

Ridec

Revista Iberoamericana de Enfermería Comunitaria



SUMARIO

Editorial

Espacio AEC

Una prueba esperada pero no suficiente

Originales

- Evaluación de los factores de riesgo cardiovascular en los pacientes afectados de un evento coronario
- Grupo de Ayuda Mutua y su relación con la calidad de vida en pacientes crónicos
- Conductas sexuales y realización del test de ELISA en universitarios de Chillán, Chile

- Seguimiento de casos COVID-19 por enfermeras de Vigilancia Epidemiológica y disminución de ingresos hospitalarios
- Influencia del confinamiento domiciliario en pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2
- Ansiedad en el licenciado de enfermería del estado de Puebla en tiempo de pandemia COVID-19

Cartas a la dirección

- Amortiguar el estrés: retomar los grupos de apoyo a la lactancia materna y a la crianza natural en Atención Primaria
- Enfermeros que no visten de enfermeros

ASOCIACIÓN DE ENFERMERÍA COMUNITARIA (AEC)

Editor Dr. Vicente Gea Caballero

DAEeditorial
Grupo Paradigma

RIdEC

La Revista Iberoamericana de Enfermería Comunitaria (RIdEC) se distribuye a los socios de la Asociación de Enfermería Comunitaria (AEC), así como a los principales centros asistenciales y de investigación, universidades, Escuelas Universitarias de Enfermería, sociedades científicas y profesionales de la salud, con especial difusión en España e Iberoamérica.

RIdEC es la primera revista científica especializada en cuidados de salud orientados a la familia y a la comunidad del espacio iberoamericano, lo que permite a los profesionales estar permanentemente actualizados sobre los avances que se producen en las diferentes áreas del conocimiento en el campo de la Enfermería Comunitaria.

Como órgano Oficial de la AEC está dirigida a profesionales de la Enfermería Comunitaria en todos los ámbitos de actuación.

La revista incluye una serie de secciones donde se recogen innovaciones en diversos campos de la Enfermería Comunitaria: originales, revisiones, editoriales, cartas a la directora, metodología de la investigación, instrumentos para el cuidado, etc., constituyendo un medio de comunicación que satisface con sus contenidos de investigación avanzada, tanto desde el punto de vista clínico como gestor y docente, a las enfermeras comunitarias.

RIdEC es una publicación abierta, participativa, colaboracionista a todos aquellos trabajos que tengan como objetivo contribuir a la difusión del conocimiento científico en los cuidados enfermeros al individuo, a la familia y a la comunidad, en el marco de la salud pública y comunitaria.

Los valores implícitos de esta publicación son el respeto a los principios éticos de la investigación, el rigor en los contenidos científicos, la transparencia en el proceso de selección de trabajos, la independencia editorial y el apoyo al desarrollo de la Enfermería Comunitaria.

RIdEC es una publicación semestral que publica artículos científicos revisados de forma ciega por al menos dos profesionales expertos en la disciplina enfermera. Los idiomas español, portugués e inglés son las lenguas en las que indistintamente se podrán someter artículos para su edición y de forma adicional se podrán publicar versiones en inglés o francés de los mismos.

Esta publicación es miembro de:



Esta publicación está incluida en:



Dirección editorial, redacción y administración: Difusión Avances de Enfermería (DAE). C/ Manuel Uribe, 13-bajo dcha. 28033 Madrid (España). Teléfono de atención al cliente y suscripciones: **902 22 01 02**

Envío de artículos: ridec@grupo-paradigma.com E-mail de atención al cliente, publicidad y administración: dae@grupo-paradigma.com

Periodicidad: 2 números al año.

Tarifa de suscripción anual	España	Extranjero
Personal	36 €	54 €
Instituciones	54 €	67 €
Estudiantes	29 €	36 €

RIdEC se distribuye gratuitamente entre los socios de AEC.

Protección de datos: Editorial DAE declara cumplir lo dispuesto por la Ley Orgánica 15/1999 sobre Protección de Datos de Carácter Personal.

© AEC

© DAE, S.L.

Reservados todos los derechos.

El contenido de la presente publicación no puede ser reproducido ni transmitido por ningún procedimiento electrónico o mecánico, incluyendo fotocopias, grabación magnética, ni registrado por ningún sistema de recuperación de información, en ninguna forma, ni por medio alguno, sin la previa autorización por escrito del titular de los derechos de explotación de la misma.

Normas de publicación para los autores disponibles en: <http://www.enfermeria21.com/revista-ridec/normas-de-publicacion-ridec/>
ISSN: 1988-5474

COMITÉ EDITORIAL

EDITOR

Dr. Vicente Gea Caballero

EDITOR ASOCIADO

Dr. José Ramón Martínez Riera

EDITOR ASOCIADO

Francisco Javier Pastor Gallardo

CONSEJO DE REDACCIÓN Y REVISIÓN

Dra. Carmen Luz Muñoz Mendoza
Dra. Edurne Zabaleta del Olmo
Luis Carlos Redondo Castán
Dra. Maribel Mármol Lopez
Dra. M^a José Cabañero Martínez
Miguel Ángel Díaz Herrera
Mireia Ladios Martín
Dr. Raúl Juárez Vela
Dr. Jorge Casaña Mohedo

Dr. Antonio Ruíz Hontangas
Dr. Pablo Martínez Cánovas
Dra. Begoña Pellicer García
Dr. Jorge Mínguez Arias
Dr. Enrique Castro Sánchez
Dr. Juan José Suárez Sánchez
Dra. Marta Lima Serrano
Dra. Begoña Sánchez Gómez
Dra. María Ángeles de Juan Pardo

Dr. Enrique Oltra Rodríguez
D. Ramón Antonio Oliveira
Dr. Pablo Sáinz Ruiz
Antonio García Iriarte
Dra. Patricia Moreno Marín
Dr. Gonzalo Duarte Climents
Dra. María Pilar López Sánchez

CONSEJO ASESOR

- Dr. José Verdú Soriano
(Alicante-España)
- Dra. Carmen de la Cuesta Benjumea
(Alicante-España)
- M^a José Dasi García
(Valencia-España)
- Dra. Esperanza Ferrer Ferrandiz
(Valencia-España)
- Dr. Antonio Frías Osuna
(Andalucía-España)
- Sergio Romeo López Alonso
(Andalucía-España)
- Juan Ignacio Valle Racero
(Andalucía-España)
- Dr. Rafael del Pino Casado
(Andalucía-España)
- Esperanza Arriaga Piñeiro
(Andalucía-España)
- María Dolores Izquierdo Mora
(Canarias-España)
- Dr. Jorge Mínguez Arias
(La Rioja-España)
- Manuel Mañá González
(Galicia-España)
- María Paz Mompert García
(Madrid-España)
- Pilar Vilagrassa Ortí
(Barcelona-España)
- Dr. Enrique Castro Sánchez
(Londres-Gran Bretaña)

- Dra. Arminda da Silva Mendes Carneiro da Costa
(Oporto-Portugal)
- Marinha Mendoça
(Portugal)
- Dra. Roseni Rosângela de Sena
(Minas Gerais-Brasil)
- Dra. Regina Rigatto Witt
(Brasil)
- Lourdes García del Campo
(Celaya, Gto-México)
- Lety Cacique Cacique
(Celaya, Gto-México)
- Julia Teresa López España
(Nuevo León-México)
- M^a Guadalupe Martínez Martínez
(Nuevo León-México)
- Laura Rico Herrera
(Celaya, Gto-México)
- María Consuelo Castrillón Agudelo
(Antioquia-Colombia)
- Patricia Cid Henríquez
(Concepción-Chile)
- Luz Angélica Muñoz
(Santiago-Chile)
- Dra. M^a Soledad Rivera Martínez
(Santiago-Chile)
- Dra. Olivia Inés Sanhueza Alvarado
(Concepción-Chile)
- Dra. Jasna Stiepovich Beroni
(Concepción-Chile)
- Olga María Rivero González
(Cuba)

Editorial

De mercantilismos, revistas científicas, métricas y agencias de acreditación	4
<i>Vicente Gea-Caballero</i>	

Espacio AEC

Una prueba esperada pero no suficiente.....	6
<i>José Ramón Martínez Riera</i>	

Originales

<i>Evaluación de los factores de riesgo cardiovascular en los pacientes afectados de un evento coronario</i> <i>Evaluation of cardiovascular risk factors in patients suffering a coronary event</i>	8
<i>Soledad Viedma Contreras, Nuria Martínez Blanco</i>	
<i>Grupo de Ayuda Mutua y su relación con la calidad de vida en pacientes crónicos</i> <i>Association of a Support Group with quality of life in chronic patients</i>	16
<i>Teresita de Jesús Muñoz Torres, Ana Cristina Almazán García, María del Rocío Rocha Rodríguez, María de Jesús Ramírez Cruz</i>	
<i>Conductas sexuales y realización del test de ELISA en universitarios de Chillán, Chile</i> <i>Sexual behaviour and the ELISA test in University Students from Chillán, Chile</i>	24
<i>Marco Agustín Aldea Torres, Javiera Alejandra Cerda Aedo, Macarena Elizabeth Jaramillo Ordenes, Dominique Alejandra Maldonado Roa, Miguel Ángel Meriño Morales, Ismael Morales Ojeda</i>	
<i>Seguimiento de casos COVID-19 por enfermeras de Vigilancia Epidemiológica y disminución de ingresos hospitalarios</i> <i>Follow-up for COVID-19 cases by Epidemiological Monitoring nurses and reduction in hospital admissions</i>	33
<i>Nerea García Gómez, María Enriqueta Alfaro Aroca, Pilar Córcoles Jiménez, Juana Vinuesa Picazo</i>	
<i>Otilia Gómez López</i>	
<i>Influencia del confinamiento domiciliario en pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2</i> <i>Impact of home confinement in patients with hypertension and Type 2 diabetes mellitus</i>	42
<i>Melissa Muñoz Castaño, Laura Basarte Gaspar, Pablo Salcedo Ruiz, Judit Santos Marroquín, Miguel Torralba González de Suso</i>	
<i>Ansiedad en el licenciado de enfermería del estado de Puebla en tiempo de pandemia COVID-19</i> <i>Anxiety in Registered Nurses from Puebla City in times of COVID-19 pandemics</i>	50
<i>Juan Daniel Suárez Máximo, Edna Johana Mondragón-Sánchez, José Enver Ayala Zuluaga</i>	

Cartas a la dirección

<i>Amortiguar el estrés: retomar los grupos de apoyo a la lactancia materna y a la crianza natural en Atención Primaria</i>	61
<i>Carlos Saus-Ortega</i>	
<i>Enfermeros que no visten de enfermeros.....</i>	62
<i>Juan Miguel Cabral Aviña, Juan Daniel Suárez Máximo</i>	

Editorial

DE MERCANTILISMOS, REVISTAS CIENTÍFICAS, MÉTRICAS Y AGENCIAS DE ACREDITACIÓN

Dr. Vicente Gea-Caballero

Editor Revista Iberoamericana de Enfermería Comunitaria RIdEC.

Asociación de Enfermería Comunitaria.

El modelo de producción científica en España sigue los pasos del modelo mercantilista de otros sectores de la sociedad. Al parecer, no es suficiente con el esfuerzo que hacen los y las profesionales de la salud para investigar en sus respectivas disciplinas y generar nuevo conocimiento, proponiendo mejores prácticas clínicas, en la mayoría de ocasiones compaginando su trabajo asistencial o docente con la investigación (voluntarista, no siempre financiada y mucho menos remunerada). Sucede que el pago por publicación (en ocasiones incluso por procesamiento de artículos, o solo por el hecho de remitir un manuscrito a una revista científica) se ha establecido no como un recurso de sostenibilidad de las revistas, que podría ser razonable, sino como un puro negocio para generar beneficios.

En ocasiones esos beneficios pueden llegar a ser tan cuantiosos que empresas editoriales con suficiente músculo financiero y control del sector pueden dirigir sus objetivos y esfuerzos a rentabilizar al límite el negocio del conocimiento científico. Y con ello, algunas multinacionales han conseguido mercantilizar las publicaciones científicas en forma de oligopolio, al ser unas pocas editoriales propietarias de las revistas, o que contratan con ellas para gestionar su funcionamiento.

Una vez controladas o contratadas la mayor parte de las revistas de prestigio por este "mercado editorial", el siguiente paso es lograr, mantener o mejorar la indexación y el posicionamiento métrico de las revistas en índices "de calidad", en especial la *Journal Citation Reports* o JCR. Parece que el objetivo de cualquier revista debe ser entrar en alguno de estos índices "de calidad" para tener cada vez más impacto, y a continuación, y casualmente, ser más caras y rentables.

En España, la Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación (ANECA) es la responsable de diseñar los procedimientos y requisitos para evaluar y acreditar a profesionales de muy diversas disciplinas. Entre ellas, la Enfermería. ANECA tradicionalmente, desde hace unos 34 años, ha propuesto como referencia para la acreditación de profesionales docentes e investigadores/as que, básicamente, sus publicaciones se difundan en las revistas de la JCR. Con ello, quizá involuntariamente, ha contribuido un poco a que ese modelo mercantilista se haya asentado sólidamente en España, ya que las acreditaciones como profesor de universidad o los sexenios de investigación dependen casi totalmente de publicar en las caras revistas de la JCR, en ocasiones revistas con cierto o sospechoso carácter depredador. Si quieres ser docente universitario o tener sexenios de investigación o transferencia, o si eres profesional asistencial con inquietudes investigadoras y deseas compartir tu investigación para que sea visible, tenga impacto, y poder obtener financiación para tus proyectos (y no costearla con tu sueldo), necesitarás publicar en estas revistas de impacto y no gratuitas, porque sin un equipo investigador con una tradición de investigación conjunta y publicaciones de impacto, raramente obtendrás financiación pública o privada.

¿Por qué reflexionamos sobre ese modelo? Pues probablemente por disconformidad y porque creemos que el conocimiento científico debe ser libre, compartido y probablemente gratuito (o casi gratuito), estando al servicio de la sociedad en beneficio de las personas y las comunidades.

Es muy satisfactorio ver como la *Revista Iberoamericana de Enfermería Comunitaria RIdeC*, de la Asociación de Enfermería Comunitaria AEC, no persigue obsesivamente seguir ese modelo. No tener impacto JCR y entrar en esas dinámicas no siempre es negativo, nos da libertad y muchísima independencia, nos permite seguir siendo gratuita y estar totalmente al servicio desinteresado de los/las profesionales, la enfermería y la sociedad. Generar, compartir y difundir conocimiento en Enfermería Comunitaria y Salud Pública es nuestro único objetivo, no preocupándonos en exceso por el impacto, pero sí por estar en bases de datos que nos den la mayor visibilidad, para que los contenidos (el conocimiento) puedan llegar al mayor número de enfermeras, en el mayor número posible de países.

Dr. Vicente Gea-Caballero

Editor Revista Iberoamericana de Enfermería Comunitaria RIdeC.

Asociación de Enfermería Comunitaria.

Una prueba esperada pero no suficiente

El pasado día 8 de noviembre se publicaba en el Boletín Oficial del Estado (BOE) la Resolución de 4 de noviembre de 2021, de la Secretaría General de Universidades, por la que se convoca la prueba objetiva correspondiente al acceso al título de Especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria.

Han tenido que transcurrir más de 10 años para que un derecho de las enfermeras, recogido en el Real Decreto de Especialidades de Enfermería de 2005, se haya hecho realidad.

Han sido años de muchas reuniones infructuosas, de promesas incumplidas, de excusas sin sentido, de engaños vergonzosos... En resumidas cuentas, de falta de voluntad política para dar respuesta a lo que nos correspondía por ley. No se trataba, por lo tanto, de ninguna concesión, de ningún regalo, de favores como los que están acostumbrados a negociar con otros. Se trataba de hacer cumplir aquello que nos correspondía y se nos negaba sistemáticamente.

Porque han sido muchos los equipos que en todos estos años han pasado por los Ministerios de Sanidad y de Universidades, pero todos ellos han actuado con idéntica actitud. Salvo, todo hay que decirlo, el equipo de la ministra de Sanidad M^a Luisa Carcedo, con Rodrigo Gutiérrez como director general de Ordenación Profesional y Faustino Blanco como secretario general de Sanidad, quienes, por primera vez, no tan solo nos oyeron, sino que tomaron decisiones eficaces para lograr que la convocatoria hoy sea una realidad, que ya no pudieron paralizar los equipos que les sucedieron, a pesar de su evidente y patente inacción y falta de voluntad.

Pero si bien es cierto que la toma de decisiones era importante en el logro de que la prueba se celebrase, no es menos cierto el que la voluntad firme y permanente de las sociedades científicas, Asociación de Enfermería Comunitaria (AEC) y Federación de Asociaciones de Enfermería Comunitaria y Atención Primaria (FAECAP), ha sido fundamental para que se lograra finalmente. Sin la decidida implicación, motivación y trabajo conjunto de ambas sociedades científicas, hoy seguiríamos como estábamos. La decisión de hacer un abordaje unitario, más allá de las diferencias que puedan existir entre ambas sociedades científicas, obtuvo su justo y merecido premio. Premio que es de y para las enfermeras comunitarias que han tenido que aguardar de manera injustificada largos años para ver cumplido su deseo de ser especialistas. Premio que, lamentablemente, a algunas enfermeras les llega demasiado tarde. Premio que ha supuesto frustración, indignación y desilusión ante los constantes e injustificables aplazamientos. Premio que ha generado enfrentamientos totalmente evitables, pero que han producido posicionamientos radicales que resultará difícil reconducir. Premio que, lamentablemente, no se traducirá en la necesaria regulación profesional en una imprescindible ordenación de la Atención Primaria.

Puede que no sea el mejor momento para realizar la prueba, que no sea la mejor manera de llevarla a cabo, es cierto, pero es ahora y de la manera en que se ha propuesto como se ha logrado que sea una realidad. Por eso no podemos caer en la trampa, que a algunos les encantaría que cayésemos, de hacer de la prueba y de lo que la misma supone un elemento de conflicto entre las enfermeras. Se trata de afrontar su realización con la integridad, la fortaleza y la capacidad con la que todas y cada una de las enfermeras que tienen opción de realizarla, que les caracteriza. La experiencia, los conocimientos, las competencias, las vivencias... durante tantos años de ejercicio son un aval más que suficiente para lograr el resultado que todas esperamos, la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria. Por lo tanto, es tiempo de autoestima, de ilusión, de confianza, de resiliencia...

Una vez alcanzado el objetivo de superar la prueba, sin embargo, no podemos caer en el error de pensar que ya está todo logrado. Muy al contrario. A partir de ese momento tenemos un escenario incierto ante nosotras que debemos revertir en certeza con firme convicción personal y posicionamiento científico.

Lograr la especialidad es tan solo, o ante todo, el primer paso para consolidar nuestro liderazgo en el ámbito comunitario en general y en la Atención Primaria en particular. A partir de entonces nos corresponde a las enfermeras comunitarias darle

sentido a su contenido, evidencia a su existencia e identidad a su realidad. No podemos creer ni esperar a que sean otros quienes lo hagan, tenemos la obligación de hacerlo nosotras.

La pandemia, en la que tanto hemos aportado y en la que tanto hemos sufrido las enfermeras, nos deja un contexto de cuidados que debemos liderar con determinación y decisión trabajando de manera coordinada enfermeras especialistas y no especialistas para fortalecer la imagen que de nosotras se ha hecho la comunidad durante todos estos meses de dolor, sufrimiento y muerte. Una imagen que nos da visibilidad y nos identifica como valedoras de los cuidados profesionales, mucho más allá de los tópicos y estereotipos sociales que resulta imprescindible eliminar.

Nada ni nadie debe impedir que nuestro desarrollo quede limitado a la realización de una prueba que por importante que sea, que lo es, tan solo es eso, una prueba que nos habilita formalmente para hacer lo que ya hacíamos de manera no regulada o normativa. Se trata, por tanto, de que lo alcanzado no sea excusa para relajarnos o caer en el conformismo, sino todo lo contrario, para espolearnos a lograr una posición que vaya más allá de la alabanza para centrarse en la constatación de unas competencias claramente definidas y articuladas con las del resto de profesionales de Atención Primaria que permitan el necesario trabajo transdisciplinar.

Para que todo esto sea posible debemos identificar la indispensable aportación de las sociedades científicas como referentes de madurez profesional. No podemos seguir en la indulgencia, el aislamiento, la irrelevancia científica. Debemos ser claramente conscientes de la imprescindible e irrenunciable incorporación activa en sociedades científicas que las haga fuertes y referentes. Porque haciéndolo contribuiremos a que la Enfermería, como Ciencia, como Disciplina y como Profesión, sea igualmente fuerte y referente en las comunidades científica, académica y profesional a las que pertenecemos. Lo contrario nos situará en la irrelevancia, la invisibilidad y la subsidiariedad.

La AEC, como sociedad científica decana de la Enfermería Comunitaria, ha contribuido, en sus más de 27 años de existencia, a lograr una imagen reconocida y reconocible de las enfermeras comunitarias a todos los niveles, pero es imprescindible que dicha contribución se vea alimentada con la presencia de las enfermeras como parte de la misma, para darle la fortaleza necesaria que permita no solo consolidar lo alcanzado, sino también para alcanzar las máximas cuotas del liderazgo del que no podemos sustraer a las personas, las familias y la comunidad a las que atendemos.

Celebrems que podamos hacer la prueba que nos da acceso a la especialidad, pero celebremos aún más lo que supone lograrla para nuestro desarrollo y visibilidad a través de la AEC. ¡¡¡Os esperamos!!!



ASOCIACIÓN DE
ENFERMERÍA COMUNITARIA

José Ramón Martínez Riera

Presidente de la Asociación de Enfermería Comunitaria (AEC)

Evaluación de los factores de riesgo cardiovascular en los pacientes afectados de un evento coronario

¹ Soledad Viedma Contreras

² Nuria Martínez Blanco

¹ Enfermera Especialista Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Hospital Provincial Pla. Departamento de San Juan de Alicante.

Dirección de contacto: nuriamartinezblanco@gmail.com

² Enfermera Especialista Familiar y Comunitaria. Centro de Salud A Cuña-Mariñamansa. Área de Ourense.

Cómo citar este artículo:

Viedma Contreras S, Martínez Blanco N. Evaluación de los factores de riesgo cardiovascular en los pacientes afectados de un evento coronario. RIdEC 2021; 14(2):8-15.

Fecha de recepción: 24 de mayo de 2021.

Aceptada su publicación: 16 de septiembre de 2021.

Resumen

Objetivo: evaluar el grado de control de los factores de riesgo cardiovascular en pacientes que han sufrido un evento cardiovascular.

Material y método: estudio epidemiológico observacional, descriptivo y retrospectivo, en pacientes diagnosticados en la historia clínica con CIE-9 410.XX a 414.XX (referidos a cardiopatía isquémica) pertenecientes a los centros de salud de Almazora y San Agustín de Castellón de la Plana (n= 276).

Resultados: el cumplimiento de los objetivos de control de los factores de riesgo cardiovascular, según las guías de práctica clínica, no llegó al 50%. Las comorbilidades más frecuentes fueron: dislipemia (77,2%), hipertensión arterial (70,7%) y diabetes mellitus (40,1%). Respecto a los consejos de hábitos de vida saludables, según constaba en las historias clínicas, tan solo el 43,1% fue informado sobre la dieta y el 42,8% sobre ejercicio físico.

Conclusión: en este estudio realizado en el ámbito de la Atención Primaria, los resultados obtenidos revelan un deficiente control de los factores de riesgo cardiovascular.

Palabras clave: factores de riesgo; cardiopatía isquémica; prevención secundaria; Atención Primaria; rehabilitación cardíaca; enfermedades cardiovasculares.

Abstract

Evaluation of cardiovascular risk factors in patients suffering a coronary event

Objective: to assess the level of control for cardiovascular risk factors in patients who have experienced a cardiovascular event.

Materials and method: an observational epidemiological study, descriptive and retrospective, in patients diagnosed in their clinical record with CIE-9 410.XX to 414.XX (related to ischemic cardiopathy), from the Almazora and San Agustín Primary Care centres in Castellón de la Plana (n= 276).

Results: the control target objectives for the cardiovascular risk factors, according to clinical practice guidelines, were only met by 50%. The most frequent comorbidities were dyslipidemia (77.2%), hypertension (70.7%) and diabetes mellitus (40.1%). Regarding advice for a healthy lifestyle, only 43.1% of patients received information about diet and 42.8% about physical exercise.

Conclusion: the results obtained in this study conducted in the Primary Care setting revealed an inadequate control of cardiovascular risk factors.

Key words: risk factors; ischemic cardiopathy; secondary prevention; Primary Care; cardiac rehabilitation; cardiovascular diseases.

Introducción

Las enfermedades cardiovasculares (ECV) constituyen la primera causa de mortalidad en los países desarrollados (1). En el año 2016 causaron en España 119.778 muertes, con una tasa bruta de mortalidad de 258 por 100.000 habitantes (243 en varones y 273 en mujeres), lo que supone el 29% de todas las defunciones (2). De aquí a 2030, casi 23,6 millones de personas morirán por alguna ECV, principalmente por cardiopatías y accidentes cerebrovasculares (ACV). En concreto, la cardiopatía isquémica (CI) supone la primera causa de muerte en los varones y la segunda en las mujeres (3).

Las ECV provocan una disminución importante de la calidad de vida y una gran carga asistencial, así como un elevado gasto sanitario, que pueden verse disminuidas si se lleva a cabo una prevención secundaria. La prevención secundaria tiene como objetivo reducir el riesgo de un nuevo evento cardiovascular y/o la muerte y, por lo tanto, mejorar la supervivencia y la calidad de vida de estos pacientes (4).

Existen evidencias de que realizar un cambio en el estilo de vida, como abandonar el tabaco y llevar a cabo una dieta sana y equilibrada, disminuye la morbilidad cardiovascular en los pacientes isquémicos. El ejercicio físico y la rehabilitación cardíaca (RC) después de un infarto de miocardio reducen un 20-25% el riesgo de muerte (5).

El seguimiento del paciente con CI requiere un programa estandarizado. La *Guía de la European Society of Cardiology (ESC)* 2019, para el diagnóstico y el tratamiento de los síndromes coronarios crónicos (6), recomienda un seguimiento cada cuatro o seis meses durante el primer año, que posteriormente puede distanciarse de cuatro a 12 meses. En cada visita se debe obtener una historia clínica con exploración y analítica básica, y revisar los tratamientos (indicación, dosis, eficacia y efectos secundarios). Las directrices terapéuticas deben ser individualizadas, valorando el potencial beneficio en esa situación clínica, la respuesta clínica, los efectos favorables y la evolución. El electrocardiograma se considera necesario si hay cambios en la historia o en la medicación (7).

Los pacientes con antecedentes de ECV tienen mayor riesgo de padecer un nuevo evento, por lo que el seguimiento sistemático y una correcta estratificación de riesgo pueden ayudar a mejorar los resultados (7,8).

En este contexto, y con una estructura sanitaria diseñada para atender a pacientes con patología aguda, el manejo de la CI crónica es difícil para el profesional, un reto organizativo para la gestión y un problema de Salud Pública.

Los autores consideran importante llevar a cabo su trabajo como respuesta a la creciente demanda de recursos que requiere la CI, potenciando los nuevos papeles de enfermería para responsabilizar al paciente en sus cuidados, y destacando el protagonismo de la Atención Primaria (AP) en el paciente crónico y el papel del cardiólogo como consultor clínico.

El objetivo principal del estudio es evaluar el grado de control de los factores de riesgo cardiovascular (FRCV) en pacientes que han sufrido un evento cardiovascular.

Los objetivos específicos consisten en: describir el perfil sociodemográfico de los pacientes, identificar la prevalencia de los FRCV, determinar la distribución de porcentajes de cada evento cardiovascular, describir la proporción de pacientes que han recibido consejos sobre hábitos de vida saludables y cuantificar los pacientes a los que se le ha realizado cuestionarios sobre tabaco o ejercicio físico.

Material y método

Diseño del estudio

Estudio epidemiológico observacional, descriptivo y retrospectivo. La recogida de datos se realizó a través de la revisión de las historias clínicas electrónicas de cada participante. Se recogieron datos retrospectivamente del año posterior a la fecha de presentación del evento coronario y datos correspondientes al mismo año de la recogida de datos (31 julio de 2017 - 31 de julio de 2018). El estudio se llevó a cabo en dos centros de salud de la provincia de Castellón (centro de salud de Almazora y centro de salud de San Agustín).

Población y muestra

La población de estudio fue la perteneciente a las zonas básicas del centro de salud de Almazora y del centro de salud de San Agustín (Castellón de la Plana).

El centro de salud de Almazora atiende a una población total aproximada de 25.600 individuos, y está constituido por ocho médicos de familia, dos pediatras, seis enfermeras y una enfermera de pediatría.

El centro de salud de San Agustín atiende a una población total aproximada de 4.500 individuos, y está constituido por tres médicos de familia, un pediatra, dos enfermeras y una enfermera de pediatría.

La muestra se obtuvo aplicando los siguientes criterios detallados.

Criterios de inclusión

- Pacientes de 18 y más años.
- Pacientes asignados a los centros de salud de Almazora y San Agustín.
- Pacientes registrados en la historia clínica.
- Pacientes que tengan un seguimiento en el mismo centro de salud.
- Pacientes con un registro diagnóstico (CIE-9) identificativo de evento cardiovascular a día 31 de julio de 2018: 410 (Infarto agudo de miocardio); 411 (Otras formas agudas y subagudas cardiopatía isquémica); 412 (Infarto antiguo de miocardio); 413 (Angina de pecho); 414 (Otras formas de enfermedades cardíacas isquémicas crónicas).

Criterios de exclusión

- Pacientes institucionalizados.
- Éxitus.
- Pacientes con diagnóstico erróneo.

El número total de pacientes que han sufrido un evento cardiovascular entre el 31 de julio de 2018 y 1 de enero de 2000, en los centros de salud de Almazora y San Agustín ascendió a 394. Una vez aplicados los criterios de exclusión la muestra se quedó en 276.

Variables de investigación

Existen diversos factores que influyen en el pronóstico de la CI, por lo que a partir de ello se registraron las variables que se exponen en la Tabla 1.

Tabla 1. Variables del estudio

Nombre	Tipo	Escala de medida
Centro de salud	Cualitativa dicotómica	Almazora/San Agustín
Edad	Cuantitativa continua	Años cumplidos
Sexo	Cualitativa dicotómica	Mujer/hombre
Fecha de nacimiento	Cuantitativa continua	Día/mes/año
País de nacimiento	Cualitativa no dicotómica	España, Rumanía, Francia...
Talla	Cuantitativa continua	Metros
Peso	Cuantitativa continua	Kilogramos
Índice de masa corporal (IMC)	Cuantitativa continua	Kg/m ²
Clasificación IMC	Cualitativa ordinal	Infrapeso/normopeso/sobrepeso/obesidad
Perímetro abdominal	Cuantitativa continua	Centímetros

Tabla 1. Variables del estudio (continuación)

Nombre	Tipo	Escala de medida
Tensión arterial sistólica	Cuantitativa continua	MmHg
Tensión arterial diastólica	Cuantitativa continua	MmHg
Hipertensión arterial	Cualitativa dicotómica	Sí/No
Glucemia basal	Cuantitativa continua	Mg/dl
Hemoglobina glicosilada	Cuantitativa continua	%
Diabetes mellitus	Cualitativa dicotómica	Sí/No
Colesterol total	Cuantitativa continua	Mg/dl
Colesterol HDL	Cuantitativa continua	Mg/dl
Colesterol LDL	Cuantitativa continua	Mg/dl
Triglicéridos	Cuantitativa continua	Mg/dl
Dislipemia	Cualitativa dicotómica	Sí/No
Filtrado glomerular	Cuantitativa continua	ml/min
Fibrilación auricular	Cualitativa dicotómica	Sí/No
Enfermedad renal crónica	Cualitativa dicotómica	Sí/No
Sobrepeso/obesidad	Cualitativa dicotómica	Sobrepeso/obesidad/no
Síndrome metabólico	Cualitativa dicotómica	Sí/No
Accidente cerebrovascular	Cualitativa dicotómica	Sí/No
Hábito tabáquico	Cualitativa dicotómica	No fumador/fumador/exfumador/no consta
Motivación para dejar de fumar	Cualitativa dicotómica	Sí/No
Test de Richmond	Cualitativa ordinal	Baja/moderada/alta motivación
Dependencia a la nicotina	Cualitativa dicotómica	Sí/No
Test de Fagerstrom	Cualitativa ordinal	Poca/media/alta dependencia
Cuestionario ejercicio físico	Cualitativa dicotómica	Sí/No
Consejo dieta	Cualitativa dicotómica	Sí/No
Consejo ejercicio	Cualitativa dicotómica	Sí/No
Consejo tabaco	Cualitativa dicotómica	Sí/No
Cumplimiento terapéutico	Cualitativa dicotómica	Sí/No
Información sobre factores de riesgo cardiovascular	Cualitativa dicotómica	Sí/No

Fuente: elaboración propia

Recogida de datos

Se utilizó el programa informático "Alumbra" para identificar del total de la población aquellos pacientes con al menos uno de los diagnósticos anteriormente citados. Este programa permitió obtener la información clínica inicial y poder hacer el registro del punto de partida de todas las variables a valorar.

Análisis de datos

Se creó una base de datos con el programa Access de Microsoft Office donde se almacenaron los datos extraídos de las historias clínicas. Para el análisis de los datos se utilizó el paquete estadístico SPSS y Epidat. Para el análisis de variables

univariantes se calculó la estimación puntual y el intervalo de confianza al 95%.

Aspectos éticos

Se asegura la garantía de la confidencialidad y la protección de datos de manera informatizada con contraseña. La identificación de los pacientes es con un código alfanumérico al que solo el equipo investigador tiene acceso.

No se publicarán datos que puedan identificar a los participantes en la investigación que se llevará a cabo.

Este trabajo ha sido aprobado por el Comité de Investigación Clínica (CIC) y el Comité Ético de Investigación con Medicamentos (CEIm). Número de referencia del documento: 2018-16.

Resultados

Una vez aplicados los criterios de inclusión y exclusión, la muestra pasó de $n= 394$ a $n= 276$.

De los 276 pacientes, 206 pertenecían al centro de salud de Almazora y 70 al centro de salud de San Agustín. De ellos, 197 eran varones (71,4%) y 79 eran mujeres (28,6%).

El 91% de la muestra era de nacionalidad española, ocupando el segundo lugar la nacionalidad rumana.

Respecto al grupo de edad, comprendía desde los 32 años hasta los 90 años, siendo el grupo más numeroso el de 65 a 79 años, suponiendo el 47,1% del total (Gráfico 1).

En función de los diagnósticos registrados en la historia clínica, 213 pacientes padecían dislipemia (DL), 195 pacientes hipertensión arterial (HTA), 161 pacientes diabetes mellitus (DM), 42 pacientes enfermedad renal crónica (ERC), 38 pacientes fibrilación auricular (FA), 32 pacientes síndrome metabólico (SM) y 20 pacientes tabaquismo. El exceso de peso fue detectado a partir de los índices de masa corporal (IMC) también registrados en la historia clínica, hallándose 205 pacientes (Tabla 2).

En cuanto al cumplimiento de los objetivos de control de los FRCV según ESC 2019 (6), el 46,3% de los pacientes presentaba un buen control de la hemoglobina glicada ($HbA1c < 7\%$); el 21,3% del colesterol LDLc ($< 70 \text{ mg/dl}$); el 22,1% de la tensión arterial sistólica ($TAS < 140 \text{ mmHg}$); el 44,2% de la tensión arterial diastólica ($TAD < 90 \text{ mmHg}$); el 0,04% del IMC ($18,5-24,9 \text{ kg/m}^2$) y el 0,02% del perímetro abdominal ($H < 94 \text{ cm}$; $M < 80 \text{ cm}$) (Gráfico 2).

En relación a los eventos cardiovasculares, el 49,6% padecía el diagnóstico de "Otras formas de enfermedades cardíacas isquémicas crónicas"; el 42,8% "Angina de pecho"; el 34,4% "Infarto agudo de miocardio"; el 23,6% "Otras formas agudas y subagudas de CI" y el 17,4% "Infarto antiguo de miocardio". Por otro lado, el 13,8% sufrió un ACV (Gráfico 3).

Con respecto a los consejos de hábitos de vida saludables obtenidos de registros clínicos electrónicos, 119 pacientes

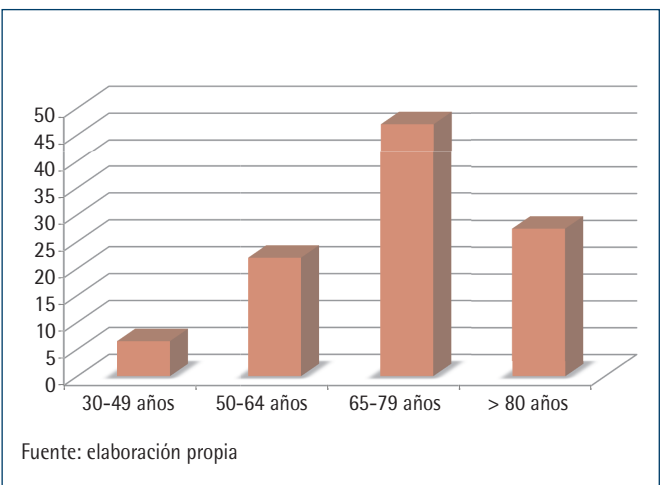


Gráfico 1. Grupos de edad

Tabla 2. Factores de riesgo cardiovascular asociados

FRCV	%	IC= 95%
DL	77,2	$\pm 5,2$
Exceso de peso	74,3	$\pm 5,4$
HTA	70,7	$\pm 5,6$
DM	41,7	± 6
ERC	15,2	$\pm 4,4$
FA	13,8	$\pm 4,3$
S. Metabólico	11,6	± 4
Fumador	7,6	$\pm 3,3$

Fuente: elaboración propia

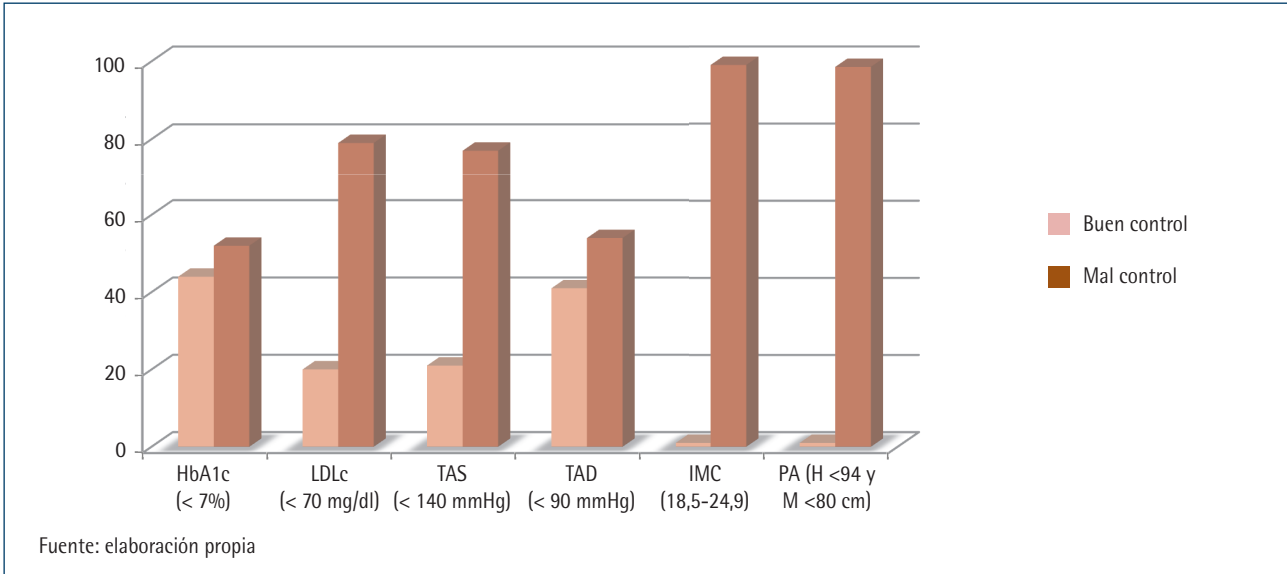


Gráfico 2. Control de factores de riesgo

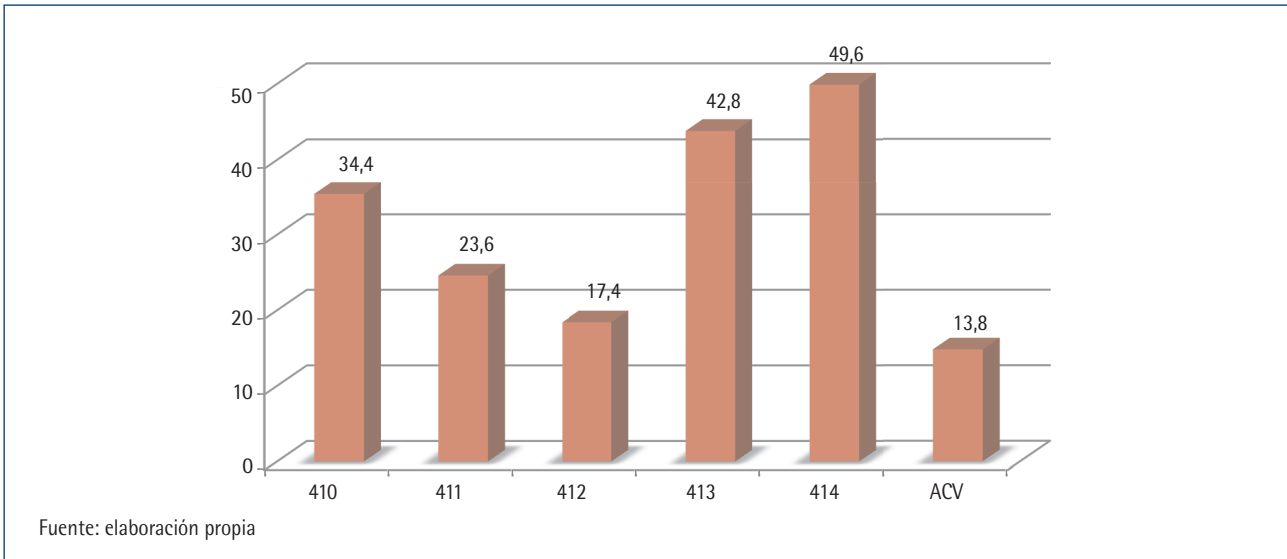


Gráfico 3. Eventos cardiovasculares

recibieron información sobre la dieta, 118 pacientes sobre ejercicio físico, 91 sujetos sobre el cumplimiento farmacológico, 72 pacientes sobre FRCV y 55 personas sobre el hábito tabáquico (Tabla 3).

Para finalizar, los profesionales solo efectuaron los siguientes cuestionarios a los pacientes: al 0,7% el test de Richmond (motivación para dejar de fumar); al 1,4% el test de Fagërstrom (dependencia a la nicotina) y al 0,4% relacionados con el ejercicio físico.

Discusión

En este estudio realizado en el ámbito de la AP, los resultados

Tabla 3. Consejos hábitos saludables		
Consejos	%	IC= 95%
FRCV	26,1	± 5,4
Dieta	43,1	± 6
Ejercicio	42,8	± 6,1
Tabaco	19,9	± 4,9
Cumplimiento farmacológico	33	± 5,8
Fuente: elaboración propia		

obtenidos revelan un deficiente control de los FRCV, al igual que se observó en el estudio del Grupo PRESENCIAP (4), ya que el 7,6% de los enfermos continuaba fumando a pesar de haber presentado un episodio cardiovascular y solo un 21,3% de los pacientes se encontraba con niveles de cLDL considerados aceptables. En lo que respecta a la TA, principalmente se observó un mal control de la TAS. En el estudio de Brevis Urrutia et al. (9) observaron que dentro de las comorbilidades que precedían el evento isquémico, un 76% de los pacientes sufría HTA; aproximadamente un 20-30% de los pacientes con enfermedad coronaria tenía DM conocida y al menos la misma proporción tenía DM no diagnosticada o una alteración de la tolerancia a la glucosa; un 56% era dislipémico; un 25% obeso; un 44% tenía hábito tabáquico y solo un 21% de los participantes realizaba algún tipo de actividad física.

La ECV más habitual en España según el estudio de Brotons (3) fue la CI, en el 59,7% de los casos, seguido de ACV en el 33,8% y enfermedad arterial periférica en el 6,5%.

En cuanto a las características sociodemográficas de los pacientes, en el estudio de Brevis Urrutia et al. (9), de los 63 pacientes que participaron, la edad promedio fue de 63 años, con mayor prevalencia de hombres, lo cual coincide con la literatura y con los presentes resultados, donde se señala que el ser mayor de 55 años y ser varón aumentan el riesgo cardiovascular, siendo características utilizadas para estratificar el riesgo coronario.

Los programas de RC son una intervención eficaz de prevención secundaria en la ECV (5-10). Se han evaluado distintos modelos de manejo llevados a cabo por enfermeras y se han observado beneficios significativos en relación con los FRCV, como por ejemplo tolerancia al ejercicio, control de la glucosa y uso apropiado de la medicación, junto con una reducción en la incidencia de eventos y mortalidad cardiacos, una mayor regresión de la aterosclerosis coronaria y una mejor percepción del paciente sobre su salud frente a los cuidados convencionales. Además, se ha demostrado la factibilidad de este tipo de programas en hospitales y consultas de AP, mostrando que no es necesario un centro especializado para poder realizar rehabilitación a los pacientes coronarios (7). Por otro lado, otros estudios defienden que, aunque se ha demostrado que la RC reduce la morbimortalidad cardiovascular (5-8), esta reducción no se ha apreciado en sus trabajos, probablemente debido a que se trata de pacientes de bajo riesgo y al reducido número de enfermos incluidos. Sin embargo, sí es eficaz en mejorar algunos aspectos relacionados con los hábitos saludables (3).

Los pobres resultados extraídos en el control de los FRCV son similares con los obtenidos en otros estudios (4,7), lo que obliga a reflexionar sobre los objetivos y estrategias terapéuticas aplicadas. Estos resultados sugieren que la prevención secundaria no ha sido incorporada a la práctica clínica diaria en esta zona básica de salud. Tal vez continúa vigente la percepción por parte de algunos profesionales de AP de que la CI es, exclusiva y únicamente, responsabilidad del cardiólogo (4).

La prevención secundaria se considera una intervención coste-efectiva tras un evento coronario, ya que mejora el pronóstico y reduce el número de hospitalizaciones sucesivas y los gastos sanitarios, a la vez que prolonga la vida; aunque se confirma el principio básico de la necesidad de un contacto continuo para lograr cambios en el estilo de vida y mejorar el conocimiento y la adherencia (11).

Limitaciones del estudio

Al tratarse la muestra de una población de un pequeño territorio en concreto, podría contener una falta de validez externa para extrapolar las conclusiones a otras poblaciones. También la falta de registro por parte de los profesionales de enfermería y medicina.

Propuestas de mejora y posibles líneas de investigación

Mejorar la coordinación del equipo multidisciplinar para un control y seguimiento adecuados, realizar una captación de pacientes con bajo seguimiento en AP y conocer el número de pacientes que requieren RC vs. pacientes que ya la han recibido.

Conclusiones

- El grado de control de los FRCV en pacientes que han sufrido un evento cardiovascular en el ámbito de la AP se considera deficiente.
- El perfil sociodemográfico se trata de un varón, entre 65 y 79 años de edad, de nacionalidad española.

- La prevalencia de los FRCV relacionados más frecuentes son DL, HTA y DM.
- El diagnóstico cardiovascular más padecido es el de "Otras formas de enfermedades cardíacas isquémicas crónicas".
- Los cuestionarios realizados referidos al ejercicio físico o tabaco, y los consejos saludables recibidos, también se consideran deficientes.

Financiación

Ninguna.

Conflicto de intereses

Ninguno.

Bibliografía

- [1] Organización Mundial de la Salud (OMS). La OMS revela las principales causas de muerte y discapacidad en el mundo: 2000-2019 [internet]. Ginebra: OMS; diciembre 2020 [citado 8 nov 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/09-12-2020-who-reveals-leading-causes-of-death-and-disability-worldwide-2000-2019>
- [2] Brotons Cuixart C, Alemán Sánchez JJ, Banegas Banegas JR, Fondón León C, Lobos-Bejarano JM, Martín Rioboó E, et al. Recomendaciones preventivas cardiovasculares. Actualización PAPPs 2018. Rev Aten Primaria 2018; 50 (1):4-28. Doi: [http://doi.org/10.1016/S0212-6567\(18\)30360-3](http://doi.org/10.1016/S0212-6567(18)30360-3)
- [3] Brotons C, Soriano N, Moral I, Rodrigo MP, Kloppe P, Rodríguez AI, et al. Ensayo clínico aleatorizado para evaluar la eficacia de un programa integral de prevención secundaria de las enfermedades cardiovasculares en atención primaria: estudio PREseAP. Rev Esp Cardiol 2011; 64(1):13-20. Doi: <http://doi.org/10.1157/13086317>
- [4] Grupo PRESENCIAP. Estudio de prevención secundaria de la cardiopatía isquémica en la atención primaria (PRESENCIAP). Atención Primaria 2001; 1(27):29-32. Doi: [http://doi.org/10.1016/S0212-6567\(01\)78769-0](http://doi.org/10.1016/S0212-6567(01)78769-0)
- [5] Martínez González MA, Corella D, Salas Salvado J, Ros E, Covas MI, Fiol M, et al. Cohort profile: design and methods of the PREDIMED study. Int J Epidemiol 2012; 41(2):377-85. Doi: <http://doi.org/10.1093/ije/dyy225>
- [6] The Task Force for the diagnosis and management of chronic coronary syndromes of the European Society of Cardiology (ESC). 2019 ESC Guidelines for the diagnosis and management of chronic coronary syndromes. European Heart Journal 2020; 41:407-77. Doi: <http://doi.org/10.1093/eurheartj/ehz963>
- [7] Murga N. Seguimiento del paciente en la fase crónica de la enfermedad coronaria. Rev Esp Cardiol 2013; 13(13):35-41. Doi: [http://doi.org/10.1016/S1131-3587\(13\)70078-5](http://doi.org/10.1016/S1131-3587(13)70078-5)
- [8] Alegría Ezquerro E, Alegría Barrero A, Alegría Barrero E. Estratificación del riesgo cardiovascular: importancia y aplicaciones. Rev Esp Cardiol Supl 2012; 12(C):8-11. Doi: [http://doi.org/10.1016/S1131-3587\(12\)70039-0](http://doi.org/10.1016/S1131-3587(12)70039-0)
- [9] Brevis Urrutia I, Valenzuela Suazo S, Sáez Carrillo K. Efectividad de una intervención educativa de enfermería sobre la modificación de factores de riesgo coronarios. Ciencia y enfermería 2014; 20(3):43-57. Doi: <http://doi.org/10.4067/S0717-95532014000300005>
- [10] Cano de la Cuerda R, Alguacil Diego IM, Alonso Martín JJ, Molero Sánchez A, Miangolarra Page JC. Programas de rehabilitación cardíaca y calidad de la vida relacionada con la salud. Situación actual. Rev Esp Cardiol 2012; 65(1):72-9. Doi: <http://doi.org/10.1016/j.recesp.2011.07.016>
- [11] Aguilera Saborido A, Esteban Martínez F, Fernández Olmo MR, Mora Robles J, Otero Chulián E, Rus Mansilla C, et al. Seguimiento del paciente con cardiopatía isquémica en FASE III de Rehabilitación Cardíaca. Sociedad Andaluza de Cardiología 2017. Doi: <http://doi.org/10.1093/eurheartj/ehw106>

Grupo de Ayuda Mutua y su relación con la calidad de vida en pacientes crónicos

¹ Teresita de Jesús Muñoz Torres

¹ Ana Cristina Almazán García

¹ María del Rocío Rocha Rodríguez

¹ María de Jesús Ramírez Cruz

¹ Unidad Académica Multidisciplinaria Zona Media de la UASLP

Dirección de contacto: teresita.torres@uaslp.mx

Cómo citar este artículo:

Muñoz Torres TJ, Almazán García AC, Rocha Rodríguez MR, Ramírez Cruz MJ. Grupo de ayuda mutua y su relación con la calidad de vida en pacientes crónicos. RIdEC 2021; 14(2):16-22.

Fecha de recepción: 12 de junio de 2021.

Aceptada su publicación: 27 de septiembre de 2021.

Resumen

Objetivo: determinar la asociación del Grupo de Ayuda Mutua de Enfermedades Crónicas y la calidad de vida de los pacientes con padecimientos crónicos adscritos al Centro Avanzado de Atención Primaria a la Salud Puente del Carmen.

Método: estudio cuantitativo, descriptivo, correlacional, de corte transversal, con método no experimental y post facto. n= 21 pacientes adscritos al Grupo de Ayuda Mutua de Enfermedades Crónicas y 21 pacientes no adscritos; investigación realizada de febrero a mayo 2018. Se aplicó el instrumento WHOQOL-BREF con un $\alpha= 0,89$. Se realizó el análisis de datos a través del Programa SPSS v.21, aplicándose estadística descriptiva e inferencial, específicamente, prueba t de Student para muestras independientes con un IC del 95% y un $p \leq 0,05$.

Resultados: la prueba t de Student presenta un valor superior al resultado de "t" en tablas con una $p > 0.05$, por lo tanto, se aceptó la hipótesis nula.

Conclusión: los Grupo de Ayuda Mutua de Enfermedades Crónicas se relacionan con la calidad de vida; no obstante, pueden existir otros factores que influyen en el manejo y control de los padecimientos crónicos.

Palabras clave: grupos de autoayuda; calidad de vida; enfermedad crónica; Atención Primaria de Salud.

Abstract

Association of a Support Group with quality of life in chronic patients

Objective: to determine the association between the Chronic Illness Support Group and quality of life in patients with chronic conditions affiliated with the Advanced Primary Care Centre Puente del Carmen.

Method: a qualitative, descriptive, cross-sectional correlation study, with non-experimental and post-facto method. The study included n= 21 patients affiliated with the Chronic Illness Support Group and 21 non-affiliated patients; research was conducted from February to May, 2018. The WHOQOL-BREF instrument was applied, with $\alpha= 0.89$. Data analysis was conducted through the SPSS v.21 Program, applying descriptive and inferential statistics, specifically, Student's t test for independent samples with a 95% CI and $p < 0.05$.

Results: student's t test presented a value superior to the "t" result in tables with $p > 0.05$; therefore, the null hypothesis was accepted.

Conclusion: chronic Illness Support Groups are associated with quality of life; however, there might be other factors with impact on the management and control of chronic conditions.

Key words: support groups; quality of life; chronic disease; Primary Care.

Introducción

La epidemia mundial de enfermedades crónico degenerativas es una realidad, pues el 80% de las enfermedades crónicas ocurre en países de ingresos bajos y medios. La enfermedad cardiovascular, cáncer, enfermedad pulmonar crónica y diabetes mellitus representan más del 50% de las muertes en el ámbito mundial, con excepción de la región de África Subsahariana; por ello, la Organización Mundial de la Salud (OMS) proyecta que la diabetes será la séptima causa de mortalidad en el mundo en el año 2030 (1) y estima cerca de 23,3 millones de muertes por enfermedades cardiovasculares.

Por lo cual, la Secretaría de Salud en México a través del Programa de Salud del Adulto y Anciano de la Subsecretaría de Prevención y Promoción a la Salud y del Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades, implementó los Grupos de Ayuda Mutua de Enfermedades Crónicas (GAM EC) como una estrategia para fomentar la adopción de estilos de vida saludables, al considerar la educación, la actividad física y la alimentación como parte fundamental e indispensable del tratamiento de los pacientes (2,3).

Los GAM EC, también llamados club de personas diabéticas, se conceptualizan como la organización de los pacientes, que bajo supervisión médica y con apoyo de los servicios de salud sirven como escenario para la capacitación voluntaria y periódica con énfasis en el manejo no farmacológico, el apego al tratamiento farmacológico y el autocuidado de la salud para el control de las enfermedades crónico degenerativas. Esta estrategia permite al Primer Nivel de Atención realizar un seguimiento y control de los pacientes para lograr el conocimiento, cuidado de la salud incluido la prevención de complicaciones, la autoestima, pero sobre todo, mejorar la calidad de vida del individuo.

En este sentido, destacan como características de los GAM EC la participación de 20 a 25 pacientes con alguna enfermedad crónica como diabetes, hipertensión arterial, dislipidemia, obesidad y/o síndrome metabólico, a partir de los 20 años de edad y más. Muestra de esta intervención es la conformación de 6,702 GAM EC y la participación activa de 147,026 pacientes en el ámbito nacional. Así mismo, se prioriza la inclusión de cuatro elementos básicos como parte del proceso de autocuidado, es decir, la asistencia formal, el potencial de conocimiento, la información científica y el paciente activo, lo que se traduce en un beneficio que sobrepasa lo político y social (1).

Por otro lado, la calidad de vida, como propósito de la implementación de los GAM EC, es definida como la percepción que la persona tiene sobre su existencia, el contexto, la cultura y el sistema de valores en los que vive y cómo se relacionan estos con sus objetivos, expectativas, normas e inquietudes; es decir, representa el estado de bienestar que recibe la influencia de factores externos como el acceso a servicios de salud, trabajo, vivienda, educación, entre otros, y que impactan en el desarrollo humano en los ámbitos individual y comunitario, lo cual origina que sea entendida como la posibilidad que pueden tener las personas para satisfacer las necesidades humanas fundamentales (4,5).

Por todo lo anterior, el objetivo de este estudio fue determinar la asociación del Grupo de Ayuda Mutua de Enfermedades Crónicas y la calidad de vida de los pacientes con padecimientos crónicos adscritos al Centro Avanzado de Atención Primaria a la Salud (CAAPS) Puente del Carmen.

Método

Diseño, muestra y variables de estudio

Estudio cuantitativo, descriptivo, correlacional y de corte transversal con diseño no experimental y post-facto (6), realizado con un grupo de pacientes pertenecientes al GAM EC, con el objetivo de determinar la asociación del Grupo de Ayuda Mutua de Enfermedades Crónicas y la calidad de vida de los pacientes con padecimientos crónicos, durante el periodo comprendido de febrero a mayo de 2018.

Como criterios de inclusión para los pacientes pertenecientes al GAM EC se establecieron que todos fueran personas diagnosticadas con un padecimiento crónico (diabetes, hipertensión arterial, obesidad, dislipidemia y/o síndrome metabólico), que participaran activamente en las actividades del GAM EC y que aceptarían formar parte del estudio; por su parte, los pacientes que no pertenecían al GAM EC debían cumplir como criterios el ser del mismo género y edad de los pacientes adscritos al GAM EC, estar diagnosticados con padecimientos crónicos y que dieran su aprobación para participar de este estudio.

Se excluyeron del estudio aquellos pacientes que no dieran su consentimiento de participación mediante la firma del consentimiento informado, y pacientes con dificultades visuales y/o motrices para realizar la cumplimentación del instrumento.

La población de estudio comprendió 21 pacientes adscritos al GAM EC y 21 pacientes no pertenecientes al GAM EC, todos adscritos al CAAPS Puente del Carmen, por lo que la muestra final estuvo conformada por 42 pacientes con padecimientos crónicos, entre los que se incluye la diabetes, hipertensión arterial, dislipidemia, obesidad y/o síndrome metabólico.

Instrumento de recolección

A todos los pacientes incluidos en el estudio se les aplicó el instrumento WHOQOL-BREF, que consta de 26 ítems distribuidos en cuatro dimensiones: salud física, salud psicológica, relaciones sociales y medio ambiente. Las puntuaciones mayores indican mejor calidad de vida; se utiliza una escala de respuesta tipo Likert, con cinco opciones, por ejemplo: nada, un poco, lo normal, bastante y extremadamente. Con respecto a la validación del instrumento, este presenta una confiabilidad alta al reportar valores de alpha de Cronbach entre 0,895 y 0,9 (7,8).

Técnicas y procedimientos para el análisis estadístico

Los datos se procesaron y analizaron en el Programa SPSS versión 21. El análisis descriptivo comprendió medidas de tendencia central (media y desviación estándar) y distribución de frecuencias (porcentajes). Para la validación de la hipótesis se realizó prueba t de Student para muestras independientes, con el fin de comparar las medias obtenidas en las diferentes dimensiones para dos grupos (pacientes inscritos al grupo GAM EC y no suscritos al GAM EC) y prueba no paramétrica U de Mann-Whitney que permitió contrastar las medianas de dos grupos independientes con libre distribución (9), con un intervalo de confianza (IC) del 95% y un error estándar de 0,05.

Aspectos éticos de la investigación

El estudio fue remitido a la Jurisdicción Sanitaria No. IV de los Servicios de Salud del estado de San Luis Potosí para su revisión y autorización por parte del Comité de Investigación y Bioética, el cual fue aprobado con fundamento en el Título Quinto de la Ley Estatal de Salud y la NOM-012-SSA3-2012, obteniendo el siguiente registro: SLPA22/2018.

Limitantes del estudio

El principal limitante fue la conformación y recolección de datos de los participantes que no pertenecían al GAM EC, ya que este grupo debía cumplir características similares a las de los individuos que conformaron el grupo GAM EC.

Resultados

El 100% de la población de estudio fue de género femenino, con una media ($\bar{x}$) de 53 años de edad y una desviación estándar (DE) de ± 12 . Con relación a los padecimientos crónico-degenerativos y el tratamiento farmacológico, la Tabla 1 mostró que prevalece en la población de estudio el síndrome metabólico con un 57,1%, situación que se relacionó con el 78,5% de los individuos, a los cuales se les ha establecido un tratamiento farmacológico basado en dos o más medicamentos, de los cuales resaltan el uso de glibenclamida, metformina, enalapril, telmisartán, entre otros. Por su parte, al realizar el análisis comparativo entre los pacientes pertenecientes al GAM EC y los no adscritos se determinó que el padecimiento de síndrome metabólico e hipertensión arterial prevalece en ambos grupos.

Con relación a las dimensiones del instrumento WHOQOL-BREF se obtuvieron los siguientes resultados:

En el dominio 1: Salud Física se puede señalar que los pacientes presentaron de manera global una puntuación por encima del 50% del valor, esto permitió establecer una calidad de vida media alta para los aspectos relacionados con la salud física, en donde se incluyen el dolor físico, tratamiento médico, energía para realizar las actividades, entre otras. En la comparación GAM EC vs. los no adscritos, se identificó que los pacientes del GAM EC presentaron un valor de 0,47 puntos por arriba de la $\bar{x}$ global mientras que el otro grupo tiene un valor diferencial inferior de 0,48 puntos (Tabla 2).

Por su parte, el dominio 2: Salud Psicológica (Tabla 2), que comprende ítems relacionados con la apariencia física, religión, espiritualidad, etc., mostró una puntuación global superior al 50% del valor estándar, determinando con ello una calidad de vida alta; por lo que al comparar los resultados entre los grupos se estableció una diferencia de +0,55 puntos en el GAM EC mientras que el grupo No GAM EC obtuvo un valor de -0,55 puntos.

Tabla 1. Padecimientos crónico-degenerativos y tratamiento farmacológico

Variables		Frecuencia	%
Padecimientos	Diabetes	4	9,5
	Hipertensión	11	26,2
	Obesidad	2	4,8
	Dislipidemias	1	2,4
	Síndrome metabólico	24	57,1
	Total	42	100,0
Medicamentos	Metformina	2	4,8
	Insulina	3	7,1
	Enalapril	1	2,4
	Losartán	1	2,4
	Irbesartán	1	2,4
	Atorvastatina	1	2,4
	Dos o más medicamentos	33	78,5
	Total	42	100,0

Tabla 2. Calidad de vida en el paciente con padecimientos crónico-degenerativos

Dominio	Global		Grupo GAM EC		Grupo NO GAM EC	
	$\bar{x}$	DE*	$\bar{x}$	DE*	$\bar{x}$	DE*
Salud física	25,14	4,50	25,61	4,89	24,66	4,16
Salud psicológica	21,64	3,74	22,19	4,43	21,09	2,91
Relaciones sociales	10,23	1,98	10,33	2,28	10,14	1,68
Medio ambiente	26,45	4,27	27,47	4,98	25,42	3,2
*DE: desviación estándar						

En el dominio 3: Relaciones Sociales se puede señalar que los pacientes mostraron de manera global una puntuación sobre el 50% del valor, comprobando con ello una calidad de vida media para los aspectos vinculados a las relaciones interpersonales, la satisfacción del apoyo de su familia, entre otros. En la comparación GAM EC vs. los no adscritos, se determinó que los pacientes del GAM EC presentaron un valor de 0,1 puntos por arriba de la $\bar{x}$ global, mientras que el otro grupo tiene un valor inferior de 0,09 puntos (Tabla 2).

Finalizando con el dominio 4: Medio Ambiente (Tabla 2) se reconoció que los pacientes expresaron de manera global una puntuación por encima del 50%, lo que permitió establecer una calidad de vida media alta para factores de seguridad financiera, física y de libertad, así como del acceso a la atención sanitaria y la calidad que esta le provee. Se identificó que los pacientes del GAM EC presentan un valor de +1,02 puntos por arriba de la $\bar{x}$ global, mientras que el grupo No GAM EC tuvo un valor de -1,03 puntos.

La Tabla 3 describe la relación que existe entre los pacientes adscritos al GAM EC y los que no pertenecen al mismo, encontrándose para cada dominio un valor de t de Student menor al resultado de "t" en tablas con una $p \geq 0,05$, por lo tanto, se aceptó la hipótesis nula, la cual estableció que no existe diferencia en la calidad de vida de los pacientes crónicos en

relación a su participación en los GAM EC, debido a que ambos grupos mantienen un puntaje por encima de la media estándar. Así mismo, la prueba de Levene que permite comprobar la homocedasticidad de la varianza para una variable calculada para dos o más grupos, señaló que existe una diferencia significativa para los dominios de Salud Psicológica ($t=4,979$; $p=0,031$) y de Medio Ambiente ($t=4,580$; $p=0,039$), puesto que determina que la diferencia obtenida es el resultado de un análisis con base en un muestreo aleatorio de una población con varianzas heterogéneas, por lo que se debe de considerar el análisis de pruebas no paramétricas, que estén libres del supuesto de homocedasticidad.

Por lo tanto, para comprobar los resultados de la prueba de Levene se realizó la prueba U de Mann-Whitney libre del supuesto de homocedasticidad, la cual confirma la hipótesis nula, ya que presenta valores de p mayores al 0,05 (Tabla 4).

Tabla 3. Prueba t de Student para la comprobación de la hipótesis

Estilo de vida	Prueba de Levene			Prueba T		
	F*	Sig.**	t***	gl****	Sig.**	Diferencia $\bar{x}$
Salud física	0,297	0,589	0,679	38	0,501	0,95
Salud psicológica	4,979	0,031	0,946	35	0,350	1,09
Relaciones sociales	2,137	0,152	0,307	37	0,760	0,19
Medio ambiente	4,580	0,039	1,583	34	0,121	2,04

*F: fisher. **Sig: significancia. ***t: Student. ****gl: grados de libertad

Tabla 4. Prueba U de Mann-Whitney

Dominio	Significancia	Decisión
Salud física	0,441	Retener Ho*
Salud psicológica	0,463	Retener Ho
Relaciones sociales	0,980	Retener Ho
Medio ambiente	0,229	Retener Ho

*Ho: hipótesis nula

Discusión

La asociación entre los GAM EC y la mejora en la calidad de vida continúa siendo un tema de interés para la atención en salud, pues aunque se ha demostrado la influencia de estos grupos en la mejora de la capacidad de autocuidado de los pacientes diagnosticados con algún padecimiento crónico, aún hay situaciones o escenarios que pueden afectar la relación existente entre estas variables, como el acceso a los servicios de salud, los recursos disponibles, entre otros.

No obstante, es importante resaltar que el adulto que padece enfermedades crónico degenerativas, y que se ha integrado a las actividades que se desarrollan como parte de los GAM EC, logra conservar y/o mejorar la salud; esto a través del conjunto de muchas estructuras emocionales, de las actividades expuestas y los diálogos, en donde el paciente modifica su comportamiento y las transformaciones paulatinas van contribuyendo en gran medida en la capacidad de autocuidado (10,11).

En este sentido, el género toma una connotación importante, ya que en las mujeres diagnosticadas con un padecimiento crónico es frecuente que sus preocupaciones se enfoquen en la interrupción de la realización de las actividades domésticas y el cuidado de los integrantes de la familia, pues son considerados los roles femeninos desde la perspectiva cultural. Esta situación difiere en el hombre, pues ellos experimentan un abandono del rol laboral en espacios públicos y por consiguiente la reclusión doméstica, lo cual puede tener un significado estigmatizante (12).

Esto origina que el apego al tratamiento y la participación activa en los grupos de ayuda sea más habitual en el género femenino, quien busca controlar las situaciones de estrés relacionadas con el hogar, la familia y el trabajo; Ledón (13) señala que las mujeres tienden a presentar mayor distrés y menor calidad de vida física, social y emocional que el hombre, lo que favorece la atención médica frecuente y la implementación de estrategias de afrontamiento a la enfermedad, como es la incorporación a los GAM EC.

En el caso de la percepción global de la calidad de vida en pacientes adscritos y no adscritos a los GAM EC, los resultados reportan valores en la clasificación media, media alta y alta, lo cual determina la satisfacción con la salud actual; datos que difieren del estudio realizado por Jiménez et al. (14), quienes identificaron en un grupo de adultos una calidad de vida deficiente (67,57%) con un énfasis particular hacia los dominios de salud física y salud psicológica. Esto permite reconocer que las enfermedades crónicas, vistas desde la comorbilidad, representan un trastorno discapacitante que modifica las percepciones sobre la calidad.

Investigaciones realizadas en Medellín demuestran que la calidad de vida en adultos osciló entre 21,9 y 87,5, y para todas las dimensiones de la calidad de vida se hallaron puntuaciones por encima de 52 puntos, siendo las más bajas medio ambiente y relaciones sociales ($\bar{x} = 52,2 \pm 20,2$ y $\bar{x} = 52,8 \pm 17,5$) respectivamente, y las más altas, el dominio de salud física ($\bar{x} = 69,4 \pm 8,7$), seguida de la salud psicológica ($60,8 \pm 25,2$) (7). Lo cual difiere de los resultados de la presente investigación, pues al comparar los grupos de estudio se encontró de manera global que los dominios más altos fueron el de salud física ($\bar{x} = 25,14 \pm 4,5$) y medio ambiente ($\bar{x} = 26,45 \pm 4,27$), y los dominios más bajos, salud psicológica ($\bar{x} = 21,64 \pm 3,74$) y relaciones sociales ($\bar{x} = 10,23 \pm 1,98$).

Lo antes descrito permite señalar que el énfasis en la periodicidad que se establece en los GAM EC es un factor que influye en la adherencia y en el seguimiento del régimen y prescripción farmacológica y no farmacológica, a través de los cuales se fomenta la adherencia terapéutica programada, que impacta en cada uno de los dominios que integran la calidad de vida; esto permitió demostrar la importancia de las acciones que realiza el profesional de salud como parte de esa responsabilidad que caracteriza a los GAM EC.

La relación de los GAM EC y la calidad de vida presentó datos no significativos, aceptando con ello la hipótesis nula, que refiere que los GAM EC no están asociados a la calidad de vida en pacientes con padecimientos crónicos en el CAAPS Puente del Carmen; sin embargo, Bernabéu-Álvarez et al. (15) señalan que los beneficios del GAM, tanto para la persona dependiente como para el cuidador, están enfocados en la disminución de recaídas y de los síntomas, así como de una disminución del uso de los servicios sanitarios gracias a la autonomía adquirida. Por otro lado, la participación en los GAM EC está estrechamente relacionado con las actividades de autocuidado que permiten el cumplimiento de las metas básicas del tratamiento, según el estudio realizado por Pérez-Fonseca et al. (16). Todos estos aspectos están interrelacionados con la percepción sobre la calidad de vida adquirida a través de la participación en estos grupos, pues generan un acompañamiento que refuerza las medidas de cuidado y disminuye el riesgo de complicaciones a un corto y mediano plazo (17).

Conclusiones

A través de la presente investigación se reconoció que la calidad de vida en los pacientes con padecimientos crónicos está asociada a diversas situaciones y no solo a la participación en los GAM EC, pues los resultados mostraron una asociación no significativa; lo cual permite ampliar los enfoques en futuras investigaciones, para que, por medio de esos resultados, se puedan realizar mejoras en la gestión y administración de los servicios de salud, en las prácticas asistenciales y para enriquecer el conocimiento sobre el autocuidado, evidenciando con ello, el cumplimiento de las acciones e indicadores en la calidad de la atención.

Por consiguiente, y sabiendo que la investigación es un puente entre la teoría y la práctica, con este estudio se aporta información de los mecanismos de trabajo y cómo influyen en la población de uno de los grupos vulnerables con gran importancia e impacto de salud en el mundo, brindando resultados que motivan a nuevas investigaciones con un enfoque mixto, educacional y de acción participativa, lo que posibilita avanzar hacia un futuro saludable.

Financiación

Ninguna.

Conflicto de intereses

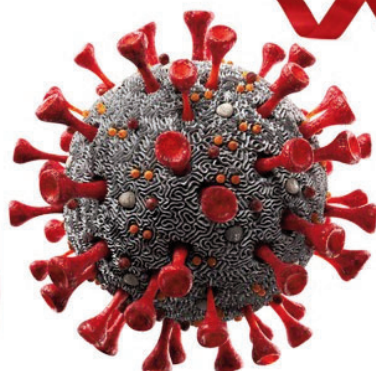
Ninguno.

Bibliografía

- [1] Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades. Estrategia Grupos de Ayuda Mutua Enfermedades Crónicas Lineamientos de Operación [internet]. México: CENAPRECE; 2016 [citado 8 nov 2021]. Disponible en: http://www.cenaprece.salud.gob.mx/programas/interior/adulto/descargas/pdf/LineamientosGAM_2016.pdf
- [2] Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades (CENAPRECE). Personal operativo de la Estrategia Nacional para la Prevención y el Control de Sobrepeso, Obesidad y Diabetes en el Primer Nivel de Atención [internet]. México: CENAPRECE; 2017 [citado 8 nov 2021]. Disponible en: http://www.cenaprece.salud.gob.mx/programas/interior/adulto/descargas/pdf/Lineamientos_ENPCSOyD_17.pdf
- [3] Secretaría de Salud de la Ciudad de México. Grupos De Ayuda Mutua (Enfermedades Crónicas) [internet]. México: SSA; 2021 [citado 8 nov 2021]. Disponible en: <http://sersalud.cdmx.gob.mx/sspcdmx/Documentos/programas/GAM.pdf>
- [4] Labiano M. Estrategias de mejoramiento de la calidad de vida. En: Oblitas L (eds.). Psicología de la salud y calidad de vida. 2ª ed. México: Thompson; 2006.
- [5] Acevedo Alemán J, Trujillo Pérez M, López Saucedo ML. El adulto mayor usuario de centros del Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM): percepciones sobre su calidad de vida en Saltillo, Coahuila, México. Revista Perspectivas Sociales [internet]. 2014 [citado 8 nov 2021]; 16(1):77-97. Disponible en: <https://rediab.uanl.mx/Record/eprints-8753>
- [6] Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio P. Metodología de la Investigación. 6ª ed. México: McGraw-Hill Education; 2014.
- [7] Estrada A, Cardona D, Segura ÁM, Chavarriaga LM, Ordóñez J, Osorio JJ. Calidad de vida de los adultos mayores de Medellín. Biomédica [internet]. 2011 [citado 8 nov 2021]; 31(4):492-502. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=84322449004>
- [8] López Huerta JA, González Romo RA, Tejada Tayabas JM. Propiedades psicométricas de la versión en español de la escala de calidad de vida WHO QoL BREF en una muestra de adultos mexicanos. Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica [internet]. 2017 [citado 8 nov 2021]; 2(44):105-15. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6476340>
- [9] Rivas-Ruiz R, Moreno-Palacios J, Talavera JO. Diferencias de medianas con la U de Mann-Whitney. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2013; 51(4):414-9.
- [10] Hernández Zamora ZE, Hernández Loeza OR, Rodríguez Viveros E. El Grupo de Ayuda como Alternativa para Mejorar la Calidad de Vida del Adulto Mayor. Rev. Psicología Iberoamericana [internet]. 2010 [citado 8 nov 2021]; 18(2):47-55. Disponible en: https://www.redalyc.org/pdf/1339/Resumenes/Resumen_133915921006_1.pdf
- [11] Maldonado Guzmán G, Carbajal Mata FE, Rivera Vázquez P, Castro García RI. Beneficios que percibe el adulto mayor al integrarse a un grupo de ayuda dirigido por personal de enfermería. Rev. Enfermería Instituto Mexicano Seguro Social. 2015; 23(1):31-6.
- [12] Ledón Llanes L. Enfermedades crónicas y vida cotidiana. Rev Cubana de Salud Pública [internet]. 2011 [citado 8 nov 2021]; 37(4):488-99. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/214/21421364013.pdf>
- [13] Ledón Llanes, L. Articulación entre las categorías cuerpo, género y enfermedad crónica desde diferentes experiencias de salud. Rev Cubana Salud Pública [internet]. 2011 [citado 8 nov 2021]; 37(3):324-37. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662011000300013&lng=es
- [14] Jiménez Almaguer D, Casado Méndez PR, Santos Fonseca RS, Jiménez Almaguer D, Hernández Ramírez G. Percepción de la calidad de vida en pacientes adultos mayores con diabetes mellitus tipo II. Revista Electrónica Medimay [internet]. 2019 [citado 8 nov 2021]; 26(1):54-62. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revciemedhab/cmh-2019/cmh191f.pdf>
- [15] Bernabéu-Álvarez C, Faus-Sanoguera M, Lima-Serrano M, Lima-Rodríguez JS. Revisión sistemática: influencia de los Grupos de Ayuda Mutua sobre cuidadores familiares. Enferm Global 2020; 19(2):560-90. Doi: <https://doi.org/10.6018/eglobal.392181>
- [16] Pérez-Fonseca M, Pereyra ME, Santiago-Mijangos AD, Hipólito-Francisco I, González-de la Cruz P. Grupo de Ayuda Mutua. Una Alternativa de Enseñanza en la Práctica Académica de Enfermería. Salud y Administración [Internet]. 2018 [citado 8 nov 2021]; 5(13):47-52. Disponible en: <https://revista.unsis.edu.mx/index.php/saludyadmon/article/download/7/7>
- [17] Juárez-Ramírez C, Treviño-Siller S, Ruelas-González MG, Théodore F, Pelcastre-Villafuerte BE. Los Grupos de Ayuda Mutua como posible estrategia de apoyo emocional para personas indígenas que padecen diabetes. Salud Publica Mex 2021; 63:12-20. Doi: <https://doi.org/10.21149/11580>

*La Asociación de Enfermería Comunitaria (AEC) os desea unas muy Felices
Fiestas y que el Nuevo Año sea Saludable y Científicamente muy Próspero*

2021



VACÚNATE

2022



CONTÁGIATE

Conductas sexuales y realización del test de ELISA en universitarios de Chillán, Chile

¹ Marco Agustín Aldea Torres
¹ Javiera Alejandra Cerda Aedo
¹ Macarena Elizabeth Jaramillo Ordenes
¹ Dominique Alejandra Maldonado Roa
² Miguel Ángel Meriño Morales
³ Ismael Morales Ojeda

¹ Licenciado en Enfermería. Universidad Adventista de Chile. Facultad de Ciencias de la Salud. Chillán, Chile.

² Magister en Ciencias Biomédicas. Universidad del Bio-Bio. Universidad Adventista de Chile. Facultad de Ciencias de la Salud. Chillán, Chile.

³ Doctor en Ciencias Biomédicas. Instituto Universitario Italiano de Rosario. Universidad Adventista de Chile. Facultad de Ciencias de la Salud. Chillán, Chile.

Dirección de contacto: miguelmerino@unach.cl

Cómo citar este artículo:

Aldea Torres MA, Cerda Aedo JA, Jaramillo Ordenes ME, Maldonado Roa DA, Meriño Morales MA, Morales Ojeda I. Conductas sexuales y realización del test de ELISA en universitarios de Chillán, Chile. RIdEC 2021; 14(2):24-32.

Fecha de recepción: 17 de julio de 2021.

Aceptada su publicación: 8 de octubre de 2021.

Resumen

Objetivo: identificar las conductas sexuales de riesgo y motivos para la realización del test de Elisa en estudiantes universitarios de la ciudad de Chillán, Chile.

Método: estudio de tipo transversal descriptivo a partir de una muestra de estudiantes universitarios de la ciudad de Chillán. El estudio consta de dos instrumentos, los que se enfocan en recolectar información demográfica y relacionada con las conductas sexuales de riesgo presentes, haciendo énfasis en la realización de Test de ELISA.

Resultados: la mayoría corresponde a estudiantes heterosexuales (83,9%), de residencia urbana (83,1%), y del área de salud (39,8%) y humanidades (25,4%). En cuanto a las variables de estudio un (6,4%) señaló utilizar preservativo en todo tipo de relación sexual y la mayoría de la muestra (45,8%) indicó que el principal motivo para la no realización del test de Elisa fue no tener la necesidad de llevarlo a cabo.

Conclusión: los jóvenes encuestados, a pesar de tener conocimientos favorables hacia las conductas sexuales de riesgo, no suelen protegerse de forma adecuada ante las infecciones de transmisión sexual. Por otro lado, es preocupante que tan pocos estudiantes se hayan sometido al test de ELISA, excusando no tener la necesidad de su realización.

Palabras clave: VIH; conducta de riesgo; infección de transmisión sexual.

Resumo

Comportamentos sexuais e realização do teste ELISA em estudantes universitários de Chillán, Chile

Objetivo: identificar comportamentos sexuais de risco e motivos para o teste Elisa em estudantes universitários da cidade de Chillán, Chile.

Método: estudo descritivo transversal baseado em uma amostra de estudantes universitários da cidade de Chillán. O estudo é composto por dois instrumentos, os quais têm como foco a coleta de informações demográficas e relacionadas aos comportamentos sexuais de risco presentes, com ênfase na realização do teste ELISA.

Resultados: a maioria corresponde a estudantes heterossexuais (83,9%), de residência urbana (83,1%), e da área de saúde (39,8%) e humanas (25,4%). Um estudo (6,4%) indicou o uso de preservativo em todos os tipos de relação sexual e a maioria da amostra (45,8%) indicou que o principal motivo para não fazer o teste Elisa foi não ter necessidade de fazê-lo.

Conclusão: os jovens pesquisados, apesar de terem conhecimentos favoráveis sobre comportamentos sexuais de risco, geralmente não se protegem de forma adequada contra infecções sexualmente transmissíveis. Por outro lado, é preocupante que tão poucos alunos tenham feito o teste ELISA, desculpando-se por não ter necessidade da mesma.

Key words: HIV; comportamento de risco; infecção sexualmente transmissível.

Abstract

Sexual behaviour and the ELISA test in University Students from Chillán, Chile

Objective: to identify the risky sexual behaviour and reasons for undergoing the Elisa test in university students from the city of Chillán, Chile.

Method: a cross-sectional descriptive study in a sample of university students from the city of Chillán. The study consisted of two instruments, focused on collecting demographic information and associated with the existing risky sexual behaviour, with emphasis on conducting the ELISA test.

Results: the majority were heterosexual students (83.9%), living in an urban setting (83.1%), and from the healthcare (39.8%) and humanities areas (25.4%) Regarding the study variables, 6.4% stated that they used a condom for all types of sexual relationships; and the majority of the sample (45,8%) stated that the main reason for not undergoing the ELISA test was that there was no need for it.

Conclusion: the young persons surveyed, even though they had favourable knowledge regarding risky sexual behaviour, did not take adequate protection measures against sexually transmitted conditions. On the other hand, it is a matter of concern that so few students had undergone the ELISA test, with the excuse that they did not need it.

Key words: HIV; risky behaviour; sexually transmitted disease.

Introducción

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) corresponden a un grupo heterogéneo de patologías transmisibles de persona a persona principalmente por vía sexual (1), y mediante contactos (no sexuales) como en el caso de transfusiones de hemoderivados o transmisión vertical (madre a hijo) (2,3).

Entre las ITS con mayor incidencia se encuentran las causadas por el virus del papiloma humano (VPH), que actualmente se estima que afecta a 290 millones de mujeres en el mundo (4), le siguen, en conjunto, las infecciones por clamidia, por *Neisseria gonorrhoeae*, *Treponema pallidum* o por tricomoniasis, que afectan a un total aproximado de 376 millones de personas en todo el mundo (5). Sin embargo, desde la década de los 80 del siglo XX, aquella que ha tomado mayor relevancia es la infección causada por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) (6,7).

La fisiopatología del VIH se caracteriza por el ataque a los linfocitos T reguladores (CD4+) con una alta tasa de crecimiento poblacional viral lo que origina la muerte celular, que se caracteriza por una primera etapa aguda, que luego se torna en un proceso crónico. De esta manera, el sujeto infectado adquiere el estado de inmunodeficiencia severa característico de la infección (8).

El mecanismo de transmisión del VIH es principalmente por vía sexual, ya sean las que implican penetración sin preservativo por vía anal, vaginal u oral (9). Además, existen otras vías de transmisión que han sido limitadas tal es el caso de la transmisión perinatal (transmisión madre/hijo) (10), o el riesgo asociado a transfusiones sanguíneas el que se ha regulado a la baja en los últimos años. Por ejemplo, en el caso de la India, país que tiene la segunda población mundial de pacientes contagiados, la prevalencia del VIH no superó el 0,3% en donadores de sangre (11).

Respecto a la distribución etaria del VIH, en Chile se ha visto que desde el 2013 al 2017 hay una elevación de las tasas de prevalencia en los grupos de 15 a 19 años y de 20 a 24 años en los que se observó un alza de 1,4% y 5,9% respectivamente; sin embargo, en el grupo que mayor aumento hubo es en el segmento de los 25 a 29 años, donde la variación llegó al 15,2% (6). Esto ha sido relacionado con comportamientos sexuales de riesgos, definidos como aquellos que implican mayor probabilidad de contraer alguna infección de transmisión sexual. Entre las conductas sexuales de riesgo se encuentran aquellas definidas como riesgo indirecto, siendo estas las que estimularían la realización de conductas de riesgo directo,

como son: consumo de alcohol, tabaco, marihuana y otras drogas. En relación con las conductas de riesgo directo, estas se definen como aquellas que directamente posibilitan el contagio: mayor cantidad de parejas sexuales, no poseer pareja única o el no uso de protección de barrera (condón) (12).

En relación a los métodos diagnósticos del VIH, en Chile el método *screening gold standard* es el ensayo de inmunoabsorción ligado a enzima (ELISA) (13). Este test es el más frecuente y utilizado en este país y está disponible en establecimientos de salud públicos y privados (14).

Actualmente, en Chile, según lo determinado por el Ministerio de Salud (MINSAL), 71 mil personas en el país viven con VIH, esto significa un incremento de cuatro mil personas más en comparación al año 2017 (15), cifras que siguen en aumento, existiendo muchas personas que desconocen su diagnóstico, lo que incrementa más aún el contagio de esta enfermedad (16,17).

Por su parte, Chillán, capital de la nueva región de Ñuble, no cuenta con estudios detallados sobre las características asociadas al riesgo de la adquisición del virus, particularmente en población de riesgo, dificultando el actuar en programas de Salud Pública enfocados en intervenciones preventivas. Es por esto que el objetivo de esta investigación es identificar conductas sexuales de riesgo y motivos para la realización del test de Elisa en estudiantes universitarios de la ciudad de Chillán, Chile.

Método

Diseño: se realizó un estudio transversal de tipo descriptivo, con muestreo por conveniencia.

Población: correspondió a estudiantes universitarios de ambos sexos (independiente de su identidad de género), entre 18 y 30 años, pertenecientes a instituciones de educación superior de la ciudad de Chillán, Chile.

Criterios de inclusión: tener entre 18 y 30 años, participación voluntaria, el encuestado debía poseer conexión a red de internet y que estuviera cursando una carrera universitaria o técnica de alguna institución de educación superior de la comuna de Chillán.

Variables de investigación: se dividen en sociodemográficas (edad, sexo, lugar de residencia, etc.), conducta sexual (número de parejas con las que ha tenido sexo en el año 2020, características de las relaciones de pareja, orientación sexual, etc.), conocimiento, percepción y hábitos en relación a la conducta sexual y actitud frente al test de Elisa (realización o no)

Recogida de datos: el instrumento empleado para esto se divide en: a) datos sociodemográficos (edad, sexo, lugar de residencia, etc.) y datos académicos (carrera que cursa, universidad, años de estudio, etc.), b) relación de pareja y conducta sexual (número de parejas con las que ha tenido sexo en el año 2020, características de las relaciones de pareja, orientación sexual, etc.), c) conocimiento, percepción y hábitos en relación a la conducta sexual del encuestado, d) Actitud frente al test de Elisa. Su estructura es tipo encuesta, de la cual constó de siete preguntas abiertas y 31 preguntas cerradas. Este cuestionario fue modificado y adaptado por los autores a partir de una encuesta realizada a estudiantes universitarios de la ciudad de Cartagena, Colombia en el año 2010 (2). Como también sometido a validación por pares expertos.

El instrumento fue aplicado mediante la herramienta Google Forms, lo que incluyó un consentimiento informado virtual, permitiendo asignar un código a cada sujeto partícipe de la encuesta, con el fin de mantener el anonimato.

Análisis de datos: los datos, previa codificación, se procesaron en el programa Prism GraphPad en su versión 7.0 (San Diego, California). Cada variable fue evaluada de manera descriptiva.

Aspectos éticos: el trabajo investigativo aseguró y resguardó de manera total la confidencialidad de los datos y fue aprobado por el Comité Ético Científico de la Universidad Adventista de Chile.

Resultados

La población de estudio estuvo compuesta por 236 personas (169 mujeres y 67 hombres), donde el rango etario predominante fue el de 18 a 22 años (70,8%). Se observó que la orientación sexual mayoritariamente fue heterosexual (83,9%) y en lo correspondiente a educación la mayoría estudia en la universidad (94,1%) en donde un mayor número de estudiantes pertenece al área de la salud (39,8%) (Tabla 1).

Tabla 1. Variables sociodemográficas en la población universitaria de Chillán, Chile, 2020

Variables	Categoría	Número de casos (%)
Lugar de residencia	Urbano	196 (83,1)
	Rural	40 (16,9)
Rango etario	18 a 22	167 (70,8)
	23 a 26	55 (23,3)
	27 a 30	14 (5,9)
Orientación sexual	Heterosexual	198 (83,9)
	Homosexual	14 (5,9)
	Bisexual	20 (8,5)
	Pansexual	4 (1,7)
Religión	Católico	56 (23,7)
	Evangélico	40 (16,9)
	Adventista	36 (15,3)
	No profesa religión	104 (44,1)
Tipo de educación secundaria que cursó	Pública	42 (17,8)
	Privada	20 (8,5)
	Mixta	189 (80,1)
Tipo de institución	Universidad	222 (94,1)
	Instituto	14 (5,9)
Área de estudio	Ingeniería	46 (19,5)
	Educación	24 (10,2)
	Salud	94 (39,8)
	Humanidades	60 (25,4)
	Ciencias	12 (5,1)
Nº de años estudiados	1 a 3	124 (52,5)
	4 a 6	112 (47,5)

En cuanto a las variables de estudio que refieren: conducta, hábitos, percepción y conocimiento de los estudiantes respecto al tema serán englobadas en Tabla 2 y 3.

En este sentido, es preciso destacar que durante los últimos 12 meses la población encuestada: en su mayoría ha mantenido una relación de pareja (63,6%), un importante grupo ha mantenido relaciones sexuales semanalmente (35,2%), en su mayoría la muestra ha tenido entre una y dos parejas sexuales (60,6%), además un pequeño grupo ha tenido parejas en forma paralela (9,7%). Respecto a relaciones homosexuales en la muestra el porcentaje es marginal. Respecto al uso del preservativo se observa que la muestra en su mayoría presenta percepción y conocimientos adecuados respecto a su uso (Tabla 2).

Llama la atención que existe porcentaje no menor correspondiente a un 8,1% y 15,3%, respectivamente, que refieren que han tenido relaciones sexuales y de pareja donde no se fomenta el respeto ni el compromiso mutuo, referidos en la segunda y tercera pregunta. En las preguntas orientadas a qué tipo de relación sexual ha mantenido y en cuáles ha usado preservativo, cada alumno puede estar en más de una categoría. En estas destaca que el sexo anal es el menos practicado (18,6%), en donde un (10,2%) de los practicantes no emplean preservativo. Los alumnos de la muestra en un 11,4% y 7,6%, respectivamente, han tenido relaciones de riesgo bajo los efectos del alcohol y las drogas (Tabla 3).

Tabla 2. Conductas sexuales de riesgo en la población universitaria de Chillán, Chile, 2020.
(Todas las preguntas obedecen a los últimos 12 meses)

Variables	Categoría	Número de casos (%)
¿Cuántas relaciones de pareja ha tenido?	0	61 (25,8)
	1	150 (63,6)
	2	20 (8,5)
	3	5 (2,1)
¿Con qué frecuencia ha mantenido relaciones sexuales?	Semanal	83 (35,2)
	Mensual	50 (21,2)
	Trimestral	23 (9,7)
	Semestral	24 (10,2)
	No he tenido	56 (23,7)
¿Cuántas parejas sexuales ha tenido?	1 a 2	143 (60,6)
	3 a 4	28 (11,9)
	5 a 6	5 (2,1)
	7 o más	4 (1,6)
	No he tenido	56 (23,7)
¿Ha tenido parejas sexuales en forma paralela?	Sí	23 (9,7)
	No	213 (90,3)
¿Ha mantenido relaciones con...?	Hombres	128 (71,1)
	Mujeres	46 (25,6)
	Hombres y mujeres	6 (3,3)
¿El uso de preservativo previene ITS?	Sí	224 (94,9)
	No	12 (5,1)
¿El uso de preservativo es inmoral, no debería fomentarse?	Sí	2 (0,8)
	No	234 (99,2)
Respecto al uso de preservativo en relaciones sexuales de riesgo, ¿usted qué opción tomaría?	Lo usaría	234 (99,2)
	Depende	2 (0,8)
	No lo usaría	0 (0)
Respecto al uso de preservativo en relaciones sexuales de riesgo, ¿usted qué opción tomaría en relación a su pareja?	Exijo el uso	227 (96,2)
	Depende	6 (2,5)
	No exijo el uso	3 (1,3)

Tabla 3. Conductas sexuales de riesgo en la población universitaria de Chillán, Chile, 2020.
(Todas las preguntas obedecen a los últimos 12 meses)

Variables	Categoría	Número de casos (%)
¿Considera que en los centros de Atención Primaria se entrega información suficiente para poder prevenir las ITS?	Sí	8 (3,4)
	No	228 (96,6)

Tabla 3. Conductas sexuales de riesgo en la población universitaria de Chillán, Chile, 2020.
(Todas las preguntas obedecen a los últimos 12 meses) (continuación)

Variables	Categoría	Número de casos (%)
¿Ha mantenido en alguna ocasión relaciones sexuales en las que que no se fomenta el respeto mutuo?	Sí	19 (8,1)
	No	217 (91,9)
¿Ha mantenido en alguna ocasión relaciones de pareja donde no se no se fomenta el compromiso mutuo?	Sí	36 (15,3)
	No	200 (84,7)
¿Qué tipo de relación sexual ha mantenido?	Genital	176 (74,6)
	Oral	154 (65,3)
	Anal	44 (18,6)
	Sin penetración	151 (63,9)
¿En qué tipo de relación no ha usado preservativo?	Genital	105 (44,5)
	Oral	103 (43,6)
	Anal	24 (10,2)
	Todas he usado	15 (6,4)
¿Ha mantenido relaciones sexuales de riesgo bajo los efectos del alcohol?	Sí	27 (11,4)
	No	209 (88,6)
¿Ha mantenido relaciones sexuales de riesgo bajo los efectos de las drogas?	Sí	18 (7,6)
	No	218 (92,4)

Finalmente, respecto a la no realización del test de ELISA, un 45,8% nunca ha tenido la necesidad de realizarlo, un 10,2% menciona no tener interés en la realización, un 8,1% señala que hay una falta de información y un 6,8% menciona que no se lo ha hecho por miedo.

Dentro de los motivos para hacerse el test, las respuestas fueron: solo para asegurarme o como medida precautoria 70,3%, nunca he tenido la necesidad de realizarme el test 22,9%, he tenido relaciones sexuales de riesgo conscientemente 3,4% y, por último, he tenido relaciones sexuales de riesgo estando inconsciente o siendo forzado 3,4% (Tabla 4).

Tabla 4. Motivos para la realización y no realización del test de ELISA en la población universitaria de Chillán, Chile, 2020

Variables	Categoría	Nº de casos (%)
¿Cuáles son los motivos por los que NO se ha realizado el test de ELISA para detectar posible contagio de VIH?	Miedo	16 (6,8)
	Falta de información	19 (8,1)
	Falta de interés	24 (10,2)
	Sin necesidad	108 (45,8)
	Me lo he realizado	69 (29,2)
¿Cuáles serían los motivos por los que se realizaría el test de ELISA para detectar posible contagio de VIH?	Solo para asegurarme	166 (70,3)
	He tenido relaciones sexuales de riesgo conscientemente	8 (3,4)
	He tenido relaciones sexuales de riesgo inconsciente/forzado	8 (3,4)
	Recibí una transfusión de sangre y sentí malestar	0 (0)
	Me realicé un tatuaje	0 (0)
	Nunca he tenido la necesidad	54 (22,9)

Discusión

Según los resultados obtenidos en la presente investigación se pudo observar que la muestra corresponde a población principalmente femenina, menores de 25 años, heterosexuales, mayoritariamente universitarios y que estudian carreras del área de la salud y humanidades primordialmente; esto se asemeja a una investigación llevada a cabo a universitarios de la ciudad de Osorno, Chile, en donde la muestra era mayoritariamente femenina, edades entre los 18-23 años, y el 92,9% se identificó como heterosexual (18).

La etapa universitaria es la más propensa a llevar a jóvenes a tener descuidos a la hora de mantener un encuentro sexual, están más propensos a conocer a parejas casuales y a no emplear protección de barrera, al no tener planeado el encuentro (19). Según un estudio realizado en estudiantes de Concepción en 2016, la mayoría de los jóvenes había tenido de dos a cinco parejas sexuales, lo cual difiere con lo encontrado en este estudio, el que indica que la mayor parte de la muestra tuvo de una a dos parejas sexuales (20).

Los jóvenes mayoritariamente mantuvieron encuentros sexuales de tipo genital. Con respecto al uso del preservativo, según Fernández-Silva et al. (18) (2018), la mayoría de los jóvenes señalaron que exigiría y usaría preservativo, este concepto es comprendido como "autoeficacia en el uso del preservativo" (21). En el presente estudio, los estudiantes son conscientes de que el empleo de preservativo trae consigo el cuidado de su salud; sin embargo, a pesar de lo anterior, una parte de estos no utilizó preservativo en relaciones sexuales genitales y orales en los últimos 12 meses, lo que podría significar que aun teniendo el conocimiento sobre la importancia de la protección de barrera, no lo llevan a la práctica.

Relacionado con lo anterior los estudiantes señalaron que la educación recibida por parte de centros de salud era insuficiente, lo que reflejó el nivel de carencia en educación sexual que se encuentra Chile en estos momentos y que ha sido confirmado por estudios que señalan que está dentro de los países con deficiencia en educación sexual (22).

Respecto al tipo de relación sexual practicada por los universitarios encuestados, se encuentra que el sexo anal tuvo menor incidencia. Resultado que difiere con la investigación realizada por Ríos González et al. (23) donde un 56% lo había practicado. Respecto al uso de preservativo en este tipo de coito, más de la mitad señaló no utilizar protección de barrera, resultado que no se relaciona a lo señalado por Morales Mesa et al. (24), en su investigación, en donde la mayoría de los universitarios de Medellín (Colombia) lo usa.

Las relaciones sexuales bajo la influencia del alcohol mostraron ser poco habituales comparadas con otras investigaciones. De esta forma, en el estudio realizado en la ciudad de Río de Janeiro, Brasil, un 30,28% refirió haber mantenido relaciones sexuales después de consumir alcohol (25). Un valor aún más elevado de ingesta de alcohol se evidenció en un estudio aplicado a universitarios de la ciudad de Cartagena, Colombia, donde el 55% indicó el consumo de bebidas alcohólicas antes de una relación sexual y solo el 4% el consumo de drogas (2).

Según los resultados que se obtuvieron en la muestra estudiada con respecto a la no realización del test de ELISA, se observó que la mayoría señala no haber tenido la necesidad de efectuarlo por su seguridad a la ausencia del virus. Estos resultados se repiten en un estudio llevado a cabo por Bermúdez et al. (26), donde una gran parte de la muestra indicó no haberlo llevado a cabo señalando que el principal motivo para no hacerse la prueba era la "percepción de seguridad de que no se tenía el virus" (26). Existen evidencias que el miedo a realizarse el examen podría ser la causa principal de la no realización del test (27,28), lo que difiere de los presentes resultados donde solo un pequeño porcentaje de los encuestados indicó el temor como la causa principal de la no realización de la prueba.

Finalmente, dentro de los motivos para la realización del test de Elisa para VIH, destaca que la gran mayoría lo haría solo como medida precautoria, sin la necesidad de existencia de algún factor de riesgo, caso contrario al presentado en una investigación sobre la evaluación de un programa público de diagnóstico precoz del VIH (29), donde apenas un 10,9% de los participantes voluntarios fueron personas sin prácticas de riesgo, a diferencia del 70,3% del presente estudio. Existe un pequeño porcentaje de individuos que declaró haber mantenido relaciones sexuales de riesgo estando conscientes de aquellas, inconscientes o siendo forzados, escenario que se asemeja al descrito por Gálvez Cabrera et al. (30), donde un 10% de los encuestados reconoce relaciones sexuales no consentidas, frente a un 3,4% de relaciones estando inconsciente o siendo forzado.

Dentro de las limitaciones presentes en este estudio se encuentra el hecho de estar cursando una pandemia causada por la COVID-19, lo que dificultó la recolección de datos, y junto con ello, el no poder acceder a la cantidad de estudiantes deseados con igual proporción entre hombres y mujeres.

Conclusión

Los jóvenes universitarios de Chillán, a pesar de tener percepción y conocimientos favorables hacia las conductas sexuales de riesgo, no suelen protegerse de forma adecuada ante las ITS. Sobre la educación sexual por parte de los CESFAM, esta es percibida como insuficiente, por lo que es probable que se esté fallando en la ejecución y efectividad de las intervenciones en Salud Pública y como funcionarios de salud, haciendo necesaria una revisión sistemática de los programas actuales para la promoción de la salud y prevención de las ITS. Por otro lado, es preocupante que tan pocos estudiantes se hayan sometido al test de ELISA, excusando no tener la necesidad de su realización, cuando muchos de ellos se han expuesto a relaciones sexuales de riesgo, lo que supone la posibilidad de un contagio desapercibido de VIH, confirmando la de la necesidad de fomentar la realización del test.

Financiación

Ninguna.

Conflicto de intereses

Ninguno.

Bibliografía

- [1] Santander E, Fich F, Salvo A, Pacheco G, Mendoza M, Amigo M, et al. Normas de manejo y tratamiento de las Infecciones de Transmisión Sexual. Primera parte. Rev Chilena Infectol. 2016; 26(2):174-90. Doi: <http://doi.org/10.4067/S0716-10182009000200012>
- [2] Villafañe-Ferrer LM, González-Navarro RM. Comportamientos de riesgo y nivel de conocimiento de infecciones de transmisión sexual en estudiantes universitarios. Revista Duazary. 2017; 14(2):160-8. Doi: <https://doi.org/10.21676/2389783X.1964>
- [3] Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. Transmisión del VIH [internet]. Atlanta, Estados Unidos: CDC [citado 8 nov 2021]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/hiv/spanish/basics/transmission.html>
- [4] Sanjosé S, Díaz M, Castellsagué X, Clifford G, Bruni L, Muñoz N, et al. Worldwide prevalence and genotype distribution of cervical human papillomavirus DNA in women with normal cytology: a meta-analysis. The Lancet Infectious Diseases. 2007; 7(7):453-9. Doi: [http://doi.org/10.1016/S1473-3099\(07\)70158-5](http://doi.org/10.1016/S1473-3099(07)70158-5)
- [5] Organización Mundial de la Salud (OMS). Infecciones de transmisión sexual [internet]. Ginebra: OMS; 2019 [citado 8 nov 2021]. Disponible en: [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-\(stis\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-(stis))
- [6] Informe Nacional: evolución de la infección por VIH/SIDA Chile 1984-2012. Revista Chilena de Infectología. 2015; 32(1):17-43. Doi: <http://doi.org/10.4067/S0716-10182015000100003>
- [7] Cáceres K. Informe: Situación epidemiológica de las infecciones de transmisión sexual en Chile. Rev Chilena Infectol. 2016; 36(2):221-33. Doi: <http://doi.org/10.4067/S0716-10182019000200221>
- [8] Waymack JR, Sundareshan V. Acquired Immune Deficiency Syndrome. 2020 Sep 8. [internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2021 Jan. PMID: 30725978. [citado 8 nov 2021]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30725978/>
- [9] Lamotte JA. Infección por VIH/sida en el mundo actual. Revista Medisan [internet] 2014 [citado 8 nov 2021]; 18(7):993-1010. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/san/v18n7/san15714.pdf>
- [10] World Health Organization (WHO). Mother-to-child transmission of HIV [internet]. Geneva: WHO [citado 8 nov 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/hiv/topics/mtct/about/en/>
- [11] Makroo R, Chowdhry M, Bhatia A, Arora B, Rosamma NL. Prevalence of HIV among blood donors in a tertiary care centre of north India. IJMR. 2011; 134(6):950-3. Doi: <https://doi.org/10.4103/0971-5916.92640>
- [12] Figueroa L, Figueroa L. Conductas sexuales de riesgo en adolescentes desde el contexto cubano. Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río. [internet] 2017 [citado 8 nov 2021]; 21(2):193-301. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942017000200020&lng=es&nrm=iso

- [13] Álvarez I. Interpretación de las pruebas usadas para diagnosticar la infección por virus de la inmunodeficiencia humana. *Acta méd. Peruana* [internet]. 2017 [citado 8 nov 2021]; 34(4):309-16. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172017000400009&lng=es.
- [14] Ministerio de Salud. VIH/SIDA: Preguntas Frecuentes [internet]. Santiago, Chile: MINSAL; 2018 [citado 8 nov 2021]. Disponible en: <https://www.minsal.cl/vih-sida-preguntas-frecuentes/>
- [15] Nascimiento B, Spindola T, Araujo M, Almeida R, Costa R, Teixeira R. El comportamiento sexual de jóvenes universitarios y el cuidado de la salud sexual y reproductiva. *Enferm Global*. 2019; 17(1):237-69. Doi: <https://doi.org/10.6018/eglobal.17.1.261411>
- [16] Ministerio de Salud. Informe de ONUSIDA 2019 [internet]. Santiago, Chile: MINSAL; 2019 [citado 8 nov 2021]. Disponible en: <https://www.minsal.cl/>
- [17] Passarelli C. Chile [internet]. Santiago, Chile: ONUSIDA; 2020 [citado 8 nov 2021]. Disponible en: <https://www.unaids.org/es/regionscountries/countries/chile>
- [18] Fernández C, Sánchez D. Actitudes y prácticas sexuales relacionadas con VIH/SIDA. *Revista de la Universidad Industrial de Santander. Salud*. 2018; 50(4):350-7. Doi: <https://doi.org/10.18273/revsal.v50n4-2018008>
- [19] Badillo-Viloria M, Mendoza X, Barreto M, Díaz-Pérez A. Comportamientos sexuales riesgosos y factores asociados entre estudiantes universitarios en Barranquilla, Colombia, 2019. *Enferm Global*. 2020; 19(59):422-35. Doi: <https://doi.org/10.6018/eglobal.412161>
- [20] Bouniot S, Muñoz C, Norambuena N, Pinto C, Muñoz M. Prevalencia de conductas sexuales de riesgo en estudiantes de primer año de pregrado de la universidad San Sebastián, Concepción, Chile, 2016: estudio descriptivo. *RCOG*. 2017; 68(3):176-85. Doi: <https://doi.org/10.18597/rcog.2799>
- [21] Valencia C, Canaval G. Factores que predisponen, facilitan y refuerzan el uso del preservativo en jóvenes universitarios de Cali, Colombia. *Rev. salud pública* [internet] 2012 [citado 8 nov 2021]; 14(5):810-21. Disponible en: <https://www.scielo.org/pdf/rsap/2012.v14n5/810-821/es>
- [22] Obach A, Sadler M, Jofré N. Salud sexual y reproductiva de adolescentes en Chile: el rol de la educación sexual. *Rev. salud pública*. 2017; 19(6):848-54. Doi: <https://doi.org/10.15446/rsap.V19n6.70023>
- [23] Ríos C, Verón F, De Benedectis G, Flores J, Chirino A. Prácticas de riesgo para transmisión de VIH en estudiantes de medicina de Latinoamérica y el Caribe, 2017. *Memorias del Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud*. 2018; 16(2):49-54. Doi: [https://doi.org/10.18004/mem.iics/1812-9528/2018.016\(02\)49-054](https://doi.org/10.18004/mem.iics/1812-9528/2018.016(02)49-054)
- [24] Morales S, Arboleda O, Segura A. Las prácticas sexuales de riesgo al VIH en población universitaria. *Rev. salud pública*. 2014; 16(1):27-39. Doi: <https://doi.org/10.15446/rsap.v16n1.30659>
- [25] Spindola T, Barros A, Brochado E, Sousa D, Costa E, da Silva T. Prácticas sexuales y comportamiento de jóvenes universitarios frente a la prevención de infecciones de transmisión sexual. *Enferm Global*. 2020; (58):109-19. Doi: <https://doi.org/10.6018/eglobal.382061>
- [26] Bermúdez M, Ramiro M, Teva I, Ramiro T, Buena-Casal G. Conducta sexual y realización de la prueba del virus de la inmunodeficiencia humana en jóvenes que estudian en la universidad en Cuzco. *Gaceta Sanitaria*. 2018; 32(3):223-9. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2017.07.002>
- [27] Rivas E, Rivas A, Barria R, Sepúlveda C. Conocimientos y actitudes sobre VIH/SIDA de estudiantes de Enfermería de las Universidades de La Frontera y Austral de Chile. Temuco - Valdivia. Chile, 2004. *Ciencia y Enfermería*. 2009; 15(1):109-19. Doi: <https://doi.org/10.4067/S0717-95532009000100012>
- [28] Panozo E. Conocimientos y comportamientos sexuales de riesgo asociados al VIH-sida en universitarios de la ciudad de La Paz. *Revista de Investigación Psicológica* [internet] 2009 [citado 8 nov 2021]; (5):57-64. Disponible en: <http://www.scielo.org.bo/pdf/rip/n5/n5a06.pdf>
- [29] Belmonte M, Castillo O, Ballester J, Castro I, Pérez F, Monteagudo O. Evaluación de un programa de salud pública sobre diagnóstico precoz de VIH con prueba rápida. *Revista Española de Salud Pública*. [internet] 2019 [citado 8 nov 2021]; 93:2-10. Disponible en: <https://scielosp.org/pdf/resp/2019.v93/e201912119/es>
- [30] Gálvez E, González Y, Consuegra E. Sexualidad y drogas: aspectos medicolegales de interés para el médico general integral. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*. [internet] 2011 [citado 8 nov 2021]; 10(4):492-5. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rhcm/v10n4/rhcm11411.pdf>

¹ Nerea García Gómez
² María Enriqueta Alfaro Aroca
³ Pilar Córcoles Jiménez
⁴ Juana Vinuesa Picazo
⁵ Otilia Gómez López

Seguimiento de casos COVID-19 por enfermeras de Vigilancia Epidemiológica y disminución de ingresos hospitalarios

¹ Especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria. Enfermera. Gerencia de Atención Integrada de Albacete.

⁴ Coordinadora de Equipos de Atención Primaria. Enfermera. Gerencia de Atención Integrada de Albacete.

² Subdirectora de Enfermería de Atención Primaria. Enfermera. Gerencia de Atención Integrada de Albacete.

⁵ Coordinadora de Programas de Atención Primaria. Enfermera. Gerencia de Atención Integrada de Albacete.

³ Supervisora del Área de Investigación y Formación Continuada. Enfermera. Gerencia de Atención Integrada de Albacete.

Dirección de contacto: negarciagomez@sescam.jccm.es

Cómo citar este artículo:

García Gómez N, Alfaro Aroca ME, Córcoles Jiménez P, Vinuesa Picazo J, Gómez López O. Seguimiento de casos COVID-19 por enfermeras de Vigilancia Epidemiológica y disminución de ingresos hospitalarios. RIdEC 2021; 14(2):33-40.

Fecha de recepción: 20 de junio de 2021.

Aceptada su publicación: 21 de octubre de 2021.

Resumen

Objetivo: describir la vigilancia epidemiológica realizada por las enfermeras de Vigilancia Epidemiológica de la Gerencia de Atención Integrada de Albacete y la contribución a la disminución de los ingresos hospitalarios relacionados con la COVID-19.

Método: se trata de un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo, llevado a cabo en el área sanitaria de la Gerencia de Atención Integrada de Albacete entre agosto de 2020 y febrero de 2021, y en el que se incluyen pacientes diagnosticados de COVID-19 y los considerados contactos estrechos de estos.

Resultados: en el periodo de estudio fueron diagnosticadas de COVID-19 un total de 16.679 personas, de las cuales entre el 4,8% y el 10,25% requirieron ingreso hospitalario. Las enfermeras de Vigilancia Epidemiológica realizaron además el seguimiento de un total de 35.254 contactos estrechos.

Conclusiones: la labor que llevan a cabo las enfermeras de Vigilancia Epidemiológica supone, desde la aparición de su figura, una alta garantía de trazabilidad de los casos y la contención de la pandemia de COVID-19.

Palabras clave: infecciones por coronavirus; COVID-19; epidemiología; servicios de vigilancia epidemiológica; hospitalización; enfermería en salud comunitaria.

Abstract

Follow-up for COVID-19 cases by Epidemiological Monitoring nurses and reduction in hospital admissions

Objective: to describe the follow-up conducted by Epidemiological Monitoring nurses from the Integrated Care Management of Albacete, and its contribution to the reduction in hospital admissions associated with COVID-19.

Method: an observational, descriptive and retrospective study, conducted in the healthcare area covered by the Integrated Care Management of Albacete between August 2020 and February 2021, and including patients diagnosed with COVID-19 and their close contacts.

Results: during the study period, 16,679 persons were diagnosed with COVID-19; between 4.8% and 10.25% of them required hospital admission. The Epidemiological Monitoring nurses also conducted follow-up for 35,254 close contacts.

Conclusions: the task conducted by the Epidemiological Monitoring nurses, since this concept appeared, has ensured a high guarantee of case traceability, and the containment of the COVID-19 pandemic.

Key words: coronavirus infections; COVID-19; epidemiology; Epidemiological Monitoring Units; hospitalization; Community Health Nursing.

Introducción

El síndrome respiratorio agudo severo causado por el coronavirus SARS-CoV-2 es una de las enfermedades infecciosas emergentes más importantes en la actualidad. En diciembre de 2019 empezaron a reportarse casos de un nuevo tipo de neumonía en la ciudad de Wuhan (China); el 30 de enero de 2020 la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró oficialmente la epidemia de COVID-19 como emergencia de Salud Pública internacional y el 11 de marzo la reconoció como pandemia (1,2).

La COVID-19 está causada por un virus denominado SARS-CoV-2, coronavirus de tipo beta, subgénero sarbecovirus y subfamilia *Orthocoronaviridae* (1). Los primeros casos de COVID-19 en Europa se registraron en Alemania, Francia, Italia y España. Antes del 26 de febrero de 2020 solo había cinco casos confirmados en España, pero una semana más tarde los casos ascendieron a 2.611. En pocos meses la pandemia se extendió a todo el planeta, afectando duramente a Europa, aunque siendo los países con mayor número de afectados Estados Unidos, Brasil, Rusia e India; la tendencia actual muestra que está aumentando en países africanos y del sur de Asia, produciéndose el mayor número de muertes en Estados Unidos y América Latina (1).

La infección por SARS-CoV-2 se puede dividir en tres etapas: 1) Periodo de incubación asintomático, con o sin virus detectable, que puede variar entre 7 y 14 días, con una media de 5 a 7; 2) Periodo sintomático leve, con virus detectable; 3) Periodo sintomático grave, con alta carga viral (1). No todos los pacientes desarrollan la enfermedad de la misma forma. Entre los síntomas más habituales se encuentran tos, fiebre, diarrea, fatiga y en los casos más graves, dificultad respiratoria y neumonía (1). Se ha calculado que un 80% de los infectados de COVID-19 pasa la enfermedad de manera asintomática, y del resto, un 40% lo hace de forma leve y el otro 60% presenta síntomas respiratorios, en un 15% de los casos severos y en un 5% colocando al paciente en una situación crítica (3).

Globalmente España ha sido uno de los países con mayores tasas de contagios y mortalidad, con cifras de fallecidos a finales de octubre de 2020 de 36.000 personas según los datos del Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias. La edad de los pacientes seguramente fuera avanzada, pues los datos del INE sitúan el exceso de mortalidad atribuible a la COVID-19 entre marzo y octubre de 2020 en alrededor de 60.000 personas (2).

Con motivo de la situación tan grave y excepcional acontecida en el mundo por la aparición del SARS-CoV-2 se hizo necesaria en España la aplicación de medidas para proteger la salud de la población, contener la progresión de la enfermedad y disminuir el impacto en el sistema sanitario. El gobierno español aprobó el 14 de marzo de 2020 el RD 463/2020 declarando el estado de alarma para la gestión de la situación de emergencia sanitaria originada por COVID-19 (2), situación que se prolongó hasta el 21 de junio, aunque hubo un alivio progresivo de la estricta limitación de la movilidad en el mes de mayo. A partir de junio los casos experimentaron un aumento progresivo y exponencial en la mayoría de las comunidades autónomas, con un repunte generalizado de contagios que situó tanto a España, como al resto de Europa, en una "segunda ola" pandémica (2).

Desde su inicio, la pandemia ha causado una profunda crisis sanitaria por la enorme cantidad de pacientes que han debido ser atendidos, lo que ha provocado que en los momentos de mayor incidencia los servicios sanitarios se hayan visto sobrepasados y que hayan existido debilidades importantes en cuanto a dotación de utillaje, equipamientos e instalaciones adecuadas para el tratamiento efectivo del paciente y la protección de los profesionales (4). Uno de los principales problemas en los momentos iniciales fue la adjudicación de camas en UCI para los pacientes cuya condición clínica empeoraba, y a pesar de que en España las camas de críticos se aumentaron hasta en un 300%, la capacidad se vio sobrepasada en ciertas ciudades o comunidades autónomas durante la primera oleada de la pandemia (4).

Desde el punto de vista del control de la propagación es fundamental identificar y aislar a los pacientes asintomáticos, que por su condición pueden propagar el virus sin saberlo (1,3). Existen varias pruebas para el diagnóstico de la infección activa (PDIA), como la técnica de RT-PCR (reacción en cadena de la polimerasa con transcriptasa inversa) y la prueba rápida de detección de antígenos (1,6). Entre las medidas recomendadas para la prevención y contención de la COVID-19 destacan las medidas higiénicas (desinfección con etanol al 96% de las manos al estar en contacto con superficies probablemente contaminas o lavado con agua y jabón cuando exista la posibilidad (5)), las medidas de distanciamiento entre personal (mínimo de dos metros para evitar la contaminación con microgotas (5)) y uso de mascarillas (5).

La pandemia ocasionada por el SARS-CoV-2 ha sido, y continúa siendo, el mayor desafío para la salud conocido en el último siglo (7), suponiendo la detección precoz de casos compatibles con la COVID-19 uno de los puntos claves para controlar la transmisión (6). La rapidez y globalidad de la propagación hacen que sea de suma importancia la identificación temprana

de posibles casos, su aislamiento y la detección de contactos (1). El papel de la Atención Primaria ha sido determinante, pues entre un 80-85% de los pacientes tuvo su primer contacto con el sistema sanitario durante la primera ola, actividad que ha sido aún más intensa en la segunda ola, al asumir las funciones de rastreo epidemiológico y realización de pruebas diagnósticas (2).

Desde mayo de 2020 el Sistema Sanitario de Castilla-La Mancha cuenta con una nueva figura: la enfermera de Vigilancia Epidemiológica (EVE). Enmarcada en el ámbito de la Atención Primaria, y bajo la coordinación de la Delegación Provincial de Sanidad y de la Gerencia Asistencial a la que pertenece, la enfermera de Vigilancia Epidemiológica lleva a cabo el trabajo de identificación y seguimiento de contactos de casos diagnosticados de COVID-19, siguiendo las directrices del Ministerio de Sanidad y la Consejería de Sanidad de Castilla-La Mancha. Dentro de sus funciones destaca la identificación y contención precoz de fuentes de contagio, lo que incluye el aislamiento de casos y la cuarentena y el seguimiento de contactos estrechos (6), así como la educación sanitaria consistente en medidas de higiene, distanciamiento y protección personal (7). La Gerencia de Atención Integrada de Albacete cuenta con enfermeras de Vigilancia Epidemiológica distribuidas por todos los Centros de Salud de su área sanitaria, presentes tanto en días laborales como festivos y en turnos de mañana y tarde.

El objetivo del presente estudio es describir la vigilancia epidemiológica realizada por las enfermeras de Vigilancia Epidemiológica de la Gerencia de Atención Integrada de Albacete y su contribución a la disminución de los ingresos hospitalarios relacionados con la COVID-19.

Material y método

Diseño: estudio observacional, descriptivo y retrospectivo. **Ámbito:** área sanitaria de la Gerencia de Atención Integrada (GAI) de Albacete, entre el 24 de agosto de 2020 y el 14 de febrero de 2021.

Población y muestra: pacientes diagnosticados de COVID-19 y contactos estrechos de estos, sin ningún criterio de exclusión.

Variables: número de casos confirmados con prueba diagnóstica de infección activa positiva (PDIA+), número de contactos estrechos identificados para los casos, número de pacientes que acudieron a Urgencias hospitalarias, número de pacientes que ingresaron en el Complejo Hospitalario Universitario de Albacete, número de pacientes citados en las agendas de Vigilancia Epidemiológica. Todos los datos se presentan agrupados por semanas.

Recogida de datos: los datos provienen de los informes efectuados por la Dirección Asistencial de la GAI de Albacete a efectos de gestión de recursos.

Análisis de datos: el análisis se realizó mediante metodología cuantitativa (análisis descriptivo con frecuencias absolutas y relativas).

Aspectos éticos: el presente estudio se ha llevado a cabo cumpliendo la Ley 14/2007 de investigación biomédica y la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. Dado que se trata de datos agregados, que no pueden ser relacionados con los pacientes individuales, no se ha considerado solicitar consentimiento informado.

Resultados

El número de enfermeras de Vigilancia Epidemiológica (EVE) en la Gerencia de Atención Integrada de Albacete fue de 23 entre el 3 y el 16 de agosto, 28 en la semana del 17 al 23 de agosto, 31 en la semana del 24 al 30 de agosto, 34 entre el 31 de agosto y el 13 de septiembre, y 45 a partir del 14 de septiembre hasta el 25 de octubre, incrementándose desde el 26 de octubre a 52, cifra que se ha mantenido hasta el 14 de febrero.

Los casos confirmados con PDIA+ entre el 10 de agosto de 2020 y el 14 de febrero de 2021 fueron 16.679 y los contactos estrechos identificados en el seguimiento por las enfermeras de Vigilancia Epidemiológica (EVE) en el mismo periodo 35.254. Entre el 24 de agosto de 2020 y el 14 de febrero de 2021 acudieron a Urgencias del Hospital General Universitario de Albacete 2.935 pacientes con PDIA+, de los que 1.100 fueron ingresados.

La evolución de todos estos datos puede verse representada en el Gráfico 1, donde pueden apreciarse los dos picos máximos que marcan las dos olas de la pandemia que han tenido lugar durante el periodo del estudio, en las que el número total de ingresos hospitalarios se ha mantenido por debajo de 90 pacientes.

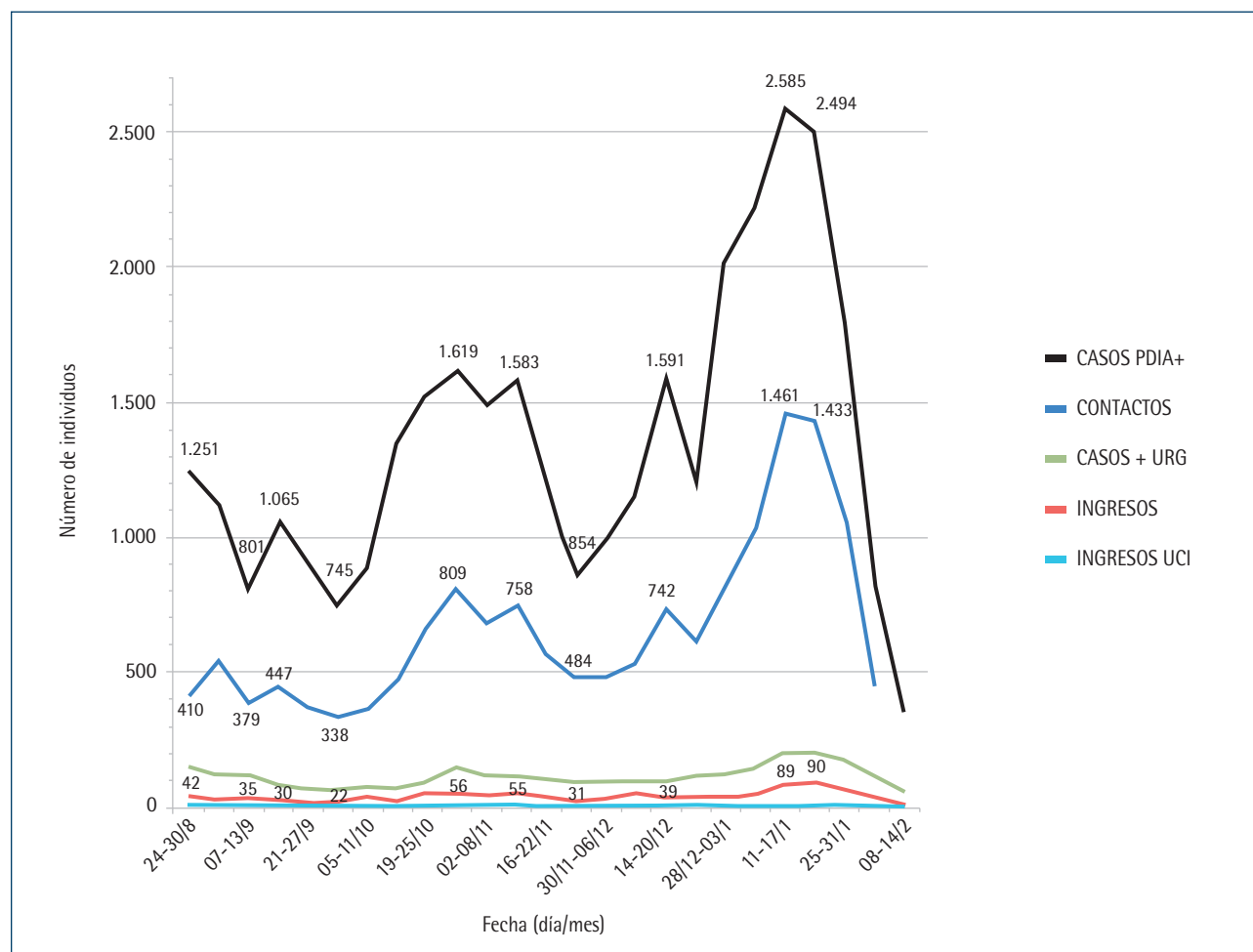


Gráfico 1. Evolución de datos relativos a COVID-19 en la GAI de Albacete durante el periodo comprendido entre el 24 de agosto de 2020 y el 14 de febrero de 2021

En cuanto al porcentaje de pacientes diagnosticados de COVID-19 que requirieron de ingreso hospitalario en el Complejo Hospitalario Universitario de Albacete en dicho periodo, la cifra osciló entre el 4,8% y el 10,25% del total de diagnosticados, tal y como puede apreciarse en el Gráfico 2, con un valor promedio del 7,12% de los diagnosticados. Puede comprobarse que el porcentaje de ingresos hospitalarios no aumenta durante los máximos de las dos olas de la pandemia acontecidas durante el periodo del estudio.

La ratio de casos confirmados con PDIA+ y de contactos estrechos seguidos por número de enfermeras de Vigilancia Epidemiológica puede verse detallada en la Tabla 1.

Discusión

A la vista de los resultados se aprecia que no se produjo un incremento de los ingresos coincidiendo con los dos máximos de la pandemia que tuvieron lugar durante el periodo del estudio, lo que mostraría la eficacia de la vigilancia epidemiológica y del seguimiento clínico de los pacientes realizado desde Atención Primaria. Resulta destacable también que el número de personas diagnosticadas de COVID-19 que requirieron de ingreso hospitalario en ningún momento del periodo comprendido superó el 10,25%, o lo que es lo mismo: al menos el 89,75% de los pacientes diagnosticados permaneció en el ámbito comunitario y en sus domicilios durante el transcurso de la infección.

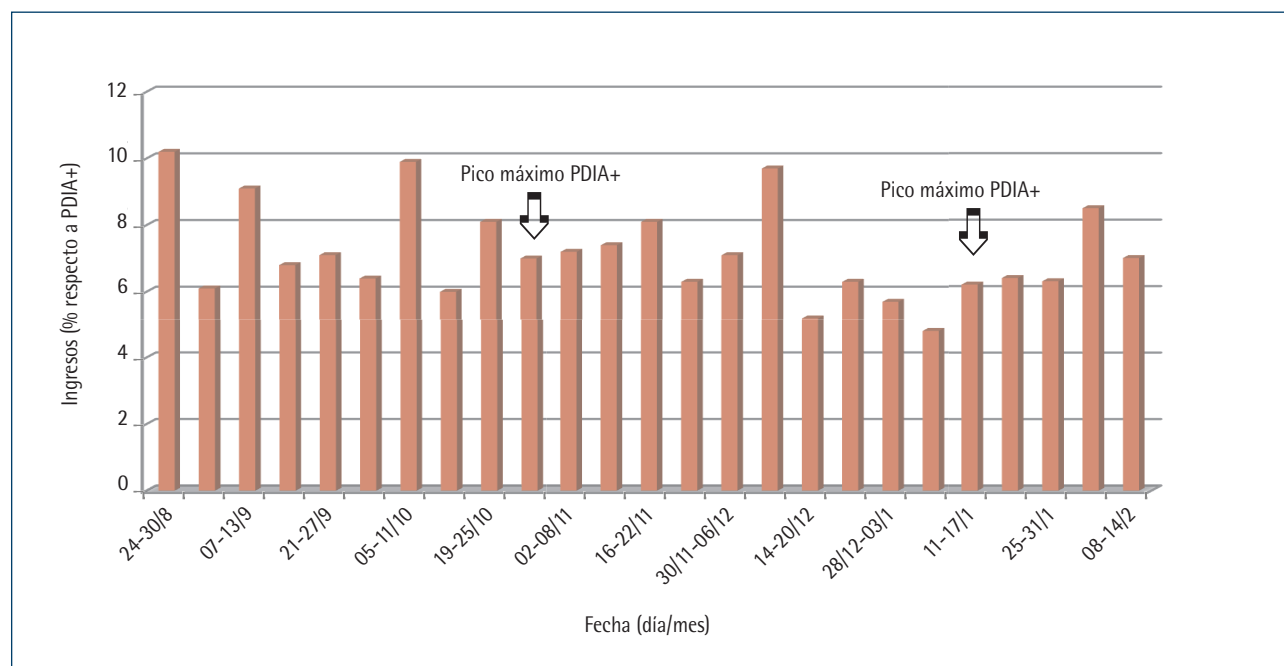


Gráfico 2. Porcentaje de ingresos hospitalarios por pacientes con PDIA+ durante el periodo comprendido entre el 24 de agosto de 2020 y el 14 de febrero de 2021

Tabla 1. Ratio de casos con PDIA+ y contactos estrechos seguidos por número de enfermeras de Vigilancia Epidemiológica (EVE) durante el periodo comprendido entre el 24 de agosto de 2020 y el 14 de febrero de 2021

FECHA*	EVE	CASOS PDIA+	CONTACTOS	CASOS PDIA+/EVE	CONTACTOS/EVE
24-30/8	31	410	1.251	13,23	40,35
31/8-06/9	34	543	1.120	15,97	32,94
07-13/9	34	379	801	11,15	23,56
14-20/9	45	447	1.065	9,93	23,67
21-27/9	45	367	889	8,16	19,76
28/9-04/10	45	338	745	7,51	16,56
05-11/10	45	365	887	8,11	19,71
12-18/10	45	470	1.352	10,44	30,04
19-25/10	45	677	1.524	15,04	33,87
26/10-01/11**	52	809	1.619	15,56	31,13
02-08/11	52	675	1.486	12,98	28,58
09-15/11	52	758	1.583	14,58	30,44
16-22/11	52	563	1.174	10,83	22,58
23-29/11	52	484	854	9,31	16,42
30/11-06/12	52	486	989	9,35	19,02
07-13/12	52	539	1.159	10,37	22,29

Tabla 1. Ratio de casos con PDIA+ y contactos estrechos seguidos por número de enfermeras de Vigilancia Epidemiológica (EVE) durante el periodo comprendido entre el 24 de agosto de 2020 y el 14 de febrero de 2021 (continuación)

FECHA*	EVE	CASOS PDIA+	CONTACTOS	CASOS PDIA+/EVE	CONTACTOS/EVE
14-20/12	52	742	1.591	14,27	30,60
21-27/12	52	616	1.203	11,85	23,13
28/12-03/1	52	812	2.019	15,62	38,83
04-10/1	52	1.041	2.223	20,02	42,75
11-17/1**	52	1.461	2.585	28,10	49,71
18-24/1	52	1.433	2.494	27,56	47,96
25-31/1	52	1.080	1.809	20,77	34,79
01-07/2	52	457	815	8,79	15,67
08-14/2	52	203	351	3,90	6,75

*Día/mes. **Pico máximo PDIA+

Entre el 5 y el 18 de enero de 2021 la provincia de Albacete contaba con el 74,9% de casos con trazabilidad, figurando así entre las provincias con mayor rastreo de contactos y siendo superior al de otras provincias, tanto similares en densidad de población (Salamanca, trazabilidad del 38,2%) como similares en incidencia acumulada en los últimos siete días (Cáceres, trazabilidad del 57,7%) (8). La vigilancia es la piedra angular para controlar la pandemia de COVID-19, tal y como concluye una reciente revisión de artículos (9). La mejora del rastreo de casos asintomáticos (que en la segunda oleada han supuesto un 51,6% del total) ha permitido detener una de las causas de transmisión comunitaria silente (2).

El refuerzo de personal en Atención Primaria es imprescindible para poder realizar con garantías de éxito el estudio de contactos en la COVID-19 de acuerdo con los resultados de una revisión de estudios publicada recientemente (10). Las prioridades para hacer frente a la pandemia y post-pandemia pasan, como proponen OMS-Europa y la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OECD), por reforzar la Atención Primaria con inversiones, recursos humanos y medidas que faciliten la coordinación de cuidados, su actuación universal y de proximidad y su capacidad de resolución (11).

En España, las actuaciones de intervención deben ser adoptadas respetando la distribución de competencias entre las comunidades autónomas (7). En el caso de la Comunidad de Madrid, por ejemplo, las labores de vigilancia epidemiológica se encuentran distribuidas: ante un diagnóstico de COVID-19 en Atención Primaria las Unidades de Apoyo Covid realizan la detección de contactos convivientes y derivan, si así se precisa, la realización de las pruebas diagnósticas de infección activa a un punto centralizado (12). Posteriormente, profesionales de Salud Pública identifican y estudian los contactos sociales y laborales (12). Dichas unidades de apoyo cuentan con distintos perfiles de profesionales sanitarios: fisioterapeutas, higienistas dentales, técnicos en cuidados auxiliares de enfermería y farmacéuticos, los cuales realizan su función en edificios independientes de los centros de salud (12).

Por su parte, la Gerencia de Atención Integrada de Albacete ha apostado desde el principio por la figura de la enfermera como eje de la vigilancia epidemiológica, integrada en el equipo de Atención Primaria de la Zona Básica de Salud y en continuo contacto con la Delegación Provincial de Sanidad. Ante un paciente con síntomas compatibles con COVID-19, el médico solicita la realización de una PDIA que confirme/descarte la sospecha de infección y el paciente es citado con la enfermera de Vigilancia Epidemiológica de su centro de salud. La EVE realiza una primera llamada telefónica para la cumplimentación de la encuesta epidemiológica, llevar a cabo educación sanitaria e indicar aislamiento domiciliario hasta el resultado de la PDIA. Si la PDIA resulta positiva y se confirma la infección, la enfermera contactará de nuevo con el paciente para actualizar la encuesta epidemiológica e identificar todos los contactos estrechos, tanto en el ámbito social como

laboral o escolar (estos dos últimos en coordinación con Epidemiología). La EVE localizará además a todos los contactos estrechos para indicarles su condición como tal y explicar las medidas a seguir para la realización de cuarentena, así como solicitar PDIA en los casos que la estrategia lo indique. Durante el periodo de cuarentena y al final de esta contactará telefónicamente de nuevo con los contactos estrechos para la valoración de su estado clínico, cumplimiento de la cuarentena y notificar, en caso de que la persona continúe asintomática, su finalización.

En trazabilidad por provincia, Madrid contaba con un 15,3% de trazabilidad entre el 5 y el 18 de enero de 2021, que comparada con la de la provincia de Albacete (74,9%) (8) resulta significativamente inferior.

El Marco Estratégico para la Atención Primaria y Comunitaria pone de manifiesto la necesidad de potenciar la capacidad resolutoria de las enfermeras en la gestión de cuidados, en especial, entre otros, en actividades de salud comunitaria y de promoción de la salud (13). Tal y como expresa Ferrer-Arnedo (14), es el momento de diseñar estrategias que contemplen la competencia enfermera demostrada y evaluada.

Conclusiones

La labor que realizan las enfermeras de Vigilancia Epidemiológica ha sido fundamental desde su aparición, coincidente con el proceso de desescalada de la primera ola de la pandemia, y hasta el día de hoy, ya que continúan siendo un verdadero escudo contra la COVID-19, tanto en el ámbito familiar como en el social y laboral. Por otra parte, la labor realizada ha contribuido a optimizar la atención hospitalaria, evitando ingresos innecesarios y garantizando un control clínico y un estrecho seguimiento epidemiológico de los pacientes en sus domicilios.

Financiación

Ninguna.

Conflicto de intereses

Ninguno.

Bibliografía

- [1] Infantes Esteban S. Pandemia de COVID-19 en el siglo XXI. Revista de Derecho, Empresa y Sociedad (REDS). [internet] 2020 [citado 8 nov 2021]; 16:79-98. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7631164>
- [2] Molero García JM, Arranz Izquierdo J, Gutiérrez Pérez MI. COVID-19 en España. ¿cómo hemos llegado hasta aquí? Aten Primaria. 2020; 52(10):676-79. Doi: <http://doi.org/10.1016/j.aprim.2020.10.003>
- [3] Berrazueta Fernández JM. Las enfermedades que produce el coronavirus. An RANM. 2020; 137(02):161-73. <http://doi.org/10.32440/ar.2020.137.02.rev08>
- [4] Miró O, Alquézar-Arbé A, Llorens P, Martín-Sánchez FJ, Jiménez S, Martín A, et al. Comparación de las características demográficas y comorbilidad de los pacientes con COVID-19 fallecidos en hospitales españoles, en función de si ingresaron o no en Cuidados Intensivos. Med Intensiva. 2021; 45:14-26. <http://doi.org/10.1016/j.medin.2020.09.002>
- [5] Rojas Jaime JE. Propuesta Integral Para Prevención y Contención de la Propagación del SARS-Cov2. Archivos de Medicina. [internet] 2020 [citado 8 nov 2021]; 16(3). Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7527346>
- [6] Ministerio de Sanidad. Estrategia de detección precoz, vigilancia y control de COVID-19. Actualizado a 26 de febrero de 2021 [internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2021 [citado 8 nov 2021]. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/COVID19_Estrategia_vigilancia_y_control_e_indicadores.pdf
- [7] Ministerio de Sanidad. Plan de respuesta temprana en un escenario de control de la pandemia por COVID-19. 16 de julio de 2020 [internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2021 [citado 8 nov 2021]. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/COVID19_Plan_de_respuesta_temprana_escenario_control.pdf

- [8] Ministerio de Sanidad. Indicadores principales de seguimiento de COVID-19. Fecha de informe: 21-ene.-2021 [internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2021 [citado 8 nov 2021]. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/informe_covid_es_publico_2021-01-21.pdf
- [9] Ibrahim NK. Epidemiologic surveillance for controlling Covid-19 pandemic: types, challenges and implications. J Infect Public Health. [internet] 2020 [citado 8 nov 2021]; 13(11):1630-8. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1876034120306031?via%3Dihub>
- [10] Bellmunt JM, Caylà JA, Millet JP. Estudio de contactos en infectados por SARS CoV-2. El papel fundamental de la Atención Primaria y de la Salud Pública. Semergen. 2020; 46(1):55-64. <http://doi.org/10.1016/j.semerg.2020.06.001>
- [11] Ares-Blanco S, Astier-Peña MP, Gómez-Bravo R, Fernández-García M, Bueno-Ortiz JM. El papel de la Atención Primaria en la pandemia COVID-19: Una mirada hacia Europa. Aten Primaria. 2021; 53(8):102134. <http://doi.org/10.1016/j.aprim.2021.102134>
- [12] Comunidad de Madrid. Las Unidades de Apoyo Covid de Atención Primaria han atendido a más de 165.000 contactos. 09 febrero 2021 [internet]. Comunidad de Madrid; 2021 [citado 8 nov 2021]. Disponible en: <https://www.comunidad.madrid/noticias/2021/02/09/unidades-apoyo-covid-atencion-primaria-han-atendido-165000-contactos>
- [13] Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar social. Marco Estratégico para la Atención Primaria y Comunitaria [internet]. Madrid: MSCYBS; 2019. [citado 8 nov 2021]. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/profesionales/proyectosActividades/docs/Marco_Estrategico_APS_25Abril_2019.pdf
- [14] Ferrer-Arnedo C. Los pilares irrenunciables de la práctica enfermera en el ámbito comunitario tras la crisis del COVID-19. Enferm Clin. 2020; 30(4):233-5. <http://doi.org/10.1016/j.enfcli.2020.06.001>



LÍDER EN FORMACIÓN ESPECIALIZADA PARA ENFERMERÍA



Cursos online

Amplio catálogo de cursos

- Cursos de Traumatología
- Cursos de Atención Primaria
- Cursos de Nutrición y Diabetes
- Cursos de Úlceras y Heridas
- Cursos de Gestión
- Cursos de Quirófano
- Cursos de Urgencias
- Cursos de Salud Laboral
- Cursos de Farmacología
- Cursos de Oncología
- Cursos de Cuidados Intensivos
- Curso de RCP



<https://www.auladae.com>

Influencia del confinamiento domiciliario en pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2

¹ Melissa Muñoz Castaño
¹ Laura Basarte Gaspar
¹ Pablo Salcedo Ruiz
¹ Judit Santos Marroquín
² Miguel Torralba González de Suso

¹ Enfermera/o Especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria. Dirección de contacto: assilemm96@gmail.com
Hospital Universitario de Guadalajara.

² FEA Medicina Interna. Hospital Universitario de Guadalajara.

Cómo citar este artículo:

Muñoz Castaño M, Basarte Gaspar L, Salcedo Ruiz P, Santos Marroquín J, Torralba González de Suso M. Influencia del confinamiento domiciliario en pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2. RIdEC 2021; 14(1):42-49.

Fecha de recepción: 17 de agosto de 2021.

Aceptada su publicación: 2 de noviembre de 2021.

Resumen

Introducción: la Atención Primaria (AP) es un pilar fundamental para el control de enfermedades cardiovasculares como la hipertensión arterial (HTA) y diabetes mellitus tipo 2 (DM2). La pandemia por COVID-19 ha supuesto un cambio de organización en AP, destacando la atención sanitaria vía telefónica. El objetivo es evaluar el impacto del confinamiento domiciliario por la pandemia COVID-19 en pacientes con HTA y DM2.

Metodología: estudio de cohorte retrospectivo realizado en dos centros de salud urbanos y dos rurales en Guadalajara (España), recogiendo datos durante los seis meses previos y posteriores al confinamiento. Se analizó el sexo, la edad, el padecimiento COVID-19, el ámbito geográfico, el índice de masa corporal (IMC), la tensión arterial (TA), la hemoglobina glicosilada (HbA1c), el filtrado glomerular (FG), la microalbuminuria y el seguimiento telefónico durante el confinamiento.

Resultados: se estudiaron 221 pacientes. No se observaron cambios estadísticamente significativos en las variables clínicas a estudio tras el confinamiento. Destacar un leve descenso del IMC en 0,29 kg/m² (IC95%, p= 0,02) y el descenso del nivel de la HbA1c en 0,39% (IC95% p= 0,009) en los pacientes con seguimiento telefónico por enfermería. Los pacientes con peor control en su TA, HbA1c, glucemia, FG o aumento de creatinina tuvieron una mejoría de sus parámetros tras el confinamiento (p< 0,05) versus aquellos con mejor control.

Conclusión: los pacientes con HTA y DM2 no se han visto afectados significativamente desde un punto de vista clínico tras el confinamiento domiciliario por COVID-19. El seguimiento telefónico por parte de enfermería ha demostrado ser un elemento importante en el mejor control de la HbA1c.

Palabras clave: hipertensión; diabetes mellitus tipo 2; Atención Primaria de Salud; Enfermería de Salud Comunitaria; confinamiento domiciliario; consulta telefónica.

Abstract

Impact of home confinement in patients with hypertension and Type 2 diabetes mellitus

Introduction: Primary Care (PC) is an essential cornerstone for the control of cardiovascular conditions such as hypertension (HTN) and Type 2 diabetes mellitus (T2D). The COVID-19 pandemic represented a change in PC organization, and healthcare consultations by telephone stood out within this change. The objective is to assess the impact of home confinement due to the COVID-19 pandemic in patients with HTN and T2D.

Methodology: a retrospective cohort study conducted in two urban Primary Care centres and two rural centres in Guadalajara (Spain), collecting data during the six months before and after lockdown. The analysis included gender, age, COVID-19 experience, geographic setting, body mass index (BMI), blood pressure (BP), glycosylated hemoglobin (HbA1c), glomerular filtrate (GF), microalbuminuria, and telephone follow-up during confinement.

Results: the study included 221 patients. No statistically significant changes were observed in the clinical variables studied after lockdown. A mild reduction in BMI by 0.29 kg/m² (CI95%, $p=0,02$) stood out, as well as a reduction in the HbA1c level by 0.39% (CI95% $p=0,009$) in those patients with telephone monitoring by nurses. Patients who presented poor control in their BP, HbA1c, glycemia, GM, or creatinine increase, showed an improvement in their parameters after lockdown ($p<0,05$) versus those better controlled.

Conclusion: patients with HTN and T2D have not experienced a significant impact from a clinical point of view after the home confinement due to COVID-19. Telephone monitoring by nurses has demonstrated being an important element for the best control of HbA1c.

Key words: hypertension; Type 2 diabetes mellitus; Primary Care; Community Health Nursing; home confinement; telephone consultation.

Introducción

La principal causa de muerte en la población española son las enfermedades cardiovasculares con una tasa de 120.859 fallecimientos en 2018, siendo primordial para prevenirlas la detección y el control de los factores de riesgo cardiovascular (1). De ellos, la hipertensión arterial (HTA) y la diabetes mellitus tipo 2 (DM2) son los que con más frecuencia requieren un mayor esfuerzo terapéutico para su control (2).

En el 2025, se prevé que la prevalencia de HTA aumentará en un 15-20%, llegando a alcanzar 1.500 millones de casos en la población mundial (3). En cuanto a la DM2, la Organización Mundial de la Salud (OMS) la considera una epidemia del siglo XXI (4), dado que afecta a más de 180 millones de personas, cifra que aumentará a más del doble en el 2030 (5). Se puede afirmar que la combinación de DM y HTA es alarmante para el riesgo de padecer complicaciones tanto macrovasculares (cardiopatía isquémica, lesiones vasculares cerebrales, arteriopatía periférica) como microvasculares (retinopatía, neuropatía y nefropatía), erigiéndose como el binomio patológico que más morbilidad causa en el ser humano (6,7). Se estima que la prevalencia de HTA entre la población con DM2 es al menos el doble que la encontrada en la población general, y en el caso de los pacientes hipertensos, el riesgo de desarrollar DM es 2,4 veces mayor que en los normotensos (8,9).

Según las últimas líneas estratégicas del Sistema Nacional de Salud, la Atención Primaria (AP) es un pilar necesario para la promoción de estilos de vida saludables, prevención primaria, control y seguimiento de estas enfermedades crónicas (10,11). Una de las principales actividades que desarrolla el personal de Enfermería Familiar y Comunitaria es la Educación para la Salud, necesaria para fomentar el autocuidado y el correcto autocontrol del paciente, mediante la adopción de hábitos saludables (dieta equilibrada y actividad regular), la adhesión terapéutica y la participación del paciente en el seguimiento de su estado de salud.

La brusca irrupción de la pandemia por COVID-19 ha supuesto para los servicios sanitarios una situación de máxima exigencia. En pocos días la AP cambió su organización, limitando el acceso a los pacientes y reduciendo drásticamente la atención presencial. Mayoritariamente la actividad habitual se realizó de forma telefónica, dejando la actividad presencial para los pacientes sospechosos y afectos por la situación epidemiológica (12-14).

El objetivo de este trabajo fue evaluar el impacto en las variables clínicas, epidemiológicas y analíticas más relevantes para el estudio de pacientes con el binomio HTA y DM2 tras el confinamiento provocado por la pandemia por COVID-19.

Materiales y métodos

Se realizó un estudio de cohorte retrospectivo. El estudio se llevó a cabo en los centros de salud (CS) de Manantiales, Guadalajara-Sur y Brihuega, centros pertenecientes a la Gerencia Integrada de Guadalajara y del Servicio Sanitario de Castilla-La Mancha (SESCAM) recogiendo datos en los seis meses previos a la declaración del confinamiento domiciliario a causa de la pandemia por COVID-19 (14 de marzo de 2020) y seis meses después tras la suspensión del confinamiento (21 de junio de 2020).

Como criterios de inclusión se seleccionaron pacientes mayores de 50 años de cuatro equipos de salud (médico-enfermero): uno del CS Manantiales, uno de CS Guadalajara-Sur y dos del CS de Brihuega. Los pacientes debían estar diagnosticados de hipertensión esencial (CIE-9: 401) y, a su vez, de diabetes mellitus (CIE-9: 250) tipo 2. Además de ello, era necesario disponer al menos de una de las variables clínicas, epidemiológicas y analíticas en los seis meses previos al confinamiento domiciliario y seis meses después.

Se excluyeron los pacientes ingresados durante el confinamiento domiciliario, los fallecidos durante el periodo de estudio y, por último, los que debutaron con DM2 e HTA después del 14 de marzo de 2020.

Se determinaron como variables dependientes: índice de masa corporal (IMC), tensión arterial sistólica (TAS), tensión arterial diastólica (TAD), glucemia basal, hemoglobina glicosilada (HbA1c), filtrado glomerular (FG), creatinina sérica (CRE) y microalbuminuria (MicroAlb). Como variables independientes se analizaron: sexo, edad, ámbito geográfico, tipo de tratamiento diabético (TTO DM2), tratamiento hipertensivo (TTO HTA), seguimiento telefónico o no durante el confinamiento domiciliario y si el paciente había padecido COVID-19.

Para la recogida de datos se utilizó el programa "Explotación de datos" del sistema informático "Turriano" (sistema informático de historia clínica de Atención Primaria) del SESCAM. En dicho programa se buscó a los pacientes diagnosticados de HTA y DM2 a través de la 9ª edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-9), realizando diferentes combinaciones con los diagnósticos de HTA con los códigos 401, 401.1, 401.0 y 401.9, y de DM 250, 250.0, 250.00 y 250.02. Además, para evitar la pérdida de datos se realizaron búsquedas complementarias con el filtro "factor de riesgo" HTA y "factor de riesgo" DM entre los antecedentes personales en la historia clínica.

Para obtener los valores de las variables se utilizó el programa "Historia Clínica" del sistema "Turriano", accediendo a las historias clínicas y seleccionando los pacientes que cumplieran los criterios anteriormente mencionados. De este modo, se seleccionaron los valores de las variables más cercanos a las fechas de acotamiento. En el caso de varias medidas, en algunas de las variables, se realizó la media aritmética del número de datos de cada variable.

Para la descripción de los resultados se emplearon frecuencias en las variables cualitativas y medianas y rango intercuartil en las cuantitativas. Se utilizó la prueba t Student para la comparación de medias en caso de variables independientes binarias o el ANOVA si existían más de tres categorías. Se categorizaron las variables cuantitativas según criterio clínico o de la literatura, como tener hipertensión con una TAS >140 o TAD >90 mmHg o bien presentar una HbA1c < o > del 7%. Todos los contrastes fueron bilaterales y se asumió la significación estadística si el "p-valor" era inferior a 0,05. Para analizar los datos y evaluar el impacto de las variables se utilizó el paquete estadístico SPSS 25.0.

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética e Investigación con medicamentos de la Gerencia Integrada de Guadalajara y la realización del mismo se llevó a cabo siguiendo la declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial.

Resultados

Se analizaron un total de 221 pacientes de los cuatro centros de salud que presentaban DM2 e HTA. En la Tabla 1 se muestra la distribución y las características de la población a estudio:

Tabla 1. Distribución y características de la población

Variables		N	Porcentaje
Sexo	Mujer	104	47,1%
Edad (años)	50-65	59	26,7%
	66-80	96	43,4%
	>80	66	29,9%
Ámbito	Rural	82	37,1%
	Urbano	139	62,9%
Tratamiento de la diabetes	Insulinodependientes	12	5,4%
	Antidiabéticos orales	180	81,4%
	Ambos	24	10,9%
	Medidas higiénico-dietéticas	5	2,3%
Tratamiento de la hipertensión	Uso de antihipertensivos	199	90%
Seguimiento telefónico	Si	136	61,5%
COVID-19 durante el confinamiento	Si	15	6,8%

En la Tabla 2 se exponen los parámetros clínicos y antropométricos de la muestra obtenidos antes y después del confinamiento. Analizando la tabla, el único valor a destacar es el IMC, en el que se ha observado una disminución de 0,29 respecto al valor inicial durante el confinamiento.

Se analizó si hubo un impacto en las variables dependientes en función del sexo, la edad, el ámbito geográfico, el tipo de TTO DM2 o TTO HTA (farmacológico o no), el seguimiento telefónico o no durante el confinamiento domiciliario y si el paciente había padecido COVID-19. De todos estos análisis, las únicas variables que mostraron significación estadística fue la disminución del filtrado glomerular en pacientes tratados con medidas higiénico-dietéticas *versus* aquellos tratados con medidas farmacológicas para la HTA. Además, se observó que la realización de un seguimiento telefónico demostró mantener las cifras de HbA1c, ya que los pacientes a los que no se efectuó empeoraron sus cifras en un 0,38%. Ver Gráfico 1 y Tabla 3.

Tabla 2. Parámetros clínicos y antropométricos de la muestra obtenidos antes y después del confinamiento

Variables	N	Pre-confinamiento	Post-confinamiento	Diferencia de medias	Ic95%
IMC (kg/m ²)	169	29,6	29,3	-0,29	-0,54 a -0,04 (*)
TAS (mmHg)	200	139	139	-0,19	-2,36 a 1,98
TAD (mmHg)	200	77	78	1,08	-0,39 a 2,54
Glucemia (mg/dL)	214	131	132	0,89	-4,11 a 5,89
Hb1ac (%)	152	6,8%	6,9%	0,12	-0,01 a 0,26
Filtrado glomerular (ml/m)	172	69,7	70,8	1,04	-0,78 a 2,87
Creatinina (mg/dL)	172	1,05	1,02	-0,03	-0,10 a 0,03
Micro-albuminuria	113	4,37	4,05	-0,32	-1,51 a 0,87
(*) Diferencias estadísticamente significativas p (<0,05)					

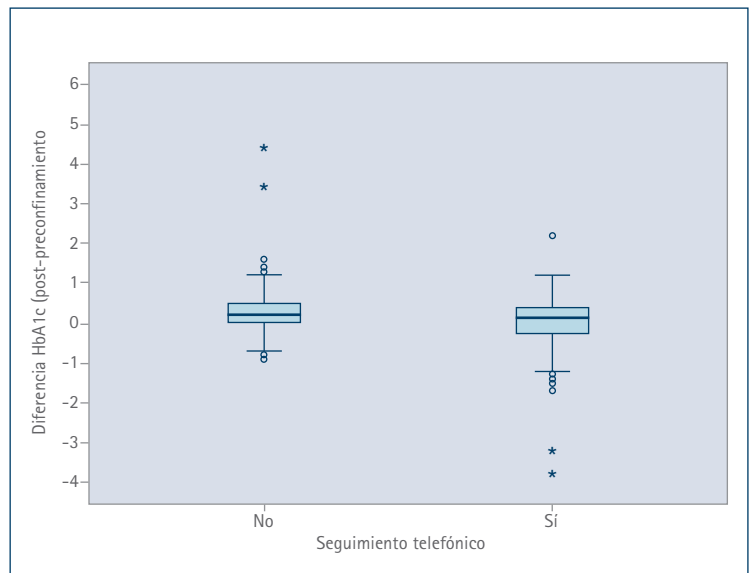
Tabla 3. Resultados estadísticamente significativos en el impacto de las variables dependientes en función de las variables independientes

Variable	N	Categorías	Diferencia de medias (post-pre-confinamiento)	Diferencia de medias	IC 95%
Tratamiento HTA					
Filtrado glomerular estimado (CKD_EPI) (ml/m/1,73 m²)	18	No farmacológico	-5,61	-7,43	-2,87 a -11,98
	154	Farmacológico	1,82		
Seguimiento telefónico					
Hb1Ac (%)	99	Sí	-0,02	-0,39	-0,68 a -0,10
	53	No	0,38		

Se realizó un estudio estratificado para comparar, en función de los puntos de corte que se consideran clínicamente relevantes, si el confinamiento había provocado diferencias en los distintos subgrupos. En la Tabla 4 se observa que en función de presentar un mejor control o no de las variables cuantitativas, se aprecian diferencias estadísticamente significativas de las mismas.

Como se observa en la Tabla 4, en general, los pacientes con peor situación basal de sus parámetros asociados al riesgo cardiovascular han mejorado discretamente tras el confinamiento mientras aquellos con aceptable control han empeorado.

Por último, hay que señalar que tras realizar un análisis mediante una prueba t de Student para valorar si el sexo, el ámbito geográfico y el haber padecido o no COVID-19 influían sobre las variables cuantitativas: IMC, TAS, TAD, glucemia basal, HbA1c, FG, creatinina y microalbuminuria, no se observaron diferencias estadísticamente significativas.

**Gráfico 1.** Diagrama de caja**Tabla 4. Resultados estadísticamente significativos de las variables cuantitativas**

Variable	N	Categorías	Diferencia de medias (post-pre-confinamiento)	Diferencia de medias	IC 95%
Hb1Ac (%)					
Hb1Ac	45	Pacientes con >7%	-0,29%	-0,59%	-0,92 a -0,26
	107	Pacientes con <7%	0,29%		
TAS >140 mmg/Hg					
TAS	78	Pacientes con >140 mmHg	-6,9 mmHg	-10,9 mmHg	-15,3 a -6,6
	122	Pacientes con <140 mmHg	4,1 mmHg		

Tabla 4. Resultados estadísticamente significativos de las variables cuantitativas (continuación)

Variable	N	Categorías	Diferencia de medias (post-pre-confinamiento)	Diferencia de medias	IC 95%
TAS >140 mmg/Hg					
TAD	78	Pacientes con >140 mmHg	-1,7 mmHg	-4,5 mmHg	-7,4 a -1,5
	122	Pacientes con <140 mmHg	2,8 mmHg		
TAS >90 mmHg					
TAD	12	Pacientes con >90 mmHg	-12,7 mmHg	-14,6 mmHg	-27,3 a -1,9
	188	Pacientes con <90 mmH	1,95 mmHg		
Glucemia basal >130 mg/dL					
Glucemia basal	89	Pacientes con >130 mg/dL	-10,56 mg/dL	-19,60 mg/dL	-30,02 a -9,18
	125	Pacientes con <130 mg/dL	9,04 mg/dL		
FG <60 ml/m/1,73 m²					
Filtrado glomerular (CKD_EPI) (m/ml/1,73 m²)	47	Pacientes con <60 ml/m/1,73 m²	7,30 ml/m/1,73 m²	8,61 ml/m/1,73 m²	4,01 a 13,21
	125	Pacientes con >60 ml/m/1,73 m²	-1,31 ml/m/1,73 m²		
CRE >1,3 mg/dL					
Filtrado glomerular (CKD_EPI) (m/ml/1,73 m²)	26	Pacientes con >1,3 mg/dL	7,19 ml/m/1,73 m²	7,25 ml/m/1,73 m²	0,29 a 14,20
	146	Pacientes con <1,3 mg/dL	-0,05 ml/m/1,73 m²		

De igual forma se realizó un ANOVA para comparar la edad (estratificada en tres intervalos) y el tratamiento de la DM2 (agrupado en cuatro tipos de tratamiento) con las variables cuantitativas anteriores y tampoco se observaron diferencias estadísticamente significativas.

Discusión

El presente estudio analiza una amplia muestra de pacientes con DM e HTA en tres centros de salud del área integrada de Guadalajara y el impacto que el confinamiento por COVID-19 ha supuesto en estos.

En general se aprecia, en contra de la hipótesis inicial de los investigadores, que apenas se ha producido un empeoramiento de los parámetros clínicos más habituales en la HTA y DM2. No se ha visto un incremento de peso significativo ni tampoco un mal control de la glucemia o la TA, por el contrario, se ha producido una leve disminución del IMC.

Como resultado más significativo se cree importante destacar que los pacientes que no han recibido seguimiento telefónico han experimentado un aumento de niveles de Hb1Ac frente a aquellos que sí lo han recibido desde la consulta de enfermería. Esto corrobora que las intervenciones de seguimiento y control de pacientes con factores de riesgo cardiovascular fomentan el empoderamiento en su autocontrol y autocuidado. Basándonos en la literatura científica nacional e internacional y en la experiencia clínica, se considera que es preciso implementar en Atención Primaria una atención telefónica según los criterios de calidad, aprovechando la crisis vivida como una oportunidad para mejorar (15-17).

Aunque no se ha analizado la actividad física o el deporte, llama la atención que la probable disminución de estos respecto al ejercicio o vida activa previa al confinamiento, no haya tenido una repercusión en el IMC ni tampoco en valores de TA o de la HbA1c. Esto contrasta con algunos estudios de otros países, los cuales afirman que el confinamiento ha provocado un incremento de peso en la población diabética, justificada probablemente por el aumento de la ansiedad asociada al aislamiento (18-20).

Debido a lo citado anteriormente se decidió profundizar en el estudio, dividiendo la población en función del adecuado control o no de su patología. Los resultados mostraron que, como tendencia general, aquellos pacientes con un buen control previo en las variables a estudio experimentaron un discreto empeoramiento tras el confinamiento, mientras que los que

partían de un control subóptimo presentaron una mejoría más notable. Esto podría ser debido a que los pacientes con buen control relajan sus medidas de autocuidado y aquellos con mal control extreman sus precauciones, toman su mediación, entre otras medidas. Otra posible justificación de estos resultados pudiera explicarse debido al sesgo de regresión a la media en la que los valores extremos tienen tendencia, en una segunda medida, a aproximarse a la media.

Hasta la fecha no hay bibliografía que haya evaluado las variables de esta investigación en Atención Primaria durante el periodo de estudio. Debido a la reciente pandemia y a la escasa literatura, habría que realizar un mayor número de estudios en otros lugares o tiempos, que analicen el impacto que ha tenido el confinamiento en las mismas variables del presente estudio.

Además de ello, a raíz de los resultados obtenidos, se considera como futura línea de investigación analizar si el miedo a presentar complicaciones graves en caso de contagiarse por COVID-19 ha influido en el autocuidado de los pacientes.

Como limitación del estudio, cabe destacar que seguramente se ha producido un cierto sesgo de selección ya que, a pesar de encontrar un elevado número de pacientes con DM e HTA en los centros de salud asignados, no se ha podido llevar un seguimiento adecuado. Esto ha impedido que algunos de ellos no hayan podido ser incluidos al no disponer de mediciones antes y después del confinamiento, tanto por pérdida de contacto como por miedo de acudir a la consulta. En este sentido se observaron más dificultades en la selección de pacientes en el ámbito rural debido a la existencia de un porcentaje elevado de tarjetas sanitarias de desplazados con historias clínicas incompletas o que no cumplieran los criterios de inclusión; por tanto, se está analizando seguramente en mayor proporción a los pacientes con mejor control y seguimiento.

Conclusiones

El presente estudio muestra que el confinamiento de los pacientes tras la pandemia por COVID-19 no ha penalizado significativamente a los pacientes con DM2 e HTA. De hecho, aquellos con peor situación clínica han mejorado discretamente en algunos parámetros analíticos frente a aquellos bien controlados. El seguimiento telefónico por parte de la enfermera/o se constituye como un elemento importante para la mejora de los factores de riesgo cardiovascular en estos pacientes.

Financiación

Ninguna.

Conflicto de intereses

Ninguno.

Bibliografía

- [1] Orozco-Beltrán D, Brotons-Cuixart C, Alemán-Sánchez JJ, Banegas-Banegas JR, Cebrián-Cuenca AM, Gil-Guillen VF, et al. Recomendaciones preventivas cardiovasculares. Actualización PAPPS 2020. Aten Primaria. 2020; 52(2):5-31. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2020.08.002>
- [2] Millán-Núñez-Cortés J, de la Figuera-von Wichmann M, Rodríguez-de Miguel M, Orera-Peña ML, Labrador-Barba E, Lería-Gelabert M. Práctica clínica en el manejo de la hipertensión y la diabetes en Atención Primaria: estudio ATENCION. Semergen. 2017; 43(3):196-206. Doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.semerg.2016.04.024>
- [3] Williams B, Mancia G, Spiering W, Agabiti R, Azizi M, Burnier M, et al. Guía ESC/ESH 2018 sobre el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial. Rev Esp Cardiol. 2019; 72(2):160.e1-e78. Doi: <http://doi.org/10.1016/j.recresp.2018.12.005>
- [4] González E. Avances en Diabetes Tipo 2. An Real Acad Med Cir Vall. [internet] 2014 [citado 3 nov 2021]; 51:77-85. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5361606>
- [5] Saltos M. Estilos de vida y factores de riesgo asociados a DM2. Revista Ciencia UNEMI. 2012; 7:8-19. Doi: <https://doi.org/10.29076/issn.2528-7737vol5iss7.2012pp8-19p>

- [6] Julius S, Majahalme S, Palatini P. Antihypertensive treatment of patients with diabetes and hypertension. *Am J Hypertens*. 2001; 14: 310S-316S. Doi: [https://doi.org/10.1016/S0895-7061\(01\)02237-3](https://doi.org/10.1016/S0895-7061(01)02237-3)
- [7] Zanchetti A, Ruilope LM. Antihypertensive treatment in patients with type-2 diabetes mellitus: what guidance from recent controlled randomized trials? *J Hypertens*. 2002; 20 (11):2099-110. Doi: <https://doi.org/10.1097/00004872-200211000-00001>
- [8] Arauz-Pacheco C, Parrot MA, Raskin P. The treatment of hypertension in adult patients with diabetes. *Diabetes Care*. 2002; 25(1):134-47. Doi: <https://doi.org/10.2337/diacare.25.1.134>
- [9] Parving H. Controlling hypertension in diabetes. *Acta Diabetol*. 2002; 39:S35-S40. Doi: <https://doi.org/10.1007/s005920200024>
- [10] Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia en Diabetes del Sistema Nacional de Salud [internet] Madrid: Ministerio de Sanidad; 2012. p. 43-58. Disponible en: https://www.msbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/cuidadospaliativos-diabetes/DIABETES/Estrategia_en_diabetes_del_SNS_Accesible.pdf
- [11] Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia en Cardiopatía Isquémica del Sistema Nacional de Salud [internet] Madrid: Ministerio de Sanidad; 2009. p. 61-8. [citado 3 nov 2021]. Disponible en: https://www.msbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/cardiopatía_isquemica/Estrategia_Cardiopatía_Isquemica.pdf
- [12] Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias, Dirección General de Salud Pública, Calidad e innovación. Manejo en atención primaria y domiciliaria del COVID-19 (Documento técnico) [internet] Madrid: Ministerio de Sanidad; [citado 3 nov 2021]. 2020. Disponible en: https://www.msbs.gob.es/en/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/Manejo_primaria.pdf
- [13] Batalla-Martínez C, Gené-Badía J, Mascot-Roca JJ. ¿Y la Atención Primaria durante la pandemia? *Aten Primaria*. 2020; 52(9):598-9. Doi: <http://doi.org/10.1016/j.aprim.2020.10.001>
- [14] De Nicolás-Jiménez JM, Blázquez-Recio LM, Fabregat-Domínguez MT, Palomo-Cobos L. COVID-19 y esfuerzo asistencial en Atención Primaria. *Aten Primaria* 2020; 52(8):588-90. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2020.06.002>
- [15] Elbarbary NS, dos Santos TJ, de Beaufort C, Agwu JC, Calliari LE, Scaramuzza AE. COVID-19 outbreak and pediatric diabetes: Perceptions of health care professionals worldwide. *Pediatr Diabetes*. 2020; 21(7):1083-92. Doi: <https://doi.org/10.1111/pedi.13084>
- [16] Camaralles-Guillem F. Oportunidades y amenazas para la prevención y promoción de la salud y el PAPPs en el contexto de la pandemia COVID-19. *Aten Primaria*. 2020; 52(7):449-51. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2020.07.001>
- [17] Tranche-Iparraguirre S, Martín-Álvarez R. La semFYC y la Medicina de Familia en tiempos del Coronavirus. *Aten Primaria*. 2020; 52(5):291-3. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2020.04.002>
- [18] Capaldo B, Annunzi G, Creanza A, Giglio C, de Angelis R, Lupoli R, et al. Blood glucose control during lockdown for COVID-19: CGM metrics in Italian adults with type 1 diabetes. *Diabetes Care*. 2020; 43:e88-e89. Doi: <https://doi.org/10.2337/dc20-1127>
- [19] Di Renzo L, Gualtieri P, Pivari F, Soldati L, Attinà A, Cinelli G, et al. Eating habits and lifestyle changes during COVID-19 lockdown: an Italian survey. *J Transl Med*. 2020; 18:229. Doi: <https://doi.org/10.1186/s12967-020-02399-5>
- [20] Ghosh A, Arora B, Gupta R, Anoop S, Misra A. Effects of nationwide lockdown during COVID-19 epidemic on lifestyle and other medical issues of patients with type 2 diabetes in north India. *Diabetes Metab Syndr*. 2020; 14(5):917-20. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.dsx.2020.05.044>

Ansiedad en el licenciado de enfermería del estado de Puebla en tiempo de pandemia COVID-19

¹ Juan Daniel Suárez Máximo

² Edna Johana Mondragón-Sánchez

³ José Enver Ayala Zuluaga

¹ Licenciado en Enfermería. Estudiante de la Maestría en Salud Pública en la Universidad Popular Autónoma del Estado de Puebla, México. Miembro de la Red Mexicana de Enfermería en la Prescripción y de la Asociación Mexicana de Estudiantes de Enfermería división Puebla.

³ Licenciado en Educación Física y Recreación. Magister en educación-docencia. Doctor en Ciencias de la Educación y certificación postdoctoral en Educación y certificación posdoctoral Motricidad Humana. Profesor de Carrera de la Universidad del Quindío (Colombia).

² Maestra en Enfermería. Estudiante de Doctorado en Enfermería de la Universidad Federal de Ceará, Brasil. Docente Universidad del Quindío (Colombia)

Dirección de contacto: juan.suarezma@alumno.buap.mx

Cómo citar este artículo:

Suárez Máximo JD, Mondragón-Sánchez EJ, Ayala Zuluaga JE. Ansiedad en el licenciado de enfermería del estado de Puebla en el tiempo de pandemia COVID-19. *RIdEC* dic 2021; 14(2):50-9.

Fecha de recepción: 6 de julio de 2021.

Aceptada su publicación: 12 de noviembre de 2021.

Resumen

Objetivo: describir la ansiedad que existe en el licenciado de enfermería de Puebla, México, ante la pandemia por COVID-19.

Método: estudio descriptivo transversal realizado en el estado de los hospitales COVID de Puebla, México, con una población de estudio de 332.114 enfermeras. Muestreo no probabilístico por conveniencia que incluye a enfermeras que trabajen en un hospital COVID, con una antigüedad de entre tres a seis meses, en el periodo del 17 de septiembre al 23 de octubre de 2020. Instrumento de medida: cuestionario de datos sociodemográficos, familiares, laborales y la escala Liebowitz para la ansiedad social (LSAS). Se realizaron índices de estadística descriptiva y análisis bivariantes en SPSS V25.

Resultados: participaron 504 licenciados en enfermería. La LSAS se adquirió con mayor frecuencia en ansiedad social moderada entre el intervalo de 25 a 31 años (n= 108), en el género femenino (n= 212), tipo de contratación contrato (n= 120) y turno laboral matutino (n= 92). En la ansiedad social significativa: con una edad de 25 a 31 (n= 24), género femenino (n= 76), familiares con COVID-19 (n= 8), tipo de contratación base (n= 40) y turno laboral nocturno (n= 28).

Conclusión: la LSAS tiende a ser variante en función a la edad, el género, el turno laboral y si él o un familiar padeció COVID-19, eso genera que el enfermero/a genere una ansiedad social por los aspectos de contagio debido a las actividades que lleva a cabo en su rutina cotidiana.

Palabras clave: enfermeras; ansiedad; infecciones por coronavirus; estudio descriptivo transversal.

Abstract

Anxiety in Registered Nurses from Puebla City in times of COVID-19 pandemics

Objective: to describe the current anxiety among Registered Nurses in Puebla, Mexico, when faced with the COVID-19 pandemics.

Method: a descriptive cross-sectional study conducted on the situation in COVID hospitals from Puebla, Mexico, with a study population of 332,114 nurses. Non-probability convenience sampling, including nurses working at a COVID hospital, with a seniority of three to 6 months, in the period from September 17th to October 23rd, 2020. Measurement tool: questionnaire with sociodemographic, family and occupational data, and the Liebowitz Scale for Social Anxiety (LSAS). Descriptive statistic indexes were conducted, and bivariate analyses in SPSS V25.

Results: the study included 150 Registered Nurses. According to the LSAS, moderate social anxiety appeared more frequently in the 25 to 31 years of age interval ($n=27$), in the female gender ($n=53$), with contract as type of recruitment ($n=30$) and morning working shift ($n=23$). Regarding significant social anxiety: 25 to 31 years of age ($n=6$), female gender ($n=19$), relatives with COVID-19 ($n=2$), basic type of recruitment ($n=10$) and night working shift ($n=7$).

Conclusion: the LSAS tended to vary based on age, gender, working shift, and whether they or a relative had suffered COVID-19; this led to the nurse generating social anxiety about the contagion aspects through the activities conducted in their daily work.

Key words: nurses; anxiety; infections by coronavirus; descriptive cross-sectional study.

Introducción

La ansiedad en las enfermeras en tiempos de pandemia tiende a generar miedo en las actividades diarias como salir a comprar alimentos o viajar en el transporte público, así como ser portador de la enfermedad y crear un contagio en el hogar. La pandemia generó una nueva normalidad para los profesionales, quienes son la primera línea de atención a la salud. El *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, (Fifth Edition)* (DSM-5) hace referencia a que los trastornos de ansiedad se caracterizan por el miedo y la ansiedad, teniendo repercusiones en las conductas sociales (1). "El miedo es la respuesta emocional a una amenaza inminente, real o imaginaria", mientras que la ansiedad es "una respuesta anticipatoria a una amenaza futura" (2).

Ambas características se solapan entre sí, sin presentar dificultad para poder diferenciarlas, siendo el miedo identificado como la activación autonómica necesaria para la defensa o la fuga, con un pensamiento que refiere el peligro inminente con la respuesta de huida; mientras que la ansiedad es asociada con tensión muscular, vigilancia en relación a un peligro y comportamientos cautelosos (3). En el año 2019, en el mes de diciembre, se reporta el brote de un nuevo tipo de neumonía por coronavirus en Wuhan, Hubei, China, Asia (4).

En el año 2020 la enfermedad denominada COVID-19 se empezó a extender por todo el país de China, con una gran rapidez en contagios y muertes de los pacientes; esto generó una amplia ansiedad en todo el personal de salud, pero con prevalencia mayor en las enfermeras por estar en primera línea de batalla en la atención de la COVID-19 (5). El contagio del virus supera a los 50 millones, mientras que el 9 de mayo de 2021 se notificaron alrededor de 3,3 millones de personas fallecidas en el mundo por COVID-19. En Asia se presenta una cifra de muertes de 513.640 personas, mientras que en Europa duplican la anterior cifra, y el número en América superaba el millón y medio de decesos (6).

La Norma Mexicana NOM-019-SSA3-2013 y la Organización Mundial de Salud (OMS) refieren a la enfermería como a la ciencia y arte humanístico dedicada al mantenimiento y promoción del bienestar de la salud de las personas, la cual ha desarrollado una visión integral de la persona, familia y comunidad, en función de una serie de conocimientos, principios, fundamentos, habilidades y actitudes para poder promover, prevenir, fomentar, educar e investigar acerca del cuidado profesional según las intervenciones (7-9).

Los profesionales de enfermería se caracterizan por su extensa conducta laboral, ya sea en el hogar o en el hospital, por ende, se necesita una amplia y constante adaptación en los cambios de las áreas hospitalarias, sin dejar de lado el turno laboral y horario, siendo un tiempo notable, sin considerar los tiempos de traslado hogar-hospital, esto conlleva que los profesionales presenten ansiedad (10-12). En la búsqueda de los antecedentes para determinar la ansiedad presentada en la población ante la pandemia COVID-19 se localizó un estudio destacado, elaborado en el primer bimestre de 2020 en China, utilizando la Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21), con el fin de observar el impacto psicológico, ansiedad, depresión y estrés en la etapa inicial de la pandemia COVID-19. En este estudio se evidenciaron síntomas de ansiedad de moderados a graves y la afección del estado de salud mental se asoció con el impacto psicológico en el nivel de ansiedad (13,14).

Asimismo, se destaca la importancia de reconocer los niveles de ansiedad en el personal de salud, presentes en la crisis sanitaria y sus posibles consecuencias en la salud mental de la población. Dado el contexto que se vive, con la expansión de la COVID-19, la tensión que genera la incertidumbre suele impactar directamente en las relaciones familiares, y en la calidad de vida social (15).

Los autores Applegate y Ouslander (16), en 2020, en su estudio estiman que la ansiedad en los profesionales de enfermería y en la ciudadanía se presenta en niveles más altos mientras trascurren más contagios y no se consiga una vacuna. Un factor es el confinamiento social, así como las medidas de bioseguridad (uso de mascarillas, batas, protección ocular, guantes, etc.), que traerán consigo problemas como estrés, ansiedad, depresión, entre otros. Considerando el contexto anteriormente planteado, el presente estudio tiene por objetivo describir la ansiedad que existe en los profesionales de enfermería ante la pandemia por COVID-19 en México.

Método

El presente estudio es de tipo cuantitativo descriptivo, correlacional y transversal, se realizó en el periodo comprendido del 17 de septiembre al 23 de octubre de 2020. La población estuvo conformada por 332.114 profesionales de enfermería del contexto rural de acuerdo al Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) (17).

La técnica empleada para la recolección de la muestra, y por motivo de situación de pandemia COVID-19, se realizó a través de un cuestionario Google Forms (<https://n9.cl/enfermeria-puebla21>), llevando a cabo la difusión mediante los grupos de WhatsApp de Enfermería de educación continua de diversos hospitales públicos o privados, mediante *e-mails* a diferentes asociaciones y colegios del gremio de enfermería mexicana. En total se enviaron a 1.794 profesionales enfermeros y se utilizó un muestreo no probabilístico de conveniencia, habiendo obtenido una tasa de respuesta del 28,1%, quedando constituida una $n = 504$ participantes.

Los criterios de inclusión fueron: profesionales de enfermería que trabajen en un hospital que atiendan a pacientes con COVID-19, con una antigüedad de entre tres a seis meses, de igual manera que aceptaran participar en el estudio mediante la aceptación del consentimiento informado.

Los criterios de exclusión fueron: ser estudiante o pasante de enfermería (18).

Para la recolección de datos se utilizó un cuestionario diseñado *ad hoc* que incluyó las siguientes variables:

- Sociodemográficas: edad (años), sexo (hombre o mujer), lugar de residencia (rural o urbano).
- Familiares: estado civil (casada, unión libre, soltera), tipo de familia (nuclear, extensa, monoparental materno y monoparental paterno), tiene familiares con COVID-19 (sí, no) y si ha tenido COVID-19 (sí, no).
- Laborales: tipo de contratación (base, homologado, contrato y de confianza), tipo de hospital laboral (público y privado), turno laboral (matutino, vespertino, nocturno y jornada acumulada).
- Se utilizó la Escala de Liebowitz para la Ansiedad Social (LSAS) (19), constan de dos dimensiones y 24 ítems con respuestas

tipo Likert en la primera dimensión "miedo o ansiedad" Nada= 1 punto, Un poco= 2 puntos, Bastante= 3 puntos y Mucho= 4 puntos; la segunda dimensión "evitación" Nunca= 1 punto, En ocasiones= 2 puntos, Frecuentemente= 3 puntos y Habitualmente= 4 puntos.

La escala está validada en el contexto mexicano por expertos y piloteada obteniendo una confiabilidad en la escala de ansiedad con α de Cronbach= ,935 y la escala de evitación con α de Cronbach= ,917, lo cual lo define como un buen instrumento de medición (20). Los puntos de corte del instrumento se clasifican en cinco niveles: (< 55) No se aprecia ansiedad social, (55-65) Ansiedad social moderada, (65-80) Ansiedad social significativa, (80-95) Ansiedad social severa y (> 95) Ansiedad social muy severa.

Se realizaron índices de estadística descriptiva según la naturaleza de las variables (frecuencias absolutas y relativas para variables cualitativas; media y desviación estándar (DE) para variables cuantitativas), asimismo se efectuará la prueba de normalidad, Kolmogorov, Spearman, lo anterior fueron analizados con el *Statistical Package For The Social Sciences* (SPSS) V.25.

Esta investigación estuvo en el cumplimiento de los requerimientos éticos de acuerdo con la Asociación Médica Mundial y la Declaración de Helsinki (21), y conforme a las normas oficiales vigentes (22); fueron obtenidos los permisos personales mediante el consentimiento digital de cada participante, respetando su anonimato y la confidencialidad de los datos.

Resultados

Descripción de la muestra

La muestra se compuso por 504 participantes: 415 mujeres (82,3%), 89 hombres (17,7%). Asimismo, la media de la edad fue de $37,55 \pm 9,4$, rango 25 a 57 años; predominó el estado civil soltero (44%), lugar de residencia urbana (78,6%), con relación al tipo de familia a la que pertenecen los profesionales de enfermería es nuclear (65,5%), el 86,7% no ha tenido algún familiar con COVID-19 y el 2,8% de los participantes ha tenido COVID-19 en el momento de la recolección de los datos. Con relación a las condiciones laborales de los participantes el 40,7% tiene un contrato de base; el tipo de hospital donde trabajan los participantes fue hospital general con el 63,9%; con relación a los turnos laborales se tuvo una participación del turno nocturno con el 35,5% y matutino con el 34,5%. (Tabla 1).

Tabla 1. Descripción de las características sociodemográficas de la muestra

		f	%
Grupo de edad	25 a 31 años	186	36,9
	32 a 38 años	93	18,5
	39 a 45 años	102	20,2
	46 a 51 años	65	12,9
	52 a 57 años	58	11,5
Sexo	Mujer	415	82,3
	Hombre	89	17,7
Estado civil	Soltero	222	44,0
	Casado	136	27,0
	Unión libre	146	29,0
Lugar de residencia	Rural	108	21,4
	Urbana	396	78,6

Tabla 1. Descripción de las características sociodemográficas de la muestra (*continuación*)

		f	%
Tipo de familia	Nuclear	330	65,5
	Monoparental paterna	2	,4
	Extensa	76	15,1
	Monoparental materna	96	19,0
Tipo de contrato	Contrato	191	37,9
	Homologado	93	18,5
	Base	205	40,7
	De confianza	15	3,0
Tipo de hospital	General	322	63,9
	Integral	114	22,6
	Especialidades	68	13,5
Turno	Matutino	174	34,5
	Vespertino	75	14,9
	Nocturno	179	35,5
	Jornada acumulada	76	15,1
Número de hijos	Sí	309	61,3
	No	195	38,7
Familiar con COVID-19	Sí	67	13,3
	No	437	86,7
Presentó COVID-19	Sí	105	20,8
	No	399	79,2
Fuente: Cuestionario sociodemográfico (Suárez-Máximo, Mondragón y Ayala, 2021)			

Escala de Liebowitz para la ansiedad social (LSAS): el puntaje promedio de ansiedad social moderada fue del 52,4% y el 6,3% no tiene ansiedad social, presentando una puntuación mínima de 25 puntos y máxima de 124 puntos, una media de 60,46, con una desviación estándar de 19,27 (Tabla 2).

Coefficiente Alpha de Cronbach: tiene un valor aceptable $>,7$ (.946).

Así, con el fin de conocer la distribución de los datos, se aplicó la prueba Kolmogorov-Smirnov, la cual tiene un valor de $Z=,114$ y una $p=,000$, por lo cual se decidió hacer una correlación de Spearman (23).

Tabla 2. Características estadísticas descriptivas de la escala de Liebowitz para la ansiedad social (LSAS), Puebla, México, 2020 (n= 504)

	No se aprecia ansiedad social	Ansiedad social moderada	Ansiedad social significativa	Ansiedad social severa	Ansiedad social muy severa
Frecuencia	32	264	96	52	60
Porcentajes	6,3	52,4	19	10,3	11,9

Fuente: Escala de Liebowitz para la Ansiedad Social (Suárez-Máximo, Mondragón y Ayala, 2021)

Se evidencia en los resultados que la ansiedad social está presente con algunas de las características de los participantes, se determinó que predominó la ansiedad social en nivel moderado en la edad de 25 a 31 años ($n= 108$) y en segundo lugar el intervalo de 52 a 57 años ($n= 48$); de acuerdo con la variable sexo predominan las mujeres ($n= 212$) con presencia de ansiedad social en nivel moderado y con ansiedad social en nivel significativo hay una prevalencia de ($n= 76$) y en el sexo hombre ($n= 52$) con ansiedad social moderada (Tabla 3).

De acuerdo con la Tabla 3, las características familiares y la presencia de ansiedad social moderada similares con respecto a estar soltero/a ($n= 104$) y respecto al estado de unión libre ($n= 100$) y con relación al tipo de familia hay prevalencia del tipo nuclear ($n= 176$) y con ansiedad social en nivel significativa ($n= 68$). Del total de participantes ($n= 504$), refieren 67 personas que al menos uno de sus familiares presentó el COVID-19, los cuales ($n= 37$) tuvieron ansiedad social moderada y ($n= 12$) refieren ansiedad social muy severa; asimismo, ($n= 105$) presentaron COVID-19, de los cuales ($n= 56$) ansiedad social moderada y hubo una similitud de entre ansiedad social severa ($n= 12$) y ansiedad social muy severa ($n= 12$).

De acuerdo con las características laborales y la relación con la presencia de ansiedad se observó que en el tipo: contrato ($n= 120$) y de base ($n= 108$) presentan una ansiedad social moderada y con ansiedad social significativa ($n= 40$). Con respecto al tipo de hospital, los de categoría General ($n= 322$) se presentaron niveles en ansiedad social moderada ($n= 180$), ansiedad social significativa ($n= 60$) y ansiedad social muy severa ($n= 40$).

Los hallazgos en la correlación de Spearman muestran una relación significativa entre las variables sexo y el hecho de presentar COVID-19 con la ansiedad social $p= < 0,00$ (Tabla 3).

Tabla 3. Estadística descriptiva y análisis de correlación entre características sociodemográficas y la presencia de ansiedad social

Características		No se aprecia ansiedad social		Ansiedad social moderada		Ansiedad social significativa		Ansiedad social severa		Ansiedad social muy severa		Análisis de la correlación Valor de p (IC95%)
		f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	
Sociodemográficas												
Edad	25 a 31 años	14	2,8	108	21,4	24	4,8	12	2,4	28	5,6	0,322
	32 a 38 años	5	1,0	40	7,9	24	4,8	16	3,2	8	1,6	
	39 a 45 años	6	1,2	44	8,7	20	4,0	12	2,4	20	4,0	
	46 a 51 años	5	1,0	24	4,8	24	4,8	8	1,6	4	0,8	
	52 a 57 años	2	0,4	48	9,5	4	0,8	4	0,8	0	0,0	
Sexo	Mujer	19	3,8	212	42,1	76	15,1	48	9,5	60	11,9	0,000
	Hombre	13	2,6	52	10,3	20	4,0	4	0,8	0	0,0	
Lugar de residencia	Rural	4	0,8	64	12,7	16	3,2	16	3,2	8	1,6	0,614
	Urbana	28	5,6	200	39,7	80	15,9	36	7,1	52	10,3	
Familiares												
Estado civil	Soltero	18	3,6	104	20,6	44	8,7	32	6,3	24	4,8	0,386
	Casado	8	1,6	60	11,9	40	7,9	8	1,6	20	4,0	
	Unión libre	6	1,2	100	19,8	12	2,4	12	2,4	16	3,2	
Tipo de familia	Nuclear	18	3,6	176	34,9	68	13,5	36	7,1	32	6,3	0,309
	Monoparental paterna	2	0,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	
	Extensa	4	0,8	48	9,5	4	0,8	8	1,6	12	2,4	
	Monoparental materna	8	1,6	40	7,9	24	4,8	8	1,6	16	3,2	

Tabla 3. Estadística descriptiva y análisis de correlación entre características sociodemográficas y la presencia de ansiedad social (continuación)

Características		No se aprecia ansiedad social		Ansiedad social moderada		Ansiedad social significativa		Ansiedad social severa		Ansiedad social muy severa		Análisis de la correlación Valor de <i>p</i> (IC95%)
Familiares		<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	
Familiar con COVID	Sí	7	1,4	36	7,1	8	1,6	4	0,8	12	2,4	0,327
	No	25	5,0	228	45,2	88	17,5	48	9,5	48	9,5	
Presenta COVID	Sí	9	1,8	56	11,1	16	3,2	12	2,4	12	2,4	0,000
	No	23	4,6	208	41,3	80	15,9	40	7,9	48	9,5	
Laborales												
Tipo de contrato	Contrato	11	2,2	120	23,8	28	5,6	8	1,6	24	4,8	0,624
	Homologado	5	1,0	28	5,6	24	4,8	16	3,2	20	4,0	
	Base	13	2,6	108	21,4	40	7,9	28	5,6	16	3,2	
	De confianza	3	0,6	8	1,6	4	0,8	0	0,0	0	0,0	
Tipo de hospital	General	18	3,6	180	35,7	60	11,9	24	4,8	40	7,9	0,588
	Integral	6	1,2	44	8,7	36	7,1	12	2,4	16	3,2	
	Especialidad	8	1,6	40	7,9	0	0,0	16	3,2	4	0,8	
Turno	Matutino	10	2,0	92	18,3	32	6,3	20	4,0	20	4,0	0,188
	Vespertino	7	1,4	40	7,9	12	2,4	8	1,6	8	1,6	
	Nocturno	11	2,2	88	17,5	28	5,6	20	4,0	32	6,3	
	Jornada acumulada	4	0,8	44	8,7	24	4,8	4	0,8	0	0,0	
Fuente: Escala de Liebowitz para la Ansiedad Social (Suárez-Máximo, Mondragón y Ayala, 2021)												

Discusión

Se presentó una prevalencia de los niveles de ansiedad social moderada y de ansiedad social significativa en la muestra recogida en los licenciados en enfermería del estado de Puebla, México; esta fue menor a la presentada en el estudio llevado a cabo en China (4). Asimismo, es de considerar el tipo de ansiedad por el tiempo que se llevaron los estudios, por motivo de la información que se va adquiriendo día con día (13).

No se hace presente una determinarte sobre la variable de la edad para que sea un factor para presentar ansiedad. Se considera, asimismo, la presencia de muestra de adultos jóvenes, coincidiendo con literatura de Y. Huang, N. Zhao (25), en los resultados no se encontró asociación entre la ansiedad y la edad, pero sí la presencia de una asociación positiva entre los enfermeros/as jóvenes con mayor puntaje de ansiedad moderada.

En una revisión literaria de Brooks et al. (14) se presentaron niveles bajos a la sintomatología de estrés, ansiedad y depresión, esto se debe al momento en que se llevó a cabo (24), mientras que en el presente estudio se mostró un aumento de los niveles de ansiedad por el incremento de tiempo de la pandemia por COVID-19 y a su vez por el confinamiento. Esto se muestra en un estudio de España donde se evidenció que la ansiedad final de los universitarios durante la pandemia de la COVID-19 aumentó 2,59 puntos en relación a la media del pre-test antes del confinamiento, por lo cual se concluyó que la COVID-19 y el confinamiento de los estudiantes universitarios han incrementado sus niveles de ansiedad (26).

Asimismo, los resultados enfatizan que las enfermeras/os que respondieron tener un tipo de familia nuclear en primer lugar presentan una ansiedad social moderada y en segundo lugar ansiedad social significativa en comparación con los y las participantes que no referían este tipo, dichos resultados coinciden con la revisión de la literatura que hace presente que el tipo de familia influye en la presentación de niveles medio-alto de síntomas de ansiedad (3,5).

De igual manera se debe considerar la jornada laboral, siendo el turno, el tipo de hospital y la contratación de los enfermeros factores que influyen. En los apartados anteriores, de acuerdo a la situación mundial, el aumento de los pacientes por la pandemia por COVID-19 (4,27) genera la presencia de ansiedad moderada, esto se ha relacionado con estudios los cuales hacen referencia sobre que la jornada presenta una relación con los niveles de ansiedad elevados en los profesionales de enfermería (28).

Las limitaciones que se presentaron fueron el tipo de estudio descriptivo, en los cuales se llevan a cabo solo el análisis de tipo exploratorio, en el cual se busca poder identificar las variables que alcanzarían a influir en los niveles de ansiedad de los enfermeros. De igual manera se hace presente una baja tasa de participación de los profesionales de enfermería, haciendo que la muestra sea de tipo conveniencia.

Las fortalezas del presente estudio fue el poder aplicar una escala válida por expertos, la cual evalúa la ansiedad y la categoriza para una comprensión más amplia en los enfermeros durante el tiempo de la pandemia mundial de COVID; la participación por forma virtual es de destacar por la participación constante que obtuvo, aunque también es considerable el no poder alcanzar a más profesionales la muestra. Asimismo, otra de las fortalezas es ser uno de los primeros estudios realizados en Puebla, México, sobre la presencia de ansiedad en la disciplina de enfermería.

Conclusión

La presente investigación refiere que la situación sobre la presencia de ansiedad social se hace presente en los tiempos de pandemia por la COVID-19. Se lleva a cabo una reflexión sobre la importancia que tiene la salud mental en los profesionales de enfermería, puesto que ellos son los que generan el cuidado, así como sobre guardar la seguridad ante las situaciones que viven día con día. Es clave poder generar un análisis de los niveles de ansiedad social, así como los efectos producidos en la crisis por COVID-19 en la salud de las personas, siendo sustancial generar un programa para poder preservar la salud mental de los mismos.

Financiamiento

Ninguno.

Conflicto de intereses

Ninguno.

Agradecimientos

A los participantes provenientes de las siguientes honorables instituciones: Hospital General Cholula, Teziutlán, Tehuacán y Zacatlán, Hospital Ángeles, Hospital del Niño Poblano, Hospital de Traumatología y Ortopedia Dr. y Gral. Rafael Moreno Valle, Hospital Beneficencia Española y Hospital Torres Médicas MAC. También a los miembros de diversas asociaciones y colegios como Asociación Mexicana de Enfermeras Unidas capítulo Teziutlán, Asociación Mexicana de Estudiantes de Enfermería división Puebla, Colegio Mexicano de Licenciados en Enfermería filial Puebla.

De igual manera a mi docente María de Lourdes Rosas López, mis compañeros de la asignatura Ciencias Sociales en Salud Pública, en especial a René Abraham Cahuantzi Mejía.

Bibliografía

- [1] De Psiquiatría AE. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5). Madrid: Ed. Médica Panamericana; 2014.
- [2] Antón Hurtado F. Antropología del miedo. *Methaodos. revista de ciencias sociales* [internet]. 2015 [citado 3 nov 2021]; 3(2):262-75. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=441542974008>
- [3] Ozamiz-Etxebarria N, Dosil Santamaría N, Picaza-Gorrochategui M, Idoiaga-Mondragon N. Niveles de estrés, ansiedad y depresión en la primera fase del brote del COVID-19 en una muestra recogida en el norte de España. *Cadernos de Saúde Pública* v. 36, n. 4 [e00054020]. Doi: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00054020>
- [4] Chen Q, Liang M, Li Y, Guo J, Fei D, Wang L, et al. Mental health care for medical staff in China during the COVID-19 outbreak. *Lancet Psychiatry* 2020; 7:e15-6.
- [5] Liu S, Yang L, Zhang C, Xiang Y-T, Liu Z, Hu S, et al. Online mental health services in China during the COVID-19 outbreak. *Lancet Psychiatry* 2020; 7:e17-8.
- [6] World Health Organization (WHO). Nuevo coronavirus 2019 [internet]. Geneva: WHO; 2020. [citado 3 nov 2021]. Disponible en: www.who.int/covid-19/información
- [7] Norma Oficial Mexicana NOM-019-SSA3-2013, para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud. *Rev CONAMED*. 2013; 18(Suppl: 1):34-41.
- [8] World Health Organization (WHO). Year of the Nurse and the Midwife 2020 [internet]. Geneva: WHO; 2020 [citado 3 nov 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/campaigns/year-of-the-nurse-and-the-midwife-2020>
- [9] World Health Organization (WHO). Nursing [internet]. Geneva: WHO; 2020 [citado 3 nov 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/topics/nursing/es/>
- [10] Dalri RCMB, Silva LA, Mendes AMOC, Robazzi MLCC. Carga horaria de trabajo de los enfermeros y su relación con las reacciones fisiológicas de estrés. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 2014 Dec; 22 (6):959-65. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.3292.2503>
- [11] Fornes-Vives J, Gallego-Camín GM, Barceló-Oliver M, Crespi-Capo M, Gutiérrez-Casado A. Causal and emotional factors related to work stress in ICU nursing staff. The importance of accurate measurement. *Intensive Crit Care Nurs*, 10(1994):41-50.
- [12] Cone M, Cooner-McGovern C, Barnard K, Riegel B. Satisfaction with a new model of professional practice in critical care. *Crit Nurs Q* 1995; 18:67-74.
- [13] Wang C, Pan R, Wan X, Tan Y, Xu L, Ho CS, et al. Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 coronavirus disease (COVID-19) epidemic among the general population in China. *Int J Environ Res Public Health* 2020; 17:17-29.
- [14] Brooks SK, Webster RK, Smith LE, Woodland L, Wessely S, Greenberg N, et al. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *Lancet* 2020; 395:912-20
- [15] WB, Ouslander JG. COVID-19 presents high risk to older persons. *J Am Geriatr Soc* 2020; [Epub ahead of print].
- [16] Applegate WB, Ouslander JG. COVID-19 presents high risk to older persons. *J Am Geriatr Soc* 2020; [Epub ahead of print].
- [17] Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Natalidad [internet]. Puebla: Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática; 2020 [citado 3 nov 2021]. Disponible en: https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2019/EstSociodemo/EstadisticaSalud2019_09.pdf
- [18] Hernández R, Fernández C, Baptista M. Metodología de la investigación. 6ª ed. México: McGraw-Hill; 2014.
- [19] Caballo VE, Salaza IC, Robles R, Arias B, Irurtia MJ. Validación del cuestionario de ansiedad social para adultos (caso) en México. *Revista Mexicana de Psicología* [internet]. 2016; 33(1):30-40. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=243056043004>
- [20] Liebowitz MR. Social phobia. *Modern Problems of Pharmacopsychiatry* 1987; 22:141-73.
- [21] Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki [internet] [citado 3 nov 2021]. Disponible en: <https://www.wma.net/es/policies-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>
- [22] Estados Unidos Mexicanos. Reglamento de la Ley General de Salud, en Materia de Investigación para la Salud [internet] [citado 3 nov 2021]. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/comp/rlgsmis.html>
- [23] Polit B. Investigación científica en ciencias de la salud. México: Mc Graw Hill; 2018.
- [24] Asmundson GJ, Taylor S. Coronaphobia: fear and the 2019-nCoV outbreak. *J Anxiety Disord* 2020; 70:102-96.
- [25] Yeen Huang, Ning Zhao, Generalized anxiety disorder, depressive symptoms and sleep quality during COVID-19 outbreak in China: a web-based cross-sectional survey. *Psychiatry Research*, 2020; Volume 288, 112954. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112954>

- [26] Sigüenza-Campoverde W, Vilchez J. Aumento de los niveles de ansiedad en estudiantes universitarios durante la época de pandemia de la COVID-19. *Revista Cubana de Medicina Militar* [internet]. 2021 [citado 3 nov 2021]; 50(1). Disponible en: <http://www.revmedmilitar.sld.cu/index.php/mil/article/view/931Mo>
- [27] Mo Y, Deng L, Zhang L, Lang Q, Liao C, Wang N, et al. Estrés laboral entre enfermeras chinas para apoyar a Wuhan en la lucha contra la epidemia de COVID-19. *J Nurs Manag*. 2020; 28:1002-9. Doi: <https://doi.org/10.1111/jonm.13014>
- [28] Shanafelt T, Ripp J, Trockel M. Comprender y abordar las fuentes de ansiedad entre los profesionales de la salud durante la pandemia de COVID-19. *JAMA*. 2020; 323 (21):2133-4. Doi: 10.1001/jama.2020.5893



enferteca
Grupo Paradigma

La Gran Biblioteca de Enfermería online

- Más de **140 títulos** de todos los temas y especialidades
- Incluye el **buscador Encuentr@**, el mejor del sector
- Además, podrás acceder a ella **donde y cuando quieras** a través de su **app**



App disponible para
iOS y Android



grupo
paradigma



CARTAS a la DIRECCIÓN

Amortiguar el estrés: retomar los grupos de apoyo a la lactancia materna y a la crianza natural en Atención Primaria

Carlos Saus-Ortega

Escuela Enfermería La Fe (Valencia). Centro adscrito Universidad de Valencia. Grupo de Investigación en Arte y Ciencia del Cuidado, IIS La Fe (Valencia).

Fecha de recepción: 7 de junio de 2021.

Aceptada su publicación: 9 de julio de 2021.

Estimado editor:

La transición a la maternidad/paternidad suele ser un momento muy estresante para el que los padres pueden no sentirse preparados. En ella acontecen cambios importantes en sus vidas, con impactos potencialmente destacables sobre el bienestar de los progenitores, la calidad de la crianza y el desarrollo infantil. Se considera que comienza en el momento en que deciden tener un hijo/a hasta que alcanza los 2 o 3 años. Los sentimientos de aislamiento y la falta de apoyo durante este periodo pueden ser perjudiciales para la madre, el niño y la familia en general (1).

Una disminución de las redes de apoyo, debido a factores como el aumento de la movilidad o los recortes en los servicios de apoyo, puede aumentar el riesgo de aislamiento y la reducción del mundo vital de los padres, en particular el de las madres. Los grupos de apoyo pueden brindar oportunidades para la socialización entre iguales, ayudar a reducir los sentimientos de aislamiento y reportar bienestar mental a los padres (2). Se ha visto que el apoyo social proporciona información, fomenta comportamientos positivos y protectores, y amortigua el estrés ante acontecimientos vitales. Además, se ha demostrado que la falta de apoyo se asocia con ansiedad, depresión y tiene un impacto negativo sobre el sistema inmunológico (3).

Con la llegada de la pandemia por COVID-19, los grupos de apoyo a la lactancia materna y la crianza natural que se llevaban a cabo en muchos centros de Atención Primaria fueron cancelados. Por ello, actualmente los padres recurren con frecuencia a comunidades virtuales más accesibles para buscar información y apoyo (4). Este apoyo *online* puede mejorar la capacidad de los progenitores para hacer frente a la maternidad/paternidad, disminuir los sentimientos de aislamiento, aumentar el bienestar y permitir el intercambio de experiencias, lo que es importante para desarrollar la identidad y, por lo tanto, para apoyar esta transición a la maternidad/paternidad. En general, las madres que han participado en foros de discusión de Internet encontraron que el apoyo *online* les animaba a asumir más responsabilidades en la crianza de sus hijos/as y que les permitían validar su propia experiencia y conocimientos (5).

A pesar de ello, cada vez son más las madres y los padres que reclaman la necesidad de volver a disponer de este recurso de encuentro y ayuda en Atención Primaria. Reanudar los grupos de apoyo cara a cara en los centros de salud puede ser mutuamente beneficioso para los servicios de salud y los padres, ya que las madres desean más apoyo de los profesionales de la salud, pero los profesionales están cada vez más limitados en cuanto a tiempo y otros recursos y no pueden proporcionar los niveles de contacto deseados (6). Es la hora, por tanto, de volver a abrir los gimnasios, las aulas o las salas de reuniones de los centros de Atención Primaria, y permitir que padres y madres puedan volver a encontrarse de nuevo, compartan sus experiencias, y validen sus dudas y preocupaciones junto a nuestro acompañamiento.

Bibliografía

- [1] Barimani M, Vikström A, Rosander M, Forslund Frykedal K, Berlin A. Facilitating and inhibiting factors in transition to parenthood—ways in which health professionals can support parents. *Scand J Caring Sci* 2017; 31(3):537–46.
- [2] Buultjens M, Murphy G, Milgrom J, Taket A, Poinen D. Supporting the transition to parenthood: development of a group health-promoting programme. *Br. J. Midwifery* 2018; 26(6):387–97.
- [3] Collins S, Brueton R, Graham TG, Organ S, Strother A, West SE, et al. Parenting Science Gang: radical co-creation of research projects led by parents of young children. *Research involvement and engagement* 2020; 6(1):1–15.
- [4] Schindler-Ruwisch J, Phillips KE. Breastfeeding During a Pandemic: The Influence of COVID-19 on Lactation Services in the Northeastern United States. *J. Hum. Lact.* 2021:08903344211003898.
- [5] Snyder K, Worlton G. Social support during COVID-19: Perspectives of breastfeeding mothers. *Breastfeeding Medicine* 2021;16(1):39–45.
- [6] Hankel MA, Kunseler FC, Oosterman M. Early breastfeeding experiences predict maternal self-efficacy during the transition to parenthood. *Breastfeeding Medicine* 2019; 14(8):568–74.

Enfermeros que no visten de enfermeros

¹ Juan Miguel Cabral Aviña

² Juan Daniel Suárez Máximo

¹ Egresado de la Licenciatura en Enfermería y Representante de la Oficina Estatal de Comunicación de la Asociación Mexicana de Estudiantes de Enfermería división Zacatecas.

² Egresado de la Licenciatura en Enfermería y Representante de la Oficina Estatal de Educación de la Asociación Mexicana de Estudiantes de Enfermería división Puebla.

Fecha de recepción: 6 de julio de 2021.

Aceptada su publicación: 31 de julio de 2021.

Estimado editor:

Es inaudito cómo la sociedad ve al profesional de enfermería y lo que representa para ella, por lo cual es de suma importancia conocer la práctica de los enfermeros y las enfermeras, que no solo se desarrolla dentro de un centro sanitario. La enfermería, desde hace muchos siglos, ha venido logrando grandes avances, con dificultades claramente, para poder sobresalir como profesión. Desde décadas anteriores los profesionales enfermeros ya tenían un papel importante en la sociedad y estos mismos los reconocían como parte importante y fundamental en la atención de las sociedades enfermas.

Poco a poco la enfermería se ha estado modernizando, y lo sigue haciendo, para así poder garantizar una atención satisfactoria y de calidad. Mucho tiempo les ha tomado poder sostener y lograr establecerse como una ciencia para el cuidado, siendo capaz, por sí sola, de realizar diversas actividades con alto nivel profesional, que van desde el apoyo en las actividades

básicas de la vida diaria hasta actividades de alta complejidad; muchos fueron los años, y sobre todo las dificultades, para poderlo lograr, pero definitivamente se ha hecho realidad, el gremio ha avanzado de sobremanera y su esfuerzo tiene que ser reconocido (1).

La disciplina de enfermería es una de las profesiones más polifacéticas y con varios campos de aplicación e intervenciones (dependientes, independientes e interdependientes) y funciones (administrativa, investigativa, docencia y asistencial clínica-comunitaria) totalmente definidas y sustentadas en Normas Oficiales Mexicanas, como lo es la NOM-019, para la práctica de enfermería en el sistema nacional de salud (2). Aparte del amplio impacto que esta profesión genera ante todas sus intervenciones, sin dejar a un lado los recientes reconocimientos y totalmente merecidos que este gremio ha tenido a bien otorgarles por parte de organizaciones mundiales como lo es la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), gobiernos nacionales y locales, sobre todo de la misma sociedad civil (3).

El enfermero/a no solo tiene su labor dentro de un centro de salud, sino que también brinda cuidados y demás actividades fuera de estos, como es el caso de los enfermeros en el hogar u otros centros, atendiendo individuos/clientes sanos o enfermos, los enfermeros en la industria, en la educación, etc., brindando atención profesional de calidad y con amplio conocimiento.

El enfermero/a, además de cuidar, genera conocimientos en las aulas a futuros profesionales, investiga y resuelve incógnitas sobre su labor, ayuda a resolver las problemáticas de la población creando políticas y alternativas; el enfermero tiene cabida en las decisiones políticas de su centro de trabajo y país, las cuales repercutirán favorablemente en su práctica y las futuras condiciones laborales o de otra índole que lo relacione de manera directa o indirectamente, genera cambios sociales, ideológicos y científicos con todas esas intervenciones, se involucra también en los asuntos administrativos, dentro y fuera de los centros sanitarios (4).

Hoy en día, y ante la situación sanitaria presente en todo el mundo de pandemia por la COVID-19, el trabajo de los profesionales de enfermería ha sido enaltecido y reconocido por la sociedad, se han vuelto los protagonistas en esta dura batalla; sin embargo, realmente los enfermeros siempre han estado ahí, capaces y resilientes, dando siempre lo mejor de sí, pero desafortunadamente nos damos cuenta del valor que representan en las situaciones poco favorecedoras (5).

Bibliografía

- [1] Matesanz Santiago MA. Pasado, presente y futuro de la Enfermería: una aptitud constante. Rev. Adm Sanit. 2009; 7(2):243-60.
- [2] Norma Oficial Mexicana NOM-019-SSA3-2013, para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud. Rev CONAMED. 2013; 18(Suppl: 1):34-41.
- [3] World Health Organization (WHO). Year of the Nurse and the Midwife 2020 [internet]. Geneva: WHO; 2020. [citado 8 nov 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/campaigns/year-of-the-nurse-and-the-midwife-2020>
- [4] De Arco-Canoles O, Suárez-Calle Z. Rol de los profesionales de enfermería en el sistema de salud colombiano. US [internet]. 1 may 2018 [citado 8 nov 2021]; 20(2):171-82. Disponible en: <https://revistas.udenar.edu.co/index.php/usalud/article/view/3364>
- [5] World Health Organization (WHO). Nursing [internet]. Geneva: WHO; 2020. [citado 8 nov 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/topics/nursing/es/>



*Aunque tengamos la sensación de
que el tiempo pasa de prisa,
la Navidad nos regala instantes eternos.*

¡ Feliz Navidad !



grupo
paradigma