

CIENCIAS DE LA SALUD:

POLÍTICAS PÚBLICAS, ASISTENCIA Y GESTIÓN 2

MARCUS FERNANDO DA SILVA PRAXEDES
(ORGANIZADOR)

CIENCIAS DE LA SALUD:

POLÍTICAS PÚBLICAS, ASISTENCIA Y GESTIÓN 2

MARCUS FERNANDO DA SILVA PRAXEDES
(ORGANIZADOR)

Editora chefe

Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira

Editora executiva

Natalia Oliveira

Assistente editorial

Flávia Roberta Barão

Bibliotecária

Janaina Ramos

Projeto gráfico

Bruno Oliveira

Camila Alves de Cremona

Luiza Alves Batista

Imagens da capa

iStock

Edição de arte

Luiza Alves Batista

2023 by Atena Editora

Copyright © Atena Editora

Copyright do texto © 2023 Os autores

Copyright da edição © 2023 Atena

Editora

Direitos para esta edição cedidos à Atena Editora pelos autores.

Open access publication by Atena

Editora



Todo o conteúdo deste livro está licenciado sob uma Licença de Atribuição *Creative Commons*. Atribuição-Não-Comercial-Não-Derivativos 4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0).

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores, inclusive não representam necessariamente a posição oficial da Atena Editora. Permitido o *download* da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

Todos os manuscritos foram previamente submetidos à avaliação cega pelos pares, membros do Conselho Editorial desta Editora, tendo sido aprovados para a publicação com base em critérios de neutralidade e imparcialidade acadêmica.

A Atena Editora é comprometida em garantir a integridade editorial em todas as etapas do processo de publicação, evitando plágio, dados ou resultados fraudulentos e impedindo que interesses financeiros comprometam os padrões éticos da publicação. Situações suspeitas de má conduta científica serão investigadas sob o mais alto padrão de rigor acadêmico e ético.

Conselho Editorial**Ciências Biológicas e da Saúde**

Profª Drª Aline Silva da Fonte Santa Rosa de Oliveira – Hospital Federal de Bonsucesso

Profª Drª Ana Beatriz Duarte Vieira – Universidade de Brasília

Profª Drª Ana Paula Peron – Universidade Tecnológica Federal do Paraná

Prof. Dr. André Ribeiro da Silva – Universidade de Brasília

Profª Drª Anelise Levay Murari – Universidade Federal de Pelotas

Prof. Dr. Benedito Rodrigues da Silva Neto – Universidade Federal de Goiás

Profª Drª Camila Pereira – Universidade Estadual de Londrina

Prof. Dr. Cirênio de Almeida Barbosa – Universidade Federal de Ouro Preto

Profª Drª Daniela Reis Joaquim de Freitas – Universidade Federal do Piauí
 Profª Drª Danyelle Andrade Mota – Universidade Tiradentes
 Prof. Dr. Davi Oliveira Bizerril – Universidade de Fortaleza
 Profª Drª Débora Luana Ribeiro Pessoa – Universidade Federal do Maranhão
 Prof. Dr. Douglas Siqueira de Almeida Chaves – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
 Prof. Dr. Edson da Silva – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri
 Profª Drª Elizabeth Cordeiro Fernandes – Faculdade Integrada Medicina
 Profª Drª Eleuza Rodrigues Machado – Faculdade Anhanguera de Brasília
 Profª Drª Elane Schwinden Prudêncio – Universidade Federal de Santa Catarina
 Profª Drª Eysler Gonçalves Maia Brasil – Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira
 Prof. Dr. Ferlando Lima Santos – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
 Profª Drª Fernanda Miguel de Andrade – Universidade Federal de Pernambuco
 Profª Drª Fernanda Miguel de Andrade – Universidade Federal de Pernambuco
 Prof. Dr. Fernando Mendes – Instituto Politécnico de Coimbra – Escola Superior de Saúde de Coimbra
 Profª Drª Gabriela Vieira do Amaral – Universidade de Vassouras
 Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria
 Prof. Dr. Guillermo Alberto López – Instituto Federal da Bahia
 Prof. Dr. Helio Franklin Rodrigues de Almeida – Universidade Federal de Rondônia Profª Drª Iara Lúcia Tescarollo – Universidade São Francisco
 Prof. Dr. Igor Luiz Vieira de Lima Santos – Universidade Federal de Campina Grande
 Prof. Dr. Jefferson Thiago Souza – Universidade Estadual do Ceará
 Prof. Dr. Jesus Rodrigues Lemos – Universidade Federal do Delta do Parnaíba – UFDPAr
 Prof. Dr. Jônatas de França Barros – Universidade Federal do Rio Grande do Norte
 Prof. Dr. José Aderval Aragão – Universidade Federal de Sergipe
 Prof. Dr. José Max Barbosa de Oliveira Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
 Profª Drª Juliana Santana de Curcio – Universidade Federal de Goiás
 Profª Drª Kelly Lopes de Araujo Appel – Universidade para o Desenvolvimento do Estado e da Região do Pantanal
 Profª Drª Larissa Maranhão Dias – Instituto Federal do Amapá
 Profª Drª Lívia do Carmo Silva – Universidade Federal de Goiás
 Profª Drª Luciana Martins Zuliani – Pontifícia Universidade Católica de Goiás
 Prof. Dr. Luís Paulo Souza e Souza – Universidade Federal do Amazonas Profª Drª Magnólia de Araújo Campos – Universidade Federal de Campina Grande
 Prof. Dr. Marcus Fernando da Silva Praxedes – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
 Profª Drª Maria Tatiane Gonçalves Sá – Universidade do Estado do Pará
 Prof. Dr. Maurilio Antonio Varavallo – Universidade Federal do Tocantins
 Prof. Dr. Max da Silva Ferreira – Universidade do Grande Rio
 Profª Drª Mylena Andréa Oliveira Torres – Universidade Ceuma
 Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
 Prof. Dr. Paulo Inada – Universidade Estadual de Maringá
 Prof. Dr. Rafael Henrique Silva – Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados
 Profª Drª Regiane Luz Carvalho – Centro Universitário das Faculdades Associadas de Ensino
 Profª Drª Renata Mendes de Freitas – Universidade Federal de Juiz de Fora
 Profª Drª Sheyla Mara Silva de Oliveira – Universidade do Estado do Pará
 Profª Drª Suely Lopes de Azevedo – Universidade Federal Fluminense
 Profª Drª Taísa Ceratti Treptow – Universidade Federal de Santa Maria
 Profª Drª Vanessa da Fontoura Custódio Monteiro – Universidade do Vale do Sapucaí
 Profª Drª Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa
 Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande
 Profª Drª Welma Emídio da Silva – Universidade Federal Rural de Pernambuco

Diagramação: Camila Alves de Cremo
Correção: Yaidy Paola Martinez
Indexação: Amanda Kelly da Costa Veiga
Revisão: Os autores
Organizador: Marcus Fernando da Silva Praxedes

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)	
C569	Ciencias de la Salud: políticas públicas, asistencia y Gestión 2 / Organizador Marcus Fernando da Silva Praxedes. – Ponta Grossa - PR: Atena, 2023. Formato: PDF Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader Modo de acceso: World Wide Web Inclui bibliografia ISBN 978-65-258-1003-4 DOI: https://doi.org/10.22533/at.ed.034231502 1. Salud. I. Praxedes, Marcus Fernando da Silva (Organizador). II. Título. CDD 613
Elaborado por Bibliotecária Janaina Ramos – CRB-8/9166	

Atena Editora
Ponta Grossa – Paraná – Brasil
Telefone: +55 (42) 3323-5493
www.atenaeditora.com.br
contato@atenaeditora.com.br

DECLARAÇÃO DOS AUTORES

Os autores desta obra: 1. Atestam não possuir qualquer interesse comercial que constitua um conflito de interesses em relação ao artigo científico publicado; 2. Declaram que participaram ativamente da construção dos respectivos manuscritos, preferencialmente na: a) Concepção do estudo, e/ou aquisição de dados, e/ou análise e interpretação de dados; b) Elaboração do artigo ou revisão com vistas a tornar o material intelectualmente relevante; c) Aprovação final do manuscrito para submissão.; 3. Certificam que os artigos científicos publicados estão completamente isentos de dados e/ou resultados fraudulentos; 4. Confirmam a citação e a referência correta de todos os dados e de interpretações de dados de outras pesquisas; 5. Reconhecem terem informado todas as fontes de financiamento recebidas para a consecução da pesquisa; 6. Autorizam a edição da obra, que incluem os registros de ficha catalográfica, ISBN, DOI e demais indexadores, projeto visual e criação de capa, diagramação de miolo, assim como lançamento e divulgação da mesma conforme critérios da Atena Editora.

DECLARAÇÃO DA EDITORA

A Atena Editora declara, para os devidos fins de direito, que: 1. A presente publicação constitui apenas transferência temporária dos direitos autorais, direito sobre a publicação, inclusive não constitui responsabilidade solidária na criação dos manuscritos publicados, nos termos previstos na Lei sobre direitos autorais (Lei 9610/98), no art. 184 do Código Penal e no art. 927 do Código Civil; 2. Autoriza e incentiva os autores a assinarem contratos com repositórios institucionais, com fins exclusivos de divulgação da obra, desde que com o devido reconhecimento de autoria e edição e sem qualquer finalidade comercial; 3. Todos os e-book são *open access*, *desta forma* não os comercializa em seu site, sites parceiros, plataformas de *e-commerce*, ou qualquer outro meio virtual ou físico, portanto, está isenta de repasses de direitos autorais aos autores; 4. Todos os membros do conselho editorial são doutores e vinculados a instituições de ensino superior públicas, conforme recomendação da CAPES para obtenção do Qualis livro; 5. Não cede, comercializa ou autoriza a utilização dos nomes e e-mails dos autores, bem como nenhum outro dado dos mesmos, para qualquer finalidade que não o escopo da divulgação desta obra.

Apresentamos o segundo volumen do livro “Ciencias de la Salud: Políticas Públicas, Asistencia y Gestión”. O objetivo principal é apresentar de forma categorizada e clara estudos desenvolvidos em diversas instituições de ensino e pesquisa nacionais e internacionais.

Estão reunidos aquí trabalhos referentes à diversas temáticas que envolvem e servem de base para a formulação de políticas públicas, atualização e melhor desenvolvimento da gestão em saúde, bem como de uma assistência qualificada.


São apresentados os seguintes capítulos: Sistema único de saúde no Brasil: avanços e desafios para sua consolidação; Adherencia al tratamiento farmacológico y factores sociodemográficos, individuales y del tratamiento asociados en pacientes con trastorno afectivo bipolar; Determinantes sociales en salud en la adherencia al tratamiento farmacológico de la diabetes mellitus tipo 2; Aleitamento materno exclusivo; O impacto da falta de adesão ao pré-natal; Reto docente ante el afrontamiento virtual de los procesos sustantivos ante la emergencia sanitaria; Análisis de componentes principales: antes, después y al seguimiento de variables bioclinicas tras una intervención educativa en pacientes con hipertensión arterial; Fatores associados ao controle pressórico de indivíduos com hipertensão arterial na atenção primária; Muerte por Covid-19 en la pospandemia: una vivencia en el cuidado de enfermería; O aumento da doença celíaca nos últimos anos; Participação em programa de iniciação científica: relato de experiencia.

Os trabalhos científicos apresentados nesse livro poderão servir de base para uma melhor prática de assistência em saúde. Nesse sentido, a Atena Editora se destaca por possuir a estrutura capaz de oferecer uma plataforma consolidada e confiável para estes pesquisadores exporem e divulguem seus resultados.

Marcus Fernando da Silva Praxedes


CAPÍTULO 1 1**SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NO BRASIL: AVANÇOS E DESAFIOS PARA SUA CONSOLIDAÇÃO**

João Felipe Tinto Silva
 Tayane Moura Martins
 Aline Verçosa de Figueiredo
 Lucyanna Cavalcante de Moura
 Luana Almeida dos Santos
 Maria Vitória Gomes de Moura
 Félix William Medeiros Campos
 Jackeline Ruth Rodrigues da Silva
 Benedito Medeiros da Silva Neto
 Natalee da Silva Medeiros
 Marks Passos Santos
 Aranin Queiroz de Sousa
 Barbara Bispo de Santana
 David Maquileles Firmino
 Tiago Martins Gomes

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.0342315021>


CAPÍTULO 2 13**ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO Y FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS, INDIVIDUALES Y DEL TRATAMIENTO ASOCIADOS EN PACIENTES CON TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR**

Jennifer Marie Ortega Morales
 Bueno K
 Gil G
 Germosen Y
 Collado M

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.0342315022>

CAPÍTULO 3 27**DETERMINANTES SOCIALES EN SALUD EN LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE LA DIABETES MELLITUS TIPO 2**


Edgardo Javier Ramos Caballero
 Manuela Cano Vasco
 Mary Yuleidy Carmona Londoño
 Norby Carolina Restrepo García

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.0342315023>

CAPÍTULO 4 45**ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO**

Danielle Freire Goncalves
 Zthefanny Holenk da Silva Tadaiewsky
 Verena Potter de Carvalho Bezerra
 Thais de Carvalho Costa
 Tonny Venâncio de Melo


Elza de Sousa Pereira Armondos
 Leticia Aparecida de Souza
 Walker Alves Costa
 Mariana Nasser Arouca Lamas
 Liana Maysa Melo Andrade
 Mercia Lacerda dos Santos Miranda
 Otavio Augusto de Paiva Ribeiro
 Aluísio Ferreira de Aguiar

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.0342315024>

CAPÍTULO 549

AS CONDIÇÕES RELACIONADAS AO ALTO ÍNDICE DE MORTE MATERNA


Natália Santos Mesquita
 Vitor Eduardo Morais Vinhal
 Maria Beatriz Miranda Alves
 Germana Maria Cordeiro Leite
 Juliana Kelly Leal Viana
 Kaline Cajueiro de Vasconcelos
 Maria Eduarda Lucena Abucater do Couto
 Sebastião Alves Gonçalves Neto
 Lorrane Rodrigues de Carvalho
 Marcos Bruno Couto Garcia
 José Daniel Rodrigues Chamon
 Marla Suelen Gomes Botelho Carneiro
 Luana Ferreira Dias da Silva
 Samara Ferreira Costa

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.0342315025>

CAPÍTULO 653

RETO DOCENTE ANTE EL AFRONTAMIENTO VIRTUAL DE LOS PROCESOS SUSTANTIVOS ANTE LA EMERGENCIA SANITARIA


Yanetzi Loimig, Arteaga Yáñez
 Yoel López Gamboa
 Neris Marina Ortega Guevara

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.0342315026>

CAPÍTULO 760


ANÁLISIS DE COMPONENTES PRINCIPALES: ANTES, DESPUÉS Y AL SEGUIMIENTO DE VARIABLES BIOCLINICAS TRAS UNA INTERVENCIÓN EDUCATIVA EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL

Edgardo Javier Ramos Caballero
 Jimmy Christian Cacñahuaray Huaraca
 Elías Eber Condori Quispe
 Silvia Mónica Jiménez Novoa
 Kyara Patricia Pereira Ramos

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.0342315027>

CAPÍTULO 873**FATORES ASSOCIADOS AO CONTROLE PRESSÓRICO DE INDIVÍDUOS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA**

Rebeka Maria de Oliveira Belo
Monique Oliveira do Nascimento
Larissa Rayane Santos da Silva
Xênia Sheila Barbosa Aguiar Queiroz
Veridiana Câmara Furtado
Isabel Cristina Ramos Vieira Santos
Eugênia Velludo Veiga
Simone Maria Muniz da Silva Bezerra

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.0342315028>


CAPÍTULO 988**MUERTE POR COVID-19 EN LA POSPANDEMIA: UNA VIVENCIA EN EL CUIDADO DE ENFERMERIA**

Neris Marina Ortega Guevara
Yanetzy Loimig Arteaga Yáñez
Yoel López Gamboa
Eiro Alexander Medina Ortega

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.0342315029>


CAPÍTULO 10..... 105**DOENÇA CELÍACA E SUAS IMPLICAÇÕES**

João Vitor de Menezes Santos
Amanda Ayako Yamamoto
Flávia Silva Mendonça
Pietra Nachbar Moliner
Anderson Almeida Rosa
Marina Rodrigues Pinheiro do Nascimento
João Lucas Araújo Milhomem
Emanuella Ramabir Carvalho Cunha Gomes Abrantes Gundim
Geanny Pereira da Silva
Rayssa Ketly Silva Sousa
Kátia Regina Almeida de Souza
Pâmela Daiana Cancian

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.03423150210>

CAPÍTULO 11 109**PARTICIPAÇÃO EM PROGRAMA DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA: RELATO DE EXPERIÊNCIA**

Tainara Costa dos Santos
Yasmin Magalhaes Ribeiro
Rosilêia Silva Argolo
Marcus Fernando da Silva Praxedes

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.03423150211>

SOBRE O ORGANIZADOR	116
ÍNDICE REMISSIVO	117

CAPÍTULO 1

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NO BRASIL: AVANÇOS E DESAFIOS PARA SUA CONSOLIDAÇÃO

Data de submissão: 07/12/2022

Data de aceite: 01/02/2023

João Felipe Tinto Silva

Universidade Estácio de Sá (UNESA)
Coroatá – MA
<https://orcid.org/0000-0003-3662-6673>

Tayane Moura Martins

Universidade Federal do Pará (UFPA)
Altamira – PA
<https://orcid.org/0000-0003-3236-8574>

Aline Verçosa de Figueiredo

Universidade Federal do Pará (UFPA)
Altamira – PA
<https://orcid.org/0000-0001-8752-6432>

Lucyanna Cavalcante de Moura

Universidade Estadual do Maranhão
(UEMA)
Caxias - MA
<https://orcid.org/0000-0002-71563-0339>

Luana Almeida dos Santos

Universidade Federal do Oeste do Pará
(UFOPA)
Santarém – PA
<https://lattes.cnpq.br/4025485316767996>

Maria Vitória Gomes de Moura

Centro Universitário União das Américas
Descomplica (UniAmérica)
Recife – PE
<https://lattes.cnpq.br/1122531799097073>

Félix William Medeiros Campos

Universidade Estadual do Piauí (UFPI)
Picos – PI
<https://lattes.cnpq.br/8574366243620488>

Jackeline Ruth Rodrigues da Silva

Faculdade Unida de Campinas
(FACUNICAMPS)
Goiânia – GO
<https://orcid.org/0000-0002-1181-4080>

Benedito Medeiros da Silva Neto

Hospital de Clínicas da Universidade
Federal do Paraná (UFPR)
Curitiba – PR
<https://orcid.org/0000-0003-0224-2866>

Natalee da Silva Medeiros

Prefeitura de São José dos Pinhais
Curitiba – PR
<https://orcid.org/0000-0001-7762-2957>

Marks Passos Santos

Faculdade Ages de Jacobina (AGES)
Jacobina – BA
<https://orcid.org/0000-0003-1180-404X>

Aranin Queiroz de Sousa

Faculdade Ages de Jacobina (AGES)
Jacobina – BA
<https://lattes.cnpq.br/3128262457315182>

Barbara Bispo de Santana

Faculdade Ages de Senhor Bonfim (AGES)
Senhor do Bonfim – BA
<https://orcid.org/0000-0002-7017-2401>

David Maquileles Firmino

Instituto Metropolitano de Ensino Superior (UNIVAÇO)
Ipatinga – MG
<https://lattes.cnpq.br/7273517530217271>

Tiago Martins Gomes

Associação Educacional de Patos de Minas (AEPM)
Patos de Minas – MG
<https://lattes.cnpq.br/0568118603147936>

RESUMO: Introdução: O Sistema único de Saúde (SUS) é o primeiro sistema de saúde de acesso universal, seus princípios são Universalidade, Equidade e Integralidade, para que todas as pessoas tenham acesso a saúde de forma igualitária e biopsicossocial. **Objetivo:** relatar sobre a importância do Sistema Único de Saúde no contexto brasileiro e destacar os desafios, conquistas e avanços ao longo destes mais de 30 anos. **Metodologia:** Revisão integrativa da literatura realizada através da BVS/BIREME e PUBMED. Foram utilizados os seguintes descritores (DeCS): Brasil, Políticas, Planejamento e Administração em Saúde e Sistema Único de Saúde, além dos termos *MESH*: Brazil, Health Policy, Planning and Management e Unified Health System. Foram incluídas publicações nos idiomas português, inglês e espanhol, disponíveis na íntegra gratuitamente, sem aplicação de recorte temporal. Foram excluídos resumos, textos incompletos, relatos técnicos e outras formas de publicação que não dissertações e artigos científicos completos. Foram identificados inicialmente 223 estudos e, após aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, apenas 08 estudos foram selecionados para amostra. **Resultados e discussão:** É evidente que apesar dos percalços, das fragilidades e dificuldades enfrentadas dentro do sistema público de saúde, o SUS é um modelo de saúde com grande complexidade e singularidade, concernindo-se como imperativo nas mudanças que sejam realizadas para os próximos anos de sua existência. Seus obstáculos são tão gigantes quantos o próprio sistema e, após mais de 30 anos da sua existência, ainda é indiscutível a luta por sua conservação quanto política pública gratuita, resolutiva, equânime e organizadora do cuidar integral na população brasileira. **Considerações finais:** O SUS deve continuar sendo visto como centro principal de uma conquista de anos, pois nele é ancorado o cuidar à saúde de diversos brasileiros. Torna-se indiscutível a necessidade de maiores investimentos para que vença os desafios impostos na sua total implantação. **PALAVRAS-CHAVE:** Brasil; Políticas, planejamento e administração em saúde; Sistema único de saúde.

UNITED HEALTH SYSTEM IN BRAZIL: ADVANCES AND CHALLENGES FOR ITS CONSOLIDATION

ABSTRACT: Introduction: The Unified Health System (SUS) is the first health system with universal access, its principles are Universality, Equity and Integrality, so that all people have access to health in an equal and biopsychosocial way. **Objective:** to report on the importance of the Unified Health System in the Brazilian context and highlight the challenges, achievements and advances over these more than 30 years. **Methodology:** Integrative literature review carried out through BVS/BIREME and PUBMED. The following descriptors (DeCS) were used: Brazil, Policies, Planning and Administration in Health and the Unified Health System, in addition to the MESH terms: Brazil, Health Policy, Planning and Management and Unified Health System. Publications in Portuguese, English and Spanish were included, available in full for free, without applying a time frame. Abstracts, incomplete texts, technical reports and other forms of publication other than dissertations and full scientific articles were excluded. Initially, 223 studies were identified and, after applying the inclusion and exclusion criteria, only 08 studies were selected for the sample. **Results and discussion:** It is evident that despite the mishaps, weaknesses and difficulties faced within the public health system, the SUS is a health model with great complexity and uniqueness, concerning itself as an imperative in the changes that are carried out for the coming years of its existence. Its obstacles are as gigantic as the system itself and, after more than 30 years of its existence, the struggle for its conservation as a free, resolute, equitable and organizing public policy of comprehensive care for the Brazilian population is still undeniable. **Final considerations:** The SUS must continue to be seen as the main center of a long-lasting achievement, as health care for many Brazilians is anchored in it. It is indisputable the need for greater investments to overcome the challenges imposed in its full implementation.

KEYWORDS: Brazil; Health policy, planning and management; Unified health system.

1 | INTRODUÇÃO

O Sistema único de Saúde (SUS) é o primeiro sistema de saúde de acesso universal, seus princípios são Universalidade, Equidade e Integralidade, para que todas as pessoas tenham acesso a saúde de forma igualitária e biopsicossocial. Para isso o SUS está organizado administrativamente mediante a descentralização político-administrativa no governo federal e centralização nos governos municipais; redes de atenção à saúde regionalizadas; tecnologias resolutivas em saúde; participação popular na sua construção e complementariedade do setor privado (PAIM, 2018).

O SUS é considerado um dos mais eficazes sistemas de saúde gratuito à população no mundo, abrangendo desde uma aferição da pressão arterial nos atendimentos da Atenção Primária em Saúde (APS), chegando até o transplante de órgãos, assegurando acesso universal, integral e gratuito para todos os usuários do sistema público brasileiro (BRASIL, 2020).

Oficialmente, o SUS surgiu em 19 de setembro de 1990, havendo, até então, mais de 30 anos de avanços, desafios e conquistas. O SUS oferta serviços de baixa, média e

alta complexidade, oferece ainda consultas médicas, medicamentos gratuitos, visitas dos agentes de saúde e atendimento domiciliar, além dos regulares atendimentos de urgência e emergência (HCFMUSP, 2021).

A partir da formação deste sistema público, o Ministério da Saúde (MS) pôde propiciar uma atenção integral à saúde da população, e não exclusivamente aos cuidados na assistência, passou a ser um direito de todos e dever do Estado, do início da gestação ao acompanhamento integral do cidadão por toda a vida, com foco na saúde e qualidade de vida, visando a prevenção e a promoção da saúde (BRASIL, 2020).

A Atenção Primária à Saúde (APS) constitui-se como a porta de entrada do SUS, que busca findar os problemas de saúde enquanto ainda estão em sua fase inicial, sendo assim, além de proporcionar uma economia com tratamentos intensivos, evitando sequelas de terapêuticas complexas e possível incapacitação a longo prazo (FESAÚDE, 2020). Portanto, a APS é um programa acompanhado pelo MS, tendo como objetivo de oferecer uma atenção básica de forma mais resolutiva e humanizada, sendo fundamentada pelo SUS, tendo a família como foco principal, numa perspectiva biopsicossocial.

A APS é ainda o centro de comunicação com toda a Rede de Atenção do SUS, e se orienta pelos princípios da universalidade, acessibilidade, continuidade no cuidado, integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização e da equidade, ou seja, opera como um filtro, habilitado a organizar o fluxo dos serviços nas redes de saúde, desde os procedimentos mais simples aos mais avançados (BRASIL, 2022). Logo, a gestão dos serviços e das ações de saúde devem ser solidárias e participativas entre os três entes da Federação: a União, os Estados e os Municípios.

Entretanto, apesar dos significativos avanços desde sua criação, o SUS ainda enfrenta contrabalançados pelas dificuldades de assegurar as transformações políticas, sociais e econômicas necessárias para a redução efetiva das desigualdades, a garantia da justiça social e a materialização da universalidade do direito à saúde no Brasil (LIMA; CARVALHO; COELI, 2018).

2 | OBJETIVO

O presente trabalho tem como objetivo relatar sobre a importância do Sistema Único de Saúde no contexto brasileiro e destacar os desafios, conquistas e avanços ao longo destes mais de 30 anos.

3 | METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem qualitativa, por intermédio de uma Revisão Integrativa da Literatura (RIL). A RIL emerge como uma metodologia que proporciona a síntese do conhecimento e a incorporação da aplicabilidade de resultados de estudos significativos na prática, constituindo basicamente como um instrumento da Prática

Baseada em Evidências (PBE) (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010).

O estudo seguiu seis etapas para o seu desenvolvimento: 1) elaboração da pergunta norteadora; 2) busca ou amostragem na literatura; 3) coleta de dados; 4) análise seletiva e crítica dos estudos incluídos; 5) discussão dos resultados; e 6) apresentação da revisão integrativa, conforme. (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010; ERCOLE; MELO; ALCOFORADO, 2014).

Para a elaboração desse estudo, foi utilizado a estratégia PICo, sendo P= População ou Problema; I= Intervenção ou Interesse; e Co= Contexto (APÓSTOLO, 2017), para elaboração da seguinte questão norteadora (P= Sistema Único de Saúde; I= Avanços e desafios; Co= Brasil), a saber: Qual a importância do Sistema Único de Saúde, seus desafios e avanços no contexto brasileiro?

As buscas foram realizadas durante outubro e novembro de 2022 através da Biblioteca Virtual da Saúde (BVS), coordenada pela BIREME e composta de bases de dados bibliográficas produzidas pela Rede BVS, como LILACS, BDENF, SCOPUS, além da base de dados Medline e outros tipos de fontes de informação; e através da PUBMED da National Library of Medicine.

Os critérios de inclusão dos artigos foram: publicações nos idiomas português, inglês e espanhol, disponíveis na íntegra gratuitamente, sem aplicação de recorte temporal com vistas a evitar perdas de estudos de interesse, objetivando encontrar referências pertinentes e apropriadas sobre a temática deste estudo. Foram excluídos resumos, textos incompletos, relatos técnicos e outras formas de publicação que não dissertações e artigos científicos completos.

Nos bancos de dados foram utilizados termos em inglês e português para identificação dos estudos a serem pesquisados. Os descritores foram obtidos a partir dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): “Brasil”, “Políticas, Planejamento e Administração em Saúde” e “Sistema Único de Saúde”, além dos termos do *Medical Subject Headings (MeSH)*: “Brazil”, “Health Policy, Planning and Management” e “Unified Health System”, conforme mostra a Quadro 1, a seguir.

Elementos		Termos “MeSH”	Termos “DeCS”
P	Sistema Único de Saúde	“Unified Health System”	“Sistema Único de Saúde”
I	Avanços e Desafios	“Health policy, planning and management”	“Políticas, planejamento e administração em saúde”
Co	Brasil	“Brazil”	“Brasil”

Quadro 1. Elementos da estratégia PICo e descritores utilizados, 2022.

Fonte: Elaborado pelos autores, 2022.

Os termos utilizados durante a pesquisa foram classificados e combinados nos bancos de dados. Assim, resultaram em estratégias específicas de cada base, conforme

descrito na Quadro 2, a seguir.

Bases de Dados	Estratégia de Busca	Resultados	Filtrados	Analisados	Selecionados
Bireme/BVS (Descritores DeCS)	(Brasil) AND (Políticas, planejamento e administração em saúde) AND (Sistema Único de Saúde)	206	138	27	06
PubMed (Descritores MeSH)	((Brazil) AND (Health policy, planning and management)) AND (Unified Health System)	17	09	04	02
Total	-	223	147	31	08

Quadro 2. Estratégias de busca utilizadas nas bases de dados Bireme/BVS e PubMed. Coroatá – MA, 2022.

Fonte: Elaborado pelos autores, 2022.

Com os estudos elencados, avaliou-se o nível de evidência com o *Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)*, que compõe os seguintes níveis: 1) Metanálise de múltiplos estudos controlados; 2) Estudos individuais com delineamento experimental; 3) Estudos com delineamento quase-experimental como estudos sem randomização com grupo único pré e pós-teste, séries temporais ou caso-controle; 4) Estudos com delineamento não-experimental como pesquisas descritivas correlacional e qualitativa ou estudos de caso; 5) Relatórios de casos ou dado obtido de forma sistemática, de qualidade verificável ou dados de avaliação de programas; e 6) Opinião de autoridades respeitadas baseadas em competências clínicas ou opiniões de comitês de especialistas (STETLER et al., 1998).

Os artigos selecionados foram exportados para o Software *Rayyan*®, uma ferramenta computacional gratuita, para análise pareada das referências encontradas e remoção de duplicadas. Para minimizar o risco de viés, a busca foi executada por pelos pesquisadores em diferentes computadores de forma independente. Evidenciando-se divergências, quatro pesquisadores realizavam a leitura dos artigos. Na interpretação dos resultados, seguiu-se a leitura comparativa entre os artigos, analisando-se suas semelhanças e procedendo-se ao agrupamento.

Foi utilizado o fluxograma *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA)*, possibilitando a análise desta revisão, auxiliando no desenvolvimento de revisões sistemáticas (GALVÃO; PANSANI; HARRAD, 2015).

Nas bases elencadas, foram identificados inicialmente 223 publicações, sendo 206 na BIREME e 17 na PUBMED. Após aplicação dos filtros, conforme critérios de inclusão e exclusão, obteve-se 147 artigos. Destes, 116 foram excluídos após leitura dos títulos

e resumos, sendo selecionados 31 artigos para leitura na íntegra. Posteriormente, 23 foram excluídos por não se adequarem a este estudo e 08 artigos foram selecionados para amostra final por responderem o objetivo proposto. O fluxograma do processo de seleção dos artigos conforme o PRISMA encontra-se na Figura 1.

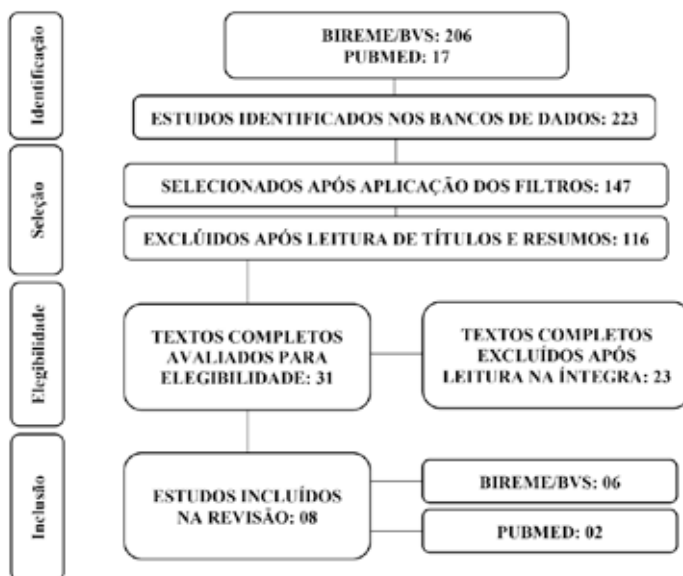


Figura 1. Fluxograma do processo de seleção de estudos *segundo Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA)*. Coroaá – MA, 2022.

Fonte: Elaborado pelos autores, 2022.

4 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para melhor compreensão dos resultados e discussão apresentados, este tópico foi dividido em três categorias temáticas, sendo: Avanços do SUS, o SUS contemporâneo e a importância do sistema único de saúde para a APS, secundária e terciária

Avanços do SUS

Na década de 1970, surgiu o Movimento Sanitário, com a defesa de que a reforma do sistema de saúde deveria partir de uma mudança da abordagem primordialmente biológica dos problemas de saúde para uma histórico-estrutural que considerava a determinação dos aspectos socioeconômicos e políticos na distribuição desigual das doenças (PAIVA; TEIXEIRA, 2014).

Nesta argumentação, partindo de um olhar sistêmico das proporções sociais e econômicas da saúde, o Estado teria um papel capital na promoção de saúde, na regulação do sistema e na oferta de serviços. E sendo imperativa a democratização do acesso à

saúde e a reestruturação do sistema público (COSTA et al., 2012).

Em 1988, com a promulgação da atual Constituição Federal (CF), o acesso à saúde, através de um Sistema Único, passou a ser um direito social. No artigo Art. 196 da Constituição Federal (CF), cita que “a saúde é direito de todos e dever do Estado”, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 2022).

Nesta conjectura, a Lei 8.080/1990, por sua vez, instituiu o SUS, tendo como principais princípios e diretrizes: universalidade de acesso em todos os níveis de assistência à saúde, lei que regula em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito Público ou privado (BRASIL, 2021).

Sendo assim, o SUS tem como norte a igualdade na assistência, sem preconceitos e privilégio de qualquer gênero; integralidade da assistência; participação da comunidade; e descentralização político-administrativa (BRASIL, 2016). Também de 1990, a Lei 8.142/90, entre outras providências, dispôs sobre a participação da comunidade na gestão do SUS, prevendo as Conferências e os Conselhos de Saúde, ratificando a defesa de participação social proposta pela Reforma Sanitária (BRASIL, 2018).

Entretanto, devido à existência de desequilíbrios socioeconômicos e regionais, a implantação do SUS não consegue ser uniforme em sua totalidade. Esse ponto limitante poderia ser diferente, se os recursos, a exemplo dos recursos financeiros, fossem disponibilizados oportunamente à sua implantação. Assim, é válido salientar que o SUS ao longo de sua existência sempre sofreu com a escassez de financiamento, afetando a disponibilização de recursos, infraestrutura, investimento em demanda profissional, dentre outros (SALES et al., 2019).

Sales et al. (2019) citam ainda que, apesar dos percalços, das fragilidades e dificuldades enfrentadas dentro do sistema público de saúde, o SUS é um modelo de saúde com grande complexidade e singularidade, concernindo-se como imperativo nas mudanças que sejam realizadas para os próximos anos de sua existência. Seus obstáculos são tão gigantes quantos o próprio sistema e, após mais de 30 anos da sua existência, ainda é indiscutível a luta por sua conservação quanto política pública gratuita, resolutiva, equânime e organizadora do cuidar integral na população brasileira (SALES et al., 2019).

O SUS no contexto contemporâneo

Ao longo dos anos, o SUS vem favorecendo avanços em uma série de políticas de saúde, sendo muitas vezes reconhecidas e citadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como exemplos de experiências exitosas para outros países, apesar dos problemas que ainda existem e das críticas que sofre (LIMA; CARVALHO, COELI, 2018).

Para além disso, o SUS possibilita a construção de uma base técnica e institucional

de sustentação de políticas públicas de saúde, respaldada na atuação de grupos e organizações hegemonicamente setoriais, no marco constitucional (reconhecimento do direito à saúde) e em regulamentações específicas, no financiamento público (mesmo que insuficiente) e na ampliação de insumos, ações e serviços (LIMA; CARVALHO, COELI, 2018).

Atualmente o SUS ampara cerca de 180 milhões de brasileiros, somando mais de 2,8 bilhões de atendimentos por ano. Conforme dados da Pesquisa Nacional de Saúde em 2019, mais de 70% da população era dependente do sistema público, e posteriormente, esse número pode ter sido ampliado com a pandemia (IBGE, 2019).

Através da pandemia do novo coronavírus, o SUS mostrou sua relevância para a saúde brasileira, onde foi extremamente exigido no período pandêmico. Expandindo sua política pública de inclusão social, o que foi uma das mais poderosas ferramentas para a redução da desigualdade no País. Em outras palavras, o SUS elucidou, durante o enfrentamento da COVID-19, a necessidade da existência de um sistema público de saúde, gratuito e universal (BRASIL, 2020).

No entanto, não é de hoje que o sistema público de saúde atua no rastreamento, controle e combate a epidemias virais e bacterianas. No Brasil, o crescimento organizado das ações de vigilância sanitária ocorreu no início do século XVIII, seguindo o modelo e regulamentação utilizados por Portugal. Mas foi com a chegada da família real portuguesa, em 1808, que estruturou a Saúde Pública, com foco na contenção de epidemias para incorporação do país nas rotas de comércio internacional na época (BRASIL, 2020).

Hodiernamente, o SUS dispõe de uma vigilância sanitária atuante, de caráter altamente preventivo, significa que o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS), definido pela Lei no 9.782, de 26 de janeiro de 1999, é um instrumento privilegiado de que o SUS dispõe para realizar seu objetivo de prevenção e promoção da saúde (BRASIL, 2015).

A importância do SUS para a APS (atenção primária), atenção secundária e terciária

Os benefícios do sistema de saúde público na atenção primária à saúde são reconhecidos internacionalmente. Pesquisadores reconhecem os diversos avanços da Atenção Básica (AB) ocasionados pela atuação do SUS, com impactos positivos no acesso, na redução de desigualdades e na melhoria da situação de saúde da população (GIOVANELLA, 2018).

No contexto brasileiro, a APS é desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e ampliação, onde é trabalhada nos locais mais próximos da vida das pessoas, onde a saúde é trabalhada por áreas adscritas, ou seja, cada unidade básica de saúde, tem sua população determinada para trabalhar as condições de saúde pública, inerentes aquela determinada comunidade (VIACAVA et al., 2018).

Sendo assim, existem diversas estratégias governamentais relacionadas, sendo uma delas a Estratégia de Saúde da Família (ESF), que leva serviços multidisciplinares

às comunidades por meio das Unidades de Saúde da Família (USF), como exemplo: consultas, exames, vacinas, radiografias e outros procedimentos são disponibilizados aos usuários do SUS através desse modelo assistencial (BRASIL, 2022).

Neste cenário, a APS é, geralmente, o primeiro ponto de contato, concedendo atendimento inclusivo, acessível e baseado na comunidade, podendo atender de 80% a 90% das necessidades de saúde de uma pessoa ao longo de sua vida. Em sua essência, a APS cuida de seus usuários e não apenas trata doenças ou circunstâncias específicas (OPAS, 2022).

No que tange à Atenção Secundária, são os serviços especializados em nível ambulatorial e hospitalar, com capacidade tecnológica intermediária entre a atenção primária e a terciária, historicamente interpretada como método de média complexidade (ERDMANN et al., 2013).

Esse nível compreende serviços médicos especializados, de apoio diagnóstico e terapêutico e atendimento de urgência e emergência. Logo, à Atenção Terciária, conhecida como a alta complexidade dos serviços de saúde, de acordo com Bleicher e Bleicher (2016), é o conjunto de terapias e procedimentos de elevada especialização. O sistema, portanto, poderia ser representado por uma pirâmide em que a base é a atenção primária, logo acima vem a atenção secundária e o topo é a atenção terciária.

Organiza também procedimentos que envolvem alta tecnologia e/ou alto custo, como oncologia, cardiologia, oftalmologia, transplantes, parto de alto risco, traumatologia, neurocirurgia, diálise (para pacientes com doença renal crônica), otologia, cirurgias eletivas e de urgência, além de diversas outras técnicas avançadas de saúde (BRASIL, 2021).

Diante do contexto apresentado, nota-se que há singularidades que se colocam de maneira prioritária e que consistem em desafios para a efetivação de uma melhor organização do SUS. Nesse ínterim, a superação dos desafios e o fortalecimento das ações para melhor desempenho do SUS constitui-se como temática primordial para que este seja implementado de forma adequada e que possa seguir respaldos da CF.

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho evidencia de maneira clara e objetiva a importância do SUS para a população brasileira quanto política pública de saúde, representando uma conquista da sociedade brasileira, pois promovendo justiça social, com atendimento integral os usuários.

Diante disso, dá-se a importância em que o SUS deve continuar sendo visto como centro principal de uma conquista de anos, pois nele é ancorado o cuidar à saúde de diversos brasileiros. Assim, torna-se indiscutível a necessidade de maiores investimentos para que vença os desafios impostos na sua total implantação, atendimentos, para que se torne uma política de saúde abrangente e resolutiva em sua totalidade.

Sugere-se que futuros estudos abordem de forma mais ampla os passos que

possam ser trabalhados na resolutividade dos problemas enfrentados pelo SUS. Pois através de novas pesquisas, é possível uma melhor análise dos pontos de atenção que o SUS necessita para tornar-se um sistema de saúde resguardado e respaldado na universalidade, integralidade e equidade, como princípios doutrinários apontados na CF.

REFERÊNCIAS

BLEICHER, L.; BLEICHER, T. **Esse tal de SUS**. In: Saúde para todos, já!. 3. ed. Salvador: EDUFBA, 2016, pp. 15-40.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA. **Curso Básico em Vigilância Sanitária: Unidade 1 Vigilância Sanitária no SUS**. Fortaleza, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Centro Cultural do Ministério da Saúde. Princípios e diretrizes**. Mostra Virtual CCMS. Brasília, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **O SUS foi importante para pandemia e terá papel fundamental no período pós Covid avaliam especialistas durante debate organizado pelo CONASS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020.

BRASIL. **Lei N° 8.080, de 19 de Setembro de 1990**. Planalto. Brasília, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção Primária à Saúde (APS). **O que é Atenção Primária?** Brasília, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema Único de Saúde (SUS): estrutura, princípios e como funciona**. Brasília, 2020.

BRASIL. Secretária da Saúde. **Média e alta complexidade**. Ministério da Saúde, 2021.

BRASIL. Tribunal Regional Federal da 2° Região. **Constituição de 1988**. TRF2. Brasília, 2022.

COSTA, L. S. et al. **A dinâmica inovativa para a reestruturação dos serviços de saúde**. Revista de Saúde Pública [online]. 2012.

ERCOLE, F. F.; MELO, L. S.; ALCOFORADO, C. L. **Revisão integrativa versus revisão sistemática**. Revista Mineira de Enfermagem, v. 18, n. 1, p. 9-11, 2014.

ERDMANN, A. L. et al. **A atenção secundária em saúde: melhores práticas na rede de serviços**. Revista Latino-Americana de Enfermagem, v. 21, s/n, p. 1-8, 2013.

FESAÚDE. Fundação Estatal de Saúde de Niterói. **No dia mundial da saúde veja a importância do SUS para a vida dos brasileiros**. FeSaúde – Niterói, 2020.

GALVÃO, T. F.; PANSANI, T. S. A.; HARRAD, D. **Principais itens para relatar Revisões sistemáticas e Metaanálises: A recomendação PRISMA**. Epidemiologia & Serviços de Saúde, v. 24, n. 2, p. 335-342, 2015.

GIOVANELLA, L. **Atenção básica ou atenção primária à saúde?**. Cadernos de Saúde Pública, v. 34, n. 8, p. 1-5, 2018.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) 2019: orientação sexual autoidentificada na população adulta**. Coordenação de Pesquisas por Amostra de Domicílios: IBGE, 2022. 24 p.

LIMA, L. D.; CARVALHO, M. S.; COELI, C. M. **Sistema Único de Saúde: 30 anos de avanços e desafios**. Cadernos de Saúde Pública, v. 34, n. 7, e00117118, 2018.

OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. **Atenção primária à saúde**. Brasília: 2022.

PAIM, J. **Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos**. Ciência & Saúde Coletiva, v. 23, n. 6, p. 1723-1728, 2018.

PAIVA, C. H. A.; TEIXEIRA, L. A. **Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores**. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, v.21, n.1, p. 15-35, 2014.

PEREIRA, A. S. et al. **Metodologia da pesquisa científica**. 1. ed. – Santa Maria, RS: UFSM. 2018.

SALES, O. P. et al. **O sistema único de saúde: desafios, avanços e debates em 30 anos de história**. Revista Humanidades e Inovação v.6, n.17, p. 54-65, 2019.

SOUZA, M. T.; SILVA, M. D.; CARVALHO, R. **Integrative review: what is it? How to do it?** Einstein (São Paulo), v. 8, n. 1, p. 102-06, 2010.

STETLER, C. B. et al. **Utilization focused integrative reviews in a nursing service**. Appl Nurse Res., s/v, n. 4, p. 195-206. 1998.

VIACAVA et al. **SUS: oferta, acesso e utilização de serviços de saúde nos últimos 30 anos**. Ciência & Saúde Coletiva [online]. 2018.

CAPÍTULO 2

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO Y FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS, INDIVIDUALES Y DEL TRATAMIENTO ASOCIADOS EN PACIENTES CON TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR

Data de aceite: 01/02/2023

Jennifer Marie Ortega Morales

Estudiante de Medicina PUCMM
Pontificia Universidad Católica Madre y
Maestra
Facultad de Ciencias de la Salud
Departamento de Medicina

Bueno K

Estudiante de Medicina PUCMM
Pontificia Universidad Católica Madre y
Maestra
Facultad de Ciencias de la Salud
Departamento de Medicina

Gil G

Estudiante de Medicina PUCMM
Pontificia Universidad Católica Madre y
Maestra
Facultad de Ciencias de la Salud
Departamento de Medicina

Germosen Y

Doctora en medicina, especialista en
medicina familiar y comunitaria, asesora
oficial, docente PUCMM
Pontificia Universidad Católica Madre y
Maestra
Facultad de Ciencias de la Salud
Departamento de Medicina

Collado M

Doctora en medicina, especialista en
psiquiatría, asesora colaboradora, docente
PUCMM Pontificia Universidad Católica
Madre y Maestra
Facultad de Ciencias de la Salud
Departamento de Medicina

RESUMEN: Introducción. El trastorno afectivo bipolar es una enfermedad que afecta de manera severa el humor del individuo, resulta de importancia el cumplimiento de la medicación en estos pacientes para evitar exacerbaciones, se ha aproximado la prevalencia de este entre un 30 % a 66 % en otras investigaciones.

Objetivo. Relacionar la adherencia al tratamiento farmacológico y los factores sociodemográficos, individuales y del tratamiento asociados en pacientes con trastorno afectivo bipolar. **Métodos.** Estudio de corte transversal realizado con 79 pacientes con trastorno afectivo bipolar que acudieron a la consulta de salud mental del Hospital Regional Universitario José María Cabral y Báez (HRUJM CB). Se empleó un cuestionario donde se abordaron datos sociodemográficos, test de Morisky Green, Escala de Estigma Internalizado de

King, cuestionario de Apoyo Social Percibido de DUKE-UNC y datos sobre el tratamiento farmacológico. Se utilizaron las pruebas estadísticas Chi cuadrado y T student. **Resultados.** La prevalencia de cumplimiento de la medicación fue de 51.9 %. Al relacionar la adherencia al tratamiento farmacológico con la variable autoestigma se encontró que los pacientes adherentes presentan una media del nivel de autoestigma mayor que los no adherentes (68.93 vs 62.3, $p=0.031$). También los pacientes que si recibieron información sobre los posibles efectos adversos de parte del personal de salud tuvieron mayor prevalencia de cumplimiento de la medicación en comparación con los pacientes que no recibieron información sobre esto (60.0 % vs 34.8 %, $p=0.05$). **Conclusión.** En los pacientes con trastorno afectivo bipolar el nivel de autoestigma y la obtención de información sobre los efectos adversos influyen de manera estadísticamente significativa en el cumplimiento a su medicación.

PALABRAS CLAVE: Cumplimiento de la medicación, trastorno bipolar.

INTRODUCCIÓN

El trastorno afectivo bipolar es definido por la Asociación Americana de Psiquiatría como un trastorno mental que afecta de manera drástica el humor del individuo, causando fases emocionales excesivas y perturbando su funcionalidad. Los periodos que se pueden observar en personas con trastorno bipolar son el maníaco, hipomaníaco o depresivo¹. La Organización Mundial de la Salud (OMS) para el 2016 señaló que el trastorno bipolar se encontró en aproximadamente 60 millones de personas alrededor del mundo². Los principales fármacos utilizados en el manejo de esta patología son conocidos como estabilizadores del ánimo³. A pesar de su uso, se ha evidenciado la necesidad continua de su administración considerándose como un trastorno psiquiátrico crónico e incapacitante⁴.

De acuerdo con la OMS⁵, se denomina adherencia al comportamiento de un paciente hacia el tratamiento, una dieta o estilo de vida, correspondiente a las sugerencias dadas por el profesional de salud. El incumplimiento de un régimen farmacológico en los pacientes con trastorno bipolar resulta una problemática importante⁶. Asimismo, el apego a la medicación en estos pacientes oscila entre 30 % - 66 %^{7, 8}. No obstante, otros estudios alarman con sus resultados, donde las personas con trastorno bipolar tienen una tendencia de nueve de cada diez pacientes a abandonar la medicación⁹.

El éxito de la medicación depende de múltiples elementos que interaccionan entre sí, dentro de los cuales se encuentran las características propias del paciente como individuo, aquellas relacionadas con el médico tratante, el tratamiento, el efecto de su entorno y cronicidad de la enfermedad. Sobre esto Ayerra et al.¹⁰ determinaron que el cumplimiento del tratamiento se ve influenciado por las explicaciones de los médicos sobre los detalles de la terapia y sus implicaciones. Así mismo, el comportamiento del individuo ante su enfermedad, aunado a su postura ante la estigmatización por parte de la sociedad incorporan aspectos importantes a valorar⁹.

Diversos estudios han analizado la influencia de distintos elementos en el

cumplimiento del régimen farmacológico. Pardo et al.¹¹ realizaron una investigación en 128 pacientes con trastorno bipolar en Colombia encontrando que el 70.2% de su población fue adherente, resaltan como factores que influyeron en la adherencia el hábito de fumar, tener antecedentes de haber dejado la medicación anteriormente y la gravedad de su enfermedad. Por otra parte, Montes et al.¹² en un estudio más amplio tomando 31 centros de salud mental en España evaluando una muestra de 303 pacientes, concluyó que las personas que tendían a ser no adherentes eran de edad más joven, desempleados y/o el abusaban de drogas.

Dentro de los beneficios de poseer un buen apego a los psicotrópicos se encuentran una oportuna inserción en la sociedad y el bienestar del paciente¹³. Por el contrario, una de las complicaciones de la ausencia de cumplimiento del esquema farmacológico es un elevado aumento de los intentos de suicidio en los individuos con esta enfermedad¹⁴. Asimismo, el poco compromiso con la medicación afecta el curso de la enfermedad, dando resultados clínicos desfavorables, aumentando el uso de los recursos del sector de salud y el deterioro de la calidad de vida¹⁵.

No se encontraron estadísticas que evalúen a los pacientes con trastorno afectivo bipolar en República Dominicana. La prevalencia del cumplimiento de la medicación y las variables modificadoras que pueden intervenir constituyen una incógnita para el contexto de la nación dominicana. Consecuentemente, este estudio tuvo como objetivo relacionar la adherencia al tratamiento farmacológico y los factores sociodemográficos, individuales y del tratamiento asociados en pacientes con trastorno bipolar.

MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo transversal con un muestreo no probabilístico por conveniencia de fuente primaria y secundaria. Los criterios de inclusión fueron: pacientes con el diagnóstico de trastorno afectivo bipolar y sin otra enfermedad psiquiátrica concomitante; con tres meses o más de tratamiento farmacológico para valorar la adherencia después de un tiempo prudente de haber sido instaurado el tratamiento; mayores de 18 años de edad, para que sean sus representantes legales al firmar el consentimiento informado; y que expresen su autorización para ser partícipes de esta investigación, respetando los principios bioéticos, reiterando la autonomía del paciente.

Mientras que los criterios de exclusión fueron aquellos pacientes en crisis o agresivos y/o con retraso cognitivo, esto último valorado por el diagnóstico del propio psiquiatra, se limitó así debido a que estos estados pueden afectar el entendimiento del consentimiento informado y la encuesta y entorpecer el proceso de recolección de información.

La población estuvo conformada por 79 pacientes con trastorno afectivo bipolar que acudieron a la consulta de la Unidad de Salud Mental del Hospital Regional Universitario José María Cabral y Báez de la ciudad de Santiago de los Caballeros en la República

Dominicana y que cumplieron con los criterios antes mencionados.

El proceso de recolección se realizó durante siete meses en el periodo 2016-2017. Para captar a los pacientes primero se verificó cuáles tenían la patología en cuestión a través de las historias clínicas y/o hojas de consulta. Se implementó un consentimiento informado, el cual se explicó de manera breve a los participantes si aceptaban a participar, procedían a firmarlo y se iniciaba el cuestionario. La información se obtuvo a través de un cuestionario que recopiló los datos sociodemográficos; el test Morisky Green y Levine¹⁶ para medir la adherencia, instrumento validado en español, generalmente utilizado en enfermedades crónicas, es uno de los más utilizados por ser corto y de fácil uso; la escala de apoyo social percibido de DUKE-UNC¹⁷ instrumento validado en español, se ha demostrado su utilidad en pacientes con enfermedades psiquiátricas; la escala de Estigma Internalizado de King¹⁸ validada en castellano, evaluada en la población mexicana, logró demostrar confiabilidad y buena consistencia interna total para fines de investigación; y una sección sobre las características propias del tratamiento. Después de terminar la encuesta se les dio un agradecimiento a los participantes.

Se utilizó Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) edición 21.0 desarrollado por IBM para tabular los datos, calcular las frecuencias y porcentajes de las variables en estudio y utilizar las pruebas estadísticas Chi cuadrado para relacionar la adherencia con las variables sociodemográficas (edad, sexo, asistencia a la escuela, nivel educativo alcanzado, estado civil, ingresos mensuales, posesión de seguro, tipo de seguro, estado laboral, religión), el apoyo social percibido y las características del tratamiento (tiempo en tratamiento, forma de obtención de los medicamentos, costo mensual de los medicamentos, cantidad de medicamentos psiquiátricos, vía de administración de los medicamentos). También se utilizó la prueba T de student para muestras independientes para cruzar la variable adherencia con el nivel de autoestigma, previa aplicación de la prueba de Kolmogorov-Smirnov para verificar que los resultados del autoestigma tenían una distribución normal. Se utilizó un 95 % de confiabilidad y un error máximo aceptable de 5 % para este proceso.

Esta investigación respetó los principios bioéticos de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia en todos las fases de la misma. Además, se recibió aprobación por el Comité de Bioética de la Facultad de Ciencias de la Salud (COBE-FACS) de la Pontificia Universidad Católica Madre y Maestra (PUCMM). Los resultados de este artículo fueron obtenidos de la investigación para trabajo final de tesis “Adherencia al Tratamiento Farmacológico y Factores Sociodemográficos, Individuales y del Tratamiento Asociados en Pacientes con Trastorno Bipolar, Obsesivo Compulsivo, Depresión y Esquizofrenia” de los mismos autores.

RESULTADOS

La población consistió en 79 participantes diagnosticados con trastorno afectivo bipolar, el 68.4 % (n=54) fueron mujeres, el 29.1 % (n=23) se encontraron entre 30-41 años, el 30.4 % (n=24) poseía una escolaridad de primaria incompleta, el 55.7 % (n=44) solteros, teniendo ingresos mensuales menores de RD\$ 7843 pesos dominicanos el 83.5 % (n=66), poseían seguro SENASA el 54.6 % (n=44), estado laboral desempleado el 63.3 % (n=50), y el 62.0 % (n=49) de religión católica (véase la tabla 1). Destacando que un poco más de la mayoría resultó ser cumplidora con el tratamiento farmacológico recomendado por el psiquiatra siendo un 51.9 % (n=41) (véase la figura 1).

En cuanto a la relación de los factores sociodemográficos y la adherencia, fueron más adherentes los que se encontraban dentro de 30-41 años con un 60.9 % (n=14). El 56.0 % (n=14) de los hombres mostró apego a la medicación. Respecto al nivel educativo, 71.4 % (n=5) de los pacientes con educación primaria completa resultaron ser cumplidores del tratamiento. Dentro de los viudos y divorciados fueron adherentes el 100 % (n=1) y 62.5 % (n=5), respectivamente. Sobre los participantes con un ingreso menor RD\$ 7843 tuvieron adherencia el 56.1 % (n=37). Acerca de los entrevistados que no poseían seguro eran cumplidores el 58.3 % (n=14) y los asegurados por Humano el 60 % (n=3) fue adherente. Concerniente a los que tenían trabajo fijo el 56.3 % (n=9) y los católicos 59.2 % (n=29) presentan cumplimiento de la medicación. Sin embargo, no hubo significancia estadística en ninguna de las variables mencionadas anteriormente (véase la tabla 2).

Al cruzar los factores individuales y la adherencia, respecto al apoyo social percibido entre aquellos que obtuvieron un apoyo social percibido normal (mayor o igual 32) fueron adherentes el 51.4 % (n=38), sin embargo no hubo significancia estadística ($p=0.617$). Por otra parte, para el autoestigma se encontró en los pacientes adherentes (n=41) obtuvieron una media de 68.93, una desviación estándar de 12.978 y una error típico de la media 2.027, destacando que hubo significancia estadística en esta relación ($p=0.031$) (véase la tabla 3).

Referente a los factores asociados al tratamiento y la adherencia, el tiempo de tratamiento mayoritario fue de 9 meses o más obteniendo un 54.8 % (n=40) de pacientes cumplidores. Para la forma de obtención de los medicamentos hubo más prevalencia de adherencia en aquellos que recibían los medicamentos de donaciones 66.7 % (n=8). Asimismo, para el costo de los medicamentos menor a RD\$ 999 pesos dominicanos el 60 % (n=3) resultó ser cumplidor. Para la cantidad de medicamentos psiquiátricos, el 58.3 % (n=14) fue adherente dentro del grupo que consumía 3 pastillas. En cuanto a la vía de administración del medicamento para ambas (oral e inyecciones) fueron adherentes 54.5 % (n=6) de los participantes de este grupo. Sobre los efectos adversos, entre aquellos que no presentaron estos fueron cumplidores del tratamiento farmacológico el 55.2 % (n=16), datos sin significancia estadística. Por el contrario, al relacionar la obtención de

información sobre los efectos adversos de los pacientes de parte del personal de salud, entre aquellos que respondieron que el profesional de salud les había suministrado algún tipo de información acerca de los efectos adversos resultó ser cumplidor el 60 % (n=33) en comparación con el 34.8 % (n=8) de cumplidores dentro del grupo que no recibió esta información, obteniendo relevancia estadística ($p=0.05$) (véase la tabla 4).

DISCUSIÓN

La prevalencia de cumplimiento del tratamiento farmacológico en la población estudiada fue de 51.9 %, el cual se encuentra dentro de los valores encontrados en estudios anteriores⁷⁻⁸. Esta investigación buscó la relación existente entre distintos componentes que podrían afectar la adherencia a la medicación en pacientes con trastorno afectivo bipolar. Dentro de estos, resultaron estadísticamente significativos la relación entre la adherencia al tratamiento farmacológico y el nivel de autoestigma, así como la obtención de información sobre los posibles efectos secundarios de la medicación por parte del personal de salud.

Esta investigación no encontró asociación entre el cumplimiento del tratamiento farmacológico en pacientes con trastorno bipolar y los factores sociodemográficos. Datos similares mostraron los resultados de los estudios realizados por Sajatovic et al.¹⁹ y Mert et al.²⁰ en Estados Unidos y Turquía, respectivamente. No obstante, algunas consideraciones que se valoraron en sus estudio fueron que los pacientes jóvenes y adultos tuvieron peor adherencia. Estos resultados fueron similares al estudio realizado por Montes et al.¹² en España donde encontraron que los pacientes más jóvenes eran menos adherentes.

Por otra parte, se obtuvo mayor adherencia en aquellos con menos ingresos económicos. Esto último podría ser porque la población que acudió al área de investigación fue principalmente de un estrato socioeconómico bajo, por lo que no se representó de manera significativa los pacientes con más ingresos. Con respecto a la religión encontramos mayor prevalencia de adherencia en los católicos con 59.2 %. Se ha encontrado que las personas con este trastorno pueden tener gran tendencia a tener fuertes creencias religiosas y presentar inconvenientes con el médico y sus recomendaciones como consecuencia²¹.

Dentro de los principales hallazgos se encuentran la asociación del autoestigma con la problemática estudiada. En una revisión hecha por de múltiples estudios realizados en Latinoamérica se contrasta las diferentes formas de medir el estigma internalizado, pero el resultado en común es la afección negativa del paciente sobre el estigma generado por la sociedad, deplorando su funcionalidad²². Por otra parte, existen discrepancias entre investigaciones que han encontrado relación y las que no^{11, 13}. Consideramos que estas diferencias se presentan debido a los diferentes instrumentos utilizados y las diferencias en las poblaciones y culturas. Esta relación pudo ser dada debido a que las enfermedades mentales son tratadas como un tabú en nuestro medio, donde los pacientes y sus familiares tienden a no reconocerlas.

Según Rabinovitch et al.²³ en una investigación longitudinal, el apoyo social era un pilar para la aceptación del tratamiento por parte del paciente mejorando así el cumplimiento de la medicación. Sin embargo, esta investigación no pudo encontrar relación significativa, lo que pudo ser dado por diferencias poblacionales y metodológicas. El entorno del individuo desfavorecedor, tanto como las relaciones familiares e interpersonales con demás allegados pueden llevar al incumplimiento farmacológico²⁴.

Las características propias del régimen farmacológico poseen una serie de elementos importantes para que el paciente se adecue a su administración periódica. Al valorar las mismas, solo se pudo relacionar el cumplimiento del tratamiento y la información brindada por el médico psiquiatra sobre los efectos secundarios de la medicación a su paciente. Investigaciones como la de Pardo et al.¹¹ han encontrado que la presencia de efectos secundarios es una de las principales causas de abandono del tratamiento. De hecho, se ha reportado que alrededor del 35% de los pacientes no se les informa sobre los mismos. En nuestro estudio se destacó la importancia que tiene el médico psiquiatra al intervenir con la educación del paciente proporcionándole datos sobre la propia medicación y advirtiéndole sobre sus posibles efectos secundarios.

Así mismo se encontró una tendencia al apego de la medicación en aquellos que recibían donaciones, donde la facilidad de adquisición de los mismos pudo haber incidido. Por otra parte, también se ha reportado que la vía de administración juega un rol importante²⁵. Esto último podría darse debido a que reducen la cantidad de tomas de los que los pacientes deben ser responsables. Probablemente no encontramos relación estadísticamente significativa ya que ninguno de los pacientes bipolares utilizaba tratamiento totalmente inyectado y unos pocos utilizaban una combinación de tratamiento oral y en inyecciones, pero estos últimos mostraron una prevalencia de cumplimiento levemente mayor.

La investigación se realizó en un hospital de tercer nivel donde acuden pacientes de toda la región aumentando la población. Además, se realizó una prueba piloto interna para validar el instrumento de recolección de datos. El instrumento para medir la adherencia Morisky-Green ha demostrado buena eficacia debido a su baja complejidad de aplicación. Se pudo valorar la población con trastorno afectivo bipolar con mayor efectividad debido a la exclusión de pacientes en crisis o con retraso cognitivo para que no interviniera la capacidad de interpretación y entendimiento deficiente. Este estudio plantea una visión de la situación actual de la adherencia en el centro de salud mencionado, además de que provee estadísticas ya que no se encontraron publicaciones en la República Dominicana según las búsquedas bibliográficas realizadas.

Por otra parte, las limitantes de la investigación consistieron en que la mayor parte de la información obtenida por el instrumento de recolección de datos fue proporcionada por los pacientes por lo que las respuestas serían subjetivas. Este fue un estudio realizado de manera no probabilística por conveniencia, lo cual resta significancia externa. Además, durante el proceso de recolección de datos existieron períodos de inestabilidad de la

consulta debido a problemas climáticos, administrativos y de infraestructura del hospital.

Con los datos aportados se podrían ejecutar programas de orientación colectiva para los pacientes con trastorno afectivo bipolar, de tal forma que conozcan mejor su enfermedad y reconozcan la necesidad de mantener su medicación. Además, se debería trabajar la psicoterapia conjunta y la educación de la sociedad para trabajar el estigma que reciben estos pacientes. Asimismo, el intervalo de interconsultas debería ser revalorado para que el médico pueda detectar de forma precoz aquellas quejas del paciente que lo podrían motivar a detener su tratamiento. Como esta población se caracterizó principalmente por ser personas de escasos recursos y con la necesidad de medicamentos costosos se recomienda la creación de programas de donaciones de medicamentos. Se sugiere evaluar el papel de la familia en el cumplimiento de la medicación por parte del paciente con trastorno afectivo bipolar.

CONCLUSIONES

La prevalencia de cumplimiento del tratamiento farmacológico en los pacientes con trastorno afectivo bipolar es de un 51.9 %.

Pacientes con mayor nivel de autoestigma mostraron mayor prevalencia de cumplimiento del tratamiento farmacológico, mostrando una relación estadísticamente significativa (68.93 vs 62.3, $p=0.031$).

Se observó mayor prevalencia de cumplimiento de la medicación en aquellos pacientes que recibieron información del médico especificando los posibles efectos adversos que puede desencadenar la medicación en comparación con los que no, mostrando relación estadísticamente significativa (60.0 % vs 34.8 %, $p=0.05$).

FUENTE DE FINANCIAMIENTO

El estudio fue financiado por sus investigadoras.

DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES

Se declara que no hubo conflictos de intereses.

REFERENCIAS

1. Parekh R. What Are Bipolar Disorders? [Internet]. Psychiatry.org. 2017 [citado 2 abr. 2017]. Disponible en: <https://www.psychiatry.org/patients-families/bipolar-disorders/what-are-bipolar-disorders>
2. Organización mundial de la salud. Trastornos mentales. 2016 Abr. [Internet]; Nota descriptiva N°396; [citado 2 abr. 2017] Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs396/es/>
3. Janssen-Cilag S.A. Tratamientos disponibles para el Trastorno Bipolar. [Internet]; [citado 21 jun. 2015]. Disponible en: <http://www.janssen.es/salud/neurociencia/trastorno-bipolar/tratamientos>

4. Biblioteca Nacional de Medicina de los EE.UU. Trastorno bipolar: MedlinePlus enciclopedia médica [Internet] 2015 [citado 21 jun. 2015]. Disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000926.htm>
5. Organización mundial de Salud. Adherence to long term therapies: evidence for action [Internet]. Suiza: OMS; 2003 [citado 24 may. 2015] Disponible en: http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_introduction.pdf?ua=1
6. Beck J, Newman C. Psychotherapy for Bipolar Disorder: Treatments to Enhance Medication Adherence and Improve Outcomes. Medscape [Internet]. 2005 [citado 28 jun. 2015]. [5 pantallas]. Disponible en: http://www.medscape.org/viewarticle/502655_2
7. Organización Panamericana de la Salud. Día Mundial de la Salud Mental: la depresión es el trastorno mental más frecuente. [Internet]. 2012 [citado 27 jun. 2015]; Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=7305%3Adia-mundial-salud-mental-depresion-trastorno-mental-mas-frecuente-&Itemid=1926&lang=es
8. Demyttenaere K, Haddad P. Compliance with antidepressant therapy and antidepressant discontinuation symptoms. Acta Psychiatr Scand Suppl [Internet]. 2000 [citado 19 Mar. 2017]; 403:50-6. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11019935>
9. Barcelona A. El problema de la adherencia terapéutica en el trastorno bipolar [Internet] 2012 [citado 28 jun. 2015]. Disponible en: <http://www.forumclinic.org/es/trastorno-bipolar/reportajes/el-problema-de-la-adherencia-terap%C3%A9utica-en-el-trastorno-bipolar>
10. Ayerra JM. Factores Asociados al Incumplimiento de la Prescripción Médica. En: Salazar M, Peralta C, Pastor FJ. Tratado de Psicofarmacología. 2a edición. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2009. p.857-865 Disponible en: https://books.google.com.do/books?id=ugBvQChj4JAC&pg=PA855&lpg=PA855&dq=tratado+de+psicofarmacologia%C3%ADa+capitulo+76&source=bl&ots=r5gz01w1se&sig=WQtPRQHgT-WvnNZwzkwBanfNCP0&hl=es-419&sa=X&ei=r6mPVfidKYHf-QGQ6LCwAQ&redir_esc=y#v=onepage&q&f=falseXX-XXIV
11. Pardo E, Fierro M, Pinilla M. Prevalencia y factores asociados a la no adherencia en el tratamiento farmacológico de mantenimiento en adultos con trastorno afectivo bipolar. Revista Colombiana de Psiquiatría [Internet] 2011 [citado 17 may. 2015]; 40(1):85-98. DOI: 10.1016/s0034-7450(14)60106-2
12. Montes JM, Maurino J, de Dios C, Medina E. Suboptimal treatment adherence in bipolar disorder: impact on clinical outcomes and functioning. Patient Prefer Adherence [Internet] 18 ene. 2013 [citado 29 may. 2015]; 2013(7):89-94. DOI: <http://dx.doi.org/10.2147/PPA.S39290>
13. Vrbová K, Kamarádová D, Látalová K, Ocisková M, Praško J, Mainerová B et al. Self-stigma and adherence to medication in patients with psychotic disorders—cross-sectional study. Neuroendocrinol Lett [Internet] Dic. 2014 [citado 24 may. 2015]; 35 (7): 645–652. DOI: NEL350714A12.
14. Sajatovic M, Biswas K, Kilbourne AK, Fenn H, Williford W, Bauer MS. Factors Associated With Prospective Long-Term Treatment Adherence Among Individuals With Bipolar Disorder. Psychiatr Serv [Internet] 2008 Jul. [citado 29 may. 2015]; 59 (7): 753-759. DOI: 10.1176/appi.ps.59.7.753.
15. Johnson F, Ozdemir S, Manjunath R, Hauber A, Burch S, Thompson T. Factors That Affect Adherence to Bipolar Disorder Treatments. Med Care [Internet]. 2007 Jun. [citado 2 abr. 2017]; 45(6):545-552. DOI:10.1097/MLR.0b013e318040ad90

16. Rodríguez Chamorro MA, García-Jiménez E, Amariles P, Rodríguez Chamorro A, Faus MJ. Revisión de tests de medición del cumplimiento terapéutico utilizados en la práctica clínica. *Aten Primaria* [Internet] 2008 ago. [citado 21 jun. 2015]; 40(8):413-416. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-revision-tests-medicion-del-cumplimiento-13125407>
17. Cuestionario Duke-UNC. Servicio Andaluz de Salud, Consejería de Salud [Internet]. [citado 20 sept. 2015]. Disponible en: http://www.hvn.es/enfermeria/ficheros/cuestionario_duke_unc.pdf
18. Flores Reynoso S, Medina Dávalos R., Robles García R. Estudio de traducción al español y evaluación psicométrica de una escala para medir el estigma psicométrica de una escala para medir el estigma internalizado en pacientes con trastornos mentales graves internalizado en pacientes con trastornos mentales graves. *Salud Mental* [Internet] 2011 jul-agos. [citado 19 sept 2015]; 34:(4)333-339. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v34n4/v34n4a6.pdf>
19. Sajatovic M, Biswas K, Kilbourne AK, Fenn H, Williford W, Bauer M. Factors Associated With Prospective Long-Term Treatment Adherence Among Individuals With Bipolar Disorder. *Psychiatr Serv* [Internet] Jul. 2008 [citado 29 may. 2015]; 59 (7): 753-9. DOI: 10.1176/appi.ps.59.7.753.
20. Mert DG, Turgut NH, Kelleci M, Semiz M. Perspectives on reasons of medication nonadherence in psychiatric patients. *Patient Prefer Adherence* [Internet] 2015 Ene. 13 [citado 29 may. 2015]; 2015(9):87-93. DOI: <http://dx.doi.org/10.2147/PPA.S75013>
21. Mitchell L, Romans S. Spiritual beliefs in bipolar affective disorder: their relevance for illness management. *Journal of Affective Disorders* [Internet]. 2003 [citado 19 Mar. 2017]; 75 (3):247. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0165-0327\(02\)00055-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0165-0327(02)00055-1)
22. Mascayano F, Tapia T, Schilling S, Alvarado R, Tapia E, Lips W et al. Stigma toward mental illness in Latin America and the Caribbean: a systematic review. *Revista Brasileira de Psiquiatria* [Internet]. 2016 Ene-Mar [citado 2 abr. 2017];38(1):73-85.Doi:10.1590/1516-4446-2015-1652
23. Rabinovitch M, Bécharde Laura, Schmitz N, Joober R, Malla A. Early Predictors of Nonadherence to Antipsychotic Therapy in First-Episode Psychosis. *Can J Psychiatry* [Internet] 2009 Ene. [citado 24 may. 2015]; 54(1):28-35. Disponible en: <http://publications.cpa-apc.org/media.php?mid=725&xwm=true>
24. Chakrabarti S. Treatment-adherence in bipolar disorder: A patient-centred approach. *World Journal of Psychiatry* [Internet]. 2016 Dic. [citado 2 Abr 2017];6(4):399.DOI: 10.5498/wjp.v6.i4.399
25. Ocio S, Martínez M, Gómez M, Hernández M, García L, Álvarez E. Estudio del manejo de antipsicóticos inyectables de larga duración a nivel ambulatorio [resumen]. *Psiquiatria.com* [Internet]. 2011 [citado 12 feb. 2017]. Disponible en: <http://www.psiquiatria.com/tratamientos/estudio-del-manejo-de-antipsicoticos-inyectables-de-larga-duracion-a-nivel-ambulatorio/>

Variable sociodemográfica		n (%)
Sexo (n=79)	Femenino	54 (68.4)
	18-29 años	17 (21.5)
Edad (n=79)	30-41 años	23 (29.1)
	42-53 años	19 (24.1)
	54-65 años	15 (19.0)
	66-77 años	5 (6.3)
	Ninguna	1 (1.3)
Escolaridad (n=79)	Primaria Completa	7 (8.9)
	Primaria Incompleta	24 (30.4)
	Secundaria completa	12 (15.2)
	Secundaria Incompleta	19 (24.1)
	Técnico	4 (5.1)
	Universitario	9 (11.4)
	Profesional	3 (3.8)
Estado Civil (n=79)	Soltero	44 (55.7)
	Casado	13 (16.5)
	Unión Libre	12 (15.2)
	Viudo	2 (2.5)
	Divorciado	8 (10.1)
Ingresos mensuales (n=79)	<de RD\$ 7843	66 (83.5)
	RD\$ 7844-8850	3 (3.8)
	RD\$ 8851-12872	5 (6.3)
	>de RD\$ 12873	5 (6.3)
Seguro Médico (n=81)	Humano	5 (6.2)
	Senasa	44 (54.3)
	Semma	3 (3.7)
	Palic	4 (4.9)
	Futuro	1 (1.2)
	Sin seguro	24 (29.6)
Estado laboral (n=78)	Desempleado	50 (63.3)
	Trabajo fijo	16 (20.3)
	Trabajo temporal	12 (15.2)
Religión (n=78)	Católico	49 (62.0)
	Evangélico	21 (26.6)
	Testigo de Jehová	2 (2.5)
	Adventista	4 (5.1)

Tabla 1. Características sociodemográficas de los pacientes

Fuente: Instrumento de recolección de datos: Adherencia al tratamiento farmacológico y factores sociodemográficos, individuales y del tratamiento asociados en pacientes con trastorno bipolar, obsesivo compulsivo, depresión y esquizofrenia.

Adherencia al Tratamiento Farmacológico				
Variables		Adherente	No adherente	p
		n (%)	n (%)	
Edad (n=79)	18-29 Años	7 (41.2)	10 (58.8)	0.670
	30-41 Años	14 (60.9)	9 (39.1)	
	42-53 Años	9 (47.4)	10 (52.6)	
	54-65 Años	9 (60.0)	6 (40.0)	
	66-77 Años	2 (40.0)	3 (60.0)	
	>78 años	0 (0)	0 (0)	
Sexo (n=79)	Femenino	27 (50.0)	27 (50.0)	0.620
	Masculino	14 (56.0)	11 (44.0)	
Asistencia a la escuela (n=79)	Sí	40 (51.3)	38 (48.7)	1.0
	No	1 (100.0)	0 (0)	
Escolaridad (n=79)	Ninguno	1 (100.0)	0 (0)	0.681
	Primaria Completa	5 (71.4)	2 (28.6)	
	Primaria Incompleta	12 (50.0)	12 (50.0)	
	Secundaria Completa	6 (50.0)	6 (50.0)	
	Secundaria Incompleta	7 (36.8)	12 (63.2)	
	Técnico	2 (50.0)	2 (50.0)	
	Universitario	6 (66.7)	3 (33.3)	
	Profesional	2 (66.7)	1 (33.3)	
Estado Civil (n=79)	Soltero	23 (52.3)	21 (47.7)	0.576
	Casado	6 (46.2)	7 (53.8)	
	Unión Libre	5 (41.7)	7 (58.3)	
	Viudo	2 (100.0)	0 (0)	
	Divorciado	5 (62.5)	3 (37.5)	
Ingresos Mensuales (n=79)	< RD\$7843	37 (56.1)	29 (43.9)	0.363
	RD\$7844-8850	1 (33.3)	2 (66.7)	
	RD\$8851-12872	1 (20.0)	4 (80.0)	
	>RD\$ 12873	2 (40.0)	3 (60.0)	
Posesión de Seguro Médico (n=79)	Sí	27 (49.1)	28 (50.9)	0.450
	No	14 (58.3)	10 (41.7)	
Seguro Médico (n=79)	No	14 (58.3)	10 (41.7)	0.339
	Senasa	19 (43.2)	25 (56.8)	
	Humano	3 (60.0)	2 (40.0)	
	Semma	3 (100.0)	0 (0)	
	Palic	1 (25.0)	3 (75.0)	
	Futuro	1 (100.0)	0 (0)	
Estado Laboral (n=78)	Desempleado	27 (54.0)	23 (46.0)	0.396
	Trabajo Fijo	9 (56.3)	7 (43.8)	
	Trabajo Temporal	4 (33.3)	8 (66.7)	

Religión (n=78)	Católico	29 (59.2)	20 (40.8)	0.139
	Evangélico	7 (33.3)	14 (66.7)	
	Testigo de Jehová	1 (50.0)	1 (50.0)	
	Adventista	1 (25.0)	3 (75.0)	
	Ateo	2 (100.0)	0 (0)	
	Agnóstico	0 (0)	0 (0)	

Tabla 2. Asociación de la adherencia al tratamiento farmacológico y los factores sociodemográficos en pacientes con trastorno afectivo bipolar

Fuente: Instrumento de recolección de datos: Adherencia al tratamiento farmacológico y factores sociodemográficos, individuales y del tratamiento asociados en pacientes con trastorno bipolar, obsesivo compulsivo, depresión y esquizofrenia.

Adherencia al Tratamiento Farmacológico										
Variables	Adherencia					No adherencia				p
	n (%)	X	DS	σX	n (%)	X	DS	σX		
Apoyo Social Percibido* (n=78)	Mayor o igual a 32	38 (51.4)	N/A	N/A	N/A	36 (48.6)	N/A	N/A	N/A	0.617
	Menor de 32	3 (75.0)	N/A	N/A	N/A	1 (25.0)	N/A	N/A	N/A	
Autoestigma‡ (n=78)	N/A	41	68.93	12.978	2.027	37	62.3	13.656	2.245	0.031

N/A: No aplica

*: frecuencia, porcentaje, chi2, significancia (p)

‡: media (X), Desviación estándar típica(DS) y error típ. de la media (σX)

Tabla 3. Asociación de la adherencia al tratamiento farmacológico y los factores individuales en pacientes con trastorno afectivo bipolar

Fuente: Instrumento de recolección de datos: Adherencia al tratamiento farmacológico y factores sociodemográficos, individuales y del tratamiento asociados en pacientes con trastorno bipolar, obsesivo compulsivo, depresión y esquizofrenia.

Adherencia al Tratamiento Farmacológico					
Variables	Adherencia			No adherencia	p
	n (%)	X	DS	n (%)	
Tiempo en Tratamiento (n=78)	3-5 Meses	1 (33.3)		2 (66.7)	0.246
	6-8 meses	0 (0)		2 (100.0)	
	>9 Meses	40 (54.8)		33 (45.2)	
Forma de Obtención de Medicamentos (n=78)	Lo Compró Yo	25 (53.2)		22 (46.8)	0.407
	Donaciones	8 (66.7)		4 (33.3)	
	Ambas	8 (42.1)		11 (57.9)	
Costo Mensual de los Medicamentos(n=78)	Nada	1 (50.0)		1 (50.0)	0.844
	<RD\$999	3 (60.0)		2 (40.0)	
	RD\$1000-2999	20 (57.1)		15 (42.9)	
	>RD\$3000	17 (47.2)		19 (52.8)	

Cantidad de Medicamentos Psiquiátricos (n=78)	1	1 (25.0)	3 (75.0)	0.403
	2	22 (56.4)	17 (43.6)	
	3	14 (58.3)	10 (41.7)	
	4	4 (36.4)	7 (63.6)	
Vía de Administración de Medicamentos (n=78)	Oral	35 (52.2)	32 (47.8)	0.887
	Inyecciones	0 (0)	0 (0)	
	Ambas	6 (54.5)	5 (45.5)	
Presencia de Efectos Adversos (n=78)	Si	25 (51.0)	24 (49.0)	0.816
	No	16 (55.2)	13 (44.8)	
Obtención de Información sobre los Efectos Adversos (n=78)	Si	33 (60.0)	22 (40.0)	0.05
	No	8 (34.8)	15 (65.2)	

Tabla 4. Asociación de la adherencia al tratamiento farmacológico y los factores relacionados con el tratamiento en pacientes con trastorno afectivo bipolar

Fuente: Instrumento de recolección de datos: Adherencia al tratamiento farmacológico y factores sociodemográficos, individuales y del tratamiento asociados en pacientes con trastorno bipolar, obsesivo compulsivo, depresión y esquizofrenia.

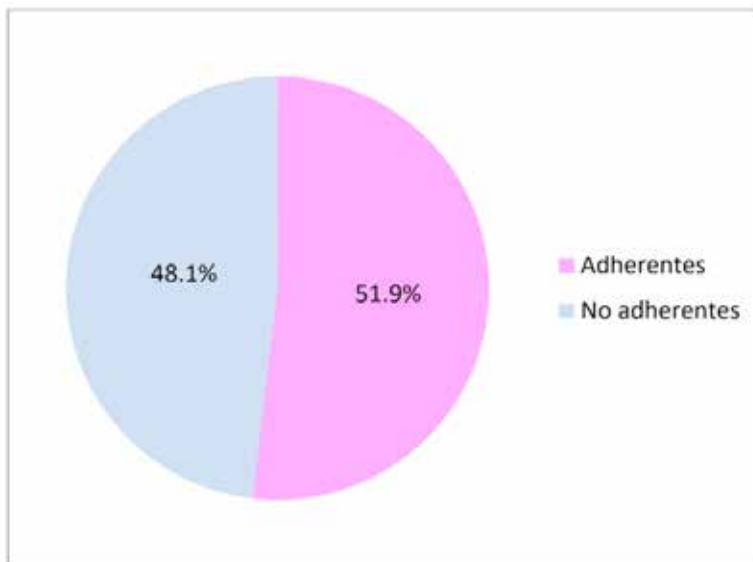


Gráfico 1. Asociación de la adherencia al tratamiento farmacológico con trastorno afectivo bipolar

Fuente: Instrumento de recolección de datos: Adherencia al tratamiento farmacológico y factores sociodemográficos, individuales y del tratamiento asociados en pacientes con trastorno bipolar, obsesivo compulsivo, depresión y esquizofrenia.

DETERMINANTES SOCIALES EN SALUD EN LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE LA DIABETES MELLITUS TIPO 2

Data de submissão: 24/08/2022

Data de aceite: 01/02/2023

Edgardo Javier Ramos Caballero

Medellín-Colombia
Corporación Universitaria Adventista
<https://orcid.org/0000-0001-8545-5503>

Manuela Cano Vasco

Medellín-Colombia
Enfermera en formación Corporación
Universitaria Adventista.

Mary Yuleidy Carmona Londoño

Medellín-Colombia
Enfermera en formación Corporación
Universitaria Adventista

Norby Carolina Restrepo García

Medellín-Colombia
Enfermera en formación Corporación
Universitaria Adventista

RESUMEN: Es una investigación de tipo cuantitativo, descriptivo de corte transversal. Se utilizó un tipo de muestreo bola de nieve, no probabilístico con población referida. Para el desarrollo del estudio, se esperaba alcanzar cada uno de los objetivos abarcando gran parte de la población objeto, analizando y llevando a gráficas cada uno de los resultados; con esto desde la profesión de enfermería lograr

un acercamiento desde los determinantes sociales de cada individuo reconociendo las múltiples condiciones externas e internas que impiden o favorecen el binomio salud – enfermedad. Así se observa como un “todo” al paciente lo que permite generar cuidados personalizados según la situación de cada uno de ellos.

PALABRAS CLAVE: Determinantes sociales en salud, adherencia, tratamiento farmacológico, diabetes mellitus.

SOCIAL DETERMINANTS IN HEALTH IN ADHERENCE TO PHARMACOLOGICAL TREATMENT OF TYPE 2 DIABETES MELLITUS

ABSTRACT: It is a quantitative, descriptive cross-sectional investigation. A type of snowball sampling was used, non-probabilistic with a referred population. For the development of the study, it was expected to achieve each of the objectives covering a large part of the target population, analyzing and graphing each of the results; With this, from the nursing profession, achieve an approach from the social determinants of each individual, recognizing the multiple external and internal conditions that prevent or favor the health-disease binomial. Thus,

the patient is seen as a “whole”, which allows personalized care to be generated according to the situation of each one of them.

KEYWORDS: Social determinants in health, adherence, pharmacological treatment, diabetes mellitus.

INTRODUCCIÓN

La Diabetes Mellitus es una enfermedad que representa un reto para la salud pública debido a que se encuentra entre las diez primeras causas de morbilidad y mortalidad a nivel mundial, en Colombia el perfil epidemiológico no es la excepción y a que presenta tendencia similar a los países de la región. Frente a este panorama con el presente trabajo se dan a conocer los Determinantes Sociales en Salud de tipo conductual, psicosocial y biológico que son la respuesta para mejorar las acciones en salud y como éstas influyen en la adherencia al tratamiento farmacológico en los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2.

Basado en las bibliografías consultadas para el desarrollo de dicho trabajo, se encontró escaso material en investigación a nivel nacional que relacione los Determinantes Sociales en Salud (DSS) intermedios de interés con la adherencia al tratamiento farmacológico de la enfermedad antes mencionada. Por lo tanto, el objetivo de esta investigación fue: indagar sobre la influencia que tienen los Determinantes Sociales de la Salud intermedios de tipo biológicos, conductuales y psicosociales en la adherencia al tratamiento farmacológico para Diabetes Mellitus tipo 2.

Por otro lado, la adherencia al tratamiento representa uno de los elementos primordiales para sobrellevar la enfermedad, esto implica compromiso de cada paciente, la concientización de su nuevo estilo de vida y el conocimiento de las repercusiones si éste no cumple con su parte. Diversas literaturas nacionales y mundiales nos muestran porcentajes variables de pacientes que no cumplen a cabalidad con las recomendaciones brindadas por el personal de atención y el tratamiento farmacológico establecido. Aunque no se han obtenido porcentajes homogéneos en cuanto a la adherencia a los tratamientos, existen publicaciones relacionadas.

En la DM tipo 2 los DSS juegan un papel fundamental, se puede decir que están intrínsecamente relacionados con el desarrollo y evolución de la enfermedad, por lo que se hace imposible aislar el impacto que causa en estas personas. Según lo mencionado, entre los DSS intermedios se incluyen dos elementos a resaltar: factores psicosociales y factores biológicos y conductuales, estos representan las condiciones que llevan a un paciente a desarrollar una respuesta individual ante la enfermedad, en este caso, interfiera o motive la adherencia al tratamiento farmacológico. Los factores psicosociales se refieren a todos los estresores psicosociales (por ejemplo: eventos negativos en la vida, puesto laboral agobiante), condiciones de vida estresantes (por ejemplo: deudas altas, conflictos familiares) y carencia de apoyo social (1); abordando este concepto se tiene que los

eventos que ocurren alrededor de la persona interfieren en su salud física, psíquica o social y de este modo se evalúa la respuesta que se tendrá frente a la enfermedad y su control.

La presente investigación tiene como fin estudiar a los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 y cómo es su adherencia al tratamiento farmacológico teniendo en cuenta la influencia que tienen los Determinantes Sociales de la Salud sobre ellos. Esto debido a los altos porcentajes a nivel mundial de complicaciones por la enfermedad, principalmente, por el escaso control de esta.

La investigación se desarrollará en el periodo de tiempo comprendido entre los años 2020 a 2021 en la ciudad de Medellín, la población de estudio fueron personas mayores de 18 años, con diagnóstico clínico de Diabetes Mellitus tipo 2. Por lo tanto, nos planteamos el siguiente objetivo: determinar la influencia que tienen los Determinantes Sociales de la Salud intermedios de tipo biológicos, conductuales y psicosociales en la adherencia al tratamiento farmacológico para Diabetes Mellitus tipo 2.

MATERIALES Y MÉTODOS

Enfoque de la investigación

El enfoque bajo el cual se orientó esta investigación es cuantitativo, teniendo en cuenta que el análisis de la información se entregará con datos estadísticos.

Tipo de investigación

Esta investigación es de tipo descriptivo, el cual se realizará mediante una medición de corte transversal.

Población

Pacientes pertenecientes a un programa de Diabetes Mellitus ofrecida por alguna IPS de la ciudad de Medellín. Contó con un tipo de muestreo bola de nieve, no probabilístico con población referida, esto por la situación de pandemia para resguardar la seguridad de los pacientes y entrevistadores, respetando así las medidas de bioseguridad actuales.

Selección de la muestra

Se utilizó un tipo de muestreo bola de nieve, no probabilístico con población referida con 57 pacientes con diagnóstico de DM tipo 2, se filtró la muestra específica basados en los criterios de inclusión.

Instrumentos para la recolección de la información

El instrumento que se utilizó en esta investigación es el cuestionario ARMS-e modificado, el cual, originalmente, fue utilizado en otra investigación. Por tal motivo, se interceptó por medio electrónico con los autores para solicitar su uso, esta petición fue aprobada. Con dicho instrumento se midió la adherencia al tratamiento farmacológico de

pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2.

El cuestionario consta de 2 secciones divididas así:

Datos generales: cuenta con un total de 11 preguntas las cuales tienen múltiples opciones de respuesta, sí o no y respuesta abierta. Estos datos contienen lo siguiente: edad, sexo, tipo de tratamiento farmacológico, antigüedad del diagnóstico de la enfermedad, afiliación a la seguridad social, estrato socioeconómico de la vivienda, tipo de vivienda, asistencia a citas de control, antecedentes familiares, recursos económicos para el sustento de su tratamiento y finalmente, diferenciación del profesional de enfermería con los demás profesionales de la salud cuando asiste al centro de salud.

Datos específicos: en este se encuentran un total de 26 preguntas, se evalúa por medio de una escala de Likert así: nunca, algunas veces, casi siempre, siempre. Las cuales cuentan con un valor de 1 a 4 respectivamente. Esta sección se encuentra dividida en 3 dimensiones: conductual, psicosocial y biológica; ésta se diseñó así con el objetivo de evaluar a través de ella los determinantes sociales de la salud en la adherencia al tratamiento de pacientes con dicha enfermedad (Diabetes Mellitus tipo 2). Este instrumento cuenta con una versión original realizada en idioma inglés por los autores Sunil Kripalani, Jessica Risser, Margaret E. Gatti, Terry A. Jacobson con el título Adherence to Refill and Medication Scale (ARMS) el cual contaba con 12 preguntas en total; a su vez ha sido validado a nivel internacional para evaluar la adherencia en pacientes pluripatológicos. Por otro lado, el cuestionario ARMS fue traducido al idioma español por los autores Javier González Bueno, Elena Calvo Cidoncha, Daniel Sevilla Sánchez, Joan Espauella Panicot, Carles Codina Janéa, Bernardo Santos Ramos, en su versión cuenta con 12 preguntas y ha sido validado en España para su uso en la valoración de la adherencia. Por lo tanto, es importante hacer uso de instrumentos validados para obtener información certera (2, 3)

Teniendo en cuenta que el cuestionario en su versión original y traducida ha sido validado para ser utilizado, para esta investigación se ha utilizado como fuente científica para diseñar el cuestionario que será aplicado en la población de estudio, en total cuenta con 37 preguntas divididas en secciones y dimensiones previamente descritas.

Estrategia de análisis de datos

El análisis se realizó con medidas estadísticas descriptivas tales como: medidas de tendencia central (media, moda, mediana, media aritmética) y distribución de frecuencias, a través de estas se obtuvo el análisis que da respuesta a la pregunta de investigación, para esto se utilizó el software estadístico SPSS (Statistical Package for Social Sciences) versión 22.

RESULTADOS

Con el fin de caracterizar a la población de estudio, se obtuvieron los siguientes resultados: de los 57 pacientes encuestados, la edad mínima fue de 26 años y máxima

de 89 años, con una frecuencia de 70 años, promedio de 60,54 y dato central de 64 años; de los cuales 34 personas pertenecen al sexo femenino lo que equivale a un 59.6% y 23 al sexo masculino con un 40.4%. En cuanto al tipo de tratamiento se encontró que, de toda la población de estudio, 18 pacientes (31.6%) se aplican un tratamiento farmacológico inyectable, 24 (42.1%) utilizan medicamentos orales, 12 (21.1%) utilizan tratamiento combinado (oral e inyectable) y las 3 personas restantes hacen uso de tratamiento farmacológico por bomba de insulina.

Según la antigüedad del diagnóstico se encontró que 4 de los pacientes encuestados (7%) fueron diagnosticados en un plazo menor a 1 año, 5 (8.8%) entre 1 año y menor a 2 años, 3 (5.3%) entre 2 años y menor a 3 años, 8 (14.0%) entre 3 años y menor a 4 años, 37 pacientes que representan el 64.9%, entre 4 años y menor a 5 años. Por otro lado, 36 personas (63,2%) pertenecen al régimen contributivo y 21 (36,8%) al régimen subsidiado; consiguientemente, la población pertenecía en su mayoría al estrato socioeconómico 3 (50,9%), siguiéndolo el número 2 con un 19,3%; de los cuales el 43,9% residen en vivienda propia. Quienes en su mayoría laboran y pueden llevar económicamente la carga de su enfermedad (93%), dando cumplimiento a su tratamiento farmacológico.

Igualmente, del total de la población de estudio, el 94,7% asisten regularmente a las citas de control, lo que les permite contrarrestar los posibles riesgos que tienen por presentar antecedentes familiares de depresión o ansiedad que puedan imposibilitar una correcta adherencia al tratamiento farmacológico, poco menos de la mitad de las personas (47,4%) presentan este tipo de antecedentes, lo que los hace susceptibles a adquirir dicha conducta e interferir en su proceso de adaptación y adherencia.

Ahora bien, teniendo en cuenta las 4 preguntas que conforman la prueba Morisky-Green-Levine, prueba que evalúa la adherencia a la medicación en pacientes con patologías crónicas, las cuales son: (4)

1. ¿Olvida alguna vez tomar los medicamentos para tratar su enfermedad?
2. ¿Toma los medicamentos a las horas indicadas?
3. Cuando se encuentra bien, ¿deja de tomar la medicación?
4. Si alguna vez le sienta mal, ¿deja usted de tomarla?

Se incorporaron al instrumento utilizado en la presente investigación de la siguiente manera:

1. ¿Aplico o tomo el medicamento, aunque me haga sentir mal?
2. ¿Sigo el horario indicado para aplicar o tomar la dosis correspondiente del medicamento todos los días?
3. ¿Decido aplicar o tomar mis medicamentos, aunque no desee?
4. ¿Aplico o tomo el medicamento evitando descuidarme en la dosis diaria?

Estas fueron realizadas mediante la estrategia de medición en escala de Likert

donde se convirtieron así: las respuestas encontradas en “siempre” pasaron a ser “Sí” y las restantes (casi siempre, algunas veces y nunca) se analizaron como “No”, respondiendo al nivel de adherencia al tratamiento farmacológico, en el cual se encontró que el total de la población de estudio, 15 personas (26,3%) tienen una correcta adherencia al régimen terapéutico, dejando un 73,7% (42 personas) en una inadecuada adherencia al mismo (ver tabla 1).

Categorías	Frecuencia	Porcentaje
Si	15	26,3 %
No	42	73,7%
Total	57	100 %

Tabla 1. Adherencia al tratamiento farmacológico

A continuación, se describen las variables evaluadas a través del instrumento según la prueba Morisky-Green-Levine:

Categorías	Frecuencia	Porcentaje
Algunas veces	9	15,8 %
Casi siempre	12	21,1 %
Nunca	5	8,8 %
Siempre	31	54,4 %
Total	57	100 %

Tabla 2. Primera variable según test Morisky-Green-Levine

Categorías	Frecuencia	Porcentaje
Algunas veces	5	8,8 %
Casi siempre	18	31,6 %
Nunca	2	3,5 %
Siempre	32	56,1 %
Total	57	100 %

Tabla 3. Segunda variable según test Morisky-Green-Levine

Categorías	Frecuencia	Porcentaje
Algunas veces	4	7,0 %
Casi siempre	12	21,1 %
Nunca	8	14 %
Siempre	33	57,9 %
Total	57	100 %

Tabla 4. Tercera variable según test Morisky-Green-Levine

Categorías	Frecuencia	Porcentaje
Algunas veces	7	12,3 %
Casi siempre	11	19,3 %
Nunca	2	3,5 %
Siempre	37	64,9 %
Total	57	100 %

Tabla 5. Cuarta variable según test Morisky-Green-Levine

Continuando, cabe resaltar que el 84,2% de los pacientes encuestados reconocen con facilidad la atención brindada por enfermería entre las demás profesiones de salud al momento de acudir a las citas de control (ver figura 1). Tabla descriptiva N°1 (ver anexo B).

Cuando asiste a citas de control, ¿Diferencia con facilidad la atención suministrada por el profesional de enfermería entre los otros profesionales de salud?

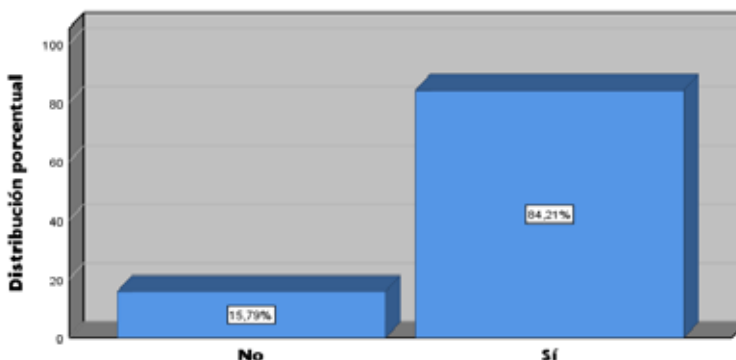


Figura 1. Distribución porcentual del reconocimiento del profesional de enfermería en la atención en salud

Asimismo, con una sumatoria de 66,6% se tiene que en su mayoría los profesionales de enfermería de las distintas instituciones prestadoras de salud realizan seguimiento continuo a los pacientes con DM tipo 2 desde los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, no obstante, se encuentra que el 33,4% de las personas aún no reconocen las labores realizadas por los profesionales de enfermería, situación que deja inquietud por la razón de ser de la profesión la cual consiste en el “arte de cuidar” (ver figura 2). Tabla descriptiva N°2 (ver anexo B).

Considera que el personal de enfermería realiza seguimiento a su situación de salud

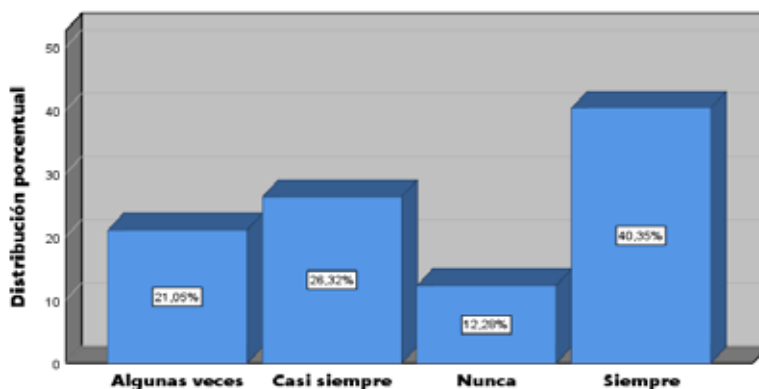


Figura 2. Distribución porcentual del seguimiento realizado por enfermería en el desarrollo de la enfermedad

Una de las responsabilidades más relevantes de los y las enfermeras es brindar educación en salud a todos los usuarios, teniendo en cuenta las características individuales, las condiciones de salud físicas y mentales, acomodando el lenguaje al nivel educativo de cada uno, entre otras variables. Por lo tanto, a través de la herramienta creada y la aplicación de esta, se encontró que el 28,1%, lo que equivale a 16 personas, refieren que en escasas ocasiones han recibido esta atención, educación e información por parte de los profesionales de enfermería, por lo que se infiere que este porcentaje probablemente tiene inconvenientes al momento de aplicar o tomar los medicamentos para tratar la enfermedad. Si bien, el porcentaje es relevante, se encontró que el 71,9% han recibido la información necesaria, clara, concisa y actualizada para llevar a cabo exitosamente el tratamiento farmacológico prescrito en casa (ver figura 3). Tabla descriptiva N°3 (ver anexo B).

Cuando asiste a los controles, ¿Le brindan información y educación sobre el uso correcto del tratamiento farmacológico en casa?

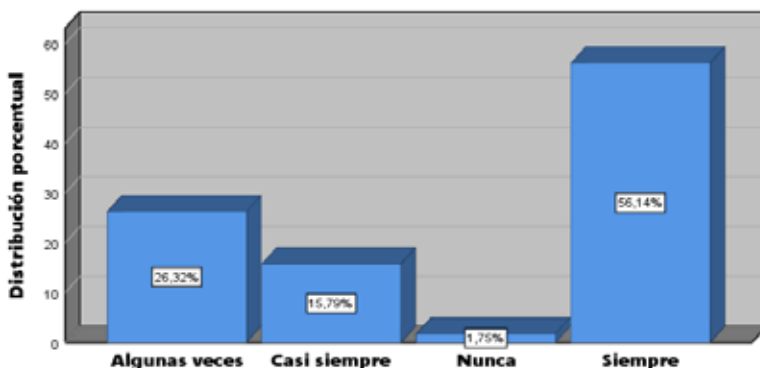


Figura 3. Distribución porcentual del rol de enfermería en la educación en salud

Ahora bien, para analizar la influencia que tiene cada uno de los Determinantes Sociales en Salud en el comportamiento que se adquiere por parte de los usuarios hacia la adherencia al tratamiento terapéutico, se llevó a cabo a través del cuestionario por cada una de las dimensiones de estudio. A su vez, se estudió en conjunto las tres dimensiones (biológica, conductual y psicosocial) lo que demostró que los factores internos y externos de cada individuo moldean el comportamiento que adquirirá a mediano y largo plazo frente a la enfermedad.

En la presente investigación, se hace evidente el impacto que generan las dimensiones antes mencionadas en el comportamiento de la adherencia en los pacientes, teniendo lo siguiente: más de la mitad (68,4%) de los encuestados presentan una buena adherencia a su tratamiento, dejando en los extremos de excelencia y mala, el 1,8% y 3,5% respectivamente. Se puede decir que, cuentan con sistemas de apoyo familiar, sanitario y social, base primordial para pronosticar la conducta del usuario y el desenlace de la patología; de igual modo, individualmente reconocen sus variables internas aprovechándolas a beneficio lo que permite un adecuado manejo de las situaciones que lo rodean sin obstaculizar en su tratamiento médico (ver figura 4). Tabla descriptiva N°4 (ver anexo B).

La mayoría de los usuarios permanecen en un punto medio de su proceso de adherencia, demostrando que, abarcando e impactando adecuadamente los DSS intermedios y cerrando las brechas que actualmente se encuentran, es posible llevar a los pacientes hasta el punto máximo de excelencia y mantenerse mediante los cuidados que se brinden desde los servicios sanitarios con un equipo multidisciplinario dirigido por enfermería con su capacidad de cuidar al ser humano en su totalidad. Con esto se evitarían las altas tasas de morbilidad por la enfermedad y los altos costos que conllevan sus

complicaciones al sistema de salud.

Adherencia al tratamiento farmacológico relacionada con Determinantes Sociales de la Salud

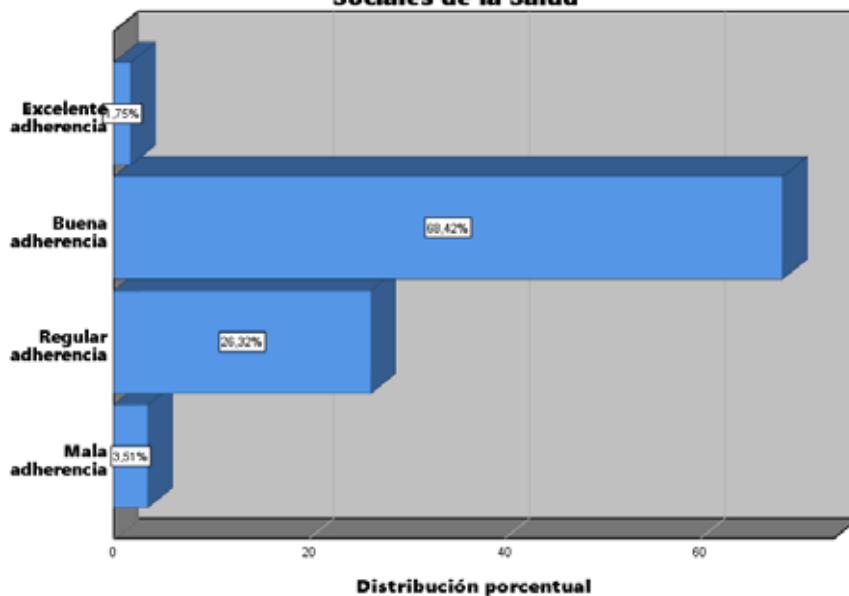


Figura 4. Distribución porcentual de la influencia de los Determinantes Sociales en Salud en la adherencia al tratamiento farmacológico

Al hablar de la dimensión biológica, se arrojaron los siguientes resultados: el 64,9% de las personas se encuentran en el rango de regular y mala adherencia a su tratamiento farmacológico, esto se debe a características hereditarias y genéticas, condiciones no modificables que hacen del proceso de adaptación una situación compleja cuando no se reconocen a tiempo para ser intervenidos. Igualmente, se obtuvo que el 35,1% se encontraron en el rango de buena y excelente adherencia al tratamiento (ver figura 5). Tabla descriptiva N°5 (ver anexo B).

Adherencia al tratamiento farmacológico relacionada con Dimensión Biológica de los DSS

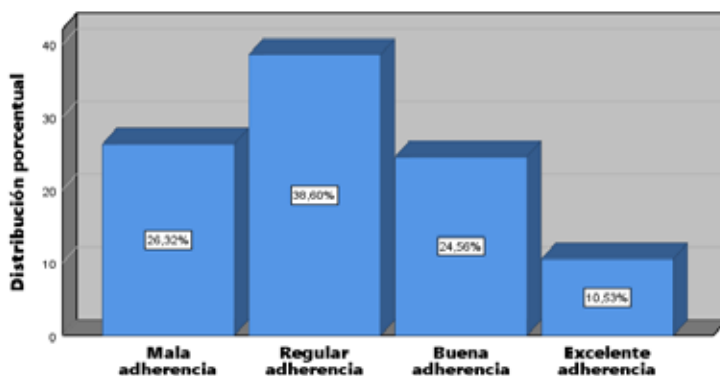


Figura 5. Distribución porcentual de la relación entre la dimensión biológica y la adherencia al tratamiento farmacológico

Hablando de la dimensión conductual de los DSS se concluye que, de los 57 pacientes encuestados, 9 de ellos equivalentes al 15,8% refieren tener entre mala y regular adherencia al tratamiento farmacológico. Este porcentaje se ve marcado por la carencia de compromiso por parte de cada paciente, actitud que dirige hacia la toma de malas decisiones que afectan directa e indirectamente en el binomio salud – bienestar; la DM tipo 2 es una enfermedad que requiere alto nivel de responsabilidad y deseo de cambio en el estilo de vida, con el fin de evitar las lamentables complicaciones.

Por otro lado, es gratificante hallar un alto porcentaje (84,2%) en los rangos de buena y excelente adherencia, lo cual indica que, en la actualidad los usuarios se permiten informar ampliamente sobre su condición de salud y, a partir de esa aceptación, continuar y adaptarse adecuadamente al nuevo modo de vida que ofrece dicha enfermedad (ver figura 6). Tabla descriptiva N°6 (ver anexo B).

Adherencia al tratamiento farmacológico relacionada con Dimensión Conductual de los DSS

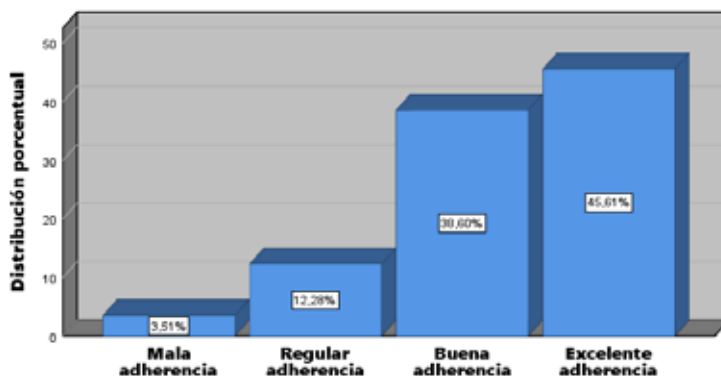


Figura 6. Distribución porcentual de la relación entre la dimensión conductual y la adherencia al tratamiento farmacológico

Teniendo en cuenta la dimensión psicosocial, se encontró que el 38,6% de los pacientes oscilan en los rangos de buena y excelente adherencia, porcentaje considerablemente bajo comparado con el 61,4% encontrados en regular y mala adherencia (ver figura 7); tabla descriptiva N°7 (ver anexo B). Es bien sabido que los factores psicosociales son todos aquellos estresores a nivel externo que tienen los individuos, condiciones del ambiente que por la alta exposición se convierten en contribuyentes a la salud física y mental.

Por lo tanto, no es sorpresa hallar estos resultados considerando que en la actualidad se experimenta constantemente el contacto con las condiciones culturales, políticas y sanitarias a nivel mundial, acercándonos a la realidad, la pandemia por coronavirus trajo consigo una cantidad exuberante de enfermedades en salud mental, y eso a modo de ejemplo. El ser humano convive todas las horas de su vida con factores que se salen de su control y se convierte en reto salir ileso de aquellas situaciones.

Adherencia al tratamiento farmacológico relacionada con Dimensión Psicosocial de los DSS

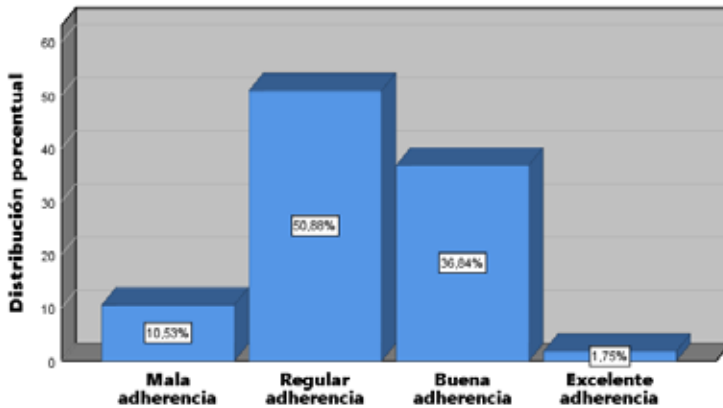


Figura 7. Distribución porcentual de la relación entre la dimensión psicosocial y la adherencia al tratamiento farmacológico

Finalmente, para dar respuesta al último objetivo planteado en esta investigación, a través de los datos obtenidos y lo observado en el transcurso de su desarrollo, surge la necesidad de crear una herramienta estratégica que permita a todo enfermero en formación captar rápidamente el nivel de adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con enfermedades crónicas, específicamente la Diabetes Mellitus tipo 2 (ver anexo C). Para el desarrollo de la herramienta se tuvieron en cuenta recomendaciones en salud publicadas en el libro *Cuidarse es vida* (5).

Consiste en una ruta de atención según los resultados que se obtengan del cuestionario creado, el cual consta de 10 preguntas con opciones de respuesta “sí o no”, las cuales al ser sumadas se podrá clasificar al paciente en los rangos de: excelente, buena, regular y mala adherencia. Teniendo esto, con la ayuda de un diagrama de flujo podrá obtener recomendaciones a seguir para aumentar la adherencia con simples actividades que están al alcance de cualquier usuario con la enfermedad; además, permitirá al profesional de enfermería acompañar el proceso del paciente interviniendo con actividades de apoyo, viendo reflejado los resultados en la mejoría de la condición de salud.

DISCUSIÓN

La adherencia al tratamiento en enfermedades crónicas sigue siendo un problema predominante en la salud pública, la cual es influida por una mezcla de factores biológicos, psicológicos, sociales y comportamentales que dirigen al individuo a actuar en conjunto con el medio para generar aspectos positivos o negativos en el binomio salud-enfermedad.

De acuerdo con la presente investigación, el 26.3% de los pacientes demostraron tener entre excelente y buena adherencia al tratamiento farmacológico, lo que equivale a 15 personas de la población de estudio, este dato se aproxima a lo reportado por Ortiz y colaboradores en la República chilena, en el cual se estudiaron 50 pacientes donde el 26% tenía un buen control de la enfermedad, es decir, un tercio de los pacientes (1). Por el contrario, Alayón reportó en un estudio realizado en Cartagena que dos tercios de la población fue adherente. La diferencia de los resultados repercute en el instrumento de medición utilizado, pues en dicho estudio se midió la adherencia con la prueba de Morisky-Green- Levine y la investigación actual usó el cuestionario ARMS-e modificado (6).

El 73.7% de los encuestados se encuentran entre regular y mala adherencia al tratamiento, lo cual puede estar relacionado a distintos factores como: poca o nula asistencia a las citas de control, escasa incorporación de los hábitos de vida saludables al tratamiento médico prescrito, insuficiente acompañamiento por personal de salud y poco compromiso con la situación propia del estado de salud.

Cuando los encuestados asistieron al control de su enfermedad se obtuvo como resultado que el 15,8% no diferencia el profesional de enfermería de otros profesionales de salud, dando como respuesta nunca y casi nunca; mientras que el 84,2% sí reconoce al personal de enfermería con resultados de siempre y casi siempre a la hora de dar respuesta al cuestionario ARMS-e modificado.

Comparado con Ulloa y colaboradores, en un estudio realizado en Santander, Colombia, donde evaluó el proceso de atención de enfermería desde la teoría de Dorothea Orem aplicado a un caso clínico con el fin de promover prácticas de autocuidado en beneficio de la propia salud y bienestar del paciente con DM tipo 2, en la cual surgió la necesidad de profundizar en los conocimientos y prácticas para el autocontrol de la enfermedad, asimismo, en el presente estudio se detectó la misma falencia reflejado en un bajo porcentaje (15.8%) lo que indica que se requiere un sistema no solo de apoyo educativo sino también de acompañamiento continuo por parte de enfermería (7).

Específicamente cuando a la dimensión biológica se refiere, se encontró que el 64.9% de los pacientes atribuyen que tiene una mala y regular adherencia al tratamiento asociado a este factor, el 35.1% puntúa entre una buena y excelente adherencia al tratamiento del diagnóstico de DM tipo 2. En estudios realizados anteriormente, se ha reconocido el valor que tiene en la salud el componente biológico, definiéndose como: la carga genética y los factores hereditarios; por lo tanto, adquieren gran relevancia en el pronóstico de una enfermedad genéticamente conocida (8), lo cual permite plantearse posibilidades de abordaje con el fin de potenciar las características individuales que impacten positivamente el bienestar de cada paciente; a su vez, abre la oportunidad de prevenir, contrarrestar o mitigar los posibles perjuicios que trae consigo la enfermedad. Es importante resaltar que, en cuanto a la relación de esta dimensión con la adherencia al tratamiento de dicha patología (DM tipo 2), no se encuentran otros estudios o investigaciones.

Con referencia a los DSS, específicamente de tipo conductual, según el cuestionario aplicado arrojó que el 15.8% de los pacientes se incluyen entre regular y mala adherencia por la influencia de dicho factor. En un estudio realizado en La Habana, Cuba en el año 2017, se afirmó que la implicación personal fue el componente más afectado, lo que significa que existen problemas en la participación activa, comprometida y responsable del paciente diabético con el cumplimiento al régimen terapéutico, en el que se incluyen la autorregulación del hábito alimentario adecuado, la realización de actividad física y el automonitoreo de la glucosa. Las consecuencias del precario esfuerzo personal se ven reflejadas en la descompensación de la enfermedad de base (9). Por otro lado, es de resaltar que el 84.2% de la población estudiada cuenta con las mismas características mencionadas a favor de su condición de salud.

Los factores psicosociales son todos aquellos que interactúan desde el medio con el individuo. El 61.4% del actual estudio, demostró la regular y poca adherencia a causa de 3 aspectos específicos evaluados a través del cuestionario, esto son: apoyo social, emociones y la relación con el sistema de salud. Según Rodríguez y Rodríguez, en un estudio realizado en el 2016, es determinante el apoyo social, definido como la disponibilidad de activar relaciones sociales cercanas donde se involucren variables como el aprecio, el valor y la pertenencia generando emociones positivas o negativas que puedan contribuir a la adherencia, estas fuentes de apoyo pueden ser familiares, de pareja, compañeros de trabajo o estudio, dichos grupos aportan a la aceptación, cumplimiento y ejecución del tratamiento, involucrando activamente al paciente mediante la construcción de un carácter voluntario.

Al hablar de emociones, surge la necesidad de que el paciente desarrolle un equilibrio mental y físico donde la experiencia de sensaciones tales como ansiedad, depresión, negación, temor, culpa y enojo no afecten el proceso de adaptabilidad de la enfermedad. Según Guerrero, Galán y Sánchez, establecen que la sintomatología depresiva suele disminuir de manera significativa en las conductas de autocuidado, repercutiendo en la calidad de vida (10).

Ahora bien, la relación con el sistema de salud se engloba en la interacción médico-paciente, variable que puede incidir de manera positiva o negativa en el proceso de adherencia ya que la perspectiva del paciente sobre la satisfacción, la comunicación, el grado de comprensión, la claridad de la información y las estrategias utilizadas son un pilar imprescindible para iniciar el camino hacia un tratamiento exitoso. En un estudio realizado en Santiago de Cuba, en el año 2021 resaltó que la satisfacción de los pacientes es el resultado de la calidad de la atención (11); por otro lado, según Rodríguez, Céspedes, Díaz, García y Balcindes, un paciente satisfecho continuará usando los servicios de salud, mantendrá vínculos específicos con sus proveedores, cumplirá con los regímenes de cuidado y cooperará con el aporte de información (12).

CONCLUSIONES

Desde el punto de vista del modelo de conservación de Myra Estrin Levine, la cual reconoce que el paciente con dicha enfermedad se expone a factores internos y externos que moldean la forma en que se adapta a esta nueva condición de salud. Para llevar las conclusiones de este estudio se desarrollará a través de los 3 conceptos principales del modelo teórico.

En primer lugar, el individuo debe abarcarse en su globalidad (ser holístico), compuesto por múltiples factores enmarcados en los Determinantes Sociales de la Salud, para llevar a término esta investigación se tuvieron en cuenta los de tipo intermedio (biológicos, conductual y psicosocial). Concluyendo lo siguiente:

- **Biológico:** en este aspecto es importante concienciar a la población sobre la importancia del buen seguimiento de sus patologías, con esta investigación se pudo concluir que un gran número de la población presentan una mala o regular adherencia a los diferentes tratamientos de su enfermedad, ya sea por desconocimiento, por descuido, falta de acompañamiento familiar y/o profesional; es tarea de los profesionales de la salud realizar un seguimiento a los pacientes a través de diferentes campañas y actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad para contribuir a una buena calidad de vida de las personas, evitando posibles complicaciones de los pacientes diagnosticados con DM tipo 2, teniendo en cuenta las probabilidades según su genética, lo cual es un factor no modificable del individuo. Cabe mencionar la escasez de información que existe actualmente con referencia a esta dimensión en la adherencia a un tratamiento terapéutico.

El entorno interno es todo lo que interactúa en el estado de salud de la persona tanto físico como mental, por lo que el individuo crea respuestas de defensa que corresponden al estado cuando un paciente se siente amenazado, proceso inflamatorio, mediante el cual el organismo se defiende frente a virus, bacterias, traumas y otros, respuesta del estrés que está directamente relacionado con la alteración en de la DM tipo 2; el entorno externo es todo lo que rodea al individuo y que tiene una influencia negativa o positiva en su salud, hablando de los DSS de tipo biológico y Psicosocial que tuvieron para dicha investigación, se encontró una influencia negativa de un 74% que no favorecen a la adaptación que lleva el proceso salud-enfermedad de los pacientes con DM tipo 2.

El modelo de Levin nos dice que por medio de las intervenciones de enfermería debemos guiar al paciente en mantener la globalidad y fomentar la adaptación. Para poder conseguir los objetivos del modelo de conservación se deben llevar a cabo determinadas intervenciones que se ajusten a los principios de conservación, favoreciendo la influencia de los DSS a los que se encuentran expuestos los pacientes y que pueden ser positivas o negativas.

- **Conductual:** este factor representa un importante pronosticador del avance en

la cronicidad de la enfermedad, evidenciándose la necesidad de una participación activa del paciente en su cuidado, en el cual, enfermería cumple un rol primordial en el reto de potenciar las conductas individuales según las capacidades de cada sujeto, incentivando cada vez más al mantenimiento de la salud mediante la educación, especialmente en aquella población vulnerable que aún no comprende el valor y peso de su actuar.

- **Psicosocial:** en medio de la diversidad de cada individuo surge la obligación de tratar cada situación de manera personalizada, entendiendo las emociones de cada uno y sirviendo como fuente de tranquilidad y esperanza ante el panorama incierto que puede significar la enfermedad. Los contextos cambian constantemente, lo que significa para los profesionales de la salud un desafío en la creación de estrategias que se adapten a cada condición que presente el ambiente. Asimismo, fortalecer las redes de apoyo de cada persona empezando por el servicio de salud que se presta desde las distintas entidades, donde el paciente encuentre refugio ante los abruptos cambios a los cuales se expone a causa de la afección.

En segundo lugar, Levine describe la adaptación como la realidad y el proceso de cambio del entorno presentada por una nueva condición de salud. En este punto, el paciente con DM tipo 2 emprende un camino lleno de obstáculos en el cual se van sumando distintos actores, entre ellos el personal de enfermería quien juega un rol vital en el desarrollo exitoso del manejo de la enfermedad por medio de estrategias educativas que le permitan al individuo conocer todo respecto a su situación de salud, donde la información recibida sea clara, concisa, pertinente, relevante, dinámica e intuitiva. Si lo anterior se lleva a cabo, se asegura un paciente protagonista en la gestión de su cuidado, logrando por sus propios medios sobrepasar las adversidades físicas, mentales y sociales que implica su patología, alcanzando así adaptarse a su nuevo estilo de vida.

Finalmente, la teoría tiene en cuenta el contexto (entorno) en el que todo individuo desarrolla su vida teniendo una participación en ella. Para llevar a cabo satisfactoriamente la adherencia al régimen terapéutico establecido, hace falta trabajar en conjunto las redes de apoyo, el equipo de salud y el paciente, con el fin de incitar al compromiso, responsabilidad y sentido de pertenencia por la propia vida y bienestar. La misión de enfermería es promover la salud y el cuidado de esta a través del empoderamiento en la enfermedad con cada uno de los pacientes, teniendo siempre presente la caracterización específica de cada ser humano.

REFERENCIAS

1. Ortiz M, Ortiz E, Gatica A, Gómez D. Factores Psicosociales Asociados a la Adherencia al Tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo 2. *Ter Psicológica*. julio de 2011;29(1):5-11.

2. Kripalani S, Risser J, Gatti ME, Jacobson TA. Development and evaluation of the Adherence to Refills and Medications Scale (ARMS) among low-literacy patients with chronic disease. *Value Health*. 2009;12(1):118-123. doi:10.1111/j.1524-4733.2008.00400.x.
3. Ramos Caballero EJ, del Carmen Acosta López A, Melguizo Herrera E. Propiedades psicométricas del cuestionario de actitudes hacia la sexualidad en la vejez (Casv-10). Medellín-Colombia. *Revista Pensamiento Americano* [Internet]. 2018 Jul 2 [cited 2022 Sep 6];11(22):39–48. Available from: <https://search-ebsohost-com.ezproxy.interamerica.org/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=141223523&lang=es&site=eds-live>.
4. Peñate, Wenceslao, De las Cuevas, Carlos. Propiedades psicométricas de la Escala Morisky de Adherencia a los Medicamentos (MMAS-8-items) en pacientes psiquiátricos ambulatorios. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud* [Internet]. 2015;15(2):121-129. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=33738719005>.
5. Ramos E, Bedoya D, Amaya S, Rodríguez K. Cuidarse es vida [Internet]. 1a ed. Vol. 1. Corporación Universitaria Adventista: SedUnac; 2018 [citado 1 de mayo de 2021]. Disponible en: <http://repository.unac.edu.co/bitstream/handle/11254/897/Cuidarse%20es%20vida.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
6. Alayón AN, Mosquera Vásquez M. Adherencia al Tratamiento basado en Comportamientos en Pacientes Diabéticos Cartagena de Indias, Colombia. *Abril 2008. diciembre de 2008*;10(5):777-87.
7. Ulloa Sabogal IM, Mejía Arciniegas CN, Plata Uribe EF, Noriega Ramírez A, Quintero Gómez DL, Grimaldos Mariño MA. Proceso de Enfermería en la persona con diabetes mellitus desde la perspectiva del autocuidado. *Junio 2017. junio de 2017*;33(2):404-17.
8. OPS OP de sa S. Determinantes e inequidades en salud. *Salud en las Américas*. 2012; Regional:12-59.
9. Castillo Morejón M, Martín Alonso L, Almenares Rodríguez K. Adherencia terapéutica y factores influyentes en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Oct-Dic 2017* [Internet]. octubre de 2017 [citado 29 de mayo de 2021];33(4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252017000400006.
10. López Tavera CT, Moreno López AC. Revisión teórica: Identificación de factores psicosociales asociados a la adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 [Internet] [Revisión documental]. [Bogotá]: Fundación Universitaria Ciencias de la Salud - FUCS; 2018 [citado 29 de mayo de 2021]. Disponible en: <https://repositorio.fucsalud.edu.co/bitstream/handle/001/678/REDI-FBA-2018-8.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
11. González Rodríguez L, Cooper Weekes D, Méndez Gómez H, Cardona Garbey D, Rodríguez Salvá A. Barreras identificadas por pacientes con diabetes mellitus de tipo 2 en su atención integral. *Santiago Cuba*. abril de 2021;25(2):388.
12. Rodríguez Salvá A, Céspedes Hernández L, Díaz Piñera A, García Roche R, Balcindes Acosta S. Brechas en el manejo del paciente diabético tipo 2 en un área metropolitana de La Habana. *La Habana*. marzo de 2019;9(2):14.

ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO

Data de aceite: 01/02/2023

Danielle Freire Goncalves

Zthefanny Holenk da Silva Tadaiewsky

Verena Potter de Carvalho Bezerra

Thais de Carvalho Costa

Tonny Venâncio de Melo

Elza de Sousa Pereira Armondes

Leticia Aparecida de Souza

Walker Alves Costa

Mariana Nasser Arouca Lamas

Liana Maysa Melo Andrade

Mercia Lacerda dos Santos Miranda

Otavio Augusto de Paiva Ribeiro

Alúísio Ferreira de Aguiar

aumento do vínculo entre a lactante e o lactente, além disso, o desenvolvimento motor, físico, psicológico e cognitivo. Sendo assim, esse trabalho tem como principal objetivo, demonstrar a importância do aleitamento materno exclusivo e suas implicações. A metodologia utilizada foi a qualitativa, através da revisão integrativa da literatura, utilizando as bases de dados indexadas, disponibilizadas gratuitamente. O aleitamento materno exclusivo tem influência por conta da falta de confiança da lactante em realizar as manobras de amamentação, prematuridade, condições de saúde da mãe, podendo ser relacionada a falta de preparo durante o pré-natal. Diante disso, demonstra-se a necessidade de se realizar o pré-natal de qualidade, pois assim, o autocuidado da mãe consigo mesma e com o seu bebê será possível e terá uma boa promoção de saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Aleitamento materno; desenvolvimento infantil; maternidade.

RESUMO: O aleitamento materno trata-se de uma prática que compreende diversos benefícios para o binômio mãe-bebê, sendo estes: a mitigação de várias doenças gastrointestinais, o aumento da imunidade de IgA através da transmissão vertical,

INTRODUÇÃO

O Leite Materno (LM) tem grande impacto na economia do Estado, sendo um fator que contribui para o aumento do quociente de inteligência (QI), além

de mitigar a ocorrência de doenças gastrointestinais, alergias na fase adulta, obesidade, desnutrição e imunidade contra algumas doenças como o COVID-19 com a transmissão dos linfáticos IgA que são passados pelo leite materno. Hodiernamente, o desmame precoce teve seu aumento evidenciado, tal fator tem sido diretamente influenciado pela indústria alimentar através da disseminação de mitos e crenças sobre o Aleitamento Materno Exclusivo (AME), sendo uma conduta impropria.

Nesse sentido, outros fatores também influenciam no desmame precoce, podendo ser eles: a não realização da boa-pegada mamária, a falta de informações da família sobre os benefícios do LM, a reintrodução da parturiente no mercado de trabalho, a autoconfiança da lactante (Morgatti, 2014). Vale destacar, que o AME tem tanta importância para a sociedade, que o Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA) demonstrar o seu incentivo à amamentação e o direito à alimentação segura já na primeira hora de vida, sendo assim, relacionado com a Segurança Alimentar e Nutricional (Lutterbarch, 2021).

METODOLOGIA

Trata-se de um trabalho descritivo, no formato de revisão de literatura. Composto por cinco etapas: primeiramente houve a escolha da temática; pesquisa bibliográfica nas bases de dados Scielo, Pubmed, periódico capes e Biblioteca Virtual em Saúde, com os operadores booleanos AND e OR, além dos filtros de idioma português e inglês, selecionando os trabalhos publicados entre 2019-2022; seleção dos artigos com maior relevância para o trabalho; por fim, houve a escrita do trabalho compilando os principais pontos encontrados nas bases de dados.

RESULTADOS

Segundo Victoria et al. (2015), o aleitamento materno (AM) promove benefícios para o binômio mãe-bebê, tendo resultados positivos comprovados cientificamente através de estudos randomizados. Sendo um alimento estéril, com alto valor nutricional e com proteção imunológica vertical, assim, há a mitigação da morbimortalidade infantil. Além disso, novos estudos demonstram a relação entre a amamentação e o bom desempenho na vida adulta, desenvolvendo melhor a inteligência da criança e consequentemente em maiores níveis de escolaridade e renda.

Como benefícios para a mãe, o ato de amamentar reduz o sangramento pós-parto em decorrência da aceleração da involução uterina, reduz a probabilidade de gestações nesse período por conta da alta concentração de oxitocina liberada durante o AM e minimiza as chances de cânceres de mama e de ovário além da diabetes tipo 2 (Victoria et al., 2015).

Segundo Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), o leite materno trata-se de um alimento renovável de impacto positivo para o meio ambiente e para a economia,

pois possui uma sustentabilidade ambiental por não necessitar de embalagens, além de reduzir gastos provenientes por alergias alimentares, diarreia, doenças respiratórias, entre outras doenças que o AME reduz quando comparado com o uso de outros alimentos.

No final do século XIX, a indústria alimentar, com o intuito de rentabilizar, influenciou crenças sobre a AM e isso promoveu um declínio na adesão à essa prática, promovendo a utilização de alimentos artificiais e o aumento da mortalidade infantil. Potencializando tal fator, nesse mesmo período houve a inserção da mulher no mercado de trabalho, que sem seus direitos maternos assegurados, essas lactantes necessitaram interromper essa prática (Araújo, 2008).

O ato de amamentar não é uma prática fácil, assim, a ciência necessitou de sistematizar os sinais de boas pegadas, sendo eles: o queixo está encostando na mama, ele consegue respirar pelo nariz, a boca está bem aberta e ele abocanha a aréola (não só o mamilo), a pega da mama não dói, ele começa com sugadas curtas e depois suga de forma mais lenta e profunda, satisfação alimentar do bebê, barriga com barriga e coluna do bebê alinhada (Moraes, 2017).

Ademais, estima-se que em 2016, o AME representou um impacto mundial na saúde pública, sendo este o evitamento de 823 mil óbitos infantis com menos de cinco anos e vinte mil mulheres a cada ano, além disso, foi possível analisar a economia de cerca de 300 bilhões de dólares com uma prática que pode ser realizada pela maioria das mulheres. Nesse sentido, há mulheres que não podem realizar o ato de amamentar, sendo estas as mulheres portadoras de alguma doença que seja transmitida pelo leite materno, como por exemplo o HIV, além de lactantes que estejam realizando a utilização de antibióticos para o tratamento de tuberculose, para os recém nascidos que não fizeram a administração da BCG ao nascer (Alves, 2018).

Outro fator que impacta é a falta de confiança da lactante em realizar as manobras de amamentação, prematuridade, condições de saúde da mãe, podendo ser relacionada a falta de preparo durante o pré-natal. Diante disso, demonstra-se a necessidade de se realizar o pré-natal de qualidade, pois assim, o autocuidado da mãe consigo mesma e com o seu bebê será possível e terá uma boa promoção de saúde (Coca, 2018).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nesse sentido, cabe às profissionais de saúde que irão prestar assistência para as gestantes, parturientes e futuros pais, saber como abordar a temática de forma que o público assistido compreenda de forma clara as implicações do AME e como a sua falta pode prejudicar o desenvolvimento motor, físico e psicológico da criança. Além disso, faz-se necessário ações de educação em saúde, podendo ser realizado por meio de todos os níveis de tecnologia, como por exemplo, aplicativos, diálogos, rodas de conversas e a confecção de materiais educativos em forma de folheto.

REFERÊNCIAS

Alves, J. D. S., Oliveira, M. I. C. D., & Rito, R. V. V. F. (2018). Orientações sobre amamentação na atenção básica de saúde e associação com o aleitamento materno exclusivo. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23, 1077-1088.

ARAÚJO, Olívia Dias de et al. Aleitamento materno: fatores que levam ao desmame precoce. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 61, p. 488-492, 2008.

Coca, K. P., Pinto, V. L., Westphal, F., Mania, P. N. A., & Abrão, A. C. F. D. V. (2018). Conjunto de medidas para o incentivo do aleitamento materno exclusivo intra-hospitalar: evidências de revisões sistemáticas. *Revista Paulista de Pediatria*, 36, 214-220.

Lutterbach, F. G. C. (2021). *Aleitamento materno à luz da segurança alimentar e nutricional: construção de material educativo pela voz das mães* (Master's thesis).

MARGOTTI, Edficher; EPIFANIO, Matias. Aleitamento materno exclusivo ea Escala de Autoeficácia na Amamentação. **Rev Rene**, v. 15, n. 5, p. 771-779, 2014.

MORAES, Bruna Alibio et al. Factors associated with the interruption of exclusive breastfeeding in infants up to 30 days old. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 37, 2017.

ROCHA, Najara Barbosa et al. Estudo longitudinal sobre a prática de aleitamento materno e fatores associados ao desmame precoce. **Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada**, v. 13, n. 4, p. 337-342, 2013.

VICTORA, Cesar G. et al. Association between breastfeeding and intelligence, educational attainment, and income at 30 years of age: a prospective birth cohort study from Brazil. **The lancet global health**, v. 3, n. 4, p. e199-e205, 2015.

AS CONDIÇÕES RELACIONADAS AO ALTO ÍNDICE DE MORTE MATERNA

Data de aceite: 01/02/2023

Natália Santos Mesquita

Vitor Eduardo Morais Vinhal

Maria Beatriz Miranda Alves

Germana Maria Cordeiro Leite

Juliana Kelly Leal Viana

Kaline Cajueiro de Vasconcelos

Maria Eduarda Lucena Abucater do Couto

Sebastião Alves Gonçalves Neto

Lorrane Rodrigues de Carvalho

Marcos Bruno Couto Garcia

José Daniel Rodrigues Chamon

Marla Suelen Gomes Botelho Carneiro

Luana Ferreira Dias da Silva

Samara Ferreira Costa

RESUMO: A Mortalidade Materna (MM) é caracterizada por ser um problema de saúde pública mundial, sendo a gravidez um momento de diversas mudanças

fisiológicas, mentais e sociais, por se tratar de um processo fisiológico e natural que modifica o cotidiano e o corpo das mulheres. Diante disso, este trabalho tem como objetivo demonstrar as principais patologias obstétricas que tem como desfecho o objeto materno, para assim auxiliar o entendimento sobre o assunto e suas implicações para a sociedade.

PALAVRAS-CHAVE: Patologias obstétricas, morte materna, saúde da mulher.

INTRODUÇÃO

A gravidez um momento de diversas mudanças fisiológicas, mentais e sociais, por se tratar de um processo fisiológico e natural que modifica o cotidiano e o corpo das mulheres. Nesse contexto, pode haver modificações patológicas, que acarretam complicações para o binômio mãe-feto, tornando um processo natural em uma gravidez de alto risco para ambos. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), entre os anos de 2010 e 2014, aproximadamente 55 milhões de abortos no mundo, sendo desde, 45% inseguros, o que tem grande impacto na saúde pública

e na segura a vida materna (Pinto, 2020).

A Mortalidade Materna (MM) é caracterizada por ser um problema de saúde pública mundial, um fator mais evidente em países subdesenvolvidos, que representa 99% dos casos. Ademais, a MM constitui uma situação, onde na sua grande maioria dos casos estar relacionada a patologias evitáveis, sendo uma intercorrência desencadeada por conta da precariedade no pré-natal ou no parto (Costa, 2014).

A MM tem como conceito o óbito de mulheres que estão no período gravídico até 42 dias do término, sendo esta circunstância relacionada ao agravamento do estado gestacional ou as intervenções relacionadas a ela (Oliveira, 2019).

Diante disso, este trabalho tem como objetivo demonstrar as principais patologias obstétricas que tem como desfecho o objeto materno, para assim auxiliar o entendimento sobre o assunto e suas implicações para a sociedade.

METODOLOGIA

Esse trabalho tem como metodologia integrativa da literatura, de formato quantitativo. Utilizando os seis passos, sendo eles: escolha da tematica, escolha dos criterios de inclusão, pesquisa bibliográfica, seleção dos trabalhos, analise dos estudos, por fim, compilação dos tópicos relevantes.

Como criterios de inclusão, foram delimitados: trabalhos publicados nas bases de dados Scielo, Pubmed e Periodico capes; de forma integral e gratuita, com periodicidade dos últimos dez anos (2012-2022); relacionados aos Descritores em Ciências da Saúde (DECS) patologias obstétricas, saúde da mulher, óbito materno; com os operadores booleanos and e or; utilizando o filtro de idiomas para inglês e português.

PRÉ-ECLÂMPسيا

Trata-se de uma síndrome específica da gestação, podendo se apresentar de formas mais graves, como a eclampsia ou a síndrome HELLP, representando cerca de 2% a 8% das gestações. Além disso, está patologia é responsável pela maior taxa de óbito materno quando apresentando nas formas mais graves. Tendo sua etiologia não determinada totalmente, entretanto, há fatores associados incluídos: estado nutricional, obesidade, extremos de idade, primiparas, doenças crônicas, dietas ricas em sódio e histórico familiar (Miranda, 2019).

Para se estabelecer a condição de pré-eclâmpsia, a gestante precisa ter como níveis pressóricos para valores de pressão arterial sistólica maior ou igual a 140mmHg e diastolica maior ou igual a 90 mmHg e proteinúria maior ou igual a 300mg/24h após 29 semanas de gravidez, sendo estes valores estabelecidos para mulheres sem histórico de hipertensão arterial (Sousa, 2021).

HEMORRAGIA

A hemorragia no periparto se caracteriza por uma perda sanguínea com valores superiores a 500 ml após o parto vaginal e de 1l após um parto cesáreo. No Brasil, entre os anos de 2000 e 2009, esta situação representou 5,86% dos óbitos maternos no país. De acordo com o exame físico, pôde-se evidenciar indícios de uma possível perda excessiva de sangue, sendo elas: tontura, palidez, hipotensão e oligúria (Haeri e Dildy, 2012). Nesse sentido, os eventos hemorrágicos ocorrem por causa de um fator relacionado, podendo ser por conta de abortamento, placenta prévia, ruptura uterina, descolamento prematuro de placenta e traumas (Cruz, 2021).

SHEG – SINDROME HIPERTENSIVA EXCLUSIVA DA GESTAÇÃO

Trata-se da primeira causa de óbito materna no Brasil e a terceira causa no mundo, além de estar relacionado ao aumento do óbito perinatal ou de sequelas aos neonatos. Demonstra ser uma síndrome multissistêmica, por ter manifestações clínicas relacionadas a hipertensão e a proteinúria, que comumente se demonstram a partir da vigésima semana de gravidez, onde inicialmente se apresenta através da pré-eclâmpsia. Sendo a SHEG a forma mais grave da pré-eclâmpsia tendo a mesma fisiopatologia, só mudando a forma de gravidade (Oliveira, 2019).

Segundo a Secretária do Estado do Pará (SESPA), esta patologia obstétrica acomete entre 5 e 17% das gestantes no Brasil, ademais, o Estado do Pará representa o terceiro lugar no ranking nacional de óbito materno, com prevalência de 84 mortes no ano de 2015.

ABORTAMENTO INSEGURO

Entre os anos de 2010 a 2014, no mundo, foram notificados a ocorrência, de 35 abortos inseguros por 1000 mulheres com idade entre 15 a 44 anos por ano analisado, representando cerca de 7 milhões de internações hospitalares por complicações desencadeadas por aborto inseguro em países em desenvolvimento em 2012 (Sedgh, 2016). No Brasil, em 2002, foram o aborto foi causa de 11,4% das mortes maternas em apenas uma investigação realizada (Singh, 2016).

No Brasil, o aborto só é autorizado por lei, em casos de fetos acéfalos e em casos de abusos sexuais, entretanto, há lugares ilegais que realizam essa prática, sendo um procedimento de alto risco de infecção e de hemorragia por não haver fiscalização dos órgãos sanitários (Domingues, 2020).

CONCLUSÃO

Em suma, as principais condições de óbito materno se apresentam de forma

evitável, nesse sentido, pôde-se compreender a necessidade de políticas públicas e programas de assistência à mulheres grávidas, além da implementação das já existentes através de educação permanente para os profissionais prestadores de cuidados para esse público e educação em saúde para a população conhecer seus direitos na saúde. Ademais, é indubitavelmente necessário estudos sobre a temática proposta para compreende as principais deficiências da assistência à saúde da mulher e da criança.

REFERÊNCIAS

COSTA, Susanne Pinheiro et al. Parto normal ou cesariana? Fatores que influenciam na escolha da gestante. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 4, n. 1, p. 1-9, 2014.

CRUZ NORONHA, Regina Ramos et al. Evolução da mortalidade materna por hemorragia pós-parto no Brasil, 2000-2019. 2021.

DOMINGUES, Rosa Maria Soares Madeira et al. Aborto inseguro no Brasil: revisão sistemática da produção científica, 2008-2018. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, 2020.

MIRANDA, Freddy Franklin Sposito et al. Pré-eclâmpsia e mortalidade materna. **Cadernos da Medicina-UNIFESO**, v. 2, n. 1, 2019.

OLIVEIRA, Daniele do Nascimento de et al. Identificação de situações que interferem na prevenção da sheg: revisão integrativa da literatura. 2019.

PINTO, Keyla Bessa et al. Panorama de mortalidade materna no Brasil por causas obstétricas diretas. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 6, p. e17111628753-e17111628753, 2022.

SEDGH, Gilda et al. Abortion incidence between 1990 and 2014: global, regional, and subregional levels and trends. **The Lancet**, v. 388, n. 10041, p. 258-267, 2016.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PARÁ – SESPA. Causas de Morte Materna no Estado do Pará. Pará, 2016.

SINGH, Susheela; MADDOW-ZIMET, Isaac. Facility-based treatment for medical complications resulting from unsafe pregnancy termination in the developing world, 2012: a review of evidence from 26 countries. **BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology**, v. 123, n. 9, p. 1489-1498, 2016.

SOUSA, Renata Soraya Soares et al. Atuação da enfermagem no atendimento às emergências obstétricas: Eclâmpsia e Pré-eclâmpsia. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 4, n. 1, p. 1022-1032, 2021.

RETO DOCENTE ANTE EL AFRONTAMIENTO VIRTUAL DE LOS PROCESOS SUSTANTIVOS ANTE LA EMERGENCIA SANITARIA

Data de aceite: 01/02/2023

Yanetzi Loimig, Arteaga Yáñez

Coordinadora de la Carrera de Enfermería
– UMET-Guayaquil
<https://orcid.org/0000-0002-1004-255X>

Yoel López Gamboa

Docente de la Carrera de Enfermería –
UMET-Guayaquil
<https://orcid.org/0000-0002-9596-443x>

Neris Marina Ortega Guevara

Docente de la Carrera de Enfermería –
UMET-Guayaquil
<https://orcid.org/0000-0001-5643-5925>

RESUMEN: El Objetivo de Estudio: Determinar las competencias de los docentes en el reto del afrontamiento virtual de los procesos sustantivos. **Metodología:** El paradigma de investigación es cuantitativo, de diseño no experimental de campo, de alcance descriptiva, de corte transversal. La población estuvo constituida por los 17 profesores de la carrera de enfermería. La muestra estuvo constituida por el 100 % del claustro docente de la carrera de enfermería siendo un muestro crítico por juicio, el cual es un método de muestreo no probabilístico para la recolección. **Resultados:** Se puede decir

que los docentes de la carrera de enfermería de la universidad metropolitana del Ecuador han demostrado una gran capacidad de adaptación ante los numerosos cambios que ha generado la actual situación de salud mundial, así como también ha quedado en evidencia la voluntad que hay tanto de parte de la Universidad Metropolitana como también del claustro docente para mejorar y evolucionar continuamente. **Conclusiones:** El docente virtual debe poseer las habilidades y competencias necesarias para afrontar el contexto de la educación virtual actual. es importante que el docente logre adaptarse a los nuevos contextos y situaciones que se presentan dentro del surgimiento de estos nuevos entornos de aprendizaje. **Recomendaciones:** Diseñar y elaborar actividades y materiales de enseñanza que se emplearan durante el curso en diferentes formatos, caracterizados por la interactividad y la personalización. Estos materiales deberán estar dentro del marco curricular pero ubicados en entornos tecnológicos.

PALABRAS CLAVE: Docente, Entorno virtual, Proceso, competencia.

INTRODUCCIÓN

En la actualidad las personas se encuentran inmersos en una era digital, donde los hábitos y estilos de vida se han visto transformados por el desarrollo constante e imparable de las tecnologías digitales. Las herramientas tecnológicas y el espacio virtual han suscitado nuevas formas de comunicarse de trabajar, de informarse, el ámbito educativo y, el rol del docente no ha podido resistirse a su influencia.

Este artículo se centra en analizar el papel del profesorado en el actual contexto digital. Describiendo el reto del afrontamiento virtual de la docencia la investigación y la vinculación. Por lo tanto, el aprendizaje en la era digital implementada a consecuencia de la emergencia sanitaria que se vive hoy en día a nivel mundial debido al COVID 19 se ha tornado especialmente complejo, ya que, al tratarse de un proceso multifacético e integrado, género un reto en el claustro docente adaptando los contenidos metodológicos de las asignaturas para cumplir con las exigencias científicas través del entorno virtual.

Esta manera de entender la educación formal se basa en las experiencias del equipo en prácticas educativas, en investigación y formación de docentes en el uso de la plataforma virtual Moodle. El enfoque que tienen postula la centralidad del docente para la innovación educativa (Ferrari 2020). En este sentido, no se trata de enumerar la mera presencia de TIC en la comunicación con los estudiantes sino de comprender las relaciones y usos de TIC en interacción en proyectos pedagógicos con visiones críticas.

Es importante recalcar que ante la emergencia sanitaria por el COVID 19 la educación virtual ofrece la posibilidad de implantar y poner en práctica los procesos sustantivos tan amplio y complejo como sea necesario. Mantiene a los docentes en contacto continuo con los alumnos por medio de recursos multimedia que la convierten en un poderoso y atractivo medio de comunicación que funciona con base en objetivos previamente planteados. En este contexto el papel del docente se vuelve clave para lograr un proceso de enseñanza aprendizaje significativo, efectivo y de calidad.

DESARROLLO

Competencia de los docentes en el entorno virtual

Según Robles (2012), se entiende por competencias a todo aquel comportamiento formado por habilidades cognitivas, actividades de valores, destrezas motoras y diversas informaciones que hacen posible llevar a cabo, de manera eficaz, cualquier actividad. Es decir, que la competencia debe estar estructurada en tres componentes que deben ser visibles: conocimiento, destreza y ética al desarrollar cualquier procedimiento inherente al desempeño profesional.

En el mismo orden de idea La OIT / Organización Internacional del Trabajo (OIT 2018) la define Competencia como la capacidad de articular y movilizar condiciones intelectuales

y emocionales en términos de conocimientos, habilidades, actitudes y prácticas, necesarias para el desempeño de una determinada función o actividad, de manera eficiente, eficaz y creativa, conforme a la naturaleza del trabajo.

Según Tobón (2012) manifiesta que las competencias de los profesores que trabajan en entornos virtuales son complejas; presentan características distintivas asociadas a formatos novedosos de diseño instruccional y enseñanza. Involucran dominar estrategias para gestionar y monitorear el aprendizaje de los alumnos, retroalimentar su desempeño, estimular la motivación y cohesión grupal, promover emociones facilitadoras y fomentar procesos autorregulatorios y metacognitivos en los estudiantes. Es importante señalar que el docente debe estar comprometidos a seguir actualizándose en el uso de estas herramientas ya que estas se modifican y evolucionan con gran rapidez. Es increíble darse cuenta que lo que hoy es lo último en tecnología aplicada a la educación el día de mañana es suplantado por algo más novedoso y funcional.

Competencias técnicas que requiere un docente virtual de acuerdo con los autores revisados.

Diseñar y elaborar actividades y materiales de enseñanza que se emplearan durante el curso en diferentes formatos, caracterizados por la interactividad y la personalización. Estos materiales deberán estar dentro del marco curricular pero ubicados en entornos tecnológicos.

Resolver cualquier problema que surja por parte de los alumnos (las cuales son comunes al inicio del curso) en cuanto a la configuración y operación de la tecnología necesaria para la comunicación.

Asegurarse de que los alumnos comprenden el funcionamiento técnico del entorno virtual y de todas las herramientas que lo conforman.

Detectar problemas dentro de las plataformas educativas, con las herramientas de comunicación o con cualquier elemento que conforma el ambiente virtual de aprendizaje para canalizarlos con las personas responsables de resolverlos.

Didáctica de aprendizaje en el entorno virtual.

Las habilidades didácticas, mantenimiento de la disciplina, tutoría, conocimientos psicológicos, técnicas de investigación-acción y trabajo docente en equipo, el cual es muy común entre las comunidades virtuales de conocimiento. Las competencias pedagógicas permiten al docente actuar con eficiencia, reaccionando con rapidez ante situaciones inesperadas.

Basante(2017) señala que dentro de las didácticas del aprendizaje en el entorno virtual se encuentra la tutoría en línea constituye un apoyo en la educación virtual por cuanto es una prestación en la cual el docente facilita la ayuda y cooperación al educando o grupo de educandos para que de manera holística, por medio de técnicas educativas apropiadas, construya su propio aprendizaje con la finalidad de alcanzar indicadores de

desempeño, haciéndole control y seguimiento a las distintas actividades que realizan. Así, la labor del tutor consiste en coadyuvar en las distintas conductas del alumno que lo llevan a capacitarse previa exploración de sus capacidades para que, de manera responsable, optimice el aprendizaje y se torne en un individuo con autonomía en la toma de decisiones, tanto para transitar en el proceso virtual de enseñanza-aprendizaje como para participar como eficaz interventor en los acontecimientos sociales.

Según Caberos citado por Rosa Chávez (2017) las tutorías en el entorno virtual cumplen con cinco funciones: técnica, académica, organizativa, orientadora y social. Así, ejerce una función técnica cuando cumple con asegurarse de que los estudiantes comprenden el funcionamiento técnico del entorno telemático de formación, dando consejos y apoyos técnicos, gestionando en la conformación de grupos de aprendizaje y manteniendo el contacto con el recurso humano administrador del sistema. De otro lado, cumple con la función académica al presentar, exponer y clarificar contenidos educativos, ejerciendo la labor de evaluación de sus alumnos mediante el diseño, control y seguimiento de actividades individuales y grupales de aprendizaje. La función organizativa la realiza mediante la publicación del calendario, de forma que especifique con antelación el conjunto de actividades académicas, previa explicación de las normas de funcionamiento del curso. Dentro de las funciones orientadoras se señalan las de pulsar y actuar sobre la motivación para el trabajo colaborativo por parte de los educandos, facilitando técnicas de investigación para un óptimo proceso de aprendizaje mediante la red. Por último, se insiste en la labor social que cumple el tutor cuando anima y estimula la participación, incitando a los estudiantes a que amplíen y desarrollen los argumentos presentados por los compañeros mediante un trabajo colaborativo e integrador.

Por los antes expuestos se pueden destacar que las tutorías académicas de acompañamientos fueron el pilar fundamental para el desarrollo de los otros procesos sustantivos como lo son la Investigación y vinculación con la sociedad debido a que gracias a estos el claustro docente conjuntamente con la comunidad estudiantil desarrollaron conferencias científicas de investigación y de vinculación con más de 80 artículos científicos que articularon la investigación y la vinculación con la sociedad.

METODOLOGÍA

El paradigma de investigación es cuantitativo, de diseño no experimental de campo, de alcance descriptiva, de corte transversal. La población estuvo constituida por los 17 profesores de la carrera de enfermería. La muestra estuvo constituida por el 100 % del claustro docente de la carrera de enfermería siendo un muestro crítico por juicio, el cual es un método de muestreo no probabilístico para la recolección de datos se utilizó una encuesta dicotómica de respuesta tipo web , estuvo estructurado por 10 ítems relacionado con la temática en estudio mismo que fue validado por 3 expertos en el área, para la

confiabilidad se aplicó el coeficiente alfa de Cronbach con una ponderación de 0.90 siendo confiable el instrumento . Los resultados fueron presentados en tablas y graficas utilizando la estadística descriptiva.

ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

Para el análisis estadístico se aplicó encuesta dicotómica de respuesta tipo web estructurado en referencia a los siguientes ejes temáticos, aulas virtuales, objetivos metodológicos de la asignatura desde el entorno virtual, habilidades y destrezas para afrontar la virtualidad, herramientas tecnológicas para enfrentar la virtualidad. El análisis estadístico de los datos obtenidos se hizo mediante la estadística descriptiva e inferencial. Para ello se realizó el procesamiento de la información evidenciándose lo siguiente:

El 100% de los docentes encuestados recibieron preparación previa relacionada al funcionamiento de las aulas virtuales, misma que le sirvió como herramientas para el desarrollo del aula virtual.

Se puede evidenciar que el 100% de la muestra lograron cumplir con los objetivos metodológicos de sus respectivas asignaturas, por lo que se concluye que el curso brindó herramientas necesarias para superar alguno de los obstáculos que se presentaron durante el desarrollo de la asignatura.

El 86% de los profesores poseían habilidades y destrezas para afrontar la virtualidad y solo el 14% del claustro docente no tenía dichas competencias.

El 71 % de los elementos muestrales poseían las herramientas tecnológicas para enfrentar la virtualidad y el 29 % no poseían dichas herramientas.

El 71% de los elementos muestrales adaptaron el contenido de sus asignaturas al paradigma virtual.

DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Una vez analizados los resultados a través del estudio estadístico descriptivo se evidenció que la emergencia sanitaria producto del COVID-19 que se vive hoy en día a nivel mundial causó un cambio de enfoque en el paradigma de la educación siendo este un nuevo reto para a vencer por la Universidad Metropolitana conjuntamente con su claustro docente un reto al afrontar el entorno virtual como fundamento principal para el desarrollo de los procesos de docencia de vinculación, e investigación

En este sentido, la Organización Internacional del Trabajo (OIT 2018), enfoca la definición de competencias profesionales, hacia la construcción social de aprendizajes significativos y útiles para el desempeño productivo en circunstancias reales de trabajo, que se obtiene a través de la instrucción y del aprendizaje por experiencia en situaciones concretas de trabajo.

Por otra parte, se entiende que educar, es perfeccionar las facultades y aptitudes

del individuo, conocer estos conceptos, permite enriquecer en el campo de la metodología, estrategias y enfoques diferentes de actuaciones. De ahí la importancia de los programas educativos ya que nacen de una necesidad real y dentro de un contexto único, marcando objetivos que pueden ser evaluados, aplicando metodologías adecuadas a través de las plataformas virtuales.

En el mismo orden de ideas Borgobello (2019), describe que, a lo largo del tiempo, las instituciones educativas han luchado por incorporar los avances de la ciencia, el conocimiento y la tecnología; estas adaptaciones a los nuevos entornos son las que, a su vez, han determinado nuevos avances en estos campos. Quizás el mayor impacto y utilidad que haya tenido la innovación de las TICs en la educación es la gran cantidad de información a que se puede acceder a través de internet

CONCLUSIONES

El docente virtual no debe ser improvisado, sino que debe poseer las habilidades y competencias necesarias para afrontar el contexto de la educación virtual actual. Se es conscientes de que actualmente se le pide mucho a los profesores, teniendo que adquirir diferentes roles distintos al de ser meros transmisores del conocimiento, pero es importante que el docente logre adaptarse a los nuevos contextos y situaciones que se presentan dentro del surgimiento de estos nuevos entornos de aprendizaje.

Por ende, el proceso de enseñanza comienza adaptando los medios tecnológicos a las necesidades de la disciplina, del docente y de los alumnos. La virtualización de materiales educativos implica la atención a los principales criterios de calidad que garanticen una accesibilidad idónea a los materiales, la economía cognitiva y la adquisición de conocimientos. El papel de los docentes ha sido imprescindible para el desarrollo de la experiencia de aprendizaje en un entorno remoto en medio de la emergencia sanitaria usando las tecnologías de la información y comunicación o la infraestructura tecnológica provista para ello, en modos asincrónicos mayormente, el docente sigue siendo esencial para dirigir el aprendizaje de los estudiantes.

Para concluir se puede decir que los docentes de la carrera de enfermería han demostrado una gran capacidad de adaptación ante los numerosos cambios que ha generado gracias a la actual situación de salud mundial del Covid- 19, así como también ha quedado en evidencia la voluntad que hay tanto de parte de la Universidad Metropolitana como también del claustro docente para mejorar y evolucionar continuamente así de esta manera estar a la altura de los retos que se presentan, con el fin único de alcanzar la excelencia académica desarrollando los procesos sustantivos de la docencia con el enfoque virtual .

Por lo anterior expuesto se puede concluir el docente de la enseñanza virtual debe poseer habilidades para ayudar al alumno a sentirse parte de un equipo, para animarlo,

motivarlo, estimular su pensamiento y orientarlo a través de su proceso de enseñanza aprendizaje, ya que este tipo de alumnos tiende al sentimiento de soledad y abandono. Por lo anterior la capacidad de comunicación y estímulo del profesor nos parece uno de los elementos esenciales en profesores de esta modalidad.

RECOMENDACIONES

Se recomienda el desarrollo de programas de educación continua a fin de mantener actualizada la competencia específica en el manejo del entorno virtual.

Se sugiere al claustro docente actualizarse en competencias del manejo del entorno virtual.

Las actividades y materiales de enseñanza a emplear durante el curso en diferentes formatos, se caracterizarán por la interactividad y la personalización, los mismos deberán estar dentro del marco curricular pero ubicados en entornos tecnológicos.

Se sugiere el asesoramiento del uso eficiente y correcto de las diversas herramientas tecnológicas para la búsqueda y recuperación de información.

Se recomienda a los docentes la educación continua en el uso de las TICS, de las innovaciones y tendencias que surgen sobre las mismas

REFERENCIAS

1. O.I.T. (2018). Competencia Laboral. Montevideo: O.I.T.
2. BECERRIL, César, SOSA, Guadalupe, DELGADILLO, Mónica, TORRES, Sandra. (2015) Competencias Básicas de un Docente Virtual. Revista de Sistemas y Gestión Educativa 2015.
3. Borgobello, A., Madolesi, M. Espinosa, A. y Sartori, M. (2019). Uso de TIC en prácticas pedagógicas de docentes de la Facultad de Psicología de una universidad pública argentina. Revista de Psicología (PUCP), 37(1), 279-317. <https://dx.doi.org/10.18800/psico.201901.010>
4. Borgobello, A., Sartori, M., & Sanjurjo, L. (2019). Entornos virtuales de enseñanza y aprendizaje. Experiencias y expectativas de docentes universitarios de Rosario, Argentina. ESPACIOS EN BLANCO Revista De Educación, 1(30), 41-58. <http://ojs2.fch.unicen.edu.ar:8080/ojs-3.1.0/index.php/espacios-en-blanco/article/view/439>
5. Ferrari, M., Martins, J. y Theodoro, V. (2020). Enseñanza y aprendizaje en las carreras de Relaciones Públicas de Brasil: incorporación de plataformas digitales. Revista Mediterránea de Comunicación, 0. Recuperado de <https://www.mediterranea-comunicacion.org/article/view/15464>

ANÁLISIS DE COMPONENTES PRINCIPALES: ANTES, DESPUÉS Y AL SEGUIMIENTO DE VARIABLES BIOCLINICAS TRAS UNA INTERVENCIÓN EDUCATIVA EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL

Data de submissão: 24/11/2022

Data de aceite: 01/02/2023

Edgardo Javier Ramos Caballero

Medellín -Colombia
Corporación Universitaria Adventista
<https://orcid.org/0000-0001-8545-5503>

Jimmy Christian Cacñahuaray Huaraca

Apurímac-Perú
Proyectista en Gobierno Regional de
Apurímac
<https://orcid.org/0000-0002-2373-8273>

Elías Eber Condori Quispe

Juliaca-Perú
Clínica Americana de Juliaca

Silvia Mónica Jiménez Novoa

Lima-Perú
Trabajadora Social Independiente

Kyara Patricia Pereira Ramos

Cartagena- Colombia
Laboratorio químico clínico
<https://orcid.org/0000-0001-8399-1900>

RESUMEN: La hipertensión arterial es una de las enfermedades con mayor incidencia y prevalencia a nivel mundial, en América latina y en Colombia no es la excepción. Dado a los retos que representa el fenómeno de envejecimiento poblacional se hace importante ayudar en el control de estas

enfermedades brindando intervenciones educativas que fortalezcan el autocuidado y generen cambios en las variables bioclinicas de tal forma disminuyan el peso, la presión arterial sistólica y diastólica.

Materiales y métodos: Se realizó un estudio de intervención antes y después, al seguimiento de los tres meses posteriores de la intervención educativa, la muestra estuvo conformada por 54 participantes pertenecientes a la comuna 12 de Medellín, los cuales asisten a programas de control de la presión arterial. **Resultados y conclusiones:** Los dos primeros componentes explican un poco mas del 53% de la varianza explicada, se distinguen tres grupos de variables que están relacionados, primer grupo: parterialsd, parterialsa, parterialdd y parterialda; segundo grupo: parterialss y parterialds; tercer grupo: pesoa, pesos y pesod. De las dos dimensiones identificadas, a la dimensión 1 contribuyen las variables: pesoa, pesod y pesos; a la dimensión 2 contribuyen las variables: parterialsa, parterialsd, parterialdd y parterialda. El peso de los pacientes está relacionado con la presión arterial sistólica y diastólica durante el seguimiento. Es decir, la intervención educativa fue efectiva ya que los pacientes aplicaron los hábitos

saludables aprendidos, y aunque no hubo un cambio aparente entre el antes y después, se aprecia que cuando una conducta se mantiene en el tiempo las variables bioclinicas respecto a las presiones sistólicas y diastólicas se pueden disminuir.

PALABRAS CLAVE: Análisis de componentes principales, variables bioclinicas, intervención educativa, hipertensión arterial.

INTRODUCCIÓN

La hipertensión arterial es una de las enfermedades con mayor incidencia y prevalencia a nivel mundial, por lo que se ha convertido en una enfermedad de interés en salud pública para Colombia y América latina, esta entidad patológica hace parte del grupo de enfermedades crónicas, las cuales se desarrollan en su mayoría por determinantes de la salud, una de las cuales es descrita por la dimensión genética; de los cuales un alto porcentaje se debe al desarrollo de estilos de vida poco saludables, sedentarismo, la sobrealimentación, entre otros, asimismo hacen parte las dimensiones relacionadas con las la atención de los sistemas sanitarios y el contexto socioeconómico y político.

Por otro lado, con el aumento de la expectativa de vida se incrementa la posibilidad de sufrir con mayor frecuencia de este padecimiento, ya que es una enfermedad que aparece a medida que avanza en edad, por lo tanto es importante evitar las conductas de riesgo para la salud y promocionar acciones de autocuidado que incidan en la gestión de la salud, practicando el autocuidado, asimismo es imperativo que dentro del seguimiento realizado a las acciones verificadoras de cumplimiento de metas se enfoque en la medición y control de las variables bioclinicas tales como: peso, presión arterial sistólica y diastólica. (1)

Finalmente, un paciente informado es un paciente seguro, por lo que se hace relevante informar, educar y comunicar al paciente y a su familia para lograr el fomento de intervenciones y acciones de autocuidado en la salud de los pacientes que sufren hipertensión arterial. Así mismo las intervenciones en el estilo de vida siguen siendo la piedra angular de la prevención de enfermedades crónicas. Puesto que las metas en el control de la presión arterial se evidencian con mayor ponderación del riesgo, cuando este se observa en el peso y en la medición de la presión arterial sistólica y diastólica. Por lo tanto, en el presente trabajo disponemos a analizar que componente aporta más al efecto de la intervención educativa antes, después y al seguimiento de las variables bioclinicas en el control de los pacientes con hipertensión arterial. (2)

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio de intervención antes y después, al seguimiento de los tres meses posteriores al término de la intervención educativa en el adulto que sufre de

hipertensión arterial, la población del estudio estuvo conformado por adultos hipertensos controlados que asisten a un programa de seguimiento de la presión arterial pertenecientes a la comuna 12 de Medellín, la muestra estuvo conformada por 54 participantes que fueron elegidos por un muestreo no probabilístico, por bola de nieve o referidos que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión.

Para la recolección de datos en los pacientes se utilizó como técnica la observación y encuesta, cuyo instrumento fue la guía de observación y un cuestionario respectivamente, para la medición de las variables bioclinicas se usaron balanzas y tensiómetros calibrados y estandarizados según la lista de recomendación de la OPS y medir el autocuidado se utilizó un instrumento, titulado: Capacidad de agencia de autocuidado en el paciente con hipertensión arterial, el cual ha sido validado en Colombia con una consistencia interna satisfactoria de (0,75) (3).

Para el procesamiento de los datos se construyó una matriz de datos en archivo .sav, para posteriormente ser cargada y procesada en R estudio (4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13). Utilizando diversas librerías, relacionadas en la siguiente tabla:

Librería	Descripción R studio
Foreign	Paquete que sirve para ejecutar archivo SPSS con el comando read.spss en el Rstudio.
MissMDA	Manejar e imputar los valores perdidos en análisis multivariados exploratorios, como análisis de componentes principales (PCA).
Openxlsx	Simplifica el proceso de escritura y diseño de archivos xlsx de Excel desde R y elimina la dependencia de Java.
Corrplot	Ofrece formas flexibles de visualizar la matriz de correlación, el límite inferior y superior de la matriz del intervalo de confianza.
Dplyr	Para obtener más información sobre dplyr, comience con las viñetas: <code>browserVignettes(package = "dplyr")</code> .
FactoMineR	los métodos propuestos en este paquete son métodos exploratorios multivariantes como el análisis de componentes principales, el análisis de correspondencias o el agrupamiento.
Ggplot2	Un sistema para crear gráficos 'declarativamente', basado en "La gramática de los gráficos". Usted proporciona los datos, le dice a 'ggplot2' cómo asignar variables a la estética, qué primitivas gráficas usar y se ocupa de los detalles.
Factoextra	Este paquete dibuja diagramas de barras de contribuciones variables.
Philentropy	Esta librería calcula la distancia euclidiana con parámetros predeterminados.

Tabla No1. Librerías y su descripción

A continuación, describimos las equivalencias de las variables, usadas en el presente estudio, a través de la tabla:

No Orden	Variable	Etiqueta
1	Edad	Edad
2	Pesoa	Peso antes
3	Pesod	Peso después
4	Pesos	Peso al seguimiento
5	Parterialsa	Presión arterial sistólica antes
6	Parterialsd	Presión arterial sistólica después
7	Parterialss	Presión arterial sistólica seguimiento
8	Parterialda	Presión arterial diastólica antes
9	Parterialdd	Presión arterial diastólica después
10	Parterialds	Presión arterial diastólica al seguimiento

Tabla No2. Variables con su etiqueta

RESULTADOS

Análisis de Componentes Principales

Se realiza un análisis exploratorio de los datos de cada una de las variables de edad, peso, presión arterial sistólica y diastólica antes, después y al seguimiento posterior a los tres meses de la finalización de la intervención educativa.

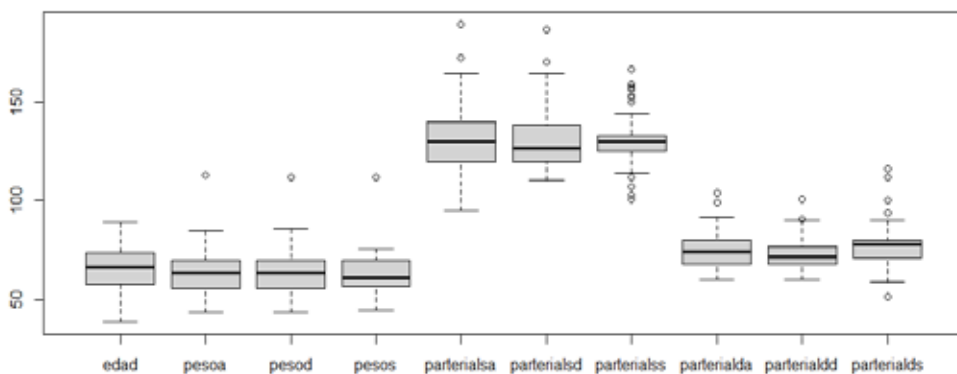


Figura No2. Gráfico de cajas

Se aprecia la única variable que no tiene datos atípicos corresponde a la edad, la variabilidad del peso al seguimiento posterior a los tres con respecto al peso antes y después de la aplicación de la intervención educativa se reduce. Por otro lado, la presión arterial sistólica mantiene el mismo patrón de comportamiento, aunque se percibe un leve aumento de la mediana y un incremento de datos atípicos, finalmente la presión arterial sistólica fluctúa levemente en sus tres mediciones, pero en al seguimiento incrementa sus

datos atípicos.

MATRIZ DE CORRELACIONES

	edad	pesoa	pesod	pesos	PA _{sa}	PA _{sd}	PA _{ss}	PA _{da}	PA _{dd}	PA _{ds}
edad	1.0000	-0.3311	-0.3170	-0.0446	0.2327	0.2001	0.2251	-0.2590	-0.2777	0.1395
pesoa	-0.3311	1.0000	0.9950	0.5759	0.0349	0.0086	0.1198	0.0268	0.0531	0.2078
pesod	-0.3170	0.9950	1.0000	0.5816	0.0418	0.0164	0.1446	0.0198	0.0437	0.2254
pesos	-0.0446	0.5759	0.5816	1.0000	0.0481	0.0339	0.3617	-0.0528	-0.0376	0.5321
PA _{sa}	0.2327	0.0349	0.0418	0.0481	1.0000	0.9415	0.2901	0.2595	0.2904	0.0719
PA _{sd}	0.2001	0.0086	0.0164	0.0339	0.9415	1.0000	0.2182	0.2247	0.2552	0.0387
PA _{ss}	0.2251	0.1198	0.1446	0.3617	0.2901	0.2182	1.0000	-0.0583	-0.0465	0.5395
PA _{da}	-0.2590	0.0268	0.0198	-0.0528	0.2595	0.2247	-0.0583	1.0000	0.9506	0.1218
PA _{dd}	-0.2777	0.0531	0.0437	-0.0376	0.2904	0.2552	-0.0465	0.9506	1.0000	0.0554
PA _{ds}	0.1395	0.2078	0.2254	0.5321	0.0719	0.0387	0.5395	0.1218	0.0554	1.0000

Tabla No3. Matriz de correlaciones

La matriz de correlaciones muestra una alta correlación entre las variables relacionadas al peso, así también entre las variables relacionadas a la presión arterial, siendo estos una buena característica para proceder con el análisis de componentes principales. Los gráficos que siguen a continuación muestran, de acuerdo con la intensidad del color el nivel de correlación entre las variables.

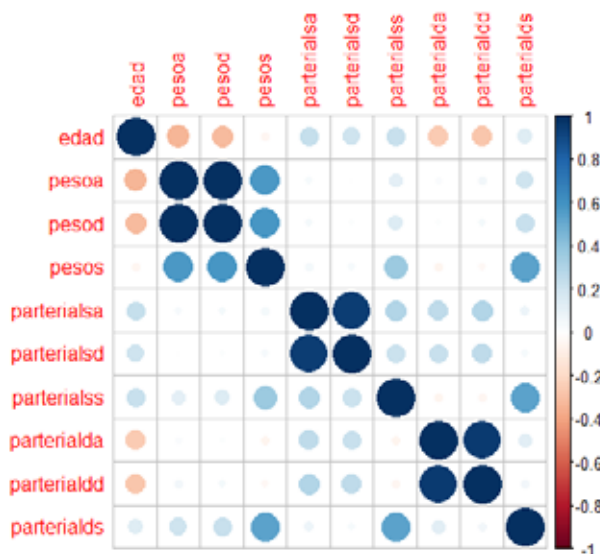


Figura No2. Gráfico de correlaciones

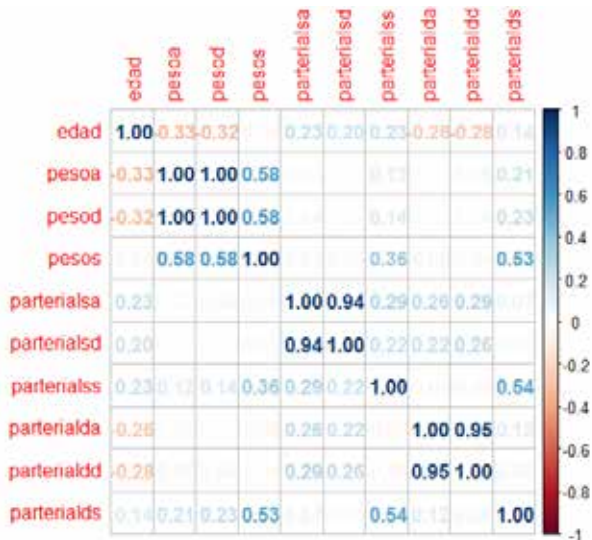


Figura No3. Gráfico de correlaciones

PORCENTAJE DE INERCIA

Al realizar el análisis de componentes principales (ACP), se obtiene los valores propios y el porcentaje de varianza explicada cuyos resultados se presentan a continuación:

Se observa que los dos primeros componentes explican más del 53% de varianza explicada de la información obtenida en la base de datos original. En forma gráfica podemos apreciar mejor esta afirmación en donde se observa en cierta forma el punto de inflexión en la dimensión 3, sin embargo, la propuesta es realizar el análisis en base a dos componentes.

	eigenvalue	percentage of variance	cumulative percentage of variance
comp_1	2.891746723	28.91746723	28.91747
comp_2	2.423180744	24.23180744	53.14927
comp_3	2.030929622	20.30929622	73.45857
comp_4	1.237013195	12.37013195	85.8287
comp_5	0.5647619	5.647619	91.47632
comp_6	0.432441297	4.32441297	95.80073
comp_7	0.320010789	3.20010789	99.00084
comp_8	0.052252021	0.52252021	99.52336
comp_9	0.043140326	0.43140326	99.95477
comp_10	0.004523382	0.04523382	100

Tabla No4. Valores propios

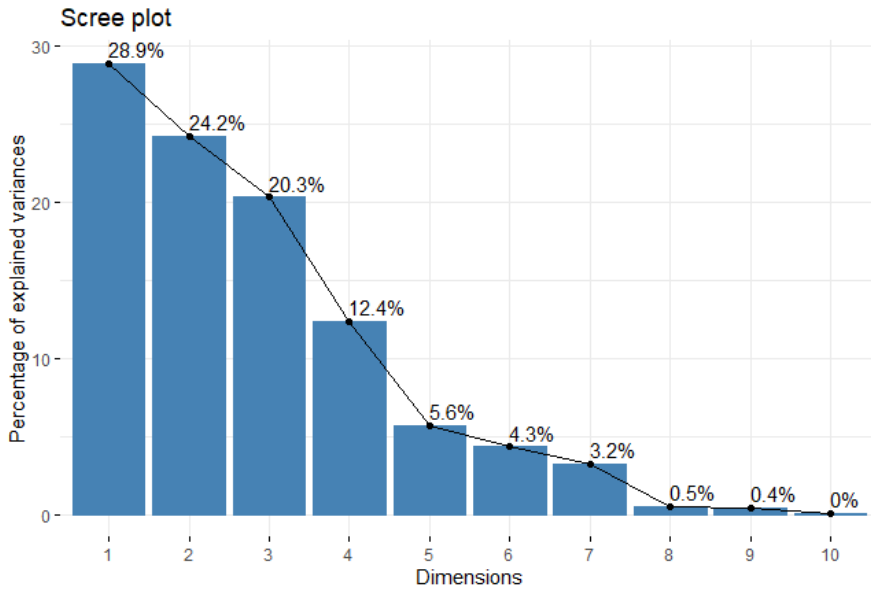


Figura No4. Porcentaje de la varianza explicada

NUBE DE INDIVIDUOS

En la nube de individuos podemos apreciar que existen dos individuos que tienen comportamientos diferentes a grupo de individuos con valores promedio a la intersección de los ejes de las dimensiones.

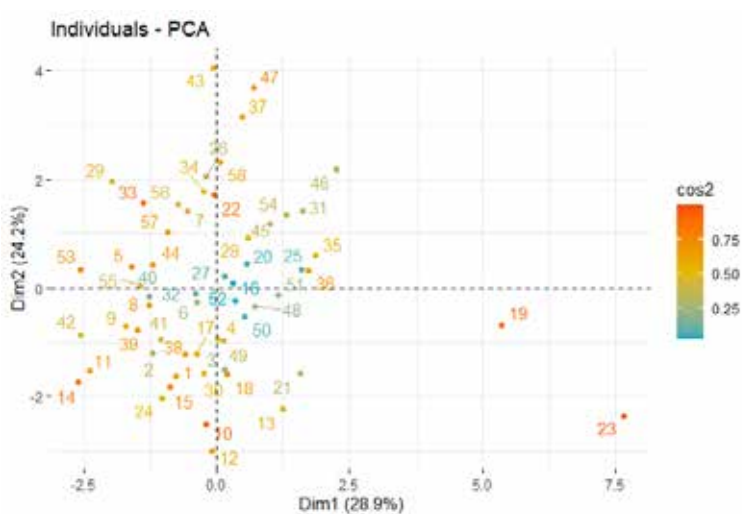


Figura No5. Nube de individuos

CÍRCULO DE CORRELACIONES

Del gráfico se observa tres grupos de variables que están altamente correlacionadas. El primer grupo de variables lo conforman: parterialsd, parterialsa, parterialdd y parterialda, el segundo grupo de variables lo conformar: parterialss y parterialds, el tercero está conformado por las variables pesoa, pesos y pesod, considerándose a la variable edad como suplementaria.

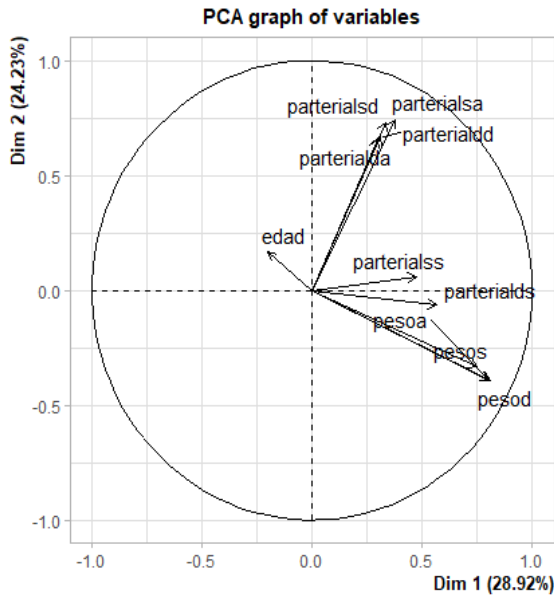


Figura No6. Círculo de correlaciones

Tabla No5. Contribución de las variables a las dimensiones

En cuanto a la contribución de las variables a las dimensiones, las variables que más contribuyen a la dimensión 1 son: pesoa, pesod y pesos. Las variables que más contribuyen a la dimensión 2 son: parterialsa, parterialsd, parterialdd y parterialda. Estas conclusiones corroboramos en forma gráfica.

	Dim.1	Dim.2	Dim.3	Dim.4	Dim.5
edad	1.406622	1.140339	27.379733	0.4744786	53.2450401
pesoa	22.377704	6.359628	2.617682	7.8991082	1.4898231
pesod	22.828911	6.350465	2.121768	7.4852553	1.2708824
pesos	19.447992	4.590473	1.627754	1.4641879	4.7848424
parterialsa	4.879725	22.831661	6.124314	11.7921936	0.5073613

Figura No7. Contribución de las variables a las dimensiones

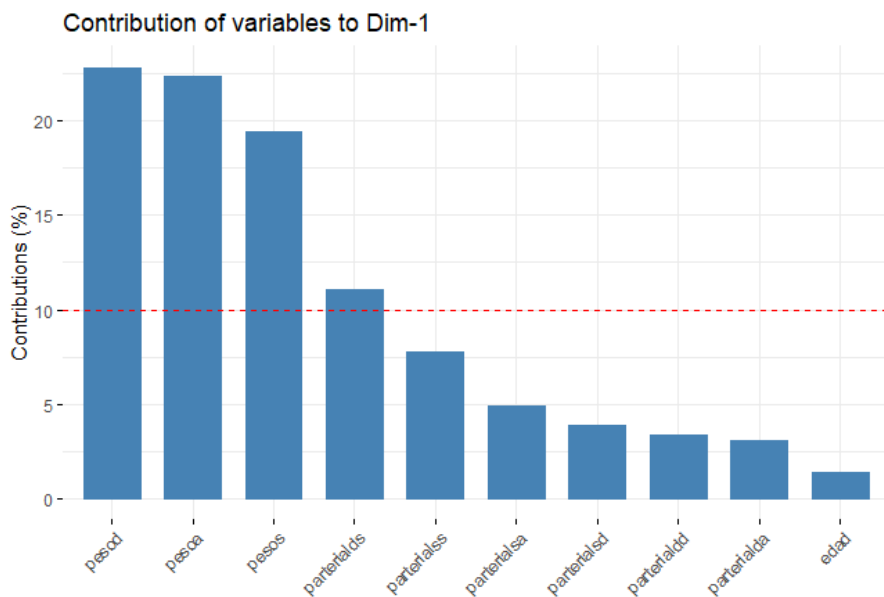


Figura No8. Contribución de las variables a la dimensión 1

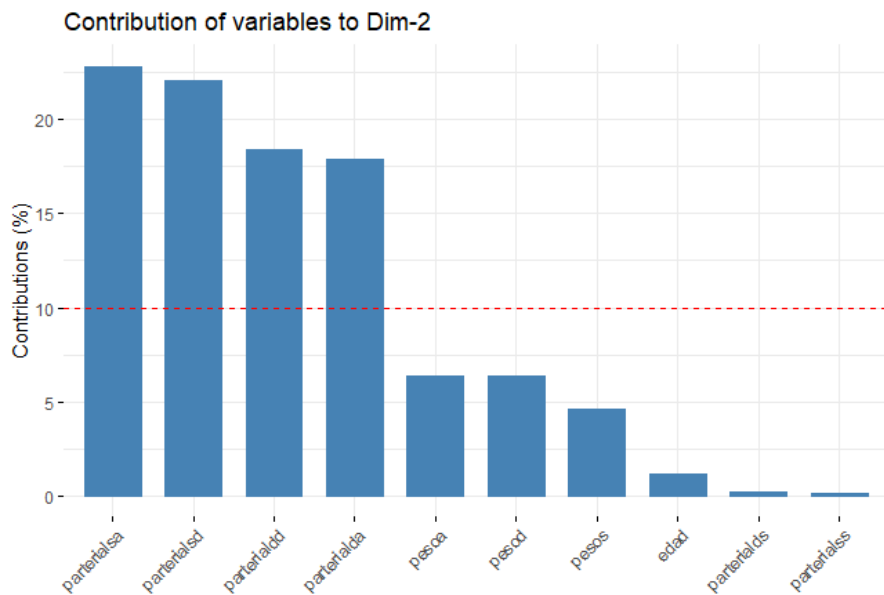


Figura No9. Contribución de las variables a la dimensión 2

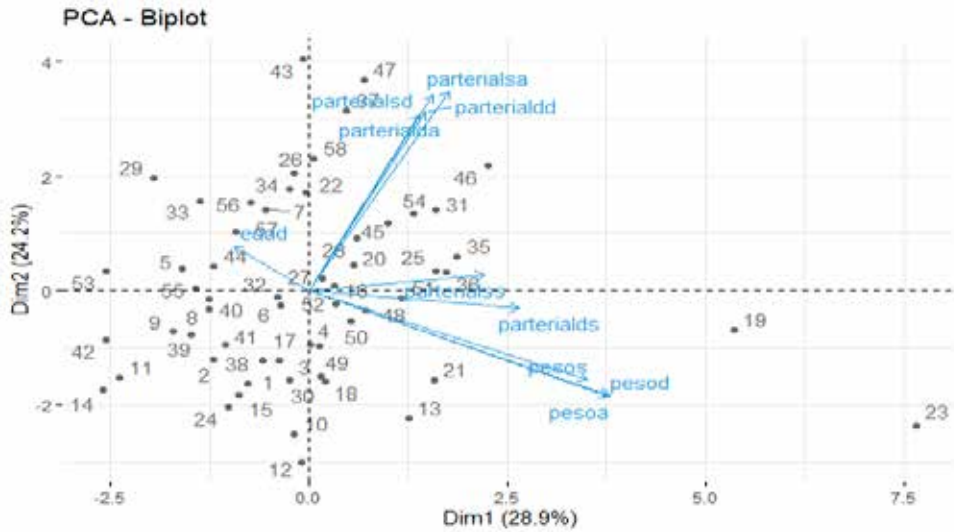


Figura No10. Nube de individuos

La figura es una representación simultánea de la nube de individuos y la nube de variables en el mismo plano factorial.

Podemos apreciar tres grupos, uno primero conformado por la relación fuerte y bien descrita entre el peso antes, después y al seguimiento y con las presiones arteriales sistólicas y diastólicas después de haber aplicado la intervención educativa. Un segundo grupo conformado por las presiones arteriales sistólicas y diastólicas antes y después, las cuales se relacionan de manera estrecha, y un tercer grupo donde podemos apreciar la relación inversa pero poco representada de la edad con respecto a los pesos antes, después y al seguimiento.

	Dim.1	Dim.2	Dim.3	Dim.4	Dim.5
edad	-0,2016828	0,1662302	0,7456964	0,07661177	0,54836822
pesoa	0,8044293	-0,3925625	-0,2305716	-0,3125908	0,0917276
pesod	0,8124988	-0,3922796	-0,2075852	-0,30429196	0,08471989
pesos	0,7499244	-0,3335198	0,18182	0,13458157	0,16438664
parterialsa	0,3756452	0,7438094	0,3526762	-0,38193061	-0,05352928
parterialsd	0,3333192	0,7315675	0,3380911	-0,42882037	-0,05841897

Cosenos

	Dim.1	Dim.2	Dim.3	Dim.4	Dim.5
edad	0,04067595	0,02763248	0,55606312	0,00586936	0,3007077
pesoa	0,64710651	0,15410528	0,05316327	0,09771301	0,00841395

pesod	0,66015427	0,15388326	0,04309162	0,0925936	0,00717746
pesos	0,56238667	0,11123545	0,03305853	0,0181122	0,02702297
parterialsa	0,14110929	0,55325241	0,1243805	0,14587099	0,00286538
parterialsd	0,11110168	0,53519098	0,11430558	0,18388691	0,00341278

Contribuciones

	Dim.1	Dim.2	Dim.3	Dim.4	Dim.5
edad	1,406622	1,140339	27,379733	0,4744786	53,2450401
pesoa	22,377704	6,359628	2,617682	7,8991082	1,4898231
pesod	22,828911	6,350465	2,121768	7,4852553	1,2708824
pesos	19,447992	4,590473	1,627754	1,4641879	4,7848424
parterialsa	4,879725	22,831661	6,124314	11,7921936	0,5073613
parterialsd	3,842027	22,086301	5,628239	14,8653961	0,6042859

Tabla No6. Síntesis de los resultados, de acuerdo con las contribuciones y cosenos

De acuerdo con los resultados de los cosenos las variables pesoa, pesod y pesos están bien representadas por la dimensión 1. Estas representaciones están entre 19.447992 y 0.66015427. Las variables parterialsa, parterialsd, están bien representadas por la dimensión 2. La representación de las otras dimensiones es irrelevante. La contribución, es de la misma forma, que lo descrito anteriormente en la dimensión 1 y la dimensión 2 en los resultados de los cosenos.

CONCLUSIONES

- El análisis se realizó porque existe una alta correlación entre las variables. El análisis de componentes principales mediante los valores propios muestra que los dos primeros componentes explican más del 53% de la varianza explicada.
- Del análisis de componentes principales, se distinguieron tres grupos de variables que están relacionados, primer grupo: parterialsd, parterialsa, parterialdd y parterialda; segundo grupo: parterialss y parterialds; tercer grupo: pesoa, pesos y pesod.
- De las dos dimensiones identificadas, a la dimensión 1 contribuyen las variables: pesoa, pesod y pesos; a la dimensión 2 contribuyen las variables: parterialsa, parterialsd, parterialdd y parterialda.
- El peso de los pacientes está relacionado con la presión arterial sistólica y diastólica durante el seguimiento. Es decir, la intervención educativa fue efectiva ya que los pacientes aplicaron los hábitos saludables aprendidos, y aunque no hubo un cambio aparente entre el antes y después, se aprecia que cuando

una conducta se mantiene en el tiempo las variables bioclinicas respecto a las presiones sistólicas y diastólicas se pueden disminuir.

- Finalmente podemos apreciar que el seguir las recomendaciones en los cambios terapéuticos en el estilo de vida puede contribuir a un envejecimiento saludable siempre y cuando nuestro cuerpo mantenga el autocuidado y aunque en el común de los casos los adultos que tengan mayor edad se espera que sufran de dichas enfermedades, en la muestra de este estudio se evidencio que no es necesario que le edad se comporte como un factor de riesgo.

REFERENCIAS

1. Ramos E, Bedoya D, Amaya S, Rodríguez K. Previniendo conductas de riesgo: Autocuidado: ¿Cómo lo hago? En: Helmer Quintero Nuñez, editor. Cuidarse es vida. Medellín: Sello Editorial SedUnac; 2018. p. 10-23. Disponible en: <http://repository.unac.edu.co/handle/11254/897>.
2. Bedoya Cardona, DM, Rodríguez, KP, Amaya Londoño, SJ, Ramos Caballero, EJ. Validación de una intervención educativa en autocuidado para adultos con hipertensión arterial [Tesis de pregrado]. Medellín (Colombia): Corporación Universitaria Adventista; 2018. Disponible en: <http://repository.unac.edu.co/handle/11254/861>.
3. Sepúlveda G J, Rodríguez S M, Achury D M, Instrumento para evaluar la capacidad de agencia de autocuidado en pacientes con hipertensión arterial. Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo 2009119-25. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=145220480002>. Fecha de consulta: 27 de marzo de 2017.
4. Cibergrafía: Software estadístico R estudio. Disponible en: <https://cran.r-project.org/>
5. Bivand Roger, Carey Vincent J, DebRoy Saikat, Eglén Stephen, Guha, Rajarshi, Herbrandt Svetlana, Lewin Nicholas, Myatt Mark, Nelson Michael, Pfaff Ben (2013). Package 'foreign'. <https://svn.r-project.org/R-packages/trunk/foreign/>.
6. Julie Josse, Francois Husson (2016). missMDA: A Package for Handling Missing Values in Multivariate Data Analysis. Journal of Statistical Software, 70(1), 1-31. doi:10.18637/jss.v070.i01
7. Schauburger Philipp, Walker Alexander, Braglia Luca, Sturm Joshua, Garbuszus Jan, Mark Jordan (2013). Package 'openxlsx'. <https://github.com/ycphs/openxlsx>.
8. Wei Taiyun, Simko Viliam, Levy Michael (2021). Package 'Corrplot'. <https://cran.r-project.org/package=corrplot>.
9. François Romain, Henry Lionel, Müller Kirill (2021). Package 'Dplyr'. <https://dplyr.tidyverse.org>.
10. Kassambara Alboukadel, Mundt Fabian (2020). Package 'factoextra'. <https://CRAN.R-project.org/package=factoextra>.
11. Wickham Hadley, Chang Winston, Henry Lionel, Takahashi Kohnske, Wilke Claus, Woo Kara, Yutani Hiroaki, Dunnington Dewey (2021). Package 'ggplot2'. <https://github.com/tidyverse/ggplot2>.

12. Drost Hajk, Nowosad Jakub (2022). Package 'philentropy'. <https://CRAN.R-project.org/package=philentropy>.

13. Ramos E, Bedoya D, Amaya S, Rodríguez K. Cuidarse es vida [Internet]. 1a ed. Vol. 1. Corporación Universitaria Adventista: SedUnac; 2018 [citado 1 de mayo de 2021]. Disponible en: <http://repository.unac.edu.co/bitstream/handle/11254/897/Cuidarse%20es%20vida.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

CAPÍTULO 8

FATORES ASSOCIADOS AO CONTROLE PRESSÓRICO DE INDIVÍDUOS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Data de submissão: 13/01/2023

Data de aceite: 01/02/2023

Rebeka Maria de Oliveira Belo

Universidade de Pernambuco, Faculdade
Nossa Senhora das Graças, Programa
Associado de Pós-Graduação em
Enfermagem UPE/UEPB (PAPGenf)
Recife - Pernambuco
ORCID: 0000-0001-6489-3002

Monique Oliveira do Nascimento

Universidade de Pernambuco, Faculdade
Nossa Senhora das Graças, Programa
Associado de Pós-Graduação em
Enfermagem UPE/UEPB (PAPGenf)
Recife - Pernambuco
ORCID: 0000-0003-3050-6582

Larissa Rayane Santos da Silva

Universidade de Pernambuco, Faculdade
Nossa Senhora das Graças, Programa
Associado de Pós-Graduação em
Enfermagem UPE/UEPB (PAPGenf)
Recife - Pernambuco
ORCID: 0000-0002-8280-5595

Xênia Sheila Barbosa Aguiar Queiroz

Universidade de Pernambuco, Faculdade
Nossa Senhora das Graças, Programa
Associado de Pós-Graduação em
Enfermagem UPE/UEPB (PAPGenf)
Recife - Pernambuco
ORCID: 0000-0003-3218-4759

Veridiana Câmara Furtado

Universidade de Pernambuco, Faculdade
Nossa Senhora das Graças, Programa
Associado de Pós-Graduação em
Enfermagem UPE/UEPB (PAPGenf)
Recife - Pernambuco
ORCID: 0000-0002-3406-4585

Isabel Cristina Ramos Vieira Santos

Universidade de Pernambuco, Faculdade
Nossa Senhora das Graças, Programa
Associado de Pós-Graduação em
Enfermagem UPE/UEPB (PAPGenf)
Recife - Pernambuco
ORCID: 0000-0002-5458-4334

Eugênia Velludo Veiga

Universidade de São Paulo, Escola
de Enfermagem de Ribeirão Preto,
Departamento de Enfermagem Feral e
Especializada
Ribeirão Preto -São Paulo, Brasil
ORCID: 0000-0003-3677-0210

Simone Maria Muniz da Silva Bezerra

Universidade de Pernambuco, Faculdade
Nossa Senhora das Graças, Programa
Associado de Pós-Graduação em
Enfermagem UPE/UEPB (PAPGenf)
Recife - Pernambuco
ORCID: 0000-0002-0974-1409

RESUMO: Objetivo: Identificar os fatores associados ao controle pressórico de indivíduos com hipertensão arterial em acompanhamento pela atenção primária. **Método:** estudo transversal, realizado com 424 indivíduos, no município de Recife, capital do estado de Pernambuco. A coleta de dados foi realizada utilizando-se um instrumento contendo as variáveis sociodemográfico e clínicas. Empregou-se os testes *Qui-Quadrado* e *Mann-Whitney* para tratamento das variáveis, estabelecendo $p < 0,05$. **Resultados:** sexo feminino ($p=0,040$), idade inferior a 60 anos ($p=0,028$), uma maior escolaridade ($p=0,006$), uma menor quantidade de anti-hipertensivos em uso ($p=0,008$) foram associados ao controle pressórico. Também, valores mais elevados de colesterol total ($p=0,015$), glicemia de jejum ($p=0,008$), triglicerídeos ($p=0,018$) e Colesterol VLDL ($p=0,012$) foram encontrados entre pessoas com descontrole pressórico. **Conclusão:** A identificação dos fatores de risco para elevados níveis tensionais corrobora com o estabelecimento de estratégias da equipe de atenção primária direcionadas às realidades sociais e clínicas dos usuários acompanhados nesse nível de atenção.

PALAVRAS-CHAVE: Hipertensão. Pressão Arterial. Atenção primária à saúde. Perfil de saúde. Enfermagem.

FACTORS ASSOCIATED WITH PRESSURE CONTROL OF INDIVIDUALS WITH ARTERIAL HYPERTENSION IN PRIMARY CARE

ABSTRACT: Objective: To identify factors associated with blood pressure control in individuals with arterial hypertension being monitored by primary care. **Method:** cross-sectional study, carried out with 424 individuals, in the city of Recife, capital of the state of Pernambuco. Data collection was performed using an instrument containing sociodemographic and clinical variables. The Chi-Square and Mann-Whitney tests were used to treat the variables, establishing $p < 0.05$. **Results:** female gender ($p=0.040$), age under 60 years ($p=0.028$), higher education ($p=0.006$), a lower amount of antihypertensive drugs in use ($p=0.008$) were associated with blood pressure control. Also, higher values of total cholesterol ($p=0.015$), fasting blood glucose ($p=0.008$), triglycerides ($p=0.018$) and VLDL cholesterol ($p=0.012$) were found among people with uncontrolled blood pressure. **Conclusion:** The identification of risk factors for high blood pressure levels corroborates the establishment of primary care team strategies aimed at the social and clinical realities of users monitored at this level of care.

KEYWORDS: Hypertension. Arterial Pressure. Primary health care. Health profile. Nursing.

INTRODUÇÃO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é um sério problema de saúde pública no Brasil e no mundo. Apresenta-se com uma característica silenciosa e sucede muitas vezes de modo assintomático, sendo responsável por 40% dos Acidentes Vasculares Encefálicos (AVE) e 25% dos Infartos Agudo do Miocárdio (IAM), evitáveis se associado a terapia anti-hipertensiva e controle pressórico adequados (PINTO; RODRIGUES, 2018).

A prevalência mundial de HAS é em torno de 31%, estando relacionada a um total de 38 milhões de óbitos de adultos no mundo. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), no Brasil a sua prevalência tem maior predomínio entre as mulheres, quando

comparado os homens. A preponderância desta condição clínica é maior em indivíduos com baixa escolaridade, o que compromete a manutenção dos valores pressóricos dentro da faixa de normalidade, propiciando o surgimento de eventualidades relacionadas à cronicidade (RÊGO et al., 2018).

Dentro da perspectiva da grande prevalência da HAS no Brasil e no mundo, é importante considerar os fatores comportamentais que interferem em seu tratamento e controle, bem como os fatores sociodemográfico e clínicos, os quais devem ser avaliados para a criação de novas estratégias pelos profissionais de saúde para o seu manejo (BALDISSEROTTO et al., 2016).

Estudo realizado na Tailândia mostrou que 54,4% dos pacientes com HAS não conseguiam atingir o controle dos níveis pressóricos (MEELAB et al., 2019), estando associado a circunferência do pescoço, comportamento sedentário por mais de 5 horas por dia e consultas médicas perdidas. Uma revisão sistemática e metanálise, identificou 24 estudos que avaliaram a adesão à medicação em indivíduos com níveis pressóricos não controlados cuja prevalência combinada variou de 3,3 a 86,1% (DURAND et al., 2017).

Estudo realizado na Etiópia com 320 pacientes a nível hospitalar identificou um percentual de 52,5% entre os participantes de Pressão Arterial (PA) não controlada, sobrepeso, comorbidade, não adesão à medicação anti-hipertensiva, a atividade física e abstinência de álcool foram considerados preditores independentes do controle da PA (GEBREMICHAEL; BERHE; ZEMICHAEL, 2019).

Estes dados intensificam a importância dos profissionais e gestores a adotarem medidas específicas e direcionadas que vão desde a motivação para a adesão ao tratamento da HAS, inserindo o indivíduo em todo o processo terapêutico (BARRETO; MATSUDA; MARCON, 2016), até a identificação do perfil sociodemográfico e clínico dos hipertensos em acompanhamento e os fatores associados uma vez que o controle da PA constitui um pilar fundamental para a prevenção de efeitos cardiovasculares indesejáveis, redução dos custos médicos e melhora na qualidade de vida, podendo representar a redução de eventos cardiovasculares em até 10% quando diminuído 2mmHg (DURAND et al., 2017).

No contexto da Atenção Primária, a identificação desses fatores serve de subsídio para nortear as ações da enfermagem e de toda equipe multiprofissional envolvida uma vez que, este nível de atenção detém um grande número de consultas ao indivíduo com HAS o que favorece a intervenção na saúde do indivíduo e da sua família de forma direcionada e eficaz. Dessa forma, o objetivo do estudo foi identificar os fatores associados ao controle pressórico de indivíduos com hipertensão arterial em acompanhamento pela atenção primária.

MATERIAIS E MÉTODOS

Aspectos éticos

O estudo contemplou os princípios éticos e legais, seguindo a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, tendo sido apreciado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Complexo Hospitalar Universitário Oswaldo Cruz e Pronto Socorro Cardiológico Universitário de Pernambuco Professor Luiz Tavares - HUOC /PROCAPE. O estudo obteve aprovação para a sua realização sob o Parecer nº 2.963.650/2018 e Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) nº 98575118.8.0000.5192.

Desenho, período e local do estudo

Estudo transversal com abordagem quantitativa, realizado no período de abril a agosto de 2018, em 16 unidades de saúde do município de Recife, capital do estado de Pernambuco ⁽⁶⁻⁹⁾. O município em questão possui uma população estimada em 1.617.183 habitantes em 2015. O sistema municipal de saúde organiza-se de forma descentralizada em 8 distritos sanitários, com 130 unidades de saúde da família representando uma cobertura de 73% no ano de 2017, foram sorteadas 2 unidades de saúde em cada região sanitária para a realização da seleção dos participantes e coleta de dados, totalizando 16 unidades.

População e amostra; critérios de inclusão e exclusão

A população do estudo foi constituída por adultos com diagnóstico de HAS que estavam em acompanhamento nas unidades de saúde. Foram incluídos indivíduos de ambos os sexos, maiores de 18 anos e excluídos os que apresentaram e, os que não compareceram no momento da coleta da amostra biológica.

O cálculo amostral foi realizado pelo software EpiinfoTM Versão 7.2 e utilizou os dados censitários do município, população foi estimada em 2015 e um total de 642.856 pessoas hipertensas cadastradas no mesmo ano (PERNAMBUCO, 2015; RECIFE, 2010). Considerando um nível de confiança de 95%, foram incluídas 424 pessoas, escolhidos por conveniência.

Protocolo de estudo

A coleta de dados foi realizada a partir da aplicação de um questionário sociodemográfico e clínico, aferição da PA e coleta de amostra biológica sanguínea.

O controle pressórico foi estimado a partir da média entre 3 aferições da PA no consultório, com o indivíduo sentado, durante a coleta do questionário, por aparelho automático digital validado e foram seguidas as recomendações da VII Diretriz Brasileira de Hipertensão. Para a realização de análises, a variável foi dicotomizada em: “normal/limítrofe”, ficando compreendido indivíduos com pressão sistólica de < 120 a 139 mmHg e diastólica < 80 a 89 mmHg, e “pressão alterada” quando a pressão arterial \geq 140 mmHg de

sistólica e ≥ 90 mmHg de diastólica (SBC, 2016).

Em relação à amostra sanguínea para análise laboratorial, os participantes foram orientados a comparecer em jejum de 12 horas na unidade de saúde do seu distrito, em dia e horário agendados previamente. A coleta foi realizada por meio da punção venosa, preferencialmente na fossa antecubital e analisadas por um laboratório especializado. Para ponto de classificação alterados foram considerados: LDL > 115 mg/dl; HDL < 40 mg/dl nos homens e < 46 mg/dl nas mulheres; Triglicerídeos > 150 mg/dl; CT > 190 mg/dl; Glicemia de jejum > 126 mg/ (SBC, 2016).

Para o cálculo do IMC considerou-se peso (kg) dividido pela altura (metro) ao quadrado. O primeiro, foi medido por balança digital com capacidade para 150 kg, precisão de 0,1 kg e a altura por estadiômetro, com precisão de 0,1 cm. Posteriormente foi classificado em normal ($\geq 18,5$ Kg/m² e < 25 Kg/m²), sobrepeso (≥ 25 Kg/m² e < 30 Kg/m²) e obesidade (≥ 30 Kg/m²) (BRASIL, 2011b).

Análise de resultados

Os dados coletados foram tabulados, as inconsistências foram corrigidas e os procedimentos de análise estatística foram realizados no software estatístico SPSS versão 20.0. Utilizou-se o teste *Qui-Quadrado* para verificar a associação das variáveis sexo, idade, raça/cor, situação conjugal, escolaridade, trabalho remunerado, renda, atividade laboral, tempo de diagnóstico, quantidade de anti-hipertensivos em uso, tempo de tratamento anti-hipertensivo com o controle dos níveis pressóricos e *Mann-Whitney* para avaliar as medianas dos exames laboratoriais, colesterol total, glicemia de jejum, *High Density Lipoprotein*, *Low Density Lipoprotein*, *Very Low Density Lipoprotein* e Triglicerídeo entre os grupos.

Para todos os testes foi considerado o intervalo de confiança de 95% como medida de precisão, estabelecendo o valor de $p < 0,05$ como significância estatística

RESULTADOS

Dentre os entrevistados, predominou-se o sexo feminino (77,1%), com idade média de (59,83) ($\pm 11,01$), raça /cor não branca (77,4 %), com baixa escolaridade (68,4%), inferior 9 anos de estudos, que não possuíam trabalho remunerado (72,4%) e com uma renda mensal de até 1 salário mínimo (60,1%).

Variáveis	Média (\pm DP) /Mediana (mín. – máx.)	Nº (%)
Sexo		
Feminino		327 (77,1)
Masculino		97 (22,9)
Idade	59,83 (\pm 11,01)	
< 60 anos		215 (50,7)
\geq 60 anos		209 (49,3)
Raça/Cor		
Branca		96 (22,6)
Não Branca		328 (77,4)
Situação Conjugal		
Com companheiro		210 (49,5)
Sem companheiro		214 (50,5)
Trabalho remunerado		
Sim		117 (27,6)
Não		307 (72,4)
Renda*	954,00 (0,00 - 4950,00)	
\leq 1 salário mínimo		255 (60,1)
$>$ 1 salário mínimo		169(39,9)

DP: Desvio Padrão; Mín.: Mínimo; Máx.: Máximo; *Renda em reais. Considera-se o salário mínimo brasileiro, vigente para o ano de 2018 (954,00)

Tabela 1. Perfil socioeconômico de indivíduos com hipertensão arterial acompanhados pela atenção primária de Recife-PE.

Quando observados os valores pressóricos e IMC, cerca de 51,3% dos participantes apresentavam PA alterada e 80,7% sobrepeso/obesidade (tabela 2). A utilização de fármacos de uso contínuo (46,7%) está relacionada as comorbidades auto referidas, como: estresse (69,6%), dislipidemias (46,1%), diabetes mellitus (35,4%), etilismo (16,4%), cardiopatias (11,9%), tabagismo (11,4%), acidente vascular encefálico (8,6%) e doença renal (6,2%).

As drogas mais utilizadas para o controle da HAS foram os Diuréticos Tiazídicos (58,3%), Bloqueadores do Receptor da Angiotensina (BRA) (53,1%), Inibidores da Enzima Conversora da Angiotensina (IECA), (33,7%) e os Betabloqueadores (22,4%). Quanto as medicações mais referidas para abordagem terapêutica das comorbidades destacam-se os Estatinas (30,2%) e os psicotrópicos (20,5%). Os dados clínicos são abordados na tabela 2.

Variáveis	Mediana (mín. –máx.)	n (%)
Classificação pressão arterial	-	
Normal		55 (13,1)
Limítrofe		150 (35,6)
Estágio 1		144 (34,2)
Estágio 2		40 (9,5)
Estágio 3		30 (7,1)
Ignorado		2 (0,5)
Índice de Massa Corporal	29,9 (16,5 – 54,2)	
Baixo peso		6 (1,4)
Eutrófico		70 (16,7)
Sobrepeso		148 (35,4)
Obesidade		194 (46,4)
Ignorado		3 (0,7)
Tempo de tratamento anti-hipertensivo (anos)	120 (6 – 784)	
≤ 10 anos		264 (62,3)
> 10 anos		160 (37,7)
Quantidade de anti-hipertensivos em uso	1 (1 – 5)	
≤ 2 drogas		325 (77,2)
3 ou mais drogas		96 (22,8)
Efeitos colaterais anti-hipertensivos	-	
Sim		71 (16,9)
Não		350 (83,1)
Urgência ou emergência hipertensiva no último ano	-	
Sim		107 (25,6)
Não		311 (74,4)
Tabagismo		
Sim		49 (11,6)
Não		375 (88,4)
Etilismo		
Sim		70 (16,5)
Não		354 (83,5)
Dislipidemia		
Sim		196 (46,2)
Não		151 (35,6)
Não sabe		77 (18,2)
Estresse		
Sim		296 (69,8)
Não		128 (30,2)
Diabetes Mellitus		

Sim	151 (35,6)
Não	273 (64,4)
Acidente Vascular Cerebral	
Sim	36 (8,5)
Não	388 (91,5)

Tabela 2. Perfil clínico dos indivíduos com hipertensão arterial acompanhados pela atenção primária em Recife-PE.

Quando analisado o histórico familiar dos indivíduos com hipertensão, foi observado que (79,2%) dos familiares tinham HAS, (58,7%) possuíam diabetes mellitus, (46,7%) já tiveram um AVC, (48,3%) alegavam ter algum tipo de cardiopatia e (41,7%) doenças renais.

O controle da PA apresentou associações significativas com o sexo feminino ($p=0,040$), a idade inferior a 60 anos ($p=0,028$), uma maior escolaridade ($p=0,006$) e uma menor quantidade de anti-hipertensivos ($p=0,008$). Todas as associações para o controle da PA estão demonstradas na tabela 3.

Variáveis	Controle da PA				p-valor ^t
	Normal/limítrofe		Alterada		
	n	%	n	%	
Sexo					
Feminino	167	51,1	160	48,9	0,040
Masculino	38	39,2	59	60,8	
Idade					
≤ 60 anos	121	53,3	106	46,7	0,028
> 60 anos	84	42,6	113	57,4	
Raça/Cor					
Branca	47	49	49	51	0,892
Não Branca	158	48,2	170	51,8	
Estado civil					
Com companheiro	100	47,6	110	52,4	0,766
Sem companheiro	105	49,1	109	50,9	
Escolaridade					
> 9 anos	78	58,2	56	41,8	0,006
≤ 9 anos	127	43,8	163	56,2	
Atividade Laboral					
Sim	63	53,8	54	46,2	0,162
Não	142	46,3	165	53,7	
Renda					
≤ 1 salário	127	49,8	128	50,2	0,462
> 1 salário	78	46,2	91	53,8	

Tempo de tratamento anti-hipertensivo (anos)					
< 10 anos	133	50,4	131	49,6	0,238
> 10 anos	72	45	88	55	
Quantidade de anti-hipertensivos					
≤ 2 drogas	170	51,8	158	48,2	0,008
> 2 drogas	35	36,5	61	63,5	

*PA: Pressão Arterial. †Teste Qui-quadrado.

Tabela 3. Controle da pressão arterial dos indivíduos com hipertensão arterial acompanhados pela atenção primária (n=424). Recife-PE, Brasil, 2018

O controle dos níveis tensionais também foi analisado em função do perfil laboratorial apresentado pelos participantes. O teste de Mann-Whitney, revelou variações significativas do controle dos níveis tensionais com o colesterol total ($p=0,015$), a glicemia de jejum ($p=0,008$), o triglicérideo ($p=0,018$) e o VLDL ($p=0,012$) estando os valores medianos superiores entre os participantes com alteração da pressão arterial (Tabela 4).

Variáveis	Pressão Arterial Alterada		p-valor *
	Mediana (mín. – máx.)		
	Sim	Não	
Colesterol Total	164,7 (51,7 -654,1)	147,5 (49,2 -594,4)	0,015
Glicemia de jejum	90,5 (35,9 – 419)	83,9 (34,2– 791)	0,008
High Density Lipoprotein	41,6 (14,8 – 92,1)	37,5 (11,7 – 126,6)	0,064
Low Density Lipoprotein	91,7 (0 -558,8)	83,2 (0 – 522,8)	0,147
Triglicérideo	126 (32 – 1244)	110 (32 – 544)	0,018
Very Low Density Lipoprotein	25,4 (0 – 248,8)	22 (6,30 – 108,9)	0,012

*Teste de Mann-Whitney

Tabela 4. Avaliação dos valores de pressão arterial em função do perfil laboratorial de indivíduos com hipertensão arterial acompanhados na atenção primária (n=424). Recife-PE, Brasil, 2018.

DISCUSSÃO

A epidemiologia atual das doenças crônicas vem demonstrando que os indivíduos de faixa etária abaixo dos 60 anos estão cada vez mais sendo acometidos, desencadeando um elevado número de mortes prematuras, perda de qualidade de vida, e suscita impactos negativos à vida econômica das pessoas, seus familiares e da sociedade (MARIOSIA;

FERRAZ; SANTOS-SILVA, 2018).

Os achados deste estudo também evidenciaram uma associação relevante entre a idade inferior a 60 anos com a adequação da pressão arterial, resultado convergente ao encontrado no estudo realizado no Paraná (RÊGO et al., 2018). Foi constatado que conforme a idade progride, amplia-se o risco de complicações relacionadas a referida patologia, o que torna necessário a intensificação de ações práticas que visem atenuar as vulnerabilidades e/ou riscos relacionados.

Os resultados demonstram a prevalência de mulheres acometidas com a HAS, corroborando com os estudos realizados em unidades de atenção primária à saúde em: Parque Verde (PA) (64%), Paraná (62,3%), Belo Horizonte (60,9%), Picos (PI) (68,3%). Tais dados podem estar relacionados com um maior cuidado e conscientização da maior procura aos serviços de saúde das mulheres quando comparado aos homens (RÊGO et al., 2018; AMARAL et al.;2018; COSTA et al., 2017; SILVA; SANTOS; SORARES; SILVA, 2018; GOIS et al., 2016). Dessa maneira, uma maior predominância de mulheres na amostra não necessariamente signifique maior acometimento da HA entre as mulheres (MALTA et al., 2017).

Quando observadas as características étnicas é visto que mais da metade dos indivíduos que se declaram não brancos, abrangendo raça preta, parda e indígena (77,4%), características semelhantes foram encontradas no estudo realizado em Belo Horizonte (MG) (SILVA; SANTOS; SORARES; SILVA, 2018). No que se refere a situação conjugal, os resultados apresentados diferem de outros estudos nacionais encontrando um percentual mais elevado de indivíduos com companheiro (PINTO; RODRIGUES, 2018; BALDISSEROTTO et al.,2016; MEELAB et al.,2019; DURAND et al., 2017; GEBREMICHAEL; BERHE; ZEMICHAEL, 2019; BARRETO;MATSUDA; MARCON, 2016).

No que se refere ao controle tensional, a prevalência de participantes fora da faixa terapêutica, foi semelhante à encontrada em outro estudo brasileiro que encontrou um percentual de 56,1% (n=360) em São Paulo e 50,4%(n=397) (FAVA et al. 2017). A VII Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial, norteia quanto a medidas terapêuticas não medicamentosas que se mostram eficazes no controle da PA, como: medidas nutricionais, práticas de atividades físicas, fim do tabagismo, controle do estresse, dentre outros (SBC, 2016).

Estudo realizado no Distrito Federal com idosos acometidos pela HAS, ao analisar a associação dos fatores sociodemográfico com o controle da PA identificou apenas a associação com a idade e as médias dos exames laboratoriais também foram superiores no grupo que não tinha controle sobre os níveis de PA como encontrado nos dados apresentados (SANTANA; RODRIGUES;STIVAL; VOLPE, 2019).

O percentual de participantes em estágio I e II de hipertensão foi de (34,2%) e (9,5 %), respectivamente. Tais dados foram encontrados de forma semelhante em uma pesquisa realizada em Campina Grande (PB), cujo percentual de hipertensos em estágio

I era de (31,0%) e estágio II (16,1%), demonstrando que um dos agravantes que podem estar associados ao descontrole tensional se apresenta pela deficiência da adesão à terapêutica, baixa taxa de conhecimento acerca da doença, assim como o maior índice de faltas à consultas médicas, resultando no descontrole da PA (GOMES et al., 2018).

Entre os fatores de riscos cardiovasculares, a dislipidemia, diabetes mellitus e IMC acima do esperado foram as comorbidades mais prevalentes. Tais semelhanças foram observados no estudo realizado em Sergipe, onde (55,4%) apresentam dislipidemia e (64,9%) IMC inadequado. Estes, estão associados a outras condições patológicas relacionadas a HAS, como doença arterial coronariana, insuficiência cardíaca e AVC (GOIS et al., 2016).

Em relação as classes do anti-hipertensivos mais utilizados foram os Diuréticos Tiazídicos (58,3%), BRA (53,1%), IECA, (33,7%) e os Betabloqueadores (22,4%). Esses resultados corroboram com outros estudos nacionais nos quais as classes de hipertensivos mais dispensadas eram os diuréticos e os IECA's (MOREIRA; SILVA; PETITO, 2015; TAVARES et al., 2016).

A presença de comorbidades acarretam o maior uso de fármacos, por consequência o aumento do número de doses de medicamentos, que associado ao conhecimento deficitário sobre o tratamento podem levar à dificuldade de gerenciamento adesão à terapia, resultando no descontrole pressórico (PEREIRA; LANZA; VIEGAS, 2019). Este fato foi evidenciado no presente estudo, uma vez que a maior escolaridade e uma menor quantidade de anti-hipertensivos foram associados ao controle adequado da pressão arterial corroborando também com estudos nacionais (AMARAL et al., 2018; BARRETO; MATSUDA; MARCON, 2016; COSTA et al., 2017; FAVA et al., 2017; GOIS et al., 2016; GOMES et al., 2018; MOREIRA; SILVA; PETITO, 2015; RÉGO et al., 2018; SILVA; SANTOS; SOARES; SILVA, 2018) que por sua vez, também identificaram como fator de proteção para o controle da PA o uso de até duas medicações para o controle dos níveis tensionais (MOREIRA; SILVA; PETITO, 2015).

Em relação ao perfil laboratorial dos hipertensos, foi evidenciado que maiores níveis de colesterol, de glicemia de jejum, triglicérides e colesterol VLDL foram encontrados, de forma estatisticamente significativa, no grupo de hipertensos com descontrole dos níveis tensionais. A presença dos achados reforça que a HAS é uma condição clínica de origem multifatorial que está associada a distúrbios metabólicos, alterações funcionais e/ou estruturais de órgãos-alvo que se agrava na presença de fatores de risco como dislipidemia, DM e fatores comportamentais como tabagismo, sobrepeso/obesidade, sedentarismo (SCHOENTHALER et al., 2017).

Por essa razão o acometimento de doenças crônicas relacionados a vulnerabilidade social, requer um empenho da equipe de saúde no traçado de estratégias que possibilitem o acesso facilitado ao tratamento, com observação as medidas terapêuticas adotadas e sua compatibilidade com o nível social para que favoreça a adesão ao tratamento, a fim de

reduzir os índices de descontrole pressórico (MOREIRA; SILVA; PETITO, 2015).

Diretrizes recomendam o uso de estratégias de telessaúde para controle dos níveis pressóricos como gravações remotas da PA, estabelecimento de prescrições eletrônicas, educação em saúde, acolhimento e aconselhamento eletrônico dos pacientes (ACC/ AHA, 2018). Um ensaio clínico randomizado com 297 participantes, cuja intervenção foi a partir do monitoramento da PA por meio de um aplicativo para smartphone, identificou após 6 meses de seguimento uma redução nas pressões sanguíneas superior no grupo intervenção. Ao fim, o estudo aponta que a análise de subgrupos identificou que os efeitos da intervenção diferem com a idade, fato este, que reforça a importância da intervenção ser o mais individualizada possível, levando em consideração as especificidades do sujeito (PERSELL et al., 2020).

LIMITAÇÕES DO ESTUDO

As limitações do presente estudo estão relacionadas a dois aspectos: a) o fato de os participantes do estudo terem sido selecionados a partir daqueles presentes na Unidade de Saúde na abordagem, o que resultou em uma amostra constituída em sua maioria por mulheres; b) Impossibilidade de estabelecer relações causais entre exposição e o desenvolvimento da doença uma vez que o delineamento transversal apresenta essa limitação.

CONTRIBUIÇÕES PARA A ÁREA

Os achados deste estudo podem contribuir com o planejamento das ações de enfermagem voltadas as pessoas com hipertensão arterial no contexto da atenção primária, propiciando uma reavaliação das práticas utilizadas para o manejo dos níveis pressóricos e seus fatores associados. Dessa forma, a consulta de enfermagem se baseia nas necessidades individuais do indivíduo, apresentando-se de forma mais holística o que a torna mais resolutiva e efetiva.

Ademais, no contexto da atenção primária, o enfermeiro possui funções que vão desde a gestão até a ações frente ao atendimento e acompanhamento dos indivíduos, acometidos com a hipertensão arterial, famílias e comunidade a fim de garantir uma assistência integral, promoção, proteção e prevenção de agravos a saúde, por isso, se faz importante conhecer os fatores de proteção e risco para o controle da pressão arterial, dessa forma, o papel do enfermeiro nesse contexto responde ao novo modelo assistencial proposto pelo Sistema Único de Saúde do Brasil.

CONCLUSÃO

Conclui-se que a maioria dos participantes estavam fora da faixa terapêutica, sendo

verificado associações estatísticas significativas entre o controle pressórico e o sexo feminino, a idade inferior a 60 anos, uma maior escolaridade, uma menor quantidade de anti-hipertensivos. O presente estudo encontrou ainda valores mais elevados de colesterol total, da glicemia de jejum, dos triglicerídeos e do Colesterol VLDL entre pessoas com hipertensão arterial com descontrole pressórico.

Tais resultados demonstram a importância do traçado de estratégias das equipes de saúde voltados a atenção primária a saúde, visto ser a porta de entrada desses usuários, onde tais medidas recebam e atenda as realidades e particularidades sociais de cada indivíduo visando uma assistência individualizada, sendo a enfermagem um grande facilitador e promotor deste processo.

REFERÊNCIAS

ACC/AHA/AAPA/ABC/ACPM/AGS/APhA/ASH/ASPC/NMA/PCNA guideline for the prevention, detection, evaluation, and management of high blood pressure in adults: a report of the American College of Cardiology/American heart association Task force on clinical practice guidelines. *Hypertension* 2018;71:e13–115. doi:10.1161/HYP.000000000000006

Amaral AA, Leal B do N, Mesquita CR, Nogueira LMV, Rodrigues R. O perfil socioeconômico e clínico de pacientes matriculados no programa hiperdia em Belém (PA). *Saúde e Pesquisa*. 2018; 11(2): 377-383. doi: 10.17765/2176-9206.2018v11n2p377-383.

Baldiasserotto J, Kopittke L, Nedel FB, Takeda SP, Mendonça CS, Sirena SA, Diercks MS, Lima LA de, Nicolau B. Socio-demographic characteristics and prevalence of risk factors in a hypertensive and diabetics population: a cross-sectional study in primary health care in Brazil. *BMC public health*. 2016;16(1): 573. doi:10.1186/s12889-016-3230-7.

Barreto M da S, Matsuda LM, Marcon SS. Fatores associados ao inadequado controle pressórico em pacientes da atenção primária. *Esc. Anna Nery*. 2016; 20(1): 114-120. doi:10.5935/1414-8145.20160016.

Brasil. Ministério da Saúde. Orientações para coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde: norma técnica do sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN. Brasília, 2011b. (Série G. Estatística e Informação em Saúde).

Costa K de M, Guedes IH, Borges FM, Silva AZ da, Machado ALG, Vieira NFC. Clinical and epidemiological profile and adhesion to the treatment of elderly hypertension. *Rev. enferm. UFPE*. 2017; 11 (12): 4906-4912. doi:10.5205/1981-8963-v11i12a22996p4906-4912-2017.

Durand H, Hayes P, Morrissey EC, Newell J, Casey M, Murphy AW, Molloy GJ. Medication adherence among patients with apparent treatment-resistant hypertension: systematic review and meta-analysis. *J Hypertens*. 2017 Dec;35(12):2346-2357. doi: 10.1097/HJH.0000000000001502.

Fava SMC, da Silva PC dos S, Paiva GIW, Moreira GD, Pereira MJ, Velludo VE. Clases de antihipertensivos y su combinación entre personas con hipertensión arterial sistémica en el sistema público. *Enferm. Glob*. 2017;16(45): 20-50. doi: 10.6018/eglobal.16.1.234511.

Gebremichael GB, Berhe KK, Zemichael TM. Uncontrolled hypertension and associated factors among adult hypertensive patients in Ayder comprehensive specialized hospital, Tigray, Ethiopia, 2018. *BMC Cardiovasc Disord.* 2019. 22;19(1):121. doi: 10.1186/s12872-019-1091-6.

Gois CFL, Santos JFS, Lima ACR, Gonçalves GM, Santos FLLSM, Teixeira JR de M, Barreto MAS Perfil sociodemográfico e clínico de hipertensos atendidos por equipe de saúde da família. *Rev. Min. Enferm.* 2016; 20. doi: 10.5935/1415-2762.20160030.

Gomes IV, Souza L dos S, Meneses ASS de, Mendes JMS, Almeida XSBA, Almeida T da CF. Caracterização dos usuários hipertensos atendidos em unidade de pronto atendimento 24 horas. *Nursing (São Paulo)* [Internet]. 2018 [cited 2021 Jan 29]; 21(239): 2114-2118. Available from: http://www.revistanursing.com.br/revistas/239-Abril2018/caracterizacao_dos_usuarios_hipertensos_atendidos.pdf

Malta DC, Bernal RTI, Andrade SSC de A, Silva MMA da, Velasquez-Melendez G. Prevalência e fatores associados com hipertensão arterial autorreferida em adultos brasileiros. *Rev. Saúde Pública.* 2017; 51(Suppl 1):11. doi:10.1590/s1518-8787.2017051000006.

Mariosa DF, Ferraz RRN, Santos-Silva EM dos. Influence of environmental conditions on the prevalence of systemic hypertension in two riverine communities in the Amazon, Brazil. *Ciênc. Saúde Colet.* 2018; 23(5):1425-1436. doi:10.1590/1413-81232018235.20362016.

Meelab S, Bunupuradah I, Suttiruang J, Sakulrojanawong S, Thongkua N, Chantawiboonchai C, 6Chirabandhu P, Lertthanaporn S, Suwanthip K, Songsaengthum C, Keattisaksri B, Trakulsuk P, Pittapun A, Nata N, Rangsin R, Sakboonyarat B. Prevalence and associated factors of uncontrolled blood pressure among hypertensive patients in the rural communities in the central areas in Thailand: A cross-sectional study. *PLoS One.* 2019;14(2):e0212572. doi: 10.1371/journal.pone.0212572.

Moreira PC, Silva LB, Petito G. Comorbidade entre diabetes mellitus e hipertensão arterial sistêmica em clientes de ESF de Ceres-Goiás. *Rev. Eletro. da Facul. de Ceres*, [Internet]. 2015 [cited 2020 Apr 01] v. 4, n. 2.. Available from: <http://periodicos.unievangelica.edu.br/index.php/refacer/article/view/3349/2349>

Pereira NPA, Lanza FM, Viegas SMF. Living under treatment for Systemic Hypertension and Diabetes Mellitus: Feelings and behaviors. *Rev Bras Enferm.* 2019;72(1):102-10. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0500>.

Pernambuco, Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco. Departamento de Informática do SUS - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), 2015. [cited 2017 Apr 30]. Available from: <http://tabnet.saude.pe.gov.br/>.

Persell SD, Peprah YA, Lipiszko D, Lee JY, Li JJ, Ciolino JD, Karmali KN, Sato H. Effect of Home Blood Pressure Monitoring via a Smartphone Hypertension Coaching Application or Tracking Application on Adults With Uncontrolled Hypertension: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Netw Open.* 2020. 2;3(3):e200255. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2020.0255

Pinto ESO, Rodrigues WN. Sistematização da Assistência de Enfermagem na Atenção Primária a pessoas portadoras de hipertensão arterial. *Nursing (São Paulo)* [Internet]. 2018 [cited 2021 Jan 29]; 21: 2036-2040. Available from: http://www.revistanursing.com.br/revistas/237Fevereiro2018/sistematizacao_da_assistencia_de_enfermagem.pdf

Recife, Secretaria Executiva de Vigilância à Saúde, Secretaria de Saúde do Recife. População do Recife: censo demográfico - 2010 e projeções - 2010 a 2016. Recife, 2010. 31p.

Rêgo A da S, Laqui V dos S, Trevisan FG, Jaques AE, Oliveira RR de, Radovanovic CAT. Fatores associados à pressão arterial inadequada de pessoas com hipertensão. *Cogitare Enferm.* 2018; 23 (1): e54087. doi:10.5380/ce.v23i1.54087.

Santana B de S, Rodrigues BS, Stival MM, Volpe CRG. Hipertensão arterial em idosos acompanhados na atenção básica: perfil e fatores associados. *Esc. Anna Nery.* 2019; 23(2).doi:10.1590/2177-9465-ean-2018-0322.

Schoenthaler A, Knäfl GJ, Fiscella K, Ogedegbe G. Addressing the social needs of hypertensive patients. *Circulation: cardiovascular quality and outcomes.* 2017;10(9):1-14. doi: 10.1161/CIRCOUTCOMES.117.003659.

Silva P, Santos F, Soares S, Silva L. Sociodemographic and clinical profile of elderly persons accompanied by Family Health teams under the gender perspective. *Rev. de Pesqui., Cuidado é Fundamental [Internet].* 2018 [cited 2021 Jan 5]; 10(1): 97-105. Available from: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/5987>.

Sociedade Brasileira de Cardiologia. Sociedade Brasileira de Hipertensão. VII Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Volume 107, Nº 3, Suplemento 3, Setembro 2016 [citado em 2019 junho 20]; 95(1 supl.1) Disponível em: http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2016/05_HIPERTENSAO_ARTERIAL.pdf

Tavares DM dos S, Guimarães M de O, Ferreira PC dos S, Dias FA, Martins NPF, Rodrigues LR. Qualidade de vida e adesão ao tratamento farmacológico entre idosos hipertensos. *Rev. Bras. Enferm.* 2016; 69(1): 134-141. doi: 10.1590/0034-7167.2016690118i.

MUERTE POR COVID-19 EN LA POSPANDEMIA: UNA VIVENCIA EN EL CUIDADO DE ENFERMERIA

Data de aceite: 01/02/2023

Neris Marina Ortega Guevara

PhD - Carrera de Enfermería, UMET,
Guayaquil, Ecuador

Yanetzy Loimig Arteaga Yáñez

MSc - Carrera de Enfermería, UMET,
Guayaquil, Ecuador

Yoel López Gamboa

MSc - Carrera de Enfermería, UMET,
Guayaquil, Ecuador

Eiro Alexander Medina Ortega

Ing - Investigador independiente,
Guayaquil, Ecuador

RESUMEN: Esta investigación tiene como **objetivo general** describir la muerte por Covid- 19 en la postpandemia: Una vivencia en el cuidado de enfermería. Aunque la finalización de la emergencia sanitaria fue decretada el 5 de abril 2022, iniciando de esta manera el periodo postpandemia aún siguen presentándose morbimortalidad por covid-19 en la población mundial. **Metodología:** Es un estudio cualitativo fenomenológico hermenéutico donde el método seleccionado para la interpretación de la información fue el de Spiegelberg. Los elementos claves fueron cuatro enfermeras

ecuatorianas que cuidan pacientes en estado crítico por contagio del covid-19 dentro de la unidad de cuidado intensivo.

Resultados: 1.- El cuidado del paciente críticamente enfermo por covid-19, es extenuante, impredecibles, con riesgos biológicos de bacterias y virus que coexisten con el SarsCoV-2. 2.- Indicadores de posibilidad de muerte en el paciente con covid-19: hipoxemia, soporte ventilatorio y falla multiorgánica. 3.-La vivencia de muerte del paciente por covid-19, está relacionado creencias religiosas, del impacto psicológico y estrategias emocionales que realiza para mantener su salud mental. **Conclusiones:** 1.-A pesar de la postpandemia el cuidado del paciente críticamente enfermo por covid-19, sigue siendo un trabajo extenuante como todo paciente que desarrolla síndrome de distrés respiratorio agudo (SDRA), con riesgo de contagio por el desarrollo de coinfecciones y presencia de bacterias resistentes a los antibióticos. 2.-El enfermero reconoce los indicadores de mortalidad. 3.-Las creencias religiosas y las estrategias coping como recursos psicológicos para afrontar el dolor, la ansiedad y el terror que produce vivenciar la muerte de otros.

PALABRAS CLAVE: Muerte, postpandemia,

RESUME: The general objective of this research is to describe death from Covid-19 in the post-pandemic: An experience in nursing care. Although the end of the health emergency was decreed on April 5, 2022, thus beginning the post-pandemic period, morbidity and mortality from covid-19 still continue to occur in the world population. Methodology: It is a qualitative hermeneutic phenomenological study where the method selected for the interpretation of the information was that of Spiegelberg. The key elements were four Ecuadorian nurses who care for patients in critical condition due to covid-19 infection inside the intensive care unit. Results: 1.- The care of the critically ill patient due to covid-19 is strenuous, unpredictable, with biological risks of bacteria and viruses that coexist with SarsCoV-2. 2.- Indicators of the possibility of death in the patient with covid-19: hypoxemia, ventilatory support and multi-organ failure. 3.-The experience of death of the patient by covid-19, is related to religious beliefs, the psychological impact and emotional strategies that he uses to maintain his mental health. Conclusions: 1.-Despite the post-pandemic, the care of the critically ill patient due to covid-19 continues to be strenuous work, like all patients who develop acute respiratory distress syndrome (ARDS), with risk of contagion due to the development of coinfections and presence of antibiotic resistant bacteria. 2.-The nurse recognizes the mortality indicators. 3.-Religious beliefs and coping strategies as psychological resources to deal with pain, anxiety and terror caused by experiencing the death of others.

KEYWORDS: Death, post-pandemic, covid-19, nursing, care, workload, mental health.

1 | INTRODUCCION

Describir la muerte por Covid- 19 en la postpandemia: Una vivencia en el cuidado de enfermería, es el objetivo general de esta investigación cualitativa de corte fenomenológico. Trabajo de investigación que tienen su significado teórico y práctico para la enfermería como ciencia, pues la muerte por covid-19, es un fenómeno que se sucede con mucha frecuencia durante el cuidado y que está siendo visualizado como un fenómeno meramente biológico o el acabamiento del ser ahí. Sin embargo, la muerte de estos pacientes debe ser visto como un acontecimiento psicológico-social-cultural que influye en la subjetividad del cuidador-ser cuidado-familia.

La muerte ha estado presente a lo largo de la historia de la humanidad, forma parte del pensamiento del hombre como acontecimiento histórico sociocultural en sus diversas dimensiones. Para comprender la posibilidad de muerte durante el cuidado humano, tenemos que estudiarla como parte del ser ahí que se presenta como el objeto-sujeto de estudio.

1.1 Antropología de la muerte

Para Heidegger, la muerte no es la terminación del ser, porque la muerte no es algo que llega al ser después de finalizar la vida. De hecho, la muerte no es un fenómeno que el “ser ahí” pueda llegar a experimentar. Esto ni siquiera a través de la muerte de los otros, pues, vista como un fenómeno que les sucede a los otros, no necesariamente me remite

a asumir que la muerte es siempre mi posibilidad. Ver la muerte como algo que sucede fuera de mí constituye en realidad la visión que se tiene de la muerte. El morir, “es algo que cada ‘ser ahí’ tiene que tomar en su caso sobre sí mismo. La muerte es, en la medida en que ‘es’, esencialmente en cada caso la mía” (1). Es compleja la visión que tiene Heidegger de la muerte, por lo que debemos entender que el paciente con covid-19, es un ser para la muerte. Es decir, que la muerte es la posibilidad que tiene cada ser, que no puede ser experimentada a partir de la muerte del otro, sólo él puede vivir su muerte. De esta manera, cuando la muerte sobreviene en el paciente covid-19, una vez que sucede no la puede experimentar porque la vida no está más en el ser ahí, además el cuidador enfermero y el familiar no podrán experimentar la muerte a través de la muerte del otro, sin embargo, su angustia y su dolor por la muerte del otro es por la posibilidad de la suya misma.

En esta vivencia del cuidado durante la muerte del paciente con covid-19, el enfermero se confronta con ella, la sufre, se supone como debe ser, esta vivencia dependerá de sus creencias, de su cultura. Por otra parte, el paciente que está muerto no puede dar la razón de la pérdida de su ser, aunque sabía que algún día moriría. El morir es algo que cada ser ahí tiene que tomar en su caso sobre sí mismo; la muerte no debe comprenderse como una parte que se agrega al ser en el final de su vida, por el contrario, está en él desde que este es (2)(3).

Durante el cuidado enfermero del paciente moribundo, existen dimensiones que rodean estas vivencias entre las cuales están el significado de la muerte de acuerdo a sus creencias, el compromiso emocional, el entorno o factores ambientales, la toma de decisiones que tiene que realizar frente a la limitación del soporte vital y la interacción con la familia (1). Cuando la enfermera cuida a un paciente al final de la vida, necesariamente se confronta con la muerte como una posibilidad del ser ahí y también con su propia muerte, se pregunta porque sucede, que puede hacer para evitarla, busca refugio en sus creencias, lo que conlleva a un aumento del trabajo emocional, aunado a la preocupación del riesgo de salud a la que está sometida.

Desde el punto de vista psicológico, el cuidado de pacientes críticamente enfermos al final de la vida desencadena niveles elevados de preocupación, temor y ansiedad en el cuidador enfermero. La pérdida de personas queridas y el dolor asociado al proceso de morir, son las situaciones más ansiógenas vivenciadas en el cuidado del paciente crítico. A pesar de este impacto emocional, el cuidador enfermero, está consciente de sus temores y emociones de forma clara, permaneciendo al lado del paciente, dando acompañamiento emocional al paciente y su familia como expresión de la identidad profesional (4). Esta conducta evidenciada en el cuidado de enfermería en pacientes críticamente enfermos con gran posibilidad de muerte tanto en la pandemia como en la postpandemia, ha dibujado el rol la imagen de la enfermería centrada en el cuidado humano, donde emerge el cuidado transpersonal que es “una clase especial de cuidado humano que depende del compromiso moral de la enfermera, de proteger y realzar la dignidad humana”, lo que permitirá trascender

el cuidado humanizado que brinda el profesional de enfermería en la práctica a pesar de sus temores y preocupaciones relacionadas con la posibilidad de muerte del paciente con covid-19 críticamente enfermo (5).

El impacto psicológico que vive la enfermera durante el cuidado de pacientes críticos con síndrome de distrés respiratorio por covid-19, a parte de la posibilidad que este tiene de muerte debido a las limitaciones terapéuticas, corre el riesgo de adquirir el virus del Sars-Cov2, esta situación añade otras preocupaciones de estrés laboral. Para afrontar esta situación de estrés laboral, la enfermera debe centrarse en el problema y en sus sentimientos y emociones, de esta manera el primero intentaría influir en la fuente del estrés y el segundo intentaría minimizar las emociones negativas a través de estrategias como expresiones emocionales, búsqueda de apoyo y evitación (6).

El comportamiento de como la enfermera afronta el estrés laboral durante el cuidado del paciente críticamente enfermo con posibilidad de muerte, es explicado a través del modelo transaccional del estrés de Lazarus y Folkman (7), en este modelo, la enfermera que cuida al paciente crítico con posibilidad de morir por covid-19, está en permanente interacción con el paciente haciendo frente a las demandas de cuidado que este requiere en forma continuada. De esta forma, la enfermera realiza dos tipos de valoraciones de la situación estresante del cuidado: una primaria (de la situación como tal) y una secundaria (de los recursos que dispone para hacerla frente). Dependiendo del resultado de estas dos valoraciones, la enfermera pondrá en marcha una u otra estrategia de afrontamiento.

Morín señala que la muerte no es enemiga de la vida, una vez que se integra a ella, permite su regeneración. La muerte entonces, le permite a la vida continuar, realizarse una y otra vez, nacer infinitamente. La muerte es indispensable para que la vida siga, la muerte de los individuos es asegurar la permanencia de la especie. Sin la muerte de los individuos la vida de este planeta ya estuviera agotada, no habría recursos con los cuales subsistiera la especie. La muerte asegura la vida. Esto significa que la muerte es la posibilidad de vida a los que están por llegar. Sin embargo, es la enemiga mortal del individuo sujeto, extermina su existencia introduciendo la contradicción, la tristeza y el horror en su corazón. La contradicción entre el egocentrismo del sujeto, que es todo para él mismo, más que también se sabe un ser para la muerte, predestinado a la nada, se torna fuente de la más profunda angustia humana, o sea la certeza de su aniquilamiento, acompañada por la incerteza de su hora (8).

Por otra parte, el hombre tiene la conciencia de la muerte, como destrucción de la individualidad entre los seis y ocho años de edad, esta conciencia se mantiene presente durante toda la vida y no solamente en el momento de su acontecimiento, esto nos separa inexorablemente de la animalidad. Al mismo tiempo en que la muerte humana consiste en la conciencia de aniquilación del individuo, implica también el rechazo de esa aniquilación, expresado desde las sociedades arcaicas, en los mitos y ritos de sobrevivencia después de la muerte como un doble (sobrevivencia como fantasma, espectro) o de renacimiento

en un nuevo ser o lo mismo para los que no creen en la posibilidad de la vida después de la muerte, ese es el motivo de sufrimiento y angustia. Es cierto que hay diversidad en la manera de aceptar e incorporar la muerte, depende de la cultura, mas no es posible erradicar la unidad mental humana antes de la muerte (8) (9)(10). Esta conciencia de la muerte nos permite ver las invisibles cualidades de la vida. Por tal motivo, todo ser humano posee una percepción de su propia muerte, de su propia agonía, única e irreparable, así, como ya hemos visto, vida y muerte se presentan como si fueran una sola cosa.

En otro orden, la expresión de dolor que expresan los enfermeros ante la muerte de pacientes con covid-19, se explica desde la visión antropológica, que lo relaciona con la emoción originaria de nuestros duelos, al horror que sentimos por la descomposición del cadáver y que es sentida como contagiosa. El duelo sentido por la muerte del paciente, es visto también, como una ofrenda a los muertos, en la búsqueda de recibir su beneplácito. Desde el punto de vista religioso, como castigo por el pecado original. Desde la psicología existencial, la conciencia de la muerte es una angustia que acompaña al humano desde que sabe que es mortal. La conciencia traumática de la muerte, emerge cuando confrontamos la muerte de un ser querido, sentimos pérdida de la individualidad, concientizamos nuestra propia muerte en la muerte del otro, nos damos cuenta que no somos inmortales. Sentirse que somos mortales, afirma el terror a la muerte, el terror a la muerte afirma la conciencia traumática, y esta se mitiga en la creencia de la inmortalidad (8)(9) (10)(11)(12)

Debemos entender que, la muerte por Covid-19, es un fenómeno de gran impacto emocional, pues genera temor e incertidumbre porque tomamos conciencia de nuestra propia finitud, percibimos que somos mortales y por lo tanto frágiles ante esta entidad llamada SARS-CoV-2, que ha causado la muerte de millones de seres humanos. La muerte del paciente por Covid-19, no se diferencia de otras muertes, es una realidad biológica y cultural que podemos describir. Sabemos que pasa justo antes que irrumpa en la conciencia y lo desvanezca todo. Sin embargo, únicamente conocemos el dato biológico inmanente al cuerpo material, no sabemos que pasa después porque poco sabemos de ella(9)

1.2 Situación actual del covid-19 en la postpandemia

Ahora bien, ante la mortalidad ocurrida durante la pandemia del coronavirus SARS-CoV-2, causante de la COVID-19, los enfermeros tenemos presente la conciencia traumática de la muerte (13), donde se pudo evidenciar incertidumbre ante este fenómeno, donde muchos pacientes aun con factores de riesgo no murieron y otros si fallecieron. Desde el comienzo, la edad y las patologías previas se han revelado como factores de riesgo, algo habitual en otras infecciones como la gripe. Pero en la actualidad un número de personas jóvenes y sanas incluyendo niños sucumben al virus con gran posibilidad de morir.

Desde el punto de vista epidemiológico, la OPS (14) ha reportado a finales del año 2022 un aumento de casos y defunciones. A nivel subregional, los casos y muertes por COVID-19 aumentaron en dos subregiones: la subregión de América del Sur y la subregión

de América Central. Esta situación epidemiológica causa gran preocupación en el personal de salud, específicamente el personal de enfermería que vivió la situación de pandemia desde el año 2020.

Estudios realizados en postpandemia (15), han evidenciado el impacto en la salud mental de los enfermeros que vieron a sus pacientes morir por complicaciones del covid-19, motivo por el cual presentaron depresión, ansiedad, estrés, insomnio, burnout y miedo al covid-19, por lo que la crisis sanitaria del SARSCoV-2 ha generado un impacto psicológico en enfermería.

2 | EL CAMINO METODOLÓGICO

Esta es una investigación de tipo cualitativa con el enfoque fenomenológico y uso de la hermenéutica. La investigación cualitativa, de acuerdo a lo manifestado por Taylor y Bogdan es aquella donde el investigador ve el escenario de las personas desde una perspectiva holística (16). Los informantes claves fueron 4 profesionales de enfermería del sexo femenino que laboran en las unidades de cuidado intensivo de un hospital en la Ciudad de Guayaquil. Asimismo 2 informantes externos, quienes son familiares de pacientes fallecidos por covid-19 en la postpandemia. Los criterios para la inclusión de los informantes claves fueron: Edades entre 30 y 65 años, participar voluntariamente en el estudio, con experiencia laboral entre 5 y 10 años de servicio. El rigor metodológico se realizó, a través de los criterios la credibilidad, la audibilidad y la transferibilidad (16)(17). Para respetar el aspecto ético de esta investigación los participantes en esta investigación firmaron un consentimiento informado, el cual es el resultado de la autonomía de los informantes.

El Método seleccionado para la interpretación de la información fue el Método de Spiegelberg (17) que consiste en seis fases:

Fase 1: Descripción del fenómeno: dando repuesta a la interrogante ¿Cuál es la vivencia que tiene la enfermera y el familiar del paciente críticamente enfermo por covid-19 ante la posibilidad de muerte en la postpandemia?

Fase 2: Búsqueda de múltiples perspectivas: Describe el fenómeno desde diversos puntos de vista, desde la perspectiva de los informantes claves e informantes externos por medio de la entrevista en profundidad.

Fase 3: Búsqueda de la esencia y la estructura: a través de un proceso reflexivo del análisis y organización de la información obtenida.

Fase 4: Constitución de la significación: para obtener el significado de las vivencias que le dan los informantes claves al fenómeno de estudio.

Fase 5: Suspensión de juicio: Se recoge la información y el investigador se va familiarizando con el fenómeno objeto de estudio.

Fase 6: Interpretación del fenómeno: Aquí se le da la significación del fenómeno

tomando como base la teoría existente.

3 | RESULTADOS

¿Partiendo de la pregunta norteadora ¿Cuál es la vivencia que tiene la enfermera y el familiar del paciente críticamente enfermo por covid-19 ante la posibilidad de muerte en la postpandemia?, emergieron las siguientes categorías:

1.-El cuidado del paciente críticamente enfermo por covid-19, vivenciado por la enfermera: el cuidado del paciente críticamente enfermo por covid-19, es un trabajo extenuante, con situaciones impredecibles, preocupante por el riesgo al contagio a pesar de las vacunas, y con temor por la resistencia bacteriana a los antibióticos y la debilidad inmunológica que estamos presentando a los virus que coexisten con el SarsCoV-2

1.1.- El cuidado del paciente críticamente enfermo por covid-19 es extenuante y riesgoso:

Es extenuante agotador..., es de riesgo por el déficit de materiales, y a pesar que los casos son en menor frecuencia que al inicio de la pandemia.... existe el riesgo de morir por las complicaciones que sufre el paciente..... todos los días debo llevar al laboratorio exámenes y buscar los resultados...la experiencia pasada con la epidemia fue agotadora...A pesar de los pocos casos que llegan a la UCI, sabemos ya lo que requieren estos pacientes: medicación, monitoreo respiratorio, colocar en posición prona...hay poco personal para cuidar estos pacientes...turnos de muchas horas sin descanso... Esto requiere tiempo y dedicación...el cuidado es impredecible y en cualquier momento cualquier cosa le puede suceder”

Podemos evidenciar en las hablas de los informantes claves, que el cuidado del paciente crítico por covid-19, sigue siendo una labor agotadora para el cuidador enfermero por las múltiples actividades que se desprenden de este cuidado como la administración de fármacos, el monitoreo respiratorio, el déficit de personal, turnos de más de 8 horas sin descanso, todo esto aunado al riesgo de muerte que tiene el paciente por las complicaciones y el riesgo de contaminación que tiene el personal de enfermería durante este cuidado.

1.2.-El cuidado se realiza con temor a las variantes del virus a pesar de la vacuna

“yo estoy vacunada contra la enfermedad, pero tengo miedo de contaminarme este virus cambia no sé si mi sistema está preparado para responder a estos cambios... nos podemos contaminar en un descuido, por cansancio, por los equipos de protección. Siempre tomo vitaminas. La C es buena...Esta pandemia nos dejó mucho temor y miedo al ser testigo de tantas muertes...a pesar que de que el virus ya no es tan agresivo como al inicio...tiene capacidad de producir neumonía que si se complica ha posibilidad de morir...”

En relación al temor de contaminación de las nuevas variantes del covid-19, se observa la preocupación de los enfermeros de enfermar y morir a pesar de estar vacunados, fundamentando su temor en la experiencia que tuvieron en la pandemia y a la respuesta que podría tener el sistema inmunológico, pues los pacientes que están ingresando con

esta patología a pesar de estar vacunados han desarrollado neumonías con posibilidad de muerte.

1.3.-El cuidado se realiza con preocupación por la resistencia de bacterias a los antibióticos y la agresividad de los virus

No sabemos que pasa... pero los antibióticos que utilizamos no son efectivos. ... Aunque sabemos que los virus no responden al antibiótico, pero tampoco las bacterias.... Los virus y bacterias después de la pandemia son más agresivas producen neumonías graves...los pacientes se complican con infecciones y mueren a pesar de los antibióticos y antivirales...creo que quedamos con debilidad inmunológica ... porque esa enfermedad no es fácil y el paciente sin defensas puede morir y los mata rápido... quedamos débiles después de sufrir la enfermedad y cualquier gripe puede complicar la situación...

La resistencia bacteriana y la agresividad de los virus en la postpandemia, es una situación que también le preocupa a las enfermeras que cuidan pacientes críticos por covid-19, en sus hablas refieren la inefectividad del uso de antibióticos y antivirales ante la complicación que las pacientes puedan tener de coinfecciones, derivado de a debilidad inmunológica que tiene la población después de la pandemia.

2.-Reconociendo los indicadores de muerte por covid en pacientes críticos en la postpandemia: La posibilidad de muerte en el paciente con covid-19 inicia con la aparición de la hipoxemia, indicación de soporte ventilatorio no invasivo e invasivo y la presencia de signos de falla multiorgánica

2.1.-La posibilidad de muerte inicia con la aparición de la hipoxemia

El virus se reproduce en los pulmones inflamándolos impidiendo que entre el oxígeno...cualquiera variante del covid-19 puede producir neumonía alterando el oxígeno...la saturación de oxígeno es importante de mantener...la saturación indica si hay buena oxigenación o no...sin una buena oxigenación el cuerpo no puede realizar sus funciones....estar pendiente de la oxigenación ya que la desaturación es silenciosa y el paciente no la siente... el oxígeno tiene que ver con la vida y si no puede entrar al cuerpo puede producir complicaciones y muerte...Mi preocupación comenzó cuando no podía respirar..., le colocaron oxígeno me dijo "me estoy muriendo apreté mi mano y se quedó".. puede morir si no puede mantener valores normales de oxígeno en sangre... El seguimiento de gases arteriales indica el estado ventilatorio... vigilar la saturación es necesario...

Desde el punto de vista de indicadores predictores de muerte por covid-19 en pacientes críticos, los enfermeros reconocen a la hipoxemia silente como el inicio de las complicaciones respiratorias que si se complican puede llevar a la muerte del paciente, por lo que es importante la vigilancia de la saturación y gases arteriales.

2.2.- La posibilidad de muerte inicia con la indicación del soporte ventilatorio

El paciente se complica, no puede respirarel soporte ventilatorio no invasivo se indica cuando comienza la falla respiratoria para mantener los valores de oxígeno...el inicio de la ventilación mecánica para mejorar el diestres respiratorio...me preocupa la indicación de soporte ventilatorio

invasivo en el distrés respiratorio pues la mayoría no lo supera y fallece...a pesar de que se inició ventilación mecánica falleció por las complicaciones...

Otro predictor de muerte expresado por los enfermeros es la indicación de soporte ventilatorio invasivo o no invasivo, esto indica que hay falla respiratoria o diestres respiratorio, la experiencia en pandemia les ha indicado que a pesar del soporte ventilatorio muchos pacientes fallecieron al no superar esta falla y la aparición de otras complicaciones.

2.3.- La posibilidad de muerte inicia con la aparición de signos de complicaciones multiorgánicas

Sabemos que puede fallecer cuando la diuresis disminuye...la hipotensión es un signo de complicación que requiere tratamiento para subir la presión arterial es de mal pronóstico...si presenta bradicardia o taquicardia puede ser por insuficiencia cardíaca que agrava la situación...cuando hay sangrado a la aspiración del tubo endotraqueal porque bajan las plaquetas...

Otro indicador predictor de muerte en el paciente crítico por covid-19, es la aparición de fallas de múltiples órganos, entre ellas las alteraciones renales, hemodinámicas por shock y las hematológicas por la depleción de plaquetas producto del proceso inflamatorio y séptico que desarrollan estos pacientes.

3.-Comprendiendo la muerte del paciente con covid-19: la vivencia de muerte del paciente por covid-19, está relacionado con el significado que tiene el enfermero y familiar sobre este fenómeno, del impacto psicológico que esta le produce y de las estrategias emocionales que realiza para mantener su salud mental

3.1.-Construyendo el significado de muerte por covid-19 para el enfermero:

La muerte significa el fin de la vida y porque no del sufrimiento...es pasar a otro plano espiritual. La muerte del cuerpo no es el fin del alma porque el alma es inmortal...cuando morimos nos separamos de lo que estamos hecho el cuerpo se convierte en polvo, pero el alma vuelve a Dios que la dio...en el paciente con covid-19 la muerte ocurre porque los órganos dejan de funcionar por el proceso inflamatorio y la hipoxemia... tuve a un paciente quejándose dos o tres horas al lado tuyo y allí van muriendo, ya nosotros nos resignamos el que va a salir va a salir y el que no no... lo veo muriendo y no puedo hacer nada, y no es fácil...le pedí tanto a Dios que no muriera

El vivenciar la muerte del paciente con covid-19, hace que el enfermero construya desde su cosmovisión este proceso, así pues, el enfermero piensa que el fin de la vida y el sufrimiento llega con la muerte biológica la cual ocurre porque los órganos dejan de funcionar debido al proceso inflamatorio y la hipoxemia y así van muriendo, pero resalta la inmortalidad del alma y que esta al morir vuelve a Dios que la dio. Aceptan la muerte del paciente con resignación y con impotencia.

3.2.-Describiendo el impacto psicológico ante la posibilidad de muerte por covid-19

Ver morir a alguien es un fuerte impacto emocional...sabemos que vamos a morir, pero nunca nos preparamos, cuando la vemos cerca nos causa mucho dolor y pena por él y su familia...pensar en que el paciente va a fallecer me

causa impotencia, rabia, es un nudo que se siente en la boca del estómago... ver al paciente que muere me causa angustia, no me deja dormir, trato de hacer todo para que no muera...cuando muere el paciente siento tristeza... desde que supe que tenia covid-19 comenzó mi angustia...no dormía estaba en modo alerta con ansiedad y mucho miedo...lloro mucho cuando recuerdo que murió, es un dolor que no se puede describir.

Por otro lado, la posibilidad de muerte del paciente crítico con covid-19 produce un fuerte impacto emocional en el enfermero, a pesar de estar consciente de que somos mortales piensan que nunca nos preparamos para morir, este fenómeno aflora diversos sentimientos y emociones como dolor que no puede describir, pena, impotencia, angustia, tristeza, llanto, mucho miedo a la muerte y presión en el estómago, sin embargo, pero a pesar de estas emociones trata de hacer todo para que no fallezca

3.3.-Visualizando las estrategias de salud mental del cuidador enfermero ante la posibilidad de muerte de su paciente

...sabemos que está muriendo y lo seguimos cuidando tratando de entender lo que le está pasando...pensar que después que morimos vamos al cielo con nuestro creador me da paz interior...siempre elevo una oración para que Dios me de fortaleza, también oro por mis pacientes...así estén con covid-19 y nos puedan contaminar es un deber cuidarlos...es nuestra misión...estar consciente de las medidas de protección me da un poco de paz mental. Es importante tener el conocimiento actualizado para poder cuidarme y cuidar a los pacientes...aplicar técnicas de relajación como la respiración consciente para disminuir el estrés del trabajo...utilizo la música para relajarme...

Vivenciar la posibilidad de muerte del paciente por covid-19, hace que el enfermero desarrolle algunas estrategias para proteger su salud mental ante este fenómeno biológico y cultural. El cuidado del moribundo lo ve como una misión que debe cumplir. Ante la posibilidad de muerte, el enfermero sigue cuidando tratando de entender el proceso de muerte, pues de acuerdo a sus creencias religiosas, al morir la alma ira al cielo con su creador, además ora el paciente, y le pide a Dios que le de fortaleza para continuar con el cuidado. Otra estrategia que le da paz mental es estar consciente de las medidas de protección para disminuir el riesgo de contaminación motivo por el cual debe tener conocimiento para cuidar de si y cuidar de otros, y para disminuir el estrés que genera este tipo de cuidado utilizan técnicas de relajación como la respiración consciente y escuchar música.

4 | DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

4.1 El cuidado del paciente críticamente enfermo por covid-19, vivenciado por la enfermera:

El cuidado del paciente críticamente enfermo por covid-19, es un trabajo extenuante, con situaciones impredecibles, preocupante por el riesgo al contagio a pesar de las vacunas,

y con temor por la resistencia bacteriana a los antibióticos y la debilidad inmunológica que estamos presentando a los virus que coexisten con el SarsCoV-2

Este resultado devela la situación que viven los enfermeros que cuidan pacientes críticamente enfermos por covid-19, problema que fue presentado en el informe del Consejo Internacional de Enfermeras (CIE), 90.000 enfermeras se contagiaron de COVID-19, y reporta 260 muertes de estos profesionales. También hay déficit de elementos de protección personal, escasez de insumos, preparación inadecuada para la pandemia y problemas de salud mental, entre los que se encuentran síntomas depresivos, estrés postraumático, ideación suicida, ataques de pánico, entre otros. Los trabajadores de la salud están expuestos diariamente a una excesiva presión asistencial, a la muerte, a la frustración de no poder cuidar adecuadamente y al temor por su salud y la de sus familias (18)

Por otra parte, la resistencia bacteriana es un problema de salud pública a nivel mundial al que hay que atender con inmediatez, ya que es capaz de causar miles de muertes por año. Esta situación se ha incrementado con el uso indiscriminado de antibióticos para tratar la neumonía por covid-19 durante y después de la pandemia. Es de hacer notar, que la terapia antimicrobiana está siendo aplicada no solo por la comunidad médica, en el ámbito hospitalario, incluso sin la evidencia científica base de su eficacia en el tratamiento del covid-19, sino también por parte de la población que utiliza la automedicación haciendo eco de noticias que corren por las redes sociales (19)

Las enfermedades infecciosas se nutren de la desunión, por lo que la división social puede ser mortal. Los agentes patógenos medran en los entornos en los que prevalecen las perturbaciones y la desorganización. Esto ha quedado demostrado con la COVID-19. En los casos en los que se han utilizado suficientes recursos, se ha recurrido a la cooperación y se ha dispuesto una organización adecuada, la epidemia se ha desacelerado; en los casos en los que han prevalecido el desorden, la desunión y la pobreza, la epidemia se ha propagado (20)

4.2 Reconociendo los indicadores de muerte por covid en pacientes críticos en la postpandemia

La posibilidad de muerte en el paciente con covid-19 inicia con la aparición de la hipoxemia, indicación de soporte ventilatorio no invasivo e invasivo y la presencia de signos de falla multiorgánica. El aumento de los requerimientos de oxígeno en el paciente con covid-19, se debe al desarrollo del síndrome de dificultad respiratoria aguda (SDRA), este grave y progresivo deterioro se presume viene dado por el aumento descontrolado de citoquinas proinflamatorias y células inmunitarias, esta tormenta de citoquinas también lesiona a órganos blancos produciendo falla multiorgánica. Probablemente esto sea producido por la incapacidad de estos individuos para desarrollar una respuesta humoral efectiva, ocasionando una respuesta mucho más lenta, que se prolongue en el tiempo, y resulte en un mayor daño tisular predictor de mortalidad (21).

Un estudio realizado en Argentina en el 2021, evidenció que entre un 31 y un 43,8% de los pacientes murieron por hipoxemia refractaria, frecuentemente superpuesta con shock séptico, un 1% falleció por otras causas como por ejemplo infarto de miocardio, accidente cerebrovascular y tromboembolismo pulmonar. Se identificaron como predictores independientes de mortalidad la edad, puntuación de Charlson, intubación endotraqueal fuera de la UCI (es decir, antes de la admisión en la UCI), uso de vasopresores el día 1, concentración de dímero D, PaO₂/FiO₂ el día 1, pH arterial el día 1, presión de conducción el día 1, lesión renal aguda como predictores independientes de mortalidad (22).

En los pacientes con cuadros graves de COVID-19, se asocia el síndrome de disfunción multiorgánica. El mecanismo principal para desencadenar esta patología es la liberación de citoquinas y la unión que el virus (COVID-19) realiza con la carboxipeptidasa de la enzima convertidora de angiotensina. Mediante este mecanismo se produce la introducción a nivel celular, generando actividad por parte de las células inmunitarias; dando como resultado la activación y secreción de la citoquina IL-6. La cascada inflamatoria se da mediante 2 vías, la primera (CIS) es la diferenciación de los linfocitos T Helper y la segunda vía (TRANS) el cambio en las células endoteliales, principalmente de los vasos sanguíneos. La consecuencia es la denominada tormenta de citoquinas. Esta tormenta ocasiona daño en la permeabilidad de los vasos sanguíneos, disfunción pulmonar e hipotensión. La infección grave por COVID-19 puede desencadenar daño orgánico múltiple, su alta mortalidad se ve evidenciada en pacientes con enfermedades asociadas. La detección con prontitud y el tratamiento adecuado son claves para disminuir la mortalidad en el Servicio de Terapia Intensiva. El Síndrome de disfunción multiorgánica es causado por una infección severa en el organismo. La IL-6 tiene importantes propiedades que estimulan la actividad inflamatoria, ya que actúa directamente en el hígado (23)

4.3 Vivenciando la muerte del paciente con covid-19

La vivencia de muerte del paciente por covid-19 está relacionado con el significado que este tiene de la muerte, del impacto psicológico que esta le produce y de las estrategias emocionales que realiza para mantener su salud mental.

En relación con el significado de muerte por parte del personal de enfermería, estudios realizados consideran a la muerte, como una posibilidad, siempre está presente para el profesional de enfermería y no se trata de algo que deba pensarse únicamente en la última etapa de la vida. Acepta el hecho de la muerte como algo posible en ellos mismos y en los demás; por tal motivo, le dan más significado a la vida, pues esto les permite tener más responsabilidad, les ayuda a tener un mayor crecimiento personal y a sentirse más libres. Consideran la muerte como un pasaje hacia un lugar mejor donde encontrarán vida y eternidad después de la muerte; por lo tanto, se espera con placer la vida después de la muerte (24).

El personal de salud se ha visto afectado psicológicamente tras la constante

exposición a esta enfermedad, prolongadas jornadas laborales y el deterioro tanto físico como mental que la lucha en la primera línea de defensa conlleva. Entre los factores que contribuyen al desarrollo de trastornos de ansiedad, depresión, insomnio entre otros, se encuentran el factor etario, el contexto social y relaciones interpersonales, la falta de capacitación, el nivel de exposición a pacientes contagiados entre otros (25). Se constata un empeoramiento de la salud mental general. Es previsible que algunos colectivos, como los/las profesionales sanitarios/as, en su mayoría mujeres, y trabajadores/as de primera línea, tengan un mayor riesgo de desarrollar patologías de salud mental en el futuro (26)

Los enfermeros realizan diversas estrategias emocionales para poder enfrentar el estrés laboral en el cuidado del paciente con covid en estado crítico, refieren acudir a sus creencias religiosas, la relajación con ejercicios respiratorios y la música. El enfermero, entonces, frente a la percepción de una situación como estresante o potencialmente estresante va a desarrollar estrategias de coping ante el estrés, que de acuerdo con el modelo transaccional de Lazarus constituyen el proceso que permite desarrollar formas de respuesta a la vivencia de estrés laboral, con el objetivo de disminuir o erradicar su impacto en la vida del trabajador (27). En el primer caso, las estrategias van a ser el resultado de la vivencia de estrés laboral y van a desarrollarse como comportamientos dirigidos a disminuir o convivir con esta vivencia. En el segundo caso, las estrategias van a surgir frente a situaciones potencialmente estresantes con el objetivo de evitar la aparición del estrés laboral. En la selección de las estrategias de coping ante el estrés laboral vamos a encontrar una serie de elementos que van a influir en este proceso, como es el caso de las características y habilidades de los trabajadores y las características de la cultura organizacional (27).

Estudios realizados con las estrategias de coping más elegidas por los enfermeros, han sido las enfocadas en los problemas, en las emociones haciendo uso de las creencias religiosas y el humor, y en la interacción social usando la música como autodistracción. Así, a mayores niveles de estrés, corresponden menores niveles de estrés mayor recurso a estrategias de coping para paliar el estrés percibido durante el ejercicio laboral (28).

Por otra parte, la sintomatología que con más frecuencia ha aparecido en los profesionales de diferentes países afectados se asocian a situaciones de ansiedad y estrés, así como síntomas depresivos. La ansiedad y el estrés se refieren a problemas muy frecuentes. Tanto es así, que diversos profesionales de la salud mental han identificado el problema y sugerido a la comunidad científica la necesidad de atenderla, especialmente en estas circunstancias en las que los profesionales de la salud son el recurso más valioso, siendo preciso proteger tanto sus necesidades básicas como su salud mental (29).

Los signos y síntomas experimentados se asocian con sensación de nerviosismo, emoción o tensión, sensación de peligro inminente, pánico o catástrofe, aumento del ritmo cardíaco, taquipnea, sudoración excesiva, temblores, sensación de debilidad o cansancio, problemas para detener la mente o para pensar en otra cosa, problemas gastrointestinales,

necesidad de evitar la situación que nos genera la ansiedad (30).

En un estudio realizado en Wuhan y otras provincias de China con profesionales de la salud, de los cuales había enfermeros, se demostró que los profesionales participantes mostraron ansiedad, y el porcentaje de profesionales con síntomas de distrés fue alto. Destaca en este estudio que la población con impactos más altos correspondía con ser enfermera, mujer y en primera línea de trabajo. Respecto al estrés, otro estudio realizado en Wuhan con una muestra profesionales de la salud de enfermeras y médicos, los profesionales manifestaron sufrir un fuerte estrés, siendo las principales causas de estrés identificadas: el miedo a contagiarse de la enfermedad y especialmente, el miedo a contagiar a la familia, la mortalidad de los pacientes, la no disponibilidad de un protocolo de actuación claro y la falta de equipos de protección efectivos (31).

5 I CONCLUSIONES: CONSIDERACIONES FINALES

4.1.-El cuidado del paciente críticamente enfermo por covid-19 en la postpandemia, sigue siendo un trabajo extenuante con situaciones impredecibles como todo paciente que desarrolla síndrome de distrés respiratorio agudo (SDRA). Un trabajo con riesgo de contagio a pesar de estar vacunados, por el desarrollo de coinfecciones, presencia de bacterias resistentes a los antibióticos y la debilidad inmunológica que estamos presentando a los virus que coexisten con el SarsCoV-2

4.2.- El enfermero dada a su experiencia en la pandemia de covid-19, reconoce los indicadores de muerte en pacientes críticos en la postpandemia entre los cuales están: la aparición de la hipoxemia, el tratamiento ventilatorio del SDRA y la presencia de signos de falla multiorgánica

4.3.-El enfermero comprende el significado de la muerte del paciente críticamente enfermo por covid-19 de acuerdo a su creencia religiosa la cual le permite tener paz espiritual y generando estrategias coping que le ayude a afrontar el dolor, la ansiedad y el terror que produce vivenciar la muerte de otros.

REFERENCIAS

1.-Rivara, Greta. (2010). Apropiación de la finitud: Heidegger y el ser para la muerte. *En-claves del pensamiento*, 4(8), 61-74. Recuperado en 15 de diciembre de 2022, http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-879X2010000200004&lng=es&tlng=es.

2.-Heidegger M. El ser y el tiempo. 4 a ed. México: Fondo de Cultura Económica; 1971. p. 62-78.12. Recuperado en 20 de diciembre de 2022, disponible, <https://www.docsity.com/es/ser-y-tiempo-martin-heidegger-libro-pdf/3027960/>

3.-Ramirez P., M. El Dasein de los cuidados desde la fenomenología hermenéutica de Martín Heidegger. *Enferm. univ [online]*. 2015, vol.12, n.3, pp.144-151. ISSN 2395- 8421. Recuperado en 25 de diciembre de 2022 disponible, <http://dx.doi.org/10.1016/j.reu.2015.07.003>.

- 4.-Gálvez M, Ríos F. El final de la vida en la Unidad de Cuidados Intensivos desde la perspectiva enfermera: un estudio fenomenológico. *Enferm Intensiva* [Internet]. 2011 22(1): 13-21. Recuperado en 25 de diciembre de 2022. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3643973>
- 5.-Beltran, L. (2015). Estrategias de afrontamiento ante la muerte en el personal de salud. Trujillo-Perú.: Universidad UPAO. Recuperado en 20 de diciembre de 2022 <https://repositorio.upao.edu.pe/handle/20.500.12759/2612>
- 6.-Morin, Edgar. 1970. "El Hombre Y La Muerte 1970.Pdf". Recuperado en 03 de diciembre de 2022. Disponible en: <https://www.funeralnatural.net/libros/el-hombre-y-la-muerte>
- 7.- Ortega, Guevara, Brice Hernández, y Márquez De González. 2020. "Confrontando la muerte por Covid-19: una vivencia desde la enfermería ecuatoriana. Mayo 2020 Confronting death on Covid-19 : an experience from the Ecuadorian infirmary ." (1):20–37. http://saber.ucv.ve/ojs/index.php/rev_venf/article/view/19580
- 8.- Amaya Pérez, Ulises Salomón. 2016. "El Ser-para-la-muerte (Das Sein zum Tode) como fundante de una ética en Heidegger". *Teoría y Praxis* (28):65–80. doi: 10.5377/typ.v0i28.6296. <https://www.camjol.info/index.php/Typ/article/view/6296>
- 9.- Ortega Guevara, Neris Marina; Arteaga Yáñez, Yanetzy Loimig. 2021. Comprendiendo la muerte por covid-19 en las unidades de cuidado intensivo: una visión desde la enfermería. *Rev identidad Bolivariana*. Vol 5 Nro2. Disponible en file:///C:/Descargas/148-Texto%20del%20art%C3%ADculo-886-1-10-20210805%20(1).pdf
- 10.- Marín Fernández. Aspectos antropológicos del dolor y la muerte, en cuidar cuando no es posible curar. file:///C:/Descargas/Dialnet-AspectosAntropologicosDelDolorYLaMuerte-3689511.pdf
- 11.-Oviedo Soto, Parra Falcón, F., & Marquina Volcanes, M. La muerte y el duelo. *Enfermería Global* (internet). 2009;(8)(1):1-9. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=365834751015>
- 12.-García Orellán, Rosa 2002. Antropología de la muerte: entre lo intercultural y lo universal. https://core.ac.uk/display/84318109?utm_source=pdf&utm_medium=banner&utm_campaign=pdf-decoration-v1
- 13.-Souza e Souza Luis Paulo, Mota Ribeiro Juliana, Barbosa Rosa Renata, Ribeiro Gonçalves Renata Cristina, Oliveira e Silva Carla Silvana, Barbosa Dulce Aparecida. La muerte y el proceso de morir: sentimientos manifestados por los enfermeros. *Enferm. glob.* [Internet]. 2013 Oct [citado 2023 Dic 12]; 12(32): 222-229. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412013000400013&lng=es.
- 14.-OPS Actualización Epidemiológica Semanal de la OPS COVID-19 -SE50- 20 de diciembre de 2022. <https://www.paho.org/en/documents/paho-weekly-covid-19-epidemiological-update-ew50-20-december-2022>
- 15.- Simón Melchor, Alba et al Análisis del impacto psicoemocional de la pandemia del COVID-19 entre los profesionales de enfermería. *Enfermería global: Revista electrónica trimestral de enfermería*, ISSN-e 1695-6141, Vol. 21, N°. 2, 2022; 398´-423), págs. 184-234. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8560355>

- 16.- Taylor, S. J., y R. Bogdan. 1992. "Introducción a los métodos cualitativos de investigación". *Introducción a los métodos cualitativos de investigación* 1–11. <https://pics.unison.mx/maestria/wp-content/uploads/2020/05/Introduccion-a-Los-Metodos-Cualitativos-de-Investigacion-Taylor-S-J-Bogdan-R.pdf>
- 17.- Leal, Jesús. 2012. "La Autonomía del Sujeto Investigador y la Metodología de Investigación". 124. <https://pdfslide.tips/engineering/la-autonomia-del-sujeto-investigador-y-la-metodologia-de-investigacion-pdf.html?page=3>
- 18.- Ramírez Pereira Mirliana. Nursing care, relevance in the context of the COVID-19 pandemic. *Enfermería (Montevideo)* [Internet]. 2020 [citado 2022 Dic 27]; 9(1): 1-2. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2393-6606202000100001&lng=es.
- 19.- Silva Lillian O. P.; Nogueira Joseli M. R. Uso indiscriminado de antibióticos durante a pandemia: o aumento da resistencia bacteriana pós-COVID-19. 2021 *Revista Brasileira de Análises clínicas* <https://www.rbac.org.br/a-rbac>
- 20.- Naciones Unidas, CEPAL. Pandemia provoca aumento en los niveles de pobreza sin precedentes en las últimas décadas e impacta fuertemente en la desigualdad y el empleo. 2021 [citado 2022 Dic 27] disponible <https://www.cepal.org/es/comunicados/pandemia-provoca-aumento-niveles-pobreza-sin-precedentes-ultimas-decadas-impacta>
- 21.- José David Sáenz-López, María Camila Sierra Rodríguez y Juan José García Salcedo. Predictores de Mortalidad en Pacientes con COVID-19 2021. *Archivos de Medicina* <https://www.itmedicalteam.pl/articulos/predictores-se-mortalidad-en-pacientes-con-covid19.pdf>
- 22.- Estenssoro E, Loudet CI, Ríos FG, et al. Clinical characteristics and outcomes of invasively ventilated patients with COVID-19 in Argentina (SATICOVID): a prospective, multicentre cohort study. *Lancet Respir Med* 9:989-98, 2021. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34224674/>
- 23.- Salinas Velastegui VG, Solís Serrano MA, Solís Ruiz RI, García Gancino DD, Guacho Guacho JS. Síndrome de disfunción multiorgánica en paciente con infección por COVID-19. *Medicinas UTA* [Internet]. 1 de octubre de 2021 [citado 12 de diciembre de 2023];5(4):29-34. Disponible en: <https://revistas.uta.edu.ec/erevista/index.php/medi/articulo/view/1423>
- 24.- García Avendaño D. J.; Ochoa Estrada M. C.; Briceño Rodríguez Isaías. Actitud del personal de enfermería ante la muerte de la persona en la unidad de cuidados intensivos: estudio cuantitativo. *Duazary*, vol. 15, núm. 3, pp. 281-293, 2018. <https://www.redalyc.org/journal/5121/512157124001/html/>
- 25.- Hidalgo Azofofeifa S, Vargas Mena R, Carvajal Carpio L. El efecto psicológico de la COVID-19 en el personal de salud. *Rev.méd.sinerg.* [Internet]. 1 de agosto de 2021 [citado 27 de diciembre de 2022];6(8):e706. Disponible en: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/706>
- 26.- Torres-Cantero AM, Álvarez León EE, Morán-Sánchez I, San Lázaro Campillo I, Bernal Morell E, Hernández Pereña M, Martínez-Morata I. El impacto de la pandemia de COVID-19 sobre la salud. *Informe SESPAS 2022 [Health impact of COVID pandemic. SESPAS Report 2022]. Gac Sanit.* 2022;36 Suppl 1:S4-S12. Spanish. doi: 10.1016/j.gaceta.2022.02.008. PMID: 35781147; PMCID: PMC9244867.

- 27.- Ramos V, Jordão F. La relación entre el estrés laboral, las fuentes que le dan origen y las estrategias de afrontamiento en el sector público y el privado. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones* [Internet]. 2015;31(1):11-20. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=231337099002>
- 28.- Veloso Gonçalves, Ana Rita, 2018. Estrategias para afrontar el estrés en el ejercicio de la profesión de enfermería: análisis comparativo de muestras obtenidas en España y Portugal. <https://buleria.unileon.es/handle/10612/7888>.
- 29.- Brough, P. (2018). Apoyo laboral, afrontamiento y control: evaluación de los impactos simultáneos dentro del proceso de estrés laboral. *Revista de Psicología de la Salud Ocupacional*, 23 (2), 188-197. <https://doi.org/10.1037/ocp0000074>
- 30.- Sevilla C. María. Ansiedad ante la muerte en enfermeras de Atención Socio sanitaria: Datos y Significados. *Gerokomos* [Internet]., 24 (2013), pp. 109-114[consultado 20Jun 2016]. Disponible en:http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2013000300003&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/S1134-928X2013000300003>
- 31.- Bueno Ferrán, Mercedes; Barrientos-Trigo Sergio, Cuidar al que cuida: el impacto emocional de la epidemia de coronavirus en las enfermeras y otros profesionales de la salud, *Enfermería Clínica*, Volume 31, Supplement 1,2021, Pages S35-S39, ISSN 1130-8621, <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2020.05.006>. (<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130862120303028>)

DOENÇA CELÍACA E SUAS IMPLICAÇÕES

Data de aceite: 01/02/2023

João Vitor de Menezes Santos

Amanda Ayako Yamamoto

Flávia Silva Mendonça

Pietra Nachbar Moliner

Anderson Almeida Rosa

Marina Rodrigues Pinheiro do Nascimento

João Lucas Araújo Milhomem

**Emanuella Ramabir Carvalho Cunha
Gomes Abrantes Gundim**

Geanny Pereira da Silvia

Rayssa Ketly Silva Sousa

Kátia Regina Almeida de Souza

Pâmela Daiana Cancian

a ingestão de glúten, que se trata de um conjunto de proteínas vegetais, composto e glutaminas e prolaminas, encontradas no trigo, centeio e cevada. Esse trabalho tem como objetivo demonstrar os achados acerca da doença celíaca e suas implicações para a sociedade, além de auxiliar futuras pesquisas sobre essa temática. Trata-se de um estudo qualitativo, no formato de revisão de literatura. Desenvolvido através de sete etapas, sendo elas: a escolha da temática, criação dos critérios de inclusão e exclusão, busca nas bases de dados, seleção dos trabalhos, leitura dos artigos selecionados, catalogação dos estudos escolhidos, por fim, o desenvolvimento da compilação do estudo.

PALAVRAS-CHAVE: Doença celíaca; complicações; pediatria.

INTRODUÇÃO

A doença celíaca (DC) trata-se de uma enfermidade crônica inflamatória autoimune multissistêmica, sendo mais comumente ocorrente em crianças em fase escolar, ocorrendo em pessoas com predisposição genética, desencadeando uma condição permanente de sensibilidade

RESUMO: A doença celíaca (DC) trata-se de uma enfermidade crônica inflamatória autoimune multissistêmica, sendo mais comumente ocorrente em crianças em fase escolar, ocorrendo em pessoas com predisposição genética, desencadeando uma condição permanente de sensibilidade

a ingestão de glúten, que se trata de um conjunto de proteínas vegetais, composto e glutaminas e prolaminas, encontradas no trigo, centeio e cevada (Bai, 2017). Nesse contexto, o indivíduo com DC desenvolve uma enteropatia, caracterizada pela atrofia parcial ou total das vilosidades do intestino delgado, elevação dos linfócitos intraepiteliais e a hiperplasia de criptas, isso após a exposição ao glúten (Conceição et al., 2020).

Epidemiologicamente, é uma patologia com uma elevada prevalência mundial, sendo ocorrente em aproximadamente 1 em cada 300 pessoas no mundo. Segundo Campos et al. (2018) No Brasil, sua prevalência é de aproximadamente 0,3% da população, estimando que há 300 mil brasileiros com DC, tendo uma maior incidência na região sudeste do país.

Ademais, seu diagnóstico pode ser realizado em qualquer idade, pois o início da sua manifestação pode ocorrer durante toda a vida da pessoa, desde que o glúten já esteja presente em sua dieta. Sendo o seu diagnóstico mais comumente realizado nos dois primeiros anos de vida, entretanto, nos últimos anos, pode-se notar o aumento na fase adulta (Serpa, 2020). Assim, as manifestações mais analisadas em crianças são: constipação intestinal ou diarreia, cólicas abdominais, vômito, distensão abdominal, desnutrição. atraso no crescimento, perda de peso ou aumento, alterações de humor e alterações na concentração (Telega, 2008; Castillo, 2015).

Esse trabalho tem como objetivo demonstrar os achados acerca da doença celíaca e suas implicações para a sociedade, além de auxiliar futuras pesquisas sobre essa temática.

METODOLOGIA

Nesse contexto, trata-se de um estudo qualitativo, no formato de revisão de literatura. Desenvolvido através de sete etapas, sendo elas: a escolha da temática, criação dos critérios de inclusão e exclusão, busca nas bases de dados, seleção dos trabalhos, leitura dos artigos selecionados, catalogação dos estudos escolhidos, por fim, o desenvolvimento da compilação do estudo.

Como criterios de inclusão, foram definidos dos Descritores em Ciência da Saúde (DECS): Doença celíaca e pediatria. Como operadores Booleanos, utilizamos “and” e “or”. Além disso, a bases de dados selecionadas foram a Scielo, Lilacs, Pubmed, Periodico Capes e a BVS, com os filtros de idioma (inglês e português) e com periodicidade dos últimos cinco anos (2017-2022).

FISIOPATOLOGIA DA DOENÇA CELÍACA

A doença celíaca é uma patologia decorrente da uma resposta autoimune desenvolvida pela ingestão incompleta das proteínas presentes no glúten (prolamina e glutamina) devido a resistência à hidrólise pelas enzimas e microvilosidades intestinais e as enzimas pancreática, o que resulta em uma mistura de peptídeos com potencial de gerar a

estimulação da imunidade inata e adaptativa.

O sistema imunitário é afetado pelos peptídeos de gliadina, os quais interagem com os receptores CXCR3 das células epiteliais das vilosidades intestinais. A partir dessa ação é produzida a zonulina, que possui a função de interferir nas junções intercelulares e aumentar a permeabilidade intestinal, facilitando a passagem da gliadina. Após isso ocorre a mudança da gliadina em ácido glutâmico, por meio da deaminação pela enzima transglutaminase tecidual humana tipo 2 (tTG).

Os complexos de peptídeos derivados de moléculas HLA-DQ2 ou DQ8 resultam em uma ativação linfocitária que induz resposta tipo Th1 e Th2. A resposta Th1 produz citocinas interferon gama (IFN- γ), estimuladoras da liberação de metaloproteínases (MMPs), enzimas responsáveis pela degradação do colágeno, das glicoproteínas e proteoglicanos, pelos fibroblastos. Ademais, ocorre a produção das interleucinas (IL-15, IL-21, IL-23 e IL-17) que resultam em dano intestinal caracterizadas pela atrofia das vilosidades e hiperplasia das criptas e redução da superfície de absorção das vilosidades intestinais.

A resposta do tipo Th2 promove o amadurecimento de plasmócitos, onde há a liberação de citocinas que estimulam os linfócitos B na produção de anticorpos IgA anti-gliadina e anticorpos contra a enzima anti-tTG que se encontra nas mucosas do epitélio intestinal e anticorpos anti-endomísio (anti-EMA) contra elementos do tecido conjuntivo e tecido muscular liso, sendo este altamente específico da doença celíaca, atuando contra a enzima tTG.

As proteínas do glúten geram uma resposta imune inata através da ação de monócitos, macrófagos e células dendríticas, que ativam os linfócitos intraepiteliais e levam à produção de IL-15 pelos enterócitos. A IL-15 aumenta a expressão de ligantes de superfície de células epiteliais e amplificação o receptor NKG2D nos linfócitos intraepiteliais. Como resultado, há uma resposta citotóxica mediada por linfócitos que leva ao aumento da apoptose dos enterócitos e da permeabilidade epitelial.

DIAGNÓSTICO

O diagnóstico da doença celíaca deve ser baseado após análise de três pilares principais: exame clínico, por meio de exame físico e anamnese detalhada; análise histopatológica do intestino delgado e investigação dos marcadores séricos. O diagnóstico se dá pela combinação de biópsia duodenal, com quatro amostras na segunda porção duodenal e duas no bulbo com alterações típicas, e pela positividade de testes sorológicos (anti-tTG IgA ou combinado com anticorpo antipeptídeo de gliadina deaminado, IgA (anti-DPG IgA/IgG) para < 2 anos), gerando um resultado mais condizente.

Diferentes tipos de lesões podem ser encontrados na biópsia. Por isso, elas foram categorizadas em cinco estágios seguindo a classificação de Marsh, modificada por Oberhuber, sendo o tipo I e II: sem a presença de atrofia; tipo III A e B: com a observação

de atrofia parcial e tipo III C: com a vista de atrofia total. Em alguns pacientes com doença mais distal ou com alguma contraindicação à biópsia, é recomendado a endoscopia por videocápsula. O paciente assintomático com histórico familiar de acometido de DC em primeiro grau, ou com diagnóstico de doença autoimune ou não autoimune relacionada à DC, recomenda-se repetir a dosagem do TTG no futuro.

O exame histopatológico do intestino delgado, preferencialmente da junção duodeno-jejunal, é imprescindível para o diagnóstico da DC, a microscopia revela mucosa anormal do intestino delgado proximal, com as suas vilosidades em estado de atrofia ou inexistentes, aumento no comprimento das criptas e no número de linfócitos intra-epiteliais.

CONCLUSÃO

Este trabalho analisou a doença celíaca, com ênfase na fisiopatologia, considerando o envolvimento do sistema imunológico, fatores genéticos e a influência da ingestão do glúten na resposta patológica; e no diagnóstico. Observou-se também que os sintomas da DC alteram muito conforme a idade, sexo e local de manifestação. Por ser uma patologia pouco comentado, porém de grande relevância, faz-se necessário melhor entendimento de seu histórico, a fim de melhorar sua acurácia diagnóstica e, por conseguinte, aumentar o leque terapêutico disponível. Dessa forma, o estudo pode auxiliar em um melhor conhecimento da doença celíaca, esclarecendo sobre repercussões nutricionais e impacto na qualidade de vida do paciente.

REFERÊNCIAS

BEPPLER, Bianca Alves. A Doença Celíaca revisada: uma abordagem atualizada sobre seus desafios e perspectivas. Trabalho de Conclusão do Curso de Farmácia-Bioquímica. **Universidade de São Paulo**, 2021.

CAMPOS, Leticia Moraes et al. Sintomas e Diagnóstico da Doença Celíaca: uma revisão bibliográfica. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 14, 2022

PEDROSA, Deborah Evelyn Miranda Medeiros et al. Doença Celíaca x Sensibilidade ao Glúten Não-Celíaca: Sintomas, Diagnóstico e Tratamento. **Brazilian Journal of Development**, v.8, n.3, p. 16175-16194, 2022.

SERPA, Ana Beatriz de Moraes Mendes et al. A doença celíaca: uma revisão bibliográfica. **Revista Higie@-Revista Científica de Saúde**, v. 2, n. 4, 2020.

PARTICIPAÇÃO EM PROGRAMA DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Data de aceite: 01/02/2023

Tainara Costa dos Santos

Centro de Ciências da Saúde,
Universidade Federal do Recôncavo da
Bahia
<http://lattes.cnpq.br/9931486357546028>

Yasmin Magalhaes Ribeiro

Centro de Ciências da Saúde,
Universidade Federal do Recôncavo da
Bahia
<http://lattes.cnpq.br/2627356434198529>

Rosiléia Silva Argolo

Centro de Ciências da Saúde,
Universidade Federal do Recôncavo da
Bahia
<http://lattes.cnpq.br/8241474988137842>

Marcus Fernando da Silva Praxedes

Centro de Ciências da Saúde,
Universidade Federal do Recôncavo da
Bahia
<http://lattes.cnpq.br/5235446913906852>

RESUMO: A IC é de extrema importância para os discentes, pois é através dela que os discentes da graduação podem ingressar e trilhar no campo da pesquisa científica, ou seja, a mesma oferece a oportunidade aqueles que querem seguir

uma carreira de pesquisador(a), visto que essa opção é fundamental, seja na carreira profissional e/ou pessoal. Este relato tem como objetivo descrever a experiência de três discentes como bolsistas em um Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC). Trata-se de um relato de experiência de abordagem crítico-reflexivo de cunho descritivo-compreensivo sobre a vivência de ser bolsista do projeto de pesquisa intitulado “Identificação e análise de prescrições de medicamentos potencialmente inapropriados para idosos em uma instituição hospitalar”, durante o período de um ano. A participação no PIBIC possibilitou a inserção das graduandas em um grupo de pesquisa e a participação em reuniões científicas com o orientador, o que contribuiu para o desenvolvimento da capacidade de trabalhar em grupo e da capacitação para o desenvolvimento de pesquisa científica de qualidade.

PALAVRAS-CHAVE: Iniciação científica, Medicamentos, Idoso.

PARTICIPATION IN A SCIENTIFIC INITIATION PROGRAM: REPORT OF EXPERIENCE

ABSTRACT: The CI is extremely important for the students, because it is through it that

the undergraduate students can enter and follow the field of scientific research, that is, it offers the opportunity for those who want to follow a career as a researcher, since this option is fundamental, whether in the professional and/or personal career. This report aims to describe the experience of three students as fellows in an Institutional Scientific Initiation Fellowship Program (PIBIC). This is an experience report of a critical-reflexive approach of descriptive-comprehensive nature about the experience of being a fellow of the research project entitled "Identification and analysis of prescriptions of potentially inappropriate medications for the elderly in a hospital institution", during the period of one year. The participation in the PIBIC has enabled the insertion of the undergraduate students in a research group and the participation in scientific meetings with the supervisor, which contributed to the development of the ability to work in groups and the training for the development of quality scientific research.

KEYWORDS: Scientific initiation, Medicines, Aged.

INTRODUÇÃO

No Brasil, o contexto epidemiológico e demográfico, com aumento da população idosa, tem repercussão no aumento do uso de serviços de saúde e de tratamentos farmacológicos complexos e de longa duração (OLIVEIRA, 2019). Desse modo, ainda que as evidências científicas recomendem a necessidade da diminuição das prescrições inadequadas, atualmente, a prevalência do uso de medicamentos potencialmente inapropriados (MPI) para idosos continua alta (PRAXEDES *et al.*, 2021).

As variações fisiológicas relativas ao envelhecimento tendem a alterar expressivamente a farmacocinética e a farmacodinâmica dos medicamentos, fazendo com que pessoas idosas apresentem maior sensibilidade aos efeitos da farmacoterapia (PEREIRA *et al.*, 2017). Portanto, a prescrição de MPI para idosos os tornam mais susceptíveis à iatrogenia medicamentosa e reações adversas aos medicamentos (RAM). Nesse sentido, o uso racional de medicamentos é essencial para prevenir desfechos negativos que podem comprometer a qualidade de vida dos idosos (STHEFANO *et al.*, 2017).

Diante da necessidade do aprofundamento de tal temática, surgiu a oportunidade de participação e experiência no Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC) da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB). O PIBIC é um projeto de pesquisa voltado para o desenvolvimento o pensamento científico e iniciação à pesquisa de estudantes de graduação do ensino superior, e tem por finalidade apoiar a política de Iniciação Científica (IC) desenvolvida nas Instituições de Ensino e/ou Pesquisa, por meio da concessão de bolsas de IC a estudantes de graduação, além de estimular a integração entre graduação e pós-graduação (MELO; LYRA, 2020).

A IC é de extrema importância para os discentes, pois é através dela que os discentes da graduação podem ingressar e trilhar no campo da pesquisa científica, ou seja, a mesma oferece a oportunidade aqueles que querem seguir uma carreira de pesquisador(a), visto

que essa opção é fundamental, seja na carreira profissional e/ou pessoal. Portanto, torna-se um meio de despertar o desejo e o gosto pela área da pesquisa científica que, infelizmente, ainda é pouco incentivada. Desta forma, a IC visa estimular os discentes a um olhar crítico e instigante para os problemas da sociedade, onde são desafiados a encontrar soluções por meio da pesquisa científica aplicada (MENEGAT; STERING, 2019). Este relato tem como objetivo descrever a experiência de três discentes como bolsistas do PIBIC/UFRB.

MÉTODOS

Trata-se de um relato de experiência de abordagem crítico-reflexivo de cunho descritivo-compreensivo sobre a vivência de ser bolsista PIBIC/CNPq do projeto de pesquisa intitulado “Identificação e análise de prescrições de medicamentos potencialmente inapropriados para idosos em uma instituição hospitalar”, durante o período de setembro/2020 a agosto/2021 (Período de vigência da bolsa). Os dados analisados no estudo foram oriundos das bases de dados: BVS, LILACS, MEDLINE, SCIELO, tendo como principal critério de inclusão os estudos que avaliaram a prescrição medicamentosa em idosos com idade ≥ 60 anos. As etapas do estudo e do processo de iniciação científica envolveram a elaboração do projeto; obtenção dos dados; análise e interpretação dos dados e conclusão e divulgação no meio acadêmico (Figura 1).

Processo de trabalho Orientador-Discentes



Figura 1. Fluxograma do estudo e do processo de iniciação científica

Adaptado de Fontanella BJB et al., 2011.

DESENVOLVIMENTO

A participação no projeto de IC é influenciada por diversas questões, sobretudo pelo interesse em se desenvolver como pesquisadoras por meio de uma formação acadêmica diferenciada. Considerando as limitações na graduação no aprofundamento de alguns temas. Tendo em vista isso, é notória a significância da oferta de bolsa como grande incentivo para o ingresso na IC e subsídio da pesquisa.

No entanto, vale ressaltar que existem outras inúmeras motivações à participação, como: a oportunidade de desenvolvimento pessoal e acadêmico; a aproximação com o docente; o interesse pelo tema; as experiências de outros estudantes; entre outras. A participação nesse projeto de IC oportunizou a contribuição de três discentes com a ciência a partir de duas bolsas de fomento à pesquisa e uma participação voluntária.

Realizada a seleção das discentes, todas tiveram um momento com o docente

responsável para acertos e retirada de dúvidas, iniciando-se assim o processo de capacitação inicial do estudante quanto ao projeto de pesquisa. Esse processo foi crucial para o envolvimento das discentes para com o projeto, além de aproximar as pessoas envolvidas.

Devido às limitações geradas pelo contexto da pandemia, as reuniões iniciais foram desenvolvidas via Google Meet, nas quais o orientador fez a descrição do projeto e de todas as etapas da pesquisa, que serão detalhadas posteriormente. A principal ideia desses primeiros contatos foi a imersão no tema de estudo, para tanto foi instruído e realizado um levantamento bibliográfico inicial sobre o tema, além da discussão de textos e artigos. Houve também treinamentos específicos como o manejo nas bases de dados e de gerenciadores de referência. Os treinamentos e imersões para o planejamento da pesquisa foram muito importantes para o aprendizado e vida acadêmica das discentes, aproximando-as da pesquisa bibliográfica além de desenvolver expertise nas áreas de planejamento da pesquisa.

A realização da pesquisa e extração dos dados se deu por etapas:

1. Busca nas bases de dados;
2. Leitura dos resumos;
3. Leitura dos artigos na íntegra;
4. Exclusão de artigos de acordo com falta de enquadramento;
5. Escrita da introdução do artigo;
6. Análise dos dados obtidos;
7. Escrita da metodologia e conclusão do artigo.

Se configurando na estruturação adequada para a escrita de um trabalho acadêmico, sendo a escrita da metodologia e extração dos dados, o processo de maior atenção durante a escrita, visto que necessita de um olhar crítico e cuidadoso para não deixar perder detalhes importantes dos artigos analisados.

Para além do desenvolvimento do artigo, era necessário a escrita dos relatórios da pesquisa para encaminhamento junto a iniciativa fomentadora da pesquisa, que se julga de tamanha importância visto que induz ao discente responsabilidade, compromisso e organização. A participação na Iniciação Científica é um momento ímpar na vida acadêmica dos discentes, pois lhe apresenta experiências incríveis e construtivas, participar de um evento científico, a exemplo da Anual de Ciência, Tecnologia, Inovação e Cultura do Recôncavo da Bahia (RECONCITEC) apresentando vídeo pôster traz um misto de sensações e empoderamento para o discente, fomentando assim sua participação e maior inserção na ciência.

Inicialmente o projeto de pesquisa proposto, continha a etapa de coleta de dados diretamente em campo hospitalar. Posteriormente a essa coleta haveria a análise e

discussão desses dados. Infelizmente devido ao contexto de pandemia de COVID-19 e impossibilidade de acesso ao hospital em que seriam coletados os dados, bem como a inviabilidade das reuniões presenciais, o projeto necessitou de ser reestruturado. Sendo assim a pesquisa realizada no decorrer do projeto não teve a etapa de coleta de dados em campo hospitalar e foi construída no formato de revisão integrativa da literatura de acordo com os padrões científicos recomendados.

A orientação foi desenvolvida de forma remota. Algo novo para todos e que pode ter contribuído de forma negativa para a condução das etapas da pesquisa e da orientação. No entanto, houve um esforço conjunto para superar as barreiras impostas pelo momento vivido e conseguir realizar as atividades propostas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A participação no PIBIC possibilitou a inserção das graduandas em um grupo de pesquisa e a participação em reuniões científicas com o orientador, o que contribuiu para o desenvolvimento da capacidade de trabalhar em grupo e da capacitação para o desenvolvimento de pesquisa científica de qualidade, em específico a revisão sistemática de literatura e estudo observacional. Sendo possível observar também o desenvolvimento da capacidade de gerar conclusões acerca do tema de pesquisa e da maturidade das alunas para apresentações orais e produção de artigos científicos.

Com isso, a partir de todas as habilidades desenvolvidas durante a atuação como bolsistas, pode-se concluir que tal experiência é bastante positiva e certamente auxiliará no futuro acadêmico-profissional das estudantes. Fica clara a contribuição da experiência relatada, tanto para a temática do uso seguro de medicamentos na população idosa, quanto para a formação acadêmica das discentes. Espera-se, portanto, que tal relato possa estimular a participação de outros discentes na Iniciação Científica.

REFERÊNCIAS:

FONTANELLA, B.J.B et al. Iniciação científica com pesquisas qualitativas: relato da experiência de um grupo de professores e alunos de Medicina. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 6, n. 21, p. 275-282, 2011.

MELO, N.C.; LYRA, K. A. P. A importância do pibid e do pibic: uma reflexão sobre programas de formação docente. **Iniciação Científica Cesumar**, v. 22, n. 1, p. 133-139, 2020.

MENEGAT, S.M; STERING, S. A contribuição da metodologia científica para a formação do pesquisador no contexto educativo na atualidade. **Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento**. Ano 04, Ed. 06, Vol. 11, pp. 54-70, 2019.

OLIVEIRA, A.Silva Transição demográfica, transição epidemiológica e envelhecimento populacional no Brasil. Hygeia-**Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**, v. 15, n. 32, p. 69-79, 2019.

PEREIRA, K.G et al. Polifarmácia em idosos: um estudo de base populacional. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 20, p. 335-344, 2017.

PRAXEDES, M.F.S et al. Prescrição de medicamentos potencialmente inapropriados para idosos segundo os Critérios de Beers: revisão sistemática. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, p. 3209-3219, 2021.

STHEFANO, I.C.A et al. Uso de medicamentos por idosos: análise da prescrição, dispensação e utilização num município de porte médio do estado de São Paulo. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, 2017; 20(5): 681-692.

MARCUS FERNANDO DA SILVA PRAXEDES - Doutor em Medicamentos e Assistência Farmacêutica/UFMG. Graduado em Enfermagem e Mestre em Saúde pela Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri. Professor Adjunto da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia. Atuação nas áreas de Segurança do Paciente, Farmacovigilância, Anticoagulantes orais, Adaptação transcultural e validação de instrumentos em saúde, Teoria de Resposta ao Item e Prática Baseada em Evidências. Lattes iD: <http://lattes.cnpq.br/5235446913906852>. Orcid iD: <https://orcid.org/0000-0003-4226-6926>.

A

Adherencia 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 21, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44

Aleitamento materno 45, 46, 48

Análisis de componentes principales 60, 61, 62, 63, 64, 65, 70

Atenção primária à saúde 4, 9, 11, 12, 74, 82

B

Brasil 1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 9, 10, 11, 59, 73, 74, 75, 77, 81, 84, 85, 110, 114

C

Carga de trabajo 89

Competencia 53, 54, 59

Complicações 82, 105

Covid-19 9, 46, 57, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 101, 102, 103, 114

Cuidado 4, 41, 43, 82, 87, 88, 89, 90, 91, 93, 94, 95, 97, 100, 101, 102

Cumplimiento de la medicación 13, 14, 15, 17, 19, 20

D

Desenvolvimento infantil 45

Determinantes sociales en salud 27, 28, 35, 36

Diabetes mellitus 27, 28, 29, 30, 39, 43, 44, 78, 79, 80, 83, 86

Docente 13, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 112, 114

Doença celiaca 105

E

Enfermagem 11, 48, 73, 74, 75, 84, 85, 86, 116

Enfermería 27, 30, 33, 34, 35, 39, 40, 42, 43, 44, 53, 56, 58, 71, 88, 89, 90, 91, 93, 99, 102, 103, 104

Entorno virtual 53, 54, 55, 56, 57, 59

H

Hipertensão 73, 74, 75, 76, 78, 80, 81, 82, 84, 85, 86, 87

Hipertensión arterial 60, 61, 62, 71, 85

I

Idoso 109

Iniciação científica 109, 110, 111, 112, 113, 114

Intervención educativa 60, 61, 63, 69, 70, 71

M

Maternidade 45

Medicamentos 4, 16, 17, 20, 25, 26, 31, 34, 44, 83, 109, 110, 111, 114, 115, 116

Muerte 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 101, 102, 103, 104

P

Pediatria 48, 105, 106

Perfil de saúde 74

Planejamento e administração em saúde 2, 5, 6

Políticas 2, 4, 5, 6, 8, 9, 38

Postpandemia 88, 89, 90, 92, 93, 94, 95, 98, 101

Pressão arterial 3, 74, 75, 76, 79, 81, 82, 83, 84, 87

Proceso 15, 16, 19, 31, 35, 36, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 53, 54, 56, 58, 59, 62, 90, 93, 96, 97, 100, 102, 104

S

Salud mental 13, 15, 21, 22, 38, 88, 89, 93, 96, 97, 98, 99, 100

Sistema Único de Saúde 1, 2, 7, 12

T

Trastorno bipolar 14, 15, 16, 18, 20, 21, 23, 25, 26

Tratamiento farmacológico 13, 14, 15, 16, 17, 18, 20, 21, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 34, 36, 37, 38, 39, 40

V

Variables bioclínicas 61

CIENCIAS DE LA SALUD:

POLÍTICAS PÚBLICAS, ASISTENCIA Y GESTIÓN 2

- 🌐 www.atenaeditora.com.br
- ✉ contato@atenaeditora.com.br
- 📷 [@atenaeditora](https://www.instagram.com/atenaeditora)
- 📘 www.facebook.com/atenaeditora.com.br

CIENCIAS DE LA SALUD:

POLÍTICAS PÚBLICAS, ASISTENCIA Y GESTIÓN 2

- 🌐 www.atenaeditora.com.br
- ✉ contato@atenaeditora.com.br
- 📷 [@atenaeditora](https://www.instagram.com/atenaeditora)
- 📘 www.facebook.com/atenaeditora.com.br