistematización se realizó con el programa estadístico Excel, el análisis mediante el coeficiente de correlación de Pearson y el valor de P- Value. Resultados: se encontró que el 70% de los participantes padecían de algún tipo de depresión (moderada 20%, estados intermitentes de depresión 20%, leve 15% y grave 15%), una alta prevalencia que denota similitud en resultados de otros estudios. Predominó con un porcentaje del 60% el estrato socioeconómico 1, relacionado directamente con la alta prevalencia en el régimen de salud subsidiado (75%); bajo nivel educativo profesional (5%) y una cifra alta de desempleo (85%). Se halló la variable categórica, causa de discapacidad, como la única asociada al nivel de depresión ($P = 0,037$) y los síntomas más correlacionados con la depresión son la tristeza ($r=0,74$), pérdida de placer ($r=0,704$), inconformidad con uno mismo ($r=0,804$), pérdida de interés ($r=0,745$) y pérdida de energía ($r=0,798$). Conclusiones: similar a la literatura estudiada, la población con discapacidad motora padece de alteraciones del estado de ánimo (depresión), comparten características similares: bajo nivel socioeconómico y desempleo; situaciones que limitan el desarrollo personal y social, obteniendo respuestas ineficaces de adaptación a la discapacidad, comprometiendo la integridad humana.

Abstract

Objective: To determine the level of depression in people with motor disabilities at La Vida Es Bella Foundation in the city of Neiva, Huila, in 2018. Materials and methods: Observational, descriptive, quantitative, and cross-sectional study, with a sample of 20 people with motor disabilities who belonged to a foundation of people with disabilities. Home visits were made, and the presence of depression was assessed through the Beck Depression Inventory, as well a questionnaire for socio-demographic characteristics. The systematization was carried out with the Excel statistical software, and the analysis by using Pearson's correlation coefficient and the value of P-Value. Results: it was found that 70% of the participants suffered from some type of depression (moderate 20%, intermittent states of depression 20%, mild 15% and serious 15%), a high prevalence that shows similarity to results of other studies. The socioeconomic stratum 1 predominated with 60%, what is directly related to the high prevalence of the subsidized health system (75%), professional educational level (5%) and unemployment (85%). The categorical variable cause of disability was found as the only variable associated with the level of depression ($P = 0.037$) and the symptoms most correlated with depression are sadness ($r = 0.74$), loss of pleasure ($r = 0.704$), dissatisfaction with oneself ($r = 0.804$), loss of interest ($r = 0.745$) and loss of energy ($r = 0.798$). Conclusions: Similar to the literature studied, the population with motor disability suffers from mood alterations (depression), they share similar characteristics such as low socioeconomic level and unemployment, situations that limit personal and social development, getting ineffective responses to disability adjustment, what compromises human integrity.

Palabras Clave

Discapacidad, Discapacidad motora, Depresión, Inventario de Depresión de Beck.

Keywords

Disability, Motor disability, Depression, Beck Depression Inventory.

Correspondencia: María Paula Ruiz Triana, Estudiante de Enfermería, Fundación Universitaria Navarra – UNINAVARRA, Neiva - Colombia. Dirección: Carrera 10 # 15-21, Campoalegre. Tel.: +57 316 4545173. Email: maria.ruiz83@uninavarra.edu.co

Recibido: 20 Febrero de 2019
Aceptado: 4 Junio de 2019

Introducción

La salud mental “es un estado dinámico que se expresa en la vida cotidiana a través del comportamiento y la interacción. De esta manera permite a los sujetos individuales y colectivos desplegar sus recursos emocionales, cognitivos y mentales para transitar por la vida cotidiana, para trabajar, establecer relaciones significativas y para contribuir a la comunidad” (1). Los problemas de salud mental afectan los pensamientos y el comportamiento de las personas, pero no comprometen significativamente la salud o el rol social (1,2). Por lo tanto, deben ser intervenidos, ya que si perduran en el tiempo o se acompañan de otros síntomas o signos se podrían diagnosticar como trastornos mentales. Uno de estos trastornos es la depresión, “trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración” (3,4).

En el año 2015 los trastornos depresivos representaron aproximadamente más de 50 millones de años vividos con discapacidad a escala mundial (5). Por su parte la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 2017, indicó que la depresión afecta a más de 300 millones de personas en el mundo y se establece como la principal causa de discapacidad a nivel mundial (3).

En la región de las Américas, se atribuyen cerca de 48.16 millones de número de casos de trastorno depresivo atendidos, lo equivalente al 15% de casos totales atendidos a nivel mundial (5).

Para el año 2003 en Colombia, el Estudio Nacional de Salud Mental determinó que la población Colombiana padecía de alteraciones en la salud, y señaló que los trastornos más frecuentes eran la ansiedad con un 19,3%, estado del ánimo con un 15% y el uso de sustancias de 10,6% (6).

Además, la depresión ha sido involucrada como tema de interés para la investigación (7). A nivel mundial y nacional se evidencian datos y análisis significativos del padecimiento de este trastorno en diferentes grupos poblacionales como lo son: adolescentes (8), adultos mayores (9,10), mujeres infértiles (11), niños obesos y con hipertensión (12). Otros estudios manifiestan la relación entre discapacidad y depresión, en donde la discapacidad se comporta como factor de riesgo para padecer de depresión (13–17), un estudio realizado a pacientes con discapacidad física temporal y permanente en una unidad de medicina física y rehabilitación de México, evidenció que el 39% de los pacientes presentaban algún tipo de depresión, con relación significativa entre la depresión grave y la discapacidad permanente (18). Otro estudio realizado en la provincia de Loja, Ecuador, reportó que de 226 personas con discapacidad física, el 84,07% padecían de depresión (17). Por otra parte, la depresión puede generar múltiples consecuencias degenerativas de la salud física o mental, como son: el deterioro físico, el aislamiento social (19), la discapacidad (20), intentos de suicidio e incluso el suicidio (21,22). Las personas con discapacidad motora se enfrentan al deterioro de la calidad de vida porque no solo padecen de una alteración de salud física, sino que se enfrentan a alteraciones de la salud mental y sus posibles consecuencias (13,23).

La investigación se justifica, ya que la pertinencia de este estudio está dada en la revisión del estado del arte, como se evidencia en la literatura. La depresión se ha estudiado en diversas poblaciones con alguna condición especial de salud, pero existen estudios limitados que han sido aplicados en personas con discapacidad motora, siendo esta una población de gran interés en materia de investigación (24). Además de ser un estudio novedoso, que no requirió de altos recursos económicos y viable porque se cuenta con un instrumento validado en versión español (25) y aplicado en población colombiana para establecer el nivel de depresión (26–28), que permitiría obtener resultados y aná-

lisis más precisos. Asimismo se convierte en un tema de importancia para la profesión de enfermería, pues involucra el modelo de adaptación de Callista Roy (29), el cual profundiza en el proceso de afrontamiento que puede padecer una persona ante estímulos como es la discapacidad motora, creando modos de adaptación y generando una respuesta eficaz o ineficaz de adaptación.

Finalmente, surge la necesidad de determinar el nivel de depresión en personas con discapacidad motora, con el fin de fortalecer el empoderamiento de la enfermería en temas de salud mental, como también generar un diagnóstico real de la población de estudio para el desarrollo de intervenciones que mejoren su calidad de vida.

Materiales y métodos

Tipo de estudio

Investigación cuantitativa, observacional, descriptiva de corte transversal, basada en la recopilación y análisis de datos numéricos que se obtuvieron en la aplicación del inventario de depresión de Beck.

Población y muestra

La población está conformada por 20 personas con discapacidad motora, vinculadas a la fundación: La Vida es Bella, ubicada en la ciudad de Neiva, durante el año 2018. Se implementó el estudio al universo, teniendo en cuenta que es una población finita y posible de estudiar en su totalidad, cumpliendo con los criterios de inclusión (vinculación a la fundación, mayores de 18 años) y los criterios de exclusión (personas con discapacidad mental, cognitiva y visual).

Metodología

La recolección de datos se realizó con previa autorización del Centro de Investigación Navarra y comité de ética de la fundación, consecutivamente

se realizaron las visitas domiciliarias, en donde cada participante firmó el consentimiento siendo informado, se aplicó el Inventario de Depresión de Beck y se diligenció un cuestionario para la identificación de características sociodemográficas. Por último se realizó la sistematización y análisis a través de la aplicación Excel y el software Stata, utilizando el coeficiente de correlación de Pearson y el valor de P- Value.

Instrumentos de recolección de información

El inventario de depresión de Aaron Beck, BDI (Beck Depression Inventory), es un inventario auto aplicable de 21 ítems que evalúa la gravedad o intensidad sintomática de la depresión (27). El inventario está validado en versión en español (25) y utilizado en múltiples investigaciones en población colombiana de diferentes etapas del ciclo de vida (26–28). El segundo instrumento es el formato de caracterización sociodemográfica, en el se registran los datos que constituyen variables de estudio.

Consideraciones éticas

Por la naturaleza de la investigación para los aspectos éticos se tuvo en cuenta la resolución N° 008430 de 1993 (30) del Ministerio de Salud de Colombia, clasificada con riesgo mínimo, ya que empleó registros de datos a través de procedimientos comunes consistentes a exámenes psicológicos de diagnóstico como es la aplicación del inventario de depresión de Beck, además se manipuló información personal de experiencias que han tenido impacto emocional en sus vidas. Por lo tanto, se adoptaron los principios de procurar máximo beneficio, reducir el daño al mínimo y confidencialidad.

Resultados

Se estudió un total de 20 personas vinculadas a la fundación. En la tabla 1 se muestran las variables sociodemográficas. Se encuentra una distribución

equitativa, 50% de sexo femenino y 50% sexo masculino, se clasificó a la población en el rango de adultez y vejez, con un 60% y 40% respectivamente, en donde la edad promedio fue de 52.85 años. Predominó el bajo estrato socioeconómico, el 60% pertenecían al estrato 1 y el 40% al estrato 2, lo que se relacionó directamente con la alta prevalencia de otras características sociodemográficas, como son: respecto al régimen de salud, prevaleció el subsidiado con un 75%, predominó el desempleo (85%) y el bajo nivel educativo, ya que solo el 5% tenía un nivel educativo profesional. De acuerdo al estado civil, el 65% no sostenía ninguna relación sentimental (solteros (30%), separados (20%) y viudos (15%).

Tabla 1. Características sociodemográficas

| SEXO | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|--------------------------|------------|------------|
| Femenino | 10 | 50% |
| Masculino | 10 | 50% |
| RANGO DE EDAD | | |
| Adultez | 12 | 60% |
| Vejez | 8 | 40% |
| ESTRATO SOCIOECONÓMICO | | |
| 1 | 12 | 60% |
| 2 | 8 | 40% |
| RÉGIMEN | | |
| Subsidiado | 15 | 75% |
| Contributivo | 5 | 25% |
| OCUPACION | | |
| Desempleado | 17 | 85% |
| Trabajador independiente | 3 | 15% |
| NIVEL EDUCATIVO | | |
| Primaria | 8 | 40% |
| Ninguno | 6 | 30% |
| Secundaria | 5 | 25% |
| Profesional | 1 | 5% |

Tabla 1. (continuación)

| ESTADO CIVIL | | |
|----------------|---|-----|
| Soltero(a) | 6 | 30% |
| Casado(a) | 4 | 20% |
| Separado(a) | 4 | 20% |
| Unión libre(a) | 3 | 15% |
| Viudo(a) | 3 | 15% |

La tabla 2 muestra las características de la discapacidad, donde los miembros inferiores tuvieron mayor frecuencia con un 45% y ambos miembros con un 40%; respecto a la causa de discapacidad, predominó el accidente.

Tabla 2. Características de la discapacidad

| EXTREMIDAD AFECTADA | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|-----------------------|------------|------------|
| Miembros inferiores | 9 | 45% |
| Ambos miembros | 8 | 40% |
| Miembros superiores | 3 | 15% |
| CAUSA DE DISCAPACIDAD | | |
| Accidente | 9 | 45% |
| Enfermedad | 8 | 40% |
| Nacimiento | 3 | 15% |

La tabla 3 muestra la prevalencia de depresión encontrada según el inventario de depresión de Beck, se halló que el 70% de la población presenta algún tipo de depresión, mientras que el 30% restante presenta altibajos normales, considerados estos como problemas en la salud mental, sin compromiso significativo del desarrollo de las actividades cotidianas.

En la correlación y asociación de variables, se determinó que las variables cuantitativas con mayor correlación con la depresión son: la tristeza ($r=0,74$), pérdida de placer ($r=0,704$), inconformidad con uno mismo ($r=0,804$), pérdida de interés ($r=0,745$) y pérdida de energía ($r=0,798$) (Tabla 4) y la variable cualitativa con mayor correlación fue causa de discapacidad ($p=0,037$) (Tabla 5).

Tabla 3. Nivel de depresión

| NIVEL DE DEPRESIÓN ENCONTRADO (CUESTIONARIO DE BECK) | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|--|------------|------------|
| Altibajos normales | 6 | 30% |
| Depresión grave | 3 | 15% |
| Depresión leve | 3 | 15% |
| Depresión moderada | 4 | 20% |
| Estados de depresión intermitentes | 4 | 20% |

Tabla 4. Correlación de variables cuantitativas y la depresión

| VARIABLES CUANTITATIVAS | COEFICIENTE DE PEARSON PARA EL PUNTAJE OBTENIDO DEL NIVEL DE DEPRESIÓN |
|-----------------------------|--|
| Edad | -0,06 |
| Tiempo de discapacidad | -0,223 |
| Tristeza | 0,74*** |
| Pesimismo | 0,594** |
| Fracaso | 0,749** |
| Perdida del placer | 0,704*** |
| Sentimiento de culpa | 0,362 |
| Sentimiento de castigo | -0,210 |
| Inconformidad con uno mismo | 0,804*** |
| Autocritica | 0,563** |
| Pensamientos suicidas | 0,557* |
| Llanto | 0,427 |
| Irritabilidad | 0,528* |
| Perdida de interés | 0,745*** |
| Indecisión | 0,447* |
| Mala apariencia física | 0,672** |
| Perdida de energía | 0,798*** |
| Cambios en el sueño | 0,538* |
| Cansancio o fatiga | 0,658** |
| Cambios en el apetito | 0,411 |
| Pérdida de peso | 0,476* |

Tabla 4. (continuación)

| | |
|---------------------------|-------|
| Preocupación por la salud | 0,434 |
| Perdida de interés sexual | 0,153 |

Tabla 5. Correlación de variables cualitativas y la depresión

| VARIABLE CATEGÓRICA | P-VALUE |
|------------------------|---------|
| Sexo | 0,41 |
| EPS | 0,13 |
| Régimen | 0,30 |
| Estrato | 0,40 |
| Estado civil | 0,41 |
| Religión | 0,57 |
| Nivel educativo | 0,34 |
| Ocupación | 0,083 |
| Ingresos | 0,25 |
| Actividad tiempo libre | 0,62 |
| Convivencia | 0,65 |
| Extremidad afectada | 0,073 |
| Causa de discapacidad | 0,037 |
| Tipo de accidente | 0,26 |

Discusión

Según el Modelo de adaptación de Callista Roy, la adaptación se define como el proceso y resultado de las personas con capacidades ante estímulos, donde el individuo utiliza mecanismos o modos de afrontamiento con el fin de dar una respuesta de adaptación eficaz o ineficaz, relacionándose directamente con la integridad humana o la interrupción de esta (29). Las personas con discapacidad motora presentaron experiencias de gran impacto en su vida, desencadenando respuestas que comprometieron su estado de salud mental, por tanto son importantes los hallazgos encontrados en la actual investigación, permitiendo de esta forma evidenciar el predominio de la depresión en personas en condiciones de desigualdad (16–18).

En la presente investigación se determinó la presencia y el nivel de depresión en las personas con discapacidad motora vinculadas a la fundación, observando distribución equitativa entre hombres y mujeres pertenecientes a estratos socioeconómicos 1 (60%) y 2 (40%), hallando en el 70% de los sujetos del estudio, algún nivel de depresión. Este hallazgo es compatible con el de Valdivieso, quien realizó un estudio similar en Loja – Ecuador, en el año 2016 con respecto a la depresión en personas con discapacidades, donde analizó las mismas características sociodemográficas como rango de edad y estado civil, evidenciando una distribución similar entre hombres (48%) y mujeres (52%) respectivamente, reportando que la prevalencia de depresión fue aproximadamente del 80%, en el actual estudio similar al de Valdivieso predominó la mala condición socioeconómica (17).

La discapacidad se comporta como un estímulo focal y se considera este como una provocación para desarrollar depresión como se evidencia en diferentes estudios, sustentados por la prevalencia significativa de dicha alteración mental. González (16) en el año 2014 en su investigación de depresión en personas con lesión medular, demostró analogía respecto a los datos sociodemográficos de la población de estudio, como se demuestra en el porcentaje de personas con nivel de escolaridad. Valdivieso (17) reportó que más del 50% de su población total no tenía ningún tipo de escolaridad, similar con González en donde el 62% solo contaba con estudios primarios, relacionándose de esta forma con la actual investigación, donde el 70% cursó estudios primarios incompletos o no tiene ningún nivel de escolaridad, comportándose como un factor de riesgo ante la alta tasa de desempleo (85%).

Finalmente, retomando el modelo de adaptación de Callista Roy, donde se identifican los estímulos. El estímulo focal (principal) para la depresión fue la discapacidad; los estímulos contextuales, los cuales hacen referencia a todos los factores del entorno, como son: el bajo estrato socioeconómico,

bajo nivel educativo y desempleo; el estímulo residual fue la causa de la discapacidad. El método de afrontamiento acogido por la mayoría de los participantes fue el subsistema relacionador llevado a cabo por medio de canales cognitivos y emocionales, teniendo una respuesta ineficaz frente al proceso de adaptación, evidenciado por en la prevalencia de depresión.

Conclusiones

- El 70% de personas con discapacidad motora presentaron algún tipo de depresión similar a la literatura estudiada.
- La prevalencia de depresión en las personas vinculadas a la fundación la vida es bella comprueba la ausencia de intervenciones que fortalezcan la salud mental.
- Existen complicaciones para la adaptación de la discapacidad debido al bajo estrato socioeconómico, también existen limitaciones y dificultades de integridad social evidenciada en las altas cifras de desempleo y relaciones sentimentales.
- La causa de la discapacidad es una experiencia desagradable que no ha tenido un buen afrontamiento.
- De acuerdo al modelo de adaptación de Callista Roy, las repuestas de adaptación a la discapacidad han sido ineficaces, comprometiendo la integridad humana.

Agradecimientos

El presente trabajo lo hemos dedicado en agradecimiento al esfuerzo de nuestras familias, quienes han forjado en nosotros las bases fundamentales. A los docentes enfermeros: Liliana Cataño, Rosa Salazar, Jorge Ramos y a nuestra tutora Liliana Campos, que han estado presentes en el desarrollo dinámico de este trabajo. De manera muy especial

agradecemos la colaboración cordial de la señora Ilba Yohana Trujillo directora de la Fundación la Vida es Bella, así como todos los participantes que amablemente abrieron las puertas de sus hogares y la intimidad de sus vidas.

Fuentes de financiación

La presente investigación no ha recibido ayudas específicas provenientes de agencias del sector público, sector comercial o entidades sin ánimo de lucro.

Conflictos de interés

No declaramos conflicto de intereses, por el contrario esperamos que este trabajo sea una guía para nuevas investigaciones del área de las ciencias de la salud.

Referencias

1. Colombia CP de. ley N° 1616 del 21 de enero 2013 [Internet]. LEY 1616 Colombia: Ministerio de Salud y Protección Social; 2013 p. 17. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/ley-1616-del-21-de-enero-2013.pdf>
2. Ministerio de Salud y Protección Social, Colciencias. Encuesta Nacional de Salud Mental 2015. [Internet]. Colombia; 2015. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/abc-encuesta-nacional-salud-mental-2015.pdf>
3. Salud OM de la. Depresión [Internet]. 2017 [citado 10 de marzo de 2018]. p. 1. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/>
4. Association AP. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Quinta. Panamericana, editor. 2013. 947 p.
5. Salud OP de la. Depresión y otros trastornos mentales comunes [Internet]. Washington D.C; 2017. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34006/PAHONMH17005-spa.pdf>
6. Social M de P. Estudio nacional de salud mental Colombia 2003 [Internet]. Colombia; 2003. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Documentos_y_Publicaciones/ESTUDIO NACIONAL DE SALUD MENTAL EN COLOMBIA.pdf
7. Salud OM de la. Informe mundial sobre la discapacidad [Internet]. Suiza; 2011. Disponible en: http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/accessible_es.pdf?ua=1
8. Pérez, Mirna Viviana; Urquijo S. Rasgos de personalidad y depresión en adolescentes. En: Tercer congreso virtual de psiquiatría [Internet]. Argentina; 2014. Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Sebastian_Urquijo/publication/228545028_Rasgos_de_personalidad_y_depresion_en_adolescentes/links/00b7d52a1c66fe4ed800000/Rasgos-de-personalidad-y-depresion-en-adolescentes.pdf
9. Reinalda de la C. Rosales Rodríguez, Reina de La Caridad García Díaz EQM. Estilo de vida y autopercepción sobre salud mental en el adulto mayor. MEDISAN [Internet]. 2014;18(1):61. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/san/v18n1/san09114.pdf>
10. Haydeé Mabel Llanes Torres, Yeleinis López Sepúlveda JLV, Aguilar, PérezIV RH. Factores psicosociales que inciden en la depresión del adulto mayor. Rev ciencias médicas la habana [Internet]. 2015;21(1):10. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/revciemedhab/cmh-2015/cmh151h.pdf>
11. A, Jasim Naeem Al-Asadi ZBH. Depression among infertile women in Basrah, Iraq: Prevalence and risk factors. J Chinese Med Assoc [Internet]. 2015;78(11):673-7. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26346599>
12. J., Tevie SFT. Depression and comorbid obesity and hypertension in united states children. Value Heal [Internet]. 2014;17:193. Disponible en: [http://www.valueinhealthjournal.com/article/S1098-3015\(14\)01177-2/pdf](http://www.valueinhealthjournal.com/article/S1098-3015(14)01177-2/pdf)
13. Zunzunegui MV. Evolución de la discapacidad y la dependencia. Una mirada internacional. Elsevier [Internet]. 2011;25(S):12-20. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911111003311>
14. M.IsabellaBisschop, M.WKriegsman D, T.FBeekman A, J.HDeeg D. Chronic diseases and depression: the modifying role of psychosocial resources. 2004;59(4):721-33. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953603006464>
15. Juvani A, Oksanen T, Virtanen M, Elovainio M, Salo P, Pentti J, Kivimäki M VJ. Organizational justice and disability pension from all-causes, depression and musculoskeletal diseases: A Finnish cohort study of public

- sector employees. *Scand J Work Env Heal* [Internet]. 2016;42(5):395-404. Disponible en: http://www.sjweh.fi/show_abstract.php?abstract_id=3582
16. Noriega M del MG. Depresión y otras variables psicológicas en el proceso de adaptación a la lesión medular [Internet]. Universidad de Salamanca; 2014. Disponible en: <http://sid.usal.es/docs/F8/FDO27084/GonzalezNoriega.pdf>
 17. Sc DJGVHM. Depresión en personas con discapacidad y su relación con la funcionalidad familiar loja 2016 [Internet]. UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA - ECUADOR; 2016. Disponible en: http://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/18252/1/TESIS_FINAL_JOSE_VALDIVIESO_copia.pdf
 18. Dra. Carmen Aurora Rodríguez Nieto DHVJ. Prevalencia y grado de depresión en pacientes de rehabilitación. *Rev Mex Med Física y Rehabil* [Internet]. 2009;21:56-63. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/fisica/mf-2009/mf092f.pdf>
 19. Joan Gené-Badiaa, Marina Ruiz-Sánchez, Núria Obiols-Masó LOP y ELJ. Aislamiento social y soledad: ¿qué podemos hacer los equipos de atención primaria? *Atención Primaria* [Internet]. 2016;48(9):604-9. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656716301809>
 20. van Gool CH, Kempen GI, Penninx BW, Deeg DJ, Beekman AT van EJ. Impact of depression on disablement in late middle aged and older persons: results from the Longitudinal Aging Study Amsterdam. *Elsevier* [Internet]. 2005;60:25-36. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15482864>
 21. Constanza Londoño Pérez, Manuel González Rodríguez Universidad Católica de Colombia U de la L. Prevalencia de depresión y factores asociados en hombres. *Redalyc.org* [Internet]. 2015;19 (2):315-29. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/798/79847072013.pdf>
 22. Pérez OM, Duque DVC, López SCA. Riesgo suicida y depresión en un grupo de internos de una cárcel del Quindío (Colombia). *Redalyc.org* [Internet]. 2011;13:268-80. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=239019089004>
 23. Pessoas NAS, Com EM, Especiais N. FACTORES PSICOSOCIALES PREDICTORES DE LA CALIDAD DE VIDA EN PERSONAS EN SITUACIÓN DE DISCAPACIDAD FÍSICA. *Acta Colomb Psicol* [Internet]. 2013;16(2):125-37. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0123-91552013000200012&script=sci_arttext&tlng=pt
 24. Salud OM de la. Discapacidades [Internet]. Disponible en: <http://www.who.int/topics/disabilities/es/>
 25. Johann M. Vega-Dienstmaier, Oscar Coronado-Molina GM. Validez de una versión en español del Inventario de Depresión de Beck en pacientes hospitalizados de medicina general. *Neuropsiquiatr* [Internet]. 2014;77 (2):95-103. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rnp/v77n2/v77n2ao2.pdf>
 26. Jimmy J. Arevalo KAS y BC. Depresión en síndromes coronarios agudos: aplicación de la escala Beck Depression Inventory. *Colomb Psiquiatr* [Internet]. 2014;43:2-6. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v43n1/v43n1a02.pdf>
 27. Ortega RFF, Barros AC, Cantero OH. Depresión y factores socio demográficos asociados en estudiantes universitarios de ciencias de la salud de una universidad pública (Colombia). *Psicol desde el Caribe* [Internet]. 2011;27:40-60. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/psdc/n27/n27a03.pdf>
 28. José David Alonso Polo, José Jaime Castaño Castrillon, Yesica Estefania Cerón Rosero, Laura Melisa Dávila Menjura, Adonilson Julio De La Rosa, Paola Edith De La Rosa Marrugo, Verónica Montoya Arango CML. Frecuencia de depresión, según cuestionario de Beck, en estudiantes de medicina de la ciudad de Manizales (Colombia), 2014: estudio de corte transversal. *Redalyc.org* [Internet]. 2015;15:9-24. Disponible en: <http://www.redalyc.org/html/2738/273840435002/>
 29. Martha Raile Alligoog AMT. Modelos y teorías en enfermería. *Septima*. Mosby E, editor. España; 2011. 797 p.
 30. Ministerio de Salud. Resolución 8430 de 1993 [Internet]. Ministerio de Salud y Protección Social, República de Colombia 1993 p. 1-19. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>

Barreras de la Adherencia al Tratamiento en Pacientes Diabéticos

Barriers to Adherence to Treatment in Diabetic Patients

María del Mar Reina Sendoya¹, Carlos Alberto Martínez Collazos¹

1. *Estudiante de Enfermería, Fundación Universitaria Navarra - UNINAVARRA, Neiva - Colombia*

Resumen

La Diabetes Mellitus es una de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles que causa mayor impacto socio-sanitario y en la economía de la salud, no solo por su elevada frecuencia sino sobre todo por las consecuencias de las complicaciones crónicas que causa; entre ellas, el importante papel que desempeña como factor de riesgos de aterosclerosis y de patología cardiovascular. Metodología: Se realizó una revisión bibliográfica de estudios descriptivos sobre adherencia al tratamiento en pacientes diabéticos, en bases de datos MEDLINE, SCIELO y ELSEVIER. Se obtuvieron 40 artículos, realizados entre 2007 y 2017, dentro de los cuales 38 son de idioma español y 2 en inglés. Conclusión: De acuerdo a los artículos investigados, en promedio, la adherencia al tratamiento a la Diabetes Mellitus es del 50%, entre un 20% y 80% de acuerdo al tratamiento instaurado. La no adherencia se encuentra relacionada con factores personales, sociales, familiares, entre otros. Las complicaciones de la No Adherencia más frecuentes son la hiperglicemia, y las complicaciones micro y macrovasculares tales como pie diabético, retinopatía y falla renal.

Abstract

Diabetes Mellitus is one of the Chronic Noncommunicable Diseases that causes greater socio-sanitary impact and in the health economy, not only because of its high frequency but above all because of the consequences of the chronic complications it causes; among them, the important role it plays as a risk factor for atherosclerosis and cardiovascular pathology, expressed by López, Lahera and López-López in 2011. Methodology: A bibliographic review of descriptive studies on Burnout syndrome in nursing personnel was carried out, in databases MEDLINE, SCIELO and ELSEVIER. 40 articles were obtained, made between 2007 and 2017, among which 38 are Spanish and 2 are English. Conclusion: According to the articles investigated, on average, the adherence to treatment to Diabetes Mellitus is 50%, between 20% and 80% according to the treatment established. Non-adherence is related to personal, social, family factors, among others. The most frequent non-adherence complications are hyperglycemia, and micro and macrovascular complications such as diabetic foot, retinopathy and renal failure.

Palabras Clave

Adherencia al Tratamiento, Diabetes, Enfermedad Crónica, Cumplimiento, Enfermería.

Keywords

Adherence, Treatment, Diabetes, Chronic Disease, Nursing.

Introducción

La diabetes mellitus es un problema de salud pública. El número estimado de adultos que viven con esta enfermedad se ha elevado a 366 millones, lo cual representa el 8,3% de la población mundial. Se calcula que esta cifra aumentará hasta alcanzar los 552 millones de personas para 2030 o, lo que es lo mismo, el 9,9% de los adultos, lo cual equivale a aproximadamente a tres nuevos casos de diabetes por cada diez segundos (1).

En un estudio clínico realizado por la OMS y la OPS se encontró, que la frecuencia de complicaciones crónicas en personas que han padecido diabetes durante más de 20 años son del 48% para las retinopatías, 6.7% para la ceguera, 42% para las neuropatías, 1.5% para el daño renal, 6.7% para el infarto de miocardio, 3.3% para los accidentes cerebro vasculares y 7.35 para las amputaciones de los miembros inferiores (1).

La Diabetes Mellitus es una de las ECNT que causa mayor impacto socio-sanitario y en la economía de la salud, por su elevada frecuencia y las consecuencias de las complicaciones crónicas; como factor de riesgos de aterosclerosis y de patología cardiovascular, de acuerdo a la publicación “Epidemia de enfermedades cardiometabólicas”, donde realizan un abordaje del tema a nivel latinoamericano en 2011 (2).

La Federación Internacional de Diabetes –IDF por sus siglas en inglés, en 2012 declaró que esta enfermedad fue la causa directa de unos 1,5 millones de defunciones, de las que más del 80 % se produjeron en países de ingresos bajos y medianos. Según las previsiones de la OMS, la diabetes será la séptima causa de defunción para 2030 (3).

Estas cifras resultan alarmantes. Son muchas las razones por las cuales se dificulta esta labor de control, la falta de adherencia en los pacientes con DM2 impide lograr el control terapéutico, aumenta las complicaciones y reduce la calidad de vida (4).

Se estima que 2 de cada 3 muertes en la población diabéticas es debida a enfermedad cardiovascular, correspondiendo aproximadamente un 40% a enfermedad coronaria isquémica, 15% a cardiomiopatías varias, principalmente la insuficiencia cardiaca y un 10% a isquemia cerebral. Y establecidas dichas enfermedades, sus complicaciones son más deletéreas que en la población no diabética (5). Según informe de 2014 de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la situación mundial de las ECNT siguen siendo la principal causa de muerte en el mundo. Bajo este contexto, se prevé que tanto la HTA como la DM y sus complicaciones serán las principales amenazas de los recursos de la salud pública en todo el mundo, con un enorme costo económico y social (6), es así, que la prevalencia de adherencia a la medicación en pacientes con HTA oscila entre 52% y 74% (7) y en personas con DM entre el 36% al 93% (8).

Esta problemática afecta a toda la población en general, debido a que la falta de adherencia completa al tratamiento es una situación que se presenta en todas las edades, desde los niños hasta los ancianos (9). El manejo de la enfermedad se dificulta, debido a que el tratamiento depende de diversas variables, tendientes a ser responsabilidad tanto de los pacientes como de la institución sanitaria; esta patología se complica debido a la falta de adherencia a su tratamiento, definida como el grado en que la conducta de una persona, bien sea tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida, se corresponde con las recomendaciones acordadas por un prestador (10).

Las consecuencias de la no adherencia, o posibles complicaciones de la Diabetes Mellitus tipo 2; incluyen Enfermedad cardíaca (enfermedad cardiovascular); Ceguera (retinopatía); Lesiones nerviosas (neuropatía); Daño renal (nefropatía); Pie diabético; Alteraciones psicológicas (como depresión y ansiedad) (11). La falta de adherencia es el resultado de una compleja interacción entre el ambiente social, el paciente y los profesionales de la

salud, por lo cual así mismo se hace su medición, esta acción de medir la adherencia al tratamiento por lo general, no se hace de forma rutinaria en la práctica clínica, y por lo tanto, no existe una única forma de medirla, tampoco un estándar de oro que se puede implementar, por lo que se cuenta con diversas metodologías (12).

Muchas de ellas se enfocaron en aspectos familiares (13–15), otras a aspectos psicológicos (16–18), algunas a la información y educación con la que cuenta el paciente (3,19–21), apoyo social (22). Autores de diferentes países han utilizado diversos instrumentos para medir la adherencia al tratamiento en pacientes diabéticos (23,24).

En Chile en 2015 se optó por evaluar las propiedades psicométricas de la escala en pacientes chilenos, para lo cual se hizo la investigación “Análisis preliminares de la versión adaptada en población chilena de la escala de adherencia terapéutica en diabetes mellitus tipo 2 - EATDM-III” (10), donde se propone una versión de 30 ítems agrupados en seis dimensiones, mejorando los índices de ajuste obtenidos con la escala original (10).

Por otra parte, “Adherencia al tratamiento en pacientes con Diagnóstico de Diabetes Mellitus Tipo II” fue una investigación realizada en Uruguay en el 2015, donde el 56% de los encuestados tiene buena adherencia al tratamiento farmacológico, y la mayor falencia que presenta esta población es la adquisición de hábitos saludables (25), esta función en otros países se encuentra a cargo de personal médico, en Colombia se considera como función del personal de enfermería (26).

Materiales y métodos

Se realizó una revisión bibliográfica de estudios descriptivos sobre adherencia al tratamiento en pacientes diabéticos, en las bases de datos MEDLINE, SCIELO y ELSEVIER con las siguientes palabras: Adherencia, Diabetes, Enfermedad Cró-

nica, Enfermería. Se realizaron otras búsquedas con el fin de identificar tesis de grado u otros artículos de relevancia. Producto de la búsqueda, se obtuvieron 40 publicaciones de estudios relacionados con el tema.

Resultados

Se revisaron 40 artículos, de los cuales 38 son de idioma español y 2 de inglés. Fueron publicados entre 2007 y 2017, realizados en diferentes países, entre ellos, 1 en Argentina (13), 3 en Colombia (27,22,26), 6 en Chile (28,10,16,22,29,30), 1 en China (31), 2 en Cuba (32,33), 4 en Ecuador (11,14,15,34), 3 en España (4,35,36), 6 en Perú (17,18,20,21,37,38), 12 en México (12,9,3,19,24,39–45), 1 en Uruguay (25) y 1 en USA (7).

El tratamiento para la Diabetes

El tratamiento para la DMT2 abarca en algunos casos la administración de medicamentos, la prescripción de actividad física, el automonitoreo y, muy especialmente, la implantación de un régimen alimenticio sano; si bien es cierto que todos estos componentes terapéuticos requieren de grandes esfuerzos para su cumplimiento, seguir un buen régimen alimenticio y practicar actividades físicas son dos de los hábitos saludables que difícilmente los pacientes llevan a cabo de forma regular (44).

Tratamiento Farmacológico: Para lograr estos objetivos, se debe informar al paciente sobre la importancia del uso de fármacos para regular la glucemia, así como del cambio de estilo de vida. La ADA recomienda la reducción de la HbA1c a 7,0 % en la mayoría de pacientes, a fin de reducir la incidencia de la enfermedad microvascular. Esto se puede lograr con una 28 glucosa plasmática media de 150-160 mg /dl, idealmente la glucosa en ayunas y preprandial deben ser mantenidas en 130 mg /dl y la glucosa posprandial 180 mg /dl (34).

Tratamiento No Farmacológico: Es bien sabido que, además de los factores genéticos y ambientales, los hábitos de estilo de vida y factores relacionados con las personas, juegan un papel importante en el desarrollo y la progresión de la Diabetes Mellitus, especialmente la de tipo 2. La actividad física y la dieta son factores críticos en la prevención primaria de la diabetes y también son aspectos muy importantes en la regulación de la enfermedad y el desarrollo de sus complicaciones crónicas (34).

La adherencia es una conducta, no un rasgo de la personalidad, así un paciente puede ser adherente por un periodo de tiempo y más tarde dejar de serlo, o adherirse a unas indicaciones y no a otras; de ahí la necesidad de sistematizar la forma de medir y registrar la adherencia y dado que los pacientes suelen cumplir mejor los tratamientos con fármacos que otro tipo de medidas es necesario evaluar la cumplimentación del tratamiento farmacológico y del no farmacológico (35). Entre los determinantes de la adherencia al tratamiento, se encuentran diversas variables sociodemográficas (escolaridad, estatus socioeconómico, edad y estado civil), las creencias del paciente, el tipo de enfermedad, el tratamiento farmacológico, la relación que se establece entre el paciente y el personal médico, la información, el apoyo social y variables de la organización de los servicios de salud. No obstante, debe señalarse que los estudios reportan porcentajes bajos de varianza explicada al estimar modelos predictivos (9)

Las Barreras de Adherencia tratamientos Farmacológicos

En Colombia, la no adherencia al tratamiento en enfermedades crónicas se mantiene en cifras preocupantes, del 59%, al igual que la proporción de hospitalizaciones derivadas de su incumplimiento entre el 33 y 69% (27). En Chile, el estudio de la adherencia a los tratamientos de las enfermedades crónicas resulta especialmente relevante, pues se

estima que en la actualidad las cifras de la no adherencia bordean el 50% (16). En general en los países desarrollados la adherencia al tratamiento en las enfermedades crónicas se encuentra en torno al 50% (4). En México, para los padecimientos crónicos como la DM2, la adherencia hacia las instrucciones médicas puede estar cercana al 50%, y puede variar de un 20 a un 80% en el caso de pacientes con regímenes de insulina inyectable; 65% hacia las indicaciones dietéticas; un 57 a un 70% para el caso de las mediciones de glucosa; de un 19 a un 30% para las indicaciones de actividad física y se ha reportado que apenas un 7% de los pacientes diabéticos cumple con todos los aspectos de su régimen (39).

Las Barreras de Adherencia tratamientos No Farmacológicos

La falta de adherencia puede estar también relacionada con aspectos psicosociales, que contempla la falta de apoyo familiar y social, control médico, falta de ejercicio, condición física, conocimientos deficientes en nutrición, higiene y autocuidado, factores que determinan el control glucémico de la persona después del egreso hospitalario (41).

Entre los factores que dificultan la adherencia al tratamiento, se encuentran: concepciones culturales de la enfermedad, desencuentro entre los discursos del equipo profesional y el saber popular, cansancio de ingerir una cantidad elevada de medicamentos, temor a las múltiples punciones por la aplicación de la insulina, insatisfacción con la calidad brindada de los servicios de salud, el costo económico e incluso el estrés (10).

Consecuencias de No Adherencia

En el caso de la DM2, la no adherencia al tratamiento tiene efectos a corto plazo como la hiperglicemia, y largo plazo las complicaciones micro y macrovasculares tales como pie diabético, retinopatía y falla renal (16). La baja adherencia afecta

la calidad de vida del enfermo y de quienes están a su alrededor, el paciente puede tener complicaciones y secuelas que traen consigo un gran sufrimiento, así como limitaciones incontrolables y progresivas; en la familia, provoca alteraciones en su funcionamiento, generando crisis; en lo social, significa un enorme costo para las instituciones de salud el proporcionar servicios que son utilizados de forma inadecuada, prolongando innecesariamente los tratamientos y presentando recaídas y readmisiones que podrían evitarse (10). En general, impide lograr el control terapéutico, aumenta las complicaciones y reduce la calidad de vida (4).

Conclusiones

En las mediciones que se han realizado en los artículos revisados, se muestra que la adherencia al tratamiento a la Diabetes Mellitus es del 50%, entre un 20% y 80% en general, donde estas diferencias se presentan de acuerdo al tratamiento instaurado, si es farmacológico o no farmacológico (15,16,26,46,46).

La no adherencia se encuentra relacionada con factores personales (44,47), sociales (9,16,44,48), familiares (27,14,15,49), entre otros, que determinan el seguimiento a los tratamientos instaurados.

Las complicaciones de la No Adherencia más frecuentes son la hiperglicemia, y las complicaciones micro y macrovasculares tales como pie diabético, retinopatía y falla renal (24–26,41)

Los factores de éxito que influyen en la adherencia de los pacientes son: el cumplimiento de las indicaciones dietéticas, la práctica de una actividad física constante y de intensidad moderada y la aplicación de la prescripción farmacológica en alguna de las modalidades actuales para el abordaje de la población con DMT2 de acuerdo a la intensidad y severidad de la descompensación metabólica y/o presencia de complicaciones asociadas (2,24,29,34,50).

Fuentes de financiación

El presente artículo no ha recibido ayuda de ninguna fuente de financiación.

Conflictos de interés

Ninguno

Referencias

1. Ramón CL, Ávalos-garcía MI. Diabetes Mellitus tipo 2 : barreras y perspectivas en el control del paciente. *Horiz Sanit.* 2013;12(2):63–9.
2. Romero GA, Barrera F. Determinación de factores que afectan la adherencia al tratamiento en pacientes con Diabetes Mellitus 2, que acuden a un club de diabéticos. *Rev Fac Cienc Med.* 2014;39(1):69–78.
3. Alarcón Luna NS, Rizo Baeza M, Cortés Castell E, Cadenas Santos F, Leal David H ACM. Intervención educativa: implementación de la agencia de autocuidado y adherencia terapéutica desde la perspectiva del paciente diabético. *Rev enferm UERJ.* 2011;21(3):289–94.
4. Orozco-Beltrán D, Mata-Cases M, Artola S, Conthe P, Mediavilla J, Miranda C. Abordaje de la adherencia en diabetes mellitus tipo 2: situación actual y propuesta de posibles soluciones. *Aten Primaria.* 2016;48(6):406–20.
5. Corrales-santander H, Pacheco-ayos C, Pájaro N, Corrales-santander H. Enfermedad Coronaria en el Paciente con Diabetes Mellitus Tipo 2 *Coronary Disease in the Patient with Diabetes Mellitus Type 2.* *MedPub.* 2018;1–3.
6. Romero G SL, Parra DI, Sánchez R. JM, Rojas LZ. Adherencia terapéutica de pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2 de Bucaramanga, Colombia. *Rev la Univ Ind Santander Salud.* 2017;49(1):37–44.
7. Sandy R, Connor U. Variation in medication adherence across patient behavioral segments: A multi-country study in hypertension. *Patient Prefer Adherence.* 2015;9:1539–48.
8. Chang PY, Chien LN, Lin YF, Chiou HY, Chiu WT. Nonadherence of oral antihyperglycemic medication will increase risk of end-stage renal disease. *Med (United States).* 2015;94(47):e2051.
9. de la Rubia JM, Alejandra Cerda MT. Predictores psicosociales de adherencia a la medicación en pacien-

- tes con diabetes tipo 2. *Rev Iberoam Psicol y Salud*. 2015;6(1):19–27.
10. Alfonso Urzúa M, Carlos Cabrera R, Christofer González V, Pablo Arenas R, Mónica Guzmán G, Alejandra Caqueo-Urizar A, et al. Análisis preliminares de la versión adaptada en población chilena de la escala de adherencia terapéutica en diabetes mellitus tipo 2 - EATDM-III. *Rev Med Chil*. 2015;143(6):733–43.
 11. Alvarado Paredes LE. Estudio comparativo del estado de ánimo en pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo II con y sin adherencia al tratamiento que acuden al Hospital Pablo Arturo Suarez. 2015;1–127.
 12. Alvarado R, Ruiz Morales H, Vázquez J, Martínez Torres J, Linaldi F. Adherencia a Hipoglucemiantes En Diabéticos De Una Unidad Médica Familiar Del Estado De Chiapas. *Rev Salud Pública y Nutr*. 2010;11(8):5–15.
 13. Azzollini S, Bail Pupko, Vera Vidal VA. Importancia De La Familia Y El Trabajo En La Adhesión Al Tratamiento Diabetes. *Anu Investig*. 2010;7:323–30.
 14. Tratamiento AAL, Cristina D, Gudiño E, Elizabeth A, Andrade T. “ CARACTERÍSTICAS FAMILIARES EN LA FARMACOLÓGICO Y NO FARMACOLÓGICO DE LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 QUE ASISTEN AL CENTRO DE SALUD ATUNTAQUI , EN EL. *Pontif Univ Catol del Ecuador - Fac Med*. 2016;1–124.
 15. Macrina S, Salazar A. La familia como factor desencadenante de descompensación en la salud integral y la adherencia al tratamiento de los pacientes con diabetes mellitus tipo II que asisten al servicio de clínica del hospital general Isidro Ayora de la ciudad de Loja, Periodo. *Univ Nac Loja*. 2016;1–174.
 16. Ortiz M, Ortiz E, Gómez D. Factores Psicosociales Asociados a la Adherencia al Tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo 2. *Ter Psicológica*. 2011 Jul;29(45):5–11.
 17. Granados E, Escalante E. Estilos De Personalidad Y Adherencia Al Tratamiento En Pacientes Con Diabetes Mellitus. *Liberabit*. 2010;16(2):203–15.
 18. Nacional U, San MDE, Psicología EAP. Ansiedad , depresión y situaciones generadoras de estrés en pacientes diabéticos tipo 2 con adherencia y sin adherencia al tratamiento. 2011;
 19. Cházaro-Molina EA, Muñoz-Cano JM. Comunicación educativa a pacientes con diabetes mellitus 2 y adherencia al tratamiento nutricional. *Rev Española Comun en Salud*. 2015;6(2):126–37.
 20. Humana EDM. La educación como piedra angular de la adherencia terapéutica en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2. 2017;218–9.
 21. Ramos Salinas RA. Nivel de conocimientos dietéticos relacionado a la adherencia alimentaria en pacientes con diabetes mellitus2. *Hospital Distrital Santa Isabel Trujillo*, 2013. *Cientifi-k*. 2015;3(1):59–66.
 22. Canales S, Barra E. Autoeficacia, apoyo social y adherencia al tratamiento en adultos con diabetes mellitus tipo. *Psicol y Salud*. 2014;24(2):167–73.
 23. Chaves N E. Validación de la escala de morisky de 8 ítems en pacientes con enfermedad renal crónica. *Med*. 2016;24(2):23–32.
 24. Rodríguez Campuzano M, Díaz-González Anaya E, García Rodríguez J. Un instrumento para evaluar factores disposicionales relacionados con la adherencia a la dieta en pacientes diabéticos. *Enseñanza e Investig en Psicol*. 2013;18(2):263–76.
 25. Terechenko Luthers NS, Baute Geymonat AE, Zamonsky Acuña JN. Adherencia al tratamiento en pacientes con Diagnóstico de Diabetes Mellitus Tipo II. *Biomedicina*. 2015;10(1):20–33.
 26. Herrera A, Andrade Y, Hernández O, Manrique J, Faria K, Machado M. Personas con diabetes mellitus tipo 2 y su capacidad de agencia de autocuidado, Cartagena. *Av en Enfermería*. 2012;30(2):39–46.
 27. Hoyos Duque TN, Arteaga Henao MV, Muñoz Cardona M. Factores de no adherencia al tratamiento en personas con Diabetes Mellitus tipo 2 en el domicilio.: la visión del cuidador familiar. *Investig y Educ en enfermería*. 2011;29(2):194–203.
 28. Felicidad LA, Factor C, Para DER, Adherencia LA, Tratamientos HLOS, Con P, et al. La Felicidad Como Factor De Riesgo Para To Treatment in Patients With Diabetes. 2015;(2).
 29. Revist AC, Sal D, Pantoja CT, Segura DD, Villalobos CR. Adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes tipo 2. *Rev Costarr Salud Pública*. 2013;22(22):9–13.
 30. Tobar M, Acuña O. Relación entre satisfacción usuaria y adhesividad al tratamiento y control de salud en usuarios diabéticos tipo 2. *Rev Chil Salud Pública*. 2012;16(2):131–6.
 31. Wang J, Bian RW, Mo YZ. Validation of the Chinese version of the eight-item Morisky medication adherence scale in patients with type 2 diabetes mellitus. *J Clin Gerontol Geriatr*. 2013;4(4):119–22.

32. Prado Solar L, González Reguera M, Paz Gomez N, Romero, borgues K. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. *Rev Médica Electrónica*. 2014;6(36):835–45.
33. Rojas A, Pérez S, Lluch A, Cabrera M. Gestión del cuidado enfermero en la teoría del déficit de autocuidado. *Rev Cubana Enferm*. 2009;25:3–4.
34. Gavilanez J, Michelle N, Bolaños J, Metodológica D, Pesse DK. Adherencia Al Cambio De Estilo De Vida; Dieta, Ejercicio Y Sus Factores Obstaculizadores O Favorecedores En Pacientes Con Diabetes Mellitus Tipo 2 De La Consulta Externa Del Hospital General, Dr. Enrique Garcés. 2014;1–144.
35. Del Castillo Arevalo F, Salido González M, Losada García A, García García M, Fernández Prieto T, Blanco Gutiérrez ML. Valoración de la adherencia en el seguimiento del paciente diabético y uso de lenguaje enfermero. *Enfermería Glob*. 2013;12(2):18–27.
36. Bravo JM. Factores asociados con la adherencia a la medicación en las personas con diabetes tipo 2. *Updat en DIABETES*. 2015;32(6):29–31.
37. Portilla L. Calidad de vida y autoconcepto en pacientes con diabetes con y sin adherencia al tratamiento. 2011;15.
38. Marcelo B, Mosca M. Adherencia a terapia médica nutricional en pacientes con diabetes mellitus tipo 2, de un hospital nacional de nivel III en Lima, Perú. *Rev Med Hered*. 2017;28:150–6.
39. Toledano Jaimes C, Avila J. L, García J. S, Gómez G. H. Determinantes de adherencia terapéutica y control metabólico en pacientes ambulatorios con Diabetes mellitus tipo 2. *Rev Mex Ciencias Farm*. 2008;39(4):9–17.
40. Luna A, García L, Barragán L. El Modelo Transteórico y adherencia terapéutica en adolescentes con Diabetes Mellitus Tipo I. *Rev Iberoam Bueno, Angélica G Lunacriana Psicol Cienc y Tecnol*. 2014;7(1):49–58.
41. Zenteno-López MA, Tzontehua-Tzontehua I, Gil-Londoño E, Contreras-Arroy S, Galicia-Aguilar R. Continuidad de cuidados para la adherencia terapéutica en la persona con diabetes tipo 2. *Enfermería Univ*. 2016;13(2):130–7.
42. Rodríguez- SI, Aguilar-salinas C a. Seguimiento farmacoterapéutico en la población ambulatoria con Diabetes Mellitus tipo 2. *Rev Mex Cienc Farm*. 2012;43(2):54–60.
43. Ma. Eugenia Garay-Sevilla, José Santiago Porras JMM. Coping strategies and adherence to treatment in patients with type 2 diabetes mellitus. *Rev vestigación Clínica*. 2011;63:155–61.
44. Campuzano M de LR, Rodríguez AR. Factores que impiden la adherencia a un régimen terapéutico en diabéticos: un análisis descriptivo. *Psicol y Salud*. 2015;26(1):51–62.
45. García-Morales G, Reyes-Jiménez M. Inercia clínica en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en una unidad de medicina familiar de Acapulco Guerrero, México. *Atención Fam*. 2017;24(3):102–6.
46. Boletín INFAC. Adherencia al tratamiento farmacológico en patologías crónicas. *Liburukia*. 2011;19(1):1–6.
47. Ramírez P, Müggenburg C. Relaciones personales entre la enfermera y el paciente. *Enfermería Univ*. 2015;12(3):134–43.
48. Aldrete Rodríguez MG, Navarro Meza C, González Baltazar R, Contreras Estrada MI, Pérez Aldrete J. Factores psicosociales y síndrome de burnout en personal de enfermería de una unidad de tercer nivel de atención a la salud. *Cienc Trab*. 2015;17(52):32–6.
49. Didoni, M, Jure, H, Ciuffolini B. La familia como unidad de atención. *Artículo*. 2011;6(1):31.
50. Rodríguez F. Listado completo de diagnósticos NANDA 2015-2017. *Hablemos Enfermería entre Prof docentes y Estud [Internet]*. 2015;(99):1. Available from: <http://hablemosdeenfermeria.blogspot.com.es/2015/06/diagnosticos-de-enfermeria-nanda-2015-2015.html>

Conocimiento y práctica de autoexamen de seno en estudiantes de enfermería a través de la teoría de Orem

Knowledge and practice of breast self-examination in nursing students through the theory of Orem

Nohora X. Collazos R.¹, Yineth M. Gaviria Z.¹

1. *Estudiante de Enfermería, Fundación Universitaria Navarra - UNINAVARRA, Neiva - Colombia*

Resumen

El autoexamen de seno es una de las principales herramientas para detectar precozmente y alertar sobre la presencia de posibles tumores sobre todo cuando son palpables, no obstante, algunos estudios han encontrado falencias en el nivel de conocimiento y práctica de autoexamen de seno en las estudiantes de enfermería. Por ende, el presente artículo describe el conocimiento y práctica de autoexamen de seno en estudiantes de enfermería a través de la teoría de Orem, mediante una revisión bibliográfica de 46 estudios publicados desde el año 2013 al 2018.

El conocimiento y práctica de autoexamen de seno en estudiantes de enfermería es regular, pues, aunque han presentado altos porcentajes sobre el conocimiento de la enfermedad y sus métodos de prevención, la práctica del autoexamen es deficiente. Se evidenció una ausencia de conductas dirigidas en el bienestar y cuidado de sí mismas, en las estudiantes de enfermería, en donde el autocuidado y práctica del autoexamen de seno, fueron deficientes en la prevención del cáncer de seno.

Abstract

Breast self-examination is one of the main tools to detect early and alert about the presence of possible tumors, especially when they are palpable, however, some studies have found flaws in the level of knowledge and practice of breast self-examination in female students. Nursing. Therefore, this article describes the knowledge and practice of breast self-examination in nursing students through the Orem theory, through a bibliographic review of 46 studies published from 2013 to 2018.

The knowledge and practice of breast self-examination in nursing students is regular, because, although they have presented high percentages of knowledge of the disease and its methods of prevention, the practice of self-examination is deficient. There was an absence of directed behaviors in the well-being and self-care of the nursing students, where the self-care and practice of breast self-examination were deficient in the prevention of breast cancer.

Palabras Clave

Conocimiento, práctica, autoexamen, seno, autocuidado.

Keywords

Knowledge, practice, self-examination, breast, self-care.

Introducción

Los diferentes órganos que conforman el cuerpo humano están formados por células que se dividen ordenadamente con el fin de remplazar las muertas o envejecidas. Cuando alguna célula presenta alteraciones en estos mecanismos de control, se inicia una división incontrolada produciendo un tumor o nódulo, esto se conoce como cáncer [1]. El cáncer, es la segunda causa de muerte a nivel mundial, y se pronostica que el número de muertes incremente y supere los 14.5 millones para el año 2035 [2]. El cáncer de seno es una de las neoplasias más frecuentes que presenta un alto porcentaje de casos en el sexo femenino y según la Organización Mundial de la Salud (OMS), actualmente es la segunda causa de mortalidad en la mujer [3–5]. En Colombia, para el año 2016, la tasa de mortalidad por tumor maligno de la mama en mujeres fue de 12,79 por cada 100.000 mujeres [6].

En el seno se presenta este tipo de alteración que se evidencia con tumores que pueden ser benignos y malignos, caracterizados por la presencia de nódulos palpables, dolorosos o no, siendo este uno de los principales síntomas para el cáncer de mama [7–9]. Por ello, a nivel mundial, se ha generado un aumento en la realización de mastectomía, ocasionando múltiples problemas físicos, psicológicos y sociales afectando la calidad de vida del paciente [10–14], y teniendo implicaciones económicas para el sistema de salud [15].

En Colombia, el grupo de las neoplasias ocupa actualmente el segundo puesto en causa de mortalidad, después de las enfermedades cardiovasculares. Además, es uno de los eventos que más genera años de vida potencialmente perdidos, en donde el cáncer de colon, recto y seno, son los de mayor incidencia [16,17]. Durante los años 2010-2014 se registraron un total de 132.799 casos nuevos de cáncer en las mujeres, siendo el de seno la neoplasia más frecuente con incidencia de 2 y 3% [18].

Para esta neoplasia, la iniciativa adecuada es la estrategia de la detección temprana fundamentándose en conocimiento, autoconocimiento y autoexploración del seno de una manera correcta [19]. El incremento en las cifras de mortalidad por cáncer de seno, obliga al sistema de salud a brindar un manejo oportuno y adecuado, siendo el autoexamen de seno una herramienta simple y de bajo costo que permite detectar alteraciones de la glándula mamaria para un diagnóstico precoz y se recomienda realizar a partir de los 20 años de edad [20].

Se ha determinado que la evolución de un tumor puede variar hasta los 9 años para que sea visible en una mamografía (0,5 cm) y de 10 años para obtener una visualización de 1 cm, y, por lo tanto, sea detectable. Dado lo anterior, la mamografía es considerada la única herramienta dispuesta para detectar de manera temprana el cáncer de mama de manera que pueda ser tratado, por ello, en Colombia, el Ministerio de Salud ha elaborado la norma técnica de detección temprana del cáncer de seno con el fin de disminuir la mortalidad y de aumentar el período libre de enfermedad en estas pacientes. Esta norma parte bajo el objetivo de “detectar tempranamente el Cáncer de Seno, proporcionando acciones oportunas de diagnóstico y el adecuado tratamiento de la enfermedad” [21], esto se refiere a la realización de mamografías en 4 proyecciones que permiten detectar de manera oportuna, masas en el seno que puedan ser lesiones malignas y por lo tanto, requieran de un diagnóstico y tratamiento inmediato [21].

Por otro lado, el autoexamen de seno se ha convertido en la herramienta principal de autocuidado que permite generar manejo adecuado de su propia salud y contribuir a la calidad de vida de las mujeres ya que, a mayor conocimiento, mayores prácticas de autocuidado y vista desde la perspectiva de Orem como el conjunto de acciones intencionadas que realiza la persona para controlar los factores internos y externos que comprometen su vida [22]. El conocimiento de la práctica de au-

to cuidado muestra tres niveles que determinan el interés y la decisión para asumirlo con responsabilidad y juicio, primero aquellas que no tienen conocimiento, segundo las que tienen un conocimiento vago y tercero las que tienen un conocimiento científico [23].

Enfermería pertenece al área de ciencias de la salud y como tal cumple un rol fundamental en la promoción y educación del autoexamen de seno, por ende, es necesario que el enfermero profesional o en formación pueda brindar enseñanza en la adecuada realización del autoexamen. Es importante resaltar que los estudiantes de enfermería deben capacitarse correctamente ya que son los que van a tener contacto directo con la comunidad y se convierten en facilitadores y educadores principales de la salud logrando generar consciencia en la realización del autoexamen de mama [24].

No obstante, algunos estudios han encontrado fallencias en el nivel de conocimiento y práctica de autoexamen de seno en las estudiantes de enfermería. Gomes et al., [25] encontraron que las estudiantes no realizan el autoexamen de mamas, manifestando que el principal motivo fue el olvido y desconocimiento de la técnica correcta. Por otro lado, Bohórquez et al., [26] realizaron un estudio en donde evidenciaron que el 75,8% de las estudiantes de enfermería realiza la práctica el autoexamen de mama, y de éstas, el 85% lo realiza de manera mensual, no obstante, encontraron que solo 2% de las estudiantes realiza una práctica adecuada del autoexamen de mama. Ante ello, los autores manifiestan a pesar de su formación las estudiantes de enfermería, poseen bajos conocimientos sobre la práctica adecuada del autoexamen de mama, lo que puede ocasionar un mayor riesgo para la salud y minimiza la posibilidad de detectar de manera temprana una patología mamaria [26].

Los conocimientos sobre la práctica del autoexamen de seno, se ha visto reducido dado que las estudiantes de enfermería “desconocen las técnicas,

frecuencias y el momento preciso en el autoexamen de mamas, así como las posiciones y estructuras que se examina en el autoexamen de mamas, asimismo desconocen qué se busca en las mamas con la técnica de palpación” [27].

El profesional de enfermería debe tener la capacidad de establecer un ambiente saludable en pro de su salud, no obstante, como se ha mencionado, existe un déficit de autocuidado en cuando a la prevención del cáncer de seno. Así las cosas, Dorothea Orem manifiesta que la participación de las enfermeras en el cuidado de su salud es fundamental, dado que son las principales responsables en la toma de decisiones en su práctica, lo que refleja la necesidad de individualizar sus cuidados y generar cuidados propios; “de allí que la enfermera como cuidadora debe hacer suyos estos conceptos y actuar en su propio autocuidado” [28]. El enfermero debe ejercer educación a los pacientes mediante el ejemplo en la prevención del cáncer de seno.

A partir de lo anterior, es indispensable describir el conocimiento y práctica de autoexamen de seno en estudiantes de enfermería, a partir de la teoría de Dorothea Orem, quien define el autocuidado como “la práctica de actividades que el individuo inicia y ejecuta por sí mismo para mantener la vida, la salud y el bienestar general” [29], lo anterior se centra en el cuidado propio del individuo. A partir de ello, el presente artículo busca describir el conocimiento y práctica de autoexamen de seno en estudiantes de enfermería a través de la teoría de Orem.

Materiales y métodos

El artículo se desarrolló por medio de una revisión bibliográfica de 46 estudios encontrados en repositorios institucionales de universidades reconocidas a nivel internacional, nacional y local, bases de datos y motores de búsqueda como Scielo, Redalyc, Dialnet y Aquichan, que cumplieron los siguientes criterios de selección:

Criterios de inclusión

- Documentos publicados desde el año 2013 al 2018.
- Documentos en idioma español.
- Descriptores de búsqueda: Conocimiento, práctica de autoexamen de seno, estudiantes de enfermería, teoría de autocuidado de Dorothea Orem.
- Documentos encontrados en bases de datos confiables o revistas indexadas.

Criterios de exclusión

- Documentos que no cuenten con información de ubicación como; título, autores, año, país, institución o revista.
- Documentos encontrados en páginas web de noticias, blogs, y demás que no representen una fiabilidad de sus argumentos.

Resultados

Cáncer de seno

Cáncer es el término que se designa a las neoplasias que pueden afectar diferentes células del cuerpo, caracterizadas por el crecimiento anormal de células que empiezan a dividirse sin detenerse diseminándose a tejidos cercanos de manera invasiva y causando destrucción de órganos, denominado metástasis, el cual contiene el mismo tipo de células cancerígenas de origen primario que cuentan con características y aspectos moleculares en común; por ejemplo el cáncer de seno [30].

Las glándulas mamarias a lo largo de la vida sufren diferentes cambios tanto hormonales estructurales, funcionales los cuales se relacionan con el ciclo

menstrual y pueden ser sintomáticos o asintomáticos, dependiendo de la susceptibilidad de la mujer [31,32]. Sin embargo, esta glándula mamaria también se puede ver afectada por la presencia de tumores benignos o malignos que pueden llegar a metástasis e invadir y causar daño en diferentes órganos, contrario a lo que ocurre con una célula normal la requiere del trascurso de tiempo para que la alteración pueda ser palpable, lo cual definimos como cáncer de seno [33].

Hoy en día aún se desconoce con exactitud cuáles son los factores que inciden en el desarrollo del cáncer de seno, sin embargo, debido a los casos presentados se han logrado identificar algunos, como la edad, factores hormonales, el consumo de anticonceptivos, los tratamientos hormonales, antecedentes familiares de cáncer de seno, la obesidad y sobrepeso, el tratamiento con radioterapia y/o las conductas personales [34].

Durante los últimos años se ha observado un incremento significativo en cifras de mortalidad asociadas al cáncer de seno lo cual es alarmante para el sector salud, ya que esto genera costos que desangran el sistema, sin dejar a un lado que, este cáncer es tratable si se detecta a tiempo, evitando diagnósticos avanzados y complicaciones severas de la enfermedad [35,36].

El diagnóstico precoz es el objetivo fundamental para lograr desarrollar una intervención oportuna y eficaz de la enfermedad a tratar, en el caso del cáncer de seno se opta por la práctica adecuada de las diferentes técnicas de autoexamen seno, acompañado con examen por especialistas y diferentes mamografías [37,38]. El autoexamen de seno es considerado como una herramienta inicial fácil y de bajo costo con el que cuenta la mujer, para lograr detectar cualquier tipo de alteraciones que pueden presentarse en las glándulas mamarias a nivel estructural durante el trascurso de la vida y así mismo poder brindar un tratamiento oportuno y eficaz si se amerita.

Autoexamen de seno

El autoexamen de seno ha sido tomado como una de las principales herramientas utilizadas con el fin de detectar precozmente y alertar sobre la presencia de posibles tumores sobre todo cuando son palpables [39]. Este es un procedimiento simple que no genera costo alguno a la población, sin embargo según estudios demuestran que la población femenina no se realiza el autoexamen por diferentes motivos, entre los cuales se encuentra el desconocimiento, la cultura o pereza lo que ha ocasionado que las cifras de mortalidad sigan siendo aún muy elevadas [40–42].

Según la teoría de Orem, el autocuidado se define como el conjunto de acciones intencionadas que realiza el individuo con el fin de controlar factores internos y externos que puedan comprometer su vida y su integridad [43], es importante resaltar que la práctica de autocuidado se adquiere a lo largo de la vida en el cual juega un papel significativo el factor social como lo es “El seno de la familia, la escuela y las amistades” permitiendo desarrollar o no una capacidad de autocuidado que se convierte en hábito contribuyendo al bienestar y la salud de sí mismo y su entorno, orientado hacia un objetivo de beneficio [22].

El ser humano para lograr bienestar, salud y desarrollo, debe tener en cuenta requisitos básicos y comunes que permitan regular factores que afectan llevar a cabo este proceso como lo plantea la teoría de Orem [44] dando a conocer tres requisitos principales; los requisitos universales, los cuales son comunes en todos los individuos e incluye la conservación del entorno, las alteraciones o desviaciones de salud, surgen o están vinculados a los estados de salud, y los requisitos del desarrollo, que incluyen actividades de prevención y promoción buscando mitigar los efectos de dichas situaciones en el desarrollo del ser humano.

A partir de lo anterior, el autoexamen de seno constituye una la herramienta principal de autocuida-

do para detectar de manera temprana el cáncer de seno, constituyéndose entonces como una acción para controlar los factores internos y externos que comprometen la vida de la mujer [22]. Sin embargo, la literatura revisada permite afirmar que existen grandes falencias en el nivel de conocimiento y práctica de autoexamen de seno en las estudiantes de enfermería.

Conocimiento y práctica del autoexamen de seno en estudiantes de enfermería

Un estudio desarrollado por Guevara et al., [45] acerca del conocimiento y práctica del autoexamen de mamas en las internas de enfermería de una universidad, encontraron que sólo el 54.2% de las internas de enfermería tiene un conocimiento bueno, seguido del 35.4% con conocimiento regular y el 10.4% tiene conocimiento malo. Anexo a ello, se determinó que el 66.7% tiene una práctica regular, el 18.8% práctica buena y el 14.6% tiene práctica mala de autoexamen de seno. Del mismo modo, el 10.4% de internas que tuvieron un conocimiento malo tuvieron también una mala práctica.

Con lo anterior, Guevara et al., [45] evidenciaron que el conocimiento sobre la práctica del autoexamen de seno es generalmente bueno, lo cual permite inferir que las internas de enfermería reconocen la importancia de realizar esta técnica de detección precoz del cáncer de seno. De igual forma, los autores encontraron una relación directa entre el conocimiento y la práctica del autoexamen, “donde a mayor conocimiento mayor es la práctica adecuada que tienen las internas de enfermería”. Respecto a la teoría de Orem, las internas de enfermería contribuyen en su autocuidado por medio de la práctica del autoexamen de seno, lo que le permite controlar los posibles daños en su salud y reconocer las medidas de mejoramiento.

Llacsahuanga et al., [46] llevaron a cabo un estudio para medir el nivel de conocimiento sobre

el cáncer de mama y su autocuidado en las estudiantes de una escuela profesional de enfermería, encontrando que, el 48% de estudiantes tiene un nivel de conocimiento bueno, el 43% regular y el 9% malo. A partir de ello, encontraron que el autoexamen es realizado de manera inadecuada, dado que lo realizan más de dos veces al mes y/o cada seis meses, encontrando una relación directa entre el nivel de conocimiento sobre el cáncer de mama y el autoexamen de mama.

Maza et al., [22] por su parte, encontraron que el 91% de las estudiantes de enfermería consultadas, dice conocer acerca del cáncer de mama y un 9% que dice que no conoce, con ello es posible deducir que el de seno es un cáncer muy conocido por las estudiantes de enfermería. El 98% sabe que el cáncer de seno se puede prevenir, mientras que el 2% que considera que no es posible. Sin embargo, a pesar de tener conocimiento sobre la enfermedad y su prevención, el 88% de las estudiantes de enfermería afirma no saber realizarse el autoexamen de mamas, y el 12% dice si conocerlo, por otro lado, el 77% dice que no se realiza el autoexamen mamario, y el 23% dicen si realizarse el autoexamen de mamas de forma mensual.

Discusión

Según la teoría de autocuidado, Orem expresa que es la conducta que realiza o debería realizar la persona para el bienestar de sí misma, sin embargo, tales conductas no se han percibido en el estudio de Maza et al., [22] y Llacsahuanga et al., [46]. Por otro lado, Gomes et al., [25] encontraron que las estudiantes de enfermería no realizan el autoexamen de seno, manifestando que el principal motivo es el olvido y desconocimiento de la práctica correcta. Del mismo modo, Bohórquez et al., [26] evidenciaron que solo 2% de las estudiantes realiza una práctica adecuada del autoexamen de mama. Lo anterior contrasta los resultados con respecto a Guevara et al., [45], dado que no encuentra una relación entre el conocimiento y la práctica

adecuada en el autoexamen de seno, pues, a pesar de contar con una formación en la salud, poseen bajos conocimientos en materia de prevención y autoexamen [26].

Finalmente, Huillcapuri [27] expresa que los conocimientos sobre la práctica del autoexamen de seno, se han visto reducido dado que las estudiantes de enfermería “desconocen las técnicas, frecuencias y el momento preciso en el autoexamen de mamas, así como las posiciones y estructuras que se examina en el autoexamen de mamas, asimismo desconocen qué se busca en las mamas con la técnica de palpación” [27].

Dorothea Orem expone que las enfermeras deben participar en el cuidado de su salud, siendo las principales responsables en la toma de decisiones en su práctica, por ello, es prioritario mantener conductas de autocuidado de su salud para generar cuidados hacia los demás; “de allí que la enfermera como cuidadora debe hacer suyos estos conceptos y actuar en su propio autocuidado” [28]. El enfermero debe ejercer educación a los pacientes mediante el ejemplo en la prevención del cáncer de seno.

Conclusiones

La literatura revisada permite afirmar que el conocimiento y práctica de autoexamen de seno en estudiantes de enfermería es regular, pues, aunque se presentaron altos porcentajes sobre el conocimiento de la enfermedad y sus métodos de prevención, la práctica del autoexamen es deficiente e inadecuada, dado que lo realizan más de dos veces al mes y/o cada seis meses.

Por otro lado, el conocimiento sobre la práctica del autoexamen de seno es regular de manera que las estudiantes de enfermería desconocen las técnicas, frecuencias y momento adecuado para el autoexamen de seno, de igual forma, en las técnicas de palpación.

Respecto a la teoría de Orem, las estudiantes de enfermería deben contribuir en su autocuidado por medio de la práctica del autoexamen de seno, y con ello, controlar los posibles daños en su salud y reconocer las medidas de mejoramiento, sin embargo, las conductas dirigidas para el bienestar y cuidado de sí mismas, no se vio reflejado en la mayoría de los estudios revisados. Se recomienda a las instituciones de educación implementar campañas en pro de la enseñanza del autocuidado en las estudiantes de enfermería, que les permita conocer a fondo la correcta práctica del autoexamen de seno.

Fuentes de financiación

La presente investigación no ha recibido ayudas específicas provenientes de agencias

del sector público, sector comercial o entidades sin ánimo de lucro.

Conflictos de interés

Ninguno.

Referencias

- Salazar J, Sánchez P. El Cáncer. Universidad León UA de N, editor. Monterrey, México; 2014. 188 p.
- De Santillana-Hernández SP, García-Flores MT, Galván-Oseguera H, Pérez-Rodríguez G, Martínez-Chapaca HD. Diagnóstico situacional de la atención oncológica en el Instituto Mexicano del Seguro Social. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* 2017;55 (Suppl 3): S222–330.
- Utrilla AR, Osuna-ramos JF, Candanedo F. Cáncer de Mama: Entidad Patológica de Biología Heterogénea. *Arch Salud Sin.* 2014;8(3):109–16.
- Castillo I, Bohórquez C, Palomino J, Elles L, Montero L. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre el autoexamen de mama en mujeres del área rural de Cartagena. *UDCA Act Div Cient.* 2016;19(1):5–14.
- Lagunas F. Virus y cáncer. *Ciencia.* 2018;69(2):1–6.
- Minsalud. *ONC Colombia - Observatorio Nacional de Cáncer* [Internet]. Ministerio de Salud. 2016 [cited 2019 Jan 24]. Disponible en: <http://www.sispro.gov.co/Pages/Observatorios/cancer.aspx>
- Ministerio de Salud. Lineamientos técnicos para la prevención y control del cáncer cérvico uterino y de mama [Internet]. Organizaci. El Salvador: Viceministerio de Políticas de Salud; 2015. 167 p. [citado 2018 Dic 13]. Disponible en: http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/lineamientos/lineamientos_preencion_cancer_cervi-co_uterino_y_de_mama_v3.pdf
- Ureña AM, Rosenkranz BM. Generalidades de cáncer de mama para médico general. *Med Leg Costa Rica Edición Virtual.* 2018;35(1):1–8.
- Asociación Española Contra el Cáncer. *Cáncer de mama.* Asociación. Madrid, España: Comité Técnico Nacional de la aecc ®; 2014. 17 p.
- Mederos A. *Cáncer de mama: historias de vida de mujeres mastectomizadas.* [Tesis]. Universidad de La Laguna. 2018.
- Villar RR, Fernández SP, Garea CC, Pillado MTS, Barreiro VB, Martín CG. Calidad de vida, ansiedad antes y después del tratamiento en mujeres con cáncer de mama. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2017;25(e):1–13.
- Mendoza G. *Calidad de vida de las pacientes mastectomizadas en el área oncológica de un Hospital Nacional marzo - julio 2017.* [Tesis]. Universidad peruana Cayetano Heredia. 2017.
- Sánchez T. Efectos psíquicos de la mastectomía (preventiva y terapéutica) cambios en la percepción de las mujeres con cáncer de mama. *Papeles del Psicólogo.* 2015;36(1):62–73.
- Plaza A. *Calidad de Vida en pacientes después del Cáncer de mama. Reconstrucción autóloga versus.* [Tesis]. Universidad Internacional de Catalunya. 2018.
- Merchán A, Sánchez P, Soler LA, Valderrama F, Moreno A, Ramírez P, et al. *Boletín de información Técnica Especializada.* Cuenta Alto Costo. 2017;3(17):1–6.
- Ministerio De Salud Y Protección, Instituto Nacional de Cancerología. *Plan nacional para el control del cáncer en Colombia 2012-2020* [Internet]. Minist Salud Y Protección Soc 2012;1–85. [citado 2018 Dic]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/IA/INCA/plan-nacional-control-cancer-2012-2020.pdf>
- Instituto Nacional de Cancerología - ESE. *Análisis de situación del cáncer en Colombia 2015.* Giana Mari. Strategy Ltda; 2017. 135 p.

18. Observatorio Nacional De Salud. Informe técnico - Carga de enfermedades Crónicas No Transmisibles y Discapacidad en Colombia. Observador. Ministerio de salud. Bogotá D.C: Imprenta Nacional de Colombia; 2015. 239 p.
19. Delgado E, López V, Uriostegu L, Barajas T. Conocimiento y perspectiva sobre la autoexploración de mamas y su realización periódica en mujeres. *Rev Cuba Med Gen Integr*. 2016;32(3):1-9.
20. Payan A, Umaña K. Factores que intervienen en la realización del autoexamen de mama en la comunidad femenina del área de secretariado U.D.C.A Campus Norte Calle 222 en el periodo 2015 - 2. [Tesis]. Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales U.D.C.A. 2015.
21. Ministerio de Salud. Norma Técnica Para La Detección Temprana Del Cáncer De Seno. República Colomb [Internet]. 2000;10. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/norma-tecnica-cancer-seno.pdf>
22. Maza M, Padilla A. Nivel de conocimiento de la prevención del cáncer de mama en los estudiantes de primer año de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Guayaquil 2014. [Tesis]. Universidad de Guayaquil. 2014.
23. Godoy Y, Godoy C, Reyes J. Representaciones Sociales acerca de los Programas de Tamizaje de Cáncer Ginecológico en mujeres ecuatorianas. *Rev da Esc Enferm da USP*. 2016 Jun;50 (spe):68-73.
24. Carrillo-Larco RM, Espinoza-Salguero ME, Avilez J, Osada J. Nivel de conocimiento y frecuencia de autoexamen de mama en alumnos de los primeros años de la carrera de Medicina. *Rev Medica Hered*. 2015 Oct;26(4):209-16.
25. Gomes LMX, Alves MC, Santos TB, de Andrade-Barbosa TL, Leite MT de S. Conocimiento y la práctica del autoexamen de mamas por académicos de enfermería. *Rev Cubana Enferm*. 2012;28(4):465-73.
26. Bohórquez C, Castillo I, Montalvo A. Autoexamen de mama en estudiantes de enfermería de Cartagena, Colombia. *Arch Med*. 2017;17(2):361-8.
27. Huillcapuri N. Nivel de conocimiento sobre el autoexamen de mama, como estrategia de detección temprana de cáncer mamario, en las estudiantes de enfermería de la Universidad Alas Peruanas, Ayacucho 2015. [Tesis]. Universidad Alas Peruanas. 2017.
28. Pardo A. Prácticas preventivas de cáncer de mama en las profesionales de enfermería de las áreas críticas. Hospital Nacional Sergio Bernal, Collique 2018 [Tesis]. Universidad César Vallejo. 2018.
29. Rodríguez R. Modelos de enfermería integrados al cuidado del paciente nefrológico en el contexto cubano. *Rev Cubana Enferm [Internet]*. 2012;28(4):474-84.
30. Segura R. Interacción entre receptores de estrógenos, hipoxia, angiogénesis y metabolismo tumoral en cáncer de mama. [Tesis]. Universidad de Valencia. 2017.
31. NIH. Significado de los cambios en los senos: Guía para la salud de la mujer. National Cancer Institute. 2014. 48 p.
32. Rivera E. Como los cambios hormonales fisiológicos de la mujer, estilo de vida, medios externos y la genética influyen en el desarrollo del cáncer de mama. [Tesis]. Pontificia Universidad Católica Del Ecuador. 2017.
33. Instituto Nacional de Cancerología - ESE Colombia. Manual para la detección temprana del cáncer de mama. Ministerio. Vol. 91. Bogotá D.C: Instituto Nacional de Cancerología ESE; 2015. 55 p.
34. American Cancer Society. Información sobre el cáncer para las mujeres [Internet]. American Cancer Society, Inc. 2018 [citado 2018 Dic 13]. p. 1. Disponible en: <https://www.cancer.org/es/saludable/encontrar-cancer-tempranamente/salud-para-la-mujer/informacion-sobre-el-cancer-para-mujeres.html>
35. Martínez Gómez V, Martínez J. Protocolo de vigilancia en salud pública - cáncer de mama y cuello uterino [Internet]. Instituto Nacional de Salud. 2016. 33 p. [citado 2018 Dic 13]. Disponible en: <http://www.ins.gov.co/buscar-eventos/ZIKA Lineamientos/PRO Cáncer de mama y cuello uterino-.pdf>
36. Reyna L, Carrión E, Teresa ID, Carmenate C. Incidencia de algunos factores sociales en el incremento del cáncer de mama. *Medisan*. 2017;21(3):298-303.
37. Sandoval JR, Chamorro J. Autoexamen de mamas como método de detección temprana del cáncer mamario en la población femenina de la ciudad de Tulcán. *Univ Politécnica Estatal del Carchi UPEC*. 2017;40-50.
38. López J, López O, López A. Focos de atención en la prevención del cáncer de mama en Venezuela. *Comunidad y Salud*. 2016;14(2):72-7.
39. Dávila M, Hernández D. Nivel de conocimientos sobre el autoexamen de mama en pacientes féminas en el servicio de consulta externa de ginecopstetricia del Hospital Santa Matilde de Madrid Cundinamarca en mujeres mayores de 18 años en marzo de 2016. [Tesis]. Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales. 2016.

40. Del toro M, Peinado L, Díaz A. Conocimientos y prácticas sobre el autoexamen mamario en mujeres de Cartagena de Indias (Bol. – Col). *Cienc E Innov En Salud*. 2014;2(1):27–32.
41. Camacho A. ¿Cuáles son las creencias y barreras en mujeres en edad reproductiva que influyen en la prevención del cáncer de seno y el autoexamen de senos? [Tesis]. Universidad Metropolitana. 2017.
42. Espinosa M, Rodríguez L, Rodríguez C. Conocimiento sobre autoexamen de mama en mujeres de 30 años y más. *Rev Cuba Med Gen Integr*. 2015;31(2):134–42.
43. Prado L, González M, Paz N, Romero K. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. *Rev Médica Electrónica*. 2014;6(36):835–45.
44. Naranjo Hernández Y, Concepción Pacheco JA, Rodríguez Larreynaga M. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. *Gac Médica Espirituana Univ Ciencias Médicas Sancti Spíritus*. 2017;19(3):1–11.
45. Guevara M, Seminario C. Conocimiento y práctica del autoexamen de mamas en las internas de enfermería de la Universidad Privada Antenor Orrego, Trujillo 2018. [Tesis]. Universidad Privada Antenor Orrego. 2018.
46. Enfermería EPDE, Raquel C, Silva D. Nivel de conocimiento sobre el cáncer de mama y su autocuidado en las estudiantes de I a III ciclo de la Escuela Profesional de enfermería 2014. [Tesis]. Universidad Nacional de Callao. 2014.

Cuidado de enfermería en el paciente con pie diabético a la luz de la teoría de Dorothea Orem

Nursing care in the patient with diabetic foot in light of Dorothea Orem's theory

Alba I. Galeano-Durán¹, Yesenia Segura-Rodríguez¹, Abigail A. Claros-Cárdenas¹

1. *Estudiante de Enfermería, Fundación Universitaria Navarra - UNINAVARRA, Neiva - Colombia*

Resumen

La diabetes mellitus es una de las enfermedades crónicas de mayor desarrollo en el siglo XXI, y el pie diabético, una de las complicaciones más frecuentes, lo que ha desencadenado un gran problema de salud pública, afectando cada vez a un mayor número de personas. El rol de enfermería en la prevención y cuidados al paciente con pie diabético es prioritario ya que es posible reducir las complicaciones y riesgos de infección, necrosis, o amputación de la extremidad afectada, mejorando la calidad de vida de quien lo padece. **Objetivo:** Describir el cuidado enfermería en el paciente con pie diabético, a la luz de la Teoría de Dorothea Orem. **Materiales y métodos:** Revisión bibliográfica de 45 estudios relacionados con el cuidado de enfermería en el paciente con pie diabético, encontrados en bases de datos como, google académico, Scielo, Pub Med, Elsevier, Clínica Key. **Resultados:** La literatura revisada permite inferir que el cuidado enfermería en el paciente con pie diabético es fundamental, dado que se encontraron resultados favorables en los procesos de atención de enfermería focalizados en roles educativos, en donde se desarrollan programas con bases teóricas fomentando conocimientos relacionados al autocuidado a la luz de la Teoría de Dorothea Orem. **Conclusiones:** Se evidenció la educación como factor de cuidado en la labor de enfermería, en la prevención del pie diabético y su tratamiento, de igual forma, se encontraron beneficios después de las intervenciones educativas, demostrando la efectividad de implementar programas educativos enfocados en el autocuidado del paciente, dado que permite incrementar el nivel de conocimiento y compromiso del paciente frente al manejo de la hiperglucemia, tratamiento farmacológico, régimen dietario y el ejercicio.

Abstract

The diabetes mellitus is one of the chronic diseases of major development in the 21st century, and the diabetic foot, one of the most frequent complications, which has unleashed a great problem of public health, affecting every time a major number of persons. The role of infirmery in the prevention and taken care to the patient with diabetic foot it is priority since it is possible to reduce the complications and risks of infection, necrosis, or amputation of the affected extremity, improving the quality of life of the one who suffers it. **Objective:** To describe nursing care in the patient with diabetic foot, in light of the Dorothea Orem theory. **Materials and methods:** Bibliographic review of 45 studies related to nursing care in patients with diabetic foot, found in databases such as academic google, Scielo, Pub Med, Elsevier, Key Clinic. **Results:** The checked literature allows to infer that the care infirmery in the patient with diabetic foot is fundamental, provided that they were proved favorable in the processes of attention of infirmery focused in educational roles, where programs develop with theoretical bases promoting knowledge related to the autocare in the light of Dorothea Orem's Theory. **Conclusions:** Education was seen as a factor of care in the work of nursing, in the prevention of diabetic foot and its treatment, in the same way, benefits were found after educational interventions, demonstrating the effectiveness of implementing educational programs focused on self-care of the patient, since it allows to increase the level of knowledge and commitment of the patient to the management of hyperglycemia, pharmacological treatment, diet and exercise.

Palabras Clave

Diabetes, pie diabético, cuidado de enfermería, teoría de autocuidado.

Keywords

Diabetes, diabetic foot, nursing care, self-care theory.

Introducción

“La Diabetes Mellitus (DM) es una alteración crónica del metabolismo caracterizada por una hiperglucemia (altos niveles de glucosa en la sangre)” (1), resultado de la falta de insulina (diabetes tipo 1) o la insulina con la que se cuenta sea insuficiente y exista resistencia a la misma (diabetes tipo 2), ambas se asocian a complicaciones que incrementan sustancialmente la morbimortalidad asociada con la enfermedad y reducen la calidad de vida. La prevalencia de este trastorno se incrementa paulatinamente debido a cambios de hábitos (alimenticios y de estilo de vida), cambios en los criterios diagnósticos y envejecimiento de la población (1).

Factores de riesgo como el sobre peso y la obesidad han favorecido la prevalencia mundial de la diabetes, las estimaciones para el año 1980 fueron de 108 millones de adultos frente a 422 millones en 2014, cifras alarmantes pues ha pasado del 4,7% al 8,5%, lo que lleva a reconocer la diabetes mellitus como un problema de Salud Pública afectando principalmente a países de ingresos bajos y medianos, ocasionando además complicaciones incapacitantes y potencialmente letales, ataques cardíacos, accidentes cerebrovasculares, insuficiencia renal, amputación de extremidades, pérdida de visión y daños neurológicos (2).

Según la Federación Internacional de Diabetes (FID) la diabetes mellitus es una de las enfermedades crónicas más serias, en el año 2013, 382 millones de personas en edades de 20 a 79 años fueron diagnosticadas portadoras de diabetes mellitus (3). Según la Organización Mundial de la salud (OMS), la prevalencia mundial de diabetes en adultos (mayores de 18 años) ha aumentado del 4,7% en 1980 al 8,5% en 2014 (4). Estas son cifras preocupantes al tratarse de una enfermedad crónica fácilmente prevenible o dado el caso de su padecimiento disminuir la aparición de complicaciones. Se estima que para el año 2040, si las cifras continúan, 642 millones de personas tendrá diabetes (5).

Según la federación internacional de diabetes en Colombia existe alrededor de dos millones de casos de diabetes mellitus (DM) y se calcula que aproximadamente la mitad de esta población desconoce su diagnóstico (6), como resultado de esto el ascenso en la incidencia de las complicaciones asociadas a la misma, esto significa un reto en salud porque muestra la importancia de priorizar la atención oportuna e integral contribuyendo al descenso de cifras tan alarmantes.

En el Huila la diabetes ocasiona cerca de 170 muertes en promedio al año, alcanzando una tasa de mortalidad de 15 por 100.000 habitantes. En los municipios de Neiva y Pitalito se presentaron tasas promedio de 18 muertes por 100.000 habitantes y en la plata principal municipio de la zona occidente una tasa de 10 por 100.000 habitantes (7).

Una de las complicaciones más comunes de la diabetes mellitus es el pie diabético, se estima que aproximadamente el 20% de las personas que cursan con la enfermedad en algún momento su vida desarrollará problemas en sus miembros inferiores que favorecen el desarrollo de úlceras y estas a su vez pueden resultar en pérdida de la extremidad (8). La DM es la principal causa de amputación no traumática de miembros inferiores, además los pacientes amputados por primera vez son reintervenidos en los siguientes tres años y la mitad de ellos morirán en los próximos cinco años (9).

En un estudio realizado por un grupo de estudiantes de medicina en el Hospital Universitario de Neiva, a 214 pacientes, se determinó que el 21% de los pacientes hospitalizados en el servicio de medicina interna presentaron antecedentes de diabetes mellitus.(10)

Otro estudio realizado en la misma institución evidenció como complicación crónica más frecuente en hombres el pie diabético, seguida por la nefropatía, y en mujeres la nefropatía diabética, seguida por el pie diabético (11), esto deja en evidencia al

pie diabetic como una de las complicaciones de la enfermedad de mayor prevalencia tanto en hombres como en mujeres, por lo tanto debe recibir un manejo oportuno y adecuado para evitar la pérdida de la extremidad.

Una vez hospitalizado el paciente con pie diabético, enfermería cumple un rol fundamental en el control metabólico, cuidado y recuperación de estos pacientes, además hace parte de un grupo multidisciplinario conformado por profesionales educadores de la salud que atienden y dan respuesta a las necesidades del paciente y su familia (12). Enfermería crea relaciones enfermera-paciente proporcionando un cuidado integral para lograr los objetivos propuestos en el plan de cuidados, todo este conjunto de actividades recibe por nombre el proceso enfermero (13).

Por consiguiente, es importante que el paciente conozca la enfermedad, se auto cuido y el enfermero(a) en su rol profesional actué como principal educador fortaleciendo las acciones de autocuidado permitiendo a las personas un mejor manejo de su enfermedad, esto ayuda a los pacientes con pie diabético a tomar conciencia de su propia condición, fortaleciendo sus conocimientos y habilidades, generando un cambio de comportamiento en forma positiva, reduciendo el riesgo de complicaciones como la pérdida de la extremidad, las afectaciones a largo plazo en su calidad de vida al igual la de su núcleo familiar.

Por consiguiente es importante mencionar la teoría de Orem, quien define el autocuidado como el conjunto de acciones intencionadas que realiza la persona para controlar los factores de riesgo que pueden alterar su salud, comprometer su vida o su adecuado desarrollo (14).

El autocuidado, por tanto, es una conducta que realiza la persona para cuidar de sí misma, es la puesta en práctica de actividades llevadas a cabo para mantener un funcionamiento vivo y sano, que

permita el desarrollo personal y el bienestar. Toda la teoría de Dorothea E. Orem se fundamenta en el autocuidado, no obstante, se resalta la aplicación del modelo de atención de enfermería centrado en la subteoría de los sistemas de enfermería, porque permite abordar al paciente con pie diabético, al proporcionarles las acciones necesarias para hacerlos partícipes del propio cuidado y responsabilizarse de su tratamiento.

En esta teoría el paciente es el protagonista en la toma de decisiones en la salud y en el desarrollo de sus capacidades de autocuidado, para ello se deben realizar acciones dirigidas hacia sí mismos o hacia características ambientales que interfieran en su estado de salud y los conlleve a tener complicaciones que afecten su calidad de vida. El profesional de enfermería debe definir en qué momento el paciente puede realizar su propio autocuidado y cuando debe intervenir, es por ello que existen tres niveles de atención dependiendo de la condición del paciente, totalmente compensatorio, parcialmente compensatorio y de apoyo y educación, encaminados a la participación del individuo y su familia en la búsqueda de cambios y/o modificación de los estilos de vida.

La teoría del Autocuidado de Dorothea Orem es de gran alcance y utilizada en diversos campos de acción de la enfermería, sirve de sustento en la planificación y ejecución de actividades, proporciona el fundamento científico que guía la atención, dirigida a pacientes con enfermedades crónicas en este caso al paciente con pie diabético (14).

El enfermero debe tener la capacidad y el conocimiento para brindar cuidados de manera individualizada que responda a las necesidades de cada paciente, por ende, el presente artículo describe el cuidado de enfermería en el paciente con pie diabético, a la luz de la Teoría de Dorothea Orem (14), que es una herramienta que orienta intervenciones y sirve como punto de partida para otorgar cuidados de calidad en cualquier situación (15).

Materiales y métodos

La revisión bibliográfica se realizó en bases de datos, como google académico, SciElo, Pub Med, Elsevier, Clinical Key. Donde se extrajo información de 45 artículos referentes al cuidado integral de enfermería en pacientes con pie diabético. La revisión de los documentos de investigación se realizó partiendo de los siguientes criterios de selección:

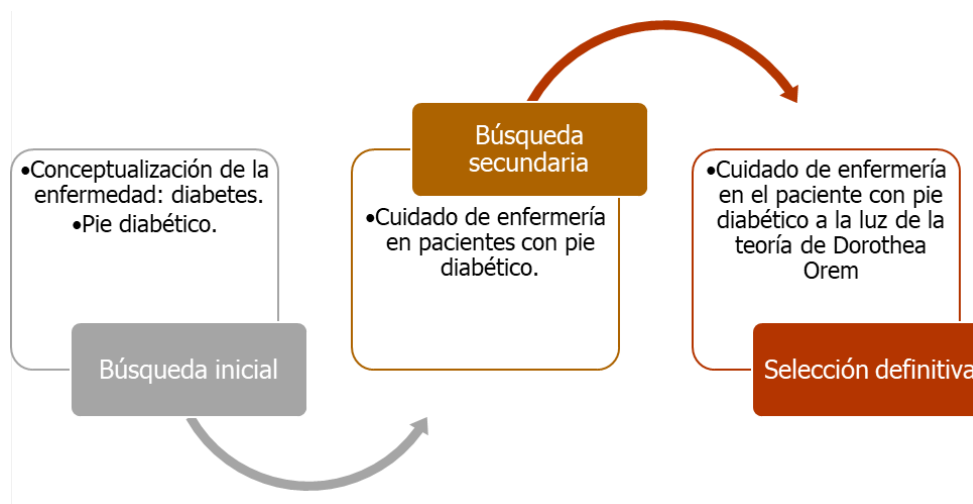
Criterios de inclusión

- Publicados desde el año 2013 al año 2018.
- Provenientes de bases de datos confiables y repositorios institucionales de universidades reconocidas.

- Artículos, tesis, proyectos de investigación, libros y documentos relacionados al cuidado de enfermería en pacientes con pie diabético.

Criterios de exclusión

- Que no posean información clara de autores.
- Documentos provenientes de páginas como blogs y sitios de noticias, que no ofrezcan suficiente fiabilidad de la información.
- La estrategia de búsqueda se formuló a partir de los descriptores: diabetes, pie diabético, atención de enfermería, autocuidado. El proceso de búsqueda se realizó con base en la siguiente estructura:



Resultados

La diabetes mellitus es una enfermedad considerada un problema de salud pública, sobre todo en la población adulta (16–18). Uno de los resultados de las complicaciones de la diabetes mellitus es el pie diabético, que surge como consecuencia de enfermedades vasculares periféricas, neurológicas u ortopédicas (19,20) que afectan la circulación y la sensibilidad de los pies, dejándolos expuestos a sufrir lesiones ulcerosas que posteriormente se infectan y hacen difícil su manejo favoreciendo el dete-

rioro del tejido y la pérdida de la extremidad cuya incidencia va en aumento a nivel mundial (21).

El pie diabético, es una complicación de la salud que demanda un modelo de atención holístico a la cronicidad, dado que corresponde al grupo de enfermedades crónicas responsables de las principales causas de muerte en el mundo, además de no ser controlada adecuadamente puede terminar en amputación del pie o pierna proceso que incapacita al paciente generando disminución en la calidad de vida individual y familiar.(22,23). Por ende, se

destaca la importancia de prevenir el Pie Diabético aplicando protocolos de prevención adecuados, siendo la labor de enfermería fundamental en la continuidad de los cuidados del paciente (24).

El enfermero debe ejercer su cuidado con el objetivo principal de reducir o retrasar la aparición de complicaciones asociadas a la enfermedad, en este orden de ideas, es necesario involucrar al paciente y se hace mediante la educación terapéutica que resulta indispensable para que este adquiera conocimientos de todo lo relacionado a su enfermedad y se empodere de la gestión de su autocuidado y tratamiento (25).

El enfermero es el encargado de gestionar, coordinar y garantizar la atención integral y continuada de los pacientes diabéticos en el área intrahospitalaria, cuya función primordial es educar favoreciendo la adquisición de conocimientos y habilidades para fortalecer el autocuidado y la toma de decisiones sobre cómo manejar su enfermedad, donde el principal beneficiado es el mismo paciente (26).

El desconocimiento sobre la enfermedad es el principal determinante para desarrollar pie diabético, la ignorancia de cómo llevar una dieta adecuada (hipoglúcida), la importancia de hacer ejercicio en forma regular, el malestar o frustración frente al tratamiento permanente que termina en la poca adherencia o abandono total de este, así mismo resultan importantes factores sociales como el estrato socioeconómico, nivel educativo y falta de apoyo y colaboración familiar (27).

Para prevenir la incidencia del pie diabético, es indispensable desarrollar medidas para que los pacientes diabéticos mantengan una vida saludable a base de dieta adecuada (28), de igual forma, la actividad física es fundamental para alcanzar un peso saludable (29). En cuanto a lo que a las extremidades corresponde: el uso de un calzado adecuado, el corte e higiene de las uñas, la inspección de posible

resequedad, pérdida de la sensibilidad y demás características propias de la enfermedad (30–33).

A pesar de ser una enfermedad no curable, se puede controlar si se brindan los cuidados adecuados, es decir que el objetivo es orientar hacia la prevención de la enfermedad y sus complicaciones, en este punto el profesional de Enfermería desempeña un papel fundamental en la promoción y prevención de la enfermedad (34), además, es el encargado directo de propiciar cuidado holístico tendiente a la disminución de nuevas complicaciones que puedan comprometer el completo bienestar del individuo (35).

Cuidado de enfermería en paciente con pie diabético

Navarrete et al., (36) desarrollaron una investigación acerca de la aplicación del proceso de atención de enfermería en pacientes con pie diabético, afirmando la importancia del rol educador, en donde se desarrollan programas con bases teóricas fomentando conocimientos relacionados al autocuidado. Por otro lado, el estudio encontró que la atención de enfermería brindada de forma adecuada contribuye al bienestar y recuperación de estos pacientes una vez dados de alta.

Sin embargo, algunas personas cuando ven que su salud está en riesgo, buscan alternativas para evitar complicaciones de la enfermedad, por tales razones desarrollan acciones de autocuidado para conservar, cuidar y proteger su salud; no obstante, estas actividades solo las realiza cierto grupo de personas, aunque el cuidado sea inherente a cada ser humano, por otro lado, las personas que se comprometen con su recuperación en algún momento se sienten cansados puesto que este conjunto de actividades de autocuidado con el tiempo resultan ser una carga, más aun si se trata de una enfermedad crónica como es el caso de la diabetes (37).

“El conocimiento sobre cuidados con los pies entre individuos con diabetes mellitus (DM) contribuye

para evitar futuras complicaciones” (38). Por ello, a través de la teoría del autocuidado de Dorotea Orem, es fundamental educar a los pacientes en el conocimiento a la prevención del pie diabético y en la recuperación de su salud. Ante ello, un estudio realizado por Pérez et al., (38) acerca del cuidado en los pies diabéticos antes y después de intervención educativa, demostró la efectividad de implementar programas educativos enfocados en el autocuidado del paciente.

Autocuidado del paciente bajo la teoría de Dorothea Orem

Para incentivar el autocuidado en pacientes con pie diabético, algunas investigaciones (36,39–41) se han sustentado bajo la teoría de Dorothea Orem, quien aborda de manera teórica y metodológica las intervenciones en el cuidado de enfermería, enfatizando la adopción de conductas por parte del paciente, en relación a los buenos hábitos, cuidados personales, entre otros, que permiten mejorar la calidad de vida por medio del autocuidado. La teoría del Autocuidado de Dorothea Orem, sirve de sustento en la planificación y ejecución de actividades, proporciona el fundamento científico que guía la atención, dirigida a pacientes con enfermedades crónicas en este caso al paciente con pie diabético (42).

Andrade et al., (41) a través de un estudio acerca del rol de enfermería basado en la teoría del autocuidado de Dorotea Orem, en la prevención y control de las complicaciones relacionadas a la diabetes de los pacientes, evidenciaron que uno de los factores que influyen en el autocuidado del paciente es el tiempo de padecer la enfermedad, lo que concuerda con la teórica Dorothea Orem quien expone que el autocuidado se aprende con el tiempo, de acuerdo a la situación de salud y la etapa de desarrollo, convirtiéndose en condicionante para el cuidado de la enfermedad.

Ulloa et al., (43) presentaron un artículo relacionado al proceso de Enfermería en la persona con

Diabetes Mellitus desde la perspectiva del autocuidado, fundamentado en la Teoría del Autocuidado de Orem. Como resultado de estudio, los autores revelaron un mejoramiento en la práctica de autocuidado a partir de la teoría de Orem, permitiendo incrementar el nivel de conocimiento y compromiso del paciente frente al manejo de la hiperglucemia, tratamiento farmacológico, régimen dietario y el ejercicio. Ulloa et al., (43) expresan que la Teoría de Orem aporta el sustento teórico al cuidado de Enfermería en pacientes con Diabetes Mellitus dado que no permite sólo brindar cuidado, sino también, enseñar, orientar y aconsejar al paciente en el desarrollo de actividades y conductas saludables en pro de su salud, fortaleciendo las relaciones interpersonales entre la enfermera, la persona y la familia.

La literatura revisada permite rescatar, según Rincón (44), que los pilares principales en el cuidado de enfermería sobre pacientes con pie diabético son el control del tejido inviable, el control de la infección e inflamación, el control del exudado y la estimulación de los bordes epiteliales. Por otro lado, se destaca la adopción de productos y terapias nuevas “como la aplicación tópica de plasma y factores de crecimiento, la terapia de presión negativa con instilación, la oxigenoterapia hiperbárica o diversas modalidades de terapia electrofísica” (44).

Finalmente, se destaca la eficiencia de las intervenciones educativas en el cuidado de enfermería en los pacientes con pie diabético, como lo exponen Rodríguez et al., (45) quienes, a través de su estudio, determinaron el efecto de una intervención educativa basada en metodología participativa para mejorar los conocimientos, hábitos de cuidado y disminuir el riesgo de pie diabético en personas con diabetes tipo 2, la intervención educativa mejoró las medidas de cuidado y condiciones de los pies, y disminuyó factores de riesgos relacionados al cuidado deficiente de los pies, el cual es uno de los más olvidados por los profesionales de enfermería.

La importancia sobre la labor del profesional de enfermería en este proceso no debe dirigirse exclusivamente al tratamiento de la enfermedad, sino a educar en salud a los pacientes y servir de guía en los procesos crónicos.

Discusión

El cuidado enfermería en el paciente con pie diabético, ha sido abordado a la luz de la Teoría de Dorothea Orem, encontrando que los enfermeros que orientan su atención en el autocuidado del paciente obtienen una gran mejoría en el tratamiento de la enfermedad.

El estudio de Ulloa et al., (43) se asimila al de Navarrete et al., (36) dado que los autores revelaron un mejoramiento en la práctica de autocuidado a partir de la teoría de Orem, permitiendo incrementar el nivel de conocimiento y compromiso del paciente frente al manejo de la hiperglucemia, tratamiento farmacológico, régimen dietario y el ejercicio. Ulloa et al., (43) expresan que la Teoría de Orem aporta el sustento teórico al cuidado de Enfermería en pacientes con Diabetes Mellitus dado que no permite sólo brindar cuidado, sino también, enseñar, orientar y aconsejar al paciente en el desarrollo de actividades y conductas saludables en pro de su salud, fortaleciendo las relaciones interpersonales entre la enfermera, la persona y la familia.

Anexo a lo anterior, Rodríguez et al., (45) también encontraron beneficios sobre la intervención del enfermero en el autocuidado del paciente con pie diabético, orientado a la teoría de Orem, encontrando mejoría en las medidas de cuidado y condiciones de los pies, disminución de factores de riesgos relacionados al cuidado deficiente de los pies, el cual es uno de los más olvidados por los profesionales de enfermería.

Por otro lado, la literatura revisada permite evidenciar que existen factores que influyen en el auto-

cuidado del paciente, Andrade et al., (41) basado en la teoría del autocuidado de Dorothea Orem, exponen que uno de los factores que influyen en el autocuidado del paciente es el tiempo de padecer la enfermedad, dado que el paciente debe aprender con el tiempo, las condiciones de salud que padece y los procesos de cuidado de la enfermedad. Sin embargo, Rincón (44) encontró que los factores en el autocuidado se deben a controles sobre la infección, el control del exudado y la estimulación de los bordes epiteliales.

Conclusiones

El cuidado enfermería en el paciente con pie diabético, ha sido abordado desde la Teoría de Dorothea Orem en numerosos trabajos de investigación, dado a que el autocuidado es pilar fundamental en el manejo de las enfermedades crónicas, en este caso el pie diabético que surge como complicación de la diabetes mellitus.

La revisión de la literatura sustenta que los enfermeros que orientan su atención en el autocuidado del paciente obtienen una gran mejoría en el tratamiento y recuperación de la enfermedad, a través del proceso de atención de enfermería focalizado en roles educativos, en donde se desarrollan programas con bases teóricas encaminados a la adquisición de conocimientos y habilidades relacionadas con el autocuidado.

A través de la teoría del autocuidado de Dorothea Orem, se evidenció la educación como factor de cuidado en la labor de enfermería, en la prevención del pie diabético y su tratamiento, de igual forma, se encontraron beneficios después de las intervenciones educativas, demostrando la efectividad de implementar programas educativos enfocados en el autocuidado del paciente, dado que permite incrementar el nivel de conocimiento y compromiso del paciente frente al manejo de la hiperglucemia, tratamiento farmacológico, régimen dietario y el ejercicio.

Limitaciones del estudio

Las limitaciones están dadas fundamentalmente por razones económicas. Se encontraron limitaciones en la revisión bibliográfica referidas al acceso a algunas bases de datos o textos de investigación completos, que no tienen acceso gratuito para la investigación.

Fuentes de financiación

La presente investigación no ha recibido ayudas específicas provenientes de agencias del sector público, sector comercial o entidades sin ánimo de lucro.

Conflictos de interés

Ninguno.

Referencias

- Comité de la 8va edición de Diabetes Atlas. Diabetes Atlas. Vol. 8, Federación Internacional de Diabetes. 2017. 43 p.
- Federation ID. Informe Mundial de la diabetes. Resumen orientación. 2016;4.
- Mora E. Estado actual de la diabetes mellitus en el mundo. *Acta Med Costarric*. 2014;56(2):44–6.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). Diabetes [Internet]. *PLoS Medicine*. 2018. p. 1. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>
- Federación Internacional de Diabetes. Atlas de la diabetes de la Federación Internacional de la Diabetes [Internet]. 2015. 144 p. Disponible en: <http://www.idf.org/diabetesatlas/5e/es/mortalidad>
- Tamayo DC, Camacho SM, López PA. Caracterización de pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos por médicos residentes de medicina familiar en Bogotá, Colombia. *Rev desafíos*. 2015;9(2):17–24.
- Montalvo-Arce CA, Carmona-Patiño CA, Cardona-Rivas D. Desigualdades en mortalidad relacionadas con características socioeconómicas en el departamento del Huila, Colombia 2009-2013. *Rev Fac Nac Salud Pública*. 2017;35(3):343–57.
- Dean A, Marques B, Maria L, Maria T, Moreira M, Augusto R, et al. Asociación entre hospitalización por diabetes mellitus y amputación de pie diabético. *Rev Enfermería Global*. 2018;238–47.
- Pinilla AE, Barrera M del P, Rubio Ramos C, Devia D. Actividades de prevención y factores de riesgo en diabetes mellitus y pie diabético. *Acta Médica Colomb*. 2014;39(3):250–7.
- Tovar AP. Bases para realizar un protocolo de control glucémico. *RFS Revista facultad de Salud*. 2015;4(2):67–72.
- Gutiérrez WA, Montalvo CA. Complicaciones crónicas en pacientes con diabetes mellitus tipo 2, en el hospital universitario de Neiva. *Rev Fac Salud*. 2012;61–72.
- Trabajo G De, Clínicas G, Sociedad D. Perfil profesional del educador de pacientes con diabetes. *Av en Diabetol*. 2012;28(2):38–47.
- INEPEO. Proceso de Atención de Enfermería (PAE). *Salud Pública Paraguay*. 2013;3(1):41–8.
- Naranjo Hernández Y, Concepción Pacheco JA, Rodríguez Larreynaga M. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. *Gac Médica Espirituana Univ Ciencias Médicas Sancti Spiritus*. 2017;19(3):1–11.
- Prado Solar L, González Reguera M, Paz Gómez N, Romero, borgues K. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. *Rev Médica Electrónica*. 2014;6(36):835–45.
- Enrique P, Soca M, Sarmiento Y, Antonio T, Mariño L, Yadicelis S, et al. Prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles y factores de riesgo en adultos mayores de Holguín. *Revista Finlay*. 2017;7(JUL):9–10.
- Mao HQ, Yang LL, Huang XW, Yang RL, Zhao ZY. Monozygotic twin boys concordant for congenital hypothyroidism: Two cases. *Hong Kong J Paediatr*. 2010;15(4):299–301.
- Zayas Valdez VE, Miranda C, Scott C, Viveros C. Prevalencia de sobrepeso y obesidad en estudiantes de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Itapúa. *Rev virtual Soc Parag Med Int*. 2014;1(1):28–36.
- American Diabetes Association. Diabetic Foot Complications. *Eur Endocrinol*. 2018;(1):24.
- Chauchard MC, Cousty-Pech F, Martini J, Hanair-Broutin H. Diabetic foot. *Clin Updat*. 2017;359(SUP 1):1–7.

21. Vargas I. Infecciones de pie diabético. *Rev Medica Costa Rica y Centroam.* 2014;(610):275–80.
22. Aragües JC, Alcalde CB, Cardiel MB, Gil SB, Alcaine JMT. Atención al pie diabético en Aragón. Dirección General de Asistencia Sanitaria. 2018. 34 p.
23. Salci MA, Meirelles BHS, Silva DMGV da. Primary care for diabetes mellitus patients from the perspective of the care model for chronic conditions. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2017;25(0):2–8.
24. Caballero E. Plan de Cuidados Individualizado de Paciente con Pie Diabético [Tesis]. Universidad del País Vasco. 2015.
25. Jansà M. Educación terapéutica en la cronicidad: el modelo de la diabetes Endocrinología y Nutrición Educación terapéutica en la cronicidad: el modelo de la diabetes. *Endocrinología y Nutrición.* 2016;62(February 2015):2014–6.
26. Balcázar M, Escate Y, Choque C, Velásquez D. Capacidades y actividades en el autocuidado del paciente con pie diabético. *Rev Enferm Hered.* 2014;7(2):63–8.
27. López C, Ávalos M. Diabetes Mellitus tipo 2 barreras y perspectivas en el control del paciente. *Horiz Sanit.* 2013;12(2):63–9.
28. Ulloa Sabogal I, Mejia Arciniegas C, Plata Uribe E, Noriega Ramírez A, Quintero Gómez D, Grimaldos Mariño M. Proceso de Enfermería en la persona con Diabetes Mellitus desde la perspectiva del autocuidado. Vol. 33, *Revista Cubana de Enfermería.* 2017. p. 1–12.
29. Hernández YN. La diabetes mellitus: un reto para la Salud Pública Diabetes Mellitus. *Revista Finlay.* 2016; 6:4–6.
30. Ministerio de salud Argentina. Prevención y cuidados del pie en personas con diabetes. Presidencia de la Nación. 2017. p. 58.
31. Tirado RA del C, López JAF, Tirado FJ del C. Guía de práctica clínica en el pie diabético. *Arch Med.* 2014;10(1):1–17.
32. Servicio Canario de la Salud. Guía de actuación Pie diabético en Canarias. Gobierno d. 2017. 116 p.
33. Echeverría V, Sotomayor C, Norambuena M, Vidal P, Campos A. Pie diabético. *Rev Hosp Clín Univ Chile.* 2016;27(1):207–19.
34. Castro-Meza AN, Pérez-Zumano SE, Salcedo-Álvarez RA. La enseñanza a pacientes con diabetes: significado para profesionales de enfermería. *Enfermería Univ.* 2017;14(1):39–46.
35. Veliz-Rojas L, Saavedra AB. Acompañamiento y cuidado holístico de enfermería en personas con enfermedades crónicas no adherentes al tratamiento. *Rev Enfermería Actual en Costa Rica.* 2017;18(32):1.
36. Navarrete F, Reyes P. Aplicación del proceso de atención de enfermería (PAE) en pacientes con pie diabético en sala 2 del Hospital Universitario [Tesis]. Universidad de Guayaquil. 2015.
37. Rico-Blázquez M, Sánchez Gómez S, Fuentelsaz Gallego C. El cuidado como elemento transversal en la atención a pacientes crónicos complejos. *Enferm Clin.* 2014;24(1):44–50.
38. Pérez C, Godoy A, Nogueira P, Trevizan A, Mendes I. Cuidado en los pies diabéticos antes y después de intervención educativa. *Cuid en los pies diabéticos antes y después Interv Educ.* 2013;12(29):43–52.
39. Calderon G, Rojas J. Prácticas de autocuidado que realizan los pacientes diagnosticados con diabetes mellitus tipo 2, inscritos al programa “Riesgo cardiovascular” en la ESE Carmen Emilia Ospina sede Granjas. Neiva, 2013 [Tesis]. Universidad Surcolombiana. 2014.
40. Merchán M. Variables predictoras de las conductas de autocuidado en las personas con diabetes Tipo 2 [Tesis]. Universidad de Alicante.
41. Andrade M, Rojas R. Rol de enfermería basado en la teoría del autocuidado de Dorotea Orem, para prevenir y controlar complicaciones relacionadas a la diabetes de los pacientes que son atendidos en el área de Consulta Externa del Hospital Provincial General de Latacunga peri [Tesis]. Universidad Central del Ecuador. 2016.
42. Martha Raile Alligood. Modelos y teorías en enfermería - Martha Raile Alligood, Ann Marriner Tomey - Google Libros. 2018. p. 200.
43. Ulloa Sabogal IM, Arciniegas CNM, Uribe EFP, Ramírez AN, Gómez DLQ, Mariño MAG. Proceso de Enfermería en la persona con Diabetes Mellitus desde la perspectiva del autocuidado. *Rev Cubana Enferm.* 2017;33(2):1–13.
44. Rincón M. Cuidados de enfermería en las úlceras del pie diabético. Revisión y puesta al día [Tesis]. Universidad de Valladolid. 2015.
45. Rodríguez C, Cruz-Ortiz M, Reyes-Laris P, Guadalupe Mendoza-Zapata J, Eduardo Hernández-Ibarra L. Conocimientos y hábitos de cuidado: efecto de una intervención educativa para disminuir el riesgo de pie diabético. *Cienc y Enfermería.* 2015; XXI (3):23–36.