GRUPO de INVESTIGACIÓN HISTORIA y PENSAMIENTO ENFERMERO

EHI ENFERMERÍA HISTORIA *e* INVESTIGACIÓN

VOLUMEN 9 Número 1 (2022) *I*SSN*e* 2542-3444

UNIVERSIDAD DE LOS ANDES
VENEZUELA

ESCUELA DE ENFERMERÍA
FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD DE LOS ANDES
MÉRIDA, VENEZUELA

EHI
ISSNe 2542-3444
VOLUMEN 9
Número I (2022)

UNIVERSIDAD DE LOS ANDES

AUTORIDADES

RECTOR: Mario Bonucci Rossini
VICERRECTOR ADMINISTRATIVO: Manuel Aranguren
VICERRECTORA ACADÉMICA: Patricia Rosenzweig
SECRETARIO: José María Andérez
DECANO DE LA FACULTAD DE MEDICINA: Gerardo J. Tovitto Paredes
DIRECTOR DE LA ESCUELA DE ENFERMERÍA: Asdrúbal Velasco

EQUIPO EDITORIAL

EDITORA JEFE: Alba Rosa Fernández, Universidad de Los Andes (ULA, Venezuela)
EDITOR ADJUNTO: Gustavo Alcántara, Universidad de Los Andes (ULA, Venezuela)

COMITÉ EDITORIAL
Miembros nacionales
Alba Rosa Fernández, Universidad de Los Andes (ULA, Venezuela)
María Vega de Peña, Universidad de Los Andes (ULA, Venezuela)
Gustavo Alcántara, Universidad de Los Andes (ULA, Venezuela)

Miembros internacionales
Eduardo Sánchez Uzcátegui, Universidad Autónoma de Madrid (UAM, España)
Karina Díaz Morales, Universidad Autónoma Nuevo León (UANL, México)
María Eugenia Vega, Institución Universitaria Politécnico Grancolombiano (POLI, Colombia)
Yennys Katiusca Benavente Sánchez, Universidad Nacional Autónoma de Tayacaja "Daniel Hernández Morillo" (UNAT, Perú)
Viviana Marycel Céspedes, Universidad Nacional de Colombia (UNAL, Colombia)
Olga Osorio Murillo, Universidad Libre Cali (Unilibre, Colombia)
José Antonio Peña Vega, Medicine Oregon Health & Science University (OHSU, EEUU)
Génesis Ivanoba Briceño Gavidia, Medicine Oregon Health & Science University (OHSU, EEUU)

COMITÉ CIENTÍFICO Y DE ARBITRAJE

Karina Díaz Morales, Universidad Autónoma Nuevo León (UANL, México)
Camilo Eduardo Bautista Saavedra, Universidad Católica de Oriente (UCO, Colombia)
Viviana Marycel Céspedes, Universidad Nacional de Colombia (UNAL, Colombia)
Olga Osorio Murillo, Universidad Libre Cali (Unilibre, Colombia) y Universidad Santiago de Cali (USC, Colombia)
María Luisa Molano, Universidad del Valle (Univalle, Colombia)
Digna Escobar, Universidad de Carabobo (UC, Venezuela)
María Teresa Miralles, Universidad Alcalá de Henares (UAH, España)
Eduardo Sánchez Uzcátegui, Universidad Autónoma de Madrid (UAM, España)
Ricardo Ruiz, Universidad Pedagógica Experimental Libertador (UPEL, Venezuela)
María Vega de Peña, Universidad de Los Andes (ULA, Venezuela)
Alba Rosa Fernández, Universidad de Los Andes (ULA, Venezuela)
Gustavo Alcántara, Universidad de Los Andes (ULA, Venezuela)
María del Carmen Álvarez, Universidad Central de Venezuela (UCV, Venezuela)
Asdrúbal Velasco Cañas, Universidad de Los Andes (ULA, Venezuela)

CONCEPTO GRÁFICO Y DISEÑO EDITORIAL Gustavo Alcántara. supergalcantara@gmail.com

IMAGEN DE PORTADA Tomado del Periódico SER (1968), publicación del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social (MSAS), Caracas-Venezuela.

La revista **Enfermería, Historia e Investigación (EHI)**, posee acreditación del Consejo de Desarrollo Científico, Humanístico, Tecnológico y de las Artes. Universidad de Los Andes-Venezuela (CDCHTA-ULA).

La revista **Enfermería, Historia e Investigación (EHI)**, asegura que los editores, autores y árbitros cumplen con las normas éticas internacionales durante el proceso de arbitraje y publicación. Del mismo modo aplica los principios establecidos por el Comité de Ética en Publicaciones Científicas (COPE). Igualmente todos los trabajos están sometidos a un proceso de arbitraje y de verificación por plagio.
Todos los documentos publicados en esta revista se distribuyen bajo una Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional. Por lo que el envío, procesamiento y publicación de artículos en la revista es totalmente gratuito.

Todos los derechos reservados. El contenido de esta revista está protegido por la Ley.
No puede ser reproducida, ni registrada o transmitida por cualquier medio de recuperación de información sin el permiso previo, por escrito, de los editores.
© 2022. Universidad de Los Andes.

Depósito Legal: ppi201502ME4601. ISSN electrónico: 2542-3444
Este número ha sido publicado gracias al apoyo de la Universidad de Los Andes, Mérida, Venezuela.

GRUPO de INVESTIGACIÓN
HISTORIA y PENSAMIENTO ENFERMERO.
ESCUELA de ENFERMERÍA, FACULTAD de MEDICINA,
UNIVERSIDAD DE LOS ANDES, MÉRIDA-VENEZUELA

UNIVERSIDAD DE LOS ANDES
VENEZUELA

El Grupo de Investigación «Historia y Pensamiento Enfermero» adscrito al Departamento de Enfermería de Fundamentos Clínica y Quirúrgica de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Los Andes (ULA) y reconocido por el Consejo de Desarrollo, Científico, Humanístico, Tecnológico y de las Artes (CDCHTA) del Vicerrectorado Académico de la ULA, bajo el código: ZG-HPE-M-01-11-06 de fecha 07/07/11, y el Seminario Permanente para la Investigación de la Historia de la Enfermería Venezolana, basados en las líneas de investigación: Historia de la Enfermería en Venezuela y Proceso Enfermero, manifiesta crear la revista científica Enfermería, Historia e Investigación (EHI), a fin de divulgar artículos originales e inéditos, notas científicas, casos clínicos y revisiones documentales actualizadas de las áreas citadas; siendo estas, aportadas por los investigadores, estudiantes universitarios, profesionales, comunidad y público en general con información científica, humanística y tecnológica; local, regional, nacional e internacional, enfocada en la academia, asistencia y gremio en las Ciencias de la Enfermería.

EHI
ISSNe 2542-3444
VOLUMEN 9
Número I (2022)

TABLA *de* CONTENIDO

5 **EDITORIAL**

INVESTIGACIÓN

6-16 Dengue, Zika y Chikungunya: conocimientos e información
Dengue, Zika and Chikungunya: knowledge and information
ABRAHAM ZERPA, EDUARDO JOSÉ SÁNCHEZ, PETRA MARÍA UZCÁTEGUI, EDITH MARISOL UZCÁTEGUI

17-29 Nivel de Síndrome de Burnout en profesionales de enfermería del área de emergencia
Level of Burnout Syndrome in nursing professionals in the emergency area
LAURIMAR RONDÓN, EGLIS GARCÍA, NAILLYBIS VALERO, ALBA FERNÁNDEZ

30-42 Violencia contra la mujer en las estudiantes de enfermería de una universidad pública
Violence against women in nursing students of a public university
EDUARDO JOSÉ SÁNCHEZ, EDITH MARISOL UZCÁTEGUI, PETRA UZCÁTEGUI

43-55 Relación entre la valoración enfermera con el FAST HUG y la mortalidad según APACHE II
Relationship between the nursing assessment with the FAST HUG and mortality according to APACHE II
YURASSY VILLARREAL, VANESSA MATUTE, WILLROSY COLMENARES

56-69 Relación entre la administración de drogas vasoactivas y la aparición de eventos adversos
Relationship between the administration of vasoactive drugs and the appearance of adverse events
WILLROSY COLMENARES, ANA LOBO, YURASSY VILLARREAL

REVISIÓN

70-81 Empoderamiento femenino en Enfermería y cambio de paradigma durante la Covid-19
Female empowerment in Nursing and paradigm shift during Covid-19
EVELYNE RIVAS

EHI
ISSNe 2542-3444
VOLUMEN 9
Número I (2022)

Editorial

Dr. GUSTAVO ALCÁNTARA
Facultad de Medicina
Universidad de Los Andes
Correo electrónico: supergalcantara@gmail.com

Como educadores universitarios, nuestra ética del investigador es concomitante con la ética en tanto profesionales. Sobrevienen pues, conjuntos de reglas sobre moralidad que perfilan nuestras conductas en este plano particular de la vida, vinculado al quehacer científico.

Entre los preceptos más relevantes a tomar en consideración figura la beneficencia, en vista de que el trabajo investigativo tiene que aspirar perennemente al bien de la humanidad. Ese es el anhelo, pero improbablemente seremos capaces de modular las consecuencias imprevistas que nuestra actividad indagatoria tendrá para la sociedad. Aquí traemos a colación el dilema de Albert Einstein, quien mientras teorizaba sobre la relatividad quizá dejó de entrever que en el despiadado contexto belicista esos elementos serían utilizados para engendrar la bomba atómica, que arrasaría con Hiroshima y Nagasaki.

El ambiguo límite entre el bien y el mal en la investigación es muchas veces imperceptible, sobre todo por esas consecuencias imprevisibles e incontrolables. Asimismo, es ilustrativo comentar la metáfora de *Frankenstein o el moderno Prometeo*, pues la sapiencia que brinda la ciencia forja un poder, esgrimido mediante el conocimiento aplicado. Todas las potestades envuelven ingentes responsabilidades, así que la avidez de mando debe ser palpable y controlable para el investigador. Pues cabe la opción que experimentemos una parecida a la del Doctor Fausto con Mefistófeles, de manera pertinaz, merodeando para tentarnos a sucumbir ante nuestros apetitos.

Como estudiosos de la sociedad interesados en temas que, como la salud, se tornan en políticos, frecuentemente nos encontramos ante el dilema de la ética profesional y la ideología política. Si se atiende a Maquiavelo, lo significativo sería conseguir el poder y conservar posiciones de dominio, lograr los objetivos, aunque esto implique uno de los peores sesgos del investigador: el político. Porque al perseguir tales metas, podemos vernos obligados a echar a un lado profundos ideales y pactar con adversarios de esta índole para solicitar financiamiento o autorización en el desarrollo de un proyecto social.

Por ello la ética indaga y obliga a cavilar, pero la moral exige que prediquemos con nuestros actos. Un médico cardiólogo puede salvar a sus pacientes con infarto agudo de miocardio y al dejar la sala de operaciones ir a consumir tabaco.

Lo complicado es entonces concretar lo ético en nuestra conducta cotidiana. Esto cobra mayor importancia si se toma en cuenta que además de investigadores somos docentes, por lo que se hace imprescindible estimular en nuestros estudiantes el pensamiento y desarrollo de destrezas en un área determinada del saber. También enseñamos a la gente patrones de comportamiento. Esa es la responsabilidad que reposa en los hombros del profesorado y que solo puede materializarse con auténtica vocación.

EHI
ISSNe 2542-3444
VOLUMEN 9
Número I (2022)

Recibido: 3/7/2021 Aceptado: 05/11/2021 DOI: https://doi.org/10.53766/EHI/2022.09.01.01

INVESTIGACIÓN

Dengue, Zika y Chikungunya: conocimientos e información

Dengue, Zika and Chikungunya: knowledge and information

Abraham Zerpa (MSc)[1]
Eduardo José Sánchez (MSc)[2]
Petra María Uzcátegui (MSc)[3]
Edith Marisol Uzcátegui (MSc)[4]

[1]Licenciado en Radiología, Universidad de Los Andes (ULA), Mérida-Venezuela. Licenciado en Comunicación Social, ULA. Magíster en Salud Pública, ULA.
ORCID: 0000-0003-2450-4513
[2]Licenciado en Enfermería, ULA. Doctorando en Estudios Interdisciplinares de Género, Universidad Autónoma de Madrid-España. Exprofesor, Escuela de Enfermería, ULA. Mérida. Correo: eduardosanchez16091977@gmail.com
ORCID: 0000-0003-1379-6661
[3]Licenciada en Enfermería, ULA. Magíster en Educación mención Docencia Universitaria, Universidad Fermín Toro, Núcleo Mérida. Profesora de Enfermería, Universidad Politécnica Territorial del Estado Mérida. ORCID: 0000-0002-8441-5582
[4]Licenciada en Enfermería, ULA. Magíster en Educación mención Docencia Universitaria, Universidad Fermín Toro, Núcleo Mérida. ORCID: 0000-0002-3642-5057

RESUMEN

Introducción: el Dengue, Zika y Chikungunya son enfermedades febriles agudas trasmitidas por el vector Aedes aegypti. Estas enfermedades representan un importante problema de salud pública a nivel mundial. **Objetivo:** determinar el conocimiento sobre el Dengue, Zika y Chikungunya y los medios de preferencia de la población para recibir información sobre estas enfermedades. **Metodología:** estudio cuantitativo, descriptivo y no experimental realizado en el sector Bella Vista de Ejido estado Mérida-Venezuela en el período 2017-2018. La técnica utilizada fue la encuesta y el instrumento un cuestionario aplicado a una muestra de 159 personas. **Resultados:** 40% casi siempre identificó al vector *Aedes aegypti* y a veces el 35% lo consideró como transmisor de estas enfermedades; el 74% siempre conoce su forma de reproducción. En relación al Dengue, 72% siempre reconoce al vector como transmisor de la enfermedad y un 75% siempre identifica su sintomatología. Por el contrario, 83% nunca determinó al *Aedes aegypti* como trasmisor del Zika, a diferencia del 54% que casi siempre lo reconoce para el Chikungunya. La información recibida de estas enfermedades por medios de comunicación o redes sociales indican que 85% siempre la recibió de la radio y 99% nunca por medio de redes sociales. **Conclusión:** la población estudiada conoce la existencia del vector Aedes aegypti, como causante del dengue y del Chikungunya, así como la sintomatología de estas enfermedades, pero no tiene claro el conocimiento sobre el Zika. Se hace necesario fomentar la educación, prevención y control de estas enfermedades. La radio es el principal medio de comunicación por donde se ha recibido información, más no las redes sociales.

Palabras clave: Dengue, Zika, Chikungunya, conocimiento, información, comunidad, *Aedes aegypti*.

ABSTRACT

Introduction: Dengue, Zika and Chikungunya are acute febrile diseases transmitted by the vector *Aedes aegypti*. These diseases represent a major public health problem worldwide. **Objective:** to determine the knowledge about Dengue, Zika and Chikungunya and the preferred means of the population to receive information about these diseases **Methodology:** quantitative, descriptive and non-experimental study carried out in the Bella Vista sector of Ejido, Mérida state, Venezuela, in the period 2017-2018. The technique used was the survey and the instrument a questionnaire applied to a sample of 159 people. **Results:** 40% almost always identified the *Aedes aegypti* vector and sometimes 35% considered it as a transmitter of these diseases; 74% always know their way of reproduction. In relation to Dengue, 72% always recognize the vector as a transmitter of the disease and 75% always identify its symptoms. On the contrary, 83% never determined *Aedes aegypti* as a Zika transmitter, as opposed to 54% who almost always recognized it for Chikungunya. The information received on these diseases through the media or social networks indicates that 85% always received it from the radio and 99% never through social networks. **Conclusion:** the population studied is aware of the existence of the vector Aedes aegypti, as the cause of dengue and Chikungunya, as well as the symptoms of these diseases, but is not clear about the knowledge about Zika. It is necessary to promote education, prevention and control of these diseases. Radio is the main means of communication through which information has been received, but not social networks.

Keywords: Dengue, Zika, Chikungunya, knowledge, information, community, *Aedes aegypti*.

—INTRODUCCIÓN

Los vectores son organismos vivos que pueden transmitir algunas enfermedades entre personas, o de animales a personas. Algunos son insectos hematófagos que ingieren microorganismos patógenos junto con la sangre de un portador infectado (persona o animal) y posteriormente los transmiten a otro portador, una vez replicado el patógeno[1]. Tal es el caso del Dengue, la infección vírica más frecuente transmitida por mosquitos del género *Aedes* a nivel mundial, en donde aproximadamente "3900 millones de personas en más de 129 países corren el riesgo de contraer dengue, y se estima que cada año se registran 96 millones de casos sintomáticos y 40 000 muertes" (s/p)[1].

Al igual que el virus del Dengue, el Zika y Chikungunya, representan un conjunto de enfermedades del grupo de las Arbovirosis, transmitidas por los mosquitos *Aedes aegypti* y *Aedes albopictus*. Su lugar de emplazamiento corresponde a las zonas tropicales y subtropicales[2]. Las tres enfermedades constituyen las Arbovirosis febriles agudas emergentes más frecuentes, con cuadros clínicos muy similares, principalmente durante la fase aguda[3], aunado a constituir auténticos desafíos mundiales tanto por el impacto socio-sanitario que causan sus epidemias como por la tasa elevada de hospitalización o de postración a domicilio, fallecimientos y artralgias persistentes[4]. Asimismo, la amenaza del mosquito *Aedes*, ya presente en muchas partes del mundo y con posibilidades de expandirse a otras, amerita de un enfoque multidisciplinario y coordinado, para enfrentarse a estos desafíos, como también de medidas preventivas y de control en la lucha anti vectorial.

En este contexto, las condiciones sociales de la población representan un factor determinante, sobre todo en personas con viviendas donde existan desagües obstruidos, agua almacenada, ausencia de abastecimiento de agua corriente y uso de depósitos destapados. Como también, inadecuado manejo de los desechos (que contribuyan con la reproducción del mosquito) y ausencia de conocimiento o escaso empleo de medidas de prevención para evitar estas enfermedades[3]. En este punto, el dengue, constituye uno de los mayores retos de salud pública, ya que un 40% de la población mundial corre riesgo de padecer esta enfermedad[3]. Al respecto, la Organización Mundial de la Salud (OMS)[5], refiere que:

> El dengue provoca un amplio espectro patológico, que puede abarcar desde una enfermedad asintomática (la persona puede no haberse percatado de que está infectada) hasta síntomas graves similares a los de la gripe en las personas contaminadas. Si bien es menos frecuente, algunas evolucionan hacia un dengue grave, que puede entrañar un número indeterminado de complicaciones vinculadas a hemorragias graves, insuficiencia orgánica, extravasación de plasma y un mayor riesgo de muerte si no se trata debidamente (s/p).

Por su parte, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) basada en los datos de los ministerios de salud de los países, reporta que Venezuela en 2019, registró 16.019 casos y 23 muertes por Dengue y, para el 2020, los casos fueron 6.721 con 14 muertes[6]. Estos datos, son

cuestionados por sociedades científicas y organizaciones no gubernamentales venezolanas, pues desde el 2016 el Estado Venezolano carece de un boletín epidemiológico de la situación, lo que no permite conocer la verdadera dimensión de la epidemia[7]. Aunado a lo anterior, se suma los señalamientos de subregistros, como también, una tardía detección de la enfermedad o falta de insumos, que podrían incidir en el índice de mortalidad[7]. También, son pocas las investigaciones recientes publicadas sobre la temática del estudio.

Es de resaltar que, el avance del Dengue, Zika y Chikungunya, alcanzan elevados niveles de morbimortalidad en una situación epidemiológica sumamente compleja, en donde existen condiciones que las favorecen, entre ellas: el cambio climático, el deterioro de los programas de control del vector, la urbanización no planificada y el crecimiento acelerado de la población[6]. En este último punto, la concentración de personas en zonas urbanas sin servicios públicos adecuados, pudiesen contribuir con la proliferación de los mosquitos, pues el agua acumulada en recipientes y diversos objetos, sirve de criadero del *Aedes aegypti* en áreas a las cuales los inspectores de salud no tienen acceso, además de la existencia de una infraestructura de salud deficiente en la mayoría de los países más afectados[8].

Con relación a la sintomatología de la fiebre del Zika, esta se caracteriza por aumentos considerables en la temperatura corporal, dolores articulares crónicos, cefaleas, debilidad y dolor muscular[9]. En algunos casos, los síntomas inician entre 2 y 7 días después de la picadura del mosquito con presencia de cefalea, conjuntivitis, dolor de estómago, mareos y fiebre, a los cuales siguen las siguientes complicaciones: malestar general, anorexia, eflorescencia o erupciones maculopapulares y un pronunciado dolor articular[9]. Además, Rincón y Acevedo[9], señalan que:

> El verdadero potencial de la enfermedad es aún desconocido, sin embargo, durante la pasada epidemia en Polinesia Francesa, se reportaron cerca de 73 casos del síndrome de Guillain-Barré y otros padecimientos neurológicos. Se sospecha que estos síntomas son complicaciones de la infección, pero esta relación aún se encuentra en investigación. Actualmente, la preocupación más importante en el cuadro clínico de esta infección, es debido a que se presume que el virus Zika, está asociado con el aumento de la incidencia de microcefalia en neonatos de mujeres que hayan contraído el virus durante el embarazo (p. 53).

Asimismo, la sintomatología relacionada con el Chikungunya se caracteriza por la aparición inmediata de fiebre (algunas veces superior a 40º C), seguida de eritema y dolores articulares. Otros signos frecuentes son: dolor muscular, dolor de cabeza, náuseas, fatiga y erupción cutánea. Los síntomas comienzan generalmente de 4 a 8 días después de la picadura de mosquitos, pero pueden aparecer en cualquier momento entre el día 2 y el día 12[10].

A lo anterior, se suma la relevancia del uso de los medios de comunicación y las redes sociales, que pudiesen servir para informar e influenciar en decisiones individuales y comunitarias dirigidas tanto a la prevención como a la promoción de salud. En este sentido, la comunicación es reconocida como un elemento necesario en los esfuerzos para mejorar la salud pública y para aportar el conocimiento acerca de la prevención de las enfermedades[11], como las

que se mencionan en este artículo. Considerando lo expuesto, el objetivo del presente estudio se centró en determinar el conocimiento sobre el Dengue, Zika y Chikungunya y los medios de preferencia de la población para recibir información sobre estas enfermedades.

— METODOLOGÍA

Estudio cuantitativo, descriptivo, con un diseño no experimental de campo, realizado en el sector Bella Vista de la Ciudad de Ejido estado Mérida-Venezuela, durante el periodo 2017-2018. La población estuvo conformada por 735 familias del sector mencionado y la muestra fue probabilística, compuesta por 159 familias de acuerdo con un muestreo probabilístico sistemático. El cálculo del tamaño de la muestra se realizó con el programa informático Epidat versión 3.1.

La técnica fue la encuesta y el instrumento fue el cuestionario elaborado por los autores, constituido por dos partes; la primera, correspondió a la obtención de datos socio demográficos y la segunda, conformada por 40 interrogantes con una escala Likert de 5 alternativas de respuesta para dar cumplimiento a los objetivos propuestos, considerando las siguientes dimensiones: conocimiento sobre la enfermedad de Dengue, Zika y Chikungunya y la información recibida por los medios de comunicación y redes sociales. La validez del instrumento se obtuvo a través del juicio de expertos y la confiabilidad por medio del Coeficiente Alfa de Cronbach (programa SPSS Windows versión 22), obteniendo un valor de 0,894.

— RESULTADOS

Tabla 1. Conocimiento sobre la existencia del vector *Aedes aegypti*

Vector *Aedes aegypti*	Siempre		Casi siempre		A veces		Casi Nunca		Nunca	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Identificación del vector	47	30	64	40	18	11	21	13	92	6
Transmisión de enfermedades	23	14	16	10	55	35	28	18	37	23
Reproducción del vector	118	74	24	15	16	10	-	-	1	1

Fuente: encuesta aplicada por los investigadores.
Lectura: frecuencia (f), porcentaje (%).

En la tabla 1, se observa que 40% casi siempre identifica al vector *Aedes aegypti* y 35% a veces consideró a dicho vector como transmisor de enfermedades. Por su parte, 74% siempre conoce la forma de reproducción de este vector.

Tabla 2. Conocimiento sobre transmisión y sintomatología del Dengue, Zika y Chikungunya

Conocimiento sobre la transmisión de la enfermedad por el vector *Aedes aegypti* y la sintomatología	Siempre		Casi siempre		A veces		Casi nunca		Nunca	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Dengue										
Transmisión	114	72	34	21	10	6	-	-	1	1
Sintomatología	119	75	27	17	13	8	-	-	-	-
Zika										
Transmisión	23	14	-	-	1	1	3	2	132	83
Sintomatología	31	20	36	23	64	40	28	17	-	-
Chikungunya										
Transmisión	17	11	86	54	47	29	6	4	3	22
Sintomatología	81	51	45	28	32	20	1	1	-	-

Fuente: encuesta aplicada por los investigadores.
Lectura: frecuencia (f), porcentaje (%).

En la tabla 2, un 72% siempre reconoce al vector *Aedes aegypti* como transmisor del Dengue y 75% identificó su sintomatología. En relación al Zika, 83% nunca determinó a este vector como transmisor de la enfermedad, mientras que 40% a veces consideró su sintomatología. Asimismo, 54% casi siempre estableció al vector citado como transmisor del Chikungunya, mientras que 51% siempre reconoció la sintomatología de la enfermedad.

Tabla 3. Medios de comunicación y redes sociales para recibir información sobre el Dengue, Zika y Chikungunya

Medios de comunicación y redes sociales	Siempre		Casi siempre		A veces		Casi nunca		Nunca	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Radio	134	85	-	-	18	11	-	-	7	4
Prensa escrita	114	72	3	2	38	23	-	-	4	3
Televisión	128	81	4	3	24	14	2	1	1	1
Redes sociales: Instagram Facebook y Twitter	1	1	-	-	-	-	-	-	158	99

Fuente: encuesta aplicada por los investigadores.
Lectura: frecuencia (f), porcentaje (%).

En la tabla 3, se observa que, en cuanto a los medios de comunicación, un 85% siempre recibió información sobre estas enfermedades a través de la radio. Mientras que, el 99% nunca obtuvo información por medio de las redes sociales.

— DISCUSIÓN

Las enfermedades causadas por Arbovirus transmitidas por el vector *Aedes aegypti*, como son el Dengue, Zika y Chikungunya, están aumentando tanto en incidencia como en distribución geográfica[4]. Incluso, han sido declaradas como pandemias y constituyen una amenaza global por la gran capacidad expansiva del vector[4]. Con relación a los resultados obtenidos, la mayoría de la población estudiada conocía la existencia del vector *Aedes aegypti*, como causante del Dengue y su sintomatología. Al comparar los resultados obtenidos con otras investigaciones recientes, Dávila et al.[12] señalan en su estudio que, el nivel de conocimiento sobre el Dengue fue bajo (76,2%). Asimismo, Campos et al.[13] refieren un grado de conocimiento global insuficiente (64,9%). Otro estudio realizado por Gutiérrez y Montenegro, demostró que el conocimiento sobre el control del mosquito fue menor del 50%, concluyendo que se debe enfatizar en la educación sanitaria a nivel poblacional para frenar el avance alarmante de este problema[14].

Con relación a lo expuesto, los conocimientos sobre el Dengue podrían influir en malas prácticas como el almacenamiento de agua y el abandono de objetos a la intemperie (llantas, ollas y vasijas) que pueden convertirse en depósitos de agua de lluvia y en sitios de cría del vector. Debe considerarse, sin embargo, que diversos autores han señalado que no existe una relación directa entre los conocimientos y la práctica[15]. Aunque seguirá siendo importante mantener los programas de prevención del Dengue que promuevan los conocimientos y las prácticas de la comunidad, con el fin de fomentar su participación en la adecuada eliminación de potenciales sitios de cría del vector[15].

En cuanto al Chikungunya, la mayoría de la población, reconoce al vector mencionado como transmisor de la enfermedad, así como también, su sintomatología. A diferencia de la enfermedad del Zika. En este aspecto, Cruz y Cruz[16], evidenciaron en su estudio que la población encuestada tenía un nivel de conocimiento satisfactorio (60%), mediante el reconocimiento del agente causal, su reproducción, forma de transmisión y sintomatología. Por su parte, un estudio exploratorio realizado por Ríos[17] determinó que la comunidad estudiada poseía un nivel de conocimiento medio, sin embargo, fallaron en el reconocimiento de los signos y síntomas. Con base a lo señalado y de acuerdo con la OMS[18], será necesario seguir avanzando en la educación sobre la temática en las comunidades destinadas a cambiar algunas prácticas que reduzcan las poblaciones del vector, como también al fomento de la vigilancia y control de la infección y sus complicaciones.

Con relación a los medios de comunicación, la mayoría había recibido la información acerca de estas enfermedades a través de la radio, más no por medio de redes sociales. En este último punto, son escasas las publicaciones relacionadas con la temática, aunque un estudio reciente[19], señala que entre 2015 y 2020, la adhesión al Instagram de las autoridades sanitarias sudamericanas de 12 países como herramienta emergente de salud pública, aumentó de 5 a 9 perfiles activos. En la muestra, predominaron los mensajes centrados en la prevención, la promoción de la salud y las instituciones. En este contexto, la salud de la población guarda una estrecha relación en el acceso y utilización de la información, especialmente cuando son temas que afectan directamente la calidad de vida y la salud de los seres humanos[20]. En consecuencia, la educación para la salud relacionada con estas enfermedades debería dar paso a una cultura multimediática y digital[21], integrando la participación de la comunidad en el control integral de esta problemática.

— CONCLUSIÓN

La población estudiada conoce la existencia del vector *Aedes aegypti*, como causante del Dengue y del Chikungunya, así como la sintomatología de estas enfermedades, pero no tiene claro el conocimiento sobre la forma de transmisión y sintomatología del Zika. En cuanto a los medios de comunicación social por los cuales reciben información sobre estas enfermedades, la radio es el principal medio, más no las redes sociales. Finalmente, se plantea la necesidad de fomentar la educación, la prevención y el control; así como la realización de nuevas investigaciones ante un posible escenario epidemiológico complejo de transmisión simultánea

con la COVID-19.

— REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). Enfermedades transmitidas por vectores. [Internet] 2020 [citado 3 febrero 2020]. Disponible en: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/vector-borne-diseases

2. Kasper D, Fauci A, Hauser S, Longo D, Jameson L. Loscalzo J. Harrison. Principios de Medicina Interna, 20ª ed. México: McGraw-Hill Global Education Holdings LLC; 2018.

3. Herrera A, Sánchez E. Arbovirosis febriles agudas emergentes: Dengue, Chikungunya y Zika. Medicina General y de Familia. [Internet] 2017 [citado 17 febrero 2021]; 6(3):127-130. Disponible en: http://dx.doi.org/10.24038/mgyf.2017.016

4. Leal M. Enfermedades emergentes: Dengue, Chikungunya y Zika. Anales de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Valladolid. [Internet] 2018 [citado 14 abril 2021]; 54:137-158. Disponible en: https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7140194

5. Organización Mundial de la Salud (OMS). Dengue y Dengue grave. [Internet] 2020 [citado 9 mayo 2021]. Disponible en: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/dengue-and-severe-dengue

6. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Dengue y Dengue Grave. Casos y Muertes para los Países y Territorios de las Américas. [Internet] 2020 [citado 10 junio 2021]; Disponible en: https://www3.paho.org/data/index.php/es/temas/in2dicadores-dengue/dengue-nacional/237-dengue-casos-muertes-pais-ano.html

7. Valladares C. Alertan sobre posible "subregistro" de casos de dengue en Venezuela. [Internet] 2019 [citado 7 marzo 2020]. Disponible en: https://www.vozdeamerica.com/a/venezuela-alerta-posible-subregistro-casos-dengue/5054781.html

8. Álvarez M, Torres A, Torres A, Semper A, Romeo D. Dengue, Chikungunya, Virus de Zika. Determinantes sociales. Revista Médica Electrónica. [Internet] 2018 [citado 25 noviembre 2020]; 40(1):120-128. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242018000100013

9. Rincón N, Acevedo D. Análisis general del brote epidemiológico causado por los virus Zika y Chikungunya en Colombia. Revista Med. [Internet] 2019 [citado 16 julio 2020]; 27(2):47-62. Disponible en: https://revistas.unimilitar.edu.co/index.php/rmed/article/view/3606

10. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Chikungunya. [Internet] 2017 [citado 14 septiembre 2020]. Disponible en: https://www.paho.org/es/temas/chikungunya

11. Guerra L, García O. El dengue: su enfoque comunicativo, aciertos y desafíos. Revista de Comunicación y Salud. [Internet] 2018 [citado 29 septiembre 2019]; 8(2):51-64. Disponible en: https://doi.org/10.35669/revistadecomunicacionysalud.2018.8(2).51-64

12. Dávila J, Guevara L, Díaz C. Nivel de conocimientos de dengue, signos de alarma y prevención en distrito de reciente brote. Revista Habanera de Ciencias Médicas. [Internet] 2021 [citado 16 julio 2021]; 20(2):1-14. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1729-519X2021000200014&script=sci_arttext&tlng=pt

13. Campos S, Sotelo G, Delgado E, Marín H. Grado de conocimiento sobre Dengue y medidas preventivas en el Distrito de San Clemente, Pisco-octubre 2020. [Tesis de Grado]. Perú: Universidad Autónoma de Ica; 2021 [citado 25 septiembre 2021]. Disponible en: http://repositorio.autonomadeica.edu.pe/handle/autonomadeica/983

14. Gutiérrez C, Montenegro J. Conocimiento sobre dengue en una región endémica del Perú. Estudio de base poblacional. Acta Médica Peruana. [Internet] 2017 [citado 16 septiembre 2019]; 34(4):283-288. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172017000400005

15. Ortiz C, Rúa G, Rojas C. Conocimientos, prácticas y aspectos entomológicos del dengue en Medellín, Colombia: un estudio comparativo entre barrios con alta y baja incidencia. Biomédica. [Internet] 2018 [citado 22 septiembre 2021]; 38:106-116. Disponible en: https://revistabiomedica.org/index.php/biomedica/article/view/3957

16. Cruz M, Cruz S. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre el Zika en las personas que acuden al centro de salud Sutiaba, León en el primer semestre del año 2017. [Tesis de Grado]. Nicaragua: Universidad Autónoma de Nicaragua; 2017 [citado 14 septiembre 2020]. Disponible en: http://riul.unanleon.edu.ni:8080/jspui/bitstream/123456789/7108/1/240577.pdf

17. Ríos C. Conocimiento sobre la infección por el virus del Zika en dos barrios de Paraguay. Revista electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta. [Internet] 2018 [citado 22 noviembre 2019]; 43(4). Disponible en: http://revzoilomarinello.sld.cu/index.php/zmv/article/view/1270/pdf_493

18. Organización Mundial de la Salud (OMS). Enfermedad por el virus de Zika. [Internet] 2018 [citado 23 mayo 2021]. Disponible en: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/zika-virus

19. Araujo P, Antunes M, Pisco A. Instagram como herramienta de salud pública: un estudio sobre América del Sur. Ámbitos. Revista Internacional de Comunicación. [Internet] 2021 [citado 22 julio 2021]; 53:63-81. Disponible en: https://revistascientificas.us.es/index.php/Ambitos/article/view/15857

20. Aceituno L. El tratamiento periodístico de las noticias relacionadas con los virus del Dengue y Zika en los medios digitales de Honduras (2010-2017). Perspectivas de la Comunicación [Internet] 2019 [citado 22 julio 2020]; 12(1):9-32. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48672019000100009

21. Biber P. Las Tecnologías de la Información y la Comunicación, entre la Educación para la Salud y el Dengue. Un análisis de sitios/páginas Web y su inclusión en el sistema educativo de la provincia de Córdoba. Revista de Educación en Biología [Internet] 2018 [citado 22 julio 2020]; 21(1):9-32. Disponible en: https://revistas.unc.edu.ar/index.php/revistaadbia/article/view/22547

EHI
ISSNe 2542-3444
VOLUMEN 9
Número 1 (2022)

Recibido: 11/5/21 Aceptado: 18/11/21 DOI: https://doi.org/10.53766/EHI/2022.09.01.02

INVESTIGACIÓN

Nivel de Síndrome de Burnout en profesionales de enfermería del área de emergencia

Level of Burnout Syndrome in nursing professionals in the emergency area

Laurimar Rondón (Lcda.)[1]
Eglis García (Lcda.)[1]
Naillybis Valero (Lcda.)[1]
Alba Fernández (Dra.)[2]

[1]Licenciada en Enfermería, Universidad de Los Andes (ULA), Mérida-Venezuela. Enfermera, Hospital II San José de Tovar, Mérida. Laurimar Rondón, ORCID: 0000-0002-7477-5867; Eglis García, ORCID: 0000-0002-8989-421X; Naillybis Valero, ORCID: 0000-0001-7612-9247

[2]Licenciada en Enfermería, ULA. Magíster en Educación, Universidad Pedagógica Experimental Libertador (UPEL), Mérida. Doctora en Enfermería, Universidad Nacional de Colombia (UN), Bogotá-Colombia. Postdoctora en Gerencia para el Desarrollo Humano (ULA). Grupo de Investigación Historia y Pensamiento Enfermero (ULA). Profesora Titular Jubilada, Escuela de Enfermería, ULA. Correo electrónico: revistaehi@gmail.com ORCID: 0000-0002-3829-5401

RESUMEN

Objetivo: determinar el nivel de Síndrome de Burnout (SB) que presentan los profesionales de enfermería del área de emergencia. **Metodología:** estudio con un enfoque cuantitativo del tipo descriptivo, diseño de campo y de corte transversal. La muestra estuvo conformada por 16 profesionales de enfermería que laboraban en el área de Emergencia Adulto del Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes (IAHULA) de Mérida-Venezuela. Se usó un cuestionario tipo encuesta, estructurado en tres partes: en la primera, el *Maslach Burnout Inventory* (MBI), que mide los tres aspectos del SB: cansancio emocional (CE), despersonalización (DP) y realización personal (RP) (22 ítems); la segunda parte, se enfocó en la sintomatología del SB por áreas (5 ítems) y la tercera parte, sobre las medidas preventivas que aplica el personal contra el SB (6 ítems), para un total de 33 ítems. **Resultados:** en los tres niveles del SB, las medias totales estuvieron bajas (entre 0-33 puntos según el MBI): el CE fue de 20,5 puntos, en la DP se obtuvo 11,4 puntos y en la RP 17,8 puntos; con una desviación estándar de 5,6 en el CE, siendo la menos dispersa. Los síntomas más frecuentes: cefalea (75%); desilusión, distracción y pérdida de expectativas (63%) cada uno. El 75% no realizaba ninguna actividad física, el 56% sentía la necesidad de una ayuda psicológica y cumplía más de 12 horas de trabajo diario y el 100% consideró que el ambiente físico laboral no era adecuado. **Conclusión:** el profesional de enfermería, a pesar del sitio de trabajo, no presentó SB; en la sintomatología, el área emocional fue la más afectada a diferencia de la social y cumplía pocas medidas preventivas contra el SB.

Palabras clave: Síndrome de Burnout, enfermería, emergencia adulto, hospital, medidas preventivas.

ABSTRACT

Objective: to determine the level of Burnout Syndrome (BS) presented by nursing professionals in the emergency area. **Methodology:** study with a quantitative approach of the descriptive type, field design and cross section. The sample consisted of 16 nursing professionals who worked in the Adult Emergency area of the Autonomous Institute Hospital Universitario de Los Andes (IAHULA) in Mérida-Venezuela. A survey-type questionnaire was used, structured in three parts: in the first part, the Maslach Burnout Inventory (MBI), which measures the three aspects of BS: emotional exhaustion (EF), depersonalization (PD) and personal fulfillment (PR) (22 items); the second part focused on the symptomatology of BS by areas (5 items) and the third part, on the preventive measures applied by the staff against BS (6 items), for a total of 33 items. **Results:** in the three levels of the BS, the total means were low (between 0-33 points according to the MBI): the CE was 20.5 points, in the PD 11.4 points were obtained and in the PR 17.8 points; with a standard deviation of 5.6 in the CE, being the least dispersed. The most frequent symptoms: headache (75%); disillusionment, distraction and loss of expectations (63%) each. 75% percent did not engage in any physical activity, 56% felt the need for psychological help and worked more than 12 hours a day, and 100% considered the physical work environment to be inadequate. **Conclusion:** the nursing professional, despite the site of work, did not present BS; in the symptomatology, the emotional area was the most affected, unlike the social, and he complied with few preventive measures against BS.

Key words: prolonged hospital stay, average stay, associated factors, patient, service.

—INTRODUCCIÓN

El tema central del Día Mundial de la Seguridad y la Salud en el Trabajo celebrado por la Organización Internacional del Trabajo (OIT) fue "El estrés laboral: un reto colectivo para todos en las Américas", donde se destacó que "no hay datos globales disponibles sobre la prevalencia y el impacto del estrés laboral en el trabajo"[1]. Aseveración que fue refutada en un seminario dictado por diversas organizaciones sanitarias, al indicar que, en las Américas y otras regiones, el estrés laboral, es un problema significativo, ya que, más del 10%, según una encuesta, se sentía siempre bajo tensión o deprimido por causa de las condiciones de trabajo[2].

Al respecto, la Asesora Regional en Salud de los Trabajadores de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y de la Organización Mundial de la Salud (OMS) agregó que "estos problemas son capaces de reducir la motivación, el compromiso, el rendimiento laboral; y producen un aumento del ausentismo, la rotación de personal y el retiro temprano. Lo que conlleva a disminuir la productividad, la competitividad y la imagen pública de las organizaciones"[2].

Los problemas mencionados son característicos del Síndrome de Burnout (SB), el cual fue estudiado inicialmente por Freudenberger[3] al utilizar en primer lugar el término *Burn-out*. Posteriormente, Maslach y Jackson[4], lo definieron como un síndrome psicológico conformado por agotamiento emocional, despersonalización y disminución en la realización profesional.

Otros investigadores de la temática lo definen como "cambios personales negativos que ocurren a lo largo del tiempo en trabajadores con trabajos frustrantes o con excesivas demandas"[5].

La traducción de la expresión anglosajona *Burnout Syndrome* ha dado pie a diferentes denominaciones, quizá la más utilizada sea la de "síndrome de quemarse por el trabajo", que implica una respuesta que desemboca en la pérdida de la ilusión por lo realizado, el desencanto profesional o la baja realización personal; con la aparición de actitudes y conductas negativas hacia los pacientes y hacia la institución con comportamientos indiferentes, fríos, distantes, incluso a veces lesivos y con sentimientos de culpa[6].

Entonces, el SB describe un estado psicológico que aparece luego de un período prolongado de exposición a factores de riesgo psicosocial. Se caracteriza por tres dimensiones o aspectos[6,7]:

a) Cansancio emocional o pérdida de recursos emocionales para enfrentarse al trabajo.

b) Despersonalización o desarrollo de actitudes negativas y de cinismo hacia los pacientes.

c) Bajos logros personales o tendencia a evaluar negativamente el propio trabajo con apreciaciones de baja autoestima profesional.

Con relación a la sintomatología, no se debe confundir los síntomas atribuidos a un

cuadro depresivo con los del SB. En la depresión, los pensamientos y sentimientos negativos no se limitan a la esfera laboral, sino que afectan todas las áreas de la vida, donde aparece la baja autoestima, desesperanza y tendencias al suicidio; cuadro sintomático que no se presenta en el *Burnout*[8].

A continuación, se exponen las manifestaciones más frecuentes según el área afectada por el SB[9]:

- Emocionales: apatía, irritabilidad, ansiedad, desilusión y depresión.
- Psicosomáticos: hipertensión, cefalea, migraña, alteraciones gastrointestinales, insomnio y disfunción sexual.
- Cognitivos: distracción, cinismo, criticismo, ausencia de creatividad, pérdida de expectativas.
- Conductuales: agresividad, hostilidad, actitud, defensiva y ausentismo laboral.
- Sociales: malas relaciones interpersonales, problemas familiares, aislamiento y evasión.

En los estudios realizados sobre este fenómeno, como el de Canta y Cieza[10], diagnosticaron que este síndrome afecta especialmente a los profesionales de enfermería de emergencias, evidenciando que los factores como la edad, el sexo femenino, estado civil casada, el número de hijos, tipo de contratación laboral, auto estrés, antigüedad laboral y número de pacientes asignados, son determinantes para padecer dicha patología. Siendo el de mayor prevalencia el de alta demanda laboral.

Asimismo, otro trabajo[11], concluyó que los profesionales de salud son los que se encuentran con más tendencia a sufrir los síntomas del mismo, por ser quienes se enfrentan a situaciones de preocupación y estrés frecuentes, como los que se llevan a cabo en una sala emergencia, donde deben estar preparados para la atención inmediata a cualquier eventualidad que surja en algún paciente.

Igualmente, se hizo mención que investigaciones realizadas en Estados Unidos, al menos el 30% de los trabajadores de la salud se encontraban expuestos al estrés mental debido al lugar donde laboran. De igual manera, en Europa, aproximadamente un 44% de este personal, reconoció vivir bajo situaciones de estrés. También, en México, una de las principales causas de ausentismo laboral fue el estrés laboral, que también ha llegado a aumentar el riesgo de accidentes de trabajo[11].

A lo expuesto anteriormente, actualmente, en Venezuela, se agrega la situación sanitaria del país, que diariamente es sentida y visualizada en cada centro de salud por los profesionales y trabajadores (médicos, pasantes, enfermeros, nutricionistas, radiólogos, personal de laboratorio, entre otros). Para un venezolano, en estos tiempos, el hecho de padecer una simple enfermedad, se transforma en una gran tortura emocional y mental que podría fácilmente conllevarlo al agravamiento de su estado o incluso a la muerte. Esto dado a la falta de insumos médicos y medicamentos esenciales para la recuperación terapéutica del individuo.

Por lo tanto, así como es una angustia para el paciente, lo es también para el personal de salud, quienes no solo luchan para poder brindar servicios de calidad al usuario, sino también, con el poder llegar a sus lugares de trabajo a tiempo, con que el salario les alcance; por lo que muchos de ellos, buscan otras alternativas que los ayuden a sustentar a sus familias, tales como desempeñar sus labores en diferentes sitios.

Según información verbal suministrada por la coordinadora de Enfermería de la sala de Emergencia Adultos del IAHULA de Mérida-Venezuela, este servicio se divide en cinco (5) áreas: a) Estabilización, en la cual se asigna 1 enfermera para atender 9 pacientes; b) Triaje, con 2 o 3 enfermeras para 42 pacientes aproximadamente; c) Coronario, donde labora 1 enfermera con 13 pacientes; d) Trauma shock, en la que se desenvuelven 2 o 3 enfermeras con 10 pacientes y, e) Observación mixta, asistiendo 2 enfermeras a 13 pacientes. Esto evidencia que el profesional de enfermería está expuesto a una demanda de trabajo mayor del que puede atender, por lo que, posiblemente, se vea afectado física y emocionalmente, sin un desenvolvimiento y crecimiento profesional adecuado, poca eficacia en los servicios prestados, aunado a la aparición de afecciones que lo podría llevar a manifestar signos y síntomas de desgaste profesional.

En otras palabras, el profesional de enfermería que trabaja en esta sala de emergencia se observa con alta demanda de pacientes en condiciones irregulares de salud, donde también debe atender a los familiares acompañantes; así como, según la necesidad, asistir al equipo de salud; a la vez, luchar para obtener los recursos materiales que le permita brindar el cuidado adecuado y; además de enfrentarse a estas y otras situaciones hospitalarias, se le anexan las problemáticas de su vida personal, lo que fácilmente, sería una suma de factores para desencadenar en este profesional altos niveles de estrés laboral.

Para completar esta realidad, enfermería, no solo debe ingeniar la mejor manera de atender al paciente, sino que también debe cumplir con una serie de obligaciones administrativas, tales como informes, registros, reuniones, entre otros, que prácticamente le dificulta lograr el crecimiento profesional y su bienestar físico, social, familiar, psicológico y económico. Todo ello, conlleva al objetivo del presente artículo, determinar el nivel de SB que presentan los profesionales de enfermería del área de emergencia; con la finalidad de establecer sugerencias que les permita prevenir y controlar el incremento de este síndrome, mejorando su desenvolvimiento y logrando la satisfacción laboral en el servicio.

—METODOLOGÍA

El estudio se desarrolló con un enfoque cuantitativo del tipo descriptivo, diseño de campo y de corte transversal. La población estuvo conformada por 41 profesionales de enfermería que laboraban solo en el turno diurno en la Emergencia Adultos del IAHULA de Mérida-Venezuela. Para calcular la muestra, se usó los porcentajes[12], quedando conformada por el 40% de la población. En tal sentido, la muestra fue seleccionada a través del muestreo por conveniencia o intencional[12], para ello, se preguntó a cada enfermera si quería participar en el estudio, hasta que se completó la muestra de 16 profesionales, a quienes se les leyó el consentimiento informado antes de aplicarles el instrumento. En este estudio se consideró los principios éticos que se encuentran plasmados en el Código Deontológico de Enfermeras de Venezuela[13] y los autores manifestaron por escrito no tener conflicto de intereses.

Para la obtención y recolección de la información, se empleó un cuestionario tipo encuesta, estructurado en tres partes: en la primera, el cuestionario de *Maslach Burnout Inventory* (MBI)[7], conformado por 22 ítems en forma de afirmaciones acerca de los sentimientos y actitudes del profesional en su trabajo y hacia los pacientes. Por lo tanto, su función es medir la frecuencia y la intensidad con la que se sufre el SB o el desgaste profesional. Bajo este enfoque, presenta una escala Likert politómica, es decir, con 7 opciones de respuesta de 0 a 6: Nunca (0), Pocas veces al año o menos (1), Una vez al mes o menos (2), Unas pocas veces al mes o menos (3), Una vez a la semana (4), Pocas veces a la semana (5) y Todos los días (6). Se realiza entre 10 a 15 minutos y mide los tres aspectos del SB: cansancio emocional (CE), despersonalización (DP) y realización personal (RP).

Con respecto a las puntuaciones, se considera bajas las obtenidas entre 0-33 puntos y, altas puntuaciones, ocurren si en las dos primeras subescalas se registran altos puntajes y en la tercera, bajos; que serían los que permiten diagnosticar el trastorno[7]. En tal sentido, el formato y el puntaje quedaron así[7]:

- Subescala de CE: consta de 9 preguntas (1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20) y valoran la vivencia de estar exhausto emocionalmente por las demandas del trabajo. Puntuación máxima 54.

- Subescala de DP: está formada por 5 ítems (5, 10, 11, 15, 22) que valoran el grado en que cada uno reconoce actitudes de frialdad y distanciamiento. Puntuación máxima 30.

- Subescala de RP: se compone de 8 ítems (4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21), evalúan los sentimientos de autoeficacia y realización personal en el trabajo. Puntuación máxima 48.

La segunda y tercera parte del instrumento fueron elaboradas por las autoras. La segunda, constaba de una encuesta enfocada en la identificación de la sintomatología del SB por áreas (5 ítems) y la tercera parte, se trató de una encuesta dicotómica (Sí-No) sobre las medidas preventivas que aplica el personal de enfermería contra el SB (6 ítems). Quedando constituido el instrumento aplicado por un total de 33 ítems.

En cuanto a la validez del cuestionario MBI, desde 1986 es el instrumento más utilizado en todo el mundo, que tiene una alta consistencia interna y una fiabilidad cercana al 90%, por lo que puede ser utilizado en las investigaciones interesadas en el SB[7].

Para la tabulación de los datos obtenidos con el instrumento, se utilizó el editor de datos *Microsoft Office Excel 2013*. En el análisis e interpretación de los resultados se utilizó la estadística descriptiva a través de las medidas de tendencia central, de dispersión y la distribución de frecuencias y porcentajes.

—RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Cuadro 1. Nivel de SB en el personal de enfermería

Estadística descriptiva	Niveles de SB		
	Cansancio emocional (CE)	Despersonalización (DP)	Realización personal (RP)
Media (Ẋ)	20,5	11,4	17,8
Mediana (M_e)	20	10	16
Moda (M_o)	-	4	17
Desviación Estándar (S)	5,6	10	6,3

Fuente: Elaboración propia.

Se observa en el Cuadro 1, que en los tres niveles o subescalas del SB, las Ẋ totales estuvieron bajas. Al considerar la explicación sobre las puntuaciones obtenidas al aplicar el cuestionario MBI, serán bajas, las que se encuentren entre 0-33 puntos y, altas, si en las dos primeras subescalas son altas y en la tercera son bajas; que serían las que permiten diagnosticar el trastorno[7].

Resumiendo, en este trabajo, el CE fue de 20,5 puntos, en la DP se obtuvo 11,4 puntos y en la RP, 17,8 puntos; con una S de 5,6, menos dispersa en el nivel de CE. Estos hallazgos determinaron que, en las tres dimensiones, se obtuvo valores bajos, lo que se entiende como que los participantes, a pesar del área de trabajo, no presentaron SB, pero que podrían, a futuro, llegar a presentarlo, así que, se debe prestar atención a la presencia de síntomas del síndrome que se exponen en el cuadro siguiente, entre los profesionales.

Por ser una muestra pequeña recolectada en solo un servicio de una institución de salud, se considera una limitación para extrapolar los resultados obtenidos a otros centros o estudios.

Al hacer las comparaciones con los antecedentes, se observa disparidad en cuanto a los valores obtenidos y la presencia del SB. Así, en un estudio[14], reportaron que el 15,8% presentó nivel alto en la subescala de CE; el 10,8% alta DP y el 9,2% nivel bajo en RP; la prevalencia del SB fue del 1,7%. En otra investigación[15], el 42% de atención hospitalaria presentó un alto CE, el 38% con DP y 30% de falta de RP.

Asimismo, el trabajo de Sánchez y Sierra[16] evidenció un 60,3% con un nivel bajo de CE; el 23,5% presentó un nivel alto de DP; en la dimensión RP, el 29,4% con niveles altos. Otro estudio[17] reportó que la DP, obtuvo una Ẋ total de 6,7 puntos. En una emergencia pediátrica[18], hallaron que un 12,97% presentó un nivel alto de CE; el 11,12% nivel alto de DP, asociada con la falta de trabajo del cónyuge y en trabajadores con menos tiempo laboral; y el 14,81% obtuvo un bajo nivel de RP. En una investigación en un centro de salud[19], se encontró que de las subescalas la más afectada fue la DP (37%), seguida de RP (33,4%), siendo el CE la dimensión menos afectada con un 29,8%; reportando que, el 55,5% no presentó el síndrome, en cambio un 44,5% tenía tendencia a padecerlo.

Gonzales y cols.[20] realizaron un estudio en una clínica oncológica y obtuvieron las siguientes $\dot{X}$ totales en los niveles de SB: CE (12,32); DP (2,00) y RP (41,95), reportando una conclusión similar a la del presente trabajo, la mayoría de las 19 personas puntuaron un nivel bajo en las escalas de CE y DP, mientras que, para RP, obtuvieron un nivel alto, así que, las subescalas del MBI no indicaron la presencia del SB.

Cuadro 2. Sintomatología más frecuente según el área afectada por el SB

Ítem	Áreas	Síntomas	f	%
23	Emocional	Apatía	5	31
		Irritabilidad	9	56
		Ansiedad	6	38
		Desilusión	10	**63**
		Depresión	5	31
24	Psicosomática	Hipertensión	1	6
		Cefalea	12	**75**
		Migraña	4	25
		Alteraciones gastrointestinales	7	44
		Insomnio	6	38
		Disfunción sexual	-	-
25	Cognitivo	Distracción	10	**63**
		Cinismo	3	19
		Ausencia de creatividad	2	13
		Pérdida de expectativas	10	**63**
26	Conductual	Agresividad	4	25
		Hostilidad	6	38
		Actitud defensiva	7	44
		Ausentismo laboral	7	44
27	Social	Malas relaciones interpersonales	3	19
		Problemas familiares	3	19
		Aislamiento	2	13
		Evasión	7	44

Fuente: Elaboración propia a partir de Gallardo[9]

En el cuadro 2, se observa que los cuatro (4) síntomas más frecuentes en los participantes fueron: desilusión (63%), cefalea (75%), distracción (63%) y pérdida de expectativas (63%). Es importante mencionar que el personal de enfermería, reportó la presencia de varios síntomas a la vez, de ahí que, el área más afectada por el SB fue la emocional y la menos lesionada, la social (95%).

Los síntomas del SB[6] son muy complejos e implican una respuesta que aboca en la pérdida de la ilusión por el trabajo, el desencanto profesional o la baja realización personal, con la aparición de actitudes y conductas negativas hacia los pacientes y hacia la institución con comportamientos indiferentes, fríos, distantes, incluso a veces lesivos y con sentimientos de culpa.

Otros autores[5], los vincula con un triple proceso: desequilibrio entre demandas en el trabajo y

recursos individuales (estrés), respuesta emocional a corto plazo por el desequilibrio anterior, caracterizada por ansiedad, tensión, fatiga, agotamiento y, cambios en actitudes y conductas (afrontamiento defensivo).

En un estudio realizado sobre el SB en un servicio de emergencia[11], se concluyó que los profesionales de salud son los que se encuentran con más tendencia a sufrir estos síntomas, por ser quienes se enfrentan a situaciones de preocupación y estrés frecuentes, como los que se llevan a cabo en un servicio de este tipo, donde deben estar preparados para la atención inmediata a cualquier eventualidad que surja en algún paciente.

Cuadro 3. Medidas preventivas que cumple enfermería contra el SB

Ítem	Enunciado	Sí		No	
		f	%	f	%
28	¿Mantiene un equilibrio entre sus actividades laborales con las familiares y sociales?	8	**50**	8	**50**
29	¿Respeta el periodo vacacional que le corresponde?	8	**50**	8	**50**
30	¿Realiza alguna actividad física?	4	25	12	**75**
31	¿Siente la necesidad de una ayuda psicológica?	9	**56**	7	44
32	¿Cumple más de doce (12) horas de trabajo diario?	9	**56**	7	44
33	¿Considera que el ambiente físico laboral es adecuado?	-	-	16	**100**

Fuente: Elaboración propia.

En el cuadro 3, ítem 28, se observa que el 50% de los encuestados manifestaron que sí y el otro 50% que no mantiene un equilibrio entre sus actividades laborales con las familiares y sociales. Iguales porcentajes se obtuvieron en el ítem 29, respecto a cumplir con el periodo vacacional que le corresponde. En el ítem 30, el 75% no realiza ninguna actividad física. Acerca del ítem 31, un 56% sí siente la necesidad de una ayuda psicológica; asimismo, en el ítem 32, idéntico porcentaje, reportó que sí cumple más de 12 horas de trabajo diario. Por último, en el ítem 33, el 100% consideró que el ambiente físico laboral no es adecuado.

De los hallazgos obtenidos, se puede inferir que los participantes del presente estudio, cumplían poco con las medidas preventivas que, a la vez, son factores que pueden llegar a incrementar el SB. Los resultados guardan relación con una revisión bibliográfica[21] donde los principales factores asociados al síndrome en el personal de enfermería de una emergencia fueron: el 83,3% de los artículos evidenció que el factor principal fue la carga laboral, seguida del entorno laboral con un 58,3% y, la falta de realización personal (41,7%).

Con relación a las medidas preventivas, ciertos autores[22,9], enfatizan que no existe una estrategia simple para la prevención ni ningún tratamiento específico contra el SB; sino que, se debe elaborar y cumplir un programa de educación para la salud con acciones de prevención dirigidas al control del estrés o tensión, al mejoramiento de la conducta y al autocontrol. Por lo tanto, Gallardo[9],

recomienda ciertas estrategias generales que pueden contribuir a la reducción y prevención del SB:

- Equilibrar las demandas laborales, familiares y sociales participando en otras actividades ajenas al trabajo, como en las de recreación y reuniones interpersonales.
- Cumplir con las vacaciones laborales, lo ideal sería que, fueran distribuidas en dos o tres tiempos a lo largo del año de trabajo.
- Practicar alguna actividad física como el yoga, la natación y la meditación que permiten relajar los músculos y liberar el estrés acumulado.
- Acudir, de ser necesario, a la consulta psicológica, que ayude en el manejo del estrés, ira, ansiedad y la comunicación, tanto en la vida personal como profesional.
- Solicitar la evaluación psicológica periódica que detecte a tiempo los síntomas del síndrome.

También, el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia[23], en su Guía de prevención del cansancio del personal en salud enfatiza lo siguiente: "es responsabilidad de las organizaciones implementar barreras que eviten altos niveles de estrés y cansancio en el personal asistencial"[23], tales como: garantizar turnos no mayores a 12 horas de trabajo diario, definir las responsabilidades y autoridad acorde a las competencias del personal, ofrecer condiciones de infraestructura adecuadas en cuanto a iluminación, espacio, ergonomía, control de ruido y promover espacios de descanso en el equipo de trabajadores, como pausas activas, actividades recreativas, cumplimiento de los periodos de vacaciones.

Ante lo planteado, otros estudiosos del tema[17], refieren que actuar directamente sobre los factores asociados con el desgaste, permitirá a los gestores sanitarios prevenir el avance del SB entre sus trabajadores.

—CONCLUSIONES

Los niveles bajos en las tres dimensiones CE, DP y RP, determinaron que el profesional de enfermería que laboraba en el área de Emergencia Adulto del IAHULA, no presentó SB. Los cuatro síntomas de este síndrome más frecuentes en los participantes fueron: desilusión, cefalea, distracción y pérdida de expectativas; siendo el área emocional la más afectada. Estos profesionales aplicaban pocas medidas preventivas contra el SB, por lo que las autoridades del hospital deben establecer y vigilar que se cumplan las estrategias que señalan los autores mencionados en este artículo con el fin de disminuir o evitar la aparición del SB en el conglomerado de enfermería, de manera que trabajen en un ambiente agradable, libre de estrés, con todos los recursos materiales necesarios en la atención al paciente, que solo cumplan su horario establecido y en compañía del recurso humano adecuado para las áreas de emergencia.

— REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Día Mundial de la Seguridad y la Salud en el Trabajo 2016. El estrés laboral: Un reto colectivo para todos en las Américas. [Internet] 2016 [consultado 2018 abril 24]. Disponible en: https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=11946:world-day-safety-health-work-2017&Itemid=42091&lang=es

2. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Estrés laboral es una carga para los individuos, los trabajadores y las sociedades. [Internet] 2016 [consultado 2018 abril 24]. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=11973:workplace-stress-takes-a-toll-on-individuals-employers-and-societies&catid=1443%3Aweb-bulletins&Itemid=135&lang=es

3. Freudenberg H. Staff Burn-Out. Journal of Social Issues. [Internet] 1974 [consultado 2018 abril 12]; 30(1):159-165. Disponible en: https://spssi.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1540-4560.1974.tb00706.x

4. Maslach C, Jackson S. The measurement of experienced burnout. Journal of Organizational Behavior. [Internet] 1981 [consultado 2018 abril 12]; 2(2):99-113. Disponible en: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/job.4030020205

5. Ortíz V, Casallas J, Rodríguez A, Ladino A. Revisión teórica: El estado actual de las investigaciones sobre el síndrome de Burnout en docentes de Latinoamérica de habla hispana, entre los años 2010 al 2017. [Trabajo de Grado]. Soacha: Corporación Universitaria Minuto de Dios, Facultad de Psicología; 2017 [consultado 2018 mayo 28]. Disponible en: https://repository.uniminuto.edu/handle/10656/5223

6. Cabello N, Santiago G. Manifestaciones del Síndrome de Burnout en estudiantes de medicina. Archivos en Medicina Familiar. [Internet] 2016 [consultado 2018 mayo 26]; 18(4):77-83. Disponible en: http://www.medigraphic.com/pdfs/medfam/amf-2016/amf164a.pdf

7. Miravalles J. Cuestionario de Maslach Burnout Inventory. Gabinete Psicológico. [Internet] s.f. [consultado 2018 mayo 30]. Disponible en: http://www.javiermiravalles.es/sindrome%20burnout/Cuestionario%20de%20Maslach%20Burnout%20Inventory.pdf

8. Gómez R, Guerrero E, González P. Síndrome de Burnout docente. Fuentes de estrés y actitudes cognitivas disfuncionales. Boletín de Psicología. [Internet] 2014 [consultado 2018 mayo 29]; 112:83-89. Disponible en: https://www.uv.es/seoane/boletin/previos/N112-5.pdf

9. Gallardo T. Prevalencia del Síndrome de Burnout y factores asociados en los médicos residentes del Área de Neonatología de un hospital en Quito. [Trabajo de Maestría]. Quito: Universidad Internacional Sek, Facultad de Ciencias del Trabajo y del Comportamiento Humano; 2017 [consultado 2018 mayo 27]. Disponible en: http://repositorio.uisek.edu.ec/bitstream/123456789/2665/3/DOC%20TESIS%20SD.%20BURNO

UT.pdf

10. Canta C, Cieza E. Factores determinantes del Síndrome de Burnout en enfermeras de Unidades de Emergencia. [Trabajo de Grado]. Perú: Universidad Norbert Wiener, Ciencias de la Salud, Enfermería; 2016 [consultado 2018 mayo 26]. Disponible en: http://repositorio.uwiener.edu.pe/handle/123456789/493

11. Abambari C, Barros I, Dután M, García D, Yumbla L, Narvaéz M. Prevalencia y Factores Asociados a Estrés Laboral en el Personal del Servicio de Emergencia del Hospital "José Carrasco Arteaga". 2014. Revista Médica HJCA. [Internet] 2015 [consultado 2018 abril 24]; 7(2):134-138. Disponible en: http://dx.doi.org/10.14410/2015.7.2.ao.26

12. Arias F. El Proyecto de investigación. Introducción a la metodología científica. (6a. ed.). Caracas: Episteme C.A; 2012.

13. Código Deontológico de Enfermeras de Venezuela. Federación de Colegios de Enfermeras de Venezuela. Caracas, Venezuela: Autor; 1999.

14. Muñoz S, Ordoñez J, Solarte M, Valverde Y, Villarreal S, Zemanate M. Síndrome de Burnout en enfermeros del Hospital Universitario San José-Popayán, 2015. Revista Médica de Risaralda. [Internet] 2018 [consultado 2019 mayo 2]; 24(1):34-37. Disponible en: https://revistas.utp.edu.co/index.php/revistamedica/article/view/14311

15. Gutiérrez O, Loboa N, Martínez J. Prevalencia del Síndrome de Burnout en profesionales de enfermería de la Orinoquia colombiana, 2016. Universidad y Salud. [Internet] 2017 [consultado 2018 mayo 2]; 20(1):37-43. Disponible en: http://www.scielo.org.co/pdf/reus/v20n1/0124-7107-reus-20-01-00037.pdf

16. Sánchez P, Sierra V. Síndrome de Burnout en el personal de enfermería en UVI. Enfermería Global. [Internet] 2014 [consultado 2018 abril 29]; 33:252-266. Disponible en: http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v13n33/administracion3.pdf

17. Blanca J, Arias A. Síndrome de burnout en personal de enfermería: asociación con estresores del entorno hospitalario, Andalucía, España. Enfermería Universitaria. [Internet] 2018 [consultado 2019 mayo 7]; 15(1):30-44. Disponible en: http://revista-enfermeria.unam.mx/ojs/index.php/enfermeriauniversitaria/article/view/479/471

18. Vásquez J, Maruy A, Verne E. Frecuencia del síndrome de burnout y niveles de sus dimensiones en el personal de salud del servicio de emergencia de pediatría del Hospital Nacional Cayetano Heredia en el año 2014. Lima, Perú. Revista de Neuro-Psiquiatría. [Internet] 2014 [consultado 2018 mayo 5]; 77(3). Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S0034-85972014000300005&script=sci_arttext

19. Mirás S. Evaluación del Síndrome de Burnout en un centro de salud. Rev. enferm. C y L. [Internet] 2014 [consultado 2019 mayo 2]; 6(2). Disponible en: http://www.revistaenfermeriacyl.com/index.php/revistaenfermeriacyl/article/view/133

20. Gonzales J, Arbeláez J, Lopera N, Valderrama K. Prevalencia del síndrome de burnout en parte del personal asistencial de una clínica oncológica de la ciudad de Armenia (Quindío, Colombia) 2018. Arch Med (Manizales). [Internet] 2018 [consultado 2019 mayo 14]; 18(1):97-104. Disponible en: https://revistasum.umanizales.edu.co/ojs/index.php/archivosmedicina/article/view/2156/3129

21. Zaquinaula J. Factores asociados al síndrome de Burnout en el personal de enfermería en emergencia. [Trabajo de Grado]. Perú: Universidad Norbert Wiener, Ciencias de la Salud, Enfermería; 2017 [consultado 2018 abril 26]. Disponible en: http://repositorio.uwiener.edu.pe/handle/123456789/647

22. Hernáez C. Prevención del síndrome de Burnout en el profesional de enfermería. [Tesis de Grado]. España: Universidad de Valladolid, Facultad de Enfermería; 2015 [consultado 2018 mayo 26]. Disponible en: https://uvadoc.uva.es/bitstream/10324/12007/1/TFG-H304.pdf

23. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia (MINSALUD). Prevenir el cansancio en el personal de salud. [Internet] s.f. [consultado 2018 mayo 21]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Prevenir-el-cansancio-personal-salud.pdf

EHI
ISSNe 2542-3444
VOLUMEN 9
Número I (2022)

Recibido: 16/6/21 Aceptado: 16/11/21 DOI: https://doi.org/10.53766/EHI/2022.09.01.03

INVESTIGACIÓN

Violencia contra la mujer en las estudiantes de enfermería de una universidad pública

Violence against women in nursing students of a public university

Eduardo José Sánchez (MSc)[1]
Edith Marisol Uzcátegui (MSc)[2]
Petra Uzcátegui (MSc)[3]

[1]Exprofesor de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Los Andes, Mérida Venezuela. Doctorando en Estudios Interdisciplinares de Género, Universidad Autónoma de Madrid-España.
Correo: eduardosanchez16091977@gmail.com ORCID: 0000-0003-1379-6661
[2]Profesora de Enfermería en la Universidad Politécnica Territorial del Estado Mérida, Ejido, Mérida-Venezuela. Magíster en Educación mención Docencia Universitaria Universidad Fermín Toro, Núcleo Mérida-Venezuela. ORCID: 0000-0002-8441-5582
[3]Licenciada en Enfermería. Magíster en Educación mención Docencia Universitaria Universidad Fermín Toro, Núcleo Mérida-Venezuela. ORCID: 0000-0002-3642-5057

RESUMEN

Introducción: la violencia contra la mujer representa un acto que conlleva a propiciar o generar sufrimiento psicológico, físico, sexual o de cualquier otra índole, tanto en la vida privada como pública de las víctimas. Objetivo: determinar la violencia contra la mujer en las estudiantes de enfermería de una universidad pública. **Metodología:** estudio cuantitativo de diseño no experimental, con un nivel descriptivo. La población fue muestral constituida por 139 estudiantes del género femenino adscritas al Programa Nacional de Formación en Enfermería Integral Comunitaria de la Universidad Politécnica Territorial del Estado Mérida "Kléber Ramírez" (UPTM) del núcleo Ejido, Mérida-Venezuela. El instrumento aplicado fue un formulario Google, previamente validado. **Resultados:** la edad promedio estuvo comprendida entre 18 y 25 años para un 78%, el 81% manifestó ser soltera y un 65% refirió vivir con sus padres. Con relación a la violencia contra la mujer, el 86% señaló no haberla sufrido en relación al 14% que sí lo manifestó. **Conclusión:** la mayoría de las estudiantes son jóvenes que no han sufrido violencia contra la mujer. Se hace necesario difundir los resultados de la investigación para la implementación de programas de prevención y apoyo a las víctimas, como también, profundizar en la comprensión del objeto de estudio, mediante una investigación más amplia bajo un enfoque cualitativo.

Palabras clave: violencia contra la mujer, estudiantes, enfermería, universitarias.

ABSTRACT

Introduction: violence against women represents an act that leads to promoting or generating psychological, physical, sexual or any other kind of suffering, both in the private and public life of the victims. **Objective:** to determine violence against women in nursing students at a public university. **Methodology:** quantitative study of non-experimental design, with a descriptive level. The sample population was made up of 139 female students assigned to the Comprehensive Community Nursing Training Program of the "Kléber Ramírez" Territorial Polytechnic University of Mérida (UPTM) of the Ejido nucleus, Mérida- Venezuela. The instrument applied was a Google form, previously validated. **Results:** the average age was between 18 and 25 years for 78%, 81% said they were single and 65% reported living with their parents. In relation to violence against women, 86% indicated not having suffered violence in relation to 14% who did. **Conclusion:** most of the students are young people who have not suffered violence against women. It is necessary to disseminate the results of the research for the implementation of prevention and support programs for the victims, as well as to deepen the understanding of the object of study, through a broader investigation under a qualitative approach.

Keywords: violence against women, students, nursing, university.

— INTRODUCCIÓN

La violencia contra la mujer representa un acto que tiene o puede tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o mental, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la privada[1]. Abarca, con carácter no limitativo, la violencia física, sexual y psicológica que se produce en el seno de la familia o de la comunidad, así como la perpetrada o tolerada por el Estado[1]. Algunos autores, como Moreno, la identifican como "la violencia que los hombres ejercen contra las mujeres basándose en la ideología del patriarcado o del machismo" (p. 49)[2] representada por la dominación legítima masculina sobre la mujer y situándola en una posición familiar, social y laboral secundaria. Por su parte, Mirat y Armendáriz[3], la definen como:

> Cualquier acto de violencia sufrido por una mujer por su pertenencia al género femenino, que tenga o pueda tener como resultado un daño físico, sexual o psicológico y que abarca el homicidio, las lesiones, las amenazas, las coacciones, la privación arbitraria de la libertad, la libertad sexual y los tratos degradantes, tanto en la vida pública como en la privada (p.12).

La violencia contra las mujeres puede adoptar diversas formas[1]:

- Violencia psíquica: incluye actos o conductas que producen desvalorización o sufrimiento en las mujeres, tales como amenazas, humillaciones, exigencia de obediencia, entre otros. Pueden manifestarse con conductas verbales coercitivas como insultos, aislamiento, control de las salidas, descalificaciones y humillaciones en público, entre otras.

- Violencia física: comprende cualquier acto, no accidental, que provoque o pueda producir daño en el cuerpo de las mujeres.

- Violencia sexual: se produce cuando se fuerza a la mujer a mantener relaciones sexuales o se le obliga a realizar conductas sexuales en contra de su voluntad. Incluye:

- Agresiones sexuales: comprenden aquellas conductas sexuales donde se utiliza la fuerza o la intimidación.

- Violación sexual: comprende toda penetración por la vagina, el ano o la boca, usando la fuerza o la intimidación. También, se considera violación la penetración con objetos.

- Acoso sexual: comportamiento, verbal o físico, de naturaleza sexual, intimidatorio, degradante u ofensivo.

- Privacional: comprende toda violencia producida por omisión, abandono, negligencia que pueda producir privaciones a la mujer en sus necesidades básicas.

- Feminicidio*:* se refiere al asesinato intencionado de una mujer por el hecho de serlo. Por lo general, quienes cometen los feminicidios son parejas o ex parejas de la víctima, y suponen la culminación de un proceso de abusos, amenazas o intimidación constantes en el hogar, violencia sexual o situaciones en las que las mujeres se encuentran en una situación de inferioridad con respecto a su pareja, en términos de poder o disponibilidad de recursos.

- Violencia social: supone aquellos refuerzos sociales de estereotipos o roles de género discriminatorios asignados por la sociedad que perpetúan la violencia contra las mujeres, como, por ejemplo, las imágenes denigrantes de las mujeres, uso de un lenguaje sexista, despectivo y peyorativo por citar algunos.

- Violencia económica: consiste en lograr o intentar conseguir la dependencia financiera de la otra persona, manteniendo para ello un control total sobre sus recursos financieros.

- Violencia política: implica aquellas acciones, decisiones u omisiones a nivel político o institucional que perpetúan la violencia contra las mujeres, poseen una significación política y tienden a controlar o modificar el comportamiento de la ciudadanía.

- Violencia digital: implica el uso de la tecnología de la información y las comunicaciones (teléfonos móviles, internet, medios sociales, video juegos, mensajes de texto, correos electrónicos) contra una mujer por el hecho de serlo. Puede incluir *ciber* acoso (envío de mensajes intimidantes o amenazantes), sexteo o *sexting* (envío de mensajes o fotos de contenido explícito sin contar con la autorización de la persona destinataria) y *doxing* (publicación de información privada o identificativa de la víctima).

- Otros: trata de personas, mutilación genital o femenina, matrimonio infantil.

En este sentido, en un análisis sobre la prevalencia de la violencia contra la mujer, realizado en 161 países y zonas de la Organización Mundial de la Salud (OMS)[4], entre los años 2000 y 2018, se reportó que casi una de cada tres mujeres (un 30%) ha sufrido violencia física y/o sexual por su pareja o violencia sexual por alguien que no era su pareja o ambas, además:

> Más de una cuarta parte de las mujeres de entre 15 y 49 años que han tenido una relación de pareja, han sido objeto de violencia física y/o sexual de pareja al menos una vez en su vida (desde los 15 años). Las estimaciones sobre la prevalencia de la violencia de pareja sufrida a lo largo de la vida van del 20% en la Región del Pacífico Occidental, 22% en los países de ingresos elevados y la Región de Europa, 25% en la Región de las Américas, 33% en la Región de África, 31% en la Región del Mediterráneo Oriental y 33% en la Región de Asia Sudoriental. A nivel mundial, hasta el 38% de los asesinatos de mujeres son cometidos por su pareja (s/p).

Este tipo de violencia genera un elevado costo social y económico para las mujeres, sus familias y la sociedad, generando: un aumento de los índices de feminicidios y suicidios, lesiones, embarazos no deseados, abortos provocados, problemas ginecológicos e infecciones de

transmisión sexual, entre ellas, la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Adquirida (VIH)[4]. Consecuencias, que también se enumeran en un estudio de referencia de la OMS[5]:

- El 42% de las mujeres víctimas de la violencia refieren alguna lesión.
- La violencia contra la mujer puede ocasionar embarazos no deseados y el doble de probabilidades de sufrir abortos involuntarios o provocados, muertes fetales, partos prematuros y bebés con bajo peso al nacer.
- Las mujeres que han sufrido maltratos físicos o abusos sexuales tienen una probabilidad 1,5 veces mayor de padecer infecciones de transmisión sexual.
- También, puede ser causa de depresión, estrés postraumático y otros trastornos como ansiedad, insomnio, trastornos alimenticios e intentos de suicidio.
- Entre los efectos sobre la salud en general, se encuentran las cefaleas, los síndromes de dolor de espalda, abdominal o pélvico crónico; trastornos gastrointestinales, limitaciones de la movilidad y mala salud general.

En Venezuela, a pesar de las políticas de Estado por intentar crear instituciones relacionadas con los derechos de la mujer, medios de comunicación y organizaciones no gubernamentales (ONG), sigue apareciendo como noticia, los asesinatos a manos de sus novios, parejas o ex parejas. Se suma, el agravante que ha generado la pandemia por el COVID-19 y el confinamiento en este país, decretado de forma intermitente desde el mes de marzo del 2020 hasta la actualidad[6].

En este contexto, es significativo resaltar que desde el 2016, en Venezuela, no se dispone de cifras oficiales que permitan hacer un seguimiento global de la situación de violencia de género, ni precisiones con respecto a la caracterización, aumento o disminución de la misma[6]. Solo se cuenta con algunas organizaciones que recopilan y difunden información a nivel digital, como *cotejo.info*, que es un medio de comunicación digital de *factchecking* (verificación factual de información); *Utopix*, que es una comunidad que pública informes para el Monitor de Feminicidios y, el Observatorio Digital de Feminicidios[6].

En cuanto a publicaciones relacionadas con la temática, la Revista Venezolana de Estudios de la Mujer de la Universidad Central de Venezuela[7], se especializa en presentar resultados de investigaciones centradas en el campo de los estudios de género. Su última edición 2020 se tituló: “El femicidio y sus circunstancias”. Otras iniciativas editoriales recientes con perspectiva de género, como la Revista Estudios Culturales de la Universidad Central de Carabobo ha centrado su tema central en género y cuidados[8].

Por ello, desarrollar investigaciones inherentes al tema en cuestión, permitirá diagnosticar, planificar y ejecutar intervenciones interdisciplinarias oportunas desde la prevención, la educación y el apoyo a las mujeres víctimas de la violencia o en circunstancias de serlo. En tal sentido, el objetivo del presente artículo se fundamentó en determinar la violencia

contra la mujer en las estudiantes de enfermería de una universidad pública.

— METODOLOGÍA

La investigación se desarrolló bajo un enfoque cuantitativo de diseño no experimental, tipo descriptivo. La población fue muestral, conformada por la participación voluntaria las 139 estudiantes de género femenino del Programa de Formación en Enfermería Integral Comunitaria de la Universidad Politécnica Territorial de Mérida "Kléber Ramírez" (UPTM) del núcleo Ejido, Mérida-Venezuela.

La técnica utilizada fue la encuesta por medio de un cuestionario previamente validado y compuesto por 26 ítems con respuestas dicotómicas y politómicas, estructurado en 6 partes: datos generales, datos familiares, ámbito social, hábitos personales, violencia contra la mujer y expectativas de las participantes. Este se aplicó de manera digital, utilizando la herramienta Formularios de Google. Para el análisis de los datos se usó la estadística descriptiva en frecuencias y porcentajes. Los resultados más relevantes se presentan a continuación en los siguientes gráficos.

— RESULTADOS

Dimensión: Datos generales

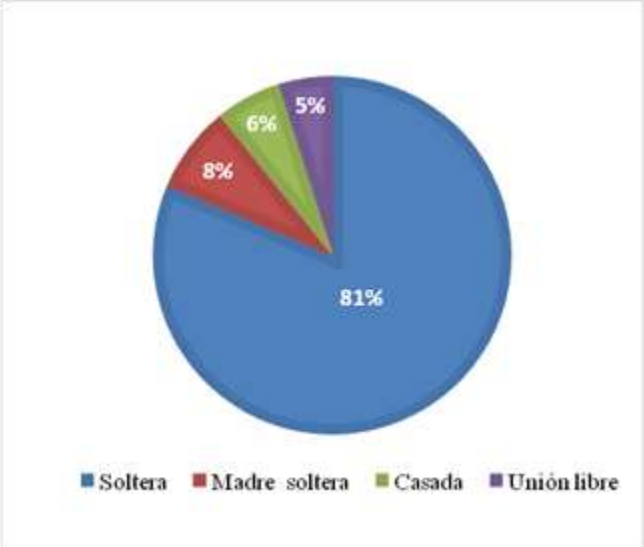

Gráfico 1. Edad promedio.
Fuente: Elaboración propia.

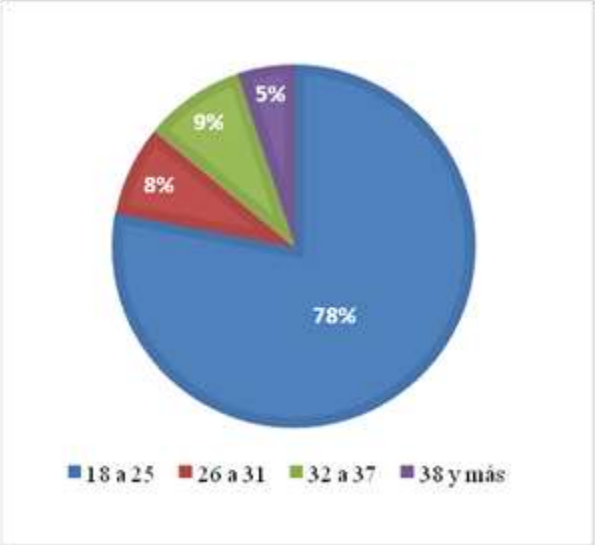

Gráfico 2. Estado civil.
Fuente: Elaboración propia.

En la dimensión datos generales, 78% de las participantes manifestaron tener un promedio de edad comprendida entre los 18 y 25 años de edad (Gráfico1). Por otro lado, 81% refirió ser soltera (Gráfico 2).

Dimensión: Datos familiares

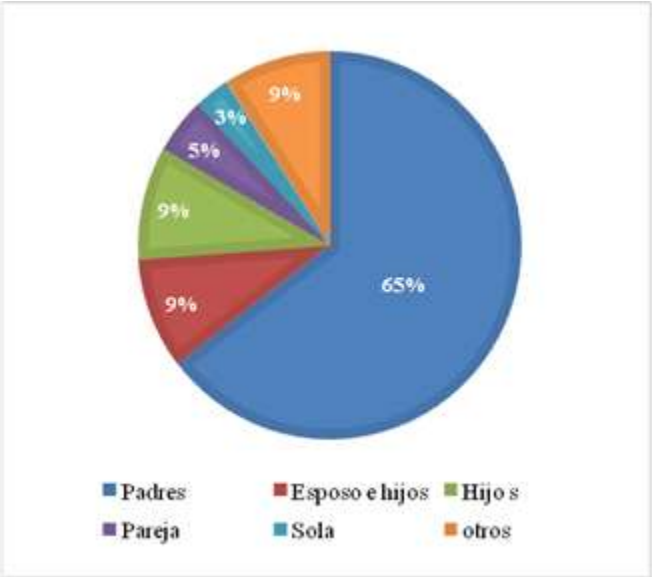

Gráfico 3. Personas con las que vive.
Fuente: Elaboración propia.

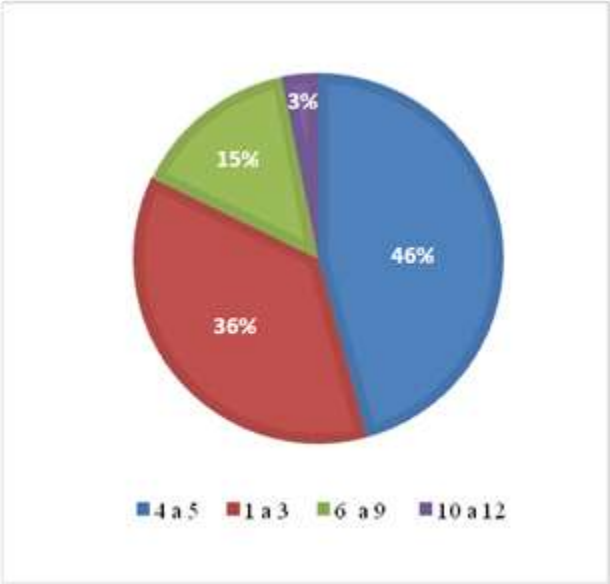

Gráfico 4. Número de integrantes de la familia.
Fuente: Elaboración propia.

Con relación a los resultados obtenidos en la dimensión datos familiares, 65% manifestó vivir con sus padres (Gráfico 3). Un 46% refirió que el número de integrantes de la familia oscilaba entre 4 a 5 integrantes (Gráfico 4).

Dimensión: Ámbito social

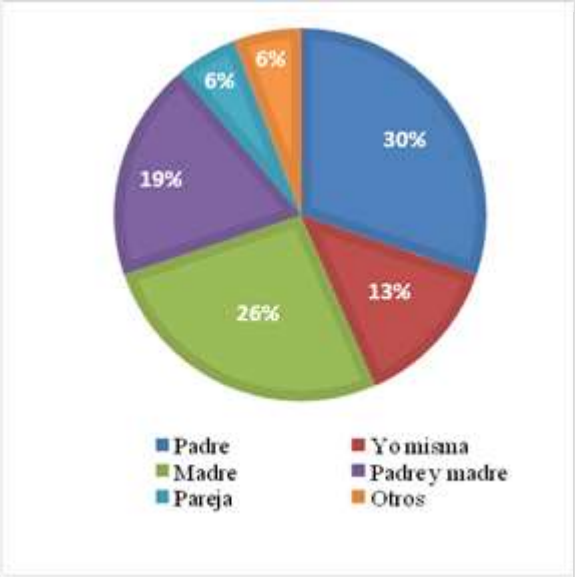

Gráfico 5. Principal proveedor de la familia.
Fuente: Elaboración propia.

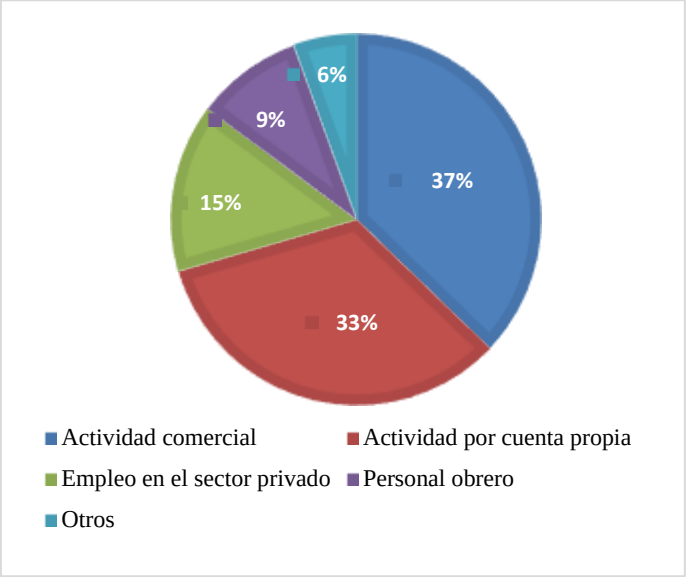

Gráfico 6. Ocupación principal del proveedor de la familia.
Fuente: Elaboración propia.

En el ámbito social, 30% de los resultados obtenidos indican que el padre es el principal proveedor de la familia (Gráfico 5), siendo la actividad comercial, en un 37%, su ocupación principal (Gráfico 6).

Dimensión: Violencia contra la mujer

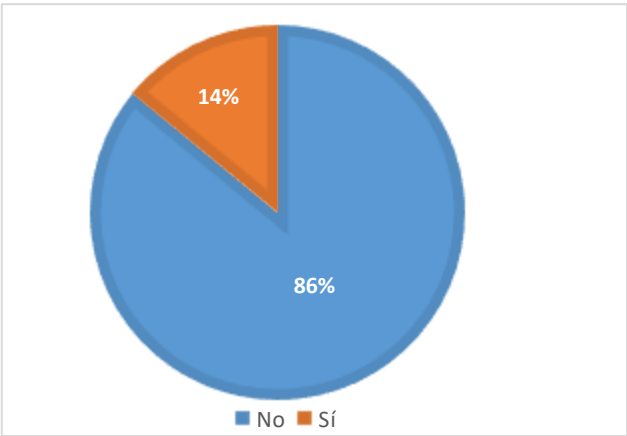

Gráfico 7. Violencia contra la mujer.
Fuente: Elaboración propia.

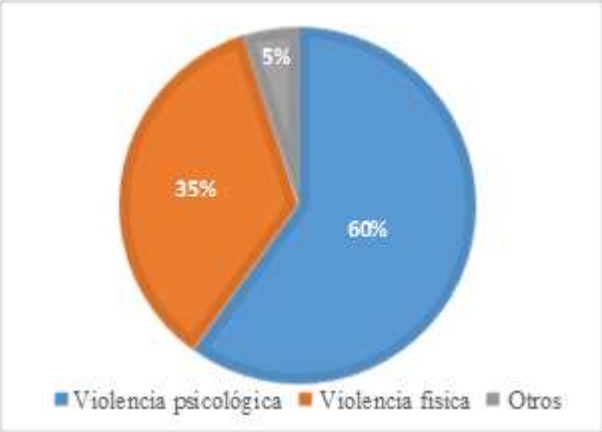

Gráfico 8. Tipo de violencia.
Fuente: Elaboración propia.

En la dimensión violencia contra la mujer, 86% no la había sufrido (Gráfico7) y de las que manifestaron haberla recibido, 60% refirió que fue víctima de violencia psicológica (Gráfico 8).

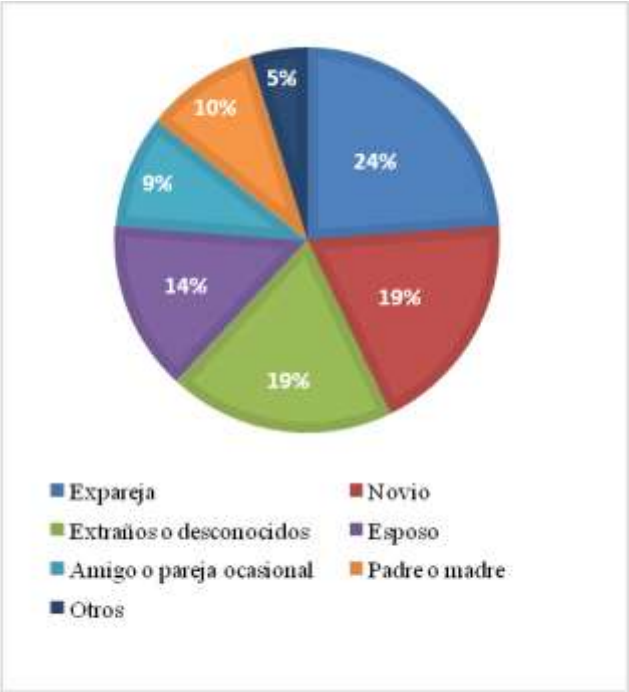

Gráfico 9. Persona agresora.
Fuente: Elaboración propia.

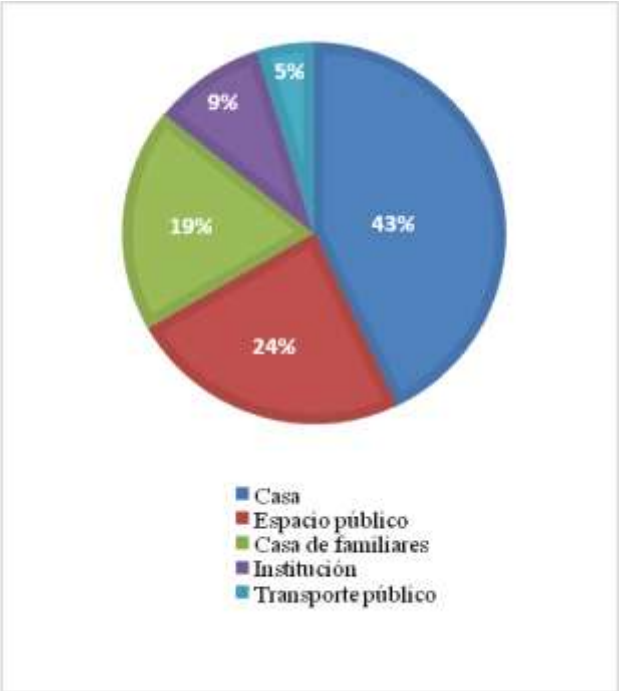

Gráfico 10. Lugar de la agresión.
Fuente: Elaboración propia.

Siguiendo con la dimensión violencia contra la mujer, los resultados reflejan que 24% identificó como persona agresora a la expareja (Gráfico 9) y el 43% señaló la casa, como lugar de la agresión (Gráfico 10).

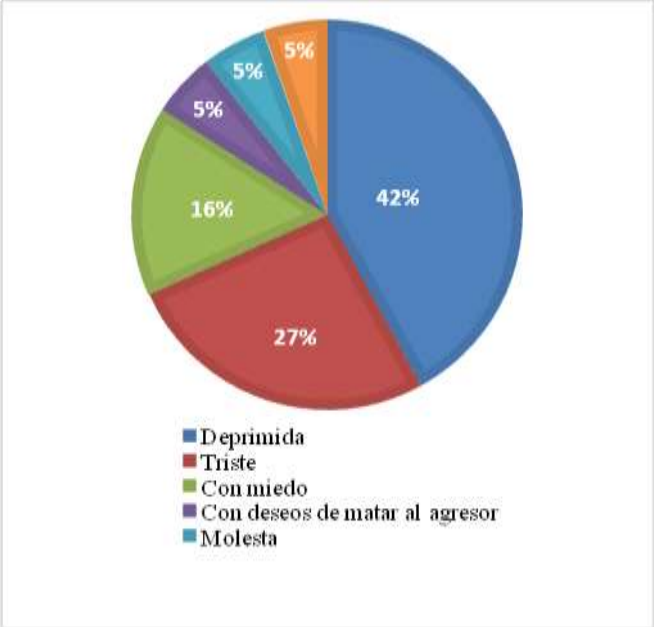

Gráfico 11. Estado emocional después de la agresión.
Fuente: Elaboración propia.

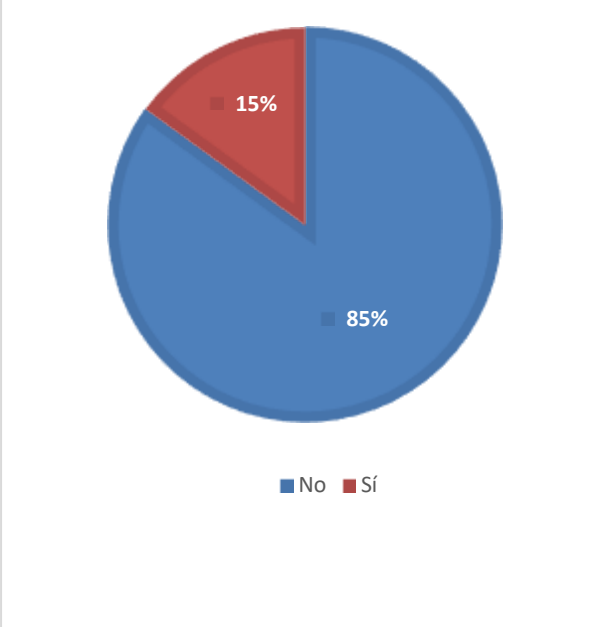

Gráfico 12. Denuncia de la agresión.
Fuente: Elaboración propia.

Asimismo, los últimos resultados sobre la dimensión violencia contra la mujer, indican que 42% se sintió deprimida después de la agresión (Gráfico 11) y el 85% no la denunció (Gráfico 12).

— DISCUSIÓN

Con el desarrollo de la pandemia por COVID-19, la violencia contra la mujer se ha intensificado en todo el mundo. Si bien, las medidas sanitarias han ayudado a limitar en algunos casos, la propagación del virus, las mujeres que sufren violencia, se encuentran cada vez más aisladas de las personas y los recursos que pueden ayudarlas[1]. En los resultados obtenidos, las estudiantes universitarias tenían un promedio de edad comprendido entre 18 y 25 años, solteras y vivían con sus padres en grupos familiares de 4 a 5 personas.

En cuanto a los resultados señalados, algunos estudios[9,10,11] coinciden con la edad media de las estudiantes, lo que indica una similitud en las poblaciones de las investigaciones realizadas. Por otro lado, el principal proveedor era el padre con un desempeño importante en la actividad comercial; aspecto que es parecido con el estudio de participación económica de la población

venezolana que evidencia una disminución de personas que perciben salarios, en comparación con un creciente número de personas autónomas[12].

Los resultados inherentes a la violencia contra la mujer que se observan en el gráfico 7, la mayoría de las estudiantes respondió no haberla sufrido. En este sentido, al contrastar este resultado con informes e investigaciones recientes citadas, estas indican lo contrario. Desde la perspectiva de los autores y considerando la relevancia de la temática, es significativo señalar que un cuarto de las estudiantes refirió haber sufrido violencia psicológica por su expareja en el hogar y sentirse deprimidas después de la agresión. Aquí, la violencia de la expareja íntima, se caracteriza como un ejercicio de poder en el que los actos del agresor dañan, lesionan o controlan de manera psicológica, física, sexual, entre otros, a la persona que estuvo íntimamente conectada con él[13].

Respecto a la violencia psicológica, es importante señalar que es un conjunto de "situaciones que desembocan en insultos, burlas, desprecio, amenazas de abandono, humillaciones, desvalorizaciones, críticas exageradas, lenguaje con tonos despectivos…" (p.23)[14]. En consecuencia, algunos autores[15] refieren que las mujeres maltratadas presentan problemas psicológicos moderados, siendo los trastornos más frecuentes: depresión, ansiedad, estados disociativos, intentos de suicidio, trastornos de la alimentación, alcoholismo, drogodependencias, entre otros. Incluso, se ha encontrado alta asociación significativa entre la violencia de género y los trastornos de estrés postraumático[16].

También, la mayoría que refirió haber sido víctima de violencia contra la mujer, buscó apoyo en su familia. Sin embargo, tres cuartas partes no denunciaron al agresor, tal vez por temor a volver a ser agredida, o quizás, por creer que podría resolver sola la situación, como lo señalan algunos estudios[17]. Un estudio reciente en España sobre el tiempo que tardan las mujeres víctimas de violencia de género en verbalizar la agresión recibida, señala que existe un promedio de hasta 8 años como tiempo medio. Asimismo, la violencia que más tarda en denunciarse es la física, es alarmante que, las mujeres necesitan una media de hasta 14 años en pedir ayuda, mientras que en la violencia psicológica esa cifra es de 7 años y 9 meses[18]. En sí, conocer el tiempo que una mujer está sufriendo violencia de género antes de pasar a ser víctima declarada, facilita una aproximación a la parte no visible de la violencia de género.

— CONCLUSIONES

- La mayoría de las estudiantes eran jóvenes que no habían sufrido violencia contra la mujer. No obstante, las que refirieron haberla sufrido, manifestaron que la violencia fue por parte de su expareja, del tipo psicológica y que no fue denunciada. Se plantea la necesidad de ampliar la investigación bajo un enfoque cualitativo, que permita ahondar en aspectos inherentes a la temática, sus efectos y consecuencias, como también, en la capacidad de afrontamiento y resiliencia de las víctimas.

- Se recomienda realizar otras investigaciones inherentes a la violencia contra la mujer y el proceso de confinamiento por COVID-19.

- Se hace necesario, difundir ante las autoridades competentes de la universidad, el estudio realizado, a fin de implementar programas de orientación, apoyo o ayuda a las víctimas de la violencia de género.

— REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización de las Naciones Unidas para la Mujeres. Preguntas frecuentes: Tipos de violencia contra las mujeres y las niñas. ONU MUJERES. [Internet] 2020 [consultado 2020 noviembre 10]. Disponible en: https://www.unwomen.org/es/what-we-do/ending-violence-against-women/faqs/types-of-violence

2. Moreno A. La violencia en la pareja: de las desigualdades al abuso. En García F. Nuevos escenarios de la violencia. España: Universidad Pontificia de Comillas; 2008.

3. Mirat M, Armendáriz C. Violencia de género versus violencia doméstica. Consecuencias jurídico-penales. Estudio del Título IV de la Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de medidas de protección integral contra la violencia de género. España: Difusión Jurídica; 2007.

4. Organización Mundial de la Salud (OMS). Violencia contra la Mujer. [Internet] 2021 [consultado 2021 febrero 2]. Disponible en: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women

5. World Health Organization. Global and regional estimates of violence against women. [Internet] 2013 [consultado 2021 enero10]. Disponible en: https://www.who.int/publications/i/item/9789241564625

6. Observatorio Venezolano de los Derechos Humanos de las Mujeres. Situación de la Violencia Contra las Mujeres en la República Bolivariana de Venezuela en el contexto de la pandemia COVID-19. [Internet] 2020 [consultado 2021 enero 25]. Disponible en: https://observatorioddhhmujeres.org/informes/informe%20nu%20vcm%20y%20covid-19.%20venezuela.%20enviado.pdf

7. Revista Venezolana de Estudios de la Mujer. El femicidio y sus circunstancias. [Internet] 2020 [consultado 2021 marzo 2]; 25(56). Disponible en: http://saber.ucv.ve/ojs/index.php/rev_vem

8. Revista Estudios Culturales. Tema central: Género y cuidados en clave de pandemia. [Internet] 2020 [consultado 2021 marzo 9]; 13(26). Disponible en: http://servicio.bc.uc.edu.ve/multidisciplinarias/estudios_culturales/

9. Almea C, Chiriguaya C. Violencia de género en estudiantes de enfermería durante sus relaciones de noviazgo de una universidad de la ciudad de Milagro 2020. [Trabajo de titulación]. Ecuador: Universidad Católica de Santiago de Guayaquil; 2021 [consultado 7 julio 2021]. Disponible en: http://repositorio.ucsg.edu.ec/handle/3317/16628

10. Culqui P, Azas M. Factores que determinan la violencia de género en los estudiantes de la carrera de enfermería de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Estatal de Bolívar período abril - septiembre 2019. [Trabajo de titulación]. Ecuador: Universidad Estatal de Bolívar; 2021 [consultado 3 octubre 2021]. Disponible en: https://dspace.ueb.edu.ec/handle/123456789/3154

11. Montero B, Montes A. Fernández C. Violencia de género en estudiantes de enfermería de la Universidad de Santiago de Compostela. Enfermería Comunitaria. [Internet] 2017 [consultado 2021 octubre 4]; 13:1-9. Disponible en: http://www.index-f.com//comunitaria/v13/e10061.php

12. Encuesta Nacional de Condiciones de Vida (ENCOVI). Encuesta Nacional de Condiciones de Vida 2019-2020. [Internet]. 2020 [consultado 14 diciembre 2020]. Disponible en: https://www.proyectoencovi.com/informe-interactivo-2019

13. Hernández I. Violencia de género una mirada desde la sociología. Cuba: Científico Técnica; 2014.

14. Luengo C, Sánchez A. La violencia doméstica a juicio: todo lo que necesita saber. Estudio interdisciplinario de contenidos y forense de desempeños. España: Editorial Académica Española; 2014.

15. Aragonés R, Farran M, Guillén J, Rodríguez L. Perfil psicológico de víctimas de violencia de género, credibilidad y sentencias. España: Centro de Estudios Jurídicos y Formación Especializada; 2018.

16. Saquinaula M, Castillo E, Rosales C. Violencia de género y trastorno de estrés postraumático en mujeres peruanas. Duazary. [Internet] 2020 [consultado 16 julio 2021]; 17(4):23-31. Disponible en: https://revistas.unimagdalena.edu.co/index.php/duazary/article/view/3596/2738

17. Reguero P, Álvarez A. La mayoría de las mujeres que sufre violencia de género en pareja no denuncia ni pide ayuda formal. El Salto. [Internet] 2020 [consultado 18 marzo 2021]. Disponible en: https://www.elsaltodiario.com/violencia-machista/violencia-genero-pareja-denuncia-ayuda-formal-informal-macroencuesta

18. Gómez A, Villajos S, Candeira L, Hernández A. Estudio sobre el tiempo en el que tardan las mujeres víctimas de violencia de género en verbalizar su situación. [Internet] Delegación del gobierno para la violencia de género del Ministerio de la Presidencia, relaciones con las cortes de igualdad, España; 2020. [consultado 18 marzo 2021]. Disponible en:https://violenciagenero.igualdad.gob.es/violenciaEnCifras/estudios/investigaciones/2019/pdfs/Estudio_Tiempo_Denuncia4.pdf

EHI
ISSNe 2542-3444
VOLUMEN 9
Número I (2022)

Recibido: 19/11/2021 Aceptado: 8/01/22 DOI: https://doi.org/10.53766/EHI/2022.09.01.04

INVESTIGACIÓN

Relación entre la valoración enfermera con el FAST HUG y la mortalidad según APACHE II

Relationship between the nursing assessment with the FAST HUG and mortality according to APACHE II

Yurassy Villarreal (Esp.)[1]
Vanessa Matute (Esp.)[2]
Willrosy Colmenares (Esp.)[1]

[1]Licenciada en Enfermería, Universidad de Los Andes (ULA), Mérida-Venezuela. Especialista en Enfermería en Cuidados al Paciente en Estado Crítico, ULA. Enfermera P2, Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes (IAHULA), Mérida.
Correo electrónico: yurassyv@gmail.com ORCID: 0000-0002-7220-2280
Willrosy Colmenares, ORCID: 0000-0002-3018-9014
[2]Licenciada en Enfermería, ULA. Especialista en Enfermería en Cuidados al Paciente en Estado Crítico, ULA. Profesora Instructora, Departamento Salud Familiar y Desarrollo Humano, Escuela de Enfermería, ULA. Enfermera tipo II, UCI, IAHULA, Mérida. ORCID: 0000-0001-5290-4501.

RESUMEN

Objetivo: determinar la relación entre la valoración enfermera con el FAST HUG y la mortalidad según APACHE II. **Metodología:** estudio no experimental, correlacional, longitudinal, de evolución de grupo, cuya muestra estuvo constituida por 33 pacientes críticos ingresados entre junio y septiembre 2020 a la Unidad de Cuidados Intensivos del Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes (IAHULA) y que cumplieron con los criterios de inclusión. Posterior al ingreso se calculó el índice de mortalidad según APACHE II y en los primeros 5 días de estadía hospitalaria, durante la valoración enfermera, se aplicó el FAST HUG. **Resultados:** grupo etario con mayor prevalencia <44años (51,5%), de género femenino (51,5%), el diagnóstico más frecuente fue el neuroquirúrgico (42,4%), estadía hospitalaria de 2 a 5 días (54,2%). El 30,3% obtuvo un índice predictor de mortalidad en el rango de 15-19 puntos, manejando 30% de mortalidad según APACHE II, siendo el rango más significativo. En el cumplimiento del FAST HUG, el control de glucosa prevaleció con un 98,5%. En la relación entre el cumplimiento del FAST HUG y APACHE II, se logró un alto cumplimiento de las variables del FAST HUG, predominando con un 93,6% la alimentación (F) y elevación de la cabecera (H), en el rango de mortalidad según APACHE II de 10-14 puntos; tanto la trombo-profilaxis (T) como el control de glucosa (G), guardaron una probabilidad de asociación p<0,05, según APACHE II. **Conclusión:** se logró determinar la relación entre la aplicación del FAST HUG y la mortalidad según APACHE II, donde solo la T y el G resultaron estar directamente relacionadas con la mortalidad de los pacientes críticos.

Palabras clave: APACHE II, FAST HUG, pacientes críticos, valoración enfermera, UCI, mortalidad.

ABSTRACT

Objective: to determine the relationship between the nursing assessment with the FAST HUG and mortality according to APACHE II. **Methodology:** a non-experimental, correlational, longitudinal study of group evolution, whose sample consisted of 33 critical patients admitted between June and September 2020 in the Intensive Care Unit of the Autonomous Institute University Hospital of the Andes (IAHULA) and who complied with the inclusion criteria. After admission, the mortality rate was calculated according to APACHE II and in the first 5 days of hospital stay, during the nurse assessment, the FAST HUG was applied. **Results:** age group with the highest prevalence <44 years (51.5%), female (51.5%), the most frequent diagnosis was neurosurgical (42.4%), hospital stay of 2 to 5 days (54, two%). 30.3% obtained a mortality predictor index in the range of 15-19 points, managing 30% mortality according to APACHE II, being the most significant range. In compliance with the FAST HUG, glucose control prevailed with 98.5%. In the relationship between compliance with the FAST HUG and APACHE II, a high compliance with the FAST HUG variables was achieved, with feeding (F) and head elevation (H) prevailing with 93.6%, in the range of mortality according to APACHE II of 10-14 points; both thromboprophylaxis (T) and glucose control (G), had a probability of association p <0.05, according to APACHE II. **Conclusion:** it was possible to determine the relationship between the application of the FAST HUG and mortality according to APACHE II, where only T and G were directly related to the mortality of critically ill patients.

Key words: APACHE II, FAST HUG, critical patients, nurse assessment, ICU, mortality.

— INTRODUCCIÓN

Las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), requieren de un personal altamente capacitado y con dedicación exclusiva que permita un cuidado centralizado, a fin de disminuir la alta tasa de mortalidad asociada a diversas patologías, dado que, en ocasiones surgen algunas complicaciones involuntarias por omisión, pese a que existen otro tipo de problemas debidos a negligencia, impericia o imprudencia, se debe destacar que los errores por omisión constituyen un grave problema en la práctica médica diaria, por lo que, se debería implementar algunos métodos prácticos que faciliten la atención al paciente, como complemento a los ya existentes.

En consonancia con lo anterior, por medio de la implementación de nuevas técnicas, como las *check list* (listas de verificación), dentro de las cuales, destaca una que fue propuesta por Vincent[1] conocida como FAST HUG, siendo una mnemotecnia (F: alimentación, A: analgesia, S: sedación, T: profilaxis de trombo, H: elevación de la cabecera de la cama, U: úlceras por estrés y G: control de glucosa), que ha sido implementada para identificar y verificar algunos de los aspectos clave en el cuidado general de todos los pacientes críticos, mediante un método simple y rentable; cuyo propósito es evitar errores de omisión, que de otro modo, podrían ser olvidados en el contexto de complejidad de la atención a dichos pacientes[2].

Los ítems de dicha mnemotecnia se encuentran incluidos entre los 20 indicadores de calidad en las UCI, establecidos desde el 2008, por la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC)[3], excepto el control de glucemia (G), que se incluyó, posteriormente, en el 2017, en la actualización de los parámetros del FAST HUG[4]. Por ello, esta lista de observación parece ser la más indicada en cuanto al chequeo de los cuidados de calidad.

Sin embargo, existen quienes han usado parámetros objetivos, como la edad del paciente, diagnóstico e indicadores clínicos y de laboratorio, que señalan disfunción de sistemas orgánicos para obtener una puntuación de severidad de enfermedad o riesgo de muerte. Entre ellos, la escala *Acute Physiology And Chronic Health Evaluation* (APACHE, por sus siglas en inglés), que en la traducción sería, Evaluación de fisiología aguda y salud crónica. Fue diseñada y actualizada por Knaus *et al.*[5], desde finales de los años 70. En 1985, apareció APACHE II, con 12 variables fisiológicas, más la edad y el estado de salud previo. Por lo que se ha convertido en el estándar para realizar la estratificación pronostica de poblaciones de pacientes críticamente enfermos, al momento de ensayos clínicos[6].

En tal sentido, el puntaje obtenido en cada paciente por medio de la implementación de APACHE II junto a la FAST HUG, no sólo confirmará la presencia de una enfermedad severa que puede presentar un paciente crítico, sino que constituyen un valioso recurso para medir la eficacia y la efectividad de nuevas modalidades terapéuticas usadas en las UCI, esto connota una estimación de la eficacia en relación con el costo-beneficio que se maneja comúnmente.

En cuanto a algunos estudios realizados a nivel internacional sobre la implementación

del FAST HUG y su relación con la mortalidad, se ha encontrado una serie de variabilidad entre ellos. Barrera *et al.*[7], en México, reportaron 19% de defunciones, que mediante el *Sepsis related Organ Failure Assessment* (SOFA, por sus siglas en inglés) (Evaluación de la insuficiencia orgánica relacionada con la sepsis), obtuvo un riesgo de mortalidad mayor al 80%. Sin embargo, el 46% de la población estudiada manejó un bajo porcentaje de mortalidad (10%) según SOFA; concluyendo que la aplicación del FAST HUG, específicamente cuando se cumplían al menos tres variables, disminuía las posibles complicaciones durante la estadía dentro de la unidad.

En el estudio desarrollado en Ecuador[2], el 33% de los pacientes que ingresaron a la UCI, fallecieron. De los cuales, al 24% se les aplicó el FAST HUG, por lo tanto, debido a que la gravedad de estos pacientes fue mayor (SOFA 14, rango 13-15), que la de los que no se les aplicó la mnemotecnia, no se pudo atribuir la mortalidad al uso u omisión de esta.

En el mismo orden de ideas, en un trabajo realizado en España[8], donde se incluyeron 95 pacientes, con un APACHE II al ingreso de 17,68 ± 9,1 puntos y una estancia media de 4 ± 2 días, la mortalidad bruta fue del 14,5%. Demostrando que, el 27,3% de los pacientes, a los cuales se les aplicó todos los ítems del FAST HUG de forma continua desde su ingreso, tuvieron una menor estancia media (p=0,014). Evidenciando que los pacientes a pesar de tener un 25% de probabilidad de muerte según APACHE II, por medio de la ejecución al 100% de la mnemotecnia FAST HUG, se logró una disminución importante de los días de estancia y la consecuente reducción de los costos durante la atención del paciente crítico en la UCI.

Sin embargo, estos sistemas de calificación no pueden predecir con exactitud el egreso de los pacientes de la UCI, siendo de gran importancia realizar una correlación de estos en cuanto al pronóstico de su enfermedad y los cuidados durante su estadía. Lo que se intentó indagar en el presente estudio, la validez y rendimiento que tendría la implementación de ambas escalas en la UCI del Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes (IAHULA) de Mérida-Venezuela.

Se destaca que, en esta unidad, no se desarrolla sistemáticamente el FAST HUG, lo que podría incrementar el porcentaje de mortalidad a causa de errores por omisión durante la valoración de enfermería. Es fundamental resaltar que, según datos suministrados por el Departamento de Estadística del IAHULA[9] para el año 2019, la principal causa de morbimortalidad en UCI ocurrió en pacientes obstétricas de causa no específica, septicemias y muerte materna debida a un origen obstétrico que ocurrió después de 42 días, pero, antes de un año del parto; otras patologías como las afecciones respiratorias (neumonía), neuro-infecciones (encefalitis) y complicaciones como el shock séptico. Se enfatiza que el mayor índice de mortalidad ocurrió entre el primer y tercer día de estancia del paciente crítico.

Lo anteriormente mencionado, implica que la no aplicación sistemática de estándares de cuidado durante la valoración enfermera del paciente crítico y la poca o nula implementación de escalas predictoras de mortalidad, pudieran repercutir sobre los registros de esta tasa en la UCI. Se considera que la implementación de la mnemotecnia FAST HUG permitiría disminuir posibles complicaciones junto a la determinación de APACHE II, tomando en cuenta que la mayoría de las defunciones en términos estadísticos ocurre los primeros tres (3) días de estadía, lo que sería

indicativo de omisión de criterios establecidos de ingreso y aumentaría la admisión de pacientes que no tengan probabilidad de recuperación. Por tal razón, el personal de enfermería juega un papel fundamental en la monitorización, valoración y cuidado continuo del paciente en la UCI mediante la aplicación sistemática de ambos instrumentos con los beneficios subsecuentes. Por lo antes expuesto, el objetivo del presente artículo fue determinar la relación entre la valoración enfermera con el FAST HUG y la mortalidad según APACHE II.

— METODOLOGÍA

El estudio fue correlacional, no experimental, longitudinal, de evolución de grupo, con dimensión temporal. La población estuvo conformada por los pacientes críticamente enfermos que ingresaron a la UCI del IAHULA, durante los meses de junio-septiembre 2020. La muestra quedó representada por 33 pacientes, tomando en consideración los criterios de inclusión y exclusión. Se incluyeron los que se encontraban bajo ventilación mecánica invasiva y no invasiva, con edad mayor o igual a 18 años, permanencia mínima de 24 horas en la unidad y que tuvieran los exámenes paraclínicos: gasometría arterial, electrolitos séricos (sodio y potasio), química sanguínea (creatinina) y hematología completa.

Para la recolección de datos, se usó un instrumento, estructurado en tres (3) partes: I Parte, elaborada por las autoras, correspondiente a las características generales de la población: edad, género, diagnóstico médico, fecha de ingreso y tiempo de hospitalización en la UCI. II Parte, destinada al cálculo diario de la escala predictora de mortalidad APACHE II[5], constituida por 14 variables (signos vitales, exámenes paraclínicos, puntaje en escala de coma de Glasgow, si fue o no un procedimiento quirúrgico de urgencia y la edad del paciente). Se calcula por medio de la sumatoria de las variables nombradas (las cuales otorgan de 0 a 4 puntos de acuerdo con el valor que maneje el paciente en cada una de ellas), según los rangos establecidos en dicha escala. De acuerdo con el valor de cada parámetro se le asignó un puntaje (0-4, 5-9, 10-14, 15-19, 20-24, 25-29, 30-34, 35-100), considerando que el porcentaje de mortalidad establecido por dicha escala va desde 0-100%, variando de acuerdo si es posterior a la intervención quirúrgica (1 a 88%) y si no fue operado (4 a 85%).

La III Parte, constituida por la lista de chequeo rápido FAST HUG[2] que valora el cumplimiento de los siete (7) aspectos mínimos de atención al paciente crítico, mencionados en la introducción: F=Alimentación (enteral, parenteral o absoluta); A=Analgesia (SOS o fijo); S=Sedación (SOS o fijo); T=Trombo profilaxis (fármaco o mecánico); H=Elevación de la cabecera (de acuerdo al grado que se encuentre); U=Prevención de úlceras por estrés (fármaco o mecánico) y G=Control de glucosa (conforme con rangos de cumplimiento).

El APACHE II, ha sido validado ampliamente y es usado en todo el mundo[6] mediante los estadísticos chi cuadrado y la discriminación comparando el área bajo la curva de probabilidad (ROC), demostrando mejor calibración y discriminación a las 24 horas que a las 48 ($p<0.05$)[10]. Igualmente, el FAST HUG, está conformado por indicadores avalados por la SEMICYUC[2] y la Sociedad Española de la Enfermería Intensiva y Unidades Coronarias

(SEEIUC)[3]; en un estudio, se obtuvo una validez por Alpha de Cronbach de 0.753[11]. Validaciones que le confiere alta confiabilidad a ambos instrumentos a nivel internacional.

Posteriormente, para el análisis e interpretación de los datos se procedió a la correspondiente codificación y tabulación a través de la estadística descriptiva con pruebas de contrastación de hipótesis tipo chi-cuadrado (X^2) para analizar la relación entre variables, así como distribución de frecuencias absolutas y relativas, en tablas de doble entrada o de contingencia, utilizando el Software Estadístico SPSS, versión 20.0.

— RESULTADOS

Tabla 1. Características generales de la muestra

Característica	Pacientes críticos
Edad en años (f/%)	
< 44	17/51,5
45-55	5/15,2
56-64	8/24,2
65-74	2/6,1
>75	1/3
Género	
M/F (%)	48,5/51,5
Situación clínica (f/%)	
Afección Médico-Quirúrgica	5/15,2
Neurológica	2/6,1
Neuroquirúrgica	14/42,4
Obstétrica	7/21,2
Oncológica	2/6,1
Cardiovascular	1/3
Renal	1/3
Respiratoria	1/3
Días hospitalización (f/%)	
2-5	19/57,5
6-12	6/18,2
13-17	3/9,1
18-23	3/9,1
>24	2/6,1

Fuente: Base de datos del estudio.

Con relación a la edad de los pacientes críticos estudiados, se obtuvo que 51,5% correspondió a grupos de edades menores de 44 años; igual porcentaje correspondió al género femenino. En cuanto a la situación clínica de salud, con mayor prevalencia correspondió a las afecciones neuroquirúrgicas (42,4%) y los días de hospitalización osciló entre 2 y 5 días (57,5%).

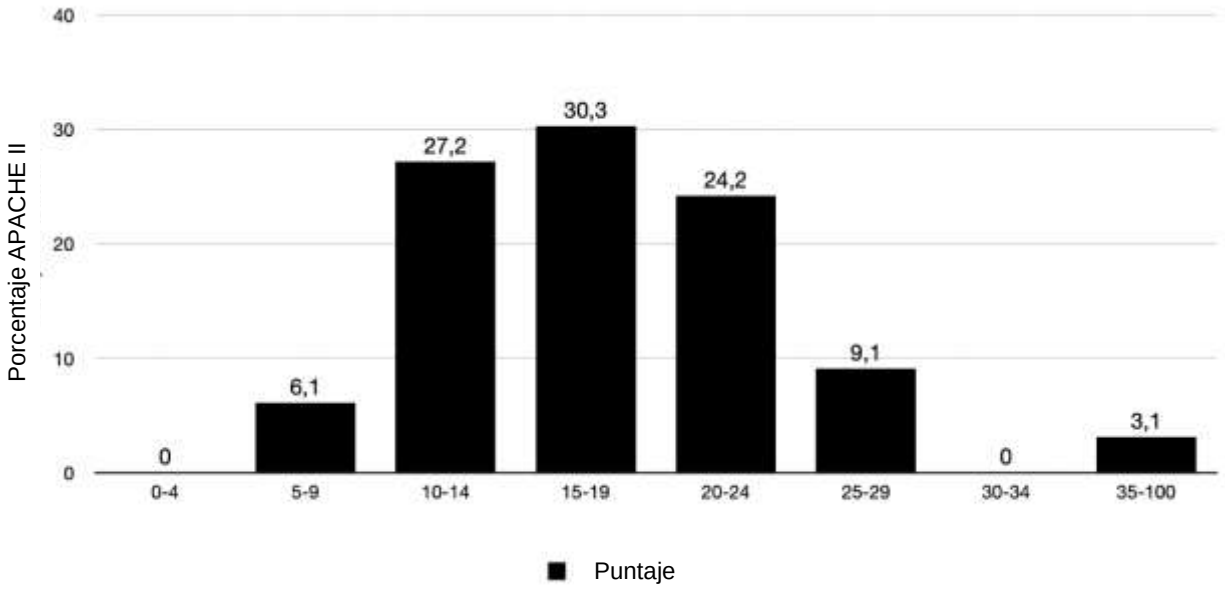

Gráfico 1. Porcentaje de mortalidad calculado según APACHE II a los pacientes críticos

Fuente: Base de datos del estudio.

Se observa en el Gráfico 1 que el 30,3% obtuvo un índice predictor de mortalidad en el rango de 15-19 puntos, manejando 30% de mortalidad según APACHE II, siendo el rango más significativo.

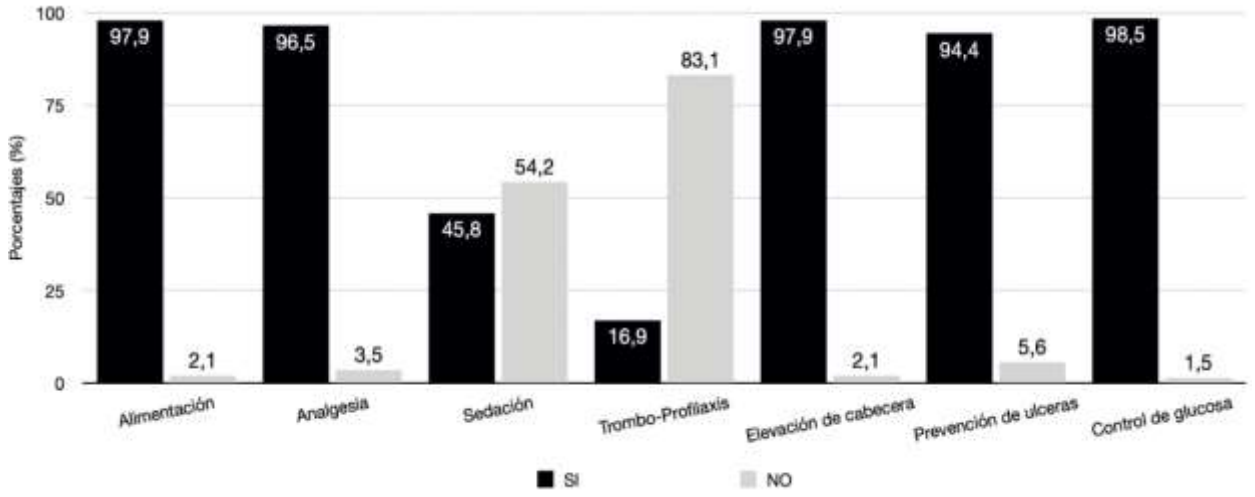

Gráfico 2. Porcentaje de ejecución o cumplimiento del FAST HUG a los pacientes críticos
Fuente: Bases de datos del estudio.

En el Gráfico 2, se evidencia el cumplimiento de la ejecución de la mayoría de las actividades propias de enfermería en un rango elevado, entre 94,4%-98,5% (alimentación, analgesia, elevación de cabecera, prevención de úlceras), destacando el control de glucosa cada 6 horas, con una consecución de 98,5%.

Tabla 2. Relación entre el cumplimiento del FAST HUG y la mortalidad según APACHE II

Característica del FAST HUG	Mortalidad según APACHE II					
	10-14	15-19	20-24	25-29	Total	Valor de p
Alimentación (Si/No %)	35,9/1,4	22,5/0	21,8/0	13,4/0,7	93,6/2,1	0.88
Analgesia (Si/No %)	34,5/2,8	21,8/0,7	21,8/0	14,1/0	92,2/3,5	0.70
Sedación (Si/No %)	12,7/24,6	11,3/11,3	11,3/10,6	7,7/6,3	43/52,8	0.27
Trombo-profilaxis (Si/No %)	12,7/24,6	2,1/20,4	2,1/19,7	0/14,1	16,9/78,8	0.009
Elevación cabecera (Si/No %)	35,9/1,4	21,8/0	21,8/0	14,1/0	93,6/1,4	0.95
Úlcera estrés (Si/No %)	35,2/2,1	20,4/2,1	20,4/1,4	14,1/0	90,1/5,6	0.93
Control glucosa (Si/No c/6horas %)	33,1/0	22,5/0	16,9/0	7/0	79,5/0	0.003

Fuente: Base de datos del estudio.

Con relación entre el cumplimiento del FAST HUG y APACHE II, se realizó un cruce de porcentajes, donde se usó el estadístico Chi-cuadrado de Pearson con una p de significancia <0.05, de este modo, los que obtuvieron dicho valor, indicaron una relación directamente proporcional; en el caso contrario, se rechazó la hipótesis de dependencia.

Así, tal como se muestra en la Tabla 2, donde además se excluyeron los valores más

bajos <10 y >29 puntos, según los rangos de APACHE II, de tal manera, que se logró un alto cumplimiento de las variables del FAST HUG, predominando con un 93,6% la alimentación (F) y elevación de la cabecera (H) en el rango de mortalidad según APACHE II de 10-14 puntos; caso contrario a la sedación (S) con un cumplimiento de 43% y la trombo-profilaxis (T) con un 16,9%. Resalta que, tanto la T como el control de glucosa (G), guardaron una probabilidad de asociación menor de 0.05; lo que indicó que estas variables estaban relacionadas directamente con la mortalidad según APACHE II.

— DISCUSIÓN

Al analizar detenidamente los hallazgos se destaca que la mayoría de los pacientes críticos estudiados se encontraban en el grupo etario correspondiente a jóvenes según la clasificación actual de la Organización Mundial de la Salud (OMS)[12]; lo que difiere con algunos estudios internacionales, como el de Barrera *et al.*[7] donde la edad promedio del estudio fue 49 años, el de Aceves *et al.*[13] la edad media del grupo control fue de 61 años y Sánchez *et al.*[14] cuyos participantes obtuvieron un rango de edad de 59,8 +-17,3 años.

Hubo un predominio de pacientes del género femenino, en contraposición con lo encontrado en los estudios realizados por varios autores[7,2,13,14] con el mayor porcentaje del masculino. Respecto al diagnóstico de ingreso, el neuroquirúrgico predominó sobre el médico, traumático y obstétrico, debido a que estos pacientes requieren comúnmente el ingreso en las UCI tanto para su manejo postoperatorio inmediato, como para el control de las complicaciones que puedan desarrollar[15]. Lo cual fue semejante a otros reportes, como el de Barrera *et al.*[7], pero opuesto a lo hallado por Sánchez *et al.*[14] donde predominó el diagnóstico médico sobre el quirúrgico y politraumatizado.

En cuanto al tiempo de estancia en la UCI osciló entre 2 y 5 días, lo que correspondió con el promedio de estadía hospitalaria de los pacientes críticos en la UCI según cifras aportadas por el Departamento de Estadística del IAHULA[9], el cual fluctúa entre 1 y 6 días; en congruencia a lo reportado por Aceves *et al.*[13] donde el tiempo de hospitalización de ambos grupos fue de 5.6 y 6.5 días respectivamente con una diferencia no significativa (p=0.572).

Con relación a las escalas, por una parte, se obtuvo un riesgo de mortalidad según APACHE II de 30%, lo que resultó similar en el grupo control del estudio anterior[13], una mortalidad entre 30%-40% usando el mismo instrumento. Caso contrario en otra investigación, la mayor parte de los pacientes tuvo un riesgo de mortalidad al ingreso cercano al 10%[7] y en la efectuada en Ecuador, el 70% de la muestra ingresó con mortalidad menor al 40%[2].

Por otra parte, se encontró que la mayoría de las variables fueron cumplidas del FAST HUG, siendo sustancialmente elevado F, A, U, y G cada 6 horas. La S y la T fueron las que menos se cumplieron. Lo anterior fue similar a los hallazgos obtenidos en un estudio, donde la media de cumplimiento fue de 5 ±1.04, rango de 6 (mínimo 1 y máximo 7)[7], y en el otro, al obtener menor riesgo de mortalidad en aquellos pacientes que se les cumplió más de 4

componentes del protocolo de FAST HUG[14]. Por el contrario, Aceves *et al.*[13] reportó el cumplimento del 100% de todas las variables de la mnemotecnia en ambos grupos de estudio.

Análogamente, la T fue una de las variables menos cumplidas, las ejecuciones se realizaron en pacientes críticos con APACHE menor al 35%, destacando el uso de los métodos mecánicos sobre los farmacológicos. Sin embargo, a pesar de los hallazgos expuestos y del bajo porcentaje de cumplimiento, se logró determinar la relación de dependencia entre el índice de mortalidad y T con una p=0.009, tal como lo reporta la literatura, basada en el hecho de que la enfermedad tromboembólica venosa profunda y la asociación de múltiples factores, hace del paciente crítico una población con elevado riesgo para su desarrollo[15,16]; donde la profilaxis es de vital importancia debido a que este fenómeno incrementa significativamente la morbi-mortalidad[17].

Por lo tanto, dicho porcentaje de cumplimiento pudo contribuir con la disminución de la mortalidad efectiva y estadía hospitalaria, además de la menor incidencia de enfermedad tromboembólica. Otro aspecto de importancia hace referencia a los pacientes con mayor índice de APACHE II a los cuales no se aplicó ninguna modalidad de T, lo que pudiera estar relacionado con los decesos presentados durante el estudio, a diferencia de los hallazgos obtenidos por Barrera *et al.*[7] donde la T resultó en un 81% de cumplimiento y al aplicarlo se obtuvo $p< 0.05$, que junto a S y F disminuyeron el riesgo de mortalidad en pacientes críticos. En contraposición, con el estudio realizado por Aceves *et al.*[13], donde el cumplimiento de algunas de las variables durante el estudio tuvo un incremento importante, en el caso de la T con p=0.031. Sin embargo, en relación con la mortalidad se encontró únicamente una diferencia no significativa estadísticamente (p=0.682).

En cuanto a las variables con mayor porcentaje de cumplimiento, destaca el G, el cual resultó en relación directa con el índice de mortalidad de los pacientes en estudio (p=0.003), coherente con lo establecido en evidencia científica donde existe asociación directa de la hiperglicemia de estrés con el incremento de la morbilidad y mortalidad del paciente crítico y se ha reconocido a la variabilidad de la glucemia como un predictor independiente de mortalidad[18].

Diferente con el estudio realizado por Curiel *et al.*[8], donde el ítem menos cumplido fue el G (73,6%), predominantemente en los pacientes no diabéticos (61,9%) que en los diabéticos (92,6%) (p=0,0001), por consiguiente, la mortalidad se relacionó con la gravedad al ingreso calculada por APACHE II (p=0,002) o SAPS III (p=0,0001). Asimismo, el cumplimiento de cualquier ítem por separado o en su conjunto no se relacionó con un mejor pronóstico.

— CONCLUSIÓN

Lo anteriormente expuesto, permitió determinar la relación de independencia entre el índice de mortalidad calculado según APACHE II y la aplicación del FAST HUG en las variables: F, A, S, H y U, durante la valoración enfermera del paciente crítico, así como también se determinó la relación de dependencia entre el índice de mortalidad APACHE II y la aplicación

del FAST HUG en las variables T y G. Destacando, que el uso de ambas herramientas durante la valoración enfermera diaria, evitaría la omisión de criterios de la mnemotecnia FAST HUG disminuyendo la morbimortalidad en la UCI.

— REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Vincent JL. Give your patient a fast hug (at least) once a day. Critical Care Medicine. [Internet] 2005 [consultado 2019 junio 29]; 33(6):1225-1229. Disponible en:https://journals.lww.com/ccmjournal/Abstract/2005/06000/Give_your_patient_a_fast_hug__at_least__once_a.5.aspx

2. Laica N, Arroba J. Valoración integral del paciente crítico mediante la mnemotecnia Fast Hug en la unidad de cuidados intensivos del Hospital General IESS Ambato en el periodo enero 2017 junio 2017 [Trabajo de grado]. Ecuador: Universidad Regional Autónoma de Los Andes UNIANDES; 2017 [consultado 2019 junio 26]. Disponible en: https://dspace.uniandes.edu.ec/handle/123456789/6867

3. Sociedad Española de Medicina Intensiva Crítica y Unidades Coronarias. SEMICYUC. Indicadores de calidad en el enfermo crítico. [Internet] 2017 [consultado 2019 enero 22]. Disponible en: https://semicyuc.org/wp-content/uploads/2018/10/indicadoresdecalidad2017_semicyuc_spa-1.pdf

4. Serrano N, García A, Mora ML, Fedriani J. Validación de los Mortality Probability Models II al ingreso (MPM II-0), a las 24 horas (MPM II-24), y a las 48 horas (MPM II-48) comparados con las predicciones de mortalidad hospitalaria de APACHE II y SAPS II realizadas en los días 1 y 2 de estancia en UCI. Med Intensiva. [Internet] 2000 [consultado 2019 octubre 22]; 24(2):49-60. Disponible en: https://www.medintensiva.org/es-validacion-mortality-probability-models-ii-articulo-13010755

5. Knaus WA, Draper EA, Wagner DP, Zimmerman JE. APACHE II: a severity of disease classification system. Crit Care Med. [Internet] 1985 [consultado 2019 octubre 22]; 13(10):818-29. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3928249/

6. Gien J, Salazar D, López R, Ramírez J. Valor predictivo de la escala APACHE II sobre la mortalidad en una unidad de cuidados intensivos de adultos en la ciudad de Mérida Yucatán. Revista de la Asociación Mexicana de Medicina Crítica y Terapia Intensiva. [Internet] 2006 [consultado 2020 febrero 5]; XX(1):30-40. Disponible en: https://www.medigraphic.com/pdfs/medcri/ti-2006/ti061e.pdf

7. Barrera B, Jiménez C, Ruiz L, Mendoza M. Aplicación del protocolo FAST-HUG y su asociación con la mortalidad del paciente crítico en UCI. Med Crit. [Internet] 2019 [consultado 2019 marzo 22]; 33(3):130-138. Disponible en: https://www.medigraphic.com/pdfs/medcri/ti-2019/ti193e.pdf

8. Curiel E, Joya C, Trujillo E, Martínez M, Molina H. Evaluación diaria del protocolo FASTHUG y resultados a corto plazo. Medicina Intensiva. [Internet] 2014 [consultado 2019 junio 29]; 38(6):393-394. Disponible en: https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0210569113002118?via%3Dihub

9. Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes. Departamento de Estadísticas de Mortalidad Hospitalaria Registrada en la Unidad de Cuidados Intensivos según total días de hospitalización y número de casos. Mérida-Venezuela; 2019.

10. Padrón A, Ayala J, Puga M, Díaz T, Salazar T, Quiñones N. Validación del sistema predictivo Apache II en un grupo de pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos. Rev Cub Med Mil. [Internet] 2003 [consultado 2021 febrero 26]; 8 (2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572003000200008

11. Morales M. Intervención educativa de Enfermería en la aplicación del protocolo Fast Hug (abrazo rápido) en paciente crítico de la Unidad de Cuidados Intensivos en un hospital de segundo nivel. [Trabajo de especialidad]. Acapulco Guerrero: Universidad de Calidad con Inclusión Social, Facultad de Enfermería Nº 2; 2020 [consultado 2021 febrero 20]. Disponible en: http://ri.uagro.mx/bitstream/handle/uagro/2222/TE_11289820_20.pdf?sequence=1&isAllowed=y

12. Notiexpress de México. OMS Reclasifica las edades, la terapia a base de inductores una gran ayuda para sentirse joven. [Internet] 2020 [consultado 2020 noviembre 10]. Disponible en: https://notiexpressdemexico.com/oms-reclasifica-las-edades-la-terapia-a-base-de-inductores-una-gran-ayuda-para-sentirse-joven/

13. Aceves E, Hernández F, Pérez F, Sánchez V. Aplicación de la mnemotecnia «Calidad» para disminuir la morbilidad de pacientes de las Unidades de Cuidados Intensivos de los Hospitales del Sistema Tec Salud. Rev. Asoc. Mex. Med. Crít. Ter. Intensiva. [Internet] 2015 [consultado 2019 junio 26]; 29(4):222-233. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0187-84332015000400005&lng=es&nrm=iso

14. Sánchez N, Muñoz R, Chávez P, Flores M, Ocegueda P, Flores C. Impacto de la aplicación del protocolo FASTHUG con mortalidad en los pacientes con falla orgánica. Med Crit. [Internet] 2012 [consultado 2020 noviembre 10]; 26(1):21-25. Disponible en: https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=32266

15. Santafé M, Arikan F, Sánchez A, Ferrer R. Optimización del manejo del paciente neuroquirúrgico en Medicina Intensiva. Medicina Intensiva. [Internet] 2019 [consultado 2021 febrero 10]; 43(8): 489-496. Disponible en: https://www.medintensiva.org/es-optimizacion-del-manejo-del-paciente-articulo-S0210569119300725

16. García-Olivares P, Guerrero J, Tomey M, Hernangómez A, Stanescu D. Profilaxis de la enfermedad tromboembólica venosa en el paciente crítico: aproximación a la práctica clínica en la comunidad de Madrid. Med Intensiva. [Internet] 2014 [consultado 2020 noviembre 10]; 38(6):347-355. Disponible en: https://medintensiva.org/es-profilaxis-enfermedad-

tromboembolica-venosa-el-articulo-S0210569113001605

17. Martínez M, Castañón J. Enfermedad tromboembólica venosa en la unidad de cuidados intensivos. Un problema no resuelto. Rev Med IMSS [Internet] 2002 [consultado 2019 marzo 22]; 40(3):233-245. Disponible en: https://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2002/im023h.pdf

18. Manzanares W, Aramendi I. Hiperglucemia de estrés y su control con insulina en el paciente crítico: evidencia actual. Med Intensiva [Internet] 2010 [consultado 2020 noviembre 10]; 34(4):273-281. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210-56912010000400008

EHI
ISSNe 2542-3444
VOLUMEN 9
Número I (2022)

Recibido: 16/11/21 Aceptado: 25/3/22 DOI: https://doi.org/10.53766/EHI/2022.09.01.05

INVESTIGACIÓN

Relación entre la administración de drogas vasoactivas y la aparición de eventos adversos

Relationship between the administration of vasoactive drugs and the appearance of adverse events

Willrosy Colmenares (Esp.)[1]
Ana Lobo (Esp.)[2]
Yurassy Villarreal (Esp.)[1]

[1]Licenciada en Enfermería, Universidad de Los Andes (ULA), Mérida-Venezuela. Especialista en Enfermería en Cuidados al Paciente en Estado Crítico, ULA. Enfermera P2, Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes, Mérida.
Correo electrónico: willrosycolmenares@gmail.com ORCID: 0000-0002-3018-9014;
Yurassy Villarreal, ORCID: 0000-0002-7220-2280
[2]Licenciada en Enfermería, ULA. Especialista en Enfermería en Cuidados al Paciente en Estado Crítico, ULA. Profesora, Escuela de Enfermería, ULA. Enfermera P2, UCI, Instituto Venezolano del Seguro Social, Mérida. ORCID: 0000-0002-8173-0202

RESUMEN

Introducción: los fármacos vasoactivos son sustancias químicas que cumplen funciones vasopresoras e inotrópicas, potencian la contractibilidad miocárdica y logran efectos sobre los vasos periféricos; sin embargo, se ha demostrado cómo en ciertas ocasiones durante la preparación, administración y deshabituación de la medicación, se pueden cometer faltas que conlleven a la aparición de eventos adversos. **Objetivo:** analizar la relación entre la administración de drogas vasoactivas y la aparición de eventos adversos. **Metodología:** estudio de tipo observacional, prospectivo, de corte longitudinal. La población muestral estuvo representada por 12 pacientes adultos críticos que requirieron administración de aminas vasoactivas durante su estadía en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) del Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes (IAHULA) y, 35 profesionales de enfermería que brindaron cuidado directo. A través de una lista de cotejo se cuantificaron los eventos adversos en relación al desempeño de este profesional. **Resultados:** Los eventos adversos más frecuentes fueron arritmias (91,7%) e hipotensión arterial (91,7%). La aparición de arritmias guardó relación de forma directa con la administración de dosis incorrectas ($r\varphi=0.52$; $p=0.047$), al igual que con la letra ilegible ($r\varphi=0.52$; $p=0.007$). **Conclusión:** existieron acciones durante la administración de drogas vasoactivas, que guardaron relación con la aparición de eventos adversos. Las dosis incorrectas y la letra ilegible, se relacionaron directamente, con la aparición de arritmias en pacientes críticos.

Palabras clave: administración de medicamentos, enfermería, eventos adversos, drogas vasoactivas, UCI.

ABSTRACT

Introduction: vasoactive drugs are chemical substances that perform vasopressor and inotropic functions, enhance myocardial contractility and achieve effects on peripheral vessels; however, it has been shown that on certain occasions during the preparation, administration and withdrawal of medication, they can be committing faults that lead to the appearance of adverse events. **Objective:** to analyze the relationship between the administration of vasoactive drugs and the appearance of adverse events. **Methodology:** an observational, prospective, longitudinal-cut study. The sample population was represented by 12 those critical adult patients who required administration of vasoactive amines during their stay in the Intensive Care Unit (ICU), Autonomous Institute University Hospital of the Andes (AIUHA), 35 nursing professionals who provided direct care. Through a checklist adverse events were quantified in relation to the performance of this professional. **Results:** The most frequent adverse events were arrhythmias (91.7%) and arterial hypotension (91.7%). The appearance of arrhythmias was directly related to the administration of incorrect doses ($r\varphi = 0.52$; $p = 0.047$), as with illegible handwriting ($r\varphi = 0.52$; $p = 0.007$). **Conclusion:** there were actions during the administration of vasoactive drugs, which are related to the appearance of adverse events. Incorrect doses and illegible handwriting were directly related to the appearance of arrhythmias in critically ill patients.

Key words: medicine administration, nursing, adverse events, vasoactive drugs, ICU.

— INTRODUCCIÓN

Durante años se ha recurrido a la utilización de fármacos inotrópicos que regulan y potencian la función contráctil[1], con distintos mecanismos de acción, para tratar la disfunción cardiaca; estas sustancias cumplen funciones vasopresoras e inotrópicas, que garantizan la perfusión de los tejidos[2]. Cuando la presión arterial media disminuye por debajo del rango de autorregulación de un órgano, el flujo sanguíneo decrece, dando lugar a isquemia tisular y fallo orgánico[3].

La terapéutica con vasoactivos es necesaria en patologías que ocasionan un desequilibrio entre la demanda y el suministro de oxígeno a los tejidos. Existen diversos fármacos que aumentan el inotropismo cardíaco (de forma directa sobre el miocardio o de forma indirecta a nivel vascular), tales como, Efedrina, Adrenalina o Noradrenalina; vasodilatadores que mejoran la función cardíaca por relajación de la pared vascular, como Levosimedan, Milrinone, Nitropusiato Sódico o la Dobutamina y otros que pueden mostrar ambos efectos dependiendo de la dosis utilizada, siendo este el caso de la Dopamina[1]. Al respecto, Annane et al.[4] presentan un enfoque sobre el espectro terapéutico de esta medicación que se considera beneficiosa en los estados de shock.

Este tipo de tratamiento amerita un seguimiento exhaustivo por parte de un grupo multidisciplinario de especialistas, entre ellos, el profesional de enfermería, quien tiene como objetivo primordial, cumplir con la preparación, administración y deshabituación adecuada de estos fármacos, con el fin de garantizar la mejoría del estado de salud y no la prolongación de la enfermedad o la aparición de eventos adversos, conocidos como los incidentes imprevistos e inesperados durante la atención hospitalaria y que pueden producir la muerte, discapacidad, prolongación hospitalaria, o el reingreso subsecuente[5].

Existen múltiples eventos adversos que se presentan durante la utilización del tratamiento antes mencionado, entre los más frecuentes se encuentran las arritmias, definidas como cualquier alteración del ritmo cardíaco normal, es decir, un ritmo diferente al ritmo sinusal y se dividen en dos grupos: taquiarritmias, si la frecuencia cardíaca supera los 100lpm y bradiarritmias, si la frecuencia es menor de 60lpm[6]. Asimismo, puede ocurrir que la presión arterial se desvíe de la normalidad por exceso (hipertensión arterial) o por defecto (hipotensión arterial)[7]. Igualmente se puede observar disminución del gasto urinario y vasoconstricción periférica[7].

Hunter et al.[8] han demostrado cómo en ciertas ocasiones durante la manipulación de estas drogas, se pueden cometer faltas que conlleven a la aparición de eventos adversos o complicaciones, comprometiendo la estabilidad del paciente o el propósito con el que se está administrando el fármaco. Es importante conocer y familiarizarse con las posibles causas generadoras de esos resultados, a fin de que el personal de salud pueda de alguna manera neutralizar o en su defecto disminuir la aparición de dichos eventos.

En las Unidades de Cuidados Intensivos (UCIs) se lleva a cabo la administración de aminas vasoactivas[2]. Muchos de los pacientes que ingresan a estas unidades requieren de la implementación de este tipo de medicación e incluso del cumplimiento simultáneo de estas drogas. López, González[2] elaboraron una guía útil y práctica, sobre estos fármacos, con el fin de que el personal de enfermería conozca su adecuada administración, dilución, vigilancia y cuidados, teniendo en cuenta su eficaz utilización e influencia sobre el paciente.

De esta manera, es necesario que los profesionales de enfermería identifiquen aquellas lesiones no deliberadas que se presentan en el proceso asistencial[5], convirtiéndose en un problema de salud pública con impacto a nivel mundial. En los Estados Unidos de Norte América se estimó un porcentaje de eventos adversos del 5,5% en pacientes hospitalizados, de los cuales la mitad era prevenible[9]. Estos se presentan cuando no se aplican estándares de calidad en el cuidado asistencial[6].

Achury et al.[10] mencionan que el profesional de enfermería de la UCI debe establecer estrategias para fortalecer y mejorar los procesos relacionados con la aplicación de protocolos, la comunicación y una política de recursos humanos que logre minimizar la aparición de eventos adversos en distintas etapas relacionadas con el cumplimiento de la medicación, es decir con la prescripción, transcripción, dispensación, preparación, administración y monitorización del tratamiento. A su vez, señalan la importancia de identificar los factores desencadenantes, para establecer planes de mejoramiento que aporten al cuidado de la salud.

Estos autores clasifican dichos factores en: intrínsecos (relacionados directamente con el paciente), extrínsecos (relacionados con el tratamiento y el cuidado intrahospitalario, según el manejo terapéutico y uso de dispositivos) y del sistema institucional (constituidos por el recurso humano, el nivel de formación y capacitación, los determinados por errores en los procesos, el equipo de trabajo, los equipamientos y los lineamientos institucionales) [10].

Ahora bien, el personal de enfermería no solo debe estar enfocado en los eventos adversos originados o manifestados en el paciente adulto crítico durante el manejo de drogas vasoactivas, sino que a su vez debe mantenerse actualizado con base en el conocimiento de la droga en todas sus esferas, debido a que esto garantizará una atención de calidad en el cumplimiento de dicha medicación. La enfermería se ha caracterizado por ser una profesión de servicio y cuya esencia es el respeto a la vida y el cuidado del ser humano a través del diagnóstico y tratamiento a los problemas de salud reales o potenciales. Cuidar es una actividad humana que se define como una relación y un proceso cuyo objetivo va más allá de la enfermedad[11].

Con el fin de desempeñar una labor eficaz, la actuación de enfermería asociada a la aplicación de medicamentos pasa por el cumplimiento correcto del lavado de manos, conocimiento de antecedentes alérgicos del paciente, control de signos vitales, medicamento, dosis, vía de administración, hora, paciente, técnica de administración, velocidad de infusión, verificación de la fecha de caducidad, preparación y realización del registro de los medicamentos por parte del mismo personal después de suministrarlo, no cumplir medicamentos bajo órdenes verbales y educar al paciente y/o su familia sobre el fármaco[11].

Por ello, Deza[12] señala la importancia del profesional de enfermería especializado en las UCIs, dirigido principalmente a la administración de medicamentos inotrópicos y vasopresores, a fin de dilucidar las alteraciones que se pueden ocasionar si no se lleva a cabo un cuidado cauteloso, al momento de seguir las indicaciones correspondientes durante el cumplimiento de dichos fármacos.

Con miras a fomentar el ejercicio de los profesionales que se desempeñan en el área de la salud, específicamente aquellos que son pieza clave en el cumplimiento de medicamentos como lo es el profesional de enfermería de área crítica, se planteó el siguiente objetivo: analizar la relación entre la administración de drogas vasoactivas y la aparición de eventos adversos.

— METODOLOGÍA

Se llevó a cabo un estudio de tipo observacional, prospectivo, de corte longitudinal en la UCI del Instituto Autónomo Hospital Universitarios de Los Andes (IAHULA), ubicada en Mérida-Venezuela, entre los meses de julio y octubre del 2020. La población estuvo conformada por los pacientes adultos críticos ingresados y que requirieron la administración de aminas vasoactivas durante su estadía hospitalaria, asimismo fue incluido el profesional de enfermería que se desempeña en esta unidad, quienes brindaron cuidados y estuvieron en contacto directo con los pacientes antes mencionados. Se aplicó el muestreo no probabilístico intencional tomando en cuenta los siguientes criterios de inclusión: pacientes de ambos sexos, mayores de 18 años de edad, con indicación de aminas vasoactivas. Profesional de enfermería (residentes y especialistas) que se desempeñan en la unidad. Y criterios de exclusión tales como: pacientes menores de 18 años de edad y profesional de enfermería que se encontraba de reposo médico, vacaciones o descanso trimestral. Se obtuvo una población muestral de 12 pacientes adultos críticos ingresados a la UCI-IAHULA y 35 profesionales de enfermería.

La técnica utilizada fue la observación realizada al paciente críticamente enfermo que recibió drogas vasoactivas y al desempeño del profesional de enfermería que brindaba cuidado directo al mismo. Como instrumento se diseñó una lista de cotejo tomando en consideración elementos de algunos autores[11,13,14], para identificar en primer lugar, las características demográficas y clínicas del paciente, en segundo lugar, se procedió a dividirla en tres apartados, el primero constó de cinco ítems relacionados con los eventos adversos observados en el paciente, el segundo incluyó 13 correctos de enfermería (lavado de manos, monitorización de signos vitales, medicamento, dosis, vía de administración, paciente correcto, registro de la hora de preparación de la droga, hora que inicia infusión vasoactiva, cumplimiento del fármaco por un solo lumen del catéter central, vigilancia constante de la velocidad de infusión y dosis terapéutica, preparación y suministro por el mismo profesional y evolución después de administrarlo). El tercero, se orientó a errores frecuentes en las etapas de prescripción, transcripción, preparación, administración y monitorización de medicamentos relacionados con las indicaciones médicas.

Se tomó como no cumplida toda actuación no realizada por el profesional de enfermería en una oportunidad durante el periodo de observación, así como también se consideró error en la

medicación cuando hubo evidencia de que esta no se cumplió, al menos en una ocasión. La validación del instrumento estuvo a cargo de un panel de expertos, conformado por tres profesores adjuntos a la Escuela de Enfermería de la Universidad de Los Andes (ULA), quienes realizaron sus observaciones y fueron consideradas en el instrumento definitivo de recolección de datos. El seguimiento se realizó en un periodo de 72 horas desde el inicio de la infusión de drogas vasoactivas.

Los resultados obtenidos se analizaron de la siguiente manera. Las variables continuas se expresaron como Medias + Desviación Estándar. Las variables categóricas se denotaron como frecuencias y porcentajes. Para las comparaciones de las variables nominales u ordinales se utilizaron las pruebas no paramétricas, entre ellas Chi Cuadrado y análisis multivariable, se realizó correlación de variables categóricas a través del análisis de coeficiente phi φ o rφ, que valora el grado de acuerdo en función del índice kappa. Se consideró un valor de $p < 0,05$ para ser estadísticamente significativo. Todos estos análisis se realizaron con el programa estadístico de SPSS versión 20 para Windows. Legal y éticamente el desarrollo de esta investigación estuvo fundamentado en el Código Deontológico de los Profesionales de Enfermería[15].

— RESULTADOS

Con relación a las características demográficas y clínicas correspondientes a los pacientes objeto de estudio de esta investigación, se muestra en la Tabla 1, que la edad representó una media de 46,92 ± 12,9 años, con predominio del sexo femenino en un 58,3% de los casos. El diagnóstico relacionado con la indicación de vasoactivos fue el shock séptico con un 66,7%, siendo la droga de elección, la Norepinefrina en un 100% de los casos, con una duración media de infusión de 51,5 ± 35,1 horas.

Tabla 1. Características demográficas y clínicas de los pacientes.

Características	Pacientes (12)
Edad (años) x̄	46,92 ± 12,9
Sexo (F/M) %	58,3/41,7
Diagnóstico (%)	
Shock séptico	66,7
Shock hipovolémico	25
Shock cardiogénico	8,3
Vasoactivo utilizado (%)	
Norepinefrina	100
Dobutamina	16,67
Duración de la infusión (horas) x̄	51,5 ± 35,1

Fuente: base de datos del estudio.

Respecto a las características generales del personal activo en la unidad, la edad representó una media de 30,8 ± 5,8 años, de sexo femenino en un 80%. A nivel académico el 45,8% estuvo representado por licenciados en enfermería. El 67,6% del personal tenía menos de 5 años de servicio y para el momento del estudio el 62,5% cumplía horarios de 24 horas.

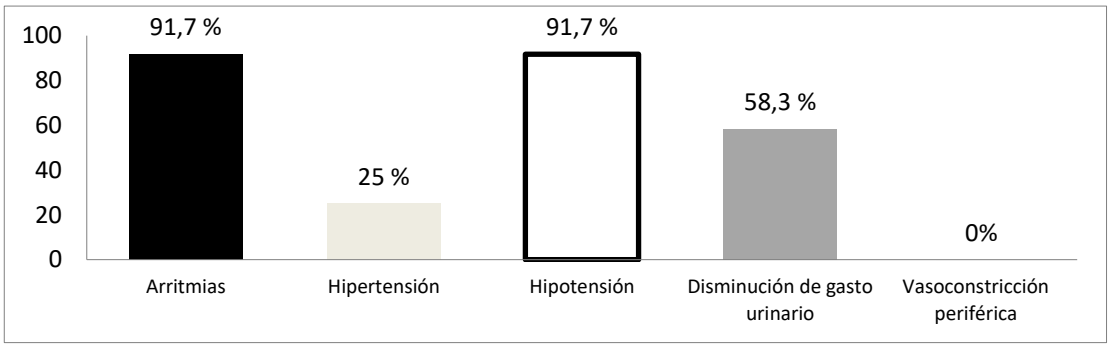

Gráfico 1. Eventos adversos presentes durante el cumplimiento de vasoactivos.
Fuente: Ídem.

El gráfico 1, registra arritmias y episodios de hipotensión en un 91,7% de los casos, el tipo de arritmias más frecuente fue la taquicardia sinusal 83,3%.

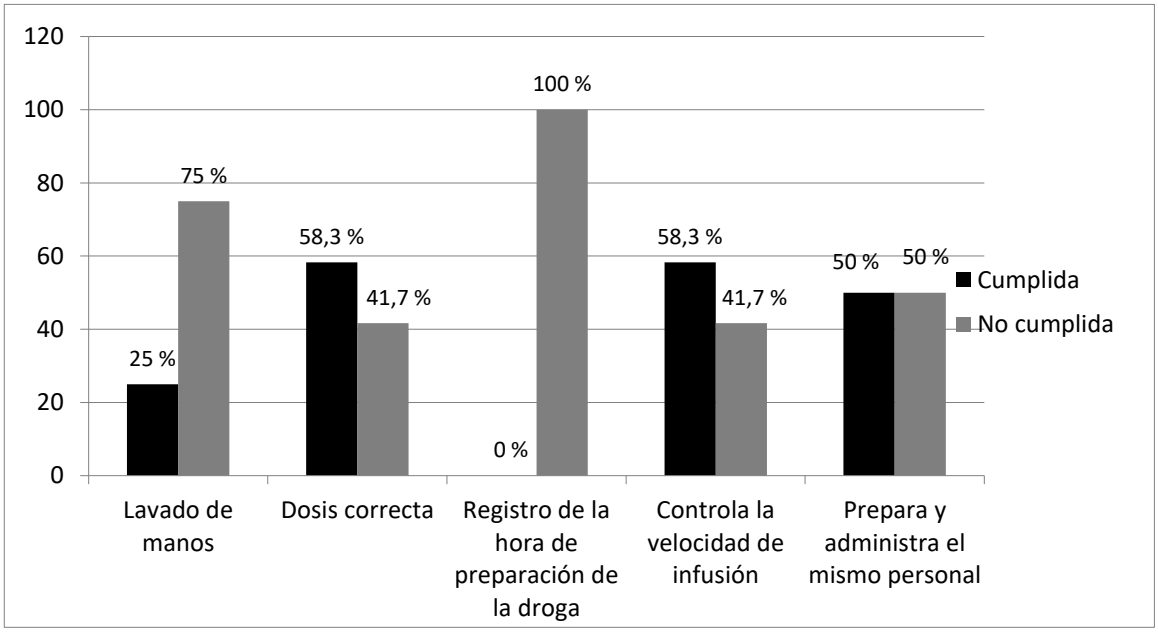

Gráfico 2. Actuación de enfermería durante la administración de vasoactivos.
Fuente: Ídem.

En el gráfico 2, se evidencia que en el 100% de los casos no se registró la hora de preparación del fármaco; 75% no cumplió con el lavado de manos antes de manipular el vasoactivo y el 50% del personal no preparaba, ni administraba la droga él mismo.

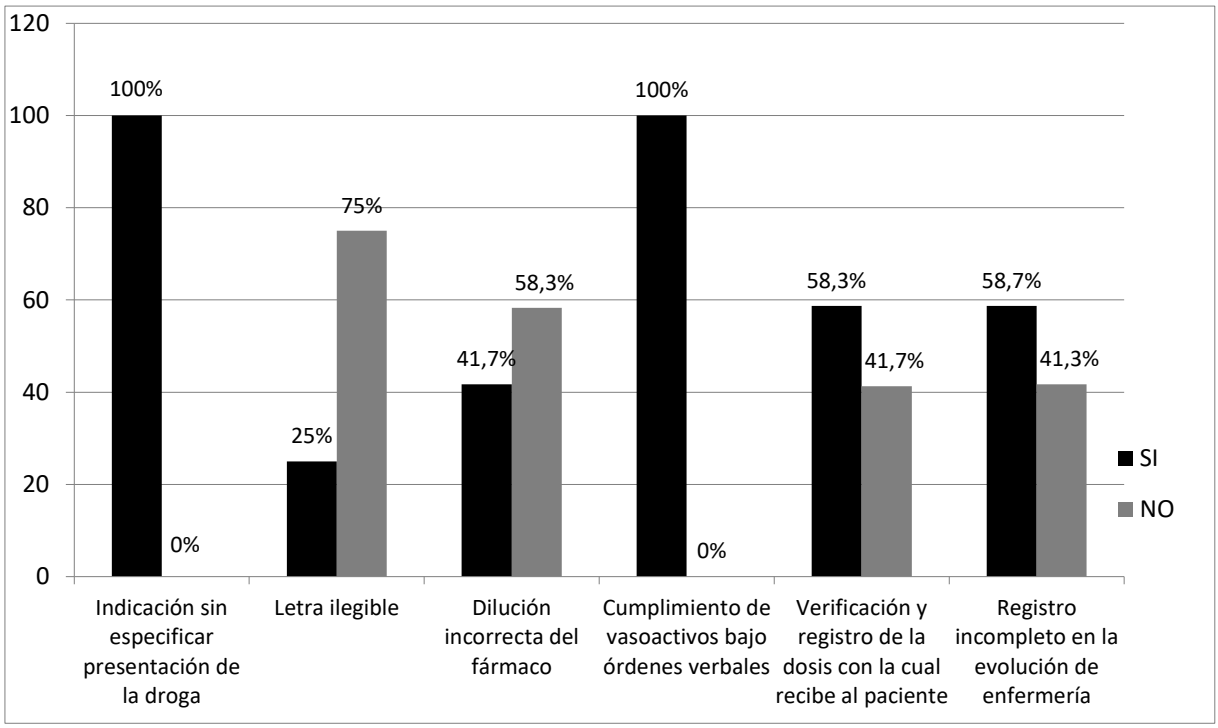

Gráfico 2. Errores frecuentes en la medicación con drogas vasoactivas.
Fuente: Ídem.

Se evidencia en el gráfico 3 que el 100% de las indicaciones médicas se registró sin especificar la presentación del fármaco, estas se cumplieron bajo órdenes verbales en un primer momento; 58,7% no reportó en la evolución de enfermería los cambios frecuentes realizados durante su turno de trabajo.

Tabla 2. Resumen de distribución de eventos adversos relacionado con sus errores.

Eventos adversos	Errores frecuentes	Coeficiente phi φ	Valor de p
Arritmias	Dosis incorrecta	0.52	0.047
Arritmias	Letra ilegible	0.52	0.007
Arritmias	Registro luego de la administración del fármaco	-0.50	0.07
Disminución del gasto urinario	Letra ilegible	0.48	0.09

Fuente: Ídem. Valor de $p<0.05$ para significancia estadística.

Para determinar los eventos adversos relacionados con los errores frecuentes se calculó el coeficiente phi φ o rφ; con un rango establecido de entre -1 y 1; los valores positivos indican una relación directamente proporcional y los valores negativos una relación inversamente proporcional entre el error y el evento. Se muestra en la tabla 2 que la aparición de arritmias guardó relación de forma directa con la administración de dosis incorrectas ($r\varphi=0.52$; $p=0.047$), al igual que con la letra ilegible ($r\varphi=0.52$; $p=0.007$). Cabe destacar que la presencia de hipotensión arterial en el paciente críticamente enfermo durante la administración de vasoactivos ocurrió en un alto porcentaje, como se observa en el gráfico 1, sin embargo, el análisis de este evento adverso no guardó relación con la actuación de enfermería.

— DISCUSIÓN

La investigación muestra que la edad promedio de los pacientes que recibieron drogas vasoactivas en la UCI-IAHULA, Mérida, Venezuela fueron de edad adulta, predominando el sexo femenino, el principal diagnóstico por el cual se inició la infusión de vasoactivos fue el shock séptico, siendo la droga de elección la Norepinefrina. Estos resultados guardan relación con lo que señala Annane et al.[4] quienes afirman que los agentes vasoactivos son los más utilizados en la UCI y que la Noradrenalina es la terapia de primera línea en la mayoría de las condiciones clínicas, seguida de la Dobutamina.

Se registró un alto nivel de aparición de arritmias, lo que se asemeja a publicaciones previas que las ubicaron en un 25%, específicamente al cumplirse infusión de Norepinefrina en pacientes críticos[4]. Señala además, que en la práctica, se dispone de varios fármacos con mecanismos de acción heterogéneos y un balance de beneficios y riesgos variables, lo cual se relaciona con la aparición de eventos adversos[4].

Por otra parte, los profesionales de enfermería activos en la UCI-IAHULA, fueron adultos jóvenes, predominantemente del sexo femenino, lo que es comparable igualmente a estudios previos, en los que la edad estuvo comprendida entre 25-30 años, asimismo el género

imperante fue el femenino representado por un 83%[16].

Con respecto al nivel académico, la unidad estuvo conformada principalmente por licenciados en enfermería. En contraposición, existen trabajos de investigación, en los que el 50% de los profesionales contaba con especialidad y solo el 17% licenciatura[16]. Esta variación del nivel académico se puede atribuir a que el presente estudio se realizó en un instituto universitario donde se imparten postgrados con alto volumen de residentes en busca de especialidad. McGahan et al.[17] en una revisión donde se evaluó la incidencia de morbimortalidad con relación a los niveles educativos del personal de enfermería, señaló que hay una tendencia a la disminución de los eventos adversos en las UCIs cuando el nivel académico de este personal es mayor.

En lo concerniente a la actuación de enfermería se mostraron acciones que no son realizadas por el total del personal que labora en la unidad, donde no registraban la hora de preparación del fármaco, sino la hora de inicio de la infusión, pieza fundamental para mantener la concentración del medicamento que se administra, logrando el efecto deseado en el paciente, sin generar aumento de dosis administrada[18]. A su vez, el no cumplimiento del lavado de manos antes de la preparación del vasoactivo, siendo uno de los procedimientos con mayor importancia en la preparación y administración de medicamentos[2,11]. Sin embargo, la no realización de esta actividad no se relacionó con la aparición de eventos adversos. En contraposición existen estudios[19] en los que el 66,7% realizaba el lavado de manos previo a la preparación de medicamentos con el fin de eliminar la flora microbiana, evitando la trasmisión de microorganismos y disminuyendo el riesgo de infección.

En cuanto a los errores en la medicación, se encontraron en su mayoría en la etapa de prescripción; puesto que las órdenes médicas no indicaban la presentación del fármaco y las indicaciones se cumplieron bajo órdenes verbales en un primer momento, además de ello, se evidenciaron errores en los registros de enfermería tales como, verificación y registro de la dosis con la cual se recibe al paciente y pocos reportaron en la evolución los cambios realizados. Existen investigaciones donde señalan que los errores más frecuentes en la etapa de prescripción se relacionan con la falta de horarios o firmas de las modificaciones en las indicaciones[20]. Machado et al.[21] mencionan que es usual observar problemáticas en la preparación y administración del medicamento.

Un elemento relevante para tomar en cuenta es la tendencia que se observó en la etapa de prescripción referente a la letra ilegible, un error poco frecuente en esta investigación, sin embargo, guardó relación significativa con la aparición de eventos adversos como arritmias[6], previamente se ha demostrado que este factor aumenta la recurrencia de errores médicos hasta un 43%[22]. Es importante señalar que el tipo de arritmia más frecuente que se registró en el presente estudio fue la taquicardia sinusal, mencionada en la introducción por García como la alteración del ritmo cardiaco normal, donde la frecuencia cardíaca supera los 100lpm. Asimismo, hubo episodios de hipotensión en casi en el 100% de los casos, coincidiendo con Pérez[7], quien menciona que el uso de vasoactivos puede llevar a que la presión arterial se desvíe de la normalidad por exceso (hipertensión arterial) o por defecto (hipotensión arterial).

Por otra parte, existen reportes que señalan que hasta un 28% de las prescripciones que se realizan en UCIs, son con letra ilegible[23]. Fallaize et al.[24] encontraron que el uso de letra mayúscula mejora la legibilidad y esto se podría traducir en disminución de fallos.

Achury et al.[10] en un estudio multicéntrico donde participaron diversos países latinoamericanos encontraron que el 11% de los eventos adversos registrados en las UCIs se asocian a la administración de medicamentos, entre las cuales se encuentran las etapas de prescripción, transcripción, dispensación, preparación, administración y monitorización. En el presente estudio se mostró una relación directa entre la aparición de arritmias con la administración de dosis incorrectas y letra ilegible, estos factores se enmarcan en los denominados errores del sistema institucional. Eltaybani et al.[25] muestran la manifestación de efectos no deseados relacionados con los errores del sistema institucional, donde predominó la falta de adhesión a protocolos, problemas de comunicación, formación y entrenamiento inadecuado.

— CONCLUSIONES

Los datos analizados señalan que existieron acciones propias del actuar de enfermería como que no se registraba la hora de preparación del fármaco, la falta de lavado de manos, que el personal no preparaba, ni administraba la droga él mismo, y errores asociados al uso de drogas vasoactivas entre ellas, la letra ilegible, que guardaron relación con la aparición de arritmias en pacientes críticos.

Las UCIs deben fomentar la creación y cumplimiento de protocolos de atención detallados que garanticen el correcto uso de drogas vasoactivas; cuando los profesionales implicados en la administración de medicamentos siguen protocolos establecidos, se crean de forma automática múltiples controles a lo largo del sistema institucional.

Se deben realizar trabajos de investigación que amplíen los resultados observados, que ayuden a generar estrategias de acción, con el fin de prevenir la aparición de errores durante la atención de los pacientes críticamente enfermos que agraven su estado de salud, prolonguen la estancia hospitalaria, aumenten los gastos de atención o los lleven a la muerte.

— REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Morales M, Martínez J. Fármacos Cardiovasculares. Hospital Universitari Mútua Terrassa, Barcelona. [Internet] s.f. [consultado 27 de julio 2021]. Disponible en: http://www.scartd.org/arxius/fcos_cardiovasc_pres06.pdf

2. López I, González D. Drogas vasoactivas en UCI, cuidados y responsabilidades de enfermería y su importancia para el paciente. [Trabajo de grado]. España: Universidad de Zaragoza, Facultad Ciencias de la Salud, Área de Enfermería; 2012 [consultado 27 de julio 2021]. Disponible en: https://zaguan.unizar.es/record/7202?ln=es#

3. Lovesio C. Drogas vasoactivas en el paciente crítico. Libro virtual IntraMed. [Internet] 2001 [consultado 27 de julio 2021]. Disponible en: https://elenfermerodelpendiente.files.wordpress.com/2014/01/drogas-vasoactivas-en-el-paciente-critico-lovesio.pdf

4. Annane D, Ouanes L, Backer D, Du B, Gordon A, Hernandez G. et al. A global perspective on vasoactive agents in shock. Intensive Care Med [Internet] 2018 [consultado 27 julio 2021]; 44 (6):833-46. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29868972/

5. Fernández S. Los Eventos Adversos y la Seguridad del Paciente. Boletín CONAMED-OPS. 2015; 3:3-9.

6. García J (Ed.), Corbacho I, Sánchez V, Muñoz Á, Sánchez J (Coords.). Manual terapéutico. Arritmias Cardiacas. 4ª ed. España: Ediciones Universidad de Salamanca. [Internet] 2019 [consultado 27 de julio 2021]. Disponible en: https://lamochiladelresi.files.wordpress.com/2020/01/1569-manuscrito-de-libro-21-1-10-20190604.pdf

7. Pérez J. Sisinio de Castro. Manual de Patología General. 7ª ed. España: Elsevier; 2019.

8. Hunter S, Considine J, Manias E. Nurse management of vasoactive medications in intensive care: A systematic review. Journal of clinical nursing [Internet] 2020 [consultado 28 de julio 2021]; 29(3-4). Disponible en: https://doi.org/10.1111/jocn.15093

9. Kohn L, Corrigan J, Donaldson M. To err is human: Building a safer health system. Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America [Internet] 2000 [consultado 28 de julio 2021]. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25077248/

10. Achury D, Rodríguez S, Díaz J, Cavallo E, Zarate R, Vargas R. et al. Estudio de eventos adversos, factores y periodicidad en pacientes hospitalizados en unidades de cuidado intensivo. Enfermería Global [Internet] 2016 [consultado 27 julio 2021]; 15(2). Disponible en: https://doi.org/10.6018/eglobal.15.2.215791

11. Ipanaque M, Pérez G. Nivel de conocimiento y el cuidado de enfermería en la administración de inotrópicos en el servicio de Emergencia de una Clínica Privada. [Trabajo de grado]. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia, Facultad de Enfermería; 2017 [consultado 30 de julio 2021]. Disponible en: https://hdl.handle.net/20.500.12866/455

12. Deza A. Importancia de los cuidados de enfermería en la administración de los medicamentos inotrópicos y vasoactivos en la unidad de cuidados intensivos Puno, 2019. [Trabajo de Especialidad]. Perú: Universidad Nacional del Altiplano, Facultad de enfermería; 2019 [consultado 30 de julio 2021]. Disponible en: https://1library.co/document/zwvmw21q-importancia-enfermeria-administracion-medicamentos-inotropicos-vasoactivos-cuidados-intensivos.html

13. Arias F. El proyecto de investigación. Introducción a la metodología científica. 5ª ed. Caracas-Venezuela: Episteme; 2006.

14. Manterola C. Estrategias de investigación. Diseños observacionales. Rev. Chilena de Cirugía [Internet] 2001 [consultado 21 julio 2021]; 53(2):229-33. Disponible en: https://books.google.co.ve/books?hl=es&lr=&id=629ES5GIrEIC&oi=fnd&pg=PA229&dq=Manterola+C.+Estrategias+de+Investigación.+Diseños+observacionales.&ots=GxHSZho1_K&sig=gSPJn_TMzKceaozUkjd-1PJX_bE#v=onepage&q=Manterola%20C.%20Estrategias%20de%20Investigación.%20Diseños%20observacionales.&f=false

15. Código Deontológico de los Profesionales de Enfermería de la República Bolivariana de Venezuela. Caracas. Vigencia 2008.

16. Trim J, Roe J. Practical considerations in the administration of intravenous vasoactive drugs in the critical care setting: the double pumping or piggyback technique-part one. Intensive and Critical Care Nurs. [Internet] 2004 [consultado 21 julio 2021]; 20(3):153-60. Disponible en: https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0964339704000175

17. McGahan M, Kucharski G, Coyer F. Nurse staffing levels and the incidence of mortality and morbidity in the adult intensive care unit: A literature review. Australian Critical Care [Internet] 2012 [consultado 23 julio 2021]; 25(2):64-77. Disponible en: https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1036731412000471

18. Fernández J. Manual de administración de medicamentos. Gerencia del Área de Salud de Badajoz [Internet] 2003 [consultado 30 de julio 2021]. Disponible en: https://www.areasaludbadajoz.com/Farmacia/Documentos/Protocolos/MANUAL_DE_ADMINISTRACIN_DE_MEDICAMENTOS__25_Nov_2004.pdf

19. Andrade E. Aplicación de normas de bioseguridad y su incidencia en la administración de medicamentos en el servicio de cirugía hombres del Hospital Provincial Docente Ambato. [Trabajo de grado]. Ecuador: Universidad Técnica de Ambato, Facultad Ciencias de la Salud, Carrera de Enfermería; 2015 [consultado 30 de julio 2021]. Disponible en: https://repositorio.uta.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/9492/1/Andrade%20Manguay%2C%20Eugenia%20Elizabeth.pdf

20. Di Simone E, Tartaglini D, Fiorini S, Petriglieri S, Plocco C. et al. Medication errors in intensive care units: nurses' training needs. Emerg Nurse [Internet] 2016 [consultado 30 de julio 2021]; 24(4): 24-9. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27384804/

21. Machado S, Azevedo A, Büscher A, Conceição M. El error humano en el cotidiano de la atención de enfermería en terapia intensiva. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet] 2015 [consultado 21 de julio 2021]; 23:1074-81. Disponible en: https://www.scielo.br/j/rlae/a/j9mqVP7t5vvqDJRWFffDr4H/?format=pdf&lang=es

22. Hartel M, Staub L, Röder C, Eggli S. High incidence of medication documentation errors in a Swiss university hospital due to the handwritten prescription process. BMC Health Services Research [Internet] 2011 [consultado 23 julio 2021]; 11(199). Disponible en: https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-11-199

23 Siqueira J, Antoniolli A, Silvestre C, Oliveira-Filho A, Silva W, Lyra D. Analysis of the quality of prescriptions at a cardiovascular ward in Brazil: a pilot study. Int J Clin Pharm. [Internet] 2011 [consultado 21 de julio 2021]; 33:260-63. Disponible en: https://link.springer.com/article/10.1007/s11096-011-9491-4

24. Fallaize R, Dovey G, Woolf S. Prescription legibility: bigger might actually be better. Postgrad Med J. [Internet] 2018 [Consultado 21 de julio 2021]; 94(1117):617-20. Disponible en: https://pmj.bmj.com/content/94/1117/617

25. Eltaybani S, Mohamed N, Abdelwareth M. Nature of nursing errors and their contributing factors in intensive care units. Nursing in Critical Care. [Internet] 2018 [Consultado 30 de octubre 2021] 24(1):47-54. Disponible en: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/nicc.12350

EHI
ISSNe 2542-3444
VOLUMEN 9
Número I (2022)

Recibido: 04/12/21 Aceptado: 29/3/22 DOI: https://doi.org/10.53766/EHI/2022.09.01.06

REVISIÓN

Empoderamiento femenino en Enfermería y cambio de paradigma durante la Covid-19

Female empowerment in Nursing and paradigm shift during Covid-19

Evelyne Rivas (MSc.)

Politólogo, Abogado. Magister en Economía. Profesora Asistente de la Facultad de Medicina, Departamento de Ciencias de la Conducta, Universidad de Los Andes (ULA). Miembro del Grupo de Investigación Sociedad y Salud (GISS-ULA). Doctorando en Ciencias Organizacionales, FACES-ULA.
estudiospoliticos12@gmail.com ORCID: https//orcid.org/0000-0003-1706-6156

RESUMEN

El objetivo de esta investigación se centra en analizar, desde el enfoque fenomenológico-interpretativo, el empoderamiento femenino en la praxis del cuidado durante la pandemia por Covid-19. En un primer momento, se estudia el empoderamiento femenino desde sus orígenes, tomando en cuenta los hechos sociales que dieron nacimiento al género. Posteriormente, se observa el empoderamiento de la mujer en el sector salud y cómo la enfermera, rompiendo esquemas, consolida su participación en el sistema sanitario. Para finalizar, se describe el cambio de paradigma en tiempos de pandemia y los hechos que dieron nacimiento a mayor acceso y control de los recursos disponibles en pro de la labor del arte del cuidado. El trabajo desarrollado, pretende realzar el quehacer de la enfermera por su constante lucha en aplicar el arte y ciencia en los cuidados del enfermo y en la promoción de la salud, hechos que contribuyen de manera significativa en el bienestar de la población mundial.

Palabras clave: empoderamiento, empoderamiento femenino, enfermería, Covid-19, sistema sanitario.

ABSTRACT

The objective of this research focuses on analyzing the empowerment of female nurses during the Covid-19 pandemic from a phenomenological-interpretive approach. At first, female empowerment is studied from its origins, taking into account the social facts that gave birth to the gender. In the second, it is observed the empowerment of women in the health sector and how the nurse, breaking schemes, consolidates her participation in the health system. Finally, the paradigm shift in times of pandemic and the events that gave rise to greater access and control of available resources for nursing work are described. The work carried out aims to enhance the work of the nurse due to her constant struggle to apply art and science in the care of the sick and in the promotion of health, facts that contribute significantly to the well-being of the world population.

Keywords: empowerment, female empowerment, nursing, Covid-19, health system.

— INTRODUCCIÓN

Los estudios recientes demuestran que la enfermería es mucho más que un servicio, pues se trata de una ciencia que enseña el arte y cuidado de los enfermos. En ese sentido, la pandemia abrió paso al empoderamiento de la praxis del cuidado, la hizo la profesión más visible, dio a conocer sus bondades y lo indispensable de sus cuidados en el proceso salud-enfermedad. Desde hace décadas, el quehacer de la enfermería se viene desarrollando en la búsqueda del fortalecimiento y reconocimiento de este gremio en el sector salud.

Los grandes cambios que se han presentado en la sociedad moderna dejaron de lado algunas labores y profesiones, hecho del que no escapan algunas ciencias del sector salud. Esto por el crecimiento y proliferación de la biotecnología, telemedicina, simuladores y aplicaciones en línea, que permiten al paciente sentirse acompañado y guiado durante su enfermedad. De modo que, el enfermero o profesional sanitario, queda exento de algunas de sus funciones y del acompañamiento de las personas en la recuperación de la salud.

Es en este punto donde nace el empoderamiento en la enfermería, ya sea de manera individual o grupal. El empoderarse es permitir que no sucumba una profesión, un arte o disciplina, que puede seguir dando aportes a la sociedad y al bienestar de la comunidad, como es el caso de la ciencia del arte del cuidado humano.

En tal sentido, la autogestión de esta ciencia de la salud ha cobrado importancia en los últimos años con la iniciativa de diversas asociaciones, entre la que destaca la campaña *Nursing Now*[1] (Enfermería ahora). A esta se le unen organismos internacionales, tales como, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), para dar impulso y potenciar la actividad de enfermería a nivel mundial.

De manera que, teniendo en cuenta las desigualdades de género que se hacen presentes en el día a día de las enfermeras, esta iniciativa busca destacar cómo el gremio, representado en su mayoría por mujeres, rescata desde su fuerza y poder una profesión del campo de la salud que necesita mejoras salariales. Además, dichas labores requieren una distribución igualitaria, mayor acceso y control de los recursos humanos, además de estímulo y respeto por su trabajo. En este orden de ideas, desde un análisis fenomenológico e interpretativo se pretende analizar el empoderamiento femenino en enfermería durante la pandemia por Covid-19.

DESARROLLO

1. Empoderamiento femenino

El término empoderamiento tiene su origen en el enfoque de la educación popular desarrollado a partir del trabajo, en los años 60 del siglo XX, de Paulo Freire[2]. Para este educador

brasileño, el empoderarse se encuentra vinculado al denominado enfoque participativo, siendo este un conjunto de metodologías basado en la participación de la población local y, utilizado para el diagnóstico, ejecución, seguimiento y evaluación de proyectos de desarrollo[2]. A juicio de Murguialday, Pérez y Eizagirre[3], dicha perspectiva ha ampliado su campo de aplicación, pues ya no se emplea exclusivamente en los análisis de género, sino que comenzó a hacerse usual en estudios de colectivos vulnerables, el trabajo socio-comunitario y en la cooperación para el desarrollo.

Hoy en día es muy común que movimientos influyentes desarrollen técnicas para reivindicar y potenciar su labor. Por ello, Friedman[4] considera que el empoderamiento está relacionado con el acceso y control de tres tipos de poderes: a) el social, entendido como el acceso a la base de riqueza productiva; b) el político, o acceso de los individuos al proceso de toma de decisiones, sobre todo aquellas que afectan a su propio futuro; y c) el psicológico, entendido en el sentido de potencialidad y capacidad individual.

Del mismo modo, la palabra empoderamiento o *empowerment*, que deriva del término poder en inglés, según Cadena[5] se refiere a toda "acción o efecto de empoderar", es decir, "hacer poderoso o fuerte a un individuo o grupo social desfavorecido". Se entiende que, el empoderarse cobra sentido en individuos a partir de su aplicación en organizaciones o grupos de personas, que asumen una posición de liderazgo personal ante un hecho o situación no deseada que quieren cambiar.

Otro aspecto relevante en los estudios del *empowerment*, es su uso en las investigaciones de género aplicado a las mujeres, el cual tiene sus orígenes en la India (1984) con la red Alternativas de Desarrollo con Mujeres para una Nueva Era, por sus siglas en ingles DAWN[6]. Además, destaca la participación de grupos de presión y movimientos feministas en la III Conferencia Mundial de la Mujer, celebrada en Nairobi en el año 1985[7]. A partir de allí, el término empoderamiento se difunde y comienza a ser usado mundialmente por los estudiosos del tema y los organismos internacionales que diseñan e implementan políticas sociales paritarias en pro de la mujer.

Estas estrategias propician e impulsan el incremento del poder de las mujeres, con el fin de facilitar su acceso al uso y control de los recursos materiales y simbólicos, además de favorecer la influencia y participación en el cambio social. Para Bethencourt y Carrillo[7], el proyecto que resulta de la Conferencia de Nairobi incluye también un proceso para inducirlas a tomar conciencia de sus propios derechos, capacidades e intereses. Es fundamental comprender cómo estos se relacionan con las expectativas de otras personas, con el fin de participar desde una posición más sólida en la toma de decisiones y estar en condiciones de influir en ellas.

En el mismo orden de ideas, las corrientes feministas consideran el término 'empoderar' como el "...proceso por el cual las mujeres acceden al control de los recursos (materiales y simbólicos) y refuerzan sus capacidades protagonistas en todos los ámbitos, incluye tanto el cambio individual como la acción colectiva"[2]. Contempla, además, el cambio radical de los procesos y estructuras que reproducen la posición subordinada de las mujeres como categoría de género. Por su parte, Cadena[5] señala que empoderarse es visto como un proceso de crecimiento

personal y desarrollo "donde creencias, opiniones, valores de un individuo y la percepción que tiene, son factores clave, por ello, las enfermeras empoderadas se han descrito por tener una integridad personal marcada por el coraje, la tenacidad y la autoestima".

2. Empoderamiento de la mujer en el sector salud

Para el enfoque feminista, como se ha venido mencionando, el empoderamiento del de este género constituye tanto el cambio individual como la acción colectiva e implica la alteración radical de los procesos y estructuras que reproducen la posición subordinada de las mujeres como género. Por lo que, autores como Barathe[8], han señalado que ellas incrementan con rapidez su vinculación en las diversas disciplinas y labores. En cuanto a la participación femenina en espacios políticos, aunque va en aumento, no es tan alentadora. Al respecto, para el año 2000 el porcentaje de parlamentarias elegidas a nivel local en América Latina se había incrementado de un 13,23% a un 30,7% para el 2018; sin embargo, en la región persisten importantes deficiencias en el *empowerment* político de las mujeres.

Por su parte, Proaño[9] da a conocer que en el sector salud, tan solo hace unas décadas, casi no había profesoras en el campo de las ciencias médicas. Hoy, las mujeres son la mayoría de los estudiantes de medicina, enfermería, nutrición y odontología. En Estados Unidos, solo el 10% de los médicos eran mujeres en los años 1980. Ya para el 2017, esa cifra aumentó a más del 50% en el país. En el caso de América Latina y el Caribe, la mayoría de los empleos en salud hoy son ocupados por féminas: el 57% de médicos son mujeres y 9 de cada 10 profesionales de enfermería también lo son.

Este incremento del trabajo de la mujer en el sector salud en las últimas décadas ha llamado la atención de organismos internacionales. Tal es el caso de la OMS y el Consejo Internacional de Enfermeras (CIE), quienes promovieron desde el año 2018 la campaña *Nursing Now*[10], nombrada anteriormente, que finalizó el 2020 a propósito de cumplirse los 200 años del aniversario del nacimiento de Florence Nightingale y el año internacional de la enfermería[10]. De acuerdo con Zabalegui[11], el principal objetivo es empoderar y apoyar a estos profesionales en el cumplimiento de los desafíos del siglo XXI, además de potenciar a quienes trabajan en el área e impulsar a los diversos gobiernos para que se logre:

- Una mayor inversión para mejorar la educación, el desarrollo profesional, las normas, la regulación y las condiciones de empleo para las enfermeras.
- La mejor y más profusa difusión de prácticas efectivas e innovadoras en enfermería.
- Una participación más significativa de las enfermeras y matronas en las políticas de salud global.
- Más enfermeras en puestos de liderazgo y mejores oportunidades de desarrollo en todos los niveles.
- Más evidencias para los responsables políticos y quienes toman las decisiones en el sistema de salud, sobre todo dónde la enfermería puede tener mayor impacto, qué factores

están impidiendo que alcancen su máximo potencial y cómo afrontar estos obstáculos.

Sin embargo, aunque la lucha de la mujer en los diversos campos laborales se hace cada día más imponente, entre las profesiones menos valoradas se encuentra la enfermería. Por ello es de gran relevancia esta campaña, puesto que permitirá un beneficio no solo a los profesionales de esta disciplina sino también al sistema sanitario y cuidado del propio paciente.

De acuerdo a la OMS[12], son múltiples los factores negativos a los que se enfrentan las enfermeras y, en las Américas, están estrechamente relacionados con las condiciones sociales y culturales de cada país. Repercute, además, la coordinación insuficiente en las áreas de gobernabilidad, regulación y administración de recursos humanos para la salud, lo cual es un desafío para avanzar hacia una mejor calidad de vida universal. Por tal motivo, dentro de los resultados esperados de la campaña mencionada se encuentra resaltar las condiciones de trabajo, la falta de inversión en enfermeras y en el mercado laboral, la necesidad de mejorar o de que avance en su educación y la importancia de incluirla en la toma de decisiones de salud a nivel nacional y mundial.

Cabe acotar que, durante el Congreso Internacional de Enfermería desarrollado en México[13], se destacó que el método de potenciar o empoderar brinda autoridad e influencia a cada individuo dentro de su ámbito de práctica. El mismo, se debe dar desarrollando las capacidades de decisión propia, que a su vez se generan con el uso y acceso a la información, entre otras cosas. Aunado a ello, este reconocimiento a la enfermera, implica capacitar y otorgar poder para generar un cambio positivo en el cuidado tradicional, destacando la necesidad de teorizar y transformar la labor, con el fin de cambiar el poder de decisión en esta disciplina relativamente reciente.

De manera que, la ciencia del arte del cuidado humano ejerce un papel fundamental en la promoción de la salud, prevención y tratamiento de enfermedades, siendo enfermería la profesión más cercana a la comunidad, donde puede ejercer gran influencia en el cambio que se está presentando en el sistema sanitario a nivel mundial, con la denominada salud en línea.

Para la Red de Enfermeras @EnfermerasenRED[14] el empoderamiento que trajo al sector el Covid-19, les permitió ser más visibles en un campo donde sentían que solo prestaban un servicio. Según un comunicado en su cuenta oficial de Twitter durante esta pandemia "La profesión enfermera ha puesto de manifiesto su capacidad de liderazgo. Es la que está 'tirando del carro' de una manera muy importante”. Para esta disciplina, el reivindicar la labor, es dejar que el poder salga a flote y se exprese. Una enfermera que está empoderada tiene un sentido de pertenencia, se siente propietaria de su práctica, se muestra comprometida con sus usuarios, conoce para dónde va, pero sabiendo que puede hacer lo mejor y dar todo de sí. Sin embargo, muchas veces, el problema es que tienen miedo de hacerlo.

3. Cambio de paradigma, empoderamiento femenino enfermero en tiempo de pandemia

La OMS[15], reporta que, la misión de la enfermería en la sociedad está en: “ayudar a los individuos, familias y grupos a determinar y conseguir un potencial físico, mental y social; y a

realizarlo dentro de un contexto desafiante del medio en que sirven y trabajan". También ratificar el posicionamiento de la atención del ser humano, en las funciones de cuidar, ayudar y servir a otros, abarcando así la atención autónoma y coordinada prestada a personas de todos los grupos sociales (etarios, familiares, étnicos, religiosos, subculturas, entre otros) enfermos o no, en cualquier circunstancia. Se destaca que las áreas de atención comprenden: la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y la atención dispensada a enfermos, discapacitados y personas en situación terminal.

Para Martínez[16], el cuidado dispensado por la práctica enfermera ha favorecido la evolución que ha tenido la disciplina. Así, pasó de ser un oficio exclusivo de la mujer como progenitora, cuidadora del adulto, también considerada como vocación religiosa propia del género femenino, a pertenecer al quehacer científico con elementos propios que la definen y con el carácter académico que amerita toda ciencia. La evolución de esta área del saber se ha visto favorecida en base a las teorías y modelos existentes que describen, predicen y prescriben sobre los fenómenos relacionados con el actuar, no solo del cuidado enfermero, sino que ahora se enfoca hacia los problemas en su dimensión social y cultural.

Asimismo, la disciplina ha ido evolucionando con los acontecimientos y corrientes del pensamiento, regidas a través de los paradigmas y conceptos metaparadigmáticos como los de persona, entorno, salud y enfermería. Entre los siglos XIX y XX, contempló tres paradigmas: categorización, integración y transformación, que han servido para la consolidación como rama científica[17]:

1. El paradigma de categorización (1850-1950), en el cual todo fenómeno viene de algo y ha inspirado dos orientaciones: la salud pública y enfermedad.

2. El paradigma de integración (1950-1975), va en relación a la orientación de los cuidados de enfermería hacia la persona.

3. El paradigma de la transformación (1975 en adelante), donde cada fenómeno es único e irrepetible.

Estos nuevos aportes favorecieron no solo a las ciencias de la salud, sino también a la sociedad, al sistema sanitario y por ende al conocimiento científico. Desde el enfoque epistemológico, la enfermería atiende y da respuestas a un hecho social. Por ello, desde la filosofía de Kuhn, los paradigmas de una disciplina científica preparan al personal básicamente para la práctica con el objeto de definirla y guiarla, por lo que las teorías ayudan al quehacer mediante bases conceptuales y filosóficas. Esta ideología es favorable para comprender la evolución de la teoría de enfermería, mediante modelos paradigmáticos de la ciencia (tiene conocimientos, posee valores y creencias que se comparten buscando reconocimiento de la comunidad) atendiendo a los momentos histórico-sociales y culturales. Se define así la disciplina enfermera como el estudio del cuidado en la experiencia de la salud humana[16].

Por lo tanto, la práctica enfermera es necesaria para el desarrollo óptimo de los individuos. Esta ciencia de la salud se enfoca en fenómenos sociales que buscan dar una respuesta

a un conjunto de situaciones determinadas dentro de la sociedad. Por lo que requiere de conocimientos propios surgidos de los productos de investigación disciplinaria y multidisciplinaria. Dando así cabida a la enfermería como disciplina y ciencia que busca aplicar conocimientos.

De este modo, la ciencia representó un cambio sin precedentes, dándole a la enfermería mayor apertura hacia el mundo. Este nuevo enfoque da a la ciencia de los cuidados mayor diversidad, lo que la hace más dinámica y compleja, permitiendo su evolución e innovación, desarrollando así nuevas concepciones y orientación como disciplina.

Sin embargo, en los últimos años se ha visto cómo la investigación y posicionamiento de la ciencia enfermera mantiene su lucha de poder mediante cada uno de sus actores. Teniendo en cuenta que, en la búsqueda de control y distinción en las diversas profesiones del sector salud, existe una suerte de equiparar el conocimiento, asegurar quién toma las decisiones o quién hace mejor el uso de recursos para generar control, restándole funciones o actividades propias del ámbito de competencias enfermeras.

En el caso de la ciencia del arte del cuidado humano en Venezuela, existe una especie de sumisión infundida en el respeto al médico y la jerarquización dada en el sistema sanitario, donde los cargos directivos y de coordinación son básicamente ocupados por galenos (hombres). Por ejemplo, es común que en las indicaciones médicas sean prescritos cuidados generales de enfermería[5], cuando el cuidado es el objeto de estudio de dicha profesión y es ésta quien tiene el conocimiento científico y crítico para realizar las intervenciones con las acciones y evidencias que les corresponden.

Uno de los hechos más habituales dentro del entorno, lo describen Verde, Nájera y Contreras[18] como la prevalencia del modelo médico en las instituciones del sector salud, influyendo de manera directa en el despegue de la misma como profesión autónoma. Esto determina que la prestación del servicio de salud se otorgue con un enfoque curativo, con programas a personas en base a una patología específica y con énfasis en la especialización, dejando en un segundo plano el arte de los cuidados enfermeros. Situación que ha conducido a que este profesional trabaje en función de la enfermedad, con los signos, síntomas, pronósticos y tratamientos en el cuidado del enfermo.

Aunado a lo anterior, la organización del trabajo en los servicios de salud tiene una forma vertical en su funcionamiento y por ende en la toma de decisiones; des-dibujando con ello el trabajo de enfermería como profesión autónoma, destinando su práctica a un nivel de subordinación. En tal sentido, se señala que existe una clara falta de valoración de las enfermeras en sus espacios laborales (aunque existan algunos entornos en los que están muy empoderadas), lo que para el CIE representa un problema global[10].

A juicio de la OPS[19], aún existen inequidades en la distribución de personal de enfermería en el mundo, condicionándoles a estructuras jerárquicas envueltas en conductas desfavorables a razón de género, equidad e igualdad en el ejercicio de su profesión. Las relaciones de poder que se tejen en su entorno dentro y fuera de las instituciones de salud, han

provocado rupturas en el ejercicio de sus funciones. Esto por la subordinación a otros profesionales de la salud, cabalgamiento de horarios y bajos salarios, sumado a las desigualdades propias de género, identificadas como fenómeno relacional, jerárquico, cambiante, contextualmente específico e institucionalmente estructurado, que influyen en los roles y funciones de la mujer dentro de la sociedad.

La enfermera dentro de la sociedad cumple roles múltiples, siendo madre y trabajadora, además de garante del cuidado y atención de familiares cercanos. Para Alcántara[20], en el primer caso, "ser madre califica como rol reproductivo, que consiste en el cuidado y crianza de los hijos y el resguardo del hogar; mientras que, ser profesional de enfermería implica un rol productivo, pues genera una contraprestación económica por un trabajo o servicio prestado".

En este orden de ideas, cada rol que desempeña la enfermera la hace más vulnerable a los embates económicos sufridos en la pandemia, la pérdida de puestos de trabajo, la alteración de horarios y el riesgo sanitario que implica estar en la primera línea de cuidadores de la salud de otros, lleva a la mujer a empoderarse o simplemente perder la batalla frente al SARS-Cov-2 en un país que vive una emergencia humanitaria compleja.

Por su parte, Elies[21] considera que la pandemia dio un impulso al empoderamiento femenino en enfermería, quedando muy claro: en la crisis global, son principalmente las mujeres las responsables de mantener los «sistemas», ya sea en espacios públicos como hospitales, centros de atención y cajas de supermercados, o en el hogar, en calidad de maestras, madres o familiares a cargo. En todas estas áreas, las mujeres representan más del 70% de la fuerza laboral o realizan la mayor parte del trabajo no remunerado. Es así como en situaciones de amenaza o riesgo, la mujer busca los recursos o medios y se empodera para sacar adelante, en primer lugar, a los hijos cuando esta es madre soltera, trabajadora de salud y jefe de familia.

En tal sentido, la Organización de las Naciones Unidas (ONU)[22], hizo un llamado a las autoridades competentes en cada país para que preste la ayuda necesaria al personal de salud femenino y a todas aquellas mujeres que puedan ser vulnerables durante la pandemia. Para este organismo es necesario asegurar que las necesidades de médicas, enfermeras y demás féminas del equipo de salud, estén integradas en cada ámbito de las actividades de respuesta del sistema. La citada organización hizo público un informe del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) donde señala que los brotes de enfermedad afectan a hombres y mujeres de manera diferente, y que las pandemias empeoran las desigualdades a las que ya se enfrentan mujeres y niñas. Además, resalta que las mujeres representan globalmente el 70% del personal en el sector social y sanitario, por lo que se debe prestar mayor atención a cómo su entorno de trabajo puede exponerlas a la discriminación, así como a su salud sexual y reproductiva y sus necesidades psicosociales como trabajadoras sanitarias de primera línea en la pandemia.

Ante estos hechos es notoria la necesidad de crear mecanismos de defensa y protección a la mujer como profesional. Además, la formación en motivación personal, sentimiento de representación y pertenencia institucional, es perentoria. Igualmente, es propicio fomentar creencias, actitudes, valores y conductas positivas que le brinden un espacio de socialización sano para el desenvolvimiento de sus roles y funciones dentro de la familia y la sociedad.

CONCLUSIONES

La pandemia por Covid-19 obliga a hacer frente al incremento del déficit en personal de enfermería, quienes has visto cómo se complica el ejercicio diario de sus labores. Los principales retos para encauzar el empoderamiento enfermero son la mala distribución de recursos humanos, el incremento de la demanda en los centros de salud, la jerarquización desigual, las relaciones de poder inequitativas y el escaso estímulo al personal. Todo esto teniendo en cuenta que se trata de las trabajadoras que hacen frente, desde la primera línea de lucha, a un entorno pandémico.

La lucha contra el Sars-Cov-2 ha desbordado a los centros de salud, situación que revierte el manejo y asistencia del paciente, obligando al sistema sanitario mundial a reconsiderar el paradigma del triple impacto de Nightingale que consiste en más competencias enfermeras en el tratamiento y cuidados del paciente, su incremento en el ámbito asistencial, darles mayor visibilidad y, en resumidas cuentas, empoderarlas.

Es fundamental la potenciación de la ciencia del arte del cuidado en función de la cooperación y no de la subordinación y las relaciones de dominación sobre este profesional. Aunado a ello, quienes dirigen los hospitales, el personal de salud y los usuarios, pueden contribuir con el hecho de hacer poderosas y fuertes a las enfermeras en su quehacer diario.

De tal manera que, el sistema de salud y el Estado están en la obligación de crear estrategias de empoderamiento femenino para fomentarlo en los diversos sitios de trabajo, tales como, diseñando diversas políticas y programas de gestión educativas, administrativas, investigativas; educando al equipo de salud y a los usuarios para dar a conocer los beneficios y valor de esta profesión para la sociedad; involucrando a este profesional en todas las áreas de desempeño; mejorando las condiciones de trabajo y borrando las diferencias de género tan marcadas en las instituciones, entre otras. Porque la enfermería no es solo un servicio, sino una disciplina y una ciencia que enseña y aplica el arte y cuidado de los enfermos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Panamericana de la Salud. Lanzamiento de la campaña global en #NursingNow. [Internet] 2018 [consultado 2021 noviembre 13]. Disponible en: https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=14162:launch-of-global-campaign-ursingnow&Itemid=39594&lang=es#:~:text=El%2027%20de%20febrero%20de,y%20en%20todo%20el%20mundo

2. Freire P. La educación como práctica de la libertad. Traducción de Lilién Ronzoni. España: Siglo XXI Editores; 2009.

3. Murguialday C, Pérez K, Eizagirre M. Empoderamiento. Diccionario de Acción Humanitaria y

Cooperación al Desarrollo. [Internet] 2006 [consultado 2021 octubre 20]. Disponible en: http://www.dicc.hegoa.ehu.es/listar/mostrar/86

4. Friedman J. Empowerment. The Politics of Alternative Development. Massachusetts: Blackwell Ed.; 1992.

5. Cadena J. Análisis reflexivo del empoderamiento de la enfermería mexicana: mito o realidad. Rev Mex Enf Cardiol. 2015; 23(1):42-46.

6. Bidegain N, Llavaneras M. Los vínculos entre la justicia económica, ecológica y de género en América Latina: Caminos hacia un desarrollo centrado en la sostenibilidad de la vida. Mujeres por un Desarrollo Alternativo para una Nueva Era. [Internet] 2013 [consultado 2021 julio 13]. Disponible en: https://dawnnet.org/sites/default/files/articles/geej_lac_esp_0.pdf

7. Bethencourt L, Carrillo M. Mujeres, empoderamiento y transformaciones socioeconómicas y políticas. Caso municipio Valdez, Estado Sucre. Cuadernos del Cendes CDC. [Internet] 2014 [consultado 2021 julio 13]; 31(85):157:161. Disponible en http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1012-25082014000100008

8. Barathe R. 5 razones por las cuales la paridad es la clave para las democracias en América Latina. ONU-Mujeres. América Latina y el Caribe [Internet] 2019 [consultado 2021 noviembre 13]. Disponible en: https://lac.unwomen.org/es/noticias-y-eventos/articulos/2019/1/5-razones-para-la-paridad-en-las-democracias

9. Proaño A. Mujeres en el sector salud, ¿la balanza se inclina a su favor? [Internet] 2019 [consultado 2021 septiembre 19]. Disponible en: https://blogs.iadb.org/salud/es/mujeres-en-salud/

10. Consejo Internacional de Enfermeras. Nursing Now. [Internet] 2020 [consultado 2021 noviembre 13]. Disponible en: https://www.icn.ch/es/que-hacemos/campanas/nursing-now

11. Zabalegui A. Tenemos enfermeras que están trabajando de manera temporal mucho tiempo, cambiando de ámbito, sin aprovechar sus competencias. Diario independiente de contenido enfermero [Internet] 2018 [consultado 2021 noviembre 11]. Disponible en: https://www.enfermeria21.com/diario-dicen/tenemos-enfermeras-que-estan-trabajando-de-manera-temporal-mucho-tiempo-cambiando-de-ambito-sin-aprovechar-sus-competencias/

12. Organización Mundial de la Salud. Situación de la enfermería en el mundo. Invertir en educación, empleo y liderazgo [Internet] 2020 [consultado 2021 noviembre 16]. Disponible en: https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240003279

13. Universidad de Sonora. Departamento de Enfermería. Dirección de Comunicación. Requiere la enfermería empoderarse en su campo de acción. [Internet] 2017 [consultado 2021 noviembre 16]. Disponible en: https://enfermeria.unison.mx/requiere-la-enfermeria-empoderarse-en-su-campo-de-accion/

14. Enfermeras_enREDadas Recuerda. Porque conocemos el sistema sanitario desde dentro y

tenemos conocimiento científico. Porque la realidad está demostrando nuestra capacidad de liderazgo, de gestión, de reacción. Porque estamos con los pacientes y sabemos las necesidades [Internet] 2021 [consultado 2021 noviembre 10]. Disponible en: https://twitter.com/EnfermerasenRED/status/1345754399080124418?s=20&t=lNNB-nrfR-dgmUuxyUI1LA

15. Organización Mundial de la Salud. Serie de Informes Técnicos. El ejercicio de la enfermería. [Internet] 1996 [consultado 2021 noviembre 16]. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/41914/9243208608_spa.pdf;sequence=1

16. Martínez M. Hacia la consolidación de los paradigmas de enfermería a través de la universalización de la enseñanza. Revista Médica Electrónica. [Internet] 2008 [consultado 2021 octubre 20]; 30(2):234-239. Disponible en: http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/488/html

17. Irigibel X. Paradigmas de enfermería (no) posibles. La necesidad de una ruptura extraordinaria. Index Enferm. [en línea] 2010 [consultado 2021 octubre 29]; 19(4):274-278. Disponible en: https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3607322

18. Verde-Flota E, Nájera-Nájera R, Contreras-Garfias M. Temas Libres: La investigación como generadora de cambios de paradigmas en enfermería. Actual Enferm. [Internet] 2010 [consultado 2021 octubre 15]; 13(3):16-21. Disponible en: https://encolombia.com/medicina/revistas-medicas/enfermeria/vole-133/lainvestigacioncomogenerador/

19. Organización Panamericana de la Salud. Enfermería. [Internet] 2020 [consultado 2021 noviembre 16] Disponible en: https://www.paho.org/es/temas/enfermeria

20. Alcántara G. Covid-19 y trabajadoras de salud en Venezuela desde el enfoque de género. Revista Enfermería Historia e Investigación. [Internet] 2021 [consultado 2021 noviembre 11]; 8(2):46-59. Disponible en: http://erevistas.saber.ula.ve/index.php/enfermeria/article/download/17319/21921928479

21. Elies S. La coronacrisis y el camino hacia un nuevo paradigma. Nueva Sociedad NUSO [Internet] 2020 [consultado 2021 noviembre 16]. Disponible en: https://nuso.org/articulo/la-coronacrisis-como-impulso-para-un-doble-cambio-de-paradigma/

22. Organización de las Naciones Unidas. Igualdad de género en tiempos del COVID-19. Departamento de comunicación global. [Internet] 2020 [consultado 2021 noviembre 16]. Disponible en: https://www.un.org/es/coronavirus/articles/igualdad-genero-covid-19

Esta versión digital de la revista ***Enfermería, Historia e Investigación (EHI)****, se realizó cumpliendo con los criterios y lineamientos establecidos para la edición electrónica en el* ***Volumen 9, Número 1 (2022)****, publicada en el repositorio institucional SaberULA. Universidad de Los Andes – Venezuela*

www.saber.ula.ve
info@saber.ula.ve