

Revista Navarra Médica

Volumen 5, Número 2 / Julio - Diciembre 2019

ISSN 2422-3344
e-ISSN 2665-2552

► **Una mirada al cuidado de la gestante, cultura de la etnia nasa: aportes desde el modelo del sol naciente**

Gina Paola Ríos Rivera, Andrés Felipe Calderón Lemus, Karine Quintero Naranjo, Liliana Campos Quintero

► **Factores que influyen en el estrés académico**

Jessica Alejandra Pedroza Ramon, Lindy Alexandra Cabrera Bautista, María Paula Gutiérrez Gómez

► **Conocimiento de las primigestantes adolescentes sobre el cuidado del recién nacido: revisión de estudios internacionales**

Ricardo Hernández-Reyes, Leidy J. González-Cenon, Yenifer Vázquez-Garzón

► **Enfoque del anciano frágil con estenosis aórtica severa**

William Arbey Gutiérrez, Camila A. Granados, Goretty Llano B., Karen D. Penagos, Ana M. Polania, Maira A. Ruiz, Cristian G. Serrano, Alejandra Sandoval

► **Prevalencia de obesidad y sobrepeso en estudiantes de enfermería**

Sandra M. Bocanegra-Ramos, Maira A. Oñate-Oñate

Revista Navarra Médica

e-ISSN - 2665-2552 Volumen 5, Número 2 / Julio - Diciembre 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)

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

Una mirada al cuidado de la gestante, cultura de la etnia nasa:
aportes desde el modelo del sol naciente
*Gina Paola Ríos Rivera, Andrés Felipe Calderón Lemus, Karine Quintero
Naranjo, Liliana Campos Quintero*.....5

Factores que influyen en el estrés académico
*Jessica Alejandra Pedroza Ramon, Lindy Alexandra Cabrera Bautista, María
Paula Gutiérrez Gómez*..... 14

Artículos de Revisión

Conocimiento de las primigestantes adolescentes sobre el cuidado
del recién nacido: revisión de estudios internacionales
Ricardo Hernández-Reyes, Leidy J. González-Cenon, Yenifer Vázquez-Garzón24

Enfoque del anciano frágil con estenosis aórtica severa
*William Arbey Gutiérrez, Camila A. Granados, Goretty Llano B., Karen D.
Penagos, Ana M. Polania, Maira A. Ruiz, Cristian G. Serrano, Alejandra Sandoval*33

Prevalencia de obesidad y sobrepeso en estudiantes de enfermería
Sandra M. Bocanegra-Ramos, Maira A. Oñate-Oñate.....45



Original

Una mirada al cuidado de la gestante, cultura de la etnia nasa: aportes desde el modelo del sol naciente

A look at the care of the pregnant woman, culture of the Nasa ethnic group: contributions from the rising sun model

Gina Paola Ríos Rivera¹, Andrés Felipe Calderón Lemus¹, Karine Quintero Naranjo¹, Liliana Campos Quintero²

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

2. Enf. Esp. Mg. Docente, Fundación Universitaria Navarra - UNINAVARRA, Neiva - Colombia.

Resumen

La importancia de la gestante indígena es innegable, y lo que compete a disminuir la morbimortalidad de la misma. Dado el interés de proteger este grupo poblacional, es necesario conocer su cultura de manera adecuada, razón por la cual se realizó la presente investigación. Objetivo: Describir las prácticas y los saberes culturales de cuidados de la salud de las gestantes del resguardo Indígena Potreritos, etnia Nasa. Método: estudio cualitativo, etnográfico, en el cual participaron gestantes indígenas de la etnia Nasa, del resguardo potreritos, con gestación entre 32 y 37 semanas, mayores de 18 años. Resultados: surgieron las siguientes categorías: No me gustaba ir a los controles; Conocer el sexo del bebé; Cómo sabía si estaba embarazada; Formas de cuidarse durante el embarazo. Consideraciones finales: En las gestantes del estudio se evidencia una pérdida progresiva del arraigo cultural en algunos aspectos generado por la influencia del sistema occidental. Este no representa daño a la gestante ni al recién nacido pero si es evidente la incursión de las practicas occidentales como el control prenatal y la preferencia al parto institucional especialmente en gestantes más jóvenes; dicho patrón es coherente con lo que Leininger define en sus tres modos de acción del modelo del sol naciente.

Abstract

The importance of the indigenous pregnant woman is undeniable, and what competes to diminish the morbidity and mortality of the same. Given the interest of protecting this population group, it is necessary to know their culture in an appropriate manner, which is why the present investigation was carried out. Objective: To describe the practices and cultural knowledge of the health care of the pregnant women of the Indigenous Resguardo Potreritos, Nasa ethnic group. Method: qualitative, ethnographic study, in which indigenous pregnant women of the Nasa ethnic group participated, from the Potreritos chapter, with gestation between 32 and 37 weeks, over 18 years of age. Results: the following categories emerged: I did not like going to the controls, knowing the sex of the baby; how I knew if I was pregnant; Ways to take care during pregnancy. Final considerations: In the pregnant women of the study there is a progressive loss of cultural roots in some aspects generated by the influence of the Western system. This does not represent harm to the pregnant woman or the newborn but it is evident the incursion of Western practices such as prenatal control and preference to institutional delivery especially in younger pregnant women; this pattern is consistent with what Leininger defines in his three modes of action of the rising sun model.

Palabras Clave

Gestante, practica de cuidado, parto normal, cuidado cultural, cultura.

Keywords

Pregnant, practice of care, cultural care, culture.

INTRODUCCIÓN

Según el censo Dane del año 2005 en Colombia los pueblos indígenas constituyen un poco más del 3,43% de la población, de acuerdo con la organización nacional indígena de Colombia (ONIC), los cuales están representados en 87 pueblos indígenas, [1] éstos hacen parte de la diversidad étnica y cultural de Colombia configurando esta nación como pluriétnica y multicultural [2].

En Colombia durante los últimos 15 años se ha realizado estudios cualitativos y demográficos que dan cuenta del rendimiento reproductivo de diferentes pue-

Correspondencia: Gina Paola Ríos Rivera.
Dirección: Carrera 21 # 2C - 49,
Florencia - Colombia.
Tel.: +57 314 3903815.
E-mail: paorios15@hotmail.com

blos indígenas, además describen las prácticas de cuidado, la experiencia con servicios de salud o los cambios en la percepción de la maternidad [3].

Dada la precariedad en sus condiciones de vida y el arraigo de la cultura es necesario replantear como la situación cultural y social inciden en materia de salud de las comunidades indígenas en especial los cuidados brindados frente al proceso de gestación y parto, relacionado estrechamente con la morbilidad y mortalidad materna [4]. En el caso de las comunidades indígenas donde este indicador crece dado la limitación de los servicios, la poca adherencia a los programas de promoción y prevención, aunado a la misma cultura y su propia cosmovisión, es difícil intervenir bajo las mismas condiciones que a la población gestante en general [5].

De acuerdo con Leininger [6] la enfermería transcultural es un área de estudio y de práctica centrada en el cuidado cultural, los valores, las creencias y las prácticas de individuos o grupos de similar o diferente cultura. Esto con el fin de proporcionar cuidado de enfermería a nivel de una cultura específica o universal en promoción de la salud o el bienestar para ayudar a las personas de una forma culturalmente significativa a enfrentarse a condiciones humanas desfavorables, enfermedades o la muerte.

Esta definición contiene ideas importantes con énfasis en el descubrimiento de valores, creencias y prácticas de cuidado cultural o subcultura específica, con el fin de ayudar a las personas en sus necesidades diarias con el cuidado de la salud [7].

El cuidado brindado por los profesionales de enfermería a las personas y comunidades indígenas debe ser mínimamente coherente a su propia cultura. Para cuidar personas de otras culturas, el profesional de enfermería debe identificarse con cualquier ser humano porque es humano [8].

Describir las prácticas y saberes culturales del cuidado de la salud en gestantes del resguardo Indígena Potreritos etnia Nasa, desde el enfoque de etnoenfermería propuesta por Madeleine Leininger y analizadas desde el modelo del sol naciente, permite llegar a entender el papel del profesional

de enfermería bajo la dimensión transcultural. Para propiciar cuidados de enfermería de calidad el profesional debe tener conocimiento, sensibilidad y disposición para colaborar en ello [9].

Para que el cuidado transcultural en enfermería se pueda consolidar es necesario la aceptación y respeto por las diferencias culturales, la sensibilidad para entender cómo esas diferencias influyen en las relaciones con las personas, y la habilidad para ofrecer estrategias de mejora en los encuentros culturales [10].

Los postulados acerca de los cuidados culturales propuestos por Madeleine Leininger en su modelo del sol naciente fueron identificados en las gestantes indígenas Nasa. Desde el primer momento cuando reconoce su embarazo, pasando por la tardía inscripción al control prenatal y los cuidados en actividades de la vida diaria modificados por su estado de gestación, incluyendo el apoyo brindado por su familia.

En la gestante Nasa se evidencia una pérdida progresiva del arraigo cultural generado por la gran influencia del sistema occidental, siendo evidente la incursión de las prácticas occidentales como el control prenatal y la preferencia al parto institucional especialmente en las gestantes indígenas más jóvenes. Dicho patrón es coherente con lo que Leininger define en sus tres modos de acción del modelo del sol naciente, [11] el último denominado remodelación de los cuidados culturales con influencia del cuidado occidental lo que orienta a mejorar los cuidados e impactando de manera benéfica a las gestantes [12]. Las prácticas y saberes culturales de la salud de las gestantes del resguardo indígena Potreritos etnia Nasa que se exploraron en el presente estudio están relacionados con la regularidad en asistencia a los controles prenatales, reconocimiento del sexo del bebé, como conocer si estaba embarazada y las formas de cuidarse en el embarazo.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio cualitativo, etnográfico, dirigido a explorar las prácticas y saberes del cui-

dado de las mujeres gestantes de la etnia Nasa del resguardo Potreritos, ubicado en la zona rural del municipio de la Plata, sur occidente del departamento del Huila, con vía de acceso en buenas condiciones, gestantes mayores de 18 años, con edad gestacional comprendida entre 32 y 37 semanas.

La investigación evalúa la calidad científica según los criterios de credibilidad, audibilidad y transferibilidad de acuerdo a Guba y Lincoln [13], además se tuvo en cuenta el significado en contexto propuesto por Leininger.

La credibilidad se refiere a cómo los resultados de la investigación son verdaderos para las personas que fueron estudiadas y para otras personas que han experimentado o estado en contacto con el fenómeno investigado [14].

La auditabilidad o confirmabilidad, se refiere a la habilidad de otro autor para seguir la ruta que el investigador original ha trazado. Para ello es necesario el registro y la documentación completa de las decisiones e ideas que el investigador haya tenido en relación con el estudio [14].

La transferibilidad o aplicabilidad, se refiere a la posibilidad de extender los resultados del estudio a otras poblaciones. Guba y Lincoln indican que se trata de examinar qué tanto se ajustan los resultados con otro contexto [13].

Para la recolección de la información se contó con el aval de Comité de investigaciones, comité de ética CINA, y el aval de la gobernadora del resguardo. Se realizó desplazamiento hasta el resguardo con el fin de realizar las entrevistas y obtener resultados de la observación directa. Se utilizaron entrevistas semiestructuradas que facilitó centralizar y analizar el tema específico de la investigación, se entrevistaron 6 mujeres gestantes indígenas de la etnia, mujeres entre los 18 y los 38 años, de nivel socioeconómicos uno, escolaridad nula y primaria, con número de hijos que van desde primiparidad hasta los 5 hijos con el actual embarazo, se realizaron entrevistas hasta lograr saturación de datos, las participantes firmaron un consentimiento informado donde se

explicaba de forma clara el objetivo de la investigación, reserva y confidencialidad de la información, las entrevistas fueron grabadas en audio y transcritas literalmente en un tiempo no superior a 24 horas para garantizar la fiabilidad de los datos, se utilizaron notas de campo que complementaron los datos que emergieron de las entrevistas.

Las preguntas que se realizaron durante las entrevistas iban encaminadas a conocer: ¿cómo se dio cuenta que estaba embarazada?, ¿cómo determinan las semanas de gestación que tienen?, ¿cómo reconocen el sexo del bebé?, las actividades que puede realizar, la alimentación en el embarazo y la o las persona involucradas en el cuidado de la gestante, entre otras.

El proceso de análisis de los datos etnográficos implica una búsqueda de patrones, lo cual incluyen un examen sistemático de los primeros para determinar sus categorías, y las relaciones pertinentes entre ellos. El análisis se realizó utilizando el concepto de análisis etnográfico de Spradley, el cual incluye dominios, taxonomías, análisis componencial y temas. Por lo tanto la información, se agrupa en dominios para obtener las taxonomías, posteriormente se realiza el análisis componencial de los dominios y taxonomías que determinan los subtemas y el tema principal de la investigación [15].

El análisis de la información se hizo partiendo de la identificación de códigos, organizándolos y describiéndolos para construir las categorías, sub-categorías y sintetizar expresiones EMIC (punto de vista de las gestantes) que permitieran la interpretación y la redacción del informe. Los temas son reflejo del análisis del dominio taxonómico y componencial apoyado en la teoría de Leininger.

RESULTADOS

Desde la cosmovisión de las gestantes indígenas de la etnia Nasa y de acuerdo a los postulados propuestos por Leininger [16] relacionados en cada pregunta de investigación se logra establecer las siguientes categorías:

“No me gustaba ir a los controles”

Para los grupos indígenas se tiene una protección especial con el fin de asegurar la permanencia de su cultura respetando su cosmovisión, siendo ellos los garantes de la continuidad de su etnia, costumbres y cultura; [17] pero en algunos casos como en las gestantes del presente estudio, se ve limitada la intervención por dificultades de tipo geográfico que dificultan el acceso a los servicios de salud; la influencia familiar y social también impide la adherencia y el inicio precoz a controles prenatales [18]. Esto viene desarrollado en dos códigos nominales.

“Es difícil bajar al puesto de salud”

Situaciones como el factor económico, el cuidado de sus otros hijos en caso de desplazamiento a la IPS, hacen que el control prenatal no se realice tan rigurosamente.

Algo que aflora durante las entrevistas con las gestantes es que uno de los principales aspectos luego del económico, es a quien le pueden prodigar el cuidado de sus otros hijos mientras ellas se desplazan al pueblo, es así como una de ellas expresa:

“Esta vez no tenía con quien dejar al niño y pues mi marido se iba a trabajar y no podía asistir, y no podía bajar con el niño al pueblo, por eso espere hasta los 5 meses”

Gestante, 23 años, ama de casa

“No me gustaban los exámenes”

La realización de exámenes de laboratorio puede causar resistencia, dado que algunas de las gestantes mencionan que se les extrae sangre muchas veces y se repiten muchos exámenes, situación que para ellas es causa de malestar.

En cuanto a la toma de citología cervico-uterina, las gestantes muestran temor y pena por la incomodidad que este procedimiento les genera, algunas de ellas no tienen claridad de la importancia dado que consideran que es algo que se hace por cumplir. Una de las gestantes expresa:

“Esa (la citología) es la más incómoda, es muy difícil hacerse esa. Me parece muy incómoda”

Gestante, 18 años, ama de casa

“No sabía el sexo del bebé hasta que me hacían la ecografía”

Para las gestantes Nasa el reconocimiento del sexo del bebé, en muchos casos no es la prioridad, dado el inicio tardío a los controles en la mayoría de gestantes después de los 5 meses de embarazo. Una de las gestantes expresa que:

“A los cinco meses fui al primer control, y ahí fue cuando el médico me autorizo la ecografía y supe que era”

Gestante, 35 años, ama de casa

“Conocemos el sexo del bebe según las características del abdomen”

Las gestantes Nasa recurren a personas en el resguardo que por su tradición interpretan las formas corporales, para que ellas le observen su abdomen, aflorando variadas interpretaciones como, por ejemplo: que si el abdomen es redondo es una niña, pero si es puntudo es un niño, siendo esta la primera aproximación sobre el conocimiento del sexo del bebé, y entorno a este se prepara la gestante, el compañero y la familia en general para la llegada.

Algunas de las participantes expresaron:

“Pues me han dicho que cuando uno tiene el estómago bien redondito es porque es una niña, si lo tiene como puntudito es niño y así es como me ha enseñado mi mamá”

Gestante, 18 años, ama de casa

“Ahh si, el medico tradicional también me dijo que era niño, el, la miro y ya, se da cuenta por la forma de la barriguita”

Gestante, 35 años, ama de casa

“Cómo sabía si estaba embarazada”

El reconocimiento del embarazo se da mediante la ausencia de la menstruación, conocen las fe-



chas en las que debe llegar la menstruación, y la ausencia de esta por más de dos periodos permite reconocer su estado de embarazo.

Una de las participantes expresó:

“He estado enferma, mucho mareo, y ganas de vomitar, pero es por el embarazo”

Gestante, 28 años, ama de casa

“Sentía mover al bebé”

En la cultura Nasa la confirmación del embarazo, se reconoce a través de la percepción de movimientos fetales, lo que confirma su estado y resulta irrefutable para los demás.

De esta manera se realiza el reconocimiento del estado de embarazo en caso de mujeres a las que la menstruación les continúa llegando a pesar de estar embarazada. Una de las gestantes expresó:

“El periodo a mí me baja normal cuando estoy embarazada, me doy cuenta que estoy embarazada, cuando se mueve”

Gestante, 32 años, ama de casa

“No me llegaba la menstruación”

Para la gestante, estas características no son ajenas y constituye el principal medio de diagnosticar el embarazo, la ausencia de la menstruación, es la característica más comuna de las embarazadas de la comunidad. Algunas de ellas acuden a las instituciones de salud, simplemente para corroborar su estado.

Algunas de las gestantes expresaron:

“Pues sospeche que estaba embarazada y espere el siguiente mes, tampoco me llegó, pues ya supe que estaba embarazada”

Gestante, 23 años, ama de casa

“Estaba esperando a que me llegara y no me llegó me hice una prueba de embarazo”

Gestante, 28 años, ama de casa

“Formas de cuidarse”

Para la gestante Nasa es importante cuidar su etapa de embarazo, dentro de estas formas tienen muy claras cuáles son las que marcan especial importancia dentro de sus cuidados, por lo tanto, ejercen las siguientes actividades:

“Alimentación”

Un aspecto importante de cuidado de las gestantes indígenas es la alimentación, [19] la cual se basa en el consumo de frutas, jugos y sopas, los cuales se deben consumir a horas adecuadas. Ahora bien, la mayoría de las gestantes Nasa no modifica su alimentación por su estado de gestación, ellas tienden a alimentarse como el resto de la familia, sobre todo porque ellas son las encargadas de la preparación de las comidas. Una de las gestantes manifestó durante la entrevista:

“Mi mamá, lo que me prohibía era los mecatos, pues si no hay carne, se come grano, lentejas, arvejas frijol, me daban antojos de papas y gaseosa, pero pues el médico y la nutricionista también me prohibieron esas cosas, porque ya tenían mucha azúcar”

Gestante, 18 años, ama de casa

“Actividades permitidas en el embarazo”

Para las gestantes indígenas de Potreritos, es importante cuidar su etapa de embarazo y tienen claras sus limitaciones en actividades pesadas. Evitar hacer oficios pesados como cargar leña evita que sangren, tengan partos pre términos, o se provoque dolor e incomodidad para realizar actividades básicas como dormir. Las gestantes mencionaban en sus entrevistas:

“No, como para la semana pasada estuve cargando leña y se había volteado, el médico tradicional me dijo que estaba volteado y luego lo arregló y ahora si estoy bien, bueno si ya estamos para ocho meses, o nueve meses, ya no nos dejan ni barrer, ni casi lavar la ropa”

Gestante, 35 años, ama de casa



“Pues no cargar pesado, no hacer mucho oficio y eso, caminar sí, pero entonces no mucho, Ya de los 7 meses para arriba uno no puede como trabajar mucho, uno no puede alzar cosas pesadas”

Gestante, 18 años, ama de casa

“Qué hacer cuando siente dolor”

En su mayoría no sufren de este tipo de molestias, pero en caso de tenerlas, el descanso es la principal recomendación de las madres y cuidadores, igual la administración de medicamentos solo recomendados por el médico occidental.

En contraste, los cuidados tradicionales de algunas gestantes que acuden a los médicos tradicionales que manejan el dolor con pastas, hiervas, bebidas que las gestantes desconocen, pero que para ellas funcionan, también se menciona el uso de papas en la cabeza para evitar el dolor.

Algunas de las gestantes expresaron:

“Pues mi mamá me decía que me amarrara la cabeza con unas tajadas de papas, porque ella decía que las papas ayudaban y porque ella pensaba que de pronto esas pastas eran malas para el embarazo, y yo para no bajar al pueblo, no me tomaba esas pastas”

Gestante, 23 años, ama de casa

“Sentir apoyo de la pareja o familia”

El principal apoyo de la gestante, lo brinda el compañero en la mayoría de los casos, siempre y cuando se conviva con él, este al principio realiza las labores que la mujer no puede realizar, hasta que se hace totalmente cargo de labores caseras; en otros casos parte del apoyo lo brinda la madre de la gestante quien brinda los consejos y la colaboración con los otros hijos, al igual que las hermanas, siendo la línea femenina el sustento de la cultura y las tradiciones, dando resistencia a los cambios y la incursión de la cultura occidental [20].

Una de las gestantes expresó:

“Él es el que hace de comer, lava la ropa también lo hace por los niños y la mía, a mi hijo

lo dejo con mi mamá, ella vive por allá abajo y también trabaja, a mí me toca ir a dejarlos por allá abajo”

Gestante, 32 años, ama de casa

“La atención en salud por médico tradicional o partera.”

La cultura de los indígenas Nasa busca garantizar la atención en salud por parte del médico tradicional, aunque las gestantes también pueden acudir a las parteras ya reconocidas en el resguardo, para casos específicos de problemas durante la gestación, por ejemplo “dolores en el vientre, pesadez o ausencia de apetito”, generalmente se intenta resolver con métodos tradicionales, “sobando la barriga o utilizando yerbas medicinales” incluso antes de acudir al médico occidental. Al médico tradicional acuden algunas de las gestantes porque consideran que las recomendaciones son muy acertadas.

Algunas de las gestantes expresaron:

“Pues ahí uno va y le dicen si uno ya está bien y ahí se sientan una noche a hacer sus cosas (rituales), yo no podía ni acostarme y por eso es que me fui hacer sobar”

Gestante, 35 años, ama de casa

“Fui donde el médico tradicional, porque cualquier fuercita que hacía el niño se desacomodaba, entonces lo iba a revisar; cuando el niño esta desacomodado le empiezan a dar como dolores bajitos y después cuando él ya lo revisa uno se siente bien. El (médico tradicional) me lo revisaba y me decía que no hiciera tanta fuerza”

Gestante, 18 años, ama de casa

DISCUSIÓN

El modelo del sol naciente propuesto por Madeleine Leininger fue identificado durante el transcurso de la presente investigación, desde el primer momento que las indígenas reconocen su embarazo, pasando por la tardía inscripción al control prenatal y los cuidados en actividades de la vida diaria que se modifican por su estado de



gestación incluyendo el apoyo que brinda el componente familiar de las gestantes.

La teoría transcultural se puede visualizar a través del “modelo del sol naciente” el cual describe al ser humano como un ser integral que no puede separarse de su procedencia cultural, de su estructura social y la concepción del mundo [21]. Esto constituye uno de los principios fundamentales de la teoría de Leininger la cual propone que las personas de culturas diferentes de poder ofrecer información y orientar a los profesionales para brindar los cuidados que desean [22].

Como se mencionó anteriormente el inicio tardío de los controles prenatales ya sea por disgusto con la realización de exámenes o por dificultad para acceder al programa, hace parte de lo que Leininger denomina sistemas populares o genéricos, [23] esto se debe negociar y reorientar con las gestantes de la etnia Nasa y así tengan mayor adherencia a sus controles con sus respectivos exámenes.

En contraste con lo anterior, también se puede evidenciar que las gestantes indígenas conservan algunas tradiciones que están firmemente arraigadas y son fruto de su cultura, siendo cuidados realizados y heredados de generación en generación. Como es el caso “Sobar la barriga”, cuando los dolores y las molestias de su embarazo avanzado se hacen evidentes e impiden las actividades diarias, las cuales no están fundamentadas científicamente. Desde la etnoenfermería es necesario rescatar y promover el trabajo multidisciplinario que permita a los profesionales brindar un cuidado integral a la persona tomando como referencia los conocimientos y habilidades tradicionales [24].

De la misma manera se puede evidenciar que el consumo de preparativos indicados por el médico tradicional y la consulta a este, hace parte de los saberes del cuidado que tiene las gestantes Nasa, aunque no se tiene un fundamento científicamente validado da un enfoque importante de los cuidados que las gestantes indígenas realizan, es importante poner en práctica los modos de acción consistentes en la preservación de los cuida-

dos culturales, [25] pues no implica ningún daño demostrado en sus practica y es algo propio de su cultura.

Así mismo, las prácticas de cuidado en las gestantes para reconocer su estado de gestación como: sentir mover al bebé y el cese del periodo menstrual coincide con lo postulado por Leininger en su teoría de la diversidad y universalidad, basada en la convicción que las personas de culturas diferentes pueden ofrecer información y orientar a los profesionales, para recibir la clase de cuidados deseados o necesarios de los demás [26].

Siendo la cultura determinante de los patrones y estilos de vida esta tiene influencia en las decisiones de las personas ayudando a la enfermera a descubrir, documentar el mundo del paciente utilizando su punto de vista émico, sus conocimientos y sus prácticas en conjunción con la ética apropiada, como base para adoptar acciones y decisiones profesionales coherentes con los modos culturales [27]. Por lo tanto, más que ofrecer reestructuración de procesos se constituye en una práctica para orientar el que hacer de los profesionales y se brinde un cuidado holístico.

Desde el enfoque cultural propuesto por Leininger las prácticas son actos guiados por creencias y valores que varían considerablemente en cada cultura, de allí parten las formas de cuidado según los grupos sociales, sistemas familiares y económicos. En términos generales puede considerarse la manera como las personas afrontan y solucionan algunas necesidades las cuales se evidenciaron en los testimonios de las gestantes indígenas [28].

Las prácticas alimentarias y la determinación de las actividades permitidas en el embarazo, ha tenido un proceso de integración a los cuidados de manera intencional, se realizan acorde a los cuidados occidentales [29]. El control del dolor, el apoyo recibido y la consulta a la partera o medico tradicional demuestra que el cuidado de enfermería no es tan evidente y la gestante no siente relevancia tal en los cuidados culturalmente congruentes que desarrolla Leininger en su teoría, por lo tanto el actuar de la enfermera profesional

en el resguardo indígena Nasa y en los cuidados a la gestante no hacen la diferencia puesto están firmemente ligados a los de su cultura.

La existencia de un enfoque de cuidado cultural en el sistema de atención de enfermería indudablemente fortalece el papel del enfermero en la práctica asistencial. Por consiguiente, las prácticas y saberes culturales de los grupos indígenas, no pueden ser fenómenos ajenos en las prácticas de enfermería. Además el conocimiento cultural es un patrón indispensable en los sistemas de asistencia de enfermería [30].

Este estudio no presentó limitaciones, el permiso de la gobernadora indígena se logró sin inconvenientes, el acceso a las comuneras y aceptación de la entrevista mediante la firma del consentimiento y la grabación de voz de las mismas resultó en un proceso de crecimiento personal y profesional.

CONCLUSIONES

La mujer Nasa identifica su embarazo mediante una serie de características confiables para ellas, con las cuales diagnostican su embarazo e inician sus acciones de cuidado tradicionales y propias de su comunidad.

Las indígenas Nasa tienen sus propias prácticas de cuidado como evitar hacer oficios pesados, utilizar la “sobada de la barriga” para minimizar el dolor y las incomodidades propias del estado de embarazo en su últimas semanas, teniendo muy arraigada la confianza plena en la partera y el médico tradicional.

Tanto el apoyo familiar y su influencia en las prácticas de cuidado relacionado con su salud de la gestante, transmitiéndolo de generación en generación por línea materna permiten que se afiancen los lazos familiares y se asegure la transmisión de cuidados y la vida de la etnia.

AGRADECIMIENTOS

Gracias a Dios por las bendiciones recibidas, a nuestros padres, hermanos, hijos, abuelos por

su apoyo y amor incondicional, A nuestra asesora por su apoyo, su guía y orientación que nos hace enamorarnos de nuestro proyecto. A la comunidad indígena potreritos etnia Nasa, de la Plata Huila, a su gobernadora indígena y a las gestantes participantes de nuestro proyecto de investigación quienes con sus aportes permitieron nuestro crecimiento y la visibilización de la importancia del cuidado cultural.

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. Bello Álvarez LM. Caracterización de la mortalidad materna en comunidades indígenas colombianas. 1st ed. Vol. 1. [Bogotá D.C.]: Universidad Nacional de Colombia; 2016.
2. Banco Interamericano de Desarrollo BID. Salud de la mujer indígena [Internet]. Ada Piazzese, Castillo Ruiz P, Vega G, editors. Vol. 61. 2010.
3. Arias-Valencia MM. Calendario reproductivo en mujeres Indígenas úwa (tunebo) de Boyacá, Colombia. *Papeles Poblac.* 2013;(75)1-23
4. Posso J. Las transformaciones del significado y la vivencia de la maternidad, en mujeres negras, indígenas y mestizas del sur occidente colombiano. *Soc y Econ.* 2010; (18): 59-84
5. ACNUR. Situación Colombia: Pueblos indígenas (2012). Article. 2012;1 (situación colombia indígenas):1-4.
6. Ramos Lafont CP. Prácticas culturales de cuidado de gestantes indígenas que viven en el Resguardo Zenu ubicado en la Sabana de Córdoba [Tesis]. Universidad Nacional De Colombia.; 2011.
7. McFarland MR, Wehbe-Alamah HB. The Theory of Culture Diversity and Universality. *Elsevier Health Sciences*; 2015;1:612.
8. Castro C. Cuidado del bebé en la cultura guambiana: una mirada desde la cosmovisión de las madres. *Av en Enferm.* 2014;32(1): 114-123



9. Rocío Elizabeth Chávez Alvarez, Maria Josefa Arcaya Moncada, Gladys Garcia Arias TCSR, Contreras MVI. Rescatando el autocuidado de la salud durante el embarazo, el parto y al recién nacido: Representaciones sociales de mujeres de una comunidad nativa Peru. 2007; 16(4): 680-687
10. Valencia González AM, Valencia Cortés EM, Arias Valencia MM, Múnera Gaviria HA. Reproductive calendar of the Zenú and Embera indigenous peoples of the Eyabida and Chamibida subgroups from Antioquia (Colombia). *Investig y Educ en Enferm.* 2015;33(3):395-405
11. Rodriguez LM de, Vasquez ML. Mirando el cuidado cultural desde la optica de leininger. [articulo], *Colomb Med.* 2007; 38 Sup 2 (4): 98-104
12. María A, Navarro A. Creencias y prácticas de cuidado genérico de gestantes pertenecientes a la comunidad indígena Wayúu Creencias y prácticas de cuidado genérico de gestantes pertenecientes a la comunidad indígena Wayúu Ariadna María Angarita Navarro [Trabajo de grado], Universidad Nacional de Colombia; 2017.
13. Ramos-Galarza C. Los paradigmas de la investigación científica. *Scientific research paradigms. Av.psicol.* 2015;23(1)9-17
14. Castillo E, Vásquez ML. El rigor metodológico en la investigación cualitativa. *Colomb Med.* 2003;34(3): 164-167
15. Garrido N. El Método De James Spradley En La Investigación Cualitativa. *Enfermería Cuid Humaniz.* 2017; 6, nº Especial:37-42
16. Rendon BJ. Significado de las prácticas de cuidado cultural que realizan las gestantes consigo mismas y sus hijos por nacer en el control prenatal. [Tesis] Universidad Nacional de Colombia; 2012.
17. MinCultura. Caracterización del pueblo Nasa. Article. 2004.
18. Juarez BRR, Doris S, Pompa T, Alberto C. “Estoy acostumbrada al parto en mi casa” Vivencias de mujeres respecto al parto domiciliario en la sierra liberteña. 2017.
19. Irma Jeannette Saltos Llerena, R TLIJSLI. Conocimientos actitudes y prácticas sobre alimentación en mujeres indígenas embarazadas que acuden a la consulta externa del hospital José María Velasco Ibarra de la provincia del Napo. 2016.
20. Cardoso; EVGPMA, María OMR, ReyesAudiffred V. El cuidado espiritual: una propuesta con base en las prácticas tradicionales de una comunidad indígena nahua. [Trabajo de grado], 2017.
21. Dalgleish T, Williams JMG., Golden A-MJ, Perkins N, Barrett LF, Barnard PJ, et al. Medicina indígena y occidental: [articulo] *dia. J Exp Psychol Gen.* 2007.
22. Practicas culturales de cuidado en las gestantes indígenas de la tribu yaqui en el poblado de Vicam sonora [Internet]. 2015.
23. Botina Molina MF. Caracterización de los saberes y prácticas culturales en torno al ciclo de gestación y nacimiento en la comunidad del resguardo Kamëntšá Biyá de Mocoa- Putumayo. [Trabajo de grado], instnameUniversidad Nac Abierta y a Distancia, 2016.
24. Prieto BMB, Ruiz CH. Significados durante el puerperio: A partir de prácticas y creencias culturales. *Aquichan.* 2013.
25. Berrío Palomo LR. Diversidad de atención durante el embarazo y el parto : reflexiones sobre los saberes locales de mujeres indígenas. *Género y salud en cifras.* 2015;13(3):4-12
26. Ulloa Sabogal IM. Cuidado cultural en mujeres con embarazo fisiológico: una meta-etnografica. [Trabajo de grado] Universidad Nacional de Colombia; Bogotá: 2014.
27. Investigaci CDE. Comparación de las prácticas de cuidado en dos grupos de gestantes en la ciudad de Sincelejo. Article [Internet]. 2008.
28. Iv S, Salud M. Materna Indígena Nasa y Misak. Propuesta [libro]. 2016;IV(Observatorio Nacional de Salud. Instituto Nacional de Salud. Ministerio de Salud y Protección Social. Salud materna indígena en mujeres Nasa y Misak del departamento del Cauca), 2016.
29. Rojas JG. Significado de la experiencia de cuidar a pacientes indígenas en las salas de hospitalización del departamento de Antioquia-Colombia [tesis de doctorado]. Alicante (ALC): Departamento de Enfermería Universidad de Alicante. 2011
30. Vargas S, Berumen L, González E, Pizarro N. Cuidado familiar comunitario : percepciones de la enfermera e indígenas rarámuris. *Dialnet Cult Cienc y Tecnología* [Trabajo de grado]. 2013.



Original

Factores que influyen en el estrés académico

Factors that influence academic stress

Jessica Alejandra Pedroza Ramon¹, Lindy Alexandra Cabrera Bautista¹, María Paula Gutiérrez Gómez¹

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

Resumen

Objetivo: identificar el nivel y los factores que influyen en el estrés académico en los estudiantes de enfermería de la Fundación Universitaria Navarra -Neiva, año 2018.

Métodos: Estudio cuantitativo descriptivo. En la metodología se usó la técnica reconocida de Inventario SISCO del estrés académico. **Resultados:** El estudio concluyó que los exámenes, la sobrecarga académica, y la falta de tiempo son condiciones que disparan el estrés en los estudiantes. Conjuntamente, se evidenció que el nivel de estrés en los alumnos de enfermería alcanza un nivel moderado de 80%, a causa de la tensión académica. Las manifestaciones fisiológicas de los estudiantes fueron la somnolencia o mayor necesidad de dormir, problemas de digestión, dolor abdominal o diarrea. Dentro de los estímulos estresores o focales como lo manifiesta Callista Roy, la sobrecarga académica se destaca como factor principal en la actual investigación. Algunos estudiantes mencionan afrontar el estrés recurriendo a la religiosidad.

Abstract

Objective: identify the level and factors that influence stress in the nursing students of the Navarra-Neiva University Foundation, 2018. **Methods:** Descriptive quantitative study. In the methodology the recognized technique of SISCO Inventory of academic stress was used. **Results:** The study concluded that exams, academic overload, and lack of time are conditions that trigger stress in students. Jointly, it was evidenced that the level of stress in nursing students reaches a moderate level of 80%, due to academic stress. The physiological manifestations of the students were drowsiness or greater need to sleep, digestion problems, abdominal pain or diarrhea. Within the stressor or focal stimuli as stated by Callista Roy, academic overload stands out as the main factor in the current investigation. Some students mention coping with stress by resorting to religiosity.

Palabras Clave

Nivel, estrés, estudiantes, enfermería, Fundación Universitaria Navarra.

Keywords

Level, stress, students, nursing, Fundación Universitaria Navarra.

INTRODUCCIÓN

Para la Organización Mundial de la Salud – OMS, el estrés a nivel mundial se ha convertido en un problema de salud pública que afecta a millones de personas, no importando las condiciones laborales, económicas o culturales en la que se desenvuelven las personas. En las etapas del desarrollo humano, el individuo puede llegar a experimentar emociones y sentimientos de temor, tristeza, ansiedad, falta de sueño o apetito, debilidad, sensaciones de ahogo, aumento de la sudoración, tensión generalizada, dolor de cuello, de espalda y entre otros, que se producen como consecuencia de la sociedad y el estilo de vida. El agitado ritmo de la vida cotidiana, y diferentes condiciones repercuten de manera negativa sobre la salud, generan altos niveles de tensión. Sin embargo, cuando dicha situación se mantiene con tendencia al aumento puede convertirse en un trastorno mental, provocando comportamientos sociales desajustados y desadaptados con efectos personales, laborales y familiares [1].

El estrés laboral se ha convertido en una patología bastante común, esto evidenciado en los cambios de tipo corporal que presentan los individuos en torno al ambiente de trabajo, donde el principal factor de generación de este estrés es la rutina en el escritorio [2].

Correspondencia: Jessica Alejandra Pedroza Ramon.
Tel.: +57 320 2685416.
E-mail: jessica.pedroza@uninavarra.edu.co



También, el espacio universitario constituye un lugar donde los estudiantes de Educación Superior se enfrentan cada vez más a retos y exigencias del medio profesional que demandan las diferentes competencias y habilidades para alcanzar los objetivos postulados por las instituciones para la obtención del título; lo cual requiere de múltiples recursos tanto físicos como psicológicos para lograr dichos retos [3].

A nivel mundial la tasa de trastornos mentales ha ido aumentando considerablemente sin importar clases sociales, sexo y diferentes etapas de la vida. Estos determinantes han generado gran interés, en tanto que el estrés es el más frecuente entre estos desórdenes. Actualmente, se entiende como una experiencia de tensión e irritación donde hay una reacción tanto física como psicológica cuando se presenta una situación que causa miedo, emoción o confusión [4].

No obstante, para los jóvenes que comienzan una carrera universitaria, se ven enfrentados a una serie de responsabilidades de mayor peso, debido a la necesidad de mantener un rendimiento académico adecuado, buscando retribuir al esfuerzo que sus familiares realizan para que ellos saquen adelante una carrera universitaria. Es por eso que, consideran un gran desafío el cumplimiento de las metas, logros u objetivos establecidos en cada una de las diferentes asignaturas que cursan, docentes que les exigen y asignan diversas actividades, como sustentar trabajos grupales, presentar informes, llevar a cabo prácticas, trabajos de investigación y exámenes con una exigencia elevada y a esto se suman otros factores como la presión familiar [5].

La llegada a la universidad es una transición donde se adquiere responsabilidad por las prácticas de estilo de vida, donde los estudiantes están expuestos a los desafíos de la edad adulta joven y también abordan los problemas mentales y sociales de la vida de los estudiantes, todo esto representa un gran reto al enfrentarse a un nuevo entorno [6].

La identificación de los niveles de estrés permitirá mostrar las diferentes formas en que los estudiantes

conducen los estados tensionales, ansiosos o depresivos, siendo en su gran mayoría de manera poco sanas y eficaces [7]. Mediante el modelo de Callista Roy, las respuestas de adaptación tienen que ver con el estímulo recibido y el nivel que tiene el individuo para adaptarse, según esto ella considera que las personas tienen 4 modos o métodos de adaptación: Las necesidades fisiológicas básicas, La autoimagen, El dominio de un rol o papel e Interdependencia. Es decir; la adaptación es “el proceso y resultado por medio del cual las personas con pensamientos y sentimientos, en forma individual o grupal, utilizan la conciencia y eligen para crear una integración humana y ambiental”, ella clasificó así los estímulos: focales, contextuales y residuales [20].

De esta forma se plantea que dentro de las Instituciones de Educación Superior, en términos de competitividad, se suscitan estresores considerables no sólo en las calificaciones sino también en rivalidades entre compañeros, participación en clase, realización de exámenes, desarrollo de tareas, aceptación del grupo, miedo al fracaso y decepciones de los padres, entre otros [8].

La relevancia social se fundamenta en la necesidad de promover el afrontamiento del estrés en los estudiantes mediante la identificación de los factores de riesgo, lo cual garantizaría un mejor rendimiento académico. Los altos costos personales y sociales generados por el estrés han dado lugar a que organizaciones internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS), insista cada vez más en la importancia que tienen la prevención y el control del estrés en el ámbito universitario [9].

El objetivo de este estudio fue identificar el nivel de estrés en los estudiantes de enfermería de la Fundación Universitaria Navarra Neiva, durante el año 2018. Esta investigación es novedosa a nivel regional ya que existen pocos antecedentes.

MÉTODO

Tipo de estudio

En el presente estudio se utilizó el método cuantitativo descriptivo, prospectivo transversal, ya que

permitió la descripción de las variables en un sólo momento y en un tiempo único. Se recogieron datos a través de un instrumento estructurado para determinar la asociación entre el estrés y el rendimiento académico en los estudiantes universitarios del programa de Enfermería de la Fundación Universitaria Navarra.

Población y muestra

La población para esta investigación estuvo conformada por los estudiantes del programa de Enfermería jornada diurna de la Fundación Universitaria Navarra, de la cohorte 2018-II siendo un total de 230 estudiantes. Con el apoyo del programa Open Epi, y teniendo en cuenta los siguientes aspectos: Tamaño de la población: 230, frecuencia ($p=0,5$) anticipada del evento: 41%, límites de confianza: 5%, efecto de diseño (para estudios con muestras complejas EDFF): 1.0 y con un nivel de confianza del 95% se estimaría abordar 145 participantes para el estudio.

Técnica y procedimiento

La técnica que se utilizó para la ejecución y la recolección de la información se hizo a partir de una encuesta estructurada y validada (Inventario SISCO del estrés académico).

Este instrumento ha sido validado y utilizado en diferentes estudios a nivel nacional. Como por ejemplo para el año 2008 se realizó una validación del instrumento SISCO del estrés académico el cual tuvo como nombre “Validación del inventario SISCO del estrés académico y análisis comparativo de adultos y jóvenes de la Universidad Industrial de Santander -UIS y la Pontificia Bolivariana seccional Bucaramanga”, para determinar la confiabilidad del instrumento utilizaron la confiabilidad por mitades y alfa cronbach de 0.861, y para determinar la validez se utilizaron dos herramientas, el análisis factorial y el análisis de consistencia, esto les permitió hacer comparación entre los resultados y sacar conclusiones [10].

Dentro del procedimiento, se tuvo como referencia el modelo de adaptación de Callista Roy,

el cual fue desarrollado por una enfermera en el año 1964 en donde logra describir el ser humano como un ser capaz y con los recursos suficientes para desarrollar una adaptación en una determinada situación que este enfrentando [20]. Se solicitó la autorización del programa de Enfermería de la Fundación universitaria Navarra, para desarrollar el proyecto de investigación. Luego se aplicó el instrumento. Después se consolidó la información para sistematizar, analizar, discutir y concluir con los datos obtenidos de dicho estudio.

Tabulación y tipo de análisis

Se tomaron las encuestas diligenciadas y se realizó la tabulación en el programa Microsoft Excel, elaborándose cuadros con la información permitiéndonos analizar de una mejor manera los datos; siguiente a esto se determinó las tasas, distribución de frecuencias, medidas de tendencia central, Chi cuadrado, y por último se compararon los ítem más relevantes (nunca, rara vez, algunas veces, siempre, casi siempre) en los cuales se analizaron la frecuencia de estímulos estresores relacionados con el ambiente, la frecuencia con que se presentan los síntomas relacionados con los estresores y por último la frecuencia de uso de afrontamiento [11].

EL ESTRÉS Y LA TEORÍA DE CALLISTA ROY

El estrés

El estrés es el proceso que se pone en marcha cuando una persona percibe una situación o acontecimiento como amenazante o desbordante que perturban el equilibrio emocional del individuo. A menudo los hechos que lo ponen en marcha son los que están relacionados con cambios, que exigen del individuo un sobreesfuerzo y por tanto ponen en peligro su bienestar personal (fisiológica, psicológica y conductual) [12]. Para comprender el estrés es necesario tener en cuenta las condiciones sociales, económicas, familiares y culturales. En general, la vulnerabilidad de una persona al estrés está influenciada por su temperamento, capacidades para el afrontamiento y el apoyo social [13].



Síntomas del estrés: El estrés se manifiesta a nivel:

- Físico: opresión en el pecho, hormigueo o mariposas en el estómago, sudor en las palmas de las manos, palpitaciones, dificultad para tragar o respirar, sequedad en la boca, temblor corporal, manos y pies fríos, tensión muscular, falta o aumento de apetito, diarrea o estreñimiento, fatiga, caída de cabello, tensión en el cuello, dolor de espalda.
- Emocional o psicológico: inquietud, nerviosismo, angustia; deseos de llorar y/o un nudo en la garganta; irritabilidad, enojo o furia constante o descontrolada; deseos de gritar, golpear o insultar; miedo o pánico, preocupación excesiva; la necesidad de que “algo” suceda, para que se acabe la “espera”; dificultad para tomar decisiones; dificultad para concentrarse; lentitud de pensamiento; cambios de humor constantes, disminución de la memoria.
- Conductual: moverse constantemente, risa nerviosa, rechinar los dientes, tics nerviosos, problemas sexuales, comer en exceso o dejar de hacerlo, beber o fumar con mayor frecuencia, dormir en exceso o sufrir de insomnio [14].

Las personas canalizan de forma particular el estrés y, por lo tanto, en algunos casos éste puede manifestarse de diferentes maneras en la persona, ya sea a nivel fisiológico, psicológico, social o comportamental, entre otros [15].

Respuestas de estrés: Una vez que el sujeto percibe algún nivel de estrés se pueden presentar respuestas a nivel conductual (enfrentamiento), emocional y fisiológico.

- A nivel conductual la baja concentración del individuo ocupa su tiempo en pensar en los problemas de su entorno y buscar una solución a ello, lo que implica la falta de concentración en las tareas que realiza. En ocasiones muestra agresividad pues el individuo se encuentra atacando en todo momento, lo que finalmente

implica que no se puede establecer una buena comunicación. Y en la mayoría de los casos presenta un bajo rendimiento académico, pues todos los efectos que produce el estrés implicarán al individuo inevitablemente un bajo desempeño académico. La persona al sentirse mal físicamente, no se encontrará concentrada, o si se encuentra agresivo no escuchará instrucciones y tampoco pedirá ayuda, no tendrá la capacidad para terminar tareas en el tiempo determinado para ello utilizará respuestas de afrontamiento.

- A nivel emocional: Se usan indistintamente para referirse al estrés generado, por ejemplo, cuando ocurren relaciones interpersonales conflictivas. Su consecuencia es un cambio afectivo que puede desencadenar diversas patologías en función de la predisposición genética, la experiencia del individuo y su ambiente cultural.
- A nivel fisiológico: El desarrollo de un trastorno psicofisiológico como consecuencia del estrés depende en gran medida de las respuestas fisiológicas activadas y los órganos implicados. Como consecuencia, puede producirse el agotamiento de los recursos y la aparición de algún trastorno psicofisiológico [16].

Aunque el estrés está presente en todas las profesiones, es más intensificado en el área de la salud, los expertos manifiestan que se debe a la responsabilidad de estar a cargo de una vida, fungir como cuidador no es una tarea fácil. En la formación de los estudiantes de enfermería, es fundamental conocer las fuentes de estrés para determinar qué habilidades potenciar, para esto se consideran dos tipos de estrés [17].

Tipos de estrés:

- El distrés (estrés negativo) ocasiona un exceso de esfuerzo en relación con la carga. Va acompañado siempre de un desorden fisiológico, psicológico o emocional y conductual, en el cual hay mantenimiento de la tensión, los músculos y órganos envían señales al ce-



rebrotado de incomodidad y fastidio; hay falta de confianza, inseguridad y tensión mental. El resultado es el miedo al fracaso (tensión) la salud empeora y el rendimiento disminuye.

- El Eutrés (estrés positivo): es aquel donde el individuo interacciona con su estresor, pero mantiene su mente abierta y creativa. La persona se manifiesta con placer, alegría, bienestar y equilibrio. Es un estado en el cual se potencia el mejoramiento del nivel de conocimiento, de las ejecuciones cognitivas que provee la motivación [18].

Las situaciones desgastantes, comportamientos y posturas inadecuadas, tanto en el aula como en los campos de prácticas, ansiedad y angustias relacionadas con los trabajos académicos, así como situaciones relacionadas con el futuro profesional, son hechos que pueden desencadenar en largos procesos de estrés, su duración puede presentarse de la siguiente manera: [19].

Duración del estrés:

- Estrés agudo: es la forma de estrés más común. Los síntomas son: enojo, irritabilidad, dolor de cabeza, tensiones musculares, etc. Tiene una duración de corto plazo; es decir de 2 semanas a 1 mes. Puede presentarse en la vida de cualquiera, y es muy tratable y manejable.
- Estrés agudo episódico: son aquellas personas que tienen estrés con frecuencia. Es común que las personas tengan reacciones como mal carácter, sean irritables, ansiosas y estén tensas, presenten migraña, hipertensión, dolor en el pecho. Por lo general, el estrés agudo episódico, requiere la intervención de ayuda profesional, la cual puede tomar varios meses (aproximadamente 6 meses).
- Estrés crónico: es el estrés agotador que desgasta a las personas día tras día, año tras año. Hace estragos mediante el desgaste a largo plazo. La persona nunca ve salida a una situación, abandona la búsqueda de soluciones.

Los síntomas de estrés crónico son difíciles de tratar y requieren tratamiento médico y de conducta [14].

Teoría de Callista Roy

Callista Roy desarrolló la teoría de la adaptación tras su experiencia en pediatría en la que quedó impresionada por la capacidad de adaptación de los niños.

El modelo de Callista Roy [20] es una metateoría ya que utilizó otras teorías para realizarlo. Las bases teóricas que utilizó fueron: La teoría general de sistemas de A. Rapoport, que consideraba a la persona como un sistema adaptativo; y la teoría de adaptación de Harry Helson, en esta teoría, él dice que las respuestas de adaptación tienen que ver con el estímulo recibido y el nivel que tiene el individuo para adaptarse. Según esto ella considera que las personas tienen 4 modos o métodos de adaptación:

- Las necesidades fisiológicas básicas: Esto es, las referidas a la circulación, temperatura corporal, oxígeno, líquidos orgánicos, sueño, actividad, alimentación y eliminación.
- La autoimagen: El yo del hombre debe responder también a los cambios del entorno.
- El dominio de un rol o papel: Cada persona cumple un papel distinto en la sociedad, según su situación: madre, niño, padre, enfermo, jubilado. Este papel cambia en ocasiones, como puede ser el caso de un hombre empleado que se jubila y debe adaptarse al nuevo papel que tiene.
- Interdependencia: La autoimagen y el dominio del papel social de cada individuo interacciona con las personas de su entorno, ejerciendo y recibiendo influencias. Esto crea relaciones de interdependencia, que pueden ser modificadas por los cambios del entorno [20].

Las exigencias que se les demanda, buscando el alivio de su estado tensional. Sin embargo, una

gran parte de estudiantes universitarios carecen de estrategias o adoptan estrategias inadecuadas [21].

Con base a eso postula las siguientes creencias filosóficas y valores acerca de la enfermería:

- Los seres humanos son holísticos y trascendentes. La persona busca, en la autorrealización, una razón de ser para su existencia.
- Por su autodeterminación, las personas toman decisiones y, por lo tanto, son autónomas y responsables de los procesos de interacción y creatividad.
- Las personas y el mundo tienen patrones comunes y relaciones integrales, que los identifican como seres únicos.
- La transformación de las personas y del ambiente está creada en la conciencia humana, o sea, en la capacidad que tiene cada uno de interpretar el medio ambiente interno y externo.
- La adaptación es “el proceso y resultado por medio del cual las personas con pensamientos y sentimientos, en forma individual o grupal, utilizan la conciencia consciente y eligen para crear una integración humana y ambiental”.

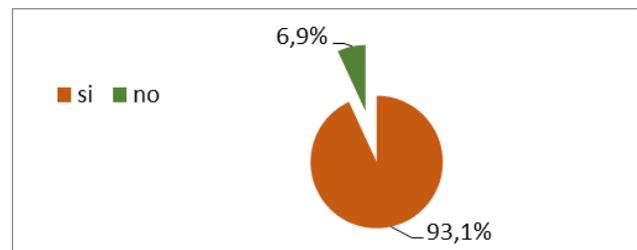
Con base en lo anterior, se puede considerar que el quehacer de la práctica de enfermería debe ser de mayor trascendencia. El profesional de enfermería, al establecer una relación con el paciente, debe tener en cuenta la capacidad de autodeterminación de la persona, y los mecanismos que esta emplea para lograr la adaptación. Ante estos planteamientos y directrices, expuestos por Roy en su modelo, el grupo ha buscado interpretar y unificar sus conceptos, así como adaptarlos para facilitar su aplicación en la docencia y en la práctica, en escenarios de la cultura y situación sociopolítica de nuestro país [22].

RESULTADOS

El instrumento SISCO dejó entre los resultados más significativos, los siguientes:

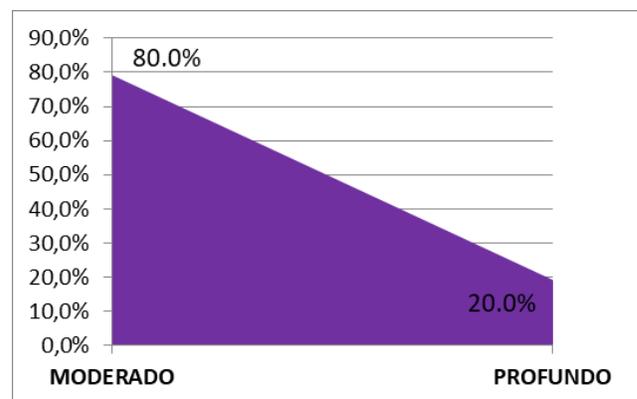
Los estudiantes manifestaron momentos de preocupación o nerviosismo; encontrándose que el 93.1% de los estudiantes presentaron momentos de preocupación o nerviosismo durante el semestre.

Figura 1. Momentos de preocupación o nerviosismo



En cuanto el nivel de estrés que padecen los estudiantes se observa claramente que el 80% de ellos presentan un nivel de estrés moderado.

Figura 2. Nivel de estrés



Para un mejor análisis se agruparon los ítems: siempre y casi siempre encontrándose que las evaluaciones de los profesores ocupan el primer lugar con un 57.7%, seguido por la sobrecarga de tareas y trabajos escolares con un 51.8%, tiempo limitado para hacer trabajos con un 41.5%, el tipo de trabajo que te piden los docentes con un 37.7% y por último la personalidad y el carácter del profesor con un 28.1%.

Figura 3. Estresores académicos



DISCUSIÓN

La investigación se fundamentó en el modelo de Adaptación de Callista Roy, el cual se centra en la adaptación del hombre como un ser cambiante en todas sus dimensiones, recordando que la adaptación es un proceso que consiste en la transacción entre las demandas del medio ambiente y las respuestas de la persona. Este proceso puede estar sujeto a cambios en el ambiente tanto interno como externo del sujeto y dependerá del déficit o exceso en sus necesidades, dando como resultado hallazgos importantes acerca del estrés y la influencia de éste en el rendimiento académico, el cual se logró evidenciar que el estrés es una alteración de importancia en el ambiente universitario, desencadenante de muchos síntomas físicos, psicológicos y comportamentales que influyen en el desarrollo normal de la academia universitaria [23].

En la presente investigación se evaluó el nivel de estrés en los estudiantes de enfermería, encontrándose un 80% en el nivel moderado debido a las evaluaciones de los profesores, sobrecarga de trabajos y tiempo limitado para hacerlos. Este hallazgo es compatible con el de Vallejo al haber obtenido como resultado que el 80,6% de estudiantes se encontraban en el nivel de estrés moderado, debido a la sobrecarga de trabajos, las evaluaciones de los docentes, trabajos de investigación entre otros, que es lo que más les inquietaba. Al comparar estos resultados se encontró una similitud a lo reportado por la Universidad Pedagógica de Durango en México realizado por Arturo Barraza, el cual muestra que el estrés en estos estudiantes llegó a ser de un 86% [24].

Es decir, que los exámenes y la sobrecarga académica son estímulos estresores o estímulos focales como lo interpretaría Callista Roy, en la vida de un estudiante universitario, tal como lo demuestran estudios de la universidad de Papaloapan en México realizado por Claudia Toribio y Silvia Bárcenas cuyo resultado fue que la sobrecarga académica y tener el tiempo limitado para hacer un trabajo son los principales estresores generadores de estrés en los estudiantes de la Licenciatura en Enfermería de la Universidad del Papaloapan [25]. Teniendo en cuenta que, además de los aspectos académicos, Los estudiantes experimentan factores estresantes relacionados con la Formación y futuro desempeño profesional [26].

Barraza, refieren que los estresores que se presentan con menor frecuencia según su investigación son: el inicio de las clases, la falta de capacidad para hacer bien los trabajos que piden los profesores/as y la apariencia física de los profesores. Este resultado es diferente a lo que se obtuvo en nuestra investigación, ya que en ella se menciona que los estresores con menor frecuencia fue la competencia con los compañeros de grupo, [5] algunos estudios sugieren que los altos niveles de estrés se relacionan con la competencia entre compañeros y el no manejo de estas situaciones puede desencadenar en un desequilibrio físico y emocional para cada estudiante [27].

Por otra parte, los datos encontrados en el presente estudio muestran como las situaciones relacionadas con las evaluaciones, la sobrecarga académica y la falta de tiempo para el cumplimiento de



los diferentes compromisos académicos provocan un mayor nivel de estrés, el cual tiene sus manifestaciones fisiológicas en los estudiantes.

El 34.8% manifestó siempre somnolencia o mayor necesidad de dormir; por el contrario las que se presentaban con menor frecuencia o rara vez fueron los problemas de digestión, dolor abdominal o diarrea con un 77,0%.

Independientemente de la naturaleza en que se presenta cada uno de los eventos, existe un común denominador a todos ellos el cual son sus causas de ocurrencia, y por ende se presenta un comportamiento adaptativo por parte de quienes las viven. Este hallazgo es la idea operacionalizada del evento de vida [28].

Dado lo anterior, se destaca que los estudiantes que hacen un menor uso de las estrategias de afrontamiento son los más vulnerables al estrés académico. Según la teórica Callista Roy el afrontamiento se especifica como una respuesta o un conjunto de respuestas ante un contexto estresante, realizadas para manejarla y/o neutralizarla, observando los estímulos focales, contextuales y residuales [24]. Estos generadores de estrés son resultado de la interacción persona entorno y que el acumulo de estos y de situaciones que desencadenan procesos que se manifiestan posteriormente de maneras diferentes en cada individuo [29].

El aumento del estrés relacionado con la reducción en el rendimiento académico y el no afrontamiento de estas situaciones en los estudiantes generan la necesidad de apoyo externo para sobrellevar las situaciones y generar estrategias de afrontamiento [30]. En relación con los resultados se encontró que el 48,9% de los encuestados manifestaron que nunca o rara vez se elogian como estrategias para afrontar el estrés, mientras que el 42.9% dijo que siempre o casi siempre recurren a la religiosidad.

CONCLUSIONES

El nivel de estrés en los estudiantes de enfermería de la Fundación Universitaria Navarra se obtuvo

mediante el inventario SISCO del estrés académico, el cual se aplicó a una muestra de 145 universitarios entre hombres y mujeres mayores de 18 años, evidenciándose que las evaluaciones y la sobrecarga académica y falta de tiempo son condiciones que disparan el estrés en los alumnos.

El conjunto de factores de riesgo que está viviendo un alto porcentaje de estudiantes universitarios los pone en una condición de vulnerabilidad psicosocial. La aplicación del inventario SISCO permitió concluir también que el nivel de estrés en los estudiantes de enfermería alcanza un nivel moderado de 80%, debido a esta tensión académica. Las principales manifestaciones fisiológicas fueron la somnolencia o mayor necesidad de dormir, y problemas de digestión, dolor abdominal o diarrea. Los estudiantes afrontan el estrés recurriendo a la religiosidad. Los exámenes y la sobrecarga académica son estímulos estresores o focales como lo manifiesta Callista Roy en su modelo de adaptación al estrés [20].

Teniendo en cuenta esto, se destaca la importancia de controlar los niveles de estrés en la vida de los estudiantes, ya que el inadecuado afrontamiento repercute en la disminución de la calidad de vida del estudiante y además, afecta a aquellos que se encuentran relacionados íntimamente a su proceso estudiantil.

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. Tinoco MAD. Factores que intervienen en la presenciado estres y su relacion con el rendimiento academicoen estudiantes de la facultad de ciencias de la salud, Universidad naciona de Callao. [Tesis] Lima: Universidad Nacional del Callao:2015.



2. Cozza HFP, Nogueira JCG, Cecato JF, Montiel JM, Bartholomeu D. Avaliação de estresse no ambiente de trabalho de um grupo de estudantes de enfermagem. *Mudanças – Psicologia da Saúde. Mudanças – Psicologia da Saúd.* 2013; 21(1): 41-47
3. Alfonso-Águila B, Calcines-Castillo M, Monteagudo De La Guardia R, Nieves-Achon, Z. Estrés académico. *Rev Edumecentro.* 2015;7(2):163-178
4. Feitosa-Cestari VB, Barbosa IV, R Sampaio-Florêncio, Pessoa VL, Magalhães-Moreira TM. Stress in nursing student: study on sociodemographic and academic vulnerabilities. *Acta Paul Enferm.* 2017;30(2): 190-6.
5. Del Risco-Torres MC, Gómez-Molano DS, Hurtado-Flores FS. Estres y rendimiento académico en estudiantes de la facultad de enfermería Universidad Nacional de la Amazonia Peruana [Tesis]. Iquitos; 2015.
6. O' Brien N, Sinead E, Academic Stress, Coping Mechanisms, and Outcome Measures amongst College Students of today, [Tesis] Dublín. 2014.
7. Gutierrez Huby AM, Amador-Murguía ME. Estudio del estres en el ambito academico para la mejora del rendimiento estudiantil. *Quipukamayoc.* 2016; 24(45): 23-28.
8. Rodrigo Mazo Zea, Londoño-Martinez K, Gutiérrez-Vélez YF. Leves of academic stress in university students. *Informes Psicologicos.* 2013; 13(2):121-134.
9. Salud OMDl. Organizacion Mundial de la Salud. [Online].; 2018 [cited 2018 Noviembre 10. Available from: <http://www.who.int/es/>.
10. Caceres Caseres GS, Peña Ballesteros GH, Validación del inventario SISCO del estres académico y analisis comparativo de adultos y jovenes de la universidad industrial de santander UIS y la Pontificia Bolibariana seccional Bucaramanga [Tesis]. Bucaramanga; 2008.
11. Macias AB. Inventario SISCO del estres académico, Universidad Pedagogica de durango. [Online] 7 de septiembre del 2007. file:///C:/Users/MICROSOFT/Downloads/Dialnet-ElInventarioSISCOdelEstresAcademico-2358921%20(1).pdf
12. Cruz, MG, Gómez Escobar VR, Vesprini CV, Opinión sobre los factores estresantes en las primeras experiencias prácticas hospitalarias de los alumnos del primer año de la carrera de Licenciatura en Enfermería, [Tesis]. Córdoba; 2012.
13. Montes NS, Diaz Subieta LB, Estrés académico, deserción y estrategias de retención de estudiantes en la educación superior. *Revista de salud publica.* 2015; 17(2): 300-313.
14. Russek S. Volver a reir, Volver a vivir, el estres y su manejo. In *ORBE*, editor. Mexico; 2013; 13(2):130-143
15. de Dios Duarte MJ, Montero IV, Braschi Diaferia L, Sánchez Muñoz E,. Estres en estudiantes de enfermería. *Ciencia y Cuidado* 2015; 31(3):110-123
16. Koizer B, Fundamentos de Enfermería. In *Conceptos, Procesos y Practicas.* Madrid España: Mc Graw Hill Interamerica; 2011.15(1):120-132
17. Bautista CP, Godínez Rodríguez MA. Factores que provocan estres en estudiantes de enfermería. *El arte del cuidado.* 2014; 3(5):18-25
18. Jaurezingar JE. In. Mexico: Harper Collins Pub; 2008 5(2):110-124.
19. Silva Vânea LS; Chiquito NC; Andrade Rosemeire AO; Brito MF; Camelo Silvia H H, Fatores de estresse no último ano do curso de graduação em enfermagem: percepção dos estudantes. 2011 Enero ; 19(1):121-126.
20. Hernandez Gomez J Modelo de Callista Roy, Instrumentos de Valoracion reportados por la literatura en escenarios Cardiovasculares. *Cultura del cuidado de Enfermería.* 2006; 13(1):125-136.
21. Moya NM, Larrosa Sánchez S, López Marín C, López Rodríguez I, Morales Ruiz L, Gómez SA, Percepcion del estres en los estudiantes de enfermería en sus practicas clinicas. *Revista electronica trimestral de enfermería.* 2013 Julio; 12(31) 232-243.
22. cuidado E. El cuidado. [Online]; jueves 14 de junio de 2012 Available from: <http://teoriasdeenfermeriauns.blogspot.com.co/2012/06/Callista-roy.html>.
23. Ramon Gonzales C, Souto Gestal A, Gonzales Donis L, Franco Tabaoda V, Perfiles de Afrontamiento y estres académico en estudiantes universitarios. *Revista de investigacion educativa.* 2018;36(2) 132-142.
24. Barraza-Macias B. Características del estrés académico de los alumnos de educación media superior. *Investigación Educativa.* 2015; 10(4):15-20
25. Ferrera CT, Franco-Bárceñas S, Estres Académico: El enemigo silencioso del estudiante. *Salud y Administracion.* 2016; 3(7):12-18.
26. Leticia Oliveira Bosso, Marquez SR, Siqueira AL, Biosicosocial-academic profile and stress in first-and fourth year nursing students. 2017 Mayo; 25(2):201-210.
27. Balkishan sharma RW. Academic stress due to depression among medical and para-medical students in an indian medical college: health initiatives cross sectional study. *Journal of health sciences.* 2013; 3(5):315-330.
28. Riffel Carolina DT, Flores ME, Scorsatto JT, Ceccon LV, De cont F & Rovani G. Asociacion of temporomandibular Dysfuction ans stress in university stdents. *Int. J. Odontostomat.* 2015; 9(2):191-197



29. Macias DAB. La relacion Persona entorno como fuente generadora de estres academico. Revista Internacional de Psicologia. 2011; 11(01):120-132.
30. Ortiz ECU. Caracteristicas sociodemograficas asociadas con el estres academico, y ansiedad en estudiantes de la Universidad Adventisia de Colombia, [Tesis] Medellin; 2015.



Revisión

Conocimiento de las primigestantes adolescentes sobre el cuidado del recién nacido: revisión de estudios internacionales

Knowledge of teenage primigestants about newborn care: review of international studies

Ricardo Hernández-Reyes¹, Leidy J. González-Cenon¹, Yenifer Vázquez-Garzón¹

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

Resumen

En la actualidad, algunos estudios han evidenciado la problemática sobre el cuidado del recién nacido, en donde diversos autores han afirmado que se debe a que las adolescentes primigestantes no poseen el conocimiento suficiente sobre su cuidado básico, que ocasiona una adopción errónea de rol maternal mediante conductas inadecuadas que practican en el cuidado al recién nacido. A partir de ello, el presente artículo se realiza con el objetivo de identificar el conocimiento de las primigestantes adolescentes sobre el cuidado del recién nacido, a partir de una revisión de estudios internacionales.

La presente revisión bibliográfica tomó 45 estudios publicados del año 2013 al 2019, provenientes de páginas indexadas sobre investigaciones relacionadas al conocimiento de las primigestantes adolescentes sobre el cuidado del recién nacido. Como resultado de estudio se obtuvo que, el conocimiento de las primigestantes adolescentes sobre el cuidado del recién nacido, fue bajo en estudios encontrados en España, Perú, Ecuador y Argentina, medio en estudios de Perú y Ecuador, y alto en un estudio de Perú. Lo anterior demuestra que la mayoría de las mujeres consultadas desconocen acerca de los cuidados al recién nacido, sobre los riesgos de muerte súbita y la lactancia materna. Por otro lado, aunque algunas mujeres conocen sobre los cuidados físicos del recién nacido, aun no se encuentran preparadas física ni psicológicamente para para asumir la responsabilidad de ser madres ni para el cuidado de sus recién nacidos.

Abstract

At present, some studies have evidenced the problem of newborn care, where several authors have stated that it is due to the teenage girls who do not have sufficient knowledge about their basic care, which causes an incorrect adoption of maternal role inappropriate behaviors who practice in caring for the newborn. From this, this article is carried out with the objective of identifying the knowledge of the teenage primigestants about the care of the newborn, from a review of international studies.

This bibliographic review lost 45 studies published from 2013 to 2019, from indexed pages on research related to the knowledge of the teenage primigestants about newborn care. As a result of the study, it was obtained that the knowledge of the teenage primigestants about the care of the newborn was low in studies found in Spain, Peru, Ecuador and Argentina, medium in studies of Peru and Ecuador, and high in a study of Peru. This demonstrates that the majority of women consulted are unaware of the care of the newborn, about the risks of sudden death and breastfeeding. On the other hand, although some women find about the physical care of the newborn, they are not yet physically or psychologically prepared to assume the responsibility of being mothers or for the care of their newborns.

Palabras Clave

Conocimiento, primigestante, adolescente, cuidado, neonato.

Keywords

Knowledge, primigestant, teenager, care, newborn.

INTRODUCCIÓN

En la actualidad, los hombres y mujeres se han vuelto cada vez más activos sexualmente, independientemente de su edad y nivel de educación, encontrando relación sobre la reciente liberación femenina y su interés en una mayor libertad sexual, también, con la creación de métodos anticonceptivos, las mujeres suelen ser orientadas de manera efímera [1]. Lo anterior ha ocasionado una disminución en los niveles de responsabilidad sexual y ha incrementado su actividad en mujeres y hombres desde edades más cortas [2-4].

Correspondencia: Leidy J. González-Cenon.
Dirección: Calle 14 # 6-21, B/Los Guadales, Pitalito - Colombia.
Tel.: +57 323 2538927.
E-mail: leidy.gonzalez@uninavarra.edu.co



La Organización Mundial de la Salud (OMS), ha definido la adolescencia como “el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años” [5], en dicha etapa, se presenta la transición más importante del ser humano, en donde ocurren grandes cambios. Durante esta etapa, las relaciones sexuales toman un nuevo significado que los impulsa a querer disfrutar nuevas sensaciones y satisfacer sus intereses, entre otros [6]. Aunque el proceso es normal, la preocupación se enfoca en que el adolescente suele asumir irresponsablemente su conducta sexual, lo que acarrea riesgos como embarazos no planeados [7,8].

Los países latinoamericanos como Colombia, Argentina, Venezuela y Perú, han registrado en los últimos años un incremento en la fecundidad de adolescentes desde el 2000, recalando que Colombia presenta una de las tasas más altas del continente. Se ha reportado que, “una de cada 5 mujeres (19,5%) de 15 a 19 años ya es madre o está embarazada, y uno de cada 4 nacimientos (23,5%) ocurre en mujeres de 10 a 19 años” [9].

El embarazo en la adolescencia es considerado un problema de salud pública, dado que afecta la salud y bienestar tanto de la madre como de sus hijos [10]. La OMS afirma que se pueden presentar complicaciones durante la gestación, en el parto y después de este. En el caso de los hijos, se pueden presentar en mayor frecuencia muertes prenatales o durante las primeras semanas de vida. Se estima que, “estas muertes son superiores en un 50% para bebés con madres menores de 20 años que aquellos de mujeres de 20 a 29 años, junto a los partos prematuros, bajo peso al nacer, las malformaciones y las diferentes complicaciones cardio-respiratorias” [11]. Por otro lado, pueden presentarse complicaciones como retraso del crecimiento intrauterino, el retraso en el desarrollo, la anemia ferropénica en el primer año de vida e incluso el mayor riesgo de sufrir maltrato físico o psicológico [12–17].

En cuanto a la problemática del conocimiento de la madre adolescente sobre el cuidado básico del

recién nacido, la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el 2016, indicó que “casi el 40% de los menores de cinco años que fallecen cada año son lactantes recién nacidos: bebés de menos de 28 días o en período neonatal” [18]. Una de las posibles causas de un deficiente cuidado a los recién nacidos es el embarazo en adolescentes, dada la inmadurez y la falta de conocimientos influyen de manera negativa en la adopción de rol maternal de la adolescente, presentándose conductas inadecuadas que practican en el cuidado al recién nacido [18].

De la Cruz y Gala [19] afirman que, aunque algunas mujeres adolescentes conocen sobre los cuidados físicos del recién nacido, aun no se encuentran preparadas física ni psicológicamente para asumir la responsabilidad de ser madres ni para el cuidado de sus recién nacidos [19]. Dado lo anterior, es importante que la madre conozca todo sobre los cuidados que debe brindar al recién nacido, de manera que se pueda garantizar un buen estado de salud del mismo, y que la madre asuma con responsabilidad el cuidado de ella misma y su bebé, el cual requiere muchos cuidados especiales que minimizan o previenen los riesgos, complicaciones que desencadenen la morbimortalidad materno infantil [20].

A partir de ello, aunque la maternidad es quizá una de las experiencias más significativas en la vida de la mujer, en algunos casos de madres adolescentes, tales experiencias pueden ser truncadas dado que son mujeres que no han alcanzado la maduración suficiente para acarrear con tal responsabilidad [21]. Ante ello se presenta una gran problemática en el desconocimiento del cuidado adecuado al recién nacido, en donde se han presentado casos de lactancia errada, cambio de pañales de manera rápida y sin limpieza, temores en el aseo del cordón umbilical, daños en la salud del niño, entre otros. [22–24]

Ante lo expuesto anteriormente, el presente artículo se realiza con el objetivo de identificar el conocimiento de las primigestantes adolescentes sobre el cuidado del recién nacido, a partir de una revisión de estudios internacionales.

MATERIALES Y MÉTODOS

La presente revisión bibliográfica tomó 45 estudios publicados del año 2013 al 2019, provenientes de páginas indexadas sobre investigaciones relacionadas al conocimiento de las primigestantes adolescentes sobre el cuidado del recién nacido, con la ayuda de bases de datos como Google Académico, SciElo, Dialnet, Redalyc, Worl Wide Science, Researchgate, Scencedirect, y diversas bibliotecas digitales de universidades internacionales, generalmente latinoamericanas. Se utilizaron los buscadores booleanos AND, NOT, OR.

La inclusión de documentos no estuvo limitada por el diseño metodológico, y se refirió a artículos de revisión, artículos originales, proyectos de investigación tesis, informes de caso, reportes gubernamentales, entre otros. La búsqueda inicial estuvo compuesta por 100 documentos, de los cuales se excluyeron 15 por antigüedad de publicación, 20 por temas no asociados, 10 por imposibilidad en su acceso y 10 por ser de otro idioma diferente al español.

RESULTADOS - DESARROLLO

El recién nacido es considerado al bebé desde el nacimiento y su primer mes de vida, “suscita también que es una época de transición del útero, donde el feto, de ser sostenido enteramente por la madre, se traslada a una existencia independiente” [25]. Esta etapa del ser humano es considerada la más vulnerable de su vida, dado que se presentan los mayores riesgos para su supervivencia, como las enfermedades, complicaciones, secuelas y hasta la muerte, por ello, supone ser un factor decisivo en la calidad de vida de cada persona, desde su desarrollo neurológico, físico y mental.

El ser humano nace antes de completar su desarrollo, dado el tamaño cerebral, por ello, en el primer mes de vida, se pueden presentar diversas complicaciones. “La muerte neonatal hace referencia a la mortalidad de los nacidos antes de alcanzar los 28 días de edad. En las primeras horas de vida los cuidados deben ser mayores: el 32%

se produce en las primeras 24 horas de vida por asfixia, durante el parto, el 49% se produce entre el día 1 y 7 por asfixia e infecciones, el 18% se produce entre el día 8 y 28 por infecciones, las condiciones del hogar” [25].

Dado que el neonato durante su primer mes de vida debe adaptarse a un entorno completamente diferente al medio en que se encontraba durante la etapa de gestación, representa la necesidad de que su cuidado inicial se integral para la estabilidad de esta etapa.

Cuidados al recién nacido

Los neonatos sanos, aunque no tengan ningún tipo de complicación, deben ser atendidos de manera integral, por medio de procedimientos, controles y valoraciones cuidadosas sobre su estado general. Teniendo en cuenta que el cerebro de cada individuo se desarrolla completamente casi hasta los 2 años de vida, es importante establecer entornos adecuados en la alimentación y factores de desarrollo que permitan una evolución óptima en el mismo [26].

La alimentación del recién nacido debe componerse de leche materna desde la primera hora de vida, dado que es la mejor fuente de nutrientes durante los primeros 6 meses de vida, ya que contiene proteínas, carbohidratos, grasa, proteínas (enzimas) digestivas, minerales, vitaminas y hormonas que los bebés necesitan. La leche materna protege al bebé de las enfermedades gastrointestinales y de las vías respiratorias como la neumonía, la Enterocolitis necrotizante, Sepsis, Botulismo infantil, Diarrea, Otitis media, Infección urinaria, entre otras como el sobrepeso y obesidad [15,27].

En términos generales, el recién nacido ensucia de 4 a 6 pañales en el día, a partir del cuarto día [28]. “Realiza deposiciones blandas cinco o seis veces por día o espaciadas cada 2-3 días, pero abundantes” [25]. Por ello, no es necesaria la utilización de cremas de limpieza durante los primeros días, contrario a ello, dichos productos pueden contener componentes que pueden dañar la piel del recién nacido, por otro lado, también se

desaconseja el uso de productos perfumados y de toallitas húmedas o con alcohol, dado que pueden irritar, sensibilizar o secar la piel del bebé [29].

Por otro lado, las inmunizaciones o vacunas son fundamentales para el neonato. Se encuentra la inmunización contra la hepatitis, la cual evita la infección crónica con el virus de la hepatitis B (HvB) y sus consecuencias como la cirrosis hepática y el cáncer hepatocelular [30–32]. Los controles deben realizarse de a 4 en el mes, esto puede prevenir discapacidades graves en el bebé. “El control de crecimiento y desarrollo del recién nacido estará a cargo del personal de salud, quien tomará sus medidas antropométricas (peso, talla, perímetro cefálico) para evaluar su crecimiento y también evaluará su desarrollo” [25].

Es importante que, durante los primeros días de nacimiento, la madre o quien se encuentre a su cuidado, identifiquen los signos de alarma en el bebé como la piel amarilla, decaimiento, falta de apetito, vómitos seguidos o fiebre. “Una de las afecciones más comunes en los recién nacidos es la piel amarilla o ictericia, la cual es la pigmentación amarillenta de la piel y mucosas de presentación precoz (antes de las 24 horas) y con cifras elevadas de bilirrubina (mayor de 15 mg/dl en las primeras 24 horas) ameritan considerar un recambio sanguíneo” [25].

Otra de las afecciones que puede presentar el recién nacido, es el decaimiento o letargia, la cual consiste en el estado de hipoactividad profunda, hipotonía, dicho padecimiento se relaciona a las alteraciones del sistema nervioso central, sepsis e hipoglicemia [33,34]. Por ello, es indispensable que la temperatura del bebé no se encuentre por encima de los 38° dado que puede ser una fiebre, o por debajo de los 36°, considerándose hipotermia.

Conocimiento de la adolescente

El concepto de la palabra adolescente, es definido por la Organización Mundial de la Salud como “una etapa biológica con características específicas por grupos etarios en la cual se alcanza la

madurez sexual” [35]. “El embarazo en la adolescencia se define como aquel que ocurre entre la menarca hasta los 19 años, genera un impacto biológico, social, económico y cultural, es un grupo donde se reporta un mayor riesgo de complicaciones y muerte” [36].

Para Hessen, el conocimiento se divide en dos clases: conocimiento sensible y conocimiento intelectual. El conocimiento sensible “es aquél que tiene su origen en la realidad, en la experiencia, en el mundo de las cosas. Por otra parte, el conocimiento intelectual es aquél que tiene su origen en el sujeto y que, sólo de forma más o menos indirecta, tiene en cuenta las percepciones” [37].

Así las cosas, el conocer puede definirse como un proceso mediante el cual una persona se conscientiza sobre su situación real y en ella, crea un conjunto de representaciones sobre las cuales no existe duda de su veracidad. El individuo se relaciona con el objeto y se adquiere una información sobre el mismo y “al verificar que existe coherencia o adecuación entre el objeto y la representación interna correspondiente, es entonces cuando se dice que se está en posesión de un conocimiento” [38].

Con base en lo anterior, el conocimiento de las adolescentes puede ser abordado desde la situación de embarazo temprano en sus vidas, por lo cual, sus conocimientos pueden ser inferiores a las mujeres con edades mayores. Por otro lado, teniendo en cuenta que parte del conocimiento se adquiere con la experiencia, se deduce que las mujeres primíparas en varias ocasiones presentan desconocimiento sobre algunos aspectos del embarazo, cuidado y crianza de sus hijos [39].

Conocimiento de las primigestantes adolescentes sobre el cuidado del recién nacido

En España, Cárdenas [40] llevó a cabo un estudio para evaluar el conocimiento en madres primigestas adolescentes sobre los cuidados del recién nacido, a partir de una metodología de tipo descriptiva de corte transversal a una muestra de 53 adolescentes. Se aplicó una encuesta cuyos resul-

tados arrojaron que, “el 96% de las adolescentes se controlaron el embarazo, la información sobre los cuidados del recién nacido la suministraron mayormente los familiares” [40], y las mujeres adolescentes consultadas negaron tener conocimiento sobre la alimentación, hábito evacuatorio y confort del recién nacido.

Por otro lado, Cárdenas [40] determinó que el 72% de las madres adolescentes primigestas estudiadas, afirmaron no tener conocimientos sobre la alimentación del recién nacido, mientras que el 81% de las madres adolescentes afirmaron conocer cómo brindar confort y cuidados directos al recién nacido.

En Perú, Rivera [41] realizó una tesis orientada en conocer el nivel de conocimientos y prácticas de las madres adolescentes acerca del cuidado básico del recién nacido, aplicada en una población constituida por 24 madres adolescentes, que acuden al control del niño menor de 28 días, quienes fueron encuestadas en un lapso de 3 meses. Como resultado se evidenció que las madres adolescentes tienen un nivel medio de conocimientos sobre los cuidados básicos del recién nacido, encontrando prácticas favorables en su cuidado, lo anterior difiere de la mayoría de estudios encontrados en la literatura [41].

Otro estudio realizado en Perú, por De la Cruz y Gala [19], partió bajo el objetivo de determinar el conocimiento sobre el cuidado del recién nacido en madres adolescentes, por medio de una investigación de tipo descriptivo, método inductivo deductivo y descriptivo, con un instrumento de recolección de información como el cuestionario. Se aplicó en una muestra de 30 madres adolescentes de 11 a 19 años. Como resultado de estudio, se evidenció que “el 76,70% presentan un nivel de conocimiento adecuado sobre el cuidado físico del recién nacido, el 23,30% presentan un nivel de conocimiento inadecuado” [19].

De la Cruz y Gala [19] evidenciaron que acerca del cuidado psicológico del recién nacido, el 66,70% de las mujeres consultadas presentan conocimiento inadecuado, mientras que el 33,30%

presentan conocimiento adecuado. Con base en los resultados, los autores concluyeron que, aunque la mayoría de mujeres conoce sobre los cuidados físicos del recién nacido, aun no se encuentran preparadas física ni psicológicamente para asumir la responsabilidad de ser madres ni para el cuidado de sus recién nacidos [19].

Por otro lado, Nontol [25] presentó una investigación en Perú, de tipo descriptivo de corte transversal, con el objetivo de determinar el nivel de conocimiento que tienen las madres adolescentes primíparas en el cuidado del recién nacido. Se utilizó una muestra de 45 madres adolescentes, a quienes se les aplicó como instrumento de evaluación un cuestionario. “El estudio concluyó que el 48,89% de las madres adolescentes presentaron un nivel medio de conocimiento sobre el cuidado del recién nacido” [25].

En Ecuador, Sánchez [42] presentó un proyecto de investigación relacionado a los conocimientos de madres adolescentes sobre los cuidados básicos de los recién nacidos, en donde se estableció que las madres adolescentes no realizan correctamente los cuidados básicos de sus niños. Anexo a ello, evidenciaron que las madres adolescentes no han recibido capacitaciones oportunas, e información sobre el cuidado de sus niños, en donde se evidenció un gran desconocimiento sobre la lactancia materna exclusiva y los beneficios, la higiene del niño al momento del baño, cuidados del cordón umbilical, dado que no conocen las técnicas al momento de realizar la higiene de sus niños de manera correcta [42].

En Ecuador, Bermeo y Crespo [43] llevaron a cabo una investigación a fin de determinar el nivel de conocimiento que tienen las madres adolescentes primíparas sobre el cuidado del recién nacido. Para ello, se utilizó una metodología de tipo descriptivo-transversal, con una muestra de 177 madres adolescentes primíparas a quienes se les aplicó un cuestionario. Los resultados del estudio determinaron que el nivel de conocimiento medio de las madres adolescentes fue; en el área de estimulación temprana del recién nacido (53,10%), cuidado del recién nacido (50,30%), y

con un (40,11%) presenta un nivel alto en el área de signos de alarma [43].

En Argentina, Choque et al., [44] desarrollaron una investigación a fin de determinar los conocimientos que tiene una madre adolescente sobre cuidados del recién nacido, por medio de un estudio de tipo cuantitativo, descriptivo, transversal, con una muestra de 40 madres adolescentes del servicio de maternidad, a quienes se les aplicó una encuesta. Los resultados evidenciaron que “solo el 3% de madres adolescentes, respondió bien casi en la totalidad de las preguntas, seguido de 37% que también respondió bien la mayoría, pero un 40% acompañado de un 20% tuvo dificultad para acertar a las preguntas correctas” [44]. Lo anterior demuestra que la mayoría de las mujeres consultadas desconocen acerca de los cuidados al recién nacido, sobre los riesgos de muerte súbita y la lactancia materna, todo ello se relacionó al bajo nivel de escolaridad de las madres.

En Perú, Calderón [45] presentó una investigación relacionada al nivel de conocimiento sobre cuidados al recién nacido en madres adolescentes, a través de un estudio descriptivo, transversal, cuantitativo, observacional, prospectivo, con diseño descriptivo simple, con una muestra de 123 madres. Se utilizó una encuesta y cuestionario para la recolección de la información. Se evidenció que el “nivel de conocimiento sobre cuidados en la alimentación medio en el 43.1%, bajo en el 33.3% y alto en el 23.6%, 60.2% de las madres adolescentes desconocen la posición del recién nacido para darle de lactar” [45].

Por otro lado, Calderón [45] encontró que “el nivel de conocimiento sobre cuidados en la higiene al recién nacido es bajo en el 47.2%, medio en el 38.2% y alto en el 14.6%, 65% no conoce el tiempo de duración del baño, el 43.1% desconocen sobre los cuidados del cordón umbilical” [45], de igual forma, el nivel de conocimiento sobre cuidados en el sueño fue bajo en 56.1%, medio en 30.1% y alto en 13.80%, el 74.8% de madres desconocen el número de horas que duermen los recién nacidos, 39% de madres refieren desconocer la posición que el neonato adopta para dormir.

“El nivel de conocimiento sobre termorregulación es bajo en el 87%, medio en el 9.8% y alto en el 3.3%, 95.1% de madres desconocen las condiciones en las que su recién nacido puede perder temperatura, 91.9% de madres desconocen cuán importante es proteger al recién nacido del frío o del calor excesivo” [45].

Finalmente, el estudio de Calderón determinó que “el nivel de conocimiento sobre cuidados en la identificación de los signos de alarma del recién nacido en madres adolescentes primíparas, es bajo en el 66.7%, medio en el 22.8% y alto en el 10.6% de madres encuestadas, el 68.3% de madres también desconocen los aspectos que se evalúan como signos de alarma en el recién nacido” [45].

CONCLUSIONES

Teniendo en cuenta la revisión de estudios internacionales, el conocimiento de las primigestantes adolescentes sobre el cuidado del recién nacido, fue bajo en estudios encontrados en España, Perú, Ecuador y Argentina, medio en estudios de Perú y Ecuador, y alto en un estudio de Perú.

En España, las mujeres adolescentes consultadas negaron tener conocimiento sobre la alimentación, hábito evacuatorio y confort del recién nacido, evidenciando un desconocimiento en el 72% de las participantes. En Perú, el nivel de conocimiento sobre la posición del recién nacido para darle de lactar fue bajo en el 60.2%. En Ecuador, las madres adolescentes no realizan correctamente los cuidados básicos de sus niños y existe un gran desconocimiento sobre la lactancia materna exclusiva y los beneficios, la higiene del niño al momento del baño, cuidados del cordón umbilical. En Argentina, el 60% evidenció un nivel de conocimiento bajo. Lo anterior demuestra que la mayoría de las mujeres consultadas desconocen acerca de los cuidados al recién nacido, sobre los riesgos de muerte súbita y la lactancia materna.

Por otro lado, en Perú y Ecuador se encontraron estudios donde el nivel de conocimiento de las primigestantes adolescentes sobre el cuidado del

recién nacido fue medio. En Perú, las madres adolescentes tienen un nivel medio de conocimientos sobre los cuidados básicos del recién nacido, encontrando prácticas favorables en su cuidado, otro estudio del mismo país, encontró que el 48.89% de las madres adolescentes presentaron un nivel medio de conocimiento sobre el cuidado del recién nacido. En Ecuador, el nivel de conocimiento medio de las madres adolescentes fue; en el área de estimulación temprana del recién nacido (53,10%), cuidado del recién nacido (50,30%), y con un (40,11%) presenta un nivel alto en el área de signos de alarma.

El nivel alto de conocimiento solo se evidenció en un estudio realizado en Perú, en donde el 76,70% presentan un nivel de conocimiento adecuado sobre el cuidado físico del recién nacido. A partir de ello, se concluye que, aunque algunas mujeres conocen sobre los cuidados físicos del recién nacido, aun no se encuentran preparadas física ni psicológicamente para asumir la responsabilidad de ser madres ni para el cuidado de sus recién nacidos.

FUENTES DE FINANCIACIÓN

Recursos propios.

CONFLICTOS DE INTERÉS

Ninguno.

REFERENCIAS

- Cardona-Lozada D. Mujeres y anticonceptivos, ¿liberación femenina? *Pers y Bioética*. 2014;18(1):1–5.
- Morales E. Factores que influyen en la práctica temprana de relaciones sexo genitales en los adolescentes del Instituto de educación básica de Chinautla, municipio de Chinautla, departamento de Guatemala [Tesis]. Universidad Rafael Landívar. 2014.
- Salinas Mulder S, Castro Mantilla D, Fernández Ovando C. Vivencias y relatos sobre el embarazo en adolescentes. Unicef [Internet]. 2014;1–85. Disponible en: http://www.unicef.org/lac/UNICEF_PLAN_embarazo_adolescente_2015.pdf
- Alvarado Thimeos J. Educación sexual preventiva en adolescentes [Tesis]. UNED. 2015.
- Niño BA del P, Ortiz SP, Solano S, Amaya CM, Serrano L. Concepciones del embarazo en adolescentes gestantes de la ciudad de Bucaramanga. *Rev Cuid*. 2019;8(3):1875–86.
- Güemes-Hidalgo M, Ceñal González-Fierro M, Hidalgo Vicario M. Pubertad y adolescencia. *Rev Form Contin la Soc española Med la Adolesc*. 2017; V (1):1–22.
- Lima M, Mayaguari L. Estrategia educativa sobre infecciones de transmisión sexual en los/las adolescentes del colegio “Nacional Turi” Cuenca, 2012 [Tesis]. Universidad de Cuenca. 2013.
- Napa I. La sexualidad con responsabilidad y cuidado en la adolescencia en los conocimientos sobre sexualidad en adolescentes en una institución educativa 2014 [Tesis]. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 2015.
- Ministerio Protección Social. El aumento de embarazos adolescentes en Colombia [Internet]. De cero a siempre. 2013. Disponible en: <http://www.deceroasiempre.gov.co/Prensa/CDocumentacionDocs/Boletín No. 2 El aumento de embarazos adolescentes en Colombia.pdf>
- Moreno Mojica CM, Mesa Chaparro NP, Pérez Cipagauta Z, Vargas Fonseca DP. Convertirse en madre durante la adolescencia: activación del rol materno en el control prenatal. *Rev Cuid*. 2015;6(2):1041–53.
- ICBF. Embarazo en adolescentes: Generalidades y percepciones [Internet]. Observatorio del Bienestar de la Niñez. 2015. Disponible en: <https://www.icbf.gov.co/sites/default/files/embarazo-adolescente-web2015.pdf>
- Vásquez J, Almánzar E. Complicaciones perinatales en recién nacidos de madres adolescentes en el Hospital Universitario Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia entre agosto del 2016 y enero del 2017 [Tesis]. Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña. 2017.
- Gómez R, Huaman C. Relación de anemia en gestantes adolescentes y peso del recién nacido en el Hospital Regional Docente Materno infantil El Carmen - Huancayo - 2017 [Tesis]. Universidad Peruana Los Andes. 2018.
- Barcia L. Beneficios del control prenatal en madres adolescentes atendidas en el Centro de salud Manta [Tesis]. Universidad Laica Eloy Alfaro. 2016.
- Araujo MA. Madres adolescentes y su relación con el crecimiento y desarrollo del niño de 0 a 2 años 6 meses de edad en el Hospital Básico Baños de la provincia de Tungurahua durante el periodo junio 23 a noviembre 23 del año 2012 [Tesis]. Universidad Técnica de Ambato. 2013.
- Guato S. Factores prenatales que influyen en el bajo



- peso al nacer en hijos de madres adolescentes “Hospital Básico Pelileo” enero a septiembre 2015 [Tesis]. Universidad Regional Autónoma de los Andes. 2016.
17. Cedeño S. El embarazo adolescente como factor de riesgo asociado al incremento de la morbilidad neonatal en pacientes que acudieron al servicio de obstetricia de la clínica San Sebastián de Ambato de enero a diciembre/2013 [Tesis]. Universidad Central del Ecuador. 2015.
 18. Hualpa S. Conocimiento y conductas de cuidados básicos al recién nacido por madres adolescentes, usuarias del Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano de Huánuco, 2016 [Tesis]. Universidad de Huánuco. 2016.
 19. De la Cruz S, Gala H. Conocimiento sobre el cuidado del recién nacido en madres adolescentes que acuden al centro de salud Santa Ana, Huancavelica - 2014 [Tesis]. Universidad Nacional De Huancavelica. 2014.
 20. Hernández O. Conocimientos, actitudes y prácticas de las madres primíparas del posparto inmediato, relacionado a la lactancia materna exclusiva [Tesis]. Universidad Rafael Landívar. 2015.
 21. Morales J, Reyes Y. Conocimiento de madres adolescentes en el cuidado del recién nacido en el servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Regional II-2 de Tumbes 2018 [Tesis]. Universidad Nacional de Tumbes. 2018.
 22. Amparo Parada Rico D. Adopción de prácticas saludables en puérperas adolescentes. *Rev Cuid.* 2013;(12):1–12.
 23. Lizana W, Méndez C. Efectividad de un programa educativo en el conocimiento materno sobre cuidado del recién nacido [Tesis]. Universidad Nacional de Trujillo. 2017.
 24. Fuentes V. Implementación club embarazadas en el centro de salud tipo C Latacunga; para fomentar la salud materna infantil [Tesis]. Universidad Regional Autónoma de los Andes. 2014.
 25. Nontol Y. Nivel de conocimiento que tienen las madres adolescentes en el cuidado del recién nacido en el Instituto Nacional Materno Perinatal [Tesis]. Universidad Nacional de Trujillo. 2018.
 26. López-Candiani C. Cuidados del recién nacido saludable. *Acta Pediátrica México.* 2016;35(6):513.
 27. Mamani S. Conocimiento sobre lactancia materna exclusiva que tienen las madres que acuden al servicio de crecimiento y desarrollo del Centro Materno Infantil José Gálvez - Villa María del Triunfo, Lima 2015 [Tesis]. Universidad privada arzobispo loayza. 2017.
 28. Vives Mirada A, Pedraza Anguera A, Torrelo Fernández A, Arnáez Solís J, Fernández Zarate M, Fernández Martínez MA, et al. Guía de cuidados de la piel del recién nacido y del bebé: Recomendaciones basadas en la evidencia y en las buenas prácticas. *Matronas Prof.* 2013; 14:1–50.
 29. Centro Nacional de Investigación en Evidencia y Tecnologías en Salud CINETS. Guía de práctica clínica del recién nacido sano [Internet]. Vol. 2, MinSalud Colombia. 2013. 358 p. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IETS/GPC_Completa_RNSano.pdf
 30. Organización Mundial de la Salud (OMS). Guía de campo sobre la inmunización materna y neonatal para Latinoamérica y el Caribe [Internet]. Organización Panamericana de la Salud. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34149/9789275319505-spa.pdf>
 31. Linares AR, Sacristán-Martín BM, Madrid NC. Hepatitis B en Pediatría. *Form Act Pediatr Aten Prim.* 2016;9(3):115–21.
 32. Henríquez CR, David J, Villarreal M, Ronald F, Romani R, Ronald F, et al. Vacunación contra el virus de la hepatitis B en recién nacidos de mujeres peruanas participantes de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, 2016. *An Fac med.* 2018;79(3):218–24.
 33. Mendoza C, Ramos-Rodríguez C, Gutiérrez E. Complicaciones en recién nacidos de madres adolescentes tempranas. *Horiz Med (Barcelona).* 2016;16(1):14–9.
 34. Ministerio de salud Chile. Norma General Técnica para la Atención Integral del Recién Nacido en la Unidad de Puerperio en Servicios de Obstetricia y Ginecología. 2017.
 35. García Suárez CI, Parada Rico DA. “Construcción de adolescencia”: una concepción histórica y social inserta en las políticas públicas. *Univ Humanística.* 2018;85(85).
 36. Ortiz Martínez RA, Ojalora Perdomo MF, Delgado ABM, Luna Solarte DA. Adolescencia como factor de riesgo para complicaciones maternas y neonatales. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2018;83(5):478–86.
 37. Rodríguez J. Clases y Tipos de conocimiento [Tesis]. Universidad de Sevilla. 2016.
 38. Castro E. Conocimientos de las madres primíparas sobre los cuidados del recién nacido en el hogar del servicio de alojamiento Conjunto del Centro Materno Infantil Daniel Alcides Carrion Vmt. Lima [Tesis]. Universidad Nacional Mayor De San Marcos. 2016.
 39. Moreno Mojica C, Hernández Mancipe L, Rincón Villamil T. La realidad de convertirse en madre: vivencias de una adolescente. *Investig en Enfermería Imagen y Desarro.* 2017;19(2):13.
 40. Cárdenas V. Conocimiento en madres adolescentes y adultas primigestas sobre los cuidados maternos del



recién nacido. Servicio de Gineco-Obstetricia. Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera”. Valencia, mayo - julio 2013 [Tesis]. Universidad de Carabobo. 2013.

41. Rivera C. Nivel de conocimientos y prácticas de las madres adolescentes acerca del cuidado básico del recién nacido en el Hospital General de Jaén - 2017 [Tesis]. Universidad Nacional De Cajamarca. 2017.
42. Sánchez A. Conocimientos de madres adolescentes sobre los cuidados básicos de los recién nacidos que acuden al centro de salud N.-2 Simón Bolívar de la ciudad de Ambato [Tesis]. Universidad Regional Autónoma de los Andes. 2017.
43. Bermeo J, Crespo A. Determinación del nivel de conocimiento sobre el cuidado del recién nacido en madres adolescentes primíparas que alumbran en el Hospital Regional Vicente Corral Moscoso mayo -noviembre, Cuenca-Ecuador [Tesis]. Universidad de Cuenca. 2015.
44. Choque C, Chinchá E, Condori N. Conocimiento De madres adolescentes con respecto a los cuidados del recién nacido [Tesis]. Universidad Nacional de Cuyo. 2016.
45. Calderón A. Nivel de conocimiento sobre cuidados al recién nacido en madres adolescentes atendidas en el Hospital Docente Materno Infantil “El Carmen” Huancayo - 2017 [Tesis]. Universidad Peruana Los Andes. 2017.



Revisión

Enfoque del anciano frágil con estenosis aórtica severa

Approach of the elderly with severe aortic stenosis

William Arbey Gutiérrez¹, Camila A. Granados², Goretty Llano B.², Karen D. Penagos², Ana M. Polania², Maira A. Ruiz², Cristian G. Serrano², Alejandra Sandoval²

1. Esp. en Epidemiología, Universidad Surcolombiana. Esp. en Geriátrica Clínica, Pontificia Universidad Javeriana. Médico Geriatra, Clínica Medilaser, Neiva - Colombia.

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

Resumen

La estenosis aórtica es la valvulopatía más común, su prevalencia aumenta de forma marcada con la edad y representa una importante causa de morbilidad y mortalidad en el anciano. Por tal motivo se ha implementado un nuevo procedimiento llamado: técnica de implantación valvular aórtica transcatheter (TAVI), que ha mostrado resultados superiores a la terapia médica en pacientes no aptos para la cirugía. El TAVI es el procedimiento preferido en pacientes con estenosis aórtica severa (EAS) que presentan alto riesgo de morbimortalidad, en los que una cirugía tradicional implica alto riesgo o que son etiquetados como inoperables. Este procedimiento a pesar de los beneficios que conlleva a los pacientes, puede generar complicaciones, principalmente acceso vascular, accidentes cerebrovasculares secundarios al procedimiento e insuficiencia aórtica post implante.

La fragilidad en el anciano representa del 7 al 20% aproximadamente; este factor de riesgo resulta importante pues se ha asociado con el aumento de morbilidad y mortalidad en pacientes que han sido sometidos a TAVI.

Abstract

Aortic stenosis is the most common valvular disease, its prevalence increases markedly with age and represents an important cause of morbidity and mortality in the elderly. For this reason, a new procedure called transcatheter aortic valve implantation technique (TAVI) has been implemented, which has shown superior results to medical therapy in patients not suitable for surgery. TAVI is the preferred procedure in patients with severe aortic stenosis (EAS) who present a high risk of morbidity and mortality, in which a traditional surgery involves high risk or that are labeled as inoperable. This procedure, in spite of the benefits that it brings to patients, can generate complications, mainly vascular access, cerebrovascular accidents secondary to the procedure and post-implant aortic insufficiency. Fragility in the elderly represents approximately 7-20%; This risk factor is important because it has been associated with increased morbidity and mortality in patients who have undergone TAVI.

INTRODUCCIÓN

El estado de fragilidad es un síndrome clínico caracterizado por presentar una disminución de la reserva fisiológica y de la resistencia a los distintos factores de estrés a los que se ve expuesto la persona mayor [1]. El fenotipo de fragilidad se caracteriza por una función física disminuida relacionada a sarcopenia, osteopenia y cambios cognitivos que pueden llegar a presentar el anciano²; la prevalencia de fragilidad en la comunidad en personas de 70 años es de aproximadamente del 15% y aumenta hasta un 40% en octogenarios [2].

La asociación americana del corazón (AHA) considera la fragilidad como un factor trascendental para determinar el riesgo que puede llegar a tener el paciente al momento de una intervención valvular. Dicho síndrome se ha implicado como factor causal y pronóstico en pacientes con antecedentes de patología cardiovascular que van a ser llevados a cirugía [3, 4, 5, 6].

Palabras Clave

Anciano, estenosis aórtica severa, fragilidad, TAVI, valvulopatías.

Keywords

Elderly, severe aortic stenosis, fragility, TAVI, valvular heart disease.

Correspondencia: William Arbey Gutiérrez Cortes.
Tel.: +57 313 2882629.
E-mail: willimedico@gmail.com

El principal desafío de la cirugía cardiovascular para pacientes octogenarios (mayores de 80 años) es lograr una buena calidad de vida a mediano plazo, con alivio de síntomas, autonomía, sin secuelas relacionadas con la mortalidad postoperatoria [7]. El síndrome de fragilidad es muy común en personas de edad avanzada y está presente en aproximadamente la mitad de los pacientes seleccionados para la terapia de reemplazo valvular aórtico transcáteter (TAVI). En un estudio de Salud Cardiovascular, el 27% de las personas con fragilidad no tenían comorbilidad ni discapacidad⁸. La comorbilidad y la discapacidad se superponen con la fragilidad, pero la discapacidad se considera tanto un resultado como un descriptor. La comorbilidad, específicamente la suma de las comorbilidades no cardíacas, es un marcador de riesgo avanzado, pero en sí mismo no es una enfermedad [8].

Estenosis aórtica

La estenosis aórtica degenerativa es la valvulopatía más frecuente en el mundo occidental y su prevalencia va en aumento como consecuencia del incremento de la esperanza de vida de la población. Sabemos que en algunos países hasta un 8% de los individuos mayores de 84 años tienen estenosis aórtica severa. En España, aproximadamente un 7% de las personas mayores de 85 años tienen algún grado de estenosis aórtica [9]. La estenosis aórtica severa es el estadio final de una enfermedad lentamente progresiva relacionada con arteriosclerosis, inflamación, factores hemodinámicos y calcificación activa [10]. Una vez aparecen los síntomas, la enfermedad progresa rápidamente y son muchos los pacientes que van a requerir un cambio valvular. Es evidente, pues, que se trata de una enfermedad con gran impacto social.

Gravedad de la estenosis aórtica

La exploración física debe ser el primer paso en la aproximación al diagnóstico del paciente con estenosis aórtica. Tres son los elementos clave en la exploración de estos pacientes: la palpación del pulso carotideo (disminución de la amplitud, pulso anácrotico), la auscultación cardíaca (intensidad

del soplo sistólico y disminución o abolición del segundo tono) y la existencia de signos de falla cardíaca. La presencia de un frémito sistólico en el foco aórtico es muy específica de estenosis aórtica severa. Es conveniente recordar que el pulso carotídeo puede ser normal en ancianos con estenosis aórtica y que algunos pacientes con estenosis aórtica severa pueden presentar un soplo sistólico de baja intensidad, sobre todo si tienen bajo gasto cardíaco, son obesos o tienen EPOC.

Tras la exploración física, el ecocardiograma es la técnica diagnóstica de elección para confirmar la estenosis aórtica, el grado de lesión valvular y su repercusión en el ventrículo izquierdo (VI). Es muy importante seguir un sistema que empieza analizando la morfología y el grado de calcificación valvulares y termina valorando el grosor, los diámetros y la función del VI. Es fundamental la estimación de la presión pulmonar y la identificación de cualquier otra lesión valvular acompañante (valvulopatía mitral).

La ecocardiografía Doppler es la técnica preferida para valorar la gravedad de la estenosis aórtica. En la práctica clínica diaria, los parámetros de ecografía Doppler más útiles para la cuantificación de la estenosis son la velocidad transvalvular aórtica máxima, el gradiente de presión transvalvular medio y el cálculo del área valvular mediante la ecuación de continuidad [11]. Los dos primeros son dependientes del flujo transvalvular aórtico, el cálculo del área lo es menos. La obstrucción valvular aórtica causa un incremento de la velocidad de la sangre a través del orificio valvular estenótico y genera un gradiente de presión entre el VI y la aorta. Tanto la velocidad como el gradiente de presión transvalvular aórtico aumentan según aumenta el grado de estenosis valvular. Sin embargo, la magnitud del aumento de la velocidad y del gradiente de presión en un área valvular determinada varía en función del volumen de sangre transvalvular. Así, pacientes con estenosis aórtica severa y bajo volumen de eyección (disfunción sistólica del VI) solo presentan moderados incrementos de la velocidad y el gradiente transvalvular, mientras que aquellos con estenosis valvular moderada y alto volumen



de sangre transvalvular (cuando coexiste insuficiencia aórtica importante) tienen una velocidad y un gradiente transvalvular elevados [12]. La velocidad del flujo transvalvular aórtico se describe como la velocidad máxima instantánea y se corresponde con el gradiente de presión transvalvular aórtico máximo instantáneo según la fórmula de Bernoulli [13]. El gradiente transvalvular aórtico medio se puede calcular mediante Doppler o en el cateterismo promediando los gradientes de presión instantáneos a lo largo del periodo de eyección sistólico del VI.

Desde un punto de vista teórico, el cálculo del área valvular aórtica representa el parámetro ideal para cuantificar el grado de estenosis valvular. Sin embargo, su estimación mediante la ecuación de continuidad tiene una serie de limitaciones que hacen que sea muy dependiente del operador, y en la práctica es un dato menos fiable que el gradiente transvalvular en pacientes con un volumen de eyección normal. Por lo tanto, en presencia de gradientes elevados, si la válvula está muy calcificada e inmóvil, el cálculo del área valvular no

es necesario. El área valvular aórtica es útil sobre todo en los pacientes con gradientes bajos y sospecha de estenosis aórtica grave con bajo flujo transvalvular. Sin embargo, como dato aislado no es suficiente para determinar el grado de estenosis y se debe considerar otros parámetros (morfología valvular, velocidad transvalvular, gradientes y diámetros, grosor y función del VI) para calcular la gravedad de la lesión valvular [14].

La definición de la gravedad de la estenosis valvular aórtica se ha hecho basándose en los resultados de los estudios sobre la historia natural de los pacientes con EA. A modo de consenso, se ha determinado que la estenosis valvular aórtica es severa cuando la velocidad transvalvular aórtica máxima supera los 4 m/s, el gradiente transvalvular aórtico medio es > 40 mmHg y el área valvular aórtica es < 1 cm². [15, 16, 17]. Cuando el área valvular es $< 0,8$ cm², la estenosis aórtica se considera crítica [18]. No hay que olvidar que la técnica Doppler puede subestimar o sobrestimar la velocidad aórtica y la gravedad de la estenosis en algunos pacientes. (Ver tabla 1)

Tabla 1. Criterios que incrementan la posibilidad de estenosis aórtica grave en pacientes con AVA $< 1,0$ cm² y gradiente medio < 40 mmHG en presencia de fracción de eyección conservada [1].

Criterios	
Criterios Clínicos	Síntomas típicos que no se explican por otras razones. Paciente anciano (> 70 años).
Datos Cualitativos en prueba de imagen	Hipertrofia del VI (considere además una historia de hipertensión). Reducción de la función sistólica longitudinal sin otra explicación.
Datos cuantitativos en prueba de imagen	Gradiente medio, 30-40 mmHg. AVA $\leq 0,8$ cm ² . Flujo bajo (IVL < 35 ml/m ²) confirmado por una técnica distinta del Doppler estándar (TSVI medido por ETE tridimensional o TC multi-forme; RMC, datos invasivos). Determinación de calcio por TC multicorte. Estenosis aortica grave muy probable: varones, ≥ 3.000 ; mujeres, ≥ 1.600 . Estenosis aortica probable: varones, ≥ 2.000 ; mujeres, ≥ 1.200 . Estenosis aortica improbable: varones, < 1.600 ; mujeres, < 800 .

Recientes guías de práctica clínica de la AHA/ACC describen los cuatro estadios de la estenosis aórtica, que van desde que el paciente está en riesgo de sufrirla (estadio A) o se documenta una obstrucción hemodinámica progresiva (estadio B) hasta la estenosis grave asintomática (estadio C) o sintomática (estadio D). Cada uno de los estadios está definido por la morfología y la hemodinámica valvulares, las consecuencias de la obstrucción valvular para el VI y la existencia o inexistencia de síntomas. El estadio C se divide en C1 y C2, dependiendo de que el paciente no tenga o tenga disfunción del VI, respectivamente. Los pacientes con estenosis aórtica grave sintomática y gradientes elevados pertenecen al estadio D1, y al subgrupo especial de enfermos con estenosis aórtica grave sintomática con bajo flujo y bajo gradiente se le ha asignado el estadio D2 cuando presentan una fracción de eyección baja y D3 cuando esta es normal [15].

La estenosis aórtica sintomática severa es fatal, de no tratarse, la tasa de mortalidad a los 2 años supera un 50% [16, 17]. El reemplazo valvular aórtico (RVA) es el único tratamiento que ha demostrado ser útil para fortalecer las perspectivas de supervivencia de estos pacientes y ningún tratamiento farmacológico ha demostrado su eficacia para mejorar los resultados. A pesar que la intervención con válvula transcáteter no es nueva, existe desde el 2002, la FDA aprobó su uso desde el 2011 y que desde el 2014 las guías americanas (ACC/AHA) establecieron el RVA como una indicación de clase I para estenosis aórtica (EA) sintomática severa, casi un tercio de pacientes con EA sintomática severa no se derivan para RVA; esto a menudo se debe a características propias de los paciente como alta carga de comorbilidad, edad avanzada, disfunción del ventrículo izquierdo (VI) y fragilidad.

La estenosis aórtica es un proceso degenerativo claramente relacionado con la edad avanzada; debido a esta situación el implante de válvula aórtica transcáteter (TAVI) proporciona una opción factible y de menor riesgo para los ancianos que son considerados no aptos para procedimientos quirúrgicos debido a su multimorbilidad o por cumplir criterios de fragilidad [18, 19, 20].

Historia del reemplazo valvular aórtico

La primera descripción clásica del manejo quirúrgico exitoso de la insuficiencia aórtica fue publicada en 1954 [21]. El primer reemplazo exitoso, sin embargo, se realizó en 1960 Durán y Gunning [22] describieron la realización de reemplazo valvular aórtico (RVA) en 1960, utilizando una válvula aórtica porcina xenoinjerto [23, 24]. Desde entonces el manejo quirúrgico de la patología valvular ha avanzado rápidamente. Con la evolución de las intervenciones coronarias percutáneas mínimamente invasivas para tratar la enfermedad coronaria compleja y multivazo; los cardiólogos iniciaron el manejo de estenosis valvular por vía percutánea con riesgo mínimo. Esta iniciativa comenzó con el desarrollo de valvuloplastia aórtica con balón [25].

El modelo experimental de implantes de válvula porcina vía Stent [26] fue seguido de una implantación exitosa de la válvula pulmonar en un cordero. En 2002, Cribier y sus colegas describieron: en un hombre de 57 años con EA bicúspide calcificada grave, el primer caso humano de TAVI [26]. Webb et al informaron posteriormente de la viabilidad y seguridad de la TAVR a través de una abordaje transfemoral [27]. Las indicaciones para el reemplazo de la válvula aórtica vía TAVAR experimentaron cambios significativos desde el 2014 tras el crecimiento éxitos de la TAVR.

El ACC/AHA recomienda desde el 2014 TAVR como la opción para las intervenciones en las siguientes situaciones:

1. Los pacientes considerados en un riesgo prohibitivo para cirugía y en una supervivencia prevista después de TAVR más de 12 meses (indicación de clase I, nivel de evidencia B).
2. Como una alternativa al reemplazo quirúrgico en pacientes de alto riesgo (indicación de clase IIa, nivel de evidencia B).

En la actualización de las guías de manejo de valvulopatías del ACC/AHA del 2017 se realizaron los siguientes cambios (Ver tabla 2):

**Tabla 2.** Recomendaciones del ACC/AHA 2017 para estenosis aórtica: Elección de intervención transcatheter (TAVI) o manejo quirúrgico [2].

A. Estenosis aórtica sintomática	Clase de recomendación	Nivel de evidencia
La intervención está indicada para pacientes sintomáticos con estenosis aórtica grave de gradiente alto (gradiente medio ≥ 40 mmHg o velocidad pico $\geq 4,0$ m/s).	I	B
La intervención está indicada para pacientes sintomáticos con estenosis aórtica grave de flujo y gradiente bajos (< 40 mmHg) con fracción de eyección reducida y evidencia de reserva de flujo (reserva contráctil) que excluye la estenosis aórtica seudograve.	I	C
Debe considerarse la intervención para pacientes sintomáticos con estenosis aórtica de flujo y gradiente bajos (< 40 mmHg) con fracción de eyección normal tras la confirmación meticulosa de estenosis aórtica grave.	IIa	C
Debe considerarse la intervención para pacientes sintomáticos con estenosis aórtica de flujo y gradiente bajos con fracción de eyección reducida sin reserva de flujo (reserva contráctil), particularmente cuando se confirma su gravedad mediante la determinación de calcio por TC.	IIa	C
No debe realizarse la intervención a pacientes con comorbilidades graves cuando no sea probable que la intervención mejore la calidad de vida o la supervivencia.	III	C
B. Elección de la intervención en la estenosis aórtica sintomática		
Las intervenciones de válvula aórtica solo deben realizarse en centros con servicios de cardiología y cirugía cardíaca en el propio centro y que cuenten con una colaboración estructurada entre ambos departamentos que incluya un equipo cardiológico (centros especializados en valvulopatías cardíacas).	I	C
La elección de la intervención debe basarse en una evaluación individual minuciosa de la viabilidad técnica y de los riesgos y beneficios de cada modalidad de intervención. Además, hay que considerar la experiencia del centro y los resultados de cada intervención específica.	I	C
Se recomienda el RQVA para pacientes con riesgo quirúrgico bajo (STS o EuroSCORE II $< 4\%$ o EuroSCORE I logístico $< 10\%$ d y sin otros factores de riesgo que no se incluyan en estas escalas, como la fragilidad, la aorta de porcelana y las secuelas de la radiación torácica).	I	B
Se recomienda el TAVI para pacientes que no son candidatos a RQVA según la valoración del equipo cardiológico, para los pacientes con riesgo quirúrgico aumentado (STS o EuroSCORE II $\geq 4\%$ o EuroSCORE I logístico $\geq 10\%$ u otros factores de riesgo que no se incluyan en estas escalas, como la fragilidad, la aorta de porcelana y las secuelas de la radiación torácica), la decisión entre RQVA y TAVI debe tomarse en el equipo cardiológico teniendo en cuenta las características individuales del paciente (se favorece el TAVI para los pacientes ancianos con acceso femoral posible).	I	B
Puede considerarse la valvulotomía aórtica con balón como puente a RQVA o TAVI para pacientes hemodinámicamente inestables o con estenosis aórtica sintomática grave que requieren cirugía mayor no cardíaca urgente.	IIb	C
Puede considerarse la valvulotomía aórtica con balón como herramienta diagnóstica para los pacientes con estenosis aórtica grave u otras causas potenciales de los síntomas (p. ej., enfermedad pulmonar) y pacientes con disfunción miocárdica grave, insuficiencia prerrenal u otra disfunción orgánica, reversible mediante valvulotomía aórtica con balón cuando se realiza en centros en los que esta técnica puede seguirse de TAVI.	IIb	C
C. Pacientes asintomáticos con estenosis aórtica grave (solo para pacientes candidatos a RQVA)		
El RQVA está indicado para pacientes asintomáticos con estenosis aórtica grave y disfunción sistólica del VI (FEVI $< 50\%$) que no se debe a otra causa.	I	C

**Tabla 2. (continuación)**

El RQVA está indicado para pacientes asintomáticos con estenosis aortica grave y resultados anormales en la prueba de esfuerzo que muestran síntomas durante el ejercicio claramente relacionados con la estenosis aortica.	I	C
Debe considerarse el RQVA para pacientes asintomáticos con estenosis aortica grave y resultados anormales en la prueba de esfuerzo que muestran una disminución de la presión arterial por debajo de valores basales.	IIa	C
Debe considerarse el RQVA para pacientes asintomáticos con fracción de eyección normal y ninguno de los resultados de la prueba de esfuerzo mencionados antes, siempre que el riesgo quirúrgico sea bajo y esté presente uno de los siguientes hallazgos: Estenosis aortica muy grave definida por un Vmax > 5,5 ms. Calcificación valvular grave y una tasa de progresión de Vmax ≥ 0,3 m/s/año. Cifras de BNP significativamente elevadas (más de 2 veces el valor normal corregido por edad y sexo), confirmadas en mediciones repetidas y que no se explican por otra causa. Hipertensión pulmonar grave (presión arterial pulmonar sistólica en reposo > 60 mmHg confirmada de manera invasiva) que no se explica por otra causa.	IIa	C
D. Cirugía concomitante de válvula aórtica durante otro procedimiento quirúrgico cardíaco o de la aorta ascendente		
El RQVA está indicado para pacientes con estenosis aortica grave sometidos a CABG o cirugía de la aorta ascendente o de otra válvula.	I	C
Debe considerarse el RQVA para pacientes con estenosis aortica moderada sometidos a CABG o a cirugía de la aorta ascendente o de otra válvula tras la valoración por el equipo cardiológico.	IIa	C

1. Fue cambiada la recomendación del manejo quirúrgico o percutáneo con TAVI (Implante Valvular Aórtico Transcatéter) en pacientes de alto riesgo quirúrgico con estenosis aórtica severa sintomática, estadio D (dependiendo de preferencias, riesgo del procedimiento específico para el paciente) y después de una evaluación por un grupo experto en cardiopatía valvular (Heart valve team), de una recomendación IIa (2014) a una Recomendación Clase I, Nivel de Evidencia A.
2. Después de una evaluación por un grupo experto en cardiopatía valvular (Heart valve team), realizar TAVI es una alternativa razonable para pacientes con estenosis aortica severa sintomática (Estadio D) y un riesgo quirúrgico intermedio (dependiendo de preferencias, riesgo del procedimiento específico para el paciente). Recomendación Clase II a, Nivel de Evidencia B-R. Punto nuevo surgido tras la evidencia aportada por los estudios PARTNER y SAPIEN.
3. El Cambio valvular quirúrgico aórtico es recomendado para pacientes sintomáticos y asintomáticos con estenosis aórtica severa con riesgo quirúrgico bajo o intermedio. Recomendación Clase I, Nivel de Evidencia B- NR. Para los procedimientos de TAVI es necesario que el paciente sea sintomático

Tipos de prótesis transcáteter

Dos tipos de prótesis están actualmente aprobados por la FDA para TAVR: el Sistema CoreValve® (Medtronic, Inc., Minneapolis, Minn) la cual utiliza un sistema auto-expansible, re-capturable, adicionalmente se asocia a menos inestabilidad hemodinámica durante la implantación, posicionamiento más controlado y se puede recapturar y re-envainar si su posición no se consideró correcta; y el sistema Edwards Sapien (Edwards) Lifesciences Corporation; Irvine, Calif) que utiliza un balón expansible de estructura tubular,. Ambos válvulas han demostrado su eficacia en los resultados recientes de los ensayos de CoreValve US Pivotal y Partner, respectivamente.



Este procedimiento a pesar de los beneficios que conlleva a los pacientes, puede generar complicaciones, principalmente acceso vascular, accidentes cerebrovasculares secundarios al procedimiento e insuficiencia aórtica post implante.

METODOLOGÍA

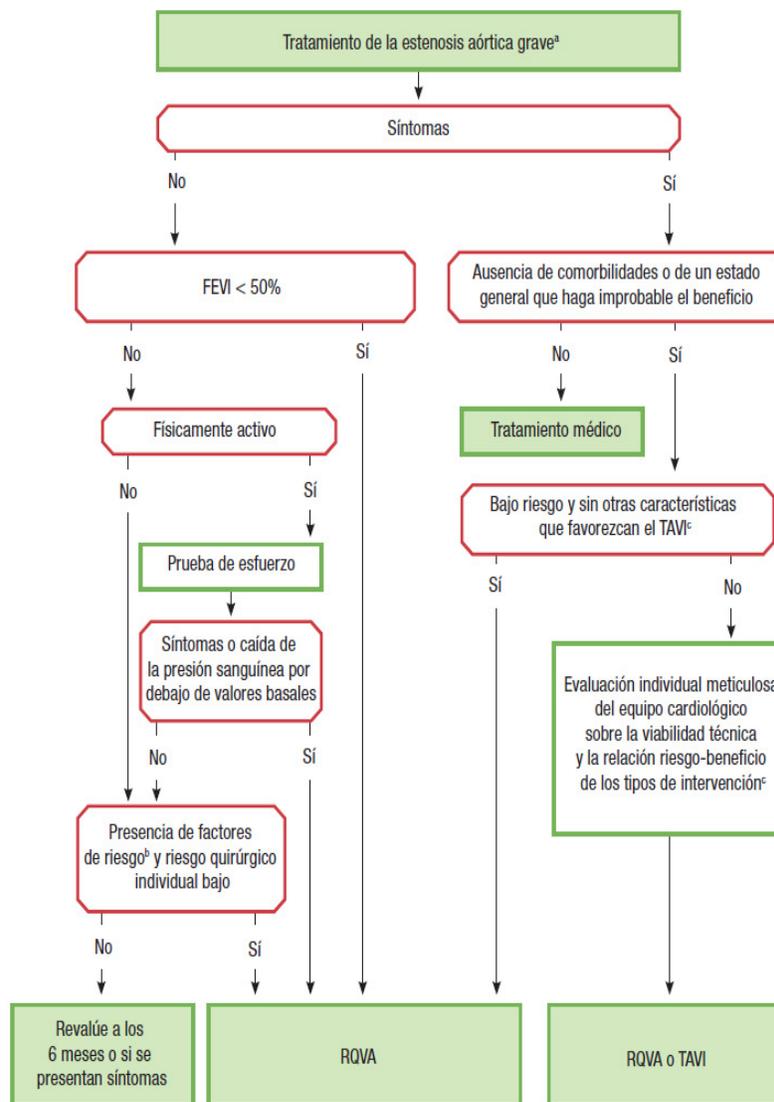
Para la presente revisión se realizó una búsqueda en la base de datos Medline empleando la siguiente palabras claves: TAVI, personas mayores;

teniendo como criterios de selección: artículos de revisión publicados en el idioma inglés entre el período de tiempo: 2005-2017.

TAVR/TAVI en Ancianos

El implante de válvula aórtica transcateéter (TAVI) se ha convertido en una opción de tratamiento menos invasiva para pacientes ancianos con EA severa sintomática en comparación con el reemplazo valvular aórtico (Ver Figura 1).

Figura 1. Tratamiento de la estenosis aórtica severa.



Mejora la supervivencia y la calidad de vida en comparación con el tratamiento médico en pacientes inoperables. Sin embargo, un procedi-

miento exitoso de TAVI requiere una selección compleja de pacientes, así como una evaluación clínica [27]. La evaluación de factores de riesgo

debe basarse principalmente en el juicio clínico del equipo y además, de la estimación de riesgo por medio de puntajes de riesgo quirúrgico. La mortalidad a medio y largo plazo reportada después del TAVI varía del 24% al 43% en pacientes de alto riesgo e inoperables. Sin embargo, los puntajes de riesgo quirúrgico, no proporcionan una estimación confiable del riesgo quirúrgico exacto en la cardiopatía valvular debido a una falta significativa de calibración [28].

Una evaluación preoperatoria integral en el adulto mayor es esencial para determinar el riesgo relativo y el beneficio de la intervención quirúrgica en esta población de pacientes. El Sistema Europeo de Evaluación de Riesgo Operativo Cardíaco (Euro SCORE) II y la Sociedad de Cirujanos Torácicos (STS), se utilizan ampliamente para evaluar el riesgo de mortalidad y la morbilidad postoperatoria en pacientes sometidos a cirugía cardíaca [29, 30]. Estos métodos de evaluación de riesgos tienen limitaciones, el Euro SCORE II típicamente sobreestima el riesgo perioperatorio, mientras que el puntaje STS, que se considera el estándar global, ha subestimado el riesgo perioperatorio en pacientes frágiles [31]. Hay una mayor conciencia por parte de los profesionales acerca de las limitaciones de estos puntajes de riesgo versus los que se presentan con los convencionales, que excluyen con frecuencia factores de gran importancia como la presencia de enfermedad hepática, uso de oxígeno domiciliario, evaluaciones de fragilidad y consideración de discapacidades funcionales, que puede hacer que los pacientes ancianos tengan un mayor riesgo al momento de la realización de la cirugía [32].

Un componente central para la consideración de TAVR es el riesgo subyacente de SAVR. Las discusiones asumen una estratificación de riesgo basada en la Guía 2014 AHA/ACC para el Manejo de pacientes con cardiopatía valvular. Esta evaluación integrada combina la puntuación de la Sociedad de Cirujanos Torácicos del Riesgo de Mortalidad Previsita (STS-PROM) y test de fragilidad. Pero debido a que el término de fragilidad no es comúnmente usado en lenguaje clínico sino hasta base algunos años, y su valoración no hace

parte formal de las valoraciones realizadas por cardiología, cirugía cardiovascular y anestesiología cardiovascular, consideramos que el punto de vista del geriatra en la valoración integral del anciano con EAS es parte fundamental para definir y confirmar realmente que anciano es frágil y evaluar las demás dimensiones como son la dimensión mental, funcional y social que recomiendan las guías en el consenso de expertos del ACC del 2017 para TAVR en adultos con EA.

En el estudio PARTNER [33] se concluyó que el reemplazo de la válvula aórtica transcatheter (TAVI) es superior a la terapia médica en pacientes no aptos para la cirugía. Dicho estudio comparó 2 cohortes de pacientes, Cohorte A (Alto riesgo quirúrgico) y quienes se consideraron inoperables condiciones coexistentes severas (Cohorte B). Pacientes en la cohorte B fueron aleatorizados a TAVR con sistema Edwards-Sapiens o a cuidado médico estándar; pacientes en la cohorte A fueron aleatorizados a TAVR o a RVA quirúrgico convencional con un número total de 244 pacientes, de estos un 47% recibieron evaluación de fragilidad. Para dicho estudio se operacionalizó la fragilidad utilizando 4 marcadores, los cuales siguen las recomendaciones del fenotipo de fragilidad de Fried. La desnutrición y debilidad fue evaluada utilizando mediciones de albumina sérica un día antes del TAVR. La disminución de la fuerza muscular fue evaluada midiendo fuerza de prensión como un promedio de toma en 3 ocasiones con un dinamómetro Jamar. La lentitud fue evaluada midiendo velocidad de la marcha en (4.57 metros).

El Score de fragilidad fue calculado de la siguiente manera

Cuartiles de albúmina, velocidad de la marcha y fuerza de presión fueron asignados con valores de 0 en orden descendente y 2 un puntaje de 0 fue asignado a los pacientes con independencia de sus ABC básicas y 3 para algún grado de dependencia, estos componentes fueron sumados para derivar el Score de fragilidad para cada paciente (rango posible de 0 a 12); para los propósitos de dicho estudio un paciente con un valor superior



a 6 fue considerado frágil y en caso que tuviera un valor menor de 6 se consideraría no frágil. El desenlace clínico primario medido fue el de mortalidad por cualquier causa después del año de seguimiento. Otros desenlaces clínicos medidos fue muerte de origen cardiaco a los 30 días, tasa de reingreso hospitalario, complicaciones del procedimiento, ACV, sangrado mayor, marcapasos permanente y falla renal que requirió TRR.

De los 244 pacientes incluidos en este estudio, el promedio de la velocidad de la marcha fue de 0,38 m/s (IC: 0,23 a 0,64m/s) y 172 pacientes (71%) eran independientes para sus ABC básicas. El promedio del Score de fragilidad fue de 5 (3-7). 134 pacientes (120 de la cohorte A y 14 de la cohorte B) tuvieron un Score menor de 6 considerándose no frágiles y 110 (95 de la cohorte A y 15 de la cohorte B) pacientes tuvieron un Score de fragilidad mayor de 6 considerándose frágiles.

Dentro de los resultados de dicho estudio encontramos: durante el seguimiento a 30 días no hubo diferencias en tasas de eventos clínicos adversos de acuerdo al estatus de fragilidad, incluyendo muerte, mortalidad de origen cardiaco, ACV o readmisiones hospitalarias. Al seguimiento al año la mortalidad estimada utilizando curvas de Kaplan-Meier fue del 32% en el grupo de ancianos frágiles comparado con 15,9% en el grupo de pacientes no frágiles (log-rank p: 0.004). Los paciente frágiles tuvieron mayor causa de mortalidad de origen cardiaco (15% VS 8,4% en no frágiles) y mortalidad no cardiovascular (9,5% Vs 4,9%). Dicho estudio demostró que la fragilidad está asociada con el aumento en morbilidad y mortalidad después de TAVI34, [35].

Evaluación de fragilidad en el contexto cardiovascular

En la actualización del 2017 de las guías del AHA/ACC para el manejo de pacientes con cardiopatía valvular, se menciona que la fragilidad debe considerarse en la evaluación del riesgo quirúrgico e intervencionista; el paciente frágil tiene entre 3-5 veces menos probabilidad de sobrevivir a un año de seguimiento [36], uno de los esquemas suge-

ridos para el abordaje de un paciente frágil que permita saber si es o no candidato a los distintos tipos de procedimientos quirúrgicos para reemplazo valvular aórtico (RVA), es el árbol de decisiones en un anciano frágil.

Cuando se identifica la fragilidad en la fase preoperatoria, el médico debe buscar reducir la discapacidad, debilidad y mejorar el estado nutricional previo a TAVI, dentro de las terapias evaluadas hasta la fecha se encuentran: el entrenamiento de fuerza, los suplementos nutricionales [37, 38].

Se deben continuar la investigación que evalué el impacto de fragilidad en ancianos con EAS con y otras enfermedades cardiovasculares que busquen facilitar el abordaje de la evaluación de fragilidad como rutina previa a intervenciones cardíacas significativas, y el valor independiente de fragilidad en ancianos con estenosis aórtica [39].

CONCLUSIONES

La estenosis aórtica es la valvulopatía más común su prevalencia aumenta de forma marcada con la edad, representa una importante causa de morbilidad y mortalidad en anciano, por tal motivo se ha implementado un nuevo procedimiento llamado técnica de implantación valvular aórtica transcáter (TAVI), que ha mostrado resultados superiores a la terapia médica en pacientes no aptos para la cirugía [40, 42].

El TAVI es el procedimiento preferido en pacientes con EAS que presentan alto riesgo de morbilidad, en los que una cirugía tradicional implica alto riesgo o que son etiquetados como inoperables. Este procedimiento a pesar de los beneficios que conlleva a los pacientes, puede generar complicaciones, principalmente acceso vascular, accidentes cerebrovasculares secundarios al procedimiento e insuficiencia aórtica post implante.

La prevalencia de fragilidad en el anciano representa del 7 al 20% aproximadamente e incrementa exponencialmente con la edad; este factor de ries-

go resulta importante pues se ha asociado con el aumento de morbilidad y mortalidad en pacientes que han sido sometidos a TAVI [43, 44, 45].

El anciano frágil tiene entre 3-5 veces menor probabilidad de sobrevivir en 1 año de seguimiento pos quirúrgico con o sin experimentan una mayor tasa de mortalidad a 30 días o morbilidad peri-procedimiento después de TAVI [46, 47, 48], es por esto que se plantea la necesidad de evaluar la fragilidad preoperatoria en los pacientes mayores, las principales variables que se sugiere considerar para valorar fragilidad incluyen: Las la velocidad de la marcha, evaluadas por la prueba de caminata de 6 minutos (6MWT), la fuerza de prensión, niveles de albúmina sérica. Por tanto se sugiere que de ser posible se realicen intervenciones para mejorar el estado funcional del paciente antes de la intervención quirúrgica, a la fecha sólo se ha descrito el entrenamiento de fuerza, los suplementos nutricionales para prevenir la fragilidad se ha convertido en prioridad global [49, 50, 51], puesto que el esfuerzo puede disminuir el nivel de dependencia, la institucionalización, necesidad de cuidados a largo plazo y gastos médico/sociales.

Por ultimo recalcar la importancia de la valoración geriátrica integral realizada por un médico geriatra a todos los ancianos que vayan hacer sometidos a procedimientos quirúrgicos y/o endovasculares para manejo de EAS, debido a la alta prevalencia de multimorbilidad, síndromes geriátricos que pueden hacer que los pacientes cursen con desenlaces distintos; así el procedimiento haya sido óptimo, el incluir al geriatra en el equipo de patología valvular, aseguraría el control de dichas situaciones y optimizaría un abordaje perioperatorio que conduciría a mejores desenlaces clínicos.

CONFLICTOS DE INTERÉS

Ninguno.

REFERENCIAS

- Fried LP, Hadley EC, Walston JD, Newman AB, Guralnik JM, Studenski S, et Al. From bedside to bench: research agenda for frailty. *Sci Aging Knowledge Environ*. 2005; 31: 24.
- Fried LP, Tangen CM, Walston J, et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2001; 56: M146–56.
- Gallucci M, Ongaro F, Amici GP, Regini C. Frailty, disability and survival in the elderly over the age of seventy: evidence from “The Treviso Longeva (TRELONG) Study.” *Arch Gerontol Geriatr* 48:281–3.
- Oresanya LB, Lyons WL, Finlayson E. Preoperative assessment of the older patient: a narrative review. *JAMA*. 2014; 311:2110–20.
- Nishimura RA, Otto CM, Bonow RO, Carabello BA, Erwin JP, Guyton RA, et al. AHA/ACC guideline for the management of patients with valvular heart disease: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *J Thorac Cardiovasc Surg*. 2014; 148:e1–1.
- Hiroshi Furukawa, Kazuo Tanemoto- Fragilidad en cirugía cardiorábrica: revisión sistemática de la literatura- *Gen Thorac Cardiovasc Surg* (2015) 63:425–433.
- Culliford et al., 1991; Alexander et al., 2000; Sundt et al., 2000; Avery et al., 2001; Kolh et al., 2001.
- Ross J Jr, Braunwald E. Aortic stenosis. *Circulation* 1968; 38(1Suppl):61-7.
- Ferreira-González I, Pinar-Sopena J, Ribera A, Marsal JR, Cascant P, González-Alujas T, et al. Prevalence of calcific aortic valve disease in the elderly and associated risk factors: a population-based study in a Mediterranean area. *Eur J Prev Cardiol*. 2013; 20:1022-30.
- Nishimura RA, Otto CM, Bonow RO, Carabello BA, Erwin JP 3rd, Guyton RA, et al. 2014 AHA/ACC guideline for the management of patients with valvular heart disease: executive summary: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines [published erratum appears in *Circulation* 2014; 129(23): e650]. *Circulation* 2014; 129(23):2440-92.
- Bouma BJ, van Den Brink RB, van Der Meulen JH, Verheul HA, Cheriex EC, Hamer HP, et al. To operate or not on elderly patients with aortic stenosis: the decision and its consequences. *Heart* 1999; 82(2):143-8.
- Lung B, Cachier A, Baron G, Messika-Zeitoun D, Delahaye F, Tornos P, et al. Decision-making in elderly patients with severe aortic stenosis: why are so many denied surgery? *Eur Heart J* 2005; 26(24):2714-20.
- Sharony R, Grossi EA, Saunders PC, Schwartz CF, Ciuffo GB, Baumann FG, et al. Aortic valve replacement in patients with impaired ventricular function. *Ann Thorac Surg* 2003; 75(6):1808-14.



17. Bonhoeffer P, Boudjemline Y, Saliba Z, Hausse AO, Aggoun Y, Bonnet D, et al. Transcatheter implantation of a bovine valve in pulmonary position: a lamb study. *Circulation* 2000; 102(7):813-6.
18. Cribier A, Eltchaninoff H, Bash A, Borenstein N, Tron C, Bauer F, et al. Percutaneous transcatheter implantation of an aortic valve prosthesis for calcific aortic stenosis: first human case description. *Circulation* 2002; 106(24):3006-8.
19. Sakata Y, Syed Z, Salinger MH, Feldman T. Percutaneous balloon aortic valvuloplasty: antegrade transseptal vs. Conven Comprehensive Review of TAVR. 2017;44(1):.
20. Webb JG, Chandavimol M, Thompson CR, Ricci DR, Carere RG, Munt BI, et al. Percutaneous aortic valve implantation retrograde from the femoral artery. *Circulation* 2006; 113(6):842-50.
21. Lichtenstein SV, Cheung A, Ye J, Thompson CR, Carere RG, Pasupati S, Webb JG. Transapical transcatheter aortic valve implantation in humans: initial clinical experience. *Circulation* 2006; 114(6):591-6.
22. Ye J, Webb JG, Cheung A, Soon JL, Wood D, Thompson CR, et al. Transapical transcatheter aortic valve-in-valve implantation: clinical and hemodynamic outcomes beyond 2 years. *J Thorac Cardiovasc Surg* 2013; 145(6):1554-62.
23. Agarwal S, Tuzcu EM, Krishnaswamy A, Schoenhagen P, Stewart WJ, Svensson LG, Kapadia SR. Transcatheter aortic valve replacement: current perspectives and future implications. *Heart* 2015;101(3):169-77.
24. Kodali SK, Williams MR, Smith CR, Svensson LG, Webb JG, Makkar RR, et al. Two-year outcomes after transcatheter or surgical aortic-valve replacement. *N Engl J Med* 2012;366:1686 e 1695.
25. Makkar RR, Fontana GP, Jilaihawi H, Kapadia S, Pichard AD, Douglas PS, et al. Transcatheter aortic-valve replacement for inoperable severe aortic stenosis. *N Engl J Med* 2012;366: 1696 e 1704
26. Ewe SH, Ajmone Marsan N, Pepi M, Delgado V, Tamborini G, Muratori M, Ng AC, et al. Impact of left ventricular systolic function on clinical and echocardiographic outcomes following transcatheter aortic valve implantation for severe aortic stenosis. *Am Heart J* 2010; 160:1113 e 1120.
27. Schoenenberger AW, Stortecky S, Neumann S, Moser A, Juni P, Carrel T, et al. Predictors of functional decline in elderly patients undergoing transcatheter aortic valve implantation (TAVI). *Eur Heart J* 2013;34:684 e 692.
28. Dhaval Chauhan, MD; Nicky Haik, BA; Aurelie Merlo, AB; Bruce J. Haik, MD; Chunguang Chen, MD; et al. Quantitative increase in frailty is associated with diminished survival after transcatheter aortic valve replacement. *American Heart Journal*, J 2016; 182:146-54.
29. Cribier A, Savin T, Saoudi N, Rocha P, Berland J, Letac B. Percutaneous transluminal valvuloplasty of acquired aortic stenosis in elderly patients: an alternative to valve replacement? *Lancet* 1986; 1:63-67.
30. NHLBI Balloon Valvuloplasty Registry Investigators Participants. Percutaneous balloon aortic valvuloplasty. Acute and 30-day follow-up results in 674 patients from the NHLBI Balloon Valvuloplasty Registry. *Circulation* 1991; 84:2383-2397.
31. Otto CM, Mickel MC, Kennedy JW, Alderman EL, Bashore TM, Block PC, Brinker JA, et al. Three-year outcome after balloon aortic valvuloplasty. Insights into prognosis of valvular aortic stenosis. *Circulation* 1994;89:642-650.
32. Andersen HR, Knudsen LL, Hasenkam JM. Transluminal implantation of artificial heart valves. Description of a new expandable aortic valve and initial results with implantation by catheter technique in closed chest pigs. *Eur Heart J* 1992; 13:704-708.
33. Cribier A, Eltchaninoff H, Bash A, Borenstein N, Tron C, Bauer F, Derumeaux G, Anselme F, Laborde F, Leon MB. Percutaneous transcatheter implantation of anaortic valve prosthesis for calcific aortic stenosis: first human case description. *Circulation* 2002; 106:3006-3008.
34. Arnold SV, Afilalo J, Spertus JA, Tang Y, Baron SJ, Jones PG, et al. Prediction of Poor Outcome After Transcatheter Aortic Valve Replacement. *PUBMED* 2016 Oct 25.
35. Vahanian A, Alfieri O, Andreotti F, Antunes MJ, Barón-Esquivias G, Baumgartner H, et al. Guidelines on the management of valvular heart disease (version 2012). *Eur Heart J*. 2012; 33:2451-96. Medline
36. Bax JJ, Delgado V, Bapat V, Baumgartner H, Collet JP, Erbel R, et al. Open issues in transcatheter aortic valve implantation. Part 1: patient selection and treatment strategy for transcatheter aortic valve implantation. *Eur Heart J*. 2014; 35:2639-54.
37. Dr. Carlos caorsi s., dr. Cristian baeza p. Aortic stenosis: Implantation of transcatheter aortic valve prosthesis (TAVI) in the elderly. Elsevier. 2012.
38. Gurvitch R, Wood DA, Tay EL, Leipsic J, Ye J, Lichtenstein SV, Thompson CR, et al. Transcatheter aortic valve implantation. Durability of clinical and hemodynamic outcomes beyond 3 years in a large patient cohort. *Circulation* 2010; 122:1319-1327.
39. Tchetché D, Dumonteil N, Sauguet A, Descoutures F, Luz A, Garcia O, Soula P, et al. Thirty-day outcome and vascular complications after transarterial aortic valve implantation using both Edwards Sapien and medtronic

- corevalve bioprostheses in a mixed population. *Euro Intervention* 2010; 5:659–665.
40. Yan TD, Cao C, Martens-Nielsen J, Padang R, Ng M, Vallely MP, Bannon PG. Transcatheter aortic valve implantation for high-risk patients with severe aortic stenosis: a systematic review. *J Thorac Cardiovasc Surg* 2010; 139:1519–1528
 41. Coeytaux RR, Williams JW Jr., Gray RN, Wang A. Percutaneous heart valve replacement for aortic stenosis: state of the evidence. *Ann Intern Med* 2010; 153:314–324.
 42. Webb JG, Pasupati S, Humphries K, Thompson C, Altwegg L, Moss R, Sinhal A, Carere RG, Munt B, Ricci D, Ye J, Cheung A, Lichtenstein SV. Percutaneous transarterial aortic valve replacement in selected high-risk patients with aortic stenosis. *Circulation* 2007; 116:755–763.
 43. Grube E, Laborde JC, Gerckens U, Felderhoff T, Sauren B, Buellesfeld L, et al. Percutaneous implantation of the CoreValve self-expanding valve prosthesis in high-risk patients with aortic valve disease: the Siegburg first-in-man study. *Circulation* 2006; 114:1616–1624.
 44. Grube E, Buellesfeld L, Mueller R, Sauren B, Zickmann B, Nair D, Beucher H, Felderhoff T, Iversen S, Gerckens U. Progress and current status of percutaneous aortic valve replacement: results of three device generations of the Core Valve Revalving system. *Circ Cardiovasc Interv* [Revista on-line] 2008.1:167–175.
 45. Huguier M, Barrier A, Valinas R, et al. Randomized trial of 5-fluorouracil, leucovorin and cisplatin in advanced pancreatic cancer. *Hepato-Gastroenterology* [Revista on-line] 2001[Consultado 11 noviembre 2017]; 48(39):875-8. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11462946>
 46. Rockwood K, Song X, MacKnight C, Bergman H, Hogan DB, McDowell I, et al. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. *CMAJ*. [Revista on-line] 2005 [Consultado 11 noviembre 2017]; 173:489–95 Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16129869>
 47. Nishimura RA, Otto CM, Bonow RO, Carabello BA, Erwin JP 3rd, Guyton RA, et al. AHA/ACC guideline for the management of patients with valvular heart disease: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *J Thorac Cardiovasc Surg*. [Revista on-line] 2014; 148:e1–1.
 48. Stortecky S, Schoenenberger AW, Moser A, et al. Evaluation of multidimensional geriatric assessment as a predictor of mortality and cardiovascular events after transcatheter aortic valve implantation. *J Am Coll Cardiol Intv* [Revista on-line] 2012[Consultado 11 noviembre 2017]; 5:489–96. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22625186>
 49. John Webb, Josep Rodés-Cabau, et. al, Transcatheter Aortic Valve Implantation: A Canadian Cardiovascular Society Position Statement, *Canadian J. of Cardiol.* [Revista on-line] 2012 [Consultado 14 noviembre 2017]; 28:520–528, Disponible en: [http://www.onlinecjc.ca/article/S0828-282X\(12\)00201-2/pdf](http://www.onlinecjc.ca/article/S0828-282X(12)00201-2/pdf)
 50. Afalalo J, Alexander KP, Mack MJ, et al. Frailty assessment in the cardiovascular care of older adults. *J Am Coll Cardiol*. 2014; 63(8):747-762.
 51. Fiatarone MA, O'Neill EF, Ryan ND, et al. Exercise training and nutritional supplementation for physical frailty in very elderly people. *N Engl J Med*. [Revista on-line] 1994[Consultado 11 noviembre 2017]; 330(25):1769-1775.
 52. Ottenbacher KJ, Ottenbacher ME, Ottenbacher AJ, Acha AA, Ostir GV. Androgen treatment and muscle strength in elderly men: a meta-analysis. *J Am Geriatr Soc*. [Revista on-line] 2006.54 (11): 1666-1673.
 53. James B. Hermiller, JR, Steven J. Yakubov, Michael J. Reardon, G. Michael Deeb, David H. Adams, Jonathan Afalalo, Jian Huang, Jeffrey J. Popma. Predecir la mortalidad temprana y tardía después Reemplazo de la válvula aórtica transcáteter, *Journal of the american college of cardiology*. [Revista on-line] 2016 [Consultado 11 noviembre 2017]; 68(4) 343-352.
 54. Vellas B., Cesari M., Li J, Rodriguez M. L. editores *El Libro Blanco de la Fragilidad*, Paris: IAGG Gran Global Aging Research Network, SEMEG. 2012



Revisión

Prevalencia de obesidad y sobrepeso en estudiantes de enfermería

Prevalence of obesity and overweight in nursing students

Sandra M. Bocanegra-Ramos¹, Maira A. Oñate-Oñate¹

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

Resumen

La obesidad y el sobrepeso son condiciones que han venido afectando al ser humano, con un gran incremento para el siglo XXI, en donde el nivel de educación se ha reportado como un factor que reduce los riesgos sobre la obesidad, dado que a mayor educación es posible reconocer las condiciones que ocasionan alteraciones en la salud, y, por lo tanto, los riesgos de obesidad. Los estudiantes enfermería representan un escenario diferente en cuanto a obesidad y sobrepeso, dados los horarios extendidos, la carga académica y actividad física. La presente revisión pretende conocer la prevalencia de obesidad y sobrepeso en estudiantes de enfermería en Colombia y el mundo, en los años comprendidos entre 2013 y 2018. La prevalencia de obesidad y sobrepeso en estudiantes de enfermería en Colombia fue relativamente menor a los índices internacionales. Sin embargo, los valores obtenidos resultan preocupantes pues, a pesar de que los estudiantes de enfermería deben conocer las repercusiones que tienen los malos hábitos alimenticios en su salud, aun se presentan casos de obesidad y sobrepeso en los mismos.

Abstract

Obesity and overweight are conditions that have been affecting the human being, with a great increase for the 21st century, where the level of education has been reported as a factor that reduces the risks of obesity, given that more education is it is possible to recognize the conditions that cause alterations in health, and, therefore, the risks of obesity. Nursing students represent a different scenario in terms of obesity and overweight, given the extended hours, the academic load and physical activity. This review aims to know the prevalence of obesity and overweight in nursing students in Colombia and the world, in the years between 2013 and 2018. The prevalence of obesity and overweight in nursing students in Colombia was relatively lower than the international indexes. However, the values obtained are worrying because, although nursing students must know the repercussions of bad eating habits on their health, there are still cases of obesity and overweight in them.

Palabras Clave

Obesidad, sobrepeso, hábito.

Keywords

Obesity, overweight, habit.

INTRODUCCIÓN

La obesidad y el sobrepeso son condiciones que han venido afectando al ser humano, con un gran incremento para el siglo XXI, producto del sedentarismo que incide en mayor medida a la población actual. La obesidad y el sobrepeso, no distinguen género, nivel socioeconómico, ni cultural, esta se hace presente desde la infancia hasta la edad más adulta [1]. Dicha problemática se presenta a partir de cambios drásticos en la alimentación, en la ingesta anormal de grasas, sal y azúcares son los factores, que van dando forma a la presencia del sobrepeso y la obesidad [2].

La presencia cada vez acentuada de la obesidad y el sobrepeso, en la sociedad actual es un fenómeno que no se puede ocultar bajo ningún punto de vista. Se ve claramente que ha cambiado el sentido, y la manera de organizar la vida misma por parte de las familias actuales. Ha cambiado los hábitos alimenticios que de una manera cierta y real hacen que la personas dejen de consumir alimentación saludable, que lleve a una mejor salud por alimentos que solo dejan un lige-

Correspondencia: Sandra M. Bocanegra-Ramos.
Dirección: Calle 82B # 2-69,
Neiva - Colombia.
Tel.: +57 315 3389003.
E-mail: Sandra.bocanegra1981@gmail.com

ro buen sabor y no más. Las personas requieren, ante todo, una alimentación saludable y llena de proteínas y vitaminas, que lleguen a un nivel de vida saludable en todo momento.

Diversos autores afirman que, la presencia de la obesidad y el sobrepeso, es la conjunción de factores diversos, que están cada día más presentes en la sociedad actual, estos pueden ser de tipo: psicológico, ambiental, biológico, genético y de estilo de vida [3].

El sobrepeso y la obesidad son condiciones que, como otras, reflejan las desigualdades sociales y de género en la sociedad moderna, y la promoción de la adopción de estilos de vida saludables, base de la política sanitaria para combatirlos, no es una elección libre para los hombres y mujeres de los estratos socioeconómicos más débiles, toda vez que las influencias de su grupo de referencia, las circunstancias socioeconómicas y el conocimiento disponible empujan a las personas a hacer ciertas elecciones y a desestimar otras

En el factor psicológico, se establece el autoconcepto que cada persona tiene de sí misma [4] y cómo incide en el desempeño académico, laboral y en apreciar su propio cuerpo. A partir de ello, es posible afirmar que la obesidad y el sobrepeso son la consecuencia de un estilo de vida que la persona se ha impuesto. Para lograr un mejor estilo de vida, los individuos deben adoptar hábitos como: alimentación saludable y organizada en cuanto a calidad y tiempo de consumo, la práctica de ejercicio en forma regular de otra parte, constituye un excelente principio en este campo. No obstante, en la población actual se observa una vida sedentaria, consumo excesivo de alcohol y tabaco, los cuales influyen en el padecimiento de sobrepeso y obesidad en las personas [5].

De modo semejante, se puede analizar la relación existente entre obesidad y el nivel educativo de las personas. En este aspecto, se ha establecido que cuanto más haya nivel de estudios, las personas tienen una menor prevalencia a la obesidad y si tienen un nivel básico de estudios, la variable de obesidad es más constante, lo que lleva a que

esta relación no sea dependiente, se evidencia que a mayor educación disminuyen los índices de obesidad en las personas de edad adulta, mayores de 50 años de edad [6].

Cuando se habla de sobrepeso y obesidad, se quiere mostrar que estas dos patologías son el factor desencadenante de enfermedades que afectan tanto a hombres como a mujeres sin tener en cuenta su condición social, económica o de cualquier otra índole. Según la OMS (2018), a nivel mundial para el año 2016, el 39% de las personas adultas de más de 18 años tenían sobrepeso, y el 13% eran obesas. La prevalencia de sobrepeso y obesidad, ha aumentado del 4% en 1975 a más de 18% en el 2016 [7]. Por otro lado, las cifras de prevalencia de obesidad y sobrepeso en Colombia, según la Encuesta Nacional de Colombia 2010-ENSIN, evidenció un incremento del exceso de peso en la población colombiana entre 2005-2010 que fue del 23,2% [8]. En la ENSIN del 2015, se determinó que la población de Colombia obesa y con características de sobrepeso aumento de 51,2% en el 2010 a 56,4% en el 2015 [9].

Se ha encontrado una fuerte relación entre la obesidad y la construcción de la imagen corporal. Al observarse, la persona que no tiene ninguna condición de aceptación por parte de la sociedad, es cuando se diluye su aceptación y puede en un momento dado dar cabida a las patologías que afectan desde la psicología, que ya se han enumerado anteriormente [10]. Por otro lado, el sobrepeso y obesidad derivan en la incidencia con alta prevalencia de hipertensión arterial, diabetes, enfermedades cerebrovasculares, cáncer [11]. A partir de ello, se hace necesario conocer con claridad las consecuencias que conllevan a tener sobrepeso y la obesidad.

Los hábitos poco saludables son considerados generalmente como factores de riesgo que incentivan la generación de enfermedades cardiovasculares, síndromes que afectan el metabolismo, entre otras, que conllevan a la principal causa de muerte a nivel mundial. En los jóvenes universitarios, los estilos de vida se dan generalmente

por comportamientos poco saludables, como el sedentarismo y los malos hábitos saludables, lo cual ocasionan el desarrollo de obesidad y sobrepeso. Los estudiantes universitarios poseen malos estilos de vida dado el estrés y carga académica que ocasionan el consumo de alimentos en horarios indebidos, consumo excesivo de productos con altos contenidos grasos y azúcares, y el disminuido tiempo dedicado al entrenamiento físico, dichos factores pueden repercutir en los niveles de lípidos plasmáticos [12].

Los estudiantes universitarios poseen una alta prevalencia de sobrepeso y obesidad, que se relaciona con el desarrollo de cáncer, enfermedades renales, problemas vasculares cerebrales entre otros, por lo que recomendaron desarrollar intervenciones integrales que puedan mitigar este fenómeno [13].

Por otro lado, los estudiantes de programas relacionados al área de la salud, sobretodo enfermería y medicina, representan un escenario diferente en cuanto a obesidad y sobrepeso, dado que los horarios extendidos, la carga académica y su actividad tanto física como mental, ocasionan que sus hábitos alimenticios no sean beneficiosos para su salud. Encontraron que los factores de riesgo asociados con mayor prevalencia fueron sedentarismo, hipertrigliceridemia, hipercolesterolemia, y consumo de sustancias psicoactivas legales como cigarrillo y alto consumo de alcohol [14].

A pesar de que los estudiantes de enfermería conocen sobre el concepto de obesidad y las implicaciones que tiene sobre la salud, dichos conocimientos no son suficientes para lograr crear conciencia acerca de la repercusión e importancia en el cuidado de su alimentación [15]. Teniendo en cuenta que la prevalencia de obesidad y sobrepeso va en aumento, y que se encuentra relacionado a factores como la edad, los estudiantes universitarios son un grupo vulnerable ante la influencia de las conductas sociales en sus hábitos saludables. En Colombia, aunque existe normativa que regula el bienestar universitario, aun no se han implementado programas de prevención a la obesidad apropiados [16].

Siendo la obesidad un tipo de enfermedad que afecta no solo a las personas de mayor edad, sino que involucra a los más jóvenes, se hace necesario adelantar estudios profundizados en dar respuesta a los cambios de hábitos de vida en todo sentido y mayor aún en estudiantes de enfermería, dado que son los principales actores de ejemplo en la prevención de enfermedades.

Con base en lo anterior, el presente artículo parte bajo el objetivo de conocer la prevalencia de obesidad y sobrepeso en estudiantes de enfermería en Colombia y el mundo, en los años comprendidos entre 2013 y 2018.

MATERIALES Y MÉTODOS

El presente artículo se realizó a partir de una revisión bibliográfica mediante un estudio descriptivo, longitudinal y retrospectivo, por medio de la recolección de información documental mediante la observación, acerca de la prevalencia de obesidad y sobrepeso en estudiantes de enfermería. Se revisaron 45 documentos que cumplieron con los siguientes criterios de selección:

- Documentos publicados entre el año 2013 y el año 2018.
- Documentos cuya procedencia sea confiable, es decir, revistas científicas, bases de datos como SciElo, Dialnet, Redalyc, Elsevier, o bibliotecas y repositorios institucionales de universidades reconocidas.

Para la selección de los documentos de revisión, se estableció el siguiente proceso de búsqueda:



Se encontraron 28 documentos relacionados a la obesidad y sobre peso, 8 documentos relacionados a la obesidad y sobrepeso en estudiantes universitarios y 9 documentos relacionados a la obesidad y sobrepeso en estudiantes de enferme-

ría, de los cuales 5 documentos se relacionan a la obesidad y sobrepeso en estudiantes de enfermería en Colombia.

Para determinar la prevalencia de obesidad en estudiantes de enfermería en Colombia, se utilizó como instrumento de recolección de información, la observación, permitiendo analizar los datos estadísticos de los documentos consultados, y se realizó una comparación teniendo en cuenta las siguientes variables de estudio:

- Sobrepeso
- Obesidad
- Actividad física
- Hábitos alimenticios

RESULTADOS

Obesidad

El significado social sobre la obesidad ha variado con el paso de los años [17]. En algunas culturas donde el acceso a los alimentos es limitado, la obesidad era considerada una de las metas a alcanzar, y era vista como un símbolo de la sociedad pudiente y dominante [18]. En la actualidad se le considera una enfermedad y una auténtica epidemia [19]. Los motivos de este cambio conceptual están sustentados por numerosas evidencias [20–26].

En la Grecia antigua, Hipócrates fue quien relacionó inicialmente la obesidad con la muerte y afirmó que las personas que tienen una mayor prevalencia de obesidad o sobrepeso, mueren primero que las personas con una menor prevalencia de obesidad, dadas las enfermedades que se desarrollan en consecuencia [27]. A parte del aumento en la tasa de mortalidad, las evidencias sostienen que los sujetos obesos, son más propensos a sufrir de enfermedades y situaciones de riesgo, lo que resulta en un incremento en los costos para los entes garantes de la salud [28].

Está demostrado que, el exceso de grasa corporal origina alteraciones en el metabolismo de los carbohidratos, como la resistencia a la insulina,

la disminución de la tolerancia a la glucosa, y el desarrollo de diabetes mellitus tipo 2 (DM2) [29,30]. De igual forma actúa sobre el metabolismo de los lípidos, favoreciendo el desarrollo de dislipidemias, el aumento de los niveles séricos de colesterol total y de la fracción de colesterol de baja densidad LDL, evento que desencadena una disminución de la fracción de colesterol de alta densidad HDL circulante, aumentando así los riesgos de desarrollar enfermedades coronarias y ateroscleróticas [31].

Aun cuando no se conoce el mecanismo a nivel molecular que está asociado directamente a estos eventos, se ha descrito que el depósito excesivo de tejido adiposo, es el factor desencadenante de estos eventos, sobre todo cuando el depósito del tejido graso es a nivel abdominal [32,33]. La estimación de la cantidad de tejido adiposo es importante en la prevención de la aparición de tales alteraciones [34].

Prevalencia de obesidad

La prevalencia de la obesidad está en constante aumento [35]. Según la OMS, “desde 1975, la obesidad se ha casi triplicado en todo el mundo” [36], para el año 2016, cerca de 1900 millones de adultos de 18 o más años sufrían de sobrepeso, y 650 millones sufrían de obesidad. “En 2016, el 39% de las personas adultas de 18 o más años tenían sobrepeso, y el 13% eran obesas. Entre 1975 y 2016, la prevalencia mundial de la obesidad se ha casi triplicado” [36].

A nivel nacional, el principal problema de nutrición en adultos en Colombia es el sobrepeso y obesidad, desde el año 1995, la prevalencia de obesidad fue del 9 %; luego, en el año 2000, del 11 % y finalmente ENSIN, en 2005 y 2010, 13,7 % y 16,1 %, respectivamente [37]. Según Velásquez et al., [37] las personas más afectadas por padecer obesidad son aquellas cuyo nivel de educación alcanza la básica primaria (18,2 %), seguido por el nivel secundaria y media secundaria (15,5 %), no obstante, determinaron que los individuos que no poseen estudios superiores, tienen una mayor prevalencia a la obesidad que aquellos que cuentan con estudios superiores.



El nivel de educación se ha reportado como un factor que reduce los riesgos sobre la obesidad, de esta manera, a medida en que la escolaridad asciende, las personas poseen un mayor acceso a la información, por lo tanto, les permite reconocer las condiciones que ocasionan alteraciones en la salud, y, por lo tanto, los riesgos de obesidad y las consecuencias de ello [37].

Obesidad y sobrepeso en estudiantes de enfermería

López et al., [38] llevaron a cabo un estudio para determinar la prevalencia de sobrepeso y obesidad en el personal de salud, en él se estableció que existe prevalencia de sobrepeso y obesidad en el personal de salud de la Clínica. Se encontró con una prevalencia del 38% en las personas adultas que trabajan allí, sobre esta clase de enfermedad. Esto significa que hay un riesgo alto en enfermedades cardiovasculares, lo que se traduce en implementar estrategias de cuidado, para las personas que trabajan en el sector salud. Pues ellos, tienen la obligación de ser cuidadosos al momento de aplicar respuesta a esta inquietud en salud [38].

Múnera et al., [39] llevaron a cabo un estudio en una universidad pública de Medellín, con respecto al grupo de estudiantes de enfermería, encontrando que la prevalencia en obesidad fue del 7,6% y en sobrepeso arrojó un resultado del 25,1%. Igualmente se encontró relación de esta patología con antecedentes familiares y el hecho de consumir alimentación no saludable. El hecho que los estudiantes de enfermería, tengan precisamente obesidad y sobrepeso es motivo de preocupación no solo para la universidad sino también para el colectivo de estudiantes en esta área, porque debe tener constancia entre lo que ellas dicen que es la defensa en la salud de las personas y lo que hacen en la actualidad [39].

Por otro lado, se establece que la obesidad y el sobrepeso, se hacen más notorios, cuando no se desarrollan actividades físicas, que lleven a lograr un estado saludable y óptimo en las personas. Esto se determinó por medio del estudio de

Rangel et al., [40] quienes analizaron un grupo de estudiantes de una universidad privada en Bucaramanga, encontrando que, la falta de ejercicio y la vida sedentaria en los universitarios, es la cuota inicial para que en el futuro aparezcan enfermedades crónicas como la diabetes, que afectan la calidad de vida de las personas [40].

No obstante, un estudio realizado por Cruz et al., [41] determinó que los factores de riesgo cardiovascular en estudiantes de enfermería, son generados por dos factores principales, antecedentes de hipertensión en la familia, y malos hábitos alimenticios conjuntamente con la baja actividad física. Los autores manifestaron que si las condiciones de obesidad continúan de esta manera, a futuro no sólo se vería afectado el estado de salud de las personas sino también, su actividad económica, dado que consideran que “el país poseerá una población longeva gracias a un envejecimiento acelerado y, además, una juventud enferma” [41].

Entre otros estudios, se encontró uno realizado por Menacho [42], quien se fundamentó en determinar la relación existente entre los estilos de vida saludables y el sobrepeso en los estudiantes de enfermería, en donde se encontraron estilos de vida poco favorable, caracterizado por la presencia de Obesidad II, no obstante, en los estudiantes con estilos de vida favorables, se encontró la presencia de Obesidad I. Lo anterior permitió afirmar que existe gran relación entre el estilo de vida de los estudiantes de enfermería y la obesidad [42].

Farfán et al., [43] llevaron a cabo un estudio a fin de determinar la prevalencia de sobrepeso y obesidad, y sus factores asociados, en estudiantes de la Facultad de Ciencias de Salud, encontrando una prevalencia de sobrepeso y obesidad del 21,8 %. Los alimentos que generalmente consumen los estudiantes estudiados, se basa en una dieta alta en cereales y lácteos, no obstante, se encontró un bajo consumo de frutas y verduras, de igual forma, omiten varias comidas importantes en el día.

“Los principales factores asociados al sobrepeso y a la obesidad, fueron desayunar menos de tres



días por semana, ingerir comidas copiosas en la noche, dedicar poco tiempo a la actividad física, caminar menos de una hora al día y transportarse en vehículos de motor en lugar de caminar” [43]. Por otro lado, Díez [44] estudió el sobrepeso, obesidad y hábitos de vida saludables en estudiantes universitarios de enfermería, encontrando que el 23,44% sufre de sobrepeso y el 6,25% de obesidad. No obstante, encontró un alto porcentaje de estudiantes (73,43%) que realizan actividades físicas, sin embargo, también encontró hábitos nocivos relacionados a los hábitos saludables [44].

Por otro lado, Rodríguez [45] en su estudio, encontró que no existe relación entre los hábitos alimenticios y la actividad física sobre la prevalencia de sobrepeso y obesidad en estudiantes de enfermería.

DISCUSIÓN

La literatura revisada evidenció varias similitudes en cuanto a la prevalencia de obesidad y sobrepeso en los estudiantes de enfermería en términos internacionales y nacionales.

Tabla 1. Análisis estadísticos de los resultados

Variable de estudio	Resultado de estudios internacionales	Resultado de estudios en Colombia	Discusión
Actividad física	Está relacionado	No está relacionado	Difiere
Hábitos alimenticios	Está relacionado	No está relacionado	Difiere
Prevalencia de obesidad	7,6%	6,25%	Se asimilan
Prevalencia de sobrepeso	25,1%,	23,44%	Se asimilan
Prevalencia de obesidad y sobrepeso	38%	21,8 %	Se asimilan

Fuente: propia.

Los resultados obtenidos a nivel internacional mostraron similitudes en la prevalencia de obesidad y sobrepeso en estudiantes de enfermería, tal como se evidencia en la tabla 1, los estudios internacionales encontraron una prevalencia de obesidad del 7,6% mientras que, en Colombia, se encontró una prevalencia del 6,25%. Respecto a la prevalencia de sobrepeso en estudiantes de enfermería, los estudios internacionales encontraron que el 25,1% padecen de sobrepeso, similar a la prevalencia encontrada en Colombia, del 23,44%.

En términos generales, la prevalencia de obesidad y sobrepeso se vio reflejada en el 38% de los estudiantes de enfermería a nivel internacional, mientras que, en Colombia, se encontró una prevalencia del 21,8%, mostrando una diferencia estadísticamente poco significativa. El hecho que los estudiantes de enfermería, tengan

precisamente obesidad y sobrepeso es motivo de preocupación.

Por otro lado, en cuanto a los factores asociados a la obesidad y el sobrepeso, los autores de los estudios internacionales concordaron en que la baja actividad física y los malos hábitos alimenticios son los principales desencadenantes de los problemas de salud. Encontraron que la falta de ejercicio y la vida sedentaria en los estudiantes de enfermería promueven la prevalencia de obesidad, por otro lado, afirman que los factores fundamentales asociados al sobrepeso y a la obesidad, son el desorden horario en las comidas diarias y la poca dedicación a la actividad física.

Sin embargo, contrario a los estudios internacionales, en Colombia no se encontró una relación entre los hábitos alimenticios y la actividad física sobre la prevalencia de sobrepeso y obesidad en estudiantes de enfermería.



CONCLUSIONES

La prevalencia de obesidad y sobrepeso en estudiantes de enfermería en Colombia, fue relativamente menor a los índices internacionales, pues, se encontró una prevalencia de obesidad con el 6,25% en relación a estudios internacionales los cuales evidenciaron una prevalencia del 7,6%. La prevalencia de sobrepeso en estudiantes de enfermería en Colombia, se asimila a los índices internacionales, dado que en Colombia el 23,44% tiene sobrepeso, y a nivel internacional, se encontró una prevalencia del 25,1%.

No obstante, se encontraron diferencias en cuanto a los factores asociados a la prevalencia de obesidad y sobrepeso en estudiantes de enfermería, pues, aunque los estudios internacionales encontraron que la actividad física y los hábitos alimenticios se relacionan directamente con el incremento en los índices, los estudios en Colombia difieren de ello, afirmando que no poseen relación alguna.

Los valores obtenidos resultan preocupantes pues, a pesar de que los estudiantes de enfermería deben conocer las repercusiones que tienen los malos hábitos alimenticios en su salud, aun se presentan casos de obesidad y sobrepeso en los mismos.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Fuentes de información: se presenta el procedimiento de la revisión bibliográfica llevada a cabo en para la realización del presente artículo. Los datos se manifiestan explícitamente en la lista bibliográfica de los documentos consultados, al final del presente artículo.

Originalidad y plagio: se citaron correctamente las referencias consultadas, siguiendo los requisitos de uniformidad para manuscritos presentados en revistas biomédicas, más conocido como Normas de Vancouver.

Reconocimiento de fuentes: se citaron las publicaciones que han sido influyentes en la elaboración del presente artículo.

Divulgación y conflictos de interés: se notifica que no existen conflictos de interés de índole financiero o de otra naturaleza que influyan en los resultados o interpretación del presente artículo.

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. Cigarroa C, Zapata R. Efectos del sedentarismo y obesidad en el desarrollo psicomotor en niños y niñas: Una revisión de la actualidad latinoamericana. *Univ y Salud*. 2016;18(1):156.
2. Salud M de. Alimentación saludable, sobrepeso y obesidad en Argentina. [Libro] Cober Univers Salud; 2018;12.
3. Ibáñez L. Obesidad y sobrepeso infantil. Labor preventiva del enfermero/a escolar en su prevención. [Tesis]. Univ Valladolid 2017; 28.
4. Garay R, Baneo J. Autoconcepto e índice de masa corporal en estudiantes universitarios del 4to, 5to y 7mo ciclo de la Escuela Profesional de Enfermería de la Universidad Alas Peruanas, Santiago de Surco, Lima - Perú, 2016. *Univ Alas Peru*. 2016;10.
5. Sánchez M, Bertos E. Hábitos de vida saludable en la población universitaria. *Nutr Hosp*. 2015;31(5):1910-9.
6. Márquez R. Obesidad: prevalencia y relación con el nivel educativo en España. *Nutr clínica y dietética Hosp*. 2016;36(3):181-8.
7. Organización Mundial de la Salud. Obesidad y sobrepeso [Internet]. Organización Mundial de la Salud. 2018 [cited 2018 Dec 3]. p. 1. Available from: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
8. Ibarra Y. Determinantes sociales del sobrepeso y la obesidad en Colombia ENSIN 2010. Universidad Autónoma de Manizales. 2015; 51.
9. Minsalud. Gobierno presenta Encuesta Nacional de Situación Nutricional de Colombia (ENSIN) 2015 [Internet]. Gobierno de Colombia. 2015 [cited 2018



- Dec 3]. p. 1. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Gobierno-presenta-Encuesta-Nacional-de-Situación-Nutricional-de-Colombia-ENSIN-2015.aspx>
10. Padrón A, Hernández JF, Nieto A, Aradillas C, Cossío PE, Palos AG. Asociación entre autoestima y percepción de la imagen corporal en estudiantes universitarios. *Acta Univ.* 2015;25(444):76–8.
 11. Vargas M, Barragán O, Peralta S, Hernández E, Ontiveros M, Favela M, et al. Factores de riesgo de enfermedades no transmisibles en académicos universitarios. *BIOtecnia Rev Ciencias Biológicas y la Salud.* 2015;18(1):3.
 12. Ramos OA, Jaimes MA, Juajinoy AM, Lasso AC, Jácome SJ. Prevalencia y factores relacionados de sobrepeso y obesidad en estudiantes de una universidad pública. *Rev Esp Nutr Comunitaria.* 2017;23(3).
 13. Tuta H, Lee B, Martínez J. Prevalencia y factores de asociados de sobrepeso y obesidad, en estudiantes universitarios de 18 a 25 años, en pamplona norte de santander durante el primer periodo del 2013. *CES Salud Pública.* 2015;6(1):21–6.
 14. Zapata C, Zamudio S, Velásquez M, Ortégón M. Prevalencia de obesidad y factores de riesgo cardiovascular en estudiantes de ciencias de la salud. [Tesis] Universidad del Quindío. 2013; 107.
 15. Núñez Guzmán NA, Carranza Madrigal J. Conocimiento, autopercepción y situación personal de estudiantes de enfermería respecto al sobrepeso y la obesidad. *Med Interna Mex.* 2012;28(1):1–5.
 16. González C, Camacho J, Barajas J. El rol de la universidad en la prevención de la obesidad. *Rev Cuid.* 2015;6(1):976–81.
 17. De Domingo Bartolome M, López Guzmán J. La estigmatización social de la obesidad. *Cuad Bioética.* 2014; XXV (2):273–84.
 18. OMS PUFF. El estado de la seguridad alimentaria y la Nutrición en el mundo 2017. 2017. 144 p.
 19. Córdova J. La obesidad: la verdadera pandemia del siglo XXI. *Cir Cir.* 2015;83(2):87–8.
 20. Organización Mundial de la Salud. OMS | Julio 2015: Epidemia de obesidad y sobrepeso vinculada al aumento del suministro de energía alimentaria - estudio [Internet]. WHO. World Health Organization; 2015 [cited 2018 Dec 3]. Available from: <http://www.who.int/bulletin/releases/NFM0715/es/>
 21. Ávila L, Cano E, Molina M, Parrilla J, Ramos R, Sosa A. Guía de Práctica Clínica Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de Sobrepeso y Obesidad Exógena [Internet]. 2012. 1-82 p.
 22. Bonilla C, Híjar G, Márquez D, Aramburú A, Aparco JP, Gutiérrez EL. Intervenciones para prevenir la aparición de sobrepeso y obesidad en niños menores de cinco años. *Rev Peru Med Exp Salud Publica.* 2017;34(4):682–9.
 23. López Morales JL, Garcés de los Fayos Ruiz EJ. Hacia una integración comprensiva de la obesidad desde una perspectiva multidisciplinar. *Nutr Hosp.* 2012;27(6):1810–6.
 24. Sepúlveda Fonseca JD, Quintero Fariás RA. Obesidad y cáncer: fisiopatología y evidencia epidemiológica. *Rev Médica Risaralda.* 2016;22(2):91–7.
 25. Pérez L et al. Intervenciones de Enfermería para la prevención de Sobrepeso y Obesidad en niños y adolescentes en el primer nivel de atención [Internet]. Instituto Mexicano del seguro social. 2013. 53 p.
 26. Arteaga A. El sobrepeso y la obesidad como un problema de salud. *Rev Médica Clínica Las Condes. Elsevier;* 2012;23(2):145–53.
 27. Cárdenas I. Sobrepeso y obesidad en los adolescentes de la isla de Cozumel. 2014.
 28. García Milian AJ, Creus García ED. La obesidad como factor de riesgo, sus determinantes y tratamiento. *Rev Cuba Med Gen Integr.* 2017;32(3):1–14.
 29. Pollak C. F. Resistencia a La Insulina: Verdades Y Controversias. *Rev Médica Clínica Las Condes;* 2016;27(2):171–8.
 30. Costa Gil JE, Spinedi E. La tormentosa relación entre las grasas y el desarrollo de la diabetes mellitus tipo 2. *Rev Argent Endocrinol Metab;* 2017;54(4):184–95.
 31. Maldonado O, Ramírez I, García J, Ceballos G, Médez E. Colesterol: Función biológica e implicaciones médicas. *Rev Mex ciencias Farm.* 2012;43(2):7–22.
 32. Valdés JMB, Alonso M del CV, Martínez MP, Sarracent GLS, Álvarez DD, Martín IM. Mecanismos implicados en la aparición y regulación del proceso de remodelación del tejido adiposo y estado de lipoinflamación en la obesidad. *Rev cubana Pediatr.* 2016;88(3):348–59.
 33. Hernández G, Rivera J, Serrano Ronald; Villalta Darwing; Abbate Mariangel. Adiposidad Visceral, Patogenia Y Medición. *Rev Redalyc.* 2017;15(2):70–7.
 34. García AI, Niño-Silva L, González-Ruiz K, Ramírez-Vélez R. Volumen de grasa visceral como indicador de obesidad en hombres adultos. *Rev Colomb Cardiol.* 2016;23(4):313–20.
 35. Mejía G. Caracterización sociodemográfica - familiar de obesos intervenidos a cirugía - bariátrica, Hospital Universitario de Neiva, septiembre 2011 - septiembre 2012 [Tesis]. Universidad Surcolombiana; 2013; 84.
 36. Organización Mundial de la Salud. OMS | Obesidad y sobrepeso [Internet]. WHO. World Health Organization; 2017 [cited 2018 Dec 3]. Available from: <http://apps.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/index.html>



37. Velásquez KE, Gómez KR. Desigualdad social y obesidad en la población adulta colombiana. *Rev Univ Manizales*. 2017;17(2):1–9.
38. Naguece López M, Ceballo León P, Álvarez Reyes N. Prevalencia de sobrepeso y obesidad en el personal de salud de la clínica de medicina familiar casa blanca del ISSSTE. *Horiz Sanit*. 2015;14(2):71–74.
39. Múnera-gaviria HA, Salazar-blandón DA, Pastordurango MP, Alzate-yepes T. Sobrepeso y obesidad: prevalencia y factores de riesgo asociados en estudiantes de Enfermería de Medellín. *Investig y Educ en Enfermería*. 2018;35(2):5–9.
40. Rangel Caballero LG, Rojas Sánchez LZ, Gamboa Delgado EM. Sobrepeso y obesidad en estudiantes universitarios colombianos y su asociación con la actividad física. *Nutr Hosp*. 2015;31(2):629–36.
41. Sanchez E, Orosio M, Cruz T, Bernardino A, Vásquez L, Galindo N, et al. Factores de riesgo cardiovascular en estudiantes de enfermería de una universidad pública. *Enfermería Univ*. 2015;12(3):122–33.
42. Menacho L. Relación entre los estilos de vida saludables y el sobrepeso en estudiantes de enfermería de la Universidad Alas Peruanas 2015 [Tesis]. *Journal of Personality and Social Psychology*. 2017; 50.
43. Farfán Briseño MI, Olarte Rueda G. Prevalencia de sobrepeso, obesidad, comportamientos alimentarios y actividad física en estudiantes universitarios, Boyacá, 2013. *Revisa Investig en Salud Univ Boyacá*. 2014;27(4):228–35.
44. Diez T. Sobrepeso, obesidad y hábitos de vida saludables en estudiantes universitarios de Enfermería de Palencia. 2015.
45. Rodríguez D. Factores relacionados con el sobrepeso u obesidad, en estudiantes de enfermería en una universidad privada en Barranquilla: Colombia, 2016. *Universidad Peruana Unión*. 2016.