

Revista Navarra Médica

Volumen 5, Número 1 / Enero - Junio 2019

ISSN 2422-3344
e-ISSN 2665-2552

- ▶ **Evaluación de la Satisfacción Familiar de pacientes atendidos en una Unidad de Cuidados Intensivo Cardiovascular**

Ingrid P. Perdomo G, Julian D. Javela R, Jesus D. Falla A, Adner Lozano L

- ▶ **Cáncer de Mama en Menores de 50 años: Epidemiología y factores que intervienen en la prevención y tratamiento**

María Alejandra Cuéllar Parra, Laura Camila Olaya Sanmiguel, Paula Alejandra Vera Gutiérrez

- ▶ **Embarazo adolescente, epidemiología y sus determinantes sociales en Colombia**

Paula Andrea Romero Alvarado, Andrea Barrera Rico, Devinson Ceballos Ávila, Alexander Salazar Herrera, Dagoberto Santofimio Sierra

- ▶ **Adherencia a lista de verificación de cirugía segura por parte de enfermería con base en la teoría de Patricia Benner**

Flor Erisele Cabrera Lucumi, Diana Marcela Frías Andrade, William Andrés Yonda Perdomo

- ▶ **Experiencia y afrontamiento de mujeres con cáncer de mama, mediante la teoría de Callista Roy**

Claudia Milena Bonilla Oliveros, Sandra Milena Calderón Losada, Neisa Garzón Gutiérrez, Liliana Molina Sánchez

- ▶ **Cuidado de enfermería en pacientes de urgencias a través de la teoría del cuidado de Jean Watson**

María Alejandra Chavarro Artunduaga, Erika Yanini Peña Buitrago

Revista Navarra Médica

e-ISSN 2665-2552 Volumen 5 Número 1 Enero - Junio 2019

Editor Emérito

Abner Lozano MD. FCCM

Editores

Sandra Navarro Parra Msc

Jaime Navarro Parra MD.

Jose Daniel Charry MD. MSc.

Adriana Bornacelly MD. PhD.(c)

Comité Editorial

Dagoberto Santofimio MD. MSc. PhD.(c)

Sandra M. Mesa Enf. MSc.

Fidel Ferreira MD.

Milton Ibarra MD.

Justo Olaya MD.

Hernán Vargas MD.

Carlos Francisco Sierra MD.

Claudia Rodriguez Enf. MSc.

Alfonso Laverde MD. MSc.

Juan M. Gómez MD.

Comité Científico

Jaime Navarro Parra MD. (Col)

Jairo Navarro Parra MD. (Col)

Javier Eslava MD. PhD. (Col)

Marcela Granados MD. FCCM. (Col)

Fabio Varón MD. (Col)

Nicolás Nuñez PhD. (Col)

Diego Salinas MD. (Col)

Guillermo Ortíz MD. (Col)

Carlos A. Gómez MD. (USA)

Juan Pablo Perdomo MD. (USA)

Henry Oliveros MD. MSc. (Col)

Ricardo Uribe MD. (Col)

Mónica Ballesteros MD. MSc. PhD.(c)(Col)

Edgar Celis MD FCCM (Col)

Christian Ernesto Melgar MD. (Col)

Alejandro Pinzón MD. (Col)

Emilio Polo PhD. (Col)

José Luque MD. (Esp)

Sara Slatkin MS. (USA)

Hector F. Bonilla MD. (USA)

Daniel Vela Duarte MD. (USA)

Ernesto Barragán MD. (Col)

Oswaldo Tovar MD. (Col)

Proyección Social y Extensión Universitaria

Maria Luisa Roldán Perdomo

Traducción y Corrección de Estilo

Ana Maria Mañosca Ramirez

Diseño y Diagramación

Jesús Mauricio Roa Polania.

Disponible en:

journals.uninavarra.edu.co/index.php/navarramedica



Fundadores

Dr. Jaime Navarro Parra.
Sra. Myriam Parra Chacón.
Dra. Sandra Navarro Parra.

Rectora

Dra. Sandra Navarro Parra.

Director Programa de Medicina

Dr. Isidro Torres Castro.

Director Programa de Enfermería

Enf. Luis Humberto Rodríguez.

Director Programa Tecnología en Radiología e Imágenes Diagnósticas

Tec. Nelson Parra.

Coordinador Editorial UNINAVARRA

Paola Villegas Guzmán.



UNINAVARRA®
EditorialA

Contenido

Artículos Originales

- Evaluación de la Satisfacción Familiar de pacientes atendidos en una Unidad de Cuidados Intensivo Cardiovascular
Ingrid P. Perdomo G, Julian D. Javela R, Jesus D. Falla A, Adner Lozano L5

Artículos de Revisión

- Cáncer de Mama en Menores de 50 años: Epidemiología y factores que intervienen en la prevención y tratamiento
María Alejandra Cuéllar Parra, Laura Camila Olaya Sanmiguel, Paula Alejandra Vera Gutiérrez.....14

- Embarazo adolescente, epidemiología y sus determinantes sociales en Colombia
Paula Andrea Romero Alvarado, Andrea Barrera Rico, Deivinson Ceballos Ávila, Alexander Salazar Herrera, Dagoberto Santofimio Sierra.....20

- Adherencia a lista de verificación de cirugía segura por parte de enfermería con base en la teoría de Patricia Benner
Flor Erisele Cabrera Lucumi, Diana Marcela Frías Andrade, William Andrés Yonda Perdomo30

- Experiencia y afrontamiento de mujeres con cáncer de mama, mediante la teoría de Callista Roy
Claudia Milena Bonilla Oliveros, Sandra Milena Calderón Losada, Neisa Garzón Gutiérrez, Liliana Molina Sánchez40

- Cuidado de enfermería en pacientes de urgencias a través de la teoría del cuidado de Jean Watson
María Alejandra Chavarro Artunduaga, Erika Yanini Peña Buitrago49



Original

Evaluación de la Satisfacción Familiar de pacientes atendidos en una Unidad de Cuidados Intensivo Cardiovascular

Evaluation of family satisfaction of patients treated in a cardiovascular intensive care unit

Ingrid P. Perdomo G¹, Julian D. Javela R², Jesus D. Falla A³, Adner Lozano L⁴

1. Fisioterapeuta, especialista en fisioterapia en paciente adulto crítico, Hospital Universitario de Neiva, Neiva – Colombia.
2. Médico, Universidad Surcolombiana, Grupo de Investigación Desarrollo Social, Salud Pública y Derechos Humanos, Neiva – Colombia.
3. Matemático, Universidad Surcolombiana, Neiva – Colombia.
4. Médico, especialista en Medicina Interna y cuidados intensivos, Hospital Universitario de Neiva, Universidad Surcolombiana, Neiva – Colombia.

Resumen

Introducción: Actualmente los servicios de salud se han visto en la necesidad de incorporar la noción de calidad dentro de sus procesos de prestación, lo cual implica reconocer que la satisfacción de la familia también es uno de los indicadores de calidad, si bien no es el único, sí uno que merece privilegiarse. **Objetivo:** Conocer el grado de satisfacción de los familiares en la atención de los pacientes críticos hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivo Cardiovascular (UCIC) del Hospital Universitario de Neiva Hernando Moncaleano Perdomo (HUNHMP).

Metodología: Estudio transversal, observacional, descriptivo realizado en la UCIC del HUNHMP, se aplicó el Cuestionario de Satisfacción Familiar con los cuidados en la Unidad de Cuidados Intensivos (FS-ICU 34), con modificaciones adaptado al entorno y estudio. **Resultados:** Se obtuvieron un total de 154 encuestas, el 95,5% de los familiares encuestados catalogaron como «muy bueno» su grado de satisfacción global con la atención recibida hacia su paciente y el propio familiar. Los mejores grados de satisfacción con el proceso de la toma de decisiones con el 94,8% de los familiares encuestado.

Conclusiones: La satisfacción familiar de los pacientes ingresados en la UCI es elevada, en relación al proceso de toma de decisiones y los cuidados recibidos durante su ingreso. No es un factor de gran peso de insatisfacción global, el entorno de la UCI con los horarios de visitas y la prontitud del personal en responder a las alarmas y solicitudes de asistencia por parte del familiar. A un así, se debe asegurar medidas de mejora que nos permitan, poco a poco, alcanzar grados de excelencia en la calidad de la UCI.

Abstract

Introduction: Currently, health services have seen the need to incorporate the notion of quality into their delivery processes, this implies recognizing that the satisfaction of the family is also one of the indicators of quality, although it is not the only one, but one that deserves to be privileged.

Objective: To know the degree of satisfaction of family members in the care of hospitalized patients in the Cardiovascular Intensive Care Unit (CICU) of the University Hospital of Neiva Hernando Moncaleano Perdomo (HUNHMP).

Methodology: Cross-sectional, observational, descriptive and prospective study for 9 months, carried out in the UCIC of the HUNHMP, the Family Satisfaction Questionnaire was applied with the care in the Intensive Care Unit (FS-ICU 34), with modifications adapted to the study. **Results:** A total of 154 surveys were obtained, 95.5% of the respondents were classified as "very good", their degree of overall satisfaction with the care received towards their patient and the family member. The best levels of satisfaction with the decision-making process were 94.8% of the family members surveyed.

Conclusions: The family satisfaction of the patients admitted to the ICU is high, in relation to the decision-making process and the topics received during their admission. It is not a factor of great weight of global dissatisfaction, the environment of the ICU with the schedule of visits and the promptness of the staff in the response to the alarms and requests for assistance from the family member. A bit like that, we must maintain improvement measures that allow us, little by little, to achieve degrees of excellence in the quality of our ICU.

Palabras Clave

Relaciones Familiares, Satisfacción del Paciente, Cuidados Críticos, Calidad de la Atención de Salud, Toma de Decisiones.

Keywords

Family Relations, Patient Satisfaction, Critical Care, Quality of Health Care, Decision Making.

Correspondencia: Julian David Javela Rugeles.
Dirección: Carrera 35 # 21-06, Neiva – Colombia.
Tel.: +57 311 2336617.
E-mail: julianjavela@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

Con el paso de los años, el desarrollo de una medicina más agresiva y los nuevos avances tecnológicos, las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) se han convertido en ambientes cada vez más complejos y multidisciplinarios [1]. Se trata de lugares donde trabaja multitud de profesionales a todos los niveles y en un contexto de estrés. Por lo que muchas veces, aspectos fundamentales como la atención a las familias y problemas no solamente médicos del propio paciente (como ciertos aspectos sociales y psicológicos) pueden pasar a un segundo plano [2–4].

El término satisfacción ha experimentado su máxima evolución en los últimos años de forma paralela a como lo ha hecho la calidad, ambos conceptos enmarcados en la dimensión global de medicina centrada en el paciente, lo que ha supuesto un antes y un después en la concepción y aplicación de este nuevo modelo de asistencia sanitaria [5].

Es en este contexto donde cobran especial importancia las familias; los pacientes ingresados en las UCI, muchas veces por su enfermedad o por su situación de gravedad, no están lo suficientemente conscientes como para participar activamente en el proceso asistencial, por lo que gran parte de las decisiones son trasladadas a sus familiares [6]. Holanda Peña et al. [7] demostró que los familiares de los pacientes ingresados en una UCI son unos buenos representantes de los pacientes, evidenciando que un gran porcentaje de pacientes críticos no está en condiciones de opinar ni decidir acerca de su enfermedad. Por lo anterior es necesario que los profesionales de la salud comprendan las situaciones por las que atraviesa el familiar, y aborden la experiencia de esta vivencia, describiéndola de forma exhaustiva con el fin de plantear estrategias que permitan promover el bienestar y disminuir los factores estresantes, ya que la familia desempeña una función vital en la vida del paciente y representa la mayor parte de su contexto, siendo una de las principales funciones proporcionar los recursos físicos y emocionales para mantener la salud [8].

La presente investigación se centró en la teoría del caring, como refiere Watson [9], al plantear la importancia de incluir a las familias en el cuidado para tratar al paciente de una manera holística, es decir de una manera completa, en lo físico y humano; y de esta forma determinar la experiencia que vive el familiar durante la enfermedad de la persona hospitalizada en la UCI. Esta investigación se realizó, a través de entrevistas a profundidad en la Empresa Social del Estado (ESE) del Hospital Universitario de Neiva Hernando Moncaleano Perdomo.

En consecuencia, la investigación en materia de calidad de los servicios de salud ha procurado incorporar la evaluación de la satisfacción del usuario, pero, se ha enfrentado al reto de asegurar validez y reproducibilidad de dicha evaluación, no fácil de superar dada la naturaleza latente de este concepto. Es ahí donde se requiere el uso de conceptos claves sobre evaluación y un instrumento de medición sencillo, que permita obtener resultados válidos para identificar las oportunidades de mejoramiento [7,10].

En los últimos años, son varios los instrumentos que se han desarrollado para tratar de medir el grado de satisfacción de los familiares de los pacientes ingresados en la UCI [11–14]. La E.S.E Hospital Universitario de Neiva actualmente se encuentra en proceso de acreditación y los resultados de este estudio contribuirá en continuar ofreciendo servicios de salud con los mejores estándares de calidad y orientando la prestación de los servicios de salud con un enfoque de calidad, lo que se logrará con un esfuerzo conjunto de todos los actores involucrados en la atención, venciendo los obstáculos, a través de una metodología que conlleve al mejoramiento continuo y poder conseguir la meta de la acreditación.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio transversal, observacional y descriptivo. La población de estudio fueron los familiares de pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidado Intensivo Cardiovascular en la E.S.E Hospital Universitario de Neiva Hernando Moncaleano



Perdomo, hospital de cuarto nivel de complejidad, llevado a cabo entre los meses de abril a diciembre del año 2016. Se incluyen en el estudio a los pacientes dados de alta de la UCIC durante el período descrito, a los familiares que visitaron con asiduidad a dichos pacientes durante su estancia en la UCI.

El Servicio de la UCIC se compone de un total de 7 camas. El personal está compuesto por médicos, enfermeras, fisioterapeutas, auxiliares de enfermería y orientadores, además de personal externo adscrito a la UCI, como administrativos. El tipo de pacientes ingresados en la UCIC es con Patología Cardiovascular (Enfermedad Coronaria, Falla Cardíaca, Arritmias, Emergencia Hipertensiva y Post-operatorio de Cirugía Cardiovascular). Criterios de inclusión: Tener vínculo de parentesco o cercanía mayor de 18 años de la persona hospitalizada en la UCIC, que haya transcurrido las primeras 24 horas desde el ingreso de su familiar a la Unidad, acceder de forma voluntaria al estudio, responder todo el cuestionario, firmar el consentimiento informado y no tener déficit cognitivo o enfermedad mental. Criterios de exclusión: No desear acceder de forma voluntaria al estudio, ni firmar el consentimiento informado y los que, por distintos motivos, no fueron capaces de responder el cuestionario.

Para la recolección de la información, el instrumento empleado ha sido el Cuestionario de Satisfacción Familiar con los cuidados en la Unidad de Cuidados Intensivos (FS-ICU 34), en su versión traducida al español [15–17].

Para medir la satisfacción de los familiares de pacientes hospitalizados en la UCIC, se han adaptado los ítems de la dimensión referente a los cuidados perteneciente a la encuesta familiar FS-ICU 34. El cuestionario consta de 20 ítems, mediante 5 subescalas apartados en: 4 con el cuidado recibido al paciente y su familia, 5 del cuidado profesional por parte del personal de enfermería, personal médico y otros miembros del equipo de la UCI, 4 las necesidades de información y relación al proceso de toma de decisiones en torno a los cuidados del paciente en la unidad, 6 el entorno de las Unidades

de Cuidados Intensivos y 1 referente al grado de Satisfacción Global de los cuidados. Además, se incluyen preguntas con datos socio-demográficas del familiar encuestado (parentesco, ciclo vital, sexo, experiencia previa en una UCI, convivencia con el paciente, procedencia y ocupación).

Así, se cumple con las recomendaciones de los autores, que aconsejan en su utilización mantener la estructura y la base de las preguntas originales, añadiendo, a criterio de los distintos grupos que la empleen, las preguntas que consideren como extras [18]. El cuestionario fue aplicado por el investigador a los familiares el día de alta de los pacientes de la UCIC que salieron vivos. No se llevó a cabo a los familiares de los pacientes fallecidos, para respetar en la medida de lo posible el proceso de duelo.

Para la sistematización de la información, se utilizó la Escala Likert [19] presentándose cinco categorías de respuestas, las cuales fueron representadas como: 5. MB: Muy Bien, 4. B: Bien, 3. I: Indiferente, 2. M: Mal y 1. MM: Muy Mal, respectivamente.

Para realizar el análisis estadístico de los datos, se diseñó una base de datos en el programa Microsoft Excel para almacenar los datos. El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS 23. El estudio descriptivo de las variables demográficas y clínicas de los sujetos se llevó a cabo mediante el cálculo de estadísticos descriptivos básicos. Las variables cualitativas, tanto nominales (categóricas) como ordinales, fueron descritas mediante frecuencias absolutas y porcentajes de cada una de las categorías.

Durante la investigación se consideró inicialmente que se presentarían limitaciones en la realización de las entrevistas que dependían de los horarios de visita y la disponibilidad de tiempo de los familiares, pero durante el desarrollo y la recolección de la información no se evidenciaron limitaciones.

El libre consentimiento informado y su aval por escrito se realizó mediante un proceso que con-

templo una explicación breve y clara del proyecto al familiar; presentando el objetivo del estudio y total confidencialidad. El documento fue enviado para revisión del Comité de Ética Bioética e Investigación del Hospital Universitario de Neiva Hernando Moncaleano Perdomo, donde fue avalado, con acta de aprobación N° 003-010, por considerarse como un estudio de riesgo mínimo para las personas que participan y cumplió con lo estipulado en los artículos 29 y 30 de la Ley 911 del 2004 del Ministerio de Salud de la Repúbli-

ca de Colombia, donde se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud [20].

RESULTADOS

Durante el periodo de estudio de 9 meses, un total de 154 pacientes fueron ingresados en la UCIC, con los criterios de inclusión y respondieron la encuesta. Las Características sociodemográficas de los familiares encuestados se expresan en la tabla 1.

Tabla 1. Características demográficas de los familiares encuestados.

Variable	Escala	n	%
Sexo	Femenino	106	68,8
	Masculino	48	31,2
Ciclo vital	Juventud	11	7,1
	Adulthood	124	80,5
	Vejez	19	12,3
Parentesco	Esposo/a	42	27,3
	Mama	3	1,9
	Papa	1	0,6
	Hijo/a	59	38,3
	Hermano/a	38	24,7
	Otro	11	7,1
Experiencia previa en una UCI	Si	72	46,8
	No	82	53,2
Conviven con el paciente	Si	70	45,5
	No	84	54,5
Subregiones del Huila	Subcentro	27	17,5
	Subnorte	69	44,8
	Suboccidente	9	5,8
	Subsur	30	19,5
Regiones Naturales de Colombia	Amazónica	5	3,2
	Andina	14	9,1
Ocupación	Ama de casa	56	36,4
	Educación Superior	31	20,1
	Independiente	59	38,3
	Profesional de la Salud	8	5,2

La edad media fue de $43,1 \pm 12,4$ años. El 68,8% (106) fueron mujeres. La mayoría de los familiares pertenecían al grado adultez (80,5%), mientras que los grupos pertenecientes a la edad

Juventud y Vejez presentaron 7,1% y 12,3% respectivamente. En cuanto a la procedencia de los familiares encuestados el 44,8% (69) son de la Región Norte del Huila y el 12,3% (19) no tenían

procedencia en el Departamento del Huila. Respecto a la ocupación de los familiares el 38,3% eran independientes, seguido por las amas de casa con 36,4%.

Los grados de parentesco más frecuentemente fueron el de hijas con 38,3%, seguido por esposos (27,3%). Más de la mitad de los familiares

encuestados (53,2%) no habían tenido una experiencia previa en una UCIC. El 45,5% convivían con el paciente en el mismo domicilio.

Grado de Satisfacción: El 95,5% (147) de los familiares encuestados catalogaron como «muy bueno» su grado de satisfacción global con la atención recibida hacia su paciente y el propio familiar (Tabla 2).

Tabla 2. Grados de Satisfacción de los familiares encuestados a los diferentes ítems del cuestionario

	MB		B		I		M		MM	
	n	%	n	%	N	%	n	%	n	%
Cuidado Recibido										
Claridad del personal acerca del estado de salud de mi familiar.	146	94,8	8	5,2	0	0	0	0	0	0
Explicaciones claras de los exámenes, procedimientos y tratamientos.	148	96,1	6	3,9	0	0	0	0	0	0
Preparación para el traslado de mi familiar fuera de la UCIC.	148	96,1	6	3,9	0	0	0	0	0	0
Calidad del cuidado dado a mi familiar.	148	96,1	6	3,9	0	0	0	0	0	0
Cuidado Profesional										
Disponibilidad del doctor para hablar conmigo en forma regular.	145	94,2	9	5,8	0	0	0	0	0	0
Presentación del equipo que atiende a mi familiar.	136	88,3	17	11	1	0,7	0	0	0	0
Respuestas claras a mis preguntas por el médico que atiende a mi familiar	148	96,1	6	3,9	0	0	0	0	0	0
Disponibilidad de las enfermeras para hablar conmigo sobre los cuidados de mi familiar diariamente.	147	95,5	7	4,5	0	0	0	0	0	0
Comprensión del doctor de las necesidades de mi familiar.	149	96,8	5	3,2	0	0	0	0	0	0
Proceso de la Toma de Decisiones										
Posibilidad de tomar parte en los cuidados de mi familiar.	148	96,1	6	3,9	0	0	0	0	0	0
Respaldo y apoyo dado durante la permanencia de mi familiar en la UCIC.	147	95,5	7	4,5	0	0	0	0	0	0
Participación en las decisiones del cuidado de mi familiar.	148	96,1	6	3,9	0	0	0	0	0	0
Participación en las discusiones relacionadas con la recuperación de mi familiar.	149	96,8	5	3,2	0	0	0	0	0	0

Tabla 2. (continuación)

La Unidad de Cuidado Intensivos										
Prontitud del personal en responder a las alarmas y solicitudes de asistencia.	130	84,4	24	15,6	0	0	0	0	0	0
Limpieza y buena presentación de la sala de espera.	144	93,5	10	6,5	0	0	0	0	0	0
Limpieza y buena presentación del cubículo donde se atiende a mi familiar.	144	93,5	10	6,5	0	0	0	0	0	0
Satisfacción con los horarios de visita.	138	89,6	15	9,7	1	0,7	0	0	0	0
Nivel de ruido en la UCIC.	142	92,2	12	7,8	0	0	0	0	0	0
Privacidad en las visitas.	148	96,1	6	3,9	0	0	0	0	0	0
Satisfacción Global										
Cómo calificaría la atención recibida de 1 a 5.	147	95,5	7	4,5	0	0	0	0	0	0

Nota: **MB:** Muy Bien - **B:** Bien - **I:** Indiferente - **M:** Mal - **MM:** Muy mal

La mayor parte de los encuestados (93,5%) respondieron como «muy bueno» a los cuatro ítems de la dimensión de los cuidados recibidos al paciente y su familiar, se observa que los grados de satisfacción de cada variable son muy elevadas y solo existen diferencias mínimas.

Estos grupos encuestados manifestaron como «muy bueno» al grado de satisfacción con los cuidados profesionales por parte del personal de enfermería, personal médico y otros miembros del equipo de la UCI con el 86,4%, han sido puntuado mejor grado de satisfacción en la comprensión del doctor de las necesidades de su familiar con el 96,8% y un menor grado de satisfacción a la presentación del equipo que atiende a su familiar con el 88,3%. Cabe resaltar que una persona refiere indiferencia en este ítem.

En cuanto al proceso de la toma de decisiones en torno a los cuidados del paciente en la unidad el 94,8% de los familiares encuestados concedieron «muy bueno» a los ítems de esta dimensión, en primer lugar 96,8% en la participación en las discusiones relacionadas con la recuperación de su familiar, seguido por la posibilidad de tomar parte

en los cuidados y la participación en las discusiones relacionadas con la recuperación de su familiar cada uno con el 96,1% y finalmente con el respaldo y apoyo dado durante la permanencia de su familiar en la UCIC con el 95,5%. Para el nivel de satisfacción general del Servicio de la Unidad de Cuidado Intensivo de los familiares encuestados, Tres de cada cuatro personas (75%) manifestaron como «muy bueno» a todos los ítems que constituye esta dimensión. En la prontitud del personal en responder a las alarmas y solicitudes de asistencia el 15,6% y satisfacción con los horarios de visita el 9,7% indicaron como «bueno».

DISCUSIÓN

La satisfacción de los familiares en la UCI es un tema que está adquiriendo gran importancia en los últimos tiempos dentro de los modernos modelos de gestión, con las encuestas de satisfacción, los cuestionarios o las entrevistas en profundidad [21]. En este estudio se incluye al familiar, como receptor de acciones de calidad, en cuanto a información y satisfacción se refiere. El momento en que se realizó las encuestas a los familiares ingresados a la UCIC del Hospital Universitario



de Neiva Hernando Moncaleano Perdomo, fue el día que se dio alta a los pacientes que egresaron vivos. No se realizó días después de su egreso, porque probablemente se estaría frente ante una mayor pérdida de estas vivencias.

Los grados de satisfacción global con la atención recibida hacia su paciente y el propio familiar, fueron considerados en los descritos en la bibliografía [18,22-24], con valores generales como buenos o muy buenos catalogados en especial, debido fundamentalmente a la buena información y orientación para el diligenciamiento del formato que se dio a los familiares de los pacientes hospitalizados en la UCIC del Hospital Universitario de Neiva Hernando Moncaleano Perdomo.

Sin embargo, se observa en este estudio y en otros [7,10,11], los cuidados recibidos al paciente y su familiar son asociados con mayor satisfacción referentes a los procesos, procedimiento y tratamientos acerca del estado de salud de su familiar al momento del ingreso a la UCI. Los familiares encuestados se encontraban satisfechos agradeciendo notablemente la accesibilidad y la comprensión en momentos tan difíciles.

Con respecto a los cuidados profesionales por parte del personal de enfermería, personal médico y otro miembros del equipo de la UCI, en general, comparte buenos grados de satisfacción familiar, que valoran positivamente la comprensión al ingreso, la información previa a la realización de pruebas externas y la puntualidad a la hora de informar; hecho que contrasta con lo descrito en las recomendaciones de Escudero et al.: «el profesional debe entender, afrontar y reconducir con asertividad las reacciones emocionales inadecuadas, a la vez que debe mostrar comprensión y empatía. La familia establece con el personal de enfermería relaciones de mayor confianza y les transmiten sus dudas y preocupaciones» [25].

De forma negativa los familiares refieren con un menor grado de satisfacción a la presentación del equipo que atiende a su familiar, en lo habitual, no se encontró diferencias significativas, descritas bibliográficamente; en contraste en lo perci-

bido en el estudio, los familiares ante una situación problemática precisa tener un referente en momentos de necesidad, es decir la falta de una figura de referencia genera en los familiares altos niveles de angustia y ansiedad.

En cuanto al grado de satisfacción al proceso de toma de decisiones, ha sido muy elevada, por los familiares de los pacientes ingresados en la UCI, con mayores tasas de satisfacción en comparación con el resto de subescalas evaluados; estos resultados difieren con los estudios de Holanda Peña et al quien nos asegura que una adecuada información, de la forma más honesta y fidedigna, así como su pronóstico y de su tratamiento, relacionadas con la recuperación de su familiar, permite garantizar seguridad, empatía y credulidad en el equipo multidisciplinar de la UCI [7,21].

Todos los familiares coincide en dar bajos valores de satisfacción en la prontitud del personal en responder a las alarmas y solicitudes de asistencia por parte del familiar, este hecho se constata en casi todos los grupos de trabajo, coincide que el personal de la UCI acudían después de transcurrir los 15 minutos de su llamado, percibían preocupación y angustia en que pudiera ser tardío a oportuno a la atención recibida afectando las condiciones de su familiar por su complejidad, a diferencias que en pocos casos se presentaban ausencia de respuesta a la solicitud de contacto con el personal de la UCI especialmente con enfermería [26,27].

Resulta llamativo que los familiares refieran satisfactoria el número de visitas diarias, que en la UCI son 2 al día, de 60 minutos de duración, porque la mayoría de ellos consideran que los pacientes requieren más contacto familiar, cuando son ingresados en la UCIC. Estos datos son similares a los obtenidos por Holanda Peña et al [7, 28,29].

Hasta aquí se logró realizar una instantánea que permitió conocer el grado de satisfacción de los familiares de los pacientes ingresados en la UCIC. El siguiente paso, es instruir las mejoras que pueden iniciar partiendo de los datos obteni-

dos a través de los cuestionarios, ya que la evaluación de la satisfacción no tendría sentido si no sirve para detectar falencias e instaurar medidas de mejora al funcionamiento de la UCI para ganar confortabilidad y humanización, que nos permitan, poco a poco, alcanzar grados de excelencia en la calidad humana.

CONCLUSIONES

El presente estudio incentiva la participación de la familia en la evaluación de la satisfacción en la atención de los pacientes críticos hospitalizados en la Unidad de Cuidado Intensivo Cardiovascular (UCIC) del Hospital Universitario de Neiva Hernando Moncaleano Perdomo. Aspectos prioritarios en cuanto a la satisfacción familiar, están relacionados en primer lugar al proceso de toma de decisiones, seguido con los cuidados recibidos en torno a los cuidados del paciente en la unidad.

El Humanizar la UCI, permite reconocer a la familia como un eje central de todas las acciones asistenciales, pues una familia participativa es una familia más sana con más herramientas para luchar contra la desesperanza que genera el ingreso de un paciente en la Unidad de cuidado intensivo. Los resultados de este estudio permitieron indicar algunas recomendaciones tanto para la práctica del personal de reconocer la necesidad de los familiares para la comunicación, la necesidad de humanización del entorno de la UCIC, los profesionales deben estar preparados para hacer frente a cada uno de los sentimientos de los familiares, proporcionar el tiempo adecuado para tratar con ellos, identificar e indagar que sienten las familias y para la institución el plantear, desarrollar y fortalecer políticas flexibles de visita que tengan en cuenta las necesidades particulares de las familias, pacientes y enfermeras, con el objetivo de garantizar un equilibrio entre los miembros de la familia y sus necesidades de estar con el paciente.

AGRADECIMIENTOS

Siempre lo tendremos presente profe, no solo por ser quien nos sabía corregir sino porque logró lo

que pocos pudieron, ser el amigo que siempre los jóvenes queremos en un adulto sincero. Hasta siempre, profe Abner.

FUENTES DE FINANCIACIÓN

No se recibieron fuentes de financiamiento para la presente investigación.

CONFLICTOS DE INTERÉS

Ninguno.

REFERENCIAS

1. Angus DC, Barnato AE, Linde-Zwirble WT, Weissfeld LA, Watson RS, Rickert T, et al. Use of intensive care at the end of life in the United States: An epidemiologic study. *Crit Care Med*. 2004;32(3):638-43.
2. Bailey JJ, Sabbagh M, Loiselle CG, Boileau J, McVey L. Supporting families in the ICU: A descriptive correlational study of informational support, anxiety, and satisfaction with care. *Intensive Crit Care Nurs*. 2010;26(2):114-22.
3. Kentish-Barnes N, Lemiale V, Chaize M, Pochard F, Azoulay E. Assessing burden in families of critical care patients. *Crit Care Med*. 2009;37(10):Suppl:448-456.
4. Lautrette A, Darmon M, Megarbane B, Joly LM, Chevret S, Adrie C, et al. A communication strategy and brochure for relatives of patients dying in the ICU. *N Engl J Med*. 2007;356(5):469-78.
5. Dodek PM, Heyland DK, Rocker GM, Cook DJ. Translating family satisfaction data into quality improvement. *Crit Care Med*. 2004;32(9):1922-7.
6. Lederer MA, Goode T, Dowling J. Origins and Development: The Critical Care Family Assistance Program. *Chest*. 2005;128(3):Suppl:65-75.
7. Holanda Peña MS, Ots Ruiz E, Domínguez Artiga MJ, García Miguelez A, Ruiz Ruiz A, Castellanos Ortega A, et al. Medición de la satisfacción de los pacientes ingresados en unidad de cuidados intensivos y sus familiares. *Med Intensiva*. 2015;39(1):4-12.
8. Márquez Herrera M. La experiencia del familiar de la persona hospitalizada en la unidad de cuidados intensivos. Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia. 2012.
9. Vázquez Calatayud M, Eseverri Azcoiti MC. El cuidado de las familias en las unidades de cuidados intensivos desde la perspectiva de Jean Watson. *Enferm Intensiva*. 2010;21(4):161-4.



10. Tamayo Fuquen DC. Validación de la escala de satisfacción familiar CCFSS en unidades de cuidado crítico en hospitales universitarios de Bogotá. *Fac Med Pontif Univ Javeriana*. 2013;106.
11. Pérez Cárdenas MD, Rodríguez Gómez M, Fernández Herranz AI, Catalán González M, C MGJ. Valoración del grado de satisfacción de los familiares de pacientes ingresados en una unidad de cuidados intensivos. *Med Intensiva*. 2004;28(5):237–49.
12. Santana Cabrera L, Ramírez Rodríguez A, García Martul M, Sánchez Palacios M, Martín González JC, Hernández Medina E. Encuesta de satisfacción a los familiares de pacientes críticos. *Med Intensiva*. 2007;31(2):57–61.
13. van den Broek JM, Brunsveld-Reinders AH, Zedlitz AMEE, Girbes ARJ, de Jonge E, Arbous MS. Questionnaires on Family Satisfaction in the Adult ICU: A Systematic Review Including Psychometric Properties. *Crit Care Med*. 2015;43(8):1731–1744.
14. Rothen HU, Stricker KH, Heyland DK. Family satisfaction with critical care: Measurements and messages. *Curr Opin Crit Care*. 2010;16(6):623–31.
15. Pérez Pérez E. Satisfacción Familiar con el cuidado, la información recibida y el proceso de toma de decisiones en la unidad de cuidados intensivos del Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria. *Escuela Universitaria de Enfermería y Fisioterapia Universidad de La Laguna*. 2015.
16. Gries CJ, Curtis JR, Wall RJ, Engelberg RA. Family Member Satisfaction with End-of-Life Decision-making in the Intensive Care Unit Cynthia. 2009;133(3):704–12.
17. Heyland DK, Rocher GM, Dodek PM, Demetrios KJ, Konopad E, Cook DJ, et al. Family Satisfaction with Care in the Intensive Care Unit: Results of a Multiple Center Study. *Crit Care Med*. 2002;30(7):1413–8.
18. Holanda Peña MS, Domínguez Artiga MJ, Ots Ruiz E, Lorda de los Ríos MI, Castellanos Ortega A, Ortiz Melón F. SECI (Servicio Extendido de Cuidados Intensivos): Mirando fuera de la UCI. *Med Intensiva*. 2011;35(6):349–53.
19. Gómez Martínez S, Ballester Arnal R, Gil Juliá B. El cuestionario de Necesidades de los Familiares de Pacientes de Cuidados Intensivos (CCFNI) versión breve: Adaptación y validación en población española. *An Sist Sanit Navar*. 2011;34(3):349–61.
20. Lopera MM. Revisión comentada de la legislación colombiana en ética de la investigación en salud. *Inst Nac Salud*. 2017;37:44.
21. Holanda Peña MS, Marina Talledo N, Ots Ruiz E, Lanza Gómez JM, Ruiz Ruiz A, García Miguelez A, et al. Satisfacción en la UCI: la opinión del paciente como piedra angular. *Med Intensiva*. 2017;41(2):78–85.
22. Shaw DJ, Davidson JE, Smilde RI, Sondoozi T, Agan D. Multidisciplinary team training to enhance family communication in the ICU. *Crit Care Med*. 2014;42(2):265–71.
23. Stricker KH, Kimberger O, Brunner L, Rothen HU. Patient satisfaction with care in the intensive care unit: Can we rely on proxies? *Acta Anaesthesiol Scand*. 2011;55(2):149–56.
24. Martín MC, Cabré L, Ruiz J, Blanch L, Blanco J, Castillo F, et al. Indicadores de calidad en el enfermo crítico. *Med Intensiva*. 2008;32(1):23–32.
25. Escudero D, Viña L, Calleja C. For an open-door, more comfortable and humane intensive care unit. It is time for change. *Med Intensiva*. 2014;38(6):371–5.
26. Bautista Rodríguez LM, Arias Velandia MF, Carreño Leiva ZO. Percepción de los familiares de pacientes críticos hospitalizados respecto a la comunicación y apoyo emocional. *Rev Cuid*. 2016;7(2):1297–309.
27. Karlsson C, Tisell A, Engström A, Andershed B, Wall RJ, Curtis JR, et al. Family members' satisfaction with critical care: A pilot study. *Nurs Crit Care*. 2011;132(1):11–8.
28. Pardavila Belio M, Vivar C. Necesidades de la familia en las unidades de cuidados intensivos. Revisión de la literatura. *Enferm Intensiva*. 2012;23(2):51–67.
29. Sims JM, Miracle V a. A look at critical care visitation: the case for flexible visitation. *Dimens Crit Care Nurs*. 2006;25(August):175–80.



Revisión

Cáncer de Mama en Menores de 50 años: Epidemiología y factores que intervienen en la prevención y tratamiento

Breast Cancer in Minors of 50 years: Epidemiology and factors that intervene in the prevention and treatment

María Alejandra Cuéllar Parra¹, Laura Camila Olaya Sanmiguel¹, Paula Alejandra Vera Gutiérrez¹

1. Estudiante de Medicina, Sexto Semestre, Fundación Universitaria Navarra - UNINAVARRA, Neiva - Colombia.

Resumen

El cáncer de mama es la neoplasia más frecuente en mujeres a nivel mundial, se evidencia también un aumento en su incidencia. El comportamiento de dicha enfermedad y su respuesta a diferentes tratamientos se basa principalmente en su estadificación como las diferentes clasificaciones que darán como resultado un pronóstico diferente para cada paciente. Uno de los factores más influyentes en dicha enfermedad es la aparición en mujeres jóvenes, pues suele ser más agresivo y de peor pronóstico. Esta revisión intenta brindar un panorama a los factores que predisponen la aparición de cáncer de mama en mujeres menores de 50 años, así como su respuesta a los tratamientos.

Abstract

Breast cancer is the most common neoplasia in women worldwide showing an incidence with significant increase. The behavior of this disease and its response to different treatments is based on its statification and different classifications that will result in a different prognosis for each patient. One of the factors that most influence this disease is the appearance in young women, since it is usually more aggressive and worse prognosis. This review attempts to provide an overview of the factors that predispose the appearance of breast cancer in women under 50 years, as well as their response to treatments.

Palabras Clave

Cáncer de mama, mujeres jóvenes, factores de riesgo, prevención, pronóstico, recidiva, tratamiento.

Keywords

Breast cancer, Young women, risk factors, prevention, prognostic, relapse, treatment.

INTRODUCCIÓN

El cáncer de mama, es la segunda causa de muerte por neoplasias en todo el mundo[1,2], seguido a este se encuentran el cáncer de cuello uterino, de colon y recto, pulmón y estómago[4] adquiriendo un incremento en la incidencia tanto en países desarrollados como en países en desarrollo. Para el 2012 tuvo una incidencia de 14,1 millones de casos y 8,2 millones de muertes en todo el mundo[1]. Las mujeres jóvenes también se han visto afectadas, alrededor del 6,6% de todos los casos de cáncer de mama se diagnostican en mujeres menores de 40 años, el 2,4% en mujeres menores de 35 y el 0,65% en mujeres menores de 30[2,3], enfrentándose a desafíos como el fracaso de su tratamiento, problemas psicosociales como interrupción de su vida familiar, profesional y personal, así como un mal pronóstico para su recuperación. Es por eso, que se debe plantear estrategias multidisciplinarias para el diagnóstico y tratamiento precoz de mujeres jóvenes. Eventualmente se han realizado muy pocos estudios que incluyan a este grupo de mujeres, principalmente, para el estudio de su susceptibilidad a este cáncer.

Este artículo hace un acercamiento acerca de la epidemiología global, factores de riesgo, prevención y pronóstico en mujeres jóvenes.

Correspondencia: María Alejandra Cuéllar Parra.
Tel.: +57 316 5779960.
E-mail: alecuellar188@gmail.com



METODOLOGÍA

Evaluación e interpretación de estudios publicados en revistas científicas seriadas sobre cáncer de mama en Colombia y el mundo mediante búsqueda en las bases de datos Pubmed, Medline con los términos breast cancer, Young women, and Colombia, Elsevier, Journal of Surgical Oncology, Scielo, con los mismos términos. Además, se realizaron búsquedas independientes en Google escolar para recolectar información de trabajos de grado, revisiones de tema realizadas en Colombia, estudios descriptivos a nivel Nacional e internacional y guías del manejo del cáncer de mama. Se seleccionaron los estudios con aplicación epidemiológica o clínica con muestreo o datos de mujeres jóvenes a nivel mundial, ubicando sus resultados en la sección de introducción y en la de discusión de acuerdo con los enfoques de promoción, prevención y tratamiento.

Epidemiología

En Colombia, este cáncer representa la primera neoplasia en mujeres, seguido del cáncer de cuello uterino, con una incidencia de 8686 casos y 4661 respectivamente para el año 2012[1]. En nuestro país es un problema de salud pública en aumento, que representa grandes repercusiones psicoafectivas, sociales y económicas imponiendo un reto para el sistema de salud. Según las estadísticas del Globocan, para Colombia en el año 2012, aproximadamente 104 personas fallecieron cada día por esta enfermedad y 196 personas enfermaron de cáncer. Esto exige generar intervenciones oportunas, eficaces y articuladas para promover los factores protectores, aumentar la detección temprana, reducir la discapacidad y mortalidad evitables, mejorar la calidad de vida de los pacientes afectados, así como asegurar un desempeño costoefectivo del sistema sanitario. Aunque se presentan unas cifras breves para revisar el panorama del cáncer en el país, no es el propósito de este artículo proporcionar información estadística que ya se encuentra disponible en el Ministerio de Salud y Protección Social, el Instituto Nacional de Cancerología, el Instituto Nacional de Salud y los registros poblacionales

de cáncer en el país[6]. En el Departamento del Huila se realizó un estudio en el cual se estimó la incidencia anual de 435 casos en el periodo 2006-2008 de cáncer de mama atendidos en la unidad de cancerología, teniendo una edad promedio de 50 años[7].

Factores de riesgo

Dentro de los factores de riesgo relacionados con la enfermedad, se encuentran: algunos que están asociados con los hábitos de vida (inactividad física, inadecuada alimentación, obesidad, consumo de alcohol y tabaco) otros relacionados con los componentes hormonales de la mujer como menarquia temprana (antes de los 12 años), menopausia tardía (mayor de 50 años), ya que al ampliar el número de ciclos ovulatorios aumenta el efecto acumulativo de las dosis de estrógenos en el epitelio mamario, edad del primer hijo, número de hijos, la práctica y no práctica de lactancia materna, los factores asociados a los antecedentes familiares (familiar primer y segundo grado consanguinidad con la enfermedad aumenta el riesgo) y componente genético (mutaciones en la línea germinal con alteraciones genéticas en BRCA1 y BRCA2: la causa más común de cáncer de seno hereditario es una mutación en el gen BRCA1 o el gen BRCA2. Donde en las células normales, estos genes ayudan a prevenir el cáncer al producir proteínas que ayudan a evitar el crecimiento sin control de las células (carcinogénesis). Lo cual explica que se tiene un alto riesgo de padecer cáncer de seno en el transcurso de su vida si presenta una de estas mutaciones[1, 2, 7, 8]. La proteína BRCA1 interviene en las fases S y G2 del ciclo celular. Al producirse un daño en el ADN, esta proteína se hiperfosforila y se relocaliza en los sitios de síntesis de ADN, formando un complejo con otras proteínas como la BRCA2 y la Rad51, encargadas de reparar el daño al ADN asociado a la replicación. Se han hecho estudios que demuestran que BRCA1 regula los genes para encontrar y reconocer el daño del ADN y se cree que induce la expresión de genes reparadores que trabajan para reducir el daño y ayudar a la replicación del ADN[24, 41]. Su expresión se ve aumentada durante el embarazo y disminuye tras



el parto. Se ha observado que BRCA1 es inducido por estrógenos. La inhibición de este gen, causa un aumento de la proliferación de células del epitelio mamario[41]. Aunque en algunas familias con mutaciones BRCA1 el riesgo de padecer cáncer de seno durante la vida es tan alto como 80%, en promedio este riesgo parece estar entre 55 a 65%. Para las mutaciones BRCA2, el riesgo es menor, alrededor de 45%. Con frecuencia, los cánceres de seno relacionados con estas mutaciones afectan ambos senos y se presentan en mujeres más jóvenes que en los cánceres que no están relacionados con estas mutaciones. Las mujeres con estas mutaciones hereditarias también tienen un riesgo aumentado de padecer otros tipos de cánceres, particularmente cáncer de ovario[8]. En mujeres jóvenes, el cáncer de mama suele asociarse con algunas características: el tumor suele ser de mayor tamaño, suele estar más indiferenciado y ser más agresivo.

En un estudio prospectivo, realizado por Castillo y colaboradores, en Ecuador, se estudió la incidencia de cáncer de mama en mujeres menores de 35 años en un centro de referencia, hasta el 50% de estas mujeres tenían una historia familiar de neoplasia mamaria (madres, tías, hermanas, etc.) frente al 10% de las pacientes de mayor edad diagnosticadas de esta patología. Otro dato asociado con estas jóvenes es que presentan con más frecuencia (15%) mutaciones genéticas que favorecen la aparición de este cáncer frente al resto de una edad más avanzada (3%)[11].

Factores que intervienen en el tratamiento

Dentro de estos factores, se encuentran principalmente la clasificación o estadios donde se presenta el cáncer al momento del diagnóstico. La clasificación molecular es utilizada como factor predictivo de los diferentes tratamientos sin restarle importancia a la clasificación histopatológica TNM, pues es de esta manera como se enfoca la conducta dentro de la patología.

La inmunohistoquímica (IHQ), es un estudio histopatológico donde se implementa la inmunotinción generando la formación del complejo

antígeno-anticuerpo[8]. De esta manera se determinarán los subtipos de cáncer de mama, que se diferencian en su patrón de expresión genética[12, 13, 14,15]. El uso de la IHQ, ejerce un impacto sobre el pronóstico, tratamiento y supervivencia de las pacientes con patología mamaria maligna por ofrecer una visión del riesgo y la terapéutica a seguir[17, 18, 19,21].

La clasificación molecular del cáncer de mama, basado en la tecnología de microarray de ADN de perfiles de carcinoma de mama invasivo ha identificado 4 subtipos de cáncer de mama morfológicamente similares (luminal A, luminal B, mama normal-como, con sobreexpresión de HER2, y basal-like), con claras diferencias en pronóstico y respuesta al tratamiento. Esto es un vívido ejemplo de la heterogeneidad del cáncer de mama[12,13].

El tumor mamario que no expresa receptores estrogénicos, ni progestágenos, ni Her2/neu, recibe el nombre técnico de triple negativo. Están presentes en aproximadamente 15% de todos los tipos de cáncer mamario, teniendo un mal pronóstico ya que su agresividad no permite la respuesta de terapias convencionales[21,22].

En pacientes que han vivido sanas durante más de diez años después del tratamiento primario, la recidiva loco-regional tiene un impacto significativo tanto en la sobrevida sin enfermedad como en la supervivencia global [22,32,33].

El riesgo de metástasis tras una recidiva es cuatro veces mayor y el riesgo de fallecer después de una recidiva se multiplica casi por ocho. Sin embargo, cuanto más largo es el intervalo de tiempo transcurrido entre el cáncer primario y la recidiva, mejor será la calidad de vida y el tiempo libre de enfermedad con una mayor supervivencia global[32].

En la actualidad, la biología molecular genera esta nueva clasificación del cáncer de mama permitiendo nuevas alternativas y más precisas que afinan a un mejor tratamiento.

Las mujeres diagnosticadas con ciertas afecciones benignas pueden tener un riesgo aumentado



de cáncer de seno. Algunas de estas afecciones están más relacionadas con el riesgo de cáncer de seno que otras. Los doctores a menudo dividen las afecciones benignas de los senos en tres grupos generales, dependiendo de cómo ellas afectan este riesgo.

Las lesiones proliferativas sin atipia: muestran un crecimiento excesivo de células en los conductos o lobulillos del tejido mamario. Parecen aumentar ligeramente el riesgo de cáncer de seno en una mujer (de una y media a dos veces respecto al riesgo normal)[33]. Estas incluyen: Hiperplasia ductal usual (sin atipia), fibroadenoma, adenosis esclerosante, varios papilomas (papilomatosis) y cicatriz radial. Lesiones proliferativas con atipia: en estas afecciones, existe crecimiento excesivo de células en los conductos o lobulillos del tejido del seno, y algunas de las células no lucen normales. Estas afecciones tienen un efecto mayor en el riesgo de cáncer de seno, aumentando el riesgo normal en aproximadamente 4 a 5 veces[33, 34]. Estos tipos de lesiones incluyen: Hiperplasia ductal atípica e hiperplasia lobulillar atípica[33,35].

Pronóstico

En los últimos años se han realizado estudios sobre el comportamiento del cáncer de mama, y se habla de un peor pronóstico cuando son mujeres jóvenes quienes padecen la enfermedad, en comparación con mujeres de mayor edad[25]. Así mismo, las tasas de supervivencia son comparativamente más bajas para las mujeres menores de 40 años que para las mujeres mayores en todos los subtipos y estadios histológicos[25, 26]. El efecto de la edad, se puede ver representado entre otros factores tales como el mayor grado de diferenciación, presencia de invasión linfovascular, mayor tasa mitótica, menor expresión de ER / PR y mayor HER2[27,28] a su vez, otros estudios han atribuido el resultado de la edad temprana a la presentación más avanzada en el momento del diagnóstico, incluyendo tasas más altas de positividad de los ganglios linfáticos axilares y tamaño tumoral mayor[28,29,30]. También se ha postulado el efecto de la expresión génica entre

diferentes grupos de edad podría desempeñar un papel[30,31].

Prevención

Para poder realizar un diagnóstico temprano, éste se puede efectuar desde diferentes ámbitos:

Prevención primaria: cuando hacemos referencia a las medidas que se van a realizar para evitar la aparición del cáncer de mama o para encontrarlo en una etapa inicial, a pesar de tener una etiología basado en factores de riesgo no modificables, se puede trabajar sobre la corrección de los factores de riesgo modificables como lo son obesidad, uso de anticonceptivos, lactancia materna, entre otros.

Prevención secundaria: Está centrada en la detección y el diagnóstico de los diferentes signos y síntomas que presenta la enfermedad, con el fin de intervenir y modificar la historia natural de la enfermedad, con esto, se podría aumentar la supervivencia teniendo una disminución en la mortalidad a causa de esta patología. El uso de la mamografía generalizada, ha sido de gran utilidad para el diagnóstico del cáncer de mama, a pesar de la gran sensibilidad de la mamografía, no debe considerarse como el único método diagnóstico, sino como complemento del examen físico de la mama y la ecografía mamaria.

En la prevención terciaria: se enfocaría que evitar las secuelas o recaídas a causa de este cáncer. Por ejemplo, en las pacientes con cáncer que reciben tratamiento hormonal, como tamoxifeno, tienen una reducción del 39 % en el riesgo de desarrollar cáncer de mama contralateral[40]. Su uso en la quimioprevención durante cinco años reduce la incidencia de cáncer de mama en aproximadamente 50 por ciento en las mujeres con un riesgo moderadamente mayor de cáncer de mama (mujeres mayores de 35 años de edad con antecedentes de carcinoma lobular in situ, pero sin tener el síndrome de cáncer heredo familiar), beneficio que se mantiene durante 5 a 10 años después de la interrupción del tratamiento[40]. El uso de esta terapia hormonal, está relacionado con un mayor



riesgo de enfermedad tromboembólica, cáncer de endometrio y síntomas relacionados con la menopausia, a pesar de esto, su utilización en quimioprevención es una opción a considerar[40].

DISCUSIÓN

Se debe hacer un enfoque en prevención primaria, que las personas conozcan más los riesgos que se pueden presentar en esta patología y acudan a su médico en una etapa temprana de la enfermedad, porque, aunque las cifras son claras, las de mayor riesgo son las mujeres en edad avanzada, siempre es recomendable hacer énfasis a todas las mujeres en edad fértil la importancia de un autoexamen, de controles y, sobre todo, del manejo adecuado de sus factores de riesgo. Todos los años hay actualizaciones del manejo y de la prevención para poder realizar un diagnóstico precoz, que permita hacer un abordaje más integral, con menos recaídas y una mayor supervivencia.

Se han empleado un sin número de campañas en pro de una detección temprana, con el fin de lograr llegar al cáncer en unos estadios iniciales evitando así su dispersión, pero la realidad de un gran porcentaje de mujeres, es llegar por primera vez a una consulta en estadios muy agresivos dificultando el tratamiento, empleando técnicas mucho más invasivas y agresivas. Para un tratamiento exitoso se debe tener en cuenta la clasificación histológica, molecular, hormonal, entre otros. Además, incluir un equipo multidisciplinario que este conformado por la cirugía, quimioterapia, hormonoterapia, apoyo psicológico, y reconstrucción mamaria, formando un tratamiento integral. Lo más importante en el cáncer de mama es diagnosticarlo en forma temprana lo cual permite tratamientos menos agresivos, cirugía conservadora vs cirugía radical y sobretodo una mayor sobrevida de las pacientes. Por lo tanto, se considera de vital importancia, la prevención como un factor fundamental[9, 36].

REFERENCIAS

1. Torre LA, MSPH, Freddie Bray PhD, Siegel RL. Global Cancer Statistics 2012. *CA Cancer J Clin.* 2015; 65(2):87-108.

2. Ferlay J, Soerjomataram I, Dikshit R, Eser S, Mathers C, Rebelo M, et Al. Cancer incidence and mortality worldwide: Sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012. *Int J Cancer.* 2015; 136(5): E359-86.
3. Friebel TM, Domchek SM, Rebbeck TR. Modifiers of cancer risk in BRCA1 and BRCA2 mutation carriers: systematic review and meta-analysis. *J Natl Cancer Inst.* 2014;106(6): 091
4. DeSantis C, Siegel R, Bandi P, et al. Breast cancer statistics, 2011. *CA Cancer J Clin* 2011; 61 (6):409-18.
5. Anders, Carey K. et al. "Breast Cancer Before Age 40 Years." *Seminars in oncology* 2009; 36 (3): 237-249. Recuperado a partir de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2894028/>
6. Desantis C, Siegel R, Bandi P, Jemal A. Breast cancer statistics, 2011. *CA Cancer J Clin.* 2011; 61(6):409-18
7. Instituto Nacional de Cancerología. El cáncer en cifras. [Internet] 2017 Disponible en URL: <http://www.cancer.gov.co/Cáncer en cifras>
8. Ferlay J, Steliarova-Foucher E, Lortet-Tieulent J, Rosso S, Coebergh JWW, Comber H, et Al. Cancer incidence and mortality patterns in Europe: estimates for 40 countries in 2012. *Eur J Cancer.* 2013; 49(6):1374-403.
9. International Agency for Research on Cancer [Internet]. USA. Albert Thomas. Disponible en: <http://gco.iarc.fr/today/fact-sheets/populations?population=840&sex=2#collapse>
10. Cancer Society [Internet] Better Bussines Bureau, Health on Net, National Health Council. Disponible en: <http://www.cancer.org/>
11. Rodríguez-Cuevas S, Macías CG, Franceschi D. and Labastida S. Breast carcinoma presents a decade earlier in Mexican women than in women in the United States or European countries. *Cáncer.* 2011, 91: 863-868. doi:10.1002/1097-0142(2001 02 15) 91:4<863:AID-CNCR1074>3.0.CO;2-Y
12. Castillo AM, Arroyo D, Mena Olmedo G, Segura AG, Wally M, Mejía C, Pacheco R. Cáncer de mama en mujeres menores de 35 años. correlación de los hallazgos radiológicos y patológicos. Resultados preliminares. Quito-Ecuador. 2013: 6-12. Recuperado a partir de: http://www.webcir.org/revistavirtual/articulos/septiembre13/ecuador/ecu_esp_a.pdf
13. Imigo F, Mansilla E, Delama I, Poblete MT, Fonfach C. Clasificación molecular del cáncer de mama. *Cuad. cir. (Valdivia).* 2011; 25(1): 67-74.
14. Soutiriou C. and Pusztai L. Gene-Expression Signatures in Breast Cancer. *N Engl J Med* 2009; 360(8): 790-800.
15. Foulkes WD; Stefansson IM; Chappuis PO; Begin LR; Goffin JR; Wong N et al. Germ line BRCA1 mutations and a basal epithelial phenotype in breast cancer. *J Natl Cancer Inst* 2003; 95(19): 1482-5.



16. van 't Veer LJ, Dai H, van de Vijver MJ, He YD, Hart AA, Mao M, et al. Gene expression profiling predicts clinical outcome of breast cancer. *Nature*. 2002;415(6871):530-6.
17. Holm K., Hegardt C, Staaf J, Vallon-Christersson J, Jönsson G, Olsson H et al. Molecular subtypes of breast cancer are associated with characteristic DNA methylation patterns. *Breast Cancer Research*. 2010; 12(3): 36. doi:10.1186/bcr2590.
18. Sorlie T, Tibshirani R, Parker J, Hastie T, Marron JS, Nobel A et al. Repeated observation of breast tumor subtypes in independent gene expression data sets. *Proc Natl Acad Sci USA* 2003; 100(14):8418-23
19. Foulkes WD; Stefansson IM; Chappuis PO; Begin LR; Goffin JR; Wong N et al. Germ line BRCA1 mutations and a basal epithelial phenotype in breast cancer. *J Natl Cancer Inst* 2003; 95(19): 1482-5.
20. Parker JS; Mullins M; Cheang MC; Leung S; Voduc D; Vickery T et al. Supervised risk predictor of breast cancer based on intrinsic subtypes. *J Clin Oncol* 2009; 27(8): 1160-7.
21. Breastcancer. [Internet]. Breastcancer.2014. Análisis de inmunohistoquímica (IHQ) [actualizado 26 de Marzo del 2014]; Disponible en: <http://www.breastcancer.org/>
22. Torres D, Umaña A, Robledo JF, Caicedo JJ, Quintero E, Orozco A, et Al. Estudio de factores genéticos para cáncer de mama en Colombia. *Med.Javeriana*. 2009; 50(3) 297-301.
23. Agencia Internacional para la Investigación sobre el Cáncer (IARC) [Internet] Francia: IARC; 2016 [25 abril de 2017]. Disponible en: <http://www.iarc.fr/>
24. Narod SA, Rodríguez AA._Predisposición genética para el cáncer de mama: genes BRCA1 y BRCA2. *Salud publica mex* 2011; (5): 53
25. El Saghier NS, Seoud M, Khalil MK. et al. Effects of young age at presentation on survival in breast cancer. *BMC Cancer*. 2006; (6):194
26. Anders CK, Fan C, Parker JS, et al. Breast carcinomas arising at a young age: unique biology or a surrogate for aggressive intrinsic subtypes? *J Clin Oncol*. 2011; (29):e18-20
27. Figueiredo JC, Ennis M, Knight JA, et al. Influence of young age at diagnosis and family history of breast or ovarian cancer on breast cancer outcomes in a population-based cohort study. *Breast Cancer Res Treat* 2007;(105):69-80
28. Gajdos C, Tartter PI, Bleiweiss IJ, et al. Stage 0 to stage III breast cancer in young women. *J Am Coll Surg* 2000;(190): 523-9.
29. Azim HA Jr, Michiels S, Bedard PL, et al. Elucidating prognosis and biology of breast cancer arising in young women using gene expression profiling. *Clin Cancer Res* 2012; (18):1341-51.
30. Anders CK, Hsu DS, Broadwater G, et al. Young age at diagnosis correlates with worse prognosis and defines a subset of breast cancers with shared patterns of gene expression. *J Clin Oncol* 2008;(26):3324-30
31. Cleator S, Heller W, Coombes RC. Triple-negative breast cancer: Therapeutic options. *Lancet Oncol*. 2007;8(3):235-244.
32. Márquez M, Lacruz JC, López F, & Borges R. Sobrevida en pacientes con cáncer de mama triple negativo. *Rev Obstet Ginecol Venez*. 2012; 72(3): 152-160.
33. Costarelli L, Campagna D, Mauri M, Fortunato L. Intraductal proliferative lesions of the breast-terminology and biology matter: Premalignant lesions or preinvasive cancer?. *International Journal of Surgical Oncology*. 2012; (201):9 doi:10.1155/2012/501904
34. Pinder SE, Ellis IO. The diagnosis and management of pre-invasive breast disease: Ductal carcinoma in situ (DCIS) and atypical ductal hyperplasia (ADH)--Current definitions and classification. *Breast Cancer Res*. 2003; 5(5): 254-257.
35. Pardo C, Guzmán J, Rodríguez Omnaresi. Cáncer en la Unidad de Cancerología de Huila, 2006-2008. *Rev. Colomb. Cancerol*. 2013, 17(2): 62-68.
36. Colleoni M, Rotmensz N, Robertson C, Orlando L, Viale G, Renne G, et Al. Very young women (<35 years) with operable breast cancer: features of disease at presentation. *Ann Oncol* 2002; 13 (2): 273-279.
37. Hernández -Dimas, BR, & Betancourt L. Cáncer de mama en mujeres jóvenes evaluación de los factores de riesgo. *Revista Venezolana de Oncología*, 2010; 22(4), 216-221.
38. Robson M, Gilewski T, Haas B, Levin D, Borgen P, Rajan P, et Al. BRCA-associated breast cancer in young women. *Journal of Clinical Oncology*. 1998;16: (5): 1642-1649.
39. Early Breast Cancer Trialists' Collaborative Group. Effects of chemotherapy and hormonal therapy for early breast cancer on recurrence and 15-year survival: an overview of the randomised trials. *Lancet* 2005;365 (9472):1687-1717
40. Hartman AR, Ford JM. BRCA1 induces DNA damage recognition factors and enhances nucleotide excision repair. *Nature genetics*, 2002; 32(1):180-184.



Revisión

Embarazo adolescente, epidemiología y sus determinantes sociales en Colombia

Adolescent pregnancy, epidemiology and its social determinants in Colombia

Paula Andrea Romero Alvarado¹, Andrea Barrera Rico¹, Deivinson Ceballos Ávila¹, Alexander Salazar Herrera¹, Dagoberto Santofimio Sierra

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

Resumen

El embarazo en adolescentes es una situación de vital importancia para la salud pública, ya que en los últimos años éste ha presentado un aumento a nivel local, departamental y nacional. La problemática de los embarazos en adolescentes está determinada por un conjunto de factores sociales que influyen directa e indirectamente en la calidad de vida de las jóvenes, su rol en la familia y en la sociedad, afectando la construcción de su proyecto de vida, el desconocimiento de las inequidades y el interactuar de estas con el embarazo adolescente. Este trabajo describe la prevalencia de embarazos adolescentes en los diferentes departamentos de Colombia y logra recopilar los 10 determinantes sociales que más influyen en el embarazo a temprana edad.

Abstract

Adolescent pregnancy is a matter of great importance for public health, since in recent years it has presented an increase at the local, departmental and national levels. The problem of teenage pregnancies is determined by a set of social factors that directly and indirectly influence the quality of life of young women, their role in the family and in society, affecting the construction of their life project, the ignorance of inequities and the influence of it in the teenage pregnancy. This research describes the prevalence of adolescent pregnancies in the different departments of Colombia and manages to compile the 10 determinants that most influence pregnancy at an early age.

Palabras Clave

Adolescentes, Colombia, Determinantes sociales, Embarazo en adolescentes.

Keywords

Adolescents, Colombia, Social determinants, Teenage pregnancy.

INTRODUCCIÓN

El embarazo en adolescentes es un problema de salud pública en Colombia. Éste sigue siendo un tema de discusión debido a los reportes que presentan ciertos departamentos acerca de embarazos en jóvenes, en los cuales se concentra la mayoría en edades comprendidas entre los 12 a 19 años. Esta revisión se realizó con el fin de conocer el panorama actual en cuanto a epidemiología nacional y determinantes sociales en el embarazo en adolescentes en Colombia, ya que existen brechas en cuanto a las estadísticas departamentales y los factores que influyen en esta problemática.

METODOLOGÍA

Para la realización de esta revisión se hizo una selección de artículos de revistas científicas y se utilizaron las palabras claves: prevalencia embarazo adolescentes, factores de riesgo, embarazo adolescente, determinantes sociales, Colombia, se filtraron por años desde 2000 hasta 2016 donde arrojó un resultado 70 artículos de los cuales 25 cumplían con los criterios de inclusión, posteriormente se creó una matriz bibliográfica para organización y análisis de la información para identificar los datos de interés para este trabajo.

Correspondencia: Paula Andrea Romero Alvarado.
Dirección: Calle 13B # 32- 67, Neiva - Colombia.
Tel.: +57 311 8244290.
E-mail: paula.romero.alvarado@gmail.com



De la Literatura Gris se encontró informes de Gestión Gubernamentales, actualizaciones de la UNICEF, artículos de interés publicados por la página web de Profamilia, de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y otras ayudas que fueron útiles en la realización de esta revisión.

Epidemiología nacional de embarazo en adolescente

Según datos del Fondo de Población de las Naciones Unidas (FPNU), aproximadamente 16 millones de mujeres menores de 18 años dan a luz anualmente. [1]

En los últimos años, en Colombia el embarazo adolescente ha tomado importancia por su magnitud e impacto social y económico. Según la Encuesta de Demografía y Salud realizada por Profamilia, el 19,5% de las adolescentes entre 15 y 19 años estaba embarazada o tenía un hijo al momento de la entrevista. [2] Aunque en esta encuesta se muestra una estabilización del fenómeno, que venía creciendo en los últimos quince años, las cifras siguen siendo altas para el país. [2] El porcentaje de madres adolescentes que estima la Encuesta Nacional de Deserción Escolar (ENDS) se ha incrementado en 6,7% entre 1990 y 2010. [2]

Actualmente, 1 de cada 5 mujeres (19,5%) de 15 a 19 años ya es madre o está embarazada, lo cual es más acentuado entre las mujeres de zona rural (26,7%), sin educación (55%), con sólo educación primaria (46,5%) y de menor nivel de riqueza (29,5%), que en aquellas que habitan en la zona urbana (17,3%), tienen educación superior (10,5%) o están en el mayor nivel de riqueza (7,4%). [2]

Los datos de la ENDS por departamento muestran que los mayores niveles de madres adolescentes están en Amazonas con 35,4%, Guainía con 33,8%, Putumayo con 32%, Vichada con 31,3% y Chocó con 29,4%. Mientras que los menores porcentajes se encuentran en Quindío con 14,6%, Boyacá con 15,8%, Santander con 16,1%, Norte de Santander con 17,1%, Atlántico con 17,2% y Bogotá con 17,5%. [2]

En estas regiones se observa que las tasas de embarazo son más elevadas que otras regiones del país, las posibles causas se atribuyen al difícil acceso a la educación, jóvenes que viven en zonas rurales o que pertenecen a una minoría étnica. Para el caso de estas regiones del país, es evidente la ausencia de servicios básicos, la falta de oportunidades, el déficit de planteles educativos, pocos recursos gubernamentales. De igual manera la cultura del matrimonio temprano en muchas etnias indígenas, acentúan el problema.

Durante el año 2008 el departamento del Huila, de acuerdo con la información suministrada por la Secretaría de Salud del Huila, el 14,8% de las adolescentes de la región entre 15 a 19 años (15.639) ya son madres, el 4,2% (4.438) esperan su primer hijo, y el 19% (20.077) alguna vez han estado embarazadas. [3] Durante el período del 2005 al 2010 el porcentaje de embarazos en mujeres adolescentes presenta una disminución del 8,37%, pasando del 12,3% al 3,93% respectivamente. [4] Según el informe de Rendición de cuentas 2013 – 2015 realizado por la Secretaría de Salud Departamental del Huila, en el año 2013 se presentaron un total de 5.162 adolescentes embarazadas de 15 a 19 años, para un porcentaje de 9,2%. Para el año 2014 fue de 4.887 y alcanzó un porcentaje de 8,87% de embarazo en adolescentes con 3.751 embarazos de adolescentes de 15 a 19 años, alcanzando un total de 6,8%. [4]

El último informe de Gestión de la secretaria Departamental a 31 de diciembre de 2015, se observó los siguientes porcentajes de embarazo en adolescentes; jóvenes de 10 a 14 años que fueron madres o estaban en embarazo: 0,035% (192 gestantes de 54.961); Entre los 15 a 19 años que fueron madres o estaban en embarazo fue de 8,19% (4.521 gestantes de 55.190); Las adolescentes de 10 a 19 años que fueron madres o estaban en embarazo: 4,28% (4.713 gestantes de 110.151). [5]

Según la Guía metodológica del Observatorio Nacional e Intersectorial del Embarazo Adolescente (ONIEA) La edad de inicio de las relaciones sexuales en el país ha disminuido y la proporción de adolescentes que ha tenido actividad

sexual se ha incrementado de 30% en 1995 a 44% en 2005 y 50% en el 2010. Las mujeres jóvenes sin ocupación y más bajo nivel educativo son quienes tienen mayores dificultades para controlar su fecundidad, para ejercer sus derechos y recibir información oportuna sobre salud sexual y reproductiva, esto incide directamente sobre el embarazo adolescente, el cual se encuentra en un 19.5% para el 2010. [6]

Determinantes sociales de embarazo en adolescentes

El estudio del Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) junto con el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) hacen énfasis en que el embarazo en la adolescencia reviste especial interés por su gran magnitud e impacto en los aspectos personales, familiares, sociales y por la interferencia en las oportunidades de acumulación de capital humano, que se traducen en desventaja de las condiciones sociales y económicas de las comunidades. [7] Estos impactos se expresan en la frecuente interrupción del ciclo educativo, que a su vez limita la formación para el trabajo calificado y mejor remunerado y termina por restar oportunidades en las condiciones de vida de la madre y su hijo por nacer. [7] Por eso se considera importante resaltar cuales son los determinantes sociales que motivan directa o indirectamente a las adolescentes a quedar embarazadas.

Según The American Academy of Pediatrics y la Encuesta Nacional de Demografía y Salud se propuso una serie de ítems los cuales se consideran importantes como determinantes sociales que influyen en las adolescentes a quedar embarazadas.

A continuación, se exponen los 10 determinantes más importantes, los cuales son la base de esta investigación.

1. Nivel de ingresos

El nivel de ingresos como determinante en el embarazo en adolescente tiene una marcada participación, estudios encuentran que existe

una relación negativa entre el nivel de fecundidad adolescente y el nivel socioeconómico, donde las adolescentes de nivel socioeconómico más bajo tienen mayor probabilidad de ser madres que las de los estratos más altos. [9] [10]

Otro factor que influye en este determinante es el área geográfica (rural o urbana) donde residen las adolescentes, así lo hace saber el estudio realizado por el (MSPS) junto con el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) el cual expone que las limitaciones socioeconómicas y geográficas de las jóvenes del área rural, las jóvenes del área urbana tienen mayor acceso a educación, empleo y pueden acceder más fácilmente a información sobre planificación familiar. Así lo demuestran las cifras: la fecundidad adolescente rural (26,9%) es 1,5 veces superior a la urbana (18,5%) [9]

El estudio se hace referencia que para muchas adolescentes pertenecientes a los estratos bajos, ser madre se presenta como la posibilidad más cercana de obtener seguridad económica, social y afectiva, de establecer una unión de pareja y consolidar un hogar que les permita independizarse de sus familias de origen. [7]

2. Nivel educativo

En cuanto al nivel educativo el estudio de Flórez y Soto (2007), muestra que la relación de adolescentes madres o embarazadas es mayor en aquellas jóvenes con un nivel educativo escaso o con nivel primaria. La proporción es por lo menos 3 veces mayor entre las adolescentes con menos recursos o bajo nivel de educación que entre las adolescentes con mayor estabilidad económica o con educación superior. [9]

La investigación del (MSPS) y el (UNFPA) destaca que el embarazo y la maternidad adolescente, de cierta manera impide o al menos dificulta, la trayectoria escolar de las mismas. Lo que a su vez converge en problemas de desarrollo profesional e inserción laboral.

No obstante, la investigación concluye frente a la idea, que en el mayor de los casos de deserción escolar no inicia con el embarazo, sino que tiene condiciones previas asociadas a las primeras uniones formales, la baja calidad de educación ofrecida y las bajas expectativas de vida y futuro. [7]

Desde de la perspectiva de si el embarazo es causa o efecto de la deserción escolar, el estudio de Osorio y Hernández en el Valle del Cauca valoró adolescentes embarazadas en una institución hospitalaria y las dividió entre aquellas que desertaron del sistema escolar antes del embarazo y las que lo hicieron durante el embarazo, los factores de riesgo con mayor influencia fueron: el nivel de vida, estado civil y menor nivel educativo alcanzado. [11] Concluyendo que: los 12 años fue la menor edad reportada en el estudio, obteniéndose 0% de embarazos, en cambio, a los 18 años el porcentaje de embarazo llegó a 5.7%. El mayor número de embarazos se presentó a los 16 años (31%), seguido de las jóvenes de 17 años (25.4%). Por grupo escolar, el número de adolescentes embarazadas aumentaba según el grado escolar. En los grados sexto y séptimo se presentó 0.3%, mientras que en grado once 3.3% de embarazadas. El estudio destacó que es mayor la deserción escolar en adolescentes embarazadas entre los 12 y los 15 años que están en un grado menor, comparadas con la deserción de las adolescentes embarazadas entre los 16 y 18 años. [11]

La deserción escolar puede darse ser durante o después del embarazo. Sin embargo, es difícil saber que situaciones llevaron a generar un embarazo en época escolar y cuales influyen en tomar la decisión de desertar sus estudios. Es de vital importancia la presencia y el apoyo.

3. Nivel de acceso a información pertinente y de calidad

La insuficiente información, el desconocimiento en materia de sexualidad, derechos sexuales y reproductivos por parte de los medios

de comunicación masiva y los padres, constituyen otro factor determinante para la presentación del embarazo adolescente. Así lo revela la investigación del MSPS y el UNFPA. [7]

Como parte de la desinformación, la persistencia de mitos e imaginarios ha sido mostrada en varios estudios, como en el realizado por Flórez y Soto con una muestra representativa de adolescentes en Bogotá y Cali. El componente cualitativo de esta investigación encontró como mito: “que las mujeres creen infundadamente que no se embarazan en la primera relación sexual, siendo innecesario el uso del condón cuando los dos miembros de la pareja son vírgenes, que los métodos de protección son ineficaces y tienen efectos secundarios indeseables, y que utilizar condón con la persona que se ama constituye una falta de respeto” [12]

Flórez indica que la educación sexual impartida en las escuelas informa más sobre los órganos reproductivos y la prevención de enfermedades de transmisión sexual, pasando por alto las necesidades de formación integral de los adolescentes. [12]

Aunque actualmente el alcance de la información sobre los métodos de planificación familiar es más cercano, se evidencia que las adolescentes presentan vacíos en materia de salud sexual y reproductiva y en el uso adecuado de los métodos. [12] Es muy diciente el hecho de que entre el 2000 y el 2005 aumenta la proporción de adolescentes que no conoce que el período fértil de la mujer tiene lugar a mitad del ciclo menstrual, llegando en el 2005 a 72% entre el total de adolescentes, a 67% entre las sexualmente activas y a 68% entre las usuarias de métodos tradicionales, en donde el conocimiento del periodo fértil es el éxito del uso de los métodos de planificación familiar. [12]

Un estudio realizado en algunos colegios de la ciudad de Bogotá y municipios aledaños sobre la identificación de factores de riesgo

para embarazo en adolescentes arrojó que el desconocimiento sobre planificación era el primer factor de riesgo, exponiendo que saber con dudas es más riesgoso que no saber, ya que entender bien cómo planificar resulta importante para llevar una vida sexual responsable. Se resaltó que los profesores y padres no están bien capacitados, dicha situación es alarmante ya que los padres son los principales responsables de la enseñanza en planificación y generadores de confianza. [13]

Otra de las causas encontrada por el (MSPS) y (UNFPA) son las barreras de acceso y los limitados servicios de salud sexual y reproductiva y anticoncepción moderna, que son mucho más marcadas cuando las menores de edad buscan información. [7] Las condiciones se agravan para adolescentes entre 10 y 14 años, a quienes con frecuencia les es negada la información, asesoría y suministro de métodos anticonceptivos por parte de los prestadores, aludiendo que no están en edad para iniciar relaciones sexuales.

La investigación destacó que debido a las deficiencias en los servicios de salud que suelen no cubrir zonas periféricas, dificultan el acceso a la atención y suministro de métodos anticonceptivos. Por otro lado, acentuó como determinantes de carácter social y cultural que se impone a las mujeres un rol pasivo frente a su sexualidad, pese a las responsabilidades que le asignan en cuanto a la reproducción. [7]

4. Historia de los hogares en relación con la edad de embarazo de la madre

Este es un determinante social que ha venido cobrando importancia, las hijas de padres adolescentes tienen más probabilidades de convertirse, a su vez, en madres adolescentes. [14] “Se dice que es por imitación o porque la joven piensa: “si tú te embarazaste a mi edad, ¿por qué no lo voy a hacer yo?”. [15] Por esto es esencial explicarles a las adolescentes que su vida sexual no debe ser influida por costumbres culturales o familiares.

De igual manera, se observó que la unión libre y separación, situación que reflejaría: la falta de una familia nuclear como apoyo y ejemplo, familias separadas y ausencia de figura paterna en algunas de estas mujeres, hace parte de los determinantes para embarazo a temprana edad en las adolescentes. [13]

5. Prácticas de crianza, comunicación y conflictos familiares

Según Pardo, el contexto familiar es un determinante central de la tendencia de la fecundidad adolescente. La violencia intrafamiliar, el nivel de comunicación con la madre y la severidad de la supervisión familiar tienen un efecto significativo sobre la proporción de embarazo en adolescentes. [16]

Entre los aspectos familiares que promueven el embarazo adolescente, el (MSPS) y (UNFPA) mencionan: “límite estrecho familiar”, cuando hay una restricción excesiva de la autonomía de la adolescente; “negligencia paterna”, en el caso de padres poco interesados en la educación y cuidado de su hija; “padres ausentes del hogar” y “familia poco acogedora”, entendida como aquella que establece una dinámica disfuncional que no cubre las necesidades afectivas de la adolescente, como las familias en que existen conflictos entre los padres, así como las dificultades en la comunicación directa y honesta. [7]

En las adolescentes que no viven con ninguno de los padres, se ha encontrado que es más frecuente que no usen anticonceptivos en su primera y en su última relación sexual, en contraposición con aquellos que viven con ambos padres. [7] Esto debe ser por la influencia que tienen los padres con sus hijos cuando se encargan de brindar una educación y apoyo adecuado en cuanto a temas relacionados de sexualidad.

En algunos estudios se observa que a nivel intrafamiliar hay varios factores que hacen un ambiente más vulnerable para las adolescen-



tes, uno de ellos es la falta de alguno de los padres, ya que la persona que se queda deberá asumir más responsabilidades económicas, disminuyendo así la supervisión de los hijos. [3] Otro factor es el deseo de escapar de situaciones familiares conflictivas: las adolescentes se embarazan, en estratos más bajos, para no cuidar de hermanos menores o para ser tratadas como adultas. [7]

6. Violencia y/o alcoholismo

Se observó que éstos están determinados por conductas riesgosas adoptadas por presión social, como el consumo de drogas o alcohol. La influencia de la embriaguez sobre la actividad sexual está asociado a un aumento en la promiscuidad y una disminución en el uso de métodos anticonceptivos. Pero se desconoce si las drogas mismas influyen directamente en los adolescentes en comportamiento sexuales arriesgados, o si los adolescentes consumidores de sustancias alucinógenas crean un ambiente más susceptible para tener relaciones sexuales [16]

7. Proyecto de vida

En cuando a proyecto de vida como determinante social, el informe final entregado por la UNICEF en el 2014 expone que no siempre los embarazos no planificados son equivalentes a embarazos no deseados, a pesar de todas sus dificultades. Muchas veces las y los adolescentes conciben en sus proyectos de vida dentro del matrimonio, la maternidad/paternidad, de modo que el embarazo se puede experimentar más como un escape o solución que como un problema, e incluso con felicidad. [17]

Otro factor tratado por Flórez y Soto es que el embarazo en la adolescencia supone un obstáculo importante para realizar las tareas propias de esa etapa de desarrollo: se trunca el proceso de educación, el desempeño en el mercado laboral es pobre y los ingresos futuros serán bajos. Las jóvenes de bajos ingresos económicos que deben ayudar con labores domésticas, cuidar de sus hermanos, y tienen

dificultad para acceder a materiales escolares, buscan un plan de vida alternativo en donde sería mejor tener un hijo que continuar estudiando. [12]

8. Abuso, violación o explotación sexual

Varios estudios establecen la relación entre el abuso sexual y la condición de embarazo adolescente: este puede presentarse como consecuencia directa del abuso o comportarse como un detonante de otras circunstancias que pueden llevar a un embarazo temprano, entre las cuales se encuentran el uso de drogas, el alcoholismo, la baja autoestima, la victimización repetida y el escape de casa de las adolescentes para evitar el abuso, lo que puede llevar a las jóvenes a vivir en la calle y del trabajo sexual. [7]

Se ha reportado que, en países de América Latina, entre el 15% y el 30% de las adolescentes tuvieron su primera relación sexual con penetración de manera forzada, generalmente, por un hombre conocido, y que los embarazos en menores de 15 años son hasta en un 90% consecuencia de violación. Esta expresión brutal de violencia de género en la que la denominación masculina se impone mediante el ultraje y la agresión al cuerpo de las mujeres, con todos los efectos físicos, psicológicos y sociales que ellos conlleva, no son crímenes individuales desarticulados uno de otros; por el contrario, son la manifestación de una sociedad desigual en términos de género, en la que el cuerpo de las mujeres es blanco de diferentes violencia y en la que se desconocen y transgreden reiteradamente sus derechos. Muchos de estos embarazos adolescentes se dan en el contexto de abuso de los derechos sexuales y reproductivos, explotación sexual, matrimonio infantil, relaciones sexuales obligadas, abuso y violación sexual. [7] [18]

9. Inicio temprano de las relaciones sexuales

En el estudio de Tascón, Benítez y Ospina se observa que el adolescente se ha convertido



en una población de mayor riesgo en salud por la inequidad y las diferentes barreras a las que se enfrenta en materia de accesibilidad a los servicios de salud, en especial a los de salud sexual y reproductiva. [19] Esta situación vuelve susceptible al adolescente al pronto inicio de las relaciones sexuales.

En el estudio realizado por Flórez se encontró que entre las jóvenes que ya iniciaron su vida sexual, la edad de la primera relación oscila entre los 15 y 16 años, independientemente del estrato y de la ciudad. Y que el inicio de las relaciones sexuales ocurre típicamente en adolescentes que tienen una pareja mucho menor que ella, del mismo modo el uso de métodos de planificación familiar entre las adolescentes empieza a los 16 años en promedio, un año después de iniciarse las relaciones sexuales, lo cual significa que media un período de desprotección y de alto riesgo de embarazo. [20]

10. Decisión voluntaria y consciente de quedar en embarazo o de tener relaciones sexuales sin protección.

El (MSPS) y el (UNFPA) consideran también causa determinante, las carencias afectivas y comunicaciones en los/as adolescentes, los aspectos afectivo – emocionales como la impulsividad y el predominio del amor romántico entre un número importante de jóvenes, como factores de riesgo para embarazarse tempranamente. Algunos estudios muestran que en ocasiones el embarazo puede ser deseado, o como un elemento que da sentido a trayectorias vitales de violencia, exclusión y falta de reconocimiento. [7]

El estudio de Flórez y Soto muestra un punto diferente al tratado por el estudio del (MSPS) y el (UNFPA), donde los embarazos precoces son principalmente embarazos no deseados temporalmente entre las adolescentes del estrato alto, mientras que tienden a ser embarazos deseados en las adolescentes pobres. Las adolescentes de estratos bajos, que no han

logrado formular metas relacionadas con el éxito profesional y la incorporación al mundo laboral, encuentran en la nupcialidad y en la maternidad su principal fuente de realización personal. Por el contrario, las adolescentes de los estratos altos tienen como prioridad su desarrollo profesional y laboral antes de cumplir con su proyecto de maternidad. Por lo tanto, los embarazos precoces son principalmente embarazos no deseados temporalmente entre las adolescentes del estrato alto, mientras que tienden a ser embarazos deseados en las adolescentes de estratos bajos. [12]

DISCUSIÓN

La University Global Virtual (Informe21, 2011) da a conocer los países que presentan el mayor índice de embarazo adolescente, siendo esta lista encabezada por Nigeria donde se presentaron más de 233 embarazos por cada mil mujeres adolescentes. [21] Seguida por La República Democrática del Congo, igual que Nigeria, también encabeza la lista de las naciones con el mayor número de embarazos en adolescentes; de cada mil adolescentes, 230 dan a luz. Esto se debe a que el 74% de las mujeres, entre los 15 y 19 años, están casadas, lo que se le denomina “matrimonio precoz”. [21]

Como se observa, la mayor problemática de estos países está centrada en su cultura, pues el matrimonio de las jóvenes adolescentes a corta edad es normal. En comparación con Colombia, se evidencia un sin número de determinantes sociales entre ellos la pobreza, la falta de oportunidad laboral, el bajo nivel educativo, ser hija de madre adolescente entre otros, hace que este fenómeno se convierta en un problema de salud pública. Los entes territoriales han puesto poca atención a esta población, ya que los jóvenes no cuentan con el suficiente número de escuelas, colegios y no se brinda una adecuada y frecuente formación sexual y reproductiva.

Por otro lado, Europa tiene el menor índice de embarazos en adolescentes debido a que adoptan un enfoque diferente con respecto a la educación

sexual y les facilitan a los adolescentes el acceso a la planificación familiar. En los Países Bajos, que posee una de las tasas más bajas de Europa de embarazos en adolescentes, de cuatro partos en adolescentes por 1.000 mujeres, la educación sexual comienza en la escuela primaria. [1] Diferente a lo que sucede en Colombia donde en algunos planteles educativos no cuentan con esta asignatura, donde les puedan dar a asesorías, consejos y guiar a esta población estudiantil a tomar mejores decisiones.

Esta problemática de salud pública ha hecho que América latina, sea la segunda región con mayor embarazo en adolescentes, solo por debajo de África Subsahariana. [6]

Venezuela está a la cabeza de embarazos juveniles en Suramérica, por tal motivo se lanzó una serie de campañas publicitarias e inició de igual manera talleres de educación sexual en los planteles educativos, donde el Gobierno Venezolano calificó de “alarmantes” las cifras de embarazos precoces y reveló que, de los 591.303 partos de 2010, 130.888 fueron de menores de 19 años y 7.778 de madres menores de 15 años. [15]

Cifras realmente alarmantes para la región y razón de ella es la difícil situación política, social y económica que está atravesando.

Después de Venezuela, una de las tasas más altas de América Latina se registra en Ecuador, donde más del 17 % de las jóvenes de entre 15 y 19 años son madres. [15] En esta perspectiva, es importante estudiar cuales son los determinantes de tipo sociocultural y el impacto que tiene el embarazo en estas jóvenes adolescentes y cómo afecta su contexto personal, familiar y social. Además, indagar sobre las políticas públicas que buscan transformar aquellos determinantes e impactos en la sociedad, en pro de garantizar los derechos a las niñas y adolescentes que están embarazadas o que ya son madres.

En Colombia, otro factor que ha influenciado el aumento del número de embarazo adolescentes ha sido el desplazamiento forzado por parte del

conflicto armado que ha vivido el país durante muchos años. Las comunidades se han visto obligadas a abandonar sus tierras y estabilidad económica. Además de esto, los niños tienen que dejar atrás sus estudios y el desplazamiento forzado a las ciudades, implica trabajar para poder salir adelante y conseguir su sustento diario, dejando así sus estudios, sueños y con ello una gran oportunidad de recibir una educación de calidad.

Un estudio realizado en Chile [22] identificó los determinantes sociales para embarazos en adolescentes el no uso de métodos anticonceptivos y la falta de conocimiento sobre sexualidad.

La historia de los hogares en relación con la edad de embarazo de la madre es un determinante que, aunque medianamente estudiado es influyente en esta situación y es también como se refleja en un estudio realizado en Cuba [23] donde se encontró relación entre las jóvenes que tienen madres adolescentes, las que no conviven con ambos padres y el embarazo precoz.

Se plantea que el 18 % de los adolescentes americanos han experimentado el sexo con anterioridad a los 15 años, llegando hasta el 66 % de adolescentes no casadas con experiencias sexuales antes de los 19 años. Otros autores [24] plantean que la edad de inicio de las relaciones sexuales es alrededor de los 15 años. En esta revisión la edad más frecuente en que se inician las relaciones sexuales en las adolescentes es entre los 15 a 16 años. Esto podría deberse a que hay varias causas que precipitan esta decisión que es la falta de educación sexual y reproductiva, el poco conocimiento y accesibilidad sobre los métodos de planificación sexual la influencia del medio en el que viven las adolescentes.

CONCLUSIONES

El embarazo en la adolescencia es una problemática de salud pública, la cual necesita mayor atención por parte de los entes gubernamentales.

Los embarazos a temprana edad se presentan con mayor frecuencia en estratos socioeconómicos

más bajos y va de la mano con una alta deserción escolar. Hecho, que acentúa aún más la pobreza. Son varios los determinantes sociales relacionados con el embarazo en las adolescentes, entre ellos: el nivel socioeconómico, la dificultad de acceso a la educación y la información pertinente y de calidad, las prácticas de crianzas impartidas desde el hogar, entre otros.

El resultado de estos determinantes es decisivo para la salud pública, el cual afecta el entorno personal, familiar, social, de salud y económico. Por ello, se deben efectuar programas comunitarios encaminados al fortalecimiento en la educación hacia los jóvenes sobre proyecto de vida, fortalecimiento en la autoestima de estos adolescentes, inicio temprano de las relaciones sexuales, mayor accesibilidad y conocimiento sobre los métodos de planificación familiar y enfermedades de transmisión sexual. Es preciso elaborar programas no solo para los adolescentes, sino también para los docentes, legisladores, profesionales de la salud y especialmente para los padres que son un pilar importante en su formación.

REFERENCIAS

1. OMS. Organización Mundial de la Salud [Internet]. Boletín - Embarazo en adolescentes: un problema culturalmente complejo; 2009: Disponible en: <http://www.who.int/bulletin/volumes/87/6/09-020609/es/>
2. De Cero a Siempre. [Internet]. Bogotá; 2013. El aumento del Embarazos en Adolescentes en Colombia. Disponible en: <http://www.deceroasiempre.gov.co/Prensa/CDocumentacionDocs/Bolet%C3%ADn%20No.%202%20El%20aumento%20de%20embarazos%20adolescentes%20en%20Colombia.pdf>
3. Gobernación del Huila. (29 de 09 de 2008). Día nacional de la prevención del embarazo en adolescentes. Disponible en: <http://www.huila.gov.co/352-prensa/prensa-salud/18141-dia-nacional-de-la-prevencion-del-embarazo-en-adolescentes---18141>
4. Gobernación del Huila. (2015). Informe de gestión sobre la garantía de Derechos de la primera infancia, infancia, adolescencia y Juventud 2013-2015. Neiva.
5. Planeación, Gob Huila. (2016). Informe de Gestión a 31 de diciembre de 2015. Neiva.
6. MSPS (Ministerio de Salud y Protección Social). 2013. Guía Metodológica ONIEA Colombia. Bogotá: Ministerio de Salud y la Protección Social.
7. Ministerio de Salud y Protección Social, Fondo de población de las Naciones Unidas. (2014). Determinantes Sociales de embarazo en menores de 15 años. Bogotá: Comité editorial cooperación 036.
8. Ministerio de Salud y la protección social. (2012). CONPES SOCIAL. Bogotá: Convenio de corporación 036.
9. Florez CE & Soto VE. La fecundidad y el acceso a los servicios de salud reproductiva en el contexto de la movilidad social en América Latina y el Caribe. CEDE. 2007; 1-71.
10. Rani M, & Lule E. Exploring the Socioeconomic Dimension of Adolescent Reproductive Health: A Multicountry Analysis. International Family Planning Perspectives. 2004; 100-117.
11. Osorio I, & Hernandez M. Prevalencia de deserción escolar en embarazadas adolescentes de instituciones educativas oficiales del Valle del Cauca, Colombia, 2006. Colombia Médica. 2011; 1-6.
12. Floréz C, & Soto V. Fecundidad Adolescente y Desigualdad en Colombia y la Región de América Latina y el Caribe. CEPAL. 2006; 1-26.
13. Quiñonez J, Preciado J, & Nuñez B. Identificación de factores de riesgo de embarazo en población adolescente escolar urbana y rural colombiana. Salud pública. 2012; 1-13.
14. Profamilia. [Internet]. (s.f.). Embarazo Juvenil. Disponible en: <https://profamilia.org.co/inicio/joven-2/servicios-joven/embarazo-joven2/>
15. EFE. [Internet]. (13 de 05 de 2012). El embarazo en adolescentes, un drama que va en aumento en América Latina. Disponible en: <http://www.20minutos.es/noticia/1436441/0/embarazo/adolescentes/latinoamerica/>
16. Pardo C. Análisis del embarazo y la maternidad durante la adolescencia: diferencias socioeconómicas. Desarrollo y Sociedad. 2012; 133-135.
17. UNICEF. (Fondo de las Naciones Unidas para la infancia) Vivencias y relatos sobre el embarazo en adolescentes. Panamá: Innovación en Diseño, Edición y Alrededores. 2014
18. WHO (World Health Organization). (2011). Preventing Early Pregnancy and Poor Reproductive Outcomes . Inís Communication .
19. Tascón L, Benitez D, & Ospina C. Actividad sexual temprana y embarazo en la adolescencia: estado del arte. Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología. 2016; 243 - 253.
20. Florez CE. Factores socioeconómicos y contextuales que determinan la actividad reproductiva de las adolescentes en Colombia. Revista de Panamá Salud Pública. 2005; 388-402.



21. Informe21. (22 de Junio de 2011). Obtenido de Los 10 países con mayor índice de embarazos precoces... Venezuela está en 6to lugar: <https://informe21.com/venezuela/los-10-paises-mayor-indice-embarazos-precoces-venezuela-esta-6to-lugar>
22. Baeza B, Póo A, Vásquez O, Muñoz S, & Vallejos, C. Identificación de factores de riesgo y factores Protectores del embarazo en adolescentes de la Novena región. *Revista Chilena Ginecología y Obstetricia*. 2007; 76-81.
23. Pérez Rosabal E, Soler Sánchez Y, Pérez Rosabal R, & Fonseca Méndez L. Caracterización psicosocial de un grupo de adolescentes embarazadas del municipio Campechuela. *Rev Nov Po*. 2015; 11(22): 73-80.
24. Maceirras García L, Matesanz Barrios A, Andorrá Ruiz E. Los centros Jóvenes de Anticoncepción y sexualidad. *Ginecología y Contracepción*. 1992; 1 (3): 5-7.



Revisión

Adherencia a lista de verificación de cirugía segura por parte de enfermería con base en la teoría de Patricia Benner

Adherence to a checklist of safe surgery by nursing based on the theory of Patricia Benner

Flor Erisele Cabrera Lucumi¹, Diana Marcela Frías Andrade¹, William Andrés Yonda Perdomo¹

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

Resumen

La seguridad del paciente es un tema que ha despertado gran interés en todos los países del mundo y sus sistemas de salud, por ello, se hacen indispensable la investigación a fin de comprender la situación actual a la cultura y en los procedimientos seguros asistenciales. El presente artículo se realiza con el objetivo de conocer la adherencia de la lista de verificación de cirugía segura en el área quirúrgica y el nivel de cultura en la seguridad del paciente por parte de enfermería, con base en la teoría de Patricia Benner. Se realizó una revisión bibliográfica de 50 artículos y proyectos de investigación publicados entre el año 2013 y el año 2018. El profesional de enfermería que se desempeña en el área de cirugía, se enfrenta cada vez a situaciones de aprendizaje producto de la constancia o transformación, desarrollando así habilidades y destrezas que se llevan a cabo a través de la práctica clínica. Para lograr una seguridad en el paciente de manera óptima, es indispensable que el personal de enfermería se oriente por una labor en equipo, promoviendo la buena comunicación, la coordinación, el liderazgo, la calidad en el apoyo a sus compañeros, y el compartimiento de estrategias para potencializar la labor de cada uno, por medio de la adquisición de competencias y habilidades, las cuales deben ser puestas en práctica en los procesos de tratamiento, rehabilitación y recuperación de cada individuo que presenta alteraciones de salud.

Abstract

Patient safety is an issue that has aroused great interest in all countries of the world and their health systems, therefore, research is essential in order to understand the current situation of culture and in safe care procedures. The present article is carried out with the objective of knowing the adherence of the checklist of safe surgery in the surgical area and the level of culture in the safety of the patient by nursing, based on the theory of Patricia Benner. A bibliographic review was made of 50 articles and research projects published between 2013 and 2018. The nursing professional who works in the area of surgery, is faced every time learning situations product of constancy or transformation, thus developing skills and abilities that are carried out through clinical practice. To achieve optimal patient safety, it is essential that the nursing staff be guided by a team effort, promoting good communication, coordination, leadership, quality in the support of their colleagues, and the sharing of information. Strategies to enhance the work of each one, through the acquisition of skills and abilities, which must be put into practice in the treatment, rehabilitation and recovery processes of each individual that presents health alterations.

Palabras Clave

Seguridad, verificación, cirugía, enfermería, área quirúrgica.

Keywords

Security, verification, surgery, nursing, surgical area.

INTRODUCCIÓN

En el área de cirugía de las instituciones de salud, se llevan a cabo diversos procedimientos quirúrgicos y no quirúrgicos requeridos por los usuarios. Para ello, es indispensable que tanto las instalaciones como el personal de la salud garanticen las condiciones adecuadas para ejecutar cada uno de los procedimientos, dando uso a los recursos tecnológicos, por medio del compromiso del recurso humano calificado, y el desarrollo de acciones que velen por la seguridad de los pacientes por medio de una atención digna, responsable y cálida para el usuario [1]. No obstante, a medida que transcurren las actividades diarias del área de cirugía, tanto los pacientes como el personal enfermero, se encuentran expuestos a cometer incidentes, eventos y errores humanos, que pueden desencadenar afectaciones en la salud de los usuarios [2].

Correspondencia: Diana Marcela Frías Andrade.
Dirección: Calle 26 Sur # 23A
- 39 Apartamento 301, Neiva - Colombia.
Tel.: +57 310 7936795.
E-mail: diana.frias@uninavarra.edu.co



La Organización Mundial de la Salud – (en adelante OMS) - en el año 2018 identificó determinadas faltas ocasionadas por incidentes como resultado de intervenciones quirúrgicas destacándose la inadecuada ubicación del área de cirugía, la inadecuada administración de la anestesia, e infecciones y heridas operatorias. Por tal razón la OMS a partir de evidencias científicas dirige su atención a la seguridad quirúrgica [3].

Los bajos parámetros de seguridad en la atención quirúrgica ocasionan daños irremediables, incluso la muerte en muchos pacientes. A partir de ello, se crearon estándares universales en el cuidado quirúrgico, mediante el cual, se formuló la Lista de Verificación de Cirugía Segura, siendo de fácil manejo, de bajo costo y con grandes beneficios en su implementación, la cual promueve un entorno de seguridad al paciente en la cirugía, con el objetivo de minimizar los riesgos y eventos adversos evitables [3].

La literatura presente hasta la fecha a nivel nacional e internacional da muestra acerca de la escasa presencia de investigaciones sobre el cumplimiento de la lista de verificación de cirugía segura. En Colombia en el 2011, de acuerdo al estudio de Collazos et al., [4] cuyo principal objetivo se fundamentó en conocer la aplicación de la lista de chequeo de seguridad en cirugía, en los pacientes que asistieron durante los meses de febrero y marzo del año 2011, y describir los comportamientos frente a situaciones adversas de las cirugías, en los momentos antes y después de su implementación [4]. Los resultados de dicho estudio permitieron determinar que la percepción de los pacientes acerca de la seguridad en la cirugía es favorable, dado que el 56% manifestó no haber tenido temores [5].

En Lima en el año 2017, Barrios Arotoma et al., [3] desarrollaron una investigación con el fin de conocer el cumplimiento de la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura en la especialidad de traumatología en un hospital nacional de Lima, con un enfoque cuantitativo de estudio en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, durante el primer trimestre del 2017 [6]. Como

resultados se tuvo que, la lista de chequeo es vista por la enfermera como una herramienta indispensable en la cirugía segura, para evitar posibles complicaciones tanto para el personal como para los pacientes [7], dado que permite evaluar la labor de cada profesional, de igual forma, permite reconocer las necesidades de participación de cada profesional en el equipo quirúrgico, caracterizados por tener “minuciosidad, compromiso y responsabilidad en su ejecución y que la lista de verificación es un gran compromiso moral, vocacional y legal” [8] en el cual los pacientes tienen derechos y el equipo quirúrgico responsabilidades, esta, salvaguarda siempre la seguridad y bienestar del paciente, al identificar preventivamente los riesgos con una capacidad de respuesta oportuna.

El profesional de enfermería que se desempeña en el área de cirugía, se enfrenta cada vez a situaciones de aprendizaje producto de la constancia o transformación, desarrollando así habilidades y destrezas que se llevan a cabo a través de la práctica clínica. En el área quirúrgica es indispensable que el personal encargado cuente con una gran capacidad cognitiva, es decir, destrezas en la resolución de conflictos y situaciones problemáticas, en especial, debe poder relacionarse de manera adecuada con otras personas.

Dado lo anterior, una de las teóricas que ha generado un gran aporte de conocimientos acerca de la enfermería y su labor, es Patricia Benner, para quien el profesional de enfermería es un “individuo que posee grandes capacidades para pensar y habilidad para realizar actividades, pero que en ocasiones se deja de lado su parte espiritual, la ética y la moral, que forman parte fundamental de la competencia “el saber ser” [8], a partir de allí se ejecutan las decisiones, dado que la ética solidaria genera puntos de inicio para retomar el valor de las elecciones profesionales [8]. La teoría de Patricia Benner está fundamentada en la adquisición de conocimientos y aprendizajes por parte del enfermero a fin de adoptar una cultura de adherencia a ciertos procesos que garanticen la seguridad en la atención [9].

Teniendo en cuenta que actualmente existen muchos centros clínicos en que la enfermera circulante es la encargada de planificar todo el acto quirúrgico, y de dar cumplimiento a la lista de verificación de cirugía segura, aún se presentan falencias en su diligenciamiento, dado que quedan algunos espacios vacíos, generando preguntas de forma incorrecta, marcación inadecuada de casillas, la omisión de firmas de anesthesiólogos y cirujanos, la escasa conciencia del equipo, e incluso desinterés por su cumplimiento conllevando a la persistencia de graves falencias. Por lo anterior, el presente artículo se realiza con el objetivo de conocer la adherencia de la lista de verificación de cirugía segura en el área quirúrgica y el nivel de cultura en la seguridad del paciente por parte de enfermería, con base en la teoría de Patricia Benner.

MATERIALES Y MÉTODOS

El presente artículo recoge la consulta bibliográfica de 50 artículos y proyectos de investigación que cumplan con los siguientes criterios de selección:

- Contenidos en bases de datos reconocidas de repositorios o bibliotecas digitales institucionales a nivel internacional, nacional y regional. Plataformas de búsqueda; Google Academic, Dialnet, SciElo.
- Publicados entre el año 2013 y el año 2018.
- Relacionados a los temas de; adherencia a lista de verificación de cirugía segura y el nivel de cultura en la seguridad del paciente por parte de enfermería.

La metodología se llevó a cabo por el siguiente proceso de búsqueda:

Figura 1. Proceso de búsqueda de la revisión



RESULTADOS

El servicio quirúrgico es aquel que se destina a la ejecución de procesos e intervenciones quirúrgicas por parte de un médico especializado que son requeridas por los usuarios dado su condición de salud, requieren estancia hospitalaria y en algunos casos, equipamiento especial y tecnología de

punta para cada procedimiento [10]. El área de cirugía, es aquel espacio cerrado en su totalidad, en que se desarrolla el servicio quirúrgico por parte de los profesionales en la salud, debe contener tecnología de punta para llevar a cabo las operaciones, para todos los procedimientos que se hacen bajo anestesia general, regional o local y sedación [10].



Las salas de cirugía son el área en que se desarrollan actividades con una variedad multidisciplinaria de profesionales, desde el personal de enfermería, instrumentadores, cuerpo médico, personal asistencial, anestesiólogos, y de apoyo que, garantizan al paciente una alta calidad en la atención, por ello, Fuquen [11] expresa que, cada institución de salud debe encaminar sus esfuerzos en dar cumplimiento a las exigencias que acrediten su atención quirúrgica como la mejor en su campo, mediante la oferta de servicios con la más alta garantía en calidad nacional e internacional [11].

Para cada una de las intervenciones realizadas por el personal médico, la seguridad en el paciente debe ser primordial, Moreno [12] expresa que las complicaciones tanto en los procedimientos médicos como los errores asociados a los mismos, son una de las principales causas de morbi-mortalidad dentro de los Sistemas Sanitarios. Expone también que, al año, se realizan 234 millones de cirugías mayores en los países más desarrollados del mundo. Dicho incremento ha ocasionado un gran aumento en el registro de complicaciones entre un “3-16% de los procedimientos quirúrgicos que requieren ingreso, con tasas de mortalidad o discapacidad permanente del 0,4-0,8% aproximadamente” [12]. Lo anterior evidencia que, aunque las instituciones en salud crean estrategias para su mejora, la actividad no se encuentra libre de riesgos, por lo tanto, es indispensable trabajar en la mejora de la seguridad del paciente [12].

Gómez et al. [13], definen la seguridad del paciente como aquella ausencia de incidentes, accidentes o lesiones prevenibles, presentados en la atención de la salud. Se integra por todos los elementos estructurales, acciones clínicas, procedimientos, herramientas, instrumentos y métodos con base científica, que se ejecutan a fin de minimizar los riesgos de eventos adversos en la prestación de los servicios de salud y reducir los daños posibles, haciendo que el ejercicio del cuidado se desarrolle con altos estándares de calidad [13]. Gómez et al. [13] encontraron en su estudio que, el personal de enfermería encuentra una relación directa en la sobre carga en el número

de pacientes y número de profesionales, como un problema que puede ocasionar un factor de riesgo para los errores en la atención. Por otro lado, expresan que los estudios acerca de la cultura de seguridad del paciente, se enfocan principalmente en la administración de medicamentos el cual implica riesgos, defectos de las prescripciones y falencias en la estandarización de herramientas o soluciones para diversas situaciones.

Jaramillo et al., [14] expresan que en el área de cirugía, la atención al paciente debe orientarse principalmente por su seguridad en el quirófano, esto debe estar integrado por normas, conductas, labores, infraestructura, herramientas y la correcta administración de los recursos que permitan garantizar la calidad en los procedimientos asistenciales, representando así la principal característica competitiva en las instituciones de salud [14]. Dentro de su estudio, Jaramillo et al., [14] evaluaron la implementación de programas de cirugía segura salva vidas, en los pacientes quirúrgicos del S.E.S Hospital de Caldas, durante el primer semestre de 2014, encontrando un nivel medio con tendencia al alza, dado que aún existe una falta adherencia del personal al programa como tal.

Las estrategias adoptadas por las instituciones de salud, en pro de salvar las vidas de los pacientes en el quirófano, pretenden aprovechar el compromiso gubernamental y la voluntad clínica para abordar temas de seguridad fundamentales, como las inadecuadas prácticas de la seguridad de la anestesia, las infecciones quirúrgicas prevenibles o la baja comunicación entre los integrantes del equipo quirúrgico [15]. Aunque existen antecedentes a lo largo de la historia enfatizando que el acto médico debe estar libre de daño, en las últimas décadas del siglo pasado, diversos estudios pusieron en el centro de la atención, tanto de la comunidad médica como de sociedad en general, la ocurrencia de errores durante la atención médica [16].

Para realizar una labor acorde a las necesidades y seguridad del paciente, es indispensable que el personal de enfermería desarrolle una cultura

y clima de seguridad que permita garantizar el bienestar del usuario en atención y de sus compañeros. Para Feng [17] la cultura de la seguridad representa las “percepciones compartidas entre directivos y el personal en lo concerniente a la importancia de la seguridad” [17].

Para Ramírez et al., [18] la cultura de seguridad está integrada por las creencias y actitudes del profesional, con base en el desarrollo investigativo que realiza y la experiencia en la práctica diaria dentro de su labor, dichas actitudes se orientan para brindar un máximo bienestar al paciente de cuidado. En su estudio, Ramírez et al., [18] describieron la percepción de los enfermeros acerca de la cultura de seguridad, encontrando resultados positivos sobre todo, en la coordinación y comunicación en las unidades, en términos generales, la percepción es positiva dado que la gerencia se interesa en la seguridad del paciente.

Por otro lado, Castilla et al., [19] expresan que, la seguridad en los procesos quirúrgicos, no deben dirigirse sólo al llenado de formatos de control, dado que es indispensable capacitar al personal asistencial y administrativo en una cultura de seguridad y humanización que beneficie al paciente mediante la administración de cuidados adecuados, minimizando así el riesgo de sufrir eventos adversos durante la atención en salud [19].

Zárate y otros autores [20] encontraron en un estudio sobre los eventos adversos en pacientes hospitalizados reportados por enfermería que, la comunicación verbal y las órdenes ambiguas representan uno de los causantes de dichos eventos adversos, anexo a ello, la comunicación escrita y la comprensión de órdenes, también constituyen factores que pueden ocasionar incidentes en el área médica [20]. Para lograr una seguridad en el paciente de manera óptima, es indispensable que el personal de enfermería se oriente por una labor en equipo, promoviendo la buena comunicación, la coordinación, el liderazgo, la calidad en el apoyo a sus compañeros, y el compartimiento de estrategias para potencializar la labor de cada uno [21].

En otro orden de ideas, aparte de la capacitación del personal de la salud, se han creado iniciativas y listas de verificación que se orientan bajo un marco guiado para la seguridad de la salud intra-operatoria en las instituciones de salud, esto es desarrollado bajo una secuencia sistemática de acontecimientos: “Evaluación preoperatoria del paciente, intervención quirúrgica y preparación para los cuidados postoperatorios adecuados, con sus respectivos riesgos, que deben ser mitigados” [22].

Entre las prácticas recomendadas para prevenir los eventos adversos, según Matas, [23] está la lista de verificación quirúrgica (LVQ), o Lista de Verificación de Cirugía Segura, la cual constituye un cuestionario que no representa un gasto monetario en la institución de salud, es accesible en cada uno de ellos, se adapta a los requerimientos y permite determinar si los eventos adversos son causados por factores humanos o fallos técnico-sistémicos [23].

Las listas de verificación (Check-list) son apoyos cognitivos para la ejecución de algunas actividades. Su eficacia ha sido demostrada tanto para realizar correctamente los procesos llevados a cabo en el área de la salud, como para prevenir errores al sistematizar las actividades y desarrollar recordatorios paso a paso de las mismas [24–32].

Ramírez y otros autores manifiestan que las listas de chequeo son una estrategia importante para la seguridad del paciente, son herramientas utilizadas por los profesionales de la salud, a fin de mejorar la seguridad durante los procedimientos realizados en las salas de cirugía, y, de esta manera reducir los posibles eventos adversos [33]. Esta lista tiene como fin primordial reforzar las prácticas quirúrgicas seguras reconocidas, promover una mejor interacción y trabajo en equipo entre las disciplinas clínicas [34].

La cirugía segura busca ser un instrumento de utilidad para todo el personal médico, con el objetivo de mejorar la seguridad en las intervenciones quirúrgicas, por medio de la lista de verificación, se establecen tres fases catalogadas como: antes



de la inducción de anestesia, antes de la incisión quirúrgica y antes que el paciente salga del quirófano [35].

Durante la primera fase, antes de Inducción de Anestesia (Registro de Entrada), el coordinador encargado de la lista de chequeo, debe repasar con el paciente, de manera verbal, los principales datos correspondientes al mismo, es decir, su identidad, lugar de la cirugía, objeto de la misma, procedimiento e intervención a realizar, y, de igual forma, se obtendrá un consentimiento informado para tal procedimiento [36].

Antes de Incisión Quirúrgica (Pausa Quirúrgica) cada profesional del equipo, debe presentarse por su nombre y función establecida. En caso de que el equipo ya haya trabajado anteriormente para alguna intervención quirúrgica, pueden manifestar simplemente que todos en la sala son conocidos, de esta manera agilizar el proceso. El equipo médico debe detenerse previo a la incisión cutánea para confirmar en voz alta, que el procedimiento y lugar seleccionados para la operación son los correctos, posterior a ello, cada miembro del equipo dará continuidad a la revisión verbal cada uno, por turnos, sobre los puntos fundamentales de su plan de intervención, utilizando como guía las preguntas de la Lista de verificación [37].

Finalmente, cabe destacar que la lista de verificación minimizará los riesgos sobre daño quirúrgico grave y permitirá garantizar que el profesional encargado de la cirugía, siga de manera adecuada las medidas de seguridad requeridas, reduciendo así los riesgos más comunes que comprometen el estado de salud y la vida de los pacientes en el área de cirugía [38].

DISCUSIÓN

De la literatura analizada se pudo inferir que, en el ejercicio de la enfermería, la adquisición de competencias y habilidades se ve reflejada en el profesional, y, por ello, debe poner en práctica todas sus habilidades y conocimientos adquiridos en el proceso de tratamiento, rehabilitación y recuperación de cada individuo que presenta alte-

raciones de salud [39]. En la actualidad, diversos estudios exponen que el profesional de enfermería de diversas áreas clínicas, desarrolla y adquiere conocimientos y destrezas que apoyan su labor profesional. Para brindar un cuidado adecuado, el profesional de enfermería debe tener conocimientos, habilidades y destrezas [1,40–42], con ello, es posible prevenir acciones inseguras que pongan en riesgo la salud y vida del paciente, quien es el único y principal objetivo [43].

El estudio de Moreno [12] encontró que a pesar de la existencia de programas de seguridad en las cirugías en las instituciones en salud, aun se presentan riesgos, ante ello, es indispensable trabajar en la mejora de la seguridad del paciente. Por otro lado, Gómez et al. [13] encontraron en su estudio que, el personal de enfermería considera que uno de los problemas en la prevención de riesgos en cirugía, se deben a la falta de comunicación en el equipo profesional. Ramírez et al., [18] describieron la percepción de los enfermeros acerca de la cultura de seguridad, encontrando resultados positivos sobre todo, en la coordinación y comunicación en las unidades, en términos generales, la percepción es positiva dado que la gerencia se interesa en la seguridad del paciente.

A partir de lo anterior, importantes autoras como, Patricia Benner han sido parte de la tendencia acerca de conceptualizar la ética, como una manera de conocimiento teórico integrado a la experticia de la enfermería [44]. Patricia Benner elaboró un conjunto descriptivo e interpretativo acerca de los perfiles en el ejercicio de la enfermería. Los conceptos se basan en los niveles de práctica extraídos de Dreyfus: “principiante, principiante avanzado, competente, eficaz y experto. Estos cinco conceptos ayudan a describir la práctica de enfermería” [45]. Benner fundamentó su estudio con el objetivo de descubrir y analizar los conocimientos con los cuales se desarrolla la labor de enfermería, a partir de investigaciones, exploraciones sobre el conocimiento práctico y la experiencia clínica en la práctica de enfermería [46–48].

Benner, en su modelo, estipuló que el enfermero podía adquirir conocimientos y habilidades

haciendo referencia al “saber”, sin la necesidad de aprender la teoría, “saber qué”, anexo a ello, planteó 5 niveles de experiencia de enfermería, los cuales están contenidos en sus principales conceptos [49]. El nivel de principiante, expone que el individuo no posee experiencia alguna sobre una situación a la que debe enfrentarse, para ello, el individuo requiere de ayudas externas para poder afrontar dichos momentos y labores. El principiante avanzado, es aquel que demuestra una actuación aceptable frente a una situación, en esta ocasión, la persona tiene la experiencia requerida para realizar alguna labor [50].

CONCLUSIONES

La literatura consultada permitió conocer la adherencia de la lista de verificación de cirugía segura en el área quirúrgica y el nivel de cultura en la seguridad del paciente por parte de enfermería, en donde diversos estudios expusieron que el profesional de enfermería de diversas áreas clínicas, desarrolla y adquiere conocimientos y destrezas que apoyan su labor profesional. Las investigaciones encontraron que, a pesar de la existencia de programas de seguridad en las cirugías en las instituciones en salud, aun se presentan riesgos.

La revisión permitió conocer que uno de los problemas en la prevención de riesgos en cirugía, se deben a la falta de comunicación en el equipo profesional, es decir, al aseguramiento de los factores que integran el diligenciamiento de la lista de verificación. Por otro lado, los estudios acerca de la cultura de seguridad del paciente, se han priorizado, sobre todo, en la administración de medicamentos el cual implica riesgos, defectos de las prescripciones y falencias en la estandarización de herramientas o soluciones para diversas situaciones. No obstante, otros estudios evidenciaron resultados positivos en la coordinación y comunicación en las unidades, en términos generales, la percepción es positiva dado que la gerencia se interesa en la seguridad del paciente.

En los centros clínicos, la enfermera circulante es la encargada de planificar todo el acto quirúrgico, y de dar cumplimiento a la lista de verificación de

cirugía segura, sin embargo, aún se presentan falencias en su diligenciamiento, dado que quedan algunos espacios vacíos, generando preguntas de forma incorrecta, marcación inadecuada de casillas, la omisión de firmas de anesthesiólogos y cirujanos, la escasa conciencia del equipo, e incluso desinterés por su cumplimiento conllevando a la persistencia de graves falencias.

Con relación al modelo de Benner, el enfermero se caracteriza por un nivel de principiante, en el cual, el individuo no posee experiencia alguna sobre una situación a la que debe enfrentarse, para ello, el individuo requiere de ayudas externas para poder afrontar dichos momentos y labores, por ello, la aplicación de la Lista de verificación de cirugía segura, debe ser adherida a los procedimientos llevados a cabo durante las cirugías.

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

1. Rodríguez I, Romero María MO. Programa de Inducción para profesionales de Enfermería en el área de cirugía de la Fundación Cardio Infantil Instituto de cardiología. [Tesis]. Bogotá: Univ La Sabana; 2015:103.
2. Monteiro C, Avelar AFM, Pedreira M da LG. Interruptions of nurses' activities and patient safety: an integrative literature review. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2015;23(1):169–79.
3. Barrios R, Litano M, Moisés M. Cumplimiento de la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura en la especialidad de traumatología en un hospital nacional de Lima, 2017 [Tesis]. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2017.
4. Lazo-Valer H, Torres YS. Experiencias en la aplicación de la hoja de cirugía segura en enfermeras del hospital regional Honorio Delgado, Arequipa 2017. [Tesis]. Arequipa: Universidad Nacional de San Agustín; 2017: 1–91.



5. Izquierdo Baca, F. Nivel de cumplimiento de la lista de verificación de cirugía segura por el personal de centro quirúrgico del Hospital Nacional Dos de Mayo 2015. [Tesis] Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2016:79.
6. Torres A. Cumplimiento de lista de verificación de cirugía segura. Servicio de Centro Quirúrgico del Hospital Daniel Alcides Carrión - Huancayo, agosto 2016. [Tesis] Lima: Universidad de San Martín de Porres; 2017
7. Diana M, García R, González AN, Lourdes M, Bates P, Villarreal GC. Nivel de cumplimiento y factores que influyen en la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura. *Rev Mex Enfermería Cardiológica*. 2012;20:47–53.
8. Algarra C, Julia A, Serrano G, Orjuela C, Marcela C, Sánchez D, et al. La filosofía de Patricia Benner y la práctica clínica Review of Patricia Benner's philosophy in clinical practice. *Enfermería Glob*. 2013; (32);346–61.
9. Pasijojoa VMG, Vallejo ÁLL, Fajardo SSM, Zambrano KAR, Pantoja CJR, Acosta MF. Desempeño del profesional de Enfermería en el área asistencial en una Institución de salud de la ciudad de Pasto – Nariño 2009 - 2010. *Rev UNIMAR*. 2014. 28:43–50.
10. Ministerio de Salud y Protección Social. Mejorar la seguridad en los procedimientos quirúrgicos. Guía técnica “Buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud.” 2014;107. Available from: <http://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/seguridad-en-procesos-quirurgicos.pdf>
11. Rodríguez I, Romero M, Maldonado O. Programa de inducción para profesionales de enfermería en el área de cirugía de la fundación cardio infantil Instituto de Cardiología. [Tesis]. Univ Nac Colomb 2015;1–41.
12. Moreno Alemán J. Seguridad del paciente en el área quirúrgica: Aspectos jurídicos positivos de la implantación del Check List o Lista de Verificación Quirúrgica. *Rev CESCO Consum Derecho*. 2013;(8):162–81.
13. Gómez O, Gámez AS, Gutiérrez AA, Salamanca JG, Vega AG, Galeano EM. Una mirada actual de la cultura de seguridad del paciente. *Av en Enfermería*. 2011;29(2):363–74.
14. Jaramillo, Paola; Sossa, Paula; Velez, María; Pardo D. Evaluación del nivel de implementación del programa cirugía segura en SES Hospital de Caldas. [Tesis]. Manizales: Univ Católica Manizales; 2014.
15. Dávila HLG. Protocolo prácticas quirúrgicas seguras. Minist salud pública, Ecuador. 2014;
16. OMS. El Segundo Reto Mundial Por La Seguridad Del Paciente: La cirugía segura salva vidas. *Organ Mund la Salud*. 2008;1:32.
17. López Pinzón, V; Puentes Vega, M; Ramirez A. Medición De La Cultura De Seguridad Del Paciente En Un Hospital Público De Primer Nivel En El Municipio De Villeta. [Tesis]. Univ del Rosario. 2016;78.
18. Ramírez OG, Gutiérrez WA, Vega LG, Salamanca JG, Galeano EM, Gámez AS. Cultura de seguridad del paciente por personal de enfermería en Bogotá , Colombia Patient safety culture of nursing staff in Bogotá , Colombia. *Cienc y Enferm*. 2011;17(3):97–111.
19. Castilla N, Gómez H, Quintero M. Seguridad del paciente en el ámbito quirúrgico. Univ St Tomás. [Tesis] 2017;32. Available from: <https://repository.usta.edu.co/bitstream/handle/11634/10414/Castillanataly2018.pdf?sequence=1>
20. Zárate-Grajales RA, Salcedo-Álvarez RA, Olvera-Arreola SS, Hernández-Corral S, Barrientos-Sánchez J, Pérez-López MT, et al. Eventos adversos en pacientes hospitalizados reportados por enfermería: un estudio multicéntrico en México. *Enfermería Univ*. 2017;14(4): 277-285.
21. Solar L. Seguridad del paciente en los cuidados de enfermería. Univ Cantab [Tesis]. 2014;1–34. Available from: <https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/5108/SolarRuizL.pdf>
22. Torres L del P, Flores JA, Llanos M, Jiménez J, Zepeda F, Mancilla M. Intervenciones preventivas para la seguridad en el paciente quirúrgico. *Inst Mex del seguro Soc*. 2013;3–71. Available from: <http://www.imss.gob.mx/profesionales/guiasclinicas/Pages/guias.aspx>
23. Matas ÁG, García RP, Alemán JM. Seguridad Del Paciente En El Área Quirúrgica. *Cirugía General. Proyecto Piloto De Implantación De Listas De Verificación Quirúrgica En Un Servicio Público De Salud. Aspectos Jurídicos*. ExtraXXII Cong. 2013;23.
24. Ortiz A. El checklist quirúrgico; herramienta fundamental para garantizar la seguridad de los pacientes en quirófano. Univ del País Vasco [Internet]. 2016; Available from: https://addi.ehu.es/bitstream/handle/10810/22788/TFG_ORTIZ_ARTEAGA.pdf?sequence=1
25. García RA. Impacto de la Implantación del Checklist quirúrgico en un Servicio de Cirugía General. Cantab Univ [Tesis]. 2016;20. Available from: https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/8402/Tesis_RAGD.pdf?sequence=5
26. Sanchez-Martinez A, Gonzalez-Valverde FM, Ruiz-Marin M, Martínez-González P, Canovas-Alcazar E, Sáez Soto ÁR. Surgical checklist: seeking the involvement of professionals and patients. *Actual*

- Medica. 2016;101(798):79–84. Available from: <http://www.actualidadmedica.es/archivo/2016/798/or03.html>
27. Trejo Valentín E. Evaluación De La Aplicación Del Listado De Verificación Quirúrgica Como Estrategia De Mejora En La Cultura De Seguridad. EU d'Infermería [Internet]. 2015; Available from: <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/66868/1/66868.pdf>
 28. Solor Muñoz A, Liset L, Bolaños P. El check list como herramienta para el desarrollo de la seguridad al paciente quirúrgico The checklist as a tool for the development of the surgical patient safety. *Rev Cuba Anestesiol y Reanim.* 2015;14(1):50–7.
 29. Rodríguez H. Descripción de la aplicación de la lista de verificación quirúrgica en el servicio de cirugía del Hospital Privado de Córdoba Argentina durante el periodo de agosto 2014 - diciembre 2015. [Tesis]. Argentina: Univ Nac Córdoba; 2016.
 30. Trinidad Martín-Arroyo JM, Carnota Martín AI, Calderón Seoane E, Benítez Pareja D, Aragón Poce F, Martínez Vázquez de Castro J, et al. Adaptación de un “Listado de verificación” para la realización de procedimientos en las Unidades del Dolor. *Rev la Soc Española del Dolor.* 2015;22(6):275–80.
 31. Perales G, Fernández S. Aplicación de la lista de verificación de cirugía segura por las enfermeras de centro quirúrgico en un hospital regional Huancayo 2017. [Tesis]. Lima: Univ Peru Cayetano Hered; 2017.
 32. Alpendre FT, Cruz ED de A, Dyniewicz AM, Mantovani M de F, Silva AEB de C e, Santos G de S dos. Safe surgery: validation of pre and postoperative checklists. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2017;25(0).
 33. Ramírez CM, Prada WA, Guayán IC, Patiño M. Utilización de listas de chequeo en cirugías programadas, Bogotá, 2016 TT - Use of check lists in scheduled surgery, Bogotá, 2016. *Rev Colomb Cirugía.* 2017;32(2):109–14.
 34. Demetrio AM, Varas J, Hering E, Ulloa E. Manual de instrucciones para el uso de la lista de chequeo de cirugía segura. *Rev Obstet y Ginecol Hosp Santiago Oriente Dr Luis Tisné Brousse.* 2015;73–8.
 35. SESCOAM. Manual de instrucciones para el uso del listado de verificación de seguridad quirúrgica de la OMS. SescamCastillalamanchaEs [Internet]. 2013;22. Available from: http://sescam.castillalamancha.es/sites/sescam.castillalamancha.es/files/documentos/cursos/manual_de_uso_listado_verificacion_quirurgica-jun13.pdf
 36. Salas J. Programa para Garantizar Cirugía Segura y Procedimiento Correcto MISP 4 Anestesia y Atención Quirúrgica ASC. Inst Nac Enfermedades Respir Ismael Cosío Villegas. 2016;1–48. Available from: http://www.iner.salud.gob.mx/descargas/calidad/sistemagestion/atencionpaciente/ASC/ASC_programa2017.pdf
 37. Napoleón C. Verificación De La Lista De Chequeo Para La Cirugía Segura Establecida Por La Organización Mundial De La Salud (OMS) Desde La Perspectiva Del Paciente, En El Hospital Metropolitano De Quito En El Año 2015. Statew Agric L Use Baseline 2015 [Tesis]. 2015;71.
 38. Albino Y, Briceño L, Moquillaza K. Conocimiento y aplicación de la lista de verificación de cirugía segura en las enfermeras de centro quirúrgico en un hospital nacional 2017. [Tesis]. Lima: Univ Peru Cayetano Hered 2017;35.
 39. Manrique MF, Rodríguez S. Desempeño laboral en enfermeras(os) de los servicios de hospitalización. Hospital III Goyeneche, Arequipa 2016. Univ Nac San Agustín Arequipa [Tesis]. 2017;1–156. Available from: <http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/5334/ENmacrmf.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
 40. Oberto DI. Técnica y tecnología para el cuidado humano en la enfermería contemporánea. Univ Carabobo [Tesis]. 2014; Available from: <http://mriuc.bc.uc.edu.ve/bitstream/handle/123456789/539/ooberto.pdf?sequence=6>
 41. Fuertes C. Conocimientos y prácticas del cuidado que brindan las enfermeras en sala de operaciones del Instituto Nacional Materno Perinatal , noviembre , 2015. [Tesis]. Perú: Univ César Vallejo; 2017.
 42. Montoya L, León I. Diseño e implementación de un programa de inducción para mejorar el nivel de conocimientos y satisfacción del nuevo profesional de enfermería del Hospital José Agurto Tello. Lurigancho-Lima, 2015. [Tesis]. Univ Peru Unión; 2016.
 43. Herrera K. Factores personales e institucionales relacionados con la aplicación del proceso de atención de enfermería en los servicios de medicina y emergencia del Hosítal III José Cayetano Heredia, febrero 2018. [Tesis]. Perú: Univ tecnológica los andes; 2018;1–112.
 44. Izquierdo Machín, Martínez Ruiz MT, Ramírez García B. Evidencia empírica de la Teoría de Patricia Benner en la labor profesional de los Licenciados en Enfermería Empírica. *Rev Habanera Ciencias Médicas.* 2016;15(4):642–50.
 45. Mijangos-Fuentes KI. El paradigma holístico de la enfermería. *Rev Salud y Adm.* 2014;1(2):17–22.
 46. Comellas-Oliva M. Construcción de la enfermera de práctica avanzada en catalunya (España). *Rev Bras Enferm.* 2016;69(5):991–5.
 47. Hernández L. Competencia en la técnica de lavado de manos quirúrgico en estudiantes en enfermería. [Tesis]. Toluca; Univ Autónoma del Estado México; 2017.
 48. Angel Mancilla PA, De La Hoz Riquelme, Carolina Paz Ortiz Campos MJ, Vivallos Molina B del P. Impacto de



la simulación clínica en el nivel de confianza adquirido según características académicas y sociodemográficas de los estudiantes de tercer año de enfermería de la universidad del bío bío chillán, 2014. [Tesis]. Chile: Univ Bío - Bío 2014;1-130.

49. Raile M, Marriner A. Modelos y Teorías en Enfermería. Modelos y teorías en enfermería. 2011. 797 p.



Revisión

Experiencia y afrontamiento de mujeres con cáncer de mama, mediante la teoría de Callista Roy

Experience and coping with women with breast cancer, through the theory of Callista Roy

Claudia Milena Bonilla Oliveros¹, Sandra Milena Calderón Losada¹, Neisa Garzón Gutiérrez¹, Liliana Molina Sánchez²

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

2. Docente Enfermería, Fundación Universitaria Navarra - UNINAVARRA, Neiva - Colombia.

Resumen

El cáncer de mama constituye una problemática que de acuerdo con varios autores afecta de manera especial la esfera psicosocial de quien lo padece. Lo anterior supone un elevado trauma psicológico que suelen enfrentar las mujeres frente al problema oncológico y a la pérdida de las mamas. Por ello, la presente revisión bibliográfica abarca la documentación de investigaciones, artículos, estudios y demás, con el objetivo principal de conocer la experiencia y afrontamiento de las mujeres con cáncer de mama con base en la teoría de afrontamiento de Callista Roy. Se realizó una búsqueda en base de datos de variadas universidades a nivel mundial, nacional y regional, durante el periodo comprendido entre el año 2013 y 2018, y, de igual forma, las plataformas de búsqueda científica como Redalyc, SciELO, Dialnet y Aquichan, en donde se encontraron investigaciones, artículos, estudios y demás aportes científicos para constituir una fuente teórica que permitió relacionar el modelo de afrontamiento y adaptación de Callista Roy frente a la capacidad de superación en las mujeres con cáncer de seno.

Abstract

Breast cancer is a problem that, according to several authors, affects in a special way the psychosocial sphere of the sufferer. The previous thing supposes a high psychological trauma that usually face the women, against the oncological problem and the loss of the breasts. Therefore, the present literature review includes the documentation of research, articles, studies and others, with the main objective of knowing the experience and coping of women with breast cancer based on Callista Roy's theory of coping. A database search of several universities at a global, national and regional level was conducted during the period between 2013 and 2018, and, likewise, the scientific search platforms such as Redalyc, SciELO, Dialnet and Aquichan, where research, articles, studies and other scientific contributions were found to constitute a theoretical source that allowed to relate the model of coping and adaptation of Callista Roy with the ability to overcome in women with breast cancer.

Palabras Clave

Afrontamiento, adaptación, cáncer de mama, capacidad, superación.

Keywords

Coping, adaptation, breast cancer, capacity, overcoming.

INTRODUCCIÓN

El diagnóstico de cáncer de mama supone para las mujeres una situación difícil de afrontar, no sólo por los cambios físicos que desarrollan, sino también por las alteraciones psicológicas que acarrea. Además de enfrentarse a la enfermedad y sus tratamientos, la paciente sufre cambios drásticos en varios aspectos, como son las alteraciones en su imagen corporal y trastornos emocionales, que conllevan a adoptar nuevas actitudes y adaptarse a la actual realidad. La familia y el entorno social de la mujer son una fuente de apoyo fundamental para la lucha contra la enfermedad, sin embargo, estas relaciones sociales pueden verse deterioradas [1].

Las mujeres con cáncer de mama deben hacer frente a situaciones complejas, variables y muy estresantes, desde las diferentes pruebas exploratorias a las que son sometidas, el diagnóstico inicial, la elección de tratamiento, interven-

Correspondencia: Claudia Milena Bonilla Oliveros.
Dirección: Carrera 34ª # 19A-08, Neiva - Colombia.
Tel.: +57 318 2961809.
E-mail: cmbo260977@gmail.com



ción quirúrgica, la terapia complementaria como la quimioterapia y/o radioterapia, hasta la posibilidad de recidiva o metástasis [2].

El gran número de personas con neoplasias malignas que requieren de tratamiento en diferentes centros oncológicos debe llevar a los profesionales de la salud a tomar una postura reflexiva en relación con la experiencia vivida de quienes portan la enfermedad y con los programas de cuidados que se realizan [3].

La literatura ha evidenciado a lo largo de la historia, la relación existente entre el cuidado integral de las personas y la práctica clínica en la labor de enfermería [4 - 8]. Generalmente, las actividades que llevan a cabo los enfermeros, se centran en la manipulación y administración de medicamentos tóxicos como la quimioterapia, dejando de lado el “ser” biopsicosocial y espiritual de cada paciente. [1, 9] A raíz de la experiencia en el campo, se percibe que las mujeres diagnosticadas con cáncer de mama se sienten desvalidas, frustradas y envueltas en una situación de incertidumbre [10], que ha permitido reconocer la importancia de la comprensión en sí misma bajo el fenómeno que están viviendo.

Dado que actualmente los servicios médicos en el tratamiento contra el cáncer de mama se ven limitados al suministro de medicamentos, es indispensable crear una metodología aplicada al campo de la enfermería para integrar los aspectos emocionales en contribución para enfrentar la enfermedad. El propósito del presente artículo es construir una base de conocimientos teóricos sobre el afrontamiento de las mujeres con cáncer de mama, con base en el modelo de Callista Roy, el cual ha sido utilizado en varias ocasiones por profesionales de la salud para conocer la experiencia y afrontamiento de sus pacientes. Por ello, se han recogido varios proyectos de investigación que aportan fundamentos metodológicos y teóricos para la realización del presente estudio. [11]

MATERIALES Y MÉTODOS

La metodología utilizada se desarrolló por medio de la búsqueda en diversas bases de datos reco-

nocidas de universidades a nivel mundial, nacional y regional, plataformas de búsqueda científica como Redalyc, SciELO, Dialnet y Aquichan, con documentos publicados durante el periodo comprendido entre el año 2013 y 2018. No obstante, algunos documentos consultados, superan la antigüedad de publicación establecida en el criterio de búsqueda, estos artículos fueron expuestos dada su relevancia investigativa como aporte al presente artículo. Se reunieron 50 artículos y proyectos de investigación afines al afrontamiento y adaptación de mujeres con cáncer de mama, partiendo de la teoría de Callista Roy. También fueron consultados informes y documentos provenientes de entes estatales, páginas gubernamentales, como Profamilia, el Ministerio de Salud y Protección Social, el Instituto Nacional del Cáncer, la Asociación Española Contra el Cáncer, la Liga contra el cáncer, entre otros, que permitieron complementar la información expuesta en el presente artículo.

RESULTADOS

Cáncer

“El término cáncer es genérico y designa un amplio grupo de enfermedades que pueden afectar a cualquier parte del cuerpo. El cáncer: es un crecimiento tisular producido por la proliferación continua de células anormales con capacidad de invasión y destrucción de otros tejidos” [12].

El cáncer puede ser ocasionado por radiación, luz solar, tabaquismo, ciertos virus, benceno, ciertos hongos venenosos y las aflotoxinas (un tóxico producido por organismos que pueden crecer en la planta de maní), entre otros, no obstante, la causa de muchos tipos de cáncer siendo desconocida. [13]

Cáncer de mama

En la mama se pueden generar tumores tanto benignos como malignos, los benignos están constituidos por células que se dividen en exceso, pero no pueden dañar o invadir otras partes del organismo [14]. El tumor maligno (canceroso), es el

que “se origina de las células del seno. La enfermedad ocurre principalmente en las mujeres, pero los hombres también pueden desarrollarla” [15].

El cáncer se puede desarrollar en distintas regiones de la mama [16]. Si el cáncer que se desarrolla se origina en las glándulas, es llamado carcinoma glandular, si se forma en los conductos de las mamas se llama carcinoma ductal, pero si se extiende más allá del área contigua, se llama cáncer infiltrante o invasivo [17].

El cáncer de mama, es nombrado así porque empieza en las mamas (región anterosuperior lateral del tronco femenino) [18]. “El cáncer que se forma en los tejidos de la mama, por lo general en los conductos (tubos que llevan la leche al pezón) y los lobulillos (glándulas que producen la leche). Puede darse tanto en hombres como en mujeres, aunque el cáncer de mama masculino es poco común” [19]. El carcinoma de mama se ha convertido en los últimos años en la patología maligna más frecuente en mujeres. Hecho que ocasiona gran impacto en factores tanto psicológicos, físicos y sociales para las mujeres que lo padecen, provocando profundas afectaciones en su calidad de vida [20].

La formación integral del profesional de enfermería le permite brindar cuidado bajo el principio de integralidad siendo imperioso el desarrollo de una visión biopsicosocial y de competencias culturales que le permitan “conocer la perspectiva cultural, los valores, conocimientos y las necesidades de los pacientes, con el fin de realizar acciones congruentes y respetuosas de esa diversidad” [21, 22].

En el tratamiento de la enfermedad, la imagen corporal ha sido un factor importante en las mujeres afectadas, y, en la actualidad los avances médicos han realizado cirugías conservadoras que mejoran en gran medida los resultados clínicos de las pacientes en términos de imagen corporal y sexualidad. [23]

La mayoría de las personas viven con el temor relacionado con el diagnóstico de cáncer. Son enfer-

medades muy temidas por la gravedad que pueden suponer, hoy en día se asocian en el imaginario colectivo a muerte y deterioro importante [24], por ello, es importante brindar una atención integral a las pacientes que padecen dicha enfermedad.

Modelo de afrontamiento de Callista Roy

A través de la historia, la enfermería se ha enfrentado a diversos retos para adquirir conocimientos que fortalezcan la autonomía de las enfermeras, a fin de mejorar la calidad en el cuidado de los pacientes y grupos comunitarios y promover su reconocimiento como disciplina profesional. A raíz de lo anterior, se han diseñado diversos modelos conceptuales y teóricos que parten de la experiencia en su práctica y la indagación filosófica [25].

Uno de los modelos aplicables a la práctica de enfermería, que ha tenido mayor aceptación, es el Modelo de afrontamiento y adaptación de Callista Roy. Desarrollado por primera vez en 1970, y, desde entonces, ha demostrado un proceso permanente de expansión acorde con el desarrollo de la disciplina de enfermería [26].

Dentro del modelo de Adaptación, Roy define proceso de afrontamiento como: “modos innatos o adquiridos de actuar ante los cambios producidos por el entorno” [27]. Dado que el proceso de afrontamiento es un proceso multidimensional y jerarquizado, surgió la necesidad de ser analizado desde la perspectiva de adaptación de las personas, por ende, Roy desarrolla la teoría de mediano rango “Proceso de Afrontamiento y Adaptación”, basada fundamentalmente en los subsistemas regulador y cognitivo desde su modelo adaptativo [28]. “Como sistema posee niveles jerárquicos pues abarca procesos cognoscitivos tanto a nivel de entradas o estímulos, procesos internos o centrales, como de salidas o respuestas” [29].

El modelo de adaptación de Roy se enfoca principalmente en la práctica de enfermería demostrando un gran éxito en su implementación, representa uno de los marcos conceptuales mayormente usados en diversos países. Hace énfasis en las características de la disciplina y guía la práctica,



la formación y la investigación; de manera que se toman en cuenta los objetivos, los valores, las acciones del profesional y a la persona enferma. [30]

Nivel de adaptación

Para Callista Roy, el nivel de adaptación representa la condición del proceso vital y se divide en tres niveles: integrado, compensatorio y comprometido. El nivel de adaptación se compone de estructuras y funciones llevadas a cabo en los procesos vitales que trabajan en conjunto, a fin de responder a las necesidades del ser humano. “El nivel de adaptación depende fundamentalmente de la estructuración de los subsistemas reguladores y cognitivo, que constituyen los mecanismos de enfrentamiento de la persona” [31].

Por otro lado, esta teoría establece que “los seres humanos son seres con capacidad para adaptarse y crear cambios en el ambiente, y cuyas respuestas están determinadas por los estímulos entrantes y el nivel de adaptación de la persona” [32].

Afrontamiento

La habilidad para afrontar las situaciones adversas, es muy amplia en los seres humanos; cada individuo percibe y reacciona de distintas formas ante una situación, cuyos aspectos influyentes se relacionan a los estímulos ambientales, la capacidad de afrontamiento, los recursos personales disponibles y los recursos ambientales entre los cuales se incluyen los sociales. “Los problemas de afrontamiento surgen cuando se altera la estabilidad en la relación entre la persona y el ambiente” [33].

El afrontamiento se desarrolla a partir de las interacciones de las personas frente a las diversas situaciones de su vida en diferentes contextos, lo cual deja ver la multi-causalidad del fenómeno. Dichas interacciones pueden ocasionar efectos de mutua influencia sobre los aspectos personales y situacionales. [34]

Para Callista Roy, el proceso de afrontamiento y adaptación, integra los patrones innatos que

adquiere el ser humano a través de la vida, para manejar y responder al ambiente cambiante en las situaciones diarias, sobre todo en aquellos momentos críticos mediante acciones que se dirijan en alcanzar el dominio, la supervivencia, el crecimiento y la trascendencia. El afrontamiento puede desarrollarse a partir del aprendizaje, donde las vivencias contribuyen en la respuesta ante los estímulos del entorno. [35]

Estrategias de Afrontamiento

Para afrontar una situación en específico, el individuo puede aplicar varios tipos de estrategias de afrontamiento; la autotrascendencia, que está vinculada a atravesar algún tipo o límite ya sea físico o simbólico, es decir, trascender y alcanzar de una forma u otra algo que está fuera de los límites que impone el cuerpo [36, 37, 38, 39]. El bienestar, definida como una “sensación de plenitud y de salud, y el cambio en la complejidad de la vida de una persona y el cambio de integración” [40].

Cuidados de enfermería

En enfermería, el cuidado se considera como la esencia de la disciplina que implica no solamente al paciente, sino también a la enfermera como su comunicadora. “Cuidar es una actividad humana que se define como una relación y un proceso cuyo objetivo va más allá de la enfermedad” [41].

La enfermería integra los cuidados autónomos y en colaboración, que se brinda a los pacientes de diversos grupos etarios, familiares, comunidades, enfermos o sanos, de diferentes contextos, y de igual forma, abarca la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, y los cuidados de los enfermos, discapacitados, y personas moribundas. [42, 43].

Afrontamiento del problema

Las estrategias fundamentadas en el problema, son utilizadas para valorar la relación perturbadora entre el individuo y su situación específica, mediante la solución de problemas, la toma de decisiones y/o la acción directa, anexo a ello, las

acciones tomadas se pueden dirigir al entorno y a la persona en sí a fin de favorecer la adhesión al problema y adaptación positiva. [44]

Existen tres estrategias; la confrontación, es el esfuerzo agresivo para alterar la situación la cual implica hostilidad y riesgo; la búsqueda de apoyo social, es el esfuerzo para buscar apoyo lo cual hay recomendación, asesoramiento, ayuda, apoyo moral y simpatía; por último, la planificación que son los esfuerzos intencionales centrados en el problema para alterar la situación unido a una proximidad analítica para resolver el problema. [45 - 46]

Afrontamiento de la emoción

Las estrategias fundamentadas en las emociones del paciente, se integran por métodos cognitivos y conductuales responsables de reducir el grado de discomfort o el malestar emocional, dentro de dichos sentimientos se pueden encontrar el autocontrol, que refiere el esfuerzo para regular los propios sentimientos y acciones. El distanciamiento, referente al esfuerzo para separarse y alejarse de la situación afectante, tratar de olvidarla e ignorarla. Por otro lado, se encuentra la reevaluación positiva, que se desarrolla para crear un significado positivo centrándose en el progreso personal, la aceptación de la responsabilidad. [45 - 46]

Métodos o modos de afrontamiento

Los sistemas, las estrategias de afrontamiento y los métodos de adaptación se utilizan para tratar estos elementos. La capacidad para la adaptación depende de los estímulos a que está expuesto y su nivel de adaptación y este a la vez depende de tres clases de estímulos: [47]

Focales: son aquellos que afectan de manera inmediata y directa a la persona en una situación determinada, pueden ser estímulos internos o externos.

Contextuales: se integran los demás estímulos que se presencian en el momento y aportan al efecto del estímulo focal.

Residuales: hacen parte las creencias, actitudes y factores provenientes de vivencias o experiencias antecesoras y pueden producir alteraciones en el momento presente, aunque sus efectos son indeterminados. [47 - 49]

En México, se llevó a cabo un estudio para medir el nivel de adaptación y afrontamiento en las mujeres con cáncer de mama. La investigación partió por un estudio descriptivo cuantitativo, aplicando un instrumento validado; “escala de medición del proceso de afrontamiento y adaptación de Callista Roy” en 22 mujeres con cáncer de mama. Los resultados proyectaron que, las mujeres con cáncer de mama se adaptan y afrontan su problema de salud, con un nivel de adaptación integrado y compensatorio pudiendo distinguir que dónde presenta dificultad es en el modo físico y fisiológico. Por otro lado, se evidenció que, la adaptación en las mujeres que han padecido cáncer de mama es un proceso dinámico, en que deben enfrentar múltiples desequilibrios que afectan sus dimensiones emocional, física, mental y social. Lo anterior aporta significativamente a la presente investigación pues, se desarrolló bajo un objetivo similar, adoptando la teoría interés del actual estudio. [50]

En Colombia, se desarrolló un estudio para proponer una nueva categorización, a fin de precisar el grado de capacidad del proceso de afrontamiento y adaptación y conceptualizar sus estilos y estrategias. El estudio metodológico presentó una propuesta de cuatro categorías ordinales, en las cuales se utiliza el escalonamiento de Likert, definidas como: baja, mediana, alta y muy alta capacidad de afrontamiento, tomando como referente teórico el modelo de adaptación y afrontamiento de Callista Roy. Dicho estudio arrojó como resultado, el establecimiento de cuatro categorías para cada factor global, conceptualizando cada categoría según estilos de afrontamiento: activos, pasivos o evitativos; dominios de las estrategias de afrontamiento: cognitivo, conductual o comportamental y emocional, que proporcionan información precisa del proceso de afrontamiento y adaptación del paciente para que la planeación y las intervenciones de cuidado de enfermería sean



más focalizadas a mejorar o reforzar estilos y estrategias para su adaptación. El anterior estudio, permite conocer las metodologías aplicadas para poder conocer dichos procesos de afrontamiento en pacientes con cáncer de mama, indispensable para la actual investigación. [11]

DISCUSIÓN

Teniendo en cuenta los resultados encontrados en cada uno de los estudios consultados, se determinó que gran parte de las investigaciones parten de diseños descriptivos de casos, en que seleccionan muestras al azar dada la complejidad del tema [20]. A partir de ello, se estableció que los factores más relevantes en pacientes sobrevivientes con cáncer de seno desde el punto de vista de la dimensión física son alopecia, fatiga, náuseas, pérdida de apetito, dolor, sueño y disfunción sexual en muy baja proporción.

Algunas categorías de estudio estuvieron comprendidas en unidades como los cambios en las dimensiones del ser en las mujeres, tanto a nivel corporal como emocional y espiritual, cambios en el ser antes y durante la quimioterapia, cambios en su papel en la sociedad y en la familia [3]. Por otro lado, algunos estudios determinaron que, para llevar a cabo un afrontamiento óptimo frente al cáncer de mama, la personalidad de la mujer influye significativamente en su adaptación y bienestar. [1]

Los estudios demostraron que aparte del afrontamiento de la enfermedad, se encuentran las limitaciones económicas de algunas pacientes para acceder a los servicios de salud. “Buena parte de las participantes han sido intervenidas quirúrgicamente, mediante mastectomía, no siendo para ellas la reconstrucción del seno una prioridad” [4]. Otras situaciones que afectan significativamente a las pacientes con cáncer de mama son la caída del cabello y la degradación estética a causa de las quimioterapias y las radioterapias.

En Colombia se han desarrollado investigaciones que exploran la experiencia de mujeres con cáncer de mama que reciben tratamiento [4 - 7],

sin embargo, a nivel regional, los estudios relacionados son muy limitados, por lo que se refleja la necesidad de formular una investigación a fin, que permita identificar las experiencias más significativas de mujeres con cáncer de mama, determinando sus métodos de afrontamiento en la enfermedad.

CONCLUSIONES

La revisión de literatura permitió aproximar teóricamente las vivencias de mujeres con diagnóstico de cáncer de mama en diversas partes del mundo, en que gran parte de los resultados se englobaron en la fortaleza de cada una para afrontar la enfermedad y su papel en la sociedad. La comprensión de las vivencias de las mujeres confirma las bases teóricas de los artículos consultados, puesto que establece un saber comprensivo que puede servir de guía para elaborar estrategias en la labor de enfermería, basados en las necesidades de cada persona.

Las mujeres que han sido sometidas a tratamientos con quimioterapia, tienen cambios en su psiquismo y sus relaciones interpersonales, y, a medida que avanza su recuperación, las mujeres van aceptando los cambios en su vida, no obstante, han manifestado la necesidad de tener un acompañamiento psicológico durante el proceso para evitar sufrimientos innecesarios.

El diagnóstico de cáncer de mama, así como su intervención quirúrgica, suponen momentos estresantes en la vida de las mujeres que lo padecen, no sólo en aspectos físicos, sino también en aspectos psicológicos, dado que la paciente debe adecuarse a cambios drásticos y pérdidas importantes, como las modificaciones en su imagen corporal, y a sentimientos y actitudes que ello despierta.

Por otro lado, las alteraciones psicológicas en mujeres en edad madura que padecen cáncer, suelen ser características de preocupaciones familiares sobre decisiones importantes como la procreación, estableciendo pensamientos negativos relacionados a su tiempo de vida. Dicha pro-

blemática a menudo desencadena preocupaciones en contextos familiares y laborales; se preocupan en mayor medida sobre el riesgo de heredar la enfermedad a sus hijos. El desvelo se relaciona directamente con los efectos del cáncer mamario sobre la familia.

Por lo anterior, es importante resaltar el papel de la comunicación en la familia para sobrellevar la enfermedad, por medio de servicios profesionales dirigidos al núcleo familiar involucrado que, de igual forma, permita prepararlos para el afrontamiento del cáncer. Anexo a ello, las asistencias deben dirigirse no sólo a las familias afectadas sino también a toda la comunidad en general, a fin de disminuir el riesgo que conlleva no detectar el cáncer a tiempo.

El cáncer de mama es una enfermedad que resulta pertinente para el estudio del afrontamiento, debido a que el número de personas afectadas aumenta cada vez más, y es el tipo de cáncer que prevalece en mayor proporción en el mundo. Gracias a los avances biomédicos, es una enfermedad tendiente a convertirse en un padecimiento crónico de muy larga evolución. Siendo el cáncer de mama una enfermedad que carrea consigo grandes cambios en la vida de las mujeres que la padecen, puede provocar diferentes procesos de adaptación psicológica y social.

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

- Arrese A. Aspectos psicosociales en mujeres con cáncer de mama mastectomizadas: el rol de la enfermera en su cuidado [Tesis]. Curso académico 2014/ 2015 Universidad del País Vasco; 2015 [Citado en marzo de 2018]. Disponible en <https://addi.ehu.es/bitstream/handle/10810/15800/TFG%20FINAL.pdf?sequence=1>
- Huamán Barrantes, DN. Vivencias de mujeres con diagnóstico de cáncer de mama. Instituto regional de enfermedades neoplásicas Norte – Trujillo; 2012 [Tesis]. Universidad Nacional de Trujillo, Facultad de Enfermería. Disponible en <http://dspace.unitru.edu.pe/bitstream/handle/UNITRU/8869/1466.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Mewes PJ, Rivera MS. Vivir con cáncer: una experiencia de cambios profundos provocados por la quimioterapia. Rev. AQUICHAN, 2014;14(1): 20-31.
- Lafaurie MM, Choachí J, Gómez AP, León L, Ovalle M, Rodas LF, et Al. Mujeres con cáncer de seno: experiencias y significados. Rev. Colombiana de Enferm. 2011;(7) 12-21.
- Profamilia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud ENDS 2010. Colombia [Informe]. Asociación Probienestar de la Familia Colombiana - Profamilia; 2011 ISBN: 978-958-8164-31-1. Disponible en <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR246/FR246.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social. Cáncer de mama, una enfermedad en ascenso en Colombia [Internet]. Gobierno de Colombia. Boletín de prensa 298 de 2014 [Citado febrero de 2018]. Disponible en <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/-Cancer-de-mama,-una-enfermedad-en-ascenso-en-Colombia.aspx>
- Muñoz SF, Tose PA, Molano DA. Vivencias y prácticas de autocuidado de las mujeres con cáncer de mama - Popayán. Colombia. 2006-2007. Rev. Médicas UIS 2009; 22:137-148
- Triviño ZG, Sanhuesa O. Teorías y modelos relacionados con calidad de vida en cáncer y enfermería. AQUICHAN 2013;5(1):20-31 [Citado marzo de 2018].
- Cardona DM, Noreña N. Propuesta de modelo de atención de enfermería – Hospital general de Medellín [Documento de internet]. Hospital General de Medellín, Universidad de Antioquia; 2013 [Citado marzo de 2018]. Disponible en <http://www.hgm.gov.co/images/PDF/gestion-conocimiento/2013-investigaciones/propuesta-de-modelo-de-atencion-de-enfermeria.pdf>
- Font A, Cardoso A. Afrontamiento en cáncer de mama: pensamientos, conductas y reacciones emocionales. Rev. Psicooncología. 2009; 6(1): 27-42
- López C. Escala de medición del proceso de afrontamiento y adaptación de Callista Roy: una propuesta metodológica para su interpretación. Rev. Hallazgos. 2009; 6(12): 201-213
- Instituto Nacional del Cáncer. Manual de enfermería oncológica [Internet]. Ministerio de Salud,



- Argentina; 2014 [citado en 07 de marzo de 2018]. Disponible en http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000011cnt-08-manual%20enfermeria_08-03.pdf
13. Ayala HF, Briseño HO, Careaga ME, Castro LA, Haza T, Morales A. Informática médica – cáncer [Internet]. Universidad Autónoma de Baja California, Facultad de Medicina; 2008 [citado en 07 de marzo de 2018]. Disponible en <https://es.scribd.com/doc/8270738/Cancer-PDF>
 14. Asociación Española Contra el Cáncer. Cáncer de mama [Internet]. Asociación Española Contra el Cáncer, Amador de los Ríos, 5. 28010 Madrid; 2014 [Citado en marzo de 2018]. Disponible en <https://www.aecc.es/sites/default/files/migration/actualidad/publicaciones/documentos/cancer-mama-2014.pdf>
 15. Liga contra el cáncer. Cáncer de seno [Página web]. Liga contra el cáncer, Seccional Bogotá D.C; 2016 [Citado marzo de 2018]. Disponible en <http://www.ligacontraelcancer.com.co/cancer-de-seno/>
 16. Plain Patient Education. Cáncer de seno. 2011 (fecha de acceso 15-10-2014). [Internet]. Disponible en <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/tutorials/breastcancerspanish/oc1391s5.pdf>
 17. American Cancer Society, Inc. Tipos de cáncer de seno [Página web]. American Cancer Society, Inc, Last Medical Review: September 25, 2017
 18. Instituto Nacional del Cáncer, de los Institutos Nacionales de Salud de los Estados Unidos [Internet]. Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. Institutos Nacionales de la Salud Instituto Nacional del Cáncer GobiernoUSA.gov; 2015 [Citado en febrero de 2018]. Disponible en: <http://www.cancer.gov/espanol/cancer/que-es>
 19. Sociedad Europea de Oncología Médica (ESMO). Cáncer de mama: una guía para pacientes información para el paciente basado en la guía clínica de la ESMO [documento de internet]. Fundación contra el cáncer, ESMO; 2013. [Citado en febrero de 2018] Disponible en <https://www.esmo.org/content/download/6594/114963/file/ES-Cancer-de-Mama-Guia-para-Pacientes.pdf>
 20. Perales VJ. Calidad de vida en pacientes sobrevivientes con cáncer de seno [Tesis]. Pontificia Universidad Javeriana, Facultad de Enfermería; Bogotá, D.C., 2008 [Citado en febrero de 2018] Disponible en <http://www.javeriana.edu.co/biblos/tesis/enfermeria/tesis27.pdf>
 21. Duque Páramo MC. Enfermería y Cultura: Espacio de Encuentro Para el Cuidado de Personas y Colectivos. Revista de Actualizaciones en Enfermería. 2002; 05(2)
 22. Forero E, Laza C. Temas Libres: La Enfermería Transcultural. Una Alternativa para el Cuidado de Enfermería de la Población en Condición de Desplazamiento Forzado por la Violencia (DFV) en Colombia. Rev de Actualizaciones en Enfermería. 2006; 09(2); [citado en 07 de marzo de 2018]. Disponible en https://encolombia.com/medicina/revistas-medicas/enfermeria/ve-92/Enfermeria9206-La_enfermeria/
 23. Belén E. Evaluación de vivencias en pacientes con diagnóstico de cáncer de mama: relación con su enfermedad y el equipo médico [Tesis]. Universidad abierta Interamericana; 2013.
 24. Fernández H, Ilse F. Vivencias del cáncer de mama y el impacto en la familia de las pacientes del instituto nacional neoplásico Perú [Tesis]. Universidad María Auxiliadora – UMA; 2017
 25. Moreno ME, Alvarado AM. Aplicación del Modelo de Adaptación de Callista Roy en Latinoamérica: revisión de la literatura. Aquichan 2009; 9(1):62-72
 26. Roy C. The Roy Adaptation Model. 3 ed. New Jersey: Pearson; 2009.
 27. Phillips k. Modelo de adaptación Callista Roy En: Marriner A, Raile M. Modelos y teorías en Enfermería, Sexta edición, España, editorial Elsevier, 2007; 353-84.
 28. Molina P, Huecha D. Estrategias de afrontamiento del Equipo de Enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos Med-Quirúrgicos Hospital Regional Concepción Posterremoto y Tsunami 27/02. Revista Chilena de Medicina Intensiva. 2010; 25(4): 193-198
 29. Rojas YK. Afrontamiento y adaptación de cuidadores principales familiares de pacientes sometidos a procedimientos cardioinvasivos [Documento de internet]. Universidad de Cartagena, facultad de enfermería, Cartagena; 2015 [Citado marzo de 2018]. Disponible en <http://190.242.62.234:8080/jspui/bitstream/11227/3188/1/Afrontamiento%20y%20Adaptaci%C3%B3n%20de%20cuidadores%20principales%20familiares%20de%20pacientes%20sometidos%20a%20procedim.pdf>
 30. Marriner A. Modelos y teorías de enfermería. 4ª Edición. Editorial Hatcourt. España. 2003: Pag. 177.
 31. Díaz L, Durán de Villalobos MM, Gallego de Pardo P, Gómez Daza B, Gómez de Obando E; González de Acuña Y. et al. Análisis de los conceptos del modelo de adaptación de Callista Roy. Aquichan. 2002; 2(1): 19-23
 32. Rodríguez I. Nivel de adaptación y afrontamiento en los pacientes con Accidente Cerebro Vascular, tras valorar las respuestas humanas aplicando el Modelo de Adaptación de Callista Roy; Nuberos Científica 2013; 2(10) 47-54
 33. Mera Santander M. Calidad De Vida De Pacientes Con Insuficiencia Renal Crónica Terminal En Tratamiento

- Sustitutivo Con Hemodiálisis. Centro Médico Dial-Sur. Osorno. Chile 2006. [Tesis]. Valdivia Chile 2007. [Citado marzo de 2018] disponible en: <http://cybertesis.uach.cl/tesis/uach/2007/fmm552c/doc/fmm552c.pdf>
34. Macías MA, Orozco CM, Valle M, Zambrano J. Estrategias de afrontamiento individual y familiar frente a situaciones de estrés psicológico. *Rev. Psicología desde el caribe*, 2013; 30 (1): 123-145
 35. Jiménez VF, Zapata LS, Díaz L. Capacidad de afrontamiento y adaptación de los familiares del paciente adulto hospitalizado en una unidad de cuidado intensivo. *AQUICHAN* 2013;13(2): 159-172.
 36. Barros S, Cotes S, Fernández N, González D. Capacidad de afrontamiento y adaptación de pacientes con VIH-Sida según modelo “Callista Roy” en una IPS de II nivel, Cartagena. 2012-2013 [Tesis]. Corporación Universitaria Rafael Núñez, Cartagena; 2013.
 37. Cassaretto M, Paredes R. Afrontamiento a la enfermedad crónica: Estudio en pacientes con Insuficiencia renal crónica terminal. *Revista de psicología*. 2006; 24(1): 109-140
 38. Moncayo A. Taller No 4 Sobre La Trascendencia y La Auto-trascendencia [Documento de internet]. Humanismo Integral IPSic. Cl. Teófilo Gaivao Mier; 2015 [Citado marzo de 2018]. Disponible en <https://es.scribd.com/document/281209269/Taller-No-4-Sobre-La-Trascendencia-y-La-Autotrascendencia>
 39. Guerrero RF, Ojeda-Vargas MG. Análisis del concepto de Autotrascendencia. Importancia en el cuidado de enfermería al adulto mayor. *Revista de enfermería y humanidades*, 2015;(42):26-37 [Citado marzo de 2018].
 40. Blanco A, Díaz D. El bienestar social: su concepto y medición. *CODEN PSOTEG. Psicothema* 2005;17(4):582-589.
 41. Báez FJ, Nava V, Ramos L, Medina OM. El significado de cuidado en la práctica profesional de enfermería. *AQUICHAN*. 2009; 9 (2); 127-134
 42. Lagoueyte MI. El cuidado de enfermería a los grupos humanos. *Rev. Univ. Ind. Santander Salud* 2015; 47(2).
 43. Muñoz JL, Pajajoy NM, Narváez CO. Cuidados e intervenciones de enfermería que favorecen el proceso de adaptación del niño de 3-12 Años de edad en la ciudad de Pasto - periodo 2007-2008. *Rev. Unimar*; 2010; 34(1) 261-295.
 44. Cubas V, Azabache V. Afrontamiento y adaptación de los familiares desde el modelo de Callista Roy en pacientes que reciben tratamiento oncológico ambulatorio del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo, 2016 [Documento de internet]. Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela Profesional de Enfermería; 2017 [Citado en marzo de 2018] Disponible en <http://www.pead.uss.edu.pe/bitstream/uss/2997/1/TESIS-VILCHEZ-VILLEGAS%20FINAL.pdf>
 45. García Conde Benet A. Dimensiones Básicas De La Personalidad, Afrontamiento Y Adaptación En Pacientes Oncológicos, VALENCIA. 2014.
 46. Vázquez Valverde C., Crespo López M. y J. M. Ring; Estrategias de afrontamiento, Capítulo 31, pág. 427
 47. Cisneros F. Teorías y modelos de enfermería [documento de internet]. Universidad del Cauca, Programa de Enfermería, Fundamentos de Enfermería, Popayán; 2005 [Citado en marzo de 2018]. Disponible en <http://artemisa.unicauca.edu.co/~pivalencia/archivos/TeoriasYModelosDeEnfermeriaYSuAplicacion.pdf>
 48. Raile M, Marriner A. Modelos y Teorías en Enfermería. Modelos y teorías en enfermería. 2011. 797 p.
 49. Albornoz J., Di Giacomo B., Ambrosetto A., D'Arreta J.L., Fortuna A.M. Modelos y teorías de enfermería – Roy Callista [presentación en internet]. 2012 [Citado en marzo de 2018]. Disponible en https://www.slideshare.net/fundamentos2012uns/callista-roy-13333700?utm_source=slideshow02&utm_medium=ssemail&utm_campaign=share_slideshow_loggedout
 50. Leyva Y., Solano G., Labrador L., Gallegos M., Ochoa M.C. Nivel de adaptación y afrontamiento en las mujeres con cáncer de mama. *Rev. Cuidarte* 2011;2(1): 96-104.



Revisión

Cuidado de enfermería en pacientes de urgencias a través de la teoría del cuidado de Jean Watson

Nursing care in emergency patients through Jean Watson's theory of care

María Alejandra Chavarro Artunduaga¹, Erika Yanini Peña Buitrago¹

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

Resumen

Objetivo: Conocer el cuidado de enfermería en pacientes de urgencias a través de la teoría del cuidado de Jean Watson. **Método:** Se realizó una revisión de la literatura científica en diferentes bases de datos internacionales, sobre artículos e investigaciones publicados entre el año 2013 y el año 2018. **Resultados:** Se seleccionaron 50 estudios que hacen referencia al cuidado de enfermería en pacientes de urgencias, encontrando que, a nivel internacional, la percepción sobre el cuidado de enfermería en el área de urgencias es favorable, no obstante, en Colombia, los resultados fueron desfavorables. **Conclusión:** El cuidado humanizado, a partir de una buena comunicación, genera un entorno de confianza entre enfermero - paciente, en que se pueden expresar sentimientos, dudas, temores y emociones, por medio de un trato holístico de la enfermera, el cual debe brindarse en todo el momento de cuidado.

Abstract

Objective: To know nursing care in emergency patients through Jean Watson's theory of care. **Method:** A review of the scientific literature was carried out in different international databases, on articles and research published between 2013 and 2018. **Results:** Fifty studies were selected that refer to nursing care in emergency patients, finding that, on an international level, the perception of nursing care in the emergency area is favorable, however, in Colombia, the results were unfavorable. **Conclusion:** Humanized care, based on good communication, generates an environment of trust between nurse - patient, in which feelings, doubts, fears and emotions can be expressed, through a holistic treatment of the nurse, which should be provided at all times of care.

Palabras Clave

Cuidado de enfermería, urgencias, cuidado humanizado, atención.

Keywords

Nursing care, emergencies, humanized care, attention.

INTRODUCCIÓN

A través de la historia, el ejercicio de la enfermería ha tenido que enfrentar diversos desafíos, debido a que la profesión cada vez es más compleja y polivalente, dentro de un contexto multidisciplinario y con acciones muy flexibles [1]. El cuidado de enfermería desempeña un papel fundamental en la atención integral de los pacientes, convirtiéndose este en un indicador que mide la calidad de atención en las diferentes instituciones hospitalarias y que pueden ser afectados por diversos factores tales como: trato del paciente, calidad técnica y medio ambiente. Lo anterior permite valorar la calidad sobre la atención de la enfermería mediante un juicio basado en criterios y estándares que permitan desarrollar estrategias objetivas hacia la prestación de un servicio óptimo e integral [2].

El cuidado de enfermería en el área de urgencias, debe velar por una atención integral en el bienestar del paciente, para ello, es indispensable estudiar la satisfacción del mismo. Lo anterior es definido por Freitas, Silva, Minamisava, Bezerra y Sousa [3] como una estrategia para alcanzar un conjunto de percepciones relacionado a la calidad de la atención recibida, con el cual se adquiera informaciones que benefician la organización de esos servicios [3].

Correspondencia: María Alejandra Chavarro Artunduaga.
Dirección: Carrera 15 # 9-14, B. Juan XXIII, Neiva - Colombia.
Tel.: +57 313 8785675.
E-mail: mlejandrachavarroartunduaga@gmail.com

La calidad en la atención de salud, según el Ministerio de la protección social [4], Colombia, mediante el Decreto número 1011 de 2006 establece que debe velar por la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios [4].

Para determinar la calidad sobre la atención de enfermería en los pacientes, es indispensable conocer la perspectiva que tiene el mismo sobre su cuidado. La formación de dicha perspectiva, se debe a la satisfacción que se obtiene del cuidado [5]. A partir de ello, el cuidado de enfermería debe englobar cada uno de los aspectos que interfieren en la satisfacción de las necesidades del paciente, como la enfermera-paciente, siendo este trascendental en el periodo de estancia del usuario en el servicio, sobre todo en el área de urgencias donde se realiza el primer contacto [6].

Para lograr una perspectiva positiva del paciente acerca de su cuidado, es importante resaltar la calidad que tiene la comunicación brindada por el enfermero, tanto en sus aspectos verbales y no verbales, siendo esta, uno de los instrumentos básicos de la práctica de enfermería. La comunicación posibilita a la enfermera delimitar las metas de intervención y cumplir los objetivos de la enfermería como la oferta de ayuda. Y para ello la práctica debe estar dirigida la habilidad comunicativa con otros seres humanos, pues, el entendimiento constituye una capacidad interpersonal esencial [7].

Los pacientes que reciben atención en urgencias por lo general expresan que, las enfermeras optan por el cuidado físico, haciendo caso omiso de sus sentimientos, mismos que los pacientes no siempre pueden expresar verbalmente. La satisfacción de los pacientes con el cuidado individualizado, aumenta su seguridad y su tranquilidad, sentimientos que afectan favorablemente sus condiciones de recuperación, para el caso contrario, la insatisfacción en el cuidado individualizado de las enfermeras

con los usuarios del servicio, provocan una decadencia en la recuperación de los pacientes [8].

Algunos investigadores han preferido adoptar la teoría de cuidado humanizado de Jean Watson [6], para comprender las necesidades y situaciones que enfrentan los pacientes durante su estancia en el área de urgencias. Dichos estudios permiten conocer teórica y vivencialmente acerca de la perspectiva del paciente respecto al cuidado de enfermería [9].

Teniendo en cuenta que el paciente es la razón fundamental de la práctica del profesional enfermero, la presente revisión pretende conocer la perspectiva del cuidado de enfermería que tiene el mismo en el servicio de urgencias, a través de la revisión bibliográfica de diversas bases de datos, por lo tanto, representa un aporte fundamental a la disciplina, ya que expone una problemática sobre las relaciones interpersonales enfermera-paciente en el área de urgencias [10].

MATERIALES Y MÉTODOS

Se llevó a cabo una revisión bibliográfica de estudios relacionados al cuidado de enfermería que tienen los pacientes que ingresan al servicio de urgencias. Se realizó una búsqueda en diversas bases de datos de universidades a nivel nacional e internacional, y bibliotecas virtuales, y demás repositorios institucionales. A partir de lo anterior, se extrajeron 50 artículos y documentos investigativos que cumplieron los siguientes criterios de inclusión:

- Artículos y documentos investigativos cuya fecha de publicación fue desde el año 2013 hasta el año 2018.
- Artículos y documentos investigativos que se encuentren en repositorios institucionales o bibliotecas virtuales de universidades a nivel nacional e internacional. Plataformas de búsqueda científica como Redalyc, SciELO y Dialnet.
- Artículos y documentos investigativos que abarquen temáticas sobre el cuidado de enfer-



mería, la atención de enfermería en pacientes que ingresan al servicio de urgencias, y la adopción de la teoría del cuidado de Jean Watson para el estudio de la percepción de los usuarios que ingresan al servicio de urgencias.

Los artículos que no cumplieron con algún criterio de los anteriormente mencionados, pueden ser incluidos siempre y cuando representen un aporte sustancial para la conformación del presente artículo.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

La atención en el área de urgencias, se define según Buendía, Losada y Morales [11,12] como un conjunto de acciones realizadas por un equipo de salud debidamente capacitado y con los recursos materiales necesarios para satisfacer la demanda de atención generada por las urgencias. Dado que el personal de enfermería es uno de los primeros que tiene contacto con los pacientes del área de urgencias, es indispensable resaltar su labor y velar por su buen funcionamiento [13].

Para Jean Watson, la salud es el conjunto de la mente, el cuerpo y el alma que permanecen en armonía, asociado al “grado de congruencia entre el yo percibido y el yo experimentado” [14], manifiesta que la dolencia no significa enfermedad, sino que se refiere a una confusión o desarmonía subjetiva en el yo interior o el alma de una persona en cierto nivel de desarmonía en las esferas de la persona, por ejemplo, en la mente, el cuerpo y el alma, de forma consciente o inconsciente [15–17]. Por lo anterior, la enfermería debe estar integrada por el conocimiento, pensamiento, valores, filosofía, compromiso y acción, con cierto grado de pasión [18].

Landman y otros autores [19–21], mencionan que el ejercicio de la enfermería debe “caracterizarse por un alto componente de humanidad y apoyo al paciente para asimilar su problema y tratamiento”, ante a ello, Contreras [22] manifiesta que las decisiones técnicas del enfermero, deben apoyarse en presupuestos morales que no pueden ser ajenos a la actividad del cuidado, dado que de ello se trata el cuidado de personas.

Jean Watson expresa que en el personal de enfermería no debe fusionar emociones negativas de su vida privada o de trabajo con la atención de salud que le brinda al paciente, contrario a ello, es indispensable contar con actitudes, gestos y afectos que integren un entorno que permita una buena relación con el paciente [23,24]. Por otro lado, Watson expresa que, en la labor de enfermería, la deshumanización en el cuidado del paciente es un riesgo que refleja la necesidad de reestructurar las estrategias administrativas de los sistemas de cuidado de salud en el mundo, que permitan rescatar el aspecto humano, espiritual y transpersonal, en la práctica clínica, administrativa, educativa y de investigación por parte de los profesionales en el campo de la enfermería [25–31]. Algunos estudios como el de Andamayo, y otros autores [32], han definido el concepto del cuidado humanizado, como “la expresión dedicada, atenta, incondicional del enfermero al entrar en contacto con el paciente”.

En el campo profesional, para comprender los sentimientos o sistemas morales de otras personas, es importante reflexionar sobre el desarrollo moral propio [33]. El cuidado va dirigido a seres humanos diferentes y únicos, por lo tanto, debe integrarse por un sentido amoroso con la ecuanimidad, esto requiere de un desarrollo evolutivo moral, no sólo de un desarrollo del conocimiento [34].

Llancari y Carranza [35] sostienen que la teoría del cuidado humano de Watson expone que, ante el riesgo de deshumanización en el cuidado del paciente, se ve reflejada la necesidad de rescatar el aspecto humano por parte de los profesionales de enfermería. Chávez [36] expresa que un auténtico cuidado de enfermería debe ser humanizado, es decir, debe incluir empatía, valores morales, voluntad, y compromiso acompañado del conocimiento, acciones y consecuencias, dirigidos en el cuidado óptimo del paciente.

En el campo de la enfermería se han desarrollado diversas formas de investigación, a fin de generar conocimientos frente a la concepción e interpretación del cuidado [37,38]. Silva y otros autores



[39] manifiestan que “conocer la percepción del paciente permite la creación de un programa de mejora y un proceso reflexivo a partir de la propia experiencia para el desarrollo del profesional, llevándolo a mejorar la calidad de atención” [39,40].

Unos estudios realizados en Perú, determinaron la actitud de la enfermera hacia el cuidado que brinda según la opinión del paciente hospitalizado en el servicio de medicina y la calidad de cuidados humanizados que brinda el profesional de enfermería en los servicios de hospitalización. Se determinó que la mayoría de los pacientes perciben la actitud de la enfermera, medianamente favorable, acerca del cuidado que les brindan, evidenciando actitudes desfavorables frente al el cuidado del paciente en los aspectos físicos, sociales y psicológicos [41]. Por otro lado, demostraron que el nivel de cuidados humanizados por los profesionales de enfermería es bueno [42].

Un estudio realizado en México, permitió conocer a fondo los momentos del cuidado envueltos en un contexto experiencial y vivencial, que les llevó a la reflexión sobre los procesos llevados a cabo en el cuidado del paciente. Se integraron los conceptos de una teoría sobre la práctica, mediante un proceso de cuidado basado en el humanismo y centrado en el ser cuidado como sujeto, interrelacionados entre sí, favoreciendo al uso del proceso de enfermería como herramienta de creatividad para la enfermera, a fin de optimizar el aspecto humano con sus pacientes [43].

En Colombia, un estudio sobre la percepción del cuidado humanizado en pacientes que ingresan al servicio de hospitalización de urgencias de una institución, evidenció una práctica adecuada del personal de enfermería a nivel de capacitación y atención a los pacientes que ingresan, no obstante, se identificó la falta de comprensión por parte del enfermero y de la situación que enfrentan los pacientes durante la atención en el área de urgencias, debido a que no se interesan íntegramente en conocer el estado del mismo, omitiendo preguntas abiertas sobre su estado de ánimo y dolor físico al que pueda estar sometido. La ausencia de ello provoca que la percepción del paciente en

cuanto a comprensión del mismo sea desfavorable [44]. Analizando el cuidado humanizado de los pacientes en el área de urgencias, un artículo indaga sobre las percepciones de las gestantes en torno al cuidado humanizado brindado por el personal de enfermería, cuya metodología consistió en estudiar 97 gestantes, utilizando la técnica de encuesta dirigida. Los resultados arrojaron que el cuidado humanizado brindado por el personal de enfermería es equitativo, independientemente de las características sociodemográficas de las pacientes [45].

La comunicación y el apoyo emocional en la práctica de enfermería es indispensable para el cuidado de los pacientes, por ello, un artículo expone la percepción de los familiares de pacientes críticos hospitalizados respecto a la comunicación y apoyo emocional, cuyos resultados arrojaron que la percepción global de los familiares, es favorable en un 80% expresando una connotación positiva [46].

Por otro lado, una investigación se realizó a fin de determinar la calidad percibida de la atención de Enfermería por pacientes hospitalizados en Institución Prestadora de Servicios de salud (IPS) de Barranquilla, cuyos resultados arrojaron que la calidad percibida de la atención de enfermería por los pacientes hospitalizados fue favorable, pues la mayoría de los encuestados evidenció una percepción de mejoría en la atención por parte de los enfermeros [47].

A nivel regional, un estudio de la Universidad Surcolombiana de Neiva, Huila, se desarrolló a fin de exponer una experiencia de cuidado enmarcada en el referente teórico de la Filosofía y teoría del Cuidado transpersonal de Watson, que retroalimenta la práctica desde el contexto del arte y la ciencia humana. La investigación se llevó a cabo mediante un estudio de caso que describe la experiencia de cuidado que surge de la práctica con los pacientes en su ámbito de desempeño, originados en la relación enfermera-paciente, el paciente, la enfermera y el contexto en el cual se desarrolla [48]. Como resultado de estudio, se analizaron los supuestos teóricos de Watson, en la filosofía y teo-



ría del cuidado transpersonal, definiendo los conceptos de persona, entorno, enfermería y salud, por otro lado, establecieron los patrones del conocimiento; conocimiento personal, conocimiento empírico, conocimiento ético y conocimiento estético. Finalmente, descubrieron el significado de las caricias en la tranquilización, seguridad y consuelo de los pacientes, de igual forma, el reconocimiento de la angustia no sólo en palabras sino también mediante los gestos. Con lo anterior establecen que el “cuidado centrado en el paciente y su experiencia de enfermar, se convierte en una herramienta valiosa para avanzar en la comprensión del cuidado, desde la teoría del cuidado humano propuesta por Watson” [48].

Por otro lado, un artículo analizó la percepción de los comportamientos del cuidado de enfermería en la unidad de cuidados intensivos (UCI) del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo, de Neiva, donde se encontró que los comportamientos de cuidado que tienen que ver principalmente con las relaciones interpersonales, el cuidado humano, la necesidad de comunicación, y que evidencian cómo las interacciones personales entre enfermería y los usuarios hospitalizados en la UCI le dan prioridad al componente humano [49].

Herrera, Lovera y Vásquez [50], expresan que los factores de cuidado representan la base principal para el cuidado transpersonal, abordando a la persona mediante una visión holística que no debe ser desintegrado, y se componen en el enfermero profesional y el paciente en su condición de seres humanos. Anexo a ello, Herrera, Lovera y Vásquez [50] recomiendan continuar investigando en diversos grupos de pacientes, para así demostrar la importancia en el cuidado de enfermería transpersonal al paciente en las diversas áreas hospitalarias.

CONCLUSIONES

La revisión bibliográfica permitió conocer diversos estudios relacionados al cuidado de enfermería en pacientes de urgencias, en que algunos autores adoptaron la teoría del cuidado humanizado

de Jean Watson. Esto permitió conocer la percepción y satisfacción obtenida en los usuarios de los servicios de salud, generalmente en el área de urgencias, acerca del cuidado y la atención brindada por el personal de enfermería, a nivel mundial y nacional, encontrando diferencias notables en las experiencias.

En Perú y México, la percepción de los usuarios del área de urgencias, fue favorable en la mayoría de los casos, demostrando un nivel bueno en los cuidados humanizados por los profesionales de enfermería. Algunos manifestaron que el proceso de enfermería es una herramienta de creatividad para la enfermera, a fin de optimizar el aspecto humano con sus pacientes. Por ello, dentro de sus análisis, recalcaron la importancia de abordar más estudios cualitativos que permitan identificar las actitudes hacia el cuidado de enfermería en los pacientes, pudiendo identificar las falencias y causas de las mismas. Anexo a ello, se encontró que uno de los factores que altera principalmente la labor del enfermero, en su aspecto humano, es el nivel de estrés laboral, rutina o monotonía, lo que puede generar sentimientos de frustración y, por tanto, puede una mala actitud a la hora de brindar cuidado a los pacientes.

En Colombia, la calidad en la atención de enfermería para el área de urgencias, presentó deficiencias, partiendo de las opiniones y percepciones de los pacientes. Estas deficiencias se caracterizan por una baja información brindada por el enfermero al paciente, la inadecuada capacitación del mismo para ejercer su labor, la falta de empatía y proactividad dentro de sus cuidados, la falta de comunicación enfermera-paciente, entre otros. Ante ello, es evidente la humanización en el cuidado de enfermería a nivel nacional, lo que resalta la necesidad de implementar estrategias que capaciten al enfermero desde su aspecto más humano. El cuidado humanizado, a partir de una buena comunicación, genera un entorno de confianza entre enfermero – paciente, en que se pueden expresar sentimientos, dudas, temores y emociones, por medio de un trato holístico de la enfermera, el cual debe brindarse en todo el momento de cuidado.

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

- Verástegui M. Significado del cuidado de enfermería otorgado por las enfermeras de un servicio de cirugía de un hospital de Chiclayo 2012. [Tesis]. 2014;225.
- García M, Ortega Y, Arana B, García A. Calidad del Cuidado de enfermería en pacientes hospitalizados con dolor. Horizontes 2011;13:3–9.
- Freitas JS de, Silva AEB de C, Minamisava R, Bezerra ALQ, Sousa MRG de. Quality of nursing care and satisfaction of patients attended at a teaching hospital. Rev Lat Am Enfermagem 2014;22(3):454–60.
- Ministerio de la Protección Social. Decreto 1011 De 2006. Medicina (BAires) [Internet]. 2006;17. Available from: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Normal1.jsp?i=19975#0>
- Chavez D, Romeo R, Zuñiga J, Romero E. Percepción De La Calidad Del Cuidado De Enfermería En Pacientes Hospitalizados En El Hospital Universitario Del Caribe. [Tesis]. 2013;53.
- Valenzuela Anguita M. ¿Es posible humanizar los cuidados de enfermería en los servicios de Urgencias? [Tesis]. 2015;517.
- Rocha Oliveira T, Faria Simões SM. La comunicación enfermera-cliente en el cuidado en las unidades de urgencias 24h: Una interpretación en Travelbee. Enferm Glob. 2013;12(2):76–90.
- Ramírez P, Muggenburg C. Relaciones personales entre la enfermera y el paciente. Enfermería Univ 2015;12(3):134–43.
- La CDE, Paradigma S, Personal DEL, En E, La M, Del R. Cuidados de saúde : paradigma de enfermeiros no México – Health care : paradigm of nurses in Mexico - rebuilding the road. Rev Invest (Guadalajara). 2009;13(2):287–96.
- Guerrero-Ramírez R, Elisa M, Riva M-L, De M, Cruz-Ruiz L. Cuidado humanizado de enfermería según la teoría de Jean Watson, servicio de medicina del Hospital Daniel Alcides Carrión. Lima- Callao, 2015. Rev enferm Hered. 2016;9(2):133–42.
- Morales C. Nivel De Satisfacción de los pacientes que asisten al servicio de urgencias, frente a la atención de enfermería en una institución de primer nivel de atención en salud, en Mistrato Risaralda. febrero a abril de 2009. [Tesis]. Pontif Universiad Javeriana. 2009;75.
- Buendía C, Losada E. Causas frecuentes de la congestión en el servicio de urgencias de la clínica Saludcoop I.P.S. de Neiva Huila. Univ Surcolombiana, Fac Salud [Internet]. 2013; Available from: <https://contenidos.usco.edu.co/salud/images/documentos/grados/T.G.Gerencia-de-Servicios-de-Salud-y-Seguridad-Social/96.T.G-Claudia-Lorena-Buenda-Ramrez-rika-Paola-Losada-Cardoza-2013.pdf>
- Guzmán P. Percepción del cuidado de enfermería en un servicio de atención prenatal. Univ Nac Colomb [Tesis]. 2013;1–108.
- León Camones LV. Percepción de los estudiantes de enfermería, sobre el cuidado humanizado de la enfermera al paciente hospitalizado. UNMSM 2014. [Tesis]. 2014;110.
- Raile M, Marriner A. Modelos y Teorías en Enfermería. Modelos y teorías en enfermería. 2011. 797 p.
- Colorado L, Gil X, Sánchez M, Torres D. Concepción sobre la humanización del cuidado de la salud: en estudiantes y profesores del programa de enfermería de la Universidad Católica de Manizales. [Tesis]. Universidad Católica de Manizales; 2017.
- Guzmán S. El cuidado humano en la formación del estudiante de enfermería según la teoría de Jean Watson - Chiclayo, Perú 2011. Univ Católica St Toribio Mogrovejo [Tesis]. 2013;110.
- Rosa L, Rojas A, Sc M. Angelica María Alvarado Motoche. 2017.
- Palacios L. Cuidado Humanizado De Enfermería Y Nivel De Satisfacción De Los Familiares: De Usuarios Atendidos En El Servicio De Emergencia Del Hhut Tacna 2012. Univ Nac Jorge Basadre Grohmann - Tacna [Internet]. 2013; Available from: <http://redi.unjbg.edu.pe/bitstream/handle/UNJBG/326/TG0176.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Barrera Lucy; Carrillo-González G; Chaparro L; Sánchez B. Cuidado de enfermería en situaciones de enfermedad crónica. 2014. 89-99 p. Available from: <http://www.uneditorial.net/uflip/Cuidado-de-Enfermeria-en-situaciones-de-enfermedad-cronica/pubData/source/Cuidado-Enfermeria-en-situaciones-de-enfermedad-cronica-uflip.pdf>
- Landman Navarro C, Canales Gómez S, Garay Schmitt V. Cuidado humanizado desde la perspectiva del enfermero de emergencia en un hospital de Quillota, Chile. Enferm Cuid Humaniz. 2014;3(5):12–21.



22. Contreras S. El acto de enfermería, entre prudencia y arte. Algunas reflexiones sobre la ética del cuidado. *Enferm Glob.* 2013;12(4):250–9.
23. Machín EI. Enfermería : Teoría de Jean Watson y la inteligencia emocional , una visión humana Nursing : Jean Watson' s theory and emotional intelligence, a human perspective. *Rev Cubana Enferm* 2015;31(3):1–11.
24. Camino M. Percepción De Los Usuarios Que Acuden Al Servicio De Emergencia Acerca De La Calidad Del Cuidado Enfermero En Su Dimensión Humana. Hospital “V́ctor Ramos Guardia” Huaraz, 2015. Univ Aut3noma ICA [Internet]. 2015;33. Available from: [http://repositorio.autonomaica.edu.pe/bitstream/autonomaica/28/1/MAGALY_NANCY_CAMINO_SANCHEZ - CUIDADO ENFERMERO EN SU DIMENSION HUMANA.pdf](http://repositorio.autonomaica.edu.pe/bitstream/autonomaica/28/1/MAGALY_NANCY_CAMINO_SANCHEZ_-_CUIDADO_ENFERMERO_EN_SU_DIMENSION_HUMANA.pdf)
25. Jean Watson Caring Science Institute. La Ciencia del Cuidado/Teoría del Cuidado, Transformación del Ser y los sistemas. 2010; [Internet] Available from: <http://watsoncaringscience.org/>
26. Alvarado Z, Capurro K, Cayao R. Efectividad de la aplicación de una guía de cuidado humanizado en el proceso de afrontamiento de la enfermedad en los pacientes de la unidad de cuidados intermedios. 2016; Available from: http://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/upch/890/Efectividad_AlvaradoSumari_Zoraida.pdf?sequence=3&isAllowed=y
27. Palma I. Características Del Cuidado Que Brinda La Enfermera Al Adulto Mayor En Los Servicios De Medicina En Un Hospital Nacional Según La Percepción De Los Internos De Enfermería 2014. 2015;2.
28. Orosco, G; Torres Y. Cuidado humanizado de la enfermera según la teoría de Watson, en pacientes del servicio de emergencia del Hospital Arzobispo Loayza 2017. Univ Peru Cayetano Hered [Tesis]. 2017.
29. Salazar Cribillero M. Percepción del familiar sobre el cuidado humanizado del enfermero a pacientes en la Unidad de Cuidados Intensivos de la Clínica Internacional Sede San Borja – 2015. Univ Nac Mayor San Marcos [Tesis]. 2016.
30. Jiménez LEE, Parra JSO. Teoría del cuidado transpersonal integrado en la formación académica de un programa de enfermería. *Libr Editor UNIMAR* [Internet]. 2016;0(0):199–206. Available from: <http://www.umariana.edu.co/ojs-editorial/index.php/libroseditorialunimar/article/view/1014>
31. Vázquez Calatayud M, Eserverri Azcoiti MC. El cuidado de las familias en las unidades de cuidados intensivos desde la perspectiva de Jean Watson. *Enferm Intensiva.* 2010;21(4):161–4.
32. Ramírez, C; Perdomo, Alix; Galán E. Evaluación de la calidad del cuidado de enfermería en la unidad de cuidados intensivos. *Av en Enferm* 2014;31(1):41–51.
33. Rubiano, Y. Sentimientos morales en la relación de cuidado enfermeras(os) -personas que viven con VIH/SIDA. *Enfermería Global* 2013; 9 (29):288-296.
34. Cobos, A. Elaboración y aplicación de la guía didáctica de juegos expresivos “aprendo a ser imaginativo” para desarrollar la creatividad en los niños de 4 años en la escuela de educación inicial “Vigotsky” del cant3n Riobamba, provincia de Chimborazo, período 2014-2015 [Tesis]. 2015.
35. Llancari C; Velázquez-Carranza D. Factor Personal E Institucional En El Desarrollo Del “Cuidado Humano De Ayuda – Confianza”, De La Teoría De Jean Watson En Los Enfermeros Del Servicio De Medicina 3B Del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, 2013. *Enfermería Hered* 2016;9(1):1–129.
36. Ch́vez C. Percepción de los cuidadores informales respecto al cuidado otorgado por enfermeras/os de adultos mayores dependientes. Univ Concepción [Tesis]. 2015.
37. Cuidado humanizado desde la perspectiva del personal de enfermería en un hospital de la ciudad de Barranquilla. *Investig Cual en salud.* 2017;2:270–5.
38. Paulina MC, Pablo M V, J3sica OG. Percepción de cuidado humanizado en el servicio de Medicina Adulto, Hospital Base Valdivia, tercer trimestre 2014. [Tesis]. Univ Austral Chile, 2014.
39. Silva-Fhon J, Ram3n-Cordova S, Vergaray-Villanueva S, Palacios-Fhon V, Partezani-Rodríguez R. Percepción del paciente hospitalizado respecto a la atención de enfermería en un hospital p3blico. *Enfermería Univ.* 2015;12(2): 80-87
40. Mart́nez MEM. Percepción de autoeficacia del cuidado humanizado que otorgan las enfermeras al paciente de cuidados intensivos. Univ Veracruzana [Tesis]. 2015.
41. Osorio L. Actitud de la enfermera hacia el cuidado que brinda. [Tesis]. 2011;112.
42. Torres C, Esther Z, Lozano Palma D. Calidad de Cuidados Humanizados que brinda el profesional de enfermería en los servicios de hospitalización de un hospital p3blico de Huánuco. [Tesis]. Per3. 2016;111.
43. Casta FG. Proceso caritas en una narrativa de enfermería : cuidando al adulto mayor. [Tesis] M3xico. 2016; 11.
44. Burgos J, Mart́nez D. Percepción Del Cuidado Humanizado En Pacientes Que Ingresan Al Servicio De Hospitalizacion De Urgencias de Ginecoobstetricia de una Instituci3n de II y III nivel de atenci3n. [Tesis]. Universidad Javeriana. 2009;1–101.



45. Herrera IA. Percepciones de las gestantes en torno al cuidado humanizado por enfermería. *Rev Cienc y Cuid* 2016;13(2):58.
46. Bautista Rodríguez LM, Arias Velandia MF, Carreño Leiva ZO. Percepción de los familiares de pacientes críticos hospitalizados respecto a la comunicación y apoyo emocional. *Rev Cuid* 2016;7(2):1297.
47. Borré Ortiz YM, Vega Vega Y. Calidad Percibida De La Atención De Enfermería Por Pacientes Hospitalizados. *Cienc y enfermería* 2014;20(3):81–94.
48. Ramírez Perdomo CA, Rodríguez Vélez ME, Perdomo Romero AY. El consuelo de María: una enseñanza de cuidado desde la teoría de Watson . *Index de Enfermería*. 2016;25:27–32.
49. Ramírez Pedomo CA, Prra Vargas M. Percepción de los comportamientos del cuidado de enfermería en la unidad de cuidados intensivos. *Av.enferm*. 2011;29(1):97–108.
50. Herrera B, Lovera M, Vásquez R. Cuidado humano de enfermería, enfocado en la teoría, filosofía y ciencia del cuidado de Jean Watson, dados al paciente con tratamiento quimioterápico antineoplásico unidad especializada del Instituto Oncológico “Dr. Miguel Pérez Carreño”. [Tesis]. Municipio Naguan. Univ Cent Venez 2013.