

REVISTA NAVARRA MÉDICA

e-ISSN 2665-2552

Disponible en:

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

DOI:

<http://dx.doi.org/10.61182/rnavmed>

 revistanavarramedica@uninavarra.edu.co

UNAVARRA[®]
editorial**A**



Fundación Universitaria Navarra
UNINAVARRA
VIGILADA MINEUCACIÓN

Revista Navarra Médica

e-ISSN - 2665-2552 Volumen 7 Número 2 / julio - diciembre 2021

Editores

Sandra Navarro Parra, Msc.
Jaime Navarro Parra, MD.

Comité Editorial

Jesús Mauricio González Martínez
Isidro Torres Castro
Claudia Rodríguez Enf. MSc.
Juan Manuel Gómez MD. Esp.
Luis Antonio Daza Castillo, Enf. MSc.
Alfonso Laverde Gaona, MD. Esp. MSc.

Comité Científico

- Alicia Norma Alayón, PhD en Ciencias Biomédicas (Colombia)
- Oscar Leonardo Correa Jiménez, MD. Esp. (Colombia)
- Alejandro Pinzón Tovar, MD. Esp. (Colombia)
- María Jimena Echeverri, MD. MSc. (Colombia)
- Ernesto Barragán MD. (Col)
- Claudia Andrea Ramírez Perdomo, Enf. PhD. (Colombia)
- Eiman Damián Moreno Pallares, MD. Esp. (Colombia)
- María Luisa Sánchez Padilla, Enf. MSc. PhD. (México)
- Secundino Fernández González, MD. Esp. (España)
- Mirta Caridad Campo Díaz, MD. Esp. PhD. (Cuba)
- Mario Barreto, MD. PhD. (Italia)

Equipo técnico

Corrector de estilo

María Paula Díaz Laguna

Editor técnico

Yuly Paola Rojas

Disponible en:

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

DOI:

<http://dx.doi.org/10.61182/rnavmed>

Diseño de portada

Imágenes tomadas de [Freepik](#)

UNINAVARRA®
Editorial A

Contenido

Infecciones urinarias por gérmenes de BLEE: una visión desde el conocimiento y atención de enfermería en Quito	3
Medidas de bioseguridad del personal de enfermería en la atención de pacientes. Una revisión rápida y aproximación a las medidas por Covid-19	19
Adulto mayor con encamamiento prolongado. Una revisión desde la visión del cuidado de enfermería.....	29
Integración de saberes: la influencia de los fundamentos de enfermería en la evolución del modelo de atención de salud ecuatoriano.....	40

Infecciones urinarias por gérmenes de BLEE: una visión desde el conocimiento y atención de enfermería en Quito*

Urinary tract infections (UTI) due to BLEE germs: a view from nursing knowledge and care in Quito

Angela Rosmery Pazmiño Bayas ¹ Luis Santiago Salazar Portilla ¹

1. Licenciado(a) en Enfermería. Universidad Nacional de Chimborazo.

Información del artículo

Cómo citar: Pazmiño Bayas AR, Salazar Portilla LS. Infecciones urinarias por gérmenes de BLEE: una visión desde el conocimiento y atención de enfermería en Quito. Rev. Navar. Medica. 2021; 7(2): 3-18.

<https://doi.org/10.61182/rnavmed.v7n2a1>

Resumen

Antecedentes: las infecciones urinarias inducidas por microorganismos productores de Betalactamasa de espectro extendido (BLEE) constituyen un reto conspicuo en el ámbito nosocomial debido a la resistencia que dichos patógenos manifiestan ante numerosos antibióticos habitualmente empleados.

Objetivo: describir los conocimientos y atención del personal de enfermería de un hospital en Quito (Ecuador) en pacientes con infecciones urinarias causadas por gérmenes productores de BLEE.

Métodos: investigación de carácter descriptivo, cuantitativo y transversal. Se utilizó una guía de observación, encuestas y el análisis de 11 historias clínicas.

Resultados: a nivel general, el equipo participante tenía un conocimiento básico en relación con las medidas de bioseguridad aplicables en este tipo de pacientes. Se encontraron falencias en conocimientos, por ejemplo, sobre factores de riesgo.

Conclusiones: Un profesional de enfermería requiere contar con conocimientos y habilidades en atención y cuidado, siguiendo los protocolos nacionales.

Abstract

Background: Urinary tract infections induced by extended-spectrum beta-lactamase (ESBL)-producing microorganisms are a major challenge in the nosocomial setting due to the resistance of these pathogens to many commonly used antibiotics.

Objective: To describe the knowledge and care of nursing staff in a hospital in Quito (Ecuador) in patients with urinary tract infections caused by BLEE-producing germs.

Methods: A descriptive, quantitative and cross-sectional research. An observation guide, surveys and the analysis of 11 medical records were used.

Results: The In general, the participating team had a basic knowledge of the biosafety measures applicable to this type of patient. There was a lack of knowledge, for example, about risk factors.

Conclusions: A nursing professional requires knowledge and skills in attention and care, following national protocols.

Autor para correspondencia:

Angela Rosmery Pazmiño

Correo: angelitapazmino488@gmail.com

Palabras clave

Betalactamasas de Espectro Extendido, enfermería, resistencia a antibióticos, protocolo, aislamiento.

Keywords

Extended-spectrum beta-lactamases, nursing, antibiotic resistance, protocol, isolation.

This is an open access article under the license Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International (CC BY-NC 4.0).



*Este documento se deriva de la investigación "Cuidados enfermeros a pacientes con infección urinaria por gérmenes productores de Betalactamasa de espectro extendido Quito, 2019".

Introducción

Dentro de las enterobacterias se incluyen a *Escherichia coli*, *Klebsiella* spp., *Proteus* spp., *Enterobacter* spp., y otras. Estas son responsables de la mayoría de las infecciones del tracto urinario (ITU). *Escherichia coli* es el uropatógeno más común, causando alrededor del 80-90% de las ITU. Otros miembros de las enterobacterias también pueden causar ITU, especialmente en casos de infecciones recurrentes o en personas con condiciones médicas subyacentes. En casos de infecciones urinarias recurrentes y en presencia de anomalías estructurales, como uropatías obstructivas, malformaciones congénitas, vejiga neurogénica o fístulas, la incidencia de infecciones causadas por estas bacterias aumenta considerablemente (1,2).

Las ITU son un problema común en la atención primaria de salud, representando una de las razones más frecuentes de consulta en mujeres. Se estima que entre el 10% y el 20% de las mujeres experimentan al menos un episodio de infección urinaria en su vida, y una gran proporción de estas ha tenido recurrencias. En comparación, los hombres la padecen en una proporción significativamente menor (1).

Para clasificar las infecciones de este tipo, es crucial identificar el foco de infección. Estas pueden ser no complicadas, como las cistitis agudas, esporádicas o recurrentes sin complicaciones, o complicadas, que afectan a pacientes con alto riesgo de complicaciones (3). Estos pacientes incluyen mujeres embarazadas, individuos con anomalías anatómicas o funcionales del tracto urinario, enfermedades renales o inmunosupresoras, y aquellos con catéteres urinarios permanentes (1). Hay tratamiento antibiótico para estas infecciones, que pueden convertirse en un factor de alto riesgo y predisponer a la colonización por Betalactamasa (4). Resistencia bacteriana por betalactamasas de espectro extendido: un problema creciente (5).

Las betalactamasas son enzimas que proporcionan resistencia bacteriana a una amplia variedad de antibióticos betalactámicos al hidrolizar el enlace peptídico del anillo betalactámico. El cual está presente en los peptidoglicanos, que forman parte de la estructura cuaternaria sintetizada por bacterias y algunos hongos. Estos microorganismos pueden protegerse a sí mismos o utilizar los peptidoglicanos para sintetizar sus paredes celulares. Existen más de 190 enzimas betalactamasas, clasificadas según su peso molecular y sitio activo, y representan la principal causa de resistencia bacteriana a los antibióticos con anillos betalactámicos (4).

Es importante señalar que el uso indebido de antibióticos sin prescripción médica puede aumentar el riesgo de resistencia a los antibióticos mediada por β -lactamasas de espectro extendido (BLEE). El acceso y la autoadministración de antibióticos sin la supervisión de un médico no solamente pueden resultar en un tratamiento inadecuado, sino que constituye un factor que contribuye al desarrollo de resistencia antibiótica (6).

Ahora bien, la atención y los protocolos de enfermería son fundamentales para prevenir la propagación de la infección y para garantizar un tratamiento efectivo. Las medidas de aislamiento por contacto implican separar a pacientes infectados, colonizados o sospechosos de estarlo con microorganismos epidemiológicamente significativos, como los productores de BLEE. Durante el período de transmisibilidad de la enfermedad, se deben ubicar en lugares y condiciones que eviten o limiten la propagación del agente mediante contacto directo (con la piel del paciente) o indirecto (con objetos contaminados) (7-9).

Para el aislamiento de contacto, se deben tener en cuenta medidas como la ubicación del paciente en una habitación individual en caso de bacterias multirresistentes, y contar con una antesala para lavado de manos y colocación de indumentaria de protección (8,9). El personal del área de la salud antes, durante y posterior a la atención, también debe seguir una serie de indicaciones de acuerdo con el protocolo estipulado.

Diferentes estudios (10–12) mencionan tratamientos o terapias que pueden mejorar la condición clínica de los pacientes. Estos suelen implicar el uso de antibióticos específicos que son efectivos contra dichas bacterias (13). Sin embargo, dado que están en constante evolución, es importante seguir investigando y desarrollando nuevas estrategias para abordar este problema de salud pública (14).

Estas enzimas presentan un desafío terapéutico y epidemiológico de consideración en infecciones ocasionadas por *Escherichia coli* y *Klebsiella pneumoniae*. Estos patógenos son caracterizados por su multirresistencia, siendo sensibles únicamente a los carbapenémicos, los cuales son refractarios a la acción de las BLEE. Asimismo, su capacidad de transmisión a través de plásmidos los convierte en agentes de difícil tratamiento y control (15).

Uno de los objetivos fundamentales de los servicios de salud es mitigar la diseminación de enfermedades recurrentes y reducir los índices de mortalidad y morbilidad. En el caso de los patógenos productores de betalactamasa, se sugiere la realización de un control analítico al ingresar a una institución de salud, especialmente si existe historial de tratamiento con amikacina, cefotaxima, ceftazidima, ceftriaxona, ciprofloxacino, fosfomicina, nitrofurantoina, piperacilina más tazobactam y trimetoprim más sulfametoxazol.

Frente a todo lo anterior, surgió este estudio con la intención de indagar los conocimientos y cuidados por parte del personal enfermero de un hospital de Ecuador tocante a pacientes con infección urinaria por gérmenes productores de BLEE.

Materiales y métodos

El grupo de estudio estuvo compuesto por 25 participantes pertenecientes al Servicio de Infectología del Hospital Pablo Arturo Suárez, incluyendo 18 profesionales de enfermería (72%) y 7 auxiliares (28%). El estudio se llevó a cabo en el año 2019.

Variables de estudio

Tabla 1. Definición operativa de las variables de los instrumentos empleados.

Variable	Clase	Descripción	Indicador	Escala
Nivel de escolaridad	<ul style="list-style-type: none"> • Cualitativa • Pregunta con sólo dos respuestas posibles. 	Título alcanzado.	Según porcentaje de profesionales en cada categoría de desempeño del profesional de salud en	Encuesta Licenciada enfermera <ul style="list-style-type: none"> • - Auxiliar de enfermería

			el área de Infectología		
Determinación de precauciones de aislamiento por contacto	<ul style="list-style-type: none"> • Cualitativa • Ordinal • Dicotómica • Pregunta con sólo dos respuestas posibles. 	Las precauciones de aislamiento crean barreras entre las personas y los gérmenes, ayudando a prevenir la propagación intrahospitalaria.	Lavado de manos, empleo de batas descartables, habitación individual, utilización de mascarilla de un solo uso.	<ul style="list-style-type: none"> - Encuesta Verdadero - Falso 	<ul style="list-style-type: none"> - Guía Observacional - Si - No
Determinantes que inciden en el desarrollo de la IVU por BLEE	<ul style="list-style-type: none"> • Cualitativa • Nominal • Pregunta con sólo dos respuestas posibles. 	Todo contexto que pone en riesgo a una persona de sufrir una enfermedad.	De acuerdo con los ítems: Infección urinaria recurrente, uso previo de antibióticos, enfermedades crónicas, instrumentación previa del tracto urinario, género femenino, presencia de dispositivos (sonda vesical o cateterismo intermitente), infección urinaria alta.	<ul style="list-style-type: none"> - Encuesta Verdadero - Falso 	
Medidas a pacientes sobre factores de riesgo	<ul style="list-style-type: none"> • Cualitativa • Pregunta con sólo dos respuestas posibles. 		Relacionado con la educación tomada frente a factores de riesgo: Infección urinaria recurrente, uso previo de antibióticos, enfermedades crónicas, instrumentación previa del tracto urinario, género femenino, presencia de dispositivos (sonda vesical o cateterismo intermitente), infección urinaria alta	<ul style="list-style-type: none"> - Guía Observacional - Si - No 	
Señalamiento de medidas de bioseguridad para trasladar a pacientes en aislamiento.	<ul style="list-style-type: none"> • Cualitativa • Ordinal • Pregunta con sólo dos respuestas posibles. 	Es imprescindible utilizar prendas de protección en pacientes con infecciones	Medidas sanitarias preventivas.	<ul style="list-style-type: none"> - Encuesta Verdadero - Falso 	<ul style="list-style-type: none"> - Guía Observacional - Si - No

		contagiosas por contacto para prevenir su propagación al tocarlos.			
Opinión individual sobre la relevancia de la higiene de manos.	<ul style="list-style-type: none"> • Cualitativa • Pregunta con sólo dos respuestas posibles. 	Medida llevada a cabo en entornos de salud con el fin de evitar la propagación de infecciones	Ayuda a evitar la aparición de infecciones.	Encuesta - Verdadero - Falso	
Clasificación de los recipientes según la naturaleza de los desechos.	<ul style="list-style-type: none"> • Cualitativa • Nominal • Pregunta con sólo dos respuestas posibles. 	La clasificación de desechos es fundamental en cualquier entorno hospitalario, ya que ayuda a prevenir la propagación de infecciones a través de objetos que hayan estado en contacto con fluidos corporales.	Contenedor de desechos infecciosos	Encuesta - Verdadero - Falso	Guía Observacional - Si - No
Reconocimiento de los requisitos físicos.	<ul style="list-style-type: none"> • Cualitativa • Nominal • Pregunta con sólo dos respuestas posibles. 	La utilización de materiales y suministros debe ser individual para cada paciente alojado en una habitación de aislamiento por contacto.	Los platos y cubiertos deben ser de un solo uso, se debe colocar un dispensador de equipo de protección a la entrada de la habitación, los equipos biomédicos deben ser exclusivos para cada paciente, y se debe colocar una tarjeta informativa de color amarillo en la puerta de la habitación.	Encuesta - Verdadero - Falso	Guía Observacional - Si - No
Procedimiento adecuado para ponerse y quitarse la indumentaria de protección.	<ul style="list-style-type: none"> • Cuantitativa • Ordinal • Pregunta con sólo dos respuestas posibles. 	El uso correcto de la vestimenta de protección previene la transmisión directa entre el personal y el paciente.	Para ponerse: lavado de manos, bata, gorro, mascarilla, gafas protectoras, guantes. Para quitarse: guantes, gafas protectoras, gorro, bata, mascarilla, lavado de manos.	Encuesta - Verdadero - Falso	Guía Observacional - Si - No

Reconocer la relevancia de evitar que la bolsa recolectora de orina entre en contacto con el suelo.	<ul style="list-style-type: none"> • Cualitativa • Pregunta con sólo dos respuestas posibles. 	Medir el volumen de orina excretado por el paciente en un periodo de tiempo específico.	De acuerdo con el % de los participantes.	Encuesta - Verdadero - Falso	Guía Observacional - Si - No
Ejecución del proceso enfermero	<ul style="list-style-type: none"> • Cualitativa • Pregunta con sólo dos respuestas posibles. 	El ejercicio de atención de enfermería debe ser implementado para cada paciente de acuerdo a sus necesidades específicas o dominios alterados.	De acuerdo con el %.	Encuesta Si No	
Selección de Resultado de Enfermería (NOC) e Intervenciones de Enfermería (NIC).	<ul style="list-style-type: none"> • Cualitativa • Pregunta con sólo dos respuestas posibles. 	Cotejar la coincidencia del resultado NOC y las actividades NIC de acuerdo con los profesionales de enfermería.	Porcentajes de profesionales que respondieron afirmativamente a la pregunta anterior, indicando el resultado y las actividades según su criterio basadas en el diagnóstico de enfermería de riesgo de infección.	Encuesta NOC NIC	

Los datos se analizaron utilizando frecuencias absolutas y relativas para identificar patrones en las variables investigadas.

Se elaboró una encuesta dividida en dos secciones: la primera recopilaba información sobre el nivel educativo del grupo estudiado. La segunda parte evaluaba el conocimiento mediante 6 preguntas de opción múltiple y 4 preguntas abiertas, con el objetivo de obtener información adicional.

Además, se utilizó una guía de observación con 7 ítems para evaluar las actividades que el personal de salud debía realizar, con el propósito de verificar el cumplimiento del protocolo de aislamiento por contacto en pacientes con infección urinaria causada por gérmenes productores de β -lactamasas de espectro extendido (BLEE). Los instrumentos fueron validados por un panel de 7 expertos en infectología e investigación.

Consideraciones éticas

El estudio se realizó garantizando la confidencialidad de los datos recolectados. Se consideraron todos los permisos legales necesarios antes de aplicar los criterios de inclusión y exclusión. La investigación contó con la aprobación de la Unidad de Titulación de la Universidad Nacional de

Chimborazo, el Hospital General Pablo Arturo Suárez, y se firmó un acuerdo de confidencialidad para la información obtenida en la institución de salud.

Resultados y discusión

Se recopiló información revisando las historias clínicas de pacientes ingresados en el servicio de infectología durante el periodo de mayo a agosto de 2019, con el fin de identificar sus características clínicas y epidemiológicas. Se tuvieron en cuenta datos como la edad, lugar de origen, nacionalidad, historial de hospitalizaciones previas y condiciones médicas concurrentes.

Tabla 2. Caracterización de pacientes con antecedentes de ITU internados en el servicio de infectología.

Información historial clínico		Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
Edad	Adulto joven	3	27%
	Adulto mayor	8	73%
Sexo	Hombre	4	36%
	Mujer	7	64%
Zona de residencia	Rural	2	18%
	Urbano	9	82%
Sintomatología	Fiebre	11	100%
	Vómito	10	91%
	Diarrea	11	100%
	Cefalea	8	73%
	Dolor abdominal	11	100%
Recurrencia	Infección de vías urinarias a repetición	10	91%
	Primera hospitalización	1	9%
Comorbilidad	Diabetes	2	18%
	Hipertensión arterial	2	18%
	Ninguno	7	64%
Tratamiento	Tratamiento antibiótico anterior	11	100%
Lugar anatómico de infección	Alta		
	Baja		
Germen productor	<i>Escherichia Coli</i>	10	91%
	Etiquetas diagnósticas: riesgo de infección, ansiedad y deterioro de la integridad cutánea.		
	<i>Klebsiella pneumoniae</i>	1	9%
	Etiquetas diagnósticas: riesgo de infección e Hipertermia.		
Total		11	100%

Frente a lo anterior, la bacteria prevalente fue *Escherichia Coli* y se presentó con mayor incidencia en el género femenino. Los pacientes presentaban comorbilidades considerables como hipertensión

arterial y diabetes. Los pacientes mostraron síntomas como diarrea, dolor abdominal, vómitos y fiebre. Los diagnósticos de enfermería más comunes propuestos por el personal de enfermería del Servicio de Infectología para pacientes infectados con *Escherichia Coli* incluyen riesgo de infección, ansiedad y deterioro de la integridad cutánea; mientras que para *Klebsiella pneumoniae* se mencionan riesgo de infección e hipertermia.

El estudio de Ramos et al. (16), donde prevalecía la población masculina sobre la femenina, dejó entrever que la *Escherichia Coli* era el microorganismo responsable de infecciones a la hora de la detección precoz de enterobacterias productoras de betalactamasas de espectro extendido en pacientes graves. También, dicho estudio, halló comorbilidades como hipertensión arterial en un 25,2% y diabetes mellitus en un 20.9%.

Se debería considerar en las unidades de salud la implementación de pruebas diagnósticas que identifiquen oportunamente el tipo de microorganismo causante de infecciones urinarias y se informe al personal de enfermería para que priorice el cuidado de estos pacientes. Por lo tanto, es crucial que los diagnósticos de enfermería se prioricen adecuadamente, teniendo en cuenta los aspectos clínicos del paciente, sus antecedentes y el factor emocional que puede afectarle. De acuerdo con el Ministerio de Salud Pública del Ecuador (17), es rol de este profesional contribuir a la gestión de planificación y ejecución de actividades de supervisión, monitoreo y evaluación de la vigilancia epidemiológica de las infecciones nosocomiales de los servicios de la entidad de salud a la que pertenece. Asimismo, debe participar en labores de prevención y control de estas.

Independientemente del país, todo el personal de salud se rige bajo los protocolos establecidos ya sea a nivel internacional (18), por otros países (19,20), y nacionales (17) tanto para el control de infecciones como las medidas para el contacto con pacientes y residuos infectados.

Conocimientos

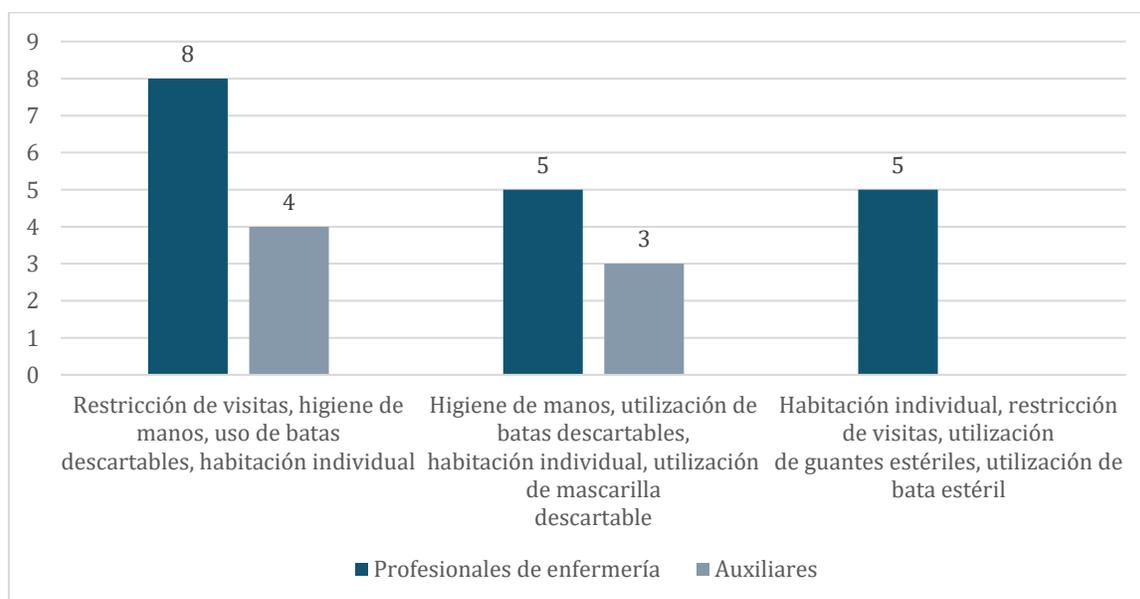


Figura 1. Precauciones de aislamiento por contacto.

La mayoría de los profesionales y auxiliares de enfermería contaban con conocimientos acertados respecto al protocolo de este tipo de pacientes. En concordancia con los aportes de Rosas y Sánchez (21) la función de la enfermería es fundamental en la mitigación de las infecciones nosocomiales, desempeñando un rol esencial que abarca desde la rigurosa implementación de las normas de bioseguridad hasta la observancia meticulosa de las medidas de aislamiento. La falta de adherencia a estos protocolos no solo expone a los profesionales de la salud a riesgos significativos, sino que también amenaza la integridad y seguridad de los pacientes en su totalidad. Esta responsabilidad subraya la importancia de un compromiso inquebrantable con las prácticas preventivas en el entorno hospitalario.

Factores de riesgo para el desarrollo de IVU por microorganismos de Betalactamasa de espectro extendido

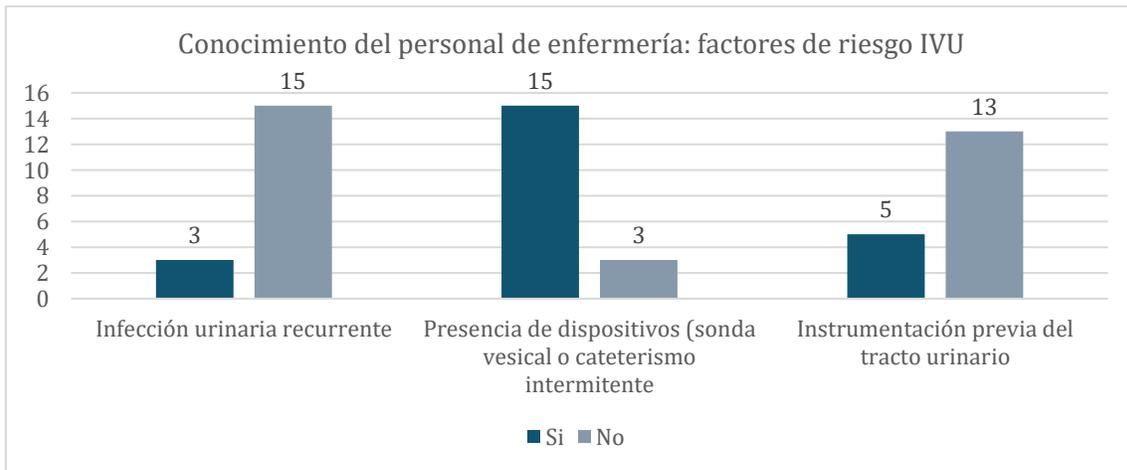


Figura 2. Conocimiento del personal de enfermería: factores de riesgo para el desarrollo de IVU.

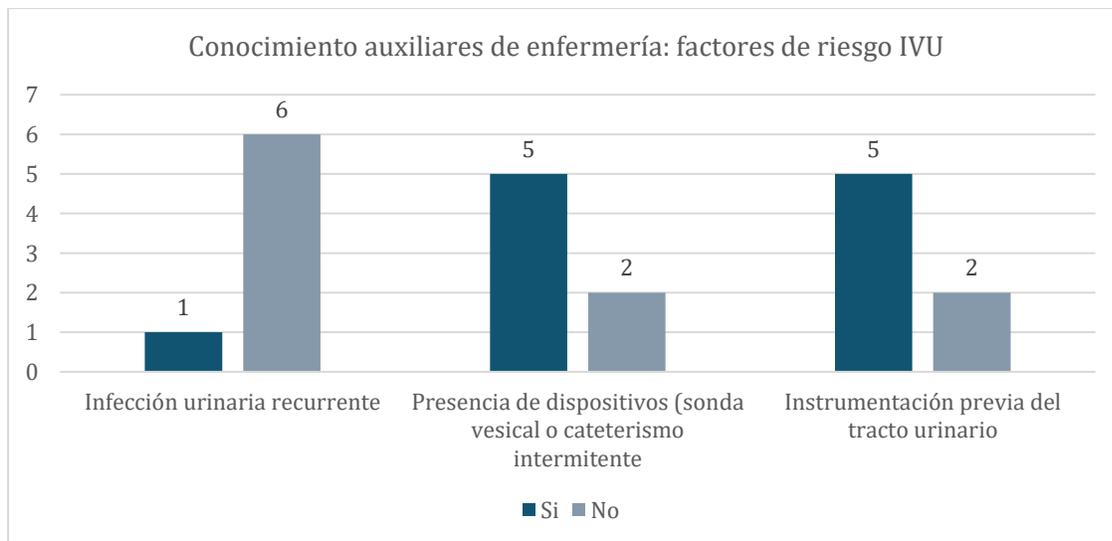


Figura 3. Conocimiento de los auxiliares enfermería: factores de riesgo para el desarrollo de IVU.

La mayoría del personal profesional de enfermería, un 83,3%, señalaba que no considera la infección urinaria recurrente como un factor de riesgo para el desarrollo de infecciones urinarias por BLEE. Asimismo, los auxiliares de enfermería, el 85,7%, destacaron una posición similar. Al respecto, diferentes estudios (22–25) lo destacan como un factor de riesgo, ya que estas pueden facilitar la selección y proliferación de bacterias resistentes a los antibióticos, como las productoras de BLEE, debido al uso frecuente de tratamientos antimicrobianos (24).

En este sentido, es imperante reforzar los conocimientos sobre los factores más importantes y adaptar los protocolos de manejo de esta patología según el factor identificado, no solo con el objetivo de aplicar un tratamiento específico sino para prevenir graves consecuencias.

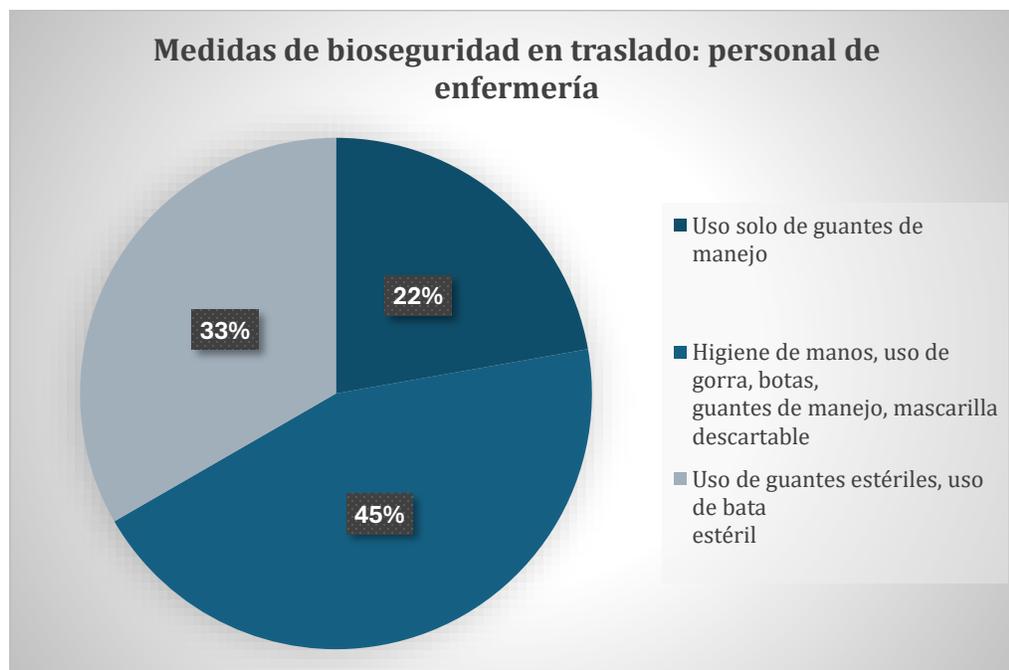


Figura 4. Medidas de bioseguridad del equipo de enfermería para traslado de paciente con aislamiento por contacto.

La mitad de los profesionales tenían conocimientos sobre las medidas integrales en el traslado de pacientes con aislamiento por contacto. Por su parte, los auxiliares, el 71,4% seleccionaron que las medidas de bioseguridad al traslado del paciente, solamente se relacionaba con el uso exclusivo de guantes de manejo.

La investigación de Álvarez (26), acerca de las medidas de bioseguridad en áreas críticas, destaca la necesidad de utilizar materiales desechables, como batas y guantes, en cualquier zona crítica donde haya un paciente con BLEE.

Siguiendo con la presentación de los resultados sobre los conocimientos, el 72,2% de las enfermeras encuestadas afirmó que la higiene de manos es decisiva para prevenir infecciones. De igual manera, la mayoría del personal auxiliar encuestado señaló que la higiene de manos ofrece protección contra infecciones.

En este sentido, la investigación de Zaragoza et al. (27), subraya que la higiene de manos es reconocida como la medida más crucial y económica para prevenir la transmisión de gérmenes perjudiciales y reducir las infecciones nosocomiales. Una correcta higiene de manos no solo minimiza la propagación de patógenos en entornos hospitalarios, sino que también protege tanto a los pacientes como a los profesionales de la salud. La implementación sistemática de esta práctica esencial contribuye significativamente al control de infecciones, subrayando su importancia en cualquier protocolo de bioseguridad.

Más del 86% de los profesionales y auxiliares encuestados sabían que los desechos sanitarios de pacientes con infecciones por contacto debían depositarse en el contenedor de desechos de infecciones y no en otro tipo de recipientes.

El manejo de los desechos hospitalarios implica un conjunto de etapas que incluyen la manipulación inicial, la preparación, la separación, el traslado, el almacenamiento, la transferencia, el procesamiento y la eliminación final de dichos residuos. Este proceso puede representar un problema significativo para la contaminación ambiental y, aún más, para el personal de salud, los servicios responsables de la eliminación y aquellos que manipulan los residuos (28).

Por lo tanto, un correcto protocolo también ayuda a minimizar los costes de la gestión de los residuos sanitarios. De la misma manera, es fundamental clasificar los desechos en los centros de salud de primer y segundo nivel, que reciben un alto volumen de personas y suelen tratar casos potencialmente infecciosos. Es pues imprescindible aplicar normas estandarizadas de manejo de residuos para garantizar la protección del personal y de los pacientes.

El 88,9% de los profesionales que participaron conocían los requisitos físicos para los cuartos de aislamiento por contacto, como colocar una tarjeta informativa amarilla en la puerta de entrada, usar vajilla y cubiertos desechables, disponer de equipos biomédicos exclusivos para el paciente y tener un dispensador de prendas de protección en la entrada. En contraste, todos los auxiliares de enfermería consideraban innecesario tener lavamanos, ducha, baño en la habitación del paciente y el dispensador de prendas de protección dentro de la habitación.



Figura 5. Aislamiento por contacto según el Manual de Bioseguridad del Ministerio de Salud Pública de Ecuador (9).

Al respecto, el Manual de Bioseguridad del Ministerio de Salud Pública de Ecuador (9) amplía toda la información necesaria sobre este asunto.

En cuanto al correcto orden de la secuencia para colocarse el equipo de protección personal frente al contacto con pacientes por infección de betalactamasas de espectro extendido, las opciones eran las siguientes:

- a. Bata, b. Gorro, c. Protectores oculares, d. Lavado de manos, e. Guantes, f. Mascarilla.

Las respuestas fueron así, el 44,5% respondió el siguiente orden: d, a, b, f, c, e; mientras que el 55,5% dio otras respuestas diferentes. En cuanto a la secuencia correcta para colocarse el equipo de protección personal (EPP), el Ministerio de Salud Pública de Ecuador y el Ministerio de Salud de Colombia (19) mencionan: bata, máscara, gafas protectoras y guantes.

Cabe destacar que el momento de mayor riesgo de contaminación se da a la hora de retirar los dispositivos empleados como EPP. Una vez utilizados los elementos del EPP en general su secuencia de retiro es la siguiente: guantes, bata o delantal, gafas o escudo facial, Mascarilla o respirador. Siempre se debe realizar la higiene de manos con agua y jabón después de retirar todos los elementos. El Ministerio de Salud Pública de Ecuador indica que, salvo el respirador o mascarilla, el equipo de protección personal (EPP) debe retirarse en la entrada de la puerta. El respirador debe quitarse después de salir de la habitación del paciente y cerrar la puerta.

Ante los resultados de este estudio, el 72,2% de los profesionales y el 85,7% de los auxiliares no eligieron la secuencia correcta para ponerse y quitarse las prendas de protección al interactuar con pacientes infectados por BLEE.

Otra de las preguntas que buscaba indagar acerca de los conocimientos del personal de salud en relación con la enfermería tenía que ver con la funda recolectora de orina. El 94,4% de los profesionales mencionaron que era trascendental que la funda no tocara el piso. Entre tanto, el 5,6% de los profesionales y el 28,6% de los auxiliares destacaron que no era relevante ya que esta estaba protegida por otra funda adicional.

La presencia del catéter puede introducir bacterias en la uretra y la vejiga (29), aumentando el riesgo de infección si no se toman las medidas adecuadas de prevención. Por esta razón, se destaca que la atención continua lleva a las enfermeras a instruir a los pacientes y/o cuidadores que utilizan un catéter urinario, enseñándoles los principios básicos de asepsia, higiene y cuidado de este. Esto contribuye a reducir las complicaciones del tracto urinario y a evitar la propagación de infecciones. Es esencial enfatizar que se debe evitar que la bolsa recolectora de orina entre en contacto con el suelo.

Ahora bien, con relación al NOC e Intervenciones de Enfermería NIC (Etiqueta diagnóstica Riesgo de Infección), estos fueron los resultados. De las 18 profesionales que participaron, el 94,4% identificaron el control del riesgo como resultado de enfermería deseado (NOC), mientras que el 5,6% mencionó la prevención de infecciones. En cuanto a las intervenciones de enfermería (NIC), el 55,5% mencionó el lavado de manos y el 44,4% mencionó la administración de antibioticoterapia. Entonces, la etiqueta diagnóstica sugiere que el resultado de enfermería deseado (NOC) de control de infecciones es apropiado, pero las intervenciones de enfermería propuestas (NIC) por el personal de enfermería no se consideran adecuadas.

Atención de enfermería

Se desarrolló una guía de observación aplicada al equipo de enfermería seleccionado para la muestra (25 participantes) del servicio de infectología de la institución mencionada.

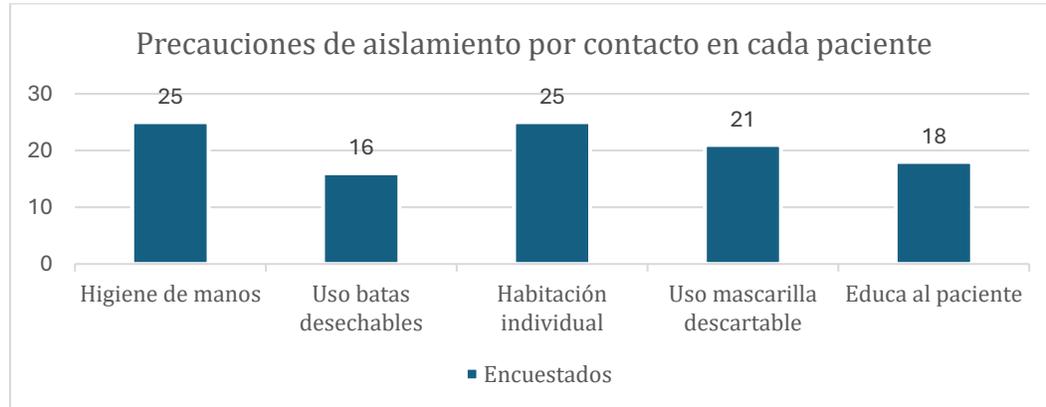


Figura 6. Precauciones de aislamiento por contacto en cada paciente.

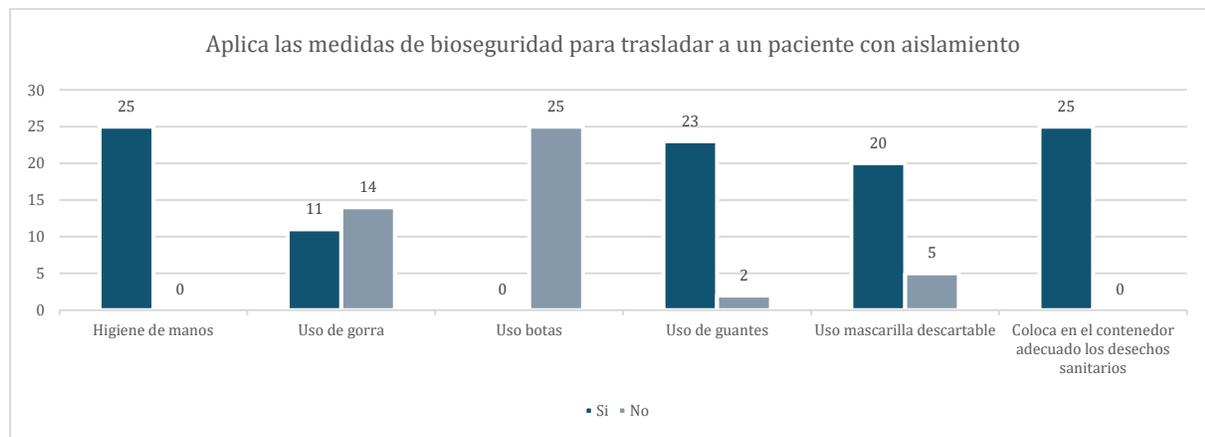


Figura 7. Empleo de protocolos de bioseguridad en traslado de paciente con aislamiento por contacto.

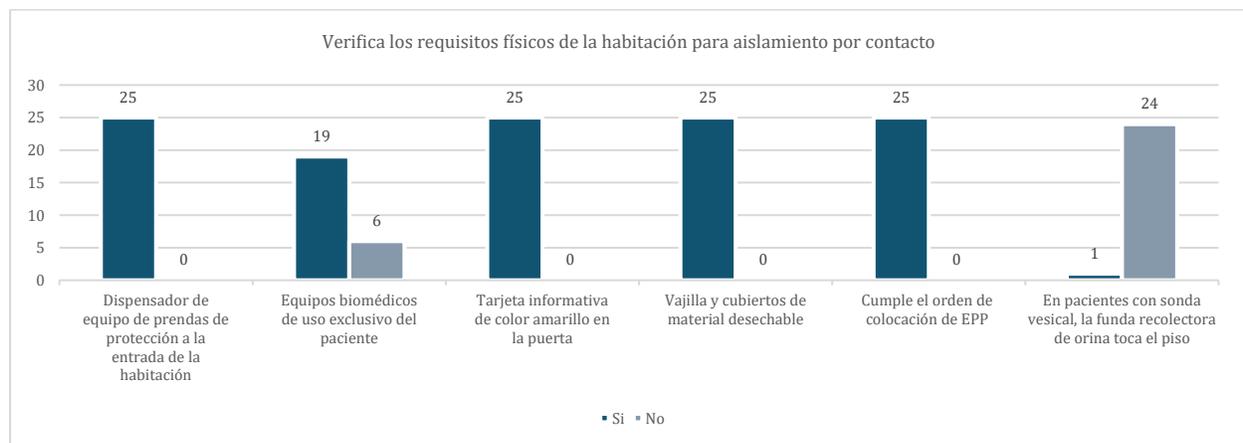


Figura 8. Verifica los requisitos físicos de la habitación para aislamiento por contacto.

Conclusiones

En la revisión inicial de los historiales clínicos de pacientes con infección urinaria por gérmenes productores de BLEE, se encontró que estos presentaban dolor abdominal, vómitos, fiebre y diarrea. Las infecciones por contacto eran más frecuentes en mujeres. Además, la recurrencia estaba asociada con infecciones urinarias repetitivas, siendo *Escherichia coli* la bacteria responsable. Todos los pacientes tenían tratamiento antibiótico previo.

En relación con la encuesta de conocimientos, se identificó que la mayoría del equipo de enfermería participante, especialmente los profesionales en comparación con los auxiliares, posee conocimientos generales sobre las medidas de atención a pacientes con infecciones. Asimismo, todo el equipo tiene claro la clasificación y depósito de los desechos sanitarios en pacientes con infecciones por contacto. No obstante, es necesario reforzar temas como los factores de riesgo, las precauciones de aislamiento por contacto, los protocolos de secuencia correcta para colocarse y retirarse las prendas de protección para entrar en contacto con pacientes por infección de BLEE.

En cuanto a la guía de observación del cumplimiento del protocolo de aislamiento, la mayoría del equipo de enfermería lo aplica. Dado que esta unidad exige el cumplimiento estricto de las normas de prevención de infecciones, bioseguridad y medidas de aislamiento, es esencial que todo el personal siga las indicaciones establecidas.

Se recomienda aumentar las capacitaciones y evaluaciones continuas del personal de enfermería en relación con los protocolos nacionales establecidos por el Ministerio de Salud Pública. Esto es fundamental para garantizar un manejo adecuado de los pacientes con este tipo de infecciones, asegurando que el personal esté siempre actualizado y preparado para implementar las mejores prácticas en prevención y control de infecciones.

Contribución de los autores: Todos los autores participaron en la concepción, el diseño, la recogida de datos, la interpretación, la redacción y la revisión crítica del artículo. Todos los autores aprobaron la versión final.

Fuentes de financiación: Los autores declaran no haber recibido financiación.

Conflicto de interés: Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Disponibilidad y política de intercambio de datos: Los conjuntos de datos recolectados durante el presente estudio incluyeron información sensible. Tras el análisis de la información primaria, esta posteriormente será eliminada.

Referencias

1. Lopez H, Zitto T, Bresso C. Intramed. 2006. Infección Urinaria. Disponible en: <https://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=42427>
2. Guzmán Durán AM, Valdivieso Dávila A. Infección Urinaria: diagnóstico y tratamiento. Rev de Ciencias Médicas ARS. Boletín de la Escuela de Medicina. 1997;26(3).
3. Pigrau C. Infección del tracto urinario. Salvat; 2013.

4. García-Hernández AM, García-Vázquez E, Hernández-Torres A, Ruiz J, Yagüe G, Herrero JA, et al. Bacteriemias por *Escherichia coli* productor de betalactamasas de espectro extendido (BLEE): significación clínica y perspectivas actuales. *Rev Esp Quimioter*. 2011;24(2):57–66.
5. Urquizo Ayala G, Arce Chuquimia J, Alanoca Mamani G. Resistencia bacteriana por beta lactamasas de espectro extendido: un problema creciente. *Rev Méd La Paz*. 2018;24(2):77–83.
6. Yabar M. Multirresistencia y factores asociados a la presencia de betalactamasas de espectro extendido en cepas de *Escherichia coli* provenientes de urocultivos. *Rev Perú Med Exp Salud Pública*. 2017;34(4):660–5.
7. Jiménez A, Carrero Forero G. Factores de riesgo en infección y colonización por *Escherichia coli* y *Klebsiella pneumoniae* productoras de betalactamasas de espectro extendido. *Revista Repertorio de Medicina y Cirugía*. 2013;22(1):10–20.
8. Asencio Egea MA, Huertas Vaquero M, Muñoz-Cuevas C, Gaitán Pitera J, Herráez Carrera O, Alcázar Carmona P, et al. Diseminación monoclonal de *Klebsiella pneumoniae* productora de CTX-M-15 multirresistente. Impacto de las medidas para controlar el brote. *Rev Esp Quimioter*. 2018;31(3):237–46.
9. Ministerio de Salud Pública. Ministerio de Salud Pública. Bioseguridad para los establecimientos de salud. Manual. Quito: Dirección Nacional de Normatización; 2016.
10. Suárez C, Gudiol F. Antibióticos betalactámicos. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2009;27(2):116–29.
11. Rodríguez DA, Pérez M del P, Sarmiento F, Díaz J, Ruiz Ariel I. Colonización del tracto digestivo en niños después de infección por gérmenes productores de betalactamasas de espectro extendido y tratamiento con carbapenems, estudio prospectivo. *Infect*. 2011;15(3):155–9.
12. Álvarez J, Rojas Á, Carvajal C, Revello J, Meza P, Guggiana P, et al. Evaluación de susceptibilidad y respuesta al tratamiento con piperacilina/tazobactam en pacientes con infecciones por *Escherichia coli* productoras de β -lactamasas de espectro extendido (BLEE) CTX-M. *Revista chilena de infectología*. 2018;35(4):343–50.
13. Morales I R. Terapia de bacterias productoras de beta-lactamasas de espectro extendido. *Revista chilena de infectología*. 2003;20.
14. Santo Bueno PJ. Tiempo libre de enfermedad en infecciones urinarias recurrentes según profilaxis con antibióticos o con vacuna bacteriana. [Tesis doctoral]. Universidad de Salamanca; 2014.
15. Pastrana Delgado J, García-Casasola G. Fisiopatología y patología general básicas para ciencias de la salud. 2a ed. Elsevier; 2013.
16. Ramos Godínez A, Hernandez Pedroso W, Nodarse Hernández R, Padrón Sánchez A, De Armas Alonso E, Del Rosario Cruz L. Detección precoz de enterobacterias productoras de betalactamasas de espectro extendido en pacientes graves. *Rev Cubana Med Int Emerg*. 2006;5(1):294–301.
17. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Normas de prevención y control de las infecciones nosocomiales. Quito: Ministerio de Salud Pública del Ecuador; 2006.

18. Acosta-Gnass SI. Manual de control de infecciones y epidemiología hospitalaria. Organización Panamericana de la Salud; 2011.
19. MINSALUD Gobierno de Colombia. Manual de medidas básicas para el control de infecciones en IPS. Bogotá: MINSALUD; 2018.
20. López Fernández MJ, Guijarro Gonzalo MP, Gómez González MC, García Garraus JM, Jiménez González de Buitrago E, Cerrillo Cruz AA. Protocolo de vigilancia, prevención y control de microorganismos multirresistentes o de especial vigilancia epidemiológica en el entorno hospitalario. Extremadura; 2017.
21. Rosas G, Sánchez K. Nivel de conocimiento de los enfermeros sobre medidas de aislamiento que aplican durante la atención de pacientes en los servicios de clínica médica [Internet] [Tesis de grado]. [Mendoza]: Universidad Nacional de Cuyo; 2016. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12692/78601>
22. Pineda-Posada M, Arias G, Suárez-Obando F, Bastidas A, Ávila-Cortés Y. Factores de riesgo para el desarrollo de infección de vías urinarias por microorganismos productores de betalactamasas de espectro extendido adquiridos en la comunidad, en dos hospitales de Bogotá D.C., Colombia. Infectio. 2017;21(3):141-7.
23. Rodríguez-Baño J, Pascual Á. Microorganismos multirresistentes, ¿adquisición nosocomial o comunitaria? Enferm Infecc Microbiol Clin. 2004;22(9):505-6.
24. Blanco VM, Maya JJ, Correa A, Perenguez M, Muñoz JS, Mota G, et al. Prevalencia y factores de riesgo para infecciones del tracto urinario de inicio en la comunidad causadas por Escherichia coli productor de betalactamasas de espectro extendido en Colombia. Enferm Infecc Microbiol Clin. 2016;34(9):559-65.
25. Supliguicha Torres M, Supliguicha Torres PJ, Ortega VE, Pacurucu CB, Lema JP, Santander PA, et al. Factores de riesgo para la infección del tracto urinario por enterobacterias productoras de betalactamasas de espectro extendido. AVFT. 2017;36(5):1-5.
26. Álvarez Orozco ME, Barranco Avila S, Becerril Mariles V, Salgado Guadarrama JD. Investigación educativa en la disciplina del personal de Enfermería hacia las medidas de bioseguridad en áreas críticas. Revista Dilemas Contemporáneos: Educación, Política y Valores. 2017;4(2):1-26.
27. Zaragoza R, Ramírez P, López-Pueyo MJ. Infección nosocomial en las unidades de cuidados intensivos. Enferm Infecc Microbiol Clin. 2014;32(5):320-7.
28. Ramos Oviedo AR. Nivel de conocimiento y manejo de residuos sólidos hospitalarios en profesionales de enfermería del Hospital Quillabamba, La Convención, Cusco 2017 [Internet] [Trabajo de grado]. [Cusco]: Universidad Andina del Cusco; 2019. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12557/2950>
29. Véliz E, Vergara T. Factores de riesgo para infección del tracto urinario asociado al uso de catéter urinario permanente en pacientes adultos hospitalizados. Revista chilena de infectología. 2020;37(5):509-14.

Medidas de bioseguridad del personal de enfermería en la atención de pacientes. Una revisión rápida y aproximación a las medidas por Covid-19 †

Biosafety measures for nursing staff in patient care. A quick review and approach to measures by Covid-19

Jorge Luis Soria Culqui

Licenciado en enfermería, Universidad Nacional de Chimborazo.

Información del artículo

Cómo citar: Soria Culqui JL. Medidas de bioseguridad del personal de enfermería en la atención de pacientes. Una revisión rápida y aproximación a las medidas por Covid-19. Rev. Navar. Medica. 2021; 7(2): 19-28.

<https://doi.org/10.61182/rnavmed.v7n2a2>

Resumen

El rol de enfermería frente a las normas de bioseguridad en el cuidado de pacientes con COVID-19 fue y sigue siendo crucial y multifacético. El presente artículo describe las acciones de bioseguridad necesarias que debían realizar los profesionales de enfermería en la atención de pacientes con COVID-19 de acuerdo con la literatura académica y científica del 2020.

Se realizó una revisión documental en bases de datos electrónicas especializadas en temas de salud. Luego de aplicar los filtros de inclusión y exclusión correspondientes, se eligieron 33 artículos.

Los estudios relacionaban medidas de higiene, barreras de protección, desinfección de elementos y eliminación de residuos o agentes infecciosos. Otras investigaciones relacionaban los conocimientos y la adherencia a estas medidas.

Se concluye que el personal de enfermería está expuesto a un alto riesgo de contagio debido a su contacto inmediato con los pacientes. Es crucial que estos estén bien instruidos en las normas de bioseguridad aplicándolos en diversos procedimientos hospitalarios. Esto promueve una cultura de prevención enfocada en el autocuidado, protegiendo así a los tres pilares esenciales: el equipo de salud, los pacientes y sus familias. No obstante, la falta de EPP compromete la calidad de atención que se puede brindar a los pacientes.

Abstract

The role of nursing in the face of biosafety standards in the care of patients with COVID-19 was and continues to be crucial and multifaceted. This article describes the necessary biosafety actions to be performed by nursing professionals in the care of patients with COVID-19 according to the academic and scientific literature of 2020.

A documentary review was carried out in electronic databases specialized in health issues. After applying the corresponding inclusion and exclusion filters, 33 articles were selected.

The studies related hygiene measures, protective barriers, disinfection of elements and elimination of residues or infectious agents. Other research related knowledge and adherence to these measures.

It is concluded that nursing personnel are exposed to a high risk of contagion due to their immediate contact with patients. It is crucial that they are well instructed in biosecurity norms and apply them in various hospital procedures. This promotes a culture of prevention focused on self-care, thus protecting the three essential pillars: the healthcare team, the patients and their families. However, the lack of PPE compromises the quality of care that can be provided to patients.

Autor para correspondencia:

Jorge Luis Soria Culqui

Correo: jorlu1998@gmail.com

This is an open access article under the license Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International (CC BY-NC 4.0).



Palabras clave

Medidas de bioseguridad, enfermería, higiene, COVID-19.

Keywords

Biosafety, measures, nursing, hygiene, COVID-19.

† Este artículo se deriva del trabajo de investigación "Cumplimiento de las normas de bioseguridad por los profesionales de Enfermería en el cuidado de pacientes con COVID-19 Puyo 2020".

Introducción

El Síndrome Respiratorio Agudo Severo (SARS-CoV-2) se disemina sobre todo a través de las partículas expulsadas por la nariz o la boca de una persona contagiada cuando tose, estornuda o habla, y también mediante el contacto con objetos o superficies que han sido contaminados. El 29 de febrero de 2020 (1) se reportó el primer caso de coronavirus en Ecuador, correspondiente a una mujer ecuatoriana de 70 años que había regresado de España el 14 de febrero.

La mayoría de las infecciones ocurren a partir de pacientes con síntomas, aunque también es posible la transmisión desde individuos asintomáticos e incluso desde aquellos en el periodo de incubación, que es el tiempo entre la exposición al virus y la aparición de los síntomas. Este periodo generalmente dura de 5 a 6 días, pero puede oscilar entre 1 y 14 días (2).

Los síntomas del COVID-19 varían ampliamente, desde formas leves o sin síntomas hasta enfermedades graves que pueden causar problemas respiratorios, disfunción de varios órganos, shock séptico y, en casos extremos, la muerte (1-3).

Asimismo, existen ciertos factores que aumentan el riesgo de complicaciones relacionadas con el COVID-19, como adultos mayores, personas con enfermedades cardíacas, diabetes, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), presión arterial alta, cáncer, niveles elevados de deshidrogenasa láctica, recuento bajo de linfocitos, y niveles elevados de proteína C reactiva y dímero D (4).

En consecuencia, los profesionales de la salud han enfrentado una abrumadora carga laboral, exponiéndose a un alto riesgo de infección y a la posibilidad de una protección insuficiente que pueda resultar en contaminación. Además, han experimentado sentimientos de frustración, discriminación y aislamiento, así como la necesidad de interactuar con pacientes emocionalmente afectados. Esta situación ha llevado a la pérdida del contacto con la familia y al agotamiento físico y mental debido al cuidado directo de estos pacientes (5).

La pandemia ha tenido un impacto significativo en el personal de salud, especialmente en aquellos que trabajan en la primera línea de atención a pacientes con casos sospechosos o confirmados. Se han reportado numerosos contagios entre el personal sanitario (6) debido a la falta de suministros, la falta de experiencia en el manejo de la enfermedad y la escasez de equipamiento adecuado en los hospitales, entre otros factores. El estudio de Ciorba et al. (6), destacó que el equipo de enfermería mostró los riesgos más altos, así como los lugares en los que se detectaban por pruebas PCR casos positivos para COVID-19.

En este sentido, las normas de bioseguridad son fundamentales para identificar y gestionar los riesgos asociados con la vida y la salud. Los trabajadores que ejercen en dichas áreas, especialmente quienes se relacionan con la enfermería, al trabajar en un entorno donde hay un mayor riesgo de contraer enfermedades que afectan su salud, enfrentan un riesgo ocupacional más alto que otros profesionales (7). Son múltiples los estudios de diferentes países (8-11) que dan cuenta de esta situación.

Por lo tanto, es crucial que se acaten estrictamente estas normas para proteger la salud y la seguridad de los trabajadores para reducir al mínimo la posibilidad de transmisión de enfermedades infecciosas en los entornos de atención médica.

Al seguir las medidas de bioseguridad durante los procedimientos, se puede prevenir la aparición de infecciones nosocomiales o intrahospitalarias, lo que beneficia tanto al paciente como al personal de enfermería y a otros profesionales de la salud. Por ello, es importante que el personal de enfermería, que está directamente involucrado en el cuidado del paciente, se comprometa a profundizar en aspectos que contribuyan a prevenir estas infecciones (12).

La investigación realizada por Wang et al, indica que, de 138 pacientes hospitalizados en Wuhan, China, con neumonía causada por el coronavirus SARS-CoV-2, 7 pertenecían al departamento de cirugía, 5 a medicina interna y 5 a oncología. Entre los 31 trabajadores de la salud infectados, el 77,5 % trabajaba en salas generales, el 17,5 % en el departamento de emergencias y el 5 % en la Unidad de Cuidados Intensivos. Estos datos resaltan la importancia de la protección en el ámbito laboral y la necesidad de cumplir estrictamente con las medidas de prevención, especialmente al atender a pacientes con sospecha de COVID-19 (13).

Esta situación ha resaltado la importancia de contar con medidas de protección efectivas y suficientes para garantizar la seguridad de este grupo para mejorar la respuesta sanitaria ante futuras emergencias similares (14).

Con base en lo expuesto, ha surgido la presente investigación con el propósito de explorar mediante el análisis de la literatura científica el cumplimiento de los profesionales de enfermería a los protocolos de bioseguridad durante la atención a pacientes afectados por COVID-19.

Materiales y métodos

Se realizó una revisión documental durante los meses de mayo a octubre de 2020. Inicialmente, se tuvo en cuenta bases de datos reconocidas como Pubmed, Booksmedicos, Scielo, MedLine, Lilacs, Proquest, Scopus, Elsevier. Asimismo, se incluyeron fuentes de organizaciones internacionales relacionadas al área de la salud. Los términos y booleanos que tuvieron lugar fueron: “COVID-19 AND bioseguridad”, “Infecciones intrahospitalarias OR nosocomiales”, “Medidas de bioseguridad AND manejo de desechos”, “EPP AND COVID-19”.

Criterios de inclusión:

Rango de tiempo: 2017 a 2020, documentos en cualquier idioma (aunque se privilegió el inglés y el español), artículos con acceso completo y gratuito.

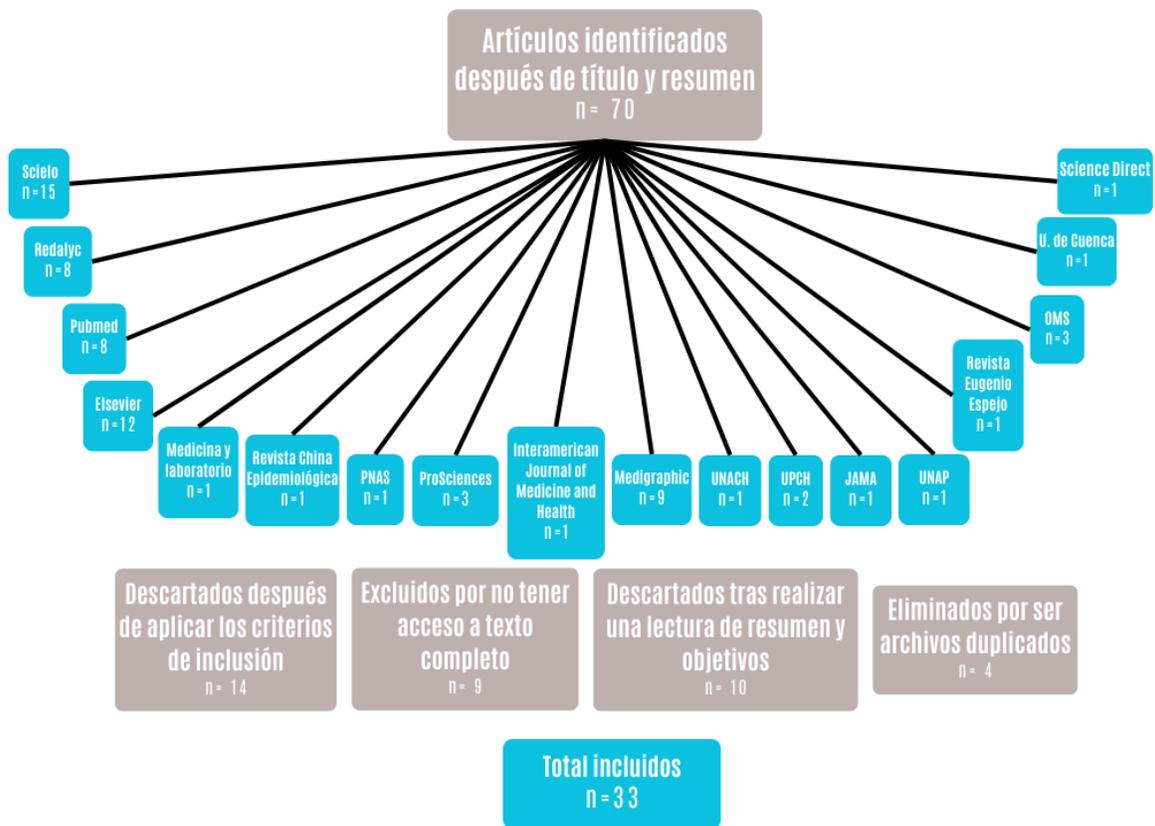


Figura 1. Flujo de trabajo.

Resultados

Higiene

En la revisión realizada, diferentes autores (3,15–17) destacaron que una correcta higiene de manos ayuda a eliminar patógenos que pueden transmitirse a través del contacto directo o indirecto con superficies contaminadas. Por lo tanto, esta práctica representa una de las medidas cardinales para evitar cualquier riesgo de contagio y la propagación de muchas enfermedades infecciosas, incluido el coronavirus (COVID-19).

El jabón y el lavado de manos (18) son herramientas fundamentales para combatir el coronavirus, y su eficacia se debe a la estructura específica del virus y a cómo reaccionan con factores ambientales como la humedad y la temperatura.

El coronavirus, al igual que muchos otros virus, está rodeado por una envoltura lipídica. Esta capa grasa es crucial para la estabilidad del virus y su capacidad de infectar células. Con el lavado de manos con jabón y agua, las moléculas del jabón, que poseen propiedades hidrofílicas (que atraen el agua) y lipofílicas (que atraen la grasa), interactúan con esta envoltura lipídica. Estas moléculas de jabón atacan y desintegran la envoltura del virus, desactivándolo y volviéndolo incapaz de infectar.

Además, los cambios en la humedad y la temperatura pueden afectar la estabilidad del virus en el ambiente. Aunque la alta humedad y temperatura pueden contribuir a la desactivación del virus en

las superficies, estos factores no son métodos fiables por sí solos para la desinfección. Por lo tanto, la higiene de manos sigue siendo crucial, ya que el virus puede permanecer viable en superficies durante cierto tiempo, especialmente en condiciones de baja humedad y temperatura moderada.

La envoltura lipídica del coronavirus es sensible a detergentes y sustancias que pueden disolver grasas. El uso de jabón no solo elimina la suciedad visible, sino que también rompe esta estructura lipídica del virus, destruyéndolo de manera eficaz.

Uso extendido de barreras de protección

También, diferentes investigaciones (3,4,14,16,19–23) y organizaciones (24–26) concluyeron que las barreras y equipos de protección jugaban un papel crucial como medida de bioseguridad contra el COVID-19.

Estos accesorios, diseñados para ser llevados o utilizados por los trabajadores, se emplean para proteger contra uno o varios riesgos que puedan amenazar la seguridad, salud o vida durante su estancia en entornos sanitarios. En el campo de la salud, estos medios de protección están clasificados según su forma de uso, ya sea por contacto, por gotas o por aerosoles (26).

Protección por contacto.

Guantes: utilizados para evitar el contacto directo con superficies contaminadas o fluidos corporales.

Batas y ropa protectora: Reducen el riesgo de contaminación de la piel y la ropa con agentes patógenos.

Protección por gotas.

Mascarillas quirúrgicas: previenen la inhalación de gotículas respiratorias expulsadas al toser, estornudar o hablar.

Pantallas faciales y gafas protectoras: protegen los ojos, nariz y boca de las gotículas que pueden contener el virus.

Protección por aerosoles.

Mascarillas N95 o FFP2/FFP3: filtran partículas muy pequeñas en el aire, proporcionando una alta eficiencia en la protección contra aerosoles infecciosos.

Respiradores: ofrecen una barrera más robusta contra aerosoles, siendo cruciales en procedimientos médicos que generan aerosoles.

Control sanitario en la institución de salud

La literatura revisada (27) mencionó la importancia de la supervisión y registro del estado de salud del personal, incluyendo la monitorización de temperatura y síntomas respiratorios, para detectar oportunamente casos de COVID-19 entre los mismos trabajadores. Quienes hacían parte de la primera línea en áreas de aislamiento no debían abandonar el área restringida sin permiso, para evitar la propagación del virus a otras zonas.

Medidas de eliminación.

Dentro de las acciones importantes en la atención por COVID-19, la eliminación de desechos juega un papel crucial en la prevención de la propagación del virus y en la protección de la salud del personal sanitario y de los pacientes. Todas estas medidas de bioseguridad deben seguir una secuencia esencial que es imperativo cumplir.

Es importante resaltar que las medidas sanitarias de bioseguridad anteriores al brote de COVID-19, no fueron eliminadas sino ajustadas y reforzadas. Estudios anteriores (28,29) al 2020 dejan entrever la similitud con las prácticas actuales (3,16).

Los autores mencionaban que cada habitación, se dispondrán recipientes designados para la ropa contaminada, el material sucio y los desechos. Al finalizar la jornada, todo el equipo de protección personal (EPP) debe ser depositado en bolsas de plástico con cierre hermético, a excepción de las gafas y visores, que pueden ser desinfectados y reutilizados. Además, los residuos generados por el paciente deben ser sellados en una bolsa hermética separada antes de ser trasladados fuera de la habitación.

Cada bolsa debe estar claramente etiquetada en su superficie externa antes de ser enviada a los sitios de disposición final. Es fundamental que, después de realizar estas tareas y retirar todos los equipos de protección, se laven las manos y se aplique alcohol en gel. Además, la limpieza y desinfección diaria de superficies de alto contacto se debe llevar a cabo con la frecuencia estipulada en los protocolos de cada centro de salud y siempre que sea necesario, asegurándose de que no quede humedad en las superficies. Para esta tarea, se pueden utilizar toallas impregnadas con desinfectante.

Discusión

Una revisión sistemática reciente (30), que abarcó únicamente el período de enero a mayo de 2021, señaló que la adherencia entre los trabajadores de la salud varió del 51,7% al 96,3%. Durante la pandemia de COVID-19, la adherencia fue afectada por el cronograma, la situación en el momento y las prácticas de colocación y retirada. Las dificultades para cumplir con las medidas se debieron a la escasez de suministros de equipos de protección personal, la falta de conocimiento, las extensas horas de trabajo y la alta carga de pacientes.

De otra mano, la investigación de Silva et al. (31), en un estudio de 693 participantes pertenecientes al equipo de enfermería, donde se evaluó la bioseguridad frente al COVID-19, se encontró que la mayoría no había recibido capacitación suficiente (79,0%). También, los encuestados reportaron escasez de equipos de protección y manifestaron inseguridad respecto a las modificaciones en los flujos internos para la atención de casos. (81,8%).

Por su parte, la revisión sistemática de Lake et al. (32), donde evaluaron el nivel y conjunto de conocimientos, actitudes y prácticas hacia la COVID-19 entre los profesionales de la salud en Etiopía, los resultados indicaron que el buen nivel general estimado de conocimientos hacia COVID-19 fue del 79,4% mientras que el 40,3% fue el nivel de prácticas adecuadas.

Finalmente, como lo destacó Salvatierra et al. (33), un correcto conocimiento por parte de los profesionales de salud, especialmente los de enfermería, no garantiza que los procesos se desarrollen de la mejor manera si no existe la provisión oportuna de EPP. Incluso los sistemas de salud más avanzados y mejor preparados para una pandemia experimentaron un colapso parcial.

Conclusiones

En general, todos los estudios revelaban que las medidas y recomendaciones de bioseguridad para el equipo de enfermería son fundamentales para proteger tanto a los profesionales de la salud como a los pacientes. La adherencia estricta a dichas indicaciones es crucial para prevenir brotes de enfermedades infecciosas dentro del entorno sanitario y en la comunidad en general. Por lo tanto, la aplicación rigurosa de estas medidas garantiza que los pacientes reciban atención en un entorno seguro, reduciendo el riesgo de infecciones secundarias y complicaciones asociadas. De otra mano, un entorno seguro y libre de infecciones mejora la eficiencia operativa del hospital, ya que reduce el tiempo de baja por enfermedad del personal y minimiza las interrupciones en el servicio.

Respecto a la emergencia por COVID-19, las medidas de bioseguridad en entornos sanitarios se adaptaron y reforzaron significativamente a raíz de la pandemia. Sin embargo, muchas de las prácticas básicas de bioseguridad ya estaban en vigor como la higiene de manos, desinfección y esterilización de instrumentos médicos, manejo adecuado de residuos y uso de EPP en procedimientos de alto riesgo. Sin embargo, en la revisión realizada se encontró ajustes y refuerzos a las anteriores prácticas y otras que se fueron sumando.

Los estudios destacaron el uso extendido de Equipos de Protección Personal (EPP), incluso en situaciones donde anteriormente no se consideraban necesarios; la implementación de guías específicas sobre el uso adecuado y la reutilización segura de EPP, debido a la escasez mundial de suministros; la frecuente desinfección de superficies de alto contacto, como manijas de puertas, barandillas y equipos médicos; la introducción de medidas para asegurar el distanciamiento físico entre pacientes y personal sanitario; estrictos controles de ingreso a los establecimientos de salud, incluyendo la medición de temperatura y la evaluación de síntomas a todas las personas que entran; protocolos estrictos de aislamiento para pacientes con sospecha o confirmación de COVID-19 para prevenir la transmisión dentro de las instalaciones; y programas de capacitación intensiva y continua sobre las nuevas prácticas de bioseguridad y el manejo específico de COVID-19 para todo el personal sanitario.

Fuentes de financiación: ninguna declarada.

Conflictos de interés: ninguno.

Disponibilidad y política de intercambio de datos: los conjuntos de datos generados y/o analizados durante el presente estudio están a disposición solamente del autor.

Referencias

1. Gobierno de Ecuador. Secretaría General de Comunicación de la Presidencia. 2020. Se registra el primer caso de coronavirus en Ecuador. Disponible en: <https://www.comunicacion.gob.ec/se-registra-el-primer-caso-de-coronavirus-en-ecuador/>
2. Trilla A. Un mundo, una salud: la epidemia por el nuevo coronavirus COVID-19. *Med Clin (Barc)*. 2020;154(5):175-7.
3. Bermúdez-Jiménez C, Gaitán-Fonseca C, Aguilera-Galaviz L. Manejo del paciente en atención odontológica y bioseguridad del personal durante el brote de coronavirus SARS-CoV-2 (COVID-19). *Revista de la Asociación Dental Mexicana*. 2020;77(2):88-95.
4. Rosales Quirós S, Cubas González . Sergio. El rol del médico en la transmisión nosocomial del SARSCoV-2. *Rev Med Costa Rica*. 2020;85(629):8-13.
5. Lozano-Vargas A. Impacto de la epidemia del Coronavirus (COVID-19) en la salud mental del personal de salud y en la población general de China. *Rev Neuropsiquiatr*. 2020;83(1):51-6.
6. Ciorba Ciorba F, Flores Benítez J, Hernandez Iglesias R, Inglés Torruella J, Olona Cabases MM. Factores de Riesgo de Contagio de la Covid-19 en Personal Sanitario. *Arch Prev Riesgos Labor*. 2021;24(4):370-82.
7. Wojczyk M, Kowalska M. Prevalence of SARS-CoV-2 infection and risk factors in health care workers. *Przegl Epidemiol*. 2021;74(4):606-19.
8. Huete-Pérez JA, Cabezas-Robelo C, Páiz-Medina L, Hernández-Álvarez CA, Quant-Durán C, McKerrow JH. First report on prevalence of SARS-CoV-2 infection among health-care workers in Nicaragua. *PLoS One*. 2021;16(1):e0246084.
9. Buonafine CP, Paiatto BNM, Leal FB, de Matos SF, de Morais CO, Guerra GG, et al. High prevalence of SARS-CoV-2 infection among symptomatic healthcare workers in a large university tertiary hospital in São Paulo, Brazil. *BMC Infect Dis*. 2020;20(1):917.
10. Abdelmoniem R, Fouad R, Shawky S, Amer K, Elnagdy T, Hassan WA, et al. SARS-CoV-2 infection among asymptomatic healthcare workers of the emergency department in a tertiary care facility. *Journal of Clinical Virology*. 2021;134:104710.
11. Knoll RL, Klopp J, Bonewitz G, Gröndahl B, Hilbert K, Kohnen W, et al. Containment of a Large SARS-CoV-2 Outbreak Among Healthcare Workers in a Pediatric Intensive Care Unit. *Pediatric Infectious Disease Journal*. 2020;39(11):e336-9.
12. Huatuco Julca JZ, Molina Fabian MM, Melendez Mauricio K. Medidas de bioseguridad aplicadas por el personal de enfermería en la prevención de infecciones intrahospitalarias en el Servicio de Emergencia del Hospital Arzobispo Loayza - 2014 [Internet] [Tesis de grado]. [Lima]: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2014. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12866/1408>
13. Wang D, Hu B, Hu C, Zhu F, Liu X, Zhang J, et al. Clinical Characteristics of 138 Hospitalized Patients With 2019 Novel Coronavirus-Infected Pneumonia in Wuhan, China. *JAMA*. 2020;323(11):1061.

14. Sabio R. COVID-19: ¿Cómo podemos proteger al personal sanitario expuesto? Revista Argentina de Medicina. 2020;8(1):83-5.
15. Zuñiga Pacheco JX. Cumplimiento de las normas de bioseguridad. Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital Luis Vernaza, 2019. REVISTA EUGENIO ESPEJO. 2019;13(2):28-41.
16. Arenas MD, Villar J, González C, Cao H, Collado S, Crespo M, et al. Manejo de la epidemia por coronavirus SARS-CoV-2 (COVID-19) en unidades de hemodiálisis. Nefrología. 2020;40(3):258-64.
17. Rodríguez-Morales AJ, Sánchez-Duque JA, Hernández Botero S, Pérez-Díaz CE, Villamil-Gómez WE, Méndez CA, et al. Preparación y control de la enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19) en América Latina. ACTA MEDICA PERUANA. 2020;37(1):3-7.
18. UNICEF. Lavarse las manos con jabón, fundamental en la lucha contra el coronavirus, está fuera del alcance de miles de millones de personas, informa UNICEF [Internet]. 2020 [citado el 17 de junio de 2021]. Disponible en: <https://www.unicef.org/es/comunicados-prensa/lavarse-manos-jabon-contr-coronavirus-fuera-alcance-miles-millones-personas>
19. Rojas Meza MJ, Lara García YE. Bioseguridad en internas de enfermería en la práctica hospitalaria. Universidad Nacional de Chimborazo, 2019 [Tesis de grado]. [Riobamba]: Universidad Nacional de Chimborazo; 2019.
20. Llapa-Rodríguez EO, Gomes da Silva G, Lopes Neto D, Pontes de Aguiar Campos M, Tavares de Mattos MC, Miyar Otero L. Medidas para adesão às recomendações de biossegurança pela equipe de enfermagem. Enfermería Global. 2017;17(1):36.
21. Argote JI. Interempresas. 2020. COVID-19: Equipos de protección individual (EPI) ante el riesgo de enfermedad por el nuevo coronavirus 2019-nCoV. Disponible en: [https://www.interempresas.net/Proteccion-laboral/Articulos/299490-COVIT-19-Equipos-proteccion-individual-\(EPI\)-riesgo-enfermedad-coronavirus-2019-nCoV.html](https://www.interempresas.net/Proteccion-laboral/Articulos/299490-COVIT-19-Equipos-proteccion-individual-(EPI)-riesgo-enfermedad-coronavirus-2019-nCoV.html)
22. Arteaga Averos L, Ortíz Suárez M. Bioseguridad para el personal y laboratorio, asociado al manejo de muestras de casos para coronavirus (covid-19). Pro Sciences: Revista de Producción, Ciencias e Investigación. 2020;4(32):34-46.
23. Otero Regino W, Gómez Zuleta MA, Angel Arango LA, Ruíz Morales OF, Marulanda Fernández H, Riveros J, et al. Procedimientos endoscópicos y pandemia COVID19. Consideraciones básicas. Rev Colomb Gastroenterol. 2020;35(1):65-75.
24. Subsecretaría de Redes Asistenciales. Racionalización del uso de equipos de protección personal (EPP) en el contexto de la atención de pacientes durante la pandemia COVID-19 [Internet]. Santiago de Chile; 2020. Disponible en: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2020/05/03-abr-Circular-2-Racionalizacion-uso-EPP-en-contexto-atencion-pacientes-durante-pandemia.pdf>
25. Ministerio de Salud de Argentina. Ministerio de Salud de Argentina. 2020. Recomendaciones para el uso de los EPP Coronavirus. Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/recomendaciones-uso-epp_0.pdf

26. Organización Mundial de la Salud. WHO. 2020. Uso racional del equipo de protección personal frente a la COVID-19 y aspectos que considerar en situaciones de escasez graves. Disponible en: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/331810/WHO-2019-nCoV-IPC_PPE_use-2020.3-spa.pdf
27. Guevara-López UM, Herrera-Lugo KG, Vásquez-Garzón VR, Robles-Rodríguez PV, Elizarrarás-Cruz JD, Cruz-Ruiz NG, et al. Medidas de protección para el personal de salud durante la pandemia por COVID-19. *Revista Mexicana de Anestesiología*. 2020;43(4):315-24.
28. Antolínez Álvarez MF, Tamayo Perdomo G, Lerma Castaño PR, Castro Betancourt D. Conocimientos y prácticas del manejo de los residuos hospitalarios por parte de los fisioterapeutas, Neiva. *Rev Méd Risaralda*. 2016;22(1):15-8.
29. Alvarracín Pelchor JF, Ávila Andrade N, Cárdenas TG. Manejo de los desechos hospitalarios por el personal de salud, Hospital Dermatológico Mariano Estrella, Cuenca, 2015. [Tesis de grado]. [Cuenca]: Universidad de Cuenca; 2016.
30. Rahman AAbd. Workers conformity toward personal protective equipment use in various healthcare setting during the Covid-19 pandemic: a systematic review. *Asia Pacific Environmental and Occupational Health Journal*. 2021;7(3).
31. Silva MAS da, Lima MCL de, Dourado CAR de O, Pinho CM, Andrade MS. Nursing professionals' biosafety in confronting COVID-19. *Rev Bras Enferm*. 2022;75(suppl 1).
32. Lake EA, Demissie BW, Gebeyehu NA, Wassie AY, Gelaw KA, Azeze GA. Knowledge, attitude and practice towards COVID-19 among health professionals in Ethiopia: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2021;16(2):e0247204.
33. Salvatierra Ávila LY, Gallegos Gallegos EM, Orellana Pelaez CA, Apolo Guaman LA. Bioseguridad en la pandemia Covid-19: Estudio cualitativo sobre la praxis de enfermería en Ecuador 2020. *Bol Malariol Salud Ambient*. 2021;61(1):47-53.

Adulto mayor con encamamiento prolongado. Una revisión desde la visión del cuidado de enfermería

Prolonged bedridden older adult. A review from a nursing care perspective

Myrian Patricia Paillacho Coque

Licenciada en Enfermería. Universidad Nacional de Chimborazo.

Información del artículo

Cómo citar: Paillacho Coque MP. Adulto mayor con encamamiento prolongado. Una revisión desde la visión del cuidado de enfermería. Rev. Navar. Medica. 2021; 7(2): 29-39. <https://doi.org/10.61182/rnavmed.v7n2a3>

Resumen

Adulto mayor frágil se refiere a personas mayores que presentan un estado de vulnerabilidad aumentado debido a una disminución en sus reservas fisiológicas y funcionales. Esta condición los hace más susceptibles a eventos adversos como enfermedades, caídas, hospitalizaciones y la pérdida de autonomía. El presente estudio tuvo como intención determinar los cuidados de enfermería hacia los adultos mayores que se encuentran en estado prolongado de encamamiento o inmovilidad. Desde la visión holística del confort de Katharine Kolcaba se abordan diferentes dimensiones y acciones del cuidado de enfermería que abarcan aspectos físicos, psicológicos, socioculturales y ambientales. La aplicación de estas medidas reduce las complicaciones que pueden comprometer aún más el estado de salud de este tipo de pacientes.

Abstract

Fragile elderly refers to older people who present an increased state of vulnerability due to a decrease in their physiological and functional reserves. This condition makes them more susceptible to adverse events such as illness, falls, hospitalization and loss of autonomy. The purpose of this study was to determine the nursing care provided to older adults who are bedridden or immobile for prolonged periods of time. Katharine Kolcaba's holistic view of comfort addresses different dimensions and actions of nursing care that encompass physical, psychological, sociocultural and environmental aspects. The application of these measures reduces complications that can further compromise the health status of this type of patient.

Palabras clave

Teoría del confort, enfermería, adulto mayor, paciente encamado.

Keywords

Comfort Theory, nursing, elderly, bedridden patient.

Autor para correspondencia:

Myrian Patricia Paillacho Coque
Correo: farvey15@gmail.com

This is an open access article under the license Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International (CC BY-NC 4.0).



Introducción

El adulto mayor se encuentra en la etapa del ciclo vital conocida como "vejez" o "adulthood tardía" (1). Esta etapa generalmente abarca a las personas de 60 años en adelante y se caracteriza por varios cambios tanto a nivel físico como psicológico. Dentro del subgrupo se encuentran adultos (as) mayores jóvenes: 60 a 74 años; adultos (as) mayores viejos: 75 a 84 años; adultos (as) mayores longevos: 85 a 99 años; y centenarios (as): 100 años y más.

El envejecimiento es un proceso irreversible y multifacético que abarca no solo los aspectos biológicos, sino también las condiciones sociales y económicas de las personas. Según la OMS (2), la vejez es una construcción social y biográfica que abarca las últimas décadas de la vida, culminando con la muerte. Este proceso está influido por identidades de género, experiencias y transiciones vitales, y se caracteriza por cambios físicos, cognitivos, emocionales y sociales, que conllevan una pérdida gradual de capacidades corporales y funcionales, como la disminución de la densidad ósea, el tono muscular y la fuerza. La severidad de estos cambios depende de las decisiones y acciones tomadas a lo largo de la vida.

Al respecto, el anciano frágil se caracteriza por una merma en sus reservas fisiológicas y una acrecentada propensión al deterioro, colocándolo en una posición de exacerbada vulnerabilidad frente a perturbaciones exógenas. Esto conlleva una mayor probabilidad de experimentar episodios adversos de salud, tales como hospitalizaciones, institucionalizaciones, fallecimientos y caídas, así como una pérdida funcional, discapacidad o dependencia. Este estado constituye una continuidad que enlaza lo fisiológico y lo funcional con lo patológico, transitando desde la ausencia de fragilidad hacia la fragilidad, y eventualmente hacia la discapacidad y la dependencia (3).

En América Latina, algunos de los países con una población más envejecida incluyen a Uruguay, Argentina, Chile y Cuba.

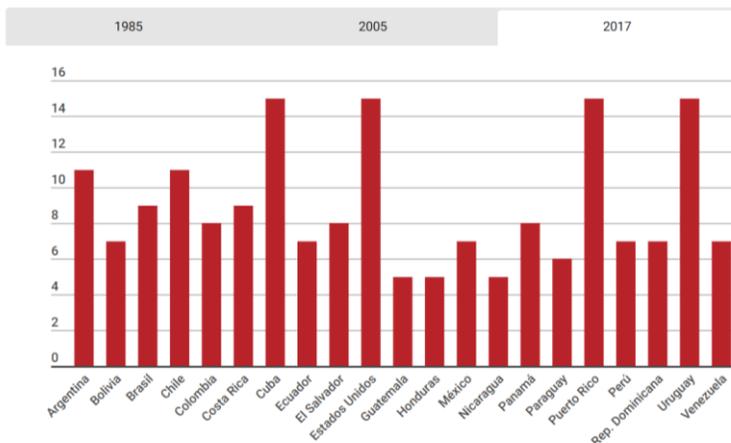


Figura 1. Índice de envejecimiento de la población en América en 2017. Nota. Tomado de CNN Español (4).

El envejecimiento de la población es un fenómeno importante en la región y plantea diversos desafíos en términos de políticas públicas, sistemas de salud, seguridad social y bienestar de las personas mayores. La "Década del Envejecimiento Saludable 2021-2030 (5)" es una iniciativa liderada por la OMS y la OPS que busca fomentar la colaboración entre gobiernos, organizaciones

internacionales, la sociedad civil y otros actores para promover políticas y acciones que apoyen el envejecimiento saludable. Estas acciones incluyen la promoción de derechos, la mejora del acceso a servicios de salud, la integración de cuidados paliativos y la creación de entornos amigables para las personas mayores. Villafuerte añade a lo anterior, la acción intersectorial (6).

La calidad de vida en la vejez puede ser significativamente mejorada con un enfoque integral que incluya cuidado médico adecuado, una dieta balanceada, ejercicio regular, y apoyo emocional y social. Según Salech (7), es fundamental que el sistema de salud implemente intervenciones adaptadas a las necesidades de este grupo poblacional, enfocándose en un seguimiento continuo desde una perspectiva fisiológica. Además, es crucial dar prioridad a las actividades de promoción y prevención, fomentando el autocuidado y reconociendo a la familia como el pilar de apoyo en los aspectos económicos, sociales y psicológicos.

El estilo de vida del adulto mayor está íntimamente ligado al entorno en el que vive y se desenvuelve. Este influye de manera significativa en su bienestar general y en su capacidad para mantener una vida saludable y autónoma. En primera instancia, el lugar donde vive el adulto mayor ya sea en su hogar, con familiares o en una residencia para ancianos, puede afectar su salud física y mental. Un entorno seguro, accesible y bien adaptado a sus necesidades físicas puede prevenir caídas y otros accidentes, mientras que un entorno socialmente activo puede mejorar su bienestar emocional.

Además, las rutinas diarias, como la alimentación, el ejercicio y el sueño, juegan un papel crucial en la salud del adulto mayor. Mantener una dieta equilibrada, realizar actividad física regular y tener un sueño reparador son hábitos que pueden prevenir enfermedades crónicas y mejorar la calidad de vida.

Por otro lado, identificar y gestionar los factores de riesgo, como la hipertensión, la diabetes, el colesterol alto y el tabaquismo, es esencial para prevenir complicaciones de salud. El control regular y la adherencia a los tratamientos médicos ayudan a evitar el desarrollo de discapacidades.

Asimismo, participar en actividades que promuevan la salud, como talleres de educación para la salud, programas de ejercicio adaptado y actividades recreativas, puede mejorar el estado físico y mental del adulto mayor. Además, las revisiones médicas periódicas y las vacunaciones son medidas preventivas cruciales.

Fomentar el autocuidado implica, por un lado, enseñar al adulto mayor a manejar sus propias condiciones de salud, tomar decisiones informadas sobre su tratamiento y adoptar prácticas saludables. La autonomía en la toma de decisiones contribuye a mantener su independencia y dignidad (8).

Finalmente, la familia y la comunidad son pilares fundamentales para el bienestar del adulto mayor (9). El apoyo emocional, social y, en algunos casos, económico de la familia y la comunidad puede proporcionar una red de seguridad que facilita la gestión de la salud y la prevención de complicaciones. Mantener un estilo de vida saludable y adaptar el entorno a las necesidades del adulto mayor puede prevenir discapacidades y preservar su autonomía, permitiéndole disfrutar de una vida plena y activa.

En la provincia de Chimborazo, Ecuador, se ha observado un incremento en ciertas enfermedades desde los años 70 (10). Entre ellas destacan la insuficiencia cardíaca, la neumonía y las afecciones respiratorias. En contraste, condiciones como la colelitiasis, la hiperplasia prostática y las fracturas óseas no muestran un aumento significativo según los datos disponibles. Por lo tanto, es crucial considerar la situación del adulto mayor frágil, especialmente cuando enfrenta patologías que ponen en riesgo su salud y requieren asistencia para llevar a cabo sus actividades diarias, lo que compromete su autonomía.

En consecuencia de lo anterior, la presente investigación pretendió examinar en la literatura científica, aquellas dimensiones que integran los cuidados de enfermería esenciales para la atención y confort del adulto mayor con encamamiento prolongado.

Materiales y métodos

En el segundo semestre de 2020 se realizó una búsqueda en diversas bases de datos académicas como Google Académico, Bireme, Scielo, Medline y Elsevier. Además, se consultaron varios sitios web, incluidos la Organización Mundial de la Salud, la Organización Panamericana de la Salud y el Ministerio de Salud Pública del Ecuador, entre otros. Se encontraron numerosos artículos de revistas indexadas, tesis, guías y libros relacionados con la temática mencionada, así como modelos y teorías de enfermería aplicables a la atención de este tipo de pacientes.

Se eligió un intervalo de 2020 a 6 años atrás como criterio de búsqueda y de filtro. Tras hallar un amplio número de material importante, se excluyeron aquellos que no tenían acceso libre y se preseleccionaron 52 documentos. En conclusión, tras una completa lectura se determinó la escogencia de 38 documentos.

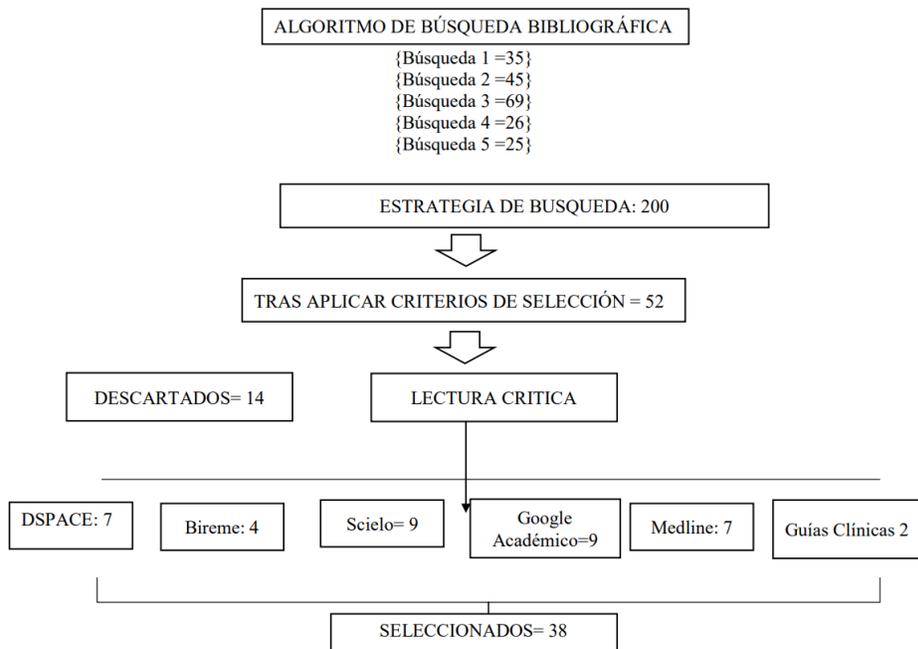


Figura 2. Flujo de trabajo de la búsqueda.

Resultados

Antes de explayar los aportes encontrados, es necesario aclarar el significado de paciente encamado. De acuerdo con los Descriptores en Ciencias de la Salud-DeCS/MeSH (11), los términos alternativos al descriptor “Paciente Encamado” son: paciente postrado en Cama, persona Encamada, persona Inmovilizada, persona postrada en cama, personas inmovilizadas. Se entiende entonces como un individuo cuya capacidad de movimiento y desplazamiento en su entorno está alterada debido a alguna circunstancia, encontrándose en un estado de inmovilidad.

La inmovilidad se clasifica en dos tipos principales: aguda y crónica (12). La inmovilidad aguda ocurre cuando un paciente permanece encamado e inmóvil por al menos tres días debido a diversas causas, como medicamentos, intervenciones quirúrgicas, desequilibrios hidroelectrolíticos, fracturas o infecciones. En contraste, la inmovilidad crónica se relaciona con múltiples patologías sensoriales y factores que afectan el sistema musculoesquelético (13,14), deteriorando progresivamente la salud del paciente y reduciendo su capacidad para moverse y realizar actividades diarias. En síntesis, la falta de movilidad favorece múltiples afectaciones en la salud de quien vive dicha circunstancia (15).

El rol de enfermería

El enfermero o enfermera debe llevar a cabo acciones destinadas a mantener la salud de los adultos mayores (16), identificando sus necesidades de confort para proporcionarles un cuidado integral. Este cuidado busca mejorar la atención, garantizar la seguridad en las prácticas de salud, mantener la satisfacción del paciente, reducir los costos, la morbilidad y la mortalidad durante la hospitalización, y prevenir posibles complicaciones derivadas de permanecer acostado durante mucho tiempo. Es importante satisfacer las necesidades derivadas de la enfermedad o lesión que causa el reposo prolongado para prevenir complicaciones por la inmovilización (17).

Es esencial que las intervenciones de enfermería se orienten hacia el cuidado holístico del paciente, procurando fomentar su bienestar. Esto adquiere una relevancia especial en los grupos etarios más vulnerables, quienes son altamente susceptibles a experimentar sentimientos de desamparo, tristeza o abandono, y a sufrir posibles lesiones físicas, psicológicas y emocionales.

Cuidados físicos.

Los cuidados de enfermería relacionados con el cambio postural frecuente y la colocación adecuada del paciente encamado son fundamentales para prevenir complicaciones derivadas de la inmovilidad prolongada.

El cambio postural frecuente ayuda a evitar la aparición de úlceras por presión, también conocidas como escaras, que son lesiones en la piel que se producen por la presión continua sobre áreas del cuerpo como hombros, cadera, talones y codos, que están en contacto con la cama. Estas úlceras pueden ser muy dolorosas, difíciles de tratar y aumentar el riesgo de infecciones (18).

Además, la colocación adecuada del paciente en la cama mediante diversas posiciones terapéuticas tales como decúbito supino lateral, prono y *semifowler*, etc. (15), ayuda a mantener una buena circulación sanguínea, prevenir contracturas musculares y mejorar la respiración y la función

pulmonar. También contribuye a la comodidad del paciente y a su bienestar general durante el período de reposo prolongado.

Los cuidados físicos abarcan mantener la piel en condiciones óptimas, limpiándola, manteniéndola seca e hidratada con agua tibia y jabón neutro. Se debe proteger la piel en áreas de fricción utilizando cremas lubricantes. Es vital el cambio de posición del paciente al menos cada dos a tres horas, y vigilar constantemente áreas propensas a la fricción como talones, sacro, tobillos y caderas. Además, se debe fomentar la movilidad del paciente mediante ejercicios activos y pasivos (19), lo que contribuirá a mejorar su autonomía durante su período de reposo prolongado. Este tipo de ejercicios en las extremidades está diseñado para prevenir atrofas y problemas circulatorios.

De otra mano, la alimentación juega un papel crucial en la salud y el bienestar de los pacientes adultos mayores encamados. Debido a su falta de movilidad, estos pacientes pueden enfrentar desafíos específicos relacionados con la alimentación, que pueden afectar su estado nutricional y su salud en general.

Es fundamental que los alimentos proporcionen los nutrientes necesarios para mantener la salud y prevenir la desnutrición. Estos pacientes pueden tener requerimientos nutricionales diferentes debido a cambios en el metabolismo y la absorción de estos, por lo que es importante asegurarse de que su dieta sea equilibrada y adecuada a sus necesidades. En adición, la falta de movimiento puede contribuir a problemas digestivos como estreñimiento. Por ello, es importante incluir alimentos ricos en fibra en la dieta y asegurarse de que el paciente esté bien hidratado (19).

De acuerdo con el Manual para cuidadores de la persona adulta mayor dependiente (20), otro aspecto categórico es la higiene de la boca debido a que previene infecciones en la cavidad oral. En caso de que la persona mayor tenga prótesis, esta debe ser retirada para proporcionar los cuidados necesarios. Asimismo, la guía sugiere lubricar los labios con vaselina o cualquier solución hidratante para labios (a solicitud del individuo).

Cuidados psicológicos.

Los adultos mayores encamados son especialmente vulnerables dentro de su grupo etario. Están más propensos a experimentar sentimientos de abandono, tristeza o desamparo, y pueden sufrir afectaciones psicológicas y emocionales. La inmovilidad prolongada, la dependencia de otros para sus necesidades básicas y el aislamiento pueden agravar estos sentimientos y aumentar el riesgo de complicaciones emocionales y mentales.

Desde otro ángulo, al atender el cuidado de una persona dependiente, es crucial considerar su autoestima. Encontrar formas de empatizar y satisfacer sus necesidades físicas sin afectar su autoestima hará que el proceso de cuidado sea más efectivo para ambos.

Además, es importante recordar que la pérdida de capacidades físicas no necesariamente conlleva un deterioro cognitivo. Por ello, siempre se debe respetar y tener en cuenta la voluntad de la persona dependiente.

Desde una perspectiva emocional y de confort, los cuidados de enfermería para un paciente adulto mayor encamado incluyen la interacción positiva, la musicoterapia, el uso de la sonrisa, y el establecimiento de una relación empática. Además, es fundamental integrar al adulto mayor y a su familia en el cuidado, tomando como referencia los momentos específicos de confort y construyendo así la base del cuidado.

Cuidados socioculturales.

Según la revisión, diversos autores (21–23) coincidieron en que la pérdida de autonomía de los pacientes impacta directamente en su estado de salud. Por esta razón, es crucial debatir y mejorar los conocimientos que poseen los familiares y cuidadores para implementar los cuidados complejos que estos pacientes requieren. Esto es fundamental para prevenir complicaciones adicionales que puedan deteriorar aún más la salud de los adultos mayores.

Respecto a esta dimensión, el profesional de enfermería debe considerar y respetar las creencias, prácticas culturales y preferencias personales del paciente en el cuidado. Involucrar al paciente en las decisiones sobre su propio cuidado, respetando su autonomía y preferencias. Desde el punto de vista social, facilitar visitas de familiares y amigos, y promover la comunicación con el entorno.

Entorno o cuidados ambientales.

La literatura destaca que es menester asegurar un entorno cómodo y adecuado con ventilación, luz natural y temperatura comfortable. La cama debe estar baja y comfortable, con sábanas limpias, secas y sin arrugas. Sugiere el uso de colchones anti escaras o llagas en lugar de cubrir el colchón con plástico. Otra recomendación es la disminución de la intensidad de las luces, ruidos y/o conversaciones (24).

Discusión

El presente estudio no pretende ser una guía completa de los cuidados que el personal de enfermería debe proporcionar a los pacientes mencionados. Más bien, busca revisar desde qué dimensiones, aspectos globales o teorías (25) ha establecido la literatura científica dichas medidas.

Algunos estudios (8,16,21,26–28) encontrados en la presente revisión incluyeron aspectos del modelo de autocuidado de Dorothea Orem, el cual se centra en la capacidad de los individuos para realizar actividades de autocuidado, esenciales para mantener la vida, la salud y el bienestar, claro está, previa evaluación y diagnóstico de enfermería sobre las capacidades y limitaciones del paciente. Para aquellos pacientes cuya autonomía, estado mental y movilidad están comprometidos, es fundamental que los profesionales de la salud aclaren e informen sobre su estado de salud, despejando dudas y temores, y explicando los cuidados que se les proporcionarán.

La mayoría de las investigaciones elegidas para la presente revisión temática (17,22–24,29–39) destacaron aspectos relacionados a la Teoría del Confort de Katharine Kolcaba, la cual proporciona un marco integral para abordar las necesidades de confort de los pacientes inmovilizados. En este sentido, los profesionales de enfermería pueden desarrollar planes de cuidado que no solo alivian el malestar físico, sino que también promueven el bienestar emocional, espiritual y social del paciente, mejorando así su calidad de vida durante el encamamiento prolongado.

Desde otro ángulo, una guía del Instituto Mexicano del Seguro Social (40) propuso algunas recomendaciones sobre el cuidado y atención por parte de enfermería (ver Figura 3).

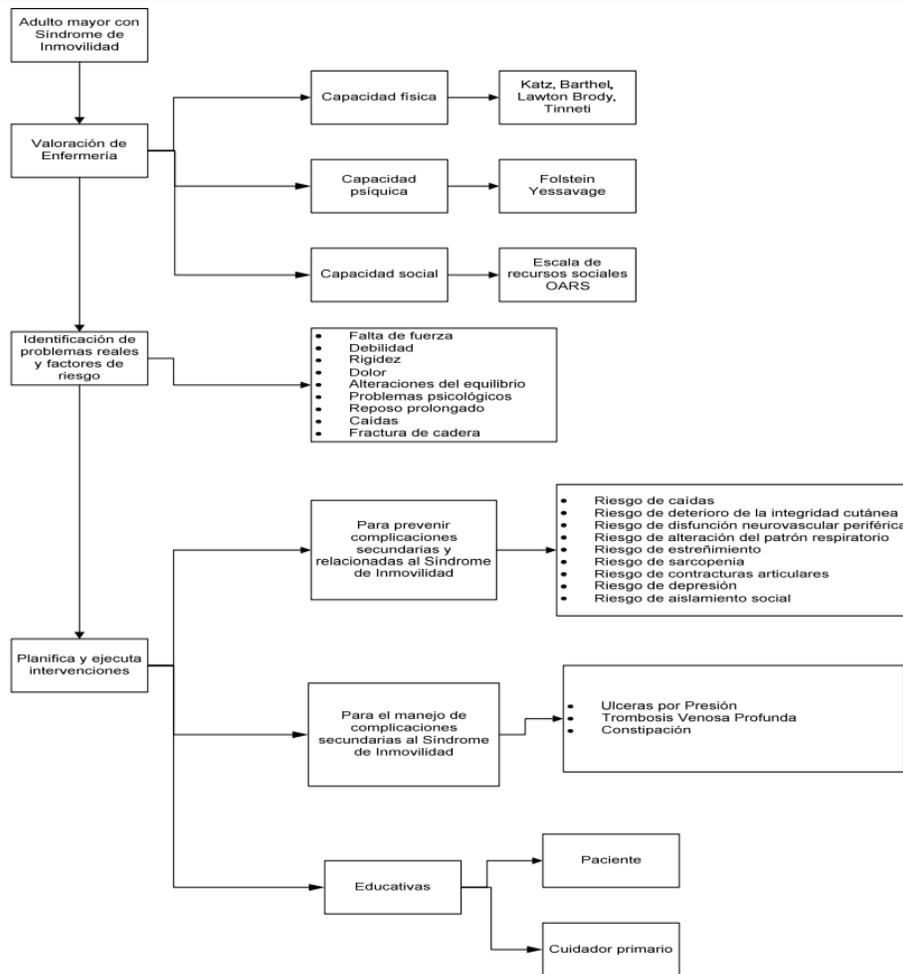


Figura 3. Diagramas de flujo intervenciones de enfermería para la atención del adulto mayor con síndrome de inmovilidad (40).

Conclusiones

La gestión de vigilancia y cuidado en enfermería para las personas mayores constituye un formidable desafío para la profesión en la actualidad. La inmovilidad y la incapacidad para realizar autocuidados se erigen como los problemas cardinales del paciente encamado. Por ende, la intervención ante estos pacientes debe ser holística y abarcadora, teniendo en cuenta la dignidad, por encima de todo. Cuidar a una persona encamada exige la aplicación de una profunda visión humanista. Las diferentes teorías de enfermería ofrecen diversos enfoques y estrategias que pueden usarse para el cuidado de pacientes adultos mayores inmovilizados y que requieren encamamiento prolongado. En este sentido, la mayoría de los artículos mencionaban los aportes de la teoría de Kolcaba. En general, todas las medidas halladas tanto en manuales como artículos científicos pueden mejorar significativamente la calidad de vida, promoviendo el bienestar físico, emocional y social, y facilitando su adaptación a la nueva realidad de la condición de este grupo etario.

Fuentes de financiación: los autores declaran que no hay financiación.

Conflictos de interés: los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Disponibilidad de los datos y política de intercambio: los conjuntos de datos generados y/o analizados durante el presente estudio están a disposición solamente del autor.

Referencias

1. Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores. Gobierno de México. 2019. Envejecimiento y vejez. Disponible en: <https://www.gob.mx/inapam/es/articulos/envejecimiento-y-vejez?idiom=es#:~:text=proceso%20de%20envejecimiento,-La%20vejez%20es%20una%20etapa%20de%20vida%20que%20comienza%20a,idea%20clara%20de%20estos%20conceptos>
2. Organización Mundial de la Salud. OMS. 2015. Informe Mundial sobre el envejecimiento y la salud. Disponible en: <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789241565042>
3. Martín Lesende I, Gorroñoigoitia Iturbe A, Gómez Pavón J, Baztán Cortés JJ, Abizanda Soler P. El anciano frágil. Detección y tratamiento en AP. Aten Primaria. 2010;42(7):388–93.
4. Velásquez Loaiza M. CNN Español. 2018. Los países de Latinoamérica con la población más vieja. Disponible en: <https://cnnespanol.cnn.com/2018/09/04/los-paises-de-latinoamerica-con-la-poblacion-mas-vieja/>
5. Organización Panamericana de la Salud: OPS. 2020. La propuesta final completa de la Década del Envejecimiento Saludable. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/propuesta-final-completa-decada-envejecimiento-saludable>
6. Villafuerte Reinante J, Alonso Abatt YA, Alonso Vila Y, Alcaide Guardado Y, Leyva Betancour IM, Arteaga Cuéllar Y. El bienestar y calidad de vida del adulto mayor, un reto para la acción intersectorial. Medisur. 2017;15(1):85–92.
7. Salech F, Jara R, Michea L. Cambios fisiológicos asociados al envejecimiento. Rev Med Clin Condes. 2012;23(1):19–29.
8. Barbier Ibañez M, Moreno Barrio S, Sanz Urdiales S. Guía de autocuidado y cuidado para personas cuidadoras familiares de personas mayores en situación de dependencia . Muskiz: Servicios sociales integrados; 2011.
9. Pinargote Parrales GL, Alcivar Molina SA. La familia en el cuidado de los adultos mayores. Revista Cognosis. 2020;5:179.
10. García Ancasi D. Propuesta de un instrumento de valoración de enfermería al paciente geriátrico para la visita domiciliaria en la Clínica geriátrica del ejército [Internet] [Tesis de grado]. Universidad Autónoma de ICA; 2018. Disponible en: <http://repositorio.autonmadeica.edu.pe/handle/autonmadeica/330>
11. Health Sciences Descriptors: DeCS. BIREME / PAHO / WHO. 2018. Personas Encamadas. Disponible en: <https://decs.bvsalud.org/es/ths/resource/?id=57321>

12. Torres Haba R, Nieto de Haro M^a D. Inmovilidad. En: Tratado de Geriátría para residentes. Sociedad Española de Geriátría y Gerontología; 2006.
13. Di Girolamo FG, Fiotti N, Milanović Z, Situlin R, Mearelli F, Vinci P, et al. The Aging Muscle in Experimental Bed Rest: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Front Nutr*. 2021;8.
14. Saumur TM, Gregor S, Mochizuki G, Mansfield A, Mathur S. The effect of bed rest on balance control in healthy adults: A systematic scoping review. *J Musculoskelet Neuronal Interact*. 2020;20(1):101–13.
15. Dirección General de Calidad AE e I. Guía de recomendaciones al paciente enfermo encamado y falta de movilidad. Publica Madrid; 2006.
16. Ruiz Gongora MI, Díaz Heredia LP. Comodidad del paciente en una unidad de cuidado intensivo cardiovascular. *Avances en Enfermería*. 2018;36(2):188–96.
17. Yapud Vizcaino ED. Dimensiones del confort enfocadas en la teoría de Kolcaba en pacientes encamados. Hospital San Vicente de Paúl. Ibarra, 2019 [Internet] [Tesis de grado]. [Ibarra]: Universidad Técnica del Norte; 2020. Disponible en: <http://repositorio.utn.edu.ec/handle/123456789/10328>
18. Blanco Zapata R, López García E, Quesada Ramos C. Guía de actuación para la prevención y cuidados de las úlceras por presión. Osakidetza; 2017.
19. Pancorbo-Hidalgo P, García-Fernández F, Pérez-López C, Soldevilla Agreda J. Prevalencia de lesiones por presión y otras lesiones cutáneas relacionadas con la dependencia en población adulta en hospitales españoles: resultados del 5º Estudio Nacional de 2017. *Gerokomos*. 2019;30(2):76–86.
20. Lara RE, Velarde Lasso A, Mena Jácome M, Álvarez Yáñez P. Manual para cuidadores de la persona adulta mayor dependiente. Ministerio de salud pública del Ecuador; 2011.
21. Cordero Cabrera M, Hernández Yut S, Rodríguez Mazó Y de la C, Morales Reyes D, Aguado Valdés S. Intervención educativa para incrementar conocimientos sobre cuidados al adulto mayor encamado y al cuidador, en profesionales de Enfermería. En: XVIII Congreso de la Sociedad Cubana de Enfermería. La Habana; 2019.
22. Silva Faria JM, Pontífice-Sousa P, Pinto Gomes MJ. O conforto do doente em cuidados intensivos - revisão integrativa. *Enfermería Global*. 2018;17(2):477–514.
23. Manobanda Gaibor DV, Yanez Auquilla JE. Relatos del adulto mayor en relacion a la teoria de Katharine Kolcaba en el cuidado del adulto mayor. Centros de adultos mayores Atalaya, Chillanes 2019 [Tesis de grado]. [Guaranda]: Universidad Estatal de Bolívar; 2019.
24. Mora Aguilar M, Ruiz Recéndiz M de J, Jiménez Arroyo V, Huerta Baltazar MI, Alcántar Zavala MLA, Anguiano Morán AC. Confort de pacientes hospitalizados con úlceras por presión. *Jóvenes en la ciencia*. 2020;7:1–7.
25. Raile Alligood M. Modelos y teorías en enfermería. Elsevier; 2018.
26. Prado Solar LA, González Reguera M, Paz Gómez N, Romero Borges K. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. *Rev Med Electron*. 2014;36(6):835–45.

27. Cordero Cabrera M, Ferro González B, García Veloz M, Domínguez Álvarez J. Cuidado informal al adulto mayor encamado en un área de salud. *Ciencias Médicas de Pinar del Río*. 2019;23(2):195–203.
28. Laiton KJ, Guaitero Mojica N, Moya AL. Diseño de un programa de capacitación para cuidadores de adulto mayor en instituciones públicas y privadas en Bucaramanga y su área metropolitana. Bucaramanga, Colombia [Tesis de grado]. [Bucaramanga]: Universidad de Santander; 2016.
29. Carrillo GM, Gómez Ramírez OJ, Arias EM. Teorías de enfermería para la investigación y práctica en cuidado paliativo. *Rev Latinoam Bioet*. 2016;17(32-1):60–79.
30. Duque PA, Tovar Ortiz SA, Luna Reinosa DA, Rodríguez Marín JE. Revisión sistemática del cuidado al final de la vida. *Medicina Paliativa*. 2019;26(2):156–62.
31. Aguayo-Verdugo N, Valenzuela-Suazo S. Saber teórico y utilización de la teoría del confort en la práctica de enfermería. *SANUS*. 2019;4(9):26–37.
32. Garcez Ramírez GL, Galvis Monsalve NY. Medidas de comodidad que brinda la enfermera al adulto con deterioro de la ambulación. *Cuidado y Ocupación Humana*. 2019;8(2):58–66.
33. Bosch Alcaraz A, Falcó Pegueroles A, Alcolea Monge S, Domínguez Delso M, Santaolalla Bertolin M, Jordán I. La teoría del confort en los cuidados enfermeros. *Rev Rol enferm*. 2018;41(10):688–92.
34. Lizarazo L, Jaimes M, Morales P. Experiencias significativas vivenciadas durante la aplicación de cuidado de enfermería desde la teoría del confort. *Revista Cuidado y Ocupación humana*. 2013;2:1–8.
35. Adeyanju AB, Beredugo LI, Amakoromo T, Aluye-Benibo D, Lawrence AL. Effects of Prolonged Hospitalization on Chronically ILL Elderly Patients in Federal Medical Centre Yenagoa, Nigeria. *Indian Journal of Gerontology* . 2020;34(1):17–36.
36. Milutinovic D, Mikic M, Rakic D, Cvijanovic D, Zivkovic D. Evaluation of comfort level in patients with immobilization. *Med Pregl*. 2018;71(suppl. 1):31–5.
37. Taşkın Duman H, Yıldırım Y, Fadiloğlu Ç, Şenuzun Aykar F. Kolcaba'nın Konfor Kuramına Göre Atriyal Fibrilasyon Olgusu. *Journal of Cardiovascular Nursing*. 2020;11(24):37–42.
38. Poveda Acelas DC. Validez y confiabilidad del instrumento de confort SGCQ-español de Doctora Katharine Kolcaba para personas con enfermedad crónica. [Internet] [Tesis de maestría]. [Bogotá]: Universidad Nacional de Colombia; 2015. Disponible en: <https://repositorio.unal.edu.co/handle/unal/56750>
39. Guevara Lozano M, Laverde Contreras OL. Aplicación de la teoría de la comodidad en el baño en cama. *Index enferm*. 2015;24(1/2):76–80.
40. Instituto Mexicano del Seguro Social. Intervenciones de Enfermería para la Atención del Adulto Mayor con Síndrome de Inmovilidad. IMSS; 2014.

Integración de saberes: la influencia de los fundamentos de enfermería en la evolución del modelo de atención de salud ecuatoriano

Knowledge integration: the influence of nursing fundamentals in the evolution of the Ecuadorian health care model

Lisbeth Patricia Salán Negrete

Licenciada en Enfermería, Universidad Nacional de Chimborazo.
Riobamba, Ecuador.

Información del artículo

Cómo citar: Salán Negrete LP. Integración de saberes: la influencia de los fundamentos de enfermería en la evolución del modelo de atención de salud ecuatoriano. Rev. Navar. Medica. 2021; 7(2): 40-51.

<https://doi.org/10.61182/rnavmed.v7n2a4>

Resumen

El Modelo de Atención Integral de Salud en Ecuador ha evolucionado su enfoque, pasando de uno biologicista a uno integral. Este cambio está orientado hacia la atención primaria y centrada en la persona, la familia y la comunidad. Considera a la persona en su totalidad, incluyendo aspectos físicos, mentales, socioculturales y ambientales. Se llevó a cabo una revisión bibliográfica con el fin de identificar la relación entre los aportes teóricos de enfermería y el modelo de atención de salud ecuatoriano. Se utilizaron 62 documentos en la elaboración de este estudio. Se destacaron algunas teorías como la de Nola Pender, Dorothea Orem y Madeleine Leininger como las más relevantes en este contexto. A pesar de los avances, la implementación del MAIS enfrenta desafíos como la necesidad de fortalecer la formación de profesionales en atención primaria, mejorar la infraestructura de salud en áreas rurales, entre otros. Además, es crucial que los profesionales contemplen tácticas para mejorar la atención de enfermería. Estas pueden incluir la personalización de los cuidados, una comunicación efectiva, la promoción de la atención domiciliaria y el uso adecuado de herramientas de evaluación. Lo anterior, respaldado por un modelo teórico que sustente los cuidados en evidencia científica y pensamiento crítico.

Abstract

The Integrated Health Care Model in Ecuador has evolved from a biologicist to a comprehensive approach. This change is oriented towards primary care and is centered on the person, the family and the community. It considers the whole person, including physical, mental, sociocultural and environmental aspects. A literature review was carried out to identify the relationship between the theoretical contributions of nursing and the Ecuadorian health care model. A total of 62 documents were used in the preparation of this study. Some theories such as those of Nola Pender, Dorothea Orem and Madeleine Leininger were highlighted as the most relevant in this context. Despite these advances, the implementation of MAIS faces challenges such as the need to strengthen the training of primary care professionals, improve health infrastructure in rural areas, among others. In addition, it is crucial that professionals contemplate tactics to improve nursing care. These may include personalization of care, effective communication, promotion of home care and appropriate use of assessment tools. This should be supported by a theoretical model that underpins care with scientific evidence and critical thinking.

Autor para correspondencia:

Lisbeth Patricia Salán Negrete
Correo: Lisbethsa29@gmail.com

This is an open access article under the license Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International (CC BY-NC 4.0).

Palabras clave

Teoría de enfermería, Modelos de Atención de Salud, Salud Humana, Integralidad en Salud.

Keywords

Nursing Theory, Health Care Models, Human Health, Health Integrity.



Introducción

El sistema de teorías de enfermería se implementa en la práctica a través del Proceso de Atención de Enfermería (PAE). Este proceso es un método estructurado y sistemático que los profesionales de enfermería utilizan para brindar atención de calidad. El PAE permite la aplicación de conocimientos científicos y habilidades adquiridas tanto en la formación académica como en la experiencia clínica. El conjunto de conocimientos de la enfermería se origina en diversos paradigmas, filosofías, modelos y teorías aplicables al cuidado, apoyado por fundamentos de otras disciplinas relacionadas con la salud de las personas, así como por conceptos propios que otorgan a la profesión su carácter autónomo. Sin embargo, es importante precisar que, aunque la enfermería tiene un ámbito de acción y toma de decisiones independiente, también trabaja de manera colaborativa con otras disciplinas de la salud (1,2).

Florence Nightingale es considerada la pionera de la enfermería moderna y su trabajo establece la base para la evolución de la enfermería como una profesión autónoma y fundamentada en conocimientos científicos. En sus primeras notas consideraba la enfermedad como un proceso reparativo (3).

Su teoría se centra en el ambiente, sosteniendo que un entorno saludable es esencial para proporcionar cuidados adecuados y asegurar la pronta recuperación del paciente. Asimismo, destaca la importancia de que el profesional que brinda atención a domicilio o en la comunidad enseñe a los pacientes y a sus familias sobre el autocuidado y la conservación de la independencia. Esta teoría ha tenido una influencia significativa en la práctica de la investigación, la educación y la administración en enfermería (4,5).

Después de Florence Nightingale, surgieron influyentes teóricas de enfermería como Hildegard Peplau (1952), Virginia Henderson (1948) y Vera Fry (1953). Sus contribuciones fueron fundamentales para el desarrollo de la profesión, ofreciendo nuevas herramientas y enfoques para brindar cuidados de enfermería óptimos. Hildegard Peplau, por ejemplo, desarrolló la teoría de las relaciones interpersonales en enfermería, que enfatiza la importancia de la interacción entre enfermero y paciente.

Virginia Henderson destacó las necesidades básicas de los pacientes y la importancia de la independencia, formulando una definición clara de la función de la enfermería. Vera Fry, aunque menos conocida, también aportó significativamente al campo con sus estudios y enfoques innovadores. Estas teorías y modelos han facilitado la práctica, investigación, educación y administración en la enfermería, contribuyendo al avance y profesionalización de la disciplina (3,6).

A este punto es vital aclarar la discrepancia entre modelo y teoría de enfermería. Un modelo conceptual es un marco general que describe una visión amplia y general de cómo se entiende y organiza la práctica de enfermería (7). Proporciona una estructura para pensar sobre los componentes y la relación entre ellos, pero no ofrece detalles específicos sobre cómo llevar a cabo el cuidado de enfermería.

Por su parte, la teoría de enfermería es una explicación más específica y detallada de aspectos particulares del cuidado. Esta debe incluir los elementos del metaparadigma de enfermería. Estas representan una guía concreta y directriz sobre cómo actuar en situaciones específicas para alcanzar resultados deseados en la atención del paciente. Estas teorías se erigen como instrumental valioso

para el ejercicio de la argumentación, el análisis crítico y la deliberación, fundamentales para dispensar cuidados holísticos y de excelencia en el ámbito asistencial (8,9). Con el transcurso del tiempo y gracias a numerosas investigaciones, han surgido diversas teorías de enfermería que han aportado al mejoramiento de la atención en salud.

Por ejemplo, la teoría general del déficit de autocuidado expuesta por Dorothea E. Orem, cuyos postulados están descritos por otras tres teorías interrelacionadas. La teoría del autocuidado; la teoría del déficit de autocuidado, la cual busca fundamentar la intervención de enfermería mediante cinco métodos de asistencia: actuar, orientar, educar, respaldar y crear un entorno que fomente las habilidades de la persona enferma; y la teoría de los sistemas de enfermería. A partir de ella, muchos investigadores han resaltado la importancia y aplicación de estas contribuciones conceptuales (10-12).

El modelo de enfermería de Dorothea Orem puede contribuir al acercamiento a la enfermería comunitaria al proporcionar un marco teórico y práctico para la atención de la salud en contextos comunitarios. Este enfoque puede ayudar a empoderar a las comunidades para que asuman un papel activo en el cuidado de su salud y bienestar. Considera aspectos como diagnóstico comunitario, proyección de acciones con la participación de entes comunitarios, seguimiento de las intervenciones y la evaluación de los logros (13-15).

Nola Pender, por su parte, ha desarrollado la teoría del Modelo de Promoción de la Salud, que se destaca por su estructura integral y es ampliamente utilizada por profesionales de la salud. Esta teoría facilita la comprensión de los comportamientos humanos relacionados con la salud y tiene como objetivo principal ayudar a las personas a alcanzar niveles más altos de salud y bienestar. A día de hoy, esta teoría sigue siendo objeto de análisis, desarrollo y aplicación para explicar las relaciones entre los diversos factores que se considera que influyen en los cambios de comportamiento relacionados con la salud (16,17).

Por otro lado, Jean Watson desarrolló la teoría del cuidado transpersonal, que busca integrar el arte, la ciencia y los cuidados humanizados de la enfermería. Su objetivo es promover, preservar, recuperar y rehabilitar la salud, así como fomentar el crecimiento humano del individuo. Se enfoca en el cuidado auténtico de la persona en su totalidad, atendiendo a la mente, el cuerpo y el espíritu para lograr un proceso de curación satisfactorio. La teoría se compone de cuatro elementos conceptuales: procesos de caritas clínicas y sanitarias, relaciones de cuidado transpersonal, momento de cuidado/ocasión de cuidado y conciencia de cuidado relacionado con el mismo (3,18).

La teoría de la diversidad y la universalidad de los cuidados culturales de Madeleine Leininger destaca la importancia de comprender y respetar las diferencias culturales en la práctica de enfermería. Leininger sostiene que todos los seres humanos requieren cuidados, pero que estos pueden manifestarse de manera diferente según la cultura. Esta teoría subraya la necesidad de que el personal de enfermería considere este aspecto del paciente al proporcionar cuidados, reconociendo que las creencias, valores y prácticas culturales influyen en el ejercicio (7,19).

Imogene M. King desarrolló la teoría de la consecución de objetivos y la del logro de metas como parte de su sistema conceptual de enfermería. Esta teoría se centra en la interacción entre el personal de enfermería y el paciente. Destaca la importancia de establecer metas mutuamente aceptadas para lograr resultados positivos en la salud. King y otros autores enfatizan la importancia de la comunicación, la interacción y la colaboración en la atención de salud (7,20,21).

Martha E. Rogers es conocida por su teoría de los seres humanos unitarios, que cambió la forma en que se veía a las personas en el ámbito de la salud. Su teoría se centra en la idea de que los seres humanos y su entorno están interconectados en un continuo de energía. Según Rogers, los seres humanos son seres integrales y únicos, y la enfermería debe centrarse en promover la salud y el bienestar a través de la armonía entre la persona y su entorno (7,22).

El Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS) de Ecuador (23), implementado oficialmente en el año 2007, como parte de las reformas del sistema de salud en el país, es un enfoque de atención médica que busca proporcionar servicios de salud integrales, equitativos y de calidad a toda la población. Este modelo se basa en principios de accesibilidad, universalidad, solidaridad, participación social y calidad de atención. El MAIS se implementa a través de redes integradas de servicios de salud que incluyen atención primaria, especializada, hospitalaria y de rehabilitación, con énfasis en la prevención, promoción y atención de enfermedades. Este modelo también enfatiza la participación activa de la comunidad en la planificación, gestión y evaluación de los servicios de salud.

En la actualidad, las investigaciones sobre nuevos modelos y teorías de enfermería se orientan hacia los cambios culturales de la población, afectados por los movimientos migratorios y la evolución de los factores relacionados con el proceso de salud y enfermedad. Estos elementos son cruciales para que la enfermería pueda desempeñar su labor respetando las tradiciones, hábitos y creencias de los pacientes que reciben sus cuidados (24).

Ahora bien, según la Organización Mundial de la Salud (OMS) (25), la esperanza de vida global ha aumentado significativamente entre 2000 y 2019. Durante este período, la esperanza de vida pasó de 66.8 años a 73.4 años, lo que representa un incremento de más de seis años. Además, la esperanza de vida saludable también ha mejorado, pasando de 58.3 años en 2000 a 63.7 años en 2019, un aumento del 8%. Este avance se debe principalmente a la disminución de la mortalidad en lugar de una reducción en los años vividos con discapacidad. A medida que las personas viven más años, a menudo con enfermedades crónicas o condiciones que requieren atención continua, la demanda de servicios de salud en el hogar y en la comunidad se incrementa. Los profesionales de enfermería, capacitados en estos ámbitos, son esenciales para proporcionar cuidados integrales y de calidad, adaptados a las necesidades individuales y familiares (25-27).

Ante esta realidad y considerando las múltiples necesidades emergentes en la población ecuatoriana, se ha integrado el Modelo de Atención Integral de Salud con enfoque familiar, comunitario e intercultural (MAIS-FCI), incorporando la estrategia de Atención Primaria en Salud. Este modelo busca mantener un enfoque biopsicosocial, multidisciplinario e intercultural para abordar los problemas de salud, gestionar eficazmente y prevenir enfermedades crónicas (28). Además, promueve resultados de salud más equitativos e involucra a las comunidades en la planificación y gestión de servicios, orientando la acción de los actores del Sistema Nacional de Salud. El documento está fundamentado en la Constitución de la República del Ecuador, el Plan Nacional para el Buen Vivir (PNBV) y la Agenda del Sector Social, con el objetivo de alcanzar el bienestar colectivo y ofrecer servicios públicos de alta calidad (23,27,29).

La OMS destaca la importancia de mejorar la calidad de vida como condición esencial para lograr la salud. Su estrategia de promoción de la salud incluye reorientar el modelo de atención hacia un

enfoque integral centrado en la prevención y promoción, construir políticas públicas saludables, realizar intervenciones intersectoriales, fomentar estilos de vida y entornos saludables, y asegurar la participación activa de la población (30).

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) afirma que la Atención Primaria de Salud es fundamental para que las naciones logren los objetivos de desarrollo del milenio. Esta estrategia promueve el acceso universal a servicios de salud integrales, agua potable, y sistemas sanitarios adecuados, así como la prevención y control de enfermedades, todo ello con la participación activa y organizada de las comunidades (31).

En el presente, a pesar de la relevancia de las teorías de enfermería y su aplicación, todavía se observa una escasa integración de estas. Esto se debe a la elevada cantidad de pacientes y al limitado tiempo disponible en la atención primaria, lo que puede llevar a abordar únicamente el bienestar físico y pasar rápidamente al siguiente paciente, descuidando aspectos fundamentales basados en los principios de enfermería (32). Tras reflexionar en lo anterior, surgió la necesidad de identificar la presencia de teorías de enfermería en el MAIS mediante la investigación.

Metodología

La revisión bibliográfica se realizó en el segundo semestre de 2020. Se tuvieron en cuenta bases de datos reconocidas como Scielo, Medigraphic, Ridec, Elsevier, Dialnet, Redalyc, Google académico, así como visitas en sitios web oficiales de la OMS, OPS y el INEC.

Las palabras claves para la búsqueda fueron: Modelo de Atención Integral de Salud, Teorías de enfermería, Metaparadigmas en enfermería, primer nivel de atención. Entre los criterios de inclusión se tomaron aquellos de acceso abierto publicados entre 2015 a 2020. Tras el filtrado, título, resumen y texto completo se seleccionaron 62 documentos en los que se incluyeron artículos y páginas oficiales de organizaciones de salud.

Resultados

El Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS) se implementó en Ecuador como parte de la transformación del sistema nacional de salud, centrado en la atención integral y continua de la salud de la población, incluyendo la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación. Esta iniciativa surgió a raíz de la necesidad de mejorar la calidad y la accesibilidad de los servicios de salud en Ecuador. Antes de la implementación de estos modelos, el sistema de salud ecuatoriano enfrentaba limitaciones significativas en términos de atención integral a toda la población.

El Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural (MAISFCI) (23) también fue introducido en Ecuador en 2012 y se enfoca específicamente en la atención familiar y comunitaria, incorporando un fuerte componente intercultural para asegurar que las prácticas de salud respeten y valoren las tradiciones y necesidades culturales de las diferentes comunidades asegurando una cobertura de salud más inclusiva y equitativa.

A través de la revisión realizada se pudo encontrar artículos que relacionan el espíritu del modelo de salud ecuatoriano y constatan la importancia o relevancia de su contenido. Asimismo, se indagó la relación del modelo con los postulados teóricos de enfermería y otras bases conceptuales. Una investigación similar, la de Naranjo Ferregut del 2014 (33), analiza de manera muy sucinta las bases

conceptuales de este modelo como estrategia fundamental para mejorar la salud de la población del Ecuador. Por lo que el presente estudio pretende profundizar más allá de sus aportes.

La literatura científica constata la importancia del espíritu del modelo de salud ecuatoriano

Caridad Dandicourt (34) en su artículo denominado “El cuidado de enfermería con enfoque en la comunidad” indica que el cuidado al usuario debe estar enfocado en base a las necesidades y prioridades de la persona, familia y la propia comunidad; sin olvidar aspectos como disponibilidad de recursos, nivel de riesgo, perfil epidemiológico; así como las particularidades culturales y étnicas que se asocian con creencias, religión, prácticas, formas de vida, leyes, valores y el lenguaje. En donde la cultura del individuo juega un rol importante a la hora de brindarles atención profesional. A este respecto, el MAIS-FCI, destaca que:

La incorporación de la interculturalidad implica fundamentalmente un posicionamiento ético y político de reconocimiento y respeto a la diversidad que permita una interacción horizontal y sinérgica, sustentada en el conocimiento, el dialogo y el irrestricto respeto a los derechos de las personas. (22, p.40)

De acuerdo con Muñíz Toyos (35), las percepciones que las personas tienen sobre los procesos de salud y enfermedad están intrínsecamente ligadas a su contexto cultural. Por lo tanto, estas interpretaciones pueden afectar la implementación de cuidados e intervenciones adecuadas. En este contexto, la enfermería transcultural es fundamental, ya que la aplicación de la teoría de Leininger permite mejorar los cuidados alineados con la cultura de la persona y su entorno familiar.

En términos de relación, tanto Leininger como el MAISFCI comparten la premisa de que el cuidado de la salud debe ser sensible y congruente con las prácticas culturales de las personas a las que se atiende. Ambos enfoques enfatizan la importancia de la competencia cultural en los profesionales de la salud y la necesidad de adaptar las intervenciones de salud a las necesidades y contextos culturales específicos de los individuos y las comunidades.

En 2018, Naranjo et al. (6), señalaron que los cuidados del individuo son complejos en la actualidad, lo que exige la incorporación de las teorías de enfermería en la práctica profesional. Los autores destacan que las teorías más aplicadas para mejorar el cuidado en el primer nivel de atención han sido las propuestas por teóricos como Nightingale, Orem, Henderson y Leininger.

Nightingale es conocida por sus avances en la enfermería moderna, particularmente su énfasis en la higiene, el entorno saludable y la atención integral del paciente, no solo la enfermedad. Estos principios son fundamentales para el MAIS-FCI, que también promueve una atención integral, centrada en la familia y la comunidad, y que respeta y valora la diversidad cultural: “La cartera de servicios disponibles debe ser suficiente para responder a las necesidades de salud de la población, incluyendo la promoción, prevención, diagnóstico precoz, atención curativa, rehabilitadora y paliativa y apoyo para el autocuidado” (22, p. 37).

Respecto a la relación del modelo con los aportes de Dorothea Orem, el MAIS-FCI, menciona que tanto en el enfoque individual como en el familiar:

El equipo de salud debe identificar oportunamente problemas y factores de riesgo de cada uno de sus miembros y de la familia en su conjunto, así como factores protectores y brindar una atención integral, promoviendo el autocuidado, brindando apoyo y seguimiento, educando y potenciando prácticas y relaciones saludables (22, p. 61).

Dorothea Orem es conocida por su Teoría del Autocuidado (7,11,13), que enfatiza la capacidad de los individuos para cuidar de sí mismos y la importancia de la enfermería en apoyar ese proceso. Este enfoque es relevante para el MAIS-FCI, que promueve la salud familiar y comunitaria a través de la participación activa de los individuos y las comunidades en su propio cuidado.

La anterior visión es similar a la de Virginia Henderson, reconocida por su definición amplia de enfermería. Henderson desarrolló la teoría de las 14 necesidades básicas del ser humano (7,9,11,36). Esta proporciona un marco conceptual para la enfermería centrada en el paciente, enfatizando la importancia de satisfacer las necesidades básicas de los individuos para lograr la salud y el bienestar. El MAIS-FCI de Ecuador, por otro lado, es un modelo de atención en salud que busca integrar los conocimientos tradicionales y científicos, promoviendo la participación comunitaria y la interculturalidad en la atención primaria de salud. Este modelo se basa en la idea de que la salud es un proceso dinámico y multidimensional, influenciado por factores biológicos, socioeconómicos, culturales y ambientales.

En términos de relación, el modelo de Henderson y el MAIS-FCI comparten la idea fundamental de centrar la atención en las necesidades del individuo y su entorno, reconociendo no solo los aspectos físicos, sino también los emocionales, sociales y culturales de la salud. Ambos enfoques enfatizan la importancia de la participación activa del individuo y la comunidad en su propio cuidado y bienestar.

Por su parte, García Guzmán (15), sostiene que para alcanzar un óptimo nivel de salud en la población es esencial implementar acciones y estrategias que promuevan la apropiación de conocimientos en salud, la adopción de hábitos saludables, la culturización de la salud, la participación ciudadana, y la cooperación entre instituciones y organizaciones comunitarias. En ese marco el Modelo del MAIS-FCI se alinea a los metaparadigmas de la enfermería comunitaria, el paciente, la comunidad, el cuidado, la salud, la salud comunitaria y el entorno.

En añadidura, Aguirre Boza y Achondo (37) y Mateos Rodilla (38) matizan que otra estrategia a promover es el liderazgo. El profesional debe ser capaz de dirigir al equipo y las acciones a realizar con el individuo, la familia y la comunidad. Además, se debe mejorar la calidad de la práctica asistencial mediante la investigación y la evidencia científica, la capacidad para mejorar la organización de la práctica asistencial, así como fomentar el desarrollo personal y del equipo de salud en su totalidad.

Asimismo, Naípe Delgado (21) señala que una comunicación eficaz por parte del profesional de enfermería hacia el usuario es crucial para alcanzar los objetivos de los pacientes, organizaciones e instituciones. Por lo tanto, el profesional debe estar capacitado para anunciar, instruir y explicar los comportamientos sanos que el usuario debe adoptar durante la promoción, prevención, curación y rehabilitación. En sintonía con lo anterior el modelo ecuatoriano expresa lo siguiente:

El MAIS-FCI impulsará la participación plena de la comunidad y de los colectivos organizados, generando estrategias y mecanismos organizativos y comunicacionales que faciliten el

involucramiento de la población en los procesos de información, planificación, implementación y seguimiento de las acciones de salud, evaluación, veeduría y control social (23, p. 56).

Experiencias con el modelo

El estudio realizado por Espinoza Castillo, en el 2016, reveló que el 100% del personal de enfermería manifestó no haber recibido capacitación sobre el modelo de atención. El autor resalta que esta situación dificulta el cumplimiento de principios fundamentales como la universalidad, calidad, eficiencia y eficacia en la atención. En este contexto, la aplicación de teorías resulta crucial para orientar la práctica asistencial (39). Lo anterior refleja que el modelo de Atención de Integral de Salud, familiar comunitario e intercultural a pesar de ser una política del Ministerio de Salud Pública para 2016 no se cumplía completamente.

Posteriormente, el estudio de Dominguez Bernita y colaboradores (40), publicado en el 2017, resaltaron aspectos importantes del modelo como la promoción de la salud para mejorar la calidad de vida en la sociedad. Destacaron la relevancia de incorporar enfoques interculturales basados en el análisis y el conocimiento, lo que facilitaría la toma de decisiones acorde a las necesidades individuales. Además, encontraron que el 78.6% del personal de salud había recibido capacitación sobre el modelo del MAIS; mientras que el 21.4% aún no tenía claros los objetivos, funciones y componentes de dicho modelo.

Desde otra perspectiva, no directamente vinculada con el modelo, pero sí con el sistema de salud de Ecuador, Chang Campos (29) señaló que los principales desafíos del sistema ecuatoriano están relacionados con la sostenibilidad financiera de la universalidad y gratuidad, en armonía con la calidad de la atención.

La importancia del uso y la aplicación de teorías en la salud pública radica en la estandarización del lenguaje y las prácticas de enfermería en diversas organizaciones y grupos, con el objetivo de proteger la salud de la población (41).

Discusión

León Román (9) señala que, si bien existen diversos modelos y teorías de enfermería, estas no se contradicen, sino que se complementan y se han creado para abordar los fenómenos desde diferentes perspectivas con el objetivo de satisfacer las necesidades de la población (36). También, Vele Bacuilima y Veletanga León (42), indican que la implementación de teorías relacionadas con el proceso de enfermería representa una herramienta inestimable para proporcionar cuidados de manera sistemática. Además, de mejorar la realización de la valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación de los cuidados proporcionados, para evaluar de manera completa y personalizada a cada individuo (43,44). Lo anterior es crucial a la hora de plantear los objetivos de documentos gubernamentales en materia de salud.

En relación con lo anterior, Pinzón en su revisión “Distancias entre la teoría y la práctica en el desarrollo” señala que en el ámbito asistencial prevalece un enfoque biomédico/técnicista excesivo, lo cual dificulta el desarrollo adecuado de las funciones del personal enfermero. En muchas

ocasiones, la enfermería se limita a cumplir con las actividades diarias, generando rutinas y alejándose de la aplicación teórica que debería sustentar su práctica (45).

Desde la visión de Aredo (46), el rol de los enfermeros se ha enfocado en asistir la enfermedad del paciente y asumir las funciones de prevención, en lugar de promover la salud. Actualmente, esta labor es más reparadora, respondiendo a las demandas de las tareas curativas. Esta situación ha generado un alto grado de dependencia, donde las enfermeras han adoptado una orientación biomédica, centrándose principalmente en la enfermedad y relegando la promoción de la salud, que es un componente del modelo ecuatoriano.

Conclusiones

El Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI) se enfoca en atender no solo al individuo, sino también a la familia y la comunidad, priorizando la promoción de la salud y la prevención de enfermedades. Este enfoque busca alcanzar la equidad en la provisión de servicios y respeta la interculturalidad. A través de la revisión bibliográfica se pudo constatar que el espíritu del modelo tiene raíces en lineamientos de la Organización Mundial de Salud y de contribuciones de teóricos como Florence Nightingale, Dorothea E. Orem, Nola Pender, Jean Watson, Virginia Henderson, Madeleine Leininger, entre otros.

Por lo cual, teniendo en cuenta los principios del Modelo de Atención Integral de Salud del MAIS-FCI, es esencial destacar que el profesional debe adoptar una perspectiva holística, para tomar decisiones oportunas según las necesidades del individuo, la familia y la comunidad. Esto abarca los aspectos biológicos, psicológicos y sociales, proporcionando un cuidado integral con calidad y calidez humana a cada persona.

Además, dentro de las funciones principales del personal de enfermería se encuentran el promover el autocuidado mediante la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de enfermedades. También desarrollan actividades en investigación, docencia y administración de servicios, fomentando una mayor independencia y autonomía en la toma de decisiones asistenciales y de gestión.

Las ideas tratadas en este tema nos permiten afirmar que la ciencia de enfermería no puede existir sin la incorporación de la investigación científica, la cual sustenta y enriquece su cuerpo de conocimientos, el cual debe estar en constante dinamismo y evolución en todas las esferas de la sociedad.

Financiación: los autores declaran que no han recibido financiación.

Declaraciones: los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Referencias

1. Marques dos Santos SV, Carnevalli Motta AL, Rezende Dázio EM, Souza Terra F de, Rodrigues Resck ZM, Coelho Leite Fava SM, et al. Entender el sentido de los cuidados en enfermería. *Rev Cubana Enferm.* 2015;31(3).
2. Castro M, Simian D. La enfermería y la investigación. *Revista Médica Clínica Las Condes.* 2018;29(3):301–10.
3. Rodríguez-Gómez R. Los orígenes de la enfermería comunitaria en Latinoamérica. *Revista de la Universidad Industrial de Santander Salud.* 2017;49(3):490–7.
4. Martínez Riera JR. Elsevier. 2014. ¿Qué papel desempeñan las enfermeras comunitarias en el marco de la Atención Primaria de salud? Disponible en: <https://www.elsevier.com/es-es/connect/que-papel-desempenan-las-enfermeras-comunitarias-en-el-marco-de-la-atencion-primaria-de-salud>
5. Naranjo-Hernández Y, Álvarez-Rodríguez R, Mirabal-Requena JC, Álvarez-Escobar B. Florence Nightingale, la primera enfermera investigadora. *AMC.* 2020;24(3):277–86.
6. Naranjo-Hernández Y, González-Hernández L, Sánchez-Carmenate M. Proceso Atención de Enfermería desde la perspectiva docente. *AMC.* 2018;22(6):831–42.
7. Raile Alligood M. Modelos y teorías en enfermería. Elsevier; 2018.
8. San Martín-Rodríguez L. Práctica avanzada en Enfermería y nuevos modelos de organización sanitaria. *Enferm Clin.* 2016;26(3):155–7.
9. León Román CA. Nuevas teorías en enfermería y las precedentes de importancia histórica. *Rev Cubana Enferm.* 2017;33(4):1–6.
10. Vera MG, Merighi MAB, Conz CA, Silva MH da, Jesus MCP de, González LAM. Primary health care: the experience of nurses. *Rev Bras Enferm.* 2018;71(suppl 1):531–7.
11. OSAKIDETZA. Modelo y teorías de enfermería: características generales de los modelos y principales teóricas. En: Manual CTO para la preparación de las oposiciones de enfermería. Grupo CTO Editorial; 2018.
12. De Arco-Canoles ODC, Suarez-Calle ZK. Rol de los profesionales de enfermería en el sistema de salud colombiano. *Univ Salud.* 2018;20(2):171.
13. Naranjo Hernández Y, Concepción Pacheco JA, Rodríguez Larreynaga M. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. *Gac Méd Espirit.* 2017;19(3):89–100.
14. Piscoya Angeles PN, Leyva-Moral JM. Intercambio internacional para la adquisición de competencias en la enseñanza de la Enfermería. Un análisis reflexivo bajo la teoría de Patricia Benner. *Index Enferm.* 2017;26(1–2):96–100.
15. García Guzmán LF. Modelo de enfermería comunitaria. Una propuesta para el abordaje integral de la salud en Nicaragua. *RIdEC.* 2016;9(1):54–67.
16. Luna Castro ME, Molina Molina SJ. Intervenciones de enfermería en promoción de la salud, en el Centro Clínico Quirúrgico Ambulatorio Hospital del Día Chimbacalle del Instituto Ecuatoriano de

Seguridad Social [Internet] [Tesis de grado]. [Quito]: Universidad Central del Ecuador; 2018. Disponible en: <http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/15248>

17. Arriaga-García A, Obregón-De La Torre M. Conocimientos y actitudes sobre el cuidado humanizado en enfermeras de Lima. CASUS Revista de Investigación y Casos en Salud. 2019;4(2):102-10.

18. Hermosilla Ávila A, Mendoza Llanos R, Contreras Contreras S. Instrumento para valoración del cuidado humanizado brindado por profesionales de enfermería a personas hospitalizadas. Index Enferm. 2016;25(4):273-7.

19. Olivé Ferrer C. Cuidado humanístico y transpersonal: esencia de la enfermería en el siglo XXI. Fundamentos disciplinares. Salus. 2015;19(3):20-6.

20. Elers Mastrapa Y, Gibert Lamadrid M del P. Relación enfermera-paciente: una perspectiva desde las teorías de las relaciones interpersonales. Rev Cubana Enfermer. 2016;32(4):126-36.

21. Naípe Delgado MC, Estopiñán García M, Martínez Abreu J. La comunicación en el primer nivel de atención de salud. Rev Méd Electrón. 2016;38(2).

22. Hernando-Gonzalez AC. La gestión del cuidado. Revista Enfermería CyL. 2015;7(2):61-6.

23. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Modelo de Atención Integral del Sistema Nacional de salud Familiar Comunitario e Intercultural. Quito: MINISTERIO DE SALUD PUBLICA DEL ECUADOR; 2012.

24. Carazo Fernández E. Evolución de los cuidados de enfermería desde Florence Nightingale [Internet] [Trabajo fin de grado]. Universidad de Valladolid; 2017. Disponible en: <https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/30534/TFG-H1254.pdf;jsessionid=1B2BAC1EE12B3C4F1972AE43656A2F61?sequence=1>

25. World Health Organization. WHO. GHE: Life expectancy and healthy life expectancy. Disponible en: <https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates/ghe-life-expectancy-and-healthy-life-expectancy>

26. Escobar Castellanos B, Paravic-Klijn T. La transculturalidad, elemento esencial para mejorar la atención en salud y de enfermería. Revista Enfermería Actual. 2017;(32):1-15.

27. Gafas González C, Roque Herrera Y, Bonilla Pulgar GE. Modelo de atención integral de salud vs. calidad asistencial en el primer nivel, Riobamba 2014-2017. Educación Médica. 2019;20:136-42.

28. González Vázquez MS, Crespo Knopfler S. Salud pública y enfermería comunitaria. Manual Moderno; 2018.

29. Chang Campos CJ. Evolución del sistema de salud de Ecuador. Buenas prácticas y desafíos en su construcción en la última década 2005-2014. Anales de la Facultad de Medicina. 2018;78(4):452.

30. Organización Mundial de la Salud. Carta de Bangkok para la promoción de la salud en un mundo globalizado. En: 6.a Conferencia Mundial de Promoción de la Salud. Bangkok: OMS; 2005.

31. OPS. PAHO. Atención primaria en salud. Disponible en: https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_topics&view=article&id=389&Ite=&lang=es#gs.c.tab=0

32. Campos C, Vargas X, Milos P. Los servicios profesionales de la enfermera(o) en la legislación chilena. *Revista Médica Clínica Las Condes*. 2018;29(3):270-7.
33. Naranjo Ferregut JA, Delgado Cruz A, Rodríguez Cruz R, Sánchez Pérez Y. Consideraciones sobre el Modelo de Atención Integral de Salud del Ecuador. *Rev Cubana Med Gen Integr* . 2014;30(3).
34. Dandicourt Thomas C. El cuidado de enfermería con enfoque en la comunidad. *Rev Cubana Med Gen Integr*. 2018;34(1):55-62.
35. Muñíz Toyos N. Cuidados enfermeros y coherencia cultural. *Ene*. 2014;8(1):0-0.
36. Naranjo Hernández Y, Jiménez Machado N, González Meneses L. Análisis de algunas teorías de Enfermería y su vigencia de aplicación en Cuba. *AMC*. 2018;22(2):231-43.
37. Aguirre-Boza F, Achondo B. Atención primaria de salud en Chile: enfermería de práctica avanzada contribuye al acceso universal de salud. *Rev Med Chil*. 2016;144(10):1319-21.