



Este libro compila una serie de artículos científicos, productos del trabajo investigativo de los profesores del grupo de Cuidado de Enfermería de la Universidad Simón Bolívar, Colombia, los cuales se realizaron en el distrito de Barranquilla y la región Caribe. La metodología utilizada fue la intervención sobre el objeto de estudio, y en el proceso salud-enfermedad, convirtiéndose en un puente facilitador para los enfermeros, estudiantes y otras disciplinas que conozcan la salud y cuidados en cursos de vida para promover salud y bienestar de las poblaciones. Así mismo, esta publicación es una guía de consulta para la comunidad académica, en profundizar el conocimiento de la disciplina desde las áreas de investigación, salud pública y el proceso de salud-enfermedad. Por lo tanto, la enfermería desde la perspectiva del individuo permite brindar un cuidado con calidad, y tiene especial importancia desde la persona que lo recibe, desde una manera humanística. También la importancia de la salud, considerándose un recurso esencial para la producción y el mantenimiento de capacidades en individuos y poblaciones interconectadas a lo largo de la vida, en sincronía con el desarrollo de la sociedad.

Salud y Cuidados

EDITORAS:

Gloria Lastre-Amell  
Edna Elizabeth Aldana-Rivera

# Salud y Cuidado

## en cursos de vida



Escanee el código QR para conocer más títulos publicados por Ediciones Universidad Simón Bolívar



ISBN 978-958-53175-4-3



9 789585 317543 >



Salud y  
Cuidado  
en cursos de vida

## **SALUD Y CIUDADANO EN CURSOS DE VIDA**

© Edna Elizabeth Aldana-Rivera - Janery Tafur-Castillo - Sandra Cano-Ibarra - Carelys Montenegro Rivera - Paula Castañeda Rada - Mostapha Ahmad - Angélica García-Moreno - Merylyn Guerra-Ramírez - Miranda Iskell - Judith Cristina Martínez-Royert - Milena Pereira Peñate  
Nayide Barahona Guzmán - Mariela Suárez-Villa - Jorge Rodríguez-López - Indiana Rojas Torres - Gloria Lastre-Amell - María Alejandra Orostegui-Santander - Anderson Díaz-Pérez - Maloris Navarro-Agamez  
Gladys Gavidia García - Carmen Carrero González - Joany Sarmiento Gutiérrez - Viviana Franco-Mejía

**Editores:** Gloria Lastre-Amell - Edna Elizabeth Aldana-Rivera

**Facultad Ciencias de la Salud**

**Grupo de Investigación Cuidado de Enfermería**

**Líder:** Gloria Lastre-Amell

**Proceso de arbitraje doble ciego**

Recepción: Junio de 2020

Evaluación de propuesta de obra: Julio de 2020

Evaluación de contenidos: Agosto de 2020

Correcciones de autor: Agosto de 2020

Aprobación: Septiembre de 2020

E D I T O R A S :

Gloria Lastre-Amell  
Edna Elizabeth Aldana-Rivera

# Salud y Cuidado en cursos de vida

Edna Elizabeth Aldana-Rivera, Janery Tafur-Castillo, Sandra Cano-Ibarra, Carelys Montenegro Rivera, Paula Castañeda Rada, Mostapha Ahmad, Angélica García-Moreno, Merylyn Guerra-Ramírez, Miranda Iskell, Judith Cristina Martínez-Royert, Milena Pereira Peñate, Nayide Barahona Guzmán, Mariela Suárez-Villa, Jorge Rodríguez-López, Indiana Rojas Torres, Gloria Lastre-Amell, María Alejandra Orostegui-Santander, Anderson Díaz-Pérez, Maloris Navarro-Agamez, Gladys Gaviria García, Carmen Carrero González, Joany Sarmiento Gutiérrez, Viviana Franco-Mejía

Salud y cuidado en cursos de vida / editores Gloria Lastre-Amell, Edna Elizabeth Aldana-Rivera -- Barranquilla: Ediciones Universidad Simón Bolívar, 2020.

195 páginas ; 17 x 24 cm; tablas y figuras a color  
ISBN: 978-958-53175-4-3 (PDF versión electrónica)

1. Enfermería 2. Atención al enfermo 3. Atención médica 4. Salud  
5. Enfermería de rehabilitación I. Lastre-Amell, Gloria II. Aldana-Rivera, Edna Elizabeth III. Título  
610.73 S181 2020 Sistema de Clasificación Decimal Dewey 22ª.  
Edición  
Universidad Simón Bolívar – Sistema de Bibliotecas

Producido en Barranquilla, Colombia. Depósito legal según el Decreto 460 de 1995. El Fondo Editorial Ediciones Universidad Simón Bolívar se adhiere a la filosofía del acceso abierto y permite libremente la consulta, descarga, reproducción o enlace para uso de sus contenidos, bajo una licencia Creative Commons Atribución 4.0 Internacional. <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



©Ediciones Universidad Simón Bolívar

Carrera 54 No. 59-102

<http://publicaciones.unisimonbolivar.edu.co/edicionesUSB/>

[dptopublicaciones@unisimonbolivar.edu.co](mailto:dptopublicaciones@unisimonbolivar.edu.co)

Barranquilla - Cúcuta

#### **Producción Editorial**

Editorial Mejoras

Calle 58 No. 70-30

[info@editorialmejoras.co](mailto:info@editorialmejoras.co)

[www.editorialmejoras.co](http://www.editorialmejoras.co)

Octubre de 2020

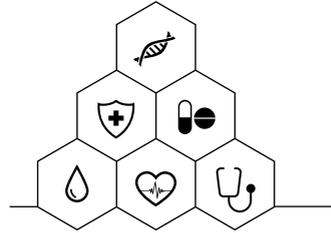
Barranquilla

*Made in Colombia*

#### **Cómo citar este libro:**

Lastre-Amell G, Aldana-Rivera E E. (eds). Salud y cuidado en cursos de vida. Barranquilla: Ediciones Universidad Simón Bolívar. 2020.

# Agradecimiento

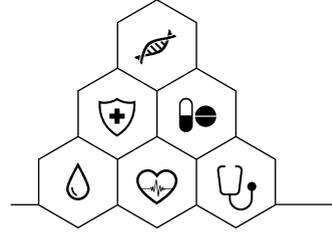


A los estudiantes en formación investigativa.  
Quinto semestre Programa Académico de  
Enfermería por su participación y desarrollo de  
sus competencias investigativas:

**Roxy Cáceres García**  
**Paula Castañeda Rada**  
**María Mendoza Hernández**  
**Maloris Navarro Agamez**  
**Carolay Salas Ortega**  
**Sheily Safi Bolaño**



# Contenido



<b>Agradecimiento</b> .....	5
<b>Introducción</b> .....	9
<b>Prólogo</b> .....	15

<b>CAPÍTULO 1</b> <b>Terapéutica multidisciplinaria y</b> <b>cuidado de enfermería al niño</b> <b>con fisura labiopalatina</b> .....	19
---	----

*Edna Elizabeth Aldana-Rivera  
Janery Tafur-Castillo  
Sandra Cano-Ibarra  
Carelys Montenegro Rivera  
Paula Castañeda Rada*

<b>CAPÍTULO 2</b> <b>Cuidados en pacientes</b> <b>hospitalizados con alteraciones</b> <b>del síndrome Guillain-Barré,</b> <b>período 2013-2018</b> .....	49
--	----

*Mostapha Ahmad  
Angélica García-Moreno  
Merilyn Guerra-Ramírez  
Miranda Iskell*



**CAPÍTULO 3**  
**Prácticas de cuidado que realizan las puérperas en un departamento del Caribe colombiano** ..... 65

*Judith Cristina Martínez-Royert  
Milena Pereira Peñate  
Nayide Barahona Guzmán*

**CAPÍTULO 4**  
**Condiciones determinantes en el desarrollo y mantenimiento de la diabetes** ..... 123

*Mariela Suárez-Villa  
Jorge Rodríguez-López  
Indiana Rojas Torres*

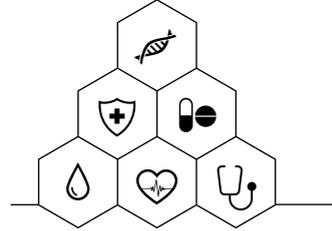
**CAPÍTULO 5**  
**Factores asociados al cáncer de cérvix, pacientes con conductas de riesgo. Barranquilla/Colombia** ..... 153

*Gloria Lastre-Amell  
Mariela Suárez-Villa  
María Alejandra Orostegui-Santander  
Anderson Díaz-Pérez  
Maloris Navarro-Agamez  
Jorge Rodríguez-López*

**CAPÍTULO 6**  
**La enfermedad renal crónica: necesidad de mejora en hábitos saludables** ..... 177

*Gladys Gaviria García  
Carmen Carrero González  
Joany Sarmiento Gutiérrez  
Viviana Franco-Mejía*

## Introducción



El presente libro abarca temáticas de gran importancia y contribuye con elementos teóricos para el avance fundamentado del objeto de estudio de enfermería: el cuidado de la salud y la vida de los seres humanos. Es importante tener en cuenta la presencia de factores de riesgo que pueden influir en la salud de los pacientes. Se abordan intervenciones multidisciplinar del equipo de salud con niños que presentan labio leporino y/o paladar fisurado; esta anomalía es de origen genético y ambiental.

Es por ello que existen genes envueltos (poligenicidad) con un nivel variable que puede producir la deformidad. Ante esta circunstancia existe un gen recesivo con penetración reducida que, por un mecanismo de heterogeneidad, tiene influencia para la manifestación del defecto, especialmente el gen denominado MSX1. Se ha podido asociar una gran cantidad de locus a genes

candidatos, usando diversos estudios, que incluyen GWAS (mapeo de genoma completo), análisis por ligamiento y otros, permitiendo identificar genes y asociarlos con las fisuras orales. Los genes más estudiados que presentan asociaciones positivas para fisuras son TGFB3, MSX1, VAX1, BMPs, entre otros (7).

Para la corrección de esta patología se requiere de la intervención terapéutica de varios profesionales de la salud. Principalmente con enfermería se asiste en el cuidado de los niños desde su nacimiento con la vigilancia de sus signos vitales, haciendo una observación minuciosa en la frecuencia respiratoria, su asistencia alimentaria y en la fase pre y post operatoria con los cuidados de cicatrización y la interacción de capacitación con la familia para la continuidad de estos cuidados especiales en el hogar.

Otra de las intervenciones multidisciplinarias del cuidado de la salud en el curso de vida son las prácticas de cuidado que realizan las puérperas en un departamento del Caribe colombiano. Se observó que la mayoría de las mujeres objeto de estudio fueron adolescentes, estudiando las variables sociodemográficas, la higiene, la alimentación y creencias populares que están relacionadas con prácticas de cuidado que utilizan este grupo de puérperas, tanto en el área rural como en la urbana, demostrando que son parte integral de la estructura sociocultural desde épocas anteriores.

En los aspectos planteados de las patologías estudiadas y de los cuidados de las puérperas en su ciclo biológico-reproductivo, amerita la asistencia día a día de enfermería, ya sea con atención directa o por medio de orientaciones específicas para la continuidad de los cuidados en casa con el acompañamiento de sus familias cuidadoras. Así mismo, enfermería juega un papel importante en la orientación de los saberes con los pacientes, siendo guía para mayor amplitud de sus dudas o desde la mejora de prácticas para su autocuidado.

Otra de las patologías abordadas que amerita los cuidados de enfermería para mantener la salud en el curso de vida es la diabetes, la cual es una enfermedad crónica que aparece cuando el páncreas no produce insulina de forma suficiente o cuando el organismo no la utiliza, produciendo alteraciones metabólicas caracterizadas por hiperglucemia crónica, debida a un defecto en la secreción de la insulina, a un defecto en la acción de la misma, o a ambas. La hiperglucemia sostenida en el tiempo se asocia con daño, disfunción y falla de varios órganos y sistemas, especialmente riñones, ojos, nervios, corazón y vasos sanguíneos.

Esta patología produce a largo plazo nefropatía como daño o enfermedad renal crónica y neuropatías. Considerando esta patología que puede condicionar al organismo con otros procesos, como el síndrome de Guillain-Barré, enfermedad que se desencadena casi siempre después de un proceso de tipo infeccioso. Se manifiesta frecuentemente

con parálisis motora simétrica, con o sin pérdida de la sensibilidad, y en ocasiones con alteraciones de tipo autonómico; estudios han reportado una incidencia de 1.2 a 2.73 casos por cada 100.000 habitantes, por lo que se considera un proceso de aparición raro.

En cuanto a la enfermedad renal crónica, actualmente se le presta mucha importancia y se relaciona con altos índices de HTA, diabetes mellitus y uso indiscriminado de medicamentos, casi siempre automedicados, sin tener en cuenta sus contraindicaciones. La enfermedad renal crónica (ERC) se ha convertido en un problema de salud pública importante, siendo su principal causa estilos de vida (EV) como el sedentarismo, poca actividad física, tabaquismo, consumo de alcohol y alimentación no saludable, desarrollados a lo largo de la vida.

Por último tenemos la patología del cáncer en el cuello del útero o cáncer de cérvix, tipo de neoplasia maligna frecuente en mujeres. Se asocia principalmente con la infección por el virus del papiloma humano (VPH), afección que se puede transmitir por rutas no sexuales, sin embargo, la mayoría se da por vía sexual; el 6 % de las neoplasias más frecuentes en las mujeres se relaciona con el cáncer de cérvix; por tal motivo, se convierte en un gran problema de salud pública a nivel mundial.

Es por ello que la población femenina tiene un alto riesgo de adquirir el VPH en cualquier momento de sus vidas, lo cual se asocia a factores de riesgo como el inicio temprano

de las relaciones sexuales, el bajo nivel social, cultural y educativo; además se incluyen las enfermedades de transmisión sexual, el tabaquismo y la utilización de métodos de anticoncepción oral por un tiempo mayor a los 5 años.

Teniendo en cuenta las anteriores temáticas, el presente libro pretende brindar información sobre el conocimiento de las acciones personales, familiares y colectivas destinadas a promover hábitos y conductas saludables, preservar la salud, recuperarse de alguna dolencia o enfermedad, rehabilitarse, paliar el sufrimiento físico o mental, fortalecer la protección familiar y social.

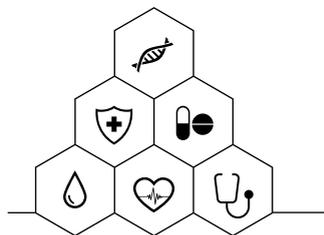
El presente libro orienta la forma en que la salud y cuidado en cursos de vida de los individuos, comunidad, su entorno y otros factores, y las generaciones anteriores y futuras están interconectados a lo largo de la vida. Considerando a la salud como un proceso dinámico que requiere ir más allá de las intervenciones dirigidas a enfermedades específicas, debido a que la salud es un recurso esencial para la producción y el mantenimiento de capacidades en individuos y poblaciones.

Por lo tanto, el libro presenta seis (6) capítulos ordenados de la siguiente manera: I) Terapéutica multidisciplinar y cuidado de enfermería al niño con fisura labio palatina; II) Cuidados en pacientes hospitalizados con alteraciones del síndrome Guillain-Barré periodo 2013-2018; III) Prácticas de cuidado que realizan las puérperas en un departamento del Caribe colombiano; IV) Condiciones determinantes en



el desarrollo y mantenimiento de la diabetes; v) Factores asociados al cáncer de cérvix, pacientes con conductas de riesgo. Barranquilla / Colombia, y vi) Estilos de vida poco saludables que inciden en la aparición de la enfermedad renal crónica.

## Prólogo



La importancia de este libro de Salud y cuidado de los cursos de vida aporta al conocimiento en este campo desde su definición de que la salud es un estado de bienestar físico, mental y social, con capacidad de funcionamiento, y no únicamente la ausencia de afecciones y enfermedades, tal como lo expresa Sallera Sanmartí (1981), y amplía el desarrollo de patologías crónicas no transmisibles desde sus respectivas revisiones con posturas de diferentes autores. Desde el cuidado en la vinculada a la preservación o conservación de la salud, la asistencia y ayuda que se brinda a otro ser vivo, constituida desde la enfermería con la atención y vigilancia del estado de un enfermo; se suma también el ejercicio del autocuidado de las personas en su curso de vida, así como de orientaciones en las familias cuidadoras.

Los cursos de vida son los momentos del continuo de la vida, y se reconoce que el desarrollo humano y los

resultados en salud dependen de la presencia de factores a lo largo del curso de vida, como de esas experiencias que cada individuo experimenta en su contexto familiar, social, económico, ambiental y cultural: Desde la perspectiva epidemiológica, este se estudia desde los efectos en la salud o la enfermedad frente a la exposición a riesgos físicos o sociales durante la gestación, la infancia, la adolescencia, la juventud y la vida adulta (Kuh y Cols., 2003).

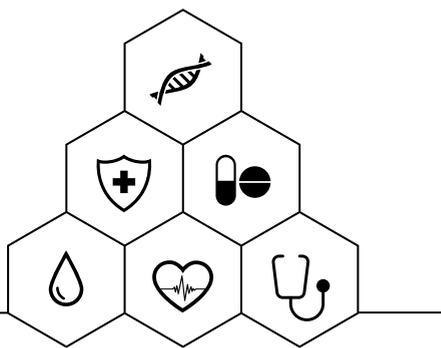
Escrito por la comunidad científica perteneciente al grupo de Cuidado de Enfermería, que en su mayoría es un equipo disciplinar; este libro presenta seis capítulos que condensan temas de interés para investigadores, profesores, estudiantes y otros en su particular interés. Brinda al lector orientaciones de salud y cuidado en los cursos de vida para una actuación responsable en su proceso de autocuidado y mantenimiento de su salud.

Los editores y autores agradecemos la oportunidad que se otorga para exponer un conocimiento relacionado con los cursos de vida y el cuidado de la salud, que será favorable para el ejercicio de la profesión de enfermería y otras disciplinas.

**Gloria Lastre-Amell y Edna E.**

Aldana-Rivera, Grupo Cuidado de Enfermería  
Universidad Simón Bolívar  
Facultad de Ciencias de la Salud  
Barranquilla, Colombia

**PARTE 1**  
Cuidado de  
la salud y  
enfermedad





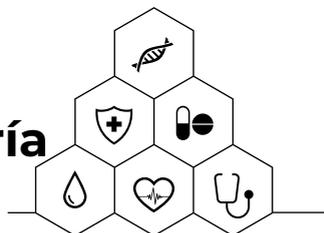
## CAPÍTULO 1

Artículo de revisión

# Terapéutica multidisciplinaria y cuidado de enfermería al niño con fisura labiopalatina

*Multidisciplinary*

*therapeutics and nursing care for the child with cleft lip palate*



Edna Elizabeth Aldana-Rivera<sup>1</sup>  
 Janery Tafur-Castillo<sup>2</sup>  
 Sandra Cano-Ibarra<sup>3</sup>  
 Carelys Montenegro Rivera<sup>4</sup>  
 Paula Castañeda Rada<sup>5</sup>

- 
- 1 Enfermera, Doctora en Ciencias Gerenciales. Universidad Simón Bolívar, Facultad Ciencias de la Salud, Barranquilla, Colombia. Investigador Asociado Colciencias. [orcid.org/0000-0002-0265-7298](https://orcid.org/0000-0002-0265-7298)  
ealdana@unisimonbolivar.edu.co
  - 2 Enfermera, Doctora en Ciencias de la Educación. Universidad Simón Bolívar, Facultad Ciencias de la Salud, Barranquilla, Colombia. Investigador Asociado Colciencias. <https://orcid.org/0000-0002-5808-5495>  
jtafuri@unisimonbolivar.edu.co
  - 3 Enfermera, Magister en Enfermería. Universidad Simón Bolívar, Facultad Ciencias de la Salud, Barranquilla, Colombia. Investigador Junior Colciencias. <https://orcid.org/0000-0003-0153-1615>  
scanol@unisimonbolivar.edu.co
  - 4 Enfermera, Magister en Educación. Universidad Simón Bolívar, Facultad Ciencias de la Salud, Barranquilla, Colombia.  
cmontenegro2@unisimonbolivar.edu.co
  - 5 Estudiante semillero de investigación e innovación. Programa de Enfermería, Universidad Simón Bolívar. Facultad de ciencias de la salud, Barranquilla, Colombia.  
andreaurango1996@gmail.com

## Resumen

**Introducción:** La fisura labial y/o palatina es un defecto congénito caracterizado por una hendidura en el labio superior como consecuencia de una unión embrionaria defectuosa que repercute en las prolongaciones maxilar y nasal interna. Los pacientes que nacen con esta anomalía presentan problemas de deglución, del habla, déficit de audición, masticación, respiración, problemas dentales, en su apariencia física, crecimiento del tercio medio de la cara y alteración en su autoestima.

**Objetivo:** Determinar el desarrollo terapéutico multidisciplinar en la fisura labial y/o palatina apoyado por un cuidado hospitalario de enfermería. **Método:** Paradigma hermenéutico, de revisión documental y tipo descriptivo. Búsqueda teórica desde Google académico, Scielo, Redalyc, repositorios de universidades, estudios realizados en los últimos diez años relacionados con la intervención multidisciplinar y cuidado de enfermería en niños con fisura labiopalatina. Revisados 75 *paper*, de los que se seleccionaron como muestra 42 con precisión del tema para consolidar un conocimiento más específico relacionado con la interacción de profesionales de distintas en el manejo de la salud de esta población afectada. **Conclusiones:** Es importante el abordaje multidisciplinario e interdisciplinario. La anomalía trae como consecuencia múltiples problemas a nivel de alimentación, respiración, fonación, audición, estéticos, desarrollo dental y psicológico, entre otros. Enfermería desarrolla funciones importantes desde los cuidados hospitalarios, en la alimentación, procesos de capacitación para cuidadores y de un acompañamiento especializado para la autonomía del cuidado del paciente y su familia.

**Palabras clave:** Equipo multidisciplinario, cuidado de enfermería, labio leporino, fisura del paladar.

## Abstract

**Introduction:** Lip and/or palatine fissure is a birth defect characterized by a cleft in the upper lip as a result of a defective embryonic bond that affects the internal maxillary and nasal extensions. Patients born with this abnormality have swallowing, speech, hearing deficit, chewing, breathing, dental problems, physical appearance, mid-third of the face growth and impaired self-esteem.

**Objective:** To determine multidisciplinary therapeutic development in lip and/or palatine fissure supported by hospital nursing care. **Method:** Hermeneutic paradigm, documentary review and descriptive type. Theoretical search from Google academic, Scielo, Redalyc, university repositories, studies carried out in the last ten years, related to multidisciplinary intervention and nursing care in children with palatine lip fissure. 75 papers were reviewed, of which 42 of the subject was selected as sample with precision, to consolidate a more specific knowledge related to the interaction of professionals from different professionals in the management of the health of this affected population. The multidisciplinary and interdisciplinary approach is important, the anomaly results in multiple problems at the level of food, breathing, phonation, hearing,

aesthetics, dental and psychological development among others. Nursing develops important functions from hospital care, feeding, training processes for caregivers and specialized accompaniment for the autonomy of patient and family care.

**Keywords:** Multidisciplinary team, nursing care, leporino lip, palate fissure.

## **INTRODUCCIÓN**

Gozar de una buena salud repercute en la plenitud de la vida, y con respecto a la salud bucodental, es importante conservarla. Según la OMS y otros autores, la salud bucodental la definen como la ausencia de dolor orofacial, cáncer de boca o de garganta, infecciones y llagas bucales, enfermedades periodontales, caries, pérdida de dientes y otras enfermedades, y trastornos que limitan en la persona afectada la capacidad de morder, masticar, sonreír y hablar, al tiempo que repercuten en su bienestar psicosocial<sup>1-4</sup>.

Con relación a esos trastornos, uno de ellos es la fisura labiopalatina (FLP), dado que limita la capacidad de morder. Es una malformación cráneo facial frecuente en los neonatos. La patogenia se explica como una falla en la fusión de los tejidos que darán origen al labio superior y al paladar. Durante el desarrollo embrionario la boca primitiva inicia su formación entre los días 28 y 30 de gestación con la migración de células desde la cresta neural hacia la región anterior de la cara. Entre la quinta y la sexta semana los procesos frontonasales y mandibulares derivados del primer arco faríngeo forman la boca primitiva. Posteriormente, los procesos palatinos se fusionan con el tabique nasal medio, formando el paladar

y la úvula entre los 50 y los 60 días del desarrollo embrionario<sup>5-7</sup>.

Por su parte, desde la postura de Philp Sapp y colaboradores, el labio fisurado se define “como un trastorno del desarrollo, caracterizado por un defecto en forma de cuña que es consecuencia de una ausencia de fusión de las dos partes del labio en una sola estructura” y el paladar fisurado como “un defecto del desarrollo del paladar caracterizado por la ausencia de fusión completa de las dos crestas palatinas, produciéndose una comunicación con la cavidad nasal”<sup>8</sup>.

Este defecto craneofacial no solamente provoca una alteración en la funcionalidad del sistema estomatognático, sino que también requiere de la intervención multidisciplinaria para abordar el cuidado, la salud, la autopercepción, componentes psicológicos, el seguimiento del crecimiento y desarrollo de estas estructuras como de la relación equilibrada con la familia y el entorno, pues su tratamiento prolongado comienza desde el nacimiento hasta la adolescencia.

Así mismo, estudios reportan que la anomalía se genera por factores genéticos y ambientales. Con respecto a las posturas de algunas teorías genéticas, afirman que existen genes envueltos (poligenicidad) con un nivel variable que puede producir la deformidad. Ante esta circunstancia existe un gen recesivo con penetración reducida que, por un mecanismo de heterogeneidad,

tiene influencia para la manifestación del defecto, especialmente el gen denominado MSX1. Se ha podido asociar una gran cantidad de locus a genes candidatos, usando diversos estudios, que incluyen GWAS (mapeo de genoma completo), análisis por ligamiento y otros, permitiendo identificar genes y asociarlos con las fisuras orales. Los genes más estudiados que presentan asociaciones positivas para fisuras son TGFB3, MSX1, VAX1, BMPs, entre otros<sup>9</sup>.

Por su parte, los factores ambientales se relacionan con la ingesta de fármacos, nicotina y alcohol, algunos contaminantes suspendidos en la naturaleza, también por enfermedades crónicas de la madre, déficit de folatos, infecciones virales, hipoglicemias, estrés, desnutrición extrema, entre otros<sup>10</sup>. Todos estos son influyentes durante el primer trimestre de la gestación.

Además, la fisura labiopalatina (FLP), es una de las anomalías congénitas más frecuentes en el ser humano y se destaca por su larga expectativa de vida y compleja etiología. Las poblaciones asiáticas y suramericanas registran las más altas tasas de prevalencia de esta entidad (1/500-1/700), mientras que en los individuos de raza africana la proporción es de 1/2.500<sup>11</sup>. La de mayor frecuencia de fisura palatina aislada se acentúa en países como Canadá y el norte de Europa. Mientras la fisura de labio con o sin compromiso de paladar por género es más frecuente en hombres, la fisura de paladar aislada es más frecuente en mujeres<sup>12</sup>.

En Chile, según el Latin American Collaborative Study of Congenital Malformations (ECLAMC), la incidencia promedio entre el 2001 y 2010 en los hospitales participantes de un estudio para la fisura de paladar fue de 0,7 por 1000 RN vivos, y para la fisura de labio de 1,4 por 1000 RN vivos; no se encontró una diferencia significativa con lo encontrado entre los años 1982-1994<sup>13</sup>.

En Colombia su prevalencia es de 1,5 por cada 1000 nacidos<sup>14-16</sup>, según estudios realizados en Bogotá, Cali, Cartagena. Aunque la evidencia científica a nivel nacional es escasa, un estudio realizado en salud bucal en el año 1998 acerca de labio y paladar fisurado congénito en la población colombiana encontró que alrededor de la mitad de la población no presentaba corrección de la fisura del paladar, aun cuando por las implicaciones sociales de esta patología se hace necesaria la atención integral durante un largo periodo de la vida del paciente y la necesidad de contar con la intervención de un grupo interdisciplinario de profesionales<sup>5</sup>. Otros estudios referenciaron que 1 de entre 1015 habitantes, e identificada la anomalía en niños menores de 14 años; tienen cierta influencia factores como la pobreza y el bajo nivel educativo de los padres<sup>17,18</sup>.

**Tabla 1. Incidencia de labio leporino y paladar hendido en Sudamérica 1982 a 1998 tasa por 1.000**

País	No. de Nacimientos	Labio leporino	Paladar hendido	Tasa global
Argentina	1.122.870	1,16	0,36	1,52
Bolivia	79.296	2,28	0,21	2,50
Brasil	754.657	1,01	0,39	1,40
Chile	297.583	1,13	0,46	1,59
Colombia	68.089	1,03	0,30	1,38
Ecuador	56.199	1,05	0,37	1,42
Paraguay	94.433	1,19	0,36	1,55
Perú	72.860	0,81	0,06	0,87
Uruguay	181.275	0,85	0,37	1,22
Venezuela	255.627	0,77	0,33	1,10
Total	2.982.889	1,09	0,36	1,45

**Fuente:** ECLAMC (1999). Documento final XXXI. Reunión final

Con la Tabla 1 se muestran cifras de tasas según distintos países; en el Sistema de Vigilancia del Estudio Colaborativo Latino Americano de Malformaciones Congénitas (ECLAMC), reportaron para Bolivia entre 1982 y 1998 una tasa de 2,28 de casos labio leporino; por su parte, Colombia indicó cifras de 1,03 por cada 1.000 nacimientos.

Para noviembre de 2016, la ECLAMC reportó en su 48ª reunión anual en Buenos Aires tasas expresadas por 10.000 nacimientos en el informe 2012-2015 expuesto por el Hospital Fundación Valle de Lili. Cali-Colombia con tasas de Paladar Hendido de 2,68 así como de labio Leporino expresado en tasas de 16,08 respectivamente<sup>19</sup>.

Se han venido investigando las principales causas que pueden originar malformaciones, en este orden se ha escrito que el factor genético, origen ambiental o una combinación de ambas causas está influyendo en la evidencia de la patología, y con respecto a datos recopilados de madres de recién nacidos con defectos de

nacimiento y madres de bebés con control normal, en hospitales de Bogotá, Neiva y Cartagena, de 1982 a 1993, bajo la metodología de ECLAMC-VERACC, se consideró que los antecedentes familiares de un familiar de primer grado con anomalía congénita, edad materna, multiparidad, metrorragia, ingestión de medicamentos, consumo de alcohol, tabaquismo, exposición a factores físicos, inmunización y pesticidas durante el primer trimestre pueden ser factores influyentes.

En dos estudios expresan cómo las anomalías congénitas particulares, debido a su número suficiente de individuos afectados, muestran diferencias estadísticas significativas entre los casos y las personas de control debido a su relevancia clínica. Estas anomalías fueron: labio leporino con o sin paladar hendido, polidactilia, síndrome de Down, pero en su aparición la anomalía no se asocia con otras malformaciones y es de causa multifactorial, como genético y ambiental<sup>20,21</sup>.

La patología de labio y paladar fisurado hace parte del plan obligatorio de salud (POS) o plan de beneficios del sistema general de seguridad en salud y se encuentra en enfermedades ruinosas y catastróficas (secretaría distrital de salud). Su tratamiento es garantizado por el sistema de salud debido a que es considerada una enfermedad de origen genético o congénito<sup>22</sup>.

Según la Constitución nacional de Colombia, todo niño tiene derecho a la salud, a la vida, a la seguridad social

y a la atención integral de menores para el caso que se expone: de labio leporino, paladar hendido y/o malformaciones; existen apoyos a las madres y al grupo familiar de menores con anomalías congénitas o algún tipo de discapacidad<sup>23</sup>.

Los niños que nacen con esta anomalía, en especial los que sufren la separación de uno o de ambos lados de la boca, necesitan un tratamiento especializado y multidisciplinario para su rehabilitación. Por ocurrir esta anomalía en la cara, estos pacientes tienen limitaciones en su desarrollo normal personal, afectivo y psicosocial, de tal manera que tienen problemas de deglución, del habla, audición, masticación, respiración, dentales, apariencia física, crecimiento del tercio medio de la cara, de autoestima y de relaciones interpersonales, lo cual provoca, además, un problema económico, debido a los costos y prolongados tratamientos que comienzan desde el momento del nacimiento y se extienden hasta la adolescencia<sup>24,25</sup>.

Es necesario resaltar que los padres requieren de una mayor orientación para conducir a sus hijos a las terapias de tratamiento que son de larga data, además, debe tenerse presente que los progenitores mayormente sufren un impacto emocional inicial y de la forma como reaccionen se empoderarán o no de los cuidados con sus hijos. Ante esta situación se amerita de una intervención interdisciplinaria como soporte a padres y familia, entre estos, desde el cuidado de enfermería.

En este sentido, muchos de estos tipos de defectos son intervenidos tanto interdisciplinar como quirúrgicamente, pero es importante tener un proceso previo con el paciente y cuidador para que se acoplen en su interacción hacia un cuidado más sostenido en el tiempo, mientras se espera un desarrollo físico apropiado. Es por esta acción interdisciplinar que enfermería juega un rol importante, partiendo del cuidado directo con el paciente y la familia, así como de la información con procesos de capacitación y orientación a padres, y en segunda instancia, cuando el niño comprende los adecuados manejos y autocuidados, debido a que en su etapa infantil están ocurriendo cambios psicosociales.

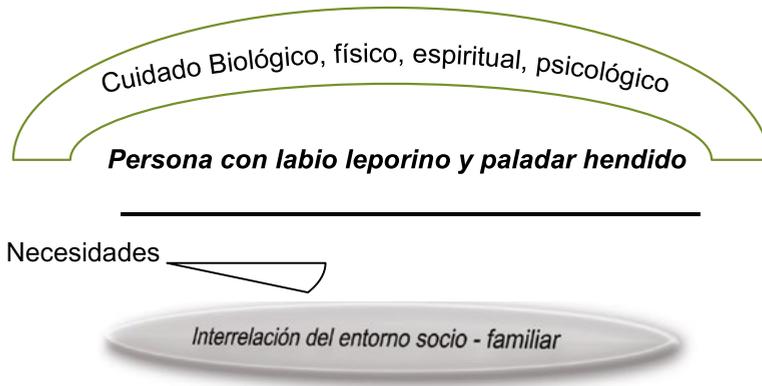
Desde la comprensión crítica con base en la revisión de autores se estableció como objetivo determinar el desarrollo terapéutico multidisciplinar en la fisura labial y/o palatina con sustento de un cuidado de enfermería.

## **CUIDADO DE ENFERMERÍA EN NIÑOS CON ALTERACIÓN LABIOPALATINA**

La enfermería como disciplina se considera un arte, en el sentido que orienta sus acciones al cuidado integral de la vida y de la salud del ser humano, bien sea a individuos o colectivos. Sus dos elementos esenciales son el profesional y el disciplinar, este último representa los conocimientos científicos de estudios relacionados con el cuidado, la esencia misma de la profesión, respondiendo a necesidades específicas de atención donde se vela por un cuidado con calidad<sup>26</sup>.

La enfermera y teórica Jean Watson, considerada pionera de la integración de las humanidades, las artes y la ciencia, autora de la teoría del cuidado humano, define y explica que el cuidado se manifiesta en la práctica interpersonal que tiene como finalidad promover la salud y el crecimiento de la persona. Dentro de su teoría desarrolló una serie de conceptos, incluyendo el cuidado transpersonal que se caracteriza por el compromiso moral de la enfermera por proteger y realzar la dignidad humana como el más profundo/más alto Yo; el conocimiento de la enfermera transmitido para conservar y honrar el espíritu incorporado, por lo tanto, en no reducir a la persona al estado moral de un objeto.

Algunos estudios indican la necesidad de enfatizar los cuidados hacia la visión humanística por sobre la resolución de las necesidades biológicas y el área procedimental de enfermería, y se estima que el cuidado debe ser abordado desde el punto de vista biológico, espiritual y emocional<sup>26</sup>. En esta correspondencia, los pacientes con labio leporino y paladar hendido requieren de cuidados especializados y compromete al cuidado de enfermería en su dimensión humana. Así mismo, deben identificarse las necesidades de cuidado biológico, físico, espiritual, psicológico y su interrelación con el entorno socio-familiar (Ver Figura 1).



**Figura 1. Interacción del cuidado de enfermería en niños con LFPH**

Fuente: Elaboración propia Aldana-Rivera, 2020

En los planteamientos de Sarter, acogidos desde Jean Watson, refiere que los cuidados transpersonales incluyen: el alma (espíritu, o interior de sí), el dualismo (experiencias subjetivas/objetivas), la armonía, la casualidad y el tiempo, la evolución espiritual, y la autotranscendencia, aspectos que han estado siempre presentes en enfermería pero que han sido subvalorados por el enfoque positivista y tecnológico. Esta teoría existencialista tiene la necesidad de rescatar los elementos fundantes del cuidado que, en último término, permitirán su trascendencia<sup>27,28</sup>.

Por ello es importante acoger tales elementos para fundamentar un cuidado integral en niños con esta clase de alteraciones, para acrecentar la autoestima, desarrollar una energía de su ímpetu en las interrelaciones con otros y el medio que los rodea, atribuyendo la armonía en su manifestación personal en complementación de su desarrollo mental, físico y del alma.

En complemento de la postura disciplinar del cuidado, la autora Betty Neuman, establece que enfermería es la única profesión en la cual se manejan todas las variables que afectan la respuesta del individuo. En complemento, Lyer señaló que la enfermería abarca características espirituales, sociales y aspectos psicológicos y físicos de la persona<sup>28</sup>.

Dado esto, el cuidado integral de enfermería es íntegro y de calidad en todas las dimensiones que acogen al ser humano. Cuando el profesional de enfermería aborda al niño con fisura labial, lo hace desde lo más íntimo hasta lo más social, midiendo los factores implícitos en el caso y que afecten a este. Cuando se define holismo, se entiende como “el cuidado humano, significa tratar a la persona como le gustaría ser tratado”<sup>29</sup>. Todas las personas merecen un trato humanizado como espejo de la atención que le gustaría recibir, y más aún en las condiciones físicas y de discapacidad que les pueda permitir ser dependiente para su mejoría.

Para lograr este objetivo se deben tener en cuenta tres factores importantes: Primero, la experiencia, esta representa un ámbito en el cual el mundo y nuestra experiencia de él se hallan todavía unidos. Las sensaciones no se separan y los sentimientos del contexto total de las relaciones mantenidas juntas continúan en una unidad de la experiencia. El segundo factor es la expresión, la obra expresiva por excelencia se demuestra en el arte y la capacidad expresiva humana por excelencia

para mostrarse es el lenguaje, hablado, escrito y corporal, el diálogo y la conversación en la relación interpersonal constituyen prácticas que permiten descifrar la experiencia humana.

Y por último la comprensión, que para alcanzarla es necesaria la integración de todos los poderes mentales de la aprehensión. El acto de comprender, “implica una apertura intelectual o cognoscitiva (captación de lo objetivo), afectiva (sentir) y volitiva (querer), al complejo mundo de las experiencias humanas, pues es el ser humano entero, todo su ánimo, el que comprende”<sup>28</sup>.

Entonces, si enfermería se considera un arte y ciencia humana, en preocuparse por el cuidado de la salud del ser humano a la sazón de comprender, en primer lugar, sus experiencias o vivencias respecto a la salud; entonces esta perspectiva filosófica confirma la necesidad de abordar el cuidado de este tipo de usuarios de manera integral<sup>30</sup>.

## MÉTODO

El estudio se realizó desde un paradigma hermenéutico y descriptivo de autores, consultados en plataformas científicas como Google académico, Scielo, Redalyc, repositorios de universidades, incluyendo estudios con fecha de publicación igual o superior al año 2010 relacionados con el cuidado en niños con fisura labiopalatina.

Se utilizó un total de 70 artículos, de donde se tomaron 42 de estos con precisión del tema, los cuales destacan el

cuidado integral e intervenciones de enfermería, enfatizando en las propuestas por los autores aspectos como: etiología del labio leporino y/o fisura palatina, afrontamiento de padres de niños con labio leporino y/o fisura palatina, epidemiología e incidencia del labio leporino y/o fisura palatina, cuidado y rehabilitación de niños con labio leporino y/o fisura palatina, orientación inicial, calidad de consejería y forma de alimentación en niños fisurados, ultrasonografía 3D en la evaluación labio leporino, caracterización terapéutica de pacientes con malformaciones labiopalatinas y manejo del paciente con fisura labio-palatina. Se excluyeron aquellos artículos que hablaban sobre alguna otra malformación física y facial, y artículos con fechas fuera del periodo elegido.

## **RESULTADOS**

Se requiere de la conformación de un equipo multidisciplinar en el cual recientemente, además del equipo base de pediatra, cirujano, otorrinolaringólogo, fonoaudióloga, odontólogo pediatra, psicóloga y genetista, se ha incluido a enfermería como con trabajo social; es converger en puntos compartidos y hacer explícita su participación para responder a las necesidades particulares de los procedimientos requeridos por los pacientes con LFPH, por ejemplo, con la alimentación, las pautas impartidas a la familia, teniendo en cuenta que a esta población debe proporcionársele un cuidado continuo a través de sus etapas preescolar, escolar y adolescente<sup>31</sup>. Cada vez más se requiere de cuidados especializados para con este tipo

de pacientes y por tanto de una formación con competencias específicas para estos casos.

Los niños con fisura labial y/o palatina, durante su crecimiento y desarrollo requieren de varias cirugías; en este sentido, al corregir el defecto se mejora la estética física. Estas cirugías y tratamientos continuos se realizan a lo largo de las etapas de su vida, en este proceso se minimizan los complejos –con apoyo psicológico–, ya que su aspecto estético lo ven como una alteración de su imagen y como consecuencia afecta su desarrollo en cualquier ámbito que los rodee<sup>32</sup>.

La Tabla 2 muestra un cronograma terapéutico con pacientes con labio leporino y paladar hendido, la cual debe abordarse con un equipo de salud multidisciplinario e interdisciplinario para planear un largo proceso de intervenciones desde varias esferas de la persona objeto de cuidado. Esta anomalía trae en el paciente consecuencias y múltiples problemas en su alimentación, respiración, fonación, audición, estéticos, desarrollo dental y psicológico. Es por esto que resulta importante el trabajo colaborativo, incluyendo la valiosa ayuda de sus padres, evaluando en conjunto cada caso y elaborando un claro y estructurado plan de acción<sup>33,34</sup>.

**Tabla 2. Cronograma terapéutico para pacientes con labio leporino y paladar hendido**

Edad del paciente	Medidas Terapéuticas
Dentro de los primeros 4 meses de edad	Presentación del niño, historia clínica integral
4 meses de edad	Tratamiento ortopédico maxilofacial temprano, si fuese necesario
4 a 6 meses	Cierre quirúrgico de la fisura labial y alveolar, eventualmente con osteoplastia (paladar), control OTRL si fuese necesario, control de los padres por psicología
15 a 20 meses	Estafilorrafia o solo una veloplastia, Control ORL. Intervención si fuese necesario, control de los padres por psicología
2 años	En fisuras dobles intervención de la segunda fisura maxilar y labial restante
A partir de los 2 años	Control de la erupción dental. Si es necesario primeras medidas de ortopedia funcional, control de caries de dentadura decidua, control ORL. Intervención si fuese necesario, control de los padres por psicología
A partir de los 3 años	Comienzo de terapia del lenguaje, indicaciones de los padres al respecto
Entre los 5 a 6 años (comienzo de la escolaridad)	Cierre quirúrgico de fisuras residuales y otras correcciones secundarias (si estas persisten), intervención foniatría intensa, control del niño por psicología
8 a 12 años	Correcciones quirúrgicas para mejorar el lenguaje (velofaringoplastia), comienzo del tratamiento de ortopedia funcional o de ortodoncia de ser necesario
Hasta los 14 años o más	Continúa tratamiento de ortopedia funcional o de ortodoncia. Ayuda foniatría de ser necesario
Después de los 12 años hasta la adultez	Correcciones secundarias en labios
Después de los 15 años	Correcciones de la nariz, correcciones de hipoplasias maxilares, medidas protésicas y ortodoncias

**Fuente:** Sandner O. Tratado de cirugía oral y maxilofacial: Introducción básica a la enseñanza. Displasias craneofaciales. 2007 <sup>33</sup>

Es por ello, que algunos estudios exponen cierta violencia psicosocial por parte de los padres, caracterizada por decepción, impotencia y desesperación, que puede llevar a un periodo de severa crisis para ellos, preocupados por la malformación y el futuro de sus hijos. Es por esto la importancia de un diagnóstico oportuno y una información eficaz que los oriente hacia el especialista indicado a

cargo de un grupo interdisciplinario a fin de disminuir la ansiedad y responder todas las preguntas que se generan, pero lo más importante es señalar las pautas para el tratamiento<sup>24,35</sup>.

La fisura labial y o palatina genera impacto en cuanto a la calidad de vida y costos familiares e institucionales. En Latinoamérica es el segundo diagnóstico con mayor impacto al nacimiento, luego del síndrome de Down. Para su tratamiento, la “American Cleft Palate-Craniofacial Association” recomienda la creación de equipos interdisciplinarios que permitan realizar un seguimiento a lo largo del nacimiento del menor. Teniendo en cuenta la morbilidad pediátrica y el impacto que genera el papel que desempeña el equipo interdisciplinario, es fundamental conocer sobre las guías que direccionen el tratamiento para esta población<sup>36</sup>.

## DISCUSIÓN

Según Zamora, Zavala Pastrana, Cisneros Domínguez y Cols., en Caracterización clínico-epidemiológica de pacientes con malformaciones labio palatinas, estudio realizado sobre la frecuencia de labio leporino y paladar hendido al momento del nacimiento, del 2006 al 2010 se encontró una prevalencia de 1,2 y 1,8 por cada 1,000 nacimientos<sup>37</sup>. El grupo de edad materna más frecuente fue de 21 a 35 años. Más de la mitad de las madres procedían del área urbana, el nivel de escolaridad predominante fue la primaria, seguido de la secundaria, y en

menor proporción eran analfabetas y universitarias. El 70 % de ellas eran amas de casa y en menor proporción eran desempleadas<sup>38</sup>. La frecuencia del labio hendido, con paladar hendido o sin él, varía de 0,8 a 1,6 casos por cada 1000 nacimientos (valor medio de 1/1000). Las variantes de este margen se deben a diferentes condiciones biológicas, raciales y geográficas<sup>24</sup>.

Labio leporino y fisura palatina, una guía para padres, pretende informar sobre esta anomalía para guiarlos en las distintas fases de este proceso. Perseguir es obtener un resultado satisfactorio en los diversos aspectos (psicológicos, estéticos, de la audición y el habla, y desarrollo de la dentición y masticación) que están afectados por la malformación, para que el niño alcance su desarrollo normalmente, hablar de un modo comprensible y no presentar estigmas estéticos que le dificulten su vida, la relación con sus padres y con la sociedad<sup>39</sup>.

Las madres son quienes asumen principalmente la responsabilidad frente al cuidado de sus hijos con dicha condición, evidenciado por el rol maternal que se establece desde el periodo de gestación. Son ellas las que asumen la mayor parte del compromiso de sacar adelante a sus hijos<sup>24</sup>. De acuerdo con los autores anteriores, existe una prevalencia promedio de 1,2 y 1,8 de niños nacidos con labio leporino, siendo sus madres personas con niveles de escolaridad bajos que habitan en la ciudad, mujeres adultas jóvenes, necesitando una gran participación por parte de todos los equipos interdisciplinarios para ayudar

con las técnicas adecuadas para el tratamiento, recuperación y rehabilitación del niño.

Además, es importante desde las organizaciones la acción demandante por parte de los directivos al ejercer sus funciones administrativas mediante el liderazgo dentro de su proceso de gestión, donde sus competencias, habilidades y actitudes sirvan de apoyo para desarrollar un mejor desempeño profesional por parte del talento humano y estén en capacidad de influir, dirigir y motivar equipos de trabajo, orientándolos hacia la consecución de metas compartidas a través de una mejora continua<sup>40</sup>. Para lo expuesto desde la conformación de equipos multidisciplinarios enfocados en una misma área o de compartir acciones en bien del ofrecimiento de un servicio con calidad para los pacientes con fisura labiopalatina.

Requiere también del compromiso, intenciones de esfuerzo mutuo por parte de los profesionales de la salud, ya que tienen que asumir responsabilidades más complejas desde su profesión para responder a los requerimientos de calidad provistos para el sector salud en un mercado competitivo<sup>41</sup>.

## **CONCLUSIONES**

El abordaje interdisciplinar es fundamental para la intervención de los pacientes con fisura labio palatina pues permite indagar y tratar con mayor éxito la patología desde que nacen y a través de su desarrollo para tratarlos integralmente. La creación de estos equipos

interdisciplinarios requiere de la colaboración y articulación de varios especialistas que trabajen coordinadamente en la evaluación y tratamiento de las deficiencias y problemas del fisurado, desde esfuerzos particulares y opiniones, tratando de trabajar armónicamente y con liderazgo.

Según la complejidad de la deformidad en la fisura labio-palatina, se requiere un enfoque de rehabilitación interdisciplinaria con intervención de varias especialidades, como ortodoncia, fonoaudiología, odontólogo pediatra, otorrinolaringología, genetista, cirugía plástica, cirugía maxilo facial, psicología, enfermería, trabajo social, entre otros. Todo en un sentido de beneficio para el niño<sup>42</sup>.

Enfermería juega un papel importante en su accionar propio, fundamentándose en teorías para sus buenas prácticas, teniendo en cuenta que los pacientes con fisura labiopalatina necesitan un cuidado complejo, íntegro y humanizado. Tal cuidado especializado se sustenta desde los postulados de Jean Watson, quien manifiesta que se debe cambiar la actuación frente al paciente y sugiere características de cuidado frágil y delicado, así como el integrar la intervención con calidad y beneficio en el paciente.

## **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. Organización Mundial de la Salud. Salud Bucodental. Centro de prensa. 2012. Nota informativa N°318.

Consultado en: <https://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/es/>

2. Godoy RE, Godoy SA, Godoy SF, Monasterio AL, Suazo AG. Manejo del paciente con fisura labio-palatina en Arica: Experiencia de 15 años. 2010. Rev. Otorrinolaringol. Cir. Cabeza Cuello. 70(2): 139-146. Disponible en: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0718-48162010000200008&lng=es](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48162010000200008&lng=es). <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48162010000200008>.
3. Freitas J, Neves L, Almeida A, Garib D, Trindade-Suedam I, Yaedú R et al. Rehabilitative treatment of cleft lip and palate: experience of the Hospital for Rehabilitation of Craniofacial Anomalies/USP (HRAC/USP) - Part 1: overall aspects. 2012; J Appl Oral Sci. 20(1):9-15.
4. Bedón Rodríguez M, Villota González L G. Labio y paladar hendido: tendencias actuales en el manejo exitoso. 2012. Rev. Archivos de Medicina, 12(1), 107-119. Universidad de Manizales Caldas, Colombia.
5. Guía de manejo de pacientes con labio y/o paladar hendido. Fundación Hospital de la misericordia. 2009 p.3. Consultado en: [http://www.odontologia.unal.edu.co/docs/habilitacion\\_homi/7.%20Guia%20de%20manejo%20de%20pacientes%20con%20labio%20y%20paladar%20hendido.pdf](http://www.odontologia.unal.edu.co/docs/habilitacion_homi/7.%20Guia%20de%20manejo%20de%20pacientes%20con%20labio%20y%20paladar%20hendido.pdf)
6. Ranta R. Comparison of tooth formation in noncleft and cleft-affected children with and without hypodontia. ASDC J Dent Child 1982; 49:197-9.

7. Gutiérrez Prieto S, Otero Mendoza, L. Etiología genética del labio y paladar fisurado e hipodoncia ¿entidades que comparten un mismo gen? Universitas Odontológica. 2006; 25(57):34-40. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=231220955006>
8. Sapp P., Eversosle L, y Wysocky G. Patología Oral y Maxilofacial Contemporánea. Segunda edición. España: Harcourt Brace; 1998. pp.27-29. Disponible en: [https://books.google.com.co/books?id=quNVww-FOmfgC&printsec=frontcover&redir\\_esc=y#v=onepage&q&f=false](https://books.google.com.co/books?id=quNVww-FOmfgC&printsec=frontcover&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false)
9. Araya C., Encalada P. y Vargas J. Etiología genética de la formación de las fisuras labio/palatinas, estado del arte: reporte de casos y revisión de la literatura. Departamento de Prevención y Salud Pública Odontológica. Facultad de Odontología, Universidad de Concepción, Chile. Unidad Ortodoncia, Hospital Las Higueras de Talcahuano. p.2. Consultado en: <http://repositorio.udec.cl/bitstream/handle/11594/1634/ETIOLOG%CDA+GEN%C9TICA+DE+LA+FORMACI%D3N+DE+LAS+FISURAS+LABIO+ALVEOLO+PALATINAS.Image.Marked.pdf?sequence=1>.
10. Bedón M, Villota. Labio y paladar hendido: tendencias actuales en el manejo exitoso. 2012. Archivos de Medicina (Col), 12 (1), 107-119. Consultado en: <http://www.redalyc.org/html/2738/273824148010/>.

11. Carinci F., Pezzetti F., Scapoli L., Martinelli M, Carinci P, Tognon M. Genetics of nonsyndromic cleft lip and palate: a review of international studies and data regarding the Italian population. *The Cleft Palate-Craniofacial Journal* 2002; 37(1): 33-40.
12. Mossey P., Little J., Munger M, y S.W. «Cleft lip and palate,» *Lancet*, 2009. 374(21), 177-385.
13. Guía Clínica Auge. Fisura Labio palatina. Subsecretaría de Salud Pública División de Prevención y Control de Enfermedades Departamento de Salud Bucal. Ministerio de Salud. Septiembre 2015, Gobierno de Chile.
14. García J, Caro M. Epidemiología y factores de riesgo en pacientes con hendiduras orales en poblaciones colombianas ubicadas a una altitud superior a los 2000 metros sobre el nivel del mar. 2009. *Acta Otorrinolaringólogo Cir Cabeza Cuello*; 37(3):139-147.
15. Bedon-Rodriguez M, Villota-Gonzales L. Labio y paladar hendido: Tendencias actuales en el manejo exitoso. 2012. *Archivos de medicina*. 12(1), 107-119-147.
16. Duque AM, Estupiñan BA, Huertas PE. Labio y paladar fisurados en niños menores de 14 años. *Colombia Médica* 2002; 33: 108-112.
17. Bedón M, Villota I. Labio y paladar hendido: tendencias actuales en el manejo exitoso. 2012. *Archivos de Medicina (Col)*, 12(1), 107-119. Consultado en: <http://www.redalyc.org/html/2738/273824148010/>.

18. Carinci F, Pezzetti F, Scapoli L, Martinelli M, Carinci P, Tognon, M. Genetics of nonsyndromic cleft lip and palate: a review of international studies and data regarding the Italian population. 2002. The Cleft Palate-Craniofacial Journal; 37(1): 33-40.
19. Eclamb. 48a. Reunión Anual. Buenos Aires. 13-19 de Noviembre de 2016. En: <http://www.eclamc.org/descargas/DOCUMENTO%20FINAL%20RAE48.pdf>
20. Lammer E, Shaw GM, Iovannisei D., Van Waes J, Finnell RH. Maternal smoking and risk of orofacial clefts. 2004. Epidemiology; 15: 150-625. Shaw, GM, Carmichael, SL, Laurent C, Rasmussen SA. Maternal nutrient intakes and risk of orofacial clefts. Epidemiology 2006; 17: 285-91.
21. Méndez Pardo, A., López Saavedra, E. Patologías prevalentes en hospitalizados con labio leporino y/o Paladar Hendido del Hospital Materno-Infantil "Germán Urquidí", 2011. Rev. Científica Ciencia Médica; 14(2): 16-19. Consultado en: [https://www.redalyc.org/pdf/4260/Resumenes/Resumen\\_426041223005\\_1.pdf](https://www.redalyc.org/pdf/4260/Resumenes/Resumen_426041223005_1.pdf)
22. Secretaria Distrital de Salud, 2013. Bogotá, Colombia.
23. Gonzales M, Henao Mendoza G. Sentencia T-170/10; marzo 8 D.C. Obtenible en <http://www.corteconstitucional.gov.co/RELATORIA/2010/T-170-10.htm>. Cisneros
24. Cisneros Domínguez G, Castellanos Ortiz B, Romero García L I, Cisneros Domínguez C, M. Caracterización terapéutica de pacientes con malformaciones

- labiopalatinas. 2013. MEDISAN ; 17(9): 5018-5026. Santiago de Cuba, Cuba. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1029-30192013000900009&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192013000900009&lng=es).
25. Uribe Querol E. ¿Qué sabe usted acerca de... malformaciones congénitas? 2008. Rev Mex Cienc Farmac.
  26. Fawcett, J. Criteria for Evaluation of Theory. (2005). Nursing Science Quarterly 18(2), 131-135
  27. Suêuda M, da Silva M, de Oliveira M. Evaluación de la aplicabilidad de la teoría de Watson en un estudio empírico. 2007. Revista de enfermería integral; 6:15-18.
  28. Sarter B. Philosophical sources of nursing theory. En Reed PG, Shearer N, Nicoll L. 2004. Perspectives of nursing theories. 4 ed. USA: Lippincott Williams & Williams; cap. 32.
  29. Urra M E, Jana A A, García V M. algunos aspectos esenciales del pensamiento de Jean Watson y su teoría de cuidados transpersonales. 2011. Cienc. Enferm. 17(3): 11-22. Disponible en: [http://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-95532011000300002&lng=es](http://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532011000300002&lng=es). <https://doi.org/10.4067/S071795532011000300002>
  30. Rivera MS, Herrera LM. Fundamentos fenomenológicos para un cuidado comprensivo de enfermería. 2006. Texto & Contexto Enfermagem, 15, 158-163 Universidade Federal de Santa Catarina Santa Catarina, Brasil.

31. Guerrero-Abello P, Ariza-Araujo, y Caycedo-García DJ. Necesidad de guías clínicas para el manejo integral de pacientes con labio paladar hendido. 2016. Rev. Salud Pública 18(1). p.9. Colombia.
32. Vargas JC. De la formación humanística a la formación integral: reflexiones sobre el desplazamiento del sentido y fines de la educación superior. 2010. Praxis filosófica; 30: 145-67. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=209019322008>
33. Sandner O. Tratado de cirugía oral y maxilofacial: Introducción básica a la enseñanza. 2007. Displasias Craneofaciales. Caracas: Ed. Amolca.
34. Lemos Roca, Jorge LLR, Almeida LS, Castro AC. Visões dos enfermeiros sobre a assistência holística ao cliente hospitalizado. 2010. Rev. Eletr. Enf. 12(2):354-9. En: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v12i2.5544>.
35. Godoy R. E, Godoy S Alejandro, Godoy S Fernando, Monasterio A L, Suazo A G. Manejo del paciente con fisura labio-palatina en Arica: Experiencia de 15 años. 2010. Rev. Otorrinolaringol. Cir. Cabeza Cuello; 70(2): 139-146. Disponible en: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0718-48162010000200008&lng=es](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48162010000200008&lng=es). <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48162010000200008>.
36. Fierro C, Salazar E, Bravo L, Pérez M. Orientación inicial, calidad de consejería y forma de alimentación en niños fisurados. 2013. Odontoestomatología; 15(21): 12-19. Disponible en: <http://www.scielo>.

edu.uy/scielo.php?script=sci\_arttext&pid=S1688-93392013000100003&lng=es)

37. Mejía A, Suarez, D. Factores de riesgo materno predominantes asociados con labio leporino y paladar hendido en los recién nacidos. 2012. Investigación materno infantil. pp.55-62. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/imi/imi-2012/imi122a.pdf>.
38. Guerrero, P, Ariza, Caycedo D, Pachajoa H. Necesidad de guías clínicas para el manejo integral de pacientes con labio paladar hendido. 2016. Rev. Salud pública. 18(1): 82-94. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0124-00642016000100008&lng=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642016000100008&lng=en). <http://dx.doi.org/10.15446/rsap.v18n1.41884>.
39. Zamora D, Zavala X. Prevalencia, características clínicas y epidemiológicas de labio leporino y/o fisura palatina en recién nacidos del Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales de la ciudad de León en el período comprendido entre el año 2006 a 2010. [Tesis]. León, Nicaragua 9.
40. Lechuga-Cardozo J, Leiva-Cordero O, Casallo-Antúnez A M. Liderazgo y desarrollo humano sostenible. En: Prieto Pulido R, Garcia Guilianny J, Rincón quintero y Editores. Liderazgo: Tendencias emergentes para inspirar la gestión de personas en las organizaciones. Barranquilla: Ediciones Universidad Simón Bolívar; 2018. pp.53-74. Disponible en: <https://bonga.unisimon.edu.co/bitstream/handle/20.500.12442/3841/>

Liderazgo\_TendenciasEmergentesparaInspirar\_ gestion.pdf?sequence=1&isAllowed=y

41. Aldana-Rivera E, Tafur-Castillo J, Leal Guerra M. Compromiso organizacional como dinámica de las instituciones de salud en Barranquilla-Colombia. 2017. Rev. Espacios; 9(11). Disponible en: <https://www.revistaespacios.com/a18v39n11/a18v39n11p13.pdf>
42. Guerrero-Abello P, Ariza-Araujo Y., Caycedo-García D. J, Pachajoa H. Necesidad de guías clínicas para el manejo integral de pacientes con labio paladar hendido. 2016. Rev. salud pública; 18(1): 82-94. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0124-00642016000100008&lng=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642016000100008&lng=en). <http://dx.doi.org/10.15446/rsap.v18n1.41884>

**Cómo citar este capítulo:**

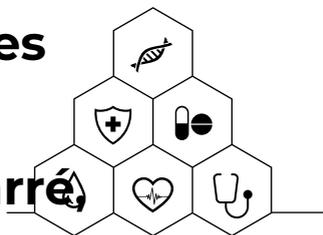
Aldana-Rivera EE, Tafur-Castillo J, Cano-Ibarra S, Montenegro-Rivera C, Rada Castañeda P. Terapéutica multidisciplinar y cuidado de enfermería al niño con fisura labio palatina. En: Lastre-Amell G. y Aldana-Rivera E.E. (Editores), Salud y Cuidado en curso de vida. Barranquilla: Ediciones Universidad Simón Bolívar; 2019. pp.19-47.



## CAPÍTULO 2

Artículo de revisión

# Cuidados en pacientes hospitalizados con alteraciones del síndrome Guillain-Barre período 2013-2018



*Care in patients hospitalized with alterations of the Guillain Barre, Syndrome period 2013-2018*

Mostapha Ahmad<sup>1</sup>  
Angélica García-Moreno<sup>2</sup>  
Merilyn Guerra-Ramírez<sup>3</sup>  
Miranda Iskell<sup>4</sup>

1 Enfermero. Magíster Ciencias Básicas en Ciencias Biomédicas. Universidad Simón Bolívar, Facultad de Ciencias de la Salud, Barranquilla, Colombia. Investigador Asociado. Colciencias. <https://orcid.org/0000-0002-3825-9478>  
mostapha.ahmad@unisimonbolivar.edu.co

2 Enfermera. Doctora en Ciencias Mención: Gerencia. Universidad Simón Bolívar, Facultad de Ciencias de la Salud, Barranquilla, Colombia. <https://orcid.org/0000-0003-2474-4381>  
agarcia87@unisimonbolivar.edu.co

3 Enfermera. Magíster en Enfermería. Universidad Simón Bolívar, Facultad de Ciencias de la Salud, Barranquilla-Colombia. <https://orcid.org/0000-0002-9398-5317>  
mguerra@unisimonbolivar.edu.co

4 Estudiantes, Universidad Simón Bolívar, Facultad de Ciencias de la Salud, Barranquilla, Colombia.

## Resumen

**Introducción:** La información científica documentada del síndrome de Guillain Barré en cuanto a valoración y cuidado es muy poca. Se considera de importancia que los profesionales de enfermería se preparen para la atención sanitaria ante las múltiples manifestaciones que afectan a los pacientes que padecen esta enfermedad, la oportuna y eficaz atención sanitaria en los pacientes disminuye los riesgos, complicaciones y secuelas después del evento. **Objetivo:** Planificar cuidados en pacientes hospitalizados con alteraciones del síndrome Guillain Barré. **Metodología:** Investigación documental que abarca una extensa revisión bibliográfica con el fin de recopilar, seleccionar y analizar los datos de interés que estén relacionados con el tema tratado. El estudio se realizó a partir de la búsqueda de bases de datos de producciones científicas publicadas en el período comprendido entre 2013-2018. **Resultados y conclusión:** En el presente trabajo se muestra información precisa sobre definición, etiología, fisiopatología, signos y síntomas característicos, diagnóstico y tratamiento correspondientes al desglose de la historia natural de la enfermedad, en la que se incluyó lo correspondiente en los diferentes niveles de atención. Se muestran datos estadísticos, se establecen objetivos, se identifican datos, se agrupa y jerarquiza de tal manera que, con base en ellos, se puedan establecer diagnósticos de enfermería prioritarios para la atención de pacientes con esta patología, en donde se incluyen los resultados a los que se quiere llegar con el paciente y planear esos resultados que se quieren lograr; al final se evalúan estos.

**Palabras clave:** Guillain-Barré, cuidados de enfermería, salud, rehabilitación.

## Abstract

**Introduction:** Bearing in mind that the documented scientific information regarding guillain syndrome in terms of assessment and care is very low, it is considered of great importance that nursing professionals prepare for health care in the face of the multiple manifestations that affect the patients who suffer from this disease, the timely and effective health care in these patients reduces the risks and complications and in a positive scenario avoid sequelae after said event. **Objective:** To plan care in hospitalized patients with alterations of the Guillain-Baré syndrome **Methodology:** The present study is a documentary research that includes an extensive literature review in order to collect, select and analyze the data of interest that are related to the subject. The study was conducted from the search of databases of scientific productions published in the period from 2013-2018. **Results and Conclusion:** In this work was developed to show accurate information on definition, etiology, pathophysiology, characteristic signs and symptoms, diagnosis and treatment, corresponding to the breakdown of the natural history of the disease, which included the corresponding in the different Attention levels, statistical data are displayed. Objectives are established, data are identified, grouped and hierarchized in

such a way that based on them, priority nursing diagnoses can be established for the care of patients with this pathology, where the results are included. Patient and the way to achieve those results is planned, in the end the results are evaluated.

**Keywords:** Guillain-Barré, nursing care, health, rehabilitation, patients.

## **INTRODUCCIÓN**

Debido al control que se ha llevado a nivel mundial sobre la poliomielitis, con respecto a las polineuropatías, el cuadro clínico que representa mayor interés es el síndrome de Guillain-Barré, siendo la causa más frecuente de parálisis aguda generalizada<sup>1</sup>.

Villareal y Cols, en un artículo de revisión en enfermería señalan que el SGB se manifiesta frecuentemente con una parálisis motora simétrica con o sin pérdida de la sensibilidad y en algunos casos con alteraciones de tipo autonómico<sup>2</sup>. Donde los pacientes sufren un trastorno devastador debido a su prolongada e inesperada aparición, a sus complicaciones, secuelas de la enfermedad, traumática recuperación y, en el peor de los casos, a la muerte<sup>2</sup>. Dada la escasa información que se tiene con respecto al SGB en cuanto a sus cuidados y valoración, es importante reconocer que el profesional se encuentra ante un desafío para proporcionar una atención sanitaria adecuada a los múltiples problemas que afectan a este tipo de pacientes<sup>3</sup>.

López E afirma que es necesaria la oportuna implementación de un plan de cuidados en síndrome de Guillain-Barré para así disminuir los riesgos y complicaciones, y

en el mejor de los casos evitar las secuelas<sup>4</sup>. El síndrome de Guillain-Barré Se ha observado que generalmente es precedido por infecciones de vías respiratorias o gastrointestinales, un gran porcentaje tienen un proceso de recuperación fiable, solo el 10 % a 15 % quedarán con secuelas permanentes y el resto morirá a pesar de los cuidados intensivos<sup>5</sup>.

Amaya R, et al. describen la importancia de llevar a cabo un manejo de atención multidisciplinario, en el que son de vital importancia los cuidados de enfermería a medida que se va dando el proceso de la enfermedad para abarcar por completo el impacto en la calidad de vida de la persona<sup>6</sup>. Valoradas las necesidades alteradas según Virginia Henderson se describen una serie de cuidados, objetivos e intervenciones enfermeros de acuerdo a la Taxonomía NANDA (North American Nurses Diagnostics Association). Partiendo de lo anterior, consideramos que a través de los cuidados lograremos no solo ayudar a que recupere, en la medida de lo posible, su estado de salud, se busca además ayudarlo a reducir secuelas, proponiendo un plan de cuidados que coadyuve a su rehabilitación y recupere su capacidad de autocuidado, en llegar a comprender su singularidad e importancia.

En el presente trabajo, para mostrar información precisa se abordó la definición, etiología, fisiopatología, signos y síntomas característicos, diagnóstico y tratamiento correspondientes al desglose de la historia natural de la enfermedad, en la que se incluyó lo correspondiente en

los diferentes niveles de atención. Se muestran datos estadísticos, se establecen objetivos, identifican datos, se agrupa y jerarquiza de tal manera que, con base en ellos, se puedan establecer diagnósticos de enfermería prioritarios para la atención de pacientes con esta patología, en donde se incluyen los resultados a los que se quiere llegar con el paciente y se planea la manera de lograr esos resultados; al final se evalúan estos.

Esta revisión de temas se realizó con el objetivo de planificar cuidados de enfermería mediante una revisión bibliográfica de artículos investigativos sobre pacientes hospitalizados con alteraciones del síndrome de Guillain-Barré, período 2013-2018.

## **MATERIAL Y MÉTODO**

Es una investigación documental que abarca una extensa revisión bibliográfica con el fin de recopilar, seleccionar y analizar los datos de interés que estén relacionados con el tema tratado. La muestra la conformaron 20 artículos de investigación publicados en revistas científicas como Pubmed, Medline, Scielo, Redalyc, relacionados con los cuidado de enfermería en pacientes inmovilizados con síndrome Guillain-Barré, los cuales fueron realizados a nivel nacional e internacional en el período 2013-2018. Para lograr incluir las 20 investigaciones que hicieron parte de la presente indagación, se realizó una revisión bibliográfica alrededor de 40 artículos que trataban del tema; luego de una lectura minuciosa de cada uno de estos, se

logró escoger un grupo selecto de artículos que cumplían con el propósito del presente estudio, verificando su base científica. Por otro lado, los artículos restantes que no hicieron parte de la muestra final sirvieron de aportes científicos a lo largo de la investigación, siendo de gran utilidad para el desarrollo y logro de los objetivos planteados que harán parte de la revisión, sin embargo, se analizó el objetivo de cada uno de los mismos y se evidenció que cumplieran con el propósito del estudio.

## RESULTADOS

El artículo de investigación titulado “Intervenciones de enfermería en una persona con síndrome de Guillain-Barré tipo AMAN”, bajo la teoría de Dorothea Orem, se realizó con el fin de plantear un plan de cuidados en salud del SGB, dado que es un padecimiento poco frecuente. La variable AMAN es la más común en México y definitivamente representa un alto impacto económico, físico y emocional en quien lo padece y quienes lo rodean. Sin embargo, brindando los cuidados adecuados, puede que disminuyan los factores de riesgo morbilidad y mortalidad en la persona, evitando en la medida de lo posible su reingreso hospitalario<sup>7</sup>.

Las principales causas de morbi-mortalidad del SGB están asociadas a infecciones de vías respiratorias, como neumonía, y también a la desnutrición; sin embargo, estas y otras complicaciones se pueden evitar mediante la elaboración y aplicación de un plan de cuidados en

donde intervienen la enfermera, el familiar y la persona que lo padece. Es aquí cuando es factible aplicar la teoría del autocuidado de Dorothea Orem, quien cita: “el autocuidado es una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo”<sup>8</sup>.

Entre las acciones que incluye este plan, las cuales tienen como finalidad prevenir y rehabilitar, se mencionan las siguientes: Cuidados a traqueostomía, cuidados a gastrostomía, como de establecer un sistema de comunicación y fortalecimiento de su fuerza muscular. La parte de rehabilitación se centra en recuperar tono muscular y la deglución.

El artículo de investigación titulado “Características del síndrome de Guillain-Barré en el área III de salud de la Comunidad Autónoma de Aragón” plasma que es de baja incidencia esta patología, dando un indicador de incidencia por países. En este estudio es de evidenciar que la incidencia anual en España es del 1,5/100000 habitantes, manteniéndose en los valores de referencia en concordancia con otros estudios con una elevada frecuencia de antecedentes infecciosos y con mayor afectación del sexo masculino<sup>9</sup>. Destaca la importancia en la detección de alteraciones cardiológicas para intentar reducir la mortalidad, que se encuentra alrededor del 10 %. Es de vital importancia conocer cuál es el tratamiento en el síndrome de Guillain-Barré, especialmente para los profesionales de enfermería responsables en muchos de los procedimientos de administración de medicamentos. En

este estudio se evidenció la eficiencia del tratamiento con la inmunoglobulina IV; en el tratamiento del SDB es tan efectiva como la plasmaferesis, sin encontrarse diferencias significativas. La dosis utilizada fue la recomendada en los distintos estudios, que corresponde a una dosis de 0,4 g/kg/día durante 5 días. Se destacó también la seguridad del fármaco ante la ausencia de efectos secundarios.

Los enfermeros cumplen un papel muy importante en la sociedad, esto se debe a que se pueden desempeñar en diferentes áreas, una de las más importantes es en la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, la cual logra un cambio significativo en los hábitos que son perjudiciales para la salud. Este estudio es muy significativo, puesto que nos muestra los conocimientos que tienen los enfermeros en formación frente al tema de consumo de sustancias psicoactivas y que pueden llegar a identificar los factores que predisponen al consumo para así lograr hacer intervenciones a tiempo.

Este estudio reveló que los estudiantes del programa de Enfermería, con respecto a los factores de riesgo y protectores asociados al consumo de sustancias psicoactivas, tuvieron un nivel de conocimiento catalogado como “nivel alto”, lo cual es importante, teniendo en cuenta que el profesional de enfermería cumple un papel fundamental frente a la identificación de factores de riesgo y el fortalecimiento de los factores protectores, tanto a nivel individual como familiar. Por otra parte, el nivel de conocimientos sobre la temática es importante porque el enfermero sirve

como interlocutor entre las necesidades del individuo y la comunidad y los diferentes actores sociales.

Al respecto, en este estudio se evidenció un menor nivel de conocimientos en relación con los programas de prevención del consumo de sustancias psicoactivas, en particular en lo relacionado con el establecimiento de objetivos<sup>10</sup> actividades congruentes con los objetivos e indicadores de evaluación. El artículo de investigación titulado “Características epidemiológicas del síndrome de Guillain-Barré en población chilena: estudio hospitalario en un período de 7 años” evidenció que en el mundo es baja la incidencia en el síndrome de Guillain-Barré, y en algunos países de América Latina no existe información sobre su incidencia. Este estudio muestra incidencia estimativa y está en acuerdo con cifras proporcionadas por la literatura mundial, como se observa en revisiones extensas sobre la literatura, con una incidencia entre 1,1 y 1,8 por 100.000 casos anuales<sup>10</sup>. El SGB es uno de los pocos trastornos autoinmunes donde la incidencia es mayor en hombres que en mujeres.

En la continuación del estudio se reveló que el 51 % presentaba antecedentes de infección, cifra que concuerda con la literatura. De estos, 52,3 % presentó infecciones gastrointestinales y 33 % infecciones respiratorias, lo que difiere de la literatura europea o norteamericana. El estudio encontró variaciones estacionales marcadas, con la mayoría de los casos presentándose en invierno y verano.

El artículo de investigación titulado “Perfil Clínico de Pacientes con Síndrome de Guillain-Barré en un Hospital Universitario en Colombia” afirma que el SGB suele afectar más a hombres que a mujeres. Se reportó una relación hombre/mujer cercana a 1,51. Este valor es similar al reportado de forma previa en la literatura<sup>11, 12</sup>. De igual forma, se observó que la edad de presentación presentó una distribución similar tanto para adultos jóvenes como para adultos mayores de 45 años (mediana de 45 años). Este dato contrasta con lo descrito en algunas series donde se describe un aumento progresivo en la incidencia con respecto a la edad, especialmente por encima de los 50 años, donde hay un aumento más marcado de esta tendencia epidemiológica<sup>12,13</sup>. Es así que cerca del 60 % de los pacientes con SGB tienen más de 50 años<sup>12,14</sup>. Se describe que el 50-70 % de pacientes con SGB presentan antecedentes de infección reciente, 2 a 4 semanas previo al inicio de los síntomas neurológicos<sup>13, 15</sup>. Este valor es menor al encontrado en este estudio que fue del 77 %. En cuanto al tipo de infección, se encontró que las infecciones respiratorias fueron más frecuentes con un 46 % frente al 31 % de casos que presentaron enfermedad diarreica aguda.

## DISCUSIÓN

Cancino-Morales y Col, en un estudio sobre las intervenciones de enfermería en una persona con síndrome de Guillain-Barré tipo AMAN, bajo la teoría de Dorothea Orem prescribe que mediante la elaboración y aplicación

de un plan de cuidados en donde interviene la enfermera, el familiar y la persona quien lo padece se pueden evitar las principales causas de morbimortalidad del SGB, como son infecciones de vías respiratorias, la neumonía y también la desnutrición<sup>7</sup>. Villarreal Cantillo y Col refiere que “los cuidados de enfermería se han de enfocar en cubrir las necesidades básicas, las actividades de la vida diaria y han de tener en cuenta los riesgos potenciales, que son muchos”. Así mismo, existe el cuidado necesario del componente psicológico derivado de la situación aguda. Por lo anterior es imprescindible que el equipo de enfermería constantemente apoye y se preocupe por satisfacer dicha necesidad, tanto a la persona como a la familia<sup>16</sup>.

Ojeda M, en un estudio de intervención prospectivo, dice que se debe insistir en el manejo y los cuidados de enfermería con el apoyo indiscutible del equipo de profesionales de salud, pues es mayor el problema cuando la complejidad del mismo es poco entendido, tanto por pacientes como por sus familiares; otra de las tareas indiscutibles es la aceptación de la enfermedad, que provoca sentimientos variados sobre su presentación<sup>17</sup>. Sinead Mckinney concluye: “La Enfermería tiene un papel fundamental en el cuidado de este tipo de pacientes puesto que, además de trabajar en equipo con el resto de profesionales de la unidad para tratar la enfermedad, es ofrecer cuidados dirigidos al aspecto psicosocial proporcionando empatía, apoyo emocional y escucha activamente tanto al paciente como a la familia”<sup>18</sup>. Así, se contribuye a una mejor evolución en el estado del paciente y se proporciona un mayor confort a la familia.

Ojeda M afirma que en los casos en los cuales pudo constatar el difícil trabajo al que se enfrentan los profesionales de enfermería ante estos pacientes, lo más sorprendente es la recuperación, la gratitud por la oportunidad de vida<sup>17</sup>. Zambrano Lazcano, en un estudio cuantitativo descriptivo experimental en donde se evalúa el nivel de conocimiento en el tratamiento en síndrome de Guillain-Barré en 10 profesionales de enfermería, observa que un 70 % de los encuestados afirman que se debe implementar un plan de cuidados de enfermería, ya que da una mejor atención al paciente con síndrome de Guillain-Barré de manera oportuna<sup>19</sup>. Mckinney Albar Sinead, en un estudio de caso, concluye que ofrecer cuidados dirigidos al aspecto psicosocial proporciona empatía, apoyo emocional y escucha activa tanto al paciente como a la familia. Así, se contribuye a una mejor evolución en el estado del paciente y se proporciona un mayor confort a la familia<sup>18</sup>.

## CONCLUSIONES

Esta revisión integrativa tuvo varios resultados relevantes respecto a cuidados de enfermería en pacientes hospitalizados con alteraciones del síndrome Guillain-Barré, de manera que se pudieron establecer algunos factores que predisponen el inicio de la práctica; describir un poco sobre el síndrome de Guillain-Barré le brinda al lector una idea amplia de la significancia que tienen los cuidados de enfermería como tal en estas personas. Se pudo establecer que este síndrome no es una enfermedad muy común,

pero que da con más frecuencia en personas adultas y de sexo masculino. Sin embargo, la OMS refiere que “entre las semanas epidemiológicas 51 de 2015 y 3 de 2016 se notificaron 86 casos de SGB. Por término medio, en Colombia se registran 242 casos anuales, 19 mensuales y 5 semanales. Los 86 casos notificados en estas cinco semanas triplican la media de los casos previstos en los 6 años anteriores. Los informes iniciales indicaron que los 86 casos de SGB presentaron síntomas compatibles con infección por el virus de Zika. De los 58 casos en los que se dispone de esa información, el 57 % eran del sexo masculino y el 94,8 % eran mayores de 18 años”<sup>20</sup>.

## **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. Casares Albernas F, Herrera Lorenzo O, Infante Ferrer J, Varela Hernández A. Síndrome De Guillain-Barré. Actualización acerca Del Diagnóstico Y Tratamiento. AMC [Internet]. 2007 Jun Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1025-02552007000300014&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552007000300014&lng=es)
2. Asbury AK. New concepts of Guillain-Barré syndrome. J Child Neurol 2000; 15: 18391.
3. Papazian O, Alfonso I. Polirradiculoneuropatías autoinmunes agudas. Rev Neurol 2002; 34(2): 169-177.
4. Thompson RD, Smecton NC, Hughes RAC. Epidemiological study of Guillain Barre Syndrome in south east England. J neurol neurosug Psychiatry 1998; 64:74-7.

5. Rees JH, Soundain SE, Gregson NA. Compylobacter jeguri infection cre Guillain Barre Syndrome. N Fungl J Med 1995; 333: 1337-80.
6. Rocha MS, Brucki SM, Carvalho AA, Lima UW. Epidemiologic features of Guillain-Barre syndrome in Sao Paulo. Brazil Arq Neuropsiquiatr 2004; 62(1):33-7.
7. Cancino-Morales KL, Balcázar-Martínez V, Matus-Miranda R. Intervenciones de enfermería en una persona con síndrome de Guillain-Barré tipo AMAN, bajo la teoría de Dorothea Orem. Enferm. univ [revista en la Internet]. 2013 Mar [citado 2018 Sep 04]; 10(1):27-32. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1665-706320130001000006&lng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-706320130001000006&lng=es)
8. Prado Solar LA, González Reguera M Paz Gómez N, Romero Borges K. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. Rev. Med. Electron. 2014; 36(6): 835-845. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1684-18242014000600004&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242014000600004&lng=es)
9. Piñol-Ripoll G, Larrodé Pellicer M, Garcés-Redondo G, De La Puerta Gonzáles MC, Martínez I. Características del síndrome de Guillain-Barré en el área III de salud de la Comunidad Autónoma de Aragón.
10. Cea G, Jara P, Quevedo F. Características epidemiológicas del síndrome de GuillainBarré en población chilena: estudio hospitalario en un período de 7 años.

- Revista Médica Chile 2015; 143:183-189. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v143n2/art05.pdf>.
11. Acosta MI, Caizá MJ, Romano MF, et al. Síndrome de Guillain Barre. Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina 2011; (168):15-18. Disponible en: <http://bit.ly/10mmZ7S>
  12. Amaya Villar R., Garnacho-Montero J., Rincón Ferrari M.D. Patología neuromuscular en cuidados intensivos. Med. Intensiva. 2009. 33(3): 123-133. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0210-56912009000300004&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210-56912009000300004&lng=es)
  13. Ávila-Funes JA, Mariona-Montero VA, Melano-Carranza E, et al. Síndrome de Guillain-Barré. Rev Invest Clin 2012; 54(4):357- 363. Disponible en: <http://bit.ly/14L3Cu1>
  14. Villa Sánchez LM. infección por virus zika y síndrome guillain barre. (Universidad Nacional de Colombia. 2017, pp.17-60. Véase en: <http://bdigital.unal.edu.co/62207/9/LinaM.VillaS%C3%A1nchez%20.2017.pdf>
  15. Castellon Jimenez H. Apala Zuñiga, JV, Carreño Ruiz PJ. Delgadillo Arauz, C. Polirradiculoneuropatía autoinmune aguda: Síndrome de Guillain-Barré Revista Científica Ciencia Médica, vol. 11, núm. 1, noviembre, 2008, pp. 31-36 Universidad Mayor de San Simón Cochabamba, Bolivia.
  16. Villarreal Cantillo E, Castro Ravelo M, Dangond Sierra MC, Palacio Carpio LJ, Pereira Gutiérrez RP. Síndrome de Guillain-Barré: Aprendiendo a vivir con

- una discapacidad residual. Salud Uninorte [Internet]. 2016; 32(2):350-362. 6.
17. Ojeda de Orrego M. Plan De Cuidados De Enfermería A Paciente Con Enfermedad Autoinmune Síndrome De Guillain-Barré, Facultad. Ciencias De La Salud Universidad Del Norte Rev UN Med 2017 6(1): 87-174
  18. Sinead Mckinney A. Cuidados De Enfermería En Un Paciente Con Síndrome De Guillain-Barré. Universidad De Zaragoza Escuela Universitaria De Enfermería De Huesca. 2015, pp.20-52.
  19. Zambrano Lazcano G. Nivel de conocimiento que tienen las enfermeras sobre el tratamiento de plasmaferesis en pacientes con tratamiento de síndrome de Guillain Barre en el área de neurología del hospital Eugenio Espejo de la ciudad sede Quito, durante el mes de abril 2014, Rev Univ De Las Americas 2014, pp.76-06. 47.
  20. Silva G, Sanchez L, Carrillo D, Alvarado A, Moncayo H. Fiebre Zika y síndrome de Guillain-Barré. Presentación de 2 casos. Acta Colombiana de Cuidado Intensivo, 2016, 16(3), 238-241.

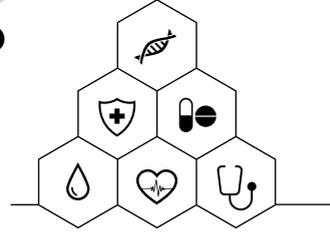
**Cómo citar este capítulo:**

Ahmad M, García-Moreno A, Guerra-Ramírez M. Cuidados en pacientes hospitalizados con alteraciones del Síndrome Guillain-Barré, período 2013-2018. En: Lastre-Amell G, Aldana-Rivera E. (Editores), Salud y Cuidado en curso de vida. Barranquilla: Ediciones Universidad Simón Bolívar; 2019. pp.49-64.

## CAPÍTULO 3

## Artículo de Investigación

# Prácticas de cuidado que realizan las puérperas en un departamento del Caribe colombiano



*Care practices performed by the puerperas in a department of the colombian Caribbean*

Judith Cristina Martínez-Royert<sup>1</sup>  
Milena Pereira Peñate<sup>2</sup>  
Nayide Barahona Guzmán<sup>3</sup>

1 Enfermera. Doctora en Ciencias de la Educación. Docente investigador Senior, Universidad Simón Bolívar, Facultad de Ciencias de la Salud, Barranquilla-Colombia. <https://orcid.org/0000-0002-4468-8578>. [judith.martinez@unisimonbolivar.edu.co](mailto:judith.martinez@unisimonbolivar.edu.co)

2 Docente investigador, Universidad de Sucre.

3 Enfermera. Magíster en Administración de Empresas e Innovación. Docente investigador Asociado, Universidad Simón Bolívar, Facultad de Ciencias de la Salud, Barranquilla-Colombia. <https://orcid.org/0000-0003-3559-6900> [nbarahona1@unisimonbolivar.edu.co](mailto:nbarahona1@unisimonbolivar.edu.co)

### Resumen

El presente capítulo muestra los resultados de una investigación cuyo objetivo fue caracterizar las prácticas de cuidado que realizan las puérperas; fue un estudio descriptivo, que se realizó con puérperas de cinco municipios de un departamento de la costa Caribe colombiana. La muestra fue por conveniencia, estuvo conformada por 191 madres que se encontraban en la etapa de puerperio, con más de 15 días de haber egresado de la institución, la participación fue voluntaria; la información se obtuvo a través de la aplicación de un cuestionario semiestructurado que ha sido validado por la comunidad académica. Entre los hallazgos se destaca que las prácticas de cuidado están basadas en creencias y costumbres transmitidas de una generación a otra, las puérperas consideran que esta etapa puede causar algunas complicaciones en la mujer si esta no se cuida ante fenómenos del frío. Los cambios fisiológicos producidos en el puerperio modifican las actividades que realizan rutinariamente en su vida.

**Palabras clave:** Prácticas de cuidado, puérperas, puerperio, creencias, costumbres.

### Abstract

This chapter shows the results of an investigation aimed at characterizing the care practices carried out by the post-force; it was a descriptive study, which was carried out with villagers from five municipalities of a department on the Colombian Caribbean coast. The exhibition was for convenience consisted of 191 mothers who were in the postpartum stage, with more than 15 days of graduated from the institution, participation was voluntary; the information was obtained through the application of a semi-structured questionnaire that has been validated by the academic community. Among the findings is that care practices are based on beliefs and customs transmitted from one generation to another, the black women consider that this stage can cause some complications in the woman if she does not care for phenomena of the cold. The physiological changes that occur in the postpartum modify the activities they routinely perform in their lives.

**Keywords:** Care practices, it's a slob, puerperium, beliefs, customs.

## INTRODUCCIÓN

El cuidado es la esencia de enfermería

### Jean Watson

El presente capítulo muestra los resultados de una investigación cuya finalidad fue caracterizar las prácticas de

cuidado que realizan las puérperas. Para una mayor apropiación y reconocimiento del objeto investigado, es necesario ahondar en las actividades que realizan este colectivo de mujeres relacionadas con alimentación, actividad física, higiene y cuidados personales, hábitos no beneficiosos, medicamento y sistema de apoyo. Todo ello es de gran relevancia, dado que la maternidad, por ser una experiencia vital crítica, involucra con frecuencia creencias y prácticas tradicionales, lo que implica obtener un conocimiento nuevo para enfermería<sup>1</sup>. Para hacer el abordaje de estos aspectos se considera necesario tener claridad de lo que comprende el posparto, este se define fisiológicamente como el periodo comprendido entre el final del alumbramiento hasta la total recuperación del organismo femenino, con aproximadamente seis semanas de duración, y comprende transformaciones progresivas de orden anatómico y funcional, que hacen regresar paulatinamente todas las modificaciones gravídicas, mediante un proceso involutivo que tiene como fin restituir los cambios al estado pregravídico; este comprende tres etapas: a saber inmediato, mediato y tardío, que se caracterizan por la alta prevalencia de complicaciones en la salud de la madre y el recién nacido<sup>2</sup>.

Lo anterior exige de las enfermeras el entendimiento de los estilos de vida, creencias y prácticas culturales para brindar cuidado óptimo acorde con la naturaleza de la idiosincrasia del ser y sus patrones culturales<sup>3,4</sup>. Es así como la disciplina de enfermería necesita cada vez más sustentar los cuidados que brinda al ser humano y

específicamente a la mujer embarazada y puérpera. Para este objetivo se hace necesario explorar las creencias culturales que desde su cotidianidad tienen las mujeres en esta etapa.

Investigar sobre este objeto (prácticas de cuidado en puérperas), cobra importancia dado que este es un período crítico y algunas veces un poco olvidado, en el cual los cuidados propios de la etapa adquieren importancia en el contexto de la salud de la mujer y para evitar la morbilidad a la que pueden estar expuestas.

Los aportes de esta investigación no solo van orientados a caracterizar las prácticas de cuidado realizadas por las puérperas, sino que a partir de allí podrían desplegarse un conjunto de intervenciones para mejorarlas y educar sobre ellas a otras gestantes, lo cual se convierte en el punto de partida de otro estudio.

El puerperio, conocido popularmente como la “dieta”, es una etapa de readaptación donde la madre experimenta cambios anatomofisiológicos, psicológicos y ajustes a su nuevo rol<sup>5,6</sup>.

Diversos estudios señalan que las prácticas de cuidado de las puérperas están permeadas por patrones culturales transmitidos por sus familias<sup>7,8</sup>. En otros se ha encontrado que las creencias y prácticas durante el embarazo, el parto y el puerperio buscan conservar un equilibrio entre la salud y la enfermedad de la mujer y del recién nacido. Entre las principales prácticas se destacan la alimentación,

la utilización de plantas medicinales y el cuidado especial del último día de la dieta<sup>9,10</sup>.

En consecuencia, el profesional de enfermería debe conocer la cultura que rodea a la puérpera con el fin de brindar un cuidado respetuoso, efectivo y sobre todo basado en la articulación del conocimiento popular con el científico para prevenir y /o evitar complicaciones en este periodo de especial vulnerabilidad<sup>11,12</sup>; de esta manera lograr un mayor empoderamiento de los cuidados por parte de la puérpera<sup>13</sup>.

### **Aproximaciones al cuidado de la puérpera desde la disciplina de enfermería**

El posparto ha sido, por decirlo así, un fenómeno de gran interés para la enfermería. Las prácticas de cuidado en esta etapa han tenido un recorrido histórico donde se reconoce como un proceso de transformación complejo que surge de la maternidad; en el cual convergen aspectos biológicos, fisiológicos, psicológicos y culturales; los cuales han de ser tenidos en cuenta a la hora de brindar un cuidado efectivo y acorde a las necesidades individuales de la puérpera. Se define fisiológicamente como el periodo comprendido entre el final del alumbramiento hasta la total recuperación del organismo femenino, y comprende transformaciones progresivas de orden anatómico y funcional que hacen regresar paulatinamente todas las modificaciones gravídicas, mediante un proceso involutivo<sup>14</sup>.

El cuidado a la puérpera se brinda apoyado desde las teorías de enfermería, en donde lo que se busca es

satisfacer las necesidades de cuidado de la puérpera con las intervenciones del profesional de enfermería con soporte científico, de tal manera que ofrezca un cuidado seguro, pertinente y oportuno, reconociendo los patrones culturales, creencias, significados y necesidades biopsicosociales de la puérpera.

### **La educación para promover el autocuidado de mujer durante el puerperio**

Uno de los roles del profesional de enfermería es el de educador. En este proceso de transformación compleja, como lo es el puerperio, se hace necesario educar con el propósito de promover el autocuidado en la puérpera; para ello es necesario reconocer las costumbres, creencias y patrones culturales de cada una de estas mujeres, y lograr mediar entre ellas de manera que ella se autoreconozca y reconozca los cuidados que debe tener en esta etapa. Es así como el proceso educativo se convierte en el medio para la transformación de conciencias, actitudes, hábitos y costumbres en pro de conductas promotoras del mantenimiento de la salud<sup>15</sup>.

### **RECORRIDO METODOLÓGICO**

Tipo de estudio: La investigación se enmarcó dentro del paradigma cuantitativo, de corte descriptivo, transversal; se realizó en cinco municipios de un departamento de la costa Caribe colombiana.

Población y muestra: La población estuvo conformada por mujeres lactantes adultas en el puerperio. La muestra

fue por conveniencia, 191 mujeres que cumplieran con los siguientes criterios: mujeres que se encontraran entre 15 y 180 días después del parto, puérperas con parto vaginal normal sin complicaciones (un parto con patología agregada puede cambiar sus prácticas y enfocarlas a los cuidados principales de la complicación presentada). Se excluyeron de la investigación mujeres con óbito fetal o mortinato, con alteraciones mentales, con alteraciones de la comunicación, hospitalizadas por enfermedad durante el posparto y mujeres con síntomas de depresión posparto.

Instrumento: Se aplicó el instrumento “Prácticas de cuidado que realizan consigo mismas las mujeres en el posparto”<sup>16</sup>, el cual presenta validez y confiabilidad. Consta de 6 dimensiones que permiten evaluar las prácticas de cuidado: actividad/ejercicio y descanso, alimentación, higiene y cuidados personales, hábitos no beneficiosos, medicamentos y sistemas de apoyo, además de valorar aspectos sociodemográficos.

Procesamiento de la información (sistematización): Se elaboró una base de datos en Excel mediante la utilización de códigos. Se utilizó el programa estadístico SPSS versión 22 y Excel para el procesamiento y análisis de la información.

Aspectos éticos: Se siguieron los lineamientos de la Declaración de Helsinki y las pautas éticas internacionales 4,5,6 y 8, para la investigación biomédica en seres humanos recomendadas por CIOMS.<sup>15</sup> Se tuvieron en cuenta los

lineamientos de la Resolución 008430 del 4 de octubre de 1993 del Ministerio de Salud, en la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. El artículo 37 establece: “las investigaciones en mujeres durante el puerperio se permitirán cuando no interfieran con la salud de la madre y ni con la del recién nacido”, por lo tanto, se clasificó como una “investigación sin riesgo”. Se obtuvo el correspondiente aval ético y consentimiento informado.

## RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Seguidamente se presentan los resultados relacionados con las prácticas de cuidado de las puérperas según las dimensiones que contempla el instrumento aplicado: sociodemográficas, actividad y ejercicio (actividad física y descanso), alimentación, higiene y cuidados personales (higiene corporal, cuidado y arreglo personal, higiene mental), hábitos no beneficiosos, medicamentos, sistema de apoyo (utilización de servicios de salud, apoyo informacional, apoyo espiritual, apoyo emocional).

**Tabla 1. Datos sociodemográficos\***

Rango de edades	Porcentaje (%)
13-19	35
20-24	30
25-29	19
30-34	9
35-39	6
40-44	1
Total	100

\*Edades de las puérperas participantes en el estudio Prácticas de cuidado que realizan consigo misma las puérperas en el departamento de Sucre. 2018

Según los resultados, se destaca el grupo de adolescente como un colectivo representativo de la muestra, abarcando el 35 % del total de la muestra; podría considerarse como una grave amenaza de riesgo para el desarrollo psicosocial y fisiológico, pues proporciona modificaciones biopsico-sociales, además de causar desequilibrio en el sistema familiar. El embarazo en adolescentes y su posterior etapa, el puerperio, modifican su entorno y estilo de vida, debiendo considerarse las diferentes complicaciones que pueden presentarse en el transcurso de este periodo; además, la adolescente puérpera tiene necesidades que dependen mucho del nivel de madurez, los sistemas de apoyo y los antecedentes culturales. La manera como esta enfrenta la maternidad se ve afectada, entre otros, por la estructura emocional y la edad, siendo este último un factor muy importante para asumir el rol materno, por lo que las mujeres del presente estudio tienen la posibilidad de enfrentar mucho mejor el desempeño de este Benddezú<sup>17</sup>.

Otro de los hallazgos relacionados con los aspectos socio-demográficos es la escolaridad. Un significativo porcentaje de la muestra (42 %) presenta estudios de secundaria incompleta, seguido de secundaria completa (18 %), así mismo, la primaria incompleta y completa representan un 16 % y 15 %, respectivamente. Porcentajes muy bajos representan niveles de escolaridad de estudios superiores incompletos (3 %) y de estudios superiores completos (2 %), mientras que el analfabetismo presenta el 4 % de la población encuestada. Estas cifras concuerdan con los

reportes que presenta el DANE para el año 2005, en los cuales, en Colombia, el 37,2 % de la población ha alcanzado el nivel básica primaria y el 31,7 % secundaria; el 7,0 % ha alcanzado el nivel profesional y la población residente sin ningún nivel educativo es el 10,5 %<sup>18</sup>. Estos resultados son un reflejo del estado actual de la educación en nuestro país, colocándolo en índices bajos, influyendo en el grado de ocupación de la población, específicamente en mujeres, algunas de ellas cabezas de hogar, limitando a sus hijos oportunidades para una mejor calidad de vida. Además, algunas mujeres tienen que abandonar sus estudios para dedicarse a la crianza de sus hijos, colocándolas en un nivel educativo bajo y con pocas oportunidades de surgir, sobre todo en nuestro medio social, ya que el departamento de Sucre es uno de los más pobres del país.

Lo anterior guarda relación con lo encontrado en el estudio realizado por Orellana<sup>10</sup> y Ortiz<sup>19</sup>, donde la educación de las puérperas no alcanza un nivel aceptable, que les permita la inserción eficiente en la vida productiva del país y que les favorezca el desarrollo personal y humano. De igual forma, Parada Rico<sup>20</sup> y Tous et al<sup>21</sup> identificó en su estudio que el nivel de escolaridad promedio en el grupo de puérperas lo ocupó la secundaria incompleta, siguiéndole la primaria completa, y la primaria incompleta, y en menor proporción la secundaria completa.

Con referencia a la ocupación, los resultados encontrados en las puérperas del estudio indican que la mayoría de ellas son amas de casa (84,82 %), seguido de bajos porcentajes

que se dedican a otras actividades dentro de las cuales tenemos empleadas (6,28 %), independientes (4,71 %) y estudiantes (4,19 %). Algunas de ellas informaron que habían dejado sus estudios por la obligación adquirida, relacionada con la crianza del hijo, situación que las limitó para seguir adelante en la capacitación y poder tener un mejor futuro para ellas y sus hijos, dedicándose a las labores del hogar, ocupación esta que le genera mayor dedicación de tiempo y esfuerzo físico, disminuyendo posiblemente la intención de seguir estudiando, pues algunas de ellas también referían que se acostaban muy cansadas como para dedicarse al estudio en horas de la noche. Al comparar los datos obtenidos con los expuestos por Orellana en el Salvador, muestran mucha similitud, donde el 91,1 % se dedicaban a las actividades del hogar; de igual forma, Parada Rico<sup>20</sup> reporta una ocupación del 74,2 % como amas de casa. Como se evidencia, los tres estudios arrojan mucha similitud en esta dimensión, quizá un poco influenciada por el contexto socioeconómico de las mujeres encuestadas; en este orden de ideas, podría decir además que en Colombia se deben direccionar políticas encaminadas al apoyo social a este grupo poblacional un poco olvidado por la sociedad.

### **Actividad/ejercicio y descanso**

El 86 % de las puérperas no realizan ejercicios postparto porque tienen desconocimiento de cómo realizarlos, estos resultados coinciden con los hallados por Ramón-Arbués E, Bernués-Vázquez L, Juárez-Vela R, Martínez-Abadía

B, Martín-Gómez S, Pellicer-García B<sup>22</sup>. los resultados demuestran que la actividad física global disminuyó a lo largo del embarazo y también en la época del puerperio ( $p < 0.05$ ). Algunas de las puérperas manifestaron temor de sufrir complicaciones como “la salida de la matriz” y “aumento de sangrado”, mientras que el 14 % sí los hace, describiendo que los hacen “apretando y aflojando los músculos alrededor del recto y la vagina”, una vez o dos veces al día. Al preguntarles si sabían para qué se realizaba este tipo de ejercicio respondieron que para cuando estuvieran viejas “no se les aflojara la matriz” y que fueron indicados por familiares o amigos.

Es evidente el desconocimiento y la importancia que tiene la realización de los ejercicios de Kegel en el postparto en este grupo de mujeres, donde las pocas que los realizaban señalaban que era por recomendación de personal que no pertenecía a un equipo de salud y que posiblemente desconocía la forma adecuada y la justificación de realizarlos.

Se parte del hecho de que la mujer gestante en su control prenatal debería ser educada para los cuidados que se deben tener para el parto y el puerperio, como bien lo explica Leininger (23). Los profesionales de enfermería deben conocer las similitudes y diversidades del cuidado de la salud y la enfermedad en las comunidades en las cuales trabajan para ofrecer un trabajo congruente. De esta manera, conociendo la cultura de las personas a las que se cuida, se pueden tomar decisiones y desarrollar

acciones, bien sea para preservar, negociar o reestructurar el cuidado<sup>24</sup>.

Orellana<sup>10</sup> en su estudio reporta que las mujeres encuestadas desconocen la importancia del ejercicio en el puerperio y lo relacionan con el desarrollo de las tareas hogareñas y el trabajo diario; también manifestaron que en el control prenatal no se les orientó al respecto y que no tuvieron ninguna información sobre rutinas de ejercicios que ellas podían realizar en su posparto. Así mismo, Parada Rico<sup>20</sup> manifiesta también que la mayoría de las mujeres de la muestra refirieron no realizar ningún tipo de ejercicio durante su posparto, pues nunca habían escuchado hablar de esto ni recibieron recomendaciones por parte del personal de salud acerca de este cuidado. Una mínima cantidad refirió realizarlos, denotando que los practicaron en forma inadecuada.

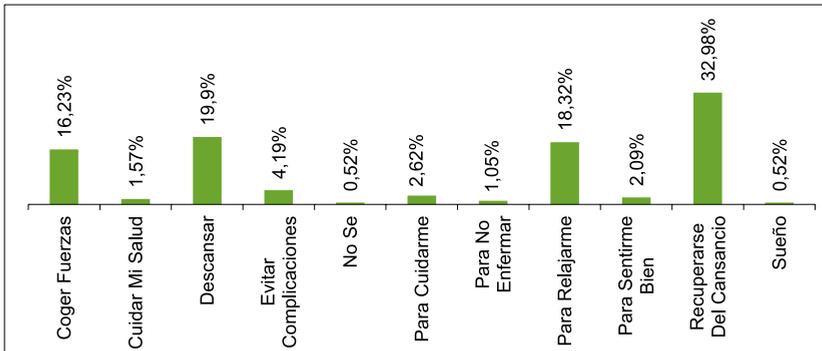
El 94 % de las puérperas refirieron no realizar trabajo pesado durante la dieta, mientras que el 5 % sí lo realiza. Las razones que exponen las puérperas para no hacer este tipo de trabajo son: evitar complicaciones (31,41 %), hemorragias (32,46 %), descenso de la matriz (17,2 %), se me va la “purga a la cabeza” (2,61 %) y “se me baja la bola loca” (2,09 %). Con relación a estos motivos, las investigadoras indagaron su significado, a lo cual respondieron que “se me va purga a la cabeza” quería decir que se les suspendían las secreciones vaginales (loquios) y les daba un fuerte dolor de cabeza que duraba muchos días. La expresión “se me baja la bola loca” hace referencia al bolo

de seguridad de Pinard, que puede descender por la vagina, según su creencia.

Por lo general, las actividades físicas que la mujer realiza durante la dieta se encuentran limitadas por las creencias y el temor de sufrir complicaciones, por lo que guardan reposo muchos días en cama de acuerdo a las recomendaciones de sus familiares<sup>25</sup>.

Otro de los aspectos indagados fue el descanso, el tiempo de reposo que las puérperas manifestaron guardar en cama fue aproximadamente de 19 días. Así mismo, informaron que este tiempo estaba sujeto al apoyo que recibían de sus familiares en la realización de los quehaceres del hogar y la atención al recién nacido, relacionado esto con las recomendaciones para evitar posibles complicaciones durante la dieta.

Con relación a las horas diarias de sueño, la mayoría manifestó dormir 8 horas, con periodos de descanso durante el día en un promedio de 2 (dos) horas, de las cuales el 96,34 % manifestó tener los periodos de descanso y el 3,66 % no tenerlos.



**Figura 1. Motivos o razones para el descanso en las puérperas participantes en el estudio “Prácticas de cuidado que realizan consigo misma las puérperas en el departamento de Sucre. 2018”**

Entre los motivos por los cuales descansan las puérperas, se registran con el mayor porcentaje (32,98 %) “recuperarse del cansancio”, seguido de “descansar” (19,90 %), “para relajarse”(18,32 %), “para coger fuerzas” (16,23 %). Estos motivos se encuentran relacionados con los hallados por Orellana<sup>10</sup>, quien manifiesta sobre el motivo del descanso que es para reponer energías perdidas o porque se sienten fatigadas por las actividades diarias, además de aprovechar la oportunidad para alimentar al niño con seno materno. Al respecto, Parada Rico<sup>20</sup> informa que dentro de las razones para descansar las puérperas adujeron que lo hacían para recuperar fuerzas por el estrés del parto, sentirse más fuertes y retomar energías para atender su nuevo rol de madre.

## Alimentación

**Tabla 2. Porciones diarias de alimento consumido por las puérperas\***

ALIMENTOS	DÍA	PORCIONES DIARIAS					
		0	1	2	3	4	7
CARNES	TOTAL	1	103	38	49	0	0
	%	0,52	53,9	19,9	25,6	0	0
CEREALES	TOTAL	0	94	49	47	1	0
	%	0	49,2	25,6	24,6	0,5	0
FRUTAS	TOTAL	4	98	68	21	0	0
	%	2,09	51,3	35,6	10,9	0	0
VERDURAS	TOTAL	11	133	33	13	1	0
	%	5,7	69,6	17,2	6,8	0,5	0
LÁCTEOS	TOTAL	9	148	22	12	0	0
	%	4,7	77,4	11,5	6,2	0	0
GRASAS	TOTAL	76	98	10	4	0	3
	%	39,7	51,3	5,2	2,09	0	1,5
AZÚCARES	TOTAL	37	125	22	7	0	0
	%	19,3	65,4	11,5	3,6	0	0

\*Alimentos y porciones diarias consumidas por las puérperas participantes en el estudio Prácticas de cuidado que realizan consigo misma las puérperas en el departamento de Sucre. 2018

Las puérperas del estudio no tienen una alimentación proporcional a los requerimientos nutricionales. Es así como se observa que las carnes son consumidas en una proporción de una porción al día por el 53,93 %, tres porciones al día 25,65 %; los cereales 49,21 %, una porción y 24,61 % dos porciones al día. Las frutas, una porción al día, 51,31 %, tres porciones al día, 10,99 %; las verduras, una porción al día, 69,63 %, tres porciones al día, 6,81 %; los lácteos, una porción al día, 77,49 %, tres porciones al día, 6,28 %; los azúcares, una porción al día, 65,45 %, tres porciones al día, 3,66 %; las grasas, una porción al día, 51,31 %, tres porciones al día, 2,09 %.

Dentro del grupo de alimentos que dejan de consumir, se encuentran en forma más representativa las grasas (13,09 %), granos (4,71 %), carnes (2,62 %) y las harinas (1,05 %); así mismo, el 20,40 % manifestó no dejar de consumir ningún alimento.

Se destacan dentro de los alimentos que deja de consumir la puérpera la yuca y el plátano. El primero lo relacionan, en su gran mayoría, con la falta de cicatrización en el ónfalo del recién nacido, mientras que el segundo puede causar estreñimiento y afectar los puntos de sutura en la episiorrafia, según lo afirmaron. El hallazgo de la creencia sobre el consumo de yuca en la influencia de la cicatrización del muñón umbilical es semejante al encontrado por Castro y Cols<sup>4</sup> en el municipio de Popayán.

Con relación a las grasas, informaron que el consumo de ellas podría causar diarreas al niño al transmitir las a través de la leche materna, así mismo, el bajo consumo de cítricos lo relacionaron con cortar la sangre<sup>26</sup>.

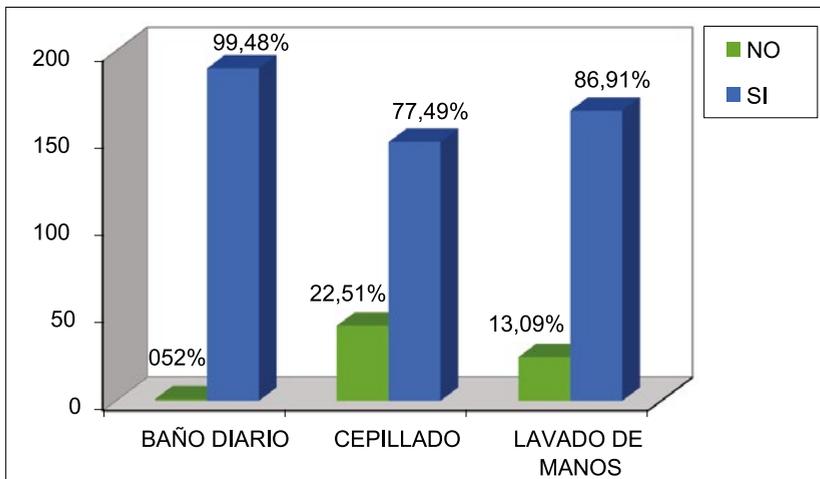
Las necesidades nutricionales cambian después del parto, se hace necesario el conocimiento del valor nutricional que requieren las puérperas por parte del personal de enfermería para que este pueda ser introducido en ellas en la etapa gestacional; esta educación debe detallar una dieta balanceada, dado que la madre que amamanta a su hijo suele requerirlo<sup>27</sup>. Al preguntarles a ellas sobre si recibieron o no educación para los alimentos que debían consumir después del parto, la mayoría de ellas informó

que ninguna persona del equipo de salud se los había indicado<sup>28</sup>.

Por su parte, Castro y Morales<sup>29</sup> expresan que la alimentación está rodeada de la aplicación del concepto de alimentos fríos y calientes, se relaciona además con la armonía que deben guardar las personas con la naturaleza; clasifica a los alimentos en dos grupos: los requeridos y los impedidos. Según sus características se deben evitar alimentos considerados como irritantes, ácidos y pesados por sus efectos nocivos en esta etapa (ensaladas, enlatados, café, papa amarilla y la yuca, esta última puede entorpecer la buena cicatrización del muñón umbilical).

## Higiene y cuidados personales

### *Higiene corporal*



**Figura 2. Higiene y cuidado corporal de las puérperas participantes en el estudio Prácticas de cuidado que realizan consigo misma las puérperas en el departamento de Sucre, 2018**

La mayoría de las puérperas del estudio (99 %) informaron realizar su baño diario para estar aseadas y brindar higiene a sus bebés; no obstante, muy pocas (1 %) manifestaron no bañarse diariamente con el fin de impedir algún tipo de complicación, como desgarros.

Estos resultados están relacionados con los hallados por Orellana (10) y Parada Rico (21), a quienes las puérperas manifestaron también, en mayor proporción (88,89 y 97 %, respectivamente), realizarse baños diarios, asegurando que les ayuda a sentirse bien, que es bueno para la salud y además les hace sentir cómodas y seguras.

La literatura reporta algunas influencias culturales México-norteamericanas donde sus familias se preocupan por el equilibrio de los humores durante el puerperio, no se bañan durante 15 días y cubren con cuidado su cabeza, cuerpo y pies para evitar el aire frío. De igual forma, a muchas mujeres japonesas se les recomienda que no laven su cabello durante una semana después del parto y no se bañen hasta que se terminen los loquios serosos<sup>30,31</sup>.

Con relación al cepillado de dientes, el 77 % de las puérperas dijo hacerlo después de cada comida para mantener su higiene oral lo cual consideran muy importante y evitar así la presencia de caries, mientras que el 23 % restante comenta no hacerlo, aduciendo olvido o poca importancia. Así mismo, el 87 % de ellas informa lavarse las manos antes de las comidas para evitar infecciones y enfermar a su bebé, el 13 % admite no hacerlo, restándole importancia a esto.

El aseo de los genitales lo realizan con una frecuencia que oscila entre 1 y 8 veces al día, mayor proporción de puérperas que lo hacen 2 veces al día (41 %), una vez al día (28 %) y tres veces al día (27 %). En menor escala, aquellas que lo hacen cuatro veces al día (2 %), seis veces al día (1 %) y una vez por semana (1 %). Esto se encuentra relacionado con el cambio de toallas sanitarias, el cual es realizado entre 1 y 8 veces al día, encontrando mayores proporciones en aquellas que lo hacen 3 veces al día (60 %), dos veces al día (18 %) y cuatro veces al día (16 %). En menores proporciones, aquellas que lo hacen cinco veces al día (3 %), seis, ocho y una vez al día (1 %). El aseo y cambio de toallas sanitarias que realizan las puérperas les representa limpieza y comodidad, al igual que les permite estar atentas y pendientes de la cantidad y de las características del sangrado que presentan.

En las respuestas que dieron las puérperas se destaca la creencia de que los genitales requieren ciertos cuidados que ayudan al proceso de cicatrización de los puntos de la episiorrafia, evitando infecciones, por lo cual, utilizaban baños locales con hierbas como el orégano, último real y eucalipto, en agua tibia. Estas creencias no están aisladas de los referentes teóricos fundamentados por la literatura científica<sup>31</sup>, que reporta que los baños de asiento tienen utilidad especial si el perineo tuvo un traumatismo grave, ya que el calor húmedo no solo aumenta la circulación que promueve la curación, sino que también relaja el tejido, lo que favorece la comodidad y la disminución del edema.

Acosta Mónica informa en su estudio sobre creencias populares que los genitales o “partes íntimas”, según se cree requieren cuidados especiales para evitar infecciones, disminuir el sangrado, la irritación y el mal olor de los puntos de la episiorrafia, utilizan diferentes prácticas caseras, como lavarse con hierbas cocidas, agua y jabón; o prácticas médicas como el Isodine, Permanganato y Domeboro<sup>32</sup>. Práctica muy común en el estudio realizado por ellos es la utilización de los baños de asiento con hierbas para que la región genital absorba los vapores desprendidos por las plantas, utilizados para sacar los coágulos y el frío de la matriz<sup>4</sup>.

Orellana<sup>10</sup> encontró que la gran mayoría de las mujeres encuestadas en su estudio efectúan cepillado de dientes a diario después de las comidas, así mismo, realizan aseo genital diario, relacionándolo con la frecuencia en el cambio de toallas sanitarias. Otras investigaciones reportan resultados similares, en los cuales la gran mayoría de las puérperas realizaron cepillado de dientes después de cada comida con el fin de no desarrollar caries, así mismo, informan del aseo de genitales que realizan la gran mayoría de las encuestadas, para lo cual utilizan elementos tales como Isodine, gasas, algodón, agua hervida, etc., y cambio de toallas, que concuerda con las veces que van al baño a orinar<sup>20</sup>.

### ***Cuidado y arreglo personal***

Uno de los aspectos abordados en esta dimensión fueron las relaciones sexuales. Se encontró que el 87 % de las

mujeres manifestaron tener cuidados con las relaciones sexuales durante la etapa del puerperio, evitándolas y esperando un tiempo prudencial después del parto para reiniciarlas. El 13 %, por su parte, informó no tener ningún cuidado y mantenerlas durante este tiempo; en este grupo, cabe resaltar que el 1 % de ellas utiliza preservativos para prevenir otro embarazo, ellas consideran que las relaciones sexuales les pueden traer algún tipo de complicación tardía, como el “daño a la matriz o infecciones”. Es importante que la enfermera reconozca la necesidad sexual de la puérpera y su compañero, por lo que se debe brindar educación en la etapa gestacional, con el fin de disminuir sus dudas y temores<sup>33</sup>.

Castro y Cols<sup>24</sup> reportan que las puérperas de su estudio consideraron las relaciones sexuales como algo prohibidas, incómodas y molestas, porque la mujer se puede desangrar, se siente débil y existe la posibilidad de quedar nuevamente embarazada. La literatura informa que anteriormente se recomendaba a las parejas no tener relaciones sexuales hasta seis semanas después del parto. En la actualidad se les recomienda a la pareja que se abstenga de ellas hasta que cicatrice la episiotomía y se suspenda el flujo de loquios (casi siempre al final de la tercera semana), ya que la vagina aún “está seca” por la deficiencia de hormonas; puede ser necesaria cierta forma de lubricación durante el coito<sup>30,33</sup>.

Las relaciones sexuales en el puerperio tienen ciertas restricciones y prohibiciones. Las madres las consideran como prohibidas, algo “sucio, cochino, incómodo

y fastidioso”, porque la mujer se puede desangrar o el hombre se puede enfermar de “lupus”. En el tabú, el concepto de la limpieza y la impureza se confunde con los valores y la moral; la prohibición del acto sexual para las mujeres en este período tiene características de tabú (32, 35).

Los resultados de la investigación se muestran de acuerdo a lo encontrado por Orellana (10), quien manifiesta que las mujeres de su estudio en su totalidad negaron tener relaciones sexuales durante esta etapa y que utilizan duchas vaginales como una práctica de higiene íntima que les ayuda a cicatrizar la episiotomía y mantenerse limpias y saludables; practicaron también otros cuidados, como protección de las corrientes de aire, uso de camisa manga larga o suéter, uso de pantalones y medias, y el uso de zapatos de lona cerrado y de tacón bajo. Así mismo, Parada Rico (20), manifiesta que la mayoría de las mujeres refieren aislarse de sus esposos y negarse a tener relaciones sexuales durante el puerperio, observando aún el uso de lavados o duchas vaginales en las madres puérperas, las cuales después del décimo día preparan baños con hierbas, como llantén y manzanilla, colocándolas en bolsas especiales de lavados y aplicándoselos. Resalta también otro tipo de cuidados de las encuestadas, como son, cubrirse la cabeza cuando van a salir al aire libre y en lo posible todo el cuerpo, pues los poros están abiertos en esta etapa y puede entrarle frío; se visten con blusas largas y pantalón, se colocan pañoleta en la cabeza

o cualquier otro elemento que le cubra, como pañales, gorras, etc.

Por otra parte, la mayoría de las puérperas (59 %) manifestaron no utilizar duchas vaginales, contrario al 41 % que sí lo hizo, informando el uso de baños con hierbas y sustancias antisépticas como Domeboro, lo que permite analizar la importancia que le dan al aseo de los genitales, creyendo que se deben hacer cuidados especiales con el fin de que no sufran infecciones y prevenir el mal olor, utilizando este tipo de prácticas que les proporciona la sensación de limpieza y comodidad. Es importante mencionar otro tipo de cuidados que realizan las mujeres encuestadas, como son no hacer fuerza (24,08 %); no serenarse (mojarse con agua lluvia, 23,56 %); no salir al aire frío (16,75 %), y en menor proporción se encuentran aquellas que realizan como cuidados prácticas tales como no lavar, no coger frío, no caminar mucho y guardar reposo. También cabe mencionar aquellas puérperas (7,33 %) que dicen no cuidarse.

El motivo por el cual se preocupan por realizar esta serie de cuidados es, en su gran mayoría (26,7 %) es seguir las recomendaciones de familiares y amigos; otras puérperas mencionan aspectos como: “puede entrarle frío” (7,33 %); “para no pasarse” (6,81 %); “evitar complicaciones” (6,18 %); “se va la purga a la cabeza” (5,76 %); y “se puede rodar la matriz” (2,09 %), entre otras.

Lo anterior indica la conservación de las creencias acerca de la exposición a los factores señalados anteriormente, con el fin de no sufrir complicaciones tales como “el pasmo”, que en su creencia lo describen como “el frío que entra al cuerpo produciendo dolor de cabeza, dolor en los huesos, escalofríos y daño en la matriz”.

### ***Higiene mental***

El 63 % de las puérperas refieren ver televisión para distraerse, seguido del 12 % de ellas que indican como motivo de distracción escuchar música; algunas mujeres señalan que se distraen haciendo actividades como dialogar (6 %), leer (5 %), jugar con sus hijos (4 %), hacer oficios (3 %), caminar (2 %), salir (2 %); coser (1 %), cuidar a su hijo (1 %). Se encontró un 1 % de las encuestadas que manifestó no hacer nada para distraerse.

La forma que utilizan las puérperas del estudio para distraerse está muy relacionada con el contexto socioeconómico y cultural al que pertenecen, siendo muy común ver televisión y escuchar música, debido a que estos medios son los que están a su alcance para proporcionarles distracción, pues no tienen otra forma para hacerlo, actividad esta que se relaciona con el tiempo de descanso que ellas tienen y con la ayuda que puedan recibir en la realización de las tareas del hogar y el cuidado del recién nacido por parte de familiares y/o amigos. Existe un menor porcentaje de puérperas que relacionan la distracción con el hecho de cuidar a sus hijos y llevar a cabo labores en su hogar, y otras que prefieren no hacer nada para distraerse.

Por otra parte, los mecanismos que usan la mayoría de las puérperas cuando están tristes es llorar (20,42 %), seguido de un 18,32 % que utiliza el diálogo y un 14,66 % que escucha música, en menor porcentaje se encuentra el aislamiento, trabajar y pensar; estos resultados guardan estrecha relación con los hallazgos de Orellana<sup>10</sup>, quien manifiesta dentro de las actividades de distracción de la población fue ver televisión y escuchar música, al igual que Parada Rico<sup>20</sup>, quien identificó los mismos mecanismos de distracción en su estudio.

En el puerperio la madre suele experimentar una sensación de decepción que tal vez no tenga causa aparente y que se acompaña de irritabilidad, llanto y sensación de incomodidad. Se considera que se relacionan en parte con los cambios fisiológicos y hormonales, con el ajuste personal y social que se lleva a cabo en esta transición crucial de papeles. Sin duda, la incomodidad, la fatiga y el agotamiento contribuyen en gran parte a esta afección. En ocasiones, la mujer experimenta una verdadera depresión del puerperio más fuerte, que se inicia en las primeras semanas después del parto y persiste varios meses. La madre se siente sumamente fatigada (aunque reposa); se percibe como inadecuada, incapaz de adaptarse y poco a poco se ensimisma. El llanto con frecuencia alivia la tensión, y el reposo y el apoyo son de suma importancia. Son convenientes las intervenciones de enfermería anticipatorias y apoyo a los padres para que comprendan que esta afección es transitoria. Si los síntomas persisten, la enfermera debe referir el caso<sup>35,36</sup>.

Al preguntarles a las puérperas del estudio si acostumbraban a dialogar con su pareja o personas cercanas, manifestaron que sí lo hacían (86 %), mientras que el 14 % no lo hace. Esto representa un hecho positivo porque, al relacionarlo con la poca distracción y con los mecanismos que utilizan cuando están tristes (llorar), les permite aliviar un poco las tensiones y facilita el acercamiento con las personas con quienes realizan el diálogo. De igual forma, se muestran datos representativos relacionados con la búsqueda de apoyo en situaciones difíciles (98 %), donde la red de apoyo que más solicitan es la familia (64 %), seguido del religioso (16 %), y en menor porcentaje se encuentra la búsqueda de apoyo económico (3 %) y emocional (3 %), entre otros.

El apoyo social y los niveles de satisfacción con el cambio de vida fueron los productores principales de depresión en madres primíparas durante los primeros seis meses posparto. La literatura sobre apoyo social y depresión posparto muestra resultados diferentes con respecto al número de los confidentes sociales y su influencia en la depresión posparto<sup>37,38</sup>. Mujeres con depresión posparto expresan tener contacto frecuente con miembros de su red de apoyo social, pero estos contactos son de baja calidad, sobre todo con el apoyo de sus esposos<sup>39</sup>.

Lo anteriormente expuesto permite hacer un análisis acerca de la importancia de contar con redes de apoyo para disminuir el riesgo de sufrir depresión puerperal. Aunque el grupo de mujeres encuestadas que no acostumbran

a dialogar con su pareja es menor que el que sí lo hace, vale la pena tenerlo en cuenta, ya que son situaciones en las cuales la intervención apropiada por parte de familia, amigos o personal de la salud contribuye a mejorar la salud mental de este grupo de mujeres.

Los hallazgos se encuentran relacionados con los de Orellana<sup>10</sup> quien manifiesta que la mayoría de las puérperas de su estudio sí buscan apoyo en situaciones difíciles y este depende de las necesidades, pudiendo ser emocional o económico. Así mismo, Parada Rico (20) encontró que las mujeres entrevistadas refieren en su mayoría buscar apoyo en algunas situaciones difíciles, tales como económico, emocional y espiritual.

Al indagar en las puérperas sobre si ellas se enojan con facilidad o no, el 62,30 % respondió afirmativamente, mientras que el 37,70 % manifestó no hacerlo. El enojo en este grupo de mujeres es muy frecuente, posiblemente por las circunstancias socioeconómicas y culturales que la rodean, además, en esta etapa se muestran muy susceptibles, influenciado esto por los cambios hormonales que se presentan. Estos resultados concuerdan con los encontrados por Orellana<sup>10</sup> quien manifiesta que la mayoría de las mujeres (68,88 %) se enojan con facilidad y utilizan como mecanismo de estabilidad ante un problema el no poner atención o ignorarlos, contrario a lo encontrado por Parada Rico<sup>20</sup>, quien reporta que la mayoría de mujeres de su estudio no se enojaban con facilidad ante los eventos diarios, mientras que otras expresaron que eran muy

sensibles y malgeniadas, por lo tanto, perdían el control y discutían por las cosas que no les agradaban.

Reader, Martin y Koniak<sup>38</sup> expresan que se observan diversos comportamientos maternos que indican respuesta de adaptación al recién nacido y a la responsabilidad de cuidarlo. Con frecuencia se observan alteraciones de los procesos familiares en relación con cambios de papel y estilos de vida, tensión causada por la llegada del nuevo miembro y la reorganización familiar, la mujer suele estar en algunas situaciones con el estado de ánimo alterado.

### **Hábitos no beneficiosos**

El 63 % de las puérperas encuestadas refieren ver televisión para distraerse, seguido del 12 % que indican como motivo de distracción escuchar música. Así mismo, algunas mujeres señalan que se distraen haciendo actividades como dialogar (6 %), leer (5 %), jugar con sus hijos (4 %), hacer oficios (3 %), caminar (2 %), salir (2 %), coser (1 %), cuidar a su hijo (1 %). Se encontró un 1 % de las encuestadas que manifestó no hacer nada para distraerse.

Por lo general, la forma que utilizan para distraerse las puérperas de este estudio está acorde con el contexto socioeconómico y cultural al que pertenecen, siendo muy común ver televisión y escuchar música, debido a que estos medios son los que están a su alcance para proporcionarles distracción, pues no tienen otra forma para hacerlo, actividad esta que se relaciona con el tiempo

de descanso que ellas tienen y con la ayuda que puedan recibir en la realización de las tareas del hogar y el cuidado del recién nacido por parte de familiares y/o amigos. Existe un menor porcentaje de puérperas que relacionan la distracción con el hecho de cuidar a sus hijos y llevar a cabo labores en su hogar, y otras que prefieren no hacer nada para distraerse.

Los mecanismos que usan la mayoría de las puérperas de este estudio cuando están tristes es llorar (20,42 %), seguido de un 18,32 % que utiliza el diálogo, y un 14,66 % que escucha música. Así mismo, en menor porcentaje se encuentra el aislamiento, trabajar y pensar.

Los resultados anteriores guardan estrecha relación con los hallazgos de Orellana<sup>10</sup> quien manifiesta dentro de las actividades de distracción ver televisión y escuchar música; al igual que Parada Rico<sup>20</sup>, quien identificó los mismos mecanismos de distracción en su estudio.

En el puerperio la madre suele experimentar una sensación de decepción que tal vez no tenga causa aparente y que se acompaña de irritabilidad, llanto y sensación de incomodidad. Se considera que se relacionan en parte con los cambios fisiológicos y hormonales, con el ajuste personal y social que se lleva a cabo en esta transición crucial de papeles. Sin duda, la incomodidad, la fatiga y el agotamiento contribuyen en gran parte a esta afección. En ocasiones, la mujer experimenta una verdadera depresión del puerperio más fuerte, que se inicia en las primeras

semanas después del parto y persiste varios meses. La madre se siente sumamente fatigada (aunque reposa); se percibe como inadecuada, incapaz de adaptarse y poco a poco se ensimisma. El llanto con frecuencia alivia la tensión, el reposo y el apoyo son de suma importancia; ante estas situaciones, son convenientes las intervenciones de enfermería y apoyo a los padres para que comprendan que esta afección es transitoria<sup>38</sup>.

Al preguntarles a las puérperas del estudio si acostumbraban a dialogar con su pareja o personas cercanas, manifestaron, en un 86 % que, si lo hacían, mientras que el 14 % no lo hace. Esto representa un hecho positivo porque si lo relacionamos con la poca distracción y con los mecanismos que utilizan cuando están tristes (llorar), les permiten aliviar un poco las tensiones y facilita el acercamiento con las personas con quienes realiza el diálogo. De igual forma, se muestran representativos los datos sobre la búsqueda de apoyo en situaciones difíciles (98 %), donde la red de apoyo que más solicitan es la familia (64 %), seguido del religioso (16 %) y en menor porcentaje se encuentra la búsqueda de apoyo económico (3 %) y emocional (3 %), entre otros.

Al preguntarle a las puérperas sobre si se enojan con facilidad o no, el 62,30 % respondió que, si se enojan, mientras que el 37,70 % manifestó no hacerlo, el enojo en este grupo de mujeres es muy frecuente, posiblemente por las circunstancias socioeconómicas y culturales que la rodean, además, en esta etapa se muestran muy

susceptibles, influenciado esto por los cambios hormonales que se presentan. Estos resultados concuerdan con los encontrados por Orellana<sup>10</sup>, quien manifiesta que la mayoría de las mujeres (68,88 %) se enojan con facilidad y utilizan como mecanismo de estabilidad ante un problema el no poner atención o ignorarlos, contrario a lo encontrado por Parada Rico<sup>20</sup>, quien informa que la mayoría de mujeres de la muestra refirieron que no se enojaban con facilidad ante los eventos diarios, mientras que otras expresaron que eran muy sensibles y malgeniadas por lo tanto perdían el control y discutían por las cosas que no le agradaban.

## Medicamentos

Los medicamentos de mayor consumo de las puérperas encuestadas durante la gestación fueron vitaminas (76,96 %), Hierro (61,78 %), calcio (56,54 %), analgésicos (54,97 %), fósforo (37,70 %), antibióticos (36,13 %) y antiinflamatorios (23,05 %); en menor escala se encuentra el consumo de antigripales (14,4 %) y antieméticos (3,14 %). Estos medicamentos, tal como lo registran los resultados del estudio (91,10 %), fueron indicados por el médico, y el 8,9 % manifestó automedicarse. El uso de medicamentos en este grupo de mujeres encuestadas se debe a que en esta etapa generalmente existe el criterio clínico del uso común de vitaminas, hierro y calcio para proporcionarle a la madre mejores condiciones de salud, sobre todo si se tiene en cuenta el nivel socioeconómico de las puérperas del estudio. El uso de antibióticos y antimicóticos se debió

a infecciones que tuvieron durante la gestación; cabe resaltar que la gran mayoría fueron recetados por personal de la salud.

La exposición fetal a determinados fármacos durante la gestación puede producir malformaciones congénitas o alteraciones en las funciones de ciertos órganos, pero no podemos considerar a la mujer embarazada como una “huérfana terapéutica”. La realidad es que de los muchos fármacos que hoy en día disponemos en la farmacopea, tan solo unos cuantos se han demostrado efectivamente teratogénicos, bien en experimentación animal o bien en estudios en humanos. Sin embargo, en la inmensa mayoría de los fármacos, la realidad es que se desconocen con exactitud los posibles riesgos que puede conllevar su toma. Como regla general, habría que decir que si no es estrictamente necesario debe evitarse la toma de fármacos durante la gestación. Dentro de los fármacos que los estudios controlados no han demostrado riesgo o no existen pruebas de riesgo en la especie humana nos encontramos el paracetamol como analgésico, la doxilamina o demenidrato como antiemético, las penicilinas y cefalosporinas como antibiótico<sup>40</sup>.

De igual forma, otros aportes literarios afirman que no existe consenso universal con respecto al uso de vitaminas y minerales durante el embarazo<sup>41</sup>. Lo ideal es que la dieta aporte todos los nutrientes para no tener que usar complementos. Algunos médicos recetan multivitamínicos y minerales “para asegurarse”: El subcommittee

On Dietary Intake and Nutrient Supplements During Pregnancy considera usarlos durante el embarazo solo cuando sea necesario, señala que su uso causa desequilibrio de los otros nutrientes. Los complementos que más se recetan son hierro y folacina<sup>38</sup>.

El 62 % de las puérperas no utiliza ninguna práctica de medicina natural, mientras que el 18 % utiliza baños, el 13 % bebidas con hierbas medicinales y el 5 % rezos. Las razones de utilizar estas prácticas corresponden en mayor proporción (31,94 %) a recomendaciones de familiares y amigos, el 1,57 % refieren "sacar el frío"; 1,57 % manifiestan que las ayuda mucho y el 0,52 % informa, respectivamente, les hace sentir mejor y alivian la inflamación. Conviene resaltar que la mayoría de las puérperas entrevistadas en este estudio eran primigestantes, quienes informaban que el uso de prácticas naturales era por recomendación de sus abuelas y madres. Estos datos se muestran de acuerdo con el interrogante sobre el uso de medicamentos naturales, la mayoría de las puérperas entrevistadas (87 %) respondieron que no los utilizaban, mientras que el 13 % manifestó hacerlo. En caso de que se use cualquier complemento vitamínico o mineral, es importante que la paciente comprenda que es adicional y no reemplaza el consumo dietético que se le indicó.

Los resultados de Orellana<sup>10</sup> muestran que el consumo de medicamentos de las mujeres (81,1 %) en la etapa del puerperio está limitado a vitaminas y analgésicos que son recetados después del parto, al igual que Parada Rico<sup>20</sup>,

quien informa que los medicamentos más consumidos durante el puerperio en las mujeres entrevistadas fueron las vitaminas, el hierro y los analgésicos. Otros medicamentos que se consumen en menor cantidad son los sedantes. Existe similitud entre los resultados obtenidos en el presente estudio y los dos anteriores, quizás porque son drogas que se consideran no teratogénicas y necesarias durante este periodo, sobretodo en el grupo de puérperas del nivel socioeconómico que caracteriza los tres estudios, al igual que la relación existente en lo que respecta a ser indicados por el médico y en menor porcentaje, la automedicación.

Se observó en esta investigación que el uso de medicamentos naturales y de plantas como parte del cuidado que tienen las puérperas del estudio representa tradiciones que han aprendido de sus ancestros, muchas de ellas, sobre todo las jóvenes, no tenían muy clara la razón de su uso, manifestando que, generalmente, aprendieron estas prácticas de sus abuelas, madres o suegras, sintiéndose muchas veces obligadas a hacerlo.

En el análisis de la información se destacan las diferentes plantas medicinales utilizadas, tales como la hierba buena, albahaca, orégano, último real y toronjil. Recalcan que de ninguna manera se debe utilizar agua fría, porque se puede ir “la purga a la cabeza”, esto quiere decir que se le suspende el sangrado y se le va a la cabeza, originándole un fuerte dolor de cabeza indefinido.

La literatura reporta que con frecuencia la familia extensa tiene un papel esencial durante el puerperio. A menudo la abuela es la principal ayudante para la madre y el recién nacido. Trae consigo sabiduría y experiencia<sup>30</sup>.

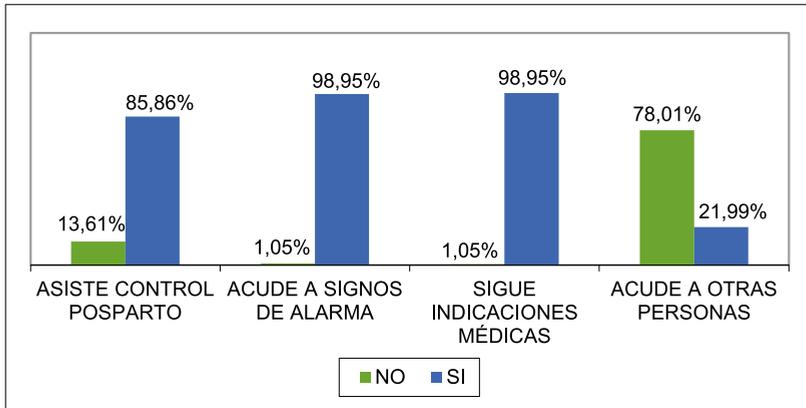
Acosta Mónica (32) manifiesta que, desde etapas remotas en la historia de la humanidad, ha existido una relación estrecha y armónica con la naturaleza. Las plantas han sido un recurso importante en la vida del hombre, como medio de subsistencia y en la prevención y curación de la enfermedad. La explicación del uso terapéutico de las plantas en la medicina popular se basa en los principios del pensamiento mágico. Tanto en la medicina popular como en la tradicional se han utilizado a la par por diferentes comunidades y por diversos motivos: uno es el económico, porque es más fácil adquirir una planta que someterse a tratamientos largos y costosos; también se utilizan por tradiciones que vienen desde los antepasados.

Orellana (10) en su estudio encontró que el 63.3% de las mujeres utilizaron bebidas naturales, relacionadas con el mantenimiento y recuperación de la actividad funcional del organismo. Entre las bebidas más utilizadas están el té de hojas de naranjo y manzanilla, agua de linaza, té de cáscaras de aguacate, utilizado este último como antiinflamatorio, así mismo, el 30 % informó la utilización de aceite de ricino y sal inglesa como “purgante”. Parada Rico<sup>20</sup>, por su parte, informa que la mayoría de mujeres en posparto no utiliza medicamentos naturales (65,8 %) y un grupo representativo de ellas los utiliza (34,2 %) y refieren

consumir el calcio que consiguen en tiendas naturistas. Refiere así mismo que el 46,7 %, no utilizan otras prácticas de medicina natural, sino que recurren al médico cuando necesitan consultar algo acerca de su puerperio, para ella o su recién nacido. Dentro de las prácticas con medicina natural, las mujeres (47,5 %), refieren que usan infusiones de aguas aromáticas tomadas, dentro de las cuales están la manzanilla, canela, salvia real, hinojo, anís estrellado, hierbabuena, poleo, mejorana, concha del árbol de jobo, limonaria, sábila, hojas de palmera, toronjil, perejil y ruda. Otra práctica es el baño general con hierbas, las cuales son, generalment; matarratón, manzanilla, llantén, salvia, altamisa, albahaca y caléndula. En menor porcentaje, (3,3 %) las puérperas utilizan aplicaciones de emplastos sobre el abdomen para limpiar, desinflamar y purificar la sangre. Esto lo realizan con manteca de venado, huevo tibio y ruda.

Los hallazgos de la presente investigación son congruentes con los de Orellana y Parada Rico en lo relacionado a la práctica de medicina natural y las razones de su utilización, afirmando, una vez más, la influencia cultural a través de generaciones en el cuidado de las puérperas.

## Sistema de apoyo



**Figura 3. Sistema de apoyo en puerperas participantes en el estudio Prácticas de cuidado que realizan consigo misma las puerperas en el departamento de Sucre, 2018**

La utilización de los servicios de salud en las mujeres puerperas entrevistadas con relación a la asistencia del control postparto estuvo representada por el 85,86 % que asiste al control postparto, mientras que el 13,61 % informó no asistir. De igual forma, las razones que adujeron para no ir fue, en mayor proporción, “no sabía” (6,28 %); “no necesité” (1,57 %) y “no me dieron cita” (1,57 %), “me siento bien”, “no me gusta”, “por descuido”, “no tengo tiempo”, entre otros, correspondientes a 0,52 %.

Lo que acabamos de observar nos conduce a destacar la asistencia al control postparto, no sin reconocer que, aunque la minoría no asiste, aún es una cifra importante, ya que la totalidad de ellas deberían asistir a su control postparto con el fin de lograr una mejor evaluación del estado de salud. Estos resultados son similares a los obtenidos por Orellana<sup>10</sup>; algunas manifestaron que acudir

al control postparto es necesario. Entre las causas de no consulta (63,3 %) respondieron que era porque no lo consideran necesario, no tenían información, no las orientaron al respecto o simplemente no saben qué hacer. Parada Rico<sup>20</sup> reporta similitud en los resultados, aunque informa que la cifra de pacientes que asisten al control posparto es la más representativa; observa también que todavía es alta la cantidad de mujeres que se quedan en casa ausentándose del control puerperal. Dentro de las causas mencionadas por las mujeres puérperas para explicar su inasistencia al control del puerperio, se encuentra: desconocimiento de la cita de control por falta de indicaciones y recomendaciones antes de salir de la institución (27 %). Los estudios anteriores muestran gran similitud en los resultados, se evidencia que el grupo de puérperas es un poco “olvidado” por nuestra sociedad y los actores del equipo de salud muchas veces incurrimos en este olvido y no le hacemos el seguimiento a esta etapa importante de la salud reproductiva en la mujer.

Al interrogar a las puérperas si acudían a los servicios de salud o no, ante un signo de alarma, un alto porcentaje (98,95 %) manifestó hacerlo, mientras que el 1,05 % señaló no hacerlo debido a que no eran atendidas a tiempo y por motivos de “flojera”.

Por otro lado, las puérperas multíparas expresaron no haber tenido nunca una complicación por los cuidados que tenían al respecto, a su vez, las primíparas tampoco habían presentado ningún signo de alarma; manifestaron

no dudar en acudir al médico si fuese necesario. Estos resultados difieren de los señalados en el estudio de Orellana<sup>10</sup>, quien resalta como causas de no consulta que no lo consideran necesario, no tenían información, no las orientaron al respecto o simplemente no saben qué hacer; en el estudio de Parada Rico<sup>20</sup>, se mostró como causas de inasistencia a los servicios de salud la creencia de que la medicina natural tiene mejores poderes que las prescripciones médicas, el no creer en el sistema de salud y pensar que no se va a complicar porque los partos anteriores han sido normales, además del desconocimiento de los signos de alarma en el puerperio y la falta de recursos para desplazarse hasta la institución y para la consulta médica; ello demuestra que las prácticas de cuidados están muy relacionadas con los patrones culturales<sup>42,43,44</sup>.

Por otra parte, para la mayoría de las puérperas, la recuperación física se da sin tropiezos y lo consideran un proceso saludable. Por esta razón, es frecuente que ellas piensen que no tienen necesidades “reales” de atención y por tanto que no es necesario acudir al médico y nada puede ser más lejano que la realidad.

Con relación a la consulta que realizan a otras personas, aparte del personal de salud, el 21,99 % responde que sí lo hace y el 78,01 % no o realiza. Dentro de los motivos señalados el mayor porcentaje (16,23 %) responde que por la experiencia, 1,57 % dicen que por la falta de confianza en el personal de salud, 1,57 % por que no hay médico cerca y el 1,57 % por escuchar recomendaciones.

Nuevamente sobresale la influencia cultural de las tradiciones en los cuidados puerperales, donde, por lo general, la madre escucha las recomendaciones y las experiencias de otras personas, especialmente miembros de la familia. Esto se corrobora con la información que ellas obtienen para cuidar su salud, donde el 76,96 % acude a la madre, 69,63 % a otros familiares, 53,40 % a amigos y en menor proporción acuden a medios de comunicación como la televisión (39,79 %), radio (28,80 %) y revistas (22,51 %). Reciben información del personal de salud en un 88,15 %, siendo destacadas las informaciones brindadas por las enfermeras y el médico. El 0,52 % encuentran poco importante la información suministrada por la radio y la televisión por considerarla no adecuada y que lo usan como medio de publicidad.

Al respecto es conveniente aclarar que muchos programas de información sobre salud se hacen con personas reconocidas en el medio social y científico, los cuales han aumentado últimamente, con el fin de llegar más a la población y que sí es posible adquirir conocimientos a través de estos medios de comunicación.

De otra parte, Orellana<sup>10</sup> refiere sobre la consulta a otras personas, diferentes del personal de salud, ante ello, las puérperas respondieron que no lo hacen porque no tienen confianza en ellas o que consideran que no tienen la capacidad de respuesta para sus problemas de salud. Entre las mujeres que aceptaron consultar a otras personas (22,2 %) están aquellas que manifiestan que la

unidad de salud les queda muy retirada, también las que no cuentan con el dinero para pagar la consulta; refirieron que el principal apoyo de las mujeres para obtener información relacionada con el cuidado de la salud es la familia (95,6 %) representada por la madre o la abuela, seguida por el esposo o compañero (81,1 %).

Parada Rico<sup>20</sup> presenta que la mayoría de puérperas (53,3 %), no consultan a otras personas aparte del equipo de salud porque consideran que “es muy delicado hacer algo sin estar bien seguros, sobre todo en esta etapa tan peligrosa para la mujer”. Sin embargo, existe un gran grupo de mujeres (46,7 %) que sí lo hacen, refiriendo que algunas personas tienen experiencia y pueden ayudarles a solventar la información necesaria. Las personas a quienes más consultan son la mamá, abuela, hermanas, suegra y, en último lugar, al esposo cuando no tienen cerca alguna mujer de la familia.

Existen similitudes en los anteriores resultados, donde los motivos son parecidos aun a pesar de que pertenecemos a diferentes culturas. Se hace necesaria mayor educación por parte de las personas que laboran en el campo de la salud, con el fin de que se pueda hacer planeación e intervención, identificando las necesidades y las influencias culturales y poder cubrir las metas del cuidado puerperal, llegando a una probable “negociación” en el establecimiento del cuidado.

A diferencia de los estudios relacionados, se encontraron hallazgos contradictorios en el estudio realizado por Rico<sup>45</sup>,

donde las puérperas aplican cuidados congruentes a su cultura y no las indicaciones dadas por el equipo de salud durante el embarazo.

### **Apoyo espiritual**

El apoyo espiritual está reconocido por las puérperas como una necesidad, según resultados en un mayor porcentaje (97,91 %), donde la mayoría de las mujeres le piden ayuda espiritual a Dios (94,24 %), a la Virgen (2,09 %) y a Jesús (1,57 %). En menor proporción (1,57 %) no solicita ayuda espiritual. El apoyo espiritual es fundamental si reconocemos la necesidad que tienen muchas personas de creer en un ser superior como apoyo a nuestras necesidades de todo tipo. Se evidencia en estos resultados, donde la puérpera se encuentra en un periodo de adaptación a cambios fisiológicos, donde muy probablemente la ayuda divina se convierte en una fuente importante de fortaleza, sobre todo por la susceptibilidad que presentan en esta etapa. La espiritualidad es un elemento inherente que unifica las demás dimensiones del ser humano<sup>46,47,48,49,40</sup>.

El principal apoyo espiritual que refiere Orellana<sup>10</sup> para el cuidado de la salud de las mujeres es su fe religiosa (100 %); ellas manifiestan que creen en Dios y que le piden constantemente para que les ayude a salir adelante con los problemas de salud. Parada Rico<sup>20</sup>, de igual forma, identificó que las mujeres puérperas acuden con más frecuencia para solicitar ayuda espiritual a Dios (84,7 %), la Virgen (12,7 %) y por último a los santos (2,5 %).

Los resultados de los diferentes estudios guardan estrecha relación con los de la presente investigación dado que la creencia en un ser superior se convierte en un aspecto fundamental del ser humano, a pesar de las diferencias sociales, económicas y culturales.

### **Apoyo emocional**

La necesidad de sentirse amada (36,65 %) y respetada (36,32 %) para cuidarse en la mayoría de las puérperas encuestadas es menor con relación a aquellas que manifestaron no sentir la necesidad de ser amadas (63,35 %) y respetadas (63,16 %) para poder hacerlo. Las razones que exponen son que las hacen sentir importantes (9,47 %), sentirse protegidas (8,95 %), sentirse bien (6,32 %), para seguir haciéndolo (5,26 %), sentirse apoyada (4,21 %), porque se sienten felices (0,53 %) y porque lo necesitan (0,53 %).

Lo anterior, nos permite realizar un análisis sobre la necesidad de contar con fuentes de apoyo, aunque los resultados arrojados demuestren que es menos representativo el porcentaje de puérperas que necesitaron sentirse amadas y respetadas para poder cuidarse que aquellas que no lo necesitaron, pues en este período algunas puérperas pueden permanecer pasivas, un poco dependientes y preocupadas por sus necesidades; es así como el apoyo social resulta necesario para aumentar su autoestima, que puede estar disminuida por los cambios físicos por los que está atravesando.

Los resultados de la investigación no concuerdan con los estudios de Orellana (10), quien encontró que la totalidad de mujeres manifiesta que es muy importante el sentirse amadas para cuidarse y que es fundamental el sentir que alguien se interesa por ellas, mientras que se muestran congruentes con la investigación de Parada Rico (20), en la cual la mayoría de mujeres refieren que no necesitan sentirse respetadas ni amadas para cuidarse y solo el 30,8 % refirió que es necesario escuchar palabras que le hagan sentir amada y le aumenten su autoestima para cuidarse de una manera adecuada.

## **CONSIDERACIONES FINALES**

Se observa que la mayoría de las mujeres encuestadas fueron adolescentes, de estado civil unión libre y con un nivel de escolaridad de secundaria incompleta, lo cual no les garantiza una estabilidad emocional y económica, obligándolas a dedicarse a las labores del hogar con poca perspectiva de superación.

Se encontraron algunas creencias populares, como fueron la duración del reposo en cama, no exponerse a corrientes de aire, evitar las relaciones sexuales durante la dieta, creencias estas relacionadas con prácticas de cuidado que utilizan este grupo de puérperas, tanto en el área rural como en la urbana, demostrando que son parte integral de la estructura sociocultural desde épocas anteriores.

Con relación a la higiene, se destaca la importancia que las puérperas le dan al aseo de los genitales, refiriendo que

ciertos cuidados como la utilización de baños locales con hierbas medicinales mejoran el proceso de cicatrización de los puntos de la episiorrafia.

Las puérperas del estudio no están expuestas a los riesgos relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas, alcohol y cigarrillos, lo cual les permitió disminuir algunos factores de riesgo para ellas y sus hijos.

La alimentación en este grupo de mujeres no es proporcional a sus requerimientos nutricionales, pues la mayoría de ellas consumen comida carente de proteínas, hierro y calcio, necesario en las madres que amamantan a sus hijos. Además, se encontró que la mayoría de las puérperas encuestadas creen que el consumir yuca, después del parto dificulta la cicatrización del ónfalo en el recién nacido. Este es un alimento que se produce en grandes cantidades en la región, siendo de amplio consumo y de bajo costo.

La realización de ejercicios pesados en las puérperas participantes las predispone a pensar en la ocurrencia de un descenso de la matriz y a la suspensión de los loquios, lo que podría originar dolores intensos de cabeza, sin mejoría alguna.

Las prácticas de cuidado que realizan las puérperas consigo mismas están rodeadas por un saber cultural, construidas por las relaciones sociales que se conservan en las diferentes culturas, a pesar del transcurso del tiempo y la ubicación geográfica donde se encuentren.

La mayoría de las mujeres puérperas cree y practica cuidados con el fin de preservar y mantener un equilibrio entre la salud y la enfermedad, es así como evitan complicaciones que pueden durar toda la vida y que también pueden ser adquiridas en esta etapa si la puérpera se descuida.

El conocimiento por parte del personal de enfermería sobre las prácticas de cuidado que realiza la puérpera consigo misma permite valorar su significado como parte de la herencia cultural, estimulándolas a trabajar en procesos investigativos con el fin de aprender comportamientos antiguos y nuevos para lograr cubrir las metas de todos los que participan en el cuidado puerperal.

## **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. Capitán MÁP. Conocimientos de las puérperas sobre autocuidados y cuidados del recién nacido en el momento del alta hospitalaria. *Matronas Profesión* 2005; (3):14-9.
2. Sánchez F. Fiebre puerperal. Federación Colombiana de asociaciones de obstetricia y ginecología. *Revista Colombiana de obstetricia y ginecología* 2005; 56(2): 141-46.
3. Del Toro Rubio M, Fernandez Aragón S, González Ruiz G, Díaz Pérez A. Aspectos culturales de la puérpera que influyen en el cuidado del primer hijo. *Rev Cubana Enfermer* [Internet]. 2016 Mar [citado 2019 Nov 11]; 32(1): 37-48. Disponible en:

[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-03192016000100006&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192016000100006&lng=es)

4. Castro E, Muñoz SF, Plaza GP, Rodríguez M, Sepúlveda LJ. Prácticas y creencias tradicionales en torno al puerperio, municipio de Popayán, 2005. *Rev Iaf.* 2006; 1(1):141-52.
5. Parada DA. Adopción de prácticas saludables en puérperas adolescentes. *Rev. Cuid.* 2013; 4(1):450-58.
6. Cardozo SL, Bernal MC. Adolescentes en puerperio y sus prácticas de cuidado. *Rev Av Enferm.* 2009; 27(2):82-91.
7. Sandoval Y, Hernández LM. Significado de las prácticas de cuidado que realizan consigo mismas las adolescentes puérperas en Soledad-Atlántico [tesis]. Bogotá DC: Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería; 2013 [acceso 22 Feb 2015]. Disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/11157/1/539612.2013.pdf>
8. Acosta M, Alegría L, Cajiao GE, Llano AM, Valencia C, Zuluaga P. Creencias populares sobre el autocuidado durante el puerperio en las instituciones de salud de nivel 1. *Rev Colomb Méd.* 1997; 28(1):42-50.
9. Medina A, Mayca J. Creencias y costumbres relacionadas con el embarazo, parto y puerperio en comunidades nativas Awajun y Wampis. *Rev Perú Med Exp Salud Pública.* 2006; 23(1):22-32
10. Orellana I. Prácticas de cuidado que realizan durante el postparto un grupo de puérperas que asisten

al control posparto en el Hospital Nacional San Rafael de la ciudad de Santa Tecla [tesis]. Bogotá DC: Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería; 2002 [citado 11 nov 2019]. Disponible en: [http://www.bdigital.unal.edu.co/view/types/thesis.html#group\\_O](http://www.bdigital.unal.edu.co/view/types/thesis.html#group_O)

11. Gómez MC, Labandeira P, Núñez M, Mengíbar A, Vallecillos S, Hernández A. Necesidades educativas sobre autocuidados y factores relacionados en el puerperio domiciliario. *Matronas Prof.* 2014;15(1):10-17.
12. Kalinowski L, Lenardt MH, Azevedo V, Ribeiro M, Loewen M. Beliefs and popular practice during postpartum period: integrated review of nursing productions. *OBJN.* 2010; 9(3):1-10.
13. Vargas Porras C, Ulloa Sabogal I, Villamizar Carvajal B. Prácticas de cuidado genérico de las puérperas, una herramienta para el cuidado de enfermería. *Rev Cubana Enferm [Internet].* 2017 [citado 11 Nov 2019]; 33(1): [aprox. 0 p.]. Disponible en: <http://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/688>
14. Moreno C, Rincón T, Arenas YM, Sierra D, Cano AP, Cárdenas DL. La mujer en posparto: un fenómeno de interés e intervención para la disciplina de enfermería. *Rev Cuid.* 2014; 5(2): 739-47. <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v5i2.86>
15. Acevedo-Hernández BA, et al. Proceso educativo de enfermería para promover el autocuidado de la mujer durante el puerperio. *Revista de Enfermería*

- del Instituto Mexicano del Seguro Social, 2016; 24 (3):197-204. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2016/eim163h.pdf>
16. Muñoz L, Ruiz C. Cuestionario semiestructurado. Prácticas de cuidado que realizan consigo mismas las gestantes en el postparto, versión del 21 de mayo de 2004. Programa de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia.
  17. Bendezú G, Espinoza D, Bendezú-Quispe G, Torres-Román J S, Huamán-Gutiérrez RM. Características y riesgos de gestantes adolescentes. Rev. peru. ginecol. obstet. [Internet]. 2016 Ene [citado 2019 Nov 11]; 62(1): 13-18. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2304-51322016000100002&lng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322016000100002&lng=es)
  18. DANE. Censo General 2005. Perfil Colombia.
  19. Ortiz M<sup>a</sup> C, Gómez et al. Necesidades educativas sobre autocuidados y factores relacionados en el puerperio domiciliario. Matronas profesión. 2014; 1: 10-17.
  20. Parada Rico D. Prácticas de cuidado en la puérpera egresada del Hospital San Vicente, E.S.E., durante el período de julio a octubre de 2004. Cúcuta, 2005; p.198. Trabajo de grado (Magíster en Enfermería). Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería.

21. Tous CC, Alviz et al. Prácticas de cuidado durante el puerperio mediato por mujeres egresadas de una IPS Sincelejo. Revisalud Unisucre. 2013; 1, no 1.
22. Ramón-Arbués, Enrique, et al. Evolución del patrón de actividad física en el embarazo y puerperio Análisis de una cohorte de 133 mujeres en Zaragoza (España). Revista Rol de Enfermería, 2016, 39(3), 190-195.
23. Leininger M, McFarland M. Culture care diversity and universality. A worldwide nursing theory. 2nd. Ed. New York: Jones and Barlett Publishers; 2006.
24. Leininger M. Citado por Argote LÁ et al. En: Protegiendo al recién nacido durante el puerperio, la madre adolescente asegura un hijo sano y fuerte. 2002 [en línea]. Disponible en: [http://www.enfermeria.unal.edu.co/revista/articulos/xxi1\\_4.pdf](http://www.enfermeria.unal.edu.co/revista/articulos/xxi1_4.pdf)
25. Ortiz Trejo P M, et al. Asociación entre el conocimiento y autocuidado durante el puerperio en mujeres postparto de Zacatecas, México. Enfermería. Innovación y Ciencia, 2019; 1(1): 8.
26. Vela E. Atención al puerperio normal y patológico. En: Martínez Bueno C, Torrens Sigalés RM. Enfermería de la mujer. Vol. I. 3ª ed. Colección Enfermería S21. Madrid: Difusión Avances de Enfermería (DAE); 2017. pp.245-69.
27. Martínez-Royert JC, Pereira Peñate M. Prácticas de cuidado que realizan las puérperas en los municipios de Sincelejo, Corozal, Tolú, Sampués y San Onofre

- (Sucre, Colombia) 2014. Salud Uninorte. 2016; 32(1): 84-94. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=81745985008>
28. Giraldo-Gartner V. et al. Interacciones entre el cuidado doméstico y hospitalario durante la gestación y el puerperio entre mujeres que viven en condiciones socioeconómicas adversas que asisten a una clínica de maternidad en Cartagena, Colombia. Revista Colombiana de Anestesiología. 2016; 44(3): 224-229.
  29. Morales K. Embarazo, parto y puerperio una mirada desde las mujeres Quito-Cara en la comunidad de Cocotog en el periodo Octubre 2016 - marzo 2017. Tesis de licenciatura. Quito: Universidad Central de Ecuador; Internet 2017. consultado el 11 noviembre 2019. 70 p. Disponible en: <http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/9856>
  30. Olds, London, Ladewig. Enfermería Materno-infantil. México: McGraw – Hill Interamericana. 3 y 4 ed., 1997. p 1057.
  31. Anchundia Espinoza B K. Creencias y prácticas ancestrales CHACHIS aplicadas durante el embarazo, parto y puerperio en la comunidad “San José del Cayapas” de la provincia de Esmeraldas. 2016. Tesis Doctoral. Ecuador-PUCESE-Escuela de Enfermería.
  32. Acosta M. et al. Creencias populares sobre el autocuidado durante el puerperio, en las instituciones de salud de nivel I. p. 1. [en línea]. En: Colombiamédica. 28 (1997). Disponible en: [www.colombiamedica.univalle.edu.co/vol28n01/creencias.pdf](http://www.colombiamedica.univalle.edu.co/vol28n01/creencias.pdf) .

33. Potter P, Griffin A, Stockert P, Hall A. Fundamentos de Enfermería. Octava edición. Editorial: Elsevier. Barcelona: España; 2015. p.1365.
34. Pérez Banda A, Álvarez Aguirre A, Casique Casique L, Díaz Manchay RJ, Rodríguez Cruz LD. Cuidados culturales durante el puerperio mediato en las mujeres indígenas. Ene. [Internet]. 2019 [citado 2019 Nov 11]; 13(1): 1313. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1988-348X2019000100003&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2019000100003&lng=es). Epub 01-Oct-2019.
35. Reeder M, Koniak. Enfermería Maternoinfantil. McGraw – Hill Interamericana, 1995 17 ed. p. 627.
36. Mora Delgado M. Depresión postparto y tratamiento. Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica. 2016; 73 (6): 511-514.
37. Berrios Huayta, K P. Depresión y Redes De Apoyo Social en el Embarazo y Puerperio. Caja Nacional de Salud y Hospital Maternoinfantil German Urquidi. GESTION 2015-2016. 2017. Tesis Doctoral. Residencia Medica-Medicina Familiar; RM. MF.-02/17 .
38. Araújo Scherrer W, Garcia Romero W, Zandonade E, Costa Amorim MH. Los efectos de la relajación sobre los niveles de depresión en mujeres con embarazos de alto riesgo: un ensayo clínico aleatorizado. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. 2016 [cited 2019 Nov 11]; 24: e2806. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692016000100416&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692016000100416&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1249.2806>

39. Collins N, Dunkel Sciletter MY, Scrimshaw S. Social support in pregnancy: psychosocial correlates of birth outcomes and depression. In: J Pers Social Psicol. 65(1993); 1243 - 58. Citado por: Canaval, Gladis y Cols, Op. cit., p.4.
40. Alcázar Zambrano JL. Medicación durante el embarazo [en línea]. Clínica Universitaria Universidad de Navarra. 2004. Disponible en: [www.cun.es/areadesalud/tu-perfil/futura-mama/medicacion-durante-el-embarazo/](http://www.cun.es/areadesalud/tu-perfil/futura-mama/medicacion-durante-el-embarazo/)
41. Holguín-Hernández E, Orozco-Díaz JG. Uso de hierro en forma de medicamento en gestantes colombianas. Revista de Salud Pública, 2012; 14: 789-801.
42. Muñoz-Henríquez M, Pardo-Torres M. Significado de las prácticas de cuidado cultural en gestantes adolescentes de Barranquilla (Colombia) 3/ What Cultural Care Practices Mean to Pregnant Teenagers in Barranquilla (Colombia)/Significado das práticas de cuidado cultural em gestantes adolescentes de Barranquilla (Colômbia). Aquichan 2016 03; 16(1):43-55. Disponible en <https://ezproxy.unisimon.edu.co:2114/docview/1786925901/fulltext/EF1DB3CA605149BAPQ/1?accountid=45648>
43. Toro PL. Atención prenatal: ¿tensiones o rutas de posibilidad entre la cultura y el sistema de salud?. Pensamiento Psicológico 2012; 10(2):123-133. Disponible en: <https://ezproxy.unisimon.edu.co:2114/docview/1786925901/fulltext/EF1DB3CA605149BAPQ/1?accountid=45648>

edu.co:2114/docview/1425423318/fulltext/  
EF1DB3CA605149BAPQ/2?accountid=45648

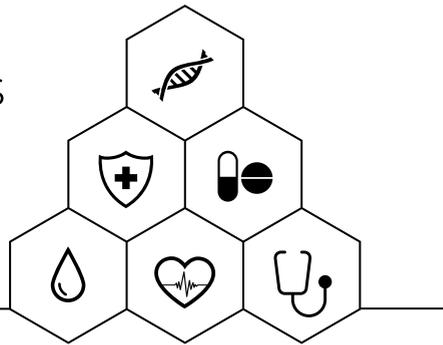
44. Niño BA, del P, Rodríguez S, Ortiz P, Aguilar SS, Amaya CM, Henao LS. Concepciones del embarazo en adolescentes gestantes de la ciudad de Bucaramanga. *Revista Cuidarte* 2017; 8(3):1875-1886. Disponible en: <https://ezproxy.unisimon.edu.co:2114/docview/1956455667/fulltext/EF1DB3CA605149BAPQ/20?accountid=45648>
45. Rico Dap. Adopción de prácticas saludables en puérperas adolescentes 1. *Revista Cuidarte* 2013;4(1):450-458. Disponible en: <https://ezproxy.unisimon.edu.co:2114/docview/1954234638/fulltext/B634BDECE0E2487FPQ/13?accountid=45648>
46. Morales SI. Relación entre la espiritualidad, el bienestar físico y el bienestar psicológico de los estudiantes universitarios. *Revista Griot* [Internet]. 2014 [citado 2019 oct 15]; (7). Disponible en: <http://revistagriot.uprrp.edu/archivos/2014070101.pdf>
47. Rodríguez MI. ¿Es la espiritualidad una fuente de salud mental o de psicopatología? *Rev Psiquiatría* [Internet]. 2011 [citado 2015 oct 20]; (15). Disponible en: <http://hdl.handle.net/10401/4928>
48. Salas V C, Taboada R. P. Espiritualidad en medicina: análisis de la justificación ética en Puchalski. *Rev. méd. Chile* [Internet]. 2019 Sep [citado 2020 Mayo 27]; 147(9): 1199-1205. Disponible en: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S003498872019000901199&lng=es](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003498872019000901199&lng=es). <http://dx.doi.org/10.4067/s0034-98872019000901199>.

49. Krmpotic CS. La espiritualidad como dimensión de la calidad de vida. exploraciones conceptuales de una investigación en curso. Scripta Ethnologica [Internet]. 2016; XXXVIII: 105-120. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=14849184006>
50. Cornejo Valle M, Borja Martín-Andino M, Estes Rubio C, Blázquez Rodríguez, M. El giro saludable: sacrificio, sanación, bienestar y su relación con la espiritualidad contemporánea. Athenea Digital, 2019, 19(2), e2125. <https://doi.org/10.5565/rev/athenea.2125> Disponible en: <http://ezproxy.unisimon.edu.co:2192/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=3&sid=5f424723-2abe-4442-bba7-925e11ef1ba8%40p-dc-v-sessmgr02>

**Cómo citar este capítulo:**

Martínez-Royert J, Pereira Peñate M. Barahona Guzman N. Prácticas de cuidado que realizan las puérperas en un Departamento del Caribe Colombiano. En: Lastre-Amell G, Aldana-Rivera E. (Editores), Salud y Cuidado en curso de vida. Barranquilla: Ediciones Universidad Simón Bolívar; 2019. pp.65-120.

**PARTE 2**  
Revisiones en  
Enfermedades  
Crónicas no  
Transmisibles

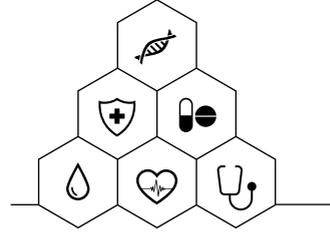




## CAPÍTULO 4

Artículo de revisión

# Condiciones determinantes en el desarrollo y mantenimiento de la diabetes\*



## *Determining conditions in the development and maintenance of the diabetes*

Mariela Suárez-Villa<sup>1</sup>  
 Jorge Rodríguez-López<sup>2</sup>  
 Indiana Rojas Torres<sup>3</sup>

\* Artículo derivado de la investigación: Percepción del embarazo en adolescentes escolarizadas en el municipio de Soledad- Atlántico

- 1 Enfermera. Magíster en Educación. Profesora investigadora del Grupo Innovación Tecnológica y Salud. Grupo Cuidado de Enfermería. Universidad Simón Bolívar, Facultad de Ciencias de la Salud, Barranquilla, Colombia. Investigadora Senior Colciencias. orcid/0000-0002-3489-5450. msuarez2@unisimonbolivar.edu.co
- 2 Enfermero. Magíster en Salud Pública. Profesor investigador del Grupo de Cuidado de Enfermería. Universidad Simón Bolívar, Facultad de Ciencias de la Salud, Barranquilla, Colombia. Investigador Asociado por Colciencias. orcid.org/0000-0002-7739-6029 jrodriguez2@unisimonbolivar.edu.co
- 3 Enfermera. Magíster Administración de Empresas e Innovación. Profesor investigador del Grupo de Cuidado de Enfermería. Universidad Simón Bolívar, Facultad de Ciencias de la Salud, Barranquilla, Colombia. <http://orcid.org/0000-0002-2601-2363> irojas1@unisimonbolivar.edu.co

## RESUMEN

**Introducción:** La diabetes mellitus es una enfermedad que ha ido progresando en la sociedad, ocasionando diversas alteraciones que repercuten sobre la salud de la población afectando su calidad de vida; el objetivo es describir el estado actual del conocimiento sobre las condiciones determinantes en el desarrollo y mantenimiento de la diabetes. Método de investigación cualitativa de revisión documental sistemática, se consultaron bases de datos Dialnet, Scielo, Redalyc, se seleccionó una muestra de 20 artículos que cumplieran con los criterios de inclusión: artículos científicos publicados en el periodo 2012-2017 a nivel local, nacional e internacional, en idiomas español e inglés. Se excluyeron bibliografías no científicas y artículos con más de 5 años de publicación. Los resultados de la presente revisión evidenciaron tres categorías; estilos de vida sedentarios en pacientes diabéticos; sobrepeso y obesidad en pacientes diabéticos; y consecuencias de la diabetes a largo plazo en la salud de individuos. La conclusión de este artículo permitió profundizar en el conocimiento sobre las condiciones determinantes en el desarrollo y mantenimiento de la diabetes, permitiendo comprender este fenómeno para promover y fortalecer el autocuidado en la población diabética.

**Palabras clave:** Diabetes mellitus, estilo de vida, obesidad, sobrepeso.

## Abstract

**Introduction:** Diabetes mellitus is a disease that has progressed in society causing various alterations that affect the health of the population affecting their quality of life; The objective is to describe the current state of knowledge about the determining conditions in the development and maintenance of diabetes. The qualitative research method of systematic documentary review, databases were consulted Dialnet, Scielo, Redalyc, a sample of 20 articles was selected, which met the inclusion criteria: scientific articles published in the period 2012-2017 at local, national level and international, in Spanish and English languages. Non-scientific bibliographies and articles with more than 5 years of publication were excluded. The results of this review showed three categories; sedentary lifestyles in diabetic patients; overweight and obesity in diabetic patients; and consequences of long-term diabetes on the health of individuals. The conclusion of this article allowed to deepen the knowledge about the determining conditions in the development and maintenance of diabetes, allowing to understand this phenomenon to promote and strengthen self-care in the diabetic population.

**Keywords:** Diabetes mellitus, lifestyle, obesity, overweight.

## **INTRODUCCIÓN**

La diabetes mellitus (DM) es una patología que comprende un grupo de alteraciones metabólicas, caracterizada por hiperglucemia crónica, debido a un defecto en la secreción de la insulina o defecto en la acción de la misma, o ambas. Esta enfermedad ha ido progresando en la sociedad ocasionando diversas alteraciones que repercuten sobre la salud de la población afectando su calidad de vida; su prevalencia ha ido en paralelo con el incremento de la obesidad y el sedentarismo<sup>1</sup>. Además, es considerada un factores de riesgo que afecta su manejo y disminuye la expectativa y calidad de vida de las personas que las padecen <sup>2</sup>.

El sedentarismo se constituye como factor de riesgo condicionante para sufrir diversos tipos de enfermedades que pueden causar la muerte, entre las principales se encuentran las cardiopatías coronarias, hipertensión arterial, diabetes mellitus, osteoporosis; además, la obesidad está directamente asociada a disminución del autoestima causada por la apariencia física<sup>2</sup>, debido a que conlleva a que la persona no acepte su imagen corporal<sup>3</sup>.

En los últimos años, la prevalencia de la diabetes mellitus tipo 2 (DM2) se ha incrementado, caracterizándose como una epidemia mundial y un problema de salud pública<sup>4</sup>. Según Hernández, Gutiérrez, Reynoso<sup>5</sup>, actualmente se ha triplicado el número de personas que viven con diabetes, con cifras estimadas en más de 347 millones de

personas que la padecen. De acuerdo con la Federación Internacional de Diabetes, China, India, Estados Unidos, Brasil, Rusia y México son en ese orden los países con mayor número de diabéticos. La obesidad, el sobrepeso y el sedentarismo son aspectos que se van asociando y han sido determinados como factores de riesgo que condicionan el desarrollo de enfermedad cardiovascular (ECV)<sup>5</sup>.

En España cuatro de cada diez personas de 15 y más años se declaran sedentarias en su tiempo libre. El 36,7 % afirma que no hace ejercicio y ocupa su tiempo de ocio de forma casi completamente sedentaria. El sedentarismo en el tiempo libre está más presente entre las mujeres (42,0 %) que entre los hombres (31,1 %). La diferencia por sexo es mayor entre los jóvenes y entre las personas de mayor edad<sup>6</sup>. La obesidad afecta al 16,9 % de la población de 15 y más años (entre ellas el 17,1 % son hombres y 16,7 % mujeres). La frecuencia de obesidad aumenta según descende el nivel de estudios. La población que más padece obesidad y sobrepeso son de 18 y más años<sup>6</sup>.

En Chile, la mayor población de mujeres es sedentaria, convirtiéndose el sobrepeso y la obesidad en la principal causa de muerte en ese país por ECV<sup>7</sup>. En Colombia, la DM2, según la Encuesta Nacional de Salud 2007 (ENS 2007), la prevalencia en personas entre 18 a 69 años fue de 3,5 %. Para el año 2010 murieron 6.859 personas por esta causa, cantidad que significó el 3,4 % del total de defunciones en el país y ubica a esta patología crónica no transmisible como una de las primeras diez causas de muerte

en Colombia, presentándose la mayor cantidad en la zona central del país<sup>8</sup>. En Colombia, la diabetes mellitus tipo 2 (DM2) es una de las 10 primeras causas de hospitalización, consulta externa y mortalidad en la población mayor de 45 años<sup>9</sup>.

Esta investigación permite ampliar el conocimiento sobre la DM2 y los factores de riesgo que condicionan a la enfermedad, obteniendo más elementos que ayuden a comprender este fenómeno de estudio que promueva, fortalezca el autocuidado en la población diabética, la participación activa en el mantenimiento de la salud; y adoptar nuevas estrategias de valoración para reconocer a tiempo el desarrollo de esta patología. Por todo lo anterior, esta investigación tiene como objetivo describir el estado actual del conocimiento sobre las condiciones determinantes en el desarrollo y mantenimiento de la diabetes a partir de la revisión de estudios investigativos que vienen exponiéndose a nivel nacional e internacional.

## **MÉTODO**

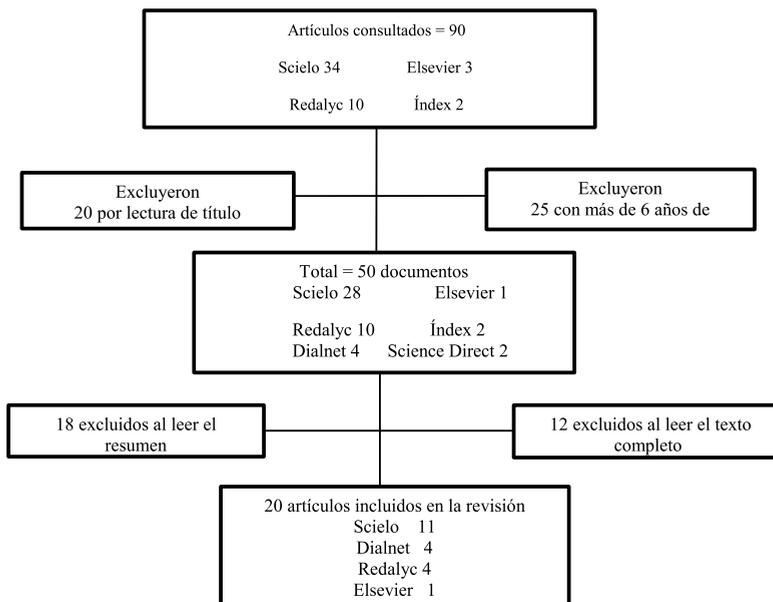
Se realizó una investigación cualitativa de revisión documental sistemática integrativa, mediante una búsqueda exhaustiva de artículos potencialmente relevantes, seleccionados mediante criterios explícitos. Los artículos que fueron incluidos finalmente en la revisión se les realizó una interpretación y síntesis de los datos obtenidos<sup>10</sup>, utilizando como herramienta el estado del arte el cual permite estudiar y analizar el conocimiento

acumulado de un tema específico<sup>11-12</sup>. Para guiar la revisión se formuló la siguiente pregunta; ¿Cuál es el estado actual del conocimiento entorno al sedentarismo y sobrepeso como factores influyentes en el desarrollo y mantenimiento de la diabetes?

Como estrategia de búsqueda se seleccionaron diferentes bases de datos, como Dialnet, Scielo y Redalyc, durante los meses de febrero, marzo, abril y mayo del año 2017; para delimitar la búsqueda de los artículos se utilizaron los descriptores de la salud: sobrepeso/sedentarismo/diabetes/calidad de vida, los cuales fueron combinados en inglés y español teniendo en cuenta los operadores booleanos "AND", "OR" y "NOT", y sus diferentes sinónimos. Los límites establecidos fueron: investigaciones y/o documentos. Se consultaron 90 artículos científicos teniendo en cuenta los criterios de inclusión: artículos científicos publicados en el periodo 2012- 2017 a nivel local, nacional e internacional, en idiomas español e inglés. Se excluyeron 45 artículos, siendo eliminados 20 por lectura de título y 25 por bibliografías científicas con más de 6 años de publicación. Resultando 48 artículos científicos, 2 documentos oficiales, quedando una muestra final de 20 artículos que cumplieron con los criterios de inclusión (Figura 1).

Como técnicas de recolección de la información, se tuvo en cuenta las etapas descritas por willes<sup>13</sup> para los estudios documentales, como son: interpretación, compilación de las evidencias, recomprensión de los fenómenos,

reflexión para la acción crítica y la práctica social del conocimiento y naturalización de los objetos de estudio, que permitieron elaborar unas matrices identificando la siguiente información: objetivos, métodos, instrumentos y recolección de la información; posteriormente se hizo un análisis crítico de los resultados de cada artículo, lo que facilitó identificar tres categorías. En cuanto a las consideraciones éticas en el desarrollo del presente estudio, se tuvo en cuenta la Ley 23 de 1982, la cual expresa que “Los autores de obras literarias, científicas y artísticas gozarán de protección para sus obras en la forma prescrita por la presente ley, en cuanto fuere compatible con ella, por el derecho común”.



**Figura 1. Descripción del proceso de selección**

Fuente: elaboración propia de las autoras

## RESULTADOS

A partir de los resultados obtenidos a través del análisis de la muestra consultada, que fueron el sustrato principal del diseño cualitativo de corte documental en el proceso investigativo, surgieron tres grandes categorías que permitieron describir el conocimiento sobre el sedentarismo y sobrepeso como condiciones determinantes en el desarrollo y mantenimiento de la diabetes. Las categorías encontradas fueron: Estilos de vida sedentarios en pacientes diabéticos, sobrepeso y obesidad en pacientes diabéticos, y consecuencias de la diabetes a largo plazo en la salud de los individuos.

### Estilo de vida en pacientes diabéticos

El estilo de vida en pacientes diabéticos se fundamenta en la interacción entre las condiciones de vida y los patrones individuales de conducta. El sedentarismo y la dieta inadecuada son ejemplos de conductas que influyen en el estado de salud de la población<sup>14</sup>. El estilo de vida en pacientes diabéticos es pieza clave para el manejo de su enfermedad, entre ellos se encuentra el sedentarismo, que está considerado como un estilo de vida carente de actividad física; el tener una vida sedentaria genera consecuencias negativas en el bienestar o estado de salud de una persona, desde consecuencias a nivel cardiovascular como respiratorias y metabólicas, entre otras<sup>15</sup>.

Las causas del incremento en los casos de diabetes de tipo 2 y las estrategias de prevención sitúan como

principales responsables a los estilos de vida que adoptan los individuos, y por ello son blanco prioritario de las intervenciones terapéuticas y educativas<sup>15</sup>. El riesgo de desarrollar esa enfermedad crece entre las personas sedentarias, con sobrepeso, obesidad central, hipertensión arterial, glucosa plasmática en ayunas  $\geq 100$ mg/dl, hábitos alimenticios inadecuados, edad avanzada y, además, con histórico familiar de diabetes, considerado factor de riesgo no modificable<sup>16</sup>. Según la OMS, los estilos de vida caracterizados por el sedentarismo fueron una de las diez principales causas de mortalidad y discapacidad en el mundo. El sedentarismo duplica el riesgo de sufrir enfermedades cardiovasculares y diabetes tipo II. Las personas sedentarias tienen más posibilidades de morir de forma prematura<sup>15</sup>.

La obesidad y el sedentarismo son condiciones vinculadas intrínsecamente; juntas son responsables de un gran número de enfermedades crónicas y de la disminución de la calidad de vida<sup>14</sup>. En las mujeres después de los 50 años se originan cambios hormonales que desencadenan la obesidad y el sedentarismo, cambian su estilo de vida y presentan malos hábitos dietéticos que pueden estar arraigados desde su juventud, factores que pueden contribuir a padecer dicha enfermedad<sup>16</sup>.

En México la diabetes representa un problema de salud pública que afecta principalmente a la población de bajos recursos económicos, asentada en las áreas urbanas, en donde el estilo de vida determina las conductas

alimentarias, de actividad física y los aspectos emocionales<sup>19</sup>. El Programa de Prevención de la Diabetes demostró que los cambios intensivos en el estilo de vida (dieta y ejercicio durante 30 min/día 5 veces a la semana) en los individuos con tolerancia alterada a la glucosa, previenen o retrasan el desarrollo de la diabetes tipo 2 en un 58 %<sup>18</sup>.

El reducir las conductas sedentarias es una estrategia terapéutica que previene el desarrollo prematuro de enfermedad cardiovascular en edades más tempranas, fomentando la práctica regular de actividad física y mejorando los hábitos de alimentación<sup>15</sup>. Los estilos de vida no saludables, como el sedentarismo y los malos hábitos nutricionales, contribuyen a la aparición de sobrepeso corporal y obesidad, los cuales constituyen un factor de riesgo para la aparición de enfermedades crónicas como la diabetes mellitus, la cardiopatía isquémica y el cáncer<sup>14</sup>. La falta de actividad física fomenta un incremento del riesgo de padecer sobrepeso u obesidad, generando a su vez numerosas posibilidades para el organismo de obtener problemas de salud. El aplicar en la vida diaria actividad física ayuda a mantener un estado físico saludable<sup>15</sup>.

Como lo evidencia el estudio de prevalencia observacional analítico de corte transversal realizado en el municipio Pinar del Río provincia cubana, durante el año 2010 se mostró que el sedentarismo fue bastante elevado en personas hipertensas representado en un 35,8 %, el sobrepeso y obesidad en 47,5 % y en menor porcentaje la

hipercolesterolemia, la diabetes consumo de alcohol. Los individuos con una dieta inadecuada padecen en un 35 % hipertensión con un perímetro de cintura alto de un 35 % y de menor incidencia la hipercolesterolemia representado con un 13,4 %, hipertrigliceridemia 13,9 % y diabetes 10,1 %<sup>14</sup>.

El estilo de vida constituye un conjunto de decisiones que pueden afectar o favorecer a la salud, con cierto grado de control voluntario. El proceso educativo unido a un régimen nutricional tiene un impacto positivo en el control metabólico de la glucosa, sobre todo cuando este involucra al paciente y su familia<sup>19-20</sup>. Estudios como el de Gómez, y Cols<sup>21</sup> afirman que a mejor estilo de vida menores niveles de glucosa en la sangre; la medicación y los estilos de vida son considerados pilares fundamentales para el control glucémico, lo que disminuye o retrasa la aparición de complicaciones agudas y crónicas en la diabetes mellitus. La alimentación es el pilar fundamental del tratamiento de la diabetes, ella se considera fundamental en la prevención y en el tratamiento de la DM. Usar una dieta como la mediterránea supone disfrutar de sus cualidades nutricionales, aprovechar los productos agrícolas, principalmente de frutas, menor incidencia y prevalencia de las enfermedades cardiovasculares, así como un menor índice de obesidad y una mayor esperanza de vida<sup>22</sup>. No es posible controlar los signos, síntomas y consecuencias de la enfermedad sin una adecuada alimentación.

Por otra parte, los patrones dietéticos no saludables constituyen un factor de riesgo ambiental para el desarrollo de la diabetes mellitus, en poblaciones no diabéticas<sup>23</sup>. Además,

sin una buena alimentación es difícil lograr un control metabólico adecuado, aunque se utilicen medicamentos hipoglucemiantes de alta potencia. En muchos casos, junto al ejercicio, constituye la única medida terapéutica<sup>24</sup>.

### **Sobrepeso y obesidad en pacientes diabéticos**

La diabetes mellitus, la obesidad y sobrepeso constituyen una de las asociaciones más frecuentes y letales en la actualidad; es decir, su prevalencia ha ido en paralelo con el incremento de la obesidad y el sedentarismo, esto hace referencia a que en el diagnóstico de la diabetes mellitus uno de los factores más predisponentes para padecerla es el sobrepeso, debido al aumento de la masa corporal total del individuo, lo que genera una interferencia en el equilibrio de la producción y liberación endógenas de insulina y su sensibilidad en los tejidos periféricos<sup>25-26</sup>.

En las personas obesas, el riesgo de padecer diabetes es tres veces mayor al de las personas que no tienen obesidad. Cuanto más elevado es el sobrepeso, más elevada es la cantidad de grasa en el organismo. De forma análoga, se observa un aumento de la glucemia. Indudablemente, la grasa proporciona energía al músculo en detrimento de la glucosa, lo que ocasiona un aumento de la glucemia<sup>27</sup>.

El impacto de la obesidad en la evolución de la diabetes ha sido ampliamente documentado; de ahí la importancia de su evaluación en todos los pacientes diabéticos, tanto en el momento del diagnóstico como durante su seguimiento: En todos los pacientes con sobrepeso/

obesidad que padecen o están en riesgo de padecer DM2, la Asociación Americana de Diabetes recomienda una dieta saludable con disminución del aporte energético para reducir el peso<sup>28-30</sup>.

La diabetes tipo 2 se conoce como la presentación más común de diabetes. En la mayoría de los casos se presenta en compañía de sobrepeso u obesidad. Además, aumenta el riesgo de cáncer, de síndrome metabólico y de enfermedades cardiovasculares. Siendo el cáncer, enfermedades cardiovasculares y diabetes las primeras tres causas de muerte en Puerto Rico; por ello, las medidas de salud preventiva están enfocadas en la prevención y manejo adecuado de la obesidad y la diabetes<sup>31</sup>. La obesidad es el factor de riesgo más importante asociado con el desarrollo de la diabetes en las personas adultas, y en la actualidad en los adolescentes, debido a la dieta inadecuada que realizan. Esta, a su vez, se asocia con la ingesta de alimentos de alta energía, inactividad física, tiempo delante del televisor y nivel socioeconómico bajo en los países desarrollados<sup>32-33</sup>.

La obesidad, el síndrome metabólico y la diabetes tipo 2 son los principales problemas de la salud pública, que afectan aproximadamente a 26 millones de niños y adultos en los Estados Unidos. Más del 8 % de la población de esta población tiene diabetes, entre los cuales 17,9 millones de personas presentan síndrome metabólico; la prevalencia de la obesidad en adultos estadounidenses se encuentra en un 36 %, y aproximadamente 12,5 millones (17 %) son

niños y adolescentes obesos (2-19 años de edad)<sup>34</sup>. Así mismo, grados moderados de obesidad pueden elevar el riesgo de diabetes hasta 10 veces y el riesgo crece mientras mayor es la intensidad de la obesidad<sup>33</sup>.

El riesgo de padecer diabetes y obesidad se incrementa en la descendencia de madres con tabaquismo durante su embarazo. La privación del sueño y estrés psicosocial se asocian con un riesgo aumentado de obesidad infantil e intolerancia a la glucosa en adultos, debido a una sobreactivación del eje hipotálamo-hipofiso-suprarrenal, ocasionando disminución de la capacidad del organismo de procesar la insulina<sup>35,36</sup>. El tabaquismo crónico tiene un impacto directo sobre la distribución de la grasa corporal; los fumadores crónicos padecen una función anormal en el hipotálamo relacionado con el aumento de peso y la obesidad. Esto influye en el acúmulo de grasa alrededor de los órganos abdominales, y en consecuencia, en el mayor riesgo de desarrollar resistencia a la insulina o intolerancia a la glucosa<sup>35-37</sup>.

Del total de pacientes con diabetes mellitus, el sexo femenino estuvo representado con 60 % y el masculino en 40 %. El grupo de edad de 70-79 fue el de mayor predominio de dicha afección con 62 %, de ellos 18 eran mujeres y 13 hombres<sup>38</sup>. Es un estudio comparativo sobre las condiciones de salud de la población de adultos con diabetes en México se observó que, entre las personas con diabetes, el 4,47 % reportó haber tenido ya un infarto, en contraste con el 1,64 % entre los no diabéticos; el 2,80 % de

los diabéticos reportó haber tenido angina de pecho, en comparación con 1,06 % entre los no diabéticos; y 4,05 % de los diabéticos reportó haber presentado insuficiencia cardiaca en contraste con 1,27 % entre los no diabéticos. Así mismo, el 54,46 % de los diabéticos reportó antecedentes familiares con diabetes, contrastado con el 34,81 % entre los no diabéticos.

Por otra parte, 46,95 % reportaron tener ya diagnóstico de hipertensión arterial, y solo el 12,78 % entre los no diabéticos; el 33,36 % de los diabéticos fuman, en comparación con 45,06 % de los no diabéticos. Por consiguiente del total de la población de 20 años o más en México, el 4,3 % (casi 3 millones), vive con diabetes e hipertensión<sup>39</sup>.

### **Consecuencias de la diabetes a largo plazo en la salud de individuos**

La diabetes mellitus (DM) puede producir a largo plazo descompensaciones metabólicas y con el tiempo generar complicaciones crónicas<sup>40</sup>. Esta patología incrementa el riesgo de muerte en hombres y mujeres a causa de infarto agudo de miocardio y trombosis, según estudios realizados en Copenhagen City Heart Study<sup>41-43</sup>.

Según Isea la mayoría de disfunciones a causa de esta patología están relacionadas con la aterosclerosis. La diabetes incrementa el riesgo de enfermedad coronaria en personas que padecen esta enfermedad y menor riesgo en las que no la padecen, con mayor prevalencia en mujeres que en hombres. Otras manifestaciones son la

macroangiopatía, que son enfermedades cerebrovasculares y la insuficiencia arterial periférica<sup>41</sup>. La microangiopatía o enfermedad microvascular comprende la retinopatía, nefropatía y neuropatía. La retinopatía diabética es la causa más común de ceguera adquirida en personas de 20 a 64 años de edad, es habitualmente una enfermedad progresiva que va desde un estado no proliferativo por aumento de la permeabilidad vascular hasta un trastorno proliferativo más complicado, caracterizado por la presencia de nuevos vasos en la retina. No presenta síntomas precoces, pero con el tiempo se desarrollan manchas focales, desprendimiento de la retina y pérdida de la visión<sup>41</sup>. Por tanto, es primordial el diagnóstico precoz y el tratamiento oportuno, evitando la pérdida de la visión<sup>44</sup>.

En las complicaciones vasculares de la DM también se encuentran las macrovasculares, incluyéndose la enfermedad arterial coronaria, la enfermedad cerebrovascular y la enfermedad arterial obstructiva periférica<sup>45, 46</sup>. Las complicaciones macrovasculares constituyen la causa principal de morbilidad y mortalidad en pacientes con DM en todo el mundo. Según reporte de casos, elevadas cifras de morbilidad están asociadas con alguna forma de enfermedad cardíaca o cerebrovascular; en relación con la frecuencia de las morbilidades, es mayor en las personas que padecen estas patologías en comparación a los que no las padecen<sup>45</sup>.

Los pacientes con DM también experimentan una reducción en la expectativa de vida y en el número de años vividos libres de enfermedad cardiovascular. La duración de la DM parece afectar el riesgo de enfermedad cardiovascular. Datos longitudinales de Framingham indican que, por cada 10 años de duración de la DM, el riesgo relativo de enfermedad coronaria es mayor y el riesgo de mortalidad por esta misma causa es aún más alto<sup>45</sup>. Existe la posibilidad de un 30-91 % de presentar al menos una complicación dermatológica durante el curso crónico de la enfermedad. Estas manifestaciones cutáneas varían en severidad y prevalencia; muchas de ellas no son específicas de la enfermedad, por lo cual se han dividido en 2 categorías: manifestaciones específicas y manifestaciones inespecíficas. Dentro de las manifestaciones específicas se encuentra la necrobiosis lipoídica, granuloma anular generalizado, diabetes bullosa, escleredema diabeti-corum, acantosis nigricans, xantomas eruptivos, dermatosis perforante adquirida, dermatopatía diabética<sup>47</sup>.

Dentro de las manifestaciones inespecíficas de las condiciones asociadas, se encuentran la acro cordones, uñas y piel amarilla, prurito generalizado, engrosamiento de la piel, rubeosis facies, eritema palmar, dermatosis purpúrica pigmentada. En cuanto a las manifestaciones cutáneas de la enfermedad vascular, se encuentran las úlceras diabéticas y pie diabético<sup>47</sup>. En relación con las enfermedades asociadas, se puede presentar la psoriasis y vitiligo, dentro de estas manifestaciones se pueden presentar infecciones causadas por bacterias y hongos<sup>47</sup>.

En las complicaciones a uso de terapia antidiabética se encuentra la reacción cutánea a insulina y la reacción cutánea a antidiabético oral; entre otras complicaciones, se puede presentar la esclerosis digital y la contractura de Dupuytren<sup>47</sup>. Diferentes investigaciones han evaluado el potencial impacto de la diabetes en el tejido periodontal. La mayor parte de ellos muestra que la hiperglicemia crónica puede alterar de manera muy significativa la salud de este órgano, comprometiendo la fisiología de este tejido a distintos niveles. La pérdida de inserción periodontal parece estar estrechamente vinculada al control metabólico de la diabetes. Es así como la presencia de un pobre control de esta enfermedad se asocia a una mayor prevalencia, severidad y extensión de la enfermedad periodontal<sup>48-49</sup>.

La enfermedad renal crónica (ERC) es una de las complicaciones más frecuentes de la DM, convirtiéndose en una enfermedad terminal que requiere tratamiento sustitutivo renal<sup>50-51</sup>. Todas estas consecuencias de la DM por su alta prevalencia originan altos índices de incapacidad laboral y es responsable de elevados costos de atención médica en el país<sup>45</sup>. Estas patologías condicionan uno de los mayores índices de ocupación de camas hospitalarias; sin embargo, el problema sobrepasa el ámbito hospitalario puesto que las secuelas requieren de atención médica en el primer nivel de atención y especializado, requiriendo rehabilitación a fin de evitar limitaciones en la calidad de vida<sup>51</sup>.

## **CONCLUSIONES**

Las condiciones que determinan el desarrollo y mantenimiento de los pacientes diabéticos son muchas y están muy relacionados con la forma como los pacientes manejan su calidad de vida, esta se ve afectada en gran medida por la falta de conocimiento.

La calidad de vida en un paciente con DM crónico es la resultante de la interacción de varios factores o condicionantes; entre ellos, estilo de vida no saludable, sobrepeso y obesidad, el apoyo social, la percepción personal que tenga el paciente según el contexto cultural. Personas con enfermedades crónicas como la diabetes deben obtener toda la información relacionada con esta patología que les permita asumir un rol positivo en el autocuidado que deben iniciar y mantener desde el momento en que conoce el diagnóstico.

La calidad de vida en los diferentes estudios, aunque tiene diferencias mínimas, es muy semejante para todos. Esto indica la posibilidad de fortalecer acciones de educación a fin de lograr un compromiso favorable hacia el autocuidado, promocionando estilos de vida saludables y la prevención de factores determinantes para la presencia de complicaciones.

Así mismo, se encontró una influencia muy marcada entre sobrepeso y obesidad en pacientes diabéticos porque estos pueden elevar el riesgo de diabetes, la cual es una enfermedad que trae muchas consecuencias debido a

que, después de muchos años, los niveles elevados de azúcar en la sangre pueden causar daños en los ojos, riñones, nervios, piel, corazón y vasos sanguíneos.

Esta investigación permitió ampliar el conocimiento de la DM2 y los factores de riesgo que condicionan a esta enfermedad, obteniéndose más elementos que ayuden a comprender este fenómeno de estudio, que promuevan y fortalezcan el autocuidado en la población diabética.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rojas de P E, Molina R, Rodríguez C. Definición, clasificación y diagnóstico de la diabetes mellitus. Rev Venez Endocrinol. Metab. 2012; 10(1): 7-12. Disponible en: [http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1690-31102012000400003](http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1690-31102012000400003)
2. Organización Mundial de la Salud. Inactividad física: un problema de salud pública mundial. 2017. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/inan/v14n24/v14n24a05.pdf>
3. Barrera A, Rodríguez A, Molina M.A. escenario actual de la obesidad en México. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2013; 51(3): 292-99. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2013/im133k.pdf>
4. Soares A, Moura M, Júnior Freire R, Zanetti M, Almeida C, Coelho M. Diabetes mellitus en México. El estado de la epidemia. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2014; 22(3):484-90. Disponible en:[http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n3/es\\_0104-1169-rlae-22-03-00484.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n3/es_0104-1169-rlae-22-03-00484.pdf)

5. Hernández M, Gutiérrez J, Reynoso N. Diabetes mellitus en México. El estado de la epidemia. Salud pública Méx.2013; 55(2): 129-136. Disponible en : [http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36342013000800009](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342013000800009)
6. Valero P, Souki A, Arraiz N, Prieto C, Cano C. Resistina y otras adipoquinas: papel en la obesidad, diabetes e insulinoresistencia. En: Bermúdez-Pirela, V, Herazo-Beltrán Y. (editores.), Aspectos básicos en obesidad. Barranquilla: Ediciones Universidad Simón Bolívar; 2018. Pp.19-59. Informes, estudios e investigación 2017. Hábitos de vida informe anual del sistema nacional de salud 2016. Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad. Disponible en: [https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnualSNS2016/Informe\\_Anuar\\_SNS\\_2016\\_completo.pdf](https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnualSNS2016/Informe_Anuar_SNS_2016_completo.pdf)
7. Álvarez C, Ramírez R, Flores M, Zúñiga C, Morales C. Efectos del ejercicio físico de alta intensidad y sobrecarga en parámetros de salud metabólica en mujeres sedentarias, pre-diabéticas con sobrepeso u obesidad. Rev méd chile. 2012; 140(10): 1289-1296. disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872012001000008&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872012001000008&script=sci_arttext)
8. Barrera M, Pinilla A, Caicedo L, et al. Factores de riesgos alimentarios y nutricionales en adultos con diabetes mellitus. Rev Fac Med. 2012; 60(1): 28-40. Disponible en: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/revfacmed/article/view/35474/47365>

9. Ministerio de Salud y Protección Social. Colombia enfrenta epidemia de enfermedades cardiovasculares y diabetes. Bogotá; 2014. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Colombia-enfrenta-epidemia-de-enfermedades-cardiovasculares-y-diabetes.aspx>
10. Gonzales I, Urrutia G, Coello P. Revisiones sistemáticas y Metaanálisis: bases conceptuales e interpretación. Rev Esp Cardiol. 2011; 64(8): 688-696. Disponible en: <http://www.revespcardiol.org/es/revisiones-sistematicas-metaanalisis-bases-conceptuales/articulo/90024424/>
11. Gómez M, Galenano C, Jaramillo D. El estado del arte: una metodología de investigación. Rev colombiana de ciencias sociales. 2015; 6(2): 424-442. Disponible: <http://www.funlam.edu.co/revistas/index.php/RCCS/article/view/1469>
12. Henao Willes M. Los sentidos del estado del arte en la investigación. Texto elaborado en la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional. Junio 29. 2001.
13. Paredes R, Castillo O, Marimon E, et al. Influencia del sedentarismo y la dieta inadecuada en la salud de la población pinareña. Rev Ciencias Médicas. 2014; 18(2): 221-230. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1561-31942014000200006&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942014000200006&lng=es).
14. Ramírez R, Agredo R. El sedentarismo es un factor predictor de hipertrigliceridemia, obesidad central y

- sobrepeso. Rev Colombiana De Cardiología. 2012; 19 (2): 75-79. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0120563312701092>
15. Soares A, Moura M, Júnior Freire R, Zanetti M, et al. M. Factores de riesgo para Diabetes Mellitus Tipo 2 en universitarios: asociación con variables sociodemográficas. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2014; 22(3): 484-90. Disponible en: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n3/es\\_0104-1169-rlae-22-03-00484.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n3/es_0104-1169-rlae-22-03-00484.pdf)
  16. De la Paz K, Proenza L, Gallardo Y, et al. Factores de riesgo en adultos mayores con diabetes mellitus. MEDISAN [Internet]. 2012; 16(4): 489-497. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1029-30192012000400001&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192012000400001&lng=es).
  17. Guillarte O, Álvarez J, Selva A, Bona R, y Salazar Z. Caracterización clínico epidemiológica de pacientes diabéticos en un área de salud. MEDISAN. Cuba. 2013; 17(5): 820. Disponible en: [file:///C:/Users/karen/Downloads/articulo%201%20karen%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/karen/Downloads/articulo%201%20karen%20(1).pdf)
  18. Figueroa M, Cruz J, et al. Estilo de vida y control metabólico en diabéticos del programa DiabetIMSS. Gac Med Mex. 2014; 150: 29-34. Disponible en: [https://www.anmm.org.mx/GMM/2014/n1/GMM\\_150\\_2014\\_1\\_029-034.pdf](https://www.anmm.org.mx/GMM/2014/n1/GMM_150_2014_1_029-034.pdf)
  19. León M, Araujo G, Lino Z. Diabet IMSS Eficacia del programa de educación en diabetes, en los parámetros clínicos y bioquímicos. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2012; 51(1): 74-9. Disponible en: <http://>

[www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=41946](http://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=41946)

20. Gómez L, Yam A, Martín M. Estilo de vida y hemoglobina glucosilada en la diabetes Mellitus tipo 2. Rev Enferm imss. 2010; 18 : 81-87 Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2010/eim102d.pdf>
21. Aldana–Rivera E, Carrero C., Orostegui–Santander, MA. Dieta mediterránea, síndrome metabólico y perfil lipídico. En Bermúdez- Pirela V, y Herazo-Beltrán Y (Ed.), Aspectos básicos en obesidad (pp.134-150). Barranquilla, Colombia: Ediciones Universidad Simón Bolívar. 2018. Disponible en: [https://bonga.unisimon.edu.co/bitstream/handle/20.500.12442/2273/Cap5\\_Dietamediterr%C3%A9alsindromemetab%C3%B3perfilip%C3%addico.pdf?sequence=7&isAllowed=y](https://bonga.unisimon.edu.co/bitstream/handle/20.500.12442/2273/Cap5_Dietamediterr%C3%A9alsindromemetab%C3%B3perfilip%C3%addico.pdf?sequence=7&isAllowed=y)
22. Hernández P, Mata C, Lares M, et al. Índice glicémico y carga glucémica de las dietas de adultos diabéticos y no diabéticos. An Venez Nutr. 2013; 26(1): 5-13. Disponible en: <file:///C:/Users/HEMEROTECA.S2-HEME-EQ-021/Downloads/AnVnzNutrIGyCG2615-13.pdf>
23. Durán S, Carrasco E, Araya M. Alimentación y diabetes. Nutr. Hosp. 2012; 27 (4): 1031-1036. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0212-16112012000400010](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112012000400010)
24. Matía Martín P., Lecumberri Pascual E, y Calle Pascual A L. Nutrición y Síndrome Metabólico. Rev Esp Salud Pública 2007; 81: 489-505. Servicio de Endocrinología

- y Nutrición. Hospital Clínico San Carlos. Madrid. España. Consultado en: <https://www.scielosp.org/pdf/resp/2007.v81n5/489-505/es>
25. López M. Revisión bibliográfica sobre el sobrepeso y la obesidad infanto juvenil en España y su intervención desde la Enfermería. *Reduca*. 2016; 8(1): 200-247, 2016. Disponible: <http://www.revistareduca.es/index.php/reduca-enfermeria/article/view/1904/1915>
  26. Márquez I. Manejo de la diabetes en pacientes con obesidad severa. Sociedad española de cardiología. 2012. Disponible en: <https://www.fesemi.org/congresos/reuniones/v-reunion-de-diabetes-y-obesidad>
  27. Gómez H, Gómez L, Carrillo E, Galve F, Casanueva M, Puig J, et al. Hacia un manejo integral del paciente con diabetes y obesidad. Posicionamiento de la SEMI, SED, redGDPS, SEC, SEEDO, SEEN, SEMERGEN y SEMFYC. *Rev Clin Esp*. 2015; 215(9): 505-514. Disponible en: [https://ac.els-cdn.com/S0014256515001940/1-s2.0-S0014256515001940-main.pdf?\\_tid=520d5ef9-3334-433c-bc44-cdeec-11599b1&acdnat=1525905229\\_0749181d147ee4a5e-b61ef8f6a88994d](https://ac.els-cdn.com/S0014256515001940/1-s2.0-S0014256515001940-main.pdf?_tid=520d5ef9-3334-433c-bc44-cdeec-11599b1&acdnat=1525905229_0749181d147ee4a5e-b61ef8f6a88994d)
  28. Costa B, Barrio F, Cabre JJ, Pinol JL, Cos X, Sole C, et al. Delaying progression to type 2 diabetes among high-risk Spanish individuals is feasible in real-life primary healthcare settings using intensive lifestyle intervention. *Diabetología*. 2012; 55:1319-28. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22322921>

29. American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes–2014. *Diabetes Care* 2014; 37 Suppl 1: S14-80. Disponible en: [http://care.diabetesjournals.org/content/37/Supplement\\_1/S14](http://care.diabetesjournals.org/content/37/Supplement_1/S14)
30. Comulada-Rivera A. Diabetes y obesidad: prevenibles y tratables. *Rev Galenus puerto rico*. 2017. 62 (1). Disponible en: <http://www.galenusrevista.com/-Edicion-impresa,894-.html>
31. Cigarroa I, Sarqui C, Rafael Zapata R. Efectos del sedentarismo y obesidad en el desarrollo psicomotor en niños y niñas: Una revisión de la actualidad latinoamericana. *Rev Univ. Salud*. 2016; 18(1): 156-169.
32. Bucco L, Zubiaur M. Desarrollo de las habilidades motoras fundamentales en función del sexo y del índice de masa corporal en escolares. *Cuad. Psicol. del Deport*. 2013; 13(2): 63-72. Disponible en: <http://revistas.um.es/cpd/article/view/180441>
33. Devaraj S, Hemarajata P, Versalovic J. La microbiota intestinal humana y el metabolismo corporal: Implicaciones con la obesidad y la diabetes. *Acta bioquím. clín. latinoam*. [Internet]. 2013 Jun [citado 2018 Mayo 09]; 47(2): 421-434. Disponible en: [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0325-29572013000200019&lng=es](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-29572013000200019&lng=es)
34. Soto I. N. Tabaquismo y Diabetes. *Rev. chil. enferm. respir*. [Internet]. 2017 Sep [citado 2018 Abr 23]; 33(3): 222-224. Disponible en: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pi-](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pi-)

d=S0717-73482017000300222&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/s0717-73482017000300222>

35. Suárez González JA, Preciado Guerrero R, Gutiérrez Machado M, Cabrera Delgado MR, Marín Tápanes Y, Cairo González V. Influencia de la obesidad pregestacional en el riesgo de preeclampsia/eclampsia. *Rev Cubana Obstet Ginecol.* 2013; 39(1): 3-11. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138-600X2013000100002&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2013000100002&lng=es)
36. Pan A, Wang Y, Talaei M, HU FB. Relation of Smoking with Total Mortality and Cardiovascular Events Among Patients with Diabetes: A Meta-Analysis and Systematic Review. *Circulation* 2015; 132: 1795-804. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26311724>
37. De la Paz Castillo KL, Proenza Fernández L, Gallardo Sánchez Y, Fernández Pérez S, Mompié Lastre AA. Factores de riesgo en adultos mayores con diabetes mellitus. *MEDISAN [Internet].* 2012 Abr [citado 2018 Abr 23]; 16(4): 489-497. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1029-30192012000400001&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192012000400001&lng=es)
38. Hernández M, Gutiérrez J, Reynoso N. Diabetes mellitus en México. El estado de la epidemia. *Instituto Nacional de Cancerología.* 2013; 55(1): 129-136. Disponible: <https://www.scielosp.org/article/spm/2013.v55suppl2/s129-s136/es/>

39. Lizarzaburu J. Síndrome metabólico: concepto y aplicación práctica. An. Fac. med. 2013; 74 (4): 315-320. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1025-55832013000400009&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1025-55832013000400009&script=sci_arttext)
40. Almaguer A, Soca RC, Mariño A, Guerra R. Actualización sobre diabetes mellitus. Universidad de Ciencias Médicas de Holguín. 2012; 16(2): 1-16. Disponible en: <file:///C:/Users/consultab/Desktop/ccm122i.pdf>
41. Montesa L, González M, Vilches E, Fernández J, Araujo R. Muerte súbita cardiovascular en poblaciones de riesgo. CorSalud. 2014; (1): 71-78. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/corsalud/cor-2014/cors141l.pdf>
42. Vilches E, et al. Perfil de riesgo vascular ateroesclerótico del fallecido por muerte cardíaca súbita. Rev cubana. 2013 52(3): 146-160. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-75232013000300002](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75232013000300002)
43. Valero K, Marante D, Torrez M, Ramírez G, Cortez R, Carlini R. Complicaciones microvasculares de la diabetes. Rev. Venez. Endocrinol. Metab. Mérida oct. 2012; 10(1): 111-137. Disponible en: [http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1690-31102012000400014](http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1690-31102012000400014)
44. Isea J, Vilorio J, Ponte N, Hidalgo C, Gómez M. Complicaciones macrovasculares de la diabetes mellitus: cardíacas, vasculocerebrales y enfermedad arterial periférica. Rev. Venez. Endocrinol. Metab.

- [online]. 2012; 10(1): 96-110. Disponible en: [http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S1690-31102012000400013&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S1690-31102012000400013&script=sci_arttext)
45. Valdes E, Espinosa Y. Factores de riesgo asociados con la aparición de enfermedad arterial periférica en personas con diabetes mellitus tipo 2. Rev cubana med. 2013; 52 (1): 4-13. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75232013000100002&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75232013000100002&script=sci_arttext&tlng=pt)
46. Calderon D, Calderon C, Rivera A, Medina A. Diabetes mellitus y sus diferentes manifestaciones dermatológicas. Revisión de la literatura. Revista colombiana de Endocrinología Diabetes y metabolismo. 2017; 4(3): 33-39. Disponible en: <http://www.revistaendocrino.org/index.php/rcedm/article/view/134/251>
47. Smith P, Retamal I, Cáceres M, Romero A, Silva D, Arancibia R, et al. Diabetes y su impacto en el territorio periodontal. Rev. Clin. Periodoncia Implantol. Rehabil. Oral [online]. 2012; 5 (2): 90-92. Disponible en: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0719-01072012000200008&lng=es&nrm=iso](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0719-01072012000200008&lng=es&nrm=iso). ISSN 0719-0107. <http://dx.doi.org/10.4067/S0719-01072012000200008>
48. Peraza A, et al. Estado de salud bucal en pacientes diabéticos. Sagua la Grande, 2010-2011. Medisur. 2014; 12(5): 709-716. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1727-897X2014000500006](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2014000500006)

49. Iglesias P, Heras M, Díez J. Diabetes mellitus y enfermedad renal en el anciano. *Nefrología (Madr.)* [online]. 2014; 34(3): 285-292. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0211-69952014000300003&lng=es&nrm=iso](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-69952014000300003&lng=es&nrm=iso)
50. Gómez R, et al. Documento de Consensos sobre el tratamiento de la diabetes tipo 2 en el paciente con enfermedad renal crónica. *Nefrología (Madr.)*. 2014; 34(1): 34-45. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0211-69952014000100005](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-69952014000100005)

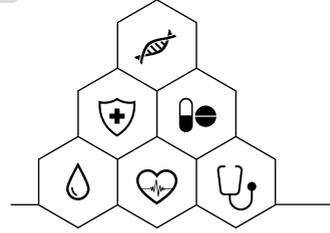
**Cómo citar este capítulo:**

Suárez-Villa M, Rodríguez-López J, Rojas Torres I. Condiciones determinantes en el desarrollo y mantenimiento de la diabetes. En: Lastre-Amell G, Aldana-Rivera E. (Editores), *Salud y Cuidado en curso de vida*. Barranquilla: Ediciones Universidad Simón Bolívar; 2019. Pp. 121-150.

## CAPÍTULO 5

## Artículo de Investigación

# Factores asociados al cáncer de cérvix, pacientes con conductas de riesgo. Barranquilla/ Colombia\*



## *Factors associated with cervical cancer patients with risk behaviors. Barranquilla, Colombia*

Gloria Lastre-Amell<sup>1</sup>  
 Mariela Suárez-Villa<sup>2</sup>  
 María Alejandra Orostegui-Santander<sup>3</sup>  
 Anderson Díaz-Pérez<sup>4</sup>

\* Artículo producto de Proyecto "Costos Directos E Indirectos Atribuibles A Sedentarismo Y Exceso De Peso En Cuatro Patologías No Transmisibles En Usuarios De Instituciones Prestadoras De Salud Del Departamento Del Atlántico En El Período 2017-2 Al 2019". Autorizado por el comité de ética de la institución de educación superior (PRO-CEI-USB-0228-00), adscrito al convenio docencia servicio con IPS privada de Barranquilla.

1 Enfermera. Magíster en Salud Pública. Profesora. Líder del Grupo Cuidado de Enfermería. Universidad Simón Bolívar, Facultad de Ciencias de la Salud, Barranquilla, Colombia. Investigadora Asociada Colciencias. <http://orcid.org/0000-0002-8855-3931> [glastre@unisimonbolivar.edu.co](mailto:glastre@unisimonbolivar.edu.co)

2 Enfermera. Magíster en Educación. Profesora investigadora del Grupo Innovación Tecnológica y Salud. Grupo Cuidado de Enfermería. Universidad Simón Bolívar, Facultad de Ciencias de la Salud, Barranquilla, Colombia. Investigadora Senior Colciencias. [Orcid/0000-0002-3489-5450](https://orcid.org/0000-0002-3489-5450) [msuarez2@unisimonbolivar.edu.co](mailto:msuarez2@unisimonbolivar.edu.co)

3 Enfermera. Magíster en Educación. Universidad Simón Bolívar, Facultad de Ciencias de la Salud, Barranquilla, Colombia. Investigadora Asociada Colciencias. [Orcid https://orcid.org/0000-0003-2218-6734](https://orcid.org/0000-0003-2218-6734) [morosteguil@unisimonbolivar.edu.co](mailto:morosteguil@unisimonbolivar.edu.co)

4 Instrumentador Quirúrgico. Doctor en Salud Pública y Bioética. Universidad Simón Bolívar, Facultad de Ciencias de la Salud, Barranquilla, Colombia. Investigador Junior. Colciencias. <https://orcid.org/0000-0003-2448-0953> [adiaz72@unisimonbolivar.edu.co](mailto:adiaz72@unisimonbolivar.edu.co)

Maloris Navarro-Agamez<sup>5</sup>  
Jorge Rodríguez-López<sup>6</sup>

### Resumen

**Introducción:** La población femenina tiene un alto riesgo de adquirir el virus del papiloma humano en cualquier momento de sus vidas, se asocia al cáncer de cérvix y a factores de riesgo como el inicio temprano de las relaciones sexuales, el bajo nivel social, cultural y educativo. **Materiales y métodos:** Estudio cuantitativo descriptivo transversal, la muestra estuvo conformada por 50 mujeres, muestreo no probabilístico, se incluyeron mujeres a partir de los 13 años, sin distinción de etnia, nivel de educación, socioeconómico, excluyendo aquellas mujeres con alteraciones mentales diagnosticadas, y que no quisieron participar, dejaron de asistir y abandonaron el seguimiento. **Resultados:** Edad promedio de 35,5±6,17 años, entre estratos 1 y 2 del área rural; además estas mujeres tuvieron su primer embarazo en edades entre 20-24 años ( $P<0,001$ ), realizan el papanicolaou 2 veces al año, siendo estos factores asociados al cáncer de cérvix. **Discusión:** Diversos autores manifiestan estar de acuerdo con los factores asociados al cáncer de cérvix como lo son estratos socioeconómicos bajos, una baja educación, la edad y por el tipo de régimen de salud, las actividades ginecobstétricas, como el embarazo a temprana edad, entre otras. En conclusión, las características sociodemográficas, los factores conductuales y ginecobstétricas son factores de riesgo que influyen en el diagnóstico y direccionamiento del desarrollo de enfermedades como el cáncer de cérvix.

**Palabras clave:** Cuello del útero, útero, cáncer de cuello uterino, factores de riesgo.

### Abstract

**Introduction:** The female population is at high risk of acquiring the Human Papilloma Virus at any time in their lives, it is associated with cervical cancer and risk factors such as the early start of sexual relations, low social, cultural and educational level. **Materials and methods:** Quantitative descriptive cross-sectional study, the sample consisted of 50 women, non-probabilistic sampling, women from the age of 13 were included, without distinction of ethnicity, level of education, socioeconomic, excluding women with diagnosed mental disorders, and that they did not want to participate, they stopped attending and abandoned the follow-up. **Results:** Average age of 35.5 ± 6.17 years, between strata 1 and 2 of the rural area, these women also had their first pregnancy at ages between 20-24 years ( $P < 0.001$ ),

5 Enfermera. Universidad Simón Bolívar, Facultad de Ciencias de la Salud, Barranquilla, Colombia. <https://ORCID.org/0000-0002-7899-3175>  
mnavarro46@unisimon.edu.co

6 Enfermero. Mg en Salud Pública. Universidad Simón Bolívar, Facultad de Ciencias de la Salud, Barranquilla, Colombia. Investigador Asociado. Colciencias. <https://orcid.org/0000-0002-8453-4397>  
jrodriguez2@unisimonbolivar.edu.co

they performed the pap smear twice a year, these factors being associated with cervical cancer. Discussion: Several manifest authors will agree with the factors associated with cervical cancer, such as low socioeconomic strata, low education, age, and by type of health regime, gyneco-obstetric activities such as early pregnancy, among others. In conclusion, sociodemographic characteristics, behavioral and gyneco-obstetric factors are risk factors that influence the diagnosis and direction of the development of pathologies such as cervical cancer.

**Keywords:** Cervix, uterus cervical cancer; risk factors.

## **INTRODUCCIÓN**

El cáncer en el cuello del útero o cáncer de cérvix es un tipo de neoplasia maligna frecuente en mujeres. Se asocia principalmente con la infección por el virus del papiloma humano (VPH), afección que se puede transmitir por rutas no sexuales, sin embargo, la mayoría se da por vía sexual; el 6 % de las neoplasias más frecuentes en las mujeres se relaciona con el cáncer de cérvix; por tal motivo, se convierte en un gran problema de Salud Pública a nivel Mundial<sup>1,2</sup>. La población femenina tiene un alto riesgo de adquirir el VPH en cualquier momento de sus vidas<sup>3</sup>. Se asocia a factores de riesgo como el inicio temprano de las relaciones sexuales, el bajo nivel social, cultural y educativo, además, se incluyen las enfermedades de transmisión sexual, el tabaquismo y la utilización de métodos de anticoncepción oral por un tiempo mayor a los 5 años<sup>4</sup>.

La infección por PVH es la enfermedad más común de transmisión sexual (ITS) y el principal factor causante de cáncer de cuello uterino. No obstante, la mayoría de estas infecciones se resuelven espontáneamente y solo un mínimo porcentaje perdura, pudiendo desarrollar cáncer

de cuello uterino de manera eventual<sup>5</sup>. Los factores asociados a la infección viral que determinan la evolución hacia lesiones intraepiteliales y cáncer se relacionan en gran medida con el comportamiento sexual. Entre estos se encuentran el inicio de relaciones sexuales antes de los 18 años, las infecciones de transmisión sexual, especialmente las originadas por el virus del herpes simple genital tipo 2, la promiscuidad sexual de al menos un miembro de la pareja, la multiparidad, entre otros<sup>6</sup>.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el 2015, el 70 % de las muertes de cáncer en las mujeres fueron a causa del cáncer de cérvix; por lo tanto, es la segunda causa muerte en el mundo, representado en un 8.8 millones de defunciones y para el 2020 la OMS considera que las defunciones por la misma causa aumentarán hasta un 10.3 millones<sup>2</sup>.

En países desarrollados el VPH afecta principalmente la población joven femenina entre los 35 y 50 años de edad y ocupa el décimo lugar entre las neoplasias más comunes en esta población, convirtiéndose en una enfermedad cancerígena con alta tasa de mortalidad y morbilidad; cabe resaltar que el acceso a la vacuna contra el VPH es muy limitado<sup>2</sup>. En países asiáticos como África y Latinoamérica, el 83 % de las muertes por cáncer son en mujeres, y el 15 % es debido al cáncer de cérvix<sup>7</sup>; en poblaciones del Perú como Lima, Trujillo y Arequipa, el cáncer de cérvix es la primera causa de cáncer en mujeres; Trujillo tiene la tasa más alta (43,9 %) de casos nuevos, Arequipa

con 35,2 % y Lima con una tasa más baja de 19,6 %; por ello, de los países latinoamericanos, en Perú el cáncer de cérvix es la segunda causa de muerte más frecuente en mujeres y está relacionado con la infección VPH<sup>8</sup>.

En Colombia, el cáncer de cérvix es la primera causa de muerte en mujeres entre los 30 y 59 años, donde el VPH es el precursor principal, existiendo una alta prevalencia de infección en mujeres jóvenes, un 30 % en menores de 30 años, en grupos de edades intermedios disminuye la prevalencia siendo más alta en mujeres con edades de 45 a 54 años<sup>9</sup>, las muertes en Colombia por cáncer de cuello uterino, según al Departamento Nacional de Estadística (DANE), en los últimos diez años ha habido 404 muertes en mujeres de edades entre 15 y 29 años, presentándose con mayor índice de mortalidad en el departamento del Meta con un 47,1 %, seguida del Tolima con 40,5 %, Arauca 38,1 % y Quindío 37,3 %<sup>10</sup>.

Con respecto a la ciudad de Barranquilla/Colombia, basados en el Registro Poblacional de Cáncer de Barranquilla (RPCB) y el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) en los periodos entre 2008-2012, el cáncer de cérvix ocupa el segundo lugar de los cinco primeros tipos de cáncer en la población femenina con un 26,6 %, que lo posiciona dentro de las mayores tasas de mortalidad por edad con un 9,8 % por cada 100.000 personas<sup>11</sup>.

El cáncer de cuello uterino continúa siendo un problema de salud pública, siendo un reto para los sistemas de salud: que logren intervenciones más oportunas, adecuadas y articuladas, a través de las cuales se reduzca el estado clínico en el momento del diagnóstico y lograr mayores tasas de curación<sup>12</sup>.

La realización de este estudio permitió identificar las diferentes características sociodemográficas, ginecobstetricias y conductuales de la población intervenida, permitiendo así implementar protocolos de manejo de la enfermedad, y de esta manera se proponen estrategias para disminuir los indicadores de morbilidad y mortalidad; además, se ofrece una mejor calidad de vida a las mujeres a través de la educación, incentivándolas a utilizar medios de diagnósticos como el Papanicolaou (PAP) y recibir la vacuna contra el virus del papiloma humano (VPH) como medio de prevención del cáncer de cérvix. Dando así respuesta a lo planteado por la Constitución Política de 1991 de ofrecer y garantizar el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud a todas las personas<sup>13</sup>. Por todo lo anterior, el objetivo del presente estudio fue determinar los factores asociados al cáncer de cérvix en la población que asiste a instituciones privadas de Barranquilla, Colombia.

## **MATERIALES Y MÉTODOS**

Estudio descriptivo de corte transversal. El universo inicialmente estuvo conformado por 250 mujeres que asistieron para ser tratadas en una institución prestadora

de servicio de salud de naturaleza privada en la ciudad de Barranquilla, Colombia en marzo de 2019. Se tomó un muestreo por conveniencia, teniendo en cuenta que al revisar la población en los registros de la institución solo se encontraron 50 pacientes que contaban con los criterios de inclusión; por tanto, se obtuvo una muestra de 50 mujeres. Para su acceso, se obtuvo los teléfonos y direcciones de los participantes, los cuales se citaron en la institución para su abordaje; los criterios de inclusión fueron: mujeres a partir de los 13 años, sin distinción de raza, nivel de educación, socioeconómico; criterios de exclusión: aquellas mujeres con alteraciones mentales diagnosticadas, mujeres que no quisieron participar en el estudio y aquellas que dejaron de asistir abandonando el seguimiento.

Se utilizó como instrumento para la recolección de información un cuestionario anónimo autodilucidado, el cual fue evaluado por expertos en el tema y posteriormente fue contextualizado a través de una prueba piloto para validar su comprensión; el instrumento lo conformaron una serie de preguntas que evaluaron tres variables importantes, como fueron los factores sociodemográficos, factores ginecobstétricos y factores conductuales.

Se abordó las participantes en el mes de marzo de 2019, previa sensibilización del proyecto y firma del consentimiento informado, para proceder a contestar las preguntas de la encuesta. Para la presentación y análisis de la información, los datos obtenidos en las encuestas

fueron digitados en el software Microsoft Excel, versión para Windows 2010®, y luego fueron ingresados al programa SPSS 19.0 ®. Como consideraciones éticas se tuvo en cuenta la resolución 8430 de 1993<sup>15</sup>, que clasifica esta investigación sin riesgo y los principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos postulados en la Declaración de Helsinki<sup>16</sup>.

## RESULTADOS

En el análisis univariado, en cuanto a las características sociodemográficas se encontró que el promedio de edad de las mujeres encuestadas fue de  $35,5 \pm 6,17$  años, con una edad mínima de 23 años y una máxima de 52 años. El 48 % son bachilleres, donde el 70 % residen en zonas urbanas. Se observó que el 88 % estaban afiliadas al régimen subsidiado en salud, lo que se relaciona con el hecho de que el 46 % viven en unión libre y se dedican a ser amas de casa en un 52 % (ver Tabla 1).

**Tabla 1: Características sociodemográficas de las pacientes**

Características Sociodemográficas	Mediana ± Desviación estándar	Rango: Mínimo-Máximo
<b>Edad</b>	35,5 ± 6,17	23 - 52
<b>Nivel socioeconómico</b>	Estrato 1	n (%)
		25 (50)
	Estrato 2	25 (50)
	Analfabeta	1 (2)
<b>Nivel educativo</b>	Primaria Incompleta	14 (28)
	Bachiller	24 (48)
	Técnico	10 (20)
	Profesional	1 (2)

<b>Proveniencia</b>	Rural	15 (30)
	Urbana	35 (70)
<b>Régimen de salud</b>	Subsidiado	44 (88)
	Contributivo	6 (12)
	Soltera	9 (18)
<b>Estado civil</b>	Casada	9 (18)
	Unión Libre	23 (46)
	Viuda	1 (2)
<b>Tipo de empleo</b>	Separada	8 (16)
	Ama de Casa	26 (52)
	Dependiente	7 (14)
	Independiente	17 (34)

n: Frecuencia. (%): Porcentaje

**Fuente:** Consolidado de aplicación de instrumento del proyecto

En cuanto a las características ginecobstetricias, se encontró que el 88 % de las mujeres iniciaron su vida sexual entre los 15 y 19 años de edad, y el 54 % tuvieron su primer embarazo entre los 20 y 24 años, por otro lado, solamente el 18 % no han estado embarazadas. La tabla 2 muestra que solamente trascurrió un año en promedio entre la edad de presentación de la menarquia, que estuvo entre los 10 y 14 años, con el inicio de las relaciones sexuales. El 74 % de las pacientes no se encontraron vacunadas al momento del estudio. Sin embargo, en cuanto a la prueba del Papanicolaou, el 34 % se la realizaron en promedio dos veces al año, el 30 % cuando recuerdan hacérsela, y solamente el 26 % se la hace una vez al año. Los datos mencionados se relacionan con el hecho de que el 52 % fueron diagnosticadas con cáncer de cérvix. El diagnóstico de cáncer se comprobó mediante la prueba de la citología y colposcopia en un 32 % con colonoscopia (ver Tabla 2).

Tabla 2: Características ginecológicas de las pacientes

Características ginec obstetricias	n (%)	Valor de p
<b>Edad inicio de vida sexual</b>		
10-14	5 (10%)	
15-19	44 (88%)	0,001
20-24	1 (2%)	
<b>Edad del primer embarazo</b>		
15-19	14 (28%)	
20-24	27 (28%)	0,001
No Aplica (No embarazos)	9 (18%)	
<b>Edad del primer periodo menstrual</b>		
10-14	41 (82%)	0,001
15-19	9 (18%)	
Si	13 (26%)	0,001
No	37 (74%)	
<b>Uso de la vacuna contra papiloma humano</b>		
Parto Natural	25 (50%)	
Cesárea	16 (32%)	0,001
No Paridad	9 (18%)	
<b>Edad de la última menstruación</b>		
Antes de 35	2 (4%)	
35-39	4 (8%)	
40-44	2 (4%)	0,001
45 o Después	2 (4%)	
Aún menstrua	40 (80%)	

**Factores asociados al cáncer de cérvix  
pacientes con conductas de riesgo.  
Barranquilla/Colombia**

<b>Uso del Papanicolau</b>	1 vez al Año	13 (26%)	0,001		
	2 veces al Año	17 (34%)			
	Cada 2 Años	1 (2%)			
	Cuando Recuerdo	15 (30%)			
	Nunca	4 (8%)			
	Citología	26 (52%)			
	Colonoscopia	16 (32%)			
	Ecografía Transvaginal	1 (2%)			
	Biopsia Endocervical	5 (10%)			
	No Aplica	2 (4%)			
<b>Técnica empleada para el diagnóstico de cáncer de cuello uterino</b>	Antes de los 25 Años	4 (8%)	0,001		
	25-29	8 (16%)			
	30-34	20 (40%)			
	35-39	13 (26%)			
	40-44	3 (6%)			
	45 o Después	2 (4%)			
	No Aplica	0 (0%)			
	<b>Edad de la última citología</b>				0,001

n: Frecuencia. (%). Porcentaje. El valor (p≤0,05) es el valor de significancia individual de cada variable, se aplicó la prueba t student para una muestra, lo cual describe una clara diferencia entre el comportamiento de las variables.

**Fuente:** Consolidado de aplicación de instrumento del proyecto

Con relación a las características conductuales de la población, se encontró que el 34 % de las mujeres seleccionadas raramente realizan algún deporte y un 26 % nunca han practicado un deporte; el 34 % ocasionalmente consume bebidas alcohólicas, un 32 % raramente, mientras que un 26 % no lo hace; el 92 % nunca ha consumido sustancias psicoactivas; el 74 % no fuman; el 100 % no padece de alguna discapacidad física; el 70 % usa algún método anticonceptivo, mientras que el 30 % no lo usa; el 70 % no ha padecido de alguna enfermedad de transmisión sexual y un 30 % ha padecido de alguna; el 56 % ha tenido dos parejas sexuales y el 40 % ha tenido tres o más parejas; el 56 % utiliza métodos anticonceptivos hormonales inyectables y un 24 % no usa ningún método anticonceptivo; la gran mayoría son heterosexuales, representadas en un 96 % (ver Tabla 3).

**Tabla 3: Conductas consideradas de riesgo en las pacientes**

Características de riesgo conductuales		n(%)	Valor P
<b>Realiza algún deporte</b>	Muy Frecuente	6 (12%)	0,001
	Ocasionalmente	14 (28%)	
	Raramente	17 (34%)	
	Nunca	13 (26%)	
<b>Consumo de bebidas alcohólicas</b>	Muy Frecuente	2 (4%)	0,001
	Frecuentemente	2 (4%)	
	Ocasionalmente	17 (34%)	
	Raramente	16 (32%)	
<b>Consumo de sustancias psicoactivas</b>	Nunca	13(26%)	0,001
	Ocasionalmente	3 (6%)	
	Raramente	1 (2%)	
	Nunca	46 (92%)	

	Muy Frecuente	1 (2%)	
	Frecuentemente	2 (4%)	
<b>Hábito de fumar</b>	Ocasionalmente	5 (10%)	0,001
	Raramente	5 (10%)	
	Nunca	37 (74%)	
<b>Discapacidad física</b>	No	50 (100%)	0,001
	Sí	0 (0%)	
<b>Uso de método anticonceptivo</b>	Sí	35 (70%)	0,001
	No	15 (30%)	
<b>Padece de enfermedad de transmisión sexual</b>	Sí	15 (30%)	0,001
	No	35 (70%)	
<b>Parejas sexuales</b>	Una	2 (4%)	
	Dos	28(56%)	0,001
	Tres o Mas	20 (40%)	
	Anticonceptivo Hormonal Inyectable	28 (56%)	
	Anticonceptivo Hormonal Oral	7 (14%)	
<b>Tipo de método anticonceptivo</b>	Coito Interrumpido	2 (4%)	0,001
	Método Alternativos Naturales	1 (2%)	
	Ninguna de las Anteriores	12 (24%)	
<b>Orientación sexual</b>	Heterosexual	48 (96%)	0,001
	Bisexual	2 (4%)	

n: Frecuencia. (%): Porcentaje. El valor ( $p \leq 0,05$ ) es el valor de significancia individual de cada variable, se aplicó la prueba t student para una muestra, lo cual describe una clara diferencia entre el comportamiento de las variables.

**Fuente:** Consolidado de aplicación de instrumento del proyecto

## DISCUSIÓN

El cáncer de cuello uterino es el segundo cáncer más frecuente entre las mujeres y la segunda causa de muerte. Latinoamérica, junto con los países del África subsahariana y del sureste asiático tienen las más altas tasas del mundo de cáncer de cuello uterino<sup>12</sup>. Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), en el 2018 fueron diagnosticadas con cáncer cervicouterino 72.000

mujeres, y en la Región de las Américas más de 34.000 fallecieron por esta enfermedad, siendo la tasa de morbi-mortalidad 3 veces más alta en América Latina y el Caribe que en Norteamérica, lo que evidencia una enorme desigualdad en salud <sup>17</sup>.

En cuanto a las características sociodemográficas de las pacientes encuestadas, se evidenció que la edad promedio fue de  $35,5 \pm 6,17$  años, siendo el 52 % amas de casa, el 28 % se encuentra en nivel educativo de primaria incompleta, un 2 % analfabeta y el 18 % son solteras; estos resultados son contrarios al estudio de Aldave-Zamora et al<sup>18</sup> en el que la edad promedio es de  $25,4 \pm 2,9$  años, una población joven, además, solo el 0,1 % no terminó la primaria y el 43 % eran solteras; sin embargo, en cuanto al nivel educativo, los resultados del presente estudio son contrarios al estudio de Látasela et al, en el que el 62,2 % no supera los estudios primarios<sup>19</sup>.

Bermedo-Carrasco S, et, al<sup>20</sup> señala que los factores asociados al cáncer de cérvix pueden estar relacionados con que la mayoría de estas mujeres provienen de regiones de área rural y sin educación, debido a que tenían menos probabilidades de realizarse una prueba de Papanicolaou por el área donde se encontraban en comparación con las que viven en área urbana; datos similares con el presente estudio, donde la mayor población de mujeres son del área urbana (70 %), de las cuales el 62 % se realiza la prueba una o 2 veces al año.

En cuanto a las características ginecobstétricas, el 88 % iniciaron su vida sexual entre los 15-19 años, el 52 % fueron

diagnosticadas de cáncer de cérvix por medio de la citología y el 32 % mediante una colonoscopia; estos datos son similares a los de Fernandez-Feito et, al<sup>21</sup>, mostrando que la mayoría de las mujeres iniciaron su vida sexual en la edad de 16 años y el 60 % fue diagnosticada por medio de una citología. Por otra parte, el 34 % de la población de estudio respondió que 2 veces al año se realizaban el papanicolaou, otro 30 % respondió que lo realizaban cuando recordaban y el 26 % 1 vez al año; además, manifestaron la mayoría que este procedimiento lo iniciaron entre las edades de 30-34 años; datos similares al estudio de Látasela et, al<sup>19</sup>, quien identificó que un 29,1 % se realiza el papanicolaou cada año y el 33,2 % nunca se lo ha realizado.

El 54 % de las mujeres tuvieron su primer embarazo entre las edades de 15-19 años y el 28 % de 20-24 años; el 32 % de ellas manifestó que su parto fue por cesárea. La investigación propuesta por Villanueva González manifiesta que la edad adecuada, teniendo en cuenta lo fisiológico y anatómico, debe ser entre los 25 y 49 años de edad debido a los cambios que un embarazo conlleva<sup>22</sup>. El riesgo de un embarazo en una edad menor de 20 se debe a la inmadurez del cuello uterino, que conlleva al desarrollo de infecciones como la del virus del papiloma humano; además, la multiparidad es otro factor del cáncer de cérvix, debido a que incrementan las lesiones intraepiteliales, mientras más embarazos tenga la mujer, y más aún si es adolescente, conlleva a presentar lesiones en el útero y el cérvix<sup>22</sup>.

En las características comportamentales de las mujeres intervenidas, se evidenció que el 30 % no usa métodos anticonceptivos, el 56 % ha tenido dos parejas sexuales y el 40 % entre 3 o más parejas sexuales; estos datos fueron similares a un estudio de Regiani Conde et, al<sup>23</sup>, quienes encontraron que el 57,6 % tuvieron entre 2-5 parejas sexuales; además, el 59,6 % nunca usó un método anticonceptivo con sus parejas<sup>23</sup>.

Por último, se identificó en las mujeres de esta institución, que el 34 % realizaba deporte, el 34 % consume bebidas alcohólicas, el 92 % nunca ha consumido sustancias psicoactivas y el 74 % no fuma; resultados similares al estudio de Restrepo et, al<sup>24</sup>, quien evidenció que los pacientes con cáncer, después de ser diagnosticados, disminuyen el consumo de bebidas alcohólicas y del tabaco, además, las mujeres aumentan la realización de actividades físicas<sup>24</sup>.

## CONCLUSIÓN

Se concluye que la repercusión que poseen las características sociodemográficas como factores de riesgo en el diagnóstico y direccionamiento del desarrollo de enfermedades como el cáncer de cérvix resulta sumamente importante, puesto que la edad, nivel educativo, régimen de afiliación en salud y lugar de residencia o procedencia pueden determinar el curso de la enfermedad. Resulta necesario mencionar lo determinante que es el inicio de las relaciones sexuales y el uso de la prueba de Papanicolaou

como elementos de suma importancia para detección temprana, seguimiento y control de enfermedades prevenibles, como el cáncer de cérvix.

Hábitos como fumar y prácticas como tener múltiples parejas sexuales son determinantes favorables para el desarrollo de neoplasias como el cáncer de cérvix, que afecta tanto física como psicológicamente a las mujeres. Por lo que resulta favorable que las entidades encargadas de los programas de promoción y prevención apliquen mejores estrategias para el control del riesgo y la enfermedad.

El papel del personal de Enfermería en el apoyo a las mujeres en su situación de salud es fundamental para, mediante estrategias de educación en salud, brindar la información adecuada, además de ofrecer cuidado humanizado, escuchar sus sentimientos, identificar sus entornos y realidades socioeconómicas. Las mujeres diagnosticadas con cáncer de cérvix necesitan del acompañamiento, ayuda y atención. Además, se debe trabajar en estrategias en conjunto con los profesionales de la salud, implementando acciones de promoción de la salud a los distintos estratos socioeconómicos que contribuyan a una mejor calidad de vida de las mujeres y disminuyan los factores que son modificables.

## **CONFLICTO DE INTERESES**

Los autores declaran no tener conflictos de intereses.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Arévalo AR, Arévalo Salazar DE, Villarroel Subieta CJ. El cáncer de cuello uterino. Rev. Méd. La Paz [Internet]. 2017 [citado 2020 Mayo 18]; 23(2): 45-56. Disponible en: [http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-89582017000200009&lng=es](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582017000200009&lng=es)
2. Latasa P, Gandarillas AM, Ordobás M. Tendencias y desigualdades sociales en el cribado de cáncer de cérvix y cáncer de mama en la Comunidad de Madrid durante el periodo 1995-2010 a partir del Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo de enfermedades no transmisibles (SIVFRENT-A). Anales Sis San Navarra [Internet]. 2015 [citado 2020 Mayo 18]; 38(1): 21-30. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4321/S1137-66272015000100003>
3. Marañón Cardonne T, Mastrapa Cantillo K, Flores Barroso Y, Vaillant Lora L, Landazuri Llago S. Prevención y control del cáncer de cuello uterino. Correo Científico Médico [Internet]. 2017 [citado 2020 Mayo 18]; 21(1): 187-203. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1560-43812017000100015](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812017000100015)
4. Mendoza Tascón LA, Claros Benítez DI, Peñaranda Ospina CB. Actividad sexual temprana y embarazo en la adolescencia: estado del arte. Rev Chil Obstet Ginecol [Internet]. 2016 [citado 2020 Mayo 18]; 81(3):243-53. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262016000300012>

5. Gómez GM, Lagoueyte GM. El apoyo social: estrategia para afrontar el cáncer de cérvix. *Av Enferm* [Internet]. 2012 [citado 2020 Mayo 18]; 30 (1): 32-41. Disponible en: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/35430/36127>
6. González DR, Pérez Piñero J, Sarduy Nápoles M. Infección por el virus del papiloma humano en mujeres de edad mediana y factores asociados. *Rev Cuba Obstet y Ginecol* [Internet]. 2014 [citado 2020 Mayo 18]; 40(2): 218-32. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138-600X2014000200009](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2014000200009)
7. Campiño Valderrama SM. Conocimientos , actitudes y prácticas frente a la toma de citología vaginal en estudiantes universitarias. *Rev Cubana Enferm* [Internet]. 2017 [citado 18 May 2020]; 33(3): [aprox. 0 p.]. Disponible en: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/1307>
8. Núñez-Troconis José. Cigarrillo y cáncer de cuello uterino. *Rev. chil. obstet. ginecol* [Internet]. 2017 [citado 2020 Mayo 18]; 82(2): 232-240. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262017000200014>.
9. Ministerio de Salud y Proyección Social. Guía de práctica clínica para la detección y manejo de lesiones precancerosas de cuello uterino. Ministerio de Salud y Protección Social Bogota, Colombia; 2014. Disponible en: <https://www.cancer.gov.co/Gu%C3%ADas-y-Protocolos/Gu%C3%ADas-de-Practica-clinica/LPC-Guia-profesionales.pdf>

10. Sarmiento Medina MI, Puerto de Amaya M. (20XX). Risk Factors for Cervical Cancer and Papanicolaou Test in Marginalized Adolescents in Bogotá, Colombia. *Rev Cienc Salud* [Internet]. 2020 [citado 2020 Mayo 18]; 18(1): 37-51. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.8746>
11. Vargas Moranth R, Navarro Lechuga E. Cancer incidence and mortality in Barranquilla, Colombia. 2008-2012. *Colomb Med* [Internet]. 2018 [citado 2020 Mayo 18]; 49(1): 55-62. Disponible en: [10.25100/cm.v49i1.3627](https://doi.org/10.25100/cm.v49i1.3627)
12. Huertas J, Rivillas-García J, Ospina M. Progreso en el logro de los objetivos de desarrollo del milenio: la mortalidad por cáncer de cérvix desciende en Colombia. *Rev Fac Nac Salud Pública* [Internet]. 2015 [citado 2020 Mayo 18]; 33(2): 286-90. Disponible en: [10.17533/udea.rfnsp.v33n2a15](https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.v33n2a15)
13. República de Colombia. Asamblea Nacional Constituyente. Constitución Política de Colombia. 2ª. Ed. En: *Gaceta Constitucional* No. 116 de 20 de julio de 1991. Disponible en: <http://www.secretariassenado.gov.co/index.php/constitucion-politica>
14. Arias J, Villasís M, Miranda Ma. El protocolo de investigación III: la población de estudio. *Revista Alergia México* [Internet]. 2016 [citado 2020 Mayo 18]; 63 (2): 201-206. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=486755023011>

15. Salud MD. Resolución número 8430 DE 1993. Disponible en: [https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESO\\_LUCION-8430-DE-1993.PDF](https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESO_LUCION-8430-DE-1993.PDF).
16. Declaración de Helsinki: principios éticos para la investigación médica sobre sujetos humanos. *acta bioeth.*2000 [citado 2020 Mayo 18]; 6(2): 321-334. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2000000200010>
17. Organización Panamericana de la salud, Organización Mundial de la salud. *Cáncer Cervicouterino.* 2018. Disponible en: [https://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=5420:2018-cervical-cancer&Itemid=3637&lang=es](https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=5420:2018-cervical-cancer&Itemid=3637&lang=es)
18. Aldave-Zamora Antonio, Apolaya-Segura Moisés. Factores asociados al incumplimiento del despistaje oportuno con papanicolaou en la detección temprana del cáncer de cérvix en un centro poblado rural. *Acta méd. Peru [Internet].* 2019 oct [citado 2020 mayo 14]; 36(4): 259-266. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1728-59172019000400003&lng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172019000400003&lng=es)
19. Latacela, GA, Suárez, PCM, Cuji, JLA & Lojano, DA. Papanicolaou como medida preventiva del cáncer cérvico-uterino. *Universidad Ciencia y Tecnología [Internet].* 2019 [citado 2020 Mayo 18]; 23(95), 45-51. Disponible en: <https://www.uctunexpo.autanabooks.com/index.php/uct/article/view/245>

20. Bermedo-Carrasco S, Peña-Sánchez JN, Lepnurm R, Szafron M, Waldner C. Inequities in cervical cancer screening among Colombian women: A multilevel analysis of a nationwide survey. *Cancer Epidemiol* [Internet]. 2015 [citado 2020 Mayo 18]; 39(2): 229-36 Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25707752>
21. Fernandez-Feito A, Anton-Fernandez R, Paz-Zuleta M. Conductas sexuales de riesgo y actividades preventivas frente al cáncer de cuello uterino en mujeres universitarias vacunadas frente al VPH. *Aten primaria* [Internet]. 2018 [citado 2020 Mayo 18]; 50(5): 291-298. Disponible en: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0212656717301476?token=F53C784950244D06A74398F27E266431DEC91FD4F92B09A5FEA93B2387FBA8CEC9C56435B65C06747045F90D20F18927>
22. Villanueva González RY, Ruvalcaba Ledezma JC. La vida sexual insegura como riesgo para cáncer cervicouterino en mujeres con displasia cervical. *JONNPR* [Internet]. 2019 [citado 2020 Mayo 18]; 4(5): 537-50. Disponible en: [10.19230/jonnpr.2834](https://doi.org/10.19230/jonnpr.2834)
23. Conde CR, Lemos Talita MR, Ferreira M de Lourdes da Silva Marques. Características sociodemográficas, individuales y de programación de las mujeres con cáncer cervical. *Enferm. glob* [Internet]. 2018 [citado 2020 Mayo 18]; 17(49): 348-380. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.17.1.30104>

24. Restrepo G, Betancur L, Gaviria L. C. Caracterización de los cambios en estilos de vida de sobrevivientes de cáncer con recurrencia. Revista Cubana de Medicina Militar [Internet]. 2020 [citado 2020 Mayo 18]; 49(1), 57-70. Disponible en: <http://revmedmilitar.sld.cu/index.php/mil/article/view/434/463>

**Cómo citar este capítulo:**

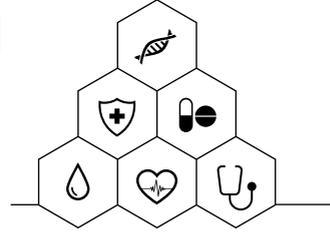
Lastre-Amell G, Suarez-Villa M, Orostegui-MA, Díaz-Perez A, Navarro Agamez M, Rodríguez-Lopez J. Factores asociados al cáncer de cérvix, pacientes con conductas de riesgo. Barranquilla / Colombia. En: Lastre-Amell G, Aldana-Rivera E. (Editores), Salud y Cuidado en curso de vida. Barranquilla: Ediciones Universidad Simón Bolívar; 2019. pp.151-173.



## CAPÍTULO 6

Artículo de revisión

# La enfermedad renal crónica: necesidad de mejora en hábitos saludables



*Chronic kidney disease: need for improvement in healthy habits*

Gladys Gaviria García<sup>1</sup>  
 Carmen Carrero González<sup>2</sup>  
 Joany Sarmiento Gutiérrez<sup>3</sup>  
 Viviana Franco-Mejía<sup>4</sup>

- 
- 1 Enfermera. Magíster en Educación. Profesora Universidad de la Costa. Investigadora Asociada por Colciencias. <http://orcid.org/0000-0001-8377-7701>  
ggaviria@cuc.edu.co
  - 2 Nutricionista. Especialista Nutrición Clínica. PhD. Universidad Simón Bolívar, Facultad de Ciencias de la Salud, Barranquilla, Colombia. Profesor Investigador Asociado. <https://orcid.org/0000-0002-6320-505X>.  
carmen.carrero@unisimonbolivar.edu.co
  - 3 Enfermera. Magíster en Auditoría en los Servicios de Salud. Universidad Simón Bolívar, Facultad de Ciencias de la Salud, Barranquilla, Colombia.  
jsarmiento18@unisimonbolivar.edu.co
  - 4 Enfermera. Magíster en Enfermería. Facultad Ciencias de la Salud, Universidad Simón Bolívar, Facultad de Ciencias de la Salud, Barranquilla, Colombia. <https://orcid.org/0000-0003-3145-5545>  
viviana.franco@unisimonbolivar.edu.co

## Resumen

**Introducción:** La enfermedad renal crónica es una entidad originada por múltiples causas, pero la más influyente son los estilos de vida poco saludables y se invierte largo tiempo de vida en esta. **Objetivo:** Analizar los estilos de vida poco saludables que inciden en la aparición de la enfermedad renal crónica. **Métodos y resultados:** Investigación de método documental, tipo revisión bibliográfica, basado en el análisis de enfermedad renal crónica y estilos de vida poco saludables. Se hizo búsqueda en bases bibliográficas como Scielo, Elsevier, Redalyc, Dialnet y Sendyt, en acceso a 200 artículos, de los cuales se escogieron 50. **Resultados:** Se halló una asociación entre las comorbilidades asociadas con la enfermedad renal crónica y estilos de vida. Se afecta por largo tiempo de sus vidas la salud de aquellos que padecen ERC y los costos en tratamientos son elevados. **Conclusiones:** Investigaciones evidencian cómo los estilos de vida inciden en la aparición de la enfermedad y cómo se afectada la calidad de vida de estas personas tanto desde aspectos socio-demográficos, como biológicos y psicosociales.

**Palabras clave:** Enfermedad renal crónica, estilos de vida, comorbilidades.

## Abstract

**Introduction:** Chronic kidney disease is an entity caused by multiple causes but the most influential are unhealthy lifestyles and a long life is invested in it. **Objective:** To analyze unhealthy lifestyles that affect the onset of chronic kidney disease. **Methods and results:** Research of documentary method, type Bibliographic Review, based on analysis of Chronic Renal Disease and unhealthy lifestyles. It was searched in bibliographic bases such as Scielo, Elsevier, Redalyc, Dialnet and Sendyt, in access to 200 articles of which 50 were chosen. **Results:** An association was found between comorities associated with chronic kidney disease and lifestyles. The health of those with CKD and treatment costs are affected for a long time in their lives. **Conclusions:** Research shows how lifestyles affect the onset of the disease and how the quality of life of these people is affected from sociodemographic, biological and psychosocial aspects.

**Keywords:** Chronic kidney disease, lifestyles, comorbidities.

## INTRODUCCION

La enfermedad renal crónica (ERC) se ha convertido en un problema de salud pública en señalamiento de los estilos de vida (EV) poco saludables, como no realizar actividad física, consumo de tabaco, alcohol y una alimentación desfavorable para la salud<sup>1,2</sup>. La ERC tiene una característica

de gran impacto sobre la calidad de vida de las personas que la padecen. Desde los estadios iniciales de la enfermedad hasta su fase terminal, el tratamiento influye en la vida diaria de estos pacientes<sup>3</sup>.

En este sentido, la patología afecta a la persona en cualquier edad, pero los más predispuestos son los adultos mayores con predisposición, y se agudiza cuando no se han practicado estilos de vida saludable<sup>4</sup>. Ante el género tampoco hay predilección, sin embargo, estudios refieren que el sexo femenino es el más afectado cuando hay presencia de niveles elevados de colesterol, lo cual conlleva a padecer elevaciones de la presión arterial (PA) y diabetes<sup>5-7</sup>. Por su parte, la Sociedad Internacional de Nefrología y la OMS consideran que la ERC es la clave de los resultados deficientes en el tratamiento de la diabetes y la hipertensión arterial<sup>8</sup>. Con relación a sus causas predisponentes, se enuncia la elevación de la PA, diabetes, enfermedad cardiovascular, entre otras enfermedades que tienden a aumentar la prevalencia de esta enfermedad renal en los adultos mayores cuando no se previene a tiempo<sup>9-13</sup>.

Los altos costos al sistema de salud a nivel mundial se asocian con el aumento de las enfermedades crónicas no trasmisibles, entre estas la ERC, sumado también con los elevados costos en trasplantes de tipo renal, pacientes dializados que no solamente causan impacto en la economía del país, sino a nivel de los presupuestos de la familia y personas que sufren este tipo de enfermedad<sup>14-18</sup>.

En tanto, las inversiones en programas de promoción y prevención continúan en orientación para la prevención de la ERC. Dentro de los cuidados, refieren a la alimentación baja en sodio e investigaciones expresan que se favorece a la reducción de un promedio de 55 mmHg de presión sistólica y de 26 mmhg la diastólica por consumir menos de 250 mg de sodio al día, favoreciendo así que se prolongue la vida del paciente que sufra de elevadas cifras de PA y evitar de forma potencial las complicaciones renales<sup>19-21</sup>.

Estos estudios agregan que el consumo de las grasas polinsaturadas son las más recomendadas para el consumo en pacientes con ERC. Estos nutrientes se encuentran en los aceites de semillas y pescado, así mismo, es beneficioso el contenido en ácidos grasos, omega-3 para la protección del organismo a enfermedades cardiovasculares y renales. Entonces puede decirse que el estilo de vida saludable es de gran importancia para la salud de las personas, en cuanto una vez que se adquiere este hábito el riesgo a sufrir daños en órganos de función diurética pueda prevenir enfermedades como la ERC<sup>22-28</sup>.

Frente a este análisis se agrega el descontrol metabólico del paciente con diabetes mellitus, enfermedad que produce daños a nivel del sistema renal y en su particularidad en las células tubulares proximales, excreción aumentada de proteínas de bajo peso molecular y enzimas; situaciones que generan insuficiencia renal crónica<sup>29,30</sup>. A su vez, la hipertensión arterial se describe como una condición

clínica multifactorial caracterizada por elevadas cifras de la presión arterial, asociada frecuentemente a alteraciones funcionales y/o estructurales de los órganos como corazón, encéfalo, riñones y vasos sanguíneos, y en las alteraciones metabólicas<sup>31</sup>.

Así mismo, la obesidad es una condición que se caracteriza por la acumulación excesiva de grasa en el tejido subcutáneo. Se ha observado que esta entidad se asocia con mayor velocidad a la de la pérdida de función renal. El índice de masa corporal (IMC) elevado es un factor de riesgo para el desarrollo de esta patología con un porcentaje de 1,87 en personas con sobrepeso; 3,5 en obesidad Clase I; 6,1 en obesidad Clase II y 7,0 en obesidad mórbida, inclusive en presencia de hipertensión arterial o diabetes mellitus<sup>32-34</sup>. El paciente con ERC suele sufrir cambios psicosociales en su estilo de vida y también en su vida espiritual, que no solo afectan a la persona sino a toda su familia. Es trascendental estudiar la calidad de vida de este tipo de pacientes, y permite conocer al ser humano desde una perspectiva más integral, se incluye sus valores, creencias y percepciones, sus intervenciones de acuerdo a características y situación de vida<sup>35-37</sup>.

Cabe destacar, que la calidad de vida de una persona se relaciona más con la percepción que esta tiene de su estado que con el curso propiamente de su enfermedad. Adicionalmente, cuando las personas se perciben a sí mismas con una mejor calidad de vida se refuerzan en sus capacidades para hacerse cargo de su salud, mejorar

su autoestima y motivación para realizar actividades en pro de una vida más satisfactoria<sup>38-40</sup>. Sin embargo, la debilidad que sufren estos pacientes es su estilo de vida sedentario, como la falta de actividad física que contribuye de forma significativa al incremento de la mortalidad por causas cardiovasculares, favoreciendo el desarrollo y la progresión de enfermedades crónicas, entre otras, hipertensión, cardiopatías y diabetes<sup>41-43</sup>. Teniendo en cuenta lo planteado, para la profesión de Enfermería es de gran interés desde los cuidados el fomento de los estilos de vida saludables, como mantener una actividad física en estos pacientes y un buen seguimiento de rutina de ejercicio físico<sup>44, 45</sup>.

## MÉTODO

Esta investigación de enfoque hermenéutico, método documental y tipo revisión bibliográfica, abordó mediante análisis las variables enfermedad renal crónica y pocos estilos saludables, accedió mediante consulta de bases bibliográficas como Google Académico, Scielo, Elsevier, Redalyc, Dialnet, Sendyt, utilizando descriptores de salud para la búsqueda como enfermedades crónicas no transmisibles, estilos de vida, integralidad de la salud, cuidado integrales. Frente al proceso de fundamentación metodológica se exploraron las bases de datos mencionadas en artículos publicados en el lapso de tiempo de 2010 al 2016. Paper escritos en español e inglés (120), en estudios referentes a las variables tratadas.

En una segunda fase, se clasificaron los estudios basados en categorías, los cuales se incluyeron 100 saberes con los

que se adelantó la revisión; en la tercera fase, se realizó lectura y síntesis, procediendo así en su organización, y finalmente se tuvo en cuenta una muestra de 50 estudios que aportaron al cumplimiento del objetivo. En la Tabla 1 se muestra el proceso de revisión sistemática de investigaciones sobre la enfermedad renal crónica.

## RESULTADOS

A continuación se expresa la forma como se procedió en la escogencia de la muestra de la presente investigación (ver Tabla 1).

**Tabla 1. Proceso de selección de artículos, cantidad y base de datos de la revisión bibliográfica de estilos de vida no saludables que inciden en la aparición de la enfermedad renal crónica**

ARTÍCULOS	CANTIDAD	BASE DE DATOS
Artículos identificados en la búsqueda	200	66 Scielo, 56 Redalyc, 35 Elsevier, 27 Periodic y 16 ProQuest
Artículos revisados	120	50 Scielo, 22 Redalyc, 22 Elsevier, 11 Periodic y 15 ProQuest
Artículos evaluados	100	42 Scielo, 16 Redalyc, 20 Elsevier, 10 Periodic y 12 ProQuest
Artículos excluidos	50	12 Scielo, 6 Redalyc, 14 Elsevier, 8 Periodic y 10 ProQuest
Artículos selectivos de la muestra	50	30 Scielo, 10 Redalyc, 6 Elsevier 2 Periodic y 2 ProQuest

**Fuente:** Elaboración propia de autores, 2019-2020

En relación a la Tabla 2, se evidencian los artículos encontrados, los cuales fueron 50 que reunieron los criterios para ser incluidos en esta revisión bibliográfica y teniendo en cuenta la fecha de publicación, lapso de tiempo 2010 hasta 2016, tipo de artículo, cantidad.

**Tabla 2. Criterios de selección, tipos de artículos y cantidad sobre estilos de vida no saludables que inciden en la aparición de la enfermedad renal crónica**

CRITERIO DE SELECCIÓN	TIPOS DE ARTÍCULO	CANTIDAD
Artículos que comprendieran desde los años 2010 hasta el 2016.	Artículo Original	30
Artículos de investigación los cuales sean realizados tanto por profesionales de la salud como por otras áreas.	Artículo Clínico	1
Artículos que se encuentren publicados en revistas o bajo una base de datos científica y que al igual tengan una validez.	Artículo de Revisión	16
Artículos investigativos que sean a nivel nacional o internacional sobre los estilos de vida que inciden en la ERC.	Artículo de Revisión Corta	3
<b>TOTAL DE REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS</b>		<b>50</b>

**Fuente:** Elaboración propia de autores, 2019-2020

## DISCUSIÓN

En la actualidad, la ERC se considera un marcador clínico importante con las limitaciones que ocasiona la propia enfermedad y la aplicación de las distintas formas de tratamiento que modifican el estilo de vida en mayor o menor medida<sup>46</sup>. En tal sentido, la presencia de daño renal por un período mayor a 3 meses es evidenciado al menos en las siguientes situaciones como alteraciones de la función renal, presencia de marcadores de daño renal<sup>47, 48</sup>.

## EL FOMENTO DE LOS ESTILOS DE VIDA A PACIENTES CON ERC

- Desde los estadios iniciales de la enfermedad hasta su fase terminal, los síntomas, las restricciones sobre todo dietéticas, como el tratamiento se ven reflejados en la vida diaria de estos pacientes<sup>49</sup>.

- La calidad de vida puede estar influenciada por cierta influencia positiva o negativa desde entes sociodemográficos como edad, sexo, nivel educativo, socioeconómico, estado civil, comorbilidades asociadas.
- La dimensión psicológica se aborda de manera importante ante la depresión y ansiedad, y puede aumentar las cifras en tasas de mortalidad.
- Otras reacciones frecuentes son la hostilidad, la ira, la dependencia emocional y psicológica derivada de la dependencia del tratamiento sustitutivo<sup>50</sup>.

## **CONCLUSIONES**

Investigaciones evidencian que los estilos de vida poco saludables pueden influir en la aparición de comorbilidades como diabetes, presión arterial, enfermedades cardiovasculares y sobrepeso, entidades facilitadoras a su vez del surgimiento de la enfermedad renal crónica (ERC) en adultos mayores.

Actualmente la ERC se ha convertido en un problema importante de salud pública tanto a nivel mundial como nacional, con altos costos para la sociedad y el país, sobre todo en tratamientos como trasplantes renales y diálisis.

En general, la calidad de vida puede verse afectada por una serie de cambios, desde la alimentación, actividad física y dimensión emocional de los individuos con un gran tiempo de su vida invertido con esta patología.

Además, estudios concluyen que la ERC genera una disminución en la calidad de vida del paciente, de su

familia y del entorno laboral, al afectar sus funciones social, económica y emocional.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lopera M. La enfermedad renal crónica en Colombia: necesidades en salud y respuesta del Sistema General de Seguridad Social en Salud. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*. 2016; 15(30): 212-233. URL: <https://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.rgyps15-30.ercc>
2. Alles A, Fraga A, García R, Gómez A, Greloni G, Inserra F. Detección precoz de Enfermedad Renal Crónica. *Acta bioquím. clín. Latinoam*. 2010; 44(3): 377-384. URL: [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0325-29572010000300010&lng=es](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-29572010000300010&lng=es)
3. Neira C, Oliva P, Osés C. Función renal y factores asociados en el desarrollo de la enfermedad renal crónica en adultos. *Revista Cubana de Enfermería*. 2015; 30(4). Disponible en: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/507>
4. Heras M, García-Cosmes P, Fernández-Reyes M, Guerrero T, Sánchez R. Enfermedad renal crónica en el anciano: influencia del género. *Nefrología (Madr.)* 2012; 32(1): 123-125. URL: <http://www.revistanefrologia.com/es-publicacion-nefrologia-articulo-enfermedad-renal-cronica-el-anciano-influencia-del-genero-X0211699512000408>
5. Ávila S, Conchillos G, Rojas I, Ordoñez A, Ramírez H. Enfermedad renal crónica: causa y prevalencia en la

- población del Hospital General La Perla. *MedIntMex* 2013; 29(5): 473-478. URL: [http://cmim.org/boletin/pdf2013/MedIntContenido05\\_05.pdf](http://cmim.org/boletin/pdf2013/MedIntContenido05_05.pdf)
6. Tonelli M, Riella M. Enfermedad renal crónica y el envejecimiento de la población adulta mayor. *Rev. nefrol. dial. transpl.* 2014; 34(1): 1-7. URL: [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2346-85482014000100001&lng=es](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2346-85482014000100001&lng=es)
  7. Gámez Jiménez A, Montell Hernández O, Ruano Quintero V, Alfonso de León J, Hay de la Puente Zoto M. Enfermedad renal crónica en el adulto mayor. *Rev. Med. Electrón.* 2013; 35(4): 306-318. URL: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1684-18242013000400001&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242013000400001&lng=es)
  8. Rebollo-Rubio A, Morales-Asencio J, Pons-Raventos E, Mansilla-Francisco J. Revisión de estudios sobre calidad de vida relacionada con la salud en la enfermedad renal crónica avanzada en España. *Nefrología (Madr.)* 2015; 35: 92-109. URL: <http://www.revistanefrologia.com/es-publicacion-nefrologia-articulo-revision-estudios-sobre-calidad-vida-relacionada-con-salud-enfermedad-renal-X0211699515054982>
  9. Gutiérrez Sánchez D, Leiva-Santos J, Sánchez-Hernández R, Gómez García R. Prevalencia y evaluación de síntomas en enfermedad renal crónica avanzada. *Enferm Nefrol.* 2015; 18(3): 228-236. URL: <http://dx.doi.org/10.4321/S2254-28842015000300010>
  10. Morales Aguilar R, Lastre-Amell G, Pardo Vásquez A. Estilos de vida relacionados con factores de riesgo

cardiovascular. Rev Archivos Venezolanos de farmacología y Terapéutica. 2018; 37(2):115-123. Disponible en: [http://saber.ucv.ve/ojs/index.php/rev\\_aavft/article/view/15176/144814481965](http://saber.ucv.ve/ojs/index.php/rev_aavft/article/view/15176/144814481965)

11. Candebat Fernández O, Rodríguez Z, Rodríguez V, Torres F, Callejas S. Tratamiento hemodialítico y evolución de los ancianos con insuficiencia renal crónica. MEDISAN. 2009; 13(5): URL: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1029-30192009000500002&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192009000500002&lng=es)
12. Gutiérrez Rufín M, Polanco López C. Enfermedad renal crónica en el adulto mayor. Rev. Finlay. 2018; 8(1): 1-8. URL: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S222124342018000100001&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S222124342018000100001&lng=es)
13. Andreu Periz L, Hidalgo Blanco M Á, Moreno Arroyo C. Tratamiento conservador ante la Enfermedad Renal Crónica. Enferm Nefrol. 2015; 18(4): 303-307. URL: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2254-28842015000400008&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2254-28842015000400008&lng=es)
14. Estrada Rodríguez J, Amargós Ramírez J, DespaigneYant M, Chaos Correa T, Perera Salcedo E. Prevención de la enfermedad renal crónica en la comunidad. AMC. 2012; 16(6): 1704-1717. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S102502552012000600007&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102502552012000600007&lng=es)
15. Universidad católica bolivariana "san pablo", un estilo de vida saludable y prevención, claves para tener riñones sanos. ANF. 2017; 8-03. Disponible en:

<https://www.noticiasfides.com/and/un-estilo-de-vida-saludable-y-prevencion-claves-para-tener-rinones-sanos-376109>

16. Dávila J, González J, Barrera A. Panorama de la obesidad en México. Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social. 2015; 53(2): 241-249. URL: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=457744936020>
17. Quero Alfonso AI, Fernández Gallegos R, Fernández Castillo R, Gomez Jimenez FJ, García Rios MdC, García García I. Estudio del síndrome metabólico y de la obesidad en pacientes en hemodiálisis. Nutrición Hospitalaria [Internet]. 2015; 31(1): 286-291. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=309232878029>
18. Mera M. Calidad de vida de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Terminal en tratamiento sustitutivo con Hemodiálisis. Centro Médico Dial-Sur. Osorno. Chile 2006 (Licenciado en Enfermería). Universidad Austral de Chile, Facultad de Medicina, Escuela de Enfermería. Disponible en: <http://cybertesis.uach.cl/tesis/uach/2007/fmm552c/doc/fmm552c.pdf>. Fecha de acceso. 1-05-2013
19. Jacobs D. The effects of dietary patterns on urinary albumin excretion: results of the dietary approaches to stop hypertension (DASH) trial. Am J Kidney Dis. 2009; 53(2): 332-45. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19167797>
20. Aristizábal P, Blanco M, Sánchez A, Ostiguién M. El modelo de promoción de la salud de Nola Pender:

- Una reflexión en torno a su comprensión. Revista Scielo. 2011. 8(4): 16-23. URL: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1665-70632011000400003&lng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632011000400003&lng=es)
21. Rodríguez J, Laucerique T, Noriega L, Guerra M. Prevalencia de hipertensión arterial, adhesión al tratamiento y su control en adultos mayores. Rev cubana med [Internet]. 2011; 50(3): 242-251. Disponible en:[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S003475232011000300003&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003475232011000300003&lng=es)
  22. Dongliannnd G, Shaoyong Z, Haidong Z, Dong Y, Wang X. Stress-induced sodium excretion. Hypertens. 2009; 53: 262-78. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2719844/>
  23. Rodriguez F, Cuero C, DelgadoE , Camargo I, Ricaurte T. Diagnóstico de la Enfermedad Renal Crónica y Factores de Riesgo Asociados en Áreas Seleccionadas de la Provincia de Coclé, Panamá. Rev medicina y cirugía. 2014; 34(1): 32-38. URL: <http://access.revistas-medicas.org/pdf/opensource/159-385-1-PB.pdf>
  24. Organización Mundial de la Salud. Estilo de vida. 2015. URL: <http://www.who.int/features/qa/82/es/>
  25. Giraldo D, Santisteban M, Pamela M. Estilos de vida y su relación con el nivel de conocimiento del paciente diabético. Hospital La Caleta. Chimbote. Revista repositorio nacional de la santa. 2016: (12-47). URL: <http://repositorio.uns.edu.pe/bitstream/handle/UNS/2584/42714.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

26. Castela A, Velazco P, Muñoz M, Montañés R, Gamarra J, Gracia S. Documento de consenso para la detección y manejo de la enfermedad renal crónica. *Revista ScienceDirect*. 2014; (25-43). URL: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1575092214001715>
27. Valenzuela Landaeta K, Atalah Samur E. Estrategias globales para reducir el consumo de sal. *ALAN*. 2011; 61(2):111-119. URL: [http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0004-06222011000200001&lng=es](http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-06222011000200001&lng=es).
28. Flores J, Alvo M, Borja H, Morales J, Vega J, Zúñiga C. Clinical guidelines on identification, management and complications of chronic kidney disease. *Rev. méd. Chile*. 2009; 137(1): 137-177. URL: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872009000100026&lng=es](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872009000100026&lng=es). <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872009000100026>
29. Barrantes M. Factores asociados a la calidad de vida relacionada a la salud en pacientes con cardiopatía coronaria y diabetes mellitus. *Rev Med Hered*. 2010; 21(3): 118-127. Disponible: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1018130X20100003000003&lng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018130X20100003000003&lng=es).
30. Poll Pineda J, Rueda Macías N, Poll Rueda A, Mancebo Villalón A, Arias Moncada L. Factores de riesgo asociados a la enfermedad renal crónica en adultos mayores. *MEDISAN*. 2017; 21(9): 2010-2017. URL: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1029-301920170009000006&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-301920170009000006&lng=es)

31. Weschenfelder D, Gue J. Hipertensión arterial: principales factores de riesgo modificables en la estrategia salud de la familia. *Revista Scielo*. 2012; 11(26): 344-353. URL:[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1695-61412012000200022](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412012000200022)
32. Dávila J, González J, Barrera A. Panorama de la obesidad en México. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*. 2015; 53(2): 241-249. URL: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=457744936020>
33. Navarro G, Ardiles L. Obesidad y enfermedad renal crónica: Una peligrosa asociación. *Rev. Méd. Chile*. 2015; 143(1): 77-84. URL:[https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872015000100010](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872015000100010)
34. Terazón Miclín O, Vinent Terazón M, Pouyou Semanat J. Determinación del grado de enfermedad renal crónica en pacientes hipertensos. *MEDISAN*. 2017; 21(1): 19-26. URL: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1029-30192017000100003&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192017000100003&lng=es)
35. Urzúa A, Pavlov R, Cortés R, Pino V. Factores Psicosociales Relacionados con la Calidad de Vida en Salud en Pacientes Hemodializados. *RevScielo*. 2011; 29(1): 135-140. URL: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S071848082011000100014&script=sci\\_arttext&lng=pt](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S071848082011000100014&script=sci_arttext&lng=pt).
36. Ávila M. Enfermedad renal crónica: prevención y detección temprana en el primer nivel de atención. 2013; 29(1): 148-153. Disponible en <http://www>.

medigraphic.com/pdfs/medintmex/mim-2013/mim132e.pdf

37. Sandoval L, Ceballos Z, Navarrete C, González F, Hernández V. Calidad de vida en pacientes con diálisis peritoneal continúa ambulatoria. RevMedInstMex Seguro Soc, 2007; 45(2): 105-109. URL: [http://edumed.imss.gob.mx/edumed/rev\\_med/pdf/gra\\_art/A74.pdf](http://edumed.imss.gob.mx/edumed/rev_med/pdf/gra_art/A74.pdf).
38. Miranda I. Calidad de Vida de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica y sus familias atendidos en el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social y Hospital Nacional de Chiquimula. Guatemala 2014. Repositorio universidad Rafael Landívar 2014. URL:<http://recursosbiblio.url.edu.gt/tesisjcem/2015/09/11/Miranda-Irza.pdf>
39. Cunha L, Teles L, Vasconcelos P, Alves M, Santana dos Santos JR, De Oliveira L. Evaluación de la calidad de vida de pacientes de insuficiencia renal crónica en diálisis renal. Enferm. glob. 2011; 10(23): 158-164. URL: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/131481/121901>
40. Rodríguez E, Campillo M, Aviles M. Calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica y su familia. URL: <http://www.uv.mx/psicologia/files/2013/06/Calidad-de-vida.pdf>
41. Ledón Llanes L. Enfermedades crónicas y vida cotidiana. Rev Cubana Salud Pública. 2011; 37(4): 488-499. URL: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662011000400013&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662011000400013&lng=es).

42. Malheiro Oliveira P., Arruda Soares D. Percepciones de las personas con insuficiencia renal crónica sobre la calidad de vida. *Enferm. glob.* 2012; 11(28): 257-275. URL: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1695-61412012000400014&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412012000400014&lng=es)
43. Segura-Ortí E. Ejercicio en pacientes en hemodiálisis: revisión sistemática de la literatura. *Nefrología (Madr.)*. 2010; 30(2): 236-246. URL: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0211-69952010000200015&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-69952010000200015&lng=es)
44. Moreno Arroyo M, Hidalgo Blanco M. El ejercicio físico y el paciente renal crónico. *EnfermNefrol.* 2012; 15(4): 296-299. URL: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2254-28842012000400009](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2254-28842012000400009)
45. Giraldo A, Toro MY, Macías AM, Valencia CA, Palacio S. La promoción de la salud como estrategia para el fomento de estilos de vida saludables. *Hacia la Promoción de la Salud* 2010; 15(1): 128-143. <http://www.redalyc.org/pdf/3091/309126693010.pdf>
46. Orozco R. Prevención y tratamiento de la enfermedad renal crónica (ERC). *Rev science direct.* 2010; 21(1): 779-789. URL: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864010706003>
47. Alles A, Fraga A, García R, Gómez A, Greloni G, Inserra F, Mazziotta D, Torres M, Villagra A. Detección de Enfermedad Renal Crónica. Documento Multidisciplinario Bioquímica y Patología Clínica. *Rev redalyc.* 2010. (74) 14-20 URL: <http://www.redalyc.org/pdf/651/65121041002.pdf>

48. Heras M, Fernández-Reyes MJ, Sánchez R, Guerrero MT, Molina Álvaro, Rodríguez MA. Elderly patients with chronic kidney disease: outcomes after 5 years of follow-up. *Nefrología (Madr.)*. 2012; 32(3): 300-305. URL: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0211-69952012000500005&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-69952012000500005&lng=es)
49. Rebollo-Rubio A, Morales-Asencio J M, Pons-Raventos ME, Mansilla-Francisco J. Revisión de estudios sobre calidad de vida relacionada con la salud en la enfermedad renal crónica avanzada en España. *Nefrología (Madr.)*. 2015; 35(1): 92-109. URL: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0211-69952015000100012&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-69952015000100012&lng=es). <http://dx.doi.org/10.3265/Nefrologia.pre2014.Jul.12133>
50. Albañil Frías T, Ramírez Moreno M, Crespo Montero R. Analysis of the quality of life in ambulatory hemodialysis patients and its relationship to the degree of dependence. *Enferm Nefrol*. 2014; 17(3): 167-174. URL: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2254-28842014000300002&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2254-28842014000300002&lng=es). <http://dx.doi.org/10.4321/S2254-28842014000300002>

**Cómo citar este capítulo:**

Gaviria García G, Carrero-González C, Sarmiento Gutiérrez J, Franco-Mejía V. Estilos de vida poco saludable que inciden en la aparición de la enfermedad renal crónica. En: Lastre-Amell G, Aldana-Rivera E. (Editores), *Salud y Cuidado en curso de vida*. Barranquilla: Ediciones Universidad Simón Bolívar; 2019. pp.177-195.