FACTORES DE LA HUMANIZACIÓN EN SALUD Y SU RELACIÓN CON LA ADHERENCIA FARMACOLÓGICA EN INSTITUCIONES DE SALUD: REVISIÓN DE ALCANCE.

AUTORA: DIANA MARCELA ROMERO CAMACHO

Trabajo De Grado Para Obtener El Título De:

Especialista En Seguridad Del Paciente

Directora Trabajo De Grado

María Zoraida Rojas Marín

Magister En Ciencias Farmacología, Especialista En Docencia Universitaria, Enfermería Cardiorrespiratoria

Especialización En Seguridad Del Paciente

Universidad El Bosque

Facultad De Enfermería

BOGOTÁ D.C

2023

TABLA DE CONTENIDO

1. **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA** 4
2. **ANTECEDENTES** 6
3. **PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN** 8
4. **PROPÓSITO** 8
5. **JUSTIFICACIÓN** 9
6. **MARCO CONCEPTUAL-REFERENCIA** 9
   HUMANIZACIÓN 9
   HUMANIZACIÓN EN LOS SERVICIOS DE SALUD 10
   MODELO HUMAS 10
   FACTORES DE LA HUMANIZACIÓN SEGÚN LA ESCALA HUMAS 10
   SEGURIDAD DEL PACIENTE Y HUMANIZACIÓN 13
   ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO. 13
   CUESTIONARIO ARMS 15
   TEST MGB 16
   CUESTIONARIO GULIC 16
   TEST MORISKY GREEN 17
7. **OBJETIVOS** 18
   OBJETIVO GENERAL: 18
   OBJETIVOS ESPECÍFICOS: 18
8. **METODOLOGÍA** 18
   TIPO DE ESTUDIO 18
   Fase 1: IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA 18
   Fase 2: BÚSQUEDA DE LITERATURA 19
   Fase 3: EVALUACIÓN DE DATOS 20
   Fase 4: ANÁLISIS DE DATOS 21
   Fase 5: PRESENTACIÓN DE RESULTADOS. 23

9. **CONSIDERACIONES ÉTICAS.** 23
10. **CRONOGRAMA** 24
11. **PRESUPUESTO** 25
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS 26

TABLA DE FIGURAS

FIGURA 1. 12
FIGURA 2. 12
FIGURA 3. 15
FIGURA 4 16
FIGURA 5. 17
FIGURA 6. 17
FIGURA 7 21
FIGURA 8 22
FIGURA 9 22

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La Organización Mundial de la Salud reporta en datos obtenidos en el 2020, una mortalidad a nivel mundial de un 15% el cual se incrementa hasta un 60% en países de medianos y bajos ingresos económicos, por la deficiente calidad de la atención en los servicios de salud, llevando a que se produzcan pérdidas de productividad en aproximadamente US$ 1,4 a US$ 1,6 billones anuales. (1)

Se estima que si los centros de atención en salud fueran eficientes en cuanto a su calidad en la atención y atención humanizada podría evitarse hasta 2,5 muertes al año por enfermedades cardiovasculares, aproximadamente un millón de muertes en recién nacidos y quinientas muertes maternas. (1) Diversos estudios realizados a centros de salud en Perú, reportan la insatisfacción de los usuarios respecto a la atención. En Lima, un estudio arrojó que sólo el 23% de los usuarios atendidos en el área de consulta externa tuvieron una buena comunicación, atención y relación médico- paciente y fue evaluado gracias a las actitudes que se percibieron en diferentes consultas respecto a la actitud del profesional, amabilidad, escucha activa, comprensión, grado de confianza, sensibilidad humana y educación al paciente respecto a su enfermedad. (2) Como lo menciona Albir M, Poveda J, Solsona M, la atención humanizada y la calidad de la atención en los centros de salud sigue siendo un reto, en los que se enfrentan las administraciones sanitarias y ha sido una problemática que viene presentándose durante décadas. (3) En Colombia, la atención humanizada ha tenido una serie de desafíos, no sólo porque no se tiene claridad en el concepto de humanización o de la práctica de trato humanizado, sino porque a lo largo del tiempo la humanización en entidades de salud ha sido enfocada en los buenos modales y la amabilidad, pasando por alto la creación concisa de una cultura de humanización, como también, se ha visto que se agrega más a un enfoque clínico que a un concepto ético del individuo. (4) Al analizar más al fondo el problema, el sistema de salud tiene una tiene dos grandes falencias: La primera y la más importante es la falta de dignidad humana en la prestación de servicios, en donde se ve al individuo y su familia como objetos instrumentalizados y no como seres sintientes, conscientes, de valores y principios como emociones. Por otro lado, la segunda falencia es la deshumanización del personal de salud, desencadenante por el maltrato y explotación del mismo sistema, por la falta de recursos, liderazgo y una cultura de humanización estructurada. (4)

La deficiente atención humanizada en los servicios de salud, es uno de los factores que conllevan a que los pacientes no tengan una buena adherencia al tratamiento farmacológico. Ahora bien, si se habla del abordaje de pacientes crónicos, Argentina refiere que las enfermedades crónicas no transmisibles implican el 65% de las muertes anuales siendo la de mayor prevalencia, la enfermedad cardiovascular y que la no adherencia al tratamiento por factores asociados como el paciente, la enfermedad, la dimensión socioeconómica y la calidad de la atención y humanización en salud, complican el control y seguimiento de enfermedades crónicas como la obesidad, hipertensión y diabetes, conllevando a complicaciones de la enfermedad, altos costos en la atención, tratamientos, y procedimientos en salud y posiblemente la muerte. (5)

Cerda J, Herrera D, Miranda O, Legaspi J, en países desarrollados, la adherencia al tratamiento alcanza una tasa hasta del 50% siendo la más alta (puede presentar variaciones de acuerdo a la patología por parte de pacientes crónicos), en comparación a los bajos porcentajes de adherencia en países medios y bajos. (6)

En diferentes países la no adherencia al tratamiento farmacológico, no solo genera sobrecostos en los centros de salud, sino que además deteriora de manera progresiva la calidad de vida del paciente. En pacientes crónicos suspender de manera abrupta el tratamiento o no iniciarlo de la manera adecuada, podría generar hasta 125.000 muertes al año por enfermedades cardiovasculares, si se llegara a cumplir las metas terapéuticas y la adherencia al tratamiento hasta un 23% de los sobrecostos se evitarían y hasta el 10% de ingresos hospitalarios por complicaciones asociadas a la enfermedad se reducirían. (7)

Los profesionales de enfermería, como los equipos multidisciplinarios en salud, son fundamentales en la atención y prestación de servicios en las instituciones de salud, buscando que los pacientes se adhieran al autocuidado, tratamientos farmacológicos y no farmacológicos, mejorando su calidad de vida y curso de la enfermedad. Es por esto que los profesionales de la salud deben garantizar una prestación del servicio humanizada, con calidez, compromiso y voluntad del cuidado centrada en el paciente y su familia. Por otro lado es importante resaltar que las instituciones prestadoras de la salud deben mejorar las políticas y programas de atención humanizada vista desde una estrategia integral (aplicándose a todos los niveles de la institución), enfocada en mejorar la atención humanizada y centrada en el paciente aplicada no solo a los

pacientes sino de manera íntegra a toda la organización, esto teniendo que cuenta que el déficit en la atención humanizada ha sido un problema que se viene presentando hace ya varias décadas y al día de hoy sigue siendo un reto que todavía siguen interviniendo las instituciones de salud. (8)

2. ANTECEDENTES

Se presentan una serie de investigaciones que dan lugar parcialmente a la comprensión de esta problemática. A continuación se relacionan brevemente.

En un estudio realizado en Colombia, en el año 2020 donde se aplicó el test de Morisky Green a 57 pacientes de entre 21 y 90 años respecto a la adherencia al tratamiento, el estudio arrojó que el 63.1% de los valorados , refirieron que tuvieron mala comunicación con el médico tratante y como consecuencia refirieron no tener conocimientos acerca de la enfermedad o no recibieron educación respecto a las consecuencias que podría generarles los medicamentos, lo cual genera y dificulta que se genere una buena adherencia a la terapias farmacológicas y así no tener una mayor trascendencia. (9)

El estudio realizado por Montenegro J, Alfonso T, Guzmán J, González J, 2023, evaluó la adherencia farmacológica a 119 pacientes en una unidad de salud Colombiana, en el área de consulta externa, donde se evidenció que el 56% de los pacientes no cuentan con una adecuada adherencia al tratamiento, por los inexistentes programas de salud, que permitan educar al paciente sobre la enfermedad, el tratamiento y la importancia de seguir el régimen terapéutico enviado por el profesional. (10)

Por su parte en un estudio realizado por Garzón Leguizamón et al 2019, donde se menciona que se analizaron 372 quejas de diferentes usuarios, las cuales se recolectaron a través de la base de información del SDQS de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, se dio a conocer que el 56.87% de los usuarios recibió una atención deshumanizada relacionada con el maltrato verbal, inadecuado y grosero. Expresiones narradas por algunos usuarios, dichas por personal de salud como ..” eso le pasa por haber tomado más medicamentos” o ..“el Doctor se enoja porque al preguntarle qué medicamentos toma, la usuaria le entrega la fórmula porque no puede leer por el glaucoma, se altera y enoja, utiliza un tono fuerte porque ella no trajo en físico todos los

procedimientos anteriores, y luego ante el reclamo de la paciente, colocó en la historia clínica que era ‘una paciente grosera y hostil”, llevaron a que los usuarios tuvieran malas experiencias en la atención en salud, en donde prevalece el irrespeto, la posición de superioridad por parte de los trabajadores asistenciales y administrativos de la salud, ignorando la dignidad y el buen trato del paciente y su familia, generando finalmente retratos en la mejoría del paciente, desinformación, temor, falta en la adherencia al tratamiento, desconfianza, entre otros. (11) De igual manera , Ortega O et al 2023, menciona que en un estudio realizado a 80 pacientes, hombres y mujeres, entre edades de 18 a 50 años, que tienen como enfermedad de base Insuficiencia renal crónica y que reciben tratamiento farmacológico, el 58.8% de los pacientes presentan un riesgo moderado de no adherirse a los tratamientos farmacológicos, seguido del 32.5% con riesgo alto de no adherencia y solo el 8.8% presentan una adecuada adherencia a tratamiento, datos que fueron recolectados gracias a un instrumento que consta de 24 preguntas que valida cuales son los factores predisponentes que llevan o no a la adherencia al tratamiento farmacológico. En este estudio se pudo concluir que uno de los factores de riesgo que más prevalencia presenta referente a la no adherencia al tratamiento es la poca comunicación entre el personal de salud en donde hay poco interés en las necesidades del paciente, y tiempos de consulta limitados, generando que no haya un óptimo intercambio de información y diálogo, llevando a que el paciente no tenga la información concisa y necesaria para seguir su tratamiento farmacológico. Otra de las causas que se identificó en este estudio fue la falta de motivación por parte del personal de salud hacia los pacientes, lo que generó desmotivación, depresión, ansiedad, desconocimiento de su enfermedad y autocuidados. Estos factores dan como resultado disminución de la calidad y esperanza de vida, altos costos a la institución, tratamientos farmacológicos ineficaces y muertes prematuras. (12) Así mismo García S, describe que en un estudio realizado a 243 personas entre hombres y mujeres mayores de 65 años con enfermedades crónicas, se observó que la no adherencia a tratamientos farmacológicos podría presentarse debido a: Múltiples tratamientos farmacológicos enviados por el médico tratante, sin tener en cuenta la edad del paciente, enfermedades coadyuvantes, alteración neurológica, el número de fármacos a tomar y las horas de toma, generando que estos pacientes presenten complicaciones o confusiones en la toma del medicamento llevando al abandono del tratamiento farmacológico o modificaciones del mismo. También se observa que el personal de salud tratante de los pacientes con enfermedades crónicas, no tienen en cuenta tanto la redes de apoyo

del paciente (con quien convive, si vive solo o si tiene amigos o familiares que le realicen visitas periódicas para cerciorarse de la adherencia al tratamiento farmacológico) como también las necesidades de cada paciente, la desconfianza, la intolerancia al fármaco, el cansancio de la toma del fármaco, generando el abandono del tratamiento. Sin embargo en el estudio resaltan que las intervenciones educativas dadas por algunos médicos y enfermeras aumentaron la adherencia farmacológica en los pacientes con enfermedades crónicas. Garcia S, llega a la conclusión que se necesita implementar estrategias para mejorar la adherencia al tratamiento farmacológico teniendo en cuenta los factores de riesgo anteriormente mencionados, en donde haya intervenciones multifactoriales que puedan ser efectivas frente a las necesidades de cada paciente. (13)

Si bien la adherencia a tratamientos farmacológicos en distintas áreas asistenciales depende de diferentes factores relacionados con el paciente holísticamente hablando como con el personal de salud, se evidencia que unos de los factores predominantes se enfoca en la baja calidad de la atención humanizada por parte de los prestadores de servicios que influyen significativamente en la adherencia a la terapia farmacológica, generando sobrecostos hospitalarios, tiempos prolongados de terapias farmacológicas, multiterapias, complicaciones al paciente y hasta la muerte.

3. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuáles son los factores de la humanización que se encuentran reportados en la literatura científica en la última década (2013- 2023), que influyen en la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes crónicos en instituciones de salud?

4. PROPÓSITO

Ampliar la perspectiva a los profesionales de la salud, sobre la importancia del trato humanizado en diferentes contextos clínicos (ambulatorios y hospitalarios) y cómo este influye y fortalece la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con enfermedades crónicas. Además esta revisión documental permite indagar y exponer preguntas relacionadas con la temática que permitan al profesional de la salud cuestionarse y reflexionar sobre las prácticas e implementación del trato humanizado en los diferentes servicios e instituciones de salud.

5. JUSTIFICACIÓN

En la literatura se ha descrito que la atención humanizada mejora los procesos de atención, basada en la mejora en la comunicación y relación profesional- paciente, reduce de manera significativa los incidentes y eventos adversos, mejora la adherencia a los tratamientos farmacológicos, genera más confianza en los procesos y disminuye la sobrecarga y el agotamiento laboral. (14)

Además, la atención humanizada centrada en el paciente y su familia permite formar y forjar los lazos de comunicación, empatía y comprensión entre el profesional, el paciente y su familia, permitiendo la participación del paciente en la toma de decisiones frente a su tratamiento, permitiendo que el paciente y su familia manifiesten con tranquilidad sus inquietudes, sus incertidumbres, sus miedos, facilitando el seguimiento e intervención por parte del personal de la salud. (7)(15).

Ya que la humanización en los servicios de salud sigue siendo un reto de todas las instituciones prestadoras de salud, se realiza esta revisión documental, con el propósito de profundizar sobre el tema de la humanización y su influencia con la adherencia a los tratamientos farmacológicos en los pacientes crónicos en las instituciones de salud, como también, fomentar en los profesionales de salud estrategias para mejorar la calidad en la atención humanizada enfocada en los pacientes y su familia.

6. MARCO CONCEPTUAL-REFERENCIA

HUMANIZACIÓN

La humanización hace referencia a la dignificación humana, enfocado en las necesidades holísticas de cada individuo, con la finalidad de brindar bienestar, confort, cuidado, protección, de una manera íntegra, respetuosa, autónoma y digna. (15)

Andino Acosta, define el concepto de humanización como un verbo activo con el significado de "hacer humano" enfocado en ayudar al otro, desde una perspectiva de consideración respecto a una situación, enfermedad o vulnerabilidad. (16)

HUMANIZACIÓN EN LOS SERVICIOS DE SALUD

La humanización en los servicios de salud implican interacciones entre paciente, familia, personal de salud y cuidadores, donde se vela por la calidad en la atención, se garantiza el trato digno, hay vocación de servicio y cuidado, se respeta la integridad, toma de decisiones, opiniones, se conocen los temores, incertidumbres y preocupaciones del paciente y su familia y se asegura que tengan el mejor trato y consideración para su mejoría. (16)

MODELO HUMAS

De acuerdo a los autores del artículo " Propuesta de un Modelo de Humanización basado en las Competencias Personales: Modelo HUMAS", El modelo o escala HUMAS tiene como objetivo valorar y cuantificar resultados respecto a la humanización del cuidado realizado por los profesionales y se enfoca en diferentes dimensiones como lo es la comprensión emocional, autoeficacia, afectación, sociabilidad y optimismo. (17) Como resultado de este modelo se espera la valoración respecto a la humanización en el cuidado y la atención en salud por parte de todos los profesionales de la salud en diferentes áreas asistenciales, permitiendo implementar acciones de mejora u optimizar las estrategias respecto a los programas de humanización en los centros de atención.

FACTORES DE LA HUMANIZACIÓN SEGÚN LA ESCALA HUMAS

COMPRENSIÓN EMOCIONAL

Hace referencia a la capacidad que tiene el personal de salud para tener inteligencia emocional y así identificar, comprender, entender, las emociones manifestadas por un paciente y su familia dándole prioridad a las necesidades y problemas, generando un cambio positivo no solo en la comunicación entre personal de salud y paciente y familia, sino también mejorando las relaciones interpersonales, la comprensión, la empatía y la calidad en la atención en salud. (18)

AUTOEFICACIA

Hace referencia a la capacidad de tener habilidades emocionales a través de la autoeficacia emocional permitiendo que el personal de salud maneje sus emociones respecto a diferentes situaciones de manera interna, permitiendo desenvolverse de una forma calmada, consciente, aceptable y apropiada ante situaciones de alta presión o demasiado intensas con mesura y profesionalismo. (18)

AFECTACIÓN

Hace referencia a la capacidad que tiene el personal de salud de tener autorregulación de sus emociones respecto a situaciones estresantes y complejas presentadas tanto en el entorno del paciente y su familia como también en el entorno y clima laboral que puedan afectar de manera significativa la calidad en la atención en salud, como también generar efectos perjudiciales que afecten al personal. Es aquí donde se mide el grado de empatía, la resolución de conflictos, la respuesta emocional y el repertorio conductual. (18)

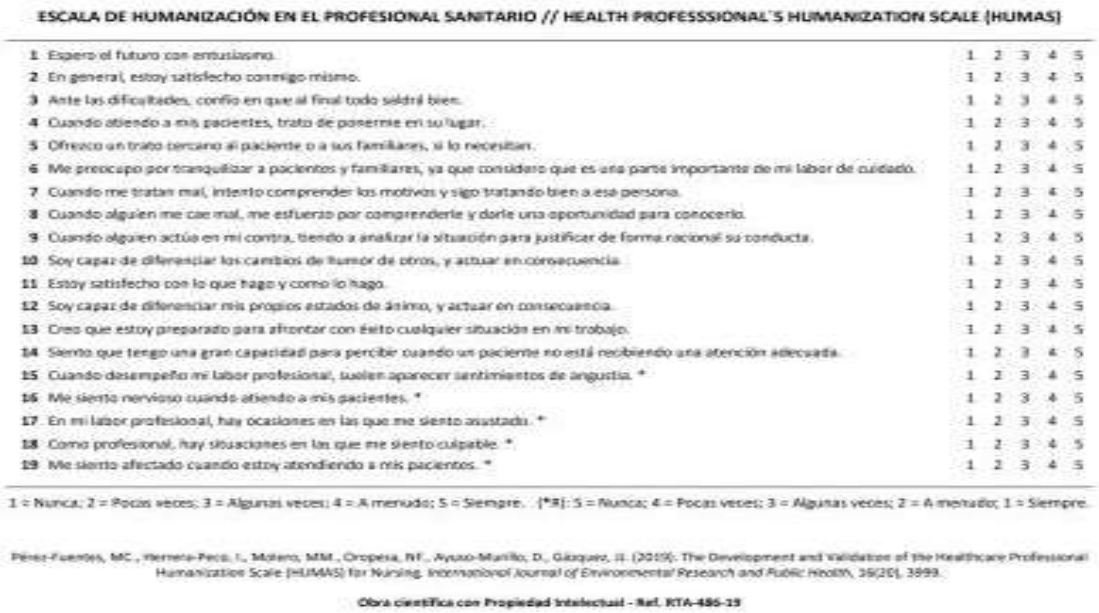
SOCIABILIDAD

Hace referencia a la capacidad del personal de salud para entablar relaciones efectivas tanto con su equipo de trabajo como también con los pacientes y su familia, que permitan establecer relaciones profesionales, basadas en el respeto, donde se trabaje en equipo, permitiendo generar habilidades sociales entre los profesionales, su entorno y su buen desempeño laboral. (18)

OPTIMISMO

Hace referencia a la capacidad del personal basado en su experiencia, sus expectativas, y perspectivas sobre la probabilidad de obtener resultados positivos referentes a ciertas situaciones. El optimismo permite mejorar el rendimiento laboral, disminuye la presión generada en los servicios de salud, aumenta la productividad, amena las relaciones interpersonales y permite sobrellevar los contratiempos presentados. (19)

A continuación se muestra un ejemplo sobre la escala de humanización HUMAS, donde se observa la check list con respectivo puntaje para la valoración de cada una de las dimensiones presentadas.



ESCALA DE HUMANIZACIÓN EN EL PROFESIONAL SANITARIO // HEALTH PROFESSSIONAL´S HUMANIZATION SCALE (HUMAS)

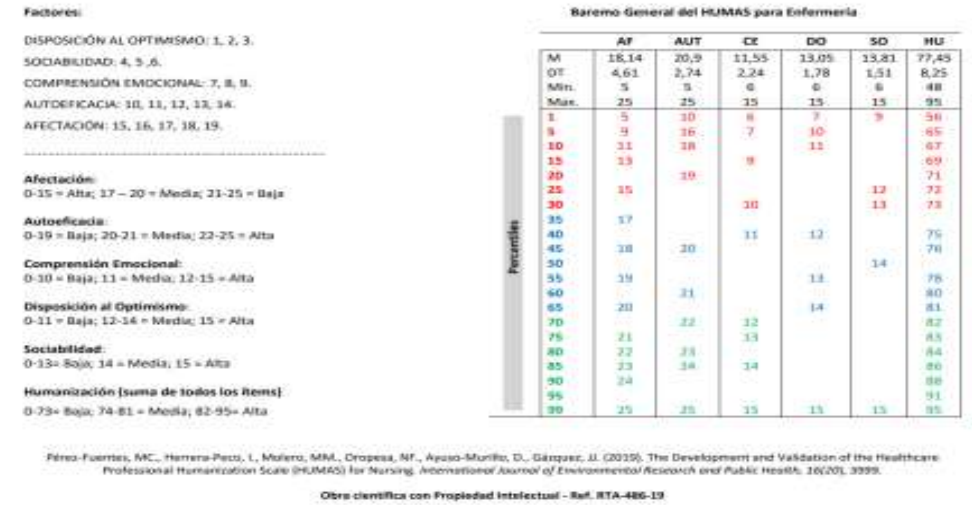
1	Espero el futuro con entusiasmo.	1	2	3	4	5
2	En general, estoy satisfecho conmigo mismo.	1	2	3	4	5
3	Ante las dificultades, confío en que al final todo saldrá bien.	1	2	3	4	5
4	Cuando atiendo a mis pacientes, trato de ponerme en su lugar.	1	2	3	4	5
5	Ofrezco un trato cercano al paciente o a sus familiares, si lo necesitan.	1	2	3	4	5
6	Me preocupo por tranquilizar a pacientes y familiares, ya que considero que es una parte importante de mi labor de cuidado.	1	2	3	4	5
7	Cuando me tratan mal, intento comprender los motivos y sigo tratando bien a esa persona.	1	2	3	4	5
8	Cuando alguien me cae mal, me esfuerzo por comprenderle y darle una oportunidad para conocerlo.	1	2	3	4	5
9	Cuando alguien actúa en mi contra, tiendo a analizar la situación para justificar de forma racional su conducta.	1	2	3	4	5
10	Soy capaz de diferenciar los cambios de humor de otros, y actuar en consecuencia.	1	2	3	4	5
11	Estoy satisfecho con lo que hago y como lo hago.	1	2	3	4	5
12	Soy capaz de diferenciar mis propios estados de ánimo, y actuar en consecuencia.	1	2	3	4	5
13	Creo que estoy preparado para afrontar con éxito cualquier situación en mi trabajo.	1	2	3	4	5
14	Siento que tengo una gran capacidad para percibir cuando un paciente no está recibiendo una atención adecuada.	1	2	3	4	5
15	Cuando desempeño mi labor profesional, suelen aparecer sentimientos de angustia. *	1	2	3	4	5
16	Me siento nervioso cuando atiendo a mis pacientes. *	1	2	3	4	5
17	En mi labor profesional, hay ocasiones en las que me siento asustado. *	1	2	3	4	5
18	Como profesional, hay situaciones en las que me siento culpable. *	1	2	3	4	5
19	Me siento afectado cuando estoy atendiendo a mis pacientes. *	1	2	3	4	5

1 = Nunca; 2 = Pocas veces; 3 = Algunas veces; 4 = A menudo; 5 = Siempre. (**): 5 = Nunca; 4 = Pocas veces; 3 = Algunas veces; 2 = A menudo; 1 = Siempre.

Pérez-Fuentes, MC., Herrera-Peco, I., Molero, MM., Oropesa, NF., Ayuso-Murillo, D., Gázquez, JJ. (2019). The Development and Validation of the Healthcare Professional Humanization Scale (HUMAS) for Nursing. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(20), 3999.

Obra científica con Propiedad Intelectual - Ref. RTA-486-19

Figura 1. Tomado de Adaptación Health Professional´s Humanization Scale (HUMAS), tomado de Perez- fuentes, MC, Herrera- Peco, I, Molero MM, Oropesa NF, Ayuso Murillo D, Gázquez, JJ (2019).The Development and Validation of the Healthcare Professional Humanization Scale (HUMAS) for the nursing. International Journal of Environmental Research and Public Health, 16(20), 3999



Factores:

DISPOSICIÓN AL OPTIMISMO: 1, 2, 3.
SOCIABILIDAD: 4, 5 ,6.
COMPRENSIÓN EMOCIONAL: 7, 8, 9.
AUTOEFICACIA: 10, 11, 12, 13, 14.
AFECTACIÓN: 15, 16, 17, 18, 19.

Afectación:
0-15 = Alta; 17 – 20 = Media; 21-25 = Baja

Autoeficacia:
0-19 = Baja; 20-21 = Media; 22-25 = Alta

Comprensión Emocional:
0-10 = Baja; 11 = Media; 12-15 = Alta

Disposición al Optimismo:
0-11 = Baja; 12-14 = Media; 15 = Alta

Sociabilidad:
0-13= Baja; 14 = Media; 15 = Alta

Humanización (suma de todos los ítems)
0-73= Baja; 74-81 = Media; 82-95= Alta

Baremo General del HUMAS para Enfermería

	AF	AUT	CE	DO	SD	HU
M	18,14	20,9	11,55	13,05	13,81	77,45
DT	4,61	2,74	2,24	1,78	1,51	8,25
Min.	5	5	6	6	6	48
Max.	25	25	15	15	15	95
1	5	10	6	7	9	56
5	9	16	7	10		65
10	11	18		11		67
15	13		9			69
20		19				71
25	15				12	72
30			10		13	73
35	17					
40			11	12		75
45	18	20				76
50					14	
55	19			13		78
60		21				80
65	20			14		81
70		22	12			82
75	21		13			83
80	22	23				84
85	23	24	14			86
90	24					88
95						91
99	25	25	15	15	15	95

Percentiles

Pérez-Fuentes, MC., Herrera-Peco, I., Molero, MM., Oropesa, NF., Ayuso-Murillo, D., Gázquez, JJ. (2019). The Development and Validation of the Healthcare Professional Humanization Scale (HUMAS) for Nursing. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(20), 3999.

Obra científica con Propiedad Intelectual - Ref. RTA-486-19

Figura 2 Tomado de: Adaptación Health Professional´s Humanization Scale (HUMAS), tomado de Perez- fuentes, MC, Herrera- Peco, I, Molero MM, Oropesa NF, Ayuso Murillo D, Gázquez, JJ (2019).The Development and Validation of the Healthcare Professional Humanization Scale (HUMAS) for the nursing. International Journal of Environmental Research and Public Health, 16(20), 3999.

SEGURIDAD DEL PACIENTE Y HUMANIZACIÓN

La OMS define la seguridad del paciente como una disciplina centrada en la prevención y reducción de riesgos en la atención en salud que conlleven a generar errores y daños en la asistencia al paciente. (20) De acuerdo con Morris R, Giles S, Campbell S, involucrar al paciente y a su familia en los procesos de atención, fomenta la mejora en la calidad de la atención de salud, mejora la comunicación entre personal de salud y paciente, fomenta el trato humanizado, la comprensión y compensación hacia el paciente, disminuyendo así los incidentes y eventos adversos relacionados con la mala atención, deficiente comunicación, nula participación y vulneración. (21)

Por otro lado Sierra G, David M, Casado B, Pilar M, Briz L, mencionan que el empoderamiento del paciente y su familia, como el involucrarse en los procesos que requieran toma de decisiones y participación respecto a sus intervenciones, tratamientos farmacológicos, seguimientos, supone uno de los más grandes pilares de la humanización. (22)

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO.

La OMS (Organización mundial de la salud), define la adherencia al tratamiento farmacológico se define como una conducta propia del paciente en la que muestra y aplica comportamientos positivos en la aceptación de un tratamiento terapéutico, buscando asesoramiento de expertos para su toma, su correcta administración, información asociada al medicamento, posibles eventos adversos y mejoramiento en los hábitos cotidianos. Además la buena adherencia a los tratamientos terapéuticos se asocian también a una buena comunicación, relación y calidad de la atención entre el personal de salud y los pacientes y su familia, en donde gracias a consensos se llega a acuerdos terapéuticos, que generen en el paciente un confort respecto al tratamiento. (23)

De acuerdo con Theofilou P la tasa al tratamiento terapéutico varía del 15 al 95%. (24) La adherencia a planes terapéuticos se describe como un fenómeno holístico que se determina por la acción recíproca de varias dimensiones:

DIMENSIÓN SOCIOECONÓMICA: Influye en la adherencia y no adherencia al tratamiento de acuerdo a prioridades económicas como lo es el cuidado de varios miembros de familia, limitación de recursos económicos que impiden desplazamientos a centros de salud, pago de

cuota moderadora para reclamar medicamentos, pobreza extrema o estado de indefensión, desempleo, creencias, variables sociodemográficas. (23)(25)

DIMENSIÓN ATENCIÓN EN SALUD: La calidad de atención en salud y el trato humanizado mejoran la adherencia terapéutica, aunque se pueda evidenciar que factores como lo es las barreras para acceder a diferentes programas de salud, sistemas deficientes en la expedición de medicamentos, falta de conocimientos para el abordaje de enfermedades crónicas por parte de los profesionales de salud, consultas con tiempo limitado, falta de comunicación paciente-médico, deficientes seguimientos, identificación inoportuna de limitantes para el tratamiento, pueden afectar de gran manera la adherencia. (23)(25)

DIMENSIÓN ASOCIADA A LA ENFERMEDAD: Las limitaciones físicas y psicológicas, las comorbilidades asociadas, la variedad de signos y síntomas, las complicaciones, la gravedad de la enfermedad, los hábitos cotidianos inadecuados, el temor e incertidumbre por la enfermedad, son factores que modifican la adherencia al tratamiento farmacológico. (23)(25)

DIMENSIÓN ASOCIADA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO: Las multiterapias farmacológicas, los tratamientos farmacológicos prolongados, los cambios en los tratamientos, los seguimientos deficientes, la falta de información respecto al tratamiento, la falta de comunicación, afectan la adherencia terapéutica, impidiendo que el paciente pueda tener una adaptación a este. (23)(25)

DIMENSIÓN ASOCIADA CON EL PACIENTE: Uno de los pilares importantes en la adherencia a los tratamientos terapéuticos es el paciente, factores como el desconocimiento, la desinformación, las perspectivas y comportamientos negativos, las creencias, la influencia por terceros, los malos hábitos cotidianos, el desinterés, las limitaciones mentales, el temor e incertidumbre, la falta de redes de apoyo, impiden una buena adherencia y seguimiento a los tratamientos establecidos. (23)(25)

Como lo mencionan Puigdemont N, Merino M, la adherencia al tratamiento terapéutico, debe evaluarse con el objetivo de analizar la eficacia, efectividad y seguridad de los tratamientos farmacológicos dados por el profesional de la salud; esto enfocado a evitar que por diferentes factores no se puedan alcanzar las metas u objetivos del tratamiento y el paciente pueda

abandonar el tratamiento, hayan complicaciones y se eleven los costos para los centros de salud. (26) Según los autores los métodos para la valoración de la adherencia al tratamiento se pueden clasificar en dos métodos:

MÉTODOS DIRECTOS: Se realizan pruebas biológicas que son determinantes para medir la concentración del fármaco en sangre u orina, como también se emplea la terapia directamente observada que es realizada por profesionales de la salud, midiendo la adherencia en centros de salud, visitas domiciliarias y farmacias comunitarias. (26)

MÉTODOS INDIRECTOS: Determinantes por cuestionarios, check list, análisis de registro y entrevistas. A continuación se describen y se muestran algunas herramientas de métodos indirectos para la valoración de la adherencia al tratamiento farmacológico y así poder realizar intervenciones apropiadas y oportunas para el paciente. (26)

CUESTIONARIO ARMS

Cuestionario realizado a pacientes con múltiples patologías y se emplea con la finalidad de valorar la adherencia al tratamiento de manera voluntaria e involuntaria, permitiendo realizar intervenciones oportunas de acuerdo a las barreras encontradas con el test. Consta de 12 preguntas, siendo el puntaje mínimo una adherencia al tratamiento. (27)

Responda a las preguntas con una de las siguientes respuestas: Nunca, algunas veces, casi siempre o siempre.
1. ¿Con qué frecuencia olvida tomar sus medicinas?
2. ¿Con qué frecuencia decide no tomar sus medicinas?
3. ¿Con qué frecuencia olvida recoger de la farmacia las medicinas que le han recetado?
4. ¿Con qué frecuencia se queda sin medicinas?
5. ¿Con qué frecuencia se salta una dosis de su medicación antes de ir al médico?
6. ¿Con qué frecuencia deja de tomar sus medicinas cuando se encuentra mejor?
7. ¿Con qué frecuencia deja de tomar sus medicinas cuando se encuentra mal?
8. ¿Con qué frecuencia deja de tomar sus medicinas por descuido?
9. ¿Con qué frecuencia cambia la dosis de su medicación y la adapta a sus necesidades (por ejemplo, cuando se toma más o menos pastillas de las que debería)?
10. ¿Con qué frecuencia olvida tomar sus medicinas cuando debe tomarlas más de una vez al día?
11. ¿Con qué frecuencia retrasa ir a recoger sus medicinas de la farmacia porque cuestan demasiado dinero?
12. ¿Con qué frecuencia planifica recoger de la farmacia sus medicinas antes de que se le acaben?

Figura 3 Tomado de: agès-Puigdemont Neus, Valverde-Merino M. Isabel. Métodos para medir la adherencia terapéutica. Ars Pharm [Internet]. 2018.

TEST MGB

Este test consta de 12 preguntas donde 0 es nunca y 5 es siempre, cuyo objetivo es validar la adherencia farmacológica por medio del cumplimiento del plan terapéutico, información y conocimientos del tratamiento y si el paciente tiene la voluntad y disposición para adherirse al tratamiento. Este test puede adaptarse a diferentes enfermedades crónicas. (27)

Cuestionario M-8-G'	
1. Toma los medicamentos en el horario establecido. **(Nunca=0 / Casi nunca=1 / A veces=2 / Casi siempre=3 / Siempre=4)**	
2. Se toma todas las dosis indicadas. **(Nunca=0 / Casi nunca=1 / A veces=2 / Casi siempre=3 / Siempre=4)**	
3. Cumple las indicaciones relacionadas con la dieta. **(Nunca=0 / Casi nunca=1 / A veces=2 / Casi siempre=3 / Siempre=4)**	
4. Asiste a las consultas de seguimiento programadas. **(Nunca=0 / Casi nunca=1 / A veces=2 / Casi siempre=3 / Siempre=4)**	
5. Realiza los ejercicios físicos indicados. **(Nunca=0 / Casi nunca=1 / A veces=2 / Casi siempre=3 / Siempre=4)**	
6. Acomoda sus horarios de medicación a las actividades de su vida diaria. **(Nunca=0 / Casi nunca=1 / A veces=2 / Casi siempre=3 / Siempre=4)**	
7. Usted y su médico, deciden de manera conjunta, el tratamiento a seguir. **(Nunca=0 / Casi nunca=1 / A veces=2 / Casi siempre=3 / Siempre=4)**	
8. Cumple el tratamiento sin supervisión de su familia o amigos. **(Nunca=0 / Casi nunca=1 / A veces=2 / Casi siempre=3 / Siempre=4)**	
9. Lleva a cabo el tratamiento sin realizar grandes esfuerzos. **(Nunca=0 / Casi nunca=1 / A veces=2 / Casi siempre=3 / Siempre=4)**	
10. Utiliza recordatorios que faciliten la realización del tratamiento. **(Nunca=0 / Casi nunca=1 / A veces=2 / Casi siempre=3 / Siempre=4)**	
11. Usted y su médico analizan cómo cumplir el tratamiento. **(Nunca=0 / Casi nunca=1 / A veces=2 / Casi siempre=3 / Siempre=4)**	
12. Tiene la posibilidad de manifestar su aceptación del tratamiento que ha prescrito su médico. **(Nunca=0 / Casi nunca=1 / A veces=2 / Casi siempre=3 / Siempre=4)**	
PUNTUACIÓN TOTAL **Buena adherencia (38-48 puntos), Adherencia parcial (18-37 puntos) y Mala adherencia (0-17).**	

Figura 4 Tomado de: Rodríguez Chamorro MA, García Jiménez E, Rodríguez Pérez A, Batanero Hernán C, Pérez Merino EM. Revisión de test validados para la valoración de la adherencia al tratamiento farmacológico utilizados en la práctica clínica habitual. Pharmaceutica Care [Internet]. 2020;22(3):148–72

CUESTIONARIO GULIC

Este cuestionario de 16 ítems valida las barreras sobre la no adherencia e incumplimiento de los tratamientos terapéuticos. De acuerdo a la realización del cuestionario los pacientes se clasifican como adherentes y no adherentes al tratamiento. (27)

Cause of nonadherence	Never	Very rare (1–2 yearly)	Sometimes (3–5 yearly)	Often (more than 5 yearly)
1 I was not at home	0	1	2	3
2 The drug was not available due to short supply	0	1	2	3
3 I just forgot	0	1	2	3
4 I take a number of drugs several times a day	0	1	2	3
5 I wanted to avoid side effects	0	1	2	3
6 I did not want other people seeing me taking drug	0	1	2	3
7 My doctor frequently changes my therapy	0	1	2	3
8 I felt the drug to be toxic/harmful	0	1	2	3
9 I was sleepy at medication time	0	1	2	3
10 I had cold	0	1	2	3
11 I felt depressed or broken	0	1	2	3
12 I had problems with medication timing	0	1	2	3
13 I consumed all of it	0	1	2	3
14 I felt well	0	1	2	3
15 I was afraid of developing drug dependence	0	1	2	3
16 The drug was too expensive	0	1	2	3

Figura 5 Tomado de: Josip Culig ML. From Morisky to Hill-Bone; Self-Reports Scales for Measuring Adherence to Medication. Coll Antropol [Internet]. 2014;38(1):55–62.

TEST MORISKY GREEN

Este test se adapta a cualquier patología crónica, tratamiento farmacológico y es utilizado en diferentes países. Consta de 8 ítems con diferentes preguntas que permiten la identificación de barreras frente al tratamiento. Su respuesta es sencilla SI/NO y es considerado un paciente no adherente cuando responde NO a alguna de las ítems mencionados. (27)(28)

You indicated that you are taking medication for your (identify health concern, such as "high blood pressure"). Individuals have identified several issues regarding their medication-taking behavior and we are interested in your experiences. There is no right or wrong answer. Please answer each question based on your personal experience with your [health concern] medication. Interviewers may self identify regarding difficulties they may experience concerning medication-taking behavior.

(Please circle the correct number)

	No=0	Yes=1
1. Do you sometimes forget to take your [health concern] pills?		
2. People sometimes miss taking their medications for reasons other than forgetting. Thinking over the past two weeks, were there any days when you did not take your [health concern] medicine?		
3. Have you ever cut back or stopped taking your medication without telling your doctor, because you felt worse when you took it?		
4. When you travel or leave home, do you sometimes forget to bring along your [health concern] medication?		
5. Did you take your [health concern] medicine yesterday?		
6. When you feel like your [health concern] is under control, do you sometimes stop taking your medicine?		
7. Taking medication everyday is a real inconvenience for some people. Do you ever feel hassled about sticking to your blood pressure treatment plan?		

8. How often do you have difficulty remembering to take all your medications? **(Please circle the correct number)**

Never/Rarely.....0
Once in a while.....1
Sometimes.....2
Usually.....3
All the time.....4

Figura 6 Tomado de: Josip Culig ML. From Morisky to Hill-Bone; Self-Reports Scales for Measuring Adherence to Medication. Coll Antropol [Internet]. 2014;38(1):55–62.

7. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

- Analizar la producción científica referente a la influencia de la humanización en salud y la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes crónicos, en instituciones de salud durante el periodo 2013- 2023.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Caracterizar la literatura científica de acuerdo a los criterios de inclusión: país idioma, tipo de estudio, metodología de las evidencias población y muestra.
- Identificar los factores de la humanización (comunicación, respeto, empatía, colaboración) que presentan mayor frecuencia en la influencia sobre la adherencia a tratamientos farmacológicos en pacientes crónicos.
- Identificar intervenciones y/o estrategias que fortalezcan la adherencia al tratamiento farmacológico desde el enfoque de la atención humanizada.

8. METODOLOGÍA

TIPO DE ESTUDIO

Se trata de un estudio metodológico, revisión de alcance, la cual se define como una revisión que resume la literatura empírica o teórica a partir de múltiples estudios basados en la evidencia y cuyo objetivo es proporcionar información integral de un problema o fenómeno en particular. (29) Para la realización de una revisión integrativa Whittemore y Knafl plantean una serie de fases las cuales son: 1. Identificación del problema, 2. Búsqueda de literatura, 3. Evaluación de los datos, 4. Análisis de los datos 5. Presentación de resultados, para garantizar el rigor de la revisión (29), con lo cual se basará la presente revisión. A continuación, se describen las fases:

Fase 1: IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

Identificación del problema con el cual se va abordar la revisión y se va a tener en cuenta para llevar a cabo el propósito de la misma, además se deben determinar las variables de interés como lo es la población objeto de estudio, el problema a abordar y el muestreo adecuado teniendo en cuenta el tipo de estudio, inclusión y exclusión de los estudios. (29)

CRITERIOS DE SELECCIÓN

Para esta revisión de alcance se tendrán en cuenta los siguientes criterios de inclusión y exclusión.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Artículos publicados que describan o relaten conceptos de humanización en centros asistenciales o de atención primaria y adherencia al tratamiento farmacológico asociado a la atención en salud en pacientes que cursen alguna enfermedad crónica, enfocados en la pregunta de investigación. - Artículos publicados entre el 2013 y 2023.
- Artículos publicados en el idioma Inglés, Español y Portugués.
- Artículos publicados con disponibilidad de texto completo y acceso abierto.
- Artículos de investigación,
- Revisiones sistemáticas.
- Revisión de alcance.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Artículos publicados que no se encuentren en texto completo.
- Documentos como guías, libros o documentos académicos.

Fase 2: BÚSQUEDA DE LITERATURA

En esta fase de búsqueda de literatura se realizará una estrategia de búsqueda relevante, precisa y eficaz a partir de fuentes de información que en este caso se describirían como las bases de datos, cuyo objetivo es la localización de referencias bibliográficas sobre el área, tema o especialidad a investigar que permita evaluar la importancia de sobre la pregunta de investigación y el tipo de estudio. (30) Para realizar una búsqueda de literatura efectiva es necesario:

- Identificar los términos DECS y MESH de acuerdo a la investigación. - Identificar y seleccionar términos alternativos para algunos conceptos DECS Y MESH.

- Precisar la búsqueda de información de acuerdo a tipo de estudio, tipo de publicación, periodo de tiempo, idioma, palabras clave.

- Realizar combinaciones de palabras que permitan la identificación de artículos relevantes referente a la investigación.(31)

Para la presente revisión se utilizarán combinaciones de palabras claves, en términos DECS Humanización de la atención, humanización de la atención hospitalaria, humanización de los servicios, adherencia al tratamiento, adherencia terapéutica, adherencia y cumplimiento al tratamiento, adhesión al tratamiento y MESH humanization of assistance, humanizing delivery, humanization of care, humanization of hospital care, humanization of service, adherence therapeutic, therapeutic adherence, therapeutic adherence and Compliance, treatment adherence. Con la siguiente estrategia de búsqueda (Humanización de la atención OR humanization of assistance OR humanization of care) AND (adherencia terapéutica OR adherencia y cumplimiento al tratamiento OR adhesión al tratamiento) incluyendo las siguientes bases de datos: Scielo, Embase, Pubmed, Scopus,Science Direct, NIH, Lilacs.

Fase 3: EVALUACIÓN DE DATOS

La fase de evaluación de datos se define como la calidad metodológica, la autenticidad y el valor informativo de las fuentes primarias, por lo cual es necesario utilizar la herramienta de evaluación PRISMA que permite la identificación, selección, sintonización y evaluación de la literatura a partir de los criterios de inclusión y exclusión permitiendo la tener idoneidad y fiabilidad de los hallazgos encontrados en la búsqueda de literatura. Esta herramienta consta de tres etapas para su realización:

1. Identificación: Identificación de artículos para la revisión por medio de las bases de datos.

2. Revisión: Revisión de los artículos identificados, evaluando los criterios de selección.

3. Inclusión: Etapa donde se da inicio a la síntesis de evidencia.

A continuación en la figura 7 se muestra la herramienta PRISMA actualizada del año 2020, donde se evidencia, tener dos ejes en color gris (Estudios previos e identificación de nuevos estudios a través de otros métodos), empleados para otro tipo de revisiones. (32)

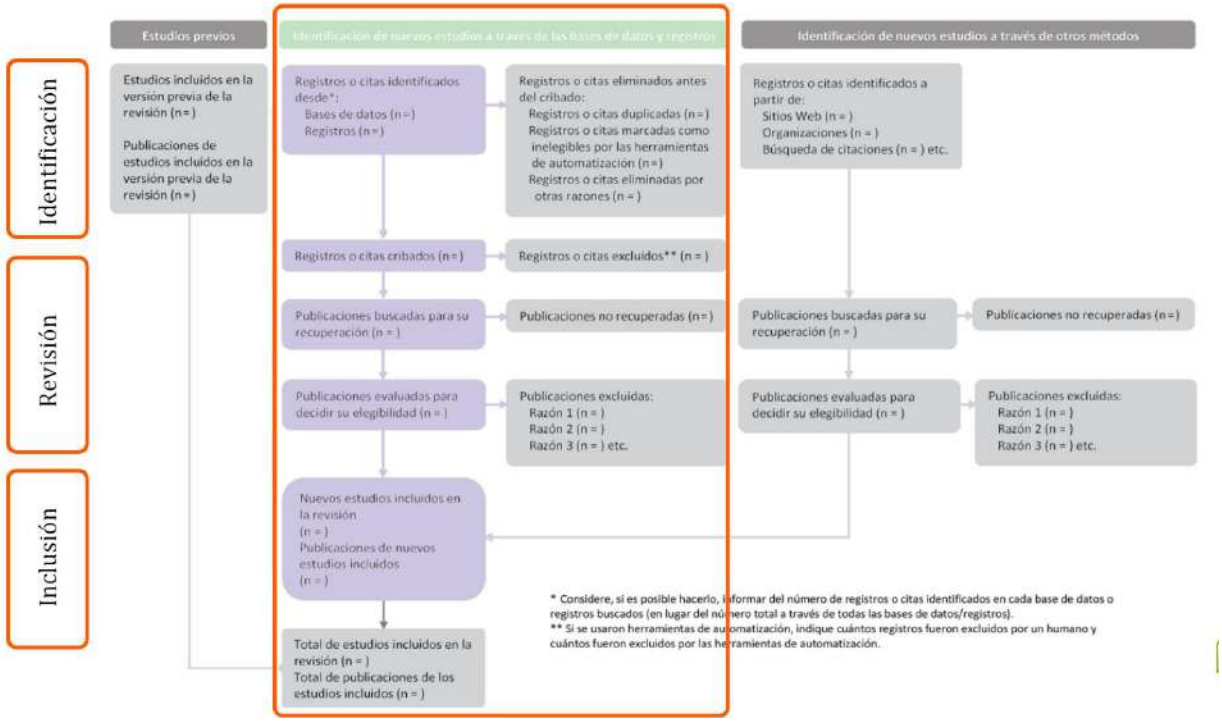


Figura 7 Tomado de: Declaración PRISMA 2020: una guía actualizada para la publicación de revisiones sistemáticas. Rev. Esp. Cardiol[Internet] 2021.

Fase 4: ANÁLISIS DE DATOS

La fase de análisis de datos permite realizar un análisis descriptivo como la distribución de los artículos de acuerdo a la base de datos, recuento de frecuencia de conceptos, tipo de estudio, datos del autor, año, ubicación, población, idioma, características de los participantes, hallazgos primarios, observaciones de acuerdo a la pregunta de investigación de la revisión de alcance, presentándose en gráficas o tablas. (33)

Luego de realizar la búsqueda y evaluación de los datos de las diferentes bases de datos, los resultados de las piezas ya definidas como la muestra final, se describirán inicialmente en una tabla de Microsoft Excel con la ayuda del programa RAYYAN, que se define como un programa que permite la recolección metódica de los datos relevantes, la evaluación crítica de

todos los estudios recolectados en los datos y los resultados, la depuración de la información de los artículos, revisión y resumen de los artículos, identificación de variables, clasificación de los criterios de selección e identificación de duplicados. (34)

A continuación se muestra un ejemplo de la tabla Excel para la recolección de datos, junto al programa RAYYAN.

TÍTULO	REVISTA	IDIOMA	AÑO	LINK	BASE DE DATOS	TIPO DE ESTUDIO	PALABRAS CLAVES
Effects of postoperative pain management educational interventions on the outcomes of parents and their children who underwent an inpatient elective surgery:	Journal of advanced nursing	Inglés	2018	http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/mdl-29574988	BVS	Un ensayo controlado aleatorizado	analgesia, attitude, children educational intervention, know non-pharmacological methe
Pain Management in the Post-Operative Pediatric	Urologic Nursing	Inglés	2015	http://pesquisa.bvsalud.org/portal/re	BVS	Revision sistematica	Pain management, pediatric
Does postoperative 'M' technique massage with or without mandarin oil reduce infants' distress after major craniofacial surgery?	Journal of Advanced Nursing	Inglés	2011	https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1365-2648.2011.05861.x	BVS	Ensayo controlado aleatorio	No disponibles
Nurses' use of non-pharmacological methods in	Journal of advanced	Inglés	2010	http://pesquisa.bvsalud.org/portal/re	BVS	Quasi experimental	children in hospital, educatic
DC14 - Implementation of an educational program in	Nursing Children and	Inglés	2016	http://pesquisa.bvsalud.org/portal/re	BVS	ESTUDIO FENOMENOLOGICO	Educational intervention; paed
Improving postoperative pain management in children	European Journal of	Inglés	2016	https://onlinelibrary.wiley.com/doi/p	BVS	estudio prospectivo de intervención	No contiene palabras clave
Non-pharmacological treatment of post-tonsillectomy	European Annals of	Inglés	2014	https://www.sciencedirect.com/scien	BVS	revisión de la literatura	TonsillectomyPainNon-medi
Paediatric nurses' postoperative pain management	International Journal	Inglés	2015	https://www.sciencedirect.com/scien	BVS	Búsqueda sistemática y revisión	PaediatricChildrenNursesPosto
Condutas de enfermagem à criança no pós-operatório	Revista	Portugués	2012	http://www.revenf.bvs.br/scielo.php	BVS	revisión integrativa de la literatura	Cuidados de Enfermagem; Cir
Postoperative pain management experiences among school-aged children: a qualitative study.	Journal of Clinical Nursing	Inglés	2013	https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jocn.12052	BVS	estudio cualitativo	children, experience, intervi management, nursing, pai postoperative, qualitative school-aged, Singapore
The effectiveness of therapeutic play intervention in	Elsevier	Inglés	2015	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubm	Pubmed	Revisión sistemática	No los muestran ya que no ene
The effect of a program to promote play to reduce	Pain Management	Inglés	2012	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubm	Pubmed	Ensayo paralelo aleatorizado con dos	No las muestra el articulo
Pediatric hypnosis: pre-, peri-, and post-anesthesia.	Pediatric Anesthesia	Inglés	2012	https://onlinelibrary.wiley.com/doi/a	Pubmed	No dice ya que no es el artículo	Pediatric pain, Anxiety manage
The effect of audio therapy to treat postoperative pain	Pediatric Surgery	Inglés	2015	https://link.springer.com/article/10.1	Pubmed	Ensayo prospectivo y aleatorizado.	Music, post-surgical pain, M
Medical clowns reduce pre-operative anxiety.	Paediatrics and Child	Inglés	2016	https://onlinelibrary.wiley.com/doi/a	Pubmed	Estudio prospectivo	Anxiety, economical cost
Not All Sounds Have Negative Effects on Children	Elsevier	Inglés	2015	https://www.sciencedirect.com/scien	Pubmed	Ensayo clinico prospectivo, aleatorizado,	behavior; children; congenital
Systematic Review: Audiovisual Interventions for	Journal of Pediatric	Inglés	2015	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/a	Pubmed	Revision sistematica de ensayos	anxiety; children; education
Massage therapy in post-operative rehabilitation of	Complementary	Inglés	2010	https://www.sciencedirect.com/scien	pubmed	Casos y controles	Cerebral
Assessment of a short hypnosis in a paediatric	Journal of clinical	Inglés	2018	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubm	pubmed	Ensayo aleatorizado	adolescent; anxiety; clinical t
Relaxation Training and Postoperative Music Therapy	Pain Management	Inglés	2017	https://www.painmanagementnursin	Pubmed	No lo especifica	No disponible
Contemporary Management of Appendicitis in	Elsevier	Inglés	2017	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubm	Pubmed	No disponible	Appendicitis, Appendectom

Figura 8 Tomado de archivo personal

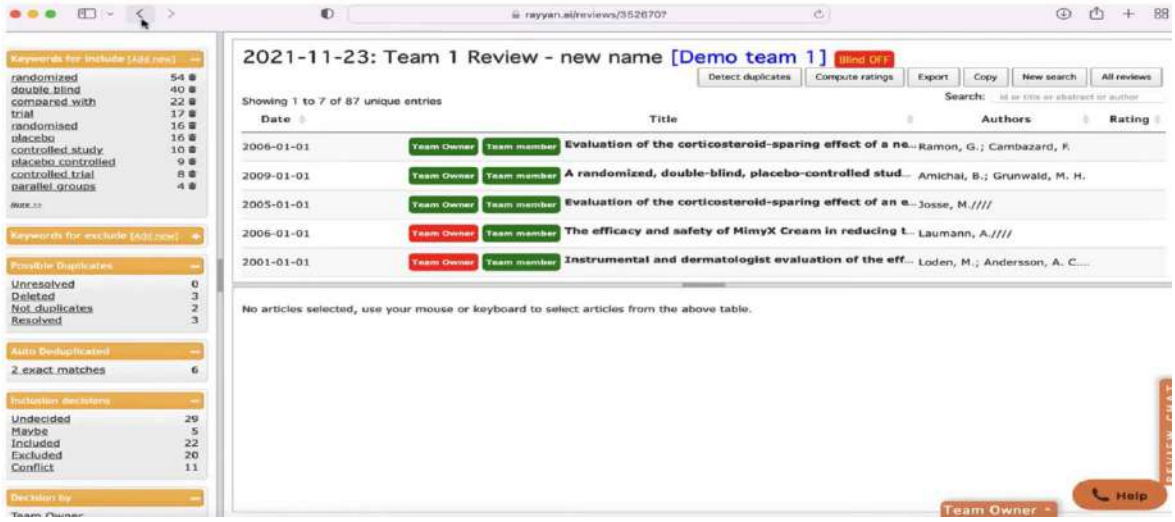


Figura 9 Tomado de Mourad Ouzzani, Hossam Hammady, Zbys Fedorowicz y Ahmed Elmagarmid. Rayyan: una aplicación web y móvil para revisiones sistemáticas . Revisiones sistemáticas (2016)

Fase 5: PRESENTACIÓN DE RESULTADOS.

En esta fase se describen los resultados obtenidos de la estrategia de búsqueda, y selección de la literatura, proporcionando resultados relevantes respecto a la pregunta de investigación realizada en la revisión de alcance. La presentación de resultados puede realizarse a través de un mapa de datos extraídos y representados en tabulaciones o esquemas, en donde se vean claramente los resultados de acuerdo a los objetivos presentados en la revisión. (33)

9. CONSIDERACIONES ÉTICAS.

Al ser un tipo de estudio metodológico, desde la resolución 8430 de 1993, este tipo de investigación no requiere aprobación del comité de ética, ya que se clasifica en una investigación sin riesgo en donde se utilizan métodos de investigación documental por lo que no se realiza intervenciones o modificaciones en variables biológicas, psicológicas, fisiológicas o sociales de algún individuo. (35)

Se mantendrá la base ética aplicando los derechos de autor y las buenas normas de referenciación, (36) como lo plantea el comité de ética de la investigación cumpliendo a cabalidad los siguientes requisitos:

- Contribución de todos los autores.
- Originalidad y plagio: Para evitar el plagio y garantizar la originalidad de la revisión de alcance, se debe realizar la correcta citación de los autores, y colaboradores, evitando la escritura o parafraseo de uno o más autores sin la respectiva citación.
- Reconocimiento de fuentes: Dar siempre el reconocimiento a los autores de los artículos que fueron influyentes para la revisión de alcance.
- Divulgación y conflictos de interés.
- Análisis de similitud: El documento pasará por revisión de similitud para la detección de plagio e identificación de referencia.

10. CRONOGRAMA

MESES/ ETAPAS	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE
Identificación del tema.	X				
Pregunta de investigación, planteamiento del problema.		X			
Desarrollo de objetivos, marco teórico, metodología.			X		
Revisión de documento propuesta proyecto de investigación				X	
Sustentación final- Ajustes finales.					X

11. PRESUPUESTO

RECURSOS HUMANOS	**VALOR**
Estudiante especialización en seguridad del paciente.	2’500.000
SUBTOTAL GASTOS	2,500.000
MATERIALES	VALOR
Portátil marca Asus	3’500.000
SUBTOTAL GASTOS	3’500.000
SERVICIOS PÚBLICOS	VALOR
Energía eléctrica	172.530
Plan internet banda ancha	250.000
SUBTOTAL GASTOS	422.530
TOTAL GASTOS NETOS	6,422.530

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Servicios Sanitarios de Calidad [Internet]. Organización Mundial de La Salud. 2020[Consultado 29/08/2023]; Disponible en: https://shorturl.at/nEGM8

2. Becerra-Canales B, Pecho-Chávez L, Gomez-León M. Satisfacción del usuario externo en un establecimiento de atención primaria, durante la pandemia covid-19. Revista Médica Panacea.[Internet] 2020 [Consultado 29/08/2023] 9(3):165– 170.Disponible en: https://shorturl.at/bemD2

3. Company- Albir M, Poveda-Andrés J,Edo- Solsona M. Presencia de buenas prácticas de humanización en la atención a los pacientes con enfermedades raras en los servicios de farmacia- Presence of good humanization practices in the healthcare of patients with rare diseases in Pharmacy Services. Farmacia hospitalaria.[Internet]2023[Consultado 29/09/2023];Disponible en: https://shorturl.at/fmQW9

4. Diaz-Amado E y otros veinticinco. La humanización de la salud: conceptos, críticas y perspectivas. Pontificia Universidad Javeriana [Internet] 2017.[Consultado 03/09/ 2023]. Disponible en: https://shorturl.at/epuJM

5. Ministerio de salud presidencia de la nación. Insulinización oportuna en el primer nivel de atención. Ministerio de salud, presidencia de la nación [Internet] 2017 .[Consultado 03/09/ 2023]; Disponible en: https://shorturl.at/joUX3

6. Ortega-Cerda J,Sánchez-Herrera D,Rodríguez-Miranda O , Ortega- Legaspi J. Adherencia terapéutica: un problema de atención médica. Acta médica Grupo Ángeles [Internet].2018[Consultado 03/09/2023];16(3).Disponible en: https://shorturl.at/gALST

7. Lynch S. Adherencia al tratamiento farmacológico. Manual MSD [Internet] 2022 [Consultado 03/09/ 2023]; Disponible en: https://shorturl.at/yCD57

8. Caicedo L, Mendoza C, Moreira J, Ramos G. Cuidado humanizado: Reto para el profesional de enfermería. Salud y Vida [Internet]. 2023 Dic [Consultado 03/09/ 2023]; 7(14): 17-29. Disponible en: https://shorturl.at/dfn09

9. Londoño J, Caicedo-Galindez J,Naranjo-Lerma E, Rivera P. Evaluación de la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes diabéticos de Jamundí (Valle), Colombia. Revista Cubana de Farmacia [Internet]. 2020 [Consultado 10/09/ 2023];53(2). Disponible en: https://shorturl.at/kAHW9

10. Endara-Montenegro J, Mili-Alfonso T, Hidrobo-Guzmán J, Anaya-González J. Adherencia farmacológica y su relación con la hemoglobina glicosilada en diabéticos. Ciencia Latina revista multidisciplinar.[Internet] 2023 [Consultado 10/09/ 2023]; Disponible en: https://shorturl.at/fgkM7

11. Garzon L, Diaz D,Vergara L, Villamizar M, Vanegas C, Lopez P, Cortes M, Bueno N, Chiari D. Percepción de trato deshumanizado según usuarios de Bogotá en 2019. Investig. segur. soc. salud. [Internet].2022[Consultado 11/ 09 2023];24(1):4- 19.Disponible en https://shorturl.at/deDU8

12. Ortega O, Hernandez I, Juárez C, Lumbreras I,Banderas J. Adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico de pacientes con enfermedad renal crónica.Revista Horizonte.[Internet] 2023 [Consultado 29/10/2023]; 22 (3). Disponible en: https://shorturl.at/cmEZ1

13. García S. Factores de riesgo de no adherencia al tratamiento en pacientes mayores en un núcleo rural.[Internet]2020 [Consultado 29/10/2023]; 30(2): 115-120. Disponible en: https://shorturl.at/sY025

14. Condori-Salluco N, Choque-Rojas L. La humanización de los profesionales de la salud como un desafío para la salud pública. Rev Cient Cienc Méd [Internet]. 2022 [Consultado 12/09/ 2023] ;25(2): 94-95. Disponible en: https://shorturl.at/dNRZ9

15. Ministerio de Salud y Protección Social . Calidad y humanización de la atención [Internet]. Ministerio de Salud y Protección Social. 2014 [Consultado 12/09/ 2023]. Disponible en: https://shorturl.at/deTY3

16. Acosta C. Bioética y humanización de los servicios asistenciales en la salud. Revista Colombiana de Bioética [Internet]. 2015[Consultado 12/09/ 2023]; Disponible en: https://shorturl.at/lBDHY

17. Molero- Jurado J,Peco-Nieves I, Oropesa-Ruiz F,Gázquez-Linares M. Propuesta de un modelo de humanización basado en las competencias personales: Modelo HUMAS. European Journal of Health Research [Internet]. 2019 [Consultado 16/09/ 2023];5(1). Disponible en: https://rb.gy/tdac1

18. Pérez-Fuentes M, Herrera-Peco I, Molero-Jurado M, Oropesa-Ruiz N, Ayuso Murillo D, Gázquez-Linares J.The Development and Validation of the Healthcare Professional Humanization Scale (HUMAS) for nursing. Nursing. *International journal of environmental research and public health*. 2019 [Consultado 16/09/ 2023]*16*(20),3999.Disponible en: https://rb.gy/h071t

19. Henao-Castaño M, Vergara-Escobar J, Gómez-Ramírez J. Humanización de la atención en salud: análisis del concepto. Rev. cienc. ciudad. 2021[Consultado 16/09/ 2023]; 18(3):74-85.Disponible en: https://rb.gy/bjmsm

20. Organización Mundial de la Salud. Seguridad del Paciente [Internet]. Organización Mundial de La Salud. 2019[Consultado 16/09/ 2023]. Disponible en: https://rb.gy/10qld

21. Morris R, Giles S, Campbell, S. Involving patients and carers in patient safety in primary care: A qualitative study of a co-designed patient safety guide. Health expectations: an international journal of public participation in health care and health policy. 2023.[Consultado 16/09/ 2023] *26*(2), Disponible en: https://rb.gy/34mgs

22. Gil-Sierra M, Briseño-Casado M, López-Briz E. El beneficio del paciente como objetivo de la humanización. *Farm Hosp.* [Internet] 2022[Consultado 16/09/ 2023]; 46,(6), Disponible en: https://shorturl.at/ewNZ6

23. Organización mundial de la salud. Adherencia a los tratamientos a largo plazo , pruebas para la acción. Organización mundial de la salud. [Internet] 2004.[Consultado 16/09/ 2023]; Disponible en :https://shorturl.at/jxzP1

24. Theofilou P. Self-Efficacy for Appropriate Medication Use Scale (SEAMS): translation and cultural adaptation in Greece. Series Clin Med Case Rep Rev.[Internet] 2023 [Consultado 29/09/ 2023]; 1(3):1-4. Disponible en : https://shorturl.at/dpzI9

25. Reyes M. La adherencia terapéutica en pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles: diabetes, hipertensión y obesidad. Revistas de la Universidad Anáhuac México [Internet]. 2021[Consultado 29/09/ 2023];4(1). Disponible en: https://shorturl.at/fpM34

26. Pagès-Puigdemont, Valverde-Merino M. Métodos para medir la adherencia terapéutica. Ars Pharmaceutica [Internet] 2020 [Consultado 29/09/ 2023] ;*59*(3)163-172. Disponible en: https://shorturl.at/ahwD7

27. Rodríguez- Chamorro M, García-Jiménez E, Rodríguez-Pérez A, Batanero-Hernán C, Pérez-Merino E. Revisión de test validados para la valoración de la adherencia al tratamiento farmacológico utilizados en la práctica clínica habitual. Pharmaceutica Care [Internet].2020[Consultado 29/09/ 2023];22(3):148–72.Disponible en: https://shorturl.at/hqGI1

28. Josip Culig ML. From Morisky to Hill-Bone; Self-Reports Scales for Measuring Adherence to Medication. Coll Antropol [Internet]. 20140[Consultado 29/09/ 2023]; 38(1):55–62. Disponible en:https://shorturl.at/lCGN8

29. Whittemore R, Knafl K. The integrative review: updated methodology. Methodological issues in nursing research[Internet]2005[Consultado 18/10/2023]. Disponible en: https://shorturl.at/DFNW9

30. Arguedas O. La búsqueda bibliográfica. Acta med. costarricense [Internet].2009 [consultado 30/10/2023];51(3):155-157.Disponible en: https://shorturl.at/bwS12 .

31. Otero A, Bohórquez M, Rosselli D. ¿Y dónde está el artículo?: cómo buscar la literatura científica relevante. rev.colomb.psiquiatr. [Internet]. 2003 [Consultado 30/102023]; 32(4):391-402.Disponible En: https://shorturl.at/eE378

32. Pagea M, McKenziea J , Bossuytb P , Boutronc I , Hoffmannd T, Mulrowe C, Shamseerf L , Tetzlaffg J , Aklh E, Brennana S , Choui R, Glanvillej J, Grimshawk J , Hro´bjartssonl A, Lalum M, Lin T , Lodero E, Wilsonp E , McDonald S , McGuinnessq L, Stewartr L , Thomass J, Triccot A , Welchu V ,Whitingq p, Moher D. Declaración PRISMA 2020: una guía actualizada para la publicación de revisiones sistemáticas. Rev. Esp. Cardiol[Internet] 2021[

Consultado 30/10/2023]; 74(9): 790- 799. Disponible en: https://shorturl.at/ijqKR

33. Miqueas P, Marnie C, Tricco A, Pollock D, Munn Z, Alejandro, L, McInerney P, Godfrey C, Khalil H. Orientación metodológica actualizada para la realización de solicitudes de alcance. JBI Evidence Synthesis. [Internet] 2020 [Consultado 30/10/2023]; (10):p 2119-2126. Disponible en: https://shorturl.at/lmoxL

34. Ouzzani M, Hammady H, Fedorowicz Z, Elmagarmid A. Rayyan: una aplicación web y móvil para revisiones sistemáticas . Revisiones sistemáticas [Internet] 2016 [Consultado 30/10/2023]; Disponible en: https://www.rayyan.ai/cite/

35. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 8430 de 1993[Internet].Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social. 1993[Consultado 18/10/2023] Disponible en: https://shorturl.at/xGIS6

36. Universidad de Santander UDES. Normas éticas para la publicación. Revista cuidarte. [Internet] 2022 [Consultado 30/10/2023]; Disponible en: https://shorturl.at/adjrZ

37. Chinguel J, Tanaka J, Lugo S, Peralta C, Rondan A. Aspectos básicos sobre la lectura de revisiones sistemáticas y la interpretación de meta-análisis.Acta Médica Peruana [Internet] 2019[Consultado 18/10/2023] 36(2):157-69. Disponible en: https://shorturl.at/acgkm